



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: ΑΙΓΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ: ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ : ΚΥΡΙΑΚΑΚΗ ANNA

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2012

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νικοτίνη σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα παράγωγα της καύσης του τσιγάρου επιβαρύνει όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού και καθένα από αυτά ξεχωριστά. Το τσιγάρο έχει τη δύναμη να προκαλέσει από τερατογεννέσεις μέχρι και γάγγραινα, από απώλεια μνήμης έως διακοπή κύησης, από καρκίνο μέχρι τον ίδιο τον θάνατο.

Η λύση σε αυτή τη μάστιγα είναι μία: η πρόληψη. Η επιστημονική κοινότητα σύσσωμη έχει οργανώσει ιατρεία διακοπής του καπνίσματος με καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την πρόληψη και τη θεραπεία από την εξάρτηση της νικοτίνης.

Ο φυσικοθεραπευτής σε συνεργασία με τους πνευμονολόγους, τους ψυχολόγους και τους γυμναστές έχουν τη γνώση και τη δυνατότητα να οργανώσουν ένα πρόγραμμα άσκησης για όσο χρονικό διάστημα βρίσκεται ο ασθενής σε απεξάρτηση, αλλά και για να το ακολουθήσει και να το υιοθετήσει ως στάση ζωής.

Το τσιγάρο δεν ταυτίζεται με την ανεξαρτησία, αλλά με την αιχμαλωσία, με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την αυτοκαταστροφή του ατόμου. Ο καπνιστής είναι ένας χρόνιος ασθενής και ως τέτοιος πρέπει να αντιμετωπίζεται.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην πολύμηνη προσπάθειά μου με σκοπό την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας συνέβαλαν πολλοί και αξιόλογοι επιστήμονες στοχεύοντας στην ορθή καθοδήγησή μου και τελικά την καταγραφή έγκυρης και αξιόπιστης γνώσης σχετικά με τη συμβολή του φυσικοθεραπευτή σε πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος.

Ευχαριστώ όλους όσους με στήριξαν αυτά τα χρόνια προκείμενου να μπορώ να διεκδικώ μία θέση στη Φυσικοθεραπευτική Κοινότητα, καθώς επίσης και τους εκπαιδευτικούς της Σχολής οι οποίοι μου πρόσφεραν την γνώση τους.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω (με αλφαβητική σειρά) τους :

Ζαρμακούπη Χριστίνα – Επισκέπτρια Υγείας στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο της Νίκαιας « Άγιος Παντελεήμων»

Κουμαντάκης Γεώργιος – Φυσικοθεραπευτής, Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Φυσικοθεραπείας Αιγίου

Μουντζούρη Αναστασία - Φυσικοθεραπεύτρια

Σταθόπουλος Χρήστος – Ιατρός, Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Φυσικοθεραπείας Αιγίου, Επιβλέπων Καθηγητής Πτυχιακής Εργασίας

Τόλος Ηλίας – Φυσικοθεραπευτής, Επιστημονικός Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Φυσικοθεραπείας Αιγίου

Υποφάντη Μαρία – Ψυχολόγος στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο της Νίκαιας « Άγιος Παντελεήμων»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	2
Ευχαριστίες	3
Πρόλογος	7
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.2. ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	9
1.3. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ	11
1.4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	12
2.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	14
2.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	15
2.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Ν.Σ.)	17
2.4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΣΤΑ	19
2.5. ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	20
2.6. ΚΥΗΣΗ – ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	22
2.7. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	23
2.8. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	25
2.9. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	27
2.10. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	32
2.11. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	34
2.12. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	36
2.13. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	37
2.14. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	38
3.1. ΑΡΧΗ ΓΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΑ ΖΩΗ	42
3.2. ΕΞΑΡΤΗΣΗ VS ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	43
3.3. ΓΝΩΡΙΖΕΣ ΟΤΙ	49
3.4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	52
4.1. Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ	55
4.2. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ : ΕΝΑΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	57
4.3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	58
4.3.1. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	59
4.3.1.Α. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ	60
4.3.1.Β. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ	61
4.3.1.Γ. ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ	61
4.3.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΚΗΣΕΩΝ	62
4.3.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	63
4.3.4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.	65
4.3.5. ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ	65
4.3.6. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	67
4.3.7. ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ	68
4.3.8. ΔΙΚΛΕΙΔΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	69
4.3.9. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	70
4.3.10. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ	71
4.3.11. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ	71

4.3.12. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ	72
4.3.13. ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ	73
4.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	73
4.4.1.Α. ΣΤΑΔΙΟ – ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΠΝΙΣΤΗ	74
4.4.1.Β. ΤΟ ΦΥΛΟ	74
4.4.1.Γ. Η ΗΛΙΚΙΑ	74
4.4.1.Δ. ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	75
4.4.1.Ε. ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	75
4.4.1.ΣΤ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ	75
5.1. ΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΖΩΗ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΓΑΡΟ	76
5.2. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	77
5.3. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	78
5.4. ΔΙΑΚΟΠΗ..... ΣΕ 4 ΒΗΜΑΤΑ	78
5.5. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΡΕΚΚΛΙΝΕΙ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ Ο ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ	79
5.6. ΟΦΕΛΗ ΣΕ ΒΑΘΟΣ...15 ΕΤΩΝ	81
5.7. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΖΩΗΣ ...ΓΙΑ ΜΙΑ ΖΩΗ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΓΑΡΟ, ΑΛΛΑ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ.	84
5.8. ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ	87
5.9. ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	88
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	90
ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ	92

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1.ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΣΤΟ Ν.Σ.	18
Πίνακας 2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	22
Πίνακας 3. Αιτίες καρκίνου	28
Πίνακας 4. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΚΕΙΝΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΠΝΙΖΟΥΝ	29
Πίνακας 5. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ	30

ΕΙΚΟΝΕΣ

1.1. Καπνός – Κάπνισμα –Τσιγάρο	8
2.1. Το κάπνισμα επιδρά αρνητικά σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού	17
2.2. Η επιδερμίδα ενός καπνιστή μέσα από ένα μεγενθυτικό φακό	21
2.3. Οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά	23
2.4. Καρκίνος του πνεύμονα	32
2.5. Καρδιά καπνιστή	33

2.6. Ένας φυσιολογικός πνεύμονας & ένας πνεύμονας καπνιστή	35
2.7. Τα σημεία του στομάχου που προσβάλλονται	37
2.8. Η κατεστραμμένη στοματική κοιλότητα του χρόνιου καπνιστή	38
2.9. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προειδοποιεί	40
3.1. ΤΕΛΟΣ το τσιγάρο	41
3.2. Αν δεν το σταματήσεις...Δεν σε σταματάει τίποτα	42
3.3. Η άσκηση βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος	43
4.1. Η επιλογή είναι δική σου...αλλά ΠΡΟΣΕΧΕ να μην είναι αργά	55
4.2. Βελονισμός...μία εναλλακτική προσέγγιση	57
4.3. Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση	58
4.4. Τα οφέλη από τη διακοπή του τσιγάρου	61
4.5. Αεροβική άσκηση	64
4.6. Υπάρχει και για σένα βοήθεια	72
5.1. Απλά ΣΤΑΜΑΤΗΣΕ ΤΟ	77
5.2. Η άσκηση δεν σταματά όταν επέρχεται η κόπωση, αλλά όταν το άτομο την τελειώσει	83
5.3. Οι δύο (2) όψεις της ζωής	87
5.4. Κέντρα διακοπής καπνίσματος	89
5.5. Η χημεία του τσιγάρου	90
5.6. ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ...το τσιγάρο καταστρέφει την υγεία σου	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία πραγματεύεται τη συμβολή του Φυσικοθεραπευτή σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Αρχικά, καταγράφονται συνοπτικά τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ανθρώπινος οργανισμός εξαιτίας της ενεργητικής και της παθητικής κατανάλωσης του καπνού.

Εν συνεχεία, αναλύονται οι δοκιμασίες και οι τρόποι που μπορεί να ακολουθήσει η Φυσικοθεραπεία σε συνεργασία με την ιατρική ομάδα επιστημόνων έχοντας σκοπό να βοηθηθεί ο ασθενής στην διακοπή του καπνίσματος, καθώς και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του. Ανάμεσα στις μεθόδους που χρησιμοποιεί ο φυσικοθεραπευτής εντάσσεται και η άσκηση. Οι μελέτες και έρευνες που παρατήθονται τεκμηριώνουν τα ωφέλη για το ασθενή – καπνιστή.

Στην Ελλάδα, δεν είναι ευρέως γνωστές οι μέθοδοι που μπορούν να προλάβουν και να καταστείλουν την έναρξη του καπνίσματος. Για το σκοπό αυτό, η επιστημονική κοινότητα μέσω της επάνδρωσης των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος, μπορεί να καταστήσει το άτομο ικανό να ανταπεξέλθει στη μάστιγα αυτή.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ



Εικόνα 1.1. Καπνός – Κάπνισμα – Τσιγάρο

(aliartos-city.blogspot.com)

ΑΘΗΝΑ 2012

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το κάπνισμα ως πράξη ξεκινάει από τους Ινδούς της Αμερικής με τη *Nicotiana Tabacum*ⁱ. Παράγεται από τη νικοτιανή, ένα ποώδες φυτό που φτάνει σε ύψος τα τρία μέτρα (3m). Ο καρπός της έχει τη μορφή κάψας. Παρατηρείται ταξιανθία στην κορυφή του βλαστού. Τα πέταλα του φυτού είναι συμπέταλα, πενταμερή σε χρώμα κοκκινωπό , λευκό ή κιτρινοπράσινο ανάλογα με την ποικιλία. Τα φύλλα της νικοτιανής είναι απλά με ή χωρίς μίσχο, χνουδωτά και γλοιώδη.

Το φυτό μεταφέρεται στην Ευρώπη από τους Ισπανούς το 1519, τριάντα (30) χρόνια μετά την ανακάλυψη της Αμερικής . Δεν αργεί να γίνει γνωστό και στην υπόλοιπη Ευρώπη, μιας και λίγα χρόνια αργότερα, το 1560, ο πρέσβης της Γαλλίας Jean Nicot το εισάγει στη χώρα του. Το 1586 «κατακτά» και τη Βρετανία. Στην Ελλάδα εισάγεται το 16^ο αιώνα, με τους βιομήχανους Βάρκα και Καραβασίλη να φέρνουν τις πρώτες σιγαροποιητικές μηχανές.

1.2. ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο καπνός αποτελεί προϊόν καύσης των φύλλων της Νικοτίνης. Εισάγεται διαμέσου του στόματος στους πνεύμονες και εξάγεται με τη διαδικασία της εκπνοής. Κατά την καύση, διακρίνεται η κύρια μάζα καπνού, όπου και εισπνέεται από τον καπνιστή ενεργητικά, καθώς και τα παράπλευρα αέρια ρεύματα καπνού, τα οποία εισπνέονται από τον μη – καπνιστή παθητικάⁱⁱ. Η διαδικασία του καπνίσματος πραγματοποιείται με τρεις (3) τρόπους:

α) εισπνέοντας αέρια από την καύση του φυτού σε τσιγάρα, πούρα ή καπνοσύριγγες.

β) εισπνέοντας ψιλοκομμένα φύλλα.

γ) μασώντας τα φύλλα της νικοτιανής.

Σε κάθε περίπτωση, ο καπνιστής εισάγει στον οργανισμό του ένα πολύ τοξικό αλκαλοειδές υγρό, μία ιδιαίτερα δραστική ουσία, τη νικοτίνηⁱⁱⁱ. Πρέπει να τονισθεί πως η νικοτίνη αποτελεί μια εξαρτησιογόνο ουσία, που προκαλεί αντίστοιχο εθισμό με αυτόν της κοκαΐνης τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχοκινητικό επίπεδο. Η εν λόγω ουσία απορροφάται από τους βλεννογόνους του τραχειοβρογχικού δένδρου, το λάρυγγα, τα χείλη, τη γλώσσα και το στοματοφάρυγγα επηρεάζοντας την εύρυθμη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Επιπλέον διαταράσσει τη λειτουργία του νευρικού συστήματος λόγω της αρνητικής επίδρασης της στους υποδοχείς των νευρικών κυττάρων. Η επικινδυνότητα της ουσίας έχει μελετηθεί πολλάκις εργαστηριακά, όπου και έχει αποδειχθεί πως ελάχιστες σταγόνες αρκούν για να θανατώσουν μία αγελάδα!!

Πέρα από τη νικοτίνη, έχουν ανιχνευτεί περισσότερες από 4.000 ουσίες, τόσο σε αέρια όσο και σε σωματιδιακή μορφή, εκ των οποίων οι 250 και πλέον έχουν καταγραφεί ως καρκινογόνες (μερικές από αυτές: υδροκυάνιο, μονοξειδίο του άνθρακα, φορμαλδεΰδη, αμμωνία, τολουένιο, αρσενικό, βενζένιο, βυρήλλιο, κάδμιο, χρώμιο, οξειδίο του αιθυλενίου, νικέλιο, ραδιοϊσότοπο πολώνιο – 210, βινυλοχλωρίδιο, πίσσα, νιτροζαμίνες, ακρολεΐνη και άλλα).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το κάπνισμα διακρίνεται σε ενεργητικό και παθητικό.

Η ποσοτικοποίηση της ενέργειας αυτής γίνεται με δύο (2) τρόπους:

- από τη σχέση « πακέτο – έτος », όπου καθορίζεται από το γινόμενο μεταξύ των ετών καπνίσματος και του μέσου όρου των πακέτων που καταναλώνονται ημερησίως. Εάν το γινόμενο είναι μεγαλύτερο του 20 (>20 πακέτα - έτη) τότε η καρκινογένεση είναι σχεδόν βέβαιη.

- από τις εισπνοές του καπνού (από τις «ρουφηξιές»), όπου καθορίζεται από τη συχνότητα των εισπνοών, καθώς και από την εισπνευστική δύναμη του ατόμου.

Αξιοσημείωτο είναι πως με όποιον τρόπο και αν πραγματοποιείται, είτε ενεργητικά είτε παθητικά, το κάπνισμα συνδέεται άρρηκτα με την εμφάνιση σοβαρών παθολογικών καταστάσεων, μερικές από τις οποίες δεν είναι θεραπεύσιμες.

1.3. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Μία από τις αλήθειες του καπνιστή είναι πως όταν καπνίζει νιώθει ευχαρίστηση. Το ευχάριστο αυτό συναίσθημα δεν είναι τίποτα άλλο παρά η διέγερση των ντοπαμινεργικών οδών του νευρικού συστήματος, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τον εθισμό στα οπιοειδή, την κάνναβη, το αλκοόλ και την κοκαΐνη. Όλες οι παραπάνω ουσίες, συμπεριλαμβανομένης και της νικοτίνης διεγείρουν τους ντοπαμινεργικούς υποδοχείς προκαλώντας το αίσθημα της απόλαυσης στον άνθρωπο. Το αίσθημα αυτό διαρκεί περί τα 30 λεπτά και ο ασθενής σε κάθε τσιγάρο αφαιρεί 7,5 λεπτά από τη ζωή του^{iv}.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τους γιατρούς, ο καπνιστής, είτε ενεργητικός είτε παθητικός, θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως ασθενής μιας και η συνήθεια του αυτή προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα συστήματα^v.

Δεν είναι λίγοι εκείνοι που πιστεύουν πως χρησιμοποιώντας φίλτρο μειώνουν τις πιθανότητες της καρκινογένεσης. Στην πραγματικότητα ελάχιστη σημασία έχει η χρήση ή όχι του φίλτρου. Το μόνο που διαφέρει είναι ο ιστοπαθολογικός τύπος και η ενδοπνευμονική εντόπιση του καρκίνου.

Άλλοι, πάλι, θεωρούν πως τα «light» τσιγάρα είναι πιο «υγιή» από τα «βαριά» ή πως η περιεκτικότητα της νικοτίνης και της πίσσας χαρακτηρίζουν ένα τσιγάρο ως

λιγότερο ή περισσότερο «φιλικό» απέναντι στον ανθρώπινο οργανισμό^{vi}. Σαφέστατα, αυτό το «επιχείρημα» των καπνιστών αντικρούεται με ιδιαίτερη ευκολία μιας και το μονοξειδίο του άνθρακα που παράγεται κατά την καύση και η περιεκτικότητά του και στους δύο (2) τύπους τσιγάρων είναι η ίδια. Οι καπνοβιομηχανίες στοχεύοντας στη μεγιστοποίηση του κέρδους τους μέσω της αύξησης του βαθμού εξάρτησης, κατασκευάζουν μόρια νικοτίνης οδηγώντας στην αποτελεσματικότερη αποδέσμευσή της κατά την καύση. Χωρίς την νικοτίνη, ο ασθενής νοιώθει υπνηλία, αδυναμία συγκέντρωσης, εκνευρισμό, τρεμούλα, ταχυπαλμία κ.α., σε όποιο μέγεθος και αν εισάγεται στον οργανισμό^{vii}. Τέλος, η πίσσα αποτελεί ένα παχύρευστο μείγμα πολλών ουσιών η οποία επικάθεται στους πνεύμονες και σε βάθος χρόνων οδηγεί στο σχηματισμό όγκων.

Δεν είναι λίγοι εκείνοι που προβληματίζονται σχετικά με το πόσο αναστρέψιμες είναι οι βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα. Οι επιστήμονες, λοιπόν, ισχυρίζονται πως μόνο οι αλλοιώσεις που έχουν γίνει σε κυτταρικό επίπεδο είναι μη αναστρέψιμες. Αξιόλογο θα ήταν να επισημανθεί πως οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα ενός μη καπνιστή και ενός πρώην καπνιστή θα είναι οι ίδιες ύστερα από χρόνια^{viii}.

1.4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Διανύοντας τον 21^ο αιώνα, το κάπνισμα αποτελεί την πιο σημαντική προλήψιμη αιτία θανάτου. Κάθε χρόνο περισσότεροι από πέντε (5) εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας αυτής της συνήθειας. Τα ποσοστά είναι τραγικά μιας και συγκαταλέγεται στις έξι (6) από τις οκτώ (8) αιτίες θνησιμότητας και ξεπερνά τα ποσοστά θανάτων που οφείλονται στη φυματίωση, την ελονοσία και το AIDS. Τον προηγούμενο αιώνα καταγραφήκαν τουλάχιστον εκατό (100) εκατομμύρια θάνατοι που οφείλονταν στο κάπνισμα. Έναν αιώνα μετά και μόλις την πρώτη

δεκαετία του 21^{ου} αιώνα, οι θάνατοι κοντεύουν να ξεπεράσουν το ένα (1) δισεκατομμύριο^x.

Κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο περίπου 7,5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Κάθε δέκα (10) δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος χάνει τη ζωή του εξαιτίας αυτού.

Στις ανεπτυγμένες χώρες η κατανάλωση καπνού έχει μειωθεί αισθητά, ενώ στις υπό ανάπτυξη παρατηρούνται τα αντίθετα αποτελέσματα. Αξιοσημείωτο είναι ότι αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μάλιστα, το ογδόντα τοις εκατό (80%) των καπνιστών παγκοσμίως εντοπίζεται σε χώρες με πολύ χαμηλό οικονομικό επίπεδο.

Στη Ευρώπη, σύμφωνα με εκτίμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, εκατό (100) εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν είκοσι (20) χρόνια νωρίτερα από το μέσο όρο ζωής, εξαιτίας του καπνίσματος. Κάθε χρόνο, περισσότερες από εκατόν-σαράντα χιλιάδες (140.000) γυναίκες χάνουν τη ζωή τους από παθήσεις που συνδέονται άρρηκτα με το κάπνισμα στις Η.Π.Α.

Η Ελλάδα κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις σε ποσοστά καπνιστών τόσο σε Ευρωπαϊκό, όσο και σε Παγκόσμιο επίπεδο. Στην κατηγορία των ενηλίκων, το 49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών καπνίζουν καθημερινά. Αξιοσημείωτο είναι ότι τέσσερις (4) στους δέκα (10) καπνιστές καταναλώνουν πάνω από ένα (1) πακέτο τσιγάρα ημερησίως, δηλαδή παραπάνω από είκοσι (20) τσιγάρα την ημέρα. Ετησίως, κατά μέσο όρο, καταναλώνονται περί τα τρεις χιλιάδες διακόσια (3.200) τσιγάρα. Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά παρατηρούνται και στις νεότερες ηλικίες, κάτι το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό. Για την ακρίβεια, οι νέοι μεταξύ δεκα – οκτώ (18) έως τριάντα – τεσσάρων (34) ετών που καπνίζουν καθημερινά αγγίζουν το 44,3%. Οι έφηβοι ηλικίας δεκα – τεσσάρων (14) έως δεκα – επτά (17) ετών καπνίζουν σε ποσοστό 24,6%. Συγκρίνοντας τα σημερινά δεδομένα με αυτά του 1987 καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι τα ποσοστά των ανδρών μειώθηκαν (ήταν 61% το 1987) ενώ αυξήθηκαν των γυναικών (ήταν 25% το 1987)^x.

