Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΗΣ, ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΩΝ Τ.Ε.Ι. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΑΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΔΡΑΚΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ- ΚΡΑΣΑΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ-ΛΑΖΑΡΑΚΗ ΣΟΦΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Κ. Δ. ΧΑΤΖΑΚΗΣ

Σεπτέμβριος 2003

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ σελ. 3

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: σελ. 4

Κεφ.1ο: **Ιστορική Προσέγγιση Του Καπνού** σελ. 5

Κεφ.2ο: **Χημική Σύσταση Καπνού** σελ. 9

Κεφ.3ο: **Ψυχοκοινωνικοί Συντελεστές** σελ.18

Κεφ. 4ο: **Επιπτώσεις Καπνίσματος** σελ.29

Κεφ. 5ο: **Παθητικό Κάπνισμα Και Υγεία** σελ.46

Κεφ. 6ο: **Παιδί-Νεαρές Ηλικίες Και Παθητικό Κάπνισμα** σελ.51

Κεφ. 7ο **: Κάπνισμα και νοσηλευτική** σελ.70

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: σελ.73

Υλικό και μέθοδος σελ.74

Αποτελέσματα σελ .80

*Πρώτη ενότητα****: Συνολικού δείγματος*** σελ .80

*Δεύτερη ενότητα****: Μη καπνιστών*** σελ .82

*Τρίτη ενότητα:****Πρώην καπνιστών*** σελ .84

*Τέταρτη ενότητα:****Καπνιστών*** σελ .92

Συμπεράσματα. σελ.102

Βιβλιογραφία σελ.104

Παρουσίαση σελ. 107

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Από στοιχεία της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας προβλέπεται ότι κατά την περίοδο 2000-2005 τα θύματα των τσιγάρων θα φθάσουν στους 150,000,000 νεκρούς.

Το κάπνισμα πλέον αποτελεί μια σοβαρή και σύγχρονη επιδημία μεταμφιεσμένη σε ευχαρίστηση.

Τα παραπάνω δεδομένα καθώς και οι συνέπειες του καπνίσματος αν και καλά γνωστές στους φοιτητές νοσηλευτικής δεν είναι αποτρεπτικά του καπνίσματος μια και σε μελέτες έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά καπνιστικής συνήθειας σε σχολές νοσηλευτικής αλλά και γενικότερα σε σχολές επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας.

Η έναρξη καπνίσματος σε νεαρή ηλικία πολλαπλασιάζει τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και την βαρύτητα τους και γι αυτό πρέπει να αναγνωρίζονται όσο πιο πρώιμα γίνεται αλλά και να καταγράφονται στρατηγικές για την αντιμετώπιση τους. Ένας στους δυο εφήβους που αρχίζει να καπνίζει, θα χάσει την ζωή του από αυτή την συνήθεια ενώ οι μισοί από αυτούς θα χάσουν περίπου 20-25 χρόνια από τη ζωή τους και οι υπόλοιποι 10-15 χρόνια

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετήσουμε την καπνιστική συνέπεια στους φοιτητές δυο σχολών. Στη μια κυριαρχεί το γυναικείο φύλλο και οι βλαβερές συνέπειες της καπνιστικής συνήθειας είναι καλά γνωστές, ενώ στην δεύτερη κυριαρχεί το ανδρικό φύλλο και η επίγνωση των συνεπειών είναι σαφώς ελλιπέστερη.

Η μελέτη της καπνιστικής συνήθειας και των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος σε δυο τόσο διαφορετικούς πληθυσμούς φοιτητών, θα επιβεβαιώσει ή όχι τη διεθνή βιβλιογραφία και πιθανά θα κάνει πιο κατανοητούς τους λόγους που ωθούνται οι νέοι σε μια τόσο βλαβερή συνήθεια, με τελικό σκοπό την ανακοπή της επιδημίας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{Ο}

Ιστορική Προσέγγιση Του Καπνού

Ιστορικά Στοιχεία

Το κάπνισμα φύλλων από διάφορα φυτά ήταν μία διαδεδομένη συνήθεια μεταξύ των αρχαίων ευρωπαϊκών και ασιατικών λαών, πιθανώς στη διάρκεια τελετών με θρησκευτικό ή εξιλαστήριο χαρακτήρα. Η εισπνοή καπνού φυτών που προκαλούσαν παραισθήσεις αναφέρεται από τον Ηρόδοτο για τους αρχαίους Σκύθες. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε και τη Δελφική Πυθία που μόνο κάτω από τέτοιες συνθήκες μπορούσε να χρησμοδοτήσει.

Το κάπνισμα των φύλλων του φυτού «νικοτιανή» σχετίζεται σύμφωνα με όλες τις ως τώρα γνώσεις μας με την εισαγωγή του από το «ΝΕΟ ΚΟΣΜΟ» που ανακάλυψε ο Κολόμβος. Όταν το 1492 οι ναύτες του Κολόμβου έφθασαν στις «ΔΥΤΙΚΕΣ ΙΝΔΙΕΣ» παρατήρησαν ανάμεσα στα άλλα ότι οι Ινδιάνοι κάπνιζαν μικρούς κυλίνδρους από ξερά φύλλα ενός φυτού, που το ονόμαζαν «κονίμπα». Τους κυλίνδρους τους ονόμαζαν «ταμπάκο». Η πρώτη περιγραφή του φυτού έγινε λίγο αργότερα από έναν ιεραπόστολο, τον Ρομάνο Πάνε, που έφερε το φυτό στην Ισπανία. Κάποιος άλλος μοναχός ο Αντρέ Τιβέ, έφερε από τη Βραζιλία σπόρους του φυτού στη Γαλλία στα 1566. Όμως η τυχερή χρονιά για τον καπνό ήταν στα 1570 όταν ο πρεσβευτής του Φραγκίσκου Β’ στην Πορτογαλία Ζαν Νικό ντε Βιλμαίν έστειλε σκόνη καπνού και μερικούς σπόρους στην Αικατερίνη των Μεδίκων συνιστώντας τους ως θεραπευτικό για διάφορες παθήσεις και κυρίως για τους πονοκεφάλους της. Αυτή ήταν τότε και η χρησιμότητα του φυτού.

Μόνο μετά το 1610 το κάπνισμα αρχίζει να γίνεται μία απολαυστική συνήθεια και σιγά – σιγά ο καπνός διαδίδεται σε διάφορες χώρες.

Στα 1584 ο Γουόλτερ Ράλεϊ φέρνει στην Αγγλία τον καπνό από τη Βιρτζίνια, οι Ισπανοί τον εισάγουν στις Φιλιππίνες, οι Πορτογάλοι (1605) στην Ιαπωνία. Στη Ρωσία ο καπνός εμφανίζεται στην εποχή του Ιβάν του Τρομερού. Τον καπνό έφεραν εκεί άγγλοι έμποροι που έλεγχαν σημαντικό τμήμα του εξωτερικού εμπορίου.

Αντίθετα τον 17^{ο} αιώνα οι Καθολικοί απειλούσαν με διακοπή της Θείας Κοινωνίας, αν συλλαμβάνονταν κάποιος να καπνίζει. Στη Γενεύη ο Καλβίνος όχι μόνο το απαγόρευε αλλά η απαγόρευση μπήκε στις ΔΕΚΑ ΕΝΤΟΛΕΣ. Οι Γερμανοί καπνιστές αντιμετώπιζαν τη θανατική ποινή μέχρι τα τέλη του αιώνα. Στην Γαλλία ο Λουδοβίκος 13^{ος} προσπάθησε να απαγορεύσει τη χρήση του καπνού και το κάπνισμα επιτρεπόταν μόνο με ιατρική συνταγή.

Το κάπνισμα όπως το ξέρουμε σήμερα ξεκίνησε τον περασμένο αιώνα εντελώς τυχαία. Ένας Αιγύπτιος στρατιώτης στη Συρία είχε χάσει την πίπα του και σκέφτηκε να τυλίξει τον καπνό του σε μία κόλλα χαρτί για να το καπνίσει. Αυτό ήταν και το πρώτο τσιγάρο. Αργότερα με τη χρησιμοποίηση του ειδικού τσιγαρόχαρτου η χρήση του γενικεύτηκε. Ως τις αρχές του αιώνα μας τα τσιγάρα ήταν χειροποίητα και τα τύλιγαν ειδικευμένοι εργάτες. Κατόπιν όμως εφευρέθηκαν ειδικές μηχανές για την κατασκευή σιγαρέτων και μία καινούργια βιομηχανία ιδρύθηκε στις χώρες που παράγουν καπνό, η καπνοβιομηχανία.

Ο Καπνός Στην Ελλάδα

Ο καπνός στην Ελλάδα αρχίζει να καλλιεργείται στα μέσα του 17^{ου} αιώνα. Μετά την άρση, μάλιστα, των απαγορευτικών μέτρων εναντίων των καπνιστών από το Σουλτάνο Σουλεϊμάν η καλλιέργεια του καπνού σε διάφορες περιοχές της χώρας

γνώρισε ιδιαίτερη άνθηση. Η ανατολή, του 20ου αιώνα βρίσκει την Ελλάδα ως μία από τις κύριες καπνοπαραγωγούς χώρες και μεγάλο μέρος της οικονομίας μας εξαρτώμενο από την καλλιέργεια του καπνού. Στα 1925 η παραγωγή καπνού έφθασε στους 65.462 τόνους και στα 1926 τους 54.724 τόνους. Αντίστοιχα στα 1975, μετά 50 χρόνια, η παραγωγή έφθασε τις 118.133 τόνους. Υπολογίζεται ότι η καλλιέργεια καπνού γινόταν σε 1.205.433 στρέμματα.

Γύρω από την παραγωγή, επεξεργασία και εμπορία του καπνού κινείται με διαφορετικά συμφέροντα και προβλήματα, μεγάλο μέρος του πληθυσμού της χώρας. Οξύνσεις των προβλημάτων και των αντιθέσεων οδήγησαν σε έντονα κοινωνικά φαινόμενα, στη δεκαετία του 20 που έγιναν γνωστά ως «καπνεργατικό » ζήτημα.

Σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας από το 1938 μέχρι το 1955 παρουσιάστηκε αύξηση στην ετήσια κατανάλωση τσιγάρου κατ' άτομο (πάνω από 15 ετών) που όμως δεν ήταν σταθερή, ενώ υπήρχαν και χρόνιες μειώσεις.

Από το 1955 ως το 1965 παρατηρήθηκε αύξηση που έφθασε συνολικά στο 25% ενώ μεταξύ 1965 – 78 υπήρξε μία νέα αύξηση συνολικά κατά 40%. Από τότε η αύξηση συνεχίζεται με μία μικρή αναστολή στη δεκαετία 1978 – 80 που συμπίπτει με την αιχμή της αντικαπνιστικής διαφώτισης που είχε αναλυθεί το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Μετά την πιο πάνω χρονολογία η αύξηση του καπνίσματος στην Ελλάδα συνεχίζεται με ποσοστό μέσης ετήσιας αύξησης στο 5%.

Όσο για την ελληνική συμβολή στη σχετική με τις επιπτώσεις του καπνίσματος βιβλιογραφία, αυτή αρχίζει να γίνεται αισθητή στον επιστημονικό κόσμο της χώρας από τις αρχές της δεκαετίας του 60. Μία από τις πρώτες μείζονος ενδιαφέρουσες εκδηλώσεις είναι η συζήτηση που οργάνωσε στα 1962 η Ιατρική Εταιρεία Αθηνών με θέμα «Κάπνισμα και Πνευμονικός Καρκίνος». Την ίδια δεκαετία γινόταν

ενδιαφέρουσες μελέτες για τη στεφανιαία νόσο, με συνεκτίμηση και του ρόλου του καπνίσματος. Στη δεκαετία του ’70 γίνονται ενδιαφέρουσες επιδημιολογικές μελέτες μεταξύ διαφόρων ομάδων του ελληνικού πληθυσμού και ορισμένες διδακτορικές διατριβές. Τέλη της ίδιας δεκαετίας πραγματοποιείται μία διαφωτιστική εκστρατεία κατά του καπνίσματος, που όμως σταμάτησε πρόωρα ενώ στη δεκαετία του ’80 εργασίες, θέτουν τεκμηριωμένα, τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, πρόβλημα που θα απασχολεί έκτοτε διαρκώς υγειονομικές υπηρεσίες και μη καπνιστές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Χημική Σύσταση Καπνού

Εισαγωγή

Έχει τεκμηριωθεί εδώ και αρκετές δεκαετίες ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας για τον άνθρωπο. Είναι πλέον κοινά αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι το κάπνισμα προκαλεί το 85-90% των πρόωρων θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, χρόνιες αποφρακτικές ασθένειες των πνευμόνων και ανεύρυσμα της αορτής, και 25% των θανάτων από ισχαιμικές καρδιοπάθειες. Συνολικά, υπολογίζεται ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο, στις δυτικές κοινωνίες, για το 15% περίπου όλων των πρόωρων θανάτων.

Επιπλέον, το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη διαφόρων ειδών καρκίνου (οισοφάγου, λάρυγγα, στομάχου, ήπατος, νεφρών, ουροδόχου κύστεως, παγκρέατος, τραχήλου της μήτρας κ.λπ.) και στην πρόκληση πρόωρων θανάτων από αναπνευστική φυματίωση, εκφυλισμό του μυοκαρδίου, αναπνευστικά νοσήματα, αρτηριοσκλήρυνση, υπέρταση, εγκεφαλική θρόμβωση, έλκος στομάχου κ.λπ.

Αλλά και το παθητικό κάπνισμα, για άτομα που ζουν με καπνιστές, είναι γνωστό ότι προκαλεί αναπνευστικές ασθένειες σε νεαρά άτομα, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα των ενηλίκων και σε ορισμένες περιπτώσεις και καρκίνο του πνεύμονα σε συζύγους καπνιστών.

Η ανάλυση της χημικής σύστασης του καπνού του τσιγάρου (και κατ' επέκταση των πούρων και του καπνού πίπας) μας δίνει ισχυρή ένδειξη για το σημαντικό αριθμό

και τις ποσότητες βλαβερών χημικών ουσιών στις οποίες εκτίθεται ο καπνιστής εισπνέοντας το κύριο ή το δευτερεύον ρεύμα του καπνού. Οι ποσότητες των τοξικών, καρκινογόνων, μεταλλαξιογόνων και τερατογόνων χημικών ουσιών που περιέχονται στα δύο ρεύματα του καπνού του τσιγάρου, είναι πολύ μεγαλύτερες από τις συγκεντρώσεις ορισμένων αντιστοίχων ουσιών στον αέρα μεγαλουπόλεων και βιομηχανικών περιοχών ή εργασιακών χώρων. Γι' αυτό και οι βλαβερές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου είναι πολύ μεγαλύτερες από το κάπνισμα παρά από την έκθεση στο περιβάλλον των πόλεων που ζει και στους εργασιακούς χώρους που εργάζεται.

Κύριο και παράπλευρο ή δευτερεύον ρεύμα.

Ο καπνός του τσιγάρου που σχηματίζεται κατά το κάπνισμα χωρίζεται σε δύο μέρη: το κύριο ρεύμα και το παράπλευρο ή δευτερεύον ρεύμα.

Το κύριο ρεύμα παράγεται κατά τη διάρκεια της εισρόφησης καπνού από τον καπνιστή στη θερμή περιοχή του τσιγάρου και εισδύει στους πνεύμονές του.

Το παράπλευρο ρεύμα παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον. Επίσης ένα μέρος του καπνού εκπνέεται από τον καπνιστή κατά το κάπνισμα.

Η χημική σύνθεση του καπνού και οι φυσικοχημικές ιδιότητές του εξαρτώνται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, το χαρτί και την ιδιότητα του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων καπνού και άλλων συστατικών (νικοτίνης, οργανικών ουσιών κ.τ.λ.), τη συχνότητα των εισροφήσεων του καπνιστή, τη διάρκεια και την κατακράτηση του καπνού στους πνεύμονες. Οι διαφορές της χημικής σύστασης του καπνού των πούρων και της πίπας ή των ΄΄ελαφρών΄΄τσιγάρων σε σχέση

με εκείνων των ΄΄πλούσιων΄΄ σε πίσσα και νικοτίνη περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις ποσότητες των συστατικών.

Ο καπνός του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι περιλαμβάνει περίπου 4000 χημικές ενώσεις, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Πολλές από αυτές τις ουσίες υπάρχουν ως συστατικά των φύλλων καπνού, αλλά η πλειοψηφία σχηματίζεται στη ζώνη πυρόλυσης – απόσταξης των θερμών περιοχών, που γίνεται σε θερμοκρασία 950^0 C.

Η Χημική Σύσταση Του Κύριου Ρεύματος (ΚΡ).

Το ΚΡ του καπνού του τσιγάρου παρουσιάζει οπωσδήποτε τη μεγαλύτερη σημασία για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Το Κ.Ρ. αποτελείται κατά 58% από άζωτο και τα 12% από οξυγόνο του αέρα που εισροφώνται κατά το κάπνισμα, κατά 13% από άνθρακα, κατά 8% από στερεά και υγρά σωματίδια, κατά 5% από διάφορα αέρια και κατά 0,5% από υδρογόνο. Τα στερεά και υγρά σωματίδια είναι κυρίως χημικές ενώσεις, οι οποίες ανήκουν στα ισχυρά και ασθενή οξέα, βάσεις ουδέτερες ενώσεις και νερό. Η αέρια φύση του Κ.Ρ. αποτελείται κυρίως από υδρογονάνθρακες, νερό, αλδεΰδες, κετόνες, νιτρίδια, εστέρες, αλκοόλες, ετεροκυκλικές ενώσεις και άλλες οργανικές ενώσεις.

Κύρια Βλαπτικά Συστατικά Του Τσιγάρου

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Αζωτούχα οργανική ένωση με αλκαλική αντίδραση (αλκαλοειδές) που παίρνεται από τα φύλλα του καπνού με κατάλληλη επεξεργασία. Έχει χημικό τύπο $C_{10}H_{14}N_2$.

Διαλύεται στο νερό, στον αιθέρα και στο χλωροφόρμιο. Αν εκτεθεί στον αέρα παίρνει χρώμα καστανό. Η νικοτίνη απορροφιέται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από

τους βλεννογόνους με τους οποίους έρχεται σε επαφή, και ειδικά από το επιθήλιο των βρόγχων και από τις πνευμονικές κυψελίδες όπου περνάει στην κυκλοφορία υπερπηδώντας με ευκολία τον κυψελιδοτριχοειδικό σφυγμό.

Το ποσοστό της νικοτίνης που χρησιμοποιείται στα τσιγάρα δεν ξεπερνά το 2%. Μία δόση των 5 (πέντε) εκατοστόγραμμων φθάνει για να προκαλέσει το θάνατο από αναπνευστική και κυκλοφοριακή παράλυση.

Η νικοτίνη έχει μία ξεχωριστή ενέργεια, τόσο στο κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και στο νευροφυτικό, συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλεί ερεθισμούς που μπορεί να φθάσουν, σε περιπτώσεις βαριάς τοξίνωσης, σε σπασμωδικά φαινόμενα.

Η ενέργεια της πάνω στο νευροφυτικό σύστημα είναι πιο σημαντική. Τα πρώτα λεπτά η νικοτίνη ερεθίζει τα παρασυμπαθητικά γάγγλια που προκαλούν μία καρδιακή αργορυθμία μία έντονη διαστολή των αγγείων με αποτέλεσμα την πτώση της αρτηριακής πίεσης. Αυτή η πρώτη ενέργεια ακολουθείται από τον ερεθισμό των γαγγλίων του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που εμποδίζει τη δράση του παρασυμπαθητικού συστήματος. Τότε δημιουργείται ταχυκαρδία, απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και μία επιβράδυνση στις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Η παρουσία μεγάλης ποσότητας νικοτίνης στο αίμα προωθεί παράλυση τόσο των συμπαθητικών γαγγλίων όσο και των παρασυμπαθητικών με μία επικίνδυνη μείωση στον καρδιακό ρυθμό.

Τα αιμοφόρα αγγεία, κάτω από μία συνεχή διακύμανση πιέσεων τείνουν να χάσουν την ελαστικότητά τους και φθείρονται. Συχνές είναι λοιπόν στους καπνιστές οι καρδιοκυκλοφοριακές διαταραχές και οι γενικά αγγειακές διαταραχές. Συχνότατη η

δυσκοιλιότητα αν και τον πρώτο καιρό, η νικοτίνη αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου.

Επίσης, πολύ αρνητική ενέργεια έχει η νικοτίνη στην οπτική ικανότητα. Προκαλεί περιορισμό στον αμφιβληστροειδή χιτώνα με αποτέλεσμα τη μείωση της οξύτητας της όρασης και της ευαισθησίας στα χρώματα.

Στην πρακτική η ένταση αυτών των διαταραχών εξαρτάται και ποικίλει σύμφωνα με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε καπνιστή. Υπάρχουν άτομα που μπορούν να απορροφήσουν μεγάλες ποσότητες νικοτίνης χωρίς βλάβες. Ίσως επειδή διαθέτουν ένα μεγάλο απόθεμα ενζύμων ικανό να χωνέψει γρήγορα τα αλκαλοειδή. Αντίθετα άλλα άτομα με προδιάθεση σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος αδυνατούν να αντιδράσουν και στη μικρότερη ποσότητα νικοτίνης. Γι' αυτόν το λόγο οι ασθματικοί, οι εμφυσηματικοί, οι βρογχικοί πρέπει να αποφεύγουν αυστηρά το κάπνισμα.

<u>ΟΞΕΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ</u>

Τα οξείδια του αζώτου είναι βλαβερά για το αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου. Επιπλέον χρησιμεύουν και ως πρόδρομες ενώσεις για το σχηματισμό Ν-νιτρωδενώσεων (Νιτροζαμίνες) στο Κ.Ρ. του καπνού που είναι ισχυρές καρκινογόνες ουσίες.

Υποξείδιο του αζώτου

Το υποξείδιο του αζώτου νιτρώδες οξείδιο N_2O είναι αέριο άχρωμο, με γλυκιά γεύση και ευχάριστη οσμή. Χρησιμοποιείται σε μείγμα με οξυγόνο, σαν ήπιο αναισθητικό και επειδή η αφύπνιση του ασθενούς συνοδεύεται από γέλιο, παλιά το ονόμαζαν και λαρυγγικό αέριο.

Μονοξείδιο του αζώτου

Το μονοξείδιο του αζώτου ΝΟ είναι άχρωμο αέριο, λίγο διαλυτό στο νερό. Αντιδρά αμέσως με το οξυγόνο και δίνει διοξείδιο του αζώτου.

Διοξείδιο του αζώτου

Το διοξείδιο του αζώτου προκαλεί εμβρυϊκούς θανάτους, επιβράδυνση στην ανάπτυξη του εμβρύου και δυσπλασίες.

ΟΞΕΙΔΙΑ ΤΟΥ ΆΝΘΡΑΚΑ

Μονοξείδιο του Άνθρακα

Το μονοξείδιο του άνθρακα CO είναι αέριο άχρωμο, άοσμο και πολύ τοξικό. Η αιμοσφαιρίνη σχηματίζει σταθερή σύμπλοκη ένωση με αυτήν, με αποτέλεσμα το αίμα να χάνει την ικανότητά του να δεσμεύει οξυγόνο. Βρέθηκε ότι το CO στην ατμόσφαιρα, σε αναλογία 1:500 προκαλεί το θάνατο.

Το CO σχηματίζεται κατά την καύση του άνθρακα σε περιορισμένη ποσότητα οξυγόνου και είναι αναγωγική ουσία. Μπορεί να προκαλέσει, σε υψηλές θερμοκρασίες, αναγωγές πολλών ενώσεων προς τα αντίστοιχα μέταλλα ή αμέταλλα.

Η ποσότητα του CO στο Κ.Ρ. του καπνού μειώνεται ανάλογα με τον τύπο του φίλτρου του τσιγάρου. Σε ορισμένες περιπτώσεις το CO αυξάνεται γιατί τα φίλτρα περιορίζουν την εισαγωγή οξυγόνου.

Στις ΗΠΑ είναι υποχρεωτικό να αναγράφεται στα κουτιά των τσιγάρων η περιεκτικότητα του CO /τσιγάρο. Το CO θεωρείται υπεύθυνο για τις καρδιαγγειακές παθήσεις στους καπνιστές λόγω της χημικής του συγγένειας με την αιμοσφαιρίνη.

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Πτητικές αλδεΰδες και κετόνες

Η πλειοψηφία των αλδεϋδων και των κετονών στον καπνό του τσιγάρου σχηματίζεται από πυρόλυση πολυσακχαριτών, πηκτικών, πρωτεϊνών και τριγλυκεριδίων. Έχουν βρεθεί στο Κ.Ρ. του καπνού 20 περίπου αλδεΰδες και 6 κετόνες. Οι περισσότερες από αυτές τις ενώσεις είναι τοξικές για τις βλεφαρίδες των κυττάρων, καθώς εμποδίζουν τον καθαρισμό των πνευμόνων (υδροκυάνιο, αμμωνία) και τουλάχιστον η φορμαλδεΰδη είναι αποδεδειγμένο καρκινογόνο.

Υδροκυάνιο

Είναι το πιο τοξικό συστατικό της αέριας φάσης, του Κ.Ρ. του καπνού. Σχηματίζεται από τα νιτρικά άλατα, τις πρωτεΐνες και τα αμινοδικαρβοξυλικά οξέα. Η συγκέντρωση του HCN στο Κ.Ρ. του καπνού περιορίζεται με φίλτρο που περιέχει άνθρακα ή αεροδυναμικές οπές κατά 30%. Το HCN μετά την εισπνοή από τον καπνιστή μεταβολίζεται γρήγορα στο ήπαρ προς θειοκυανικό.

Αμμωνία και πτητικές αμίνες (NH_3 και RNH_2)

Η περιεκτικότητα του Κ.Ρ. και του Π.Ρ. του καπνού των τσιγάρων σε NH_3 είναι εξαιρετικά υψηλή, ενώ στα πούρα είναι πενταπλάσια.

Άλλα πτητικά συστατικά της αέριας φάσης του Κ.Ρ.

Άλλα πτητικά συστατικά της αέριας φάσης του Κ.Ρ. είναι το βενζόλιο, η υδραζίνη, η Ουρεθάνη, το 2-νιτροπροπάνιο, το βινυλοχλωρίδιο και μία σειρά από άλλες ενώσεις.

