



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: Κοινωνικής Εργασίας

Τίτλος Πτυχιακής Εργασίας: Αρνητικές συμπεριφορές υγείας (χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών) των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε δείγμα του Δήμου Ηρακλείου.



Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Κούτρα Κλειώ
Επιμέλεια Εργασίας: Οικονόμου Παρασκευή
Φακάρου Λεμονιά

Ηράκλειο 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευρετήριο Πινάκων	3-11
Εισαγωγή	12

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Εγκυμοσύνη

1.1. Η εγκυμοσύνη στη ζωή της γυναίκας	13
1.2. Επιπτώσεις της εγκυμοσύνης.....	16
1.3. Η συμπεριφορά της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	22
1.4. Η οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον της εγκυμονούσας	26

Κεφάλαιο 2^ο

Αρνητικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

2.1. Κάπνισμα	30
2.1.1. Λόγοι χρήσης τσιγάρου	34
2.1.2. Επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβryo και την εγκυμονούσα	36
2.2. Αλκοόλ.....	39
2.2.1. Λόγοι χρήσης αλκοόλ	44
2.2.2. Επιπτώσεις του αλκοόλ στο έμβryo και την εγκυμονούσα.....	49
2.3. Εξαρτησιογόνες ουσίες	53
2.3.1. Λόγοι χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών	60
2.3.2. Επιπτώσεις ουσιών στο έμβryo και την εγκυμονούσα.....	66

Κεφάλαιο 3^ο

Ο πατέρας στην εγκυμοσύνη

3.1. Πατέρας και εγκυμοσύνη.....	71
3.2. Η επίδραση του εθισμένου πατέρα	74

Κεφάλαιο 4^ο

Πρόληψη και Αντιμετώπιση

4.1. Η πρόληψη στην χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.....	77
4.1.1. Προγράμματα πρόληψης στην χώρα μας	83
4.2. Η αντιμετώπιση στην χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών	87
4.2.1. Ειδικά Προγράμματα για Εξαρτημένες Μητέρες.....	90

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5^ο

Μεθοδολογία Έρευνας

5.1. Σκοπός της έρευνας	93
5.2 Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων.....	95

Κεφάλαιο 6^ο

Αποτελέσματα

6.1. Περιγραφική Στατιστική.....	97
6.2. Συσχετίσεις	107
6.3. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.....	109

Κεφάλαιο 7^ο

Συζήτηση και Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση.....	110
7.2 Συμπεράσματα	114
7.3 Προτάσεις	116

Βιβλιογραφία	118
---------------------------	------------

Παράρτημα	123
------------------------	------------

Ευρετήριο Διαγραμμάτων και Πινάκων

Διαγράμματα

Τομέας Α'. Δημογραφικά Στοιχεία

Διάγραμμα 1°. Ηλικία συμμετεχόντων	124
Διάγραμμα 2°. Επίπεδο μόρφωσης συμμετεχόντων	124
Διάγραμμα 3°. Εργασία συμμετεχόντων.....	124
Διάγραμμα 4°. Επάγγελμα συμμετεχόντων	125
Διάγραμμα 5°. Εργασία πριν την εγκυμοσύνη.....	125
Διάγραμμα 6°. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων	125
Διάγραμμα 7°. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	126
Διάγραμμα 8°. Διαμονή με πατέρα του αγέννητου παιδιού.....	126
Διάγραμμα 9°. Επάγγελμα του πατέρα του αγέννητου παιδιού.....	126
Διάγραμμα 10°. Οικονομική στήριξη	127
Διάγραμμα 11°. Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του αγέννητου παιδιού.....	127
Διάγραμμα 12°. Χώρος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου.....	127
Διάγραμμα 13°. Παρακολούθηση από ειδικό γιατρό.....	128
Διάγραμμα 14°. Μήνας εγκυμοσύνης.....	128
Διάγραμμα 15°. Επιθυμητή εγκυμοσύνη	128
Διάγραμμα 16°. Πρώτη εγκυμοσύνη	129
Διάγραμμα 17°. Αριθμός κυήσεων	129
Διάγραμμα 18°. Απότομη διακοπή εγκυμοσύνης.....	129
Διάγραμμα 19°. Αριθμός διακοπών εγκυμοσύνης.....	130
Διάγραμμα 20°. Πρόωρη γέννηση	130
Διάγραμμα 21°. Σωματικό βάρος.....	130
Διάγραμμα 22°. Αριθμός παιδιών	131
Διάγραμμα 23°. Ομαλή εγκυμοσύνη	131
Διάγραμμα 24°. Επιπλοκές	131
Διάγραμμα 25°. Μήνας αντίληψης εγκυμοσύνης.....	132
Διάγραμμα 26°. Κάπνισμα αυτή τη περίοδο.....	132
Διάγραμμα 27°. Περιγραφή για κάπνισμα.....	132
Διάγραμμα 28°. Κάπνισμα πατέρα του αγέννητου παιδιού.....	133

Τομέας Β'. Συμπληρώνεται από καπνίστριες

Διάγραμμα 29°. Ηλικία καπνίσματος	133
Διάγραμμα 30°. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα	133
Διάγραμμα 31°. Συχνότητα καπνίσματος	134
Διάγραμμα 32°. Κάπνισμα περισσότερο (1)	134
Διάγραμμα 33°. Κάπνισμα περισσότερο (2)	134
Διάγραμμα 34°. Λόγοι συνέχισης καπνίσματος.....	135
Διάγραμμα 35°. Προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος.....	135
Διάγραμμα 36°. Ενέργειες προσπάθειας διακοπής	135
Διάγραμμα 37°. Πρέπει το κάπνισμα να διακοπεί;	136
Διάγραμμα 38°. Λόγοι διακοπής.....	136

Τομέας Γ'. Συμπληρώνεται από μη καπνίστριες

Διάγραμμα 39°. Κάπνισμα τσιγάρου γενικά.....	136
Διάγραμμα 40°. Περιγραφή συναισθημάτων για κάπνισμα	137
Διάγραμμα 41°. Διαμονή με άτομα που καπνίζουν	137
Διάγραμμα 42°. Καπνίζουν μπροστά σας.....	137
Διάγραμμα 43°. Ενόχληση από καπνό.....	138
Διάγραμμα 44°. Λόγοι ενόχλησης	138
Διάγραμμα 45°. Ενθάρρυνση για κάπνισμα.....	138

Τομέας Δ'. Συμπληρώνεται από πρώην καπνίστριες

Διάγραμμα 46°. Ηλικία έναρξης καπνίσματος	139
Διάγραμμα 47°. Χρόνια καπνίσματος.....	139
Διάγραμμα 48°. Πριν πόσο καιρό σταματήσατε το κάπνισμα.....	139
Διάγραμμα 49°. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα	140
Διάγραμμα 50°. Περιγραφή διακοπής.....	140
Διάγραμμα 51°. Λόγοι διακοπής καπνίσματος	140
Διάγραμμα 52°. Βοήθεια για διακοπή καπνίσματος.....	141
Διάγραμμα 53°. Κάπνισμα ξανά	141
Διάγραμμα 54°. Λόγοι καπνίσματος ξανά	141

Τομέας Ε'. Χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών

Διάγραμμα 55°. Κατανάλωση αλκοόλ.....	142
Διάγραμμα 56°. Κατανάλωση αλκοόλ αυτή τη περίοδο.....	142
Διάγραμμα 57°. Κατανάλωση αλκοόλ την εβδομάδα	142
Διάγραμμα 58°. Κατανάλωση αλκοόλ το Σαβ/κο.....	143
Διάγραμμα 59°. Λιγότερη κατανάλωση.....	143
Διάγραμμα 60°. Άσκηση κριτικής για κατανάλωση αλκοόλ.....	143
Διάγραμμα 61°. Ενοχές για κατανάλωση αλκοόλ	144
Διάγραμμα 62°. Κατανάλωση αλκοόλ πρώτες πρωινές ώρες.....	144
Διάγραμμα 63°. Κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα μαζί	144
Διάγραμμα 64°. Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα του αγέννητου παιδιού...	145
Διάγραμμα 65°. Κατανάλωση αλκοόλ την εβδομάδα από πατέρα.....	145
Διάγραμμα 66°. Χρήση ναρκωτικών ουσιών.....	145
Διάγραμμα 67°. Χρήση εισπνεόμενων ουσιών.....	146
Διάγραμμα 68°. Εισπνεόμενη ουσία	146
Διάγραμμα 69°. Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα.....	146
Διάγραμμα 70°. Ναρκωτική ουσία από πατέρα.....	147

Τομέας ΣΤ'. Βασικές γνώσεις

Διάγραμμα 71°. Επιπτώσεις καπνίσματος στην εγκυμονούσα	147
Διάγραμμα 72°. Επιπτώσεις	147
Διάγραμμα 73°. Επιπτώσεις καπνίσματος στο έμβρυο.....	148
Διάγραμμα 74°. Επιπτώσεις	148
Διάγραμμα 75°. Πόσο βλαβερό το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.....	148
Διάγραμμα 76°. Παθητικό κάπνισμα	149
Διάγραμμα 77°. Κάπνισμα στο μωρό αφού γεννηθεί	149
Διάγραμμα 78°. Νικοτίνη εθίζει.....	149
Διάγραμμα 79°. Νικοτίνη περνά στο έμβρυο	150
Διάγραμμα 80°. Αποβολή από κάπνισμα.....	150
Διάγραμμα 81°. Αργή ανάπτυξη εμβρύου από κάπνισμα.....	150
Διάγραμμα 82°. Χαμηλό βάρος γέννησης από κάπνισμα.....	151
Διάγραμμα 83°. Πρόωρη γέννα από κάπνισμα	151
Διάγραμμα 84°. Αιμορραγία στον πλακούντα από κάπνισμα	151
Διάγραμμα 85°. Τερατογέννεση από κάπνισμα.....	152

Διάγραμμα 86°. Θάνατος παιδιού από κάπνισμα	152
Διάγραμμα 87°. Πρόβλημα ανάπτυξης του πνεύμονα από κάπνισμα	152
Διάγραμμα 88°. Αργή εγκεφαλική ανάπτυξη από κάπνισμα.....	153
Διάγραμμα 89°. Μαθησιακά προβλήματα από κάπνισμα.....	153
Διάγραμμα 90°. Αναπνευστικά προβλήματα από κάπνισμα	153

Πίνακες Συσχετίσεων

Πίνακας 1: Ηλικία με κάπνισμα	154
Πίνακας 2: Επίπεδο μόρφωσης με κάπνισμα.....	154
Πίνακας 3: Εργασία με κάπνισμα	154
Πίνακας 4: Επάγγελμα με κάπνισμα.....	154
Πίνακας 5: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με κάπνισμα.....	155
Πίνακας 6: Οικονομική κατάσταση και κάπνισμα	155
Πίνακας 7: Οικογενειακή κατάσταση και κάπνισμα	155
Πίνακας 8: Διαμονή με πατέρα και κάπνισμα	155
Πίνακας 9: Οικονομική στήριξη με κάπνισμα.....	155
Πίνακας 10: Επάγγελμα πατέρα με κάπνισμα	156
Πίνακας 11: Μόρφωση πατέρα με κάπνισμα	156
Πίνακας 12: Ηλικία και κατανάλωση αλκοόλ.....	156
Πίνακας 13: Επίπεδο μόρφωσης με κατανάλωση αλκοόλ	157
Πίνακας 14: Εργασία με κατανάλωση αλκοόλ.....	157
Πίνακας 15: Επάγγελμα με κατανάλωση αλκοόλ.....	157
Πίνακας 16: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με κατανάλωση αλκοόλ.....	157
Πίνακας 17: Οικονομική κατάσταση με αλκοόλ.....	157
Πίνακας 18: Οικογενειακή κατάσταση με κατανάλωση αλκοόλ	158
Πίνακας 19: Διαμονή με πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ	158
Πίνακας 20: Επάγγελμα πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ.....	158
Πίνακας 21: Οικονομική στήριξη με κατανάλωση αλκοόλ.....	158
Πίνακας 22: Μόρφωση πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ	159
Πίνακας 23: Χώρος συμπλήρωσης με κατανάλωση αλκοόλ.....	159
Πίνακας 24: Παρακολούθηση από γιατρό με κατανάλωση αλκοόλ.....	159
Πίνακας 25: Ηλικία με χρήση εισπνεόμενων	159
Πίνακας 26: Επίπεδο μόρφωσης με χρήση εισπνεόμενων	159

Πίνακας 27: Εργασία με χρήση εισπνεόμενων	159
Πίνακας 28: Επάγγελμα με χρήση εισπνεόμενων	160
Πίνακας 29: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με χρήση εισπνεόμενων.....	160
Πίνακας 30: Οικονομική κατάσταση με χρήση εισπνεόμενων	160
Πίνακας 31: Οικογενειακή κατάσταση με χρήση εισπνεόμενων	160
Πίνακας 32: Διαμονή με πατέρα με χρήση εισπνεόμενων	160
Πίνακας 33: Επάγγελμα πατέρα με χρήση εισπνεόμενων	161
Πίνακας 34: Οικονομική στήριξη με χρήση εισπνεόμενων	161
Πίνακας 35: Μόρφωση πατέρα με χρήση εισπνεόμενων	161
Πίνακας 36: Χώρος συμπλήρωσης με χρήση εισπνεόμενων	161
Πίνακας 37: Παρακολούθηση από γιατρό με χρήση εισπνεόμενων	162
Πίνακας 38: Ηλικία με αρνητικό αποτέλεσμα καπνίσματος στην εγκυμονούσα.....	162
Πίνακας 39: Ηλικία με αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	162
Πίνακας 40: Ηλικία με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	162
Πίνακας 41: Ηλικία με παθητικό κάπνισμα.....	162
Πίνακας 42: Ηλικία με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση.....	163
Πίνακας 43: Επίπεδο μόρφωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	163
Πίνακας 44: Επίπεδο μόρφωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	163
Πίνακας 45: Επίπεδο μόρφωσης με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	163
Πίνακας 46: Επίπεδο μόρφωσης με παθητικό κάπνισμα.....	164
Πίνακας 47: Επίπεδο μόρφωσης με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	164
Πίνακας 48: Εργασία με αρνητικό αποτέλεσμα καπνίσματος στην εγκυμονούσα ..	164
Πίνακας 49: Εργασία με αρνητικό αποτέλεσμα του καπνίσματος στο έμβρυο	164
Πίνακας 50: Εργασία με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	164
Πίνακας 51: Εργασία με το παθητικό κάπνισμα.....	164
Πίνακας 52: Εργασία με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	165
Πίνακας 53: Επάγγελμα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα.....	165
Πίνακας 54: Επάγγελμα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	165
Πίνακας 55: Επάγγελμα με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	165

Πίνακας 56: Επάγγελμα με παθητικό κάπνισμα.....	166
Πίνακας 57: Επάγγελμα με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση.....	166
Πίνακας 58: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα.....	166
Πίνακας 59: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	166
Πίνακας 60: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	167
Πίνακας 61: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το παθητικό κάπνισμα.....	167
Πίνακας 62: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	167
Πίνακας 63: Οικονομική κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	167
Πίνακας 64: Οικονομική κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	167
Πίνακας 65: Οικονομική κατάσταση με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	168
Πίνακας 66: Οικονομική κατάσταση με παθητικό κάπνισμα.....	168
Πίνακας 67: Οικονομική κατάσταση με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	168
Πίνακας 68: Οικογενειακή κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα.....	168
Πίνακας 69: Οικογενειακή κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	168
Πίνακας 70: Οικογενειακή κατάσταση με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	169
Πίνακας 71: Οικογενειακή κατάσταση με παθητικό κάπνισμα.....	169
Πίνακας 72: Οικογενειακή κατάσταση με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	169
Πίνακας 73: Διαμονή με πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	169
Πίνακας 74: Διαμονή με πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	170
Πίνακας 75: Διαμονή με πατέρα με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	170
Πίνακας 76: Διαμονή με πατέρα με παθητικό κάπνισμα.....	170

Πίνακας 77: Διαμονή με πατέρα με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	170
Πίνακας 78: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	170
Πίνακας 79: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	171
Πίνακας 80: Επάγγελμα πατέρα με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	171
Πίνακας 81: Επάγγελμα πατέρα με παθητικό κάπνισμα	171
Πίνακας 82: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα επηρεάζει μετά τη γέννηση	172
Πίνακας 83: Οικονομική στήριξη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	172
Πίνακας 84: Οικονομική στήριξη με αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	172
Πίνακας 85: Οικονομική κατάσταση με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	172
Πίνακας 86: Οικονομική στήριξη με παθητικό κάπνισμα.....	173
Πίνακας 87: Οικονομική στήριξη με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	173
Πίνακας 88: Μόρφωση πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα.....	173
Πίνακας 89: Μόρφωση πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	173
Πίνακας 90: Μόρφωση πατέρα με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	173
Πίνακας 91: Μόρφωση πατέρα με το παθητικό κάπνισμα.....	174
Πίνακας 92: Μόρφωση πατέρα με αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	174
Πίνακας 93: Χώρος συμπλήρωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	174
Πίνακας 94: Χώρος συμπλήρωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο.....	174
Πίνακας 95: Χώρος συμπλήρωσης με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα.....	174
Πίνακας 96: Χώρος συμπλήρωσης με παθητικό κάπνισμα.....	175
Πίνακας 97: Χώρος συμπλήρωσης με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση.	175
Πίνακας 98: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα.....	175

Πίνακας 99: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	175
Πίνακας 100: Παρακολούθηση από γιατρό με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα ...	175
Πίνακας 101: Παρακολούθηση από γιατρό με παθητικό κάπνισμα.....	175
Πίνακας 102: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	176
Πίνακας 103: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης.....	176
Πίνακας 104: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με χώρο συμπλήρωσης.	176
Πίνακας 105: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης.....	176
Πίνακας 106: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από τον πατέρα σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης.....	176
Πίνακας 107: Κάπνισμα τώρα με παρακολούθηση από γιατρό	176
Πίνακας 108: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με παρακολούθηση από γιατρό	176
Πίνακας 109: Χρήση εισπνεόμενων με παρακολούθηση από γιατρό	177
Πίνακας 110: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με παρακολούθηση από γιατρό	177
Πίνακας 111: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με επιθυμητή εγκυμοσύνη	177
Πίνακας 112: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με την επιθυμητή εγκυμοσύνη	177
Πίνακας 113: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την επιθυμητή εγκυμοσύνη.....	177
Πίνακας 114: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από τον πατέρα με επιθυμητή εγκυμοσύνη	177
Πίνακας 115: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη	178
Πίνακας 116: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με την πρώτη εγκυμοσύνη.	178
Πίνακας 117: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη	178
Πίνακας 118: Χρήση ναρκωτικών από πατέρα με την πρώτη εγκυμοσύνη	178
Πίνακας 119: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με διακοπή εγκυμοσύνης	178
Πίνακας 120: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με την διακοπή της εγκυμοσύνης	178
Πίνακας 121: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την διακοπή της εγκυμοσύνης ...	179
Πίνακας: 122: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με την διακοπή της εγκυμοσύνης	179

Πίνακας 123: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με την πρόωρη γέννηση	179
Πίνακας 124: Κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με την πρόωρη γέννηση	179
Πίνακας 125: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με την πρόωρη γέννηση	179
Πίνακας 126: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με την ομαλή εγκυμοσύνη	179
Πίνακας 127: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την πρόωρη γέννηση	180
Πίνακας 128: Κάπνισμα τώρα με την ομαλή εγκυμοσύνη	180
Πίνακας 129: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με την ομαλή εγκυμοσύνη.	180
Πίνακας 130: Χρήση εισπνεόμενων με την ομαλή εγκυμοσύνη	180
Πίνακας 131: Ηλικία σε σχέση με το κάπνισμα	181
Πίνακας 132: Διαμονή με πατέρα σε σχέση με το κάπνισμα	181
Πίνακας 133: Μόρφωση σε σχέση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	181
Πίνακας 134: Μόρφωση σε σχέση με το αν το κάπνισμα επηρεάζει το έμβρυο αφού γεννηθεί	182
Πίνακας 135: Σχέση ηλικίας της εγκύου με την κατανάλωση αλκοόλ.	182
Πίνακας 136: Σχέση της οικογενειακής κατάστασης της εγκύου με την κατανάλωση αλκοόλ	183
Πίνακας 137: Σχέση του επαγγέλματος του μέλλοντα πατέρα με την κατανάλωση αλκοόλ από την εγκυμονούσα	183
Πίνακας 138: Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και στο αν είναι επιθυμητή η εγκυμοσύνη	184
Πίνακας 139: Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την διακοπή της εγκυμοσύνης	184
Πίνακας 140 : Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την πρόωρη εγκυμοσύνη	184
Πίνακας 141: Σχέση ανάμεσα στην χρήση εισπνεόμενων ουσιών και στην πρόωρη γέννηση	184
Ερωτηματολόγιο	185
Φύλλο Κωδικοποίησης	194

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε γυναίκα πριν αποφασίσει να γίνει μητέρα θα πρέπει να γνωρίζει και να είναι σε θέση να αναλάβει τις ευθύνες που απαιτεί ο ρόλος αυτός. Πέραν όμως του να γνωρίζει τις ανάγκες ενός παιδιού όταν το φέρει στον κόσμο, θα πρέπει να μάθει πώς να αντιμετωπίζει την ίδια την εγκυμοσύνη της. Κατά την διάρκεια αυτής η εγκυμονούσα θα πρέπει να υιοθετήσει μια υγιή και θετική συμπεριφορά προς τον εαυτό της. Έτσι η στάση που διατηρεί η κάθε γυναίκα απέναντι στην εγκυμοσύνη της είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την υγεία του βρέφους.

Παρόλα αυτά δεν υιοθετούν όλες οι εγκυμονούσες θετική συμπεριφορά προς τον εαυτό τους και το έμβryo. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποιες φορές να επιδίδονται σε αρνητικές συνήθειες όπως η χρήση τσιγάρου και κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.

Σχετικά με τα όσα προαναφέρθηκαν, μας δημιουργήθηκε ο προβληματισμός για το ποιες είναι οι επιδράσεις των συγκεκριμένων ουσιών στον οργανισμό της εγκυμονούσας και το έμβryo. Θέλουμε επίσης να μελετήσουμε το αν όντως εγκυμονούσες του Δήμου Ηρακλείου υιοθετούν τέτοιου είδους αρνητικές συμπεριφορές και σε τι ποσοστό.

Τέλος, προβληματισμός υπάρχει για τον βαθμό της επίδρασης που έχει η συμπεριφορά του πατέρα / φίλου της μητέρας στην κυοφορούσα και κατ' επέκταση στο έμβryo κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως για παράδειγμα αν πίνει, καπνίζει ή κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Εγκυμοσύνη

1.1. Η εγκυμοσύνη στην ζωή της γυναίκας.

Για ορισμένες γυναίκες, μια επιθυμητή εγκυμοσύνη είναι μια ευκαιρία να αντιληφθούν την επιθυμία τους να αυτοεπιβεβαιωθούν. Με αφετηρία την εγκυμοσύνη και την απόκτηση ενός παιδιού, αναζητούν νέες επαφές με ανθρώπους, με τους οποίους επιθυμούν να μοιραστούν την εμπειρία τους, καθώς η εμπειρία αυτή είναι κοινωνικά καταξιωμένη (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Οι περισσότερες όμως γυναίκες, από όλες τις ηλικιακές ομάδες, χρησιμοποιούν την περίοδο της εγκυμοσύνης τους με σκοπό την προσαρμογή στο ρόλο της μητρότητας, μια πολύπλοκη διεργασία κοινωνικής και γνωσιακής μάθησης. Κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της εγκυμοσύνης, η γυναίκα πιστεύει ότι δεν συμβαίνει τίποτα και αρκετό από τον χρόνο της τον περνάει με το να κοιμάται. Όταν στο δεύτερο τρίμηνο αρχίζει να αισθάνεται τις κινήσεις (σκιρτήματα) του εμβρύου, τότε στρέφει την προσοχή της στην εγκυμοσύνη της (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η κύηση αποτελεί ορόσημο της ωριμότητας. Για ορισμένες γυναίκες ίσως να είναι μια στρεσογόνος εμπειρία· ωστόσο τις αποζημιώνει το γεγονός ότι μπαίνουν σε μια διαδικασία προετοιμασίας για ένα νέο επίπεδο φροντίδας και ευθύνης. Η αντίληψη που έχει για τον εαυτό της αλλάζει με σκοπό να προσαρμοστεί στο καινούριο ρόλο της, του γονέα. Περνάει βαθμιαία από το στάδιο της αυτοδυναμίας και της ανεξαρτησίας σε ένα στάδιο δέσμευσης και αφοσίωσης εφ' όρου ζωής σε κάποιο άλλο ανθρώπινο οργανισμό. Η αλλαγή αυτή προϋποθέτει την κατάκτηση ορισμένων αναπτυξιακών καθηκόντων: αποδοχή της κύησης, ταύτιση με τον ρόλο της μητέρας, επαναπροσδιορισμό των σχέσεων της με τη μητέρα και τον σύντροφό της, ανάπτυξη ψυχικού δεσμού με το αγέννητο παιδί και προετοιμασία για την εμπειρία του τοκετού. Η ψυχολογική στήριξη του συντρόφου αποτελεί βασικό παράγοντα για την επιτυχή ολοκλήρωση των παραπάνω αναπτυξιακών καθηκόντων. Στις άγαμες γυναίκες που δεν παρέχεται υποστήριξη μπορεί να είναι δύσκολο να επιτύχουν την προσαρμογή αυτή (Lowdermilk & Perry, 2003).

Εκτός από τον καινούριο ρόλο στον οποίο πρόκειται να προσαρμοστεί άμεσα η εγκυμονούσα, θα προετοιμαστεί και να δημιουργήσει ένα νέο και άγνωστο γι' αυτήν σύστημα σχέσεων με άλλα άτομα. Αυτό, θα της δώσει την δυνατότητα να ενσωματωθεί σε μία ομάδα με την οποία θα ζήσει μαζί την όλη διαδικασία του τοκετού. Στο σημείο αυτό η συγκεκριμένη ομάδα έχει μία εξαιρετικά ενθαρρυντική επίδραση και η ύπαρξή της είναι βασικό στοιχείο της ψυχικής υγιεινής της εγκύου (Vellay, 1984).

Η ομάδα αυτή, στην οποία εντάσσεται η εγκυμονούσα, αποτελείται εξ' ολοκλήρου από έγκυες γυναίκες των οποίων οι τύχες είναι δεμένες. Ανάμεσα στις γυναίκες αυτές θα δημιουργηθούν δεσμοί όχι εξαρτήσεως αλλά αλληλεγγύης, για την πραγματοποίηση ενός κοινού έργου. Θα δημιουργηθούν επίσης και κάποιοι στερεοί συναισθηματικοί δεσμοί που ξεπερνούν την απλή σχέση που συνδέει δύο άγνωστες μεταξύ τους γυναίκες. Αντίστοιχα, η ομάδα αυτή εντάσσεται σε μία ευρύτερη κοινότητα της οποίας μέλη είναι όλο το επιτελείο που οργανώνει και κατευθύνει την διαδικασία: μαιευτήρας, μαίες, προπαρασκευαστές. Με την κοινότητα αυτή θα αναπτυχθούν κάποιες σχέσεις οι οποίες δεν θα είναι του τύπου δάσκαλος μαθητής καθώς τα άτομα αυτά γίνονται ζωντανά πρόσωπα, τα οποία συμμετέχουν στην ζωή της γυναίκας για τον ερχομό του παιδιού της στον κόσμο. Ανήκοντας επομένως η εγκυμονούσα στην εν λόγω κοινότητα και την επιμέρους ομάδα αυτής, αποσπάται από την απομόνωσή της από μια «ξεχωριστή» κατάσταση συγχρόνως παθολογική και παθογόνο, προκειμένου να ξαναβρεί την θέση της ως έγκυος στην κανονική και ομαδική ζωή της γυναίκας (Vellay, 1984).

Εδραίωση της σχέσης με το έμβρυο

Ο συναισθηματικός δεσμός με το παιδί αρχίζει κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου καθώς οι γυναίκες προετοιμάζονται για την μητρότητα μέσω της φαντασίας και της ονειροπόλησης. Σκέφτονται τον εαυτό τους ως μητέρες και φαντάζονται τις μητρικές ιδιότητες που επιθυμούν να αποκτήσουν. Οι μελλοντικοί γονείς επιδιώκουν να είναι εγκάρδιοι, στοργικοί και κοντά στο παιδί τους. Προσπαθούν να προβλέψουν τις αλλαγές που θα επέλθουν με τον ερχομό του παιδιού στη ζωή τους και αναρωτιούνται πως θα τα ανταπεξέλθουν με τη φασαρία, την ακαταστασία, την μειωμένη ελευθερία κινήσεων και τις φροντίδες που θα πρέπει να παρέχουν. Η σχέση μητέρας παιδιού εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

σαν αναπτυξιακή διεργασία. Το αναπτυξιακό αυτό πρότυπο περιλαμβάνει τρεις φάσεις (Lowdermilk & Perry, 2003).

Στη πρώτη φάση, η γυναίκα αποδέχεται το βιολογικό γεγονός της κύησης. Νιώθει την ανάγκη να μπορεί να δηλώσει «Είμαι έγκυος». Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης, η γυναίκα αποδέχεται το έμβρυο που αναπτύσσεται ως ξεχωριστό από αυτήν άτομο που θα αναλάβει την ανατροφή του. Στη συγκεκριμένη φάση μπορεί να δηλώσει «πρόκειται να αποκτήσω παιδί». Αυτό συχνά συμβαίνει μετά τον πέμπτο μήνα. Αποδεχομένη η εγκυμονούσα την πραγματικότητα του παιδιού (ακούει τους καρδιακούς παλμούς και αισθάνεται την κίνηση/ σκίρτημα του παιδιού) και ένα συνολικό αίσθημα ευεξίας, η γυναίκα εισέρχεται σε μια περίοδο ηρεμίας και γίνεται πιο εσωστρεφής. Το παιδί που προσεγγίζει με τη φαντασία της γίνεται κάτι πολύτιμο για αυτήν. Καθώς η γυναίκα αποσύρεται και επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στο αγέννητο παιδί, ο σύντροφος και τα παιδιά της αισθάνονται παραμελημένοι (Lowdermilk & Perry, 2003).

Στην τρίτη φάση της διαδικασίας ανάπτυξης του δεσμού, η γυναίκα προετοιμάζεται πραγματικά για τη γέννηση και τη μητρότητα. Εκφράζει την άποψη «πρόκειται να γίνω μητέρα» και προσδιορίζει τη φύση και τα χαρακτηριστικά του παιδιού. Μπορεί για παράδειγμα να κάνει υποθέσεις σχετικά με το φύλο του παιδιού και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του βασισμένη στη δραστηριότητα του εμβρύου (Lowdermilk & Perry, 2003).

Παρόλο που μόνο η μητέρα νιώθει την αίσθηση του παιδιού που έχει στα σπλάχνα της, τόσο οι γονείς όσο και τα αδέρφια έχουν την πεποίθηση ότι το αγέννητο παιδί ανταποκρίνεται με εξατομικευμένο προσωπικό τρόπο. Τα μέλη που αποτελούν την οικογένεια είναι δυνατόν να αναπτύξουν αμοιβαία σχέση με το αγέννητο παιδί μιλώντας στο έμβρυο και χαϊδεύοντας την κοιλιά της μητέρα, ιδιαίτερα όταν το έμβρυο αλλάζει θέση (Lowdermilk & Perry, 2003).

1.2. Επιπτώσεις της εγκυμοσύνης.

Η πρώτη ενέργεια για να προσαρμοστεί η εγκυμονούσα στο ρόλο της μητέρας είναι η αποδοχή της εγκυμοσύνης από την ίδια. Ο βαθμός αποδοχής εκφράζεται από την ετοιμότητα της γυναίκας να μείνει έγκυος και τη συναισθηματική της αντίδραση.

Στην αρχή, πολλές γυναίκες αισθάνονται δυσάρεστα όταν ανακαλύπτουν την εγκυμοσύνη τους. Όταν η γυναίκα αποδέχεται την εγκυμοσύνη της αυτό σημαίνει ουσιαστικά ότι αποδέχεται και την πραγματικότητα ενός παιδιού. Η μη αποδοχή της κύησης δεν πρέπει απαραίτητα να εκληφθεί ως απόρριψη ενός παιδιού. Υπάρχει περίπτωση μια γυναίκα να μην επιθυμεί την εγκυμοσύνη της, αλλά να νιώθει αγάπη για το παιδί που πρόκειται να γεννήσει. Η γυναίκες που αισθάνονται ευτυχισμένες και ευχαριστημένες για την εγκυμοσύνη τους, την αντιμετωπίζουν συνήθως ως βιολογική ολοκλήρωση και ως επίτευξη ενός από τους πιο σημαντικούς στόχους στην ζωή τους. Έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση και είναι αισιόδοξες για το μέλλον τους, το μέλλον των παιδιών τους και των άλλων μελών της οικογένειας (Lowdermilk & Perry, 2003).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φυσικό είναι να υπάρξουν διάφορες αλλαγές στην εγκυμονούσα οι οποίες συμβαίνουν σε δύο επίπεδα: οι σωματικές και οι ψυχολογικές αλλαγές. Για παράδειγμα καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται το σώμα της γυναίκας αλλάζει. Κάποιες από τις μεταβολές αυτές μπορεί να μην επηρεάζουν, άλλες όμως υπάρχει πιθανότητα να ενοχλήσουν την κυοφορούσα ή ακόμα και να της παρουσιάσουν προβλήματα και επιπλοκές. Ακόμη όμως και σε μία εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα οι ψυχολογικές διακυμάνσεις είναι πολύ συνηθισμένες και αυτό συμβαίνει γιατί το σώμα της εγκύου υφίσταται μία διαδικασία η οποία ξεφεύγει από τον έλεγχο αυτής (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Τα συμπτώματα τα οποία θα αναφέρουμε δεν αποτελούν κάποιο γενικό κανόνα, αλλά είναι τα πιο συχνά εμφανιζόμενα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στους εννιά μήνες της κύησης, από την σύλληψη μέχρι και τον τοκετό οι αλλαγές στο σώμα της γυναίκας κάνουν έντονη την παρουσία τους όσο ποτέ άλλοτε. Τις αλλαγές αυτές δεν μπορεί να τις αντιληφθεί ή βιώσει κανείς πέρα από τις ίδιες τις εγκυμονούσες. Αξιοσημείωτο είναι ότι αν όλες αυτές οι αλλαγές δεν ήταν ένα

φυσιολογικό γυναικείο βιολογικό γεγονός, θα ήταν όλες αβάσταχτες (Μέισυ και Φώκνερ, 1986).

Σώμα. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών αντιμετωπίζει τις σωματικές αλλαγές της κύησης με ανάμεικτα συναισθήματα. Για τις περισσότερες η διογκωμένη κοιλιά παρέχει ένα αίσθημα περηφάνιας καθώς θεωρείται ότι με την εγκυμοσύνη εκπληρώνουν τον σκοπό τους. Έτσι καμαρώνουν για το νέο τους σχήμα. Άλλες όμως, παρά το γεγονός ότι βρίσκουν μια ιδιαίτερη ομορφιά στην μεγάλη τους κοιλιά, δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι αυτή η κοιλιά είναι δική τους. Υπάρχει βέβαια και η περίπτωση οι γυναίκες να μην αποδέχονται την νέα τους εμφάνιση παραπονούμενες συνεχώς για το πώς δείχνουν (Μέισυ και Φώκνερ, 1986).

Γεννητικά όργανα. « Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα και ο κόλπος στην εγκυμοσύνη χαρακτηρίζονται από μεγάλη υπεραίμια και το χρώμα τους γίνεται ιώδες. Αντίστοιχα, η μήτρα στο σύνολό της παρουσιάζει διάφορες μεταβολές στην διάρκεια της κύησης, για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του προοδευτικά αυξανόμενου όγκου του περιεχομένου της. Το βάρος της αυξάνεται από 60 – 100 γραμμάρια σε 1.100 γραμμάρια στο τέλος της κύησης » (Καρπάθιος, 1999: 93 – 94).

Αμηνόρροια. « Η διακοπή της περιόδου είναι συνήθως το πρώτο σημάδι μίας εγκυμοσύνης. Ωστόσο, σε μερικές γυναίκες παρατηρήθηκαν λιγοστά έμμηνα έως και τον έκτο μήνα και μερικές φορές καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης » (Stoppard, 2003: 169).

Αίμα. Ο συνολικός όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 48% στις απλές και κατά 52% στις πολύδυμες κυήσεις, δηλαδή περίπου 1.500 – 2000 cm³. Εξ' αιτίας της ταχείας αύξησης του πλάσματος (75%) στους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και της βραδύτερης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (30%), ο αιματοκρίτης της γυναίκας μειώνεται κατά 10% περίπου μέχρι και το τέλος του δεύτερου τριμήνου. Αυτό βοηθά την μητέρα να αντιμετωπίζει την μεγάλη απώλεια αίματος και την υπόταση όταν παραμένει για αρκετή ώρα όρθια, ύπτια ή όταν κάθεται (Καρπάθιος, 1999: 93 – 94).

Συχνουρία. Είναι συνηθισμένη η ανάγκη για αυξημένη ούρηση εξ' αιτίας των ορμονικών αλλαγών. Οι ορμόνες της υπόφυσης επιδρούν στα επινεφρίδια με αλλάζοντας την ισορροπία του νερού μέσα στο σώμα της γυναίκας με αποτέλεσμα να κατακρατείται περισσότερο νερό. Επιπρόσθετα με την μεγέθυνση της μήτρας πιέζεται η ουροδόχος κύστη (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Εξάντληση. Υπάρχει περίπτωση η εγκυμονούσα να αισθάνεται συνεχώς κόπωση και ότι είναι κουρασμένη και εξαντλημένη. Αυτό συμβαίνει καθώς το σώμα της υπερλειτουργεί προκειμένου να στηρίξει και να θρέψει το έμβρυο που βρίσκεται μέσα της (Stoppard, 2003).

Ορμόνες. Οι δύο πιο σημαντικές ορμόνες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Και οι δύο εξίσου θεωρούνται ότι ευθύνονται για τις αλλαγές στην διάθεση της γυναίκας. Άξια αναφοράς είναι και μία τρίτη ορμόνη με την ονομασία ανθρώπιος χοριακή γοναδοτροπίνη η οποία παράγεται από το έμβρυο στην αρχή της κύησης. Η ορμόνη αυτή την δέκατη εβδομάδα της εγκυμοσύνης φτάνει στο υψηλότερο επίπεδο το αίμα της εγκύου το οποίο μετά πέφτει σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα. Θεωρείται επίσης ότι η εν λόγω ορμόνη ευθύνεται για τις ναυτίες τους τρεις πρώτους μήνες (Μείσου και Φώκνερ, 1986).

Ναυτία. Παρά το γεγονός ότι η ναυτία είναι πιο συνηθισμένη τις πρωινές ώρες, μπορεί παρ' όλα αυτά να επέλθει σε οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας ή ακόμα και να είναι συνεχής. Αυτή οφείλεται στα επίπεδα οιστρογόνου και στο χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα (Stoppard, 2003). Επίσης η ναυτία μπορεί να είναι ελαφριάς μορφής ή και αρκετή ώστε να οδηγήσει στον εμετό, ο οποίος συμβαίνει λόγω των βιοχημικών αλλαγών που κάνουν τις γυναίκες πιο ευαίσθητες. Σύμφωνα πάντως με την ψυχαναλυτική ερμηνεία, η ναυτία και οι εμετοί θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως μια ένδειξη αρνητικής διάθεσης απέναντι στην κύηση (Macfarlane, 1988).

Αλλαγές στο στήθος. Οι αλλαγές στο στήθος γίνονται ορατές από την αρχή της εγκυμοσύνης. Συνήθως τα στήθη μεγαλώνουν και υπάρχει φαγούρα, πόνος ή παλμοί στους μαστούς. Στο σημείο αυτό η γαλακτικοί αδένες αρχίζουν να αναπτύσσονται και καθώς η ποσότητα του αίματος αυξάνεται, η φλέβες μπορεί να φαίνονται περισσότερο. Οι θηλές και η περιοχή γύρω από την θηλή πιθανών να σκουρύνουν και να φαρδύνουν (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Ύπνος. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο ύπνος και οι παροδικές διαταραχές του βρίσκονται τις περισσότερες φορές στο επίκεντρο της προσοχής της εγκυμονούσας. Η αύξηση ή η ελάττωση αυτού γίνονται πηγή ανησυχίας (Vellay, 1984).

Αναπνοή. Στην προχωρημένη εγκυμοσύνη παρατηρείται πολύ συχνά το κόψιμο της αναπνοής της εγκυμονούσας. Αυτό συμβαίνει καθώς η μήτρα πιέζει τους πνεύμονες και το διάφραγμα μπορεί να μετατοπιστεί προς τα πάνω μέχρι και 2,5 εκατοστά. Παρ'

όλα αυτά κατά την διάρκεια της κύησης οι γυναίκες εισπνέουν περισσότερο αέρα αφού ο θωρακικός κλωβός διευρύνεται (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Βάρος. « Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η συνιστώμενη αύξηση βάρους για μία γυναίκα με κανονικό βάρος και η οποία έχει μια κανονική εγκυμοσύνη είναι περίπου 8,8 – 14,2 κιλά για ολόκληρη την περίοδο της κυοφορίας. Από αυτά, τα 2,6 – 3,5 κιλά προορίζονται για το έμβρυο και 6,3 – 10,6 κιλά για το σύστημα συντήρησης του εμβρύου. Οι περισσότερες γυναίκες παίρνουν πολύ λίγο βάρος κατά την διάρκεια του πρώτου μήνα. Κατά τον τελευταίο μήνα της εγκυμοσύνης μερικές γυναίκες χάνουν βάρος » (Stoppard, 2003: 172).

Γεύσεις και επιθυμίες. Είναι αρκετά σύνηθες αλλαγή να υπάρχει και στην γεύση στο στόμα της εγκύου σε αντιστοιχία με τα αυξημένα επίπεδα ορμονών που επηρεάζουν το σάλιο της. Αποτέλεσμα αυτού είναι να απεχθάνεται φαγητά και ποτά που συνήθιζε να απολαμβάνει (όπως ο καφές) ή στο να αναζητά τροφές που παλιότερα δεν έτρωγε. Είναι επίσης πιθανό μια εγκυμονούσα να καταναλώνει ουσίες οι οποίες δεν είναι φαγώσιμες όπως χώμα, κάρβουνο ή ασβέστη από τους τοίχους. Η πρακτική αυτή είναι γνωστή ως «αφύσικη όρεξη» η οποία θεωρείται ότι εμφανίζεται λόγω έλλειψης ιχνοστοιχείων στο σώμα της εγκύου (Stoppard, 2003).

Άλλες αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν είναι οι **ξινίλες** στο στομάχι οι οποίες μετριάζονται αποφεύγοντας τα βαριά φαγητά και τα μπαχαρικά, η **δυσκοιλιότητα** η οποία αντιμετωπίζεται συνήθως με δαμάσκηνα, σύκα και σταφίδες και το **πρήξιμο στα πόδια, τα δάχτυλα των χεριών και το πρόσωπο** όπου φανερώνουν την αυξημένη ποσότητα νερού στους ιστούς του σώματος. Η τελευταία από αυτές τις αλλαγές μπορεί να αποτελεί και την πρώτη ένδειξη για κάποια από τις ονομαζόμενες αρρώστιες της εγκυμοσύνης όπως την προεκλαμψία. (Ομάδα Γυναικών Δανίας, 1980). Τέλος μερικές εγκυμονούσες έχουν περισσότερο **σάλιο ή ιδρώνουν περισσότερο**, το οποίο βοηθά στην αποβολή άχρηστων ουσιών και **κράμπες στα πόδια** λόγω κυκλοφοριακών διαταραχών (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σύγχυση. Πολλές γυναίκες παρατηρούν τις μεταβολές στο σώμα τους με ανάμεικτα συναισθήματα. Η σύγχυση είναι ένα από τα εν λόγω συναισθήματα. Στην εγκυμοσύνη οι γυναίκες αλλάζουν όψη· δεν είναι πια λεπτές αλλά αντίθετα αποκτούν μεγάλη κοιλιά. Μερικές γυναίκες προσπαθούν να μην φανερώσουν την εγκυμοσύνη

τους συνεχίζοντας να ντύνονται για κάποιο διάστημα με τα ίδια ρούχα ή φορώντας ρούχα πολύ φαρδιά με αποτέλεσμα να προσπαθούν να κρύψουν εντελώς το σχήμα του σώματός τους (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Φόβος. Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται μήπως το έμβρυο δεν είναι φυσιολογικό. Ένα μεγάλο ποσοστό από αυτές βλέπουν εφιάλτες ή έχουν φαντασιώσεις. Επιπλέον, νιώθουν φόβο μήπως πεθάνουν οι ίδιες ή το παιδί τους. Φοβούνται ακόμα ότι ίσως να μην καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στον νέο ρόλο στον οποίο θα πρέπει άμεσα να προσαρμοστούν (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Ενοχή. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες συχνά νιώθουν ενοχή σχετικά με τους φόβους τους. Ενοχή μπορεί να νιώσουν και στις περιπτώσεις όπου το παιδί δεν είναι επιθυμητό από τις ίδιες τους πρώτους μήνες της κύησης (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Σεξουαλική επιθυμία. Η σεξουαλική σχέση είναι επηρεασμένη από βιολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, από την αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συντρόφων αλλά και από μύθους σχετικά με τη σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη σεξουαλική δυσλειτουργία και τις σωματικές μεταβολές της γυναίκας. Καθώς η εγκυμοσύνη προχωράει οι αλλαγές στο σώμα, στην εικόνα αυτού και στην ένταση των ενοχλήσεων επηρεάζουν την επιθυμία και των δύο συντρόφων για σεξουαλική δραστηριότητα. Το πρώτο τρίμηνο η γενετήσια επιθυμία της γυναίκας ίσως μειωθεί εφόσον νιώσει ευαισθησία στο στήθος, ναυτία, κόπωση ή υπνηλία. Αφού η γυναίκα μπει στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της, το αίσθημα ευεξίας σε συνδυασμό με την αυξημένη πυελική συμφόρηση που παρατηρείται σε αυτή την χρονική περίοδο, μπορεί να κάνουν πιο έντονη την επιθυμία της για σεξουαλική επαφή. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, τα σωματικά ενοχλήματα και οι μεταβολές στο σώμα υπάρχει περίπτωση να την κάνουν να νιώθει άσχημα και να μειώσουν την γενετήσια επιθυμία. Οι μαίες μπορούν να κάνουν πιο εύκολη την επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού εξηγώντας στους μελλοντικούς γονείς τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές που μπορεί να εκδηλώσουν στην πορεία της κύησης (Lowdermilk & Perry, 2003).

Άγχος. Το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζει αυτήν αφού μπορεί να παρατείνει την διάρκειά της. Το άγχος που υποβόσκει είναι δυνατόν να έχει δυσμενή επίδραση στη λειτουργία της μήτρας και δημιουργείται από το ότι πολλές γυναίκες νιώθουν μεγάλη έγνοια σχετικά με την υγεία του παιδιού που θα φέρουν στον κόσμο.

Αγχώνονται επίσης να μην χάσουν τη δουλειά τους και συχνά επηρεάζονται από γυναίκες που είχαν πολύ δύσκολη εγκυμοσύνη (Macfarlane, 1988).

Τα επίπεδα άγχους παρατηρούνται συνήθως σε μεγάλο βαθμό τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και ελαττώνονται στους επόμενους. Αυτό, ίσως οφείλεται στην ανάγκη προσαρμογής στην νέα κατάσταση, που συχνά επιτυγχάνεται μέχρι και το τέλος του τρίτου μήνα. Η κορύφωση του επέρχεται καθώς πλησιάζει η ώρα του τοκετού, αφού αντανακλώνται οι τεράστιες αλλαγές που γίνονται στο σώμα της γυναίκας, καθώς πλησιάζει η γέννα και το μωρό (Μείσυ και Φώκνερ, 1986).

Άλλες αλλαγές. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών παρουσιάζει αυξημένη **ευερεθιστότητα, εκρήξεις δακρύων και θυμού** αλλά και **αισθήματα απέραντης ευτυχίας**, τα οποία μπορεί να προκληθούν από ασήμαντες ή και ανύπαρκτες αφορμές (Lowdermilk & Perry, 2003).

Οι εγκυμονούσες πολλές φορές εμφανίζουν **συναισθηματική αμφιθυμία** κατά την κύηση. Η αμφιθυμία, δηλαδή η ταυτόχρονη ύπαρξη έντονων, αλληλοσυγκρουόμενων συναισθημάτων, θεωρείται ως κάτι φυσιολογικό στα άτομα που προετοιμάζονται για ένα νέο ρόλο. Ακόμα και οι γυναίκες που νιώθουν ευτυχία με την εγκυμοσύνη τους, υπάρχει περίπτωση μερικές φορές να έχουν εχθρικά συναισθήματα με την κατάστασή τους ή προς το αγέννητο παιδί τους. Αφού γεννηθεί ένα υγιές παιδί τα αμφιθυμικά συναισθήματα συνήθως ξεχνιούνται. Εφόσον όμως το παιδί γεννηθεί με κάποιο πρόβλημα, η γυναίκα ίσως ανατρέξει πίσω στις περιόδους που δεν επιθυμούσε το παιδί της και να νιώσει έντονη ενοχή. Υπάρχει περίπτωση να πιστέψει ότι η αμφιθυμία της προκάλεσε την ανωμαλία στο παιδί (Lowdermilk & Perry, 2003). Οι σημαντικές μεταβολές που υφίσταται ο οργανισμός της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλούν παρόμοιες μεταβολές στην ψυχική κατάσταση αυτής. Η πεποίθηση όμως ότι οι κυοφορούσες είναι υστερικές, επιθετικές, εκτός εαυτού και γεμάτες από έμμονες ιδέες, έχει τη βάση της σε πλατιά διαδεδομένες προκαταλήψεις (Ομάδα Γυναικών Δανίας, 1980).

Παρόλα αυτά, ακόμα και σε μια απόλυτα φυσιολογική εγκυμοσύνη υπάρχουν στιγμές κατάθλιψης, άγχους, σύγχυσης. Αυτές οι στιγμές συνδέονται με προσωπικά ψυχολογικά προβλήματα, απωθημένους φόβους που έχουν τη βάση τους στην παιδική μας ηλικία, αμφιβολίες που οφείλονται στο «μυστήριο» που χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, προβλήματα οικονομικής φύσεως και σχέσεων με τους άλλους (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

1.3. Η συμπεριφορά της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πέραν του πως θα μεγαλώσει το παιδί, που είναι αρκετά δύσκολο για μια νέα μητέρα, πρέπει και να μάθει πως θα αντιμετωπίσει την ίδια την εγκυμοσύνη της. Κατά την διάρκεια αυτής η εγκυμονούσα θα πρέπει να υιοθετήσει μια υγιή και θετική συμπεριφορά προς τον εαυτό της. Η υπευθυνότητα επομένως για την αυτοφροντίδα της εγκύου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την υγεία του βρέφους.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δίνεται μεγάλη σημασία στη φροντίδα του σώματος. Αυτό επηρεάζει και την ψυχολογική υγεία της μητέρας. Αρχικά, κρίνεται απαραίτητο για τις μέλλουσες μητέρες να επισκεφτούν έναν γιατρό που θα τις υποβάλλει σε πλήρη ιατρικό έλεγχο. Μερικές γυναίκες οι οποίες εργάζονται πολλές ώρες την ημέρα ή που ζουν μακριά από πόλη ή δεν έχουν που να αφήσουν τα άλλα παιδιά τους, συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να επισκέπτονται τακτικά τον γιατρό τους. Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει οι ίδιες να φροντίσουν για την ομαλή πορεία της εγκυμοσύνης τους. Η φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης υπάγεται στην προληπτική ιατρική, καθώς η εγκυμοσύνη δεν είναι αρρώστια (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Επιπλέον, έχει μεγάλη σημασία οι έγκυες γυναίκες να γυμνάζουν το σώμα τους. Στην εγκυμοσύνη, οι γυναίκες έχουν την δυνατότητα να συνεχίζουν να συμμετέχουν κανονικά σε πολλές από τις φυσικές δραστηριότητες χωρίς να εμφανιστούν επιπλοκές. Ωστόσο, κάποιες δραστηριότητες ίσως να είναι επικίνδυνες και έτσι η έγκυος γυναίκα πρέπει να είναι ενήμερη για τα πιθανά προβλήματα. Παραδείγματος χάρη, το φόρτωμα στην πλάτη την καταπονεί υπερβολικά και πρέπει να αποφεύγεται καθώς επίσης και τα αθλήματα όπου υπάρχει άμεση επαφή. Υπάρχουν και κάποια άλλα αθλήματα που απαιτούν υπερβολική ευστάθεια, όπως η ιπασία και το σκι, που πιθανών να είναι ευεργετικά ακόμα μέχρι μόνο το δεύτερο ήμισυ της κύησης, γιατί τότε η κοιλιά της γυναίκας γίνεται μεγάλη. Δραστηριότητες στην διάρκεια των οποίων όλο το σώμα συνεργάζεται αρμονικά όπως το κολύμπι, η γιόγκα και ο χορός είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Stoppard, 2003).