Στα αστικά κέντρα, παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό των καθημερινών καπνιστών (42,5%), σε αντίθεση με τις επαρχιακές πόλεις (32,5%). Επιπλέον, οι

άγαμοι έχει διαπιστωθεί ότι καπνίζουν περισσότερο, αφού αγγίζουν σε ποσοστό το 50,8% των καπνιστών, ενώ οι έγγαμοι λιγότερο (38,2%).

Μια άλλη κατηγορία στην οποία εντάσσονται οι Έλληνες καπνιστές είναι με βάση την ημερήσια κατανάλωση καπνού. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, το 21,1% των καθημερινών καπνιστών καταναλώνει μέχρι δέκα (10) τσιγάρα ημερησίως. Το 38,6% καπνίζει δέκα (10) έως είκοσι (20) τσιγάρα ημερησίως. Το 40% των καπνιστών, δηλαδή το 16% του πληθυσμού, καταναλώνει περισσότερα από είκοσι (20) τσιγάρα σε ημερήσια βάση.

Δεν είναι λίγοι οι ενεργοί καπνιστές που σκέπτονται ή σκοπεύουν να κόψουν το τσιγάρο. Μάλιστα, δύο (2) στους τρεις (3) επιθυμούν στο μέλλον να το κόψουν. Τα ποσοστά αυξάνονται αισθητά ξεπερνώντας το 70% στις ηλικίες δεκα – οκτώ (18) έως είκοσι – τεσσάρων (24) ετών και 69% σε άτομα μεταξύ σαράντα – πέντα (45) και πενήντα – τεσσάρων (54) ετών. Τα μικρότερα ποσοστά καταγράφονται σε καπνιστές άνω των εξήντα – πέντε (65) ετών.^{xi}

Λαμβάνοντας υπόψη τις προηγούμενες παραγράφους, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς πως το κάπνισμα είτε γίνεται ενεργητικά είτε γίνεται παθητικά προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα συστήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα προσβάλλει επιγραμματικά τα παρακάτω συστήματα: το αναπνευστικό σύστημα, το καρδιαγγειακό, το ουροποιητικό, το πεπτικό και το νευρικό. Επιδρά αρνητικά στο δέρμα και τα οστά. Επηρεάζει δραματικά τη

γονιμότητα, την κύηση και το θηλασμό. Ευθύνεται για την καρκινογένεση σε ποικίλα σημεία του ανθρώπινου οργανισμού.

2.2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Δέκα χιλιάδες (10.000) άνθρωποι πεθαίνουν καθημερινά εξαιτίας του τσιγάρου. Μάλιστα, τρία (3) στα δέκα (10) παιδιά στην Ελλάδα δοκίμασαν στην ηλικία των δεκατριών (13) ετών να καπνίσουν για πρώτη φορά.

Με τη διαδικασία της εισπνοής του καπνού, οι ουσίες περνούν με ταχύτατο ρυθμό στο αίμα διαμέσου του αναπνευστικού συστήματος, προσβάλλοντας συνολικά τον ανθρώπινο οργανισμό. Μελέτες έχουν δείξει πως περισσότερο του 25% των περιπτώσεων όπου διαγνώστηκε εκφύλιση της ωχράς κηλίδας οφείλονταν στο κάπνισμα^{xii}. Αντίθετα, ασθενείς που διέκοψαν την καταστροφική αυτή συνήθεια μείωσαν σημαντικά τον κίνδυνο τύφλωσης. Άλλες, πάλι, έρευνες απέδειξαν ότι μειώνεται ιδιαίτερα η γονιμότητα των ανδρών μιας και επηρεάζεται αρνητικά η ταχύτητα των σπερματοζωαρίων, το γενετικό τους υλικό και το DNA τους.

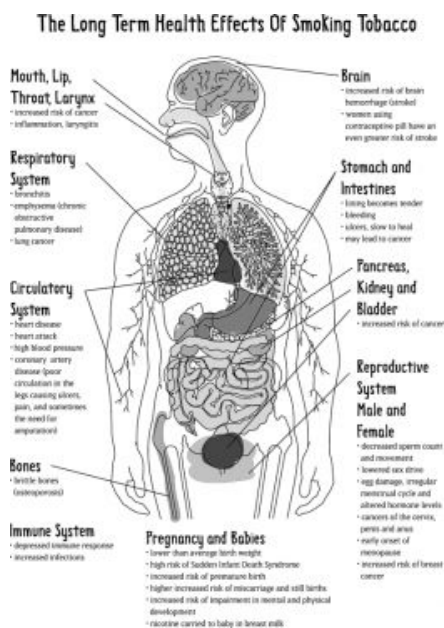
Αξιοσημείωτο είναι πως όταν ένα ζευγάρι καπνιστών επιθυμεί να τεκνοποιήσει πέρα από τις δυσκολίες σύλληψης και υγιούς ανάπτυξης του εμβρύου, πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες τερατογένεσης.

Μία γυναίκα καπνίστρια έχει 60% πιθανότητες σύλληψης. Επιπλέον, τριπλασιάζονται οι πιθανότητες γέννησης ενός ελλιποβαρούς νεογνού. Πέραν τούτου, το έμβρυο, το νεογνό και αργότερα το νήπιο έχει κίνδυνο να εμφανίσει συγκεκριμένες εμβρυικές δυσμορφίες, λαγόχειλο, λυκόστομα, πρόωρο τοκετό, αναπνευστικά νοσήματα κατά την παιδική ηλικία, εκδήλωση παιδικού άσθματος^{xiii}, ακόμα και το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου^{xiv}. Πρόσφατες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ευθύνεται για σοβαρότατη απώλεια μνήμης. Ο εγκέφαλος λειτουργεί κατά 20% λιγότερο στους καπνιστές^{xv}. Μεταξύ άλλων, το

τσιγάρο ευθύνεται για πολλές μορφές καρκίνου στο ουροποιητικό, το πεπτικό, το αναπνευστικό σύστημα και όχι μόνο.

Επιγραμματικά επιδρά αρνητικά σε :

- νευρικό σύστημα (Ν.Σ.)
- αναπνευστικό σύστημα
- κυκλοφορικό σύστημα
- πεπτικό σύστημα
- ουροποιητικό σύστημα
- στοματική υγιεινή
- δέρμα
- οστά
- γονιμότητα
- κύηση



Εικόνα 2.1. Το κάπνισμα επιδρά αρνητικά όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού

(monitor.hubpages.com)

2.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (Ν.Σ.)

Με την εισπνοή ο οργανισμός υποβάλλεται σε μία τεράστια έγχυση τοξινών. Η νικοτίνη, σε συνδυασμό με όλες τις βλαβερές ουσίες που περιέχει, αλλά και τους παράγοντες λόγω καύσης του καπνού περνά στην κυκλοφορία του αίματος και έτσι καταλήγει στον εγκέφαλο^{xvi}. Η διαδικασία αυτή διαρκεί περίπου οκτώ (8) δευτερόλεπτα. Έτσι, ο καρδιακός παλμός αυξάνεται σχεδόν ταυτόχρονα με το ρυθμό της αναπνοής και η καρδιά δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να εκτελέσει αρμονικά την μικρή και μεγάλη κυκλοφορία. Τα αιμοφόρα αγγεία με τη σειρά τους στενεύουν, η περιφερειακή λειτουργία γίνεται βραδύτερη και η πίεση αυξάνεται. Λόγω της αύξησης της πίεσης επέρχεται μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου, κάτι το οποίο

οδηγεί στην επιτάχυνση της απώλειας της μνήμης^{xvii}. Μάλιστα, η απώλεια της μνήμης μπορεί να οφείλεται ενδεχομένως στην μειωμένη προσφορά θρεπτικών ουσιών στον εγκέφαλο. Απόρεια της ελλειπούς αιμάτωσης του εγκεφάλου είναι μία σειρά προβλημάτων, όπως η μειωμένη αισθητικότητα με αιμωδίες και πόνο, η αϋπνία, κατάθλιψη και άλλα.

Επιπρόσθετα, η μακροχρόνια χρήση της νικοτίνης επιδρά και στους υποδοχείς της ντοπαμίνης^{xviii}. Οι υποδοχείς αυτοί περιλαμβάνουν τα κέντρα ευχαρίστησης του ανθρώπινου οργανισμού. Συνεπώς, όταν ο ασθενής καπνίζει νοιώθει ευεξία και τα αισθήματα έντασης και κούρασης ανακουφίζονται. Η ανακούφιση αυτή διαρκεί περίπου τριάντα (30) λεπτά. Έπειτα, ο ασθενής αισθάνεται έντονη την επιθυμία για νέα πρόσληψη νικοτίνης. Με τον τρόπο αυτό ξεκινάει ο κύκλος του εθισμού.

Εξαιτίας της προαναφερθείσας οργανικής διεργασίας, όταν ο ασθενής προβεί σε διακοπή του καπνίσματος παρουσιάζει συμπτώματα στέρησης ή αλλιώς το Σύνδρομο στέρησης. Δεν είναι τυχαίο, που η νικοτίνη - λόγω της καταλυτικής επίδρασής της στους νευρικούς υποδοχείς – συγκαταλέγεται στις δυσκολότερες ουσίες μαζί με τα οπιούχα και το αλκοόλ προς διακοπή και οριστική απεξάρτηση. Εκτός των άλλων, το κάπνισμα συσχετίζεται και με τη μείωση της γνωστικής λειτουργίας των ατόμων. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι ασθενείς με διαγνωσμένη τη νόσο Alzheimer ή άνοια εξασθενούν νοητικά με ταχύτερο ρυθμό σε σύγκριση με έναν μη καπνιστή. Αξίζει να υπογραμμισθεί ότι μελέτες υποστηρίζουν πως ηλικιωμένοι καπνιστές αυξάνουν τον κίνδυνο για γνωστικές επιπτώσεις και να οδηγηθούν σε άνοια. Στην αύξηση των κινδύνων συντελεί σημαντικά η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων. Συνεπώς, η μείωση της ημερήσιας κατανάλωσης νικοτίνης βοηθάει στην εύρυθμη λειτουργία του Ν.Σ. (Πίνακας 1. Οι αρνητικές επιδράσεις του τσιγάρου στο Ν.Σ.)^{xix}

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΟΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ ΣΤΟ Ν.Σ.

1.↓ αισθητικότητα με αιμωδίες και πόνο

2. αϋπνία
3. κατάθλιψη
4. ↓ τενόντιων αντανακλαστικών
5. αταξία
6. βλεφαρόπτωση
7. δυσφαγία
8. διπλωπία
9. τρόμος δακτύλων
10. μυασθενικά σύνδρομα
11. εγκεφαλοπάθεια

2.4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΣΤΑ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των οστών. Μερικοί από αυτούς είναι σκελετικοί, γενετικοί, παθολογικοί, περιβαλλοντικοί . Ένας από τους πιο σημαντικούς και επικίνδυνους περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι το κάπνισμα.

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης. Βέβαια, ακόμα και σήμερα η φύση και το μέγεθος της επίδρασής του στην οστική μάζα και στον οστικό μεταβολισμό παραμένουν ασαφή.

Δεν είναι λίγες οι έρευνες που ασχολήθηκαν με την επίδραση του τσιγάρου και των προϊόντων του στα οστά . Τρεις (3) από αυτές είναι οι εξής:

- A meta-analysis of cigarette smoking on mineral density and risk of hip fracture : recognition of a major risk^{xx}.
- A meta –analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density^{xxi}.
- Effects of smoking on bone and mineral metabolism^{xxii}.

Οι παραπάνω ανασκοπήσεις κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Το κάπνισμα επηρεάζει περισσότερο τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- Επηρεάζονται τα οστά των ανδρών λιγότερο από των γυναικών.
- Ένα (1) στα οκτώ (8) κατάγματα ισχίου των γυναικών αποδίδεται στο κάπνισμα.
- Η οστική μάζα των καπνιστών είναι αισθητά μικρότερη από των μη καπνιστών.
- Ο καπνιστής χάνει πιο γρήγορα οστική μάζα από ότι ένας μη καπνιστής.
- Η διακοπή του καπνίσματος επιδρά ευνοϊκά στην οστική μάζα.
- Οι καπνιστές παρουσιάζουν μειωμένη εντερική απορρόφηση ασβεστίου (Ca).
- Παρατηρούνται πιο χαμηλά επίπεδα παραθορμόνης στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

2.5. ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το τσιγάρο δρά αρνητικά στο δέρμα του ενεργητικού καπνιστή και του παθητικού^{xxiii}. Ο αέρας που περιέχει καπνό τσιγάρου έχει ξηραντική επίδραση στην

επιδερμίδα. Μειώνεται η ροή του αίματος προς το δέρμα, το οξυγόνο (O₂) περιορίζεται με αποτέλεσμα να στερείται των ουσιαστικών θρεπτικών ουσιών. Επιπλέον, δημιουργούνται ρυτίδες έκφρασης γύρω από το στόμα, τα μάτια, κιτρινίζουν τα δόντια, τα δάχτυλα και τα νύχια.

Πέραν, όμως, των επιφανειακών προβλημάτων που προκαλεί το τσιγάρο στο δέρμα, υπάρχουν και πολλές δερματολογικές παθήσεις που συνδέονται άρρηκτα με αυτό.

Μερικές από αυτές είναι:

- Η ψωρίαση
- ο συστηματικός και δισκοειδής ερυθρώδης λύκος
- ο καρκίνος στα χείλη, στη στοματική κοιλότητα

Επιπρόσθετα, η κατανάλωση του καπνού ευθύνεται άμεσα για την εμφάνιση δερματοπαθειών όπως η στοματίτιδα λόγω της νικοτίνης, η μαύρη τριχωτή γλώσσα, ορισμένα είδη κνίδωσης και η δερματίτιδα εξ επαφής.



Εικόνα 2.2. : Η επιδερμίδα ενός καπνιστή μέσα από ένα μεγενθυτικό φακό.

(biologion.blogspot.com)

2.6. ΚΥΗΣΗ – ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όλες οι βλαβερές ουσίες που υπάρχουν και που παράγονται από τη διαδικασία της καύσης του τσιγάρου διασπείρονται στον οργανισμό μέσω της κυκλοφορίας του αίματος. Συνεπώς, όταν μία γυναίκα κυοφορεί μία νέα ζωή, την επιβαρύνει σε πολύ σημαντικό βαθμό^{xxiv} επηρεάζοντας την οξυγόνωση του εμβρύου, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της ενδομήτριας υποξίας. Το φαινόμενο αυτό ευθύνεται για την καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου.

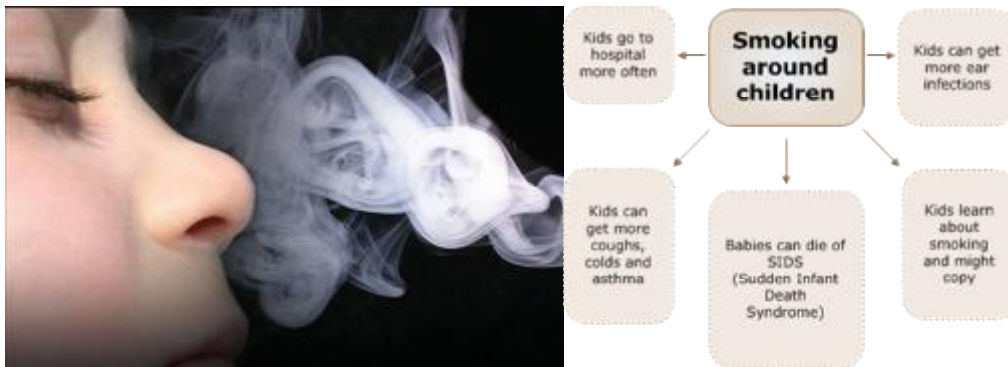
Επιπλέον, οι καπνίστριες παρουσιάζουν περισσότερες αποβολές, θνησιγένεια, πρώιμη και όψιμη θνησιμότητα σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες μητέρες.

Πέρα από τη σωματική ανάπτυξη του εμβρύου, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζεται και η φυσιολογική νοητική ανάπτυξη /εξέλιξη του^{xxv}. Τα ποσοστά του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών είναι υψηλότερα στους καπνιστές. Επίσης, τα νεογνά παρουσιάζουν αποφρακτική άπνοια. Αξιοπρόσεκτο είναι πως εμφανίζουν και προβλήματα στην ακοή, μιας και η νικοτίνη επιδρά στον κοχλία (Πίνακας 2. Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.)^{xxvi}.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

- Σημεία υπογονιμότητας.
- Ελάττωση ροής αίματος στον πλακούντα λόγω εμφράκτων.
- Νεογνά με υπολειπομένη ενδομήτρια ανάπτυξη.
- Προωρότητα.
- Υπερκινητικότητα αίματος .
- Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νεογνών.
- Ελάττωση των κινήσεων του εμβρύου.

- Ελάττωση της ακοής και της εξοικείωσης του εμβρύου.
- Αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.



Εικόνα 2.3. : Οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά.

(dimostanagras-news.blogspot.com & cyh.com)

2.7. ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το τσιγάρο «δηλητηριάζει» τον οργανισμό τόσο του ίδιου του καπνιστή όσο και της νέας ζωής που ενδεχομένως θα φέρει στον κόσμο.

Οι καπνίστριες, όπως ήδη έχει αναφερθεί, παρουσιάζουν προβλήματα υπογονιμότητας^{xxvii}. Μάλιστα, με τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων οι καπνίστριες είναι πιο ευάλωτες στην θρομβοεμβολική νόσο (εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση), σε εγκεφαλικό θρομβωτικό ή ισχαιμικό επεισόδιο, εγκεφαλικό αιμορραγικό επεισόδιο και έμφραγμα του μυοκαρδίου . Βέβαια, οι εν λόγω παθήσεις επιβαρύνονται και από άλλους παράγοντες, όπως λόγω χάρη η παχυσαρκία, η ηλικία, η υπέρταση και άλλα. Συνεπώς, όσο χαμηλότερη είναι η αντισυλληπτική δόση των οιστρογόνων, τόσο μικρότερος ο κίνδυνος καρδιαγγειακής παθοφυσιολογίας.

Η φλεβοθρόμβωση παρατηρείται ιδιαίτερα συχνά στο γυναικείο πληθυσμό. Ο καπνός του τσιγάρου επιδεινώνει ακόμη περισσότερο τη βαρύτητά της.

Με έναν παρόμοιο τρόπο επηρεάζονται και οι άνδρες. Η άρτια λειτουργία των αρτηριών είναι βασική προϋπόθεση για μια καλή και αποτελεσματική στύση. Στυτικές δυσλειτουργίες προκαλούνται και από την αθηρωματική νόσο καθώς και την στένωση των αρτηριών στα κάτω άκρα, τα γεννητικά όργανα, τα νεφρά κλπ. Μάλιστα, η πιο κρίσιμη ηλικία είναι μεταξύ τριάντα (30) και σαράντα (40) ετών.

Τα προβλήματα πολλαπλασιάζονται ανάλογα με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων. Οι άνδρες καπνιστές έχουν 39% περισσότερες πιθανότητες για σεξουαλική ανικανότητα και όχι μόνο. Υπάρχει μία σειρά λειτουργιών που υποβαθμίζονται^{xxviii}.

Μερικές από αυτές είναι :

- απώλεια όγκου εκσπερμάτωσης
- μείωση ποσότητας σπέρματος
- μείωση γονιμότητας
- μείωση κινητικότητας σπέρματος
- πιο αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα
- μικρότερη ικανότητα σπέρματος να εισχωρήσει στο ωάριο
- πρόωρη έναρξη της εμμηνόπαυσης
- αύξηση των σπερματικών ανωμαλιών

Έχει αποδειχθεί σε μελέτες πως οι καρδιαγγειακές παθήσεις που οφείλονται και επιδεινώνονται από το κάπνισμα συνδέονται άρρηκτα με την υπέρταση^{xxix} και την ανικανότητα^{xxx}.

Τέλος, σε αντίστοιχες μελέτες, οι επιστήμονες έχουν καταλήξει στα εξής συμπεράσματα:

- Οι καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και με τους πρώην καπνιστές εμφανίζουν σημαντική μείωση της στυτικής λειτουργίας^{xxxι}.
- Το κάπνισμα, ενεργητικό – παθητικό, αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα ανικανότητας^{xxxιι}.
- Ένα ποσοστό ανδρών επιστρέφουν μερικώς ή ολικώς στη φυσιολογική σεξουαλική ζωή μετά τη διακοπή του καπνίσματος^{xxxιιι}.