<u>ΦΑΣΗ ΑΤΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΩΝ ΣΩΜΑΤΙΔΙΩΝ</u>

-Μη πτητικά αλκάνια και αλκένια Ισοπρενοειδή

-Φυτοστερόλες

-Πολυπυρηνικές αρωματικές ενώσεις

-Πολυπυρηνικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες

-Αζα-φένια (ενώσεις με ετεροάτομο άζωτο στο δακτύλιο)

-Αλκοόλες

-Μη πτητικές αλδεΰδες, κετόνες και νομοσακχαρίτες

-Φαινολικά παράγωγα και κινόνες

-Καρβοξυλικά οξέα, εστέρες και λεκτόνες

-Πυριδίνες, πυρρόλες και πυραζίνες

-Ν-Νιτρωδοακίνες (ή νιτροζαμίνες)

Οι Νιτρωδοαμίνες

Είναι ισχυρές καρκινογόνες ενώσεις και ιδιαίτερα επικίνδυνες για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα των καπνιστών. Σχηματίζονται κατά την κατεργασία φύλλων καπνού και κατά το κάπνισμα.

Αμίνες και Αμίδα

Έχουν προσδιοριστεί πάνω από 200 αμίνες στο Κ.Ρ. του καπνού. Οι αμίνες σχηματίζονται κατά την πυρόλυση της νικοτίνης και άλλων αλκαλοειδών Η ανιλίνη και 30 περίπου παράγωγα της έχουν ανιχνευθεί σε μικρές ποσότητες. Έχουν βρεθεί δύο πολύ γνωστές καρκινογόνες αμίνες, η 1-ναφθυλαμίνη και η 2-νεθυλαμίνη.

Αλκαλοειδή

Η νικοτίνη και τα άλλα αλκαλοειδή των φύλλων, του καπνού έχουν την ικανότητα να προκαλούν εθισμό του καπνιστή. Η νικοτίνη αποτελεί το 85-90% του συνόλου των αλκαλοειδών, ενώ το υπόλοιπο αποτελείται από περίπου 10 πυριδινικά αλκαλοειδή και 12 Ν-κυκλο – παράγωγά τους.

Συμπεράσματα

Η χημική ανάλυση των συστατικών του καπνού του τσιγάρου για το κύριο και παράπλευρο ρεύμα δίνει μία ξεκάθαρη εικόνα των σημαντικών ποσοτήτων τοξικών, καρκινογόνων κ.λπ. ουσιών που εισπνέει ο ενεργητικός και ο παθητικός καπνιστής.

Η έκθεση του καπνιστή στις βλαβερές αυτές ουσίες κατά το κάπνισμα έχει μετρηθεί με διάφορους τρόπους και από τις επιδημιολογικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι ανάλογα με τις δόσεις και τη συχνότητα του καπνίσματος επαυξάνεται η εμφάνιση ασθενειών. Ο βαθμός κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα και άλλων μορφών καρκίνου έχει άμεση σχέση με τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος και τον αριθμό των καπνιζομένων τσιγάρων, ενισχύοντας έτσι την άποψη ότι η σχέση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα είναι αιτιολογική. Η δοσολογική σχέση έχει επιβεβαιωθεί σε μεγάλο βαθμό και για τις άλλες αιτίες πρόωρων θανάτων στους καπνιστές.

Το αναμφισβήτητο γεγονός που αποδεικνύουν όλες αυτές οι μελέτες και η γνώση των συστατικών και ποσοτήτων των χημικών ουσιών στον καπνό του τσιγάρου είναι ότι το κάπνισμα είναι εξαιρετικά βλαβερό για την υγεία του ανθρώπου και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιονδήποτε άλλο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Ψυχοκοινωνικοί Συντελεστές

Η αύξηση 20% περίπου, στην κατανάλωση καπνού οφείλεται κυρίως στην αύξηση της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων στις αναπτυσσόμενες χώρες ή στις χώρες του τρίτου κόσμου. Ενώ, δηλαδή, στις ανεπτυγμένες χώρες η κατανάλωση καπνού έχει σταθεροποιηθεί ή τείνει να μειωθεί ως αποτέλεσμα των προληπτικών προσπαθειών που ανέλαβαν οι κυβερνήσεις τους μέσα στα τελευταία χρόνια, οι αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται πως δεν κατόρθωσαν να αντισταθούν στην έντεχνη και πειστική διαφήμιση της βιομηχανίας του τσιγάρου.

Εξαίρεση στην τάση μείωσης των καπνιστών στις δυτικές χώρες αποτελούν οι γυναίκες, στις οποίες το κάπνισμα κερδίζει έδαφος. Έως σήμερα, παρά το μεγάλο αριθμό ερευνών που υπάρχουν για το κάπνισμα, θα μπορούσαμε να πούμε πως δεν έχει ακόμη δοθεί επαρκής απάντηση στο αίνιγμα, γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν, αν και γνωρίζουν τις ολέθριες επιπτώσεις που έχει αυτή η συμπεριφορά τους στην υγεία τους. Κι αυτό, γιατί το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη μορφή συμπεριφοράς με ποικίλες ψυχολογικές και βιολογικές συνιστώσες.

Η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ υποστηρίζει ότι οι αιτίες του καπνίσματος διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο, τα κίνητρα, ή τους λόγους για τους οποίους καπνίζει το άτομο, και τη βαρύτητα του καπνίσματος.

Έναρξη (Προπαρασκευή – Δοκιμή)

Η έναρξη του καπνίσματος αποτελεί, κατά κύριο λόγο, εφηβικό φαινόμενο. Το κάπνισμα εντάσσεται, ως συμπεριφορά, στα πλαίσια της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας του ατόμου και συνδέεται άρρηκτα με βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως: αναζήτηση νέων εμπειριών, προσπάθεια ανεξαρτοποίησης από τους γονείς, προσχώρηση στην ομάδα των συνομηλίκων και ανάγκη για αποδοχή απ' αυτούς, αναζήτηση ταυτότητας, επιβεβαίωση της αυτονομίας του εαυτού και τάση για επαναστατικότητα. Όλα αυτά τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες στην έναρξη του καπνίσματος.

Πριν ακόμα αρχίσει το κάπνισμα από την προπαρασκευαστική του δηλαδή φάση, ο έφηβος έχει ήδη διαμορφώσει συγκεκριμένες στάσεις για τις λειτουργίες που αυτό εξυπηρετεί, για το τι είδους προσωπικότητες είναι αυτοί που καπνίζουν, ή που δεν καπνίζουν, για το αν το κάπνισμα είναι επικίνδυνο και πόσο, που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξή του. Μια πιθανή αρνητική στάση για το κάπνισμα κατά την παιδική ηλικία μεταβάλλεται σε όλο και θετικότερη ανάμεσα στα 11 και 15 χρόνια. Η αντίληψη που διαμορφώνει ο έφηβος για τα ψυχοκοινωνικά οφέλη από το κάπνισμα τον κάνουν να το ενσωματώσει στον τρόπο ζωής του.

Σημαντικό ρόλο στις στάσεις που διαμορφώνονται και στη συμπεριφορά που υιοθετείται απέναντι στο κάπνισμα, παίζουν οι γονείς και τα μεγαλύτερα αδέλφια. Γονείς που καπνίζουν αποτελούν έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης, καπνίσματος, στον έφηβο. Σε οικογένειες που καπνίζουν και οι δύο γονείς έχει βρεθεί πως είναι επίσης καπνιστές το 22,2% των αγοριών και το 20,7% των κοριτσιών, σε σύγκριση αντίστοιχα με το 11,3% και το 7,6% στις οικογένειες που κανένας από τους

δύο γονείς δεν καπνίζει. Ακόμα, μεγαλύτερο αδελφό ή αδελφή που καπνίζει έχει το 28-30% των αγοριών και το 25-26% των κοριτσιών που καπνίζουν. Όταν τόσο οι γονείς όσο και τα μεγαλύτερα αδέλφια καπνίζουν, αυξάνεται κατά τέσσερις φορές η πιθανότητα καπνίσματος στο νεαρό μέλος της οικογένειας. Οι στάσεις που έχει διαμορφώσει το παιδί για το κάπνισμα, με βάση το κριτήριο του αρεστού επηρεάζουν και την επιλογή της παρέας του.

Ακόμα, πρότυπα ενηλίκων, όπως ο δάσκαλος ή άλλες μορφές που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ιδιαίτερα την τηλεόραση, διαμορφώνουν στάσεις και προσφέρονται ως μορφές ταύτισης. Πριν από την έναρξη του καπνίσματος διαμορφώνονται επίσης και οι τύποι συμπεριφοράς που χρησιμοποιεί το νέο άτομο, για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις και στις ανάγκες της ηλικίας του. Οι τύποι αυτοί συμπεριφοράς επιδρούν, στη συνέχεια στη μύηση στο κάπνισμα και παραπέρα στην εξέλιξη ως καπνιστή.

Εντοπίζονται τρεις βασικές αιτίες ή κίνητρα που κάνουν έναν έφηβο να καπνίσει: *την κοινωνική συμμόρφωση, την προσπάθεια ρύθμισης του συναισθήματος και τον αυτοπροσδιορισμό.*

Το ***κίνητρο της κοινωνικής συμμόρφωσης*** εκδηλώνεται κυρίως στο παιδί που έχει ανάγκη αναγνώρισης από τους άλλους, ανάγκη να ανήκει σε μια ομάδα και που φοβάται την απόρριψη. Το παιδί αυτό είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στην πίεση των συνομηλίκων του. Αρχίζει να καπνίζει μέσα σε καθαρά κοινωνικά πλαίσια, με τους φίλους, από περιέργεια ή κάτω από την πίεσή τους, με κύριο κίνητρο να γίνει αποδεκτό.

Το ***κίνητρο της ρύθμισης του συναισθήματος*** αναφέρεται στα παιδιά που βιώνουν δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις, όπως το άγχος, η ευερεθιστότητα, η

κατάθλιψη. Η απουσία άλλων τρόπων να ελέγχουν το περιβάλλον ή τη δυσάρεστη συναισθηματική τους κατάσταση τα κάνει να καταλήγουν σε στοματικές ικανοποιήσεις (π.χ. φαγητό, γλυκά, καφές, ποτά). Ένα παρόμοιο ιστορικό κατά την παιδική ηλικία, προδιαθέτει στο κάπνισμα ως μηχανισμό ελέγχου του δυσφορικού συναισθήματος. Η αντίληψη και η προσδοκία ότι το κάπνισμα βοηθά τους ανθρώπους να ελέγχουν τα συναισθήματά τους μπορεί να οδηγήσει μια μειονότητα παιδιών σε αντίθεση με αυτό που συνήθως συμβαίνει, να δοκιμάσουν το πρώτο τσιγάρο, χωρίς δηλαδή την παρέα. Το κάπνισμα λειτουργεί σαν ένα είδος αυτοχορηγούμενης θεραπείας για τα συναισθήματα απόγνωσης, άγχους, κατάθλιψης.

Ο ***αυτοπροσδιορισμός ως κίνητρο*** για το κάπνισμα, χαρακτηρίζει τα παιδιά εκείνα που χρησιμοποιούν το κάπνισμα στις κοινωνικές τους σχέσεις, γιατί έχουν διαμορφώσει την αντίληψη πως καπνίζοντας δημιουργούν στους άλλους μια εικόνα, εαυτού ως *«σκληρού άνδρα»* ανεξάρτητου, επαναστάτη ή ανεξάρτητης απελευθερωμένης και χειραφετημένης κοπέλας.

Εγκατάσταση – Διατήρηση

Μετά τη δοκιμή, στην πορεία προς την επανάληψη και εγκατάσταση του καπνίσματος, συνεχίζει να παίζει σημαντικό ρόλο η πίεση των συνομηλίκων. Παράλληλα, αρχίζουν να αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία οι κοινωνικές ενισχύσεις, καθώς και η αντίδραση που δημιουργεί στον οργανισμό ο καπνός. Ο έφηβος, λειτουργώντας μέσα στα πλαίσια κοινωνικών κινήτρων, δέχεται την προσφορά τσιγάρων από τους φίλους, αγοράζει δικά του τσιγάρα για να καπνίσει με τους φίλους ή για να προβάλλει σ ’αυτούς την εικόνα του ιδανικού εαυτού που περιγράψαμε. Αν

υπάρχουν κάποιες δυσάρεστες αντιδράσεις από τον οργανισμό (π.χ. βήχας) παραβλέπονται μπροστά στις κοινωνικές ενισχύσεις που έχουν περισσότερη σημασία.

Στον έφηβο, πάλι, που καπνίζει για να δώσει διέξοδο στο δυσφορικό του συναίσθημα, το κάπνισμα τείνει να επαναλαμβάνεται εφόσον διαπιστωθεί πως τον κάνει να νιώθει πιο ευχάριστα ή του μειώνει το άγχος. Με τη συνεχιζόμενη επανάληψη της χρήσης καπνού οι βιολογικοί ενισχυτές της συμπεριφοράς αρχίζουν να υπερτερούν των κοινωνικών ενισχύσεων που δέχεται το άτομο. Έτσι ο καπνιστής γίνεται όλο και πιο ευαίσθητος στις βιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού του στο κάπνισμα και αρχίζει να επιδιώκει την ευεξία ή τη θετική συναισθηματική κατάσταση που δημιουργεί ο καπνός, ρυθμίζοντας την ποσότητα νικοτίνης που θα εισπνεύσει. Το εξαρτημένο από τον καπνό άτομο καπνίζει για να διατηρήσει το επίπεδο της νικοτίνης στο πλάσμα του αίματος. Το κάπνισμα λειτουργεί πλέον, και κυρίως, σαν μια αντίδραση αποφυγής των συμπτωμάτων που δημιουργεί η απόσυρση από την ουσία.

Η συμπεριφορά του καπνίσματος ενισχύεται και διατηρείται με τον μηχανισμό των εξαρτημένων αντανακλαστικών. Εξαρτημένα ερεθίσματα όπως π.χ. η θέα άλλων ανθρώπων που καπνίζουν, η ώρα της ημέρας κλπ., εκλύουν αφενός την επιθυμία για κάπνισμα και αφετέρου πυροδοτούν εσωτερικούς φυσιολογικούς μηχανισμούς, όπως έντονη επιθυμία και ανησυχία. Με την επανάληψη παρόμοιων συνθηκών αυξάνεται η πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Επειδή παρόμοιες συνθήκες είναι συχνές, εξασφαλίζεται με το μηχανισμό αυτό η συντήρηση της καταφυγής στο κάπνισμα. Η επιρρέπεια προς την εξάρτηση από τον καπνό και η σοβαρότητα της εξάρτησης προσδιορίζονται σε μεγάλο βαθμό από ατομικούς παράγοντες που συνδέονται με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και την προσωπικότητά του.

Διακοπή-Υποτροπή

Έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες μέθοδοι τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του καπνίσματος. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματά τους είναι πενιχρά και η συνήθεια του καπνίσματος φαίνεται να αντιστέκεται ακόμα και στις ποίο εκσυγχρονισμένες μεθόδους θεραπευτικής προσέγγισης, αφού τα αποτελέσματά τους είναι μόνο βραχύχρονα. Από αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα μετά από θεραπεία, σχεδόν το 75-80% ξανάρχισαν το κάπνισμα πριν να συμπληρώσουν ένα χρόνο από τη θεραπεία. Η αποτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα απόσυρσης που εμφανίζονται συνήθως μερικές ώρες μετά τη διακοπή και μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες.

Τα συμπτώματα απόσυρσης στο συστηματικό καπνιστή είναι σωματικά και ψυχικά. ***Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα*** περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, ναυτία, πονοκεφάλους, γαστρεντερικές διαταραχές, πολυφαγία, μείωση του επιπέδου της εγρήγορσης και της ψυχοκινητικής επίδοσης. ***Τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα*** είναι έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ευεριθιστότητα, διάσπαση της προσοχής, ανησυχία, άγχος και επιθετικότητα. Αναφέρονται, επίσης μείωση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, αύξηση της διάρκειας του REM (ταχείες οφθαλμικές κινήσεις) ύπνου και επιβράδυνση των εγκεφαλικών ρυθμών στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Η ένταση των συμπτωμάτων απόσυρσης έχει θετική συσχέτιση με τη βαρύτητα του δυσάρεστων συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη φάση της απόσυρσης. Η έντονη κακουχία που νιώθει το άτομο από τη διακοπή του καπνίσματος και η δυσανεξία του σ' αυτή επισημαίνονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή. Η καταφυγή στο κάπνισμα ενός τσιγάρου για ανακούφιση, ιδιαίτερα μετά από διακοπή

μερικών εβδομάδων, προκαλεί μια ιδιαίτερα έντονη ευχαρίστηση. Η αντίδραση αποφυγής της δυσάρεστης κατάστασης ενισχύεται με το κάπνισμα ενός δεύτερου ή τρίτου τσιγάρου με αποτέλεσμα την επανεγκατάσταση του φαύλου κύκλου της εξάρτησης.

Μια σειρά από ψυχοκοινωνικές αιτίες έχουν επισημανθεί ως σημαντικές στην αδυναμία διακοπής του καπνίσματος:

- Η συνειδητοποίηση των καπνιστών πως έχουν εξαρτηθεί από τον καπνό τους αποθαρρύνει από την προσπάθεια να διακόψουν
- Η βαρύτητα του καπνίσματος
- Ο αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά
- Η ταυτόχρονη χρήση και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (καφεΐνη οινοπνευματώδη), που δείχνει την τάση του ατόμου για εξάρτηση από ουσίες και που επιβεβαιώνεται και από το φαινόμενο της υποκατάστασης μιας ουσίας απο άλλη
- Ο/ Η σύζυγος που καπνίζει.
- Τα προβλήματα προσαρμογής στο χώρο εργασίας, τα χρόνια προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας, το υψηλό άγχος, η χαμηλή αυτοπεποίθηση.
- Η διαφήμιση των τσιγάρων.

Βρέθηκε ακόμα πως οι γυναίκες δυσκολεύονται περισσότερο από τους άνδρες να εγκαταλείψουν το κάπνισμα. Το φαινόμενο αυτό φαίνεται να ισχύει όλο και λιγότερο στις νεώτερες γενιές των καπνιστών, ως αποτέλεσμα, ίσως της τάσης προς εξίσωση των δύο φύλων. Αντίθετα, η αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια κοινωνική πίεση κατά του

καπνίσματος, που κάνει τους καπνιστές να νιώθουν όλο και περισσότερο πως αποτελούν ενόχληση για τους άλλους, καθώς και η επίδραση των φίλων που έχουν σταματήσει το κάπνισμα, αποτελούν παράγοντες, που ευνοούν τη διακοπή.

Κάπνισμα Και Προσωπικότητα

Έχουν γίνει έρευνες, με στόχο να συσχετιστεί το κάπνισμα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα ευρήματα συγκλίνουν στη διαπίστωση πως η προσωπικότητα συνδέεται περισσότερο με τη βαρύτητα, τη διατήρηση και τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος και πολύ λιγότερο με την έναρξη του καπνίσματος.

Το συχνότερο συσχετιζόμενο χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το κάπνισμα είναι η εξωστρέφεια. Εξωστρεφής είναι ο τύπος της προσωπικότητας που επιδιώκει νέες εμπειρίες, είναι ριψοκίνδυνος, κοινωνικός, ανέμελος, εύκολος, παρορμητικός και πιθανά επιθετικός.

Μια σειρά από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως *«νευρωτισμός» «άγχος», «ψυχοσωματικά συμπτώματα», «νευρικότητα», «στοματική προσωπικότητα»* έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία στα ευρήματα των σχετικών ερευνών. Για το *«νευρωτισμό»* υπάρχουν ενδείξεις πως θετική συσχέτιση με το κάπνισμα παρουσιάζουν κυρίως οι γυναίκες. Άλλοι θεωρούν την ελαφρά τάση νευρωτισμού στους καπνιστές ως αποτέλεσμα της εξάρτησης από τον καπνό και όχι ως αιτία για το κάπνισμα.

Σε αρκετές μελέτες έχουν, επίσης, επισημανθεί στους καπνιστές χαρακτηριστικά αντικοινωνικής προσωπικότητας .Σε άλλες έρευνες μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συσχετίζονται με την επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος. Σε γενικές γραμμές η εξωστρέφεια φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη διακοπή,

καπνίσματος, ενώ αντίθετα ο νευρωτισμός αρνητικά, αλλά μόνο στους άνδρες .Επιπλέον, ο συνδυασμός των παραγόντων υψηλή εξωστρέφεια – χαμηλός νευρωτισμός – χαμηλή κατανάλωση καπνού αποδείχθηκε πως μπορεί να προβλέψει με μεγάλη ακρίβεια τους άνδρες που θα πετύχουν να διακόψουν το κάπνισμα . Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο εξωστρεφές ή κοινωνικό και όσο λιγότερο νευρωτικό ή με ισχυρή προσωπικότητα είναι το άτομο, τόσο πιθανότερο είναι να μπορέσει να σταματήσει το κάπνισμα. Αντίθετα άτομα με προσωπικότητα τύπου Α (επίμονος, ανταγωνιστικός, εργάζεται πολύ, φιλόδοξος) δυσκολεύονται να κόψουν το κάπνισμα, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν τα αντίθετα χαρακτηριστικά προσωπικότητα τύπου Β.

Τύποι Καπνιστών

Το τσιγάρο είναι εξάρτηση, ύπουλος σύμμαχος, άσπονδος φίλος, εθισμός. Πολλές οι μάρκες, οι γεύσεις, διαφέρει το άρωμα, ο καπνός αλλά και οι τύποι των ατόμων που καπνίζουν. Όταν ρωτάς τους καπνιστές γιατί ανάβουν τσιγάρο, θα πάρεις από τον καθένα και μια διαφορετική απάντηση.

Σύμφωνα με τον Άγγλο μελετητή Ράσελ, υπάρχουν εφτά ξεχωριστοί τύποι καπνιστών. Όλοι μοιράζονται το ίδιο πάθος για το τσιγάρο, άλλος σε μεγαλύτερο και άλλος σε μικρότερο βαθμό, άλλος γιατί του αρέσει η κίνηση του καπνίσματος ή γεύση του καπνού ή για να κάνει επίδειξη.

1. *Ψυχοκοινωνικό Κάπνισμα*

Ο καπνιστής αυτής της κατηγορίας καπνίζει για να βλέπουν πως καπνίζει, για τους άλλους και όχι για τον εαυτό του .Εδώ υπάγονται κυρίως οι έφηβοι για τους οποίους το κάπνισμα έχει χαρακτήρα συμβολικό, είναι δείγμα ενηλικίωσης και ανδρισμού .Ο νεαρός ή η νεαρή που θα κάνουν στα κλεφτά στο διάλειμμα το πρώτο τους τσιγάρο

σπρώχνονται από περιέργεια στον κυκεώνα μιας καταστροφικής συνήθειας, έχοντας την ψευδαίσθηση πως το τσιγάρο τους κάνει μεγάλους δυναμικούς.

2. *Καταπραϋντικό Κάπνισμα*

Στη κατηγορία αυτή υπάγονται οι νευρικοί , γεμάτο άγχος καπνιστές. Γι αυτούς το τσιγάρο είναι μέσο διοχέτευσης του στρες ,τους βοηθά όπως πιστεύουν να μειώσουν την ένταση της ημέρας. Σε αντίθεση με τους συγκαταβατικούς ,οι καπνιστές της κατηγορίας αυτής έχουν άμεση ανάγκη ,εξάρτηση από το τσιγάρο και το χρησιμοποιούν για να εκτονώσουν έντονες συγκινησιακές τους καταστάσεις , υποφέρουν από έντονα συμπτώματα νεύρωσης και στέρησης, όταν ξεμείνουν από πακέτο.

3. *Διεγερτικό Κάπνισμα*

Ο τύπος αυτός καπνιστή είναι τις περισσότερες φορές και εργασιομανής. Καπνίζει για να και να αποδίδει όσα γίνεται πιο πολύ. Χρησιμοποιεί τις διεγερτικές ικανότητες της νικοτίνης για να ελαττώνει την κόπωση μιας εξαντλητικής μέρας ,να διατηρεί τη σκέψη του νηφάλια και σε εγρήγορση .Ρουφά γι αυτό βαθιά τον καπνό , εισπνέει άφθονη νικοτίνη και καταναλώνει αμέτρητα τσιγάρα σε κρίσιμες οριακές καταστάσεις

4. *Κάπνισμα Μόνιμη Συνήθεια*:

Όταν ο καπνιστής ζει για να καπνίζει ,καπνίζει για να ζει! Δεν μπορεί να μείνει είκοσι λεπτά χωρίς τσιγάρο κι έτσι καπνίζει για να αποφύγει ή να μειώσει τα συμπτώματα της στέρησης . Ο τύπος αυτός του καπνιστή δεν καπνίζει μόνο όταν κοιμάται.

5. *Αυτοματισμένο Κάπνισμα*

Πρόκειται για την κατηγόρια των αλυσιδωτών καπνιστών που ανάβουν το ένα τσιγάρο μετά το άλλο ή ενώ καπνίζουν το προηγούμενο . Η πράξη του ανάμματος είναι ασυνείδητη και ακόμα πιο έντονος ο φόβος και η ανασφάλεια μήπως μείνουν από τσιγάρα και στερηθούν την παρουσία του πακέτου από το οποίο εξαρτώνται ολοκληρωτικά

6. *Αισθησιακός Κινησιακός Τύπος*

Για τον καπνιστή αυτής της κατηγορίας το τσιγάρο αποτελεί στην κυριολεξία φετίχ ! Το κάπνισμα είναι γι αυτόν ιεροτελεστία κι η σχέση με το πακέτο σχεδόν ερωτική .Απολαμβάνει την αίσθηση του τσιγάρου στο χέρι ή στα χείλη ,αφήνεται στην διαδικασία του ανάματος , της εισπνοής Η ευχαρίστηση που αντλούν από την πράξη του καπνίσματος οι τύποι αυτοί είναι περισσότερο φανερή στους καπνιστές πίπας μπορούν να αναλώσουν κάμποση ώρα στο καθάρισμα και στο γέμισμα της πίπας

7. *Συγκαταβατικός Τύπος*

Ελέγχει λεει τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσει σε μια μέρα και δεν θα ξεπεράσει το πακέτο την ημέρα . Ανάβει τσιγάρο την ώρα της ανάπαυλας για να χαλαρώσει και δεν νιώθει ποτέ την επιτακτική ανάγκη να καπνίσει . Αποφεύγει μάλιστα το κάπνισμα όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα τσιγάρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Επιπτώσεις Καπνίσματος

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τα δεδομένα πολλών πειραματικών κλινικών και επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι το κάπνισμα τσιγάρου είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγων του καρκίνου του πνεύμονα. Το 80 – 95% των καρκίνων του πνεύμονα οφείλεται στο κάπνισμα. Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει ένας καπνιστής, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να πάθει καρκίνο του πνεύμονα. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο συχνότερος καρκίνος στους άνδρες και ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες στις οποίες μάλιστα συνεχώς αυξάνεται. Η αναλογία ανδρών / γυναικών είναι 3 προς.