Η σωστή και επαρκής διατροφή προφυλάσσει την εγκυμονούσα από διάφορα προβλήματα. Κρίνεται απαραίτητο οι έγκυες να τρέφονται θρεπτικά. Για αυτό, οι τροφές που προσλαμβάνουν θα πρέπει να είναι πλούσιες σε πρωτεΐνες, βιταμίνες

A,B,C,E και K, φυλλικό οξύ, σίδηρο, ασβέστιο, ψευδάργυρο και κοβάλτιο. Η σωστή διατροφή εξασφαλίζει την υγεία της κυοφορούσας και την υγεία του παιδιού της και αποτρέπει τις μικροενοχλήσεις αλλά και τις σοβαρές επιπλοκές. Αν η γυναίκα τρέφεται σωστά κατά την εγκυμοσύνη της και αυξάνει το βάρος της, υπάρχουν πολλές πιθανότητες ότι θα φέρει στον κόσμο ένα παιδί με ικανοποιητικό βάρος και επομένως λιγότερο εκτεθειμένο στον κίνδυνο θανάτου ή ασθένειας. Η προσεγμένη διατροφή, προλαμβάνει τον πρόωρο τοκετό, τις λοιμώξεις, την αναιμία της μητέρας, τις εγκεφαλικές βλάβες ή την πνευματική καθυστέρηση των παιδιών (Ομάδα Γυναικών Βοστώνης, 1981).

Όταν μια γυναίκα μένει έγκυος, αυτό δεν σημαίνει ότι αυτόματα υιοθετεί και τις πέπουσες συμπεριφορές όπως την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση. Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις όπου γυναίκες αλλάζουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές του λόγω της κατάστασής τους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων συμπεριφορών παρατηρείται σε μια έρευνα η οποία διεξήχθη σε 100 γυναίκες στις Η.Π.Α. Οι γυναίκες αυτές αφού έμαθαν ότι κυοφορούν, άλλαξαν συνήθειες: 48 από αυτές άλλαξαν την διατροφή τους και 25 ανέφεραν ότι ξεκίνησαν να γυμνάζονται και να κρατούν τον εαυτό τους σε φόρμα. Οι 32 αντιμετώπισαν κάποιο ιατρικό πρόβλημα με τις εγκυμοσύνες τους, αλλά καμία δεν ανέφερε καμία προσπάθεια για να βελτιώσει την φυσική της κατάσταση. Υπευθυνότητα για αυτοφροντίδα της γυναίκας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και υγιείς συμπεριφορές μπορούν να επηρεαστούν από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον αλλά και από άλλους ειδικούς (Hawkins, Aber et al, 1998).

Μία άλλη έρευνα που παρουσιάζει τέτοιου είδους θετική συμπεριφορά έλαβε χώρα στην Ισπανία σε 31 γυναίκες 20 – 29 ετών, ανύπαντρες και άνεργες οι οποίες πριν την εγκυμοσύνη έκαναν χρήση τοξικών ουσιών. Όταν πραγματοποιήθηκε η έρευνα, η πλειοψηφία των γυναικών ήταν 4 -6 μηνών έγκυες και είχαν όλες δεχθεί ιατρική φροντίδα. Οι γυναίκες αυτές έκαναν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς οι οποίες σχετίζονταν με την χρήση ουσιών, την αυτοφροντίδα την σωματική άσκηση και την αναζήτηση συμβουλευτικής. Παραπάνω από το 52% των γυναικών αυτών ανέφερε ότι υπήρξαν αυτές οι θετικές αλλαγές συμπεριφοράς γιατί ήθελαν το παιδί τους να είναι υγιές (Higgings, Clough et al, 1995).

Παρ όλα αυτά δεν υιοθετούν όλες οι εγκυμονούσες θετική συμπεριφορά προς τον εαυτό τους και το έμβρυο. Κάποιες μπορεί να διατηρήσουν την οποιαδήποτε

αρνητική συνήθεια που είχαν πριν την εγκυμοσύνη για παράδειγμα κάπνισμα ή αλκοολισμός ή ακόμα και να υιοθετήσουν μια τέτοια αρνητική συμπεριφορά μετά την έναρξη της κύησης (Wolfe, Santos et al, 2007).

Η χρήση ουσιών, αλκοόλ και η απεξάρτηση από αυτές κατά την διάρκεια της κύησης επηρεάζουν και την μητέρα και το έμβρυο ιατρικά αλλά και κοινωνικά. Συνήθως, η γυναίκες που κάνουν χρήση έχουν εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, δηλαδή παρουσιάζουν κάποιες επιπλοκές. Οι λόγοι που αργοπορημένα ψάχνουν για βοήθεια είτε επειδή καθυστέρησαν να αντιληφθούν την εγκυμοσύνη τους, την οποία τελικά κατάλαβαν από την αμηνόρροια, από έλλειψη κινήτρου ή επειδή οι υπηρεσίες που χρειάζονταν ήταν απρόσιτες όχι μόνο από γεωγραφικής άποψης. Παρόλα αυτά έχει βρεθεί ότι οι χρήστριες ουσιών σπάνια δεν γνωρίζουν ή αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους. (Herburn, 2004).

Όταν οι εγκυμονούσες που κάνουν χρήση αρχίζουν να νιώθουν τύψεις για την στάση και την συμπεριφορά τους, συνήθως φοβούνται να απευθυνθούν στις αρμόδιες υπηρεσίες καθώς σκέφτονται πως θα τις αντιμετωπίσουν και ότι μπορεί να τις κατακρίνουν. Όταν όμως αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια, θέλουν να τις φροντίσουν κάποιοι που να ξέρουν να αντιμετωπίζουν την χρήση ουσιών (Herburn, 2004).

Μαζί με την χρήση ουσιών, συνηθισμένες είναι και άλλες αρνητικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η φτώχη / ελλιπής διατροφή, το άγχος, το στρες και ο χαοτικός τρόπος ζωής. Ανάμεσα στις εγκυμονούσες που κάνουν χρήση υπάρχουν αυξημένα ποσοστά θανάτου των εμβρύων ή νεογνών και χαμηλό σωματικό βάρος κατά την γέννηση αυτών. Αυτός είναι συνήθως και ο φόβος των γυναικών αυτών όπου τις κάνει να αναζητήσουν βοήθεια σε κάποια, έστω και προχωρημένη, φάση της εγκυμοσύνης τους (Herburn, 2004).

Σύμφωνα με έρευνα του πανεπιστημίου της California στις Η.Π.Α σε συνεργασία με άλλους φορείς, σε δείγμα 8527 γυναικών βρέθηκε ότι το ποσοστό 9,5% ήταν θετικές στην κοκαΐνη, το 2.3% σε οπιώδης ουσίες και το 2% σε μαριχουάνα (Wolfe, Santos et al, 2007).

Παράλληλα, σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο του Vermonde στις Η.Π.Α., σε ένα δείγμα 320 γυναικών που κάπνιζαν πριν τη εγκυμοσύνη, δήλωσαν σε ποσοστό 26% ότι σταμάτησαν το κάπνισμα αφού έμειναν

έγκυες ενώ το 74% συνέχιζε να καπνίζει αλλά όχι με την ίδια συχνότητα (Secker-Walker and Vacek, 2003).

Μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Ιλινόις στο Σικάγο, σε δείγμα 93 γυναικών που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, το 46% συνέχισε να καπνίζει κανονικά σε όλη την διάρκεια της κύησης ενώ το 16% προσπαθούσε να το κόψει με αυθόρμητες κινήσεις χωρίς όμως να το καταφέρνει (Kodl & Wakschlag, 2004).

Τέλος, σχετικά με την συμπεριφορά της εγκυμονούσας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σημαντικό ρόλο μπορεί να παίζει και το παρελθόν ή συνθήκες διαβίωσης αυτής. Έτσι, το Νορβηγικό Πανεπιστήμιο στο Τροντέιμ πραγματοποίησε μία συγκριτική έρευνα ανάμεσα σε κακοποιημένες και μη έγκυες γυναίκες. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έχουν ως εξής: το 57% των κακοποιημένων γυναικών, σε αντίθεση με το 40% των μη κακοποιημένων κάπνιζαν καθημερινά. Από αυτές, το 24% των κακοποιημένων και το 15% των μη κακοποιημένων κάπνιζαν πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα (Grimstad, Backe et all, 1998).

Αναμνήσεις από εμπειρίες κακοποίησης στην παιδική ηλικία μπορεί να έχουν επιδράσεις στην εγκυμοσύνη. Για τις έγκυες που ζουν σε ένα περιβάλλον με βία, κακοποίηση και απειλές το κάπνισμα μπορεί να είναι ένα ασήμαντο πρόβλημα. Γι' αυτό το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ έχουν συνδεθεί με κακοποίηση από τον σύντροφο αλλά και η παιδική κακοποίηση έχει συνδεθεί με εξαρτητικές συμπεριφορές γενικότερα (Grimstad, Backe et all, 1998).

1.4 Η οικογένεια και το συγγενικό περιβάλλον της εγκυμονούσας

Η εγκυμοσύνη, όπως είναι φυσικό, επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας και κάθε μέλος πρέπει να προσαρμοστεί σε αυτήν και να ερμηνεύσει τη σημασία της με βάση τις ανάγκες του. Η διαδικασία αυτή, σύμφωνα με την οποία προσαρμόζεται η οικογένεια στην κύηση, γίνεται στα πλαίσια ενός πολιτισμικού περιβάλλοντος που επηρεάζεται από τις κοινωνικές τάσεις (Lowdermilk & Perry, 2003).

Οι σχέσεις της εγκύου με άτομα του στενού περιβάλλοντός της υφίστανται διάφορες αλλαγές κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον νέο ρόλο της μητέρας. Καθώς τα μέλη της οικογένειας μπαίνουν στην διαδικασία να μάθουν τους καινούριους ρόλους τους, μπορεί να υπάρξουν περίοδοι που να χαρακτηρίζονται από εντάσεις και συγκρούσεις. Η κατανόηση των τυπικών προτύπων προσαρμογής μπορεί να βοηθήσει τη μαία να καθησυχάσει τη γυναίκα και να διερευνήσει θέματα σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη. Η προαγωγή αποτελεσματικών μορφών επικοινωνίας μεταξύ της εγκυμονούσας και της μητέρας της αλλά και του συντρόφου της, είναι παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα αρκετά συχνά από τη μαία στο διάστημα που πραγματοποιούνται οι προγεννητικές επισκέψεις με σκοπό την παρακολούθηση (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της κυοφορούσας και της μητέρας της είναι σημαντική για την προσαρμογή της στην εγκυμοσύνη και την μητρότητα. Σημαντικοί παράμετροι στη σχέση αυτών των δύο είναι η διαθεσιμότητα της μητέρας (στο παρελθόν και το παρόν), οι αντιδράσεις της απέναντι στη εγκυμοσύνη της κόρης της, ο σεβασμός της αυτονομίας της κόρης και η προθυμία της (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η αντίδραση της μητέρας στην εγκυμοσύνη της κόρης της υποδηλώνει ότι αποδέχεται και το εγγόνι και το ίδιο της το παιδί. Εάν η μητέρα λαμβάνει υποστηρικτικό ρόλο, δίνεται η ευκαιρία στην κόρη να συζητήσει για την εγκυμοσύνη της και τον τοκετό και για τα αισθήματα χαράς ή αμφιθυμίας με μια έμπειρη και δεκτική γυναίκα. Αντίθετα, εάν η μητέρα της εγκύου αισθάνεται δυσάρεστα απέναντι στην κύηση, η κόρη αρχίζει να έχει αμφιβολίες για την αξία της και την τελική αποδοχή του παιδιού της από τους άλλους (Lowdermilk & Perry, 2003).

Αν και η σχέση της εγκύου με την μητέρα της είναι σημαντική σχετικά με την προσαρμογή της στην εγκυμοσύνη της, το σημαντικότερο πρόσωπο για την έγκυο

γυναίκα είναι συνήθως ο πατέρας του παιδιού της. Η γυναίκα που αποδέχεται την φροντίδα του συντρόφου της κατά την περίοδο της κύησης έχει λιγότερα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα, λιγότερες επιπλοκές κατά τον τοκετό και προσαρμόζεται εύκολα στη λοχεία (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η έγγαμη ή συντροφική σχέση δεν παραμένει στάσιμη αλλά εξελίσσεται με τον χρόνο. Η γέννηση ενός παιδιού μεταβάλλει για πάντα τη φύση του δεσμού μεταξύ των συντρόφων. Η συντροφική σχέση που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη και αλληλοϋποστήριξη δίνει την δυνατότητα στους συζύγους να μοιραστούν τις απαιτήσεις των νέων ρόλων (Lowdermilk & Perry, 2003).

Οι αντιλήψεις και τα συναισθήματα του πατέρα όσον αφορά στον ιδανικό γονικό ρόλο και η προσδοκία που έχει για σωστή συμπεριφορά σχετικά με την κύηση επηρεάζουν την ανταπόκρισή του στις απαιτήσεις που έχει η σύντροφός από αυτόν. Για τους περισσότερους άντρες η εγκυμοσύνη αποτελεί μια περίοδο προετοιμασίας για τον ρόλο του πατέρα (Lowdermilk & Perry, 2003).

Τα τελευταία χρόνια είναι σύνηθες φαινόμενο ο πατέρας να παίζει το ρόλο του συμπαραστάτη στον τοκετό. Η συναισθηματική ανταπόκριση του άντρα στην ιδέα της πατρότητας, η ανησυχίες και η ανάγκη του για ενημέρωση αλλάζουν όσο εξελίσσεται η κύηση. Οι Lowdermilk και Perry (2003) περιέγραψαν τρεις φάσεις που χαρακτηρίζουν τα τρία αναπτυξιακά καθήκοντα που βιώνει ο μέλλοντας πατέρας:

- Η αρχική περίοδος, η φάση αναγγελίας, μπορεί να διαρκέσει από λίγες ώρες μέχρι και λίγες εβδομάδες. Η αντίδραση των αντρών όσον αφορά στην επιβεβαίωση της κύησης χαρακτηρίζεται από χαρά η φόβο, ανάλογα με το αν η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή, απρογραμματίστη ή ανεπιθύμητη. Μερικοί μέλλοντες πατέρες αναφέρουν ότι αισθάνονται ναυτία και άλλα γαστρεντερικά συμπτώματα, κόπωση και άλλα σωματικά ενοχλήματα.
- Η δεύτερη φάση, η φάση συμβιβασμού, είναι η περίοδος όπου ο σύντροφος προσαρμόζεται στην πραγματικότητα της εγκυμοσύνης. Σε αυτό το στάδιο οι άντρες γίνονται πιο εσωστρεφείς και συχνά αναλώνονται σε συζητήσεις σχετικά με τη φιλοσοφία τους για τη ζωή, την θρησκεία, τη γέννηση, την ανατροφή των παιδιών και τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους.
- Η τρίτη φάση, η φάση εστιασμού, αρχίζει το τελευταίο τρίμηνο και χαρακτηρίζεται από την ενεργό συμμετοχή του πατέρα στην εγκυμοσύνη και

τη σχέση του με το παιδί. Στο στάδιο αυτό ο άντρας συγκεντρώνεται στην εμπειρία του από την εγκυμοσύνη και αρχίζει να σκέφτεται τον εαυτό του ως πατέρα.

Το να μοιραστεί ένα παιδί την αγάπη και την προσοχή με τον καινούριο του αδερφό ή αδερφή μπορεί να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις της ζωής του. Το μεγαλύτερο παιδί βιώνει συνήθως ένα αίσθημα απώλειας ή αισθάνεται ζήλεια επειδή «αντικαταστάθηκε» από το νέο αδελφάκι. Μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση του παιδιού είναι η ηλικία, η στάση των γονέων, ο ρόλος του πατέρα, η διάρκεια του αποχωρισμού από την μητέρα, η πολιτική του νοσοκομείου για τις επισκέψεις και ο τρόπος προετοιμασίας του παιδιού για την αλλαγή αυτή (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η μητέρα έχοντας και άλλα παιδιά πρέπει να προετοιμάσει τα αδέρφια για τη γέννηση του μωρού, να ξεκινήσει τη διαδικασία αλλαγής των ρόλων στην οικογένεια με τη συμμετοχή των παιδιών στην εγκυμοσύνη και να είναι επιεικής απέναντι στις διαμαρτυρίες των μεγαλύτερων παιδιών για την απώλεια της θέσης τους στην ιεραρχία της οικογένειας (Lowdermilk & Perry, 2003).

Οι αντιδράσεις των αδελφιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία και τις ανάγκες εξάρτησης. Το παιδί του ενός έτους δεν μπορεί να αντιληφθεί τη διαδικασία, αλλά το παιδί που διανύει το δεύτερο έτος της ηλικίας του παρατηρεί την αλλαγή στην εμφάνιση της μητέρας του και μπορεί να πει ότι «η μαμά είναι χοντρή». Τα νήπια που μόλις ξεκινούν να βαδίζουν, ίσως εκδηλώσουν ισχυρή συναισθηματική εξάρτηση και επανέρχονται σε προηγούμενες συμπεριφορές, όσον αφορά στην εκπαίδευση που σχετίζεται με τη ούρηση και την αφόδευση ή στο φαγητό (Lowdermilk & Perry, 2003).

Μετά τα τρία ή τα τέσσερα έτη στα παιδιά αρέσει να ακούν την ιστορία για το πώς αυτά ήρθαν στη ζωή και αποδέχονται τη σύγκριση με την παρούσα εγκυμοσύνη. Αρέσκονται να ακούνε τους καρδιακούς παλμούς και να αισθάνονται τις κινήσεις του εμβρύου στη μήτρα. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας εκδηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ενδιαφέρον για την εγκυμοσύνη της μητέρας τους σχετικά με το κλινικό κομμάτι. Επιθυμούν να γνωρίσουν «πώς μπήκε το μωρό εκεί» και «πώς θα βγει». Ανυπομονούν για τον ερχομό του νέου μωρού, βλέπουν τον εαυτό τους ως μαμάδες ή μπαμπάδες και χαίρονται να αγοράζουν τα μωρουδιακά και να προετοιμάζουν ένα χώρο για το μωρό (Lowdermilk & Perry, 2003).

Οι έφηβοι της πρώιμης και μέσης εφηβείας χαρακτηρίζονται από την αναζήτηση της δικής τους σεξουαλικής ταυτότητας. Σκέφτονται ότι εάν αυτοί είναι πολύ νέοι για μια τέτοια δραστηριότητα, σίγουρα οι γονείς τους είναι πολύ γέροι. Πολλές έγκυες, με παιδιά στην εφηβική ηλικία, υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά των εφήβων παιδιών τους είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν στην εγκυμοσύνη τους. Οι έφηβοι στην όψιμη περίοδο της εφηβείας δεν δείχνουν ενοχλημένοι. Συνειδητοποιούν ότι θα φύγουν σύντομα από το σπίτι. Οι γονείς αναφέρουν συνήθως ότι είναι υποστηρικτικοί και συμπεριφέρονται ως ενήλικες (Lowdermilk & Perry, 2003).

Η πρώτη εγκυμοσύνη για τους μέλλοντες παππούδες και γιαγιάδες είναι μια αρκετά ισχυρή απόδειξη ότι γερνούν. Όταν η μέλλουσα μητέρα ενημερώσει για την κατάστασή της την μητέρα της μπορεί να εισπράξει αρνητική αντίδραση, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν είναι έτοιμη να αποδεχθεί τον ρόλο της γιαγιάς (Lowdermilk & Perry, 2003).

Μερικοί μέλλοντες παππούδες και γιαγιάδες δεν λαμβάνουν υποστηρικτικό ρόλο αλλά αντίθετα υποσκάπτουν την αυτοεκτίμηση των μελλοντικών γονέων. Οι μητέρες αναφέρονται στις δύσκολες εγκυμοσύνες τους. Οι πατεράδες πιθανών να ανοίξουν το θέμα του υψηλού κόστους ανατροφής των παιδιών. Οι πεθερές, ίσως να εκφράσουν παράπονα σχετικά με το ότι οι γιοι τους τις παραμελούν διότι νοιάζονται τώρα για την έγκυο σύζυγό τους (Lowdermilk & Perry, 2003).

Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι παππούδες και γιαγιάδες βρίσκουν πολύ ευχάριστο το γεγονός του ερχομού του νέου παιδιού στην οικογένεια. Τους αφυπνίζει τα αισθήματα της νεότητάς τους, επαναφέρουν στη μνήμη τους τα πρώτα χαμόγελα του παιδιού τους, τις πρώτες του λέξεις και τα πρώτα του βήματα. Η παρουσία και η υποστήριξη των παππούδων και των γιαγιάδων αποτελεί βασικό παράγοντα για την ενίσχυση του οικογενειακού συστήματος (Lowdermilk & Perry, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Αρνητικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

2.1. Κάπνισμα

«Καπνός (αγγλικά tobacco, γαλλικά tabac) είναι η κοινή ονομασία κυρίως των ειδών *Nicotiana Tabacum* και *N. Rustica* του γένους Νικοτιανή καθώς και των φύλλων τους, τα οποία μετά από κατάλληλη επεξεργασία χρησιμοποιούνται για κάπνισμα, μάσημα, εισπνοές και για την εξαγωγή της νικοτίνης» (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001: 43).

Η επεξεργασία αυτή ουσιαστικά περιλαμβάνει την ανάμειξη των φύλλων του καπνού με περίπου άλλες τέσσερις χιλιάδες ουσίες και λεπτά σταγονίδια πίσσας. Από τις ουσίες αυτές κάποιες είναι ερεθιστικές για τους βλεννογόνους του αναπνευστικού συστήματος (αμμωνία και φαινόλη), άλλες είναι καρκινογόνες όπως η πίσσα οι υδρογονάνθρακες και το πολώνιο και τέλος, άλλες ασκούν έντονη φαρμακολογική δράση όπως η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και το υδροκυάνιο (Λαμπρόπουλος, 1992).

Οι πιο γνωστές και πιο βλαβερές ουσίες από αυτές είναι η νικοτίνη και η πίσσα. Πιο αναλυτικά, η νικοτίνη είναι φυσικό αλκαλοειδές, βρίσκεται σε υγρή κατάσταση και είναι μια άχρωμη πτητική βάση, που όταν εκτίθεται στον αέρα αποδίδει την μυρωδιά του καπνού. Κατά κύρια βάση είναι μια φαρμακευτική, ήπια ουσία, η οποία ερεθίζει τα «κέντρα ανταμοιβής» στον εγκέφαλο και αυξάνει τον ρυθμό της αναπνοής και τους παλμούς της καρδιάς. Όταν αυτή εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό, απορροφάται από τα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας, από το δέρμα και τους πνεύμονες. Δρα ως διεγερτικό στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ατόμου και οι επιδράσεις της είναι ανάλογες με την ψυχική διάθεση του καπνιστή, την ποσότητα, την συχνότητα και τον τρόπο καπνίσματος. Σε ιδιαίτερα μικρές δόσεις τονώνει την μνήμη, την προσοχή και την διάθεση (Περιστεράκη, χ.χ.).

Η πίσσα από την άλλη είναι μια παχύρρευστη σκουρόχρωμη ουσία, η οποία σχηματίζεται κατά την ψύξη του καπνού. Η μυρωδιά της είναι ιδιαίτερα έντονη και ανυπόφορη και η όψη της αποκρουστική. Η πίσσα εγκαθίσταται στους βρόγχους και στους πνεύμονες του ατόμου και είναι αυτή που δίνει γεύση στο τσιγάρο· δηλαδή χωρίς την ύπαρξή της το τσιγάρο θα ήταν ένα άγευστο χόρτο (Περιστεράκη, χ.χ.).

Είναι πλέον γνωστό ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για έναν μεγάλο αριθμό ασθενειών και προβλημάτων στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πιο συνηθισμένη από τις επιπτώσεις του είναι ο καρκίνος των πνευμόνων και της γλώσσας. Άλλες που ακολουθούν είναι ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της κύστης, του παγκρέατος, του τραχήλου της μήτρας, των νεφρών και σε μεγάλο ποσοστό και το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδάχτυλου (Περιστεράκη, χ.χ.). Επίσης πιθανές είναι παθήσεις τις στεφανιαίας και του εμφυσήματος, βρογχίτιδα και καρδιοπάθειες. Ο καπνός δρα με ένα ιδιαίτερα σύνθετο τρόπο στο σύνολο των συστημάτων που αποτελούν τον ανθρώπινο οργανισμό με κύρια επίδραση στο νευρικό σύστημα. Σε αυτό μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ακετυλχολινεργική δράση στον εγκέφαλο, αύξηση της έκκρισης διαφόρων ορμονών, μείωση του μυϊκού τόνου, εντεινόμενη διεγερσιμότητα, υποξυγόνοση ακόμα και αρτηριοσκλήρυνση (Γρίβας, 1984). Μπορεί τέλος να γίνει αιτία ανάπτυξης λευχαιμογένεσης και άλλων κακοήθων νοσημάτων του αιμοποιητικού συστήματος (Φουκανέλη και Λινού, 1995).

Στάδια ανάπτυξης της συνήθειας του καπνίσματος. Τέσσερα είναι τα στάδια μέσα από τα οποία το κάπνισμα εξελίσσεται σε αναπόσπαστο κομμάτι της συμπεριφοράς. Πρώτο είναι η προετοιμασία, ακολουθεί η μύηση και ο πειραματισμός, το πέρασμα από την περιστασιακή στη συστηματική χρήση και τέλος η επικράτηση της συστηματικής χρήσης και της εξάρτησης (Ντάβου, 1992).

Αναλυτικότερα, στο στάδιο της προετοιμασίας οι καπνιστές ανακαλύπτουν τα λειτουργικά και τελετουργικά στοιχεία που εντάσσουν το κάπνισμα στην καθημερινότητά τους, παρατηρώντας τους γονείς, τους φίλους ή άλλα σημαντικά πρόσωπα που καπνίζουν. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εφηβείας οι καπνιστές δρουν ως πρότυπα στο περιβάλλον του εφήβου, τα οποία καθορίζουν την έκταση και την ένταση της αρχικής εμπειρίας με το κάπνισμα (Ντάβου, 1992).

Στο στάδιο της μύησης και του πειραματισμού εμφανίζονται οι πρώτες αρνητικές αντιδράσεις του οργανισμού. Αυτές μπορεί να είναι βήχας και το κάψιμο στο λαιμό. Οι συγκεκριμένες αντιδράσεις μπορεί να μετατραπούν σε αποθαρρυντικούς παράγοντες και μπορεί ως αποτέλεσμα να έχουν την διακοπή του καπνίσματος (Ντάβου, 1992).

Κατά την περίοδο που ένας καπνιστής βρίσκεται στα δύο πρώτα στάδια, είναι ευκολότερο για αυτόν να διακόψει το κάπνισμα από ότι όταν βρίσκεται στη

συστηματική χρήση τσιγάρου. Αυτό συμβαίνει γιατί στην συγκεκριμένη φάση το κάπνισμα έχει γίνει πλέον για αυτόν συνήθεια, ίσως και ανάγκη. Το ίδιο ισχύει και για το τελευταίο στάδιο, αυτό της επικράτησης της συστηματικής χρήσης και της εξάρτησης, όπου το άτομο δεν μπορεί να λειτουργήσει πλήρως χωρίς το κάπνισμα (Ντάβου, 1992).

Εθισμός- Εξάρτηση από το κάπνισμα. Από έρευνες έχει προκύψει ότι με το κάπνισμα του κοινού τσιγάρου αναπτύσσεται εθισμός και εξάρτηση στη νικοτίνη. Έχει παρατηρηθεί ότι οι συστηματικοί καπνιστές καπνίζουν ένα τσιγάρο κάθε 30 περίπου λεπτά της ώρας, ώστε να διατηρούνται σχετικώς σταθερά τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα. Αλλιώς αισθάνονται ότι κάτι τους «λείπει». Αυτοί που κάνουν χρήση τσιγάρων με μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης, εάν καπνίσουν τσιγάρα με λιγότερη από την ουσία αυτή, λόγω του ότι δεν τους δημιουργείται το επιθυμητό αποτέλεσμα, επιθυμούν να καπνίζουν σε συχνότερα χρονικά διαστήματα (Αβραμίδης, 1994).

Γνωστή επίσης είναι η συμπεριφορά των καπνιστών, η οποία φτάνει μέχρι την πλήρη αναστάτωσή τους, όταν ξαφνικά ανακαλύψουν ότι δεν έχουν πλέον τσιγάρα. Προσπαθούν έτσι με κάθε μέσο να αποκτήσουν για να ικανοποιήσουν την επιθυμία τους. Οι καπνιστές λόγω της εξάρτησής τους από το τσιγάρο, μερικές φορές δεν υπολογίζουν και δεν είναι ευγενικοί προς τους μη καπνίζοντες συνανθρώπους τους (Αβραμίδης, 1994).

Σύνδρομο στέρησης. Εκείνο που δυσκολεύει κάποιους να κόψουν το τσιγάρο, ακόμη και όταν μια τέτοια ανάγκη υπαγορεύεται από σοβαρούς ιατρικούς λόγους, είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη. Παρόλα αυτά, όταν ένας χρόνιος καπνιστής αποφασίζει ότι πρέπει να σταματήσει το κάπνισμα, θα έρθει αντιμέτωπος με το σύνδρομο στέρησης από αυτό.

Τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι τα εξής: ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα, δυσχέρεια συγκέντρωσης, διαταραχές στην ικανότητα εκτέλεσης πράξεων, γνώσεων και αντιλήψεων, υπνηλία την ημέρα και αϋπνία τη νύχτα, τρόμος, γαστρεντερικές διαταραχές, αύξηση της όρεξης για φαγητό και ελάττωση του αυξημένου βασικού μεταβολισμού (Αβραμίδης, 1994). Επίσης, η απότομη παύση της χρήσης νικοτίνης μπορεί να γίνει αιτία εμφάνισης καταθλιπτικής διάθεσης, θυμού, άγχους και επιβράδυνσης του καρδιακού ρυθμού. Το σύνολο των παραπάνω συμπτωμάτων προκαλεί κλινικά σημαντική, υποκειμενική ενόχληση ή

έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου (Μάνος, 1997).

Το σύνδρομο εκδηλώνεται διαφορετικά σε κάθε άτομο με εμφανή όλα ή μερικά από τα συμπτώματα αυτά και σε διαφορετική βαρύτητα στον καθένα. Αρχίζει σχεδόν αμέσως και εκδηλώνεται πλήρως σε 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι και εβδομάδες και σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο (Αβραμίδης, 1994). Ακόμη και σε περιπτώσεις που το άτομο περάσει το σύνδρομο στέρησης και καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος υποτροπής.

2.1.1. Λόγοι χρήσης τσιγάρου

Αναμφισβήτητα υπάρχουν πολλοί παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στο να αρχίσει το κάπνισμα. Τέτοιοι είναι περιέργεια, η έκφραση επαναστατικότητας, η μίμηση συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να παραστήσουν τους «μεγάλους», ο συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν. Οι περισσότεροι καπνιστές αναφέρουν ότι παρακινήθηκαν κυρίως από τους φίλους τους, όσον αφορά στην έναρξη του καπνίσματος (Ντάβου, 1992).

Οι συνομήλικοι ασκούν όλο και μεγαλύτερη επίδραση σε ένα σύνολο από αξίες και συμπεριφορές, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνονται και οι καπνιστικές τάσεις και συνήθειες. Ο φόβος της απόρριψης, η επιθυμία για αποδοχή και αναγνώριση από τους συνομήλικους, καθώς και η ανάγκη να αισθάνεται ότι είναι μέλος μιας ομάδας, οδηγούν τον μελλοντικό καπνιστή στο κοινωνικό πειραματισμό με το κάπνισμα. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της εφηβείας η επιθυμία του εφήβου για πειραματισμό ενισχύεται και από την τάση του να αυτονομηθεί όπως και από μια διάθεση για επαναστατικότητα και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά (Ντάβου, 1992).

Οι πιθανότητες για έναρξη του καπνίσματος αυξάνονται σημαντικά όταν η συνήθεια του καπνίσματος ευνοείται και από το περιβάλλον του σπιτιού, μέσα από τις πράξεις και τις στάσεις των γονέων. Για παράδειγμα, τα παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν έχουν διπλάσια πιθανότητα να εξελιχθούν σε καπνιστές, αλλά η πιθανότητα αυξάνεται σημαντικά όταν τα παιδιά θεωρούν πως οι γονείς τους αντιμετωπίζουν θετικά τη συνήθεια του καπνίσματος (Ντάβου, 1992).

Επιπλέον, η συνήθεια του καπνίσματος συνδέεται και με την προσπάθεια του μέλλοντος καπνιστή να ανακαλύψει τρόπους για να ελέγχει συγκινησιακές καταστάσεις όπως ο θυμός, το άγχος ή η κατάθλιψη (Ντάβου, 1992).

Φαίνεται ότι υπάρχουν έξι παράγοντες, που επηρεάζουν τους καπνιστές στο να συνεχίζουν να καπνίζουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι ο ερεθισμός, οι αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί δηλαδή ικανοποίησης που νιώθουν όταν ανάβουν το τσιγάρο, η ευχάριστη χαλάρωση, η συνήθεια, η μείωση αρνητικών συναισθημάτων. Δηλαδή, ότι οι άνθρωποι καπνίζουν για να ανταπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης,

άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις, τελευταίος παράγοντας είναι ο εθισμό (Τζάφφη, Πήτερσον κ.α., 1986).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν ποιος επιθυμεί να γίνει καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει κάποιος το κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν την τάση να εντάσσονται στο φιλικό τους περιβάλλον άλλα άτομα που καπνίζουν. Επίσης, φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα που δίνει η οικογένειά τους για το κάπνισμα, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (Ντάβου, 1992).

2.1.2. Επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο και την εγκυμονούσα

Είναι πλέον γνωστό ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει μία πληθώρα δυσμενών επιπτώσεων στο έμβρυο. Λόγω αυτού οι Σουρουβάλης, Νάκας και άλλοι το 2005 πραγματοποίησαν μία έρευνα στη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου Καβάλας, στην οποία μελετούσαν τις επιπτώσεις αυτές. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 120 εγκυμονούσες με τελειόμηνη κύηση, οι οποίες κατατάχθηκαν σε τέσσερις ομάδες των 30 ατόμων. Την πρώτη ομάδα, την Α, αποτέλεσαν εγκυμονούσες οι οποίες δεν κάπνιζαν, ενώ οι καπνίστριες ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που κατανάλωναν ημερησίως, ταξινομήθηκαν στις υπόλοιπες ομάδες. Την ομάδα Β απάρτιζαν γυναίκες που κατανάλωναν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα, την ομάδα Γ αυτές που κατανάλωναν 11 έως 20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ στην Δ 3 έως 10 τσιγάρα την ημέρα.

Τα αποτελέσματα από την έρευνα αυτή είναι τα παρακάτω: καταρχήν, παρατηρήθηκε μειωμένο βάρος στα νεογνά που η μητέρα τους κάπνιζε. Ο μέσος όρος βάρους σώματος των νεογνών όπου οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν ήταν 3.159,5 γραμμάρια ενώ των νεογνών που οι μητέρες τους κάπνιζαν 2.912,9 γραμμάρια. Αντίστοιχα το ποσοστό των νεογνών με σωματικό βάρος κατά την γέννηση μικρότερο από 2.500 γραμμάρια ήταν 23,3% στις καπνίστριες και 13,3% στις μη καπνίστριες. Βρέθηκε επίσης ότι στις καπνίστριες το ποσοστό των εκτρώσεων του πρώτου τριμήνου ήταν 16,6% σε αντίθεση με το ποσοστό των μη καπνιστριών που βρισκόταν στο 6,7%. Επιπλέον παρατηρήθηκε διαφορά στο ποσοστό των πρόωρων τοκετών (24^η – 37^η εβδομάδα). Στις καπνίστριες το ποσοστό ήταν 10% ενώ στις μη καπνίστριες 6,7%. Τέλος ο αριθμός των εγκύων που εμφάνισαν συμπτωματολογία ήπιας ή μέτριας μορφής προεκλαμψία ήταν 5,5% στις καπνίστριες και 3,3 στις μη καπνίστριες (Σουρουβάλης, Νάκας κ.α., 2005).

Σύμφωνα με τον Μπαρούτη Γ. και την Δασοπούλου Μ. (2004) υπολογίζεται ότι περίπου 20% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κάπνιζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ίδια περίπου ποσοστά αφορούν σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία στην Ευρώπη, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία που κάπνιζει είναι 27%. Συνέπειες του καπνίσματος, πέραν του μειωμένου βάρους του νεογνού, παρατηρούνται σε αυτό καθώς μεγαλώνει και αναπτύσσεται. Αυτές μπορεί να είναι διαταραχές στη συμπεριφορά, στη κατανόηση

και έκφραση του λόγου, υπερκινητικότητα, διαταραχές προσοχής και χαμηλό νοητικό πηλίκιο. Επιπλέον, το κάπνισμα αναγνωρίζεται σαν παράγοντας κινδύνου για το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου στα βρέφη που πιθανά οφείλεται σε διαταραχή στο μηχανισμό αφύπνισης. Άλλες πιθανές επιπτώσεις είναι η πρόωρη ρήξη υμένων και η αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης βροχικού άσθματος.

Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για τις παραπάνω επιπτώσεις είναι η έκθεση τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου στη νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα. Η νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί την απελευθέρωση κάποιων ουσιών που προκαλούν σύσπαση των αγγείων με αποτέλεσμα τη μείωση της «μητροπλακουντιακής ροής αίματος» και της μεταφοράς θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου στο έμβρυο. Έχει υπολογιστεί ότι η συγκέντρωση νικοτίνης στο έμβρυο είναι 10% έως 15% υψηλότερη σε σχέση με τα επίπεδα νικοτίνης που ανιχνεύονται στη μητέρα. Το μονοξειδίο του άνθρακα συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη και παράγεται μια ουσία η οποία εμποδίζει τη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς (Μπαρούτης και Δασοπούλου, 2004).

Μέσω της εφαρμογής των υπερήχων ελέγχονται κάποια ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά του εμβρύου. Έχει λοιπόν διαπιστωθεί ότι έμβρυα όπου οι μητέρες τους καπνίζουν έχουν μειωμένο μήκος σώματος, περίμετρο κεφαλής αλλά και διαστάσεων των σπλάχνων. Αυτά βέβαια ποικίλουν ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει η εγκυμονούσα. Πιθανή είναι επίσης η εμφάνιση τερατογένεσης στο έμβρυο, η οποία κλινικώς εκδηλώνεται ως ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και συγγενείς καρδιοπάθειες. Υπάρχει και η περίπτωση κάποιο νεογνό να γεννηθεί με το «σύνδρομο εμβρύου καπνίσματος» (fetal tobacco syndrome). Τα χαρακτηριστικά των εμβρύων αυτών είναι ότι το σωματικό τους βάρος είναι μικρότερο από 2.500 γραμμάρια, έχουν ρυτίδες στο πρόσωπο και έκφραση δυσαρέσκειας (Λαμπρόπουλος, 1992).

Έχει επίσης αναφερθεί ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης λευχαιμίας σε βρέφη των οποίων οι μητέρες ήταν καπνίστριες, καθώς και άλλων κακοηθειών όπως νεοπλασίες του εγκεφάλου και νευροβλάστωμα (Φουκανέλη και Λινού, 1995). Επιπρόσθετα, μέσω της νικοτίνης, της κοτινίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα που διαπερνούνται στο έμβρυο διαμέσου του πλακούντα μπορεί να εμφανιστούν, εκ μητρός αναπτυξιακή καθυστέρηση, απότομη διακοπή κύησης, περιγεννητική

θνησιμότητα, πρόωρος τοκετός αλλά και προβλήματα γονιμότητας στην μετέπειτα ζωή του βρέφους (Ratcliffe, Gladen et al, 1992)

Υπήρξε μία ακόμη έρευνα η οποία έλαβε χώρα στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Πατρών και μελετούσε εάν το κάπνισμα κατά την κύηση προκαλεί αυξημένη αρτηριακή πίεση στα παιδιά των καπνιστριών μητέρων. Σε αυτή συμμετείχαν 73 νεογνά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την διάρκεια της κύησης, 43 νεογνά των οποίων οι μητέρες διέκοψαν το κάπνισμα νωρίς κατά την κύηση, 83 νεογνά των οποίων οι μητέρες ήταν παθητικές καπνίστριες και 170 νεογνά των οποίων οι γονείς δεν κάπνιζαν (Βαρβαρίγου και Παναγούλιας, 1998).

Σε αυτήν παρατηρήθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζαν οι μητέρες κατά την κύηση και της αρτηριακής πίεσης των νεογνών. Αναλυτικότερα, από την πρώτη έως την 72^η ώρα ζωής η αρτηριακή πίεση των νεογνών των μητέρων που κάπνιζαν 15 τσιγάρα την ημέρα ήταν σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των νεογνών των μη καπνιστριών μητέρων. Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης ήταν ενδιάμεση, όταν οι μητέρες κάπνιζαν 7 – 15 τσιγάρα την ημέρα. Η αρτηριακή πίεση ήταν όμοια όταν οι μητέρες κάπνιζαν 3 – 5 τσιγάρα την ημέρα, ήταν παθητικές καπνίστριες ή είχαν διακόψει το κάπνισμα νωρίς κατά την κύηση (Βαρβαρίγου και Παναγούλιας, 1998).

Όσον αφορά στην ίδια την εγκυμονούσα, έχει παρατηρηθεί ότι αν αυτή καπνίζει μπορεί να της παρουσιαστούν συχνές αιμορραγίες, αυτόματες αποβολές, πρόδρομος πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και άλλες μαιευτικές επιπλοκές. Επίσης οι γυναίκες αυτές έχουν μικρότερη μέση αρτηριακή πίεση από τις μη καπνίστριες και αν εκδηλώσουν τοξιναιμία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν το παιδί τους έναντι των μη καπνιστριών (Λαμπρόπουλος, 1992). Τέλος, αναλύσεις του πλακουντιακού υλικού σε μητέρες καπνίστριες έχουν δείξει νεκρωτικές βλάβες σε ιστούς, μικροέμφρακτα, ατροφικά αγγεία ως αποτέλεσμα αγγειοσύσπασης και ισχαιμίας (Μπαρούτης και Δασοπούλου, 2004).

2.2. Αλκοόλ

Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την Αραβική λέξη «al Kohl». Το αλκοόλ, το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά, ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και τα στοιχεία που το αποτελούν είναι ο άνθρακας, το υδρογόνο και το οξυγόνο. Η αναφερόμενη ουσία, ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό, το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει μια γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Παρόλα αυτά, είναι το μόνο είδος αλκοόλης που είναι ασφαλές για ανθρώπινη κατανάλωση (Ποταμιάνος, χ.χ.)

Επιδρώντας στο κεντρικό νευρικό σύστημα, το αλκοόλ επιβραδύνει τη λειτουργία αυτού κατασταλτικά και αμβλύνει τη σκέψη και τη δράση. Με την χρήση του δημιουργείται στον λήπτη άρση της αναστολής και η νηφαλιότητα συρρικνώνεται. Οι νοητικές και σωματικές λειτουργίες ατονούν όσο αυξάνεται η δόση. Σταδιακά χάνεται και ο συντονισμός μεταξύ σωματικών λειτουργιών και μνήμης, λογικής και ορθής κρίσης. Όταν κάποιο άτομο κάνει χρήση υπερβολικής δόσης μπορεί να πάθει οξεία αναπνευστική καρδιοπάθεια (Περιστεράκη, χ.χ.).

Από την χρήση αλκοόλ μπορεί να παρουσιάσει το άτομο κίρρωση του ήπατος. Αυτή εμφανίζεται μετά από 10 – 15 χρόνια κατάχρησης του αλκοόλ. Είναι πολύ σοβαρή ασθένεια, που οφείλεται στην καταστροφή των κυττάρων του συκωτιού λόγω της μεταβολής της περιεκτικότητάς τους σε λίπος. Επακόλουθο είναι τα νεκρωμένα μέρη να εμποδίζουν το αίμα να φτάσει στα συστατικά του συκωτιού, όπου πρέπει να αποθηκεύει ή να παράγει θρεπτικές ουσίες. Το αλκοόλ λοιπόν, καταστέλλει την όρεξη για φαγητό, και έτσι το ίδιο μαζί με τον υποσιτισμό είναι οι δύο αιτίες που προκαλούν την κίρρωση στο συκώτι (Περιστεράκη, χ.χ.). Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι πελλάγρα, λόγω έλλειψης ή ανεπάρκειας βιταμινών, διαταραχές της όρασεως, παγκρεατίτιδα και διάρροιες. Επίσης, η άμυνα και η αντίσταση του οργανισμού μειώνονται με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η προσβολή του από διάφορες ασθένειες μεταξύ των οποίων και το AIDS (Αβραμίδης, 1994)

Το αλκοόλ προκαλεί επίσης τοξικομανία, δηλητηρίαση (μέθη). Η χρόνια χρήση του αντίστοιχα μπορεί ως αποτέλεσμα να έχει πνευμονία, βρογχίτιδα και φυματίωση. Επίσης, προκαλεί καρκίνο της γλώσσας, του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα και του συκωτιού. Άλλη ασθένεια είναι η νευρίτιδα, που παρουσιάζεται με

μυρμήγκιασμα στα πόδια, αρχικά στα δάχτυλα και καταλήγει σε μόνιμο μούδιασμα (Περιστεράκη, χ.χ.)

Πέρα από τις σωματικές βλάβες από τη χρήση της εν λόγω ουσίας, υπάρχουν και οι ψυχικές. Οι χρήστες παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, αμνησία, ενοχές και βίαιη συμπεριφορά στο άμεσο περιβάλλον τους (Περιστεράκη, χ.χ.). Συχνά φαινόμενα στους αλκοολικούς είναι και η φλυαρία, η σεξουαλική ανικανότητα, ακόμα και η αυτοκτονία (Τζάφφη, Πητερσον κ. α., 1981). Πιο σπάνια μπορεί να εμφανιστούν και τρομώδες παραλήρημα, αλκοολική παράνοια, αλκοολική ψύχωση (Korsakoff), αλκοολική πολυνευριτιδική ψύχωση (Gayet – Wernicke) και αλκοολική άνοια (Περιστεράκη, χ.χ.).

Εκτός όμως από τις βλάβες που προκαλεί το αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό, επηρεάζει και το ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι το αλκοόλ θεωρείται αποδεδειγμένα υπεύθυνο για την αύξηση της εγκληματικότητας, των τροχαίων ατυχημάτων και των περισσότερων ατομικών και οικογενειακών δραμάτων (Γρίβας, 1984). Χαρακτηριστικά, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες των αλκοολικών είναι γενικά πιο διαταραγμένες από τον υπόλοιπο πληθυσμό και ότι τα παιδιά των αλκοολικών διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να γίνουν τα ίδια αλκοολικά. Έχει υπολογιστεί ότι το 25% με 50 % των αλκοολικών είχαν έναν γονιό ή έναν στενό συγγενή αλκοολικό και ότι τα παιδιά αλκοολικών γονιών έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν τα ίδια αλκοολικά από τα παιδιά που δεν έχουν αλκοολικούς γονείς. Επιπρόσθετα, οι οικογένειες με κάποιον αλκοολικό (συνήθως τον πατέρα) υφίστανται βία, αντιμετωπίζουν διάλυση της οικογενειακής συνοχής, μεγάλη και διαρκή ένταση και δυσκολίες στις κοινωνικές συναλλαγές (Τζάφφη, Πητερσον κ. α., 1981).

«Αλκοολισμός ορίζεται ένα σύνολο από φαινόμενα σε επίπεδο φυσιολογίας, συμπεριφοράς και γνωστικής λειτουργίας που αναπτύσσονται μετά από επανειλημμένη κατανάλωση αλκοόλ. Περιλαμβάνουν μια έντονη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ, αξιοσημείωτη έλλειψη ελέγχου της κατανάλωσης αυτής, αλλαγή στον τρόπο ζωής και επιμονή στο ποτό παρά τις συνέπειες, απόδοση μεγάλης σημασίας και προτεραιότητας στο ποτό, αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ και παρουσία συνδρόμου στέρησης κατά τη διακοπή του» (Μουζάς, 2005: 16).

Ο αλκοολισμός είναι ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στατιστικές στις διάφορες χώρες, υπολογίζουν τον επιπολασμό του από 5 έως 15 ή και περισσότερο τοις εκατό. Μολονότι είναι πιο συχνός στους άντρες από ότι στις γυναίκες, η συχνότητά του στις γυναίκες αυξάνεται. Αν και τον "συναντάμε" σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, είναι πιο συχνός στις χαμηλότερες. Συχνά ο αλκοολισμός διαφεύγει της διάγνωσης του γιατρού. Αυτό συμβαίνει γιατί ο αλκοολικός αρνείται τις περισσότερες φορές ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ και μόνο συγγενείς, φίλοι και άνθρωποι από την εργασία του μπορούν να δώσουν ακριβείς πληροφορίες (Μάνος, 1997).

Σύνδρομο εξάρτησης από το αλκοόλ. Το σύνδρομο αυτό αναφέρεται στην ψυχολογική και σωματική εξάρτηση του ατόμου από το αλκοόλ. Περιλαμβάνει επτά στοιχεία ή συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν το άτομο, το οποίο εξαρτάται από το αλκοόλ.

1. *Συγκεκριμένες περίοδοι κατανάλωσης.* Το στοιχείο αυτό αναφέρεται στο γεγονός ότι το άτομο δεν πίνει πλέον τυχαία όπως σε μια κοινωνική εκδήλωση αλλά πίνει συγκεκριμένα επειδή νιώθει ότι θέλει να πει, άσχετα αν η ποσότητα της κατανάλωσης είναι μικρή ή μεγάλη.
2. *Προτεραιότητα στην κατανάλωση αλκοόλ.* Η ανάγκη για κατανάλωση αλκοόλ στο σύμπτωμα αυτό παίρνει προτεραιότητα από οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή.
3. *Αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ.* Αναμενόμενο είναι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από σύνδρομο εξάρτησης να παρουσιάζουν μια αυξημένη ανεκτικότητα στο αλκοόλ. Δηλαδή χρειάζονται όλο και περισσότερο αλκοόλ προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες για τις οποίες πίνουν.
4. *Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα στέρησης.* Όπως και με άλλες ουσίες εξάρτησης, έτσι και στην περίπτωση εξάρτησης από αλκοόλ, η αποχή από την κατανάλωση δημιουργεί συμπτώματα στέρησης. Αυτά επαναλαμβάνονται κάθε φορά που το άτομο στερείται το αλκοόλ.
5. *Αποφυγή ή ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης.* Εδώ το άτομο προσπαθεί να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα στέρησης και ο πιο εύκολος τρόπος για να το καταφέρει είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Μόνο έτσι ο προβληματικός πότης «ηρεμεί» και «λειτουργεί φυσιολογικά».

6. *Ο συνειδητός καταναγκασμός του πότη.* Το άτομο αρνείται ότι κάνει κατάχρηση αλκοόλ και αν κάποιος από το περιβάλλον του σχολιάσει την κατάχρησή του αυτή, η άρνηση γίνεται εντονότερη.
7. *Επαναφορά του συνδρόμου.* Αυτό το στοιχείο αναφέρεται στην πιθανότητα επανεμφάνισης του συνδρόμου μετά από κάποια περίοδο αποχής (Ποταμιανός, χ.χ.).

Αλκοολική τοξίκωση. «Πρόκειται για την γνωστή μας μέθη, που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορικές ή ψυχολογικές μεταβολές όπως απρόσφορη σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης και της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας καθώς επίσης και άλλα συμπτώματα όπως δυσαρθρική ομιλία, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, αστάθεια του βαδίσματος, νυσταγμός, έκπτωση στην προσοχή ή στην μνήμη, μέχρι ακόμα και κόμμα. Επιπλέον, επιδρώντας το αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να αλλοιώσει κάποια από τα χαρακτηριστικά του. Τέλος, μπορεί να επέλθει αμνησία για γεγονότα που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της μέθης» (Μάνος, 1997: 522)

Αλκοολικό στερητικό σύνδρομο. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται συνήθως 6 έως 24 ώρες μετά την διακοπή ή και την ελάττωση μεγάλης και συνεχόμενης λήψης αλκοόλ. Μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και 36 ώρες μετά το τελευταίο ποτό του χρήστη. Τα πρώτα σημεία και συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι:

- αδρός τρόμος των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων
- υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δηλαδή ταχυκαρδία, εφίδρωση, αυξημένη αρτηριακή πίεση
- κακουχία ή αδυναμία
- πυρετός
- υπέρπνοια, αύξηση των αντανακλαστικών
- ευερεθιστότητα, διέγερση, άγχος, αϋπνία ή και κατάθλιψη
- ναυτία, εμετός, κοιλιακό άλγος, διάρροια
- κεφαλαλγία
- παροδικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις

- σπασμοί, οι οποίοι εμφανίζονται συνήθως 24 έως 48 ώρες μετά το τελευταίο ποτό (Μάνος, 1997).

Άλλα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου μπορεί να είναι η ξηρότητα του στόματος από την αφυδάτωση και η βρώμικη γλώσσα. Επίσης το άτομο δύσκολα αναγνωρίζει το περιβάλλον του, δεν μπορεί να αντιληφθεί ή να εκτελέσει στοιχειώδεις εντολές και παρουσιάζει κατάργηση μνήμης σε ότι αφορά πρόσφατα γεγονότα, αποπροσανατολισμό ως προς τον χώρο και τον χρόνο. Ορισμένοι εκδηλώνουν επιθετικές συμπεριφορές ή τάσεις αυτοκτονίας ενώ άλλοι βασανίζονται από τρομακτικές ψευδαισθήσεις της αφής και της οράσεως (Αβραμίδης, 1994).