2.8. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Κάθε χρόνο το ποσοστό των εφήβων που ξεκινάει το κάπνισμα αυξάνεται^{xxxiv}. Το λυπηρό είναι πως τα ποσοστά των κοριτσιών σε σύγκριση με αυτά των αγοριών που καπνίζουν είναι αρκετά αυξημένα. Το παράδοξο είναι πως στην Ελλάδα έχουν επαρκή γνώση για τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου.

Οι βασικοί λόγοι που αποτελούν το εφαλτήριο για την έναρξη του καπνίσματος στην εφηβική ηλικία είναι οι εξής^{xxxv}:

- Μίμηση σε γονείς ή εκπαιδευτικούς
- Απόδειξη ότι μεγάλωσαν
- Αποδοχή και ένταξη σε ομάδες συνομηλίκων τους
- «Υιοθέτηση» διαφημιστικών προτύπων χωρίς πρώτα να τις αξιολογήσουν με έναν ορθό και αντικειμενικό τρόπο.
- Ημιμάθεια των συνεπειών του καπνίσματος.

Οι εν λόγω παράγοντες ενδεχομένως να δρουν συνδυαστικά ή μεμονωμένα, προκαλώντας μία σειρά από προβλήματα τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία του εφήβου. Μερικά από αυτά είναι:

- Ο έφηβος νοιώθει περιέργεια να το δοκιμάσει.
- Ο έφηβος νοιώθει ανεξάρτητος, ότι έχει μεγαλώσει, ότι ανήκει στον κόσμο των μεγάλων και όχι των παιδιών.
- Ο έφηβος θεωρεί ότι μπορεί να επιβιώσει μόνος του.
- Ο έφηβος νομίζει πως με τη «συμβολή» του τσιγάρου κοινωνικοποιείται εξασφαλίζοντας μία παρέα την εκτίμηση και τον σεβασμό αυτής.

Αξιόλογο θα ήταν να επισημανθεί ότι δεν είναι λίγοι όσοι ξεκινούν το τσιγάρο θεωρώντας πως βοηθάει να ξεπεράσουν το στρές (stress) που βιώνουν έντονα - είτε το εκδηλώνουν είτε όχι - στην εφηβική τους ηλικία^{xxxvi}.

Στο στάδιο αυτό της εφηβικής ζωής καθοριστικό ρόλο παίζει η οικογένεια του παιδιού. Οι γονείς θα πρέπει να κάνουν σαφές στο παιδί τους την αντίρρησή τους και τις ενστάσεις τους με ακλόνητα επιχειρήματα σχετικά με το τσιγάρο. Τα παιδιά, ωστόσο, δεν ενδιαφέρονται τόσο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες αυτού. Έτσι, οι γονείς καθώς και οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να επιμείνουν στα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, δηλαδή στη δημιουργία ρυτίδων έκφρασης, στη δύσοσμη αναπνοή, στα κίτρινα δόντια, στη μυρωδιά τσιγάρου στα μαλλιά, τα ρούχα, το δέρμα που υπερκαλύπτει το φρέσκο άρωμα, στην εύκολη κόπωση και το βήχα.

Παρόλα αυτά, αρκετοί γονείς δεν δείχνουν την απαιτούμενη προσοχή. Ο έφηβος τείνει να μιμείται τα πρότυπά του, να υιοθετεί συνήθειες και συμπεριφορές από το κοινωνικό του περιβάλλον, χωρίς πολλές φορές να πράξει τη δέουσα αξιολόγηση. Μάλιστα, το πρώτο του τσιγάρο θα είναι - κατά πάσα πιθανότητα - από το πακέτο των γονιών του με τρόπο ώστε να μην γίνει αντιληπτή η πράξη του^{xxxvii}.

Μέσα από τη συμμετοχή του νέου είτε σε αλητικές είτε σε άλλες δραστηριότητες μπορεί να αποτραπεί η έναρξη της καταστροφικής αυτής συνήθειας υιοθετώντας ένα υγιές μοτίβο ζωής.

2.9. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα και ο καρκίνος είναι δύο άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Μερικά από τα σημεία που θα εντοπισθεί ο καρκίνος ενός καπνιστή είναι:

- πνεύμονας
- λάρυγγας
- γλώσσα
- φάρυγγας
- ουροδόχος κύστη
- πάγκρεας
- παχύ έντερο
- φωνητικές χορδές
- μαστός
- οισοφάγος
- κόλον
- ωοθήκες
- ενδομήτριο
- και άλλα^{xxxviii}.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, δεν υπάρχει μία αιτία που να προκαλεί καρκινογένεση. Η δημιουργία και ο εντοπισμός των καρκινικών κυττάρων προϋποθέτει την αλληλεπίδραση τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο. (Πίνακας 3. Αιτίες καρκίνου.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ
Καπνός	30%
Διατροφή/παχυσαρκία ενηλίκων	30%
Έλλειψη σωματικής άσκησης	5%
Εργασιακοί παράγοντες	5%
Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου	5%
Ιοί	5%
Εγγενείς παράγοντες	5%
Παράγοντες αναπαραγωγής	3%
Αλκοόλ	3%
Οικονομικό / βιοτικό επίπεδο	3%
Μόλυνση περιβάλλοντος	2%
Ακτινοβολία	2%
Συνταγογραφούμενα φάρμακα / ιατρικές	1%

θεραπείες	
Αλάτι / πρόσθετα φαγητού / ρυπαντές	1%

Με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία των Η.Π.Α.

Στηριζόμενοι σε Αμερικανικές μελέτες, ένας (1) στους πέντε (5) θανάτους είναι άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα της κατανάλωσης καπνού.

Ανησυχητικό είναι πως εννέα (9) στους δέκα (10) ασθενείς με καρκίνο στον πνεύμονα κάπνιζαν ή ενδεχομένως να συνεχίζουν να καπνίζουν. Όσο μεγαλύτερο το πλήθος των τσιγάρων ημερησίως, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος πρόκλησης καρκίνου είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα. Τους ίδιους κινδύνους καλείται να αντιμετωπίσει και ο παθητικός καπνιστής, ο οποίος παρότι δεν έχει επιλέξει να καπνίζει επιβαρύνεται στο πολλαπλάσιο τη στιγμή που βρίσκεται στον ίδιο χώρο με ενεργητικούς καπνιστές. (Πίνακας 4. Κίνδυνος θανάτου γυναικών που καπνίζουν σε σύγκριση με εκείνες που δεν καπνίζουν.)^{xxxix}

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΚΕΙΝΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ.

Κακοήθη νεοπλάσματα	Ποσοστά κινδύνου (%)
Χειλέων, στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα	5,6
Οισοφάγου	10,3
Παγκρέατος	2,3

Λάρυγγα	17,8
Τραχείας, πνευμόνων, βρόγχων	11,9
Τραχήλου μήτρας	2,1
Ουροδόχου κύστης	2,6

Μία άλλη μορφή καρκίνου είναι αυτή του μαστού. Εντοπίζεται και στα δύο (2) φύλα, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Μία (1) στις οκτώ (8) γυναίκες ηλικίας άνω των ογδόντα (80) ετών νοσεί. Όσο μικρότερη είναι μία γυναίκα ηλικιακά τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να νοσήσει. (Πίνακας 5. Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού ανά ηλικία.)

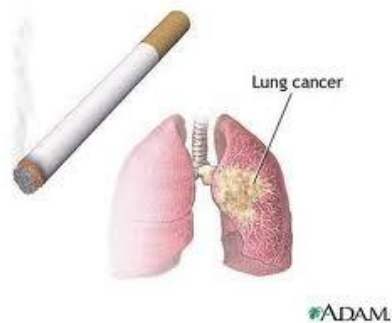
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ

Ηλικία σε έτη	Κίνδυνος
<25	1/19.608
<30	1/2.525
<35	1/622
<40	1/217
<45	1/93

<50	1/50
<55	1/33
<60	1/24
<65	1/17
<70	1/14
<75	1/11
<80	1/10
<85	1/9
>85	1/8

Την τρίτη θέση, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α., κατέχει ο καρκίνος στο κόλον, ποσοστό το οποίο μειώνεται κατά 33% σε άνδρες και γυναίκες άνω των πενήντα (50) ετών που πραγματοποιούν εξετάσεις προληπτικά ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Έτσι, σε περιπτώσεις ανίχνευσης της νόσου η θεραπεία ξεκινάει άμεσα και τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.

Η «αχίλλειος πτέρνα» της νόσου είναι σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Η εξέταση για τυχόν ανιχνεύσιμα κακοήθη νεοπλασμάτα σε συνδυασμό με καλή διατροφή, εντατική άσκηση, χωρίς τσιγάρο και περιττές καταχρήσεις αποτελούν την καλύτερη ασπίδα προστασίας του οργανισμού από κάθε μορφή καρκίνου.



Εικόνα 2.4. : Καρκίνος του πνεύμονα

(phivosnicolaides.blogspot.com)

2.10. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και της δημιουργίας και της επιβάρυνσης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι αδιάψευστη^{xi}. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το κάπνισμα συνδέεται με το τριάντα (30%) – σαράντα (40%) τοις εκατό των Καρδιαγγειακών παθήσεων^{xii}.

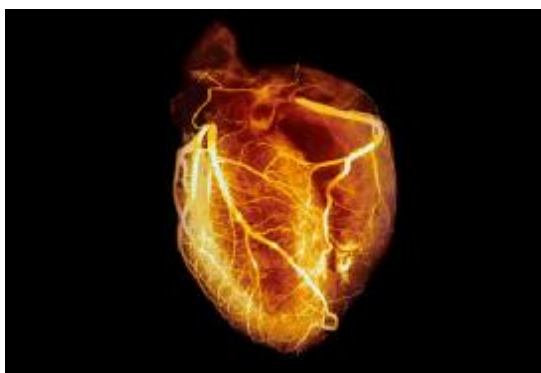
Τα παράγωγα από την καύση του καπνού, καθώς και τα στοιχεία του καπνού περνούν στην κυκλοφορία του αίματος προκαλώντας ανεπανόρθωτες ζημιές. Τη μεγαλύτερη ευθύνη φέρουν δύο (2) στοιχεία: το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) και η νικοτίνη.

Η νικοτίνη, ούσα μία ιδιαίτερα επικίνδυνα και σοβαρά εξαρτησιογόνα ουσία, προκαλεί αγγειοσυστολή κάνοντας δυσχερέστερη την αιματική κυκλοφορία. Εξαιτίας της διεγερτικής της ιδιότητας, οι φυσιολογικοί καρδιακοί παλμοί σε κάθε τσιγάρο αυξάνονται κατά είκοσι (20) παλμούς το λεπτό συμπαρασύροντας και την αρτηριακή πίεση. Παράλληλα, ευνοείται η αποδέσμευση του λίπους και της χοληστερίνης.

Ως άμεση συνέπεια της αύξησης των καρδιακών παλμών είναι η ανάγκη της καρδιάς γαι οξυγόνο (O₂), μια ανάγκη που δεν ικανοποιείται στο ακέραιο μιάς και το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) εμποδίζει στην ομαλή μεταφορά αυτού από και προς τους ιστούς. Έτσι, ξεκινάει ένας θανάσιμος φαύλος κύκλος όπου η καρδιά καλείται να δουλέψει πιο σκληρά προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο (O₂), με συνέπεια την ενεργοποίηση της στεφανιαίας θρόμβωσης, το σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών, και τις καρδιακές αρρυθμίες.

Οι αλλαγές αυτές οδηγούν στην αθηροσκληρωτική νόσο, ιδιαίτερα – δε - στην στεφανιαία και την περιφερική αγγειακή νόσο^{xliii}. Επιπλέον, το κάπνισμα αυξάνει την αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών και πιθανότατα και τον κίνδυνο θρόμβωσης. Εάν, μάλιστα, η θρόμβωση δημιουργηθεί σε κάποια αρτηρία, ο ιστός που φυσιολογικά αιματώνεται από αυτή, νεκρώνεται με αποτέλεσμα να προκαλείται έμφραγμα του μυοκαρδίου.^{xliiii} Επιπρόσθετα, αυξάνεται σημαντικά η αθηροσκλήρωση της κοιλιακής αορτής.

Τέλος, στην κακή κυκλοφορία οφείλεται και η νόσος του Buerger ή αλλιώς η αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα^{xliv}. Στην νόσο του Buerger υπάρχει πλήρης αποκοπή της κυκλοφορίας του αίματος στα άκρα που καταλήγει σε γάγγραινα και τελικά σε ακρωτηριασμό του πάσχοντος σημείου.



Εικόνα 2.5. : Καρδιά καπνιστή

(egialos.blogspot.com)

2.11. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το πρώτο σύστημα που επιβαρύνεται από την εισπνοή των προϊόντων που περιέχει το τσιγάρο και αυτών που προκύπτουν μέσω της καύσης είναι το αναπνευστικό. Υπολογίζεται πως το 80-90% των αναπνευστικών παθήσεων οφείλεται στο τσιγάρο.

Ειδικότερα το κάπνισμα από το πρώτο κιάλας τσιγάρο προκαλεί:

- ερεθισμό
- φλεγμονή
- βήχα
- οίδημα βρογχικών βλεννογόνων
- παραγωγή βλέννης
- ↓ ταχύτητας κροσσώτου αναπνευστικού επιθηλίου
- ↑ αντίστασης αεραγωγών
- χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.)
- αναπνευστική αναπηρία
- καρκινογένεση
- πνευμονοθώρακα

Σε έναν χρόνια καπνιστή προστίθενται η δύσπνοια, η χρόνια στοματίτιδα και η χρόνια λαρυγγίτιδα. Η συχνότητα της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) είναι τόση που δεν θα ήταν υπερβολή να επισημανθεί πως ο καθένας έχει στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον κάποιον που πάσχει από αυτήν την ασθένεια και ας μην το γνωρίζει. Ανησυχητικό είναι πως μέχρι το 2020, η νόσος θα καταλαμβάνει την 3^η θέση σε θανάτους παγκοσμίως.

Στην πραγματικότητα, η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) δεν είναι τίποτα άλλο παρά μία φλεγμονή των πνευμόνων που προκαλείται από την έκθεση σε βλαπτικά ερεθίσματα, εκ των οποίων και ο καπνός του τσιγάρου. Στα πρώτα στάδια της νόσου ο ασθενής παρουσιάζει βήχα, αποβολή πτυέλων και δύσπνοια . Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι με τα χρόνια η δύσπνοια εγκαθίσταται στην καθημερινότητα του ασθενή με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στην ομαλή πρόσληψη οξυγόνου (O_2) και αποβολή διοξειδίου του άνθρακα (CO_2) ακόμα και όταν σιπίζεται^{xiv}.

Κάθε καπνιστής κινδυνεύει άμεσα από καρκίνο του πνεύμονα. Οι πιθανότητες πολλαπλασιάζονται έως και σαράντα (40) φορές σε όσους καταναλώνουν περισσότερα από (20) τσιγάρα ημερησίως. Αξίζει να τονιστεί πως το 80% - 90% των καπνιστών θα νοσήσουν από καρκίνο του πνεύμονα. Το ποσοστό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό μιάς και αντί να μειώνεται σε έναν κόσμο γεμάτο πληροφόρηση αυξάνεται πυρετωδώς.



Εικόνα 2.6.: Ένας φυσιολογικός πνεύμονας (αριστερά) & ένας πνεύμονας καπνιστή (δεξιά)

(johntsilai.wordpress.com)

2.12. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

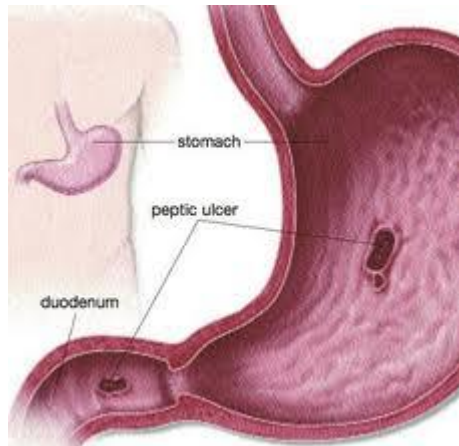
Το πεπτικό σύστημα ξεκινάει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Δύο τμήματά του συμπεριλαμβάνονται και στο αναπνευστικό σύστημα. Αυτά είναι : η στοματική κοιλότητα και ο φάρυγγας.

Όταν ο καπνιστής εισπνέει τον καπνό η πίσσα εισέρχεται στους πνεύμονες και εναποτίθεται ως κατάλοιπο στα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας.

Εξαιτίας των χημικών υποπροϊόντων του τσιγάρου, οι ιστοί της στοματικής κοιλότητας μεταλλάσσονται με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται μη φυσιολογικά κύτταρα. Η διεργασία αυτή αποτελεί την αρχή για τη δημιουργία καρκινικών κυττάρων στο στόμα. Λίγο πιο κάτω το πρόβλημα διογκώνεται. Στο τέλος του οισοφάγου υπάρχει η γαστροοισοφαγική βαλβίδα που φυσιολογικά εμποδίζει τα οξέα του στομάχου να παλινδρομούν. Λόγω των χημικών υποπροϊόντων που εισέρχονται στον οισοφάγο από την καύση του τσιγάρου ο εν λόγω κυκλικός μυϊκός σχηματισμός εξασθενεί. Έτσι, το όξινο γαστρικό περιεχόμενο έρχεται σε επαφή με το εσωτερικό τοίχωμα του οισοφάγου με αποτέλεσμα ο καπνιστής να νοιώθει καύσο^{xlvi}.

Από την μία πλευρά η αυξημένη οξύτητα των υγρών του στομάχου και από την άλλη η μειωμένη παραγωγή όξινου ανθρακικού νατρίου από το πάγκρεας διαταράσσεται σημαντικά η ισορροπία του pH στο πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, το δωδεκαδάκτυλο. Η μη εξουδετέρωση του γαστρικού περιεχομένου θα μπορούσε να συμβάλλει στη διαμόρφωση έλκους στο δωδεκαδάκτυλο^{xlvii}, καθώς και στην επιβράδυνση της επούλωσης τους και σε έλκη που προυπήρχαν.

Επιπρόσθετα, οι καπνιστές είναι ευάλωτοι στη νόσο του Crohn^{xlviii}. Οι χημικές ουσίες του τσιγάρου ερεθίζουν το έντερο, μειώνεται η απόδοση του ανοσοποιητικού συστήματος με συνέπεια το έντερο να είναι επιρρεπές σε φλεγμονές και λοιμώξεις.



Εικόνα 2.7.: Τα σημεία του στομάχου που προσβάλλονται

(karpathosgeneralsurgery.blogspot.com)

2.13. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η στοματική κοιλότητα εντάσσεται τόσο στο αναπνευστικό όσο και στο πεπτικό σύστημα. Όπως ήδη έχει επισημανθεί, πολλά προϊόντα του τσιγάρου μένουν στη στοματική κοιλότητα. Τα κύτταρα όντας εκτεθειμένα στις χημικές ουσίες του καπνού μεταλλάσσονται και προκαλείται καρκινογένεση. Οι καπνιστές ταλαιπωρούνται από φλεγμονές διαφόρων τύπων, όπως λόγου χάρη από ουλίτιδα καθώς και από πολλές στοματίτιδες. Τα δόντια χάνουν το λευκό τους χρώμα. Ταυτόχρονα, δημιουργείται στα όρια της οδοντοστοιχίας και των ούλων υπερουλική και υποουλική πλάκα^{xlix}. Τέλος, μια ιδιαίτερα σοβαρή παθολογική κατάσταση της στοματικής κοιλότητας είναι η περιοδοντίτιδα, όπου ο ασθενής «χάνει» προοδευτικά μέρος της οδοντοστοιχίας του^l.



Εικόνα 2.8.: Η κατεστραμμένη στοματική κοιλότητα του χρόνιου καπνιστή.

(ski.gr)

2.14. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι ενεργητικοί με τους παθητικούς καπνιστές καλούνται να αντιμετωπίσουν τα ίδια προβλήματα στην υγεία τους.

Σύμφωνα με έρευνα που στηρίχτηκε σε πειράματα με αρουραίους στο Τμήμα Φυσιολογίας και Βιοφυσικής, στο Πανεπιστήμιο του Kentuckyⁱⁱ, η επιστημονική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρόνια έκθεση στον καπνό μπορεί να ασκήσει σημαντικές επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1994, Καναδοί ερευνητές κατόπιν έρευνας εντόπισαν στοιχεία νικοτίνης και κοτινίνης στο τριχωτό της κεφαλής εμβρύου από μητέρα παθητική καπνίστρια.