Για τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιούνται διάφορα καρκινογόνα όπως, κάπνισμα , ακτινοβολία, αμίαντος και αλλά. Το κάπνισμα όμως είναι υπεύθυνο για το 95 – 99% του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και για το 70% στις γυναίκες. Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα σε έναν άνδρα, που την ηλικία των 20 ετών καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως, σε σύγκριση με ένα συνομήλικό του άνδρα μη καπνιστή, είναι 4,4 στην ηλικία των 40 ετών, 9,2 στην ηλικία των 50 ετών και 19,4 στην ηλικία των 60 ετών. Οι θάνατοι από καρκίνο πνεύμονα είναι 5-10 φορές περισσότεροι στους καπνιστές σε σύγκριση με μη καπνιστές. Στενή σχέση υπάρχει μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και αριθμού τσιγάρων και μεταξύ καρκίνου και ποσού περιεχόμενης νικοτίνης. Τέλος, είναι γνωστό ότι η συχνότητα καρκίνου πνεύμονα ελαττώνεται σε άτομα που κάπνιζαν και σταμάτησαν να καπνίζουν.

Μετά τις πρώτες μελέτες των αρχών της δεκαετίας το ’50 πολλές επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν, και επιβεβαίωσαν ότι ο κίνδυνος αναπτύξεως βρογχογενούς καρκίνου του πνεύμονα σε ένα άτομο είναι τόσο μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των καταναλισκομένων τσιγάρων και όσο μικρότερο είναι το διάστημα που καπνίζει το άτομο. Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται προοδευτικά, όταν το άτομο διακόπτει το κάπνισμα. Οι Doll και Hill (1956), που μελέτησαν τη θνητότητα από καρκίνο του πνεύμονα στους Άγγλους γιατρούς, διαπίστωσαν ότι τα άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα προ πενταετίας, εμφάνιζαν θνητότητα από καρκίνο του πνεύμονα ίση προς 40% της αντίστοιχης θνητότητας των καπνιστών. Δεκαπέντε χρόνια, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η θνητότητα από καρκίνο του πνεύμονα των πρώην καπνιστών ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη εκείνης των ατόμων τα οποία ποτέ δεν κάπνισαν. Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα είναι μεγαλύτερος για τους καπνιστές τσιγάρου και μικρότερος για τους καπνιστές πούρου ή πίπας.

Οι καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο έχουν μικρότερο κίνδυνο να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα σε σύγκριση με τους καπνιστές τσιγάρων χωρίς φίλτρο. Η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες αυξάνεται ταχύτερα από ό,τι στους άνδρες και τείνει να, καταστεί η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών από όλες τις κακοήθεις νόσους. Αυτή η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες οφείλεται στο γεγονός ότι ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν, συνεχώς αυξάνεται κατά τα τελευταία έτη. Κατά τα τελευταία έτη, ορισμένοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει συσχέτιση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και καρκίνο του πνεύμονα.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει 2 αξιόλογες επιδημιολογικές μελέτες για τη διερεύνηση της σχέσεως του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα. Οι Κανελλάκης και συν.

(1976) μελέτησαν τις καπνιστικές συνήθειες 862 ανδρών που έπασχαν από καρκίνο του πνεύμονα και νοσηλεύτηκαν κατά τα έτη 1950 – 1962, και τις συνέκριναν με τις καπνιστικές συνήθειες 613 μαρτύρων. Διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος αναπτύξεως του καρκίνου του πνεύμονα στους καπνιστές αυξανόταν, καθώς αυξανόταν ο αριθμός των ημερησίως καταναλισκομένων τσιγάρων. Για όσους κάπνιζαν 1 -10 τσιγάρα ημερησίως, ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα ήταν 1,9 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο κίνδυνο των μη καπνιστών. Για όσους κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ημερησίως αυτός ο κίνδυνος ήταν 7,5 φορές μεγαλύτερος, για όσους κάπνιζαν 21-35 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 16,5 φορές μεγαλύτερος και για όσους κάπνιζαν περισσότερα από 35 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 33,7 φορές μεγαλύτερος.

Οι Trichopoulos et al (1981) μελέτησαν 40 μη καπνίστριες γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του πνεύμονα, και τις συνέκριναν με 149 μάρτυρες. Διαπίστωσαν ότι οι μη καπνίστριες γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος είναι καπνιστής τσιγάρων, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος είναι μη καπνιστής.

Εξ' άλλου, από τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ 1987) προκύπτει ότι στην Ελλάδα υπάρχει συνεχής αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα κατά τα έτη 1964 – 1985. Κατά την ίδια χρονική περίοδο παρατηρείται συνεχής αύξηση στην κατανάλωση καπνού κατά τα έτη 1964 – 1978, μείωση της καταναλώσεως κατά τη διετία 1979 – 1980 και συνεχής αύξηση από το 1981 μέχρι το 1986.

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Το κάπνισμα τσιγάρου θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα), ενώ σχετίζεται αιτιολογικά και με το βρογχικό άσθμα. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα από τη νόσο μέχρι και 20 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές, ανάλογα με τον συνολικό αριθμό των τσιγάρων που έχουν καπνίσει. Επίσης οι καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα βήχα, απόχρεμψη από τους μη καπνιστές ανεξάρτητα από τις κλιματολογικές συνθήκες.

Πιθανότατα η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και τη νόσο είναι αιτιολογική, αφού σε παθολογοανατομίες μελέτες σε ανθρώπους βρέθηκε ότι η σοβαρότητα των ιστολογικών αλλοιώσεων ήταν ανάλογη της κατανάλωσης καπνού, ενώ προκλήθηκε πειραματικά βρογχίτιδα και εμφύσημα σε ζώα μετά από εισπνοή καπνού. Οι μηχανισμοί που κυρίως ενοχοποιούνται είναι ο μειωμένος καθαρισμός των πνευμόνων, η μείωση της κινητικότητας του κροσσωτού επιθηλίου και η βλάβη στη λειτουργία των μακροφάγων στις κυψελίδες.

Χρόνια Βρογχίτιδα

Η χρόνια βρογχίτιδα, ορίζεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ένα άτομο έχει βήχα και βλεννώδη απόχρεμψη που επιμένουν, τουλάχιστον, για 3 μήνες και για 2 τουλάχιστον συνεχή χρόνια. Παλαιότερα θεωρείτο πολύ σημαντική νόσος, σήμερα όμως δε φαίνεται να είναι και τόσο ασήμαντη μια και προκαλεί.

-Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

-Δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη καρκινώματος στον πνεύμονα, προκαλώντας καταστροφή του πνευμονικού επιθηλίου.

-Οδηγεί σε καρδιακή κάμψη η καρδιά δεν μπορεί να εκτελέσει το έργο που χρειάζεται για να προωθήσει το αίμα σ' όλο το σώμα.

Οι πιο σπουδαίοι μηχανισμοί για την ανάπτυξη χρόνιας βρογχίτιδας είναι

-Ο χρόνιος ερεθισμός από εισπνεόμενες τοξικές ουσίες και

-Οι μικροβιακές λοιμώξεις

Η θνησιμότητα της χρόνιας βρογχίτιδας-βρογχιολίτιδας είναι αρκετά μεγάλη συγκρινόμενη μ' αυτή των άλλων νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος. Το κάπνισμα παίζει πρωταρχικό ρόλο και επιδρά με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους στην ανάπτυξη της χρόνιας βρογχίτιδας-βρογχιολίτιδας στους βρόγχους η οποία είναι 4-10 φορές πιο συχνή σε βαρείς καπνιστές ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και τον τόπο διαμονής. Το κάπνισμα καταστρέφει τη μεμβράνη (το κροσσωτό αναπνευστικό επιθήλιο) που καλύπτει τις αεροφόρους οδούς, μειώνει τη δραστικότητα των αμυντικών κυττάρων του οργανισμού κατά των λοιμώξεων, προκαλεί υπερέκκριση βλέννης και δημιουργεί το κατάλληλο έδαφος για την ανάπτυξη καρκίνου.

<u>Εμφύσημα</u>

Εμφύσημα είναι πνευμονική νόσος, που χαρακτηρίζεται από καταστροφή των κυψελίδων των πνευμόνων μέσω καταστροφής των τοιχωμάτων τους. Οι διάφοροι τύποι εμφυσήματος είναι κεντροβολιακό, παυλοβιακό, παραδιαφραγματικό κ.α

Στο κεντροβολιακό εμφύσημα, προσβάλλονται τα αναπνευστικά βρογχιόλια και είναι πολύ πιο συχνό και πιο σοβαρής μορφής στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και εμφυσήματος είναι πολύ στενή δεδομένου ότι το κάπνισμα ως ερεθιστικός παράγοντας προκαλεί αυξημένη παραγωγή βλέννης στα τοιχώματα των βρογχιολίων που οδηγεί σε πάχυνση της μεμβράνης, στένωση του

αυλού, με αποτέλεσμα αύξηση της αντίστασης στη μετακίνηση του αέρα. Το εμφύσημα προκαλεί σοβαρότατα αναπνευστικά προβλήματα στα άτομα δεδομένου ότι ο αναπνευστικός βλεννογόνος έχει καταστραφεί από το κάπνισμα. Ακόμα και αν ένας πνευμονικός ιστός δεν αναπτύσσεται πάλι, σε αντίθεση με την βρογχιολίτιδα στην οποία, αν οι βλαπτικοί παράγοντες απομακρυνθούν έγκαιρα, η βλάβη μπορεί να αποκατασταθεί πριν από την εμφάνιση των κλασικών συμπτωμάτων της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Το κάπνισμα σιγαρέτων από φύλλα καπνού συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως χρόνιων παθήσεων, όπως αρτηριοσκληρωτικών παθήσεων. Το κάπνισμα τσιγάρων αποτελεί αναμφισβήτητα τη σημαντικότερη προδιαθεσική αιτία πρώιμων θανάτων τουλάχιστον για τα αναπτυγμένα οικονομικώς κράτη. Έτσι, ενοχοποιείται για 350.000 θανάτους ετησίως σε συνολικό αριθμό 2.000.000 θανάτων ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, μαζί δε με την υπέρταση, την υπερχοληστεριναιμία και το σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Ειδικότερα, όμως, για τη στεφανιαία νόσο, το κάπνισμα, σαν προδιαθεσική αιτία αναπτύξεως της στεφανιαίας νόσου, αποτελεί τη σπουδαιότερη από τις γνωστές αιτίες που, αν ελεγχθεί (διακοπή καπνίσματος), συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση της προγνώσεώς της, διαπίστωση που δεν παρατηρείται από τη ρύθμιση άλλων παραγόντων κινδύνου, π.χ. της αρτηριακής υπερτάσεως. Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, της χρονικής διάρκειας που έγινε η χρήση καπνού και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου, ενώ ο συνδυασμός του καπνίσματος με άλλους παράγοντες κινδύνου αυξάνει γεωμετρικά τον κίνδυνο από τη

στεφανιαία νόσο. Η ταυτόχρονη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και καπνίσματος τσιγάρων από τις γυναίκες αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν λαμβάνουν αντισυλληπτικά δισκία, και αποτελεί το σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου για νεαρά άτομα (ηλικίας κάτω των 40 ετών) που αναπτύσσουν στεφανιαία νόσο.

Παθολογοανατομία Και Παθοφυσιολογία

Από αρκετές παθολογοανατομίες μελέτες και από νεκροψίες, το κάπνισμα των σιγαρέτων έχει ενοχοποιηθεί για την παθογένεση αθηρωμάτων στις αρτηρίες, που προκαλούν οξέα ισχαιμικά επεισόδια και αποφράξεις των αρτηριών. Επιπρόσθετα, από πολλές εργασίες με αρτηριογραφικό έλεγχο, έχει δειχθεί ότι το κάπνισμα των σιγαρέτων επιταχύνει την αρτηριοσκλήρυνση τόσο των στεφανιαίων όσο και των περιφερικών αρτηριών. Ο μηχανισμός προκλήσεως των καρδιαγγειακών παθήσεων που συσχετίζονται με το κάπνισμα των σιγαρέτων, δεν είναι απόλυτα γνωστός, ενοχοποιούνται, όμως, δύο κυρίως ουσίες, η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα (CO).

Η εισπνοή του καπνού των σιγαρέτων, με την επίδραση της νικοτίνης, προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, το οποίο εκκρίνει τοπικά κατεχολαμίνες ή ενεργοποιεί τους χημειοϋποδοχείς . Έτσι, έχουμε διάφορες παροδικές αντιδράσεις από το κυκλοφορικό σύστημα, όπως αύξηση της συστολικής και διαστολικής πίεσης, αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της καρδιακής παροχής, μείωση της παροχής των στεφανιαίων αρτηριών και αγγειοσύσπαση των περιφερικών αρτηριών. Επιπρόσθετα, η εισπνοή του καπνού προκαλεί διάφορες διαταραχές του μεταβολισμού, στις οποίες περιλαμβάνονται, κυρίως, η αύξηση της πυκνότητας των ελευθέρων λιπαρών οξέων. Εκτός, όμως από την επίδραση της νικοτίνης στο καρδιαγγειακό

σύστημα έχουμε και την επίδραση του CO που παράγεται κατά το κάπνισμα. Το κάπνισμα τσιγάρων ευνοεί τη συσσώρευση και τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, αυξάνει το ινωδογόνο του πλάσματος, τη γλοιότητα του αίματος και τον αιματοκρίτη, ευνοεί δηλαδή τη θρόμβωση.

Από πειράματα σε πειραματόζωα αποδείχθηκε ότι το κάπνισμα αυξάνει τον καρδιακό αυτοματισμό και μειώνει τον ουδό της κοιλιακής μαρμαρυγής. Αυτή η ηλεκτρική αστάθεια του μυοκαρδίου οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που αντιμετωπίζουν οι καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Κλινικές Επιπτώσεις Του Καπνίσματος

Η συσχέτιση του καπνίσματος με την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρύνσεως και της στεφανιαίας ανεπάρκειας είναι γνωστή και τεκμηριωμένη από πολλές εργασίες. Ο κίνδυνος αναπτύξεως της στεφανιαίας νόσου αυξάνει με την αύξηση της καταναλώσεως καπνού, ανεξάρτητα από τους άλλους γνωστούς προδιαθεσιακούς παράγοντες, π.χ. υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή του αιφνίδιου θανάτου.

Οι καπνιστές στο σύνολό τους έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές. Σε εκδηλωμένη στεφανιαία ανεπάρκεια, το κάπνισμα είναι δυνατό να διαταράξει την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζητήσεως οξυγόνου από τον καρδιακό μυ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποιήσεως του οξυγόνου και μείωση της παροχής δια μέσου των στεφανιαίων αρτηριών. Παράλληλα,

η πνευμονική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει αρτηριακή υποξαιμία, που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη υποξαιμία του μυοκαρδίου.

Πενήντα στους εκατό θανάτους που οφείλονται σε στεφανιαία νόσο, είναι αιφνίδιοι και πολύ συχνά αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Επειδή το κάπνισμα αυξάνει τον καρδιακό αυτοματισμό και μειώνει τον ουδό της κοιλιακής μαρμαρυγής, οι καπνιστές έχουν τριπλάσια πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου από τους μη καπνιστές. Μεταξύ των καπνιστών, αυτοί που καπνίζουν περισσότερα από 20 σιγαρέτα ημερησίως και άρχισαν να καπνίζουν πριν από τα είκοσί τους χρόνια, έχουν πιθανότητα να πεθάνουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο 3 – 5 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές. Παράλληλα, οι καπνιστές που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις αορτοστεφανιαίας παρακάμψεως έχουν μεγαλύτερη περιεγχειρητική θνησιμότητα από τους μη καπνιστές.

Το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγων για την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρύνσεως των περιφερικών αρτηριών. Εκτός αυτού, με τις αγγειοσυσπαστικές ιδιότητες της νικοτίνης, επιδεινώνει την ισχαιμία των κάτω άκρων και αυξάνει τον κίνδυνο γάγγραινας και ακρωτηριασμού των άκρων. Η επίδραση του καπνίσματος στην πρόκληση αρτηριοσκληρύνσεως είναι περισσότερο έκδηλη στις περιφερικές αρτηρίες και στην αορτή. Η πιθανότητα να ραγεί ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής είναι 2 – 8 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές από ό,τι στους μη καπνιστές. Τα αρτηριακά μοσχεύματα που τοποθετούνται για βελτίωση της αιματώσεως στα κάτω άκρα, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποφραχθούν σε αυτούς που εξακολουθούν να καπνίζουν μετά την εγχείρηση.

Η υπέρταση είναι από τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την πρόκληση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Το κάπνισμα συμμετέχει, επίσης,

σημαντικά σαν προδιαθεσική αιτία στα αγγειακά εμβολικά ή αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Έτσι, οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη καπνιστές να υποστούν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Η Σημασία Της Διακοπής Του Καπνίσματος στις καρδιοαγγειακές παθήσεις

Από διάφορες πολυκεντρικές και διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει την πιθανότητα νέου επεισοδίου από τις στεφανιαίες αρτηρίες . Η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη ρύθμιση των προδιαθεσικών παραγόντων (υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία, κάπνισμα) που προκαλούν στεφανιαία ανεπάρκεια, έχει αρχίσει να αποδίδει καρπούς, αφού, για πρώτη ίσως φορά την τελευταία δεκαετία στις αναπτυγμένες χώρες που εφαρμόζουν από ετών ανάλογα ενημερωτικά προγράμματα, οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο μειώνονται.

Η πιθανότητα θανάτου από καρδιακή νόσο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 2,2 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές, σε σύγκριση με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα , ενώ τα ευεργετικά αποτελέσματα τονίζονται περισσότερο σε εκείνους που κάπνιζαν λιγότερα από 20 σιγαρέτα ημερησίως. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ υποστηρίζεται ότι το κέρδος από τη διακοπή του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από αυτός που προσφέρουν τα φάρμακα ή η σωματική άσκηση.

Η διακοπή του καπνίσματος δρα, επίσης, ευεργετικά στην αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών και των περιφερικών αγγειακών παθήσεων αρτηριοσκληρυντικής αιτιολογίας, καθώς επίσης αποτρέπει νέα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Οι ασχολούμενοι επαγγελματικά με θέματα υγείας, και ιδιαίτερα οι γιατροί, θα πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα ενημερώσεως, για να πείσουν όλα τα άτομα να διακόψουν το κάπνισμα ή να αποτρέψουν τα παιδιά και τους εφήβους να αρχίσουν το κάπνισμα Κατά τη λήψη του ιστορικού, θα πρέπει να γίνεται πάντοτε μνεία των κινδύνων από τη χρήση του καπνού σε όλους τους ασθενείς, οι δε καπνιστές πρέπει να ενθαρρύνονται για διακοπή του καπνίσματος. Ακόμη, σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, πρέπει να τονίζονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του καπνίσματος και της φαρμακευτικής τους αγωγής για αντισύλληψη. Τέλος, η Πολιτεία πρέπει, μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, να ενημερώνει τους πολίτες για τους κινδύνους του καπνίσματος.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ- ΦΑΡΥΓΓΑ- ΛΑΡΥΓΓΑ- ΟΙΣΟΦΑΓΟ

Ο καπνός που χρησιμοποιείται ενδοστοματικά με τη μάσηση ή την απομύζηση, όπως και το κάπνισμα, έχουν δυσμενείς επιπτώσεις όχι μόνο στη γενική αλλά και στη στοματική υγεία. Η συχνότητα της χρήσης του καπνού ενδοστοματικά ή του καπνίσματος, το χρονικό διάστημα που τα άτομα καπνίζουν, καθώς και το χαμηλό επίπεδο στοματικής υγιεινής αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την υγεία των μαλακών και σκληρών ιστών του στόματος. Ο καπνός που χρησιμοποιείται ενδοστοματικά μπορεί να αυξήσει την τερηδόνα, αν η χρήση του είναι συχνή, λόγω της περιεκτικότητάς του σε ζάχαρη.

Σήμερα, είναι γνωστό ότι η χρήση καπνού μπορεί να δημιουργήσει αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος, ποικίλης μορφής, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι η υπερκεράτωση. Οι βλάβες αυτές, ανάλογα με τη βαρύτητά τους, κατατάσσονται σε 4 βαθμούς. Στην περίπτωση της ενδοστοματικής χρήσης καπνού εντοπίζονται

συνήθως στο σημείο τοποθέτησης του καπνού στη στοματική κοιλότητα, πιθανότατα λόγω της τοπικής επίδρασης των χημικών προϊόντων του καπνού που προκαλούν «χημικό έγκαυμα». Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των βλαβών αυτών παίζει η κακή στοματική υγιεινή των ατόμων. Η κλινική εμφάνιση των βλαβών που αρχικά προκλήθηκαν από τον καπνό, επιταχύνεται από τα μικρόβια της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, που βρίσκεται άφθονη στα άτομα με κακή στοματική υγιεινή. Η βαρύτητα των βλαβών αυτών εξαρτάται από παράγοντες, όπως η ηλικία του ατόμου, η συχνότητα χρήσης καπνού και το χρονικό διάστημα που παραμένει ο καπνός στο στόμα και συνδέεται από μελέτες με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Καρκίνος του Στόματος

Η πιθανή σχέση του καπνού, που μασάται ή απομυζάται με τον καρκίνο του στόματος έχει απασχολήσει τους ερευνητές. Άλλοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει άμεση σχέση και θεωρούν τη λευκοπλακία σαν προκαρκινική κατάσταση. Αναφέρεται ότι 3-5% των περιπτώσεων εξελίσσονται σε καρκίνο του στόματος. Άλλοι δεν μπόρεσαν να διαπιστώσουν ανάλογη συσχέτιση, ενώ άλλοι παρατήρησαν ότι σε ελάχιστες περιπτώσεις αλλοιώσεις του βλεννογόνου εξελίχθηκαν σε καρκίνο του στόματος. Οι διαφορές αυτές πιθανόν οφείλονται στις διαφορετικές συνήθειες των ατόμων σχετικά με τη χρήση του καπνού και σε διαφορές στη σύνθεση του τυποποιημένου καπνού

Το κάπνισμα, όμως, πίπας, πούρων και ειδικά των τσιγάρων έχει θετική συσχέτιση με τον καρκίνο του στόματος. Σημαντικούς παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση του καρκίνου του στόματος αποτελούν ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται, το χρονικό διάστημα που τα άτομα καπνίζουν, το είδος των τσιγάρων, η υψηλή κατανάλωση οινοπνεύματος και η κακή διατροφή, αυτοί δε οι παράγοντες δρουν συνεργικά.

Η συχνότητα του καρκίνου του στόματος αναμένεται να ελαττωθεί στα άτομα που ανήκουν στο ανώτερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, γιατί καπνίζουν λιγότερο και προτιμούν τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα, αντίθετα από ό,τι παρατηρείται στα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Νόσοι του Περιοδοντίου – Στοματική Υγιεινή

Η κακή στοματική υγιεινή είναι υπεύθυνη για τη φλεγμονή των ούλων με τη μορφή ουλίτιδας ή περιοδοντίτιδας, η ύπαρξη, όμως, φλεγμονής καθιστά τους περιοδοντικούς ιστούς λιγότερο ανθεκτικούς στις μηχανικές δυνάμεις ή στην επίδραση των χημικών προϊόντων που εκλύονται κατά τη μάσηση ή απομύζηση του καπνού, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται απορρόφηση των ούλων. Γενικά, έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές όλων των ηλικιών έχουν χαμηλότερο επίπεδο στοματικής υγιεινής σε σχέση με τους μη καπνιστές. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει διευκρινιστεί η αιτία του χαμηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής στους καπνιστές, αποδίδεται σε παράγοντες, όπως η δυσκολία στην αφαίρεση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας λόγω παρουσίας χρωστικών και εναποθέσεων στα δόντια, ή στη χρονική διάρκεια του βουρτσίσματος, αφού η ταχύτητα σχηματισμού της οδοντικής μικροβιακής πλάκας δεν διαφέρει μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών.

Καρκίνος Του Στοματοφάρυγγα Και Του Οισοφάγου

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές, εμφανίζουν 5,8 -13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο του στοματοφάρυγγα . Οι καπνιστές που είναι και ποτές οινοπνευματωδών ποτών έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες . Το κάπνισμα ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με κατανάλωση σημαντικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του οισοφάγου.

Καρκίνος Του Λάρυγγα

Όπως έχει διαπιστωθεί το 84 % των ανδρών που αναπτύσσουν καρκίνο του λάρυγγα η νόσος τους αποδίδεται στο κάπνισμα. Πολλοί ερευνητές υπολόγισαν ότι ένας βαρύς καπνιστής έχει περίπου 40 φορές περισσότερες πιθανότητες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα . Η κατάχρηση καπνού και οινοπνευματωδών ποτών από το ίδιο άτομο αυξάνει ακόμα περισσότερο τις πιθανότητες αναπτύξεως καρκίνου του λάρυγγα . Ο καπνιστής διατρέχει 3 - 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του λάρυγγα από τον μη καπνιστή αλλά αυτό μπορεί να ανέλθει σε 30 – 40 φορές σε βαρείς καπνιστές . Και εδώ εξαρτάται από την δόση του καπνίσματος από την χρήση τσιγάρων χωρίς φίλτρο ,ή με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη, από την χρονική διάρκεια διακοπής του καπνίσματος , αλλά είναι εξίσου μεγάλος και σε καπνιστές πίπας και πούρου.