2.2.1. Λόγοι κατανάλωσης αλκοόλ

Ο αλκοολισμός ως εξάρτηση είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία. Δεν υπάρχει ένα μοναδικό και ανεξάρτητο κίνητρο που ωθεί το άτομο στο να πίνει. Πολλοί θεωρούν ότι ένα άτομο πίνει επειδή έχει κατάθλιψη, οικονομικά προβλήματα και άλλα. Αν όμως αυτό ήταν αλήθεια, η άρση της αιτίας θα αρκούσε για αντιμετωπιστεί το πρόβλημα. Την θεώρηση αυτή λανθασμένα υποστήριζαν εκπρόσωποι της κλινικής ιατρικής και της ψυχολογίας – κοινωνιολογίας στο παρελθόν βασιζόμενοι στην αρχή ότι η εξάρτηση αντιμετωπίζεται με την αντιμετώπιση των αιτιών που την προκαλούν. Όμως, κάτι τέτοιο δεν υφίσταται. Για παράδειγμα παρά την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η οποία θεωρούνταν η αιτία της εξάρτησης, οι ασθενείς δεν μπορούσαν να διακόψουν το ποτό, με όλες βέβαια τις αρνητικές συνέπειες που είχε αυτό (Μουζάς, 2005).

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πολλαπλές αιτίες και ότι δεν υπάρχει ένας και μόνο παράγοντας που να προκαλεί την παθολογική αυτή κατάσταση. Πέραν όμως των διαφορετικών και ποικίλων προδιαθεσικών αιτιολογικών παραγόντων, φάνηκε η σημασία και των λεγομένων εκλυτικών παραγόντων, οι οποίοι κάνουν το πρόβλημα να εκδηλωθεί αλλά και των παραγόντων που το κάνουν να χρονίζει και να αναπαράγεται (Μουζάς, 2005).

Οι αιτιολογικοί παράγοντες πιο αναλυτικά είναι οι παρακάτω:

Κοινωνικοί παράγοντες. Γεγονός είναι ότι το αλκοόλ παίζει καθοριστικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένη η σύγχρονη οικογένεια, η εργασία και η κοινωνία γενικότερα, φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αιτιολογίας του αλκοολισμού. Οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται διαμέσου των κοινωνικών προβλημάτων όπως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων και άλλα, το λιγότερο που μπορούν να επιφέρουν είναι να οδηγήσουν κάποια άτομα στον αλκοολισμό (Ποταμιάνος, χ. χ.).

Οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αλκοολισμού είναι πολλοί. **Πρώτος** παράγοντας είναι η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ. Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να περιγραφεί με τη δήλωση « όσο υπάρχει αλκοόλ σε μια δεδομένη κοινωνία θα υπάρχουν και αλκοολικοί ». Ο **δεύτερος** παράγοντας έχει

σχέση με την τιμή, την «νομιμότητα» και την κοινωνική αποδοχή. Συγκριτικά με τις παράνομες ουσίες εξάρτησης, το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. **Τρίτος** παράγοντας είναι το κοινωνικό περιβάλλον. Συχνά παρατηρείται το γεγονός ότι ένας αριθμός ατόμων, κυρίως από τους νέους, κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος απόρριψης για τη μη συμμετοχή στα κοινά, δημιουργούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης (Ποταμιάνος, χ. χ.).

Ο **τέταρτος** παράγοντας αναφέρεται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Αυτά, και ιδιαίτερα η διαφήμιση, που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος, στοχεύει στην αύξηση των πωλήσεων, φαίνεται να έχει ουσιαστική συμβολή στην αύξηση κατανάλωση του αλκοόλ με δύο τρόπους. Είτε με τη δημιουργία «προτύπων», τα οποία «υιοθετούνται» από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να «επιβεβαιώνει» υπάρχουσες συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τη νεανική κουλτούρα. Ο **πέμπτος** παράγοντας σχετίζεται με την εργασία, τον τρόπο ζωής και την ψυχαγωγία. Αρκετές φορές η βραδινή και η μονότονη εργασία ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ καθώς επίσης και η μακρόχρονη απουσία από την οικογένεια (ναυτικοί). Επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ιδιοκτήτες μπαρ, μπάρμαν) φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου θεωρείται παράγοντας αύξησης της χρήσης αλκοόλ (Ποταμιάνος, χ. χ.).

Ψυχολογικοί παράγοντες. Η μελέτη της προσωπικότητας συνεχίζει παρά την πάροδο του χρόνου να είναι ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων. Έτσι, έχει δημιουργηθεί πληθώρα θεωριών και επιχειρημάτων σχετικά με τη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών, τα οποία συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Όσον αφορά το θέμα του αλκοολισμού, ο κύριος προβληματισμός ήταν, τα παλαιότερα χρόνια, αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα, η οποία μοιραία τους οδηγεί στον αλκοολισμό· αυτή έγινε γνωστή ως «αλκοολική προσωπικότητα». Παρά το γεγονός ότι η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς παρουσίαζαν στοιχεία τα οποία τεκμηρίωναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν κατέληξαν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα για την ύπαρξη αυτής. Η «εφεύρεση»

επομένως του συγκεκριμένου ορισμού, δείχνει ότι επινοήθηκε προκειμένου να εξυπηρετήσει με κάποιο τρόπο ψυχολόγους και ψυχιάτρους, που προσπάθησαν να επεξεργαστούν μια διάσταση της ψυχοπαθολογίας του αλκοολικού. Εξυπηρέτησε επίσης και τους ίδιους τους αλκοολικούς, οι οποίοι δικαιολόγησαν την κατάχρηση που έκαναν σε ένα αναπόφευκτο γεγονός, που οφείλεται στην ίδια τους την προσωπικότητα (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Στις μέρες μας, αφού έχει καταρριφθεί ο μύθος της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι επιστήμονες έχουν καταλήξει σε κάποιους ψυχολογικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την χρήση και κατάχρηση αλκοόλ από το άτομο. Πρώτος και πιο σημαντικός από αυτούς είναι το άγχος, το οποίο συχνά συνεπάγεται από την καταπίεση που δέχεται καθημερινά το άτομο. Σε αυτό, βασικό ρόλο έχει και ο γρήγορος ρυθμός ζωής, που αναγκαστικά υιοθετεί το άτομο στους γρήγορους ρυθμούς που επιβάλλει η κοινωνία. Επόμενος, και εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι η κατάθλιψη και συνεπώς η εσωτερίκευση συναισθημάτων. Έτσι, όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του και απομακρύνεται από τον έξω κόσμο, πιθανό είναι να καταφύγει στο αλκοόλ, το οποίο αργότερα θα ονομάσει «παρέα». Οι διαταραχές προσωπικότητας μπορούν επίσης να επηρεάσουν και να οδηγήσουν το άτομο στην χρήση αλκοόλ. Στις περιπτώσεις αυτές, το ποτό χρησιμοποιείται και ως ψυχοφάρμακο προκειμένου το άτομο να αντιμετωπίσει αυτό που το ενοχλεί (Μουζιάς, 2005).

Πολιτισμικοί παράγοντες. Υπάρχουν κοινωνίες, που λόγω θρησκευτικών αντιλήψεων (για παράδειγμα μουσουλμάνοι), απαγορεύουν τη χρήση του αλκοόλ. Συνεπώς, σε τέτοια πολιτισμικά πλαίσια δεν παρατηρείται το φαινόμενο του αλκοολισμού. Η εβραϊκή κοινότητα αποτελεί ένα παράδειγμα «ελεγχόμενης χρήσης» του αλκοόλ. Στην εν λόγω περίπτωση, τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν χρήση του αλκοόλ στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Εδώ, η χρήση είναι αποδεκτή, ενώ η μέθη ή η κατάχρηση του αλκοόλ είναι αξιόποινες συμπεριφορές (Τσαρούχας, 2000).

Αντίθετα με τα παραπάνω, χώρες όπως η Ιρλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου η χρήση του αλκοόλ είναι κοινωνικά αποδεκτή παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα αλκοολισμού. Στις χώρες αυτές, απουσιάζει το στοιχείο της «ελεγχόμενης καταναλωτικής συμπεριφοράς» του αλκοόλ. Στις παραπάνω περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί, ότι ακόμα και παιδιά που προέρχονται από γονείς που δεν είναι χρήστες αλκοόλ, μπορεί να καταλήξουν στον αλκοολισμό. Τέλος, στη

Γαλλία και στην Ιταλία, όπου επιτρέπεται να καταναλώνουν αλκοόλ παιδιά σε μικρές ηλικίες, ενώ παρουσιάζεται σοβαρό πρόβλημα αλκοολισμού, δεν παρατηρείται αυξημένη αντικοινωνική συμπεριφορά σχετικά με την χρήση αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Βιολογικοί - γενετικοί παράγοντες. Οι προσπάθειες που έγιναν για να εντοπιστούν βιολογικοί παράγοντες (για παράδειγμα η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη όσον αφορά ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας) στη γένεση του αλκοολισμού, απέβησαν άκαρπες. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1940, κάποιοι επιστήμονες εισήγαγαν τη «θεωρία» σύμφωνα με την οποία οι αλκοολικοί παρουσιάζουν έναν «αλλεργικό παράγοντα» στη βιολογική τους σύνθεση, που είναι υπεύθυνος για την εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Αυτή η θεωρία, σύντομα κατέρρευσε μετά τη δημοσίευση των εργαστηριακών πειραμάτων των Robinson και Voegtlin (1952) που ανέφεραν παντελή έλλειψη στοιχείων προς υποστήριξη της παραπάνω θεωρίας (Τσαρούχας, 2000).

Η σχέση κληρονομικότητας – αλκοολισμού μέσω γεννητικών μηχανισμών έχει απασχολήσει σοβαρά την σχετική επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζονται στο συγκεκριμένο ζήτημα μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά που έχουν υιοθετηθεί και οι βιολογικοί τους γονείς, με τους οποίους δεν είχαν καμία επαφή, είναι αλκοολικοί. Αναμενόμενο είναι η υλοποίηση τέτοιων ερευνών να είναι αρκετά δύσκολη λόγω της δυσκολίας ανεύρεσης δείγματος. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με έρευνα των Goodwin et al το 1973 το ποσοστό αλκοολισμού ήταν μεγαλύτερο σε υιοθετημένα παιδιά που ο βιολογικός τους πατέρας ήταν αλκοολικός, σε σύγκριση με υιοθετημένα παιδιά που ο πατέρας τους δεν ήταν αλκοολικός. Βάση τέτοιων αποτελεσμάτων, οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι υπάρχουν γενετικοί παράγοντες που επηρεάζουν την κατάχρηση αλκοόλ (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Εκλυτικοί παράγοντες. Οι εκλυτικοί παράγοντες είναι αυτοί που μια ορισμένη στιγμή θα κάνουν ορατό και ενεργό το πρόβλημα που προϋπήρχε σε αφάνεια. Η στιγμή αυτή αντιστοιχεί στον ελληνικό όρο « οξύς καιρός», στον αγγλικό «timing», με άλλα λόγια στην χρονική ωρίμανση μιας κατάστασης ώστε την κατάλληλη στιγμή να επέλθει μία αλλαγή στο σύστημα (Μουζάς, 2005).

Οι παράγοντες αυτοί είναι καταρχήν σημαντικές περιόδους αλλαγής στην ζωή του ατόμου. Τέτοιες είναι η εφηβεία, η ωρίμανση η οποία συνεπάγεται με την

συνταξιοδότηση και τα γηρατειά. Άλλοι τέτοιοι παράγοντες είναι τραυματικά γεγονότα όπως πένθος, σοβαρές ασθένειες, ατυχήματα, διαζύγιο ή προβλήματα σε συναισθηματικές και προσωπικές σχέσεις όπως στον γάμο, στην οικογένεια ή σε σχέσεις με φίλους και παρέα. Τέλος, σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν και τα εργασιακά προβλήματα, τα οποία μπορεί να χρειαστεί το άτομο να αντιμετωπίσει. Τέτοια μπορεί να είναι η αλλαγή είδους ή τόπου εργασίας, η ανεργία και η αύξηση ή η μείωση των ευθυνών στην εργασία (Μουζιάς, 2005).

2.2.2. Επιπτώσεις του αλκοόλ στο έμβρυο και την εγκυμονούσα

Οι πιθανές επιπτώσεις που τυχόν να έχει η κατάχρηση της αλκοόλης στο έμβρυο είχαν γίνει ήδη γνωστές το 18^ο αιώνα στη Μεγάλη Βρετανία. Την εν λόγω εποχή, παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση στην κατανάλωση του τζιν ιδιαίτερα από τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Το παραπάνω γεγονός ανάγκασε το «Βασιλικό Κολλέγιο των Ιατρών του Λονδίνου» να απευθύνει αίτηση στη Βουλή για τον περιορισμό κατανάλωσης της αλκοόλης λόγω του μεγάλου αριθμού νεογέννητων παιδιών με σοβαρές διαταραχές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλές από τις αλκοολικές μέλλουσες μητέρες να συλληφθούν και όπως είναι φυσικό αναγκάστηκαν να γεννήσουν στη φυλακή προκειμένου να περιοριστεί σημαντικά ο αριθμός των 'προβληματικών' νεογνών (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Την ίδια περίοδο παρατηρήθηκε ότι οι αλκοολικές φυλακισμένες γυναίκες παρουσίαζαν υπερδιπλάσια συχνότητα θνησιγενών νεογνών από ότι οι μη αλκοολικές φυλακισμένες. Εντούτοις, μέχρι πριν από 50 χρόνια επικρατούσε η αντίληψη ότι το έμβρυο προστατεύεται αποτελεσματικά στη μήτρα και καμία βλαβερή ουσία δεν μπορεί να το επηρεάσει. Τα 25 - 30 τελευταία χρόνια έγινε πια κατανοητό ότι η μήτρα δεν αποτελεί απροσπέλαστο εμπόδιο και ότι ορισμένες ουσίες μπορούν να διαπεράσουν τον πλακούντα και να προκαλέσουν βλάβη στο αναπτυσσόμενο έμβρυο (Αναγνωστάκης, 1993).

Η πρώτη σύγχρονη μελέτη που διερεύνησε τα προβλήματα που παρουσιάζονται σε παιδιά αλκοολικών μητέρων ήταν του Lamache (1967). Ο γάλλος αυτός γιατρός εξέτασε περισσότερα από 3.000 παιδιά, τα οποία παρουσίαζαν οργανικές και ψυχολογικές διαταραχές και ανακοίνωσε ότι περίπου στο 1/3 αυτών των παιδιών τα προβλήματα ήταν αποτέλεσμα της αλκοολικής μητέρας τους. Ένα χρόνο αργότερα οι Lemoine et al (1968) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα μιας έρευνας από περιστατικά που είχαν εξετάσει στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με αυτήν, 25 από τα 54 παιδιά που παρουσίαζαν μορφολογικά, ψυχοκινητικά και ψυχολογικά προβλήματα είχαν μητέρες που έπασχαν από αλκοολισμό (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Σύμφωνα με τον Pratt (1982), οι παραπάνω έρευνες δεν φαίνεται να ευαισθητοποίησαν την διεθνή επιστημονική κοινότητα μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70, όταν αμερικάνοι ερευνητές κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα με τους γάλλους συναδέλφους τους. Οι Ulleland (1972) και Jones & Smith (1973) ήταν οι

πρώτοι που έδωσαν το χαρακτηρισμό «εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο» σε μια σειρά από διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν παιδιά από αλκοολικές μητέρες (Ποταμιάνος, χ.χ.).

Ως εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται «το άθροισμα μορφολογικών και κλινικών στοιχείων που εμφανίζει το νεογέννητο, του οποίου η μητέρα καταναλώνει οινόπνευμα κατά τη κύηση» (Αναγνωστάκης, 1993: 456). Ο όρος αυτός επικράτησε κατά τη δεκαετία του 1970 και περιγράφει μια χαρακτηριστική εμβρυοπάθεια. Και όταν ακόμα δεν εκδηλώνεται το σύνδρομο αυτό σε πλήρη μορφή, πολλά νεογέννητα παρουσιάζουν επιμέρους κλινικές εκδηλώσεις και σημεία του συνδρόμου. Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρονται οι εμβρυικές αλκοολικές συνέπειες, διαταραχές ανάπτυξης νευρικού συστήματος λόγω αλκοόλ ή προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ. Η συχνότητα του συνδρόμου και των επιμέρους κλινικών εκδηλώσεων κυμαίνεται, ανάλογα με τον πληθυσμό και τα κριτήρια, από 1: 25.000 έως 1: 500 γεννήσεις, ενώ σε γυναίκες αλκοολικές παρατηρείται στο 1/3 των γεννήσεων (Μουζάς, 2005)

Το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο αποτελεί την πιο χαρακτηριστική και εντυπωσιακή κλινική εκδήλωση από όλες τις παθήσεις και προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες και θηλάζουσες μητέρες (Μουζάς, 2005). Χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα ανωμαλιών, που κυμαίνονται από ελαφρές παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό μέχρι την πλήρη έκφρασή του. Το πλήρες σύνδρομο παρουσιάζει μορφολογικές διαταραχές, διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, της σωματικής ανάπτυξης και τέλος άλλες συγγενείς ανωμαλίες (Αναγνωστάκης, 1993).

Οι μορφολογικές διαταραχές αφορούν στο πρόσωπο, το οποίο παρουσιάζει επιπέδωση, φαινόμενο, που κάνει τα παιδιά με το σύνδρομο να μοιάζουν αρκετά μεταξύ τους. Ακόμη, χαρακτηριστικά του συνδρόμου αυτού είναι η μικροκεφαλία, το λεπτό άνω χείλος, οι μικρές βλεφαρικές σχισμές, ο στραβισμός, η καθίζηση της ρίζας της μύτης και η μεγάλη απόσταση στόματος μύτης. Συνήθως η κάτω γνάθος είναι μικρή κατά τη γέννηση και κάποιες φορές αυτή η μικρογοναθία παραμένει σε όλη τη ζωή. Σε μεγαλύτερη ηλικία είναι δυνατόν το άτομο να παρουσιάζει προγναθισμό (Αναγνωστάκης, 1993).

Η συχνότερη εκδήλωση βλάβης του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι η νοητική καθυστέρηση, συνήθως μετρίου μορφής (δείκτης νοημοσύνης, IC 50- 80).

Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις, που εμφανίζονται συχνά κατά τη νεογνική περίοδο είναι ο τρόμος και η υπέρτονία· εντούτοις, οι σπασμοί σε αυτή την ηλικία είναι σπάνιοι. Επιπλέον, αλλοιώσεις και προβλήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να είναι συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχή του ύπνου, έλλειψη προσοχής. Ακόμη, ευερεθιστότητα, σύνδρομο υπερκινητικότητας, μειωμένο αντανακλαστικό θηλασμό, διαταραχή της κινητικής ανάπτυξης, χαμηλό βάρος, μήκος σώματος και κρανιακής περιμέτρου τόσο κατά τη γέννηση όσο και αργότερα (Μουζιάς, 2005).

Συχνές συγγενείς ανωμαλίες είναι οι καρδιοπάθειες, το λυκόστομα, ανωμαλίες του ουροποιητικού και μυοσκελετικού συστήματος. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο έχουν προδιάθεση για ωτίτιδα και απώλεια της ακοής (Αναγνωστάκης, 1993).

Πέραν του εμβρυικού αλκοολικού συνδρόμου, μπορούν να υπάρξουν και άλλες επιπτώσεις στο νεογνό από τη χρήση αλκοόλ της εγκυμονούσας. Αυτές, ενδέχεται να ταυτίζονται με κάποιες ενδείξεις του συνδρόμου, χωρίς όμως να το αποτελούν. Σύμφωνα με έρευνα των Streissguth et all (1980) τέτοιες επιπτώσεις μπορεί να είναι χαμηλό βάρος και ύψος γέννησης, μικρότερη διάμετρο κεφαλής, υψηλότερα ποσοστά μικρών και μεγάλων δυσμορφιών και νεκρά έμβρυα. Επιπρόσθετα από την χρήση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκε ότι μπορεί να υπάρξει μία ποικιλία συμπεριφορικών αποτελεσμάτων. Αυτά περιλαμβάνουν αυξημένο τρεμούλιασμα και αποπροσανατολισμός κεφαλιού, μειωμένη ετοιμότητα και κινητικότητα σώματος και δυσκολία στο να μάθει να θηλάζει και να γυρίζει το κεφάλι του. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον επειδή απορρέουν από έρευνες που περιλαμβάνουν αξιολόγηση και αποτίμηση της ανεξάρτητης μεταβλητής, δηλαδή του αλκοόλ, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Βάση άλλης έρευνας των Testa et all (2003), μπορεί να υπάρξουν κι άλλες επιπτώσεις στην ανάπτυξη του νεογνού όπως δυσκολία στην διάκριση αντικειμένων μέσω των αισθήσεων του και δυσκολία στο συντονισμό κινήσεων. Η πιο σημαντική όμως επίπτωση που μπορεί να εντοπιστεί είναι στην νοητική – πνευματική του κατάσταση. Χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι τους έξι έως οχτώ πρώτους μήνες της ζωής τους, τα νεογνά των οποίων οι μητέρες έπιναν από 0,2 έως και 7,9 ποτά την ημέρα είχαν Δείκτη Νοητικής Ανάπτυξης 116. Όταν ο αριθμός των ποτών/ ημέρα ήταν από

8 και πάνω, ο δείκτης έπεφτε στο 98. Αντίστοιχα, στους 18 έως και 26 μήνες βρέθηκε ότι ο δείκτης έπεφτε στο 88, 4 όταν η εγκυμονούσα κατανάλωνε από 0,5 έως και 0,99 ποτά/ ημέρα ενώ στο 79,7 όταν κατανάλωνε πάνω από 4.

Κλινικές και επιδημιολογικές παρατηρήσεις έχουν καταλήξει στο γεγονός ότι η χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει και τερατογέννεση, όταν η έκθεση βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Παρόλα αυτά, δεν έχει προσδιοριστεί αν είναι η ίδια η αιθανόλη η ουσία που την δημιουργεί, ή η ουσία που παράγεται από το μεταβολισμό αυτής, στα όργανα της εγκυμονούσας (Kaufman, 1997).

Τέλος, όσον αφορά την ίδια την εγκυμονούσα, έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξίσου από τη χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Βάση έρευνας που παρουσιάστηκε στο 28^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, στις 120 έγκυες γυναίκες οι 18 κατανάλωναν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης. Σε αυτές παρουσιάστηκαν πρώιμες συστολές αλλά και λοιμώξεις στην κύηση. Επίσης, κάποιες γέννησαν με καισαρική τομή και παρουσίασαν πρώιμη ρήξη θυλακίου (Λαγός, Παπαδέλλης κ.α., χ.χ.).

2.3. Εξαρτησιογόνες Ουσίες

« Ναρκωτικά με την ευρεία έννοια είναι φάρμακα που προκαλούν ανακούφιση από τον πόνο, κατάσταση νάρκης ή ύπνου και σωματική εξάρτηση από αυτά, ενώ σε μερικά άτομα προκαλούν και εφορία (αίσθημα μεγάλης ευεξίας). Κύρια θεραπευτική χρήση των ναρκωτικών είναι η ανακούφιση του πόνου (ναρκωτικά αναλγητικά). Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο ναρκωτικό αναλγητικό είναι η μορφίνη, φυσική ουσία που λαμβάνεται από το όπιο, τον γαλακτώδη οπό της παπαρούνας (*papaver somniferum*). Από το όπιο παράγονται και άλλα φάρμακα με ενέργειες ανάλογες με της μορφίνης, καθώς και παρόμοια συνθετικά προϊόντα » (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001: 360).

Εκτός όμως από τους ιατρικούς τους σκοπούς, τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται και για πρόκληση μεταβολών στην ψυχική διάθεση, στο συναίσθημα και στην αντίληψη. Οι ουσίες αυτές που ονομάζονται και εξαρτησιογόνες, επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του χρήστη και δημιουργούν κοινωνικά, ψυχολογικά αλλά και σωματικά προβλήματα. Τέτοιες μπορεί να είναι και ψυχοτρόπα φάρμακα όπως παραισθησιογόνα, βαρβιτουρικά, κοκαΐνη, αμφεταμίνες, ηρεμιστικά και διάφορες μορφές καννάβης (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001).

Το κύριο πρόβλημα που δημιουργείται από την κατανάλωση τέτοιου είδους ουσιών είναι η εξάρτηση. Αυτή είναι η παρορμητική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών παρά την φθορά που προκαλούν στην υγεία, την εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου. Η εξάρτηση ποικίλει σε βαθμό και σε συνέπειες και διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο. Μπορεί να είναι είτε σωματική ή ψυχολογική ή και τα δύο. Αναλυτικότερα, η σωματική εξάρτηση παρουσιάζεται μόνο και εφόσον διακοπεί ή έστω μειωθεί η λήψη της ουσίας. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται το λεγόμενο σύνδρομο αποστέρησης (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001).

Αυτό, υποδηλώνει την πολύπλοκη και μερικές φορές επικίνδυνη αντίδραση του οργανισμού του χρήστη στη στέρηση της τοξικής ουσίας από την οποία παρουσιάζει εξάρτηση. Πρόκειται για μια αντίδραση που εξελίσσεται σε τέσσερις φάσεις: στην αρχική φάση, που κάνει την εμφάνισή του 8 με 12 ώρες από την τελευταία λήψη της ουσίας από τον χρήστη, εκδηλώνονται ιδρώτες, χασμουρητά, δακρύρροια, ρινόρροια, αυξημένη νευρικότητα και ευαισθησία που συνοδεύεται από

έντονη ανησυχία στον ύπνο. Στη μέση φάση, 48 έως 72 ώρες μετά την τελευταία λήψη της ουσίας, στα φαινόμενα της πρώτης φάσης που επιμένουν θα προστεθούν τρεμούλες, ανορεξία, ανησυχία και αϋπνία, σε συνδυασμό με μια τραχύτητα του δέρματος. Αργότερα, ακολουθεί η Τρίτη φάση κατά τη διάρκεια της οποίας εκδηλώνονται ναυτίες, εμετοί, διάρροια, ρίγη ή εξάψεις, έντονοι ιδρώτες, μυϊκοί σπασμοί και δυνατοί πόνοι στα οστά και τους μύες και εκτινάξεις των σκελών. Σε αυτή τη φάση πιθανό είναι να γενικευτούν οι σπασμοί και να επέλθει ο θάνατος από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. Τέλος, ακολουθεί η φάση της υποχώρησης, κατά την οποία όλα τα παραπάνω συμπτώματα σταδιακά υποχωρούν, και εξαλείφονται γύρω στην 7^η με 10^η μέρα (Γρίβας, 1984).

Πέραν της σωματικής εξάρτησης υπάρχει και η ψυχολογική η οποία αποκαλύπτεται όταν ο χρήστης βασίζεται εξ' ολοκλήρου σε μια ουσία για την πρόκληση αισθήματος ευεξίας. Στην εντονότερη μορφή αυτής το εν λόγω άτομο γίνεται ψυχαναγκαστικό ως προς την ουσία και συγκεντρώνει όλο το ενδιαφέρον και την ενέργειά του στην απόκτηση και χρήση αυτής (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001).

Ένα άλλο συναφές φαινόμενο είναι η ανοχή, κατά την οποία ελαττώνεται βαθμιαία η δράση ορισμένης δόσης της ουσίας με την επανειλημμένη λήψη της. Προκειμένου επομένως να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα χρειάζονται όλο και μεγαλύτερες δόσεις. Ανοχή δεν εμφανίζεται πάντα, αλλά ιδιαίτερα έντονη στους χρήστες οπιούχων (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001).

Από το είδος και την ένταση της ψυχολογικής και σωματικής εξάρτησης του ατόμου από την τοξική ουσία, προκύπτουν ακόμη δύο τύποι σχέσεων που αναπτύσσονται ανάμεσά τους: ο εθισμός και η τοξικομανία. Όσον αφορά στον εθισμό, έχουν διατυπωθεί δύο εκδοχές: κατά την πρώτη, ο όρος εκφράζει την κατάσταση εκείνη κατά την οποία η εύρυθμη βιολογική λειτουργία του οργανισμού του συστηματικού χρήστη προϋποθέτει τη συνεχή παρουσία της τοξικής ουσίας, χωρίς να απαιτείται σταδιακή αύξηση των δόσεών της. Σύμφωνα με την δεύτερη, η εύρυθμη βιολογική λειτουργικότητα διασφαλίζεται με μια μικρή αλλά σταδιακή αύξηση των δόσεων της (Γρίβας, 1984).

Σχετικά με την τοξικομανία, πρόκειται για μια κατάσταση έντονης σωματικής και ψυχικής εξάρτησης του λήπτη από μια τοξική ουσία, η οποία εκδηλώνεται με την

πιστική ανάγκη της συνεχούς αύξησης των δόσεων της προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα που αυτή προκαλεί (Γρίβας, 1984).

Τέλος, υπάρχουν και άλλοι κίνδυνοι από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, οι οποίοι συνδέονται με την λήψη τους μέσω ενέσεων. Αυτοί είναι η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β' αλλά και C' (για την οποία δεν υπάρχει και θεραπεία), του ιού του AIDS και άλλων συναφών (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 2001).

Υπάρχουν πολλά είδη εξαρτησιογόνων ουσιών, παράνομων και νόμιμων τα οποία ποικίλουν όχι μόνο ως προς τις επιδράσεις τους στον ανθρώπινο οργανισμό αλλά και ως προς τον βαθμό εξάρτησης που προκαλούν. Παρακάτω θα αναφέρουμε τις πιο διαδεδομένες από αυτές.

Ηρωίνη. Η ηρωίνη ή αλλιώς διακετυλομορφίνη είναι ένα ημισυνθετικό προϊόν το οποίο παράγεται από την μορφίνη που με την σειρά της βρίσκεται στο όπιο. Είναι ένα πολύ τοξικό αναλγητικό το οποίο προκαλεί κατάσταση ευδαιμονίας στον χρήστη, απομακρύνοντας οποιοδήποτε φυσικό ή ψυχικό πόνο. Όσο επιδρά στον οργανισμό προκαλεί αισθήματα μακαριότητας και δύναμης, όμως όταν παρέλθει η επίδρασή της επιφέρει διαταραχές στο Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα, δηλαδή υπνηλία, βραδυκαρδία, ναυτία, εμετούς, δυσκοιλιότητα, σιελόρροια και παράλυση της αναπνοής (Σεφέρου, 1997).

Ο εθισμός και η φυσική εξάρτηση επέρχονται ταχύτατα και ο χρήστης χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη δόση προκειμένου να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Καθώς όμως αυξάνει την δόση, ο χρήστης αισθάνεται τα δυσάρεστα αποτελέσματα όπως μυϊκούς σπασμούς και πόνους, τρεμούλες, κρυάδες και ιδρώτα ακόμα και μεταξύ των δόσεων. Αφού η φυσική εξάρτηση εδραιωθεί, η όλη ευχαρίστηση αναιρείται από την αγωνία απόκτησης της ηρωίνης, η προσωπικότητα και η σωματική υγεία του τοξικομανή καταρρέουν και ο ψυχαναγκασμός είναι απίστευτα μεγάλος. Η ηρωίνη είναι η πιο επικίνδυνη από όλες τις οπιούχες ουσίες (μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, πεθιδίνη) και δεν υπάρχει ειδική επιστημονική ένδειξη για εφαρμογή της στην θεραπευτική γι' αυτό και πουθενά στον κόσμο δεν επιτρέπεται επίσημα η παρασκευή και η εμπορεία της (Σεφέρου, 1997).

Ινδική Κάνναβη. Η κάνναβη είναι η ουσία που χρησιμοποιείται περισσότερο από τα παράνομα ναρκωτικά. Παράγωγά της, όπως η μαριχουάνα και το χασίς, προκαλούν διάφορες επιδράσεις στον χρήστη, αναλόγως την ποσότητα, τον τρόπο που λαμβάνονται, την φυσική κατάσταση του ατόμου και την ψυχική του διάθεση. Οι

πιο συνηθισμένες συνέπειες της χρήσης αυτής είναι η χαλάρωση, το αίσθημα ευεξίας, η ομιλητικότητα, η έλλειψη αναστολών, η ενδυνάμωση της αντίληψης της μουσικής και των χρωμάτων, καθώς και η διέγερση της αφής και της όσφρησης. Κάποιες φορές προκαλεί και παραισθήσεις ή προσωρινή ανησυχία (Σεφέρου, 1997).

Επίσης, μέσα στις αρνητικές συνέπειες μπορούν να συμπεριληφθούν η αυξημένη πίεση του αίματος, η ταχυπαλμία, το κοκκίνισμα των ματιών, η επιδείνωση της ισορροπίας και των συντονισμένων κινήσεων, ενώ μακροπρόθεσμα ο χρήστης γίνεται αργός και χάνει το ενδιαφέρον του για τις καθημερινές δραστηριότητες. Η χρόνια χρήση μαριχουάνας μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικές βλάβες ή αλλοιώσεις. Η συστηματική και μεγάλης διάρκειας χρήση κάνναβης είναι πιθανών να έχει ως αποτέλεσμα ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος όπως βρογχίτιδα ή καρκίνο του λάρυγγα. Επιπλέον, η χρήση της κάνναβης δημιουργεί δευτερογενείς κινδύνους από την απώλεια συγκέντρωσης όπως ατυχήματα στην οδήγηση ή μειωμένη ικανότητα στη χρήση μηχανημάτων (Σεφέρου, 1997).

Κοκαΐνη ή ερυθρόξυλη. Όταν αυτή λαμβάνεται από τα ρουθούνια καταργεί την αίσθηση της όσφρησης ενώ μπορεί να υπάρξει και διάτρηση του ρινικού διαφράγματος. Όταν αντίστοιχα λαμβάνεται από το στόμα, εξουδετερώνει το αίσθημα της δίψας και της πείνας, αφού παραλύει τα νεύρα του οισοφάγου και του στομάχου. Η συνεχής χρήση της μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνες χημικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Αποτέλεσμα αυτών είναι η έντονη επιθυμία για μεγαλύτερες δόσεις οι οποίες με την σειρά τους οδηγούν στην εμφάνιση των ενδείξεων της εξάρτησης. Αυτές περιλαμβάνουν ελάττωση του βάρους, συχνές μολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος, υψηλή πίεση αίματος, καρδιακή αρρυθμία, καρδιακές προσβολές, σεξουαλική ψυχρότητα και άλλες (Σεφέρου, 1997).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα αντίστοιχα συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη ενδιαφέροντος για την φυσική κατάσταση, για φίλους, οικογένεια και οποιαδήποτε δραστηριότητα εκτός της χρήσης. Επίσης, ο εξαρτημένος ακούει συχνά φωνές, έχει εκρήξεις πανικού, μπορεί και αυταπάτες ή τρομαχτικές παραισθήσεις, νιώθει μελαγχολία και γίνεται περισσότερο νευρικός και επιθετικός και λιγότερο υπομονετικός. Μπορεί ακόμα να αποκτήσει αναγκαστικές κινήσεις όπως να χτυπάει τα δάχτυλά του. Η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας μπορεί να προκαλέσει ακόμη και παράνοια (Σεφέρου, 1997).

Παραισθησιογόνα. Το πιο γνωστό από όλα τα παραισθησιογόνα είναι το επονομαζόμενο LSD ή αλλιώς λυσεργικό οξύ, του οποίου η παρασκευή είναι παράνομη. Ελάχιστες ποσότητες της ουσίας εμποτίζονται σε μικρές τετράγωνες πλάκες από στουπόχαρτο και απορροφώνται από τον οργανισμό με υπογλώσσια χρήση. Τα αποτελέσματα από τη χρήση LSD εξαρτώνται από τη διάθεση του χρήστη, από το που βρίσκεται και με ποιους. Η επίδραση αυτού αρχίζει περίπου μια ώρα αφότου γίνει η λήψη του και συχνά οι επιδράσεις περιλαμβάνουν διαταραχή της όρασης και της ακοής και αίσθηση εξωσωματικής «πτήσης». Επίσης η χρήση αυτού μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, ζαλάδα ακόμη και πανικό. Προκαλείται ακόμα διαστολή της κόρης των ματιών, άνοδος της πίεσης και των σφυγμών, ατονία, τρεμούλιασμα, ρίγη καθώς και ανωμαλίες στην αναπνοή. Πιθανή είναι και η αίσθηση σύγχυσης ή αποπροσανατολισμού. Εξίσου γνωστά είναι και τα μαγικά μανιτάρια, τα οποία δρουν γρηγορότερα από το LSD αλλά διαρκούν λιγότερο. Αυτά. Εκτός από τις παραισθήσεις μπορούν να προκαλέσουν τάση για εμετό αλλά και πόνους στο στομάχι (Σεφέρου, 1997).

Κόλλες και άλλοι διαλύτες. Αυτές οι ουσίες πρόκειται για προϊόντα του εμπορίου που περιέχουν χημικά και οργανικά συστατικά, τα οποία εξατμίζονται σε θερμοκρασία δωματίου. Λαμβάνονται με εισπνοή («glue sniffing») και απορροφώνται από το κεντρικό σύστημα, δρώντας κατασταλτικά. Η εισπνοή αναθυμιάσεων από κόλλες και διαλύτες είναι δημοφιλής μεταξύ παιδιών από 11 έως και 14 ετών (Σεφέρου, 1997).

Μετά από μερικές βαθιές εισπνοές των παραπάνω ουσιών ο χρήστης συνήθως αρχίζει να νιώθει ζάλη, η οποία ακολουθείται από έντονο αίσθημα αγαλλίασης. Ο χρήστης υπάρχει πιθανότητα να έχει παραισθήσεις, να βλέπει διπλά, ακόμα και να νιώσει ναυτία και νύστα. Εκτός από τα ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα της εισπνοής των συγκεκριμένων ουσιών, υπάρχουν και φυσικές επιδράσεις. Αναλυτικότερα, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή και μη αναστρέψιμη βλάβη στον εγκέφαλο, στην καρδιά, στο συκώτι, στα νεφρά και στο νευρικό σύστημα. Επίσης, μπορεί να επηρεαστεί ο μυελός των οστών και ολόκληρο το κυκλοφοριακό σύστημα. Άλλα συμπτώματα είναι οι σπασμοί επιληψίας όπως και σεξουαλικά προβλήματα (Σεφέρου, 1997).

Όταν κάποιος χρήστης αποφασίσει να διακόψει τη χρήση εισπνεόμενων διαλυτών, θα αντιμετωπίσει έντονα στερητικά συμπτώματα όπως κράμπες στο

στομάχι, ναυτία, πόνους στα μέλη του σώματος, κόπωση και κατάθλιψη (Σεφέρου, 1997).

Αμφεταμίνες. Οι αμφεταμίνες είναι από τα πιο δυνατά θυμοαναληγτικά φάρμακα και χρησιμοποιούνται ως διεγερτικά έχοντας αντιυπνωτική και ανορεξιογόνα ενέργεια. Σε μικρές δόσεις προκαλούν εφορία, εντείνουν την προσοχή, οξύνουν την αντίληψη και δημιουργούν αίσθημα ευεξίας και εμπιστοσύνης στον εαυτό (Σεφέρου, 1997).

Οι αμφεταμίνες προκαλούν ταχυκαρδία, αύξηση της πίεσης του αίματος και της θερμοκρασίας και νευρική υπερδιεγερσιμότητα. Ο οργανισμός αναπτύσσει πολύ γρήγορα ανοχή σε αυτές αναγκάζοντας το άτομο να αυξήσει τις δόσεις προκειμένου να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Σε μεγάλες δόσεις όμως, η χρήση αυτών δημιουργεί άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, διατάραξη του ύπνου, επίμονη φαγούρα που οδηγεί σε παρατεταμένο ξύσιμο, εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και έντονη δυσφορία μέχρι παράνοιας. Έχει αναφερθεί επίσης ότι αρκετοί εξαρτημένοι της αμφεταμίνης πάσχουν από «μανία καταδιώξεως», γίνονται υπερβολικά καχύποπτοι και φαντάζονται ότι κάποιος τους παρακολουθούν συνεχώς. Δεν έχουν λείψει και οι θάνατοι από υπερβολική δόση. Τα στερητικά συμπτώματα που παρουσιάζονται από την διακοπή της λήψης της ουσίας είναι η εξάντληση μέχρι κατάρπτωσης – κυρίως λόγω έλλειψης ύπνου – κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας (Σεφέρου, 1997).

Βαρβιτουρικά. Τα βαρβιτουρικά χρησιμοποιούνται περισσότερο σαν υπνωτικά, αλλά και σαν ηρεμιστικά. Κυκλοφορούν σε σκόνη ή σε χρωματιστές κάψουλες. Οι γιατροί τα χορηγούν συνήθως σε άτομα νευρικά, ταραγμένα, αγχώδη ή σαν υπνωτικά σε αυτούς που πάσχουν από αϋπνία. Είναι επίσης αποτελεσματικά καταπραϋντικά (Σεφέρου, 1997).

Η μακρόχρονη χρήση βαρβιτουρικών μπορεί να αναπτύξει σπασμούς στο σώμα του χρήστη, όπως και κατάθλιψη. Μικρή υπέρβαση δόσης βαρβιτουρικών είναι θανατηφόρα. Ο οργανισμός του ανθρώπου αποκτά ανοχή στα φαρμακευτικά αυτά σκευάσματα και η αύξηση της δόσης οδηγεί σε σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Συμπτώματα της εξάρτησης είναι τρεμούλα, ερεθιστικότητα, υπερβολική νύστα, έλλειψη επιθυμιών, κολλώδης ομιλία, αργά αντανάκλαστικά, διπλωπία, έλλειψη ισορροπίας και ναυτία. Στον εξαρτημένο μπορούν να εμφανιστούν ξαφνικές σκοτοδίνες, δυσκολίες στο να συγκεντρωθεί και περισσότερα ατυχήματα. Τα

στερητικά συμπτώματα από την διακοπή των βαρβιτουρικών μπορεί να είναι λιποθυμικές τάσεις, εμετοί, τινάγματα, παραλήρημα, σπασμοί, αϋπνία και ταραχή (Σεφέρου, 1997).

Βενζοδιαζεπίνες. Στην οικογένεια των βενζοδιαζεπινών ανήκουν τα γνωστά ψυχοδραστικά φάρμακα valium, stedon, tavor, lexotanil και άλλα. Χρησιμοποιούνται σαν ηρεμιστικά, αγχολυτικά, μυοχαλαρωτικά, ενίοτε και παυσίπονα. Μερικά συνεργούν και ως αντιεπιληπτικά. Πολλά λαμβάνονται και σαν υπνωτικά. Για τα περισσότερα από τα παραπάνω φάρμακα υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης αντοχής και εξάρτησης. Σημάδια της εξάρτησης είναι κατάθλιψη, άγχος, κόπωση, λήθαργος και κάποια αστάθεια. Ακόμη, ο εξαρτημένος μπορεί να υποφέρει από αϋπνίες (Σεφέρου, 1997).

Τα στερητικά συμπτώματα είναι ποικίλα και περιλαμβάνουν: τρεμούλα, έντονη ανησυχία, ζαλάδες, αϋπνία, ανικανότητα συγκέντρωσης, ναυτία, κατάθλιψη, πονοκεφάλους και μια μεταλλική γεύση στο στόμα. Άλλα συμπτώματα είναι υπερευαισθησία στο φως και στο θόρυβο, κόπωση, θαμπή όραση, κρυάδες, εξάψεις, μυϊκοί πόνοι, ανικανότητα για φυσιολογική ομιλία, παραισθήσεις, σύγχυση, ιδρώτας και σπασμοί (Σεφέρου, 1997).

Έκσταση. Το «έκσταση» (MDMA) είναι μια παραισθησιογόνος αμφεταμίνη καθώς συνδυάζει παραισθησιογόνα με διεγερτικά αποτελέσματα. Αυξάνει επικίνδυνα την θερμοκρασία του σώματος ιδιαίτερα εάν ο χρήστης χορεύει, και μπορεί να προκαλέσει ακόμα και θάνατο από έμφραγμα (Σεφέρου, 1997).

Εάν η ουσία λαμβάνεται συστηματικά για μερικές ημέρες, ο χρήστης μπορεί να εκδηλώσει αϋπνίες, παροδική παράνοια ή να νιώθει ανήσυχος και μπερδεμένος. Η μακροχρόνια χρήση του αντίστοιχα μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον εγκέφαλο και στο συκώτι. Εξάρτηση δεν προκαλεί αλλά παρόλα αυτά ο χρήστης γρήγορα αναπτύσσει ανοχή σε αυτό και χρειάζεται μεγαλύτερη δόση (Σεφέρου, 1997).

Η ουσία αυτή κάνει τα άτομα πολύ φιλικά μεταξύ τους, ελευθερώνοντας τα από αναστολές και τους δίνει ένα αίσθημα έξτρα ενέργειας. Όταν όμως περάσει η επιρροή του, που αρχίζει 20 λεπτά μετά την λήψη του και διαρκεί μερικές ώρες, το άτομο πέφτει σε κατάθλιψη. Επιπλέον, το σώμα αποσυντονίζεται και ο χρήστης γίνεται επικίνδυνος αν οδηγήσει αυτοκίνητο (Σεφέρου, 1997).

2.3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

« Η έρευνα για την αιτιολογία της εξάρτησης διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την νευροβιολογική και την ψυχοκοινωνική. Η βιολογική θεώρηση προσπαθεί να φέρει στην επιφάνεια θέματα που σχετίζονται με τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς της τοξικοεξάρτησης, ενώ η ψυχοκοινωνική επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν το άτομο και την συμπεριφορά του καθώς και στους κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση » (Πουλόπουλος, 2005: 29). Η διάκριση μεταξύ σημαντικών και ασήμαντων παραγόντων δεν είναι εφικτή για το λόγο ότι δεν μπορεί να οριστεί η βαρύτητα του καθενός από αυτούς για το εκάστοτε άτομο.

Βιολογικοί – γενετικοί παράγοντες. Η διερεύνηση της επιρροής των βιολογικών και γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της τοξικοεξάρτησης για αρκετά χρόνια βασίστηκε σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες με υιοθετημένα παιδιά. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών ήταν ότι η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών είχε άμεση συσχέτιση με την κατάχρηση ουσιών από τους βιολογικούς γονείς, παρά το γεγονός ότι τα συγκεκριμένα παιδιά μεγάλωσαν σε διαφορετικό περιβάλλον. Το κοινωνικό περιβάλλον είναι αυτό που θα έρθει είτε να ενισχύσει ή να περιορίσει αυτή την προδιάθεση για κατάχρηση ουσιών (Πουλόπουλος, 2005).

Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών. Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες, οι οποίες παράγονται ενδογενώς και μεταφέρουν μηνύματα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου. Σε περίπτωση που κάποια από αυτές εκκρίνεται υπερβολικά ή λιγότερο από το προσδοκώμενο, το άτομο αποζητά άλλες ουσίες προκειμένου να επανέλθει σε ισορροπία. Αποτέλεσμα αυτού είναι στη συνέχεια να εθιστεί και να μην ‘αντέχει’ χωρίς τις ουσίες αυτές (Πουλόπουλος, 2005).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων νευροδιαβιβαστών είναι οι ενδορφίνες και η ντοπαμίνη. Όσο αφορά στις ενδορφίνες, σύμφωνα με μια υπόθεση, το σύστημα τους δυσλειτουργεί σε κάποια άτομα με αποτέλεσμα να χρειάζονται τα οπιοειδή έτσι ώστε να μπορέσουν να «ισορροπήσουν». Η ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή έρχονται στο σημείο αυτό να πάρουν την θέση των ενδορφινών στους υποδοχείς. Βέβαια, χρειάζεται πολλαπλάσια ποσότητα οπιοειδών έτσι ώστε να καταφέρουν να υποκαταστήσουν την λειτουργία των ενδορφινών στον οργανισμό. Η λήψη των

ψυχοτρόπων αυτών ουσιών οδηγεί το σύστημα των νευροδιαβιβαστών σε μια νέα προσαρμογή. Αντίστοιχα, η διακοπή αυτών επιφέρει αναστάτωση στο σύστημα, καθώς μαζί με τους υποδοχείς που είχαν μπλοκαριστεί απελευθερώνονται και άλλα συστήματα, όπως το νοραδρενεργικό, το οποίο συνδέεται με την αδρεναλίνη. Έτσι, ακολουθεί μια περίοδος αναστάτωσης η οποία περιλαμβάνει έντονο συναισθηματικό άγχος, φοβίες, πόνους στους μυς και στις αρθρώσεις, εφιδρώσεις, συνάχι, διάρροιες και εμετούς. Αυτό είναι το επονομαζόμενο στερητικό σύνδρομο το οποίο διαρκεί μερικές μέρες έως ότου οι νευροδιαβιβαστές να αποκτήσουν την ισορροπία τους χωρίς την εξωτερική χορήγηση των οπιοειδών (Πουλόπουλος, 2005).

Όσον αφορά την ντοπαμίνη, έχει αποδειχθεί ότι έχει άμεση σχέση με το σύστημα ανταμοιβής στον εγκέφαλο. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες από την άλλη, επηρεάζουν το ντοπαμινικό σύστημα και βοηθούν στην απελευθέρωση της ντοπαμίνης. Η υπερβολική έκκριση αυτής της ουσίας θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας στην σχιζοφρένεια (Πουλόπουλος, 2005).

Ψυχολογικοί παράγοντες. Μεγάλος αριθμός ψυχαναλυτών προσπάθησε να ερμηνεύσει την τοξικοεξάρτηση, θεωρώντας τα ναρκωτικά υποκατάστατο της σεξουαλικής ικανοποίησης και αποτέλεσμα των τραυματικών εμπειριών στην πρώιμη παιδική ηλικία. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία τα δυσάρεστα γεγονότα και τα ψυχικά τραύματα που δημιουργούνται από αυτά κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου θεωρούνται παράγοντες επικινδυνότητας για την κατάχρηση τοξικών ουσιών. Βάση αυτού η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών εμφανίζεται ως μηχανισμός αυτοθεραπείας. Ο μηχανισμός αυτός υιοθετείται από ορισμένα άτομα προκειμένου αυτά να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα τα οποία πιθανόν να προέρχονται από τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Χρησιμοποιούνται δηλαδή για να μειώσουν το μετατραυματικό άγχος και να ενισχύσουν τα θετικά συναισθήματα (Πουλόπουλος, 2005).

Επίσης, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών μπορεί έστω και προσωρινά να απαλλάξει το άτομο από έντονα συναισθήματα αμφιβολίας που το κυριεύουν, από παρορμήσεις του πόνου, του άγχους και της ντροπής που βιώνονται ως απειλή από αυτό. Απενεργοποιώντας, ωστόσο, ανεπιθύμητα συναισθήματα και σκέψεις, η χρήση περιορίζει σημαντικά και άλλες λειτουργίες όπως την εσωτερική σταθερότητα της διάθεσης και του συναισθήματος, την δυνατότητα αυτοπαρατήρησης, την αντίληψη

των ορίων της εξωτερικής πραγματικότητας και την φροντίδα του εαυτού (Πουλόπουλος, 2005).

Ηλικία και σεξουαλική ταυτότητα. Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την λήψη τοξικών ουσιών υπογραμμίζει τον κίνδυνο να υπάρξουν στερεότυπες ερμηνείες. Συνήθως θεωρείται ότι τα ναρκωτικά είναι πρόβλημα των νέων καθώς, η νεότητα είναι περίοδος πειραματισμών και επανάστασης. Για παράδειγμα, η χρήση κάνναβης από κάποιον μπορεί να αποτελεί μια τελετή ενηλικίωσης, όπως και η πρώτη σεξουαλική εμπειρία. Σε ορισμένους πολιτισμούς, το όπιο ήταν η παραδοσιακή ενασχόληση των ατόμων μέσης ηλικίας όπως και των ηλικιωμένων, ενώ στη σημερινή εποχή η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αφορά οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα (Gossop & Grant, 1994)

Όσον αφορά στην σεξουαλική ταυτότητα μερικές μορφές χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών εμφανίζονται πιο συχνά στους άντρες σε αντίθεση με τις γυναίκες. Οι λόγοι δεν είναι σαφείς όμως πιθανολογείται ότι σε πολλές κοινωνίες τα αγόρια και οι νέοι άντρες ίσως είναι πιο τολμηροί απέναντι στον κίνδυνο και στο να μην τηρούν τους κανόνες σε σχέση με τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες. Ωστόσο σε πολλές χώρες η χρήση βενζοδιαζεπινών είναι συχνότερη στις γυναίκες (Gossop & Grant, 1994).

Ιδιοσυγκρασία. Η ιδιοσυγκρασία αφορά τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τη νοητική υπόσταση του ατόμου, τα οποία άμεση σχέση έχουν με αυτά που βρίσκονται στη βρεφική ηλικία και αποτελούν τη βάση της ανάπτυξης της προσωπικότητας του. Έχει επίσης συνδεθεί με γενετικούς παράγοντες, στους οποίους οφείλεται το 40%- 60% της προσωπικότητας του ατόμου αλλά και με επιδράσεις της πρώιμης παιδικής ηλικίας (Πουλόπουλος, 2005).