Στην Ελλάδα πάλι και μάλιστα στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.) αποφάνθηκαν πως το 16,3% των παιδιών ηλικίας εννέα έως δώδεκα (9-12) ετών, που οι γονείς τους καπνίζουν προσβλήθηκαν από διάφορες πνευμονοπάθειεςⁱⁱⁱ.

Επιπλέον, η Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση βασιζόμενη σε επανειλημμένες μελέτες τόσο του Πανεπιστημίου του Κέιμπριτζ όσο και του Μίσιγκαν (Η.Π.Α.), αντίστοιχα δημοσίευσε ότι οι παθητικοί καπνιστές ενέχουν κατά 44% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών προβλημάτων άνοιας, κακής μνήμης και γνωστικών δυσλειτουργιών από τους μη καπνίζοντες.

Προβλήματα παρουσιάζονται συχνά και στα ζευγάρια. Ακόμα και όταν η μητέρα δεν καπνίζει, αλλά ο πατέρας καταναλώνει περισσότερα από δέκα (10) τσιγάρα ημερησίως αυξάνονται οι πιθανότητες περιγεννητικής θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, εάν ένα παιδί πάσχει από άσθμα, τείνει να έχει πιο βαριά συμπτωματολογία όταν οι γονείς του καπνίζουν. Μάλιστα, ένα παιδί καπνιστών τείνει να αρρωσταίνει συχνότερα, και να παρουσιάζονται κυρίως αναπνευστικά προβλήματα σε σχέση με ένα παιδί μη καπνιστών^{liii}.

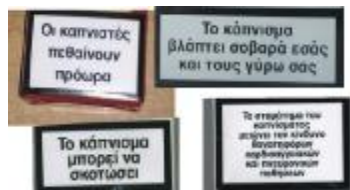
Ένα άλλο πολύ σοβαρό δίλημμα είναι εάν η μητέρα μπορεί να καπνίζει κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η μητέρα καλό θα ήταν να μην καπνίζει. Εάν, παρ'όλα αυτά, δεν μπορεί να διακόψει αυτή τη βλαβερή συνήθεια, δεν θα πρέπει να σταματήσει το θηλασμό. Έχει αποδειχθεί πως ο θηλασμός και τα προϊόντα που περιέχει το μητρικό γάλα αποτελούν ασπίδα προστασίας του νεογνού από τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου. Ο θηλασμός προσφέρει σπουδαία πλεονεκτήματα τόσο στην υγεία του μωρού όσο και στην μητέρας. Το μητρικό γάλα είτε είναι καπνίστριας είτε μη καπνίστριας είναι ποιοτικά καλύτερο από οποιοδήποτε αγελαδινό γάλα κυκλοφορεί. Περιέχει μία σειρά από θρεπτικά στοιχεία αλλά και αντισώματα που δεν μπορούν να παρασκευασθούν σε κανένα ξένο γάλα. Συνεπώς, το νεογνό προφυλάσσεται από μορφές καρκίνου και αλλεργιών. Πρέπει να επισημανθεί, πως εάν η μητέρα νοιώθει την ανάγκη – λόγω εθισμού - να καπνίσει δεν θα πρέπει να καταναλώνει παραπάνω από (5) πέντε τσιγάρα ημερησίως, διότι αυξάνονται οι πιθανότητες να μειωθεί η ποσότητα του παραγόμενου από τον οργανισμό της μητρικού γάλακτος.

Για να μην επιβαρύνεται το μωρό με τις ουσίες που παράγονται από το τσιγάρο των γονιών του, θα πρέπει να καπνίζουν εκτός σπιτιού, να πλένουν τα χέρια, τα δόντια και το πρόσωπό τους μετά το κάπνισμα, καθώς επίσης και να αλλάζουν ρούχα. Ο καπνός του τσιγάρου λειτουργεί ανασταλτικά στην φυσιολογική ανάπτυξη των πνευμόνων του παιδιού μέχρι τα (3) τρία του έτη.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το νεογνό θα υποστεί τη μεγαλύτερη επιβάρυνση όταν η καπνίστρια μητέρα θα το αγκαλιάζει και θα εισπνέει τον καπνό από τα μαλλιά της, το δέρμα, τα ρούχα της. Όταν η μητέρα θηλάσει λίγα λεπτά μετά το τσιγάρο της θα «αναγκάσει» το μωρό της να κοιμηθεί κατά είκοσι (20) λεπτά λιγότερο τις επόμενες τρεις ώρες, σε σύγκριση με τα μωρά των οποίων οι μητέρες απέχουν του καπνίσματος για αρκετές ώρες.

Όσο μεγαλύτερη η δόσολογία της νικοτίνης στο μητρικό γάλα, τόσο μεγαλύτερη η διαταραχή του ύπνου. Για το λόγο αυτό, πολλές μητέρες καπνίστριες τείνουν να απογαλακτίζουν νωρίτερα τα μωρά τους. Τέλος, η γεύση του μητρικού γάλακτος μιας καπνίστριας μητέρα είναι πιο βαριά από ότι σε μία μη καπνίστρια.

Το τραγικό είναι πως οι παθητικοί καπνιστές δεν καπνίζουν από επιλογή και παρ'όλα αυτά «αναγκάζονται» να αντιμετωπίσουν οργανικά τα ίδια προβλήματα με τους καπνιστές από επιλογή και από άποψη!



Εικόνα 2.9. : Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας προειδοποιεί.

(rethymnoguide.gr)

Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ



Εικόνα 3.1.: ΤΕΛΟΣ το τσιγάρο.

(ethnos.gr)

ΑΘΗΝΑ 2012

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΑΡΧΗ ΓΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΑ ΖΩΗ

Διαβάζοντας προσεκτικά τις προηγούμενες σελίδες, αντιλαμβάνεται κανείς τη σοβαρότητα καθώς και τους κινδύνους που ελλοχεύει η χρήση το τσιγάρου, είτε γίνεται παθητικά είτε ενεργητικά. Δεν θα ήταν λοιπόν υπερβολή να τονιστεί η επιτακτική ανάγκη της άμεσης διακοπής του καπνίσματος. Ο καπνιστής στερεί από τον ίδιο του τον εαυτό και τον περίγυρό του που εισπνέει παθητικά τον καπνό και τα παράγωγά του το δικαίωμα για ζωή.



Εικόνα 3.2.: Αν δεν το σταματήσεις...Δεν σε σταματάει τίποτα.

(naftikachronika.gr)

3.2. ΕΞΑΡΤΗΣΗ VS ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος σημαίνει κινητοποίηση και εξάλειψη της εξάρτησης. Για να ελέγξει ο επαγγελματίας υγείας, ο φυσικοθεραπευτής τόσο την εξάρτηση όσο και την κινητοποίηση του ασθενή συζητά μαζί του και τον αξιολογεί μέσα από μία σειρά τέστ/ερωτήσεων. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να οργανώσει την καλύτερη δυνατή αντικαπνιστική θεραπεία.



Εικόνα 3.3.: Η άσκηση βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος.

(www.healthyliving.gr)

Τεστ Νο 1 - Κινητοποίηση ασθενή για να διακόψει το τσιγάρο^{iv}

- Ανησυχείτε για τους σοβαρούς κινδύνους που ελλοχεύει το κάπνισμα?

Ναι

Μερικές φορές

Ποτέ

- Αναλογίζεστε τα πλεονεκτήματα που θα έχετε από τη διακοπή του καπνίσματος ?

Συχνά

Μερικές φορές

Ποτέ

- Πόσα χρήματα δαπανάτε για την αγορά τσιγάρων?

Πολλά

Αρκετά

Λίγα

- Ενοχλείστε στην ιδέα ότι εξαρτάστε από το τσιγάρο?

Ναι

Κατά κάποιον τρόπο

Όχι

- Νιώθετε ενοχές ή αμηχανία όταν καπνίζετε μπροστά σε φιλικά ή συγγενικά σας πρόσωπα?

Ναι

Μερικές φορές

Ποτέ

- Νιώθετε ενοχές ή αγανάκτηση με τον εαυτό σας όταν καπνίζετε?

Συνεχώς

Μερικές φορές

Ποτέ

- Πόσο πολύ θέλετε να σταματήσετε αυτή τη συνήθεια?

Πολύ

Λίγο

Όταν είμαι βέβαιος / η

- Πόσο συχνά σκέφτεστε να σταματήσετε το κάπνισμα?

Συχνά

Αρκετά συχνά

Ποτέ

- Έχετε δοκιμάσει ξανά να το κόψετε?

Ναι, αρκετές φορές

Μία – δύο φορές

Όχι, ποτέ

- Πόσο αποφασισμένοι είστε να το διακόψετε ?

Πάρα πολύ

Αρκετά

Καθόλου

- Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον εαυτό σας ότι η επόμενη προσπάθεια θα έχει επιτυχία?

Πάρα πολύ

Αρκετή

Δεν είμαι βέβαιος / η

- Στην επόμενη προσπάθεια για διακοπή του τσιγάρου, εάν παρεκκλίνετε για μία ημέρα, θα σκεφτόσασταν:

Θα επιμείνω σε αυτήν την προσπάθεια

Δεν είμαι απόλυτα έτοιμος – ίσως θα πρέπει να σκεφτώ να το διακόψω όταν θα είμαι έτοιμος / η

Τι νόημα έχει? Ας συνεχίσω να καπνίζω

- Θα σκεφτόσασταν να απευθυνθείτε σε έναν γιατρό ή φαρμακοποιό ή ένα φυσικοθεραπευτή για τη διακοπή του καπνίσματος?

Ναι

Ίσως

Όχι

- Σκέφτεστε να ορίσετε μία ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος?

Ναι

Μερικές φορές

Όχι

- Έχετε εντοπίσει τα ερεθίσματα που σας οδηγούν στο τσιγάρο και είστε έτοιμοι να τα «καταπολεμήσετε» ?

Ναι

Δεν είμαι βέβαιος / η

Όχι

- Θα εξετάζατε την πιθανότητα να χρησιμοποιήσετε κάποια τεκμηριωμένη ιατρική θεραπεία με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή συνδυασμό με την συστηματική άσκηση? (λόγου χάρη θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλα φάρμακα)

Ναι

Όχι, προτιμώ να μη χρησιμοποιήσω καμία θεραπεία

Όχι , δεν θέλω να διακόψω

Έχετε απαντήσει.....

Περισσότερα Α.

Συγχαρητήρια!!! Είστε ένας ασθενής έτοιμος για θεραπεία! Βρίσκεστε στην κατάλληλη στιγμή για να έχετε μία επιτυχημένη διακοπή του τσιγάρου. Έρευνες έχουν δείξει πως η συμβουλευτική θεραπεία σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή και την άσκηση μπορεί να προσφέρει πολλαπλά ποσοστά επιτυχίας. Αυτό που μένει τώρα είναι να ορίσετε μία ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος.

Περισσότερα Β.

Είστε πολύ κοντά στον στόχο . Σκέφτεστε να κόψετε το τσιγάρο και έχετε επεξεργαστεί πολύ την ιδέα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συνειδητοποιήσετε το λόγο που στηρίζετε στο κάπνισμα και πως στην πραγματικότητα είναι ένας « ψεύτικος φίλος ». Ωστόσο, ποτέ δεν είναι αργά για να σταματήσετε. Ενδεχομένως, να θεωρείτε πως ότι ζημιά ήταν να γίνει, έγινε. Δεν είναι όμως έτσι. Απ' την πρώτη ημέρα διακοπής του καπνίσματος, ο οργανισμός επαναδομείται.

Περισσότερα Γ.

Το γεγονός ότι απαντήσατε στο ερωτηματολόγιο σημαίνει ότι η διακοπή του τσιγάρου βρίσκεται στο μυαλό σας. Μία ημέρα μπορεί να είστε έτοιμοι να το σταματήσετε. Όπως και να έχει, να σκέφτεστε πως κάθε οκτώ δευτερόλεπτα, κάποιος στον κόσμο πεθαίνει από μία νόσο σχετιζόμενη με το τσιγάρο. Μάλιστα σήμερα σκοτώνει τους μισούς και πλέον καπνιστές και 50% αυτών πρόκειται να πεθάνουν στη μέση ηλικία, χάνοντας 20 – 25 χρόνια από τη ζωή τους. Ποτέ λοιπόν, δεν είναι αργά για να πάρετε απόφαση να το κόψετε. Διακόψτε το τσιγάρο και το σώμα σας θα σας ανταμείψει.

Τέστ Νο 2 – Μέγεθος εξάρτησης από τη νικοτίνη^{iv}

- Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο ?

Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά → 3 πόντοι

6 – 30 λεπτά → 2 πόντοι

31 – 60 λεπτά → 1 πόντος

Μετά από 60 λεπτά → 0 πόντοι

- Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (παραδείγματος χάρη εκκλησία, βιβλιοθήκη, σινεμά)?

Ναι → 1 πόντος

Όχι → 0 πόντοι

- Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε?

Το πρώτο της ημέρας → 1 πόντος

Οποιοδήποτε άλλο → 0 πόντοι

- Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε ?

10 ή λιγότερα → 0 πόντοι

11 – 20 → 1 πόντος

21 – 30 → 2 πόντοι

31 ή περισσότερα → 3 πόντοι

- Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από ότι το απόγευμα?

Ναι → 1 πόντος

Όχι → 0 πόντοι

- Καπνίζετε ακόμα και όταν μία ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι?

Ναι → 1 πόντος

Όχι → 0 πόντοι

Σύνολο βαθμών

(Το άθροισμα των πόντων υποδεικνύει το βαθμό εξάρτησης)

7 – 10 πόντοι → πολύ εξαρτημένος

4 – 6 πόντοι → μέτρια εξαρτημένος

0 – 3 πόντοι → λίγο εξαρτημένος

3.3. ΓΝΩΡΙΖΕΣ ΟΤΙ

Γενικά για το κάπνισμα

- Το κάπνισμα φέρνει δυσκολία στην αναπνοή όταν συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες?

Ναι – Όχι

- Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη που προκαλεί εθισμό, καθώς και πολλές άλλες δηλητηριώδης και καρκινογόνες ουσίες ?

Ναι - Όχι

- Το κάπνισμα σκληραίνει και αδυνατεί τις αρτηρίες?

Ναι – Όχι

- Το κάπνισμα φέρνει προβλήματα οστεοπόρωσης στις γυναίκες ?

Ναι – Όχι

- Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα ?

Ναι – Όχι

- Το κάπνισμα προκαλεί εμφάνιση βροχίτιδας ?

Ναι – Όχι

Παθητικό κάπνισμα

- Ο καπνός από την καύτρα του τσιγάρου είναι πιο επικίνδυνος από τον καπνό που εκπνέει ο καπνιστής, διότι περιέχει περισσότερες βλαβερές ουσίες?

Ναι – Όχι

- Οι ενήλικοι που εκτίθενται στον καπνό του περίγυρου τους παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά και διάφορους τύπους καρκίνου ?

Ναι – Όχι

- Σύμφωνα με έρευνες, το ποσοστό των ανδρών που καπνίζουν ξεπερνά το 50% και των γυναικών το 40%. Τα δε νεαρά άτομα ηλικίας 15 – 24 ετών είναι περισσότερα του 40% ?

Ναι – Όχι

- Οι παθητικοί καπνιστές κινδυνεύουν από σοβαρά προβλήματα υγείας ?

Ναι – Όχι

- Το ανοσοποιητικό σύστημα των παιδιών που εισπνέουν τον καπνό των γύρω τους είναι πιο εξασθενημένο από το φυσιολογικό ?

Ναι – Όχι

- Οι παθητικοί καπνιστές έχουν πιο πολλές πιθανότητες να νοσήσουν από καρκίνο του πνεύμονα από τους μη παθητικούς καπνιστές ?

Ναι – Όχι

- Παιδιά των οποίων γονείς είναι καπνιστές έχουν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν ευαισθησία στο αναπνευστικό τους σύστημα, μολύνσεις των ώτων και άλλες ασθένειες ?

Ναι – Όχι

- Το παθητικό κάπνισμα από πούρα είναι πιο επικίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα από τσιγάρα ?

Ναι – Όχι

Εφηβικό κάπνισμα

- Το κάπνισμα στου νέου δεν σημαίνει ωριμότητα?

Ναι – Όχι

- Οι περισσότεροι ξεκινούν το κάπνισμα περίπου στην ηλικία των 14 ετών ?

Ναι – Όχι

- Το 90% των καπνιστών ξεκινάει το κάπνισμα λίγο πριν τα 19 ?

Ναι – Όχι

- Οι νέοι θεωρούν πως με το τσιγάρο κοινωνικοποιούνται πιο εύκολα και γίνονται πιο αρεστοί και στο αντίθετο φύλο ?

Ναι – Όχι

- Οι εταιρείες καπνού στοχεύουν να προσελκύουν τους νέους, ποδηγετώντας τους μέσα από μια εικονική πραγματικότητα για το τσιγάρο ?

Ναι – Όχι

- Οι νέοι πιστεύουν πως «μεγαλώνουν» καπνίζοντας ?

Ναι – Όχι

- Οι νέοι όταν καπνίζουν θεωρούν πως «μοιάζουν» στα είδωλά τους ?

Ναι – Όχι

- Οι νέοι νομίζουν ότι θα δείχνουν πιο « άνετοι » μπροστά στου φίλους τους ?

Ναι – Όχι

(σύμφωνα με το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας « Άγιος Παντελεήμων»)

3.4. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΙΤΙΩΝ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ακόμα και μετά από τόσες ερωτήσεις ο ασθενής ενδέχεται να μην έχει αποσαφηνίσει τους λόγους που τον οδήγησαν να ξεκινήσει το κάπνισμα και τους λόγους που τον οδηγούν να το συνεχίσει. Ως επαγγελματίας υγείας, ο

φυσικοθεραπευτής οφείλει να τον βοηθήσει να συνοψίσει και απαριθμήσει τα αίτια που τον ποδηγετούν σε αυτή την καταστροφική συνήθεια^{vi}. Κάτι τέτοιο θα επιτευχθεί μέσα από τις παρακάτω ερωτήσεις/καταστάσεις – απαντήσεις.

Μόλις ο θεραπευτής συγκεντρώσει τις απαντήσεις θα έχει την δυνατότητα ο θεραπευμένος να προσδιορίσει την αχίλλειο πτέρνα του και με την καθοδήγηση του θεραπευτή να συνδράμει στην αποτελεσματική ίασή της.

Συνεπώς , ο ασθενής – καπνιστής καπνίζει για να :

- Μην νοιώθει ατονία
- Απολαμβάνει το τσιγάρο του
- Χαλαρώνει και νοιώθει ευχαρίστηση
- Ηρεμεί όταν νοιώθει εκνευρισμό
- Τόνωση. Αισθάνοται όμορφα
- Μην δυσανασχετεί
- Μην αισθάνοται δυσφορία
- Του ανεβάζει τη διάθεση
- Μην «πεινάει»

Παράλληλα στο σημείο αυτό μπορεί ο θεραπευόμενος να νοιώσει την ανάγκη να δικαιολογηθεί. Στην πραγματικότητα, δεν δικαιολογείται στον θεραπευτή, αλλά στον ίδιο του τον εαυτό επαναλαμβάνοντας μερικές από τις παρακάτω φράσεις – κλειδιά :

- Μου αρέσει να καπνίζω
- Μου αρέσει η μυρωδιά του τσιγάρου
- Με χαλαρώνει το κάπνισμα
- Με βοηθάει να συγκεντρώνομαι και να αποδίδω καλύτερα

- Μου φαίνεται ακατόρθωτο να κόψω το τσιγάρο
- Η νικοτίνη είναι πιο δυνατή από εμένα
- Φοβάμαι τα συμπτώματα από την έλλειψη της νικοτίνης
- Δεν καπνίζω πολλά, συνεπώς δεν κινδυνεύω
- Παρασύρομαι γιατί οι περισσότεροι φίλοι μου καπνίζουν
- Αυτήν την περίοδο έχω πολλές εκκρεμότητες και προβλήματα
- Νοιώθω πως και να το κόψω, μετά από λίγες ημέρες ή σε μία δυσκολία θα το ξαναρχίσω

Σε κάθε έναν από τους παραπάνω προβληματισμούς ο θεραπευτής οφείλει να αντιπαραβάλει και από ένα αντεπιχείρημα. Με τη διακοπή του καπνίσματος ο θεραπευόμενος θα αισθανθεί ότι απελευθερώνεται από ένα βάρος, ότι «νικάει» κάτι που μέχρι πρότινος θεωρούσε αήττητο, τον εθισμό του, την εξάρτησή του από την νικοτίνη. Επιπλέον, για να χαλαρώσει μπορεί να ασχοληθεί με άλλες δραστηριότητες που θα τον βοηθήσουν να εκτονώσει το στρές του και να τονώσει την σωματική και ψυχική του υγεία (λόγου χάρη, αθλήματα). Αξιόλογο θα ήταν να επισημανθεί ότι τα συμπτώματα της στέρησης διαρκούν ελάχιστα.