Καρκίνος Του Στόματος Και Του Ρινοφάρυγγα

Και γι τον καρκίνο αυτόν, το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος αιτιολογικός παράγοντας και ισχύουν ότι αναφέρθηκαν για τον καρκίνο του λάρυγγα. Αυξημένη είναι και η συχνότητα ιδίως καρκίνων χειλιών και ούλων για όσους μασούν ή οσφραίνονται απ ΄ ευθείας από τον καπνό.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Καρκίνος Της Ουροδόχος Κύστης

Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε ένα καπνιστή τσιγάρων είναι 1,5 – 3 φορές μεγαλύτερος από έναν μη καπνιστή . Η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται προοδευτική μείωση αυτού του κινδύνου. Είναι γνωστό ότι για την πρόκληση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως έχουν ενοχοποιηθεί

διάφορα καρκινογόνα . Έχει όμως υπολογισθεί ότι το 40 60 % των καρκίνων της ουροδόχους κύστεως των γυναικών οφείλονται στο κάπνισμα.

Η αιτιολογική συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αποδίδεται στον ενδογενή συσχετισμό νιτροζαμινών από την νικοτίνη του καπνού. Οι νιτροζαμίνες , που είναι γνωστά καρκινογόνα αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχους κύστης.

Καρκίνος Του Τραχήλου Της Μήτρας

Μετά από μελέτες επιστήμονες βρήκαν ότι η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου τα μήτρας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες . Επίσης διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερος στις βαριές καπνίστριες . Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται προοδευτικά μετά την διακοπή του καπνίσματος . Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου τραχήλου της μήτρας υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση . Αν και μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο καρκινογόνο , που να προέρχεται από τον καπνό του τσιγάρου και να επιδρά επιλεκτικά στο επιθήλιο το τραχήλου της μήτρας , οι έρευνες συνεχίζονται για να εξηγηθεί στατιστικώς διαπιστούμενη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις καπνίστριες γυναίκες . Επίσης πολλοί υποστηρίζουν την άποψη ότι πιθανόν το κάπνισμα και ο ιός του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και προκαλούν καρκίνο Αν πράγματι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προκύπτει ότι οι γυναίκες πληρώνουν για την συνήθεια του καπνίσματος βαρύτερο φόρο ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες καπνιστές

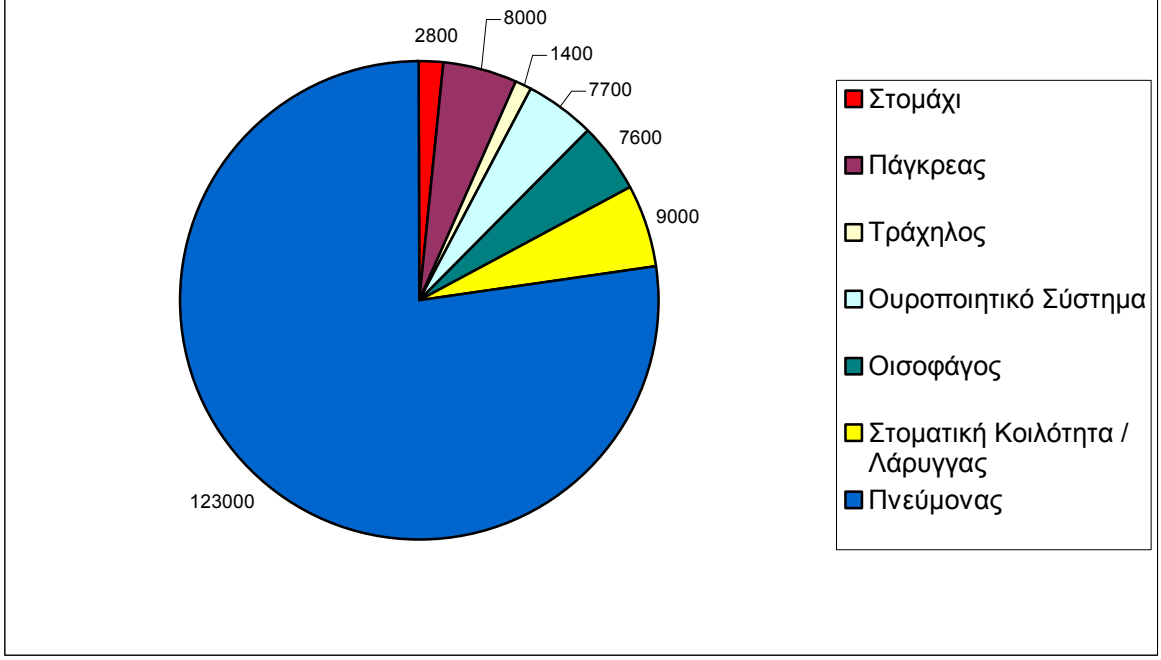
.

Καρκίνος Του Παγκρέατος - Καρκίνο Του Νεφρού

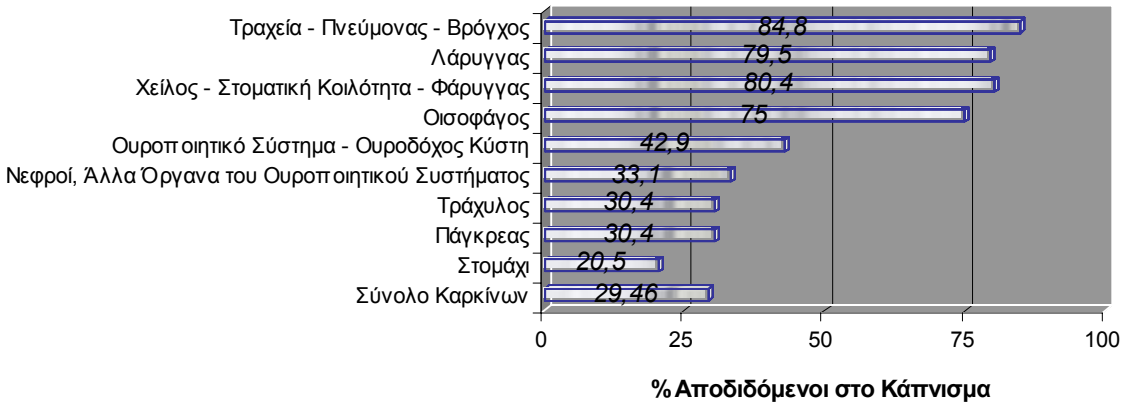
Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος αφενός και καπνίσματος και καρκίνου του νεφρού αφετέρου .Τα υπάρχοντα πάντως μέχρις σήμερα στοιχεία δεν αποδεικνύουν απολύτως αιτιολογική συσχετίσει μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος ή καρκίνου του νεφρού.

Συμπερασματικά τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία του 30 % του συνόλου των θανάτων από κακοήθεις νόσους.

Αριθμός Θανάτων Από Καρκίνο Κατά το Έτος 1995



Αναλογία Θανάτων Από Καρκίνο Κατά το Έτος 1990



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^{Ο}

Παθητικό Κάπνισμα Και Υγεία

Ως παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα ορίζεται η έκθεση των μη καπνιστών στα προϊόντα καύσης το καπνού σε κλειστό χώρο, που μπορεί να αφορά δημόσιους χώρους, εστιατόρια, καφενεία, χώρους εργασίας, κατοικία, κ.ά.

Η ακούσια εισπνοή καπνού γίνεται από δύο πηγές. Η πρώτη πηγή καπνού (side stream) προέρχεται από την καύση του ίδιου του τσιγάρου και έχει πολύ μεγαλύτερη αναλογία τοξικών ουσιών και η δεύτερη πηγή (main stream) από τον καπνό που εκπνέεται από τον καπνιστή προς το περιβάλλον.

Το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας συνδέεται με βρογχίτιδα, πνευμονία, οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις και ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία σε υγιή παιδιά και ενήλικες. Επίσης, αρκετές μελέτες αναφέρονται στη συσχέτιση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα ανασκόπηση αυτή αναλύει σύντομα τις πιο πρόσφατες εργασίες που αναφέρονται στο παθητικό κάπνισμα και τους κινδύνους που αυτό περικλείει για ομάδες υγιών ανθρώπων (κυρίως παιδιά) αλλά και για άτομα που πάσχουν από πνευμονικά, κυρίως νοσήματα.

Μελέτες Σε Υγιείς.

Η επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στον υγιή πληθυσμό έχει μελετηθεί περισσότερο σε παιδιά. Οι λόγοι είναι ότι οι μελέτες στα παιδιά παρουσιάζουν ενδιαφέρον, επειδή εκτίθενται περισσότερο χρόνο, είναι πιο ευαίσθητα και οι

ενδεχόμενοι κίνδυνοι έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα μπορούν να εκτιμηθούν διαχρονικά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους. Οι Binder et al., (1976) υπολογίζουν ότι το 6-80% των παιδιών που καταναλώνουν το χρόνο τους σε κλειστούς χώρους και ότι αυτό εξαρτάται από την εποχή και τη γεωγραφική περιοχή. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι τα παιδιά εκτίθενται σε ένα ή δύο καπνιστές στο περιβάλλον της κατοικίας σε αναλογία 54-70%.

Οι Burchfiel et al., (1986), απέδειξαν ότι το 62% από 3.482 άτομα (ηλικίας 0-19ετών) είχαν εκτεθεί τουλάχιστον σε ένα γονέα καπνιστή. Η πιθανότητα να παρουσιάζουν αναπνευστικά προβλήματα ήταν 1,5-2 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με γονείς καπνιστές. Επίσης, οι σπιρομετρικές τιμές ήταν χαμηλότερες (5%) σε παιδιά ηλικίας 10-19 ετών με γονείς καπνιστές, συγκριτικά με παιδιά ανάλογης ηλικίας με γονείς μη καπνιστές. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες εργασίες.

Οι Teculescu et al (1986) ότι η έκθεση 46 παιδιών ηλικίας 10-16 ετών σε παθητικό (γονικό) κάπνισμα έχει σαν συνέπεια αυξημένη επίπτωση συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα και αξιόλογη ελάττωση των σπιρομετρικών τιμών (εκπνευστικών ροών).

Τα άμεσα αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος, που περιλαμβάνουν και συμπτώματα εκτός του αναπνευστικού μελέτησε ο Speer (1968). Τα υγιή άτομα που εκτέθηκαν σε παθητικό κάπνισμα ανάφεραν ερεθισμό στους οφθαλμούς (69%), ρινικά ενοχλήματα και κεφαλαλγία (29%) και βήχα (25%). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες.

Οι Pimm και Silverman (1978) διαπίστωσαν μείωση της εκπνευστικής ροής σε άτομα που εκτέθηκαν σε ειδικό θάλαμο όπου μετρήθηκε το επίπεδο του CO σε ατμόσφαιρα καπνού τσιγάρου. Τα απώτερα αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος

μελέτησαν οι White & Froeb (1980) σε μελέτη 2.100 μη καπνιστών μετά από εργασία, τουλάχιστο 20 χρόνων σε χώρους που επιτρεπόταν το κάπνισμα. Διαπίστωσαν μειωμένη εκπνευστική ροή των μικρών αεραγωγών, η οποία ήταν ισοδύναμη με κάπνισμα μέχρι 10 τσιγάρων την ημέρα για 20 τουλάχιστο χρόνια. Οι Kaufmann et al., (1983) διαπίστωσαν, επίσης, μείωση της εκπνευστικής ροής σε μη καπνιστές γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών με συζύγους καπνίστριες. Αντίθετα, οι Comstock et al., (1981) δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη μείωση της εκπνεόμενης ζωτικής χωρητικότητας σε άνδρες μη καπνιστές με συζύγους καπνίστριες.

Το ενεργητικό κάπνισμα έχει πια αποσαφηνιστεί ότι συνδέεται αιτιολογικά με την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Η συσχέτιση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου αποτελεί αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια. Οι Trichopoulos et al., (1981-1983) ήταν οι πρώτοι που ανάφεραν αυξημένο σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα (2,4-3,4 φορές) σε μη καπνίστριες, συζύγους μη καπνιστών. Μικρότερος σχετικός κίνδυνος παρατηρήθηκε σε άλλες μελέτες.

Οι Repace & Lowrey (1985) υπολόγισαν ότι 4.666 θάνατοι / έτος, δηλαδή το 5% των συνολικών ετησίων θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα στους μη καπνιστές οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα. Ο αριθμός αυτός φαίνεται υπερβολικός, αν ληφθούν υπόψη οι παραδοχές που έχουν γίνει στη μελέτη. Παρόλα αυτά, όμως, η συσχέτιση είναι θετική και σύμφωνη με άλλες εργασίες.

Ο Sandler et al., (1985) αναφέρουν θετική συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνους διαφόρων θέσεων (αναπνευστικού και αιμοποιητικού συστήματος, μαστού). Το θέμα παραμένει ακόμη ανοιχτό, αφού απαιτούνται παραπέρα μελέτες που θα λαμβάνουν υπόψη πολλές μεταβλητές όπως την ακριβή μέτρηση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, (π.χ. η μέτρηση νικοτίνης ή κοτινίνης στο αίμα, στα ούρα, κ.ά.)

στο χώρο εργασίας ή κατοικίας και δεν θα στηρίζονται μόνο στις καπνιστικές συνήθειες.

Οι Garland et al., (1985), σε προοπτική μελέτη διαρκείας 10 ετών σε 695 μη καπνίστριες (50-79 ετών), συζύγους καπνιστών, διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιακή νόσο, σε σχέση με τον κίνδυνο σε μη καπνίστριες, συζύγους μη καπνιστών. Αντίθετα οι Lee et al., (1986) δεν καταλήγουν σε θετική συσχέτιση. Τα *«αρνητικά»* αποτελέσματα αυτής της μελέτης έχουν, βέβαια, υποστεί κάποια κριτική.

Μελέτες Σε Ασθενείς

Αρκετές μελέτες αναφέρουν τη δυσμενή επίδραση του παθητικού καπνίσματος κυρίως σε άτομα που πάσχουν από αναπνευστικά νοσήματα. Οι O'Connel καιLogan (1974) διαπίστωσαν ότι 35 ασθματικά παιδιά ενοχλούνταν από το γονικό κάπνισμα. Όταν οι γονείς 20 παιδιών σταμάτησαν να καπνίζουν, 18 από αυτά (90%) παρουσίασαν βελτίωση του άσθματος. Η ομάδα ελέγχου, που αφορούσε γονείς που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, έδειξε βελτίωση μόνο σε 4 από τα 15 παιδιά (27%).

Οι Weiss et al., (1980), σε μελέτη 650 παιδιών έδειξαν αύξηση της επίπτωσης του χρόνου συριγμού που ήταν ανάλογη με τον αριθμό των καπνιστών – μελών της οικογένειας. Ο Dahms et al., (1981), μελέτησαν 10 αρρώστους με βρογχικό άσθμα και 10 υγιείς μετά από έκθεση σε παθητικό κάπνισμα και διαπίστωσαν μεγάλη ελάττωση των σπιρομετρικών δεικτών στους ασθματικούς μετά από έκθεση μιας ώρας, ενώ η πνευμονική λειτουργία έμεινε αμετάβλητη στους υγιείς. Αντίθετα, οι Wiedemann et al., (1986), δεν διαπίστωσαν μεταβολές στις σπιρομετρικές τιμές σε 9 ασυμπτωματικούς ασθματικούς μετά από έκθεση μιας ώρας σε παθητικό κάπνισμα. Παρατηρήθηκε, όμως,

μικρή μείωση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας στη δοκιμασία πρόκλησης με μεταχολίνη. Αυτό ίσως να σημαίνει κάποιο προστατευτικό αποτέλεσμα στο υποκείμενο άσθμα, αλλά η μείωση ήταν μικρή και με αβέβαιη κλινική σημασία. Ο Speer (1968), διαπίστωσε αυξημένη συχνότητα ρινικών ενοχλημάτων, βήχα και συριγμού σε αλλεργικά άτομα σε σχέση με μη αλλεργικά, μετά από έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Ο Aronow (1978) μελέτησε 10 αρρώστους με στηθάγχη μετά από έκθεση σε παθητικό κάπνισμα για 2 ώρες. Μετρήθηκαν οι συγκεντρώσεις της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης, η αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός, σε συνθήκες καλού ή κακού αερισμού. Διαπιστώθηκε μείωση του χρόνου άσκησης κατά 22% για την εμφάνιση στηθάγχης σε καλά αεριζόμενο δωμάτιο και κατά 28% σε δωμάτιο με κακό αερισμό.

Συμπεράσματα

Η ακούσια έκθεση των μη καπνιστών σε ατμόσφαιρα καπνού τσιγάρου αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την υγεία τους. Οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα, παρά τις αδυναμίες, στη μεθοδολογία και τη μη ακριβή μέτρηση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα., παρέχουν ενδείξεις για αυξημένο σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα και ισχαιμικής καρδιοπάθειας και επιδείνωσης νόσων του αναπνευστικού. Είναι σκόπιμο να ληφθούν μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος και την προστασία των μη καπνιστών, ιδιαίτερα των παιδιών και των εργαζομένων σε κλειστούς χώρους. Αυτό θα επιτευχθεί με τη σωστή ενημέρωση από την Πολιτεία και τους κοινωνικούς φορείς και με εκστρατεία για πιο καθαρό περιβάλλον και χώρους δουλειάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^{Ο}

Παιδί – Νεαρές Ηλικίες Και Παθητικό Κάπνισμα

Το κάπνισμα της εγκύου, όπως έχει αποδειχθεί, επηρεάζει δυσμενώς το έμβρυο. Σοβαρότερες, όμως, είναι οι άμεσες και πιθανώς οι απώτερες επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα των παιδιών. Ιδιαίτερα το κάπνισμα της μητέρας βαρύνει κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, το παθητικό κάπνισμα αναγνωρίζεται σαν σοβαρός κίνδυνος για την υγεία του παιδιού, γι' αυτό και επιβάλλεται στον παιδίατρο να αναλάβει ενεργό ρόλο στην πρόληψη των βλαβερών επιδράσεων του καπνίσματος. Πολυάριθμες μελέτες με αντικείμενο το παθητικό κάπνισμα του παιδιού επισημαίνουν άμεσους και απώτερους κινδύνους για την υγεία του. Στη χώρα μας δεν έχει συνειδητοποιηθεί ότι η ρύπανση της ατμόσφαιρας αποτελεί λιγότερο σημαντικό παράγοντα από τη ρύπανση με τον καπνό των τσιγάρων των εσωτερικών χώρων, όπου το παιδί περνά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του.

Οι τρόποι μελέτης που έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα για τη συσχέτιση βλάβης στην υγεία του παιδιού και έκθεσης στον καπνό, στηρίζονται σε επιδημιολογικά στοιχεία, ερωτηματολόγια και προσδιορισμό στο πλάσμα, στο σάλιο και στον εκπνεόμενο αέρα, διαφόρων ουσιών όπως θειοκυανικά, μονοξείδιο του άνθρακα (CO), ανθρακυλαιμοσφαιρίνη-νικοτίνη. Το μειονέκτημα του προσδιορισμού της νικοτίνης είναι ο βραχύς χρόνος υποδιπλασιασμού της (30-110min) που επιτρέπει τη διαπίστωση μόνο οξείας έκθεσης στον καπνό. Τα τελευταία χρόνια η μέτρηση του μεταβολίτη της νικοτίνης, της κοτινίνης σε διάφορα βιολογικά υγρά (σάλιο, ούρα, ορό αίματος)

προσέφερε νέες δυνατότητες στην έρευνα, με τα πλεονεκτήματα του μακρού χρόνου υποδιπλασιασμού της (37-1160h) και την ανίχνευσή της σε μικρές συγκεντρώσεις.

Κάπνισμα Και Εγκυμοσύνη

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ένα από τα πρώτα θέματα που έχουν απασχολήσει την έρευνα. Ήδη από το 1957 είχε διαπιστωθεί ότι τα νεογνά γυναικών που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν βάρος μικρότερο από τα νεογνά γυναικών που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα σήμερα θεωρείται επικίνδυνο σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα μετά τον 4ο μήνα. Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός με τον οποίο προκαλούνται οι βλάβες δεν είναι γνωστός και αποτελεί ακόμα αντικείμενο μελέτης.

Σχετικά με τη μείωση (200g) του βάρους γέννησης ανεξάρτητα από την προωρότητα, ενοχοποιήθηκε η μειωμένη πρόσληψη θερμίδων, λόγω ανορεξίας, από τις έγκυες καπνίστριες, αλλά με σειρά εργασιών διαπιστώθηκε ότι η κακή διατροφή της εγκύου δεν είναι η αιτία του χαμηλού βάρους γέννησης. Επικρατέστερη άποψη για τον παθογενετικό μηχανισμό μείωσης του βάρους είναι η ενδομήτρια υπαρξία του εμβρύου από την ανεπαρκή ροή αίματος στον πλακούντα λόγω της αγγειοσυσπαστικής δράσης της νικοτίνης. Σε πρόσφατη μελέτη με τη χρησιμοποίηση πληθυσμογραφικής τεχνικής βρέθηκε ότι τα νεογνά μητέρων καπνιστριών σε σύγκριση με νεογνά μη καπνιστριών υπολείπονται στην ανάπτυξη αντιδραστικής υπεραιμίας μετά από πρόκληση ισχαιμίας στο δέρμα. Με το εύρημα αυτό πιθανολογούνται επί υποξίας παρόμοιες διαταραχές στη μικροκυκλοφορία και άλλων ιστών του εμβρύου.

Εκτός όμως από το χαμηλό βάρος γέννησης, από σειρά εργασιών έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας ευθύνεται για μείωση του μήκους σώματος και της

περιμέτρου κεφαλής, αυτόματες αποβολές, αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και μαιευτικές επιπλοκές, όπως προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και αιμορραγίες.

Το κάπνισμα της μητέρας έχει, επίσης, συνδεθεί με τερατογένεση στο έμβρυο (συγγενείς καρδιοπάθειες ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του κεντρικού νευρικού συστήματος) και με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών. Τα δεδομένα, όμως, μέχρι τώρα δεν είναι αποδεικτικά. Ψηλές συγκεντρώσεις κοτινίνης αντιπροσωπευτικές του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου έχουν διαπιστωθεί στα ούρα νεογνών από μητέρες καπνίστριες το πρώτο 24ωρο της ζωής, στο αμνιακό υγρό και στο αίμα του ομφάλιου λώρου. Από στοιχεία περιγεννητικής έρευνας φαίνεται ότι το 20% των Ελληνίδων αρχίζει την εγκυμοσύνη καπνίζοντας, ενώ το 5% καπνίζει και μετά το 2ο μήνα. Πρόσφατη μελέτη επισημαίνει ότι το παθητικό κάπνισμα της μητέρας, από τον πατέρα καπνιστή (20 τσιγάρα ημερησίως) έχει παρόμοια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο και το νεογνό γεννιέται με βάρος μειωμένο κατά 120g. Βέβαια, το μέγεθος της βλαβερής συνέπειας είναι μικρότερο αλλά οι προεκτάσεις αυτών των διαπιστώσεων, για την προστασία της εγκύου στο περιβάλλον (σπίτι, εργασία, κοινόχρηστοι χώροι), είναι τεράστιες.

Κάπνισμα Και Θηλασμός

Με την επάνοδο του μητρικού θηλασμού σε όλες τις χώρες του σύγχρονου κόσμου, φυσικό ήταν να απασχολήσει και το παθητικό κάπνισμα του μωρού που θηλάζει. Οι μελέτες για τα προϊόντα του καπνού που συγκεντρώνονται στο γάλα ήταν αρκετά αντιφατικές, πιθανόν λόγω διαφορετικής μεθοδολογίας. Ποσοτική μέτρηση της νικοτίνης και της κοτινίνης στο γάλα καπνιστριών σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου

έδειξε ότι το ποσόν της νικοτίνης που προσλαμβάνει το βρέφος από το μητρικό γάλα είναι ανάλογο του αριθμού των τσιγάρων της μητέρας αλλά και του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρου και θηλασμού. Έτσι, αν το διάστημα αυτό είναι 21/2 ώρες η συγκέντρωση της νικοτίνης στο γάλα έχει υποτετραπλασιαστεί. Είναι ευνόητο ότι η μητέρα που δεν διέκοψε το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό, δύσκολα θα το επιτύχει στα μετέπειτα χρόνια της ανατροφής του παιδιού της.

Το Παιδί Παθητικός Καπνιστής - Άμεσοι Και Απώτεροι Κίνδυνοι

Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα κυρίως των γονέων του ή άλλων μελών του στενού του περιβάλλοντος. Είναι ενδιαφέροντες οι αριθμοί που δίνονται σε εργασία των Jarvis et al., (1985), οι οποίοι με τον προσδιορισμό της κοτινίνης στο σάλιο υπολόγισαν τον αριθμό των τσιγάρων, στον οποίο αντιστοιχεί το παθητικό κάπνισμα του παιδιού, όταν ο πατέρας και η μητέρα είναι καπνιστές 15-20 τσιγάρων ημερησίως.

Διαπιστώθηκε ότι το παιδί *«καπνίζει»* 80 τσιγάρα το χρόνο και τα 50, από αυτά τα τσιγάρα αποδίδονται στο κάπνισμα της μητέρας, η οποία εκθέτει περισσότερο χρόνο το παιδί της στον καπνό. Θα πρέπει να τονιστεί όμως, ότι στον αριθμό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται οι άλλες βλαβερές ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου. Αν και υπάρχουν αρκετές μελέτες που ασχολούνται με τη σχέση του καπνίσματος και άλλων παραμέτρων της παιδικής ηλικίας όπως ύψος al., 1985) διανοητική εξέλιξη και κακοήθη νοσήματα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις συνέπειες του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα. Σε σημαντικό βαθμό η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος αποδίδεται στη μετάδοση ιογενών ή μικροβιακών

λοιμώξεων από τους γονείς καπνιστές στο παιδί. Εν τούτοις, ο καπνός αυξάνει τη διαβατότητα του αναπνευστικού επιθηλίου τροποποιεί τη λειτουργία των μακροφάγων του αναπνευστικού συστήματος και πιθανώς, με ανοσολογικό μηχανισμό, αυξάνει τη δραστηριότητα του βρογχικού επιθηλίου και ελαττώνει τον όγκο του εκπνεόμενου αέρα. Η βρογχίτιδα και η βρογχοπνευμονία συμβαίνουν συχνότερα στα παιδιά γονέων καπνιστών. Η συχνότητα των λοιμώξεων αυξάνει γενικά, ανάλογα με τη συγκέντρωση καπνού στο περιβάλλον του παιδιού. Παιδιά των οποίων καπνίζουν και οι δύο γονείς αρρωσταίνουν με βρογχίτιδα και βρογχοπνευμονία και εισάγονται συχνότερα στο νοσοκομείο, ενώ η πιθανότητα να παρουσιάσουν βρογχιολίτιδα είναι τετραπλάσια. Έχει προαναφερθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λοιμώξεις του αναπνευστικού του παιδιού της, ιδιαίτερα τον πρώτο και δεύτερο χρόνο της ζωής του. Αναφέρεται ότι αύξηση του καπνίσματος της μητέρας κατά 5 τσιγάρα ημερησίως τετραπλασιάζει τον κίνδυνο νόσησης του παιδιού από το αναπνευστικό.