Η περίπτωση που η ιδιοσυγκρασία μπορεί να οδηγήσει στην χρήση ή την κατάχρηση ουσιών είναι με το σύνδρομο της δύσκολης ιδιοσυγκρασίας. Το παιδί (συνήθως) που τη βιώνει έχει ως κύρια χαρακτηριστικά την άσχημη διάθεση, τη δυσπροσαρμοστικότητα σε καινούριες καταστάσεις, την έλλειψη συγκέντρωσης αλλά και τις ανωμαλίες σε βασικές λειτουργίες όπως η διατροφή και ο ύπνος. Επίσης, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή στην παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η εμφάνιση και η ανάπτυξη ψυχολογικής πίεσης. Προκειμένου λοιπόν το άτομο να αποβάλλει την πίεση αυτή, οδηγείται στη λήψη ουσιών ή πιστεύοντας ότι αυτά θα το βοηθήσουν.

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης το ενδιαφέρον που έχουν οι έφηβοι για τη γνώμη προσωπικών στη ζωή τους. Ο βαθμός στον οποίο ο έφηβος συμφωνεί ή διαφωνεί με την γνώμη των εν λόγω προσώπων (π.χ. ομάδα συνομηλίκων) μπορεί να επηρεάσει την απόφασή του να κάνει χρήση τοξικών ουσιών (Πουλόπουλος, 2005)

Ο ρόλος της παρέας και του σχολείου. Η εφηβεία θεωρείται ως μια από τις πιο κρίσιμες περιόδους στη ζωή του ανθρώπου και χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να βρίσκεται κανείς σε μια ομάδα η οποία έχει τις ίδιες αξίες και τους ίδιους στόχους με αυτόν. Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση ουσιών από τους συνομηλίκους αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε προβληματική κατάχρηση (Πουλόπουλος, 2005)

Η ανάγκη του «ανήκειν» και η πίεση για ομοιογένεια είναι πιθανόν να έχουν ως συνέπεια τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όταν ο έφηβος υιοθετεί ανάλογη συμπεριφορά προκειμένου να γίνει αποδεκτός από τα υπόλοιπα μέλη της παρέας. Παρόλο που υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση η πίεση από τους συνομηλίκους θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική καθώς αυτοί διαμορφώνουν την στάση απέναντι στις ουσίες, διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές και κάποιες φορές ενισχύουν τη συμπεριφορά χρήσης ή και κατάχρησης. Η ομάδα των συνομηλίκων μπορεί να αποτελέσει το πρότυπο που τείνει να μιμηθεί ο έφηβος (Πουλόπουλος, 2005).

Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται άμεσα με αρνητικές συμπεριφορές, οι οποίες εκφράζονται και στο σχολικό περιβάλλον. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να είναι η διακοπή από το σχολείο και η παραβατικότητα. Οι έφηβοι που κάνουν συστηματική χρήση ουσιών αποκóπτονται σταδιακά από το σχολικό περιβάλλον και παρουσιάζουν προβληματική συμπεριφορά εκφράζοντάς την με συχνές απουσίες, κακή επίδοση στα μαθήματα και υψηλά ποσοστά αποβολών. Τα παραπάνω μπορούν να συμβούν και όταν το άτομο εντάσσεται σε ομάδες έφηβων με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά (Πουλόπουλος, 2005).

Ο ρόλος της οικογένειας. Η οικογένεια, η οποία είναι ο πρωταρχικός παράγοντας κοινωνικοποίησης του παιδιού, έχει άμεση ή και έμμεση επίδραση στην στάση και την συμπεριφορά αυτού, διαμέσου της συνεχής αλληλεπίδρασης και της μίμησης των οικογενειακών προτύπων και πρακτικών. Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες όπου γίνεται χρήση ουσιών από τους γονείς, έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να υιοθετήσουν το συγκεκριμένο μοντέλο συμπεριφοράς.

Αυτό συμβαίνει επειδή αυτό διδάχτηκαν μέσα στο περιβάλλον της οικογένειας τους και με αυτό προσπαθούν να διαχειριστούν συναισθηματικές δυσκολίες που τους απασχολούν, το άγχος, και τα αδιέξοδά τους (Πουλόπουλος, 2005).

Από την άλλη πλευρά είναι συχνό το φαινόμενο της χρήσης στην εφηβεία σε οικογένειες όπου κανένας από τους δύο γονείς δεν ήταν χρήστης. Παρόλα αυτά κινδυνεύει ο οποιοσδήποτε να εμφανίσει πρόβλημα με την χρήση ειδικά εάν προέρχεται από δυσλειτουργική οικογένεια η οποία εμποδίζει την φυσιολογική του ανάπτυξη. Η ζωή σε μια τέτοιου είδους οικογένεια είναι συχνά χαοτική, απρόβλεπτη, τυχαία και ασυνεπής. Μερικές φορές η ίδια η οικογένεια χρησιμοποιεί ασυνείδητα το πρόβλημα της χρήσης ουσιών προκειμένου να δώσει προσωρινές λύσεις σε προβλήματα που την απασχολούν (Πουλόπουλος, 2005).

Κοινωνικές συνθήκες. Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, οι κοινωνικές συνθήκες αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τη γένεση όχι μόνο της εξάρτησης αλλά και άλλων φαινομένων όπως είναι η αυτοκτονία και η παραβατική συμπεριφορά. Η κατάχρηση ουσιών θεωρείται απόρροια μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας της οποίας οι «υποστηρικτές» οδηγούνται στην περιθωριοποίηση. Αυτό συμβαίνει γιατί η ίδια η κοινωνία θεωρεί τα συγκεκριμένα μέλη υπεύθυνα, όχι μόνο για την εξάρτηση, αλλά και για μια σειρά από ποικίλα κοινωνικά προβλήματα. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι εξαρτημένοι χρήστες παράνομων ουσιών να αποτελούν κοινωνικές ομάδες που βιώνουν συνέπειες, όπως αυτές του κοινωνικού αποκλεισμού και του στιγματισμού (Πουλόπουλος, 2005).

Οποιοδήποτε μέλος της κοινωνίας που διαφοροποιείται κοινωνικά, θεωρείται ότι παραβιάζει τα κοινωνικά πρότυπα που κυριαρχούν. Η αυστηρή νομοθετική αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών, χωρίς αντικειμενικά κριτήρια, μπορεί να δημιουργήσει κατηγορίες «παράνομων και αποκλινόντων», οι οποίοι είναι αναγκασμένοι να ζουν στο περιθώριο για να εξασφαλίσουν την ουσία. (Πουλόπουλος, 2005).

Οι οικονομικές συνθήκες- διαθεσιμότητα. Άξιο λόγου είναι και το γεγονός ότι ανάλογα με την οικονομική κατάσταση της χώρας, επηρεάζεται και ο αριθμός των τοξικομανών σε αυτήν. Σε χώρες δηλαδή όπου η παραγωγή ναρκωτικών είναι εδραιωμένη και απαραίτητη, όπως για παράδειγμα η Νότια Αμερική που παράγει υπέρογκες ποσότητες κοκαΐνης, οι ουσίες βρίσκονται πολύ πιο εύκολα και πιθανώς να πωλούνται και πιο οικονομικά. Αποτέλεσμα αυτού είναι τα κρούσματα

εξαρτημένων ατόμων να αυξάνονται. (Gossop & Grant, 1994). Συνεπώς όταν μια ουσία είναι εύκολα διαθέσιμη συνήθως αυξάνεται και η διάδοσή της (Πουλόπουλος, 2005).

Οι υψηλές τιμές αντίστοιχα, όταν δεν υπάρχει διαθεσιμότητα των παρανόμων ουσιών, οδηγούν τους χρήστες, λόγω οικονομικής ανάγκης, σε μια σειρά από εγκληματικές πράξεις (κλοπές, ληστείες και άλλες). Αυτό συμβαίνει προκειμένου να εξασφαλίσουν χρήματα για την δόση τους. Με τον τρόπο αυτό περιθωριοποιούνται ακόμη περισσότερο, στιγματίζονται και η έννοια «τοξικομανής» ταυτίζεται με την έννοια «εγκληματίας». (Πουλόπουλος, 2005).

2.3.2. Επιπτώσεις εξαρτησιογόνων ουσιών στο έμβρυο και στην εγκυμονούσα

- Ιδιαίτερα επιβλαβείς είναι οι συνέπειες από την έκθεση σε τοξικές ουσίες στους πιο ευαίσθητους οργανισμούς, όπως είναι το έμβρυο και το νεογέννητο μωρό. Συγκεκριμένα το έμβρυο, κινδυνεύει άμεσα όχι μόνο από τη μόλυνση της ατμόσφαιρας αλλά και από εξαρτησιογόνες ουσίες τις οποίες χρησιμοποιεί η μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη και άλλες. Οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις στη φυσιολογική ανάπτυξη και να οδηγήσουν σε ανωμαλίες ή και στο θάνατο (Κώσταλος, 1993).

Κοκαΐνη. Η κοκαΐνη προκαλεί εσπευσμένα εθισμό τη μητέρα και θεωρείται ευρέως ότι με το πέρασμά της στο πλακούντα έχει διάφορες καταστρεπτικές επιπτώσεις στο έμβρυο, συμπεριλαμβάνοντας την αποβολή, την ανεπαρκή ανάπτυξη, τα εγκεφαλικά επεισόδια και τις συγγενείς ανωμαλίες (Cole & Cole, 2002).

Επιπρόσθετα, λόγω του ότι προκαλεί συσπάσεις στα αγγεία και λιγότερο στη μήτρα, επηρεάζει αρνητικά τη κυκλοφορία του αίματος στο έμβρυο. Προκαλεί ακόμα, αγγειοσύσπαση στον πλακούντα με αποτέλεσμα εμβρυική υποξία και ισχαιμικές νεκρώσεις διαφόρων μελών και οργάνων του εμβρύου. Κάποιες άλλες συνέπειες της χρήσης αυτής της ουσίας είναι η αποκόλληση του πλακούντα, ο πρόωρος τοκετός, η περιγεννητική θνησιμότητα και η τερατογέννεση, όπως και άλλες διαταραχές στην διάπλαση των νεογνών (Αβραμίδης, 1990).

Άλλες συνέπειες στο έμβρυο μπορεί να είναι η καθυστέρηση της ουρηθρικής του ανάπτυξης, το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, η μικρή περιφέρεια κεφαλής, η μικροκεφαλία και το μειωμένο μήκος του σώματος. Επίσης σε πιο σπάνιες περιπτώσεις παρατηρείται εγκεφαλοπάθεια και ισχαιμία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αυτά, μπορεί να σχετίζονται και με την ελλιπή ή κακή διατροφή της μητέρας, με την έλλειψη προγεννητικής φροντίδας αλλά και με την πολλαπλή χρήση διαφορετικών τοξικών ουσιών (Karmel & Gardner, 1996). Άξιο αναφοράς είναι και το ενδεχόμενο μειωμένης ή και ανύπαρκτης μεταφοράς θρεπτικών ουσιών διαμέσου του πλακούντα (Beeghly & Tronick, 1994).

Μωρά που είχαν συνεχή έκθεση στην κοκαΐνη πριν γεννηθούν, εμφανίζουν μερικές φορές δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής και διαταραχές ύπνου. Ως νεογνά, κάποια παρουσιάζουν τρέμουλο και μπορεί να ξεκινήσουν να κλαίνε με το παραμικρό, ακόμα

και με ένα απαλό άγγιγμα η έναν ήχο. Συνεπώς, αυτά τα παιδιά μπορεί να έχουν δυσκολίες στο να νιώσουν άνετα και βολικά και θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ακοινώνητα, εσωστρεφή και αδιάφορα (Center for Evaluation of Risks to Human Reproduction (CERHR), 2004)

Η χρήση κοκαΐνης μπορεί να επιφέρει βλάβες και στην διανοητική εξέλιξη του παιδιού. Τέτοιες είναι προβλήματα στην μάθηση, στην λεπτή κινητικότητα, στην ταχύτητα αντανακλαστικών και στην συμπεριφορά (Κώσταλος, 1993). Τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες που κάνουν χρήση της συγκεκριμένης ουσίας, χαρακτηρίζονται ως ευερέθιστα, έχουν υπερβολική αντίδραση στα ερεθίσματα και δεν έχουν συντονισμό (Cole & Cole, 2002).

Ηρωίνη και μεθαδόνη. Τα βρέφη μητέρων που είναι εθισμένες στην ηρωίνη ή στη μεθαδόνη, είναι πιθανόν να γεννηθούν πρόωρα, με χαμηλό σωματικό βάρος και να είναι ευάλωτα σε αναπνευστικές παθήσεις. Έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν λίγο μετά τη γέννησή τους, σε σχέση με τα βρέφη μη εθισμένων μητέρων της ίδια κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλο χαρακτηριστικό αυτών είναι ότι γεννιούνται με τον εθισμό και πρέπει να τους χορηγηθεί, σύντομα μετά τη γέννηση, μια από τις δυο ουσίες. Αυτό συμβαίνει προκειμένου να αποφευχθεί η δοκιμασία του στερητικού συνδρόμου, το οποίο μπορεί να απειλήσει τη ζωή τους (Cole & Cole, 2002).

Όταν η μητέρα είναι χρήστρια αυτών των ουσιών, το αγέννητο παιδί, εθίζεται παθητικά σε αυτές καθώς διαπερνούν εύκολα την πλακουντική μεμβράνη και εισέρχονται στην εμβρυική κυκλοφορία. Όταν λάβει χώρα ο τοκετός, το νεογνό αποστερείται την ουσία με την οποία έχει εθιστεί με αποτέλεσμα να εμφανίσει συμπτώματα τα οποία αποτελούν το « σύνδρομο αποστέρησης » ή « σύνδρομο εξάρτησης ». παρά το γεγονός ότι τα νεογνά φαίνονται φυσιολογικά κατά τον τοκετό, παρ' όλα αυτά αρχίζουν να εκδηλώνουν συμπτώματα αποστέρησης της ηρωίνης μέσα σε 12 έως 24 ώρες. Αν η μητέρα έκανε χρήση μεθαδόνης τα συμπτώματα εμφανίζονται κάπως αργότερα, από μία ή δύο μέρες μέχρι μία εβδομάδα ή περισσότερο μετά την γέννηση. Οι εκδηλώσεις γίνονται περισσότερο έντονες ανάμεσα στις 48 έως 72 ώρες της ηλικίας του νεογνού και μπορεί να διαρκέσουν από έξι μέρες μέχρι οχτώ εβδομάδες, ανάλογα με την βαρύτητα της αποστέρησης (Πάνου, 1998).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της αποστέρησης είναι η υπερευερευθιστότητα, η οποία μπορεί να επιμείνει για τρεις με τέσσερις μήνες, ο τρόμος (τρεμούλιασμα), οι αφύσικες κραυγές, η ανησυχία, η μυϊκή υπέρτονια, το υψίσυχο και διαπεραστικό κλάμα, ο αχόρταγος θηλασμός των χεριών, οι φτωχές διατροφικές συνήθειες, η υπερδραστηριότητα, η αδυναμία προσοχής, ο ελάχιστος και διαταραγμένος ύπνος, ο μειωμένος κινητικός έλεγχος η εφίδρωση, η ταχύπνοια, οι εκδορές γονάτων και προσώπου, το συχνό φτέρνισμα και χασμουρητό, οι αναγωγές και οι εμετοί μετά την σίτιση, ο χαμηλός πυρετός, η διάρροια και οι σπασμοί (Πάνου, 1998).

Μαριχουάνα. Η μαριχουάνα πολλές φορές λανθασμένα θεωρείται ως ένα «ασφαλές ναρκωτικό». Παρόλα αυτά η έκθεση σε κανναβιδοειδή μπορεί να επηρεάσει και να επιβραδύνει την πρόιμη εμβρυική ανάπτυξη καθώς και να μειώσει την διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγώντας σε μία πρόωρη γέννηση. Και οι δύο αυτοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν στο να έχει το νεογνό χαμηλό βάρος γέννησης. Μετά την γέννηση κάποια μωρά που εκτίθονταν συχνά σε μαριχουάνα παρουσιάζουν τρέμουλο, ρίγος και άλλα συμπτώματα όπως το εκτεταμένο και χωρίς αιτία κλάμα (Center for Evaluation of Risks to Human Reproduction (CERHR), 2004)

Φάρμακα με ή χωρίς συνταγή γιατρού. Τέτοια μπορεί να είναι ψυχοδραστικά φάρμακα όπως υπνωτικά, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, αγχολυτικά, μυοχαλαρωτικά, αντιεπιληπτικά, αντιπηκτικά, ενίστε και παυσίπονα. Μπορεί επίσης να είναι βαρβιτουρικά, αναβολικά ή ακόμα και αμφεταμίνες (Σεφέρου, 1997). Καθώς τα φάρμακα αυτά μπορούν να εισέλθουν στο έμβρυο μέσω του κυκλοφορικού συστήματος, μπορεί να προκαλέσουν ανωμαλίες σε αυτό. Κάποιες άλλες επιπτώσεις αυτών μπορεί να είναι προβλήματα όρασης η ακοής στα νεογνά, παραμορφώσεις σε πρόσωπο και άλλα σημεία του σώματος ή ακόμα και να γεννηθούν χωρίς χέρια ή πόδια (Cole & Cole, 2002). Επιπλέον μπορεί να έχουν μικροκεφαλία, βραχυκεφαλία, λυκόστομα, λαγώχειλο, καρδιακές ανωμαλίες, υποθυρεοειδισμό, βρογχοκήλη και διανοητική καθυστέρηση (Κώσταλος, 1993).

Άλλες συνέπειες μπορεί να είναι τα μικρά νύχια, ο κοντός λαιμός, η υπερτρίχωση, η τερατογέννεση και η ενδοκράνια αιμορραγία στο έμβρυο όπως στην περίπτωση λήψης αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Αντίστοιχα, η έκθεση του εμβρύου σε αντιπηκτικά φάρμακα μετά την δωδέκατη εβδομάδα κύησης, προκαλεί ουλές που οφείλονται σε αιμορραγία στον εμβρυικό ιστό (Μπαρούτης και Δασόπουλος: 2004).

Παρόλα αυτά κάποια φάρμακα δεν προκαλούν άμεσες παρενέργειες στο έμβρυο. Αναλυτικότερα, τα αντιψυχωτικά δεν έχουν δείξει να προκαλούν αύξηση της συχνότητας συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο όταν λαμβάνονται από την μητέρα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι όμως καλύτερο να αποφεύγονται όταν αυτό είναι εφικτό, τουλάχιστον στο πρώτο τρίμηνο, εκτός αν τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι έντονα και χρειάζεται να ελεγχθούν. Τα αντιψυχωτικά εκκρίνονται στο γάλα του μαστού, όπως και οι βενζοδιαζεπίνες και γι' αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται αν είναι δυνατόν ο θηλασμός του παιδιού. Όσον αφορά στη χορήγηση αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση, αν και όλοι οι τύποι αυτών δεν προκαλούν εμβρυικές ανωμαλίες είναι καλό να μην λαμβάνονται από τις εγκύους, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο (Μάνος, 1997).

- Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών μπορεί να επηρεάσει εξίσου την μητέρα όπως και το αγέννητο παιδί. Κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της αποβολής, ενώ αργότερα μπορεί να προκαλέσει πρόωρες ωδίνες τοκετού στην μέλλουσα μητέρα. Συχνό φαινόμενο είναι η αποκόλληση του πλακούντα ο οποίος με την σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε εκτεταμένη αιμορραγία η οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα και για την μητέρα αλλά και για το παιδί (Center for Evaluation of Risks to Human Reproduction (CERHR), 2004). Άλλες συνέπειες μπορεί να είναι οι σπασμοί των μυών της εγκυμονούσας και οι διακυμάνσεις του επιπέδου του αίματος όπως και η αυξημένη πίεση (Herburn, 2004). Επίσης πιθανό είναι να υπάρξουν χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, μη χρωμοσωμιακές συγγενείς ανωμαλίες, αδυναμία γονιμοποίησης, γέννηση περισσότερων νεογνών του ενός φύλλου (συνήθως του αρσενικού) σε σύγκριση με το άλλο φύλλο (θηλυκό), αυξημένη συχνότητα νεογνικού θανάτου, χαμηλό βάρος γέννησης και καρκινογένεση (Κώσταλος, 1993).

Άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι οι γυναίκες που κάνουν χρήση μπορούν να συλλάβουν, αλλά οι πιθανότητες σύλληψης είναι μειωμένες (Γρίβας, 1995). Παρόλα αυτά σε περίπτωση που μείνει κάποια χρήστρια έγκυος, λόγω της αμηνόρροιας και των εμμηνορροϊκών διαταραχών, οι οποίες εμφανίζονται σε μεγάλη συχνότητα στις γυναίκες που κάνουν χρήση, δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή η εγκυμοσύνη της (Herburn, 2004).

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από την έγκυο και οι συνέπειες αυτών των ουσιών στο νεογέννητο – το σύνδρομο στέρησης του νεογνού – αποτελεί σημαντικό και συχνό πρόβλημα για πολλές χώρες. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 36 νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, αποκάλυψε ότι κατά μέσο όρο 11% των εγκύων γυναικών κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Αναγνωστάκης και Τρίκκα, 1991).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας, στο μαιευτήριο ΗΡΑ σε χρονικό διάστημα τριών χρόνων (Ιανουάριος 1986 – Δεκέμβριος 1988) σε δείγμα 25.620 νεογνών, 13 μητέρες αυτών παραδέχτηκαν ότι έκαναν συστηματική χρήση ηρωίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όλες οι μητέρες ήταν νεαρής ηλικίας, μέσης ή υψηλής εισοδηματικής τάξης και ικανοποιητικού μορφωτικού επιπέδου. Παρόλα αυτά, μόνο οι έξι είχαν ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Τα δέκα από τα δεκατρία νεογνά παρουσίασαν συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης (ανησυχία, ευερεθιστότητα, βουλιμία για φαγητό, υπέρτονια, τρόμος, διάρροια) . Μερικά από τα νεογνά ήταν ελλιποβαρή, άλλα παρουσίασαν συχνούς εμετούς και μερικά από αυτά σπασμούς. Όλες οι μητέρες έπαιρναν ηρωίνη ενδοφλεβίως, κάπνιζαν υπερβολικά και μερικές από αυτές έκαναν μέτρια έως μεγάλη χρήση αλκοόλης. Επίσης, ένας αριθμός νεογνών παρουσίασε καθυστέρηση στην ενδομήτρια ανάπτυξη (Αναγνωστάκης και Τρίκκα, 1991).

Κεφάλαιο 3^ο

Ο πατέρας στην εγκυμοσύνη

3.1. Πατέρας και εγκυμοσύνη

Στις μέρες μας τείνει να επικρατεί η φράση «η εγκυμοσύνη είναι οικογενειακή υπόθεση». Αυτό ισχύει επειδή παρά το γεγονός ότι η μητέρα είναι αυτή που υφίσταται τις σημαντικότερες σωματικές αλλά και ψυχικές αλλαγές, καθώς ο νέος οργανισμός του νεογνού μεγαλώνει και αναπτύσσεται μέσα στο σώμα της, ο πατέρας μπορεί να παίξει αρκετά σημαντικό ρόλο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της σημαντικότητάς του αυτής, είναι στις περιπτώσεις έντονου στρες που βιώνει η εγκυμονούσα και ο πατέρας μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών στο ευρύτερο περιβάλλον της μέλλουσας μητέρας. Στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το στρες της εγκυμονούσας είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, τα ενδεχόμενα προβλήματα που υπάρχουν στη σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι αλλά και η εγκυμοσύνη εκτός γάμου. Βασικά χαρακτηριστικά του πατέρα προκειμένου να μπορέσει στηρίξει και να βοηθήσει τη μέλλουσα μητέρα στην φάση αυτή είναι η ωριμότητα που διαθέτει, η ευελιξία αλλά και η τρυφερότητα απέναντί της. Σε αντίθετη περίπτωση, όπου ο μέλλον πατέρας αρνείται να αναγνωρίσει την πατρότητα του παιδιού ή αποφεύγει να βοηθάει την μητέρα, επιβαρύνει σημαντικά την ίδια αλλά και το φορτίο που έχει επωμιστεί (Cole & Cole, 2000).

Περάν από το στρες, η μητέρα παρουσιάζει και άλλα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Κάποια από αυτά είναι οι οσφυαλγίες, οι ναυτίες, οι έντονοι πόνοι, οι εμετοί αλλά και η ευερεθιστότητα και η υπερευαισθησία. Ο πατέρας εδώ έχει καταλυτικό ρόλο καθώς η παροχή βοήθειας αλλά και το ενδιαφέρον που μπορεί να δείξει προς την εγκυμονούσα, την βοηθούν να ανταπεξέλθει. Όταν ο πατέρας συμπαραστέκεται και φροντίζει την σύζυγό του, τότε και εκείνη νιώθει περισσότερο ασφαλής, με αποτέλεσμα να ηρεμεί πιο εύκολα (Sons, 1987).

Ένα φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια στους μέλλοντες πατεράδες, είναι η έντονη επιθυμία τους να εκπαιδευτούν πάνω στο θέμα της εγκυμοσύνης αλλά και της πατρότητας. Αποτέλεσμα αυτού είναι να διαβάζουν βιβλία σχετικά με τα θέματα αυτά ή να απευθύνονται στους δικούς τους γονείς για

περαιτέρω πληροφορίες. Αυτό, μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στην εγκυμονούσα και το έμβρυο γιατί μια πληροφορία που έχει 'διδασχτεί' ο πατέρας, μπορεί να φανεί χρήσιμη σε οποιαδήποτε στιγμή (Sons, 1987).

Πέραν από τη στήριξη που μπορεί να προσφέρει ο σύζυγος στην εγκυμονούσα για το στρες και τα υπόλοιπα συναισθήματα που της δημιουργούνται, υπάρχει και άλλος τρόπος όπου μπορεί να μειώσει τόσο την ένταση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, όσο και το φόρτο εργασίας της μητέρας. Για να το επιτύχει αυτό, πρέπει ουσιαστικά να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην φροντίδα των άλλων παιδιών του ζευγαριού καθώς έχει παρατηρηθεί ότι όταν οι γυναίκες που είχαν ήδη άλλα παιδιά έμειναν έγκυοι, είχαν την τάση να διαθέτουν λιγότερο χρόνο στα παιδιά τους και με λιγότερη ζεστασιά. Όταν λοιπόν ο πατέρας βοηθάει στην ανατροφή των άλλων παιδιών, όχι μόνο κάνει πιο ευχάριστη και εύκολη τη ζωή της μητέρας αλλά και προετοιμάζει με έμμεσο τα αδέρφια για τον ερχομό του νέου μέλους της οικογένειας. Βοήθεια μπορεί να παρέχει επίσης και σε άλλες υποχρεώσεις και αρμοδιότητες όπως στις δουλειές του σπιτιού και στην αγορά και μεταφορά των απαραίτητων υλικών για το σπίτι (Cole & Cole, 2000).

Άξια αναφοράς είναι η συμβολή του πατέρα κατά την ώρα του τοκετού, αφού τα τελευταία χρόνια είναι επιτρεπτό να παρευρίσκεται σε αυτήν. Πέραν της στήριξης που προσφέρει στην μητέρα, την κάνει να νιώθει ασφαλής όταν είναι κοντά της. Έτσι, αντί να θεωρείται σαν μια κρίσιμη στιγμή, η γέννα αντιμετωπίζεται σαν μια κανονική φάση της ανάπτυξης της οικογένειας (Sons, 1987).

Σύμφωνα με την έρευνα του Harold Rausch και των συνεργατών του το 1974, οι περισσότεροι άντρες προσπαθούν να έχουν μια θετική αντίδραση στην ανάγκη της εγκυμονούσας γυναίκας τους για συναισθηματική αλλά και οικονομική υποστήριξη. Βασικό μέρος της έρευνας ήταν η παρατήρηση στο πως τα ζευγάρια διευθετούσαν τις μικροδιαφωνίες τους. Ο τρόπος για να το παρατηρήσουν αυτό, ήταν καθορίζοντας τον τρόπο με τον οποίο η εγκυμοσύνη έφερε αλλαγές στις συναλλαγές τους. Γενικά παρατηρήθηκε ότι οι μελλοντικοί πατέρες έκαναν περισσότερους συμβιβασμούς από πρωτύτερα. Ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς εκδήλωναν ενδιαφέρον για τα βρέφη και το νέο ρόλο που επρόκειτο να υιοθετήσουν, παρακολουθώντας με τις γυναίκες τους μαθήματα τοκετού και βρεφοκομικής και διαβάζοντας βιβλία για την εγκυμοσύνη και την ανατροφή των παιδιών γενικότερα. Μερικοί, έπιασαν και

επιπλέον δουλειά προκειμένου να ανταποκριθούν στις αυξημένες οικονομικές υποχρεώσεις που θα δημιουργούσε ο ερχομός του παιδιού (Cole & Cole, 2000).

Σε ορισμένες μη βιομηχανικά ανεπτυγμένες κοινωνίες, ο άντρας σημαδεύει το πέρασμά του στην πατρότητα με μία σειρά από ειδικές τελετουργίες γνωστές ως *couvade*, οι οποίες αποβλέπουν στο να απομακρύνουν τα 'κακά πνεύματα' που θα μπορούσαν να βλάψουν τη μητέρα ή το έμβρυο. Στις τελετουργίες αυτές, περιλαμβάνεται η μίμηση των ωδινών του τοκετού από το μέλλον πατέρα, αφού πληροφορηθεί ότι αρχίζει ο τοκετός της γυναίκας του. Αν και στις μέρες μας δεν ασκούνται τέτοιου είδους τυποποιημένες τελετουργίες, αρκετοί μελλοντικοί πατέρες βιώνουν το αποκαλούμενο *σύνδρομο couvade*: δηλαδή, μια σειρά από σωματικά συμπτώματα, τα οποία μιμούνται μερικά από τα αρχικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης, όπως εξάντληση, πόνοι στη πλάτη, πονοκέφαλος, απώλεια όρεξης, ναυτία και εμετός. Τα σωματικά αυτά συμπτώματα αρκετές φορές συνοδεύονται από ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, ένταση, αϋπνία και ευερεθιστότητα. Όλα αυτά εξαφανίζονται μετά τη γέννηση του παιδιού (Cole & Cole, 2000).

3.2. Η επίδραση του εθισμένου πατέρα

Πέραν από τη στάση του πατέρα απέναντι στο θέμα της εγκυμοσύνης, αυτός επηρεάζει το έμβρυο και σε βιολογικό επίπεδο. Επομένως, όταν ο πατέρας είναι εθισμένος, σε οποιαδήποτε ουσία, υπάρχει το ενδεχόμενο αυτό να έχει αντίκτυπο στο έμβρυο. Πέραν όμως από αυτό, η όλη συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει το παιδί αφού μεγαλώσει σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Πιο σύνηθες εξάρτηση είναι αυτή του καπνίσματος. Όταν επομένως ο πατέρας είναι καπνιστής, η μέλλουσα μητέρα, το έμβρυο αλλά και το παιδί μεταγενέστερα γίνονται άθελά τους παθητικοί καπνιστές. «Ως παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα ορίζεται η έκθεση των μη καπνιστών στα προϊόντα καύσης του καπνού σε κλειστό χώρο, που μπορεί να αφορά δημόσιους χώρους, την κατοικία διαμονής και άλλους» (Βεσλεμές, 1988: 45). Η ακούσια αυτή εισπνοή καπνού γίνεται από δύο πηγές. Η πρώτη, προέρχεται από την καύση του ίδιου του τσιγάρου, η οποία έχει μεγαλύτερη αναλογία τοξικών ουσιών από την δεύτερη. Η δεύτερη, προέρχεται από τον καπνό που εκπνέεται από τον ίδιο τον καπνιστή προς το περιβάλλον (Βεσλεμές, 1988).

Παρατηρήσεις που έγιναν σχετικά με το παθητικό κάπνισμα των εγκύων όταν οι σύζυγοι κάπνιζαν, το ενοχοποιούσαν για αυξημένα ποσοστά πρόωρων τοκετών. Πέραν αυτού, παρατηρήθηκε η ελάττωση βάρους του νεογνού, όταν η μητέρα ζει σε περιβάλλον καπνιστών, σε 120 γραμμάρια περίπου όταν ο πατέρας καταναλώνει περίπου ένα πακέτο τσιγάρα τη ημέρα. Άξια αναφορά είναι και η περιγεννητική θνητότητα, η οποία βρέθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό σε παιδιά όπου ο πατέρας τους ήταν βαρύς καπνιστής, σε σύγκριση με παιδιά με μη καπνιστή πατέρα (Λαμπρόπουλος, 1992).

Σχέση έχει βρεθεί και ανάμεσα στο παθητικό κάπνισμα με το ύψος, τη διανοητική εξέλιξη αλλά και τα κακοήθη νοσήματα που εμφανίζονται σε παιδιά με πατέρα καπνιστή. Περισσότερη σημασία όμως έχει δοθεί στις συνέπειες του ακούσιου καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα καθώς ο καπνός μπορεί να τροποποιήσει και να επηρεάσει τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος ελαττώνοντας έτσι τον όγκο του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα. Πιθανό αποτέλεσμα αυτού, είναι η επιδείνωση ή και η εμφάνιση άσθματος σε ιδιαίτερα μικρή ηλικία (Παπαγρηγορίου- Θεοδωρίδου, 1988). Επιπρόσθετα, η βρογχίτιδα και η βρογχοπνευμονία συμβαίνουν σε τετραπλάσια συχνότητα σε παιδιά με πατέρα

καπνιστή, καθώς και η μετάδοση ιογενών και βακτηριδιακών λοιμώξεων. Η εκδήλωση ωτίτιδας με υγρό είναι ακόμα μια πιθανή επίπτωση του ακούσιου καπνίσματος, όπως και η παρουσία οισοφαγίτιδας αλλά και βακτηριαδικής μηνιγγίτιδας (Τσόλας και Τσάγρης, 1999).

Όσον αφορά την ίδια την εγκυμονούσα, η οποία εισπνέει εξίσου τον καπνό ακούσια όταν ο σύζυγος είναι καπνιστής, έχει βρεθεί ότι έχει μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε πληθώρα οργάνων. Πέραν αυτού, έχει διαπιστωθεί σε εγκυμονούσες αυξημένη συχνότητα ερεθισμού στα μάτια, ρινικά ενοχλήματα, κεφαλαλγία και βήχας (Τσόλας και Τσάγρης, 1999).

Μπορεί το πατρικό κάπνισμα να μην έχει τις ίδιες επιπτώσεις με το μητρικό, αλλά παρόλα αυτά θεωρείται ένας ανεξάρτητος δυσμενής παράγοντας για την υγεία του παιδιού κατά τη γέννηση αλλά και αργότερα (Λαμπρόπουλος, 1992). Αυτό όμως δεν συμβαίνει και με το αλκοόλ, όπου βάση ερευνών φαίνεται ότι επηρεάζει εξίσου η κατανάλωση του από την μητέρα και από τον πατέρα.

Σχετικά με αυτό, οι Ervin C., Little R. και οι συνεργάτες τους (1984), μελέτησαν το αν επηρεάζεται το νοητικό επίπεδο των παιδιών από τον αλκοολικό τους πατέρα. Ο πληθυσμός τον οποίο μελέτησαν ήταν 100 παιδιά, των οποίων οι μητέρες δεν έκαναν χρήση αλκοόλ, εκ των οποίων τα 50 είχαν αλκοολικό πατέρα ενώ τα άλλα 50 μη αλκοολικό. Τα αποτελέσματα αυτών, βάση του τεστ Wisc, ήταν ότι τα παιδιά με αλκοολικό πατέρα παρουσίαζαν 110,2 μέσο όρο νοημοσύνης, ενώ τα άλλα 50 που είχαν μη αλκοολικό πατέρα είχαν μέσο όρο νοημοσύνης 117,2. Στα επιμέρους τμήματα του συγκεκριμένου τεστ, βρέθηκε ότι τα παιδιά με αλκοολικό πατέρα είχαν μέσο όρο στην ανάγνωση 107,7, στην ορθογραφία 97,9 και στην αριθμητική 93,9. Αντίστοιχα, τα υπόλοιπα 50 είχαν μέσο όρο στην ανάγνωση 116,9, στη ορθογραφία 104,8 και στην αριθμητική 100,9.

Πέραν της διαφοράς αυτής στο νοητικό επίπεδο των παιδιών, βρέθηκε ότι τα παιδιά των οποίων ο πατέρας είναι αλκοολικός είναι επιρρεπή και σε νοητική καθυστέρηση και υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανίσουν κοινωνικές και συμπεριφορικές ανωμαλίες. Αναφέρθηκε επίσης, ότι είναι πιθανόν να παρουσιάσουν υπερκινητικότητα, εγκληματικότητα και ανυπακοή στις αρχές. Τέλος, στη συγκεκριμένη έρευνα τονίστηκε ότι υπάρχει χαοτική κατάσταση στο σπίτι με έναν αλκοολικό πατέρα, η οποία προτείνει πηγή άγχους για τα παιδιά. Το άγχος και η

πατρική απόρριψη είναι αρκετά διαδεδομένα σε τέτοιες οικογένειες και άμεση σχέση έχουν με χαμηλό γνωστικό επίπεδο των παιδιών (Ervin , Little et al, 1984).

Έχει βρεθεί ότι το αλκοόλ επηρεάζει την αναπαραγωγική υγεία και τη γονιμότητα του πατέρα αλλά και την ποιότητα σπέρματος αυτού. Σχετικά με το έμβρυο, αν ο πατέρας κάνει χρήση αλκοόλ κατά την περίοδο της γονιμοποίησης, μπορεί το σπέρμα του να έχει κάποια γενετική μετάλλαξη. Αυτό, ως αποτέλεσμα μπορεί να έχει την αποβολή του εμβρύου ή έναν πρόωρο τοκετό, μια εκ γενετής δυσμορφία που μπορεί να γίνει και μόνιμη, ή ένα φαινομενικά υγιές νεογνό με αυξανόμενο κίνδυνο όμως για ασθένειες που μπορεί να εμφανιστούν όπως ο καρκίνος. Άλλες πιθανές επιδράσεις που μπορεί να υπάρξουν είναι χαμηλό βάρος γέννησης, κάποιας μορφής τερατογένεση, αναπτυξιακή καθυστέρηση ή ακόμα και μαθησιακές δυσκολίες στη μετέπειτα ζωή του (Savitz, Schwingl et al, 1991).

Ένα διαδεδομένο σύνδρομο το οποίο προκαλείται από αλκοόλ και προσβάλλει νεογνά είναι το σύνδρομο Turner. Το σύνδρομο αυτό είναι μια γενετική κατάσταση η οποία συμβαίνει ως αποτέλεσμα της απουσίας ενός από τα χρωμοσώματα X κατά τη διάρκεια της πρώιμης εμβρυικής ανάπτυξης. Άτομα με σύνδρομο Turner έχουν συνήθως σωματικά, γνωστικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία άμεσα εμπλέκονται με τη συναισθηματική τους υγεία. Παρόλο που τα προβλήματά τους αυτά ποικίλουν, υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του συνδρόμου, όπως το σημαντικά μικρό ανάστημα και η αντιπαραγωγικότητα, με παραμόρφωση στην περιοχή των γεννητικών οργάνων (Krieger, Selby et al, 2002).

Οι Krieger S., Selby P. και οι συνεργάτες τους (2002), διεξήγαγαν και μια έρευνα στο Πανεπιστήμιο του Τορόντο στον Καναδά, θέλοντας να μελετήσουν το σύνδρομο Turner στην ζωή έντεκα γυναικών που πάσχουν από αυτό. Στην έρευνα αυτή βρέθηκε ότι οκτώ από τις γυναίκες αυτές είχαν πατέρα αλκοολικό ή με βαρύ αλκοολισμό. Το δείγμα αυτό είναι βέβαια πολύ μικρό για να έχουμε ενδείξεις και αποτελέσματα αλλά παρόλα αυτά, καθώς είναι γνωστό ότι το αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία του σπέρματος, πιστεύεται ότι μπορεί να επηρεάσει και την ύπαρξη του συνδρόμου Turner σε παιδιά με αλκοολικό πατέρα. Παρόλα αυτά, ενδέχεται και να μην επηρεάζει αλλά μπορεί να είναι ένας παράγοντας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Πρόληψη και Αντιμετώπιση

4.1. Η πρόληψη στην χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.

« Πρόληψη είναι το να προλάβεις ή να προστατεύσεις κάποιον από το να γίνει ευάλωτος ή να θελήσει να γίνει χρήστης και το να προλάβεις τον ευάλωτο ή τον επιρρεπή, τον ‘υψηλού κινδύνου’ από το να γίνει χρήστης. Επιπλέον πρόληψη είναι να προλάβεις κάποιον τοξικομανή από το να γίνει εγκληματίας, είτε για την δόση είτε υπό την επίδραση της ουσίας. Ακόμη με τον όρο πρόληψη εννοούμε το να προσφέρεις βοήθεια στον αποθεραπεύοντα ώστε να ενταχθεί ομαλά στην κοινωνία, διότι αν αυτό δεν γίνει υπάρχουν πολλές πιθανότητες να ξανακυλήσει στην χρήση ουσιών. Επίσης, το να εμποδίσεις εκείνον ο οποίος ως μεσάζοντας, προσπαθεί να μνήσει άλλους » (Αβραμίδης, 1994: 341-342).

Οι άνθρωποι πάντοτε πίστευαν ότι τα προβλήματα υγείας μπορούν να αντιμετωπιστούν με την πρόληψη. Διάφορες προληπτικές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς στις περισσότερες κοινωνίες, όχι μόνο αυθόρμητα από τις μεγάλες λαϊκές μάζες, αλλά επίσης ως αποτέλεσμα συστηματικής υπόδειξης από αυτούς που ασκούσαν το λειτούργημα του θεραπευτή. Ωστόσο, η επιστημονική αντίληψη για την προληπτική παρέμβαση προέκυψε ως αποτέλεσμα της προόδου στην ιατρική γνώση. Η αναγνώριση της μεταδοτικής φύσης ορισμένων νοσημάτων, η ταυτοποίηση συγκεκριμένων συνθηκών που ευνοούν την εμφάνισή τους, η ανακάλυψη αιτιολογικών παραγόντων και της ανοσίας δεν αποτελούν παρά λίγα μόνο παραδείγματα. Τα παραπάνω αποτελούν ορόσημα για την ιατρική ιστορία και οδήγησαν στην λήψη μέτρων που μειώνουν στην επίπτωση των νοσημάτων στην κοινωνία (Gossop & Grant, 1994).

Στην πρόληψη υπάρχουν τρία επίπεδα, όπου το καθένα έχει το δικό του ξεχωριστό ρόλο. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκεται η πρωτοβάθμια πρόληψη, η οποία ως σκοπό έχει την αποφυγή εμφάνισης προβλημάτων. Για να υπάρξουν αποτελέσματα στο συγκεκριμένο επίπεδο, θα πρέπει να είναι πλήρως κατανοητοί οι αιτιολογικοί

μηχανισμοί. Παρόλα αυτά, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να δράσει η πρωτοβάθμια πρόληψη χωρίς η πλήρης αιτιολογία να είναι γνωστή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σε αυτό είναι ο πρώιμος εμβολιασμός για την ευλογιά ή κάποια άλλη παρόμοια ασθένεια, όπου το ακριβές αίτιο δεν είναι γνωστό. Είναι όμως γνωστές οι επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν από αυτό. Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι αποτελεσματική μέσω της εξάλειψης των παθογενετικών παραγόντων, μέσω του ελέγχου των συμβαλλουσών περιβαλλοντικών συνθηκών αλλά και μέσω της ενίσχυσης της αντιστάσεως του ξενιστή (Gossop & Grant, 1994).

Επόμενη είναι η δευτεροβάθμια πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης της κατάστασης στα πλαίσια της κοινότητας. Απευθύνεται σε άτομα, τα οποία ήδη υποφέρουν από το υπάρχον πρόβλημα και ονομάζεται παρέμβαση, θεραπεία ή αποκατάσταση. Βασικοί σκοποί της είναι η μείωση της διάρκειας του προβλήματος αλλά και ο περιορισμός της έκτασης της ατομικής και κοινωνικής βλάβης που προκαλεί. Προκειμένου μια τέτοια πρόληψη να είναι εφικτή και επιτυχημένη, πρέπει να υπάρχουν αξιόπιστα συστήματα πρώιμου προσδιορισμού του προβλήματος και διαθεσιμότητα άμεσης και αποτελεσματικής θεραπείας (Gossop & Grant, 1994).

Τελευταία είναι η τριτοβάθμια πρόληψη, που στόχο έχει την επίτευξη και την διατήρηση του βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, όπως η αποκατάσταση. Η επιτυχία της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάλληλη παρέμβαση στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η διατήρηση ή η πρώιμη αποκατάσταση της κοινωνικής επικοινωνίας και των δικτύων υποστήριξης του ατόμου, καθώς και η οργάνωση αποτελεσματικών προγραμμάτων παρακολούθησης, αποτελούν παραδείγματα αντικειμενικών στόχων, που αφορούν και τα δύο επίπεδα πρόληψης. Άλλα είναι η αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων της ιδρυματοποίησης, του χαρακτηρισμού και της προκατάληψης (Gossop & Grant, 1994).

Βασικός στόχος για την πρόληψη είναι η ενημέρωση. Αυτή πρέπει να είναι ολοκληρωμένη, συστηματική, αντικειμενική, σαφής, ειλικρινής, ανάλογη με τη μόρφωση και κατάλληλη για την κάθε ηλικία και ομάδα ατόμων προκειμένου να είναι πειστική. Επόμενος στόχος επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των αιτιών τόσο από την προσωπικότητα του ατόμου όσο και από την κοινωνία, τα οποία κάνουν τα άτομα ευάλωτα και επιρρεπή προς τα ναρκωτικά. Η διαμόρφωση ανθρώπων με χαρακτήρα και προσωπικότητα με ψυχικά και πνευματικά εφόδια, ώστε να αντέχουν

στις δυσκολίες και τις αντιξοότητες της ζωής είναι ο στόχος που ακολουθεί (Αβραμίδης, 1994).

Πολλές προληπτικές παρεμβάσεις έχουν σκοπό να στηριχτούν στην αγωγή και στην προαγωγή της υγείας με την ένταξη των ανάλογων θεμάτων σε σχολές γονέων και σε σχολικά μαθήματα από τις μικρότερες κιόλας τάξεις, ώστε οι νέοι από νωρίς να αποκτούν σωστή στάση υγιεινής διαβίωσης για καλύτερη ποιότητα ζωής. Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου για ευρύτερη μόρφωση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, ψυχαγωγία, άθληση για υγεία, ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής (Αβραμίδης, 1994).

Πιο συγκεκριμένα, ένας από τους απώτερους στόχους της πρόληψης όσον αφορά στα προβλήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά είναι να εξασφαλιστεί ότι τα μέλη ενός δεδομένου πληθυσμού δεν κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών και συνεπώς δεν υπόκεινται σε κίνδυνο ατομικής ή κοινωνικής βλάβης. Ωστόσο, η αντίσταση των οργανωμένων συμφερόντων που ωφελούνται από τα κέρδη τα οποία απορρέουν από την διάθεση των ναρκωτικών και η περιορισμένη συμμόρφωση των χρηστών, οι οποίοι δεν είναι διατεθειμένοι αρκετές φορές να διακόψουν τις συνήθειές τους, αποτελούν τα κύρια εμπόδια σε κάθε προσπάθεια για την εξάλειψη της χρήσης (Gossop & Grant, 1994).

Ένας άλλος στόχος της πρόληψης είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων συνεπειών παρά η χρήση των ναρκωτικών καθ' αυτών· αναλυτικότερα, ο σκοπός μπορεί να είναι να μειωθεί η συχνότητα, με την οποία υφίστανται κάποια φαινόμενα, χωρίς όμως απαραίτητα να γίνεται προσπάθεια αλλαγής της συνολικής συμπεριφοράς των χρηστών. Ένα παράδειγμα που αναφέρεται στον παραπάνω σκοπό, είναι ο έλεγχος των αναπνευστικών νοσημάτων στους καπνιστές, που γίνεται όχι με τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν, αλλά με τη μείωση της πίσσας που εισπνέουν, ή εναλλακτικά, με την αντικατάσταση των τσιγάρων με άλλα σκευάσματα νικοτίνης, τα οποία δεν χρειάζεται καν να καπνίζονται (Gossop & Grant, 1994).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα οι προσπάθειες για προληπτικές παρεμβάσεις παρεμποδίστηκαν από την εντύπωση ότι οι παρεμβάσεις έπρεπε να εστιάζονται κυρίως στις εφηβικές ομάδες υψηλού κινδύνου. Απευθύνονταν σε όλες τις ομάδες με τον ίδιο τρόπο και προσπαθούσαν να τις αποτρέψουν από την εμπλοκή με τις ουσίες, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη από τη μια μεριά τις δημογραφικές, τις κοινωνικές, τις

μορφωτικές, τις ψυχολογικές και τις πολιτισμικές διαφορές και από την άλλη μεριά τις διαφορές στο είδος της χρησιμοποιούμενης ουσίας και στον τρόπο χρήσης της. Πλέον υπάρχει η αντίληψη ότι εκτός από τους νέους υπάρχουν και άλλες ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε συνθήκες υψηλού κινδύνου, όπως διάφορες ομάδες γυναικών, ηλικιωμένα άτομα, μετανάστες, άνθρωποι που ζουν απομονωμένοι, άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες φάσεις της ζωής τους, σπουδαστές και άλλοι (Λιάππας, 1992).

Σε αντίθεση με παλαιότερες προσπάθειες πρόληψης, που δεν αποτελούσαν τίποτε άλλο παρά μεμονωμένες προσπάθειες για ενημέρωση σχετικά με τις ουσίες, οι νεότερες απόψεις για την πρόληψη επικεντρώνονται στη πληροφόρηση πάνω σε θέματα όπως η ανάπτυξη της λειτουργίας της οικογένειας, τα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων και άλλα. Οι νεότερες αυτές προληπτικές παρεμβάσεις επικεντρώνουν το ενδιαφέρον περισσότερο στον χρήστη παρά στην ουσία και προσπαθούν να κατανοήσουν τον ρόλο που παίζει η χρήση στη ζωή του κάθε τοξικομανή. Τα νέα προληπτικά προγράμματα έχουν ως στόχο την εκπαίδευση και την εξάσκηση των ατόμων και όχι την μεμονωμένη παροχή πληροφοριών. Αυτού του είδους η προσπάθεια αποσκοπεί στην ανάπτυξη θετικών μηχανισμών του ατόμου, που θα του επιτρέπουν να αντισταθεί στην χρήση ουσιών και θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει άλλους τρόπους άμυνας για να ανταπεξέλθει στα προβλήματά του. Τέτοιες προσπάθειες επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικογένεια, στο σχολείο και στους ίδιους τους εφήβους (Λιάππας, 1992).

Από το 1992 το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης εναντίον του Αλκοολισμού (Ε.Σ.Δ.Α.) παρέχει μια βάση για την ανάπτυξη και υλοποίηση προγραμμάτων για το αλκοόλ, στα κράτη μέλη. Ο σκοπός του σχεδίου αυτού είναι η πρόληψη και μείωση των επιπτώσεων που μπορεί να προκαλέσει το αλκοόλ στην Ευρώπη. Οι γενικοί στόχοι είναι οι εξής: παροχή εκπαίδευσης και μεγαλύτερη αφύπνιση πάνω στο θέμα, υποστήριξη για τις πολιτικές δημόσιας υγείας που στοχεύουν στην πρόληψη των επιπτώσεων που προκαλεί το αλκοόλ. Μείωση τόσο του εύρους όσο και του βάθους των επιπτώσεων που προκαλεί το αλκοόλ, όπως θάνατος, ατυχήματα, βία, κακοποίηση και εγκατάλειψη παιδιών και οικογενειακές κρίσεις. Παροχή προσιτής και αποτελεσματικής θεραπείας για ανθρώπους που κάνουν επιζήμια κατανάλωση αλκοόλ και για ανθρώπους που είναι εξαρτημένοι από αυτό. Τέλος, παροχή

μεγαλύτερης προστασίας στα άτομα που δέχονται πίεση να πιούν, ενώ έχουν επιλέξει να μην πίνουν, όπως παιδιά και νέοι (Τσαρούχας, 2000).

Υπάρχουν δέκα στρατηγικές προαγωγής της υγείας και δράσεις για τα οινόπνευματώδη, που αν εφαρμοστούν θα ενισχυθούν οι ηθικές αρχές και οι στόχοι για τη μείωση των επιπτώσεων του αλκοόλ σύμφωνα με τις πολιτισμικές, κοινωνικές, οικονομικές και νομικές δραστηριότητες της κάθε χώρας- μέλους.