Όπως έχει γίνει αντιληπτό, καπνιστής θεωρείται ακόμα και εκείνος που καταναλώνει ένα τσιγάρο ημερησίως παρουσιάζοντας τους ίδιους κινδύνους εμφάνισης σοβαρών ασθενειών, αντίστοιχων με αυτές του καπνιστή που καταναλώνει ένα πακέτο ημερησίως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ



Εικόνα 4.1.: Η επιλογή είναι δική σου...αλλά ΠΡΟΣΕΧΕ να μην είναι αργά.

(nosmokingawareness.wordpress.com)

Ο καπνιστής έχει αντιληφθεί πως πρέπει να βγει άμεσα από το φαύλο κύκλο στον οποίο έχει περιέλθει. Ήδη ζητάει τη συμβολή και την συμβουλή ενός επαγγελματία υγείας, ενός ψυχολόγου ή ενός πνευμονολόγου, στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος. Αφού περάσει με επιτυχία όλα τα τεστ και τις ερωτήσεις του θεραπευτή, ξεκινάει να ενημερώνεται για κάθε βήμα, αλλά και για κάθε εμπόδιο. Ο θεραπευτής τον εφοδιάζει με φυλλάδια και ενημερωτικό υλικό σε κάθε μορφή (οπτικοακουστικό υλικό) στοχεύοντας στην εκτενέστερη ενημέρωσή του. Ταυτόχρονα, ορίζουν θεραπευτής και θεραπευόμενος μια σειρά από κίνητρα ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Βέβαια συνεχώς γίνεται επαναπροσδιορισμός των στόχων και των κινήτρων και

επαναξιολόγηση της στάσης του ασθενή απέναντι στο τσιγάρο με σκοπό την τροποποίηση και την προσαρμογή τους στα δεδομένα που προκύπτουν.

Ενδεχομένως ο ασθενής πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη να χρήζει και φαρμακευτικής ενίσχυσης^{lvii}. Οι φαρμακευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται φρόνιμο είναι να συνταγογραφούνται από τους γιατρούς των ιατρείων διακοπής καπνίσματος. Ενδεικτικά μερικές από τις μεθόδους αυτές είναι οι εξής:

- θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη :
 - αυτοκόλλητα νικοτίνης
 - τσίχλες νικοτίνης
 - ρινικό σπρέυ νικοτίνης
 - εισπνεύσιμη μορφή νικοτίνης
- η βουπροπιόνη (zyban)
- η βαρενικλίνη (champix)

Συνδυάζοντας όλα τα παραπάνω η ομάδα των επαγγελματιών υγείας μπορεί να εντάξει τον θεραπευόμενο σε ένα πρόγραμμα άσκησης συνδυάζοντάς τη και με εναλλακτικές μεθόδους, όπως τον βελονισμό και την υπνοθεραπεία. Έχει αποδειχθεί ότι η υπνοθεραπεία σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία βοηθούν τον ασθενή να απαλλαχθεί από συναισθήματα αποτυχίας, ανικανοποίητες επιθυμίες και φοβίες.

Ο βελονισμός από την άλλη, συνδράμει στην ήπια και ελεγχόμενη επιθυμία για κάπνισμα, στη σταδιακή απέχθεια στον καπνό και στη γεύση του τσιγάρου, καθώς επίσης και στον περιορισμό των συμπτωμάτων στέρησης^{lviii}.



Εικόνα 4.2.: Βελονισμός..μία εναλλακτική προσέγγιση.

(samag.gr)

4.2. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ : ΕΝΑΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος αναγνωρίζεται ως μία κλινική προτεραιότητα. Παρ' όλα αυτά, η επιστημονική κοινότητα ελάχιστα έχει ασχοληθεί με το μείζον αυτό θέμα στα πλαίσια της πρακτικής φυσικής αγωγής.

Από τους επαγγελματίες υγείας δίνονται συμβουλές για την οριστική διακοπή της καπνιστικής συνήθειας. Ως μέλος, λοιπόν, της κοινότητας υγείας ο φυσικοθεραπευτής, τόσο στον Καναδά όσο και στη Νέα Ζηλανδία, μπορεί να ενσωματώσει την αρμοδιότητα αυτή στις κλινικές πρακτικές του.

Την άσκηση, ως φυσική πρακτική, πλαισιώνουν η ψυχολογική υποστήριξη και παρακίνηση, τα Τεστ καθώς και η φαρμακευτική αγωγή. Στόχος της ομάδας των θεραπευτών (φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγοι, πνευμονολόγοι και άλλοι) είναι η οριστική απεξάρτηση του καπνιστή από τη νικοτίνη και τα λοιπά παράγωγα που προκύπτουν από την καύση του καπνού.

Ο φυσικοθεραπευτής εντάσσει τη διακοπή του καπνίσματος στο πρόγραμμα θεραπείας του ασθενή του, αποσκοπώντας στην προαγωγή της υγείας και της ευεξίας καθώς και στην πρόληψη και ελαχιστοποίηση τυχόν δευτερευουσών

επιπτώσεων, όπως λόγω χάρη ιατρικές και χειρουργικές επιπλοκές που οφείλονταν στο τσιγάρο^{lix}.



Εικόνα 4.3.: Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση

(goudelis.gr)

4.3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Δεν είναι τυχαίο πως οι αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι ένα υγιές μυαλό συνυπάρχει με ένα υγιές σώμα. Πολλές είναι οι μελέτες που αποδεικνύουν πως η άσκηση, η συστηματική δραστηριότητα συμβάλλει σημαντικά στη διακοπή του καπνίσματος^{lx}. Πιο συγκεκριμένα, η άσκηση βοηθάει στην ομαλή διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης από την νικοτίνη^{lxi}, καθώς επίσης μειώνει τον πόθο για τσιγάρο και « φρενάρει » τον ασθενή να εκτονωθεί στο φαγητό^{lxii}.

Δύο (2) χρόνια αργότερα, στο St George's Hospital Medical School πραγματοποιήθηκε μία ακόμα μελέτη, όπου οι συμμετέχοντες παρότι απήχαν από το τσιγάρο, όσο αθλούνταν ακόμα και με χαμηλή ένταση, τα ψυχολογικά συμπτώματα (όπως για παράδειγμα η ευερεθιστότητα, το άγχος, η αγωνία) παρουσίαζαν μείωση κάθε εβδομάδα που περνούσε^{lxiii}.

Εξετάζοντας περισσότερους από 300.000 υγιείς εθελοντές, για περίπου οκτώ (8) χρόνια οι επιστήμονες στη Βαρκελώνη διαπίστωσαν πως τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες τείνουν να αυξάνουν το σωματικό τους βάρος τα πρώτα χρόνια μετά την παύση του τσιγάρου^{lxiv}.

Ύστερα από λίγα χρόνια μια ανάλογη μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Καλιφόρνια έχοντας ως επίκεντρο τις μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες. Τα αποτελέσματα και εδώ ήταν αντίστοιχα. Αξιόλογο θα ήταν , όμως, να σημειωθεί πως διαπίστωσαν ότι οι καπνιστές που διακόπτουν το τσιγάρο γίνονται πιο λειτουργικοί από ότι ήταν πρώτινως^{lxv}.

Τέλος, σε έρευνα που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η σχέση του τσιγάρου είναι αντιστρόφως ανάλογη με την άσκηση^{lxvi}.

4.3.1. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Αρκετές είναι οι μελέτες που εξετάζουν χωριστά την άσκηση από το κάπνισμα, ως έννοιες. Στην πραγματικότητα, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να νιώσει ευεξία, αυτοπεποίθηση, ηρεμία χωρίς να προσλαμβάνει καμία ποσότητα νικοτίνης, αλλά με λίγη ώρα φυσικής δραστηριότητας. Παράλληλα, πρόσφατες έρευνες απέδειξαν πως η διακοπή του τσιγάρου σε συνάρτηση με τον έλεγχο του βάρους και τη συστηματική φυσική δραστηριότητα συνέβαλαν θετικά στην επιβράδυνση των αθηρωματικών βλαβών που οδηγούν στην πρόκληση στεφανιαίας νόσου^{lxvii lxviii lxix lxx lxxi}.

Σε αντίθεση με το κάπνισμα, η άσκηση αυξάνει την πρόσληψη Οξυγόνου (O₂) στον ανθρώπινο οργανισμό. Έτσι, η αναπνευστική και καρδιαγγειακή λειτουργία του οργανισμού βελτιώνονται συμπαρασύροντας κάθε σύστημα ξεχωριστά προς τη μέγιστη απόδοσή τους^{lxxii lxxiii lxxiv lxxv lxxvi lxxvii}.

Επιπρόσθετα, η άσκηση επιδρά θετικά και στην ψυχική υγεία του ατόμου. Διαχρονικές μελέτες αναφέρουν ότι η σωματική άσκηση μειώνει το αίσθημα της κατάθλιψης^{lxxviii lxxix lxxx}, καθώς επίσης προάγει την αυτοπεποίθηση, τον αυτοσεβασμό και μειώνει το ψυχολογικό στρές (stress)^{lxxxi lxxxii lxxxiii}. Αξίζει να σημειωθεί πως παρότι δεν έχει ακόμα αποδειχθεί φαίνεται να επιδρά θετικά και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου^{lxxxiv lxxxv}.

Η άσκηση τόσο στους καπνιστές όσο και στους μή-καπνιστές προσανατολίζεται σε τρεις (3) κατευθύνσεις όπου και επιδρά με τον πλέον θετικό τρόπο^{lxxxvi}. Πιο συγκεκριμένα:

- Ο ασθενής βελτιώνει τη συνολική κατάσταση της υγείας του
- Το σώμα του ασκούμενου βελτιώνεται
- Αυξάνεται η επαγγελματική του απόδοση

4.3.1.A. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ

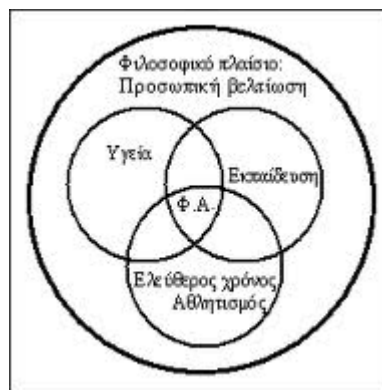
Μέσα από τη συστηματική δραστηριότητα ο ασθενής έχει και νιώθει περισσότερη ενέργεια για ζωή, αφού σταματά πλέον να κουράζεται τόσο εύκολα όσο στο παρελθόν. Παράλληλα αποκτά αυτοπεποίθηση, παύει να νοιώθει αισθήματα άγχους^{lxxxvii} και δεν παρουσιάζει σημεία κατάθλιψης^{lxxxviii}. Έτσι έχει τη δυνατότητα να χαλαρώνει και να κοιμάται καλύτερα.

4.3.1.Β. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ

Με τη σωματική δραστηριότητα ο ασθενής γυμνάζει τους μύες του κάνοντάς τους πιο δυνατούς και καλαίσθητους. Ταυτόχρονα καταναλώνει θερμίδες και διατηρεί σε ισορροπία το σωματικό του βάρος. Μάλιστα, υιοθετεί έναν υγιή τρόπο ζωής χωρίς περιττά λίπη και υδατάνθρακες, μακριά από το αλκοόλ και το τσιγάρο^{lxxxix}.

4.3.1.Γ. ΑΥΞΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ

Οι παράμετροι α και β συνδυάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται. Η άσκηση δρα θετικά στο καρδιαγγειακό και στο αναπνευστικό σύστημα. Ο ασθενής αισθάνεται περισσότερη ζωντάνια και αντοχή για να συμμετέχει σε δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να είναι ικανότερος και πιο υπερκινητικός στην εργασία του. Τέλος, το μυοσκελετικό του σύστημα έχει τη δύναμη σε κάθε επαγγελματική απαίτηση – ανάγκη.



Εικόνα 4.4: Τα οφέλη από τη διακοπή του τσιγάρου.

(kee.gr)

4.3.2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Ένας πολύ γρήγορος και εύκολος τρόπος διαχωρισμός ασκήσεων είναι αυτός σε έντονες και λιγότερο έντονες σωματικές δραστηριότητες. Ασκήσεις όπως η κολύμβηση, τα άλματα με σχοινάκι, το γρήγορο περπάτημα, το τροχάδην, η ποδηλασία, η ορειβασία, η καλαθοσφαίριση συγκαταλέγονται στην έντονη δραστηριότητα. Όταν μάλιστα γίνονται με τη σωστή ένταση και για αρκετό χρονικό διάστημα συμβάλλουν στην ενίσχυση και στη βελτίωση της λειτουργίας της καρδιάς και των πνευμόνων^{xc}. Οι αεροβικές ασκήσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται με έντονο ρυθμό για τουλάχιστον τριάντα λεπτά (30 min) περίπου τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα (3-4 φορές/εβδομ)

Από την άλλη μεριά, βρίσκονται οι λιγότερο έντονες δραστηριότητες. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει τις οικιακές εργασίες (δουλειές του σπιτιού και του κήπου), το ανεβοκατέβασμα μιας σκάλας, το χορό, το χαλαρό περπάτημα και τις ασκήσεις γυμναστικής που πραγματοποιούνται στο σπίτι. Ακόμα και αυτές οι δραστηριότητες, που παρότι φαντάζουν απλές ή ασήμαντες ενδεχομένως στην πραγματικότητα ωφελούν άμεσα στον ανθρώπινο οργανισμό προλαμβάνοντας τυχόν καρδιόπαθειες, εφόσον γίνονται συστηματικά. Αυτό που θα πρέπει να υπογραμμισθεί είναι ότι κάθε δραστηριότητα που ενεργοποιεί το μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου έστω και για μερικά λεπτά είναι καλύτερη από τη σωματική αδράνεια. Κάτι τέτοιο δεν σημαίνει πως πρέπει να χάσει την αίσθηση του μέτρου και να ασκείται πολύ σκληρά, διότι τότε θα φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

4.3.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Επισημάνθηκε στις προηγούμενες γραμμές πως η άσκηση βοηθάει στην εύρυθμη λειτουργία καρδιαγγειακού συστήματος. Όταν συνδυάζεται η σωματική δραστηριότητα με την αποχή από τον καπνό και τα παράγωγά του, η καρδιά και οι πνεύμονες ενισχύονται ακόμα περισσότερο. Συνεπώς, εάν ένας ασθενής πάσχει από αρτηριακή υπέρταση ή και υπερλιπιδαιμία μόλις αρχίσει να ασκείται και πάψει να είναι ενεργητικός ή και παθητικός καπνιστής συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία των δύο (2) αυτών παθολογικών καταστάσεων^{xci}.

Αναλυτικότερα, μειώνονται οι πιθανότητες ανάπτυξης και εξέλιξης μιας καρδιαγγειακής νόσου διότι η άσκηση σε συνάρτηση με τη διακοπή του καπνίσματος επιφέρουν τα παρακάτω διαδοχικά:

- Προλαμβάνεται η δημιουργία θρόμβων.
- Αυξάνεται η HDL και μειώνεται η LDL.
- Βελτιώνεται η ενδοτικότητα των τοιχωμάτων των αρτηριών.
- Μειώνεται η δυσκαμψία των τοιχωμάτων των αρτηριών.
- Μειώνεται η αρτηριακή πίεση.
- Βελτιώνεται η λειτουργία του ενδοθηλίου των αρτηριών.
- Μειώνεται ο κίνδυνος τόσο της ρήξης της αθηρωματικής πλάκας όσο και της απόφραξης των αρτηριών.
- Η λειτουργία των στεφανιαίων αρτηριών ομαλοποιείται.
- Μειώνεται το άγχος και η κατάθλιψη.
- Ομαλοποιείται η λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος με αύξηση του παρασυμπαθητικού τόνου που οδηγεί σε βραδυκαρδία και μείωση του

συμπαθητικού τόνου που προκαλεί ταχυκαρδία. Συνεπώς μειώνεται το ποσοστό των αιφνίδιων θανάτων που οφείλονται σε προβλήματα καρδιάς.

- Η γλυκόζη μεταβολίζεται καλύτερα.
- Το σωματικό βάρος μειώνεται.



Εικόνα 4.5. : Αεροβική άσκηση

(educpsychology.blogspot.com)

4.3.4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.

Μία παράμετρος στην οποία πρέπει να δοθεί έμφαση είναι η ένταση της σωματικής δραστηριότητας^{xcii}.

Η ένταση των ασκήσεων μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το φύλο και τα επιθυμητά αποτελέσματα . Σε μία έντονη δραστηριότητα, όπου πραγματοποιείται συστηματικά φτάνοντας στο 80% της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου (80% του $VO_{2\ max}$) μειώνει αισθητά τη λαχτάρα για τσιγάρο τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τον τερματισμό της.

Επιπλέον, σε μία μέτριας έντασης άσκηση, περίπου στο 80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας με διάρκεια από δεκαπέντε (15) έως και εξήντα (60) λεπτά, η ανάγκη για πρόσληψη νικοτίνης παρακάμπτεται για έως πενήντα (50) λεπτά. Ασκήσεις στο 40 έως το 85% του καρδιακού ρυθμού φέρουν ανάλογα με τα προαναφερθέντα αποτελέσματα. Αξιοσημείωτο είναι πως ασκήσεις που πραγματοποιούνται για δέκα (10) με δεκαπέντε (15) λεπτά σε καθιστή θέση, λόγω χάρη ισομετρικές ασκήσεις, έχουν τη δυνατότητα να κατευνάσουν τον πόθο για τσιγάρο έστω και για πέντε (5) λεπτά !

4.3.5. ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΚΑΙ ΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Η σωματική δραστηριότητα πέρα από τα οφέλη μπορεί να ελλοχεύει και κινδύνους. Για το λόγο αυτό, όλη η ομάδα ,που είναι αρμόδια να μεριμνά για την υγεία του ασθενή με επικεφαλή τον θεράποντα ιατρό συμπεριλαμβανομένου και του

φυσικοθεραπευτή, είναι υπεύθυνη να εξετάσει όλο το ιατρικό ιστορικό του ασθενή^{xciii xciv xcv xcvi}.

Στην Ευρώπη, ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι ταυτισμένος με τη φροντίδα και την αποκατάσταση ατόμων που ήδη πάσχουν από μια ασθένεια. Συνεπώς, ως επί των πλείστων το θεραπευτήριο θα το επισκεφθούν άνθρωποι που ανήκουν σε μία από τις ευπαθείς ομάδες που ακολουθούν :

- Άτομα που πάσχουν από στεφανιαία νόσο (λόγου χάρη στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου).
- Άτομα με καρκίνο του πνεύμονα.
- Άτομα με καρκίνο του λάρυγγα.
- Άτομα με καρκίνο του οισοφάγου.
- Άτομα με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.
- Άτομα με περιφερική αγγειοπάθεια κάτω άκρων (λόγου χάρη διαλείπουσα χωλότητα, γάγγραινα).
- Άτομα που πάσχουν από περιφερικές αρτηριακές παθήσεις.
- Άτομα με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
- Άτομα με καρδιακές παθήσεις.
- Ασθενείς με σοβαρές ψυχικές ασθένειες.
- Ασθενείς με άνοια και που αντιμετωπίζουν και την εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών .
- Άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.
- Άτομα με καρκίνο παχέως εντέρου.
- Άτομα με καρκίνο στο ενδομήτριο.

Στις παραπάνω ομάδες, ο φυσιοθεραπευτής σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας πρέπει να οργανώσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας για τον ασθενή. Στο κάθε πρόγραμμα άσκησης, ο επιβλέπων/θεραπευτής διαδραματίζει το ρόλο του καθοδηγητή. Επιπλέον, ανά τακτά χρονικά διαστήματα επαναπροσδιορίζονται οι στόχοι και τα δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί και που συνεχώς προκύπτουν προκειμένου να προλάβουν μία ενδεχόμενη υποτροπή και να εξαλείψουν τους κινδύνους για την υγεία του ασθενή και που συνδέονται άρρηκτα με το κάπνισμα^{xcvii}.

4.3.6. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Στοχεύοντας στα (60) εξήντα λεπτά άσκησης.

Μία από τις επιπτώσεις – που σχεδόν σίγουρα θα εμφανιστούν και θα επιβαρύνουν την υγεία του καπνιστή – είναι η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).