Ιδιαίτερα επικίνδυνος είναι ο καπνός του τσιγάρου στο περιβάλλον παιδιού με επίμονο βήμα, συρίττουσα αναπνοή και άσθμα. Πολλές εργασίες με διαφορετική μεθοδολογία ελέγχου καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Το κάπνισμα αποτελεί εκλυτικό αίτιο και παράγοντα διατήρησης και επιδείνωσης του άσθματος. Θεωρείται παράλειψη αν ο παιδίατρος δεν έχει αξιολογήσει το κάπνισμα των γονέων σαν επιβαρυντικό παράγοντα στο παιδί με το άσθμα. Οι γονείς με την κατάλληλη ενημέρωση επιβάλλεται να διακόψουν το κάπνισμα και, αν αυτό είναι ανέφικτο, να τροποποιήσουν τουλάχιστον τις συνήθειές τους. Οι Murray & Morrison (1986) μελέτησαν την αναπνευστική λειτουργία παιδιών καπνιστών και μη καπνιστών και διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα του άσθματος ήταν εντονότερα στα παιδιά των

καπνιστών και μάλιστα ανάλογα με το χρόνο έκθεσης στον καπνό. Έτσι, το μεγαλύτερα παιδιά είχαν βαρύτερη συμμετοχή σε σχέση με τα μικρότερα αδέλφια τους.

Ενδιαφέροντα στοιχεία παρουσίασε η προγραμματισμένη μελέτη των Tager et al., (1983), στην οποία παρακολουθήθηκαν για 7 χρόνια παιδιά καπνιστριών, ηλικίας 5-9 ετών. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των πιθανών επιδράσεων του παθητικού καπνίσματος στην αναπνευστική λειτουργία των παιδιών. Η καταγραφή των αναπνευστικών λειτουργιών έδειξε ότι μετά από 5 χρόνια οι πνεύμονες των παιδιών αυτών υπολείπονταν κατά 7% του αναμενόμενου ρυθμού αύξησης, μέγεθος που αντιπροσωπεύει συντελεστή κινδύνου για εμφάνιση αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στην ενήλικη ζωή. Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος της μητέρας πιθανόν να είναι έμμεση εξαιτίας των επανειλημμένων λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, κυρίως τα πρώτα 2 χρόνια της ζωής, που οι πνεύμονες είναι εξαιρετικά ευάλωτοι. Η εργασία αυτή ενισχύει τη θέση ότι ακόμα και σχετικά μικρή έκθεση παιδιών και εφήβων στον καπνό έχει μετρητό αρνητικό αποτέλεσμα στην αναπνευστική λειτουργία. Η μείωση του ρυθμού αύξησης των πνευμόνων, από κοινού με τις καπνιστικές συνήθειες που υιοθετεί το ίδιο το παιδί αργότερα, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής νόσου. Οι φόβοι που εκφράζονται για τον καρκίνο του πνεύμονα και τις καρδιοπάθειες στηρίζονται στα δεδομένα ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα άτομα που εκτίθενται στον καπνό από την παιδική τους ηλικία.

Από έρευνες που έχουν γίνει στη χώρα μας για το κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία, φαίνεται ότι η συχνότητα του καθημερινού και περιστασιακού καπνίσματος σε παιδιά ηλικίας 10-14 χρόνων στην Αθήνα είναι 26,4% ενώ σε παιδιά ανάλογης ηλικίας από τη Βόρειο Ελλάδα είναι 4,7%.

Ο Ρόλος Του Παιδιάτρου Στην Πρόληψη Του Καπνίσματος

Παρά το γεγονός ότι οι σύγχρονοι νέοι είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τους κινδύνους του καπνίσματος αρχίζουν να καπνίζουν δύο χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με τους γονείς τους και η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι γύρω στο 14ο έτος της ηλικίας. Ο παιδίατρος παρακολουθεί από πολύ τρυφερή ηλικία τη σωματική, πνευματική και ψυχική εξέλιξη του παιδιού, γνωρίζει το χώρο που ζει, τα πρόσωπα και τις συνήθειες που το περιβάλλουν. Ο δεσμός εμπιστοσύνης και φιλίας που αναπτύσσεται με το παιδί και την οικογένεια διατηρείται και στα δύσκολα χρόνια της εφηβείας και προσδίδει στον παιδίατρο τη δυνατότητα να συμμετέχει ενεργά στην πρόληψη του καπνίσματος.

Εκπαιδευτικά Προγράμματα Για Πρόληψη Και Μείωση Χρήσης Προϊόντων Καπνού

Από τα 6 δισεκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο, περίπου ένα δισεκατομμύριο φοιτούν στα σχολεία. Το 80% των παιδιών του αναπτυσσομένου κόσμου γράφονται πλέον στα σχολεία και 60% συμπληρώνουν τουλάχιστον 4 χρόνια σπουδών. Υπάρχουν περισσότεροι από πενταπλάσιοι δάσκαλοι στον αναπτυσσόμενο κόσμο από ότι κοινωνικοί λειτουργοί και αυτοί οι δάσκαλοι έχουν συχνά τακτική και μακροχρόνια επαφή με τους μαθητές τους. Έτσι το επίσημο εκπαιδευτικό σύστημα αποτελεί ένα σημαντικό κανάλι για την διάδοση των πληροφοριών.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο, με την προϋπόθεση ότι αποτελούν τμήμα μιας ευρείας και περιεκτικής στρατηγικής ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι αποφάσεις για το εάν κάποιος άνθρωπος θα καπνίσει ή όχι λαμβάνονται κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας. Ολοκληρωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα μέσα στο περιβάλλον του σχολείου μπορούν να παρέχουν ευκαιρίες επιρροής αυτών των αποφάσεων.

Πέραν του ότι πλησιάζουν στα παιδιά και στους εφήβους, τα σχολεία παρέχουν αποτελεσματικούς και αποδοτικούς τρόπους προσέγγισης ακόμα μεγαλύτερων τμημάτων του πληθυσμού(π.χ. σχολικό προσωπικό, γονείς και μέλη της κοινότητας) και δίνουν την ευκαιρία για αποτελεσματικές παρεμβάσεις που βοηθούν στην πρόληψη και την μείωση της χρήσης προϊόντων καπνού.

Οι επεμβάσεις για την πρόληψη της χρήσης καπνού μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματικές όταν ολοκληρώνονται μέσα σε εκτενείς, συστηματικές και οργανωμένες προσεγγίσεις στο θέμα της υγείας, όπως αυτές που δίνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας μεσώ της ανάπτυξης σχολείων που προάγουν την υγεία και υπό την καθοδήγηση της παγκόσμιας πρωτοβουλίας για την υγεία στα σχολεία του ίδιου οργανισμού. Η ανάμιξη της κοινότητας μπορεί να ενισχύσει τα προγράμματα που βασίζονται στα σχολεία. Η αποτελεσματικότητα των σχολικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που σκοπεύουν να προλάβουν το ξεκίνημα του καπνίσματος φαίνεται ότι ενισχύεται από συντονισμένα προγράμματα που απευθύνονται σε ολόκληρη την κοινότητα.

Η επιτυχία των προσπαθειών να προληφθεί και να μειωθεί η χρήση προϊόντων καπνού μεσώ των σχολείων βασίζεται στην συνειδητοποίηση και την δέσμευση ων γονέων και των άλλων μελών της κοινότητας. Εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης και μη κυβερνητικών οργανισμών, εκπρόσωποι επιχειρήσεων, θρησκευτικοί ηγέτες, κοινοτικές υπηρεσίες νέων, κοινωνικοί λειτουργοί, αθλητικοί παράγοντες, τα ΜΜΕ και άλλα μέλη της κοινότητας μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στις δραστηριότητες για την πρόληψη της χρήσης καπνού. Μπορεί να δημιουργηθεί μια κοινοτική συμβουλευτική επιτροπή που θα συντονίζει τις προσπάθειες μαζί με μέλη της σχολικής ομάδας.

Είναι σημαντικό να παίρνουν μέρος οι νέοι σε όλα τα στάδια του σχεδιασμού. Θα πρέπει να εξεταστεί η σκοπιμότητα μιας ανάλυσης της κατάστασης, για να αναγνωρισθούν οι στόχοι και να τεθούν οι προτεραιότητες για τη δράση. Εάν ο σκοπός είναι να μειωθεί το κάπνισμα μεταξύ των νέων μέσο προγραμμάτων μαζικής επικοινωνίας, οι ομάδες επικέντρωσης, οι έρευνες η ακόμα και η αδόμητες συνεντεύξεις με νέους θα παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την δημιουργία αποτελεσματικών εκστρατειών .Η κοινότητα αντί να βοήθα τους νέους να απέχουν από το κάπνισμα, μπορεί τελικά να δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου ενθαρρύνεται η χρήση προϊόντων καπνού. Αυτό μπορεί να γίνετε με την μορφή διεισδυτικής διαφήμισης τσιγάρων, εύκολης πρόσβασης των ανήλικων στα τσιγάρα ή διαδεδομένου καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Τυχόν ενέργειες της κοινότητας που οδηγούν στην αφαίρεση αυτών των μορφών κοινοτικής ενθάρρυνσης προς το κάπνισμα σε αυτούς τους χώρους, θα ενισχύσουν έντονα τις εκπαιδευτικές προσπάθειες στα σχολεία.

Δυστυχώς τα προγράμματα με βάση το σχολείο που δεν είχαν την υποστήριξη τέτοιων κοινοτικών προγραμμάτων και πολιτικών, έφεραν μέτρια ή μηδαμινά αποτελέσματα. Ακόμη και η αρχική μέτρια επιτυχία ξεφούσκωσε με τον καιρό. Εάν όμως τοποθετούνται στο πλαίσιο ισχυρών και συγκροτημένων κοινοτικών πολιτικών και προγραμμάτων για τον έλεγχο των προϊόντων καπνού και αν υποστηρίζονται από σχολεία όπου απαγορεύεται εντελώς το κάπνισμα, τότε τα προγράμματα με βάση το σχολείο μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμο κομμάτι των εκτενών προγραμμάτων έλεγχου της χρήσης προϊόντων καπνού. Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών έχει έκδοση τις ακόλουθες επτά συστάσεις για τα σχολικά προγράμματα υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη της χρήσης και του εθισμού σε

προϊόντα καπνού. Πολλές ή και όλες αυτές οι συστάσεις θα μπορούσαν να είχαν εφαρμογή και σε άλλες χώρες.

1. Να αναπτυχθεί και να ενισχυθεί μια σχολική πολιτική σε σχέση με την χρήση προϊόντων καπνού.

2. Να παρέχονται οδηγίες σχετικά με τις βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες αρνητικές φυσιολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της χρήσης προϊόντων καπνού, τις κοινωνικές επιπτώσεις πάνω στην χρήση προϊόντων καπνού, τα πρότυπα των συνομηλίκων όσον αφορά την χρήση προϊόντων καπνού και τις ικανότητες άρνησης.

3. Να ξεκινά η αγωγή στην πρόληψη της χρήσης προϊόντων καπνού στο νηπιαγωγείο και να συνεχίζεται ως το λύκειο. Αυτή η αγωγή θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα εντατική στο γυμνάσιο και θα πρέπει να ενισχύεται στο λύκειο.

4. Να εκπαιδεύονται οι δάσκαλοι στα προγράμματα αυτά.

5. Να αναμιγνύονται οι γονείς και οι οικογένειες στην υποστήριξη των προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης προϊόντων καπνού που έχουν βάση το σχολείο.

6. Να υποστηρίζεται η προσπάθεια κοψίματος του καπνίσματος μεταξύ των μαθητών και των μελών του σχολικού προσωπικού που είναι καπνιστές.

7. Να αξιολογείται το πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης προϊόντων καπνού σε τακτικά διαστήματα.

Οδηγός Προφύλαξης Για Την Αποφυγή Του Καπνίσματος

Η προφυλακτική καθοδήγηση ορίζεται ως η τακτική της παροχής συμβουλών και οδηγιών σχετικά με πιθανά προβλήματα. Ως στοιχείο - κλειδί της φροντίδας της υγείας

για τους νέους ανθρώπους, η προφυλακτική καθοδήγηση πρέπει να επεκτείνεται σ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας ως τη νεαρή ενήλικη περίοδο.

Οι γιατροί που φροντίζουν παιδιά ή γονείς μικρών παιδιών αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς σε πολύ διαφορετικά στάδια πνευματικής και κοινωνικής ωριμότητας. Τόσο οι θεωρητικές όσο και οι πρακτικές λεπτομέρειες των επεμβάσεων των σχετικών με το κάπνισμα διαφέρουν ανάμεσα στις ομάδες αυτές. Οι γιατροί έχουν το πλεονέκτημα μιας μακροχρόνιας σχέσης με τις οικογένειες και βρίσκονται στη μοναδική θέση να αποφεύγουν και να επεμβαίνουν στη χρήση καπνού· το 70% των σημερινών καπνιστών επισκέπτονται έναν γιατρό τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Επιπλέον, τα περισσότερα παιδιά επισκέπτονται έναν γιατρό, μια νοσοκόμα στο σχολείο ή έναν άλλο ειδικό σε θέματα υγείας ή έρχονται σ' επαφή μαζί του μια φορά το χρόνο. Μερικοί γιατροί μιλάνε στους ασθενείς τους σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος για την υγεία τους, αλλά δεν τους κάνουν λόγο για τις επιδράσεις του καπνίσματός τους στα παιδιά τους.

Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος των γονιών στην υγεία των παιδιών: τους κινδύνους που προέρχονται από έκθεση σε περιβαλλοντολογικό κάπνισμα και την αυξημένη πιθανότητα έναρξης καπνίσματος στα παιδιά των καπνιστών. Μερικοί παιδίατροι, όμως, δεν είναι πρόθυμοι να συζητήσουν το κάπνισμα των γονιών γιατί πιστεύουν ότι οι γονείς που καπνίζουν δεν περιμένουν τέτοιου είδους συμβουλές από τον γιατρό των παιδιών τους. Ο Surgeon General έχει εκφράσει την άποψη ότι μία από τις σημαντικότερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις του γιατρού είναι να ενθαρρύνει και να βοηθάει τους γονείς να σταματήσουν το κάπνισμα· σε κανέναν άλλο επαγγελματία δεν μπορεί να δοθεί τέτοια ευκαιρία. Η παροχή συμβουλών από τον γιατρό μπορεί επίσης να ενδυναμώσει τις συμβουλές που δέχονται

οι γονείς από άλλες πηγές. Οι γιατροί πρέπει να μάθουν τεχνικές προώθησης του μη καπνίσματος και ενθάρρυνσης των προσπαθειών για παύση του καπνίσματος από τους γονείς. Δίνονται πολλές ευκαιρίες στους γιατρούς να προσφέρουν προφυλακτική καθοδήγηση στα παιδιά και στους γονείς τους. Το πιο λογικό μέρος είναι το ιατρείο.

Η πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα συνεχιζόμενο και αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής φροντίδας. Όπως συμβαίνει και με την παύση του καπνίσματος, μια οργανωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στην πρόληψη της χρήσης καπνοί, χρησιμοποιεί ένα πλήθος διαφορετικών ειδικών σε θέματα υγείας και το ιατρικό ιστορικό για την μετάδοση συχνών, συντονισμένων μηνυμάτων στα παιδιά και τους γονείς τους.

Οι συστάσεις για την οργάνωση ενός ιατρείου που θα προωθεί την παύση του, καπνίσματος είναι επίσης κατάλληλες για την προώθηση της πρόληψης της.

χρήσης καπνού. Μια συστηματική προσέγγιση είναι πιθανό να αποβεί πιο αποτελεσματική γιατί οδηγεί σε συχνότερη επέμβαση από την πλευρά των γιατρών. Άλλες δυνατότητες για παρέμβαση των γιατρών δίνονται στα σχολεία και στην κοινότητα. Οι δυνατότητες αυτές αναλύονται παρακάτω σ' αυτό το άρθρο. Με βάση μια σειρά κλινικών δοκιμών, το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα και ένα εγχειρίδιο για να διευκολύνει τους γιατρούς να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να σταματήσουν το κάπνισμα.

Η επέμβαση του γιατρού στους ασθενείς που καπνίζουν συνίσταται σε τέσσερις κλινικές δραστηριότητες – τα **τέσσερα Α** (από τα αρχικά των αντίστοιχων λέξεων στην αγγλική γλώσσα):

- Ρωτάτε (***Ask***) όλους τους ασθενείς σχετικά με τις συνήθειας τους ως προς το κάπνισμα.

- Συμβουλεύεται (***A****dvise*) τους καπνιστές να το κόβουν.
- Βοηθάτε (***A****ssist*) τους στις προσωπικές τους προσπάθειες.
- Ρυθμίζετε (***A****rrange*) παρακολούθηση.

Οι γιατροί θα πρέπει να προσθέσουν και προφυλακτική καθοδήγηση. Αυτές οι πέντε κλινικές δραστηριότητες για την αποφυγή της χρήσης καπνού στα παιδιά και τους εφήβους είναι:

- Αναμένετε (***A****nticipate*) τον κίνδυνο χρήσης καπνού σε κάθε στάδιο ανάπτυξης.
- Ρωτάτε (***A****sk*) σχετικά με την έκθεση σε καπνό και τη χρήση καπνού σε κάθε επίσκεψη.
- Συμβουλεύετε (***A****dvise*) όλους τους γονείς που καπνίζουν να το κόψουν και όλα τα παιδιά και τους έφηβους να μη χρησιμοποιούν προϊόντα καπνού.
- Βοηθάτε (***A****ssist*) τα παιδιά και τους εφήβους να αντιστέκονται στη χρήση καπνού και βοηθάτε τους χρήστες καπνού να τον σταματούν.
- Ρυθμίζεται (***A****rrange*) επισκέψεις παρακολούθησης ανάλογα με τις ανάγκες.

Παρέμβαση ιατρού

Μία αποτελεσματική παρέμβαση για την παύση του καπνίσματος περιλαμβάνει και με χρήση απλών διαδικασιών που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική, συστηματική αντιμετώπιση των ασθενών που καπνίζουν σ' όλες τις επισκέψεις στο ιατρείο. Η συνιστώμενη επέμβαση μπορεί να περιγραφτεί ως ένα πρόγραμμα αυτό – βοήθειας που ενθαρρύνεται, καθοδηγείται και υποστηρίζεται από γιατρούς, νοσηλευτές και προσωπικό στήριξης.

Είναι σημαντικό και για τον γιατρό και για τον ασθενή να αντιληφθούν ότι η παύση του καπνίσματος είναι μία διαδικασία που απαιτεί χρονική διάρκεια και όχι ένα

απλό γεγονός σταματήματος. Αφού η παύση του καπνίσματος είναι μία διαδικασία, είναι σημαντικό για τον γιατρό και το προσωπικό του ιατρείου να διατηρούν μία συνέχεια, να παρέχουν ένα επαναλαμβανόμενο και σταθερό μήνυμα και, το πιο σημαντικό, να προσφέρουν την κατάλληλη θεραπεία σε κάθε επίσκεψη.

Η θεραπεία καπνιστών είναι ανάλογη με τη θεραπεία ασθενών με ήπια ή μέτρια υπέρταση: η παρακολούθηση είναι μία συνεχιζόμενη ενσωματωμένη δραστηριότητα που πραγματοποιείται πάντα από το προσωπικό του ιατρείου σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς εκεί, με θεραπεία από το νοσηλευτή και παρακολούθηση εκείνων που αναγνωρίζονται πως έχουν έναν παράγοντα κινδύνου και χρειάζονται αγωγή.

Η επέμβαση του γιατρού συνίσταται στα τέσσερα Α των κλινικών δραστηριοτήτων: ρωτάτε, συμβουλεύετε, βοηθάτε, ρυθμίζετε (ask, advise, assist, arrange). Αυτό το πρόγραμμα επέμβασης περιγράφει μία γενική προσέγγιση στους ασθενείς που καπνίζουν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλους σχεδόν τους εξωτερικούς ασθενείς.

Μία συνήθης επέμβαση μπορεί να επιτευχθεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, διάρκειας συχνά 3 λεπτών ή και λιγότερο.

Το κάθε στοιχείο της παρέμβασης περιγράφεται παρακάτω.

1). Ρωτάτε σχετικά με το κάπνισμα σε κάθε επίσκεψη στο ιατρείο. Η νοσηλεύτρια ή άλλο μέλος του προσωπικού μπορεί εύκολα να ρωτάει τους ασθενείς «Καπνίζετε;» ή «Εξακολουθείτε να καπνίζετε;» σε κάθε επίσκεψη, συνήθως την ώρα που μετράει ζωτικά σημεία. Από τη στιγμή που είναι γνωστό ότι ένα άτομο καπνίζει (ή κάπνιζε παλαιότερα), πρέπει να υπάρχει μόνιμα ένα αναγνωριστικό σημάδι στην κάρτα του για να υπενθυμίζει στο νοσηλευτή και το προσωπικό να συζητούν το θέμα του καπνίσματος σε κάθε επίσκεψη. Αυτό αναλύεται λεπτομερέστερα στο τμήμα σχετικά με την

οργάνωση του ιατρείου. Ο νοσηλευτής δεν χρειάζεται παρά να θέτει στον ασθενή αυτό το ερώτημα, αν δεν το έχουν ήδη κάνει άλλα μέλη του προσωπικού.

2) Συμβουλεύετε όλους τους καπνιστές να σταματούν. Μία σαφής διατύπωση συμβουλής (π.χ. «Ως γιατρός σας, είμαι υποχρεωμένος να σας συμβουλεύσω να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα») είναι ουσιαστική. Πολλοί ασθενείς δεν θυμούνται να έχουν δεχτεί αυτή τη συμβουλή από το γιατρό τους, οπότε η δήλωση πρέπει να είναι ευνόητη και ευκολομνημόνευτη. Η εξατομίκευση του μηνύματος με αναφορά στην κλινική κατάσταση του ασθενούς, τους κοινωνικούς του ρόλους, τα προσωπικά του ενδιαφέροντα ή το οικογενειακό του ιστορικό μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της συμβουλής. Αυτό που αποτελεί κίνητρο για να σταματήσει ένα άτομο το κάπνισμα μπορεί να μην επηρεάσει ένα άλλο άτομο καθόλου. Οι καπνιστές έχουν ισχυρότερο κίνητρο να σταματήσουν αν τους δοθούν συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τις επιδράσεις του καπνίσματος στη ζωή τους και την ευεξία της οικογένειάς τους, καθώς και ως ενίσχυση των προσωπικών τους ρόλων για να το σταματήσουν.

3). Βοηθάτε τον ασθενή να σταματήσει. Όταν ένας ασθενής συζητάει το θέμα του καπνίσματος, το επίπεδο του ενδιαφέροντός του για να σταματήσει είναι συνήθως προφανές (αν δεν είναι, ρωτάτε αν θέλει να σταματήσει). Οι γιατροί πρέπει να δέχονται την απόφαση του ασθενούς, να βεβαιώνονται ότι ο ασθενής είναι ενημερωμένος όταν παίρνει την απόφαση και να προσπαθούν να διατηρήσουν την εμπιστοσύνη του ασθενούς και τη διάθεσή του για εκμυστήρευση, έτσι ώστε να μπορεί να συζητήσει το θέμα το καπνίσματος και σε μελλοντικές επισκέψεις. Αν η συνομιλία σημειώνεται στο ιατρικό αρχείο, μπορούν να γίνονται αναφορές σ' αυτήν σε μελλοντικές συζητήσεις.

Τους ασθενείς που εκφράζουν ειλικρινή επιθυμία να σταματήσουν σαν καπνίζουν (το 70% ή περισσότερο των καπνιστών), ο γιατρός πρέπει να τους βοηθάει να επιλέξουν μία συγκεκριμένη ημερομηνία γι' αυτό το βήμα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ασθενείς που ορίζουν μία «ημερομηνία παύσης» έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν μία σοβαρή απόπειρα να σταματήσουν. Η ημερομηνία αυτή πρέπει να είναι σύντομα (γενικά μέσα σε 4 εβδομάδες), αλλά όχι αμέσως, για να δίνεται στον ασθενή ο απαραίτητος χρόνος για να προετοιμάσει το σταμάτημα.

Από τη στιγμή που ένας ασθενής έχει επιλέξει μία συγκεκριμένη ημερομηνία για να σταματήσει, πρέπει να του παρέχεται πληροφόρηση έτσι ώστε να μπορεί να προετοιμαστεί για την ημερομηνία αυτή. Για τους ασθενείς που ξέρουν να διαβάζουν, αυτό μπορεί να γίνει εύκολα παρέχοντάς τους ένα φυλλάδιο αυτό – βοήθειας. Τα αποτελεσματικά φυλλάδια προσφέρουν στον ασθενή τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την παύση του καπνίσματος (π.χ. συμπτώματα και χρονική πορεία απομάκρυνσης, συμβουλές σχετικά με την παύση, καλούς λόγους για παύση, απαντήσεις σε συνήθη ερωτήματα). Αυτού του είδους τα φυλλάδια έχουν χρησιμοποιηθεί από εκατομμύρια άτομα για να σταματήσουν να καπνίζον και πρέπει να δίνεται έμφαση στη σημασία της πληροφόρησης στον ασθενή. Υλικό αυτό – βοήθειας μπορεί να ληφθεί από διάφορες πηγές (π.χ. από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, την Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο). Οι νοσηλευτές που είναι νέοι στο θέμα της παύσης του καπνίσματος μπορούν να προσθέσουν γρήγορα γνώσεις σ' αυτές που ήδη έχουν διαβάζοντας ένα από αυτά τα φυλλάδια. Περιγράφονται τεχνικές καταξιωμένες από τον χρόνο και επιστημονικά επικυρωμένες. Το προσωπικό του ιατρείου μπορεί να τονίζει ότι ο γιατρός θέλει να διαβαστεί αυτό το υλικό, να συζητηθεί το υλικό με τον ασθενή και να απαντηθούν

οποιεσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με το περιεχόμενό του. Με τις πληροφορίες αυτές, ο ασθενής μπορεί να φύγει από το ιατρείο μ' ένα συμπαγές πλάνο παύσης, συμπεριλαμβανομένης ημερομηνίας παύσης και πληροφόρησης σχετικά με την προετοιμασία για την ημερομηνία αυτή και την επιτυχία της προσπάθειάς του.