1. Πληροφόρηση του κοινού για τις συνέπειες της κατανάλωσης του αλκοόλ στην υγεία, την οικογένεια και την κοινωνία. Αυτό επιδιώκεται με τον σχεδιασμό εκτεταμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων από νεαρή ηλικία.
2. Προώθηση της κατασκευής δημόσιων, ιδιωτικών και εργασιακών χώρων προφυλαγμένων από ατυχήματα και βία καθώς και από άλλες αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης αλκοόλ.
3. Ψήφιση και επιβολή νόμων που να αποτρέπουν αποτελεσματικά τον συνδυασμό ποτού – οδήγησης.
4. Προαγωγή της υγείας μέσω του ελέγχου της διαθεσιμότητας των οινόπνευματωδών για παράδειγμα στους νέους, και μέσω του ελέγχου των τιμών όπως για παράδειγμα με την φορολογία.
5. Εφαρμογή αυστηρού ελέγχου στην άμεση και έμμεση διαφήμιση των οινόπνευματωδών ποτών και διασφάλιση ότι η διαφήμιση αυτή δεν απευθύνεται στους νέους.
6. Διασφάλιση ότι τα άτομα που επιθυμούν βοήθεια για αυτά και την οικογένεια τους, σε ότι αφορά στον αλκοολισμό, μπορούν να απευθυνθούν σε υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης με ειδικευμένο προσωπικό.
7. Προαγωγή της επίγνωσης των επιπτώσεων όσων εμπλέκονται με το εμπόριο ή την προσφορά οινόπνευματωδών ποτών εφαρμόζοντας κατάλληλα μέτρα εναντίον της παράνομης παραγωγής και πώλησης.
8. Ενίσχυση της ικανότητας της κοινωνίας να αντιμετωπίζει τα προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ μέσα από την εκπαίδευση ειδικών σε διαφορετικούς τομείς όπως η υγεία, η κοινωνική πρόνοια και η δικαιοσύνη.
9. Υποστήριξη μη κυβερνητικών οργανώσεων και κινημάτων αυτοβοήθειας που προάγουν τρόπους υγιεινής ζωής, ειδικά αυτών που στοχεύουν στην πρόληψη ή στην μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.

10. Διαμόρφωση προγραμμάτων στις χώρες – μέλη λαμβάνοντας υπόψη τον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη για το Αλκοόλ καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και δεικτών αποτελέσματος, παρακολούθηση της πορείας και της προόδου, καθώς και διασφάλιση περιοδικής ενημέρωσης των προγραμμάτων μετά από αξιολόγηση (Τσαρούχας, 2000).

Στο κάπνισμα, το βασικό μέτρο πρόληψης είναι οι αντικαπνιστικές εκστρατείες. Ανεξάρτητα από το εύρος τους, αυτές επιδιώκουν δύο βασικούς στόχους. Ο πρώτος είναι να βοηθήσουν τους ήδη καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα και ο δεύτερος να προλάβουν τους μη καπνιστές, ιδιαίτερα τα παιδιά και τους νέους, από το να το αρχίσουν. Η έμφαση του αντικαπνιστικού αυτού αγώνα είναι σκόπιμη για πολλούς λόγους. Καταρχήν, οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν να καπνίζουν στην εφηβική ηλικία, ενώ παρατηρείται από χρόνο σε χρόνο μία μείωση του μέσου όρου έναρξης του καπνίσματος. Επίσης, οι υπό ανάπτυξη ιστοί στους νέους είναι περισσότερο ευάλωτοι στην δράση των διάφορων καρκινογόνων που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου. Ακόμα, είναι ευκολότερο να πειστεί ένας νέος να μην αρχίσει να καπνίζει παρά να διακόψει το κάπνισμα ακόμα και αν το θέλει. Τέλος, η αγωγή υγείας έχει περισσότερα θετικά αποτελέσματα όταν απευθύνεται σε νέους παρά σε ενήλικες (Τούντας, 1985).

Οι βασικοί άξονες του αντικαπνιστικού αγώνα είναι οι εξής: ο πρώτος αφορά στην ενίσχυση της συμμετοχής των ατόμων σε αντικαπνιστικές δραστηριότητες, οι οποίες να τους ενθουσιάζουν και να τους κινούν το ενδιαφέρον. Επόμενος, είναι η παρουσίαση των άμεσων επιπτώσεων του καπνίσματος προβάλλοντας παραστατικά την τοξική δράση του τσιγάρου στον ανθρώπινο οργανισμό και ακολουθεί η ενσωμάτωση αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας. Αυτό γίνεται εφικτό με μεθόδους αποσαφήνισης αξιών και τεχνικές λήψης αποφάσεων, οι οποίες επιτρέπουν στα άτομα να διερευνήσουν τις προσωπικές τους ιεραρχήσεις και αξίες για να αποφασίζουν με συνέπεια ως προς αυτές. Για το τέλος μένει η άμεση παρακολούθηση διάφορων βιοϊατρικών παραμέτρων, όπως η αρτηριακή πίεση και η αξιολόγηση της εξέλιξής της στο χρόνο και η προώθηση πολυδιάστατων αντικαπνιστικών προγραμμάτων που να περιλαμβάνουν εκτός από το σχολείο, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οικογένεια και άλλα (Τούντας, 1985).

4.1.2. Προγράμματα Πρόληψης στη χώρα μας

Ένας από τους κυριότερους φορείς πρόληψης στην χώρα μας είναι το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Το ΚΕΘΕΑ παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών στους τομείς αυτούς σε όλη την Ελλάδα. Συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπαιδευτικούς φορείς, ομοειδείς με το ΚΕΘΕΑ οργανισμούς και διεθνείς φορείς ή δίκτυα πρόληψης. Στις δραστηριότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση επιστημονικών και ενημερωτικών εκδόσεων.

Τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες απευθύνονται. Συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις με βασικό άξονα την εκπαίδευση σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες, οι οποίες λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη επιβλαβών για το άτομο μορφών συμπεριφοράς, όπως η εξάρτηση. Κύριο μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί η δουλειά σε ομάδες, η βιωματική και ενεργητική μάθηση, μέσα από συζήτηση, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, δημιουργική έκφραση, ασκήσεις αναπαραστάσεων (role playing), και η παροχή αντικειμενικής και κατάλληλης για κάθε ηλικιακή ομάδα ενημέρωσης. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής τους.

Τα προγράμματα που περιλαμβάνει ο τομέας πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι τα εξής:

- × **Προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς:** Αυτού του είδους τα προγράμματα απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων και ανάλογα με τις ανάγκες τους έχουν πρώτον βραχυχρόνιο ενημερωτικό χαρακτήρα. Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση, τις εξαρτησιογόνες ουσίες, την αιτιολογία της χρήσης ουσιών, τους στόχους και τη μεθοδολογία της πρόληψης. Δεύτερον, έχουν μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από τη φύση και την αιτιολογία της εξάρτησης, βιωματική εκπαίδευση στη μεθοδολογία της πρόληψης και στη διερεύνηση του ρόλου των εκπαιδευτικών σε αυτήν, ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών, ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάζουν, να

εφαρμόζουν και να αξιολογούν παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική τάξη, ενθάρρυνσή τους για δημιουργία πυρήνων πρόληψης στο σχολείο και δικτύων συνεργασίας με υπηρεσίες και φορείς της ευρύτερης κοινότητας.

- ✱ **Προγράμματα πρόληψης για παιδιά εφήβους και νέους:** Τέτοια προγράμματα απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης και το περιεχόμενό τους διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά κάθε ηλικιακής ομάδας. Τα προγράμματα αυτά στοχεύουν αρχικά στην καλλιέργεια των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών όπως επικοινωνία, αυτοεκτίμηση, υπευθυνότητα, λήψη αποφάσεων μετά από κριτική σκέψη, αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων, επίλυση συγκρούσεων, αντίσταση σε πιέσεις και άλλα. Επιπλέον ως επόμενους στόχους έχουν τη δημιουργία κλίματος ομαδικότητας, συνεργασίας και αλληλεγγύης στην τάξη που ευνοεί τη μάθηση και την προσωπική εξέλιξη, τη δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, την αντικειμενική ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών.
- ✱ **Προγράμματα πρόληψης για γονείς:** Αυτά τα προγράμματα απευθύνονται σε γονείς και, ανάλογα με τις ανάγκες τους, μπορεί να έχουν πρώτον βραχύχρονο ενημερωτικό χαρακτήρα. Περιλαμβάνουν κυρίως ενημερωτικές ομιλίες γύρω από το μέγεθος, την αιτιολογία και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Δεύτερον μπορεί να έχουν μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, σχολές γονέων και εργαστήρια των οποίων η διάρκεια και το περιεχόμενό μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων. Εκτός από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση γύρω από τις διάφορες πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών, στοχεύουν στην ανάπτυξη των γονικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και των σχέσεων στην οικογένεια και στην ενθάρρυνση των γονιών για στενότερη συνεργασία με το σχολείο.
- ✱ **Πρότυπα ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα:** Πρόκειται για μακροχρόνια προγράμματα που αφορούν το σύνολο μιας σχολικής κοινότητας και προϋποθέτουν τη συνεργασία και τη συμμετοχή όλων των μελών της, μαθητών, γονιών και εκπαιδευτικών. Δουλεύοντας και με τις τρεις αυτές ομάδες τα προγράμματα ενισχύουν τους προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που οδηγούν τα παιδιά σε υγιείς επιλογές, καθυστερώντας ή

αποτρέποντας τη χρήση ουσιών. Τα προγράμματα αυτά ενισχύουν τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες των μαθητών, παρέχουν υποστήριξη σε γονείς και εκπαιδευτικούς, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις του ρόλου τους και επιδιώκουν την ενσωμάτωση των αρχών και της μεθοδολογίας της πρόληψης στην καθημερινή σχολική πρακτική. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί με τον ΟΑΕΔ πολύπλευρη συνεργασία για την προαγωγή της πρόληψης στις σχολές μαθητείας του, η οποία, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει: βραχυχρόνια και μακροχρόνια προγράμματα για μαθητές και εκπαιδευτικούς, διοργάνωση ημερίδων με αντικείμενο την πρόληψη και λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού στο Τ.Ε.Ε. Ηρακλείου Αττικής.

- ✱ **Κοινοτικά προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα:** Για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης σε όλη την Ελλάδα, και ιδίως σε περιοχές που δεν διαθέτουν υπηρεσίες σχετικές με το φαινόμενο της εξάρτησης, λειτουργεί από το 1989 η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ. Με ένα ειδικά διαμορφωμένο, δώροφο λεωφορείο πραγματοποιούνται ολιγοήμερες αποστολές, ύστερα από αίτημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και σε συνεργασία μαζί της και με άλλους τοπικούς φορείς. Η κινητή μονάδα πραγματοποιεί επίσης παρεμβάσεις σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, φεστιβάλ νεολαίας, πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.ά. Ο ΠΗΓΑΣΟΣ απευθύνεται στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας με ειδικότερες ομάδες-στόχους: γονείς, εκπαιδευτικούς, μαθητές, επαγγελματίες υγείας, στελέχη τοπικής αυτοδιοίκησης, αστυνομία, στρατευμένους και άλλα. Στόχος είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την εξάρτηση, τις βασικές αρχές πρόληψης και το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει κάθε ομάδα στην προώθησή της. Για τη διάδοση των μηνυμάτων της πρόληψης στο ευρύ κοινό διοργανώνονται καλλιτεχνικές, αθλητικές και οικολογικές εκδηλώσεις, ενώ στο χώρο του λεωφορείου πραγματοποιούνται ατομικές και ομαδικές συναντήσεις ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης που απευθύνονται και σε χρήστες ουσιών ή τα μέλη του στενού οικογενειακού και προσωπικού τους περιβάλλοντος.
- ✱ **Προγράμματα πρόληψης για ομάδες υψηλού κινδύνου:** Τα προγράμματα αυτά σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται από τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ. Απευθύνονται σε πληθυσμιακές ομάδες που, λόγω των συνθηκών ζωής τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής στη χρήση και στην κατάχρηση νόμιμων

και παράνομων ουσιών (ανήλικοι περιστασιακοί χρήστες ουσιών, έφηβοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά και άλλα).

- * **Προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη:** Απευθύνονται σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα από την άσκηση του επαγγέλματός τους: στελέχη κοινωνικών υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, φαρμακοποιούς, αστυνομικούς, ιερείς και άλλα. Ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων πραγματοποιούνται: αρχικά βραχύχρονες παρεμβάσεις ενημερωτικού χαρακτήρα. Παρέχουν σφαιρική πληροφόρηση γύρω από την εξάρτηση, τις αρχές και τη μεθοδολογία της πρόληψης, το ρόλο κάθε επαγγελματική ομάδας σε αυτήν, καθώς και ενημέρωση για την παραπομπή περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Εκπαιδευτικά προγράμματα που προάγουν την τεχνογνωσία γύρω από την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης, ώστε οι εκπαιδευόμενοι να μπορούν να προχωρήσουν οι ίδιοι στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση ανάλογων προγραμμάτων. Το ΚΕΘΕΑ έχει αναλάβει την παροχή εκπαίδευσης και εποπτείας στα στελέχη των κέντρων πρόληψης που λειτουργούν με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) και της τοπικής αυτοδιοίκησης σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, καθώς και των στελεχών του Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Στις δραστηριότητές του ο Τομέας Πρόληψης εκπαιδεύει και αξιοποιεί ομάδες εθελοντών, ενώ παρέχει τη δυνατότητα εξάμηνης πρακτικής άσκησης σε φοιτητές και σπουδαστές κοινωνικών επιστημών, ψυχολογίας, ψυχικής υγείας και άλλα (www.kethea.gr).

4.2 Η αντιμετώπιση στην χρήση τσιγάρου, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών

Για την σωστή αντιμετώπιση των ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από κάποια ουσία είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό ο θεραπευτής αρχικά να προτείνει ορισμένους βραχυπρόθεσμους θεραπευτικούς στόχους, οι οποίοι να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από τον χρήστη και να παρέχουν τη δυνατότητα για να αναπτυχθεί μια ομαλή σχέση ανάμεσα σε αυτόν και τον θεραπευόμενο. Αργότερα, θα τεθούν πιο ουσιαστικοί, μακροπρόθεσμοι στόχοι (Λιάππας, 1992).

Ως άμεσοι θεραπευτικοί στόχοι θα μπορούσαν να αναφερθούν η γρήγορη εισαγωγή σε νοσοκομείο στην περίπτωση έντονων στερητικών συμπτωμάτων, η άμεση παραπομπή του χρήστη σε θεραπευτική κοινότητα ή ξενώνα, η μείωση ή η σταθεροποίηση της δόσης της ουσίας, η κοινωνική επανένταξη, η εργασιακή αποκατάσταση και η σταθεροποίηση του χρήστη σε ένα πιο σταθερό περιβάλλον και τρόπο ζωής (Λιάππας, 1992).

Το κίνητρο του χρήστη για θεραπεία, παρόλο που είναι σημαντικό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι ένας μόνο από του παράγοντες που το καθορίζουν. Σε κάθε φάση της ζωής του χρήστη το κίνητρο για θεραπεία ποικίλει. Άλλες φορές το άτομο αισθάνεται καταπονημένο και φοβισμένο από τις δυσκολίες και τις συνέπειες-στερητικά συμπτώματα ή άλλα κοινωνικά προβλήματα- τις οποίες προκαλεί η χρήση, επιθυμώντας την αποχή. Σε άλλες περιόδους ο ίδιος χρήστης μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει τη χρήση, να φοβάται τη στέρηση ή να αισθάνεται περήφανος για τον τρόπο ζωής του εκτιμώντας τον εαυτό του ως άτομο έξυπνο (Λιάππας, 1992).

Η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε χρήστη σχετικά με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον του καθώς και το βαθμό της επιθυμίας του για αλλαγή. Είναι κοινά παραδεκτό ότι οι χρήστες κατά τη διάρκεια της χρήσης βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχτούν θεραπευτική βοήθεια. Κατά τη διάρκεια της προσπάθειας για αποκατάσταση πολλές φορές ο χρήστης έχει πολλές υποτροπές και παλινδρομήσεις σε διάφορα προηγούμενα στάδια για άλλοτε μικρότερο και άλλοτε για μεγαλύτερο διάστημα (Λιάππας, 1992).

Για πολλούς χρήστες που απευθύνονται για θεραπεία σε κάποιες υπηρεσίες, το κύριο αίτημά τους είναι να απέχουν από τις ουσίες και να αποκτήσουν ένα νέο τρόπο

ζωής. Για κάποιους θεραπευτές η μόνη αποδεκτή θεραπεία είναι η μόνιμη αποχή από τις ουσίες τη στιγμή που μια μικρή μερίδα επιστημόνων υποστηρίζει την άποψη της ελεγχόμενης χρήσης, δηλαδή τη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη ή κάποια άλλα ουσία και την ελεγχόμενη κατανάλωση καπνού αλλά και οινοπνεύματος από τους χρόνιους πότες (Λιάππας, 1992).

Προγράμματα αντιμετώπισης

Από τα πιο γνωστά προγράμματα είναι αυτά της συντήρησης όπου ο χρήστης ουσιαστικά συντηρεί τον εαυτό του με κάποια διαφορετική ουσία, από την κύρια ουσία κατάχρησης που χρησιμοποιούσε, λιγότερο επιβλαβή από τον οργανισμό. Οι πιο γνωστές από αυτές τις ουσίες είναι η μεθαδόνη, η ναλτρεξόνη και η βουπρενορφίνη. Οι ουσίες αυτές χορηγούνται μόνο στα πλαίσια συγκεκριμένων προγραμμάτων και υπό την επίβλεψη εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού (Πουλόπουλος, 2005).

Επόμενη δομή για την αντιμετώπιση είναι η θεραπευτική κοινότητα όπου το άτομο πέραν από την σωματική απεξάρτηση πασχίζει και για την ψυχολογική. Η παραμονή σε αυτήν διαρκεί από έξι έως δώδεκα μήνες και περιλαμβάνει τρεις φάσεις θεραπείας. Πρώτη είναι η φάση της εισαγωγής, ακολουθεί η φάση της εντατικής θεραπείας και ολοκληρώνεται με την φάση της επανένταξης (Πουλόπουλος, 2005).

Εξίσου σημαντικά είναι τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης αλλά και αυτά που δρουν στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. Στα πρώτα το άτομο λαμβάνει συμβουλευτική αλλά και περαιτέρω βοήθεια για το θέμα της τοξικοεξάρτησης αλλά παράλληλα είναι λειτουργικό. Βασική προϋπόθεση για να ενταχθεί κάποιος σε ένα πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης είναι να εργάζεται και να συντηρείται μόνος του. Όσο αφορά στα προγράμματα που δρουν σε σωφρονιστικά ιδρύματα, αυτά απευθύνονται σε φυλακισμένους χρήστες ουσιών.

Επίσης πολλά από τα εξαρτημένα άτομα απευθύνονται σε ιδιωτικές κλινικές ή ιδιωτικά ιατρεία προκειμένου να απεξαρτηθούν. Υπάρχει ακόμη και μια άλλη δομή εκκλησιαστικού χαρακτήρα όπου τα άτομα προσπαθούν να απεξαρτηθούν διαμέσου της εξαντλητικής εργασίας και της προσευχής.

Η ιστορική προσέγγιση στο πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Η ομάδα αυτή ξεκίνησε το 1935 με τη συνάντηση δύο αλκοολικών που προσπαθούσαν να ξεπεράσουν την εξάρτησή τους από το αλκοόλ.

Βασικοί κανόνες είναι η ανωνυμία των μελών και η δωρεάν συμμετοχή. Το πρόγραμμα υποστηρίζει τα μέλη να αρνηθούν το αλκοόλ «για τη σημερινή μέρα, κάθε φορά» και να επιδιώκουν την ολική αποχή. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί προσφέρουν στα μέλη τους την ικανοποίηση μιας εσωτερικής ανάγκης για επικοινωνία με ομοιοπαθείς αλκοολικούς που καταλαβαίνουν καλύτερα το πρόβλημα της εξάρτησης. Επίσης, οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί δέχονται τον αλκοολισμό ως ασθένεια, και παραδέχονται ότι δεν είναι δυνατόν να θεραπευτούν οριστικά από αυτήν (Μουζάς, 2005).

Τέλος, υπάρχει ένα ακόμα πρόγραμμα με την ονομασία ΑΛΦΑ, το οποίο υπάγεται στο ΚΕΘΕΑ, και απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με νόμιμες εξαρτήσεις όπως το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια. Το πρόγραμμα αυτό παρέχει εξατομικευμένη θεραπεία σε εξωτερική δράση. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει την κατάχρηση ή την εξάρτηση και τα απορρέοντα προβλήματα χωρίς να απομακρυνθεί από το οικογενειακό και επαγγελματικό του περιβάλλον (Ημερολόγιο ΚΕΘΕΑ, 2009).

4.2.1. Ειδικά Προγράμματα για Εξαρτημένες Μητέρες

- **Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες**

Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες δημιουργήθηκε από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ το Νοέμβριο του 2001. Προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Πρόκειται για το πρώτο πρόγραμμα στην Ελλάδα που δίνει τη δυνατότητα σε εξαρτημένες μητέρες να ενταχθούν σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία προσφέροντάς τους ταυτόχρονα λύση στο θέμα της φύλαξης και της φροντίδας των παιδιών τους. Οι μητέρες - μέλη του προγράμματος παρακολουθούν το καθημερινό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας ΙΘΑΚΗ (9 π.μ. με 5 μ.μ.) συμμετέχοντας σε όλες τις δραστηριότητες. Τον υπόλοιπο χρόνο (απογεύματα, βράδια και Σαββατοκύριακα) βρίσκονται μαζί με τα παιδιά τους. Επίσης, το Πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για εκείνες που δεν μπορούν να διαμένουν σε αυτό, έχουν κατασκευαστεί και χρησιμοποιούνται πέντε ανεξάρτητα σπίτια στο χώρο της ΙΘΑΚΗΣ (Ημερολόγιο ΚΕΘΕΑ, 2009).

Για τις ώρες που τα παιδιά δεν βρίσκονται μαζί με τις μητέρες τους υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης που λειτουργεί με τη φροντίδα βρεφονηπιοκόμου και παιδοψυχολόγου, καθώς και υπαίθριος παιδότοπος. Εκεί προσφέρονται δραστηριότητες οργανωμένου παιχνιδιού, κουκλοθέατρου, θεατρικού παιχνιδιού, μουσικοκινητικής και εικαστικών. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι και η υποστήριξη της σχέσης μητέρας και παιδιού και η ενίσχυση των μητέρων στο γονικό τους ρόλο μέσα από την παροχή εκπαίδευσης για θέματα διατροφής, εξελικτικής ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών και εμβολιασμών και άλλα. Επίσης παρέχεται ιατρική παρακολούθηση στα παιδιά (Ημερολόγιο ΚΕΘΕΑ, 2009).

- **Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες & τα Παιδιά τους**

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ διαμόρφωσε το 2006 το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα παιδιά τους, που λειτουργεί στην Ελλάδα, στα πλαίσια του ΕΣΥ. Σε αυτό γίνεται η πρώτη επαφή της εξαρτημένης γυναίκας και μητέρας με το θεραπευτικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα:

- Πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση της εξαρτημένης μητέρας στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, η σταθεροποίηση της απόφασής της, η εμπλοκή της στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή της στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα μέσα από ατομικές συνεδρίες, ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες έκφρασης
- Παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες και στήριξη ως προς την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων της ίδιας και του παιδιού της σε άμεση συνεργασία με φορείς κι υπηρεσίες που σχετίζονται με τη φροντίδα του παιδιού (νομικές εκκρεμότητες, ιατρικές εξετάσεις, εκτίμηση της αναπτυξιακής πορείας του παιδιού) και με ειδική μέριμνα για τις περιπτώσεις απώλειας της επιμέλειας.

Τμήμα ψυχολογικής απεξάρτησης, Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών και Μητέρων (Εσωτερικής διαμονής 30 θέσεων, Αθήνα).

Σε αυτό πραγματοποιείται η Β' φάση του προγράμματος, κατά την οποία η εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα μέσα από διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, κ.α.) προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τους πραγματικούς λόγους που την οδήγησαν στην εξάρτηση και να αναζητήσει καινούριους τρόπους ζωής, χωρίς ωστόσο να αναγκαστεί να αποχωριστεί το παιδί της για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Κατά τη φάση αυτή:

- Οι μητέρες, έγκυες ή με παιδιά μικρότερα των πέντε χρόνων, διαμένουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο και απόλυτα προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες τους.
- Έχουν πλήρη ιατρική παρακολούθηση και κάλυψη.

- Συμμετέχουν σε όλες τις θεραπευτικές δραστηριότητες του προγράμματος.
- Συμμετέχουν σε ειδικές δραστηριότητες , με τη σταθερή στήριξη ψυχολόγων , βρεφονηπιοκόμων και ειδικών θεραπειών, με στόχο την αντίληψη των σωματικών , συναισθηματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των παιδιών, την ανταπόκριση σε αυτές και την ενδυνάμωση του μεταξύ τους δεσμού.

Τα παιδιά :

- Συμμετέχουν σε δραστηριότητες ομαδικές ή ατομικές, ψυχοπαιδαγωγικού χαρακτήρα και δημιουργικής απασχόλησης.
- Παρακολουθούνται συστηματικά από εξειδικευμένους ψυχολόγους, ενώ λαμβάνεται μέριμνα για την κάλυψη όποιων αναπτυξιακών, ιατρικών ή άλλων αναγκών
- Παρακολουθούν το πρόγραμμα του νηπιαγωγείου ή του παιδικού σταθμού της περιοχής αν αυτό κρίνεται θεμιτό

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί μιας θεραπευόμενης είναι άνω των πέντε χρονών και δεν μπορεί να ακολουθήσει τη μητέρα, εξασφαλίζεται η τακτική επαφή σε όλη τη διάρκεια της κλειστής φάσης. Για το διάστημα αυτό το παιδί παρακολουθείται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.

Τμήμα κοινωνικής επανένταξης

Πρόκειται για την Γ΄ φάση του προγράμματος, όπου προετοιμάζεται η επάνοδος κι ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία οι θεραπευόμενες καλούνται να συμμετέχουν σε ομάδες θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας και άλλες. Για τις μητέρες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα διαμονής λειτουργεί κοινωνικός ξενώνας .

Η μητέρα στηρίζεται, ώστε να αναλάβει πλέον την ευθύνη ανατροφής του παιδιού καθώς και την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών του (φροντίδα, υγειονομική κάλυψη, συμμετοχή στο εκπαιδευτικό σύστημα, και άλλα). Συνεχίζεται και εδώ η στήριξη του παιδιού και της μητέρας από εξειδικευμένους ψυχολόγους (www.psyhat.gr).

Μέρος Β' Ερευνητικό

Κεφάλαιο 5^ο

Μεθοδολογία Έρευνας

5.1. Σκοπός της έρευνας

1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός μας στην παρούσα εργασία είναι να μελετήσουμε τι ποσοστό γυναικών παρουσιάζουν αρνητικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάνοντας χρήση συγκεκριμένων ουσιών (αλκοόλ, καπνό και εξαρτησιογόνες ουσίες).

Ένας από τους επιμέρους στόχους μας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο η συγκεκριμένη ομάδα γυναικών, οι εγκυμονούσες, γνωρίζει ότι με τη χρήση των ουσιών αυτών βλάπτεται το έμβρυο. Επιπλέον, σε ποιο βαθμό οι γνώσεις των γυναικών αυτών για το εν λόγω ζήτημα τις επηρεάζει ή όχι στο να κάνουν χρήση.

2. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων

1^η Ερευνητική Υπόθεση

Το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο της εν δυνάμει μητέρας επηρεάζει την κατανάλωση και την χρήση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Γυναίκες με την βασική εκπαίδευση (μέχρι και απολυτήριο Γυμνασίου) καπνίζουν, πίνουν και κάνουν χρήση ουσιών περισσότερο σε σχέση με εκείνες που είναι απόφοιτες Λυκείου ή κάποιας ανώτατης σχολής;
- Οι έγγαμες καπνίζουν, πίνουν και κάνουν χρήση ουσιών λιγότερο;
- Εγκυμονούσες οι οποίες εργαζόντουσαν πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης τους παρουσιάζουν αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή ουσιών;
- Εγκυμονούσες με καλή οικονομική κατάσταση καπνίζουν, πίνουν και κάνουν χρήση ουσιών λιγότερο;

2^η Ερευνητική Υπόθεση

Η αλλαγή των αρνητικών συμπεριφορών υγείας είναι δεδομένη μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Η επιθυμητή εγκυμοσύνη λειτουργεί προστατευτικά από την αρνητική συμπεριφορά της μητέρας;
- Οι εγκυμονούσες που παρακολουθούνται συστηματικά από κάποιο ειδικό ιατρό- γυναικολόγο διέκοψαν την χρήση;

5.2 Μεθοδολογία έρευνας. Πεδίο μελέτης, επιλογή δείγματος, τεχνικές συλλογής στοιχείων.

Ερευνητική Στρατηγική

Η στρατηγική την οποία ακολουθήσαμε είναι η περιγραφική. Αυτό υποδηλώνει ότι έγινε ανάλυση του θέματος και όχι σύγκριση δεδομένων. Βασικά χαρακτηριστικά αυτής είναι η παρατήρηση και η καταγραφή των πληροφοριών και των νέων στοιχείων.

Στατιστική Ανάλυση

Αρχικά, έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής. Σε αυτήν χρησιμοποιήθηκαν και πίνακες συχνοτήτων, υπολογισμοί ποσοστών και διαγράμματα. Όσον αφορά στις συσχετίσεις, πραγματοποιήθηκε έλεγχος χ^2 του Pearson και η εισαγωγή των δεδομένων και η ανάλυση των στοιχείων έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

Πεδίο Μελέτης

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνθήκαμε ήταν γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης άνω των τριών μηνών στον δήμο Ηρακλείου. Ο λόγος που θέσαμε αυτόν τον περιορισμό είναι γιατί σε κάποιες περιπτώσεις οι εγκυμονούσες δεν έχουν γνώση της κατάστασης τους νωρίτερα από τους τρεις πρώτους μήνες. Η χρονική περίοδος που προσεγγίσαμε τον πληθυσμό ήταν από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Μάιο του έτους 2009.

Το πεδίο της έρευνάς μας, στο οποίο προσεγγίσαμε το δείγμα, ήταν χώροι τους οποίους επισκέπτονται οι εγκυμονούσες. Συγκεκριμένα, οι χώροι αυτοί ήταν δύο δημόσιοι, το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (Πε.Πα.Γ.Ν.Η.) και το Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηρακλείου και επτά (7) ιδιωτικά ιατρεία γυναικολόγων, οι οποίοι συνεργάζονται με την ιδιωτική κλινική Ασκληπιείο Κρήτης.

Επιλογή Δείγματος

Η τεχνική την οποία χρησιμοποιήσαμε για την επιλογή του δείγματος ήταν η απλή δειγματοληψία, σε δείγμα ευκολίας. Η επιλογή αυτών που θα συμμετείχαν έγινε

στην τύχη και θα πραγματοποιήθηκε με μια μόνο ενέργεια. Το σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν ανέρχεται στις 200 εκ των οποίων οι 107 βρέθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία και οι 93 σε ιδιωτικά ιατρεία. (Javeau, 2000).

Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων

Για τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο ήταν αυτοσυμπληρούμενο. Αυτό, δόθηκε στις εγκυμονούσες και θα περιελάμβανε ερωτήσεις γενικές αλλά και ειδικές με θέμα τις συμπεριφορές υγείας εγκύων γυναικών.

Η δομή του ήταν ως εξής.

- Βασικές και δημογραφικές πληροφορίες
- Ερωτήματα για καπνίστριες
- Ερωτήματα για μη καπνίστριες
- Ερωτήματα για εκείνες που έχουν διακόψει το κάπνισμα
- Ερωτήματα για την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών
- Βασικές γνώσεις

Το ερωτηματολόγιο αυτό είχε δημιουργηθεί για το Πανεπιστήμιο της Cape Town από τον Petersen Z. σε μια έρευνα για τις απόψεις των έγχρωμων γυναικών που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης, στις κλινικές της Νότιας Αφρικής.

Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης

Όσον αφορά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προέκυψε ένα ζήτημα σχετικά με αυτή καθώς η συγκεκριμένη ομάδα με την οποία ασχοληθήκαμε δεν ήταν εύκολα προσεγγίσιμη. Αυτό συμβαίνει γιατί οι εγκυμονούσες βρίσκονται σε μια ευαίσθητη και πολύ ιδιαίτερη κατάσταση. Υπήρξε επίσης άρνηση συμπλήρωσης από έναν μικρό αριθμό γυναικών, στον δημόσιο τομέα, λόγω της πολύωρης αναμονής τους στον χώρο του νοσοκομείου αλλά και για προσωπικούς λόγους.

Κεφάλαιο 6^ο

Αποτελέσματα

6.1. Περιγραφική Ανάλυση

Τομέας Α'. Δημογραφικά Στοιχεία

Το 10% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 16 έως 22 ετών. Το 46,5% είναι ηλικίας 23 έως 29 ετών. Το 36% είναι ηλικίας 30 έως 36 ετών. Τέλος, το 7,5% είναι ηλικίας 37 ετών και άνω (Παράρτημα Διάγραμμα 1ο).

Το 1% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι Δημοτικού. Το 9,5% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 47% απόφοιτοι Λυκείου και το 42,5% απόφοιτοι Ανώτατης Σχολής (Παράρτημα Διάγραμμα 2ο).

Το 58% των ερωτηθέντων εργάζεται ενώ το 42% δεν εργάζεται (Παράρτημα Διάγραμμα 3ο).

Το 19% του πληθυσμού από αυτές που εργάζονται, δήλωσαν ότι είναι επιστήμονες, στελέχη επιχειρήσεων ή καλλιτέχνες. Το 7,9% ότι είναι επιχειρηματίες, έμποροι ή εμπορικοί υπάλληλοι, το 15,9% ότι είναι υπάλληλοι γραφείου ή δημόσιοι υπάλληλοι, το 53,2% ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 4% ότι ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών (Παράρτημα Διάγραμμα 4ο).

Το 63% του πληθυσμού που απάντησε το ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι εργάζονταν πριν την εγκυμοσύνη ενώ το 37% ότι δεν εργάζονταν πριν μείνουν έγκυες (Παράρτημα Διάγραμμα 5ο).

Το 8% των ερωτηθέντων χαρακτήρισαν την οικονομική τους κατάσταση ως κακή, το 54% μέτρια και το 38% καλή (Παράρτημα Διάγραμμα 6ο).

Ποσοστό 89,5% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι είναι παντρεμένες. Το 5% ότι είναι ανύπαντρες, το 5% ότι είναι αρραβωνιασμένες ή ανύπαντρες και συζούν με τον πατέρα του αγέννητου παιδιού και το 0,5% ότι είναι χήρες (Παράρτημα Διάγραμμα 7ο).

Το 98% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι επί του παρόντος διαμένουν με τον πατέρα του αγέννητου παιδιού ενώ το 2% ότι δεν διαμένουν με αυτόν (Παράρτημα Διάγραμμα 8ο).

Το 13% ανέφεραν ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού είναι επιστήμονας ή στέλεχος επιχείρησης ή καλλιτέχνης. Το 9,5% δήλωσαν ότι ο σύζυγος του είναι επιχειρηματίας ή έμπορος ή εμπορικός υπάλληλος, το 17,5% ότι είναι υπάλληλοι γραφείου, το 44,5% ότι ανήκουν στην κατηγορία των εργατών ή των τεχνιτών ή των ιδιωτικών υπαλλήλων, το 15% ότι ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών και το 0,5% ότι είναι άνεργοι ή συνταξιούχοι (Παράρτημα Διάγραμμα 9ο).

Το 94,5% δήλωσαν ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού τις στηρίζει οικονομικά ενώ το 5,5% ότι δεν τους παρέχει οικονομική υποστήριξη (Παράρτημα Διάγραμμα 10ο).

Το 6,5% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι ο πατέρας του παιδιού είναι απόφοιτος δημοτικού, το 20% ότι είναι απόφοιτος γυμνασίου, το 45% ότι είναι απόφοιτος λυκείου και το 28,5% ότι είναι απόφοιτος ανώτατης σχολής (Παράρτημα Διάγραμμα 11ο).

Το 53,5% των ερωτηθέντων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε πλαίσιο του δημόσιου τομέα ενώ το 46,5% σε ιδιωτικό πλαίσιο (Παράρτημα Διάγραμμα 12ο). Ποσοστό 95,5% ανέφεραν ότι παρακολουθούνται συστηματικά από κάποιον ειδικό γιατρό – γυναικολόγο ενώ το 4,5% ότι δεν παρακολουθούνται (Παράρτημα Διάγραμμα 13ο).

Το 10,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι βρίσκονται στον τέταρτο (4) μήνα της εγκυμοσύνης τους, το 17,5% στον πέμπτο (5) μήνα, το 17,5 στον έκτο (6) μήνα, το 20% στον έβδομο (7) μήνα, το 18% στον όγδοο (8) μήνα και το 16,5% στον ένατο (9) μήνα της εγκυμοσύνης τους (Παράρτημα Διάγραμμα 14ο).

Το 95,5% απάντησαν ότι η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή ενώ το 5% ότι ήταν ανεπιθύμητη (Παράρτημα Διάγραμμα 15ο).

Ποσοστό 58% των γυναικών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ανέφεραν ότι είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη ενώ το 42% ότι δεν είναι η πρώτη τους (Παράρτημα Διάγραμμα 16ο).

Το 4,6% των γυναικών που απάντησαν ότι δεν είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη έχει μείνει ακόμη μία φορά έγκυος, το 52,9% ότι έχει μείνει έγκυος άλλες δύο φορές, το 25,3% άλλες τρεις φορές, το 9,2% άλλες τέσσερις και το 8% άλλες πέντε φορές (Παράρτημα Διάγραμμα 17ο).

Το 37,9% των γυναικών που απάντησαν ότι δεν είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη ανέφεραν ότι έχει διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη τους απότομα ενώ το 62,1% ότι καμία εγκυμοσύνη τους δεν έχει διακοπεί (Παράρτημα Διάγραμμα 18ο).

Το 54,5% των γυναικών που απάντησαν ότι δεν είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη απάντησε ότι μόνο μία εγκυμοσύνη τους έχει διακοπεί απότομα, το 24,2% ότι δύο εγκυμοσύνες έχουν διακοπεί απότομα και το 21,2% ότι τρεις εγκυμοσύνες έχουν διακοπεί απότομα (Παράρτημα Διάγραμμα 19ο).

Το 9,2% των γυναικών που απάντησαν ότι δεν είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη δήλωσε ότι έχει γεννήσει πρόωρα ενώ το 90,8 ότι δεν έχει γεννήσει πρόωρα (Παράρτημα Διάγραμμα 20^ο).

Το 62% των γυναικών που απάντησαν ότι γέννησαν πρόωρα ανέφερε σωματικό βάρος από 600 έως 1600 γραμμάρια, το 25% 1601 έως 2600 γραμμάρια, το 12,5% 2601 έως 3600 γραμμάρια (Παράρτημα Διάγραμμα 21ο).

Το 16,5% των γυναικών που απάντησαν ότι δεν είναι η πρώτη τους εγκυμοσύνη, δεν έχει κανένα(0) παιδί, το 45,9% έχει ένα (1) παιδί, το 35,3% έχει δύο (2) παιδιά και το 2,4% έχει τρία (3) παιδιά (Παράρτημα Διάγραμμα 22ο).

Το 87,2% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι έχουν ομαλή εγκυμοσύνη ενώ το 12,2% όχι (Παράρτημα Διάγραμμα 23ο).

Το 20,8% των γυναικών που απάντησαν ότι η εγκυμοσύνη τους δεν είναι ομαλή, ανέφερε ότι έχει αιμορραγία, το 4,2% εμετούς, το 4,2% χαμηλό αιματοκρίτη, το 29,2% αποκόλληση υμένα, το 33,3% συσπάσεις, το 4,2% θρομβοφιλία και το 4,2% διαβητική κύηση (Παράρτημα Διάγραμμα 24ο).

Το 61,3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ήταν στον πρώτο (1) μήνα της εγκυμοσύνης τους όταν το αντιλήφθηκαν, το 35,7% στον δεύτερο (2) και το 3% στον τρίτο (3) (Παράρτημα Διάγραμμα 25ο).

Το 16,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι καπνίζουν καθημερινά, το 10,5% ότι καπνίζουν αλλά όχι σε καθημερινό επίπεδο, το 31% ότι κάπνιζαν στο παρελθόν αλλά πλέον όχι και το 42% ότι δεν έχουν καπνίσει συστηματικά ποτέ (Παράρτημα Διάγραμμα 26ο).

Το 8% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι καπνίζουν και δεν προτίθενται να το κόψουν ενώ το 19% ότι σκέφτονται να το κόψουν μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Το 26,5% δήλωσαν ότι το έχουν κόψει από την έναρξη της εγκυμοσύνης τους, το 36,5%

ότι δεν καπνίζουν και το 10% ότι είναι παθητικές καπνίστριες (Παράρτημα Διάγραμμα 27ο).

Το 56,3% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού καπνίζει ενώ το 43,7% ότι δεν καπνίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 28ο).

Τομέας Β'. Συμπληρώνεται από καπνίστριες

Το 42,6% από αυτές που καπνίζουν ξεκίνησαν το κάπνισμα από 13 έως 17 ετών, το 42,6% από 18 έως 22 ετών και το 14,8% από 23 έως 27 ετών (Παράρτημα Διάγραμμα 29ο).

Το 57,4% από αυτές που καπνίζουν καταναλώνουν από 1 έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 29,6 καπνίζουν από 11 έως 20 τσιγάρα την ημέρα και το 13% από 21 έως 30 την ημέρα (Παράρτημα Διάγραμμα 30ο).

Το 85,2% από αυτές που καπνίζουν δηλώνουν ότι έχουν ελαττώσει το κάπνισμα από την έναρξη της εγκυμοσύνης τους, το 14,8% ότι καπνίζουν το ίδιο, ενώ καμία δεν ανέφερε ότι το αύξησε (Παράρτημα Διάγραμμα 31ο).

Το 44,4% από αυτές που καπνίζουν αναφέρουν ότι καπνίζουν περισσότερο την ημέρα, το 11,1% το βράδυ, το 24,1% σε κοινωνικές εκδηλώσεις ενώ το 20,4% ότι καπνίζουν το ίδιο (Παράρτημα Διάγραμμα 32ο).

Το 18,5% από αυτές που καπνίζουν αναφέρουν ότι καπνίζουν περισσότερο όταν είναι μόνες, το 1,9% όταν είναι με τον σύζυγο, το 64,8% όταν είναι με φίλους ή άλλους καπνιστές και το 14,8% ότι καπνίζει το ίδιο (Παράρτημα Διάγραμμα 33ο).

Το 46,3% από αυτές που καπνίζουν αναφέρουν ότι συνεχίζουν να το κάνουν για να αντιμετωπίσουν το άγχος, το 1,9% την ανεργία, το 9,3% τη μοναξιά, το 7,4% τα οικογενειακά προβλήματα, το 11,1% για να περάσει η ώρα, το 9,3% επειδή το κάνουν και οι φίλοι τους και το 14,8% από συνήθεια (Παράρτημα Διάγραμμα 34ο).

Το 66,7% από αυτές που καπνίζουν αναφέρουν έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα, το 18,5% ότι δεν έχουν προσπαθήσει και το 14,8% ότι δεν έχουν προσπαθήσει αλλά θέλουν να το κάνουν (Παράρτημα Διάγραμμα 35ο).

Το 10,8% από αυτές που καπνίζουν δήλωσαν ότι προσπάθησαν να το κόψουν χρησιμοποιώντας αυτοκόλλητα νικοτίνης, το 56,8% με τσιγλες, το 8,1% με συμβουλευτική από κάποιον ειδικό, το 10,8% με φυλλάδια για το πώς θα κόψεις το κάπνισμα και το 24,3% από μόνες τους ή με διαρκή απασχόληση (Παράρτημα Διάγραμμα 36ο).

Το 74,1% από αυτές που καπνίζουν πιστεύουν ότι πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα ενώ το 25,9% ότι δεν πρέπει (Παράρτημα Διάγραμμα 37ο).

Από αυτές που πιστεύουν ότι πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα, το 50% πιστεύει ότι πρέπει να το κάνει γιατί επιβαρύνεται η υγεία του εμβρύου, το 42,5% γιατί επιβαρύνεται η υγεία της ίδιας της εγκυμονούσας και το 7,5% γιατί προκαλεί τους ενόχληση (Παράρτημα Διάγραμμα 38ο).

Τομέας Γ'. Συμπληρώνεται από μη καπνίστριες

Το 54,2% από αυτές που δεν καπνίζουν, αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει τσιγάρο και το 45,2% ότι δεν έχουν δοκιμάσει (Παράρτημα Διάγραμμα 39ο).

Το 10,8% από αυτές που δεν καπνίζουν, αναφέρουν ότι έχουν μερικές φορές έχουν την επιθυμία να καπνίσουν ενώ το 89,2% ότι δεν νιώθουν ότι πρέπει να ξεκινήσουν το κάπνισμα (Παράρτημα Διάγραμμα 40ο).

Το 54,2% από αυτές που δεν καπνίζουν, αναφέρουν ότι μένουν με ανθρώπους που καπνίζουν ενώ το 45,8% ότι δεν μένουν με ανθρώπους που καπνίζουν (Παράρτημα Διάγραμμα 41ο).

Από αυτές που μένουν με άτομα που καπνίζουν, το 50% καπνίζουν μπροστά τους ενώ στο άλλο 50% δεν καπνίζουν μπροστά τους (Παράρτημα Διάγραμμα 42ο).

Το 66,3% από αυτές που δεν καπνίζουν, αναφέρουν ότι τους ενοχλεί ο καπνός ενώ το 33,7% ότι δεν τους ενοχλεί (Παράρτημα Διάγραμμα 43ο).

Από αυτές που τις ενοχλεί ο καπνός, το 63,6% αναφέρει ότι τους ενοχλεί η μυρωδιά του, το 7,3% ότι κλείνει ο λαιμός τους, το 12,7% ότι νιώθουν δυσφορία, το 7,3% ανακατωσούρα και το 9,1% τους ενοχλεί επειδή κάνει γενικά κακό στην υγεία (Παράρτημα Διάγραμμα 44ο).

Από αυτές που δεν καπνίζουν, καμία δεν ανέφερε ότι την ενθαρρύνει κάποιος να ξεκινήσει το κάπνισμα (Παράρτημα Διάγραμμα 45ο).

ΤΟΜΕΑΣ Δ': Συμπληρώνεται από πρώην καπνίστριες που έχουν διακόψει το κάπνισμα.

Από αυτές που έχουν διακόψει το κάπνισμα το 74,6% ξεκίνησε να καπνίζει σε ηλικία από 14 έως 21 χρονών, το 19% ξεκίνησε σε ηλικία 22 έως 29 ετών και το 6,3% σε ηλικία από 30 έως 37 ετών (Παράρτημα Διάγραμμα 46ο).

Από αυτές που έχουν διακόψει το κάπνισμα το 73% απάντησε ότι κάπνιζε από 1 έως 10 χρόνια και το 27% από 11 έως 20 χρόνια (Παράρτημα Διάγραμμα 47ο).

Από αυτές που έχουν διακόψει το κάπνισμα, το 85,7% απάντησε ότι έχει διακόψει το κάπνισμα από 1 έως 10 μήνες, το 7,9% από 11 έως 20 μήνες, το 1,6% από 21 έως 30 μήνες και το 4,8% από 31 έως 40 μήνες (Παράρτημα Διάγραμμα 48ο).

Από αυτές που έχουν διακόψει το κάπνισμα, το 38,1% ανέφερε ότι κάπνιζε από 1 έως 10 τσιγάρα, το 30,2% από 11 έως 20 τσιγάρα, το 28,6 από 21 έως 30 τσιγάρα και το 3,2 από 31 έως 40 τσιγάρα (Παράρτημα Διάγραμμα 49ο).

Από αυτές που διέκοψαν το κάπνισμα, το 31,7% δήλωσε ότι το έκοψε πολύ εύκολα, το 44,4% ότι το έκοψε εύκολα, το 20,6% δύσκολα και το 3,2 ότι το έκοψε πολύ δύσκολα (Παράρτημα Διάγραμμα 50ο).

Από αυτές που διέκοψαν το κάπνισμα το 3,2% ανέφερε ότι ο λόγος που το διέκοψε ήταν επειδή τις ανάγκασε ο σύζυγος ή φίλος τους. Το 11,5% επειδή τις συμβούλευσε ο γιατρός, το 9,5% επειδή τις συμβούλευσαν οι γονείς, το 55,6% επειδή το θεωρούν βλαβερό για την υγεία, το 14,3% επειδή είναι βλαβερό για το αγέννητο παιδί, το 3,2% γιατί τα τσιγάρα είναι ακριβά και το 3,2% επειδή νιώθουν δυσφορία και απέχθεια για τον καπνό (Παράρτημα Διάγραμμα 51ο).

Από αυτές που διέκοψαν το κάπνισμα, το 74,6% δήλωσε ότι δεν τις βοήθησε κανένας προκειμένου να το κόψουν το κάπνισμα. Το 15,9% απάντησε ότι τις βοήθησε ο σύζυγός/φίλος τους, το 1,6% κάποιος ειδικός, το 1,6% τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το 1,6% ακολούθησε κάποια θεραπεία με σκοπό να το κόψει, το 3,2% γιατί σκέφτονταν τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει το κάπνισμα στο παιδί και το 1,6% δήλωσε ότι το ότι δεν κάπνιζε ο σύζυγος ήταν βοηθητικό για αυτήν προκειμένου να σταματήσει το κάπνισμα (Παράρτημα Διάγραμμα 52ο).

Από αυτές που έχουν διακόψει το κάπνισμα, ποσοστό 4,8% πιστεύει ότι θα το ξεκινήσει ξανά μετά την γέννηση του παιδιού. Το 36,5% πιστεύει ότι θα αρχίσει πάλι να καπνίζει μετά τον θηλασμό, το 19% ότι δεν θα ξαναρχίσει ποτέ το κάπνισμα και το 39,7% δήλωσε ότι δεν ξέρει (Παράρτημα Διάγραμμα 53ο).

Από αυτές που διέκοψαν το κάπνισμα και ανέφεραν ότι θα το ξαναρχίσουν, το 16,7% είπε ότι θα το άρχιζε ξανά λόγω κάποιου θλιβερού γεγονότος, το 16,7% λόγω εθισμού, το 16,7% λόγω στρες, το 33,3% από συνήθεια και το 16,7% για την παρέα (Παράρτημα Διάγραμμα 54ο).

Τομέας Ε'. Χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών

Το 78,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν καταναλώσει αλκοόλ ενώ το 21,5% ότι δεν έχουν καταναλώσει ποτέ (Παράρτημα Διάγραμμα 55ο).

Το 16% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους ενώ το 84% όχι (Παράρτημα Διάγραμμα 56ο).

Το 90,6% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, πίνουν 1 με 2 ποτήρια την εβδομάδα, το 6,2% 3 με 4 ποτήρια την εβδομάδα και το 3,1% 5 ή παραπάνω ποτήρια την εβδομάδα (Παράρτημα Διάγραμμα 57ο).

Το 93,8% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, πίνουν 1 με 2 ποτήρια το Σαββατοκύριακο ενώ το 6,2% πίνουν 3 με 4 ποτήρια (Παράρτημα Διάγραμμα 58ο).

Το 28,1% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, νιώθουν ότι θα έπρεπε να πίνουν λιγότερο αλκοόλ ενώ το 71,9% όχι (Παράρτημα Διάγραμμα 59ο).

Το 37,5% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, ενοχλούνται όταν τους ασκούν κριτική επειδή καταναλώνουν αλκοόλ ενώ το 62,5% δεν ενοχλείται (Παράρτημα Διάγραμμα 60ο).

Το 31,2% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, νιώθουν ενοχές που καταναλώνουν αλκοόλ ενώ το 68,8% δεν νιώθει (Παράρτημα Διάγραμμα 61ο).

Το 6,2% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, έχουν καταναλώσει αλκοόλ τις πρώτες πρωινές ώρες προκειμένου να καλμάρουν τα νεύρα τους ή να ξεπεράσουν το επακόλουθο μιας μέθης, ενώ το 93,8% όχι (Παράρτημα Διάγραμμα 62ο).

Το 40,6% από αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ, καπνίζουν ταυτόχρονα, ενώ το 59,4% όχι (Παράρτημα Διάγραμμα 63ο).

Το 67,8% των ερωτηθέντων, αναφέρει ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού τους καταναλώνει αλκοόλ εξίσου, ενώ το 32,2% ότι δεν καταναλώνει (Παράρτημα Διάγραμμα 64ο).

Το 58,8% των ερωτηθέντων, αναφέρει ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού τους καταναλώνει 1 με 2 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα, το 28,7% 3 με 4 ποτήρια την εβδομάδα και το 12,5% 5 ή και παραπάνω ποτήρια την εβδομάδα (Παράρτημα Διάγραμμα 65ο).

Ποσοστό 100% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών (Παράρτημα Διάγραμμα 66ο).

Το 3,0% από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι χρησιμοποιούν εισπνεόμενα (από την μύτη) αυτή την περίοδο, το 1,0% ότι δεν χρησιμοποιούν τώρα, αλλά εισέπνεαν στο παρελθόν και το 96,0% δήλωσε ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ εισπνεόμενα (Παράρτημα Διάγραμμα 67ο).

Το 85,7% από αυτές που απάντησαν ότι χρησιμοποιούν εισπνεόμενα δήλωσε ότι εισπνέει διαλυτικά και το 14,3% άλλου είδους φάρμακα (Παράρτημα Διάγραμμα 68ο).