Βασιζόμενοι σε αναφορά του American College of Sports Medicine, ο ασθενής θα πρέπει να ασκείται τρεις (3) έως πέντε (5) φορές την εβδομάδα από τριάντα (30) λεπτά την κάθε φορά στοχεύοντας στα (60) εξήντα λεπτά άσκησης. Η ένταση της άσκησης μπορεί να ξεκινήσει από τα πέντε (5) ή το έξι (6) και να καταλήξει στο δέκα (10) της κλίμακας Borg. Η διάρκεια του προγράμματος θα κυμανθεί μεταξύ των οκτώ (8) και δώδεκα (12) εβδομάδων. Ο φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα τους όγκους και τις χωρητικότητες των πνευμόνων.

Οι ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) μπορούν να εκτελέσουν ένα αεροβικό πρόγραμμα μέτριας εντάσεως όπως λόγου χάρη γρήγορο περπάτημα, τρέξιμο, ποδηλασία.

Πριν την έναρξη του κύριου μέρους του προγράμματος, σημαντικό θα ήταν να υπάρξει μία περίοδος δέκα με δεκαπέντε (10-15) λεπτών για ένα καλό ζέσταμα. Ακολουθεί η αεροβική άσκηση για τριάντα (30) λεπτά ενώ στο τελευταίο δεκάλεπτο (10 λεπτά) αυξάνουμε λίγο την ένταση. Ο χρόνος που απομένει δαπανάται σε ασκήσεις χαλάρωσης και σταδιακής επαναφοράς του καρδιακού ρυθμού και της αναπνευστικής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα.

Αξίζει να σημειωθεί πως σε έναν άνθρωπο που πάσχει από διαβήτη μπορεί να ακολουθηθεί ένα αερόβιο πρόγραμμα εμπλουτισμένο με ασκήσεις αντίστασης. Η ένταση του προγράμματος για τα πρώτα είκοσι (20) λεπτά δεν θα ξεπερνά το 50% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού, ενώ στα επόμενα λεπτά θα αυξάνεται σταδιακά μέχρι να φτάσει το 75% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού. Στους διαβητικούς, ο θεραπευτής θα πρέπει να διαχειρίζεται και να διατηρεί σε ισορροπία τα επίπεδα γλυκόζης.

4.3.7. ΤΟ ΚΛΕΙΔΙ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ

Το κλειδί για ένα πετυχημένο πρόγραμμα συστηματικής άσκησης βασίζεται στην ορθή ορθή επιλογή της άσκησης με την οποία θα ξεκινήσει το άτομο. Για ένα καλό και άνετο ξεκίνημα, ένας αγύμναστος άνθρωπος μπορεί να γυμναστεί περπατώντας ή κολυμπώντας. Στη συνέχεια και αφού έχει βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση μπορεί να συνεχίσει με εντονότερο ρυθμό^{xcviii}.

Προσοχή: Φρόνιμο θα ήταν άτομα μεγαλύτερα των σαράντα (40) ετών να ξεκινήσουν ιδιαίτερα ομαλά τις ασκήσεις τους και να συνεχίσουν με βραδύτερους ρυθμούς προκειμένου να φτάσουν στο επιθυμητό και ποθητό αποτέλεσμα, δηλαδή την οριστική διακοπή του καπνίσματος και τη βελτίωση της υγείας και της φυσικής τους κατάστασης.

4.3.8. ΔΙΚΛΕΙΔΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η ένταση της άσκησης εξαρτάται και καθορίζεται από την καρδιακή συχνότητα, η οποία «κινείται» σε ένα εύρος τιμών όπου δύναται να λειτουργήσει η καρδιά. Οι μέγιστες τιμές της δεν μπορούν και δεν πρέπει να ξεπεραστούν. Η καρδιακή συχνότητα δεν είναι η ίδια μεταξύ γυμνασμένων και αγύμναστων ατόμων. Σε άτομα με εξαιρετική φυσική κατάσταση, η άσκηση κάνει την καρδιά να υπερβαίνει το 75% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας, τιμή που παρότι είναι μεγάλη, επιτρέπεται απόλυτα σε αυτήν την ομάδα και την ωφελεί σημαντικά. Αντίθετα, εάν ένας αθλητής ασκούσαν με ρυθμούς που δεν ξεπερνούσαν το 50% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας, το όφελος στην καρδιά θα ήταν αισθητά λιγότερο. Συνεπώς, στην παραπάνω ομάδα ανθρώπων, η άσκηση θα πρέπει να αυξάνει την καρδιακή συχνότητα μεταξύ του 50% και του 74% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας.

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες γραμμές η άσκηση ξεκινάει σταδιακά και εξαρτάται από την καρδιακή συχνότητα και το χρόνο. Έτσι ο ασθενής γυμνάζεται στοχεύοντας, αρχικά, στο 50% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας, για λίγους μήνες μετά στο 75% και να αγγίξει τελικά το 85% αυτής. Σε κάθε περίπτωση, μόλις ο ασθενής αισθανθεί οποιαδήποτε αδιαθεσία το πρόγραμμα διακόπτεται.

Ένα άλλο μέγεθος με τη δική του βαρύτητα είναι ο χρόνος, η διάρκεια της κάθε άσκησης και του συνολικού προγράμματος.

Η διάρκεια συνδέεται άρρηκτα με την ηλικία, τη φυσική κατάσταση και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Άνθρωποι αγύμναστοι είναι φρόνιμο να αρχίζουν με ήρεμο περπάτημα που θα πραγματοποιείται καθημερινά και θα διαρκεί από δέκα (10) έως δεκαπέντε (15) λεπτά. Αργότερα και όταν σημειωθεί βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης μπορούν να αυξήσουν τη διάρκεια του περιπάτου ή τη συχνότητα που θα περπατούν ημερησίως. Για παράδειγμα τρεις (3) φορές την ημέρα από δεκαπέντε (15) λεπτά τη φορά.

Όλα τα προγράμματα σε υγιείς και ασθενείς ανθρώπους, καπνιστές και μη, ξεκινούν και αυξάνουν την ένταση σταδιακά φτάνοντας σε ένα κορυφαίο σημείο. Από

το σημείο αυτό και έπειτα η ένταση μειώνεται εξίσου σταδιακά μέχρι την παύση των ασκήσεων. Στην ομαλή αυξομείωση της έντασης των ασκήσεων και κατ' επέκταση του καρδιακού ρυθμού, οι επαγγελματίες της υγείας δίνουν και οφείλουν να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση, διότι οποιαδήποτε απότομη διακοπή της άσκησης μπορεί να προκαλέσει ακόμη και λιποθυμία εξαιτίας της απότομης πτώσης της αρτηριακής πίεσης^{xcix}.

4.3.9. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Τα τελευταία χρόνια μελετάται εντατικά η θετική επιρροή της άσκησης στον ανθρώπινο οργανισμό. Από τα δεδομένα που συνεχώς προκύπτουν, φαίνεται πως πολλοί μηχανισμοί λειτουργούν συνεργικά ή και ανεξάρτητα. Επιπλέον, ο επικρατούν μηχανισμός εξαρτάται και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε άσκησης^c.

Οι πιθανοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στην πρόληψη κάθε μορφής καρκίνου αφορούν :

- Τις αλλαγές που προκύπτουν εξαιτίας της άσκησης, στα επίπεδα διαφόρων ορμονών, όπως των οιστρογόνων, της ινσουλίνης και των ινσουλινομιμητικών παραγόντων.
- Την ενίσχυση του ανοσοποιητικού και αντιοξειδωτικού συστήματος του οργανισμού.
- Την πιθανή μείωση της αιμάτωσης του όγκου.

4.3.10. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Μέρος ασθενών χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα^{ci}. Έχει παρατηρηθεί πως όταν η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με τη συστηματική δραστηριότητα δίνει καλύτερα και πιο ισχυρά αποτελέσματα. Συνεπώς, οι καπνιστές – ασθενείς δεν θα ανησυχούν για πρόσληψη περιττού λίπους στοχεύοντας στην οριστική απεξάρτηση από τη νικοτίνη, επιδιώκοντας να αποκτήσουν μία άριστη φυσική κατάσταση και ένα καλλίγραμμο σώμα μέσα από τη συστηματική άσκηση παράλληλα με τη λήψη αγωγής^{cii}.

4.3.11. ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Τα νεαρά άτομα στις ηλικίες δώδεκα έως δεκα – οκτώ (12-18) ετών υιοθετούν διάφορα ανθρώπινα πρότυπα. Εάν για κάποιους λόγους ο έφηβος έχει «αντιγράψει» το κάπνισμα, ως συμπεριφορά μπορεί με έναν σχετικά εύκολο και έξυπνο τρόπο να το σταματήσει μία για πάντα. Το περιβάλλον, η οικογένεια του ατόμου μόλις «κατακερματίσει» την ιδέα του για το είδωλό του με ποικίλα επιχειρήματα και το κατευθύνει υπόγεια σε ένα ορθό πρότυπο ανθρώπου, το παιδί θα αρχίσει να αποβάλλει οποιαδήποτε λάθος στάση και συμπεριφορά μιμούμενο έναν υγιή τρόπο ζωής. Αξιόλογο θα ήταν οι γονείς να εντάξουν το παιδί τους σε κάποια αθλητική ομάδα και να προάγουν την ενασχόλησή τους με την άθληση.

4.3.12. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

Από τις μελέτες που συνεχώς δημοσιεύονται παγκοσμίως οι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αερόβια άσκηση που πραγματοποιείται για τουλάχιστον τριάντα (30) λεπτά ημερησίως μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου^{ciii}. Η δράση της άσκησης είναι δόσο-εξαρτώμενη. Όσο αυξάνεται η συχνότητα και η διάρκειά της, τόσο αυξάνεται το προσφερόμενο όφελός της. Αυτό έχει εφαρμογή σε άτομα που ήδη γυμνάζονται και που έχουν εξοικειωθεί με την άσκηση. Όσοι είναι ακόμα στα πρώτα τους βήματα δεν πρέπει να ξεχνούν πως άσκηση, ως έννοια, θεωρείται κάθε δραστηριότητα που κάνει το άτομο να ιδρώνει ή και να λαχανιάζει λίγο. Τέτοιες δραστηριότητες μπορεί να είναι ένα χαλαρό περπάτημα στα μαγαζιά, σε ένα πάρκο, στην παραλία, οι αγορές στα πολυκαταστήματα, το ανεβοκατέβασμα των σκαλοπατιών αντί της χρήσης του ανελκυστήρα και της χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς αντί του αυτοκινήτου ή της μοτοσικλέτας. Όσο πιο πολύ εντάσσει την άσκηση στην καθημερινότητά του το άτομο, αρχίζει υποσυνείδητα να τρέφεται πιο υγιεινά και αποστασιοποιείται από το τσιγάρο και το αλκοόλ. Δεν υπάρχει μαγική συνταγή για τη διακοπή και την οριστική αποχή από το τσιγάρο. Η πρόληψη είναι η καλύτερη και ασφαλέστερη θεραπεία. Για το λόγο αυτό προλαμβάνουμε και προλαβαίνουμε την έναρξη και τις ολέθριες συνέπειες του τσιγάρου με τη σωστή καθοδήγηση των νεαρών ατόμων και την προβολή προτύπων που ασπάζονται έναν υγιή τρόπο ζωής και σκέψης.



Εικόνα 4.6.: Υπάρχει και για σένα βοήθεια.

(enet.gr)

ΑΘΗΝΑ 2012

4.3.13. ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΥΕΞΙΑ

Όταν το άτομο ασκείται, ο οργανισμός εκκρίνει ουσίες, όπως τη σεροτονίνη, ενδορφίνη, νορεπινεφρίνη, ενδοκαναβινοειδή, φαινυλεθλαμίνη. Οι ουσίες αυτές ευθύνονται για το αίσθημα ευεξίας και ηρεμίας που νοιώθει ο αθλούμενος μετά το πέρας της δραστηριότητας^{civ}. Συνεπώς, όσοι ασκούνται καταπολεμούν το σύμπτωμα της κατάθλιψης που προκαλεί η έλλειψη της νικοτίνης^{cv}. Κατ' επέκταση κάτι τέτοιο ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου, της αυτό-αποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμησης και την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Επομένως καλύπτει και εξαλείφει τα ψυχοκοινωνικά κίνητρα που ωθούν το άτομο στο τσιγάρο.

4.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κάθε ασθενής είναι μοναδικός. Κάθε πρόγραμμα είναι εξατομικευμένο. Το πρόγραμμα απεξάρτησης από τη νικοτίνη εξαρτάται και επηρεάζεται από μια σειρά βασικών παραγόντων. Οι παράγοντες είναι οι εξής:

- α) το στάδιο – επίπεδο του καπνιστή
- β) το φύλο
- γ) η ηλικία
- δ) το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας
- ε) η προθυμία να λάβει μέρος στο πρόγραμμα
- στ) το κοινωνικό περιβάλλον και επίπεδο

4.4.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

4.4.1.Α. ΣΤΑΔΙΟ – ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Ο παράγοντας αυτός δείχνει αφενός το κατά πόσο είναι έτοιμος ο ασθενής να διακόψει οριστικά το κάπνισμα και αφετέρου την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων επί το πλήθος των ετών που είναι καπνιστής/στρια. Για παράδειγμα, ένας καπνιστής που καταναλώνει τρία (3) πακέτα ημερησίως και καπνίζει επί είκοσι (20) έτη, χρήζει άλλης βοήθειας από τον ασθενή που καπνίζει πέντε (5) τσιγάρα ημερησίως επί πέντε (5) χρόνια.

4.4.1.Β. ΤΟ ΦΥΛΟ

Θα αναρωπιόταν κανείς ποια είναι η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Κι όμως, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τις διάφορες εξωγενείς πιέσεις σε αντίθεση με τους άνδρες.

4.4.1.Γ. Η ΗΛΙΚΙΑ

Ένας νεαρός σε ηλικία ασθενής έχει την τάση να θεωρεί πως μπορεί να τα καταφέρει και μόνος του. Αντίθετα, ένας μεγαλύτερος σε έτη καπνιστής νοιώθει την ανάγκη να απευθυνθεί σε έναν επαγγελματία υγείας προκειμένου να τον κατευθύνουν για πιο έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα.

ΑΘΗΝΑ 2012

4.4.1.Δ. ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Για να ενταχθεί ένας ασθενής σε ένα πρόγραμμα άσκησης πρέπει ο φυσικοθεραπευτής να γνωρίζει πόσο του αρέσει να αθλείται και πόσο ενεργός και δραστήριος είναι. Ένας ασθενής που έχει υιοθετήσει ένα καθιστικό πρότυπο ζωής χρειάζεται πιο πολλά ερεθίσματα και κίνητρα από έναν δραστήριο καπνιστή^{cvi}.

4.4.1.Ε. ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΝΑ ΛΑΒΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ο παράγοντας αυτός χρειάζεται μεγάλη προσοχή. Ο ασθενής ενδέχεται να έχει τα δικά του εγγενή κίνητρα, καθώς και το δικό του τρόπο προσέγγισης του προβλήματος του και της επίλυσής του. Για παράδειγμα, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να καπνίζουν και ας έχουν περάσει ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας (λόγου χάρη έμφραγμα του μυοκαρδίου). Αυτό συμβαίνει είτε λόγω της αρνητικής τους στάσης απέναντι στις αλλαγές είτε λόγω της άρνησής τους να ακολουθήσουν μία φαρμακευτική αγωγή .

4.4.1.ΣΤ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη είναι εάν το περιβάλλον του ασθενή απαρτίζεται από καπνιστές. Εάν συναναστρέφεται με καπνιστές τότε θα δυσκολευτεί περισσότερο να σταματήσει το κάπνισμα απ' ό τι εάν συναναστρεφόταν μη καπνιστές.

Παράλληλα με τους ανωτέρω παράγοντες συνεπιδρούν και άλλα στοιχεία όπως:

ΑΘΗΝΑ 2012

Η παχυσαρκία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΤΑ 10 ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΖΩΗ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΓΑΡΟ

Η διακοπή του τσιγάρου αποτελεί μία διαδικασία δύσκολη. Δέκα (10) μόλις βήματα είναι αρκετά για μια ζωή χωρίς τσιγάρο, για μια ζωή χωρίς στερήσεις. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει τα εξής δέκα (10) βήματα:

1^ο βήμα: Οι αλήθειες για το κάπνισμα

2^ο βήμα: Σκέψου γιατί καπνίζεις και γιατί θες να το διακόψεις

3^ο βήμα: Πώς να το διακόψεις

4^ο βήμα: Προετοιμασία λίγο πριν διακόψεις το κάπνισμα

5^ο βήμα: Πώς να διευκολύνεις τον εαυτό σου

6^ο βήμα: Αμέσως μετά τη διακοπή

7^ο βήμα: Μια νέα συνήθεια

8^ο βήμα: Βοήθησε το σώμα σου

9^ο βήμα: Αντιμέτωπισε τους φόβους σου και τις αμφιβολίες σου

10^ο βήμα: Μια ζωή χωρίς τσιγάρο

Η διαδικασία φαντάζει απλή. Δεν είναι όμως. Είναι δύσκολη και επίπονη η σωστή διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια ο βαθμός δυσκολίας αλλάζει από καπνιστή σε καπνιστή, όπως άλλωστε και η θέληση για ζωή.



Εικόνα 5.1.: Απλά ΣΤΑΜΑΤΗΣΕ ΤΟ.

(san-felice.com)

5.2. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία. Κι όμως δεν είναι λίγοι εκείνοι που αποφασίζουν να διακόψουν το κάπνισμα όχι για να προλάβουν αλλά γιατί κάποιο σύμπτωμα έχει κάνει την εμφάνισή του. Ελάχιστοι είναι οι καπνιστές που παίρνουν την απόφαση για αισθητικούς λόγους, όπως λόγου χάρη οσμές ή κιτρινωμένα δόντια.

Η συντριπτική πλειοψηφία επιλέγει να το κόψει είτε γιατί οι πρώτες δύσπνοιες ή οι πόνοι στο στήθος έκαναν την εμφάνισή τους είτε γιατί σε κάποιο κοντινό πρόσωπο σε μία εξέταση ρουτίνας εντοπίστηκε ένας μικρός όγκος, που αν και παρακολουθείται ο γιατρός συνέστησε οριστική διακοπή του καπνίσματος^{cvi}. Στην περίπτωση αυτή καθοριστικό ρόλο παίζει ο φόβος και στον τομέα της πρόληψης αλλά και στον τομέα της μη επιβάρυνσης.

5.3. Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Όλη η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί πως η διακοπή του καπνίσματος και η απεξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών αναβάλλουν συνεχώς την προσπάθειά τους φοβούμενοι τις δυσκολίες που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν. Εν μέρει έχουν δίκιο. Το σύνδρομο στέρησης που παρουσιάζεται εξαιτίας της διακοπής της συστηματικής λήψης της νικοτίνης και των άλλων ψυχοδραστικών ουσιών που περιέχει το τσιγάρο, περιορίζει σημαντικά το ποσοστό επιτυχίας. Το στερητικό σύνδρομο ενδέχεται να αφορά διαταραχές στη νοητική λειτουργία, τη διάθεση, την όρεξη, την κινητικότητα του εντέρου και του ύπνου. Οι διαταραχές αυτές εκφράζονται με ποικίλους τρόπους σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του ατόμου αφού ένταση εξαρτάται τόσο από ενδογενείς όσο και από εξωγενείς παράγοντες.

Επιβάλλεται λοιπόν η στήριξη του καπνιστή στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα^{cviii}.

5.4. ΔΙΑΚΟΠΗ..... ΣΕ 4 ΒΗΜΑΤΑ

Όποιος και αν είναι ο τρόπος αρίθμησης των βημάτων που πρέπει να ακολουθήσει ο καπνιστής για να διακόψει το τσιγάρο, σημασία έχει να θέλει και να είναι διατεθειμένος να παλέψει για να το σταματήσει οριστικά το κάπνισμα.

Αρχικά, ενημερώνεται σχετικά με τους κινδύνους που ελλοχεύει το τσιγάρο, καθώς και για τους τρόπους που μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του. Στη συνέχεια ο θεραπευτής του δίνει να συμπληρώσει μία σειρά από ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης, κινήτρων κα βαθμού εξάρτησης.