Έχουν προταθεί ορισμένοι φαρμακολογικοί παράγοντες ως παράλληλη θεραπεία για την παύση του καπνίσματος. Η Διοίκηση Τροφίμων και Φαρμάκων, έχει εγκρίνει τη χρήση ενός φαρμάκου, της τσίχλας nicotine polacrilex. Έχει αποδειχθεί ότι το nicotine polacrilex βοηθάει ορισμένους ασθενείς σε συνδυασμό με επεμβάσεις στη συμπεριφορά. Οι ασθενείς με υψηλό εθισμό (εκείνοι που καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα ή και περισσότερο ή εκείνοι που καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο μέσα σε 30 λεπτά από την ώρα που ξυπνάνε) μπορεί να είναι ιδιαίτερα κατάλληλοι γι' αυτό το φάρμακο. Το nicotine polacrilex δεν πρέπει να μασιέται σαν συνηθισμένη τσίχλα, αλλά, αντίθετα, πρέπει να μασιέται με διαλείποντα τρόπο και μετά να παραμένει σ' επαφή με τον στοματικό βλεννογόνο, όπου απορροφάται η νικοτίνη. Εκτός κι αν δοθούν στους ασθενείς προσεκτικές οδηγίες σχετικά με τη χρήση αυτού του ασυνήθιστου συστήματος χορήγησης της ουσίας, δεν θα αποκομίσουν ιδιαίτερο όφελος απ' αυτήν.

Πρέπει να δίνονται στους ασθενείς οδηγίες σχετικά με την τεχνική «μασάτε και σταματάτε, μασάτε και σταματάτε» για τη χρήση της τσίχλας νικοτίνης. Αυτή περιλαμβάνει μάσημα της τσίχλας 5 με 10 φορές, ώσπου να γίνει αισθητή μία καυτή, πιπεράτη γεύση, και μετά σταμάτημα και τοποθέτηση της τσίχλας ανάμεσα στα δόντια και τον στοματικό βλεννογόνο, έτσι ώστε να μπορεί να απορροφηθεί η νικοτίνη. Μετά από μερικά λεπτά διακοπής, η πιπεράτη γεύση ελαττώνεται. Ο ασθενής πρέπει να μασήσει πάλι την τσίχλα μερικές φορές και μετά να την αφήσει ανάμεσα στα δόντια και τον στοματικό βλεννογόνο σ' ένα άλλο σημείο του στόματός του. Ένα κομμάτι τσίχλας

διαρκεί 30 περίπου λεπτά και οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιούν ως και 30 κομμάτια την ημέρα, αν και οι περισσότεροι χρησιμοποιούν 10 με 15 κομμάτια την ημέρα. Οι ασθενείς πρέπει να χρησιμοποιούν ένα κομμάτι τσίχλας όποτε νοιώθουν έντονη τάση να καπνίσουν τσιγάρο. Το προσωπικό του μπορεί να υπενθυμίζει στον ασθενή τη χρήση της. Όταν χρησιμοποιείται σωστά, ελαττώνει τα συμπτώματα απομάκρυνσης.

Συνιστάται η χρήση αυτού του φαρμάκου επί 3 μήνες, ακολουθούμενη από προοδευτική μείωση της δόσης. Δεν συνιστάται η χρήση επί περισσότερους από 6 μήνες. Ένα μικρό ποσοστό καπνιστών που έχουν σταματήσει το κάπνισμα με επιτυχία χρησιμοποιούν την τσίχλα περισσότερο απ' αυτόν τον συνιστώμενο χρόνο. Οι γιατροί πρέπει να προειδοποιούν τους ασθενείς σχετικά με την πρόθεσή τους να μειώνουν προοδευτικά τη δόση της τσίχλας μετά από 3 μήνες.

Επίσης υπάρχουν διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης. Αυτά παρέχουν νικοτίνη μέσω του δέρματος και μπορεί να αποδειχτούν ευκολότερα στη χρήση για τους ασθενείς. Το προϊόν αυτό μοιάζει να βοηθάει στην καταπράυνση των οξειών επιδράσεων απομάκρυνσης από την παύση του καπνού και μπορεί να είναι αποτελεσματικό παράλληλο μέσο για μακροχρόνια παύση του καπνίσματος.

4).Ρυθμίζετε επισκέψεις παρακολούθησης. Όταν οι ασθενείς γνωρίζουν ότι η Πρόοδός τους θα εξεταστεί, βελτιώνονται οι πιθανότητες που έχουν να σταματήσουν με επιτυχία. Αυτή η παρακολούθηση μπορεί να περιλαμβάνει ένα γράμμα ή ένα τηλεφώνημα από το προσωπικό του γραφείου λίγο πριν την ημερομηνία παύσης, το οποίο θα ενισχύει την απόφαση του ασθενούς να σταματήσει. Επιπλέον, κλινικές δοκιμές υποδηλώνουν έντονα ότι μία επίσκεψη στο γιατρό ή το προσωπικό λίγο αφού

σταματήσει ο ασθενής να καπνίζει είναι εξαιρετικά σημαντική για την ικανότητα του ασθενούς να παραμείνει μη καπνιστής.

Ακόμα και ο προγραμματισμός απλώς της επίσκεψης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή παρέχοντας του έναν βραχυπρόθεσμο στόχο (2 εβδομάδες) που φαίνεται πιο αντιμετωπίσιμος από το «για πάντα».Οι περισσότερες υποτροπές συμβαίνουν κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την παύση και ένα άτομο που έρχεται στο ιατρείο αφού έχει σταματήσει να καπνίζει επί 1 ως 2 εβδομάδες έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσει την αποχή. Οι επισκέψεις παρακολούθησης πρέπει να περιλαμβάνουν μία αξιολόγηση της προόδου τους ασθενούς, συζήτηση οποιωνδήποτε προβλημάτων συνάντησε ή περιμένει και είναι σημαντικό να ρυθμιστεί μία δεύτερη επίσκεψη παρακολούθησης με το γιατρό ή ένα μέλος του προσωπικού σε 1 με 2 μήνες. Οι μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό παύσης βελτιώνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων παρακολούθησης.

Ένα φύλλο προόδου ή ένας πίνακας εξέλιξης παρέχει έναν εύκολο τρόπο ενημέρωσης σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση του καπνίσματος του ασθενούς και επιτρέπει συνεχή παρακολούθηση του καπνίσματος του ασθενούς και επιτρέπει συνεχή παρακολούθηση και ενίσχυση, τόσο σε συγκεκριμένα προγραμματισμένες επισκέψεις για το κάπνισμα όσο και όταν εξετάζεται ο ασθενής για άλλα προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^{ο}

Κάπνισμα και νοσηλευτική

Ενάντια στο αναμενόμενο σε πολλές αναπτυγμένες χώρες οι νοσηλευτές (που αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο επαγγελματικό πληθυσμό ανάμεσα στους εργαζόμενους στον υγειονομικό τομέα) καπνίζουν εξίσου ή και περισσότερο απο το γενικό πληθυσμό. Ενώ υπήρχε π.χ. μείωση στην καπνιστική συνήθεια στους κατα την περίοδο 1960-75 απο 53% σε 39% στους άνδρες και απο 32% σε 29% στις γυναίκες, οι νοσηλευτές αυξήθηκαν απο 36% σε 39% την ίδια περίοδο.

Η συνήθεια του καπνίσματος στους εργαζομένους υγείας όχι μόνο είναι βλαβερή για την προσωπική τους υγεία αλλά και για την δημόσια, εφόσον αναγνωρίζονται σαν πρότυπα απο τους πολίτες- ασθενείς. Βέβαια η συνήθεια είναι διαδεδομένη και σε άλλους υγειονομικούς. Στην Βρετανία υπολογίζεται ότι εκτός του 48% των νοσηλευτών και το 25% των νοσοκομειακών ιατρών καπνίζουν επίσης.

Το κάπνισμα είναι σοβαρό πρόβλημα και για τους φοιτητές νοσηλευτικής που καπνίζουν περισσότερο απο τον γενικό πληθυσμό. Παρόμοιες ηλικίες ή απο άλλες κατηγορίες φοιτητών. Η συχνότητα στους φοιτητές νοσηλευτικής είναι 37% αρκετά υψηλή αν σκεφτεί κανείς ότι στους φοιτητές δασκάλους είναι μόλις 16%.

Υπάρχει επίσης διαφορά στην καπνιστική συνήθεια μέσα σε υποπληθυσμούς νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές σε νοσοκομεία καπνίζουν περισσότερο απ ότι οι νοσηλευτές κατ οίκον. Επίσης οι νοσηλευτές σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, εντατικής θεραπείας, ψυχιατρικών ασθενών, καπνίζουν πολύ περισσότερο απ ότι οι νοσηλευτές παιδιατρικής. Παρόμοιες αναλογίες υπάρχουν και στους φοιτητές που παρακολουθούν στα αντίστοιχα τμήματα την εκπαίδευση τους.

Επιπλέον οι φοιτητές νοσηλευτικής όπως υποστηρίζουν μελέτες, καπνίζουν ολοένα περισσότερο, καθώς αυξάνει το έτος σπουδών και η Σχολή τους αποτυγχάνει να τους πείσει να το μειώσουν ή να το διακόψουν. Ενώ αρκετές μελέτες εμφανίζουν μια τάση μείωσης του καπνίσματος στους διπλωματούχους νοσηλευτές σε αρκετές χώρες κατα τα τελευταία χρόνια, με τους φοιτητές νοσηλευτικής αντιθέτως αυξάνει η καπνιστική συνήθεια.

Στην Ελλάδα όπου τα ποσοστά καπνιστών είναι πολύ υψηλά (πρώτη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και τρίτη στον κόσμο),κάποιος αναμένει πολύ υψηλότερα ποσοστά καπνιστικής συνήθειας στους φοιτητές νοσηλευτικής.

Τα αίτια των καπνιστικών συνηθειών στους νοσηλευτές αποδόθηκαν απο την βιβλιογραφία το εργασιακό στρες, σε σχέσεις συντροφικότητας και κοινωνικής επιρροής, κοινωνικοοικονομικών προτύπων καθώς και μόρφωσης.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα είναι ένας μηχανισμός αντίστασης, άμυνας εναντίον του εργασιακού στρες που προκαλείται απο το υγειονομικό περιβάλλον. Καθώς υπάρχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα απο αλληλοκρουόμενες μελέτες, δεν έχει αποδειχθεί ένας ξεκάθαρος δεσμός ανάμεσα στο στρες, στο εργασιακό περιβάλλον και το κάπνισμα.

Το 28% των φοιτητών νοσηλευτικής ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν εισαχθούν στη σχολή μαζί με κάποιο άλλο άτομο συνήθως φιλικό πρόσωπο της ίδιας ηλικίας, αποδεικνύοντας ότι η συντροφικότητα και η κοινωνική επιρροή είναι ένα σημαντικό αίτιο έναρξης του καπνίσματος.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες μαθησιακές στο σχολείο και είναι χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξεως, καπνίζουν πολύ περισσότερο απ ότι οι καλοί μαθητές και όσους ανήκουν σε ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη.

Κατα συνέπεια και η εκπαίδευση, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην εκστρατεία κατα του καπνίσματος.

Συγκρίσεις ανάμεσα σε φοιτητές ιατρικής (όπου υπήρχε μεγαλύτερη γνώση των βλαβερών επιπτώσεων του καπνίσματος) και φοιτητών μηχανολογίας, ανέδειξαν παρόμοια ποσοστά καπνιστών παρ ότι οι σχολές τους αντιπροσωπεύονται απο διαφορετικούς πληθυσμούς ως προς το φύλλο.

Η εργασία μας προσανατολίστηκε στο να διαπιστώσει ομοιότητες και διαφορές σε δυο παρόμοιες σχολές των Α Τ Ε Ι Ηρακλείου.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην πτυχιακή μας εργασία συμπεριλάβαμε 200 φοιτητές και φοιτήτριες του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΤΕΙ) Ηρακλείου Κρήτης. Στο τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας άνηκαν 100 φοιτητές, 74 γυναίκες και 26 άνδρες, ενώ οι υπόλοιποι 100 ήταν φοιτητές στην Σχολή Μηχανολογίας,71 άνδρες και 29 γυναίκες, του τμήματος μηχανολογίας. Η μέση ηλικία των σπουδαστών που πήραν μέρος στην έρευνα μας ήταν 25 χρονών.

Απάντησαν θετικά στη ερώτηση εάν καπνίζουν 104 φοιτητές (52%). Από αυτούς 47 (23.5%) ήταν φοιτητές νοσηλευτικής και 57 (28.5%) ήταν φοιτητές μηχανολογίας.

Από τους 84 (42%) φοιτητές που δεν καπνίζουν, είχαν διακόψει 12 (6%) ήταν δηλαδή πρώην καπνιστές, ενώ 84(42.%) δεν είχαν καπνίσει ποτέ.

Από τους πρώην καπνιστές 8 (4.%) ήταν φοιτητές νοσηλευτικής και 4 (2%) ήταν φοιτητές μηχανολογίας. Από αυτούς που ποτέ δεν κάπνισαν 45 (22,5.%) ήταν φοιτητές νοσηλευτικής και 39 (19,5.%) ήταν φοιτητές μηχανολογίας.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	23,5%	28,5%
ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	22,5%	19,5%
ΠΡΩΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	4%	2%

Στους φοιτητές αυτούς δόθηκε προς συμπλήρωση ένα ειδικά διαμορφωμένο για την εργασία μας έντυπο- ερωτηματολόγιο (πίνακας 2), με ερωτήσεις σχετικές με το

κάπνισμα, τις ατομικές τους αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος τους καπνιστικές συνήθειες, την χρονολογία και τα κίνητρα έναρξης της καπνιστικής συνήθειας καθώς και της επίγνωσης των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από δυο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, βάρος, ύψος, τόπος διαμονής, τηλέφωνο κ.λπ.) ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τις άμεσα σχετιζόμενες με το αντικείμενο μας ερωτήσεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 20-1-2003 μέχρι 28-3-2003 σε τυχαίο δείγμα φοιτητών στα προαναφερόμενα τμήματα. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια καταγράφηκαν ηλεκτρονικά σε φύλλο εργασίας του γνωστού προγράμματος Excel της εταιρείας Microsoft στο οποίο έγινε και η στατιστική επεξεργασία τους καθώς και η δημιουργία των πινάκων και των διαγραμμάτων.

Παρακάτω επισυνάπτεται το ερωτηματολόγιο της εργασίας μας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ:

1) Καπνίζεις?
   - Ναι
   - Όχι
2) Θεωρείς πιθανό να καπνίσεις στο μέλλον?
   - Ναι
   - Όχι
   - Δεν ξέρω
3) Αν όχι, γιατί?
   - Είναι βλαβερό για την υγεία
   - Είναι κακή συνήθεια
   - Για αισθητικούς λόγους
   - Για οικονομικούς λόγους
4) Έχεις δοκιμάσει ποτέ:
   - Τσιγάρο
   - Χασίσι-μαριχουάνα
5) Καπνίζουν άλλα άτομα στην οικογένεια?
   - Μητέρα
   - Πατέρας
   - Αδέρφια
   - Όλοι
6) Σε ενοχλούν οι έντονες μυρωδιές?
   - Ναι
   - Όχι
7) Αν ναι, από πότε?
   - Από όταν άρχισες το κάπνισμα
   - Μετά από μια πνευμονία που πέρασα
   - Από παλιά
8) Πιστεύεις ότι βλάπτει το κάπνισμα?
   - Ναι
   - Όχι
9) Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι:
   - Επιδημία
   - Απόλαυση
   - Μαγκιά
   - Κακή συνήθεια
   - Κληρωτίδα θανάτου
10) Πόσο συχνά ακούτε κατα του καπνίσματος-
   - Πότε
   - Πολύ σπάνια
   - Σπάνια
   - Συχνά
   - Πολύ συχνά
   - Συνέχεια

11) Πόσο συχνά ακούτε υπέρ του καπνίσματος
    - Ποτέ
    - Πολύ σπάνια
    - Σπάνια
    - Συχνά
    - Πολύ συχνά
12) Είσαι ενημερωμένος για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος σχετικά με:
    - χρόνια βρογχίτιδα
    - Πνευμονικό εμφύσημα
    - Έμφραγμα μυοκαρδίου
    - Καρκίνο πνεύμονα
    - Νεοπλασίες
    - Οφθαλμοπάθειες
    - Αγγειοπάθειες
    - Πεπτικό έλκος
    - Προβλήματα στα μαλλιά
    - Προβλήματα στο σεξ
    - Δερματοπάθειες
    - Προβλήματα στην εγκυμοσύνη
    - Παθητικό κάπνισμα
13) Από ποιόν έχετε ενημερωθεί περισσότερο
    - Από την τηλεόραση
    - Από τους γονείς
    - Από συγγενικά πρόσωπα
    - Από τους καθηγητές της σχολής
    - Από υγειονομικό προσωπικό
    - Από το σχολείο
    - Από άλλον
14) Ποια είναι η γνώμη σας για το παθητικό κάπνισμα
    - Είναι κάτι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει
    - Σου είναι αδιάφορο
    - Πολύ φασαρία ενώ δεν είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα
    - Έχει δικαίωμα και ο καπνιστής
15) Ποια είναι η γνώμη σας για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους
    - Είναι πολύ θετικό μέτρο
    - Είναι σωστό
    - Είναι λάθος
    - Είναι ρατσιστικό μέτρο κατά των καπνιστών
16) Πιστεύεται ότι είστε μαθητής
    - Άριστος 19-20
    - Πολύ καλός 17-18
    - Καλός 15-16
    - Μέτριος 13-14
    - Κάτω του μέτριου

17) Καπνίζουν οι καθηγητές σας στην τάξη την ώρα του μαθήματος
- Ναι
- Όχι
- Σπάνια
- Πάντα

18) Καπνίζουν οι καθηγητές σας στη σχολή τα διαλείμματα
- Ναι
- Όχι
- Σπάνια
- Πάντα

19) Πιστεύεται ότι καλύτερο είναι η
- Πρόληψη για να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα
- Προσπάθεια διακοπής του μετά

20) Για την απαγόρευση του καπνίσματος ποιο μέτρο θεωρείται σωστότερο
- Απαγόρευση διαφήμισης
- Ομοιόμορφο πακέτο
- Πρόληψη ενημέρωση
- Αύξηση τιμής όριο ηλικίας για την αγορά πακέτου
- Προειδοποιητικά μηνύματα στο πακέτο

21) Σε ποια ηλικία άρχισες το κάπνισμα
- Κάτω των 10 ετών
- 10-12 ετών
- 12-14 ετών
- 15-16 ετών
- 17-18 ετών
- Πάνω απο 18 ετών

22) Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως
- 1-5 τσιγάρα
- 5-10 τσιγάρα
- 10-15 τσιγάρα
- 15-20 τσιγάρα ή παραπάνω
- Περιστασιακά

23) Τι είδος τσιγάρων καπνίζεις
- Ελαφριά
- Βαριά
- Μεσαία

24) Γιατί άρχισες να καπνίζεις
- Από περιέργεια
- Από αντίδραση
- Από μίμηση
- Από μαγκιά
- Χωρίς συγκεκριμένο λόγο

25) Γιατί συνεχίζεις να καπνίζεις
- Συνήθεια
- Επειδή καπνίζει η παρέα
- Σου αρέσει
- Από μαγκιά
- Είναι τρόπος ζωής

26) Πότε καπνίζεις περισσότερο-
- Όταν είσαι λυπημένος
- Όταν είσαι χαρούμενος
- Όταν είσαι αγχωμένος
- Όταν δεν έχεις τι να κάνεις
- Όταν διαβάζεις

27) Που καπνίζεις συνήθως
- Στη σχολή
- Στο σπίτι
- Στην δουλειά
- Σε χώρους διασκέδασης-στην έξοδο μου

28) Που καπνίζεις περισσότερα τσιγάρα
- Στη σχολή
- Στο σπίτι
- Στην δουλειά
- Σε χώρους διασκέδασης

29) Πόσα ρήματα ξοδεύεις την βδομάδα για τα τσιγάρα
- 3€
- 5€
- Πάνω απο 5€
- Κάνω τράκα

30) Έμαθες να καπνίζεις
- Μόνος
- Με φίλους
- Με κάποιο γονέα
- Άλλο άτομο

31) Προσπαθώντας ή σταματώντας το κάπνισμα νοιώσατε
- Χειρότερα
- Πολύ χειρότερα
- Καλύτερα
- Πολύ καλύτερα

32) Κυρίως πιο ενόχλημα νοιώσατε προσπαθώντας ή σταματώντας το κάπνισμα που σας οδήγησε να ξαναρχίσετε
- Νευρικότητα
- Αύξηση όρεξης-βάρους
- Υπνηλία
- Πονοκέφαλος

33) Κυρίως πιο θετικό συναίσθημα νοιώσατε προσπαθώντας ή σταματώντας το κάπνισμα
- Απελευθέρωση
- Καθαρή αναπνοή
- Αίσθημα καθαριότητας
- Σε φόρμα-όμορφα

34) Συνδυάζετε το τσιγάρο με κάτι άλλο
- Ναι
- Όχι
- Τι

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα μας παρουσιάζονται σε 4 ενότητες.

Στην ***πρώτη ενότητα*** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν όλους συνολικά τους φοιτητές (νοσηλευτές και μηχανολόγους) ασχέτως με την καπνιστική τους συνήθεια.

Στην ***δεύτερη ενότητα*** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν τους φοιτητές που δεν καπνίζουν, ξεχωριστά σε νοσηλευτές και μηχανολόγους αλλά και συγκριτικά μεταξύ αυτών.

Στην ***τρίτη ενότητα*** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν φοιτητές που κάπνιζαν αλλά διέκοψαν, ξεχωριστά σε νοσηλευτές, μηχανολόγους αλλά και συγκριτικά μεταξύ τους.

Στην ***τέταρτη ενότητα*** παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν φοιτητές που καπνίζουν, ξεχωριστά σε νοσηλευτές, μηχανολόγους αλλά και συγκριτικά μεταξύ τους.

ΠΡΩΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.

Αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν όλους συνολικά τους φοιτητές ασχέτως με την καπνιστική τους συνήθεια ή την σχολή φοίτησης.

Από το σύνολο του δείγματος μας 104 άτομα (52 %) απάντησαν θετικά ότι είναι νυν καπνιστές. Τσιγάρο έχει δοκιμάσει η πλειοψηφία (70%), λιγότεροι (8%) έχουν δοκιμάσει χασίσι και μόνο (22%) δεν έχουν δοκιμάσει κανένα από τα δύο.(Πίνακας1

1) ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ?	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	52%
ΟΧΙ	48%

Στην οικογένεια συχνότερα καπνίζει ο πατέρας (41%), ακολουθούν η μητέρα (26,5%) και τα αδέρφια (26,5%). Σε ποσοστό 9% καπνίζουν όλοι οι άλλοι στο σπίτι και μόνο σε ένα ποσοστό 18,5% δεν καπνίζει κανείς άλλος στην οικογένεια.

Το 90% είναι πεπεισμένοι ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία αλλά υπάρχει ένα 10% των φοιτητών που αρνείται να το πιστέψει.

Οι περισσότεροι (62%) θεωρούν ότι είναι απλά μια κακή συνήθεια, αλλά ένα ποσοστό (12%) θεωρεί ότι είναι απόλαυση, (9%) κληρωτίδα θανάτου, (11%) επιδημία και(6%) μαγκιά.

Παρόλα αυτά σε ποσοστό 72% δηλώνουν επαρκώς πληροφορημένοι (19% ακούν κατά του καπνίσματος διαρκώς, 22% πολύ συχνά, 31% συχνά) και μόνο 28% ανεπαρκώς (2% ποτέ, 10% πολύ σπάνια, 16% σπάνια)

Στην ερώτηση από ποιόν έχουν ενημερωθεί περισσότερο, το 27% απάντησε από την τηλεόραση, το 31% από τους γονείς, το 6% από συγγενικά πρόσωπα, το 11% από καθηγητές, το 13% από υγειονομικό προσωπικό, το 9% από το σχολείο, το 3% από κάποιον άλλο.

Όταν ερωτήθηκαν ποια είναι η γνώμη τους για το παθητικό κάπνισμα, το 79% απάντησε ότι είναι κάτι βλαβερό γι αυτόν που δεν καπνίζει, το 8% του είναι αδιάφορο, το 2% ότι γίνεται πολύ φασαρία ενώ δεν είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα, και το 11% ότι έχει δικαιώματα και ο καπνιστής.

Στην ερώτηση αν καπνίζουν οι καθηγητές την ώρα του μαθήματος μέσα στην τάξη, το 10% απάντησε ναι, το 49% όχι, το 39% σπάνια και το 2% πάντα, ενώ για το αν οι

καθηγητές καπνίζουν στη σχολή την ώρα του διαλείμματος το 80% απάντησε θετικά, το 4% ότι δεν καπνίζουν, το 9% ότι καπνίζουν σπάνια και το 7% ότι καπνίζουν πάντα στα διαλείμματα.

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν τους μη καπνιστές νοσηλευτικής και μηχανολογίας.

Από το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** που δεν καπνίζουν, το ***82%*** θεωρεί ότι είναι πιθανό να μην συνεχίσει την καπνιστική συνήθεια συστηματικά στο μέλλον, ενώ το ***18%*** δεν μπόρεσε να μας δώσει μια σίγουρη απάντηση για το αν συνεχίσει ή όχι να καπνίζει. Το ***40***% των ατόμων αυτών δεν θα συνεχίσει να καπνίζει στο μέλλον διότι θεωρεί το κάπνισμα βλαβερό για την υγεία, το ***16%*** διότι είναι κακή συνήθεια, το ***14%*** για αισθητικούς λόγους, το ***14%*** για οικονομικούς λόγους και ένα ποσοστό ***16%*** δεν έδωσε απάντηση.