Ποσοστό 1,0% δήλωσαν ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ενώ το 99,0% απάντησε ότι ο σύζυγος δεν χρησιμοποιεί ναρκωτικές ουσίες (Παράρτημα Διάγραμμα 69ο).

Από αυτές που απάντησαν ότι ο πατέρας του αγέννητου παιδιού κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ποσοστό 100% δήλωσε ότι χρησιμοποιούν χασίς (Παράρτημα Διάγραμμα 70ο).

ΤΟΜΕΑΣ ΣΤ΄: Βασικές γνώσεις.

Ποσοστό 62,5% των ερωτηθέντων απάντησε ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα ενώ το 37,5% απάντησε ότι το κάπνισμα δεν έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα (Παράρτημα Διάγραμμα 71ο).

Το 13,6% από αυτές που απάντησαν ότι το κάπνισμα μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα ανέφεραν συχνές ναυτίες, εμετούς και άλλα παρόμοια συμπτώματα, το 19,2% ότι υπάρχει κίνδυνος για να διακοπεί η εγκυμοσύνη, το 34,4% ότι προκαλεί προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα, το 20,8% ότι μπορεί να προκληθεί πρόωρη γέννα, το 4,0% ότι προκαλεί γήρανση του πλακούντα, το 7,2% ότι καταβάλλει τον οργανισμό και το 0,8% ότι προκαλεί εθισμό του εμβρύου (Παράρτημα Διάγραμμα 72ο).

Ποσοστό 89% των ερωτηθέντων απάντησε ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο ενώ το 11% απάντησε ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει το έμβρυο (Παράρτημα Διάγραμμα 73ο).

Το 56,7% από αυτές που απάντησαν ότι το κάπνισμα μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα στο έμβρυο, ανέφεραν βλάβη στο αναπνευστικό σύστημα του

εμβρύου, το 20,8% ότι επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου, το 3,9% ότι υπάρχει κίνδυνος αποβολής, το 4,5% ότι προκαλεί βλάβη στο νευρικό σύστημα, το 10,7% ότι υπάρχει κίνδυνος το παιδί να γεννηθεί με μειωμένο βάρος, το 1,7% με γενετικές ανωμαλίες και το 1,7% ότι υπάρχει κίνδυνος το παιδί να αντιμετωπίζει μαθησιακά προβλήματα (Παράρτημα Διάγραμμα 74ο).

Το 0,5% απάντησε ότι το κάπνισμα δεν είναι καθόλου βλαβερό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 8,0% ότι είναι λίγο βλαβερό, το 19,0% αρκετά, το 18,0% πολύ και το 54,5% ότι είναι πάρα πολύ βλαβερό (Παράρτημα Διάγραμμα 75ο). Ποσοστό 89% των ερωτηθέντων απάντησε ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο ενώ το 11% απάντησε ότι δεν μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο (Παράρτημα Διάγραμμα 76ο).

Το 87% των ερωτηθέντων απάντησε ότι το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το παιδί αφού γεννηθεί ενώ το 13% απάντησε ότι δεν μπορεί να το επηρεάσει μετά την γέννηση (Παράρτημα Διάγραμμα 77ο).

Το 88,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι η νικοτίνη είναι η εθιστική ουσία στα τσιγάρα. Το 1% το βρίσκει λάθος ενώ το 10,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 78ο).

Το 76,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι η νικοτίνη 'περνάει' στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το 5% το βρίσκει λάθος ενώ το 18,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 79ο).

Το 39% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αποβολή. Το 22,5% το βρίσκει λάθος ενώ το 38,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 80ο).

Το 67,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε αργή ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στη μήτρα. Το 9% το βρίσκει λάθος ενώ το 23,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 81ο).

Το 75,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό βάρος γέννηση του εμβρύου. Το 5,5% το βρίσκει λάθος ενώ το 19% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 82ο).

Το 52,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη γέννα. Το 13,5% το βρίσκει λάθος ενώ το 34% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 83ο).

Το 22% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε αιμορραγία στον πλακούντα πριν τη γέννα. Το 23% το βρίσκει λάθος ενώ το 55% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 84ο).

Το 18% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε κάποιας μορφής τερατογέννεση. Το 33% το βρίσκει λάθος ενώ το 49% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 85ο).

Το 11% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο του παιδιού μέσα στον πρώτο χρόνο. Το 43,5% το βρίσκει λάθος ενώ το 45,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 86ο).

Το 66% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε πρόβλημα ανάπτυξης στον πνεύμονα του παιδιού. Το 9% το βρίσκει λάθος ενώ το 25% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 87ο).

Το 30,5% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε αργή εγκεφαλική ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία. Το 24% το βρίσκει λάθος ενώ το 45,5% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 88ο).

Το 14% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε μαθησιακά προβλήματα στο σχολείο. Το 39% το βρίσκει λάθος ενώ το 47% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 89ο).

Το 90% των ερωτηθέντων θεωρεί σωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστικά προβλήματα όπως άσθμα ή βρογχίτιδα. Το 2% το βρίσκει λάθος ενώ το 8% δεν γνωρίζει (Παράρτημα Διάγραμμα 90ο).

6.2. Συσχετίσεις

Βάση της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης, συσχετίσαμε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων γυναικών που αναφέρονται στην ηλικία, στο επίπεδο μόρφωσης, στην εργασία, στο επάγγελμα, στην εργασία πριν την εγκυμοσύνη, στην οικονομική και οικογενειακή τους κατάσταση, στη διαμονή τους με τον πατέρα του αγέννητου παιδιού, στο επάγγελμα αυτού, στην οικονομική στήριξη από τον ίδιο και στη μόρφωσή του, με τις μεταβλητές που σχετίζονται με την χρήση τσιγάρου, την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Η πρώτη μεταβλητή που σχετίζεται με το κάπνισμα χωρίζεται στο αν οι εγκυμονούσες καπνίζουν αυτή τη περίοδο ή όχι. Η δεύτερη, χωρίζεται στο αν κάπνιζαν στο παρελθόν, αν καπνίζουν στο παρόν ή καθόλου και η τρίτη στο αν καπνίζουν πολύ αυτή τη περίοδο, λίγο, αν κάπνιζαν στο παρελθόν ή καθόλου.

Όσον αφορά στις μεταβλητές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, η πρώτη χωρίζεται στο αν η εγκυμονούσα καταναλώνει αλκοόλ αυτή την περίοδο ή όχι και η δεύτερη, στο αν κατανάλωνε αλκοόλ στο παρελθόν, αν καταναλώνει αυτή τη περίοδο ή αν δεν κατανάλωνε ποτέ. Τέλος, σχετικά με την χρήση ουσιών, η μεταβλητή που μελετήθηκε ήταν αν καταναλώνουν εισπνεόμενα αυτή την περίοδο, αν κατανάλωναν στο παρελθόν ή ποτέ στην ζωή τους. Ο λόγος που αναφερόμαστε μόνο στα εισπνεόμενα, είναι γιατί δεν αναφέρθηκε η χρήση οποιασδήποτε άλλης ναρκωτικής ουσίας.

Στην συνέχεια συσχετίσαμε τα ίδια δημογραφικά στοιχεία των γυναικών με κάποιες μεταβλητές που αφορούν τις γενικές τους γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα. Ο λόγος που επιλέξαμε το κάπνισμα είναι γιατί εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Οι μεταβλητές αυτές είναι: αν πιστεύουν ότι το κάπνισμα μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στις ίδιες, στο έμβρυο ή όχι, πόσο βλαβερό θεωρούν το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αν το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο και τέλος αν το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα μπορούν να επηρεάσουν το μωρό αφού γεννηθεί.

Όσον αφορά στην δεύτερη ερευνητική υπόθεση συσχετίσαμε την χρήση τσιγάρου, εισπνεόμενων ουσιών και την κατανάλωση αλκοόλ με το τρίμηνο εγκυμοσύνης στο οποίο βρίσκεται η εγκυμονούσα, τον χώρο συμπλήρωσης του

ερωτηματολογίου, το αν η εγκυμονούσα παρακολουθείτε συστηματικά από κάποιον γιατρό – γυναικολόγο, το αν η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή, αν είναι πρώτη, το αν έχει διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη απότομα ή αν έχει υπάρξει κάποια πρόωρη γέννα και το αν η εγκυμοσύνη είναι ομαλή έως την συγκεκριμένη στιγμή.

6.3. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις

Από τις συσχετίσεις που προαναφέρθηκαν, κάποιες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές. Πρώτη από αυτές είναι η συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία της εγκυμονούσας και το αν καπνίζει τη δεδομένη χρονική στιγμή ($\chi^2=19.709$, $pvalue=0,020$). Επόμενη στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στη διαμονή της εγκυμονούσας με τον πατέρα και στο αν αυτή καπνίζει την συγκεκριμένη περίοδο ($\chi^2=18.607$, $pvalue= 0,000$). Ακολουθεί η συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας της εγκύου και της κατανάλωσης αλκοόλ από την ίδια ($\chi^2=8.853$, $pvalue= 0,031$). Η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται επίσης και με την οικογενειακή κατάσταση της εγκύου ($\chi^2=11.552$, $pvalue= 0,009$). Όσον αφορά στην χρήση εισπνεόμενων, συσχετίζεται με την πρόωρη γέννηση ($\chi^2=20.337$, $pvalue= 0,000$).

Στατιστικά σημαντικές βρέθηκαν και συσχετίσεις, οι οποίες αφορούν τις γενικές γνώσεις των γυναικών σχετικά με το κάπνισμα. Οι πρώτες εντοπίζονται ανάμεσα στην άποψη ότι το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα μπορούν να επηρεάσουν το μωρό αφού γεννηθεί και στην ηλικία της εγκυμονούσας ($\chi^2=21.956$, $pvalue= 0,000$) αλλά και στο επίπεδο μόρφωσης της ($\chi^2=9.327$, $pvalue= 0,025$). Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης της εγκυμονούσας, αυτό συσχετίστηκε και με το αν οι γυναίκες θεωρούν ότι το κάπνισμα κατά την κύηση μπορεί να έχει κάποια επίπτωση στο έμβρυο ($\chi^2=16.695$, $pvalue= 0,001$). Άλλη συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης της εγκύου και της άποψης ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει κάποια αρνητική επίπτωση στο έμβρυο ($\chi^2=8.275$, $pvalue= 0,041$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε και ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το αν η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή ($\chi^2=4.511$, $pvalue= 0,034$) , αν η έγκυος έχει βιώσει κάποια απότομη διακοπή εγκυμοσύνης ($\chi^2=3.917$, $pvalue= 0,047$) και αν έχει γεννήσει ποτέ πρόωρα ($\chi^2=5.199$, $pvalue= 0,023$).

Κεφάλαιο 7^ο

Συζήτηση και Συμπεράσματα

7.1 Συζήτηση

Κάπνισμα: Βάση της πρώτης στατιστικά σημαντικής συσχέτισης (Παράρτημα, Πίνακας 130) φαίνεται ότι οι εγκυμονούσες ηλικίας 30 έως 36 ετών καπνίζουν περισσότερο σε καθημερινό επίπεδο από αυτές που βρίσκονται σε μικρότερες ηλικίες (16 έως 22 ετών). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την επιστημονική εργασία του Λαμπρόπουλου Λ. (1992), ο οποίος αναφέρει ότι το κάπνισμα κατά την κύηση είναι συχνότερο στις μικρότερες ηλικίες. Όσον αφορά στην σχέση ανάμεσα στη διαμονή της εγκυμονούσας με τον πατέρα του αγέννητου παιδιού και το αν καπνίζει η ίδια, παρατηρήθηκε ότι η παρουσία του πατέρα λειτουργεί προστατευτικά. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το ποσοστό αυτών που δεν καπνίζουν είναι μικρότερο όταν μένουν με τον πατέρα, ενώ αυτές που μένουν μόνες φαίνεται να καπνίζουν περισσότερο (Παράρτημα, Πίνακας 132). Με αυτό συμφωνούν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Kodl & Wakschlag, οι οποίοι βρήκαν ποσοστό 77,1% των γυναικών που διαμένουν με τον πατέρα να μην καπνίζουν σε αντίθεση με το 22,9% αυτών που καπνίζουν. (2004).

Υπήρξαν και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, οι οποίες αφορούν συγκεκριμένες απόψεις των γυναικών. Χαρακτηριστικά, συγκρίνοντας τη μόρφωση των εγκύων με το αν το κάπνισμα έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο, βρέθηκε ότι οι απόφοιτες γυμνασίου σε ποσοστό 6,7% πιστεύουν ότι υπάρχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα, σε σύγκριση με τις απόφοιτες κάποιας ανώτατης σχολής με ποσοστό 45,5% (Παράρτημα, Πίνακας 133). Αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο γνωρίζουν ότι το κάπνισμα έχει βλαβερές επιπτώσεις στο έμβρυο σε μεγαλύτερο ποσοστό. Το ίδιο ισχύει και με την άποψη ότι το κάπνισμα επηρεάζει το έμβρυο αφού γεννηθεί. Τα ποσοστά που συμφωνούν με αυτό είναι 44,3% για τις απόφοιτες κάποιας ανώτατης σχολής και 7,5% για τις απόφοιτες του γυμνασίου (Παράρτημα, Πίνακας 134). Σχετικά με το ερευνητικό μας ερώτημα που αφορά το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών και τα ποσοστά χρήσης ανάλογα με αυτό, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα δεν υπάρχει. Ταυτίζοντας όμως τα παραπάνω

αποτελέσματα, που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο με τις γνώσεις των εγκύων για τις αρνητικές επιπτώσεις τους καπνίσματος, καταλήγουμε στο ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει άμεσα. Αυτό διακρίνεται από την διάσταση απόψεων ανάμεσα στις απόφοιτες γυμνασίου και ανώτερων σχολών.

Αλκοόλ: Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι οι περισσότερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Η πρώτη παρατήρηση σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ και την ηλικία της εγκυμονούσας. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες ηλικίας 30 έως 36 ετών καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι οι γυναίκες ηλικίας 16 έως 22 ετών (Παράρτημα, Πίνακας 135). Το αποτέλεσμα αυτό διαφωνεί με την έρευνα των Kesmodel, Wisborg et al (2002), στην οποία παρουσιάζεται μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Πέραν από την ηλικία, συσχέτιση στατιστικά σημαντική παρατηρήθηκε και ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την οικογενειακή κατάσταση της εγκυμονούσας. Χαρακτηριστικά, το μεγαλύτερο ποσοστό των παντρεμένων εγκύων δεν καταναλώνει αλκοόλ σε σύγκριση με αυτό των ανύπαντρων (Παράρτημα, Πίνακας 136). Με το αποτέλεσμα αυτό συμφωνούν, αυτή τη φορά, οι Kesmodel, Wisborg et al (2002), οι οποίοι στην έρευνά τους μελέτησαν και την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται από τις εγκυμονούσες ανά εβδομάδα και κατέληξαν στο ότι ανεξαρτήτου ποσότητας κατανάλωσης, οι γυναίκες που βρίσκονται εκτός γάμου καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα επιβεβαιώνει το ερευνητικό μας ερώτημα σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των εγκύων, το οποίο αναφέρει ότι οι έγγαμες καταναλώνουν ή κάνουν χρήση ουσιών σε μικρότερο ποσοστό.

Παραμένοντας στα ερευνητικά μας ερωτήματα, παρατηρήσαμε ότι οι εγκυμονούσες που εργάζονταν πριν την περίοδο της κύησης, έχουν την τάση να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από αυτές που δεν εργάζονταν καθόλου.

Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με κατανάλωση αλκοόλ						
			Αλκοόλ			Total
			Ποτέ	Στο παρελθόν	Στην εγκυμοσύνη	
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	20	82	24	126
		% within Αλκοόλ	46.5%	65.6%	75.0%	63.0%
	Όχι	Count	23	43	8	74
		% within Αλκοόλ	53.5%	34.4%	25.0%	37.0%
Total	Count	43	125	32	200	
	% within Αλκοόλ	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Σύμφωνα με την έρευνα των Reime, Jacob et al (2008), στις περιπτώσεις όπου οι σύζυγοι εργάζονται, και επομένως απουσιάζουν κάποιες ώρες από την κατοικία, παρουσιάζονται μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από τις εγκυμονούσες . Το ίδιο αποδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις όπου το επάγγελμα του συζύγου ανήκει στον ιδιωτικό τομέα, και πιθανόν το ωράριο να είναι ασταθές, τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από τις έγκυες είναι μεγαλύτερα (Παράρτημα, Πίνακας 137).

Άξια αναφοράς είναι η στάση των εγκύων γυναικών απέναντι σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Όπως αποφαίνεται από την στατιστική συσχέτιση, γυναίκες που δεν επιθυμούν την εγκυμοσύνη τους παρουσιάζουν κατανάλωση αλκοόλ σε ποσοστό 85,3% σε αντίθεση με αυτές που την επιθυμούν με ποσοστό 14,7% (Παράρτημα, Πίνακας 138). Η διαπίστωση αυτή εντοπίζεται και στην έρευνα των Cheng, Schwarz et al (2009), οι οποίοι προσθέτουν ότι οι γυναίκες που δεν επιθυμούν την επικείμενη εγκυμοσύνη τους έχουν διπλάσιες πιθανότητες να κάνουν χρήση ή κατανάλωση ουσιών, όπως το αλκοόλ. Αυτό, επιβεβαιώνει το ερώτημα της δεύτερης ερευνητικής μας υπόθεσης, σχετικά με το ότι μια επιθυμητή εγκυμοσύνη αποτρέπει την έγκυο από το να προβεί σε οποιαδήποτε αρνητική και επιβλαβή συμπεριφορά, όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Όσον αφορά στο δεύτερο ερώτημα της ίδιας υπόθεσης, σχετικά με το αν εγκυμονούσες παρακολουθούνται από κάποιον ειδικό-ιατρό γυναικολόγο, δεν υπήρξε κάποιο αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό καθώς ήταν ιδιαίτερα μικρό το ποσοστό αυτών που δεν παρακολουθούνται. Το μόνο που μπορεί να αναφερθεί είναι ότι οι εγκυμονούσες δείχνουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εξέλιξη της κατάστασής τους και για αυτό απευθύνονται σε ιατρούς.

Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας αναφέρεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ως πιθανό αποτέλεσμα μπορεί να έχει την απότομη διακοπή της κύησης (Αναγνωστάκης, 1993). Αυτό αποδεικνύεται και στο επιστημονικό άρθρο των Nordberg, Rydelius et al (1994), οι οποίοι μετά από έρευνα απέδειξαν ότι όντως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και στην απότομη διακοπή της εγκυμοσύνης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η παρούσα έρευνα, ύστερα από συσχέτιση των δύο μεταβλητών (Παράρτημα, Πίνακας 139).

Με βάση την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά πρόωρου τοκετού (Παράρτημα, Πίνακας 140). Στην έρευνά

τους οι O'Leary, Nassar et al (2008) το διαπιστώνουν εξίσου συμπληρώνοντας ότι η πρόωρη γέννα μπορεί να επηρεαστεί όχι μόνο από την ποσότητα κατανάλωσης αλλά και από το κατά πόσο προχωρημένη είναι η εγκυμοσύνη. Για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, βάση της συγκεκριμένης έρευνας, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι στα άλλα δύο τρίμηνα.

Ναρκοτικές ουσίες: Όπως φαίνεται από την βιβλιογραφία του θεωρητικού μέρους της έρευνας, η χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρη γέννηση και πιθανώς σε χαμηλό σωματικό βάρος του νεογνού (Cole & Cole, 2002). Άλλες πιθανές επιπτώσεις που σχετίζονται με την πρόωρη γέννα είναι η περιγεννητική θνησιμότητα όπως και άλλες διαταραχές στην διάπλαση των νεογνών (Αβραμίδης, 1990). Η συσχέτιση αυτών αποδεικνύεται και στο ερευνητικό μέρος, αφού βρέθηκε ότι οι εγκυμονούσες που κάνουν χρήση εισπνεόμενων ναρκωτικών ουσιών προέβησαν σε πρόωρο τοκετό, σε αντίθεση με αυτές που δεν έκαναν χρήση (Παράρτημα, Πίνακας 141^{ος}).

Τέλος, το ερευνητικό μας ερώτημα σχετικά με την οικονομική κατάσταση των εγκύων και την κατανάλωση ουσιών απο τις ίδιες, δεν επιβεβαιώθηκε απο τις συσχετίσεις καθώς δεν βρέθηκε αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό.

7.2 Συμπεράσματα

Προκειμένου να βρούμε πληροφορίες και να καλύψουμε το θεωρητικό μέρος της παραπάνω εργασίας, καταφύγαμε σε βιβλιογραφική αναζήτηση σε συνδυασμό με την αναζήτηση σε ηλεκτρονικές πηγές. Κατά την διάρκεια της επεξεργασίας των δεδομένων και των πληροφοριών αυτών, παρατηρήσαμε πληθώρα νέων στοιχείων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Ολοκληρώνοντας, λοιπόν, την εργασία, καταλήξαμε σε διάφορα συμπεράσματα.

Αρχικά, διαπιστώσαμε ότι κάποιες εγκυμονούσες κάνουν ορισμένες θετικές αλλαγές στην συμπεριφορά τους, όπως το να βελτιώσουν την διατροφή τους, να ξεκινήσουν να εξασκούνται σωματικά ή και να αλλάζουν βλαβερές συνήθειες τους, όπως το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Παρόλα αυτά, ιδιαίτερα μέσα από ξενόγλωσσες έρευνες προέκυψε ότι υπάρχει και ένα άλλο ποσοστό γυναικών, οι οποίες συνεχίζουν να υιοθετούν τις συγκεκριμένες επιβλαβείς συμπεριφορές.

Στην συνέχεια αναζητήσαμε τις συνέπειες αυτών των συμπεριφορών στο έμβρυο αλλά και στην ίδια την εγκυμονούσα και οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός αρνητικών επιπτώσεων. Ονομαστικά κάποιες από αυτές είναι ο πρόωρος τοκετός, η περιγεννητική θνησιμότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης αλλά και κάποιας μορφής νοητική, και όχι μόνο, καθυστέρηση.

Ακόμη συμπεράναμε ότι η στάση και η συμπεριφορά του πατέρα του αγέννητου παιδιού μπορεί να έχουν άμεση επίδραση στην ίδια την εγκυμονούσα αλλά και στο έμβρυο. Η επίδραση αυτή μπορεί να είναι είτε θετική ή αρνητική, ανάλογα με το αν ο πατέρας επιθυμεί ή όχι την επικείμενη εγκυμοσύνη ή αν καταναλώνει και ο ίδιος επιβλαβείς ουσίες.

Διαπιστώσαμε επίσης, ότι υπάρχουν αρκετά προγράμματα πρόληψης για την χρήση και κατανάλωση ουσιών στην χώρα μας, καθώς η πρόληψη παίζει καθοριστικό ρόλο. Εκτός από αυτά λαμβάνουν χώρα και προγράμματα αντιμετώπισης που απευθύνονται και μπορούν να βοηθήσουν άμεσα την εγκυμονούσα στο να σταματήσει να εφαρμόζει τις συγκεκριμένες συνήθειες.

Τελικό συμπέρασμα, στο οποίο καταλήξαμε από τον συνδυασμό του θεωρητικού αλλά και του ερευνητικού μέρους, είναι ότι υπάρχει όντως ένα ποσοστό γυναικών το οποίο υιοθετεί και συνεχίζει να επιδίδεται σε αρνητικές συνήθειες και

συμπεριφορές όπως η χρήση τσιγάρου, ναρκωτικών ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα μεγάλο, είναι όμως άξιο αναφοράς αφού η χρήση όπως προαναφέρθηκε έχει ιδιαίτερα επιβλαβείς επιπτώσεις.

7.3. Προτάσεις

Οι προτάσεις μας θα αφορούν κατά βάση την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του καπνίσματος, καθώς αυτό φαίνεται να χρησιμοποιείται συχνότερα. Αναφορές θα γίνουν και για το αλκοόλ, αφού υπάρχει ένα μικρό ποσοστό εγκύων που το καταναλώνουν.

Για την πρόληψη του καπνίσματος οι βασικές κινήσεις που γίνονται είναι ενημερωτικές ημερίδες και καμπάνιες. Αυτές, μπορεί να διοργανώνονται από κάποια υπηρεσία κοινωνικού χαρακτήρα ή και να στηρίζονται από το ίδιο το κράτος. Στην πρόληψη περιλαμβάνονται και τηλεοπτικά και ραδιοφωνικά σποτ, τα οποία προβάλλονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Έχουν δημιουργηθεί επίσης δύο επίσημες ιστοσελίδες, οι οποίες σκοπεύουν στην προσέγγιση, την ενημέρωση και τη θετική επιρροή στους νέους, και όχι μόνο, έτσι ώστε να μην ξεκινήσουν τη συνήθεια του καπνίσματος. Σκοπός είναι επίσης, να κάνουν γνωστές τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Οι ιστοσελίδες αυτές είναι οι www.nosmoking.gr και www.nosmoke.gr.

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του καπνίσματος εκ των οποίων οι κυριότερες είναι οι 'ομάδες διακοπής καπνίσματος' και τα 'ιατρεία διακοπής καπνίσματος'. Στην πρώτη, πραγματοποιείται ομαδική θεραπεία από ψυχολόγο για περίπου ένα μήνα και η δυναμική που αναπτύσσεται στην ομάδα συντελεί στη βελτίωση, στη πρόληψη της υποτροπής και στη διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερο της νέας συμπεριφοράς. Στη δεύτερη, υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο παρέχει στους καπνιστές ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με φαρμακευτική θεραπεία.

Όσον αφορά στην πρόληψη για το αλκοόλ, πέραν από τις εκστρατείες που γίνονται, υπάρχει και το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης εναντίον του Αλκοολισμού (Ε.Σ.Δ.Α.), το οποίο συνιστά νέα προγράμματα για το αλκοόλ και την πρόληψη αυτού, στα κράτη της Ευρώπης.

Για την αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, δύο μέθοδοι είναι οι πιο διαδεδομένες, η ομαδική ψυχοθεραπεία και οι ομάδες αυτοβοήθειας. Σκοπός της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι η πληροφόρηση, η ενημέρωση και η εκπαίδευση μέσω της ομάδας ενώ των ομάδων αυτοβοήθειας (Ανώνυμοι Αλκοολικοί) είναι τα άτομα με κοινό πρόβλημα τον αλκοολισμό να

διερευνούν από κοινού τα προβλήματά τους, να μοιράζονται τις προσωπικές τους ιστορίες, να ανταλλάσσουν πληροφορίες και, γενικά, να αλληλουποστηρίζονται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Α. (1994) *Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών*, Αθήνα: Εκδ. Ακρίτας
- Αναγνωστάκης Δ. (1993) «Η επίδραση της αλκοόλης στο έμβρυο», *Ιατρική*, Τόμος 64(5), σελ. 456- 461
- Αναγνωστάκης Δ. και Τρίκκα Π. (1991) «Γυναίκες που παίρνουν ηρωίνη στην εγκυμοσύνη και τα νεογέννητα παιδιά τους», *Ιατρική*, τόμος 60(4), σελ. 372-375
- Βαρβαρήγου Α. και Παναγούλιας Δ. (1998) «Αυξημένη αρτηριακή πίεση σε νεογνά και βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση» *Παιδιατρική*, τεύχος 61, σελ. 50- 58
- Βεσλεμές Μ. (1988) «Παθητικό κάπνισμα και υγεία», *Ιατρική*, τόμος 54(1), σελ. 45- 48
- Γρίβας Κ. (1984) *Αποδιοπομπαίος Τράγος*, Αθήνα: Εκδ. Μαλλιάρης Παιδεία
- Γρίβας Κ. (1990) *Ναρκωτικά και εξουσία*, Θεσσαλονίκη: Εκδ. Εκδοτική Θεσσαλονίκης
- Ημερολόγιο ΚΕΘΕΑ (2009) Αθήνα: Εκδ. Σχήμα και Χρώμα
- Καρπάθιος Σ. (1999) *Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική*, Έκδοση Β', Τόμος Α', Αθήνα: Εκδ. ΒΗΤΑ
- Κώσταλος Χ. (1993) «Χημικές ουσίες και κύηση. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο», *Παιδιατρική*, τόμος 56(5), σελ. 469-475
- Λαγός Π., Παπαδέλλης Φ. κ.α. (χ.χ.) «Κάπνισμα και αλκοόλ στη κύηση» *Πρακτικά του 28^{ου} Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνεδρίου*, σελ. 135 ΒΑ
- Λαμπρόπουλος Λ. (1992) «Κάπνισμα και κύηση», *Ιατρική*, τόμος 62 (5), σελ. 237-241
- Λιάπας Γ. (1992) *Ναρκωτικά- Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, Αθήνα: Εκδ. Πατάκη
- Μάνος Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Αναθεωρημένη Έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μέισυ Κ. και Φώνκερ Φ. *Εγκυμοσύνη και γέννηση. Χαρές και προβλήματα*, Έκδοση Δ', Αθήνα: Εκδ. Ψυχογιός

- Μουζιάς Μ. (2005) *Αλκοολογία για τον κλινικό γιατρό*, Αθήνα: Εκδ. Global Activities Key A.E.
- Μπαρούτης Γ. και Δασοπούλου Μ. (2004) «Επιδράσεις φαρμάκων, αλκοόλης και καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβryo και το νεογνό» *Παιδιάτρικη*, τεύχος 67, σελ. 160- 167
- Ντάβου Μ. (1992) *Το κάπνισμα στην εφηβεία*, Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση
- Ομάδα Γυναικών Βοστώνης (1981) *Εμείς και το σώμα μας*, μτφρ: Μαγγανάρη Μ., Αθήνα: Εκδ. Υποδομή
- Ομάδα Γυναικών Δανίας (1980) *Η γυναίκα και το κορμί της*, μτφρ: Παράσχης Μ., Αθήνα: Εκδ. Οδυσσέας
- Πάνου Μ. (1998) *Παιδιατρική Νοσηλευτική, ανατύπωση β΄*, Αθήνα: Εκδ. ΒΗΤΑ
- Παπαρηγορίου- Θεοδωρίδου Μ. (1988) «Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα», *Ιατρική*, Τόμος 54 (1), σελ. 49- 53
- Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα (2001) Τόμος 22, σελ. 84- 93, Αθήνα: Εκδ. Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος
- Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα (2001) Τόμος 32, σελ. 41- 43, Αθήνα: Εκδ. Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος
- Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα (2001) Τόμος 44, σελ. 360 Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος
- Περιστεράκη Α. (χ.χ.) *Σχέσεις γονέων παιδιών*, Αθήνα: Εκδ. Φυκίρης
- Ποταμιάνος Γ. (χ. χ.) *Αλκοόλ- Νόμιμες ουσίες εξάρτησης*, Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση
- Πουλόπουλος Χ. (2005) *Εξαρτήσεις- Θεραπευτικές Κοινότητες*, Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα
- Σεφέρου Μ. (1997) *Η κραυγή*, Αθήνα: Εκδ. Ευρώτας
- Σουρουβάλης Α., Νάκας Δ. κ.α. (2005) «Η επίδραση του καπνίσματος στο περιγεννητικό αποτέλεσμα» *Γαληνός*, τόμος 47(1), σελ. 29- 37
- Τζάφφη και Πήτερσον κ.α. (1981) *Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ*, μτφρ. Μαράτου Ο. και Σόλμαν Μ., Γ΄ Έκδοση, Αθήνα: Εκδ. Ψυχογιός
- Τούντας Γ. (1985) «Η πρόληψη του καπνίσματος στα παιδιά και στους νέους» *Materia Medica Greta*, τόμος 13(4), σελ. 387- 392

- Τσαρούχας Κ. (2003) *Αλκοόλ- Ένα σκληρό ναρκωτικό*, Β' Έκδοση, Αθήνα: Εκδ. Άγκυρα
- Τσόλας Γ. και Τσαγρής Β. (1999) «Παθητικό κάπνισμα και υγεία», *Παιδιατρική*, τεύχος 62, σελ. 437- 446
- Φουκανέλη Θ. και Λινού Α. (1995) «Το κάπνισμα ως αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης κακοήθων νοσημάτων του αιμοποιητικού ιστού», *Ιατρική*, τόμος 68(6), σελ. 576-582
- Cole M. & Cole S. (2002) *Η ανάπτυξη των παιδιών*, Αθήνα: Εκδ. Τυπωθήτω
- Gossop M. & Grant M. (1994) *Κατάχρηση ουσιών- Πρόληψη και Έλεγχος*, Αθήνα: Εκδ. Βήτα
- Javeau C. (2000) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*, Αθήνα: Εκδ. Τυπωθήτω. Γιώργος Δαρδανός
- Lowdermilk D. & Perry S. (2003) *Νοσηλευτική Μητρότητας*, μτφρ. Λυκερίδου Α. και Δελτσίδου Α., 6^η έκδοση, Αθήνα: Εκδ. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Macfarlane A. (1988) *Η ψυχολογία του τοκετού από την σύλληψη έως τη γέννηση*, Αθήνα: Εκδ. Κουτσούμπος
- Parke R. (1987) *Ο πατέρας- Η συμβολή του στη διαμόρφωση του παιδιού*, μτφρ. Κελεσίδου Α., Αθήνα: Εκδ. Κουτσούμπος
- Vellay P. (1984) *Σεξουαλική ανάπτυξη και μητρότητα*, μτφρ. Λιναρδάκη-Παπαχρύσανθου Ι., Αθήνα: Εκδ. Κέδρος
- Stoppard M. (2003) *Το γυναικείο σώμα*, μτφρ. Πρατσίνης Ν. και Πρατσίνης Χ., Αθήνα: Εκδ. Δομική

Ιστοσελίδες

- www.kethea.gr
- www.psyhat.gr

Άρθρα από ηλεκτρονικά περιοδικά

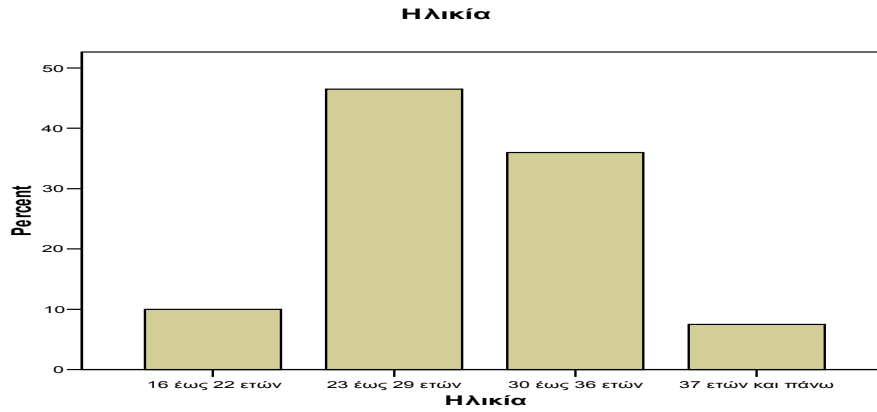
- Beeghly M. and Tronick E. (1994) « Effects of prenatal exposure to cocaine in early infancy: toxic effects on the process of mutual regulation» *Infant Mental Health Journal*, 15 (2), p. 158-175, <http://www.infrmaworld.com>, [15.9.08]
- Cheng D., Schwarz E. et al (2009) «Unintended pregnancy and associated maternal» *Contraception*, 79, 194-198, www.sciencedirect.com, [2.5.09]
- Ervin C., Little R. et al (1984) «Alcoholic Fathering and Its Relation to Child's Intellectual Development: A Pilot Investigation» *Alcoholism*, 8 (4), p. 362-365, www.informaword.com, [3.2.09]
- Grimstad H. & Backe B. et al (1998) «Abuse history and health risk behaviors in pregnancy» *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77 (9), p. 893-897, www.informaworld.com, [10.12.08]
- Hawkins J., Aber C. et al (1998) «Women's reported self-care behaviors during pregnancy» *Health care for women international*, 19, p. 529-538, www.informaworld.com/smpp, [23.9.08]
- Hepburn M. (2004) « Substance misuse in pregnancy» *Departments of Obstetrics and Gynaecology/ Social Policy and Social Work*, 14, p. 419-425, www.smmgp.org.uk/html, [2.7.08]
- Higgins P., Clough D. et al (1995) «Changes in health behaviors made by pregnant substance users» *The International Journal of the Addictions*, 30 (10), p. 1323-1333, <http://www.informaworld.com/smpp/title-content>, [23.9.08]
- Kagan- Krieger S., Selby P. et al (2002) «Paternal alcohol exposure and Turner syndrome», *Alcohol and Alcoholism*, 37 (6), p. 613- 617, www.informaword.com, [24.3.09]
- Karmel B. and Gardner J. (1996) « Prenatal cocaine exposure effects on arousal- modulated attention during the neonatal period» *Development Psychobiology*, 29 (5), p. 463-480, www.interscience.wiley.com, [23.6.08]
- Kaufman M. (1997) « The teratogenic effects of alcohol following exposure during pregnancy, and its influence on the chromosome constitution of the pre-ovulatory egg» *Alcohol & Alcoholism*, 32 (2), p. 113-128, www.informaworld.com, [12.02.09]

- Kodl M. and Wakschlag. L. (2004) « Does a childhood history of externalizing problems predict smoking during pregnancy?» *Addictive Behaviors*, 29, p. 273-279, www.sciencedirect.com, [21.6.08]
- Nordberg L., Rydelious P. et al (1994) «Parental alcoholism and early child development», *Acta Paediatrica*, 404, p.14-18, www.informaworld.com, [9.1.09]
- O' Leary C., Nassar N. et al (2008) «The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth» *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116, p.390-400, www.blackwellpublishing.com, [2.5.09]
- Ratcliffe J., Gladen B. et al (1992) «Does early exposure to maternal smoking affect future fertility in adult males» *Reproductive Toxicology*, (6), p. 297- 307, www.informaworld.com, [5.12.08]
- Reime B., Jacob C. et al (2008) «Is parental unemployment related to an increased risk for stillbirths?», *Journal Public Health*, 9, 255-262, www.sciencedirect.com, [9.4.09]
- Savitz D., Schiwngl P. et al (1991) «Influence of paternal age, smoking and alcohol consumption on congenital anomalies» *Teratology*, 44, p.429- 440, www.sciencedirect.com, [12.11.08]
- Secker- Walker R. and Vacek P. (2003) « Relationship between cigarette smoking during pregnancy, gestational age, material weight gain, and infant birthweight» *Addictive Behaviors*, 28 (1), p. 55-66, www.sciencedirect.com, [13.9.08]
- Streissguth P., Barr H. et al (1980) « Effects of Maternal Alcohol, Nicotine and Caffeine Use During Pregnancy on Infant Mental and Motor Development at Eight Months» *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 4 (2), p. 152-164, www.interscience.wiley.com, [15.1.09]
- Testa M., Quigley M. et al (2003) « The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: A meta- analytical review» *Alcohol and Alcoholism*, 38 (4), p. 295- 304, www.alcalc.oupjournals.org, [10.12.08]
- Wolfe E., Santos A. et al (2007) « Drug treatment utilization before, during and after pregnancy» *Journal OF Substance Use*, 12 (1), p. 27-38, <http://www.informaworld.com/smpp/title>, [29.5.08].

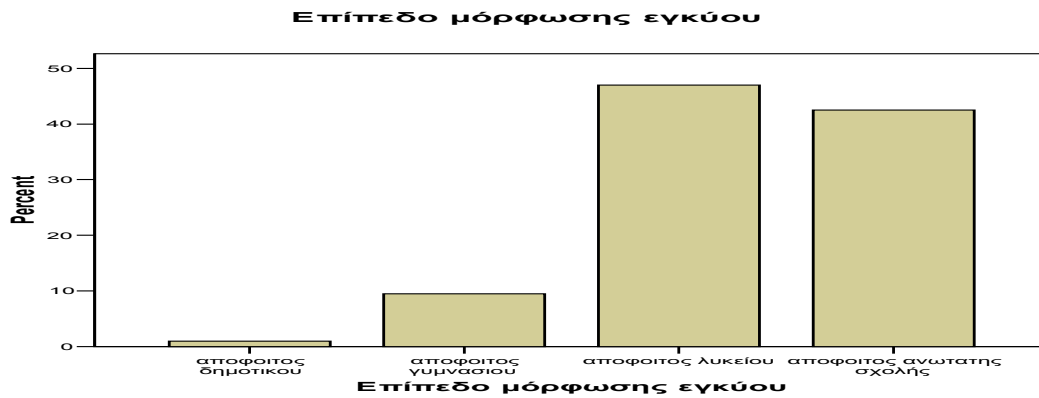
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τομέας Α'. Δημογραφικά Στοιχεία