Ο καπνιστής ορίζει μία ημερομηνία στην οποία δεσμεύεται να ξεκινήσει την προσπάθειά του. Συνήθως η ημερομηνία αυτή είναι μία με δύο (1-2) εβδομάδες μετά την ένταξή του σε πρόγραμμα απεξάρτησης από τη νικοτίνη. Την ημερομηνία διακοπής του τσιγάρου ο ασθενής απομακρύνει από το σπίτι και το χώρο εργασίας του οτιδήποτε παραπέμπει στην παλιά του συνήθεια (λόγου χάρη τσιγάρα, σταχτοδοχεία, αναπτήρες και άλλα). Ο θεραπευτής πρέπει να ενθαρρύνει και να επιβραβεύει την προσπάθεια του ασθενή του, διότι έτσι οι πιθανότητες επιτυχίας αυξάνονται σημαντικά.

Έπειτα, η ομάδα των επαγγελματιών υγείας θα κάνει μία εξέταση στον ασθενή, όπου θα φυσήσει σε ένα ειδικό μηχάνημα για να καταγραφεί το πόσο πολύ καπνίζει.

5.5. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΡΕΚΚΛΙΝΕΙ ΤΟΥ ΣΤΟΧΟΥ Ο ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

Συμβουλή No 1: Η ημέρα που θα αποφασίσει ο ασθενής να ξεκινήσει την προσπάθεια απεξάρτησης, καλό θα ήταν να μην εργάζεται, ώστε να απαλλαγεί από το πρόσθετο άγχος μιας εργάσιμης μέρας.

Συμβουλή No 2: Η ημέρα διακοπής του καπνίσματος είναι μία με δύο (1-2) εβδομάδες μετά την ένταξή του στο πρόγραμμα απεξάρτησης. Συνεπώς, σκόπιμο θα ήταν ο καπνιστής να ηρεμήσει και να χαλαρώσει.

Συμβουλή No 3: Εάν ο καπνιστής δεν μπορεί να το σταματήσει από την αρχή, μπορεί να αλλάξει σταδιακά τα τσιγάρα του με άλλα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα (CO). Βέβαια όταν καταφύγει στα τσιγάρα τύπου “ light “ ή “ ultra light “ αποφεύγει να κάνει μεγαλύτερη εισπνοή ή περισσότερα τσιγάρα, διότι τότε η προσπάθειά του δεν θα έχει κανένα νόημα. Μάλιστα καθημερινά θα πρέπει να στοχεύει στην κατανάλωση μικρότερης ποσότητας τσιγάρων.

Συμβουλή Νο 4: Ο καπνιστής συνδέει και συνδυάζει το τσιγάρο με τις καθημερινές του συνήθειες. Για το λόγο αυτό ο καπνιστής θα πρέπει να πίνει βιαστικά τον καφέ του και να ξεκινάει άμεσα τις δουλειές του. Κάθε φορά που θα έχει «ανάγκη» από ένα τσιγάρο ας μασήσει μία τσίχλα, λίγη κανέλα ή γαρύφαλλο ή να φάει ένα φρούτο ή ένα λαχανικό προκειμένου να το καθυστερήσει ή ας επιταχύνει το βηματισμό του έτσι ώστε ο οργανισμός να νοιώσει την ευεξία που ζητά και που βρίσκει ως υποκατάστατο μέσα από το τσιγάρο.

Συμβουλή Νο 5: Το πιο σημαντικό από όλα είναι να έχει πάντα κατά νου ο καπνιστής τα οφέλη της απεξάρτησής του:

- περισσότερες – καλύτερες – πιο υγιείς ημέρες ζωής.
- μειώνονται οι «παθητικοί του καπνιστές », αφού δε ν επιβαρύνεται το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον από τον καπνό του τσιγάρου του.
- θα μπορεί να περπατάει , να τρέχει, να κολυμπάει χωρίς να λαχανιάζει, χωρίς να νοιώθει πως του «κόβεται» η αναπνοή.
- θα μπορεί να «οσφρήζεται » τις μυρωδιές.
- θα μπορεί να έχει καλύτερη γεύση και εξαιτίας της βελτιωμένης όσφρησης αλλά και της μη αλλοιωμένης γεύσης του φαγητού από το τσιγάρο.
- αποταμίευση και απαλλαγή από ένα περιττό έξοδο.
- η αναπνοή και τα ρούχα θα μυρίζουν ευχάριστα.
- τα δάχτυλα θα επανέλθουν στο φυσιολογικό τους χρώμα.
- τα δόντια δεν θα ταλαιπωρούνται από πέτρα και ουλίτιδα
- η επιδερμίδα θα ανακτήσει τη χαμένη της λάμψη.
- θα σταματήσει ο τσιγαρόβηχας και το ενοχλητικό τσούξιμο στα μάτια.

Συμβουλή Νο 6: Όταν ένας καπνιστής αγωνίζεται να απεξαρτηθεί βρίσκονται πολλοί που του παρουσιάζουν μία «πραγματικότητα» γεμάτη στερήσεις. Αυτή η «πραγματικότητα » δεν είναι ρεαλιστική. Για το λόγο αυτό, ο ασθενής θα πρέπει να

τους αγνοήσει και να σκέφτεται τη ζωή που κερδίζει και τη ζωή που στερηθούν εκείνοι.

Συμβουλή Νο 7: Η βιταμίνη C συμβάλλει στην αποτοξίνωση του οργανισμού, παρασύροντας τη νικοτίνη. Καλό θα ήταν ο καπνιστής να καταναλώνει φρούτα με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη C, όπως είναι τα πορτοκάλια, τα μανταρίνια κ.α.

Συμβουλή Νο 8: Τις πρώτες ημέρες θα βοηθούσε αισθητά η παραμονή του ασθενή στην εξοχή. Ο καθαρός αέρας σε συνδυασμό με τις βαθιές εισπνοές και τις αργές εκπνοές επιδρούν κατασταλτικά για το τσιγάρο επιφέροντας ηρεμία και χαλάρωση στον ασθενή.

Συμβουλή Νο9: Εάν παρά τις συμβουλές και την προσπάθεια ο ασθενής εξακολουθήσει να έχει ανάγκη από ένα τσιγάρο, τότε μπορεί να μυρίσει την μυρωδικά του τσιγάρου που καπνίζει κάποιος γύρω του^{cix}.

5.6. ΟΦΕΛΗ ΣΕ ΒΑΘΟΣ...15 ΕΤΩΝ

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση, έστω ότι βρίσκεται ένας δύσπιστος καπνιστής. Μπορεί να κάνει ένα πείραμα για 72 ώρες ή αλλιώς για 3 ημέρες. Στο έν λόγω πείραμα ο καπνιστής θα απέχει από το τσιγάρο αυστηρά και ενεργητικά αλλά και παθητικά. Η επιστημονική κοινότητα – κάτι το οποίο θα διαπιστώσει και ο ίδιος ο καπνιστής – έπειτα από μελέτες έχει καταλήξει στη εξής συμπεράσματα^{cx}:

- 20 λεπτά αποχής αρκούν για την επαναφορά της αρτηριακής πίεσης στα κανονικά επίπεδα. Παράλληλα ο αριθμός των σφίξεων μειώνεται. Ενώ η θερμοκρασία των άκρων αυξάνεται.

- 8 ώρες χωρίς τσιγάρο είναι αρκετές για να επανέλθει το μονοξείδιο του άνθρακα στα φυσιολογικά επίπεδα, καθώς επίσης και το οξυγόνο του αίματος αυξάνεται φτάνοντας στις φυσιολογικές του τιμές.
- 12 ώρες χρειάζεται ο οργανισμός χωρίς τσιγάρο και είναι ικανός να αποβάλλει σχεδόν όλη τη νικοτίνη.
- 24 ώρες απεξάρτησης και οι πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων μειώνονται σημαντικά.
- 48 ώρες ή αλλιώς 2 ημέρες και ο πρώην καπνιστής μπορεί να γεύεται και οσφρήζεται .
- 72 ώρες ή διαφορετικά 3 ημέρες νικοτίνη και η χωρητικότητα των πνευμόνων αυξάνεται κάνοντας την αναπνοή ευκολότερη.

Τα οφέλη της απεξάρτησης δεν σταματούν στις 3 ημέρες.

Έπειτα από 5 ημέρες το σώμα έχει αποβάλλει τα υποπροϊόντα της νικοτίνης.

Στους 3 μήνες η κυκλοφορία του αίματος έχει βελτιωθεί αρκετά και ο ασθενής περπατάει με μεγαλύτερη άνεση . Ήδη η λειτουργία των πνευμόνων έχει αυξηθεί έως και 30%.

- 9 μήνες χωρίς τσιγάρο! Ο ασθενής λαχανιάζει λιγότερο. Είναι πιο ενεργητικός και το ανοσοποιητικό του σύστημα πιο ισχυρό.
- 1 έτος ή αλλιώς 365 ημέρες καθαρός από τη νικοτίνη. Ο κίνδυνος καρδιαγγειακού επεισοδίου έχει μειωθεί κατά το ήμισυ.
- Ο ασθενής όταν φτάσει στα 5 χρόνια χωρίς να έχει ξανακαπνίσει, έχει μειωμένες πιθανότητες να χάσει τη μάχη για ζωή σε περίπτωση που σείσει από καρκίνο του στόματος ή του τραχήλου.
- 10 χρόνια μετά την οριστική απεξάρτησή του, ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος θανάτου από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.

- 15 χρόνια μετά ο κίνδυνος καρδιακών επεισοδίων των απεξαρτητοποιημένων-καπνιστών είναι ο ίδιος με εκείνους που δεν κάπνισα ποτέ. Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ισχυρότατο πλέον. Το σώμα είναι πιο δυνατό και πιο σφριγηλό. Η αναπνευστική λειτουργία έχει αποκατασταθεί και οι αντοχές στις δραστηριότητες μεγαλύτερες. Στις εγκύους το έμβρυο προσλαμβάνει περισσότερο οξυγόνο και αναπτύσσεται σε ένα υγιές περιβάλλον.



Εικόνα 5.2.: Η άσκηση δεν σταματά όταν επέρχεται η κόπωση, αλλά όταν τό άτομο την τελειώσει.

(molonlabefitness.tumblr.com)

5.7. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΖΩΗΣΓΙΑ ΜΙΑ ΖΩΗ ΧΩΡΙΣ ΤΣΙΓΑΡΟ, ΑΛΛΑ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ.

Η αποχή και τελικά η οριστική απεξάρτηση από τη νικοτίνη σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα άσκησης έχει βαθύτερα αποτελέσματα, τα οποία προβάλλονται στις προηγούμενες γραμμές και υπογραμμίζονται στις παρακάτω^{cx1}:

- Ο ασθενής – πρώην καπνιστής θα ζήσει κατά δεκαπέντε (15) χρόνια περισσότερο από έναν ενεργό καπνιστή.
- Μπορεί να τεκνοποιήσει πιο εύκολα.
- Οι πιθανότητες προσβολής από έμφραγμα μειώνονται « κατά το ήμισυ».
- Οι πιθανότητες προσβολής από εγκεφαλικό ελαχιστοποιούνται στο τριπλάσιο.
- Το ενδεχόμενο προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα ελαττώνεται κατά είκοσι (20) φορές.
- Οι πνεύμονες κερδίζουν (40) σαράντα ml χωρητικότητας, ενώ όταν ο πρώην καπνιστής ήταν ενεργός, οι πνεύμονες έχαναν τη διπλάσια σε ml χωρητικότητα.
- Παύει η υπερβολική κρεατοφαγία. Ο οργανισμός δεν έχει ανάγκη πλέον από υπερδοσολογία νιασίνης.
- Οκταπλασιάζονται οι πιθανότητες να μην υποστεί ο πρώην καπνιστής ρήξη ανeurύσματος και συνεπώς να μην πεθάνει.
- Η γενική νάρκωση γίνεται άφοβα.
- Κρυολογεί όπως όλοι οι άνθρωποι και όχι έξι έως επτά φορές το χρόνο.
- Παύει να υπάρχει το συνάχι σχεδόν όλο το χειμώνα.
- Παύει ο παλιός ενοχλητικός βήχας.

- Οι άνδρες δεν χρειάζεται να φοβούνται για εμφάνιση σεξουαλικής ανικανότητας στην ηλικία των πενήντα (50) ετών.
- Οι πιθανότητες εμφάνισης εμφυσήματος εξαλείφονται.
- Εξαφανίζονται τα «γατάκια» από τους πνεύμονες.
- Μειώνεται η συχνότητα πονοκεφάλων.
- Παρελθόν αποτελεί ο «αναίτιος» πονόλαιμος.
- Η ιγμορίτιδα σχεδόν ξεχνιέται.
- Νοιώθει πιο ξεκούραστος.
- Η κακοσμία είναι σχεδόν παρελθόν.
- Η νοητική διαύγεια επανέρχεται στα φυσιολογικά της επίπεδα.
- Αποκαθίσταται η στοματική υγιεινή με καθαρά - όμορφα δόντια, χωρίς ουλίτιδα και πέτρα.
- Τα μάτια δεν ταλαιπωρούνται από τσουξίματα ή συχνές επιπεφυκίτιδες.
- Η εισπνοή και η εκπνοή γίνεται αβίαστα.
- Η όσφρηση αποκαθίσταται.
- Αποκαθίσταται η γεύση.
- Μειώνεται η ποσότητα των καρυκευμάτων στο φαγητό.
- Ο ασθενής είναι πιο ήρεμος.
- Ο ασθενής νοιώθει χαλαρός, γεμάτος αυτοκυριαρχία και όχι υποτονικότητα.
- Δεν είναι αναγκαία η καθημερινή απόχρεψη για να «καθαρίσει» το αναπνευστικό σύστημα.
- Αυξάνεται κατά (4) τέσσερις βαθμούς η συνολική θερμοκρασία του σώματος.

- Τα νύχια ανακτούν το χαμένο χρώμα.
- Το σπίτι μυρίζει όμορφα και όχι κάπνα.
- Τα ρούχα, τα μαλλιά δεν μυρίζουν καπνό τσιγάρου.
- Οι κουρτίνες και οι τοίχοι δεν είναι κιτριτισμένοι.
- Το έντερο λειτουργεί φυσιολογικά.
- Έχουν αντιμετωπιστεί οι τυχόν παθήσεις που είχε ο ασθενής, αφού ο οργανισμός δεν αντιπαλεύει με τη νικοτίνη.
- Ο ασθενής κερδίζει 1.000,00 € έως 2.500,00 € ετησίως.
- Δεν νοιώθει πλέον σφίξιμο στο στομάχι όταν είναι να βρεθεί σε χώρο μη καπνιστών.
- Τους ενεργούς καπνιστές τους λυπάται και δεν τους ζηλεύει.
- Ο πρώην καπνιστής είναι κατά 16 χρόνια νεότερος. Η ημερήσια κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων προσθέτει – κατά μέσο όρο – στον καπνιστή οκτώ (8) χρόνια.
- Ο ασθενής φαίνεται και είναι νεότερος . Τα εσωτερικά όργανα λειτουργούν φυσιολογικά. Το σώμα και το δέρμα παύουν να αφυδατώνονται.
- Ο ασθενής μπορεί να έρχεται σε σεξουαλική επαφή πιο συχνά.
- Ο πρώην καπνιστής έχει περισσότερη διάθεση για αθλητισμό και περπάτημα.
- Το σώμα του πρώην καπνιστή είναι πιο ευθυτενές.
- Σκέφτεται πιο θετικά.
- Η αυτοεκτίμηση έχει επιστρέψει
- Αισθάνεται ΗΡΩΑΣ και θεωρεί τη διακοπή του τσιγάρου ΚΑΤΟΡΘΩΜΑ και έχει δίκιο.!



Εικόνα 5.3.: Οι δύο (2) όψεις της ζωής.

(skf.psych.uoa.gr)

5.8. ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Ποτέ δεν είναι αργά, αλλά ούτε και νωρίς να σταματήσει κάποιος να καταστρέφει τον οργανισμό του όποια και αν είναι η ηλικία του.

Δεν είναι λίγοι οι καπνιστές που έχουν προσπαθήσει επανειλημμένα να διακόψουν το τσιγάρο. Πολλοί τα καταφέρνουν. Άλλοι τα παράτησαν και άλλοι δεν παύουν να προσπαθούν με ό, τι μέσα διαθέτουν. Ο καπνιστής μπορεί να απευθυνθεί είτε στους

ΑΘΗΝΑ 2012

εξειδικευμένους φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι κατέχουν την πιστοποίηση από την Πνευμολογική Εταιρεία είτε σε Ιατρεία Καπνίσματος στα περισσότερα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας προκειμένου να λάβει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα βοήθειας απεξάρτησης από τη νικοτίνη.

5.9. ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- Ευγενίδειο Θεραπευτήριο. – Τηλ.2107293407
- Θεραπευτήριο « Υγεία» . – Τηλ. 2106867432
- Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας. – Τηλ. 2105534200
- ΚΑΤ.- Τηλ. 2106280702
- ΝΙΜΙΤΣ.-Τηλ. 2107288104
- ΝΝΘΑ « Σωτηρία». - Τηλ. 2107763404
- ΠΓΝ Νίκαιας. – Τηλ. 2104933402
- Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού. – Τηλ. 2102420000
- Σισμανόγλειο Γ.Ν. – Τηλ. 2108047165
- Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Καλλιθέας. – Τηλ. 2109532712
- Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης .- Τηλ. 2310350339
- ΓΠΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. – Τηλ.2310693229
- Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. – Τηλ. 2310898382
- Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. – Τηλ. 2821022540

- Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου. – Τηλ. 2831087186
- Βενιζέλιο Νοσοκομείο Ηρακλείου. – Τηλ. 2810368203
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. – Τηλ. 2410230031
- Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. – Τηλ. 2741020188
- Ανοικτή Συμβουλευτική Γραμμή Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. – Τηλ.2107227727



antismoking
SERVICE

Κέντρα Διακοπής Καπνίσματος

το τσιγάρο θα γίνει καπνός

The image is a promotional graphic for the Antismoking Service. It features the organization's name in green and grey text at the top. Below the text are two photographs: the left one shows two hands breaking a cigarette in half, and the right one shows a clenched fist crushing a pack of cigarettes. At the bottom, a slogan in Greek reads 'the cigarette will become ash'.

Εικόνα 5.4.: Κέντρα διακοπής καπνίσματος

(deals.skroutz.gr)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ



Εικόνα 5.5.: Η χημεία του τσιγάρου

(reiki.pblogs.gr)

Μία εικόνα χίλιες λέξεις....

Το τσιγάρο είναι χημεία, μια χημεία που όμως είναι ικανή να σκοτώσει, να αφαιρέσει τη ζωή του ενεργητικού καπνιστή και να στερήσει το δικαίωμα για ζωή του παθητικού καπνιστή. Η λύση είναι μονόδρομος. Η επιστημονική ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή/καπνιστή - απαρτιζόμενη από γιατρούς, φυσικοθεραπευτή, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους- έχουν τη γνώση και τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν και να συνδυάσουν όλα τα μέσα που κρίνονται αναγκαία, όπως λόγου χάρη φυσική δραστηριότητα, φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη, προκειμένου να στηρίξουν και να καθοδηγήσουν τον

ασθενή τους στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Σημασία έχει εάν ο ασθενής θέλει να συνεργαστεί με την ομάδα για μία ζωή χωρίς στερήσεις.



Εικόνα 5.6.: ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ...το τσιγάρο καταστρέφει την υγεία σου.

(smokingsigns.com)

ΑΘΗΝΑ 2012

ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

- ⁱ Elkind AK., *The social definition of women's smoking behaviour.*, 1985;20(12):1269-78.
- ⁱⁱ Arnsion Y, Shoenfeld Y, Amital H., *Effects of tobacco smoke on immunity, inflammation and autoimmunity.*, 2010 May;34(3):J258-65.
- ⁱⁱⁱ Lucidarne O, Seguin A, Daubin C, Ramakers M, Terzi N, Beck P, Charbonneau P, du Cheyron D., *Nicotine withdrawal and agitation in ventilated critically ill patients.*,2010;14(2):R58.
- ^{iv} Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, Asma S, Zatonski W.,Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P., *Tobacco Addiction.*, 2006
- ^v Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, Pringle S, Murdoch D, Dunn F, Oldroyd K, MacIntyre P, O'Rourke B, Borland W., *Secondhand smoke exposure and survival following acute coronary syndrome: prospective cohort study of 1261 consecutive admissions among never-smokers.*, 2009 Sep;95(17):1415-8.
- ^{vi} Reed MB, Anderson CM, Burns DM., *The temporal relationship between advertising and sales of low-tar cigarettes.*, 2006 Dec;15(6):436-41.
- ^{vii} Benowitz NL, *Nicotine addiction.*, 2010 Jun 17;362(24):2295-303.
- ^{viii} Tse LA, Yu IT, Qiu H, Au JS, Wang XR., *A case-referent study of lung cancer and incense smoke, smoking, and residential radon in Chinese men.*, 2011 Nov;119(11):1641-6.
- ^{ix} Nowak A, Jonderko K., *Cigarette smoking and pathophysiology of diseases of the digestive system--facts and hypotheses. I. Cigarette smoking and physiology of the digestive system.*, 1990 Mar;83(3):137-42.
- ^x Rachiotis G, Muula AS, Rudatsikira E, Siziya S, Kyrlesis A, Gourgoulianis K, Hadjichristodoulou C., *Factors associated with adolescent cigarette smoking in Greece: results from a cross sectional study (GYTS Study).*, 2008 Sep 15;8:313.
- ^{xi} Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Hapke U, John U., *Subtyping general population smokers not intending to quit by stages to reduce smoking.*, 2004 Dec;6(6):1043-50.