Το τσιγάρο έχει δοκιμαστεί από τους φοιτητές σε ποσοστό ***50%***, ενώ ένα ***50%*** απέφυγε να απαντήσει αν εκτός από το τσιγάρο έχει δοκιμάσει και κάποια άλλη ουσία όπως μαριχουάνα, χασίσι.

Από την έρευνα μας για τις καπνιστικές συνήθειες της οικογένειας των παιδιών αυτών προκύπτει ο πατέρας είναι καπνιστής σε ποσοστό ***21%*** , ακολουθεί η μητέρα με ***19%,*** τα αδέρφια ***15%*** , ένα ***10%*** καπνίζουν όλοι μέσα στην οικογένεια ενώ ένα ***35%*** δεν καπνίζει κανείς μέσα στην οικογένεια.

Υπάρχει μια ενόχληση στις έντονες μυρωδιές στο ***75%***, ενώ αντίθετα το ***25%*** δεν παρουσιάζει τέτοιου είδους πρόβλημα. Η ενόχληση αυτή προϋπήρχε από παλιά στο ***70%***, στο ***5%*** έπειτα από μια πνευμονία που πέρασε, και το ***25%*** δεν έδωσε απάντηση.

Η άποψη ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία βρίσκει σύμφωνους ***100%*** όλους τους ερωτηθέντες, και το θεωρούν το ***55%*** κακή συνήθεια, το ***30%*** κληρωτίδα θανάτου, το ***13%*** μαγκιά και το ***2%*** επιδημία.

Όταν ερωτήθηκαν αν ενημερώνονται κατά του καπνίσματος το 86% απάντησε θετικά (***37%***συχνα, 32% πολύ συχνά, συνέχεια το 18%), ενώ απάντησαν αρνητικά το 13% (***9%*** σπάνια, ***2%*** πολύ σπάνια, ποτέ ***2%).***

Αντίθετα υπέρ του καπνίσματος από διάφορα μέσα όπως διαφημίσεις, ΜΜΕ και παρέα το 63% απάντησε αρνητικά (25% σπάνια, 20% πολύ σπάνια, 18% ποτέ) ενώ το 37% απάντησε θετικά (27% συχνά, το 5% πολύ συχνά, το 5% συνέχεια).

Για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί στην υγεία, οι φοιτητές μας αναγνωρίζουν στο 91% τις βλάβες από το παθητικό κάπνισμα, στο 96% του καρκίνου του πνεύμονα, 87% τα προβλήματα που επιφέρει στην περίοδο της εγκυμοσύνης, 71% την χρόνια βρογχίτιδα, 69% του εμφράγματος του μυοκαρδίου, 40% για τις νεοπλασίες, το 40% για το πνευμονικό εμφύσημα, 33% αγγειοπάθειες, 33% για τα προβλήματα που προκαλεί στη σεξουαλική διάθεση, 29% για το πεπτικό έλκος και τέλος για υπόλοιπα προβλήματα που επιφέρει στα μαλλιά 16%, στο δέρμα 11% και στα μάτια 7%.

Το σκορ των απαντήσεων των μη καπνιστών φοιτητών νοσηλευτικής ήταν 7,5.

Από τα στοιχεία μας προκύπτει ότι οι φοιτητές έχουν ενημερωθεί για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος, κυρίως από τους γονείς τους (32%), από την τηλεόραση (23%), 19% από τους καθηγητές τις σχολής, 10% από υγειονομικό προσωπικό ή συγγενικά πρόσωπα (8%), το σχολείο (6%) και απο άλλους 2%.

Όσον αφορά για το ποια είναι η γνώμη τους για το παθητικό κάπνισμα, το 89% υποστηρίζει ότι είναι κάτι κακό κυρίως γι αυτόν που δεν καπνίζει ενώ το 7% αναφέρει ότι έχει δικαιώματα και ο καπνιστής, και σε 4% τους είναι αδιάφορο.

Είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους το 93%, ενώ αντίθετη άποψη έχει το 7% που το θεωρεί ρατσιστικό και λάθος μέτρο ενάντια στους καπνιστές.

Το 9% υποστηρίζει ότι καπνίζουν οι καθηγητές μέσα στην αίθουσα διδασκαλίας την ώρα του μαθήματος, το 34% ότι σπάνια συμβαίνει κάτι τέτοιο ενώ το 56% αναφέρει ότι δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο. Αντιθέτως στα διαλείμματα το 88% αναφέρει ότι πολλοί είναι οι καθηγητές που καπνίζουν, το 7%ότι το κάνουν πάντα ενώ μόλις 5% σπάνια βλέπει καθηγητές να καπνίζουν.

Ένα μεγάλο ποσοστό 98% πιστεύει ότι είναι καλύτερο μέτρο η πρόληψη για να μην αρχίσει κάποιος το κάπνισμα παρά να προσπαθήσει να το διακόψει μετά (2%), Επιπρόσθετα θεωρούν σαν σωστότερο μέτρο 33% την πρόληψη-ενημέρωση, 21% την απαγόρευση της διαφήμισης, το 26% την αύξηση τιμής-όριου ηλικίας για την αγορά πακέτου, την ύπαρξη προειδοποιητικών μηνυμάτων πάνω στο πακέτο 13% και τέλος 7% ομοιόμορφο πακέτο.

Το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΑΣ** που δεν καπνίζουν, λιγότεροι σε σχέση με τους νοσηλευτές (69%) θεωρεί πιθανό να μην καπνίσει συστηματικά στο μέλλον, ενώ το 31% δεν μπόρεσε να απαντήσει για το τι θα κάνουν στο μέλλον. Το 35% των φοιτητών αυτών δεν θα συνεχίσουν να καπνίζουν στο μέλλον διότι είναι βλαβερό για την υγεία, το 15% γιατί είναι κακή συνήθεια, για οικονομικούς λόγους το 11%, για αισθητικούς λόγους το 8% ενώ το 31% δεν απάντησε για ποιο λόγο. Το 51% έχει δοκιμάσει μονάχα τσιγάρο, το 3% εκτός από τσιγάρο έχει κάνει χρήση μαριχουάνας και χασισιού, ενώ το 46% δεν μας απάντησε.

Ως προς τις καπνιστικές συνήθειες της οικογένειας τους, προκύπτει ότι ο πατέρας είναι καπνιστής σε ποσοστό που ανέρχεται στο **38**%, **20%** τα αδέρφια, 16% η

μητέρα, 10% όλοι καπνίζουν μέσα στην οικογένεια, ενώ δεν καπνίζει κανείς μέσα στην οικογένεια **16**%.

Ενοχλούνται από τις έντονες μυρωδιές στο 74%, ενώ το 26% δεν παρουσιάζει τέτοιου είδους πρόβλημα. Η ενόχληση αυτή προϋπήρχε από παλιά στο 71%, στο 3% έπειτα από μια λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού που πέρασε.

Η άποψη ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία βρίσκει και εδώ σύμφωνους όλους τους ερωτηθέντες (100%) και το θεωρούν σαν κακή συνήθεια το 71%, επιδημία το 10%, απόλαυση και μαγκιά το 8%, και το 3% κληρωτίδα θανάτου.

Όταν ερωτήθηκαν πόσα συχνά ακούν κατά του καπνίσματος, απάντησαν θετικά το 56% (35% συχνά, 13% πολύ συχνά, 8% συνέχεια)ενώ το 44% απάντησε αρνητικά (31% σπάνια, 10% πολύ σπάνια, 3% ποτέ) Αντίθετα υπέρ του καπνίσματος από τις διαφημίσεις και την παρέα απάντησαν θετικά το 21% (συχνά 13%, πολύ συχνά 8%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά 79% (21% σπάνια, 28% πολύ σπάνια, 30% ποτέ).

Για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί στην υγεία οι φοιτητές μας δήλωσαν ότι γνωρίζουν στο 84% για τον καρκίνο του πνεύμονα, για το παθητικό κάπνισμα στο 56%, στο 51% για τα προβλήματα που προκαλεί στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, για τη χρόνια βρογχίτιδα 44% και το έμφραγμα μυοκαρδίου στο 36%, στο 38% για το πνευμονικό εμφύσημα, στο 20% για τα προβλήματα που προκαλεί στο σεξ, το 18% για τις αγγειοπάθειες, το 8% για το πεπτικό έλκος και τις δερματοπάθειες 8%, το 3% για τις νεοπλασίες, και ομοίως για τις οφθαλμοπάθειες.3%.

Το σκορ των απαντήσεων των μη καπνιστών φοιτητών μηχανολογίας ήταν 3,6.

Προκύπτει ότι οι φοιτητές έχουν ενημερωθεί για τις βλαπτικές συνέπειες του τσιγάρου στο 39% από τους γονείς τους, από την τηλεόραση 27%, το 12% από το

σχολείο, το 10% από συγγενικά πρόσωπα, το 7% από υγειονομικό προσωπικό, το 3% από κάποιον άλλο φορέα, και το 2% από τους καθηγητές της σχολής.

Όσον αφορά για το ποια είναι η γνώμη τους για το παθητικό κάπνισμα, το 94% υποστηρίζει ότι είναι κάτι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει, το 3% αναφέρει ότι του είναι αδιάφορο και ένα 3% επίσης υποστηρίζει ότι έχει γίνει πολύ φασαρία ενώ δεν είναι τόσο σημαντικό πρόβλημα.

Την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους υποστηρίζει το 90%, ενώ το 10% υποστηρίζει ότι είναι ρατσιστικό και λάθος μέτρο ενάντια στους καπνιστές.

Για το αν καπνίζουν οι καθηγητές μέσα στην αίθουσα διδασκαλίας την ώρα του μαθήματος το 48% απάντησε αρνητικά, το 44% σπάνια, και το 8% απάντησε θετικά, ενώ στην ερώτηση εάν καπνίζουν οι καθηγητές στη σχολή την ώρα του διαλείμματος το 77% απάντησε θετικά, το 8% απάντησε ότι καπνίζουν πάντα, το 15% σπάνια.

Όλοι οι ερωτηθέντες (100%) πιστεύουν ότι είναι καλύτερη η πρόληψη ως μέτρο για να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα, παρά να προσπαθήσει να το διακόψει μετά. Επιπρόσθετα σαν σωστότερο μέτρο για τη μείωση της καπνιστικής συνήθειας το 44% την πρόληψη-ενημέρωση, την αύξηση τιμής-όριο ηλικίας για την αγορά πακέτου 25%, το 20% την απαγόρευση της διαφήμισης, και το 11% προειδοποιητικά μηνύματα στο πακέτο.

Περιληπτικά, από τους φοιτητές μη καπνιστές, οι φοιτητές νοσηλευτικής είναι περισσότεροι (43%) σε σύγκριση με το δείγμα των μηχανολόγων (39%). Επίσης το 82% των νοσηλευτών είναι πιο αποφασισμένοι και απάντησαν αρνητικά για το αν θα καπνίσουν στο μέλλον, σε σύγκριση με το δείγμα των μηχανολόγων (69%). Το στηρίζουν στο γεγονός ότι είναι βλαβερό για την υγεία (40% και 35% αντίστοιχα), είτε κακή συνήθεια (16% και 15% αντίστοιχα).

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	43%	39%
ΔΕΝ ΘΑ ΚΑΠΝΙΣΟΥΝ	82%	69%
ΒΛΑΒΕΡΟ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ	40%	35%
ΚΑΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ	16%	15%

Την άποψη ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία συμμερίζονται και οι δυο ομάδες σε ποσοστό 100%. Έχουν ενημερωθεί κυρίως από τους γονείς (31% και 39% αντίστοιχα) και δευτερευόντως από την τηλεόραση (23% και 27% αντίστοιχα.).

Η γνώμη τους για το παθητικό κάπνισμα στο δείγμα των νοσηλευτών συνοψίζεται ότι είναι κάτι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει (89% και 94% αντίστοιχα).αλλά όμως το 7% των νοσηλευτών απάντησε ότι έχει δικαιώματα και ο καπνιστής.

Στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι το καλύτερο μέσο πρόληψης είναι να μην ξεκινήσει κανείς ποτέ το κάπνισμα, γι αυτό και ένα 34% από τους νοσηλευτές καθώς και ένα 44% από τους μηχανολόγους πιστεύουν ότι το σωστότερο μέτρο για την μείωση του καπνίσματος είναι η πρόληψη-ενημέρωση.

ΤΡΙΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν πρώην καπνιστές νοσηλευτικής και μηχανολογίας τα οποία παρότι μη αντιπροσωπευτικά λόγω μικρού δείγματος φοιτητών αναφέρονται.

Από το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** που ήταν πρώην καπνιστές το 11% θεωρούν πιθανό να καπνίσουν στο μέλλον, το 78% απίθανο ενώ το 11% δεν

είναι σίγουροι. Το υποστηρίζουν το 27% στο ότι είναι βλαβερό για την υγεία, το 27% στο ότι είναι κακή συνήθεια και το 37% λόγω οικονομικών λόγων.

Το 80% έχει δοκιμάσει τσιγάρο, ενώ το **20%** έχει δοκιμάσει χασίσι-μαριχουάνα Στο **60%** δεν καπνίζει κανείς στην οικογένεια, ο πατέρας είναι καπνιστής σε ποσοστό 20%, 10% καπνίζει η μητέρα ενώ στο 10% τα αδέρφια.

Το 44% των ερωτηθέντων νοσηλευτών τους ενοχλούν οι έντονες μυρωδιές από παλιά, ενώ το 56% δεν παρουσιάζουν καμία ενόχληση. Το 100% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν συμφωνούν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία.

Το 10% των νοσηλευτών θεωρούν το κάπνισμα ένα είδος μαγκιάς, το 70% κακή συνήθεια, και το 20% πιστεύουν ότι είναι κληρωτίδα θανάτου. Αναφορικά με το πόσο συχνά ακούνε κατά του καπνίσματος από τις διαφημίσεις και τον κοινωνικό περίγυρο, το 67% απάντησε θετικά (34% συχνά, 22% πολύ συχνά, 11% συνέχεια) ενώ το 33% απάντησε αρνητικά (11% ποτέ, 22% σπάνια).

Αντιθέτως υπέρ του καπνίσματος απάντησαν θετικά 33% (11% συχνά, 22% συνέχεια) και αρνητικά το 67% (44% ποτέ,11% πολύ σπάνια, 12%σπάνια).

Για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό οι φοιτητές μας είναι γνώστες στο 100% για το καρκίνο πνεύμονα, 75% χρόνια βρογχίτιδα, το 75% προβλήματα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 63% γνωρίζουν για το παθητικό κάπνισμα, το 38% για τις νεοπλασίες, τις αγγειοπάθειες 38% και για τα προβλήματα που επιφέρει στο σεξ 25%, το 25% για το έμφραγμα μυοκαρδίου, και το 13% για το πεπτικό έλκος.

Οι γνώσεις τους για το κάπνισμα αποκτήθηκαν στο **31%** από το υγειονομικό προσωπικό, το 25% από την τηλεόραση και τους καθηγητές της σχολής(25%), το **13**% από τους γονείς, και τέλος το 6% από εφημερίδες, περιοδικά κ.λ.π.

Το 60% των φοιτητών αναγνωρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει, το **20**% τους είναι αδιάφορο και το **20**% πιστεύει ότι έχει δικαίωμα και ο καπνιστής.

Την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους υποστηρίζει το 78% σε αντίθεση με το **22**% που θεωρεί αυτό το μέτρο λάθος και ρατσιστικό ενάντια στους καπνιστές.

Στο 34% δηλώνουν ότι οι καθηγητές δεν καπνίζουν την ώρα του μαθήματος, το 33% ότι καπνίζουν ενώ το 33% θεωρούν ότι κάτι τέτοιο γίνεται σπάνια. Όσον αφορά όμως την άποψη τους για το κάπνισμα των καθηγητών στα διαλείμματα είναι σύμφωνοι όλοι σε ποσοστό 100% ότι καπνίζουν.

Την πρόληψη-ενημέρωση για να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα θεωρούν ως το ιδανικότερο μέτρο κατά του καπνίσματος αφού το 100% των φοιτητών αυτό υποστηρίζουν. Για τη μείωση του καπνίσματος το 41% θεωρεί την πρόληψη-ενημέρωση το ιδανικό μέτρο, 36% θεωρούν την απαγόρευση διαφήμισης, το 17% την αύξηση τιμής και του ορίου ηλικίας για την αγορά του πακέτου και το 6% θεωρεί τα προειδοποιητικά μηνύματα στο πακέτο.

Το 56% ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία 15-16 ετών, το 22% σε ηλικία 17-18 ετών, και το 22% πάνω από 18 ετών. Αναφορικά με την αιτία έναρξης του καπνίσματος το 33% αναφέρει από περιέργεια, το 11% από αντίδραση στην κοινωνία, το 22% από μίμηση φίλων και γονιών και το 33% χωρίς κάποιο συγκεκριμένο λόγο. Οι περισσότεροι φοιτητές έμαθαν να καπνίζουν με φίλους σε ποσοστό **56**%, το 33% έμαθαν μόνοι τους, και το 11% με άλλα άτομα.

Στην προσπάθεια τους να σταματήσουν το κάπνισμα το 67% ένιωσε θετικά συναισθήματα (56% καλύτερα, 11% πολύ καλύτερα) ενώ το 33% ένιωσε άσχημα (22% χειρότερα, 11% πολύ χειρότερα).

Αντιθέτως ένιωσαν θετικά συναισθήματα στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με συχνότερο την καθαρή αναπνοή 50%, καθώς και αίσθημα απελευθέρωσης στο 20%, αίσθηση καθαριότητας στο 20% και αίσθηση να νιώθεις όμορφα σε φόρμα(10%).

Από το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΑΣ** που ήταν πρώην καπνιστές το 25% θεωρούν απίθανο να καπνίσουν στο μέλλον ενώ το 75% δεν είναι σίγουροι.

Το **100**% των φοιτητών που ερωτήθηκαν δεν έχουν κάνει κάποια άλλη χρήση παρά μόνο τσιγάρο.

Στις οικογένειες των μηχανολόγων το 60% καπνίζουν τα αδέρφια, το 20% ο πατέρας καθώς επίσης 20% και η μητέρα.

Οι έντονες μυρωδιές ενοχλούν το **100**% των φοιτητών και μάλιστα από παλιά.

Η άποψη του δείγματος για το κάπνισμα σε ποσοστό 100% θεωρούν ότι βλάπτει και ότι είναι μια κακή συνήθεια Απάντησαν θετικά για το πόσο συχνά ακούνε κατά του καπνίσματος από Μ.Μ.Ε., διαφημίσεις, παρέα, το 75% (50% συχνά, 25% πολύ συχνά) και ένα 25% ακούει πολύ σπάνια.

Αντιθέτως το 75% απάντησε αρνητικά, (25% ποτέ,, 25% πολύ σπάνια 25% σπάνια) στην ερώτηση για το πόσο συχνά ακούνε υπέρ του καπνίσματος και το 25% απάντησε ότι ακούει συνέχεια.

Ερωτήθηκαν για ποιες βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος γνωρίζουν καθώς και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί και το 100% μας απάντησε τη χρόνια βρογχίτιδα, επίσης 100% το καρκίνο πνεύμονα, όπως επίσης και για το παθητικό κάπνισμα 100%. Για τα προβλήματα που δημιουργεί κατα τη διάρκεια της εγκυμοσύνης 75%, το 25% για το έμφραγμα μυοκαρδίου καθώς 50% και για τις δερματοπάθειες κι τέλος ένα 25% για τις αγγειοπάθειες.

Η οικογένεια έρχεται πρώτη στην ενημέρωση κατά του καπνίσματος (50%) ακολουθεί η τηλεόραση με 38% και 12% το σχολείο.

Για το παθητικό κάπνισμα, το 75% θεωρεί ότι είναι κάτι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει ενώ το 25% πιστεύει ότι έχει δικαίωμα και ο καπνιστής. Την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους υποστηρίζουν το 75% ενώ το 25% πιστεύει ότι είναι ρατσιστικό μέτρο κατά των καπνιστών.

Το 50% αναφέρει ότι σπάνια καπνίζουν οι καθηγητές την ώρα του μαθήματος, το 25% ότι καπνίζουν, ενώ το υπόλοιπο 25% απάντησε αρνητικά. Αντίθετα το 100% απάντησε ότι οι καθηγητές καπνίζουν στη διάρκεια του διαλείμματος (75% καπνίζουν, το 25% πάντα).

Η πρόληψη θεωρείται το καλύτερο μέτρο και από τα 100 άτομα του δείγματος μας, ώστε να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα.

Για τη μείωση του καπνίσματος το 60% θεωρούν την πρόληψη-ενημέρωση ως σωστότερο μέτρο, την αύξηση τιμής το 20%, καθώς και τα προειδοποιητικά μηνύματα στα πακέτα το υπόλοιπο 20%.

Το 100% του δείγματος μας ξεκίνησε το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία (17-18) χωρίς κάποιο συγκεκριμένο λόγο. Το 50% έμαθε να καπνίζει με φίλους, το 25% μόνος, ενώ το υπόλοιπο 25% με κάποιο άλλο άτομο.

Στην προσπάθεια να σταματήσουν το κάπνισμα το 100% ένιωσε όμορφα (25% καλύτερα, 75% πολύ καλύτερα). Στις αρνητικές επιπτώσεις αυτής της προσπάθειας, το 75% αναφέρει τη αύξηση βάρους, ενώ το 25% τη νευρικότητα. Αντίθετα οι θετικές επιπτώσεις ήταν καθαρή αναπνοή (50%) και αίσθημα να νιώθεις-όμορφα(50%).

Περιληπτικά, όσον αφορά για το αν θεωρούν πιθανό να καπνίσουν στο μέλλον, οι νοσηλευτές και οι μηχανολόγοι πρώην καπνιστές αντίστοιχα ήταν κατηγορηματικά

αρνητικοί σε ποσοστά 78% και 25% αντίστοιχα, αβέβαιοι σε ποσοστά 11% και 75% αντίστοιχα ενώ ένα ποσοστό 11% των νοσηλευτών είναι βέβαιοι.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
ΟΧΙ	78%	25%
ΝΑΙ	11%	-
ΔΕΝ ΞΕΡΟΥΝ	11%	75%

ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα ερωτήσεων που αφορούν τους καπνιστές νοσηλευτικής και μηχανολογίας.

Από το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ** που είναι εθισμένοι στην καπνιστική συνήθεια θεωρούν πιθανό να συνεχίζουν να καπνίζουν και στο μέλλον συστηματικά το **51**%, δεν ήξεραν να μας απαντήσουν για το τι θα κάνουν στο μέλλον το 28% και 21% θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα στο μέλλον. Το **15**% δεν θα συνεχίσει να καπνίζει στο μέλλον κυρίως για οικονομικούς λόγους, το 4% για αισθητικούς λόγους και 2% διότι το θεωρεί κακή συνήθεια.

Το 75% έχει δοκιμάσει τσιγάρο ενώ ένα 19% εκτός από τσιγάρο έχει κάνει χρήση και κάποιας άλλης ουσίας όπως μαριχουάνα, χασίσι.

Για τις καπνιστικές συνήθειες της οικογένειας τους προκύπτει ότι ο πατέρας είναι καπνιστής σε ποσοστό 38%, η μητέρα 23%, 18% τα αδέρφια, ένα 11% εμφανίζεται να καπνίζουν όλα τα μέλη της οικογένειας και τέλος μόλις 10% δεν καπνίζει κανένα άτομο μέσα σε αυτήν.

Υπάρχει μια ενόχληση στις έντονες μυρωδιές στο 57% των φοιτητών και η ενόχληση αυτή προϋπήρχε στο 46% από παλιά, σε 9% μετά που άρχισαν το κάπνισμα και 2% έπειτα από πνευμονία.

Η άποψη ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία βρίσκει σύμφωνους το 94% ενώ 6% υποστηρίζει το αντίθετο. Παρόλα αυτά το 63% πιστεύει ότι το κάπνισμα αποτελεί μια πολύ κακή συνήθεια, και επιδημία το χαρακτηρίζει το 6%, κληρωτίδα θανάτου το 4%, απόλαυση 25% και μαγκιά το 2%.

Αναφορικά για το πόσο συχνά ακούνε κατά του καπνίσματος προκύπτει ότι 41% ακούει πολύ συχνά, 30% συνέχεια , 21% συχνά, και 4% πολύ σπάνια, και ποτέ 4%.

Αντίθετα υπέρ του καπνίσματος από διάφορα μέσα όπως διαφημίσεις και παρέα δεν ακούει ποτέ το 30%, 31% σπάνια, πολύ σπάνια 26%, 9% ακούει συχνά ενώ ένα 4% ακούει συνέχεια.

Για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί στην υγεία οι φοιτητές μας δήλωσαν ότι γνωρίζουν για τη χρόνια βρογχίτιδα 74%, 47% για το πνευμονικό εμφύσημα, 57% για το έμφραγμα μυοκαρδίου, το 89% για το καρκίνο πνεύμονα, το 38% γνωρίζουν για τις νεοπλασίες που προκαλεί, ενώ ένα μικρό ποσοστό 24% για τις οφθαλμοπάθειες, ένα 49% για τις αγγειοπάθειες, το 30% για το πεπτικό έλκος, το 15% για τα προβλήματα στα μαλλιά, το 32% για τα προβλήματα στο σεξ, το 30% για τις δερματοπάθειες, το 90% για τα προβλήματα στην εγκυμοσύνη, ενώ ένα 81% γνωρίζουν για το παθητικό κάπνισμα

Το σκορ των καπνιστών φοιτητών νοσηλευτικής ήταν 5,3.

Έχουν ενημερωθεί για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος σε ποσοστό 27% από τους γονείς, την τηλεόραση 20%, το υγειονομικό προσωπικό 17%, 14% από τους καθηγητές της σχολής, 11% από το σχολείο, 7% από τα συγγενικά τους πρόσωπα και από εφημερίδες και περιοδικά 3%.

Το παθητικό κάπνισμα θεωρούν ότι είναι κακό γι αυτόν που δεν καπνίζει στο 57%, ενώ πιστεύουν ότι έχει δικαιώματα και ο καπνιστής στο 24%, είναι αδιάφορο στο 13% και στο 6% δεν το θεωρεί σημαντικό πρόβλημα για να ασχοληθεί.

Η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους ως μέτρο για την μείωση της καπνιστικής συνήθειας βρίσκει το 33% να το θεωρούν ρατσιστικό μέτρο ενάντια των καπνιστών ενώ πιστεύουν ότι είναι σωστό μέτρο το 30% και βρίσκεται κάθετα αντίθετο με το μέτρο αυτό το 9%.