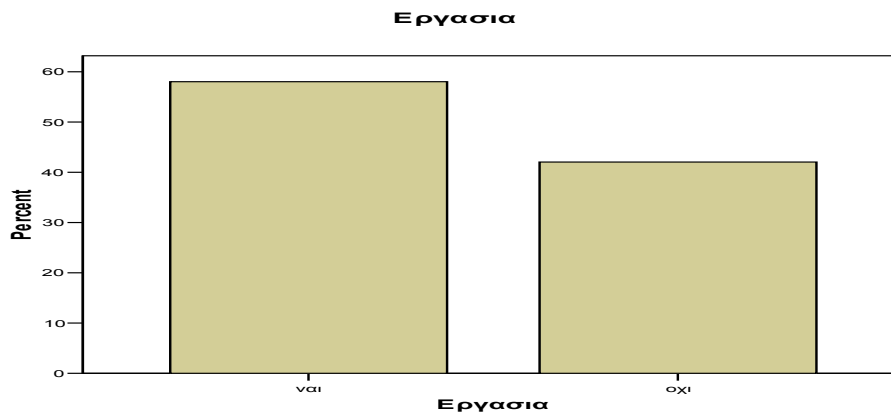
Διάγραμμα 1°



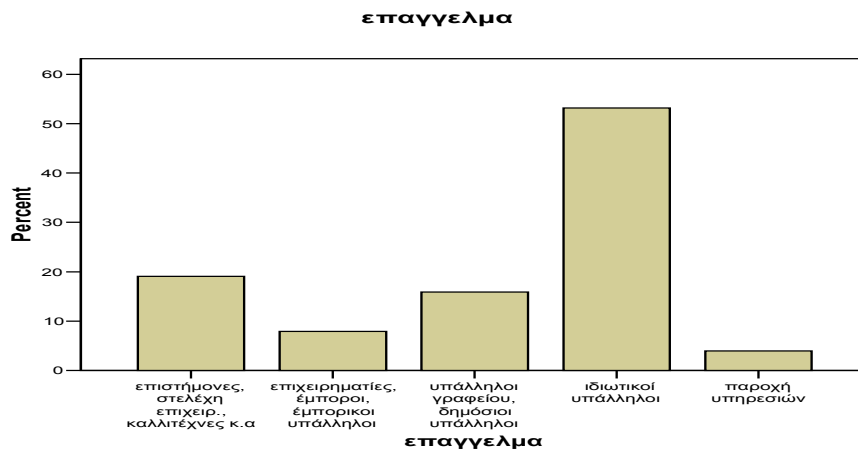
Διάγραμμα 2°



Διάγραμμα 3°



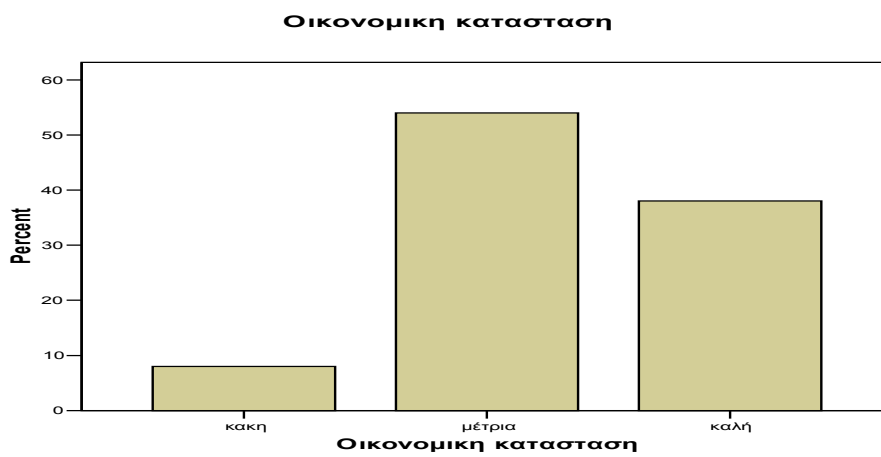
Διάγραμμα 4^ο



Διάγραμμα 5^ο



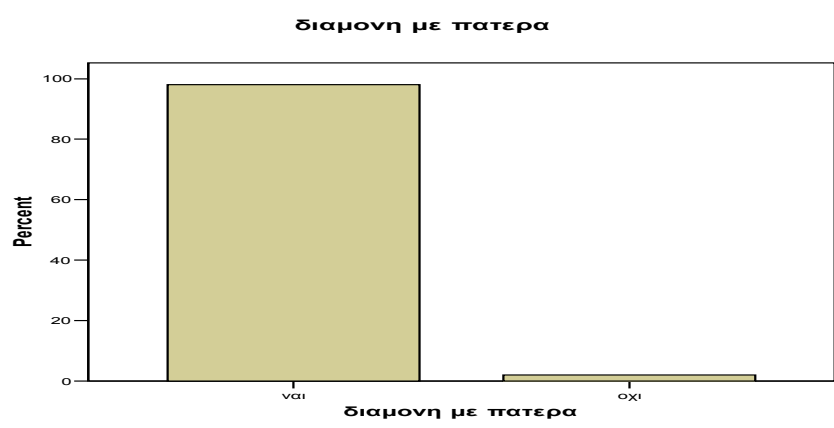
Διάγραμμα 6^ο



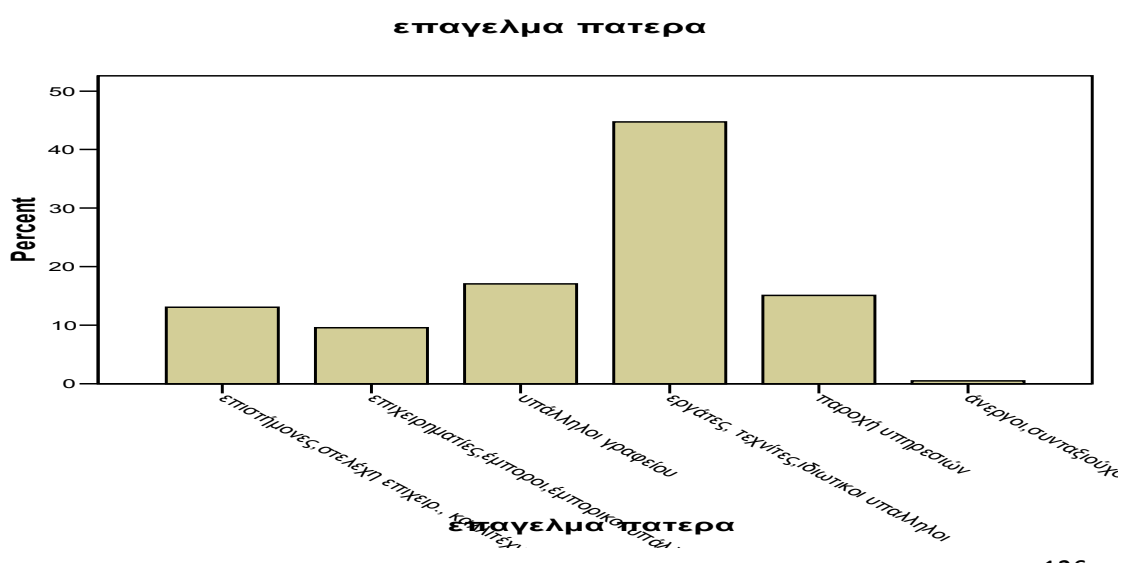
Διάγραμμα 7^ο



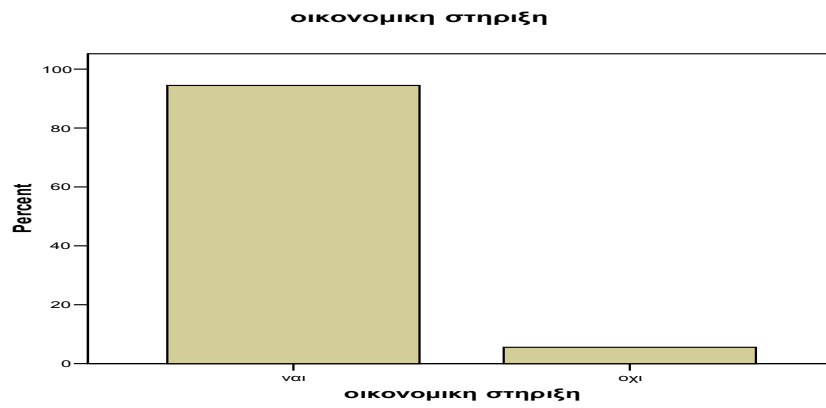
Διάγραμμα 8^ο



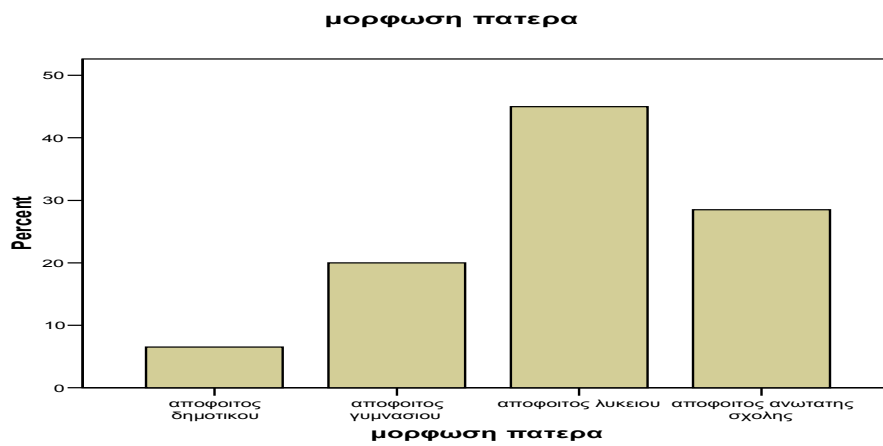
Διάγραμμα 9^ο



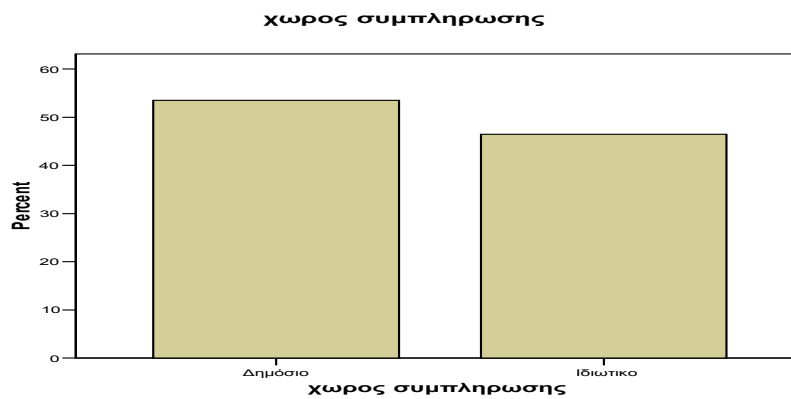
Διάγραμμα 10^ο



Διάγραμμα 11^ο



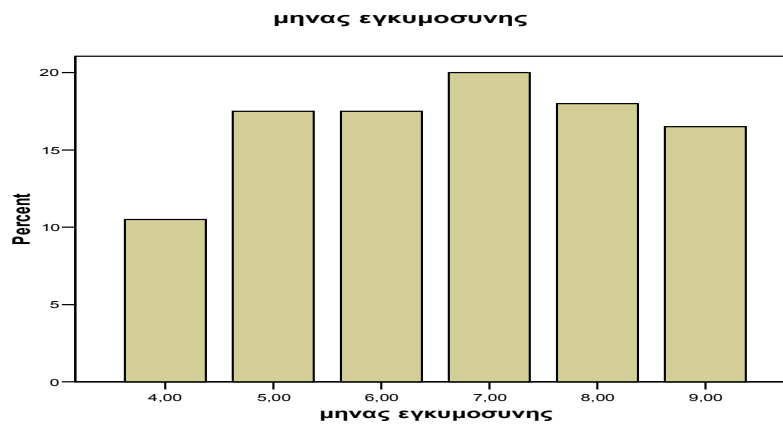
Διάγραμμα 12^ο



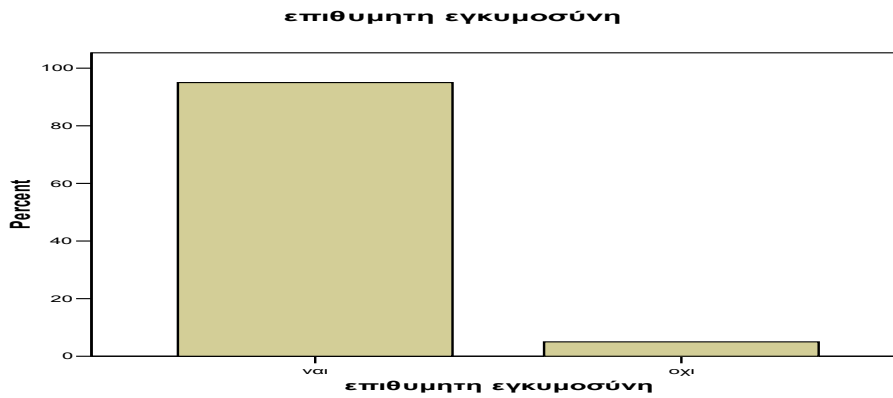
Διάγραμμα 13^ο



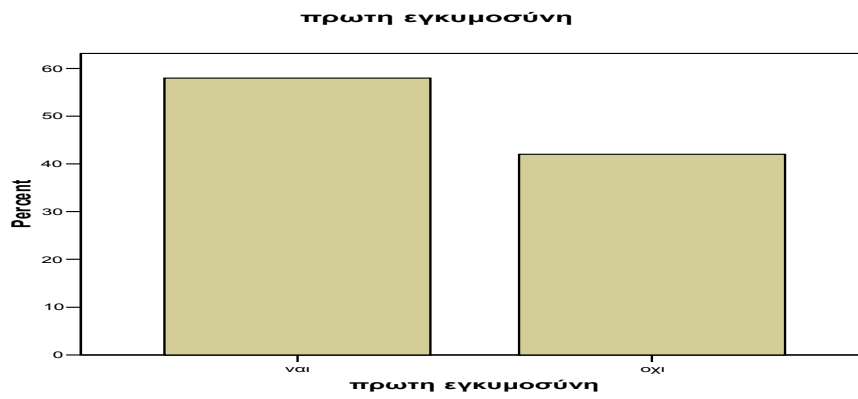
Διάγραμμα 14^ο



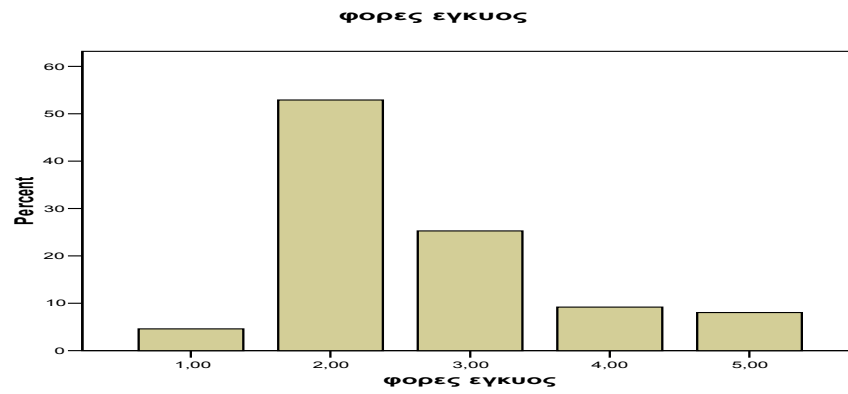
Διάγραμμα 15^ο



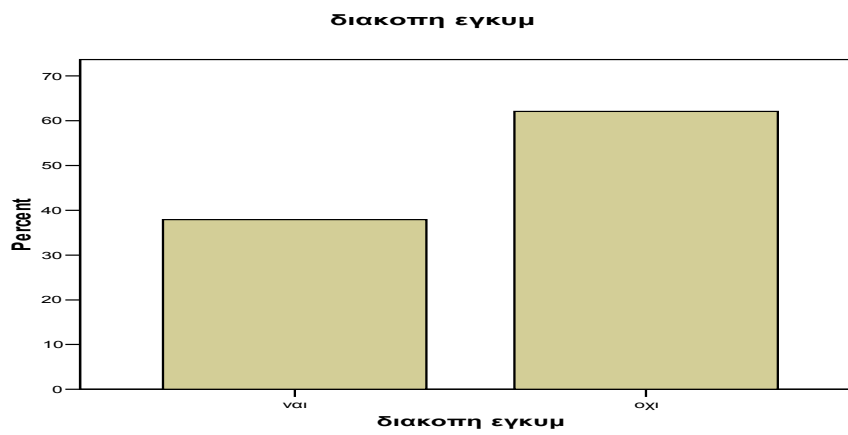
Διάγραμμα 16^ο



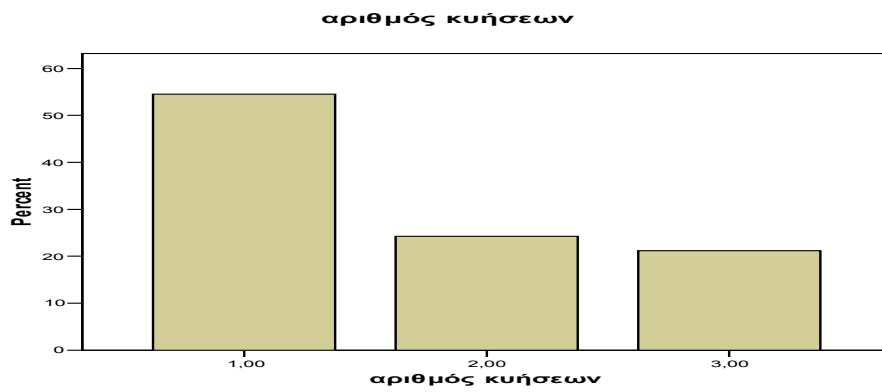
Διάγραμμα 17^ο



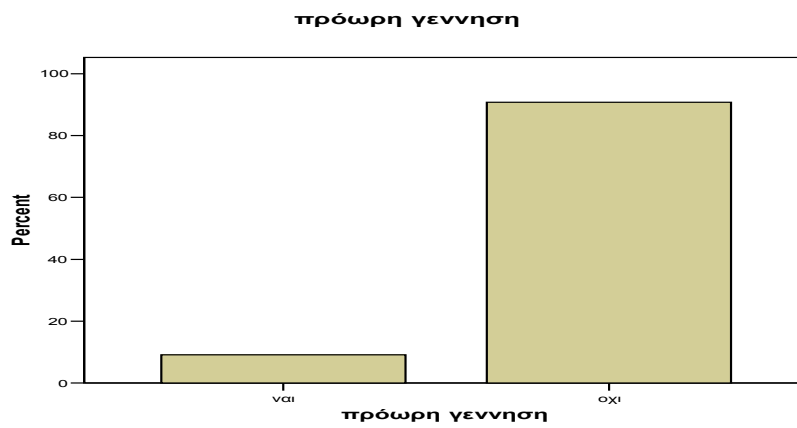
Διάγραμμα 18^ο



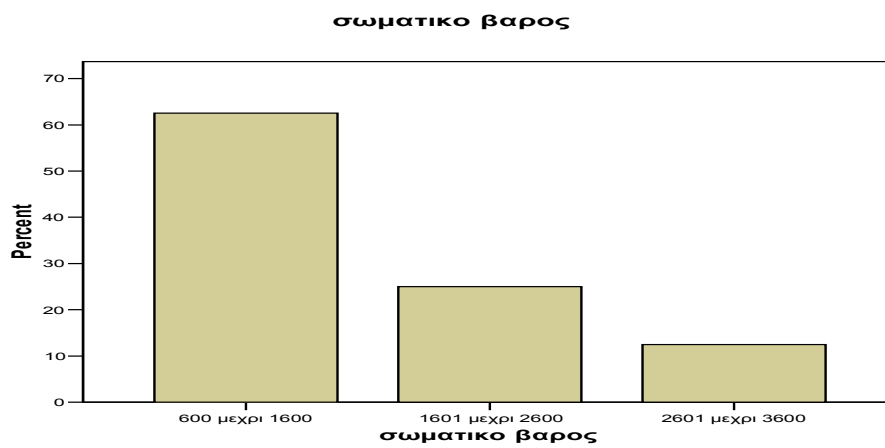
Διάγραμμα 19^ο



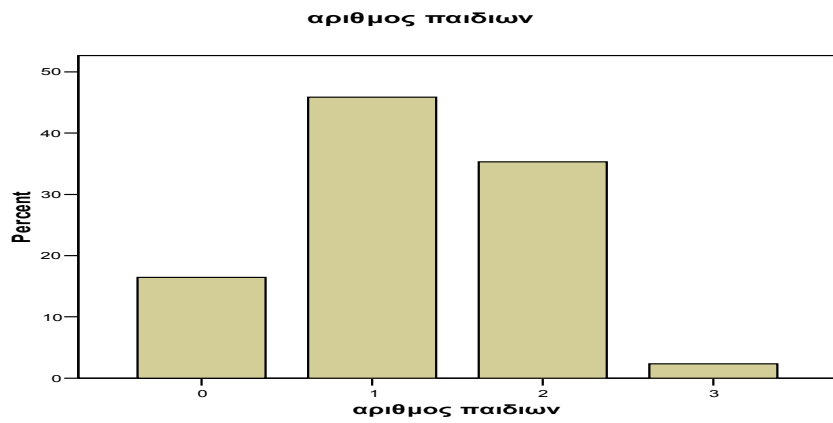
Διάγραμμα 20^ο



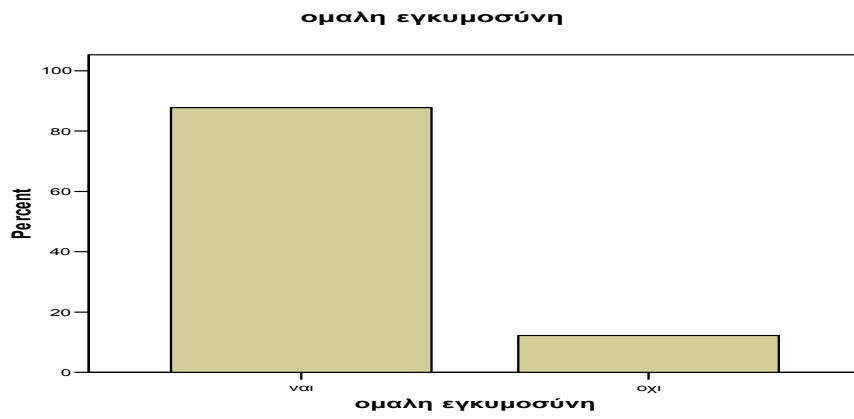
Διάγραμμα 21^ο



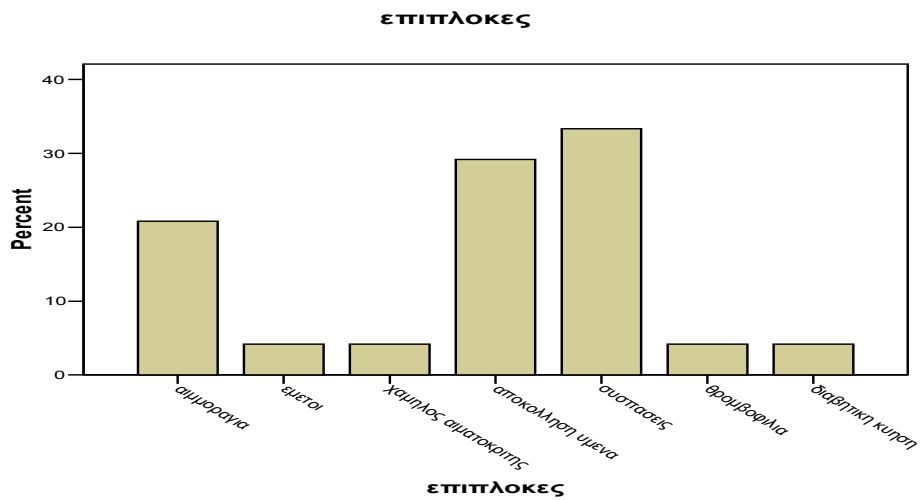
Διάγραμμα 22^ο



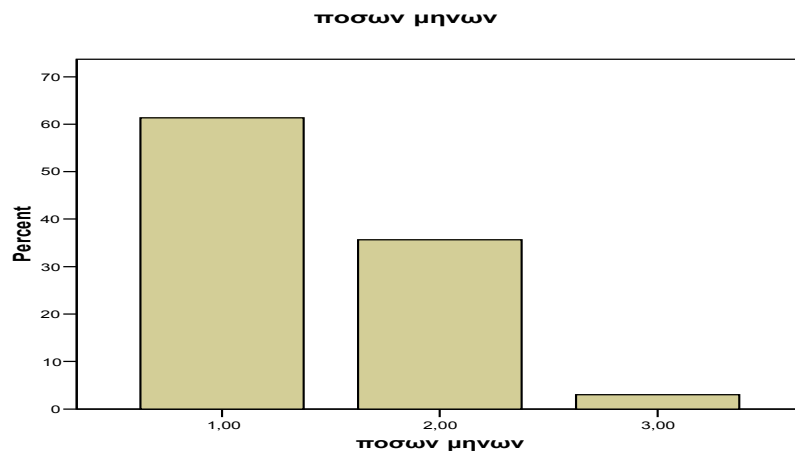
Διάγραμμα 23^ο



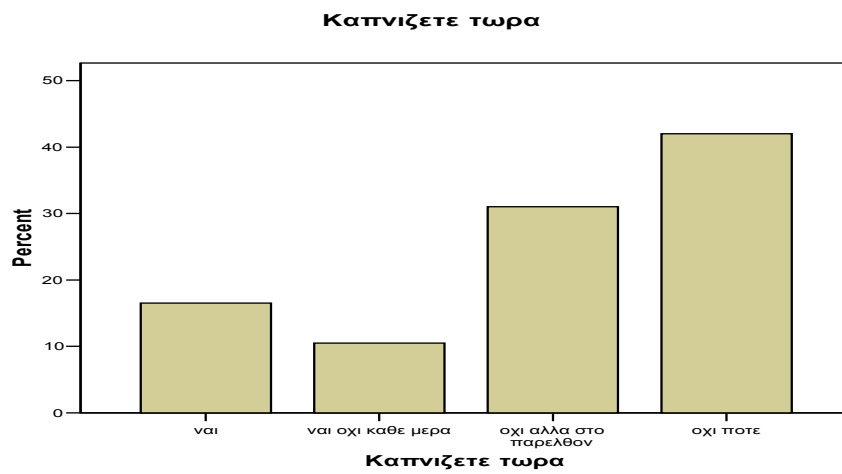
Διάγραμμα 24^ο



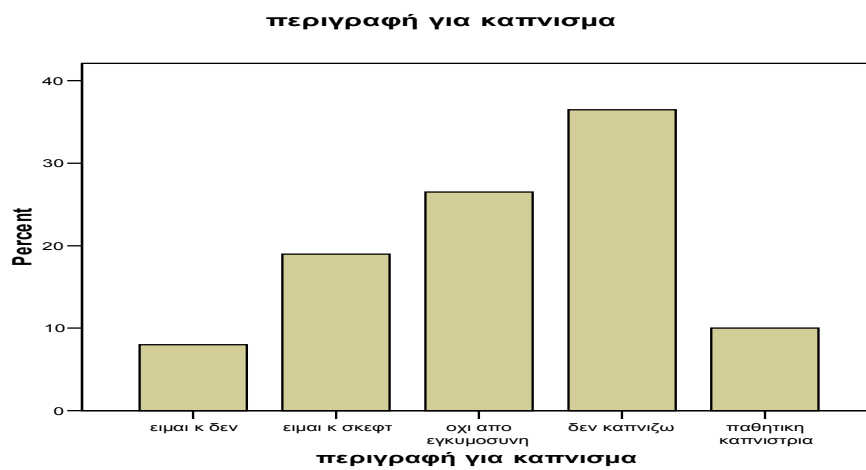
Διάγραμμα 25^ο



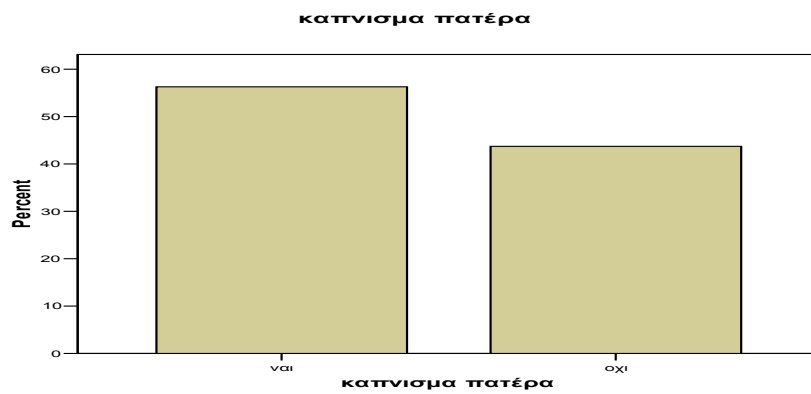
Διάγραμμα 26^ο



Διάγραμμα 27^ο

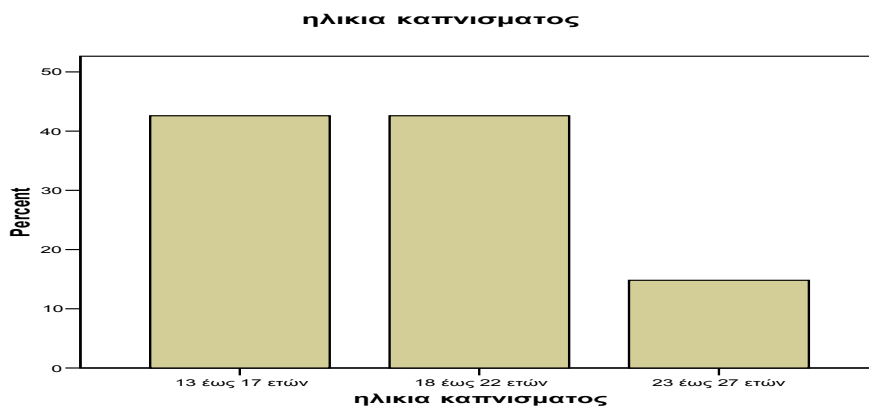


Διάγραμμα 28^ο

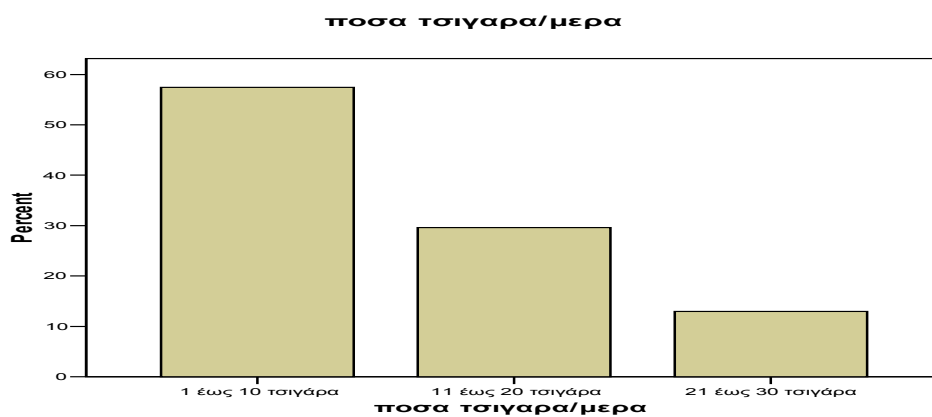


Τομέας Β'. Συμπληρώνεται από καπνίστριες

Διάγραμμα 29^ο



Διάγραμμα 30^ο



Διάγραμμα 31^ο



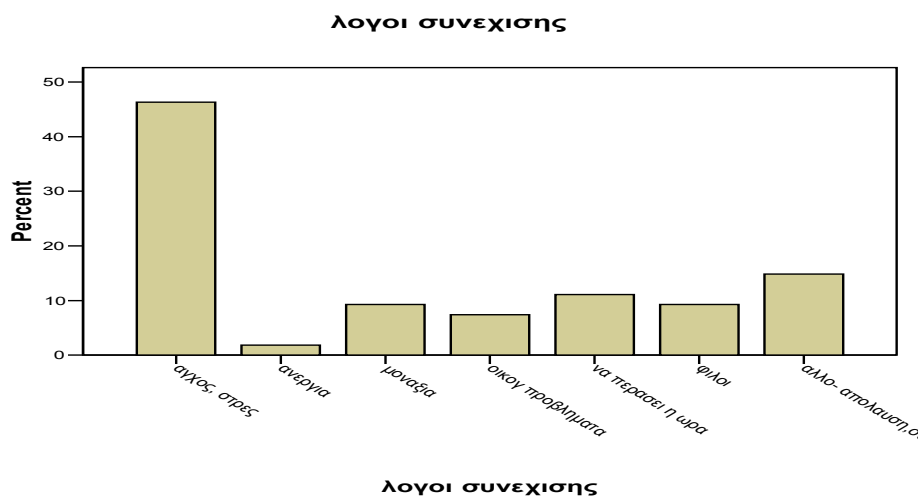
Διάγραμμα 32^ο



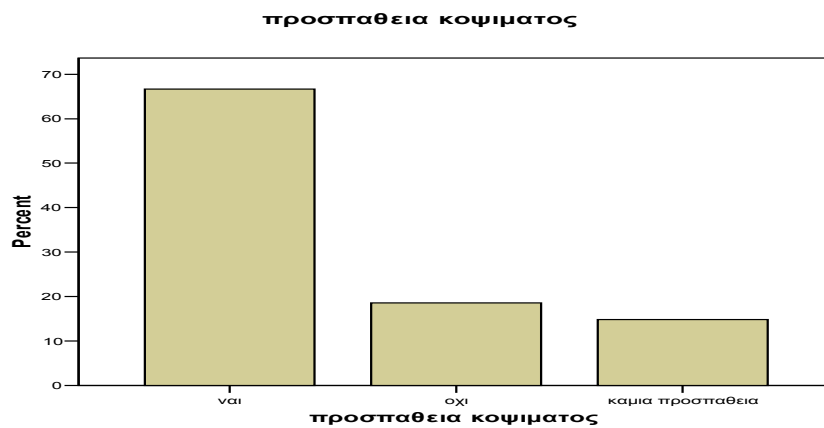
Διάγραμμα 33^ο



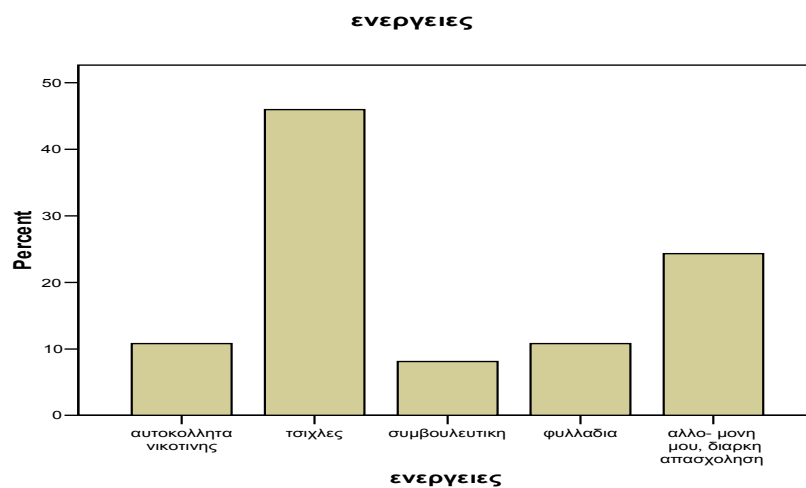
Διάγραμμα 34^ο



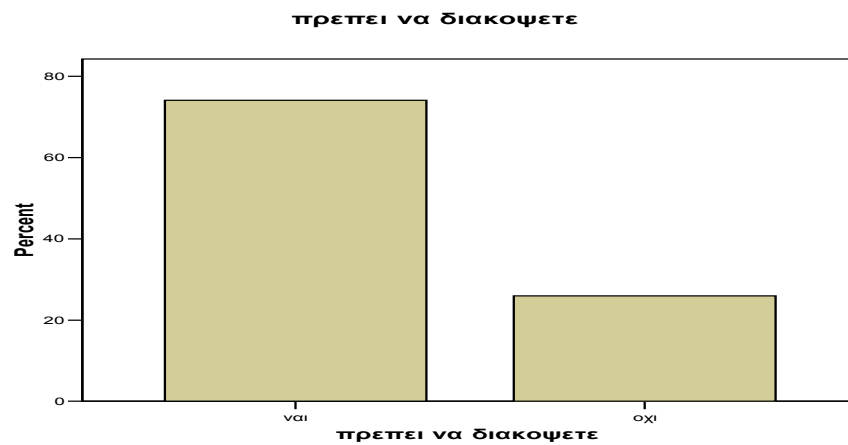
Διάγραμμα 35^ο



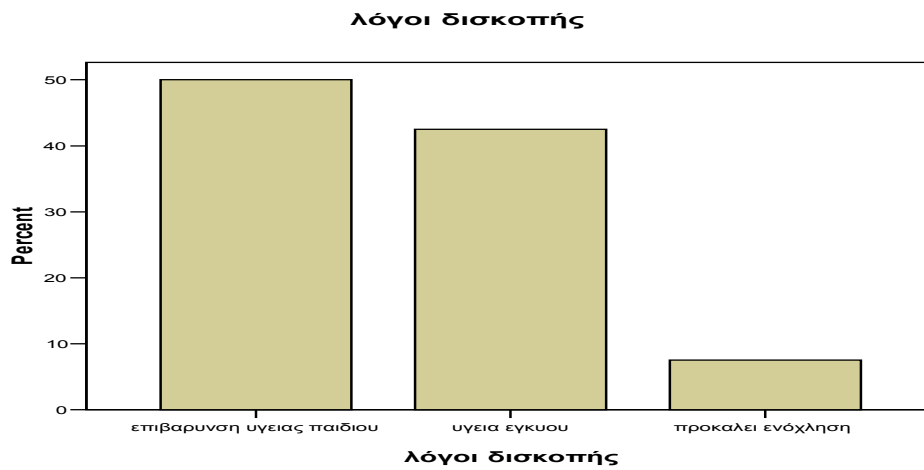
Διάγραμμα 36^ο



Διάγραμμα 37^ο

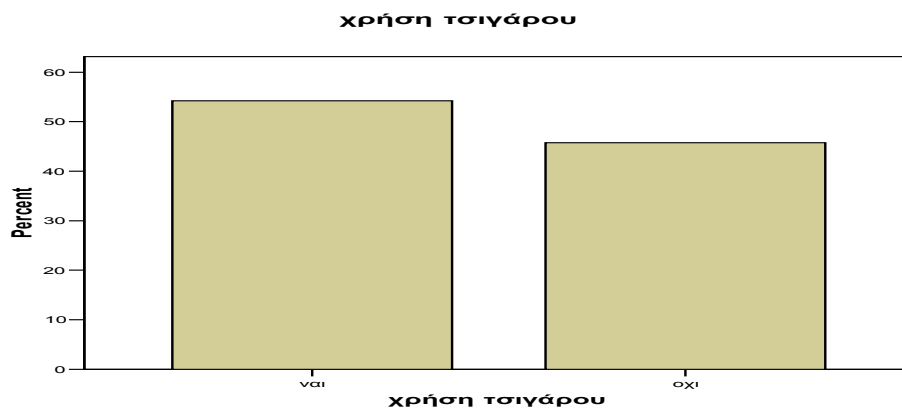


Διάγραμμα 38^ο

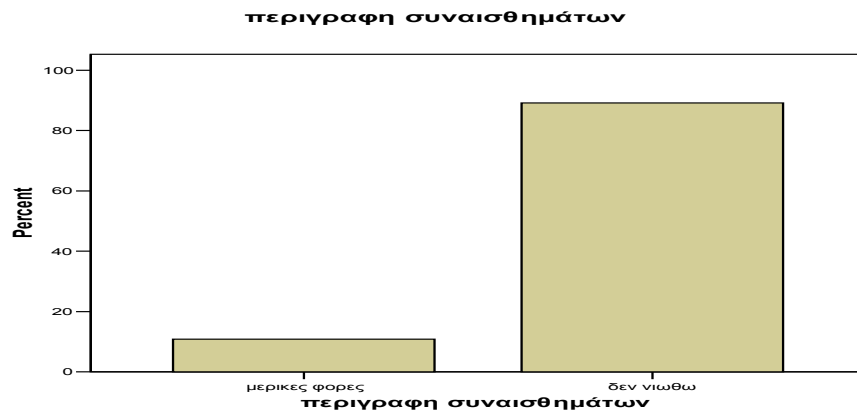


Τομέας Γ'. Συμπληρώνεται από μη καπνίστριες

Διάγραμμα 39^ο



Διάγραμμα 40°



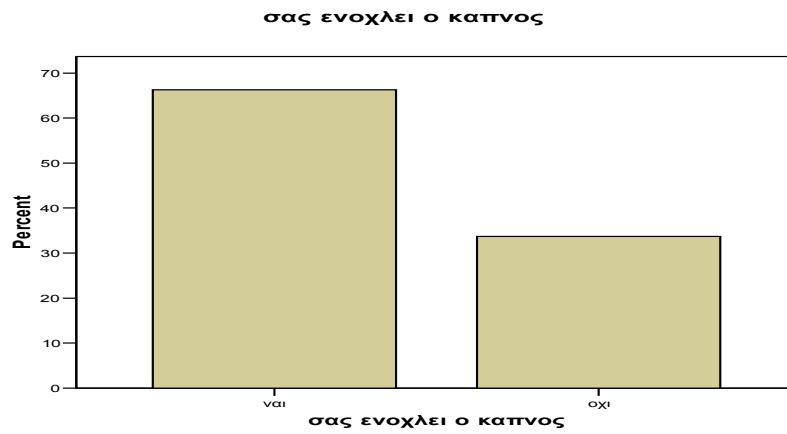
Διάγραμμα 41°



Διάγραμμα 42°



Διάγραμμα 43^ο



Διάγραμμα 44^ο

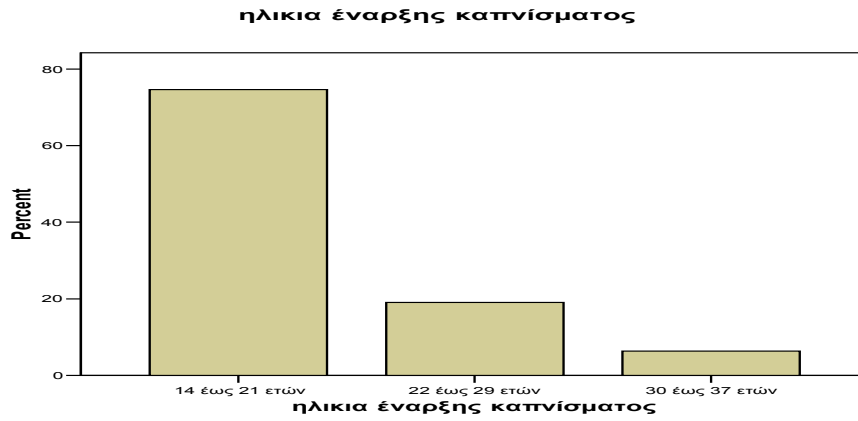


Διάγραμμα 45^ο

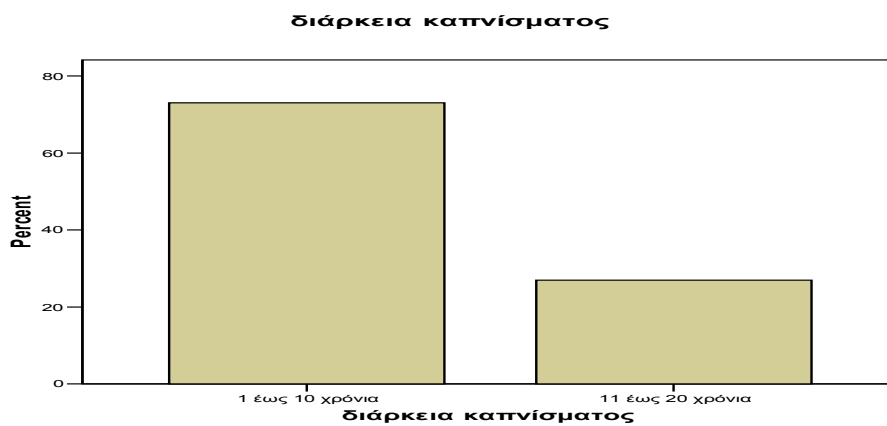


ΤΟΜΕΑΣ Δ': Συμπληρώνεται από πρώην καπνίστριες που έχουν διακόψει το κάπνισμα.