-
- xii Caban-Martinez AJ, Davila EP, Lam BL, Dubovy SR, McCollister KE, Fleming LE, Zheng DD, Lee DJ., Age-related macular degeneration and smoking cessation advice by eye care providers: a pilot study., 2011 Nov;8(6):A147
- xiii Hofhuis W, Merkus PJ, de Jongste JC., *Negative effects of passive smoking on the (unborn) child.*, 2002 Feb 23;146(8):356-9.
- xiv Boldo E, Medina S, Oberg M, Puklová V, Mekel O, Patja K, Dalbokova D, Krzyzanowski M, Posada M., *Health impact assessment of environmental tobacco smoke in European children: sudden infant death syndrome and asthma episodes.*, 2010 May-Jun;125(3):478-87.
- xv Kelemen WL, Fulton EK., , 20Cigarette abstinence impairs memory and metacognition despite administration of 2 mg nicotine gum.08 Dec;16(6):521-31.
- xvi Jin LE., *Reducing the harm of stress: medications to rescue the prefrontal cortex and overcome bad habits: the science of stress: focus on the brain, breaking bad habits, and chronic disease.*, 2011 Dec;84(4):479-82.
- xvii Gary, E. Swan & Christina, N. Lessov – Schlaggar., *The effects of Tobacco Smoke and Nicotine on Cognition and the Brain.*, 2007, 17: 259 – 273,
- xviii Cahill K, Stead LF, Lancaster T., Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation., 2012 Apr 18;4
- xix Saladin ME, Gray KM, Carpenter MJ, Larowe SD, Desantis SM, Upadhyaya HP., *Gender Differences in Craving and Cue Reactivity to Smoking and Negative Affect/Stress Cues.*, 2012 May;21(3):210-220.
- xx Law MR, Hackwhaw Ak., *A meta-analysis of cigarette smoking on mineral density and risk of hip fracture : recognition of a major risk.*, 1997;315:841-846
- xxi Ward KD, Klexges RC., *A meta –analysis of the effects of cigarette smoking on bone mineral density.*, 2001; 68:259-270
- xxii Jesudason D and Need AG., *Effects of smoking on bone and mineral metabolism.*, 2002;12:199-209.
- xxiii Gayle M. Boyd, Irving Maltzman., *Effects of Cigarette Smoking on Bilateral Skin Conductance.*, 1984 May; 21:(3) 334–341
- xxiv Mamsen LS, Lutterodt MC, Andersen EW, Skouby SO, Sørensen KP, Andersen CY, Byskov AG., *Cigarette smoking during early pregnancy reduces the number of embryonic germ and somatic cells.*, 2010 Nov;25(11):2755-61.

-
- xxv Karcaaltincaba D, Kandemir O, Yalvac S, Güven ES, Yildirim BA, Haberal A., *Cigarette smoking and pregnancy: results of a survey at a Turkish women's hospital in 1,020 patients.*, 2009 Aug;29(6):480-6.
- xxvi McGreal IE., *Smoking and the pregnant woman.*, 1995 Jul;108(1290):218-21.
- xxvii Graham H, Hawkins SS, Law C., *Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy.*, 2010 Feb;70(4):582-7.
- xxviii Zavos PM., *Cigarette smoking: male and female infertility.*, 1989 Feb;17(2):133-8.
- xxix . Viridis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L., *Cigarette smoking and hypertension.*, 2010;16(23):2518-25
- xxx Tengs TO, Osgood ND., *The link between smoking and impotence: two decades of evidence.*, 2001 Jun;32(6):447-52.
- xxxi Dorey G., *Is smoking a cause of erectile dysfunction? A literature review.*, 2001 Apr 12-25;10(7):455-65.
- xxxii Natali A, Mondaini N, Lombardi G, Del Popolo G, Rizzo M., *Heavy smoking is an important risk factor for erectile dysfunction in young men.*, 2005 May-Jun;17(3):227-30.
- xxxiii Harte CB, Meston CM., *Association between smoking cessation and sexual health in men.*, 2012 Mar;109(6):888-96.
- xxxiv Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν.. *Κάπνισμα και άσκηση. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις.- Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 2005, 3, 225-238.
- xxxv Swan AV, Creeser R, Murray M., *When and why children first start to smoke.*, 1990 Jun;19(2):323-30.
- xxxvi Hockenberry JM, Timmons EJ, Vander Weg M., *Smoking, parent smoking, depressed mood, and suicidal ideation in teens.*, 2010 Mar;12(3):235-42.
- xxxvii Rantao M, Ayo-Yusuf OA., *Dual use of cigarettes and smokeless tobacco among South african adolescents.*, 2012 Jan;36(1):124-33.
- xxxviii Siemiatycki, J., Krewski, D., Franco, E., Kaiserman, M., *Associations between Cigarette Smoking and Each of 21 Types of Cancer: A Multi-Site Case-Control Study.*, 1994

-
- xxxix Patel JD, Bach PB, Kris MG., *Lung cancer in US women: a contemporary epidemic.*, 2004 Apr 14;291(14):1763-8.
- xi McGill, H.. *Smoking and the pathogenesis of atherosclerosis.- Advance Experimental Medical Biology*, 1990, 273, 9-16.
- xli Drobnik J, Susloi R, Pirogowicz I, Steciwko A., *Analysis of changes in most common circulatory system diseases related hospitalizations in the Lower Silesia region in aspect smoking-related diseases.*, 2006;63(10):1142-3.
- xlii Prasad DS, Kabir Z, Dash AK, Das BC., *Smoking and cardiovascular health: a review of the epidemiology, pathogenesis, prevention and control of tobacco.*, 2009 Nov;63(11):520-33.
- xliii Wysokinski Z., *Effects of tobacco smoking on certain parameters reflecting the condition of the circulatory system at rest and during exercise.*, 1971 Apr;14(2):73-6.
- xliv Dargon PT, Landry GJ., *Buerger's Disease.*, 2012 Jan 25.
- xlv Blidberg K, Palmberg L, Dahlén B, Lantz AS, Larsson K., *Increased Neutrophil Migration in Smokers with or without Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).*, 2012 Apr 18.
- xlvi Smit,CF, Copper,MP, van Leeuwen,JA, Schoots,IG, Stanojic,LD., *Effect of cigarette smoking on gastropharyngeal and gastroesophageal reflux.*, 2001 Feb;110(2):190-3.
- xlvii Di Mario,F, Battaglia,G, Leandro,G, Dotto,P, Dal Bò,N, Salandin,S, Ferrana,M, Grassi,SA, Vianello,F., *Risk factors of duodenal ulcer bleeding: the role of smoking and nicotine.*, 1994 Oct-Nov;26(8):385-91.
- xlviii Van der Heide,F, Dijkstra,A, Weersma,RK, Albersnagel,FA, van der Logt,EM, Faber,KN, Sluiter,WJ, Kleibeuker,JH, Dijkstra,G., *Effects of active and passive smoking on disease course of Crohn's disease and ulcerative colitis.*, 2009 Aug;15(8):1199-207.
- xlix Αγγελόπουλος & Παπανικολάου & Αγγελοπούλου – «Σύγχρονη Στοματική & Γναθοπροσωπική Παθολογία» - Λίτσας
- I Albandar,JM, Streckfus,CF, Adesanya,MR, Winn,DM., *Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss.*, 2000 Dec;71(12):1874-81.

-
- li Barron KW, Heesch CM, Fleming BP, Chien CY, Diana JN., *Effects of chronic smoke exposure on the cardiovascular responses to acute nicotine infusion in the rat.*, 1988 Feb 9;146(2-3):237-45.
- lii Houston TP., J Fam Pract.,The silent killer: environmental tobacco smoke., 1991 May;32(5):457-8.
- liii Eriksen MP, LeMaistre CA, Newell GR., *Health hazards of passive smoking.*, 1988;9:47-70.
- liv Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων»
- lv Heatherton TF, et al. *The Fagerstrom Test for Nicotine., Questionnaire. Br. J. Addict.* 1991 sep; 86(9): 1119-27
- lvi McArdle W.D., Katch F.I., Katch V.L., «*Φυσιολογία της Άσκησης*» - Επιστημονική επιμέλεια Βασίλης Κλεισούρας – Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης – Δεύτερη Έκδοση – Τόμος I & II
- lvii Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Septoe, A.,*Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial.*- Addiction, 2003, 98, 523-532.
- lviii Smith TJ, Schwartz-Smith T. *Acupuncture and smoking cessation.*, 2009;Spec No:57-8.
- lix Μπάρλου Ε. & Πανόπουλος Ι.Σ. - «*Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία*» - Αθήνα., 2006
- lx Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Σ. (2000). *Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα.*- *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.
- lxi Bock, B.C., Marcus, B.H., King, T.K., Borelli, B., & Roberts M.R. *Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation.*- Addictive behavior, 1999, 20, 399-410
- lxii Marcus, B., Lewis, B., Hogan, J., King, T., Albrecht, R.N., Bock, B., et al, *The efficacy of moderate intensity physical activity for smoking cessation among women.*- *Abstracts of the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*, 2003

lxiii Θεοδωράκης Ι. & Γουργουλιάνης Κ.– «*Τέρμα το κάπνισμα- Ωρα για άσκηση*» - ΤΕΦΑΑ. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Αυτοέκδοση, 2005

lxiv Travier N, Agudo A, May AM, Gonzalez C, Luan J, Wareham NJ, Bueno-de-Mesquita HB, van den Berg SW, Slimani N, Rinaldi S, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Palli D, Sieri S, Mattiello A, Tumino R, Vineis P, Norat T, Romaguera D, Rodriguez L, Sanchez MJ, Dorronsoro M, Barricarte A, Huerta JM, Key TJ, Orfanos P, Naska A, Trichopoulou A, Rohrmann S, Kaaks R, Bergmann MM, Boeing H, Hallmans G, Johansson I, Manjer J, Lindkvist B, Jakobsen MU, Overvad K, Tjonneland A, Halkjaer J, Lund E, Braaten T, Odysseos A, Riboli E, Peeters PH., *Longitudinal changes in weight in relation to smoking cessation in participants of the EPIC-PANACEA study.*, 2012 Mar-Apr;54(3-4):183-92.

lxv Θεοδωράκης, Γ.– «*Άσκηση, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής.*», (σελ. 125-137), Θεσσαλονίκη, Χριστοδουλίδη, 2010

lxvi Janse Van Rensburg K, Taylor AH., *The effects of acute exercise on cognitive functioning and cigarette cravings during temporary abstinence from smoking.*, 2008 Apr;23(3):193-9.

lxvii Gould KL, Ornish D, Kirkeeide R, Brown S, Stuart Y, Buchi M, Billings J, Armstrong W, Ports T, Scherwitz L, et al., *Improved stenosis geometry by quantitative coronary arteriography after vigorous risk factor modification.*, 1992;69:845-853

lxviii Schuler G, Hambrecht R, Schlierf G, Grunze M, Methfessel S, Hauer K, Kubler W., *Myocardial perfusion and regression of coronary artery disease in patients on a regimen of intensive physical exercise and low fat diet*, 1992;19:34-42

lxix Schuler G, Hambrecht R, Schlierf G, Niebauer J, Hauer K, Neumann J, Hoberg E, Drinkmann A, Bacher F, Grunze M, Kubler W., *Regular physical exercise and low-fat diet: effects on progression of coronary artery disease.*, 1992;86:1-11

lxx Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, Maron DJ, Mackey SF, Superko HR, Williams PT, Johnstone IM, Champagne MA, Krauss RM, Farquhar JW. *Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: the Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP).*, 1994;89:975-990

lxxi Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, McLanahan SM, Kirkeeide RL, Brand RJ, Gould KL. *Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial.*, 1990;336:129-133

-
- lxxii Kobashigawa JA, Leaf DA, Gleeson MP, et al., *Benefit of cardiac rehabilitation in heart transplant patients: a randomized trial.*, 1994;90:S77.
- lxxiii Kavanagh T, Yacoub MH, Mertens DJ, Kennedy J, Campbell RB, Sawyer P., *Cardiorespiratory responses to exercise training after orthotopic cardiac transplantation.*, 1988;77:162-171
- lxxiv Sullivan MJ, Higginbotham MB, Cobb FR., *Exercise training in patients with chronic heart failure delays ventilatory anaerobic threshold and improves submaximal exercise performance.*, 1989;79:324-329
- lxxv Hambrecht R, Niebauer J, Fiehn E, Kalberer B, Offner B, Hauer K, Riede U, Schlierf G, Kubler W, Schuler G., *Physical training in patients with stable chronic heart failure: effects on cardiorespiratory fitness and ultrastructural abnormalities of leg muscles.*, 1995;25:1239-1249
- lxxvi Coats AJ, Adamopoulos S, Radaelli A, McCance A, Meyer TE, Bernardi L, Solda PL, Davey P, Ormerod O, Forfar C, Conway J, Sleight P., *Controlled trial of physical training in chronic heart failure: exercise performance, hemodynamics, ventilation, and autonomic function.*, 1992;85:2119-2131
- lxxvii Adamopoulos S, Coats AJ, Brunotte F, Arnolda L, Meyer T, Thompson CH, Dunn JF, Stratton J, Kemp GJ, Radda GK, et al., *Physical training improves skeletal muscle metabolism in patients with chronic heart failure.*, 1993;21:1101-1106
- lxxviii Blumenthal JA, Emery CF, Madden DJ, George LK, Coleman RE, Riddle MW, McKee DC, Reasoner J, Williams RS., *Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in healthy older men and women.*, 1989;44:M147-M157
- lxxix Kavanagh T, Shephard RJ, Tuck JA, Qureshi S., *Depression following myocardial infarction: the effects of distance running.*, 1977;301:1029-1038
- lxxx Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L., *Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study.*, 1985;291:109.
- lxxxi Folkins CH, Sime WE., *Physical fitness training and mental health.*, 1981;36:373-389.
- lxxxii Blumenthal JA, Fredrikson M, Kuhn CM, Ulmer RL, Walsh-Riddle M, Appelbaum M., *Aerobic exercise reduces levels of cardiovascular and sympathoadrenal responses to mental stress in subjects without prior evidence of myocardial ischemia.*, 1990;65:93-98

-
- lxxxiii Blumenthal JA, Emery CF, Walsh MA, Cox DR, Kuhn CM, Williams RB, Williams RS., *Exercise training in healthy type A middle-aged men: effects on behavioral and cardiovascular responses.*, 1988;50:418-433
- lxxxiv Emery CF, Blumenthal JA., *Effects of physical exercise on psychological and cognitive functioning of older adults.*, 1991;13:99-107.
- lxxxv Tomporowski PD, Ellis NR., *Effects of exercise on cognitive processes: a review.*, 1986;99:338-346.
- lxxxvi Kosmadakis GC, John SG, Clapp EL, Viana JL, Smith AC, Bishop NC, Bevington A, Owen PJ, McIntyre CW, Feehally J., *Benefits of regular walking exercise in advanced pre-dialysis chronic kidney disease.*, 2012 Mar;27(3):997-1004.
- lxxxvii Abrams, D.B., Monti, P.M., Pinto, R.P., Elder, J.P., Brown, R.A., & Jacobus, S.I., *Psychological stress and coping in smokers who relapse or quit.* - *Health Psychology*, 1987, 6, 289-303.
- lxxxviii Doyne, E.J., Ossip-Klein, D.J., Bowan, E.D., Osborn, K.M., McDougall-Wilson, I.B., & Neimeyer, R.A. *Running versus weightlifting in the treatment of depression.*- *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1987, 55, 748-754
- lxxxix Nagarajan K, Bennett A, Agostini P, Naidu B., *Is preoperative physiotherapy/pulmonary rehabilitation beneficial in lung resection patients?* 2011 Sep;13(3):300-2.
- xc Siddiqui NI, Nessa A, Hossain MA., *Regular physical exercise: way to healthy life.*, 2010 Jan;19(1):154-8.
- xci Williams DM, Whiteley JA, Dunsiger S, Jennings EG, Albrecht AE, Ussher MH, Ciccolo JT, Parisi AF, Marcus BH., *Moderate intensity exercise as an adjunct to standard smoking cessation treatment for women: a pilot study.*, 2010 Jun;24(2):349-54.
- xcii Haskell WL., *Cardiovascular complications during exercise training of cardiac patients.*, 1978;57:920-924
- xciii Koplán JP, Siscovick DS, Goldbaum GM., *The risks of exercise: a public health view of injuries and hazards.*, 1985;100:189-195
- xciv Van Camp SP, Peterson RA., *Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs.*, 1986;256:1160-1163

-
- ^{xcv} Calfas K, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K., *A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity.*, In press.
- ^{xcvi} Loprinzi PD, Cardinal BJ, Winters-Stone K, Smit E, Loprinzi CL., *Physical activity and the risk of breast cancer recurrence: a literature review.*, 2012 May 1;39(3):269-74
- ^{xcvii} Saunders DG., *Therapeutic exercise.*, 2007 Nov;22(4):155-9.
- ^{xcviii} Morel J, Hill C, Bickel M, Alonso-Munoz A, Napier S, Thaurel B., Results from the international evaluation exercise for uranium enrichment measurements. European Safeguards Research and Development Association NDA-WG Members., 2000 Mar;52(3):509-22.
- ^{xcix} Gerald F. Fletcher, Gary J. Balady, Ezra A. Amsterdam, Bernard Chaitman, Robert Eckel, Jerome Fleg, Victor F. Froelicher, Arthur S. Leon, Ileana L. Piña, Roxanne Rodney, Denise A. Simons-Morton, Mark A. Williams, Terry Bazzarre, *Exercise Standards for Testing and Training.*, 2001; 104: 1694-1740
- ^c Maddison R, Whittaker R, Stewart R, Kerr A, Jiang Y, Kira G, Carter KH, Pfaeffli L., HEART: heart exercise and remote technologies: a randomized controlled trial study protocol., 2011 May 31;11(1):26.
- ^{ci} Tonstad S, Rollema H., *Varenicline in smoking cessation.*, 2010 Jun;4(3):291-9.
- ^{cii} C. Filozof, M. C. Fernández Pinilla, A. Fernández-Cruz., *Smoking cessation and weight gain.*, 2004 May; 5 (2): 95–103
- ^{ciii} Rockhill B, Willett WC, Hunter DJ, Manson JE, Hankinson SE, Colditz GA., *A prospective study of recreational physical activity and breast cancer risk.*, 1999 Oct 25;159(19):2290-6.
- ^{civ} Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P., *Psychobiological theories of smoking and smoking motivation.*- *European Psychologist*, 2005 , 10, 1-24.
- ^{cv} Doyne, E.J., Ossip-Klein, D.J., Bowan, E.D., Osborn, K.M., McDougall-Wilson, I.B., & Neimeyer, R.A., *Running versus weightlifting in the treatment of depression.*- *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1987, 55, 748-754.
- ^{cvi} Kawada, T., *Comparison of daily life habits and health examination data between smokers and ex-smokers suggests that ex-smokers acquire several healthy-lifestyle practices.*- *Archives of Medical Research*, 2004,35, 329-333.

-
- cvii Smit LA, Kogevinas M, Antó JM, Bouzigon E, González JR, Le Moual N, Kromhout H, Carsin AE, Pin I, Jarvis D, Vermeulen R, Janson C, Heinrich J, Gut I, Lathrop M, Valverde MA, Demenais F, Kauffmann F., *Transient receptor potential genes, smoking, occupational exposures and cough in adults.*, 2012 Mar 23;13:26.
- cviii Borgne A., *Smoking cessation: practice guidelines.*, 2002 Sep;95(9):799-803.
- cix Gourlay SG, Benowitz NL., *The benefits of stopping smoking and the role of nicotine replacement therapy in older patients.*, 1996 Jul;9(1):8-23.
- cx Gilljam H., *Quitting smoking brings quick health benefits.*, 2012 Mar 14-20;109(11):554-7
- cxii Patel JD, Bach PB, Kris MG., *Lung cancer in US women: a contemporary epidemic.*, 2004 Apr 14;291(14):1763-8.