Αναφορικά για το αν καπνίζουν οι καθηγητές μέσα στην τάξη την ώρα του μαθήματος το 58% αναφέρει ότι δεν καπνίζουν, το 36% απάντησε ότι συμβαίνει σπάνια, το 4% ότι καπνίζουν συνήθως την ώρα του μαθήματος και 2% ότι οι καθηγητές καπνίζουν πάντα.

Στα διαλείμματα στη σχολή προκύπτει ότι στο 92% καπνίζουν οι καθηγητές, 4% ότι δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, ότι σπάνια καπνίζουν υποστηρίζει το 2%, ενώ ότι πάντα καπνίζουν το 2%.

Ένα μεγάλο ποσοστό 94% πιστεύει ότι καλύτερο μέτρο είναι η πρόληψη για να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα παρά να προσπαθήσει να το διακόψει μετά και 6%, επιπρόσθετα θεωρούν σαν σωστότερο μέτρο για την μείωση του καπνίσματος την απαγόρευση της διαφήμισης 24%, το 32% την πρόληψη και ενημέρωση, την αύξηση τιμής και το όριο ηλικίας για την αγορά πακέτου 22%, το 13% θεωρεί σωστότερο προειδοποιητικά μηνύματα στο πακέτο και τέλος το 9% το ομοιόμορφο πακέτο.

Σε ηλικία κάτω των 10ετών άρχισε το κάπνισμα το 4% όπως επίσης 4% άρχισε το κάπνισμα στην ηλικία των 10-12 ετών και άλλο τόσο στην ηλικία 12-14 ετών. Το 30% ξεκίνησε να καπνίζει στα 15-16 του έτη, το 32% στα 17-18 χρόνων, ενώ το 26% άρχισε πάνω από 18 χρονών.

Καπνίζουν ημερησίως 15-20 τσιγάρα το 55%, 10-15 τσιγάρα το 30%, 5-10 τσιγάρα το 9% και καταναλώνει 1-5 τσιγάρα το 6%. Μέτριας βαρύτητας τσιγάρα καπνίζει το 45%, βαριά τσιγάρα προτιμάει το 30% ενώ το 25% καπνίζει ελαφριά τσιγάρα.

Το 6% των φοιτητών ξοδεύει την εβδομάδα 3€ για την αγορά τσιγάρων, το 2% ξοδεύει 5€, το 88% πάνω απο 5€ τη βδομάδα και ένα 4% δανείζεται απο φίλους.

Αναφορικά με την αιτία έναρξης του καπνίσματος αναφέρεται ότι το 51% των φοιτητών ξεκίνησε το κάπνισμα χωρίς να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος, το 28% από περιέργεια, 11%από μαγκιά, 8% από μίμηση και 2% από αντίδραση στους γονείς και στο σύστημα.

Συνεχίζουν το κάπνισμα στο 49% από συνήθεια, 26% επειδή τους αρέσει και είναι κάτι που τους ευχαριστεί, 15% για την παρέα, 4% επειδή τους έχει γίνει πλέον τρόπος ζωής και ένα 6% για άλλους δικούς τους λόγους.

Στην ερώτηση για το πότε καπνίζουν περισσότερο το 30% απάντησε όταν είναι λυπημένοι, 41%%όταν είναι αγχωμένοι, 18% όταν δεν έχουν με τι να ασχοληθούν, 9% όταν διαβάζουν και 2% όταν είναι χαρούμενοι.

Καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα στη σχολή το 27%, στο σπίτι το 17%, στους χώρους διασκέδασης το 52%, ενώ στο χώρο της δουλειάς το 4% αλλά συνήθως προτιμούν να καπνίζουν στη σχολή το 23%, στο σπίτι το 23%, στους χώρους διασκέδασης το 51% και στη δουλειά το 31%.

Σχετικά με το πως μυήθηκαν στην συνήθεια του καπνίσματος το 49% αναφέρει με φίλους, το 36% μόνοι τους, το 11% με κάποιο άλλο άτομο και το 4% με κάποιο γονέα.

Προσπαθώντας να σταματήσουν το κάπνισμα ένιωσαν αρνητικά το 59% (χειρότερα το 38%, πολύ χειρότερα το 21%), και θετικά το 41% (καλύτερα το 28% και ένα ποσοστό 13% πολύ καλύτερα).

Κύρια ενοχλήματα που ένιωσαν προσπαθώντας ή σταματώντας το κάπνισμα και τα οποία τους οδήγησαν να ξαναρχίσουν ήταν η νευρικότητα στο 57%, ο πονοκέφαλος 17%, η αύξηση βάρους-όρεξης 15% και 11% η υπνηλία. Αντίθετα στα θετικά που ένιωσαν στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος ήταν η αίσθηση καθαριότητας στο 19%, η καθαρή αναπνοή 49%, 21% σε φόρμα-όμορφα και 11% αίσθημα απελευθέρωσης.

Ο καφές και το αλκοόλ προκύπτει να συνδυάζεται απαραίτητα με το τσιγάρο σε ποσοστό 80% και μόνο το 11% δεν συνδυάζει το τσιγάρο με κάτι άλλο, ενώ το 9% αναφέρει ότι προτιμάει να το συνδυάζει με διάφορα πράγματα.

Από το δείγμα των **ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΙΑΣ** παρατηρούμε ότι το 42% θεωρεί πιθανό να καπνίζει συστηματικά στο μέλλον, το 12% απάντησε ότι σχεδιάζει να το κόψει και το 46% είναι αβέβαιο. Το 9% το στηρίζει ότι είναι βλαβερό για την υγεία, ένα 4% ότι είναι κακή συνήθεια, το 2% για αισθητικούς λόγους και το **85**% δεν απάντησαν. Το 93% έχει δοκιμάσει τσιγάρο και μόνο ένα μικρό ποσοστό 7% έχει δοκιμάσει χασίσι.

Το 27% απάντησε ότι καπνίζει στην οικογένεια η μητέρα, το 36% ο πατέρας, το 28% τα αδέρφια και το 9% όλοι. Δεν υπήρχε φοιτητής που να καπνίζει και η οικογένεια του να μην έχει κανένα καπνιστή.

Στην ερώτηση αν τους ενοχλούν οι έντονες μυρωδιές και αν ναι από πότε, το 68% απάντησε θετικά και το32% αρνητικά. Το 4% τους ενοχλεί από όταν άρχισαν το κάπνισμα, το 64% από παλιά και το 32% δεν απάντησαν.

Το 96% θεωρεί ότι το κάπνισμα βλάπτει, ενώ ένα 4% όχι. Το 3% πιστεύει ότι το κάπνισμα είναι επιδημία, το 15% απόλαυση, το 3% μαγκιά, το 72% κακή συνήθεια και το 7% κληρωτίδα θανάτου.

Το 5% μας απάντησε ότι ακούει πολύ σπάνια κατά του καπνίσματος , το 11% ότι ακούει σπάνια, το 36% συχνά, το 25% πολύ συχνά, ενώ ένα 23% συνέχεια. Αντίθετα, για το πόσο συχνά ακούτε υπέρ του καπνίσματος, το 21% μας απάντησε ποτέ, ένα 35% πολύ σπάνια, 16% συχνά το 19% σπάνια, το 4% πολύ συχνά και το 5% συνέχεια.

Για το πόσο ενημερωμένοι είναι για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και τις παθολογικές καταστάσεις που προκαλεί, το 63% απάντησε για την χρόνια βρογχίτιδα, το 39% για πνευμονικό εμφύσημα, το 47% για έμφραγμα του μυοκαρδίου, το 72% για καρκίνο του πνεύμονα, το 14% για νεοπλασίες, το 11% για οφθαλμοπάθειες, το 23% για αγγειοπάθειες, το 14% για πεπτικό έλκος, το 13% για προβλήματα στα μαλλιά, το 42% για προβλήματα στο sex, το 11% για δερματοπάθειες, το 58% για προβλήματα στην εγκυμοσύνη και το 5% για το παθητικό κάπνισμα.

Το σκορ των καπνιστών φοιτητών μηχανολογίας είναι 4,1

Έχουν ενημερωθεί το 31% από την τηλεόραση, το 25% από τους γονείς, το 11% από συγγενικά πρόσωπα., το 4% από τους καθηγητές της σχολής, το 15% από το υγειονομικό προσωπικό, το 11% από το σχολείο και το 3% από άλλους.

Το 81% πιστεύει ότι το παθητικό κάπνισμα είναι κακό για αυτόν που δεν καπνίζει, το 7% του είναι αδιάφορο και το 12% απάντησε ότι έχει δικαίωμα και ο καπνιστής.

Την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους υποστηρίζει το 23%, το 40% ότι είναι σωστό, το 12% ότι είναι λάθος και το 25% ότι είναι ρατσιστικό μέτρο κατά των καπνιστών.

Στην ερώτηση αν καπνίζουν οι καθηγητές στην τάξη την ώρα του μαθήματος, το 15% απάντησε θετικά, το 43% αρνητικά, το 39% σπάνια και το 2% ότι καπνίζουν πάντα. Αντίθετα για το αν καπνίζουν οι καθηγητές στην σχολή τα διαλείμματα, το 78% απάντησε θετικά, το 4% αρνητικά, το 11% σπάνια και το 7% πάντα.

Το 89% πιστεύει ότι καλύτερο είναι η πρόληψη για να μην αρχίσει κανείς το κάπνισμα, ενώ ένα 11% πιστεύει ότι είναι καλύτερη η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μετά.

Για την μείωση του καπνίσματος σωστότερο μέτρο θεωρούν την απαγόρευση της διαφήμισης (18%), ομοιόμορφο πακέτο (1%), την πρόληψη-ενημέρωση (41%), την αύξηση της τιμής (29%) και τα προειδοποιητικά μηνύματα στο πακέτο (11%).

Σε ηλικία κάτω των 10 ετών άρχισε το κάπνισμα το 2%, όπως επίσης 2% σε ηλικία 10-12ετών, το 7% σε ηλικία 12-14, το 34% σε ηλικία 15-16, το 30% σε ηλικία 17-18 και το 25% πάνω από 18.

Καπνίζουν ημερησίως, το 5% 1-5 τσιγάρα, το 4% 5-10 τσιγάρα, το 21% 10-15 τσιγάρα, το 59% 15-20τσιγάρα και το 11% περιστασιακά. Το 35% καπνίζει ελαφριά τσιγάρα, το 30% βαριά ενώ το 25% μέτριας βαρύτητας.

Αναφορικά με την αιτία έναρξης του καπνίσματος αναφέρεται ότι το 28% ξεκίνησε από περιέργεια, το 4% από αντίδραση (στους γονείς, στο σύστημα), το 9% από μίμηση, το 7% από μαγκιά και 52% χωρίς συγκεκριμένο λόγο.

Το 63% μας απάντησε ότι συνεχίζει να καπνίζει από συνήθεια, το 7% επειδή καπνίζει η παρέα, το 18% επειδή του αρέσει, το άλλο 7% το θεωρεί τρόπο ζωής και το 5% για κάποιο άλλο λόγο.

Στην ερώτηση για το πότε καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα το 35% απάντησε όταν είναι λυπημένοι, το 4% όταν είναι χαρούμενοι, το 42% όταν είναι αγχωμένοι, το 19% όταν δεν έχουν τι να κάνουν.

Το 25% μας απάντησε ότι καπνίζει περισσότερο στη σχολή, το 33% στο σπίτι, το 7% στη δουλειά, και το 35% σε χώρους διασκέδασης. Το 12% απάντησε ότι καπνίζουν περισσότερο τσιγάρα στη σχολή, το 19% στο σπίτι, το 11% στη δουλειά, το 58% σε χώρους διασκέδασης.

Το 9% των φοιτητών ξοδεύει 3€ την εβδομάδα για την αγορά πακέτου, το 7% 5€ για τα τσιγάρα, το 77% πάνω από 5€ και το 7% κάνουν τράκα.

Σχετικά με το πως μιμήθηκαν στην συνήθεια του καπνίσματος το 46% αναφέρει μόνο του, το 48% με φίλους, το 2% με κάποιο γονέα και το 4% με κάποιο άλλο άτομο.

Προσπαθώντας να σταματήσουν το κάπνισμα ένιωσαν αρνητικά το 35% (21% χειρότερα, το 14% πολύ χειρότερα), και θετικά το 65% (37% καλύτερα και 28% πολύ καλύτερα). Κύριο ενόχλημα που ένιωσαν προσπαθώντας να διακόψουν το κάπνισμα και τους οδήγησε να ξαναρχίσουν ήταν στο 65% νευρικότητα, στο 23% αύξηση της όρεξης, στο 5% υπνηλία και στο 7% πονοκέφαλος. Αντίθετα θετικές επιπτώσεις της διακοπής του καπνίσματος ήταν στο 7% αίσθημα απελευθέρωσης, στο 47% καθαρή αναπνοή, στο 16% καθαριότητα και στο 30% ότι ήταν σε φόρμα.

Το 85% μας απάντησε ότι συνδυάζει το τσιγάρο με καφέ ή αλκοόλ, το 4% με κάτι άλλο ενώ το 11% δεν το συνδυάζει.

Περιληπτικά, οι νοσηλευτές καπνίζουν περισσότερο (44%) σε σύγκριση με τους μηχανολόγους (57%). Επίσης περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι θα καπνίζουν συστηματικά και στο μέλλον σε σχέση με τους φοιτητές μηχανολογίας (51% και 42%

αντίστοιχα) και είναι και λιγότερο αβέβαιοι (28% και 46% αντίστοιχα). Δεν υπήρχε φοιτητής μηχανολογίας που να καπνίζει και η οικογένεια του να μην έχει καπνιστή.

Οι νοσηλευτές δίνουν λιγότερη σημασία στην ενημέρωση και περισσότερη στην απαγόρευση της διαφήμισης και την αύξηση της τιμής του τσιγάρου.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
Πρόληψη-Ενημέρωση	32%	41%
Απαγόρευση Διαφήμισης	24%	0%
Αύξηση τιμής	22%	29%

Άρχισαν σε παρόμοιες ηλικίες το κάπνισμα. Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 30% στην ηλικία των 15-16 ετών, 32% στην ηλικία 17-18 ετών και 26% πάνω από 18 ετών, συγκριτικά με τους μηχανολόγους οι οποίοι άρχισαν το κάπνισμα σε ποσοστό 34% στην ηλικία των 15-16 ετών, 30% στην ηλικία των 17-18 ετών και 25% πάνω από 18 ετών.

Επίσης καπνίζουν παρόμοια ως προς τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνουν ημερησίως.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
15-20 ΤΣΙΓΑΡΑ	55%	59%
10-15 ΤΣΙΓΑΡΑ	30%	21%

Στους νοσηλευτές το 45% προτιμάει τα μέτριας βαρύτητας τσιγάρα, 30% τα βαριά και 25% τα ελαφριά τσιγάρα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στους μηχανολόγους είναι 25%, 40%, 35%.

Οι νοσηλευτές ξεκίνησαν το κάπνισμα χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος σε ποσοστό 51% και 28% από περιέργεια. Το ίδιο ισχύει και για τους μηχανολόγους (52% και 28% αντίστοιχα).

Οι φοιτητές νοσηλευτές συνεχίζουν το κάπνισμα 49% από συνήθεια, και 26% επειδή τους αρέσει, ενώ οι μηχανολόγοι τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 63% και 18%.

Καπνίζουν παρόμοια σε σχέση με την συναισθηματική τους κατάσταση και την απασχόληση τους.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
ΑΓΧΩΜΕΝΟΙ	41%	42%
ΛΥΠΗΜΕΝΟΙ	30%	35%
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΤΙ ΝΑ ΚΑΝ	18%	19%

Σχετικά με το πως μυήθηκαν στην συνήθεια του καπνίσματος το 49% των νοσηλευτών αναφέρει με φίλους και το 36% μόνοι τους και παρόμοια οι μηχανολόγοι (48% και 46% αντιστοίχως).

Για τους νοσηλευτές τα ενοχλήματα που τους οδήγησαν να ξαναρχίσουν το κάπνισμα μετά από απόπειρα διακοπής ήταν νευρικότητα (57%), πονοκέφαλος (17%) και αύξηση βάρους (15%). Για τους μηχανολόγους νευρικότητα (65%), αύξηση βάρους (23%) και πονοκέφαλος (7%)

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΙ
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ	57%	65%
ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ	17%	7%
ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	15%	23%

Στις θετικές επιπτώσεις απόπειρας διακοπής αναφέρουν οι νοσηλευτές την καθαρή αναπνοή (49%), φόρμα-ευεξία (21%), και αίσθημα καθαριότητας (19%) Ομοίως και αντίστοιχα για τους μηχανολόγους 47%, 30% και 16%

Οι φοιτητές συνδυάζουν με κάτι το κάπνισμα κυρίως αλκοόλ και καφέ. Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 80% και οι μηχανολόγοι 85%. Λιγοστοί δεν το συνδυάζουν 11%, και 11% αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θα περίμενε κανείς ότι οι φοιτητές του τμήματος νοσηλευτικής θα κάπνιζαν σε ένα αρκετά χαμηλότερο ποσοστό από ότι οι φοιτητές του τμήματος μηχανολογίας, πράγμα το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν πιο ευρεία ενημέρωση για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος από ότι οι μηχανολόγοι και στο ότι στη σχολή νοσηλευτικής υπερτερεί το γυναικείο φύλλο σε σχέση με την σχολή μηχανολογίας όπου υπερτερεί το ανδρικό. Από την εργασία μας όμως προκύπτει ότι τα ποσοστά των καπνιστών μηχανολόγων και νοσηλευτών δεν παρουσιάζουν μεγάλη διαφορά. (47% και 57% αντίστοιχα).

Από αυτούς μόνο ένα 13% των μηχανολόγων είναι περισσότερο εθισμένοι στην καπνιστική συνήθεια. Το γεγονός αυτό όμως μπορούμε να το δικαιολογήσουμε στο ότι τι τμήμα της μηχανολογίας απαρτίζεται στην πλειοψηφία του απο άντρες που είναι γνωστό ότι καπνίζουν περισσότερο.

Όσον αφορά την ενημέρωση για τις βλαπτικές συνήθειες του καπνίσματος από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι και οι δύο ομάδες του δείγματος μας, έχουν ενημερωθεί κατά κύριο λόγο από τους γονείς και την τηλεόραση, γεγονός το οποίο αποδεικνύει για άλλη μια φορά την άποψη ότι τα δυο αυτά παραπάνω μέσα έχουν την δύναμη να ενημερώσουν και να επηρεάσουν αρκετά το άτομο σε διάφορα θέματα.

Ως σωστότερο μέτρο για την μείωση της καπνιστικής συνήθειας και οι δύο ομάδες της έρευνας μας, υποστηρίζουν σε μεγάλο ποσοστό την πρόληψη-ενημέρωση και πόσο σημαντική μπορεί να αποδειχθεί αυτή για την αποφυγή παθολογικών συνηθειών.

Σχετικά με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, προκύπτει ότι οι φοιτητές της μηχανολογίας ξεκίνησαν το κάπνισμα σε παρόμοια ηλικία με τους φοιτητές της νοσηλευτικής, ενώ θα περίμενε κανείς οι μηχανολόγοι να έχουν ξεκινήσει νωρίτερα διότι το τμήμα τους απαρτίζεται κυρίως από αγόρια .

Οι φοιτητές μηχανολόγοι δείχνουν προτίμηση στα βαριά τσιγάρα σε σχέση με τους φοιτητές νοσηλευτικής οι οποίοι προτιμούν τα μέτριας βαρύτητας. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο ως προς την προτίμηση των βαριών τσιγάρων για τους μηχανολόγους και αυτό γιατί είναι άντρες.

Βέβαια η προτίμηση που δείχνουν οι νοσηλευτές για το είδος των τσιγάρων μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος.

Οι σημερινοί έφηβοι είναι φανερό ότι επηρεάζονται και παρασύρονται σημαντικά απο τον κοινωνικό τους περίγυρο. Αυτό φαίνεται και στις δυο ομάδες του δείγματος μας, αφού καταλυτική υπήρξε η επιρροή-επίδραση των φίλων στην υιοθέτηση της καπνιστικής συνήθειας.

Κύριο ενόχλημα που ένιωσαν προσπαθώντας ή σταματώντας το κάπνισμα το οποίο και τους οδήγησε να το ξαναρχίσουν, για τους νοσηλευτές υπήρξε η νευρικότητα ενώ για τους μηχανολόγους η αύξηση βάρους.

Λαμβάνοντας υπόψη μας το ποσοστό των γυναικών που φοιτούν στην νοσηλευτική σχολή, θα περιμέναμε ότι η αιτία για την επανέναρξη του καπνίσματος δεν θα ήταν η νευρικότητα αλλά η πιθανή αύξηση βάρους μετά την διακοπή του, όμως τα αποτελέσματα το διαψεύδουν και αυτό αποδίδεται στην ενημέρωση που υπάρχει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Ρηγάτος Γ. Α. ΄΄ Η Χρήση Του Καπνού Του Τσιγάρου

2) Μια Ιστορική Προσέγγιση ΄΄ Ιατρική 54 (παράρτημα) 12 – 19, 1988

3) Βαλαβανίδης Α. Π. ΄΄ Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου ΄΄ Ιατρική 54 (παράρτημα) 20 - 27, 1988

4) Δόσιος Θ. Ι. ΄΄ Κάπνισμα Και Καρκίνος ΄΄ Ιατρική 54 (παράρτημα) 28 – 34, 1988

5) Ζαχαρούλης Α. ΄΄ Κάπνισμα Και Καρδιαγγειακές Παθήσεις ΄΄ Ιατρική 54 (παράρτημα) 41 - 44, 1988

6) Βελσεμές Μ. ΄΄Παθητικό Κάπνισμα Και Υγεία ΄΄Ιατρική 54 (παράρτημα) 44 - 48, 1988

7) Παπαγρηγορίου - Θεοδωρίδου Μ. ‘’ Η Υγεία Του Παιδιού Και Του Παθητικό Κάπνισμα ‘’ Ιατρική 54 (παράρτημα) 49 – 53, 1988

8) Αθανασούλη Θ. ΄΄Η Επίδραση Του Καπνού Και Του Καπνίσματος Στη Στοματική Υγεία ΄΄ Ιατρική 54 (Παράρτημα) 54 – 57, 1988

9) Κατσούλη Ε. ΄΄ Κάπνισμα Και Αναισθησία ΄΄ Ιατρική 54 (Παράρτημα) 58 - 64, 1988

10) Κοκκέβη Α. Και Στεφανής Κ. ΄΄Το Κάπνισμα Και Οι Ψυχοκοινωνικοί Συντελεστές Του ΄΄ Ιατρική 54 (Παράρτημα) 65 - 72, 1988

11) Μαρσέλος Μ. Και Φραγκίδης Χ. ΄΄ Κάπνισμα : Απλή Συνήθεια Ή Φαρμακευτική Εξάρτηση; ΄΄ Ιατρική 54 (Παράρτημα) 73 - 79, 1988

12) Μπιλάλης Π. ΄΄ Πρόληψη Του Καπνίσματος : Αγωγή Υγείας Για Παιδιά Και Για Νέους ΄΄ Παιδιατρικά Χρονικά 17,3 : 187 – 191, 1990

13) Acta Paed. 84 : 118 - 121 , 1995. ΄΄ Επιδράσεις Καπνίσματος Στο Έμβρυο ΄΄

14) John B. West M.D, Ph D ΄΄ Παθοφυσιολογία Των Νοσημάτων Του Πνεύμονα ΄΄ Εκδόσεις Παρισιανός 1993

15) Τούτουζας Π. Και Μπουτούλας Χ. ΄΄ Καρδιακές Παθήσεις ΄΄

16) Εκδόσεις Παρισιανος 1992

17) Dr Stephen Carroll - Dr Tony Smith ‘’ Σύγχρονος Ιατρικός Οδηγός ΄΄ Ζωή Και Υγεία ‘’ Τόμος 1ος

18) Adriansee H, Van Reek J, Zandbelt L, Evers G. Nurses’ smoking worldwide. A review of 73 surveys on nurses’ tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988. Int J Nurs Stud 1991: 28(4):361-375

19) US Department of Health and Human Services. Healthy people 2000. National health promotion and disease prevention objectives: Full report, with commentary. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, Center for Chronic Disease Prevention and Health Prevention, Office on Smoking and Health, 1991 DDHS Publication No (CDC) 91-50212

20) Arciti R, Doglio B, Gipponi M, Badellino F, Santi L. Indagine singling atteggiamenti e sulle abitudini al fumo degli allievi delle Scuole per Infermieri Professionali. Minerva Medica 1988 79:467-471

21) Boccoli E, Federici A, Melani AS, DePaola E. Results of a questionnaire about nurse students’ smoking habits and knowledge in an Italian Teaching School of Nursing. Eur J Epidemiol 1996 12: 1-3

22) Hillier S. Nurses’ smoking abits. Postgrad Med J 1973 49:693-694

23) Carmichael A, Cockroft A. Survey of student nurses' smoking habits in a London teaching hospital. Respir Med 1990 84:277-282

24) Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackbill R, et al. Trents in cigarette smoking among US physicians and nurses'. JAMA 1994 16:1273-5

25) Hay DR. Cigarette by New Zealand doctors and nurses: results from the 1996 population census. N Z Med J 1998 111:102-5

26) Nielsen PE Falk J, Skovgaard Danielsen U. Smoking habits and attitudes towards the tobacco issue among health professionals in Denmark in 1996. Ugeskr Loeger 2000 162:4140-4

27) O' Connor AM, Harrison M. Survey of smoking prevalence among Canadian nursing students and registered nurses. Can J Public Health 1992 6:417-21

28) Pontoppidan B, Wiberg M, Madsen M. A quarter of students smokes daily. Sygeplejersken 1996 1:6-9

29) Nonpublished investigation of smoking habits among student nurses 1998. Copenhagen: tobacco Council, 21 April 1999.

30) Kathy Rowe, Jill Macleod Clark. Why nurses smoke: a review of the literature. International journal of Nursing Studies 37: (2000) 173-181.

31) Kathy Rowe PhD Bsc RGN RNT DipN AdvDipEduc Lecturer. The incident of smoking among nurses: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 2000, 31(5), 1046-1053

32) D.NACHTIGAL+S.RISHPON & L.M. EPSTEIN. Smoking among medical and engineering students.Medical Education, 1989,23,196-200

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