Διάγραμμα 46°



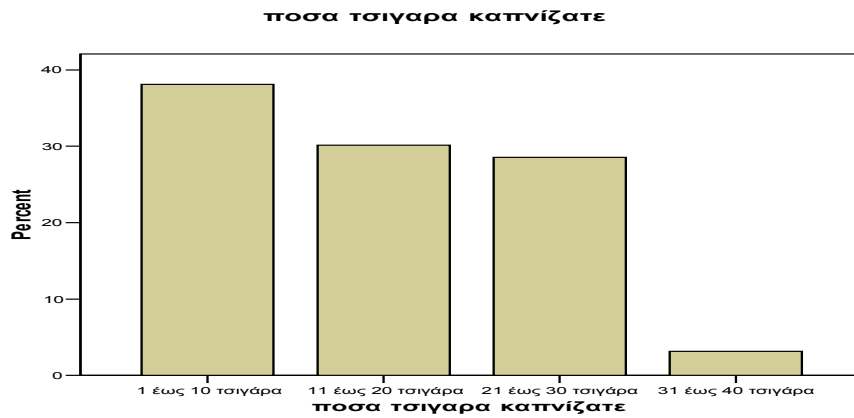
Διάγραμμα 47°



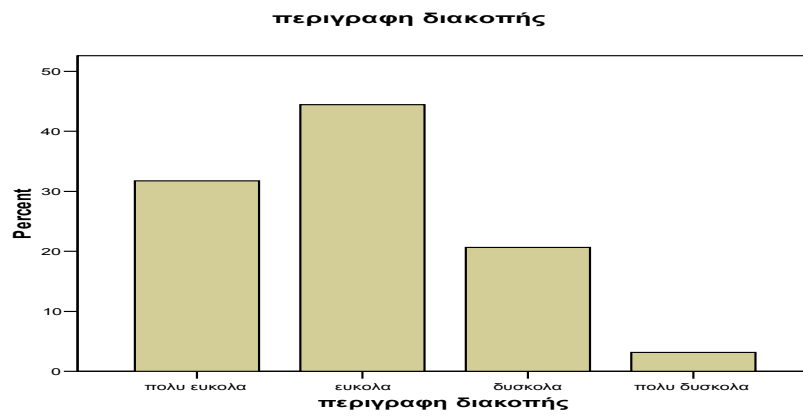
Διάγραμμα 48°



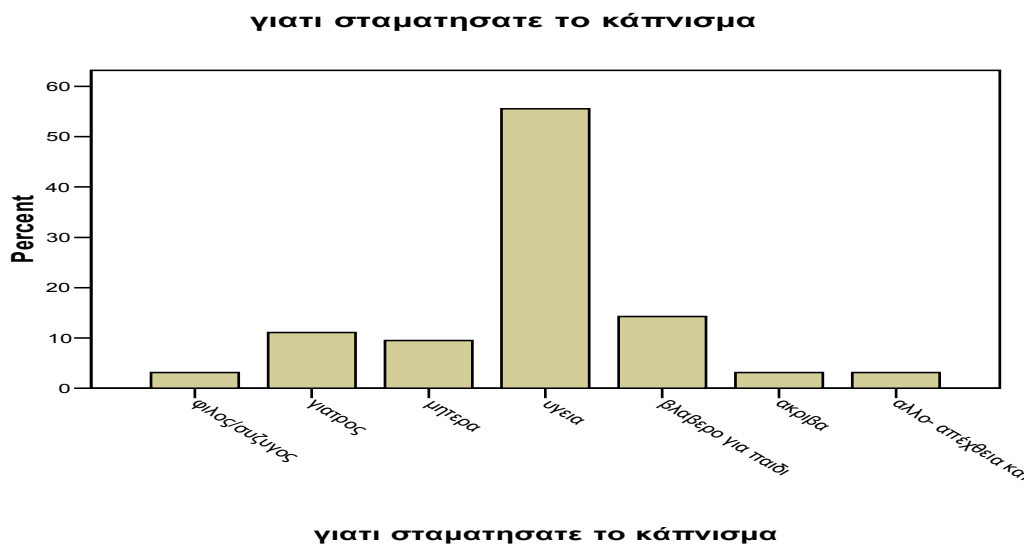
Διάγραμμα 49^ο



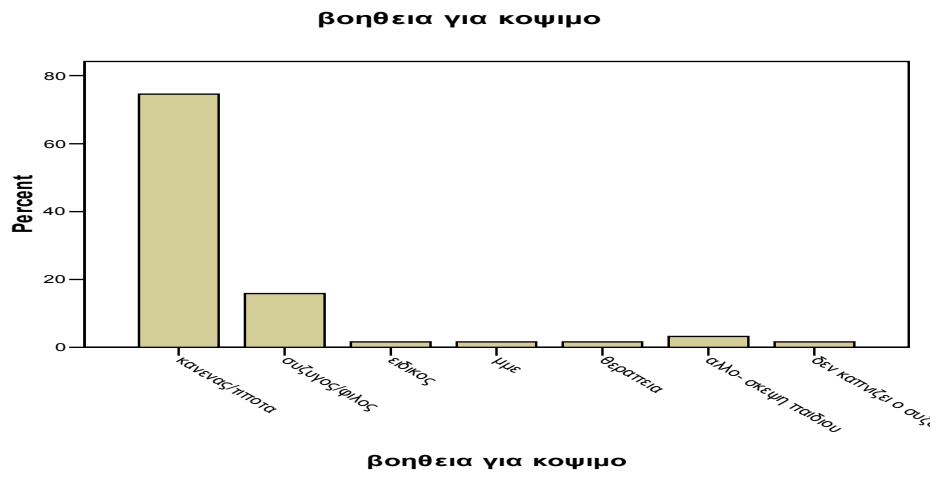
Διάγραμμα 50^ο



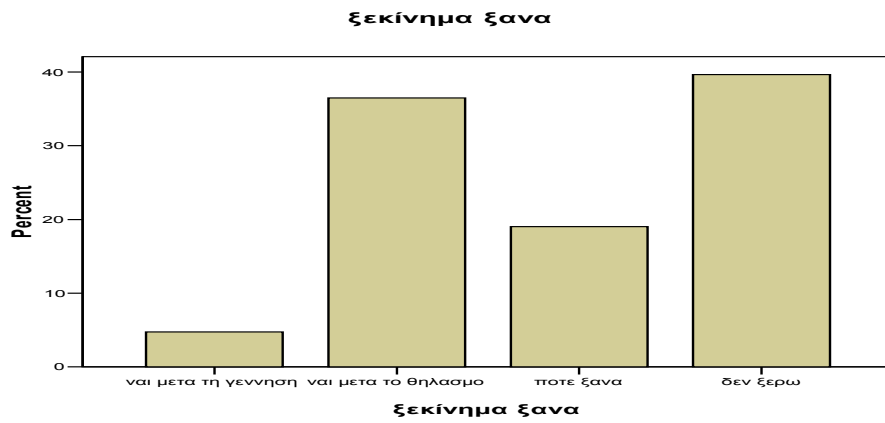
Διάγραμμα 51^ο



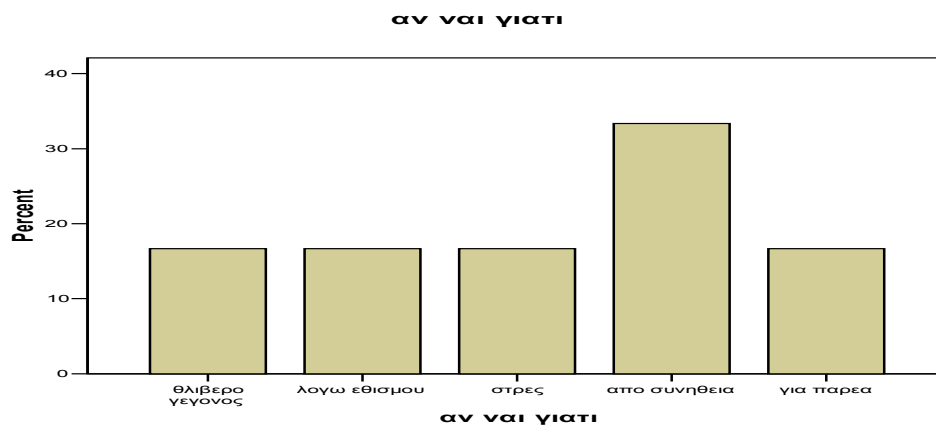
Διάγραμμα 52^ο



Διάγραμμα 53^ο



Διάγραμμα 54^ο

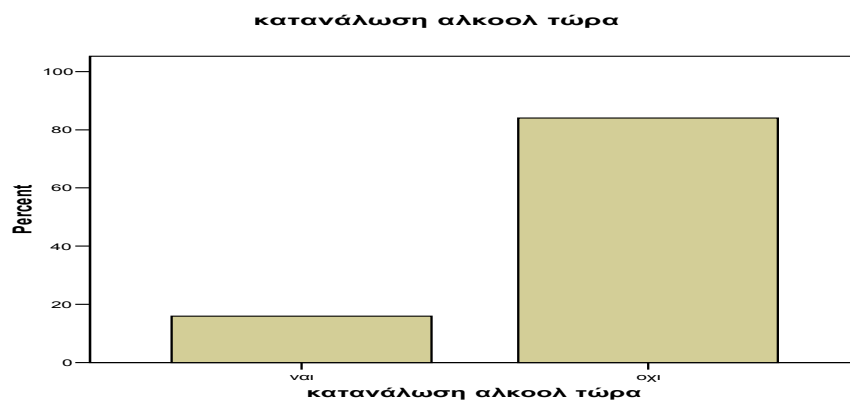


Τομέας Ε'. Χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών

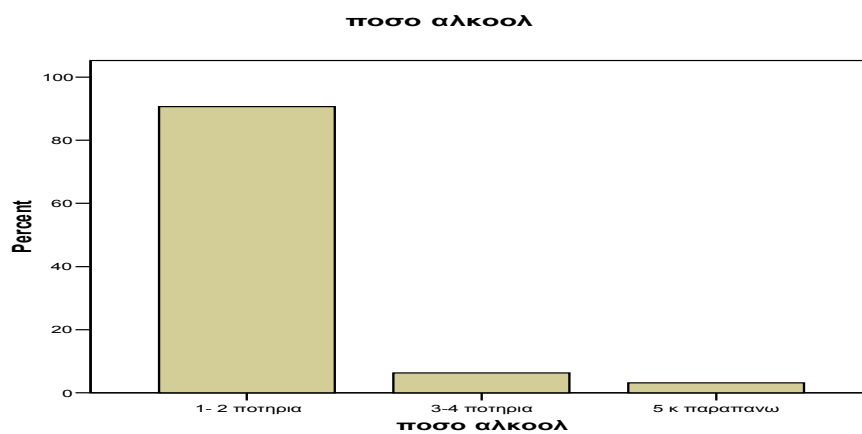
Διάγραμμα 55^ο



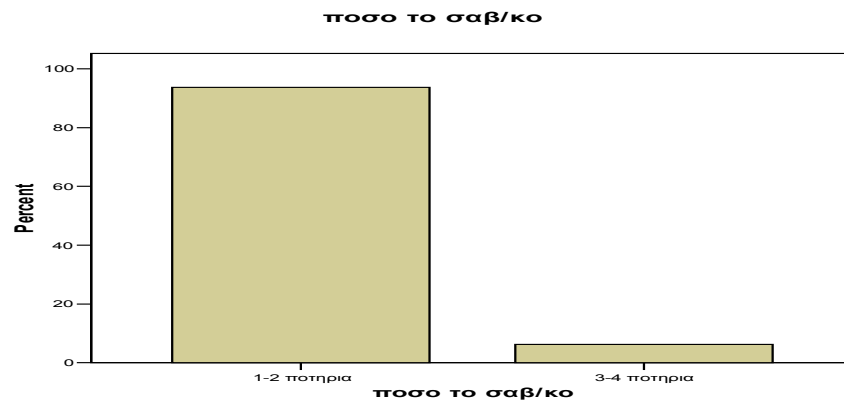
Διάγραμμα 56^ο



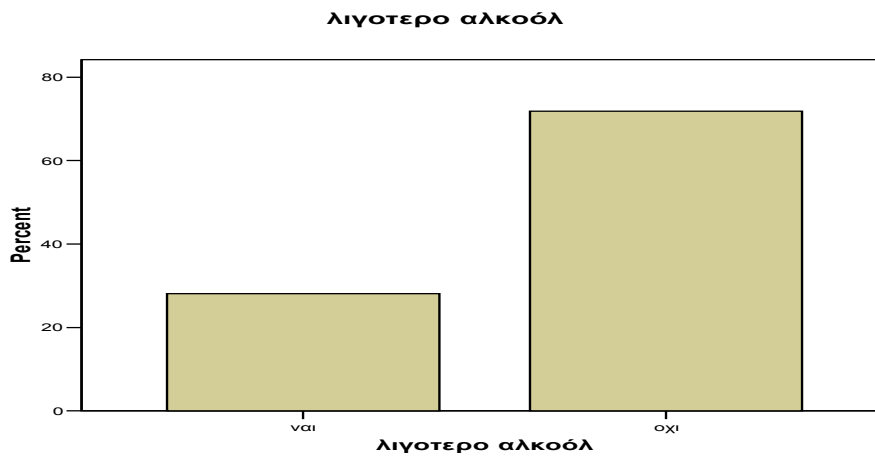
Διάγραμμα 57^ο



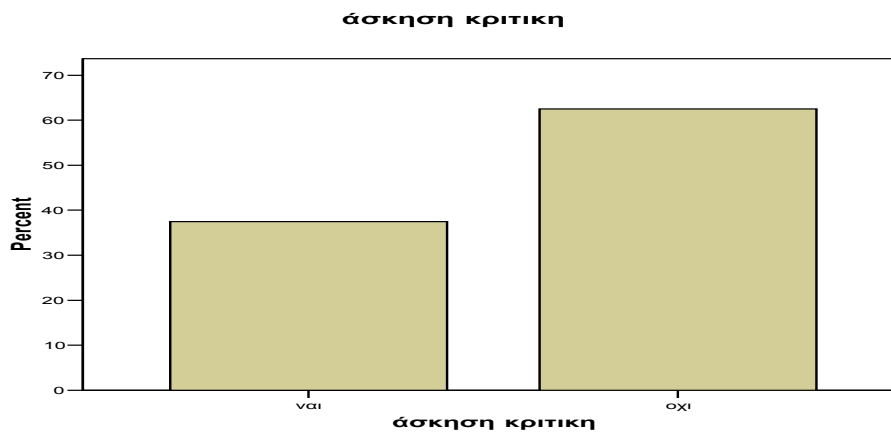
Διάγραμμα 58^ο



Διάγραμμα 59^ο



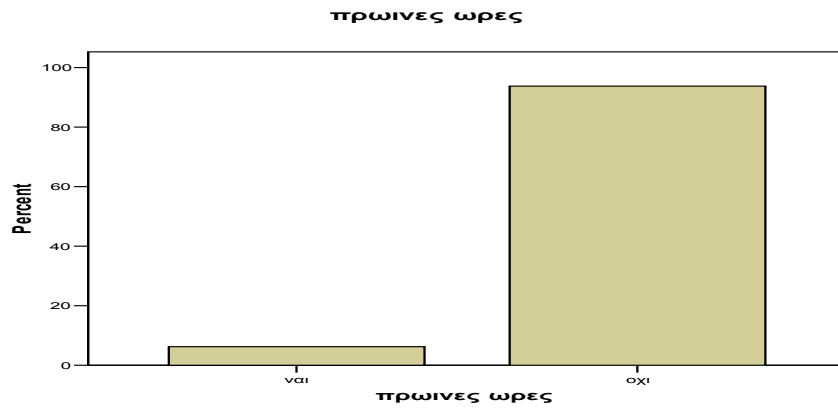
Διάγραμμα 60^ο



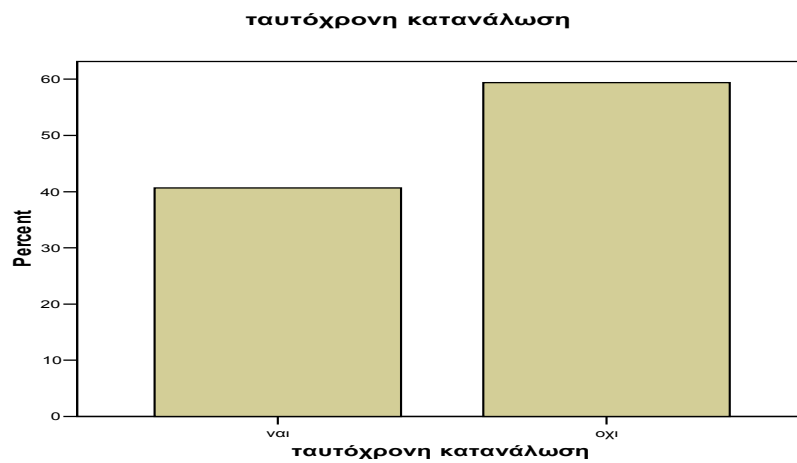
Διάγραμμα 61^ο



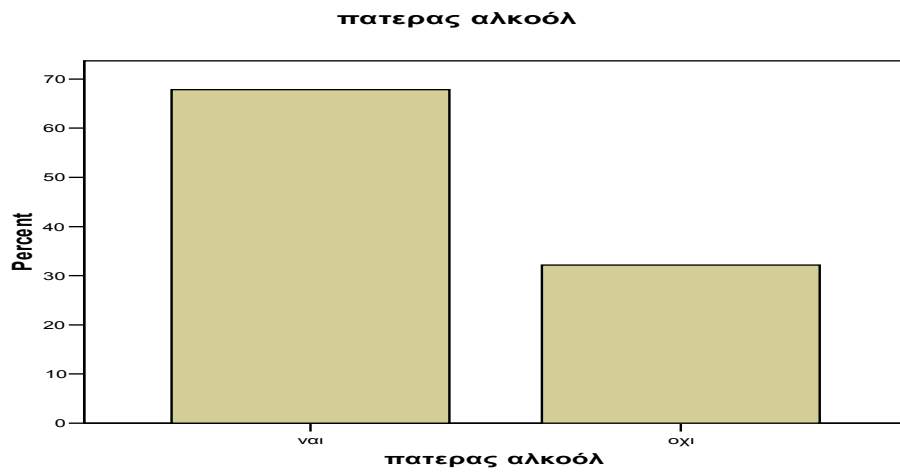
Διάγραμμα 62^ο



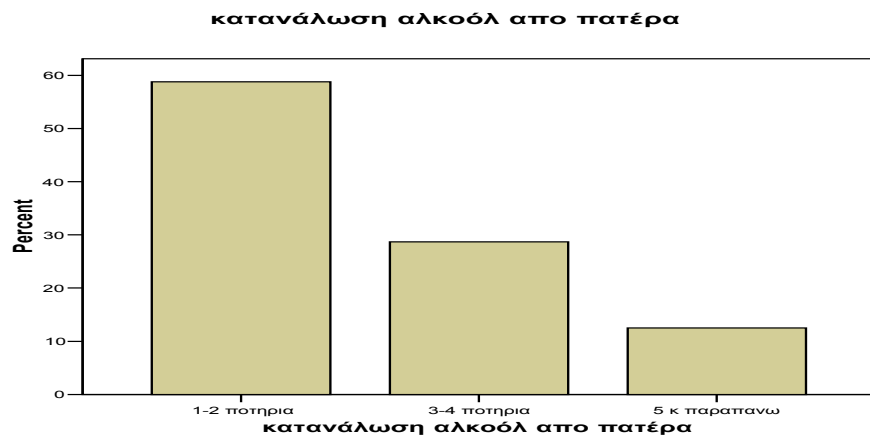
Διάγραμμα 63^ο



Διάγραμμα 64^ο



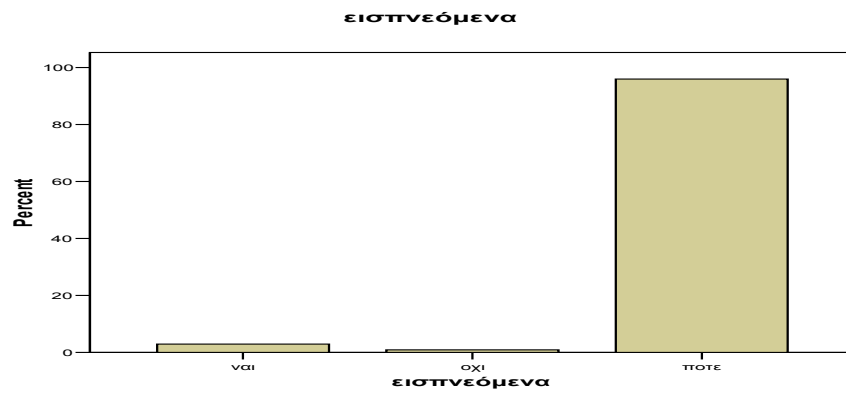
Διάγραμμα 65^ο



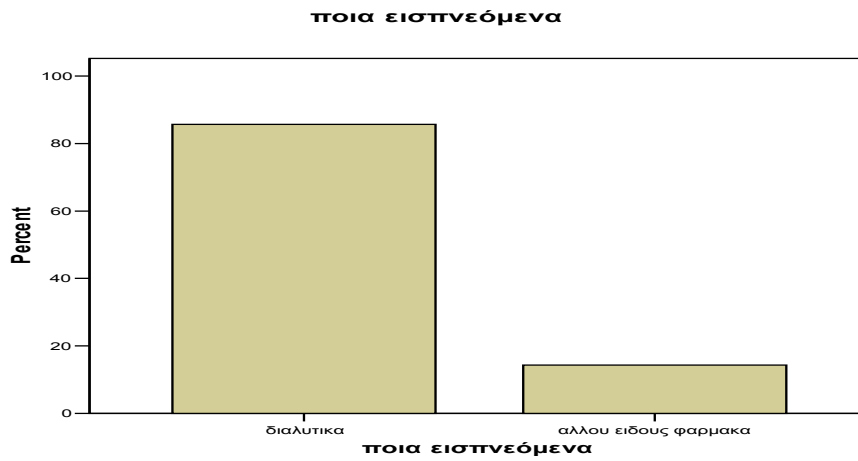
Διάγραμμα 66^ο



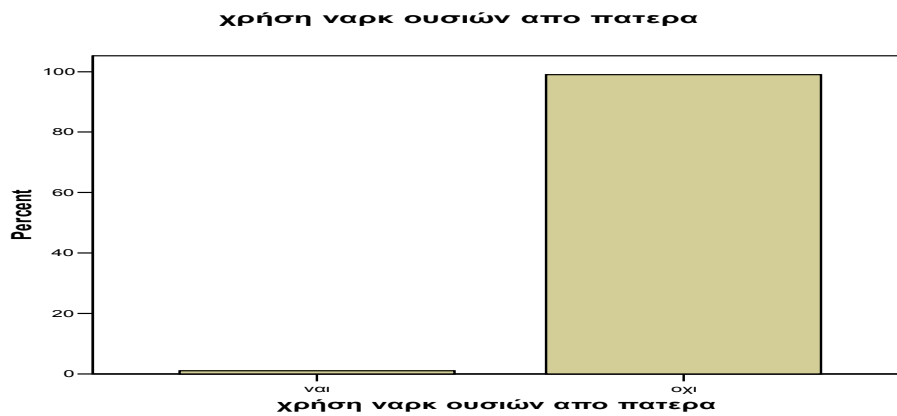
Διάγραμμα 67^ο



Διάγραμμα 68^ο



Διάγραμμα 69^ο



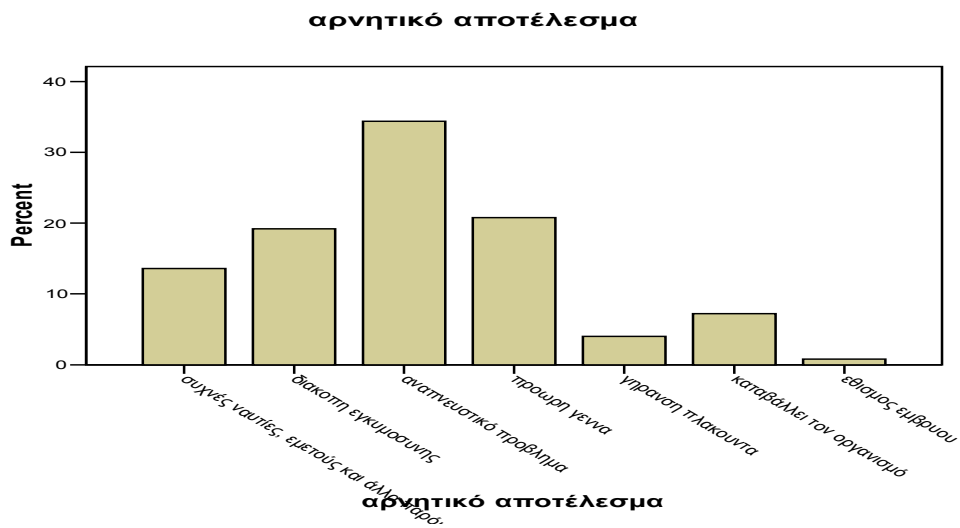
Διάγραμμα 70°



ΤΟΜΕΑΣ ΣΤ': Βασικές γνώσεις. Διάγραμμα 71°



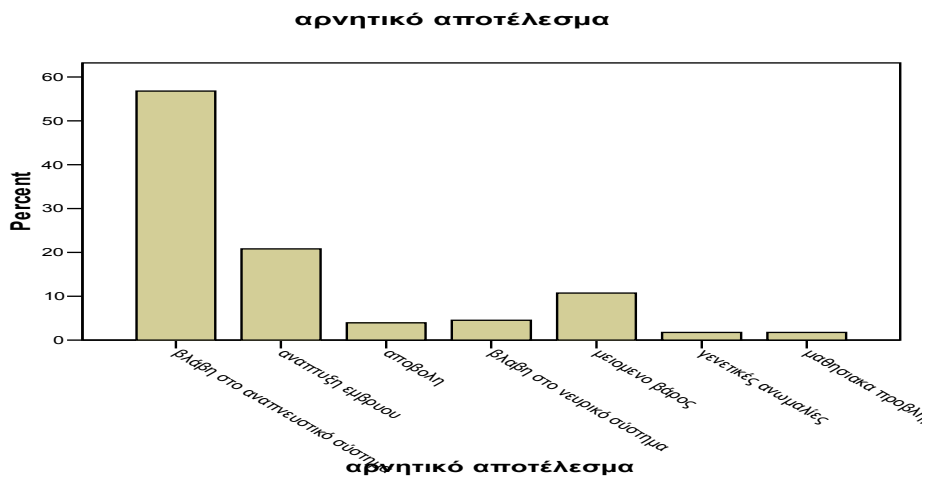
Διάγραμμα 72°



Διάγραμμα 73^ο



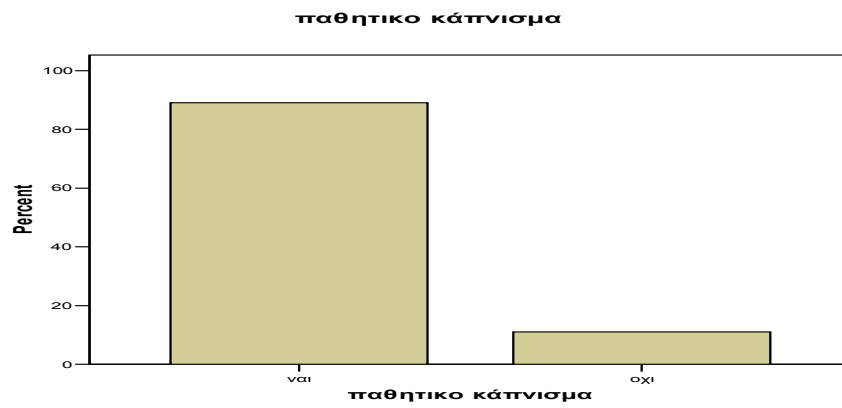
Διάγραμμα 74^ο



Διάγραμμα 75^ο



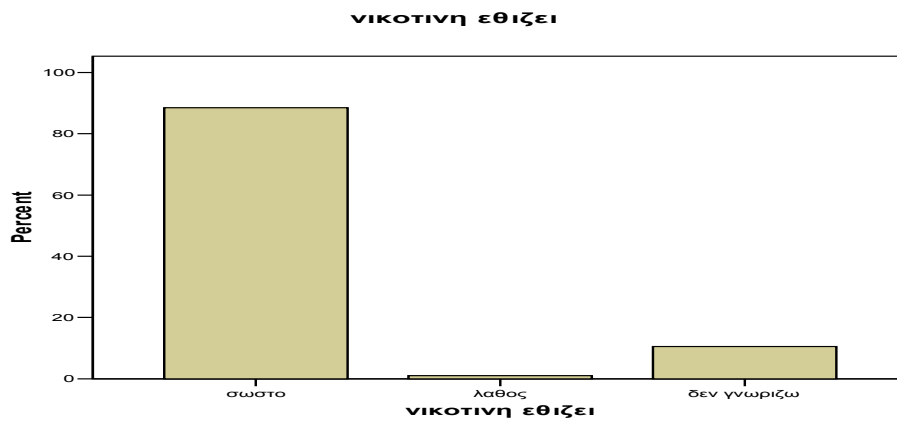
Διάγραμμα 76^ο



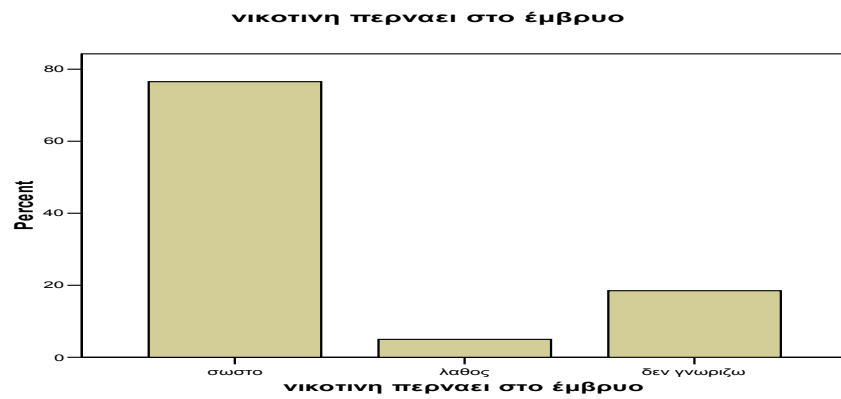
Διάγραμμα 77^ο



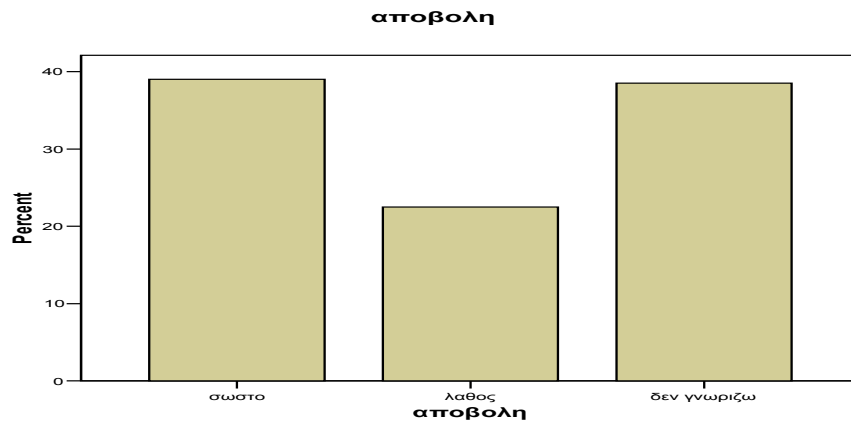
Διάγραμμα 78^ο



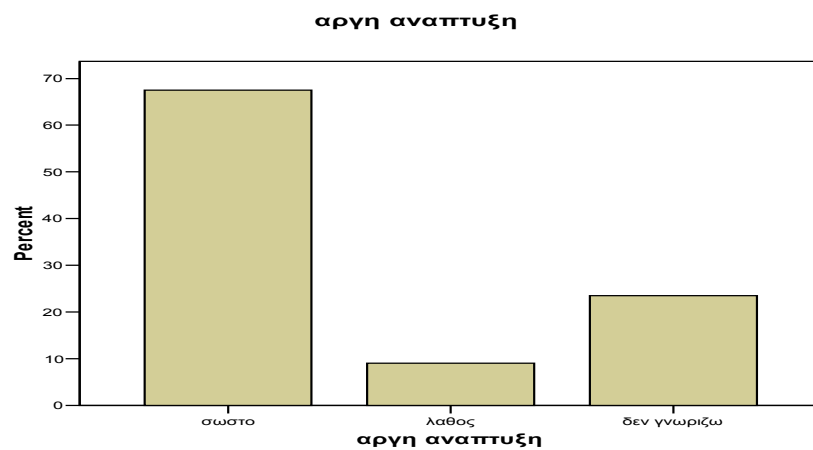
Διάγραμμα 79^ο



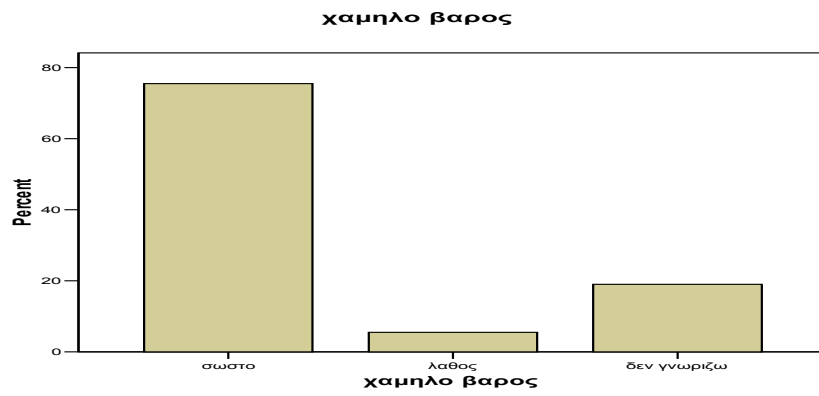
Διάγραμμα 80^ο



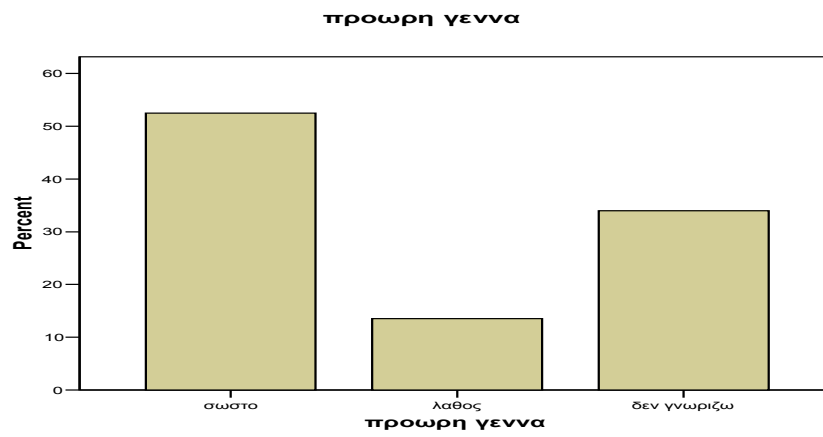
Διάγραμμα 81^ο



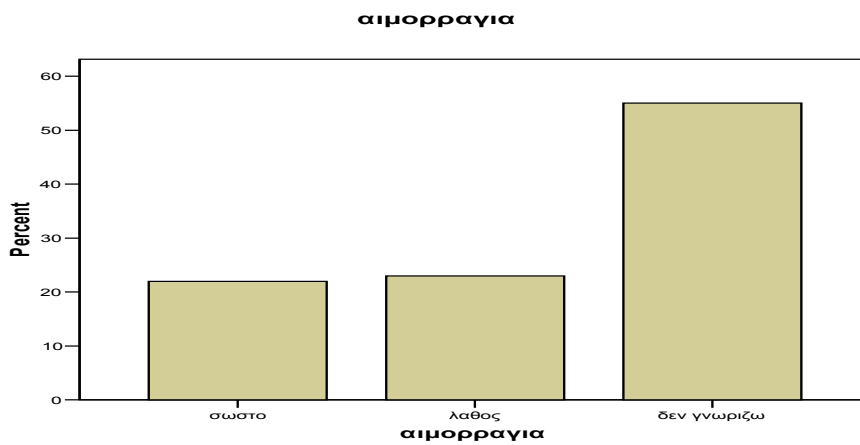
Διάγραμμα 82^ο



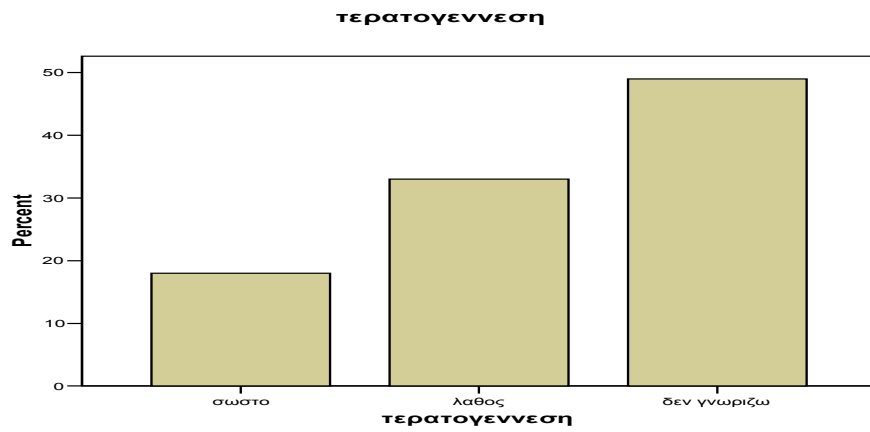
Διάγραμμα 83^ο



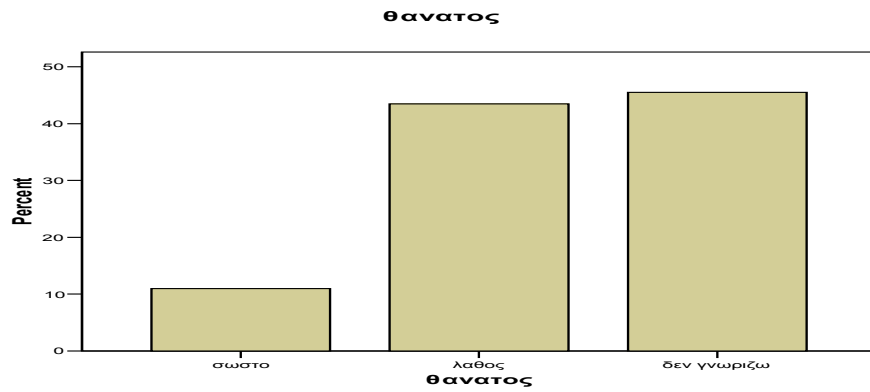
Διάγραμμα 84^ο



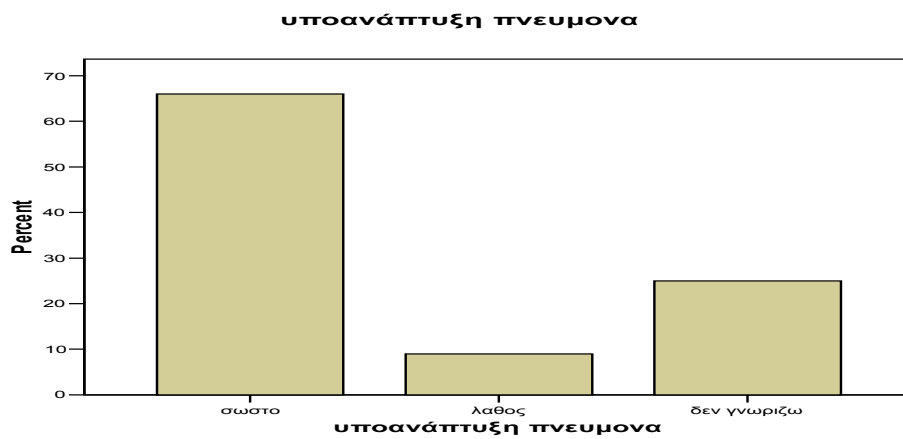
Διάγραμμα 85^ο



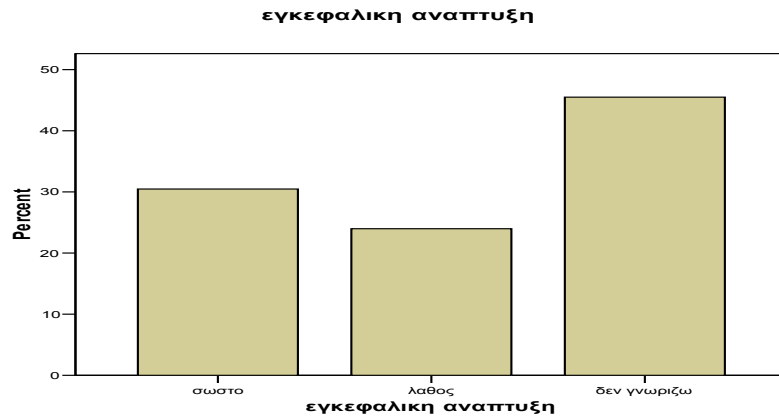
Διάγραμμα 86^ο



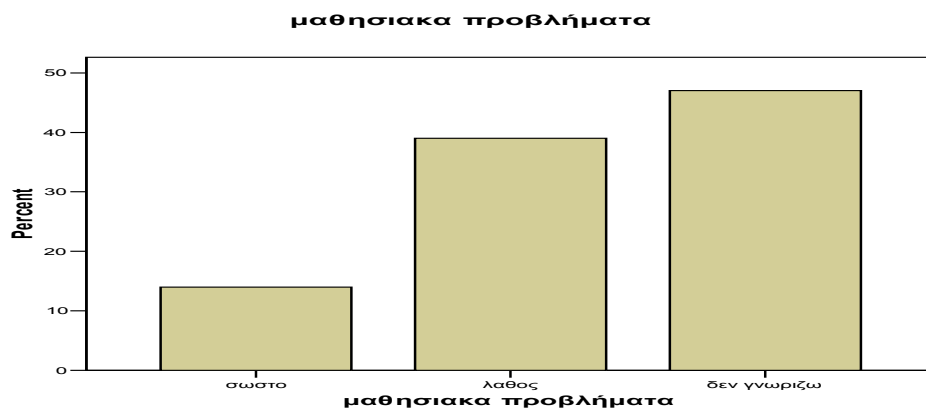
Διάγραμμα 87^ο



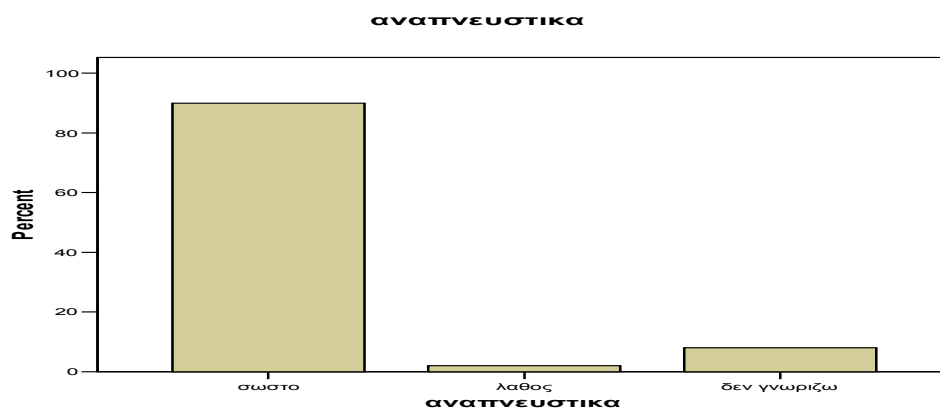
Διάγραμμα 88^ο



Διάγραμμα 89^ο



Διάγραμμα 90^ο



Συσχετίσεις

Πίνακας 2: Επίπεδο μόρφωσης με κάπνισμα

Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	αποφοίτος δημοτικού	Count	0	0	1	1	2
		% within Καπνίζετε τώρα	.0%	.0%	1.6%	1.2%	1.0%
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	αποφοίτος γυμνασίου	Count	4	2	4	9	19
		% within Καπνίζετε τώρα	12.1%	9.5%	6.5%	10.7%	9.5%
	αποφοίτος λυκείου	Count	18	6	35	35	94
		% within Καπνίζετε τώρα	54.5%	28.6%	56.5%	41.7%	47.0%
αποφοίτος ανωτατης σχολής	Count	11	13	22	39	85	
	% within Καπνίζετε τώρα	33.3%	61.9%	35.5%	46.4%	42.5%	
Total		Count	33	21	62	84	200
		% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 1: Ηλικία με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Ηλικία	16 έως 22 ετών	Count	3	6	6	5	20
		% within Καπνίζετε τώρα	9.1%	28.6%	9.7%	6.0%	10.0%
	23 έως 29 ετών	Count	11	7	33	42	93
		% within Καπνίζετε τώρα	33.3%	33.3%	53.2%	50.0%	46.5%
	30 έως 36 ετών	Count	18	5	17	32	72
		% within Καπνίζετε τώρα	54.5%	23.8%	27.4%	38.1%	36.0%
37 ετών και πάνω	Count	1	3	6	5	15	
	% within Καπνίζετε τώρα	3.0%	14.3%	9.7%	6.0%	7.5%	
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 3: Εργασία με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Εργασία	Όχι	Count	17	6	23	37	83
		% within Καπνίζετε τώρα	51.5%	28.6%	37.1%	44.0%	41.5%
	Ναι	Count	16	15	39	47	117
		% within Καπνίζετε τώρα	48.5%	71.4%	62.9%	56.0%	58.5%
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 4: Επάγγελμα με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	4	1	3	16	24
		% within Καπνίζετε τώρα	21.1%	6.7%	7.0%	32.7%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	2	1	5	2	10
		% within Καπνίζετε τώρα	10.5%	6.7%	11.6%	4.1%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	2	3	9	6	20
% within Καπνίζετε τώρα		10.5%	20.0%	20.9%	12.2%	15.9%	
ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	11	9	24	23	67	
παροχή υπηρεσιών	Count	0	1	2	2	5	

Πίνακας 5: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	19	15	43	49	126
		% within Καπνίζετε τώρα	57.6%	71.4%	69.4%	58.3%	63.0%
	2	Count	14	6	19	35	74
		% within Καπνίζετε τώρα	42.4%	28.6%	30.6%	41.7%	37.0%
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 6: Οικονομική κατάσταση και κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	2	0	6	8	16
		% within Καπνίζετε τώρα	6.1%	.0%	9.7%	9.5%	8.0%
	μέτρια	Count	18	12	35	43	108
		% within Καπνίζετε τώρα	54.5%	57.1%	56.5%	51.2%	54.0%
	καλή	Count	13	9	21	33	76
		% within Καπνίζετε τώρα	39.4%	42.9%	33.9%	39.3%	38.0%
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 7: Οικογενειακή κατάσταση και κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total	
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα	
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	28	17	56	78	179	
		% within Καπνίζετε τώρα	84.8%	81.0%	90.3%	92.9%	89.5%	
		ανύπαντρη	Count	1	3	3	3	10
			% within Καπνίζετε τώρα	3.0%	14.3%	4.8%	3.6%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζει/αρραβωνιασμενη	Count	4	1	2	3	10	
		% within Καπνίζετε τώρα	12.1%	4.8%	3.2%	3.6%	5.0%	
	χηρα	Count	0	0	1	0	1	
		% within Καπνίζετε τώρα	.0%	.0%	1.6%	.0%	.5%	
Total	Count	33	21	62	84	200		
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

Πίνακας 8: Διαμονή με πατέρα και κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	0	3	1	0	4
		% within Καπνίζετε τώρα	.0%	14.3%	1.6%	.0%	2.0%
	Ναι	Count	33	18	61	84	196
		% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	85.7%	98.4%	100.0%	98.0%
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 9: Οικονομική στήριξη με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	1	2	4	4	11
		% within Καπνίζετε τώρα	3.0%	9.5%	6.5%	4.8%	5.5%
	Ναι	Count	32	19	58	80	189
		% within Καπνίζετε τώρα	97.0%	90.5%	93.5%	95.2%	94.5%
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 10: Επάγγελμα πατέρα με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
επαγγελμα πατερα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	4	4	3	15	26
		% within Καπνίζετε τώρα	12.1%	19.0%	4.8%	17.9%	13.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, έμπορικοί υπάλληλοι	Count	4	1	6	8	19
		% within Καπνίζετε τώρα	12.1%	4.8%	9.7%	9.5%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	6	3	11	15	35
		% within Καπνίζετε τώρα	18.2%	14.3%	17.7%	17.9%	17.5%
εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	13	8	35	33	89	
	% within Καπνίζετε τώρα	39.4%	38.1%	56.5%	39.3%	44.5%	
παροχή υπηρεσιών	Count	6	4	7	13	30	
	% within Καπνίζετε τώρα	18.2%	19.0%	11.3%	15.5%	15.0%	
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	0	1	0	0	1	
	% within Καπνίζετε τώρα	.0%	4.8%	.0%	.0%	.5%	
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 11: Μόρφωση πατέρα με κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
μορφωση πατερα	αποφοιτος δημοτικου	Count	6	0	4	3	13
		% within Καπνίζετε τώρα	18.2%	.0%	6.5%	3.6%	6.5%
	αποφοιτος γυμνασιου	Count	5	4	14	17	40
		% within Καπνίζετε τώρα	15.2%	19.0%	22.6%	20.2%	20.0%
	αποφοιτος λυκειου	Count	15	8	30	37	90
% within Καπνίζετε τώρα		45.5%	38.1%	48.4%	44.0%	45.0%	
αποφοιτος ανωτατης σχολης	Count	7	9	14	27	57	
	% within Καπνίζετε τώρα	21.2%	42.9%	22.6%	32.1%	28.5%	
Total	Count	33	21	62	84	200	
	% within Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 12: Ηλικία και κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη			Total
			Όχι	Ναι	Όχι	
Ηλικία	16 έως 22 ετών	Count	13	7	20	
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.7%	21.9%	10.0%	
	23 έως 29 ετών	Count	84	9	93	
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	50.0%	28.1%	46.5%	
	30 έως 36 ετών	Count	58	14	72	
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	34.5%	43.8%	36.0%	
37 ετών και πάνω	Count	13	2	15		
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.7%	6.3%	7.5%		
Total	Count	168	32	200		
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%		

Πίνακας 13: Επίπεδο μόρφωσης με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	αποφοίτος δημοτικού	Count	1	1	2
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	.6%	3.1%	1.0%
	αποφοίτος γυμνασίου	Count	15	4	19
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	8.9%	12.5%	9.5%
	αποφοίτος λυκείου	Count	82	12	94
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	48.8%	37.5%	47.0%
	αποφοίτος ανωτατης σχολής	Count	70	15	85
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	41.7%	46.9%	42.5%
	Total	Count	168	32	200
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 14: Εργασία με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία	Όχι	Count	73	10	83
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	43.5%	31.3%	41.5%
	Ναι	Count	95	22	117
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	56.5%	68.8%	58.5%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 15: Επάγγελμα με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επαγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	22	2	24
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	21.6%	8.3%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, έμπορικοί υπάλληλοι	Count	8	2	10
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.8%	8.3%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	17	3	20
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	16.7%	12.5%	15.9%
ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	51	16	67	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	50.0%	66.7%	53.2%	
παροχή υπηρεσιών	Count	4	1	5	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	3.9%	4.2%	4.0%	
Total	Count	102	24	126	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 16: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	102	24	126
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	60.7%	75.0%	63.0%
	2	Count	66	8	74
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	39.3%	25.0%	37.0%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 17: Οικονομική κατάσταση με αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	13	3	16
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.7%	9.4%	8.0%
	μέτρια	Count	90	18	108
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	53.6%	56.3%	54.0%
	καλή	Count	65	11	76
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	38.7%	34.4%	38.0%
Total	Count	168	32	200	

Πίνακας 18: Οικογενειακή κατάσταση με κατανάλωση αλκοόλ.

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	152	27	179
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	90.5%	84.4%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	10	0	10
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	6.0%	.0%	5.0%
ανύπαντρη αλλά συζευ/αρραβωνιασμενη	Count	6	4	10	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	3.6%	12.5%	5.0%	
χρηρα	Count	0	1	1	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	.0%	3.1%	.5%	
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 19: Διαμονή με πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ.

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
διαμονη με πατερα	Όχι	Count	2	2	4
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	1.2%	6.3%	2.0%
	Ναι	Count	166	30	196
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	98.8%	93.8%	98.0%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 21: Οικονομική στήριξη με κατανάλωση αλκοόλ.

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	8	3	11
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	4.8%	9.4%	5.5%
	Ναι	Count	160	29	189
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	95.2%	90.6%	94.5%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 20: Επάγγελμα πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ.

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα πατερα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ. , καλλιτέχνες κ.α	Count	24	2	26
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	14.3%	6.3%	13.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	10	9	19
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	6.0%	28.1%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	30	5	35
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	17.9%	15.6%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	73	16	89
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	43.5%	50.0%	44.5%
	παροχή υπηρεσιών	Count	30	0	30
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	17.9%	.0%	15.0%
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	1	0	1	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	.6%	.0%	.5%	
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 22: Μόρφωση πατέρα με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
μορφωση πατερα	αποφοιτος δημοτικου	Count	12	1	13
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.1%	3.1%	6.5%
	αποφοιτος γυμνασιου	Count	29	11	40
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	17.3%	34.4%	20.0%
	αποφοιτος λυκειου	Count	80	10	90
% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		47.6%	31.3%	45.0%	
αποφοιτος ανωτατης σχολης	Count	47	10	57	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	28.0%	31.3%	28.5%	
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 23: Χώρος συμπλήρωσης με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χωρος συμπληρωσης	Δημόσιο	Count	93	14	107
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	55.4%	43.8%	53.5%
	Ιδιωτικο	Count	75	18	93
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	44.6%	56.3%	46.5%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 25: Ηλικία με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
Ηλικία	16 έως 22 ετών	Count	0	0	20	20
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	10.4%	10.0%
	23 έως 29 ετών	Count	3	0	90	93
		% within εισπνεόμενα	50.0%	.0%	46.9%	46.5%
	30 έως 36 ετών	Count	2	1	69	72
		% within εισπνεόμενα	33.3%	50.0%	35.9%	36.0%
	37 ετών και πάνω	Count	1	1	13	15
		% within εισπνεόμενα	16.7%	50.0%	6.8%	7.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 24: Παρακολούθηση από γιατρό με κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
παρακολούθηση απο γιατρο	Όχι	Count	7	2	9
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	4.2%	6.3%	4.5%
	Ναι	Count	161	30	191
		% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	95.8%	93.8%	95.5%
Total	Count	168	32	200	
	% within Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 26: Επίπεδο μόρφωσης με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	αποφοιτος δημοτικου	Count	0	0	2	2
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	1.0%	1.0%
	αποφοιτος γυμνασιου	Count	0	1	18	19
		% within εισπνεόμενα	.0%	50.0%	9.4%	9.5%
	αποφοιτος λυκειου	Count	4	0	90	94
		% within εισπνεόμενα	66.7%	.0%	46.9%	47.0%
αποφοιτος ανωτατης σχολης	Count	2	1	82	85	
	% within εισπνεόμενα	33.3%	50.0%	42.7%	42.5%	
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 27: Εργασία με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
Εργασία	Όχι	Count	2	0	81	83
		% within εισπνεόμενα	33.3%	.0%	42.2%	41.5%
	Ναι	Count	4	2	111	117
		% within εισπνεόμενα	66.7%	100.0%	57.8%	58.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 28: Επάγγελμα με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιού	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιού
επάγγελμα	Επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	0	1	23	24
		% within εισπνεόμενα	.0%	50.0%	19.2%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	2	0	8	10
		% within εισπνεόμενα	50.0%	.0%	6.7%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	0	0	20	20
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	16.7%	15.9%
	ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	2	1	64	67
% within εισπνεόμενα		50.0%	50.0%	53.3%	53.2%	
παραοχή υπηρεσιών	Count	0	0	5	5	
	% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	4.2%	4.0%	
Total	Count	4	2	120	126	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 29: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιού	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιού
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	4	2	120	126
		% within εισπνεόμενα	66.7%	100.0%	62.5%	63.0%
	2	Count	2	0	72	74
		% within εισπνεόμενα	33.3%	.0%	37.5%	37.0%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 32: Διαμονή με πατέρα με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιού	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιού
διαμονη με πατερα	Όχι	Count	1	0	3	4
		% within εισπνεόμενα	16.7%	.0%	1.6%	2.0%
	Ναι	Count	5	2	189	196
		% within εισπνεόμενα	83.3%	100.0%	98.4%	98.0%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 30: Οικονομική κατάσταση με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιού	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιού
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	0	0	16	16
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	8.3%	8.0%
	μέτρια	Count	4	2	102	108
		% within εισπνεόμενα	66.7%	100.0%	53.1%	54.0%
	καλή	Count	2	0	74	76
		% within εισπνεόμενα	33.3%	.0%	38.5%	38.0%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 31: Οικογενειακή κατάσταση με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιού	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιού
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	5	2	172	179
		% within εισπνεόμενα	83.3%	100.0%	89.6%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	1	0	9	10
		% within εισπνεόμενα	16.7%	.0%	4.7%	5.0%
	ανυπαντρη αλλα συζευ/αρραβωνιασμενη	Count	0	0	10	10
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	5.2%	5.0%
	χηρα	Count	0	0	1	1
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	.5%	.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 33: Επάγγελμα πατέρα με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	1	1	24	26
		% within εισπνεόμενα	16.7%	50.0%	12.5%	13.0%
	Επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	0	0	19	19
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	9.9%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	1	1	33	35
		% within εισπνεόμενα	16.7%	50.0%	17.2%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	4	0	85	89
% within εισπνεόμενα		66.7%	.0%	44.3%	44.5%	
παροχή υπηρεσιών	Count	0	0	30	30	
	% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	15.6%	15.0%	
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	0	0	1	1	
	% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	.5%	.5%	
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 34: Οικονομική στήριξη με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	1	0	10	11
		% within εισπνεόμενα	16.7%	.0%	5.2%	5.5%
	Ναι	Count	5	2	182	189
		% within εισπνεόμενα	83.3%	100.0%	94.8%	94.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 35: Μόρφωση πατέρα με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
μόρφωση πατέρα	αποφοίτος δημοτικού	Count	0	0	13	13
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	6.8%	6.5%
	αποφοίτος γυμνασίου	Count	4	1	35	40
		% within εισπνεόμενα	66.7%	50.0%	18.2%	20.0%
	αποφοίτος λυκείου	Count	0	0	90	90
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	46.9%	45.0%
	αποφοίτος ανωτατης σχολης	Count	2	1	54	57
		% within εισπνεόμενα	33.3%	50.0%	28.1%	28.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 36: Χώρος συμπλήρωσης με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	3	1	103	107
		% within εισπνεόμενα	50.0%	50.0%	53.6%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	3	1	89	93
		% within εισπνεόμενα	50.0%	50.0%	46.4%	46.5%
Total	Count	6	2	192	200	
	% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 37: Παρακολούθηση από γιατρό με χρήση εισπνεόμενων

			εισπνεόμενα			Total
			Ναι, χρησιμοποιώ	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, χρησιμοποιώ
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	0	0	9	9
		% within εισπνεόμενα	.0%	.0%	4.7%	4.5%
	Ναι	Count	6	2	183	191
		% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	95.3%	95.5%
Total		Count	6	2	192	200
		% within εισπνεόμενα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 38: Ηλικία με αρνητικό αποτέλεσμα καπνίσματος στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
16 έως 22 ετών		Count	9	11	20
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	12.0%	8.8%	10.0%
23 έως 29 ετών		Count	32	61	93
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	42.7%	48.8%	46.5%
30 έως 36 ετών		Count	30	42	72
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	40.0%	33.6%	36.0%
37 ετών και πάνω		Count	4	11	15
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	5.3%	8.8%	7.5%
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 39: Ηλικία με αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
16 έως 22 ετών		Count	4	16	20
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	18.2%	9.0%	10.0%
23 έως 29 ετών		Count	9	84	93
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	40.9%	47.2%	46.5%
30 έως 36 ετών		Count	8	64	72
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	36.4%	36.0%	36.0%
37 ετών και πάνω		Count	1	14	15
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	4.5%	7.9%	7.5%
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 40: Ηλικία με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	παρα πολύ	καθόλου
16 έως 22 ετών		Count	0	3	4	3	10	20
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	18.8%	10.5%	8.3%	9.2%	10.0%
23 έως 29 ετών		Count	0	4	16	18	55	93
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	25.0%	42.1%	50.0%	50.5%	46.5%
30 έως 36 ετών		Count	1	8	16	13	34	72
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	50.0%	42.1%	36.1%	31.2%	36.0%
37 ετών και πάνω		Count	0	1	2	2	10	15
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	5.3%	5.6%	9.2%	7.5%
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 41: Ηλικία με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
16 έως 22 ετών		Count	3	17	20
		% within παθητικό κάπνισμα	13.6%	9.6%	10.0%
23 έως 29 ετών		Count	10	83	93
		% within παθητικό κάπνισμα	45.5%	46.6%	46.5%
30 έως 36 ετών		Count	6	66	72
		% within παθητικό κάπνισμα	27.3%	37.1%	36.0%
37 ετών και πάνω		Count	3	12	15
		% within παθητικό κάπνισμα	13.6%	6.7%	7.5%
Total		Count	22	178	200
		% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 42: Ηλικία με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Ηλικία	16 έως 22 ετών	Count	9	11	20
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	34.6%	6.3%	10.0%
	23 έως 29 ετών	Count	8	85	93
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	30.8%	48.9%	46.5%
	30 έως 36 ετών	Count	9	63	72
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	34.6%	36.2%	36.0%
	37 ετών και πάνω	Count	0	15	15
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	.0%	8.6%	7.5%
Total		Count	26	174	200
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 43: Επίπεδο μόρφωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	αποφοιτος δημοτικού	Count	1	1	2
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	1.3%	.8%	1.0%
	αποφοιτος γυμνασίου	Count	12	7	19
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	16.0%	5.6%	9.5%
	αποφοιτος λυκείου	Count	35	59	94
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	46.7%	47.2%	47.0%	
	αποφοιτος ανωτατης σχολής	Count	27	58	85
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	36.0%	46.4%	42.5%	
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 44: Επίπεδο μόρφωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	2	2
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	.0%	1.1%	1.0%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	7	12	19
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	31.8%	6.7%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	Count	11	83	94
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	50.0%	46.6%	47.0%
	απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	4	81	85
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	18.2%	45.5%	42.5%
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 45: Επίπεδο μόρφωσης με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	παρα πολύ	καθόλου
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	0	0	1	1	2
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	.0%	.0%	2.8%	.9%	1.0%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	0	3	2	2	12	19
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	18.8%	5.3%	5.6%	11.0%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	Count	0	10	20	18	46	94
% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα		.0%	62.5%	52.6%	50.0%	42.2%	47.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	1	3	16	15	50	85	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	18.8%	42.1%	41.7%	45.9%	42.5%	
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 46: Επίπεδο μόρφωσης με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	2	2
		% within παθητικό κάπνισμα	.0%	1.1%	1.0%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	3	16	19
		% within παθητικό κάπνισμα	13.6%	9.0%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	Count	9	85	94
		% within παθητικό κάπνισμα	40.9%	47.8%	47.0%
	απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	10	75	85
		% within παθητικό κάπνισμα	45.5%	42.1%	42.5%
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 47: Επίπεδο μόρφωσης με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	απόφοιτος δημοτικού	Count	1	1	2
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	3.8%	.6%	1.0%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	6	13	19
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	23.1%	7.5%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	Count	11	83	94
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	42.3%	47.7%	47.0%
	απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	8	77	85
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	30.8%	44.3%	42.5%
Total	Count	26	174	200	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 48: Εργασία με αρνητικό αποτέλεσμα του καπνίσματος στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία	Όχι	Count	31	52	83
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	41.3%	41.6%	41.5%
	Ναι	Count	44	73	117
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	58.7%	58.4%	58.5%
Total	Count	75	125	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 51: Εργασία με το παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία	Όχι	Count	8	75	83
		% within παθητικό κάπνισμα	36.4%	42.1%	41.5%
	Ναι	Count	14	103	117
		% within παθητικό κάπνισμα	63.6%	57.9%	58.5%
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 49: Εργασία με αρνητικό αποτέλεσμα του καπνίσματος στο έμβryo

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία	Όχι	Count	11	72	83
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	50.0%	40.4%	41.5%
	Ναι	Count	11	106	117
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	50.0%	59.6%	58.5%
Total	Count	22	178	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 50: Εργασία με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	παρα πολύ	καθόλου
Εργασία	Όχι	Count	1	10	14	14	44	83
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	62.5%	36.8%	38.9%	40.4%	41.5%
	Ναι	Count	0	6	24	22	65	117
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	37.5%	63.2%	61.1%	59.6%	58.5%
Total	Count	1	16	38	36	109	200	

Πίνακας 52: Εργασία με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

		επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total	
		Όχι	Ναι		
Εργασία	Όχι	Count	14	69	83
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	53.8%	39.7%	41.5%
	Ναι	Count	12	105	117
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	46.2%	60.3%	58.5%

Πίνακας 53: Επάγγελμα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	
επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	8	16	24
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	16.7%	20.5%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, έμπορικοί υπάλληλοι	Count	3	7	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	6.3%	9.0%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	4	16	20
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	8.3%	20.5%	15.9%
ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	31	36	67	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	64.6%	46.2%	53.2%	
παροχή υπηρεσιών	Count	2	3	5	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	4.2%	3.8%	4.0%	
Total	Count	48	78	126	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 54: Επάγγελμα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	
επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	1	23	24
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	7.7%	20.4%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Έμπορικοί υπάλληλοι	Count	1	9	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	7.7%	8.0%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	1	19	20
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	7.7%	16.8%	15.9%
ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	9	58	67	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	69.2%	51.3%	53.2%	
παροχή υπηρεσιών	Count	1	4	5	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	7.7%	3.5%	4.0%	
Total	Count	13	113	126	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 55: Επάγγελμα με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα				Total
			λίγο	Αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	
Επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	1	4	6	13	24
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	14.3%	16.7%	25.0%	18.3%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Έμπορικοί υπάλληλοι	Count	0	4	1	5	10
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	16.7%	4.2%	7.0%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	1	1	5	13	20
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	14.3%	4.2%	20.8%	18.3%	15.9%
ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	5	15	12	35	67	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	71.4%	62.5%	50.0%	49.3%	53.2%	
παροχή υπηρεσιών	Count	0	0	0	5	5	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	.0%	.0%	7.0%	4.0%	
Total	Count	7	24	24	71	126	

Πίνακας 56: Επάγγελμα με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	2	22	24
		% within παθητικό κάπνισμα	12.5%	20.0%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, έμπορικοί υπάλληλοι	Count	3	7	10
		% within παθητικό κάπνισμα	18.8%	6.4%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	2	18	20
		% within παθητικό κάπνισμα	12.5%	16.4%	15.9%
	ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	9	58	67
		% within παθητικό κάπνισμα	56.3%	52.7%	53.2%
	παροχή υπηρεσιών	Count	0	5	5
		% within παθητικό κάπνισμα	.0%	4.5%	4.0%
Total	Count	16	110	126	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 57: Επάγγελμα με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	0	24	24
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	.0%	21.2%	19.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	1	9	10
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	7.7%	8.0%	7.9%
	υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι	Count	3	17	20
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	23.1%	15.0%	15.9%
	ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	8	59	67
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	61.5%	52.2%	53.2%
	παροχή υπηρεσιών	Count	1	4	5
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	7.7%	3.5%	4.0%
Total	Count	13	113	126	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 58: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	48	78	126
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	64.0%	62.4%	63.0%
	2	Count	27	47	74
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	36.0%	37.6%	37.0%
Total	Count	75	125	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 59: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	13	113	126
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	59.1%	63.5%	63.0%
	2	Count	9	65	74
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	40.9%	36.5%	37.0%
Total	Count	22	178	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 60: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πέρα πολύ	καθόλου
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	0	7	24	24	71	126
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	43.8%	63.2%	66.7%	65.1%	63.0%
	2	Count	1	9	14	12	38	74
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	56.3%	36.8%	33.3%	34.9%	37.0%
Total	Count	1	16	38	36	109	200	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 61: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	16	110	126
		% within παθητικό κάπνισμα	72.7%	61.8%	63.0%
	2	Count	6	68	74
		% within παθητικό κάπνισμα	27.3%	38.2%	37.0%
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 62: Εργασία πριν την εγκυμοσύνη με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη	Ναι	Count	13	113	126
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	50.0%	64.9%	63.0%
	2	Count	13	61	74
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	50.0%	35.1%	37.0%
Total	Count	26	174	200	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 63: Οικονομική κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	5	11	16
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	6.7%	8.8%	8.0%
	μέτρια	Count	39	69	108
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	52.0%	55.2%	54.0%
	καλή	Count	31	45	76
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	41.3%	36.0%	38.0%
Total	Count	75	125	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 64: Οικονομική κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	3	13	16
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	13.6%	7.3%	8.0%
	μέτρια	Count	11	97	108
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	50.0%	54.5%	54.0%
	καλή	Count	8	68	76
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	36.4%	38.2%	38.0%
Total	Count	22	178	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβryo	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 65: Οικονομική κατάσταση με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθολου	λιγο	αρκετα	πολυ	παρα πολυ	καθολου
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	0	1	1	3	11	16
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	2.6%	8.3%	10.1%	8.0%
	μέτρια	Count	0	7	24	21	56	108
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	43.8%	63.2%	58.3%	51.4%	54.0%
	καλή	Count	1	8	13	12	42	76
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	50.0%	34.2%	33.3%	38.5%	38.0%
Total	Count	1	16	38	36	109	200	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 66: Οικονομική κατάσταση με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	1	15	16
		% within παθητικό κάπνισμα	4.5%	8.4%	8.0%
	μέτρια	Count	12	96	108
		% within παθητικό κάπνισμα	54.5%	53.9%	54.0%
	καλή	Count	9	67	76
		% within παθητικό κάπνισμα	40.9%	37.6%	38.0%
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 67: Οικονομική κατάσταση με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση			Total
			Όχι	Ναι	Όχι	
Οικονομική κατάσταση	κακή	Count	4	12	16	
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	15.4%	6.9%	8.0%	
	μέτρια	Count	15	93	108	
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	57.7%	53.4%	54.0%	
	καλή	Count	7	69	76	
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	26.9%	39.7%	38.0%	
	Total	Count	26	174	200	
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 68: Οικογενειακή κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	65	114	179
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	86.7%	91.2%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	5	5	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	6.7%	4.0%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	Count	5	5	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	6.7%	4.0%	5.0%
	χήρα	Count	0	1	1
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	.0%	.8%	.5%
	Total	Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 69: Οικογενειακή κατάσταση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	16	163	179
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	72.7%	91.6%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	3	7	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	13.6%	3.9%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	Count	3	7	10
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	13.6%	3.9%	5.0%
	χήρα	Count	0	1	1
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	.0%	.6%	.5%
	Total	Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 70: Οικογενειακή κατάσταση με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθολου	λιγο	αρκετα	πολυ	παρα πολυ	καθολου
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	1	13	34	34	97	179
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	81.3%	89.5%	94.4%	89.0%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	0	2	3	2	3	10
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	12.5%	7.9%	5.6%	2.8%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	Count	0	1	1	0	8	10
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	2.6%	.0%	7.3%	5.0%
	χήρα	Count	0	0	0	0	1	1
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	.0%	.0%	.0%	.9%	.5%
Total	Count	1	16	38	36	109	200	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 71: Οικογενειακή κατάσταση με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	17	162	179
		% within παθητικό κάπνισμα	77.3%	91.0%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	4	6	10
		% within παθητικό κάπνισμα	18.2%	3.4%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	Count	1	9	10
		% within παθητικό κάπνισμα	4.5%	5.1%	5.0%
	χήρα	Count	0	1	1
		% within παθητικό κάπνισμα	.0%	.6%	.5%
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 72: Οικογενειακή κατάσταση με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	Count	20	159	179
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	76.9%	91.4%	89.5%
	ανύπαντρη	Count	3	7	10
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	11.5%	4.0%	5.0%
	ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	Count	3	7	10
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	11.5%	4.0%	5.0%
	χήρα	Count	0	1	1
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	.0%	.6%	.5%
Total	Count	26	174	200	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 73: Διαμονή με πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	2	2	4
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	2.7%	1.6%	2.0%
	Ναι	Count	73	123	196
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	97.3%	98.4%	98.0%
Total	Count	75	125	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 74: Διαμονή με πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	1	3	4
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	4.5%	1.7%	2.0%
	Ναι	Count	21	175	196
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	95.5%	98.3%	98.0%
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 75: Διαμονή με πατέρα με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	0	2	1	0	1	4
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	12.5%	2.6%	.0%	.9%	2.0%
	Ναι	Count	1	14	37	36	108	196
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	87.5%	97.4%	100.0%	99.1%	98.0%
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 76: Διαμονή με πατέρα με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	2	2	4
		% within παθητικό κάπνισμα	9.1%	1.1%	2.0%
	Ναι	Count	20	176	196
		% within παθητικό κάπνισμα	90.9%	98.9%	98.0%
Total		Count	22	178	200
		% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 77: Διαμονή με πατέρα με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	
διαμονή με πατέρα	Όχι	Count	1	3	4
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	3.8%	1.7%	2.0%
	Ναι	Count	25	171	196
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	96.2%	98.3%	98.0%
Total		Count	26	174	200
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 78: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	
επαγγέλμ. πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	12	14	26
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	16.0%	11.2%	13.0%
	Επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	6	13	19
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	8.0%	10.4%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	10	25	35
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	13.3%	20.0%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	37	52	89
% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		49.3%	41.6%	44.5%	
παροχή υπηρεσιών	Count	9	21	30	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	12.0%	16.8%	15.0%	
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	1	0	1	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	1.3%	.0%	.5%	
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 79: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο					
			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	5	21	26
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	22.7%	11.8%	13.0%
	Επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	0	19	19
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	.0%	10.7%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	5	30	35
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	22.7%	16.9%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	9	80	89
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	40.9%	44.9%	44.5%
	παροχή υπηρεσιών	Count	2	28	30
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	9.1%	15.7%	15.0%
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	1	0	1	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	4.5%	.0%	.5%	
Total	Count	22	178	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 80: Επάγγελμα πατέρα με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα								
			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	καθόλου
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	0	4	3	6	13	26
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	25.0%	7.9%	16.7%	11.9%	13.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	0	0	8	4	7	19
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	.0%	21.1%	11.1%	6.4%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	1	2	5	2	25	35
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	12.5%	13.2%	5.6%	22.9%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	0	9	13	19	48	89
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	56.3%	34.2%	52.8%	44.0%	44.5%
	παροχή υπηρεσιών	Count	0	0	9	5	16	30
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	.0%	23.7%	13.9%	14.7%	15.0%
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	0	1	0	0	0	1	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	.0%	.0%	.0%	.5%	
Total	Count	1	16	38	36	109	200	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 81: Επάγγελμα πατέρα με παθητικό κάπνισμα					
			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	2	24	26
		% within παθητικό κάπνισμα	9.1%	13.5%	13.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	3	16	19
		% within παθητικό κάπνισμα	13.6%	9.0%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	6	29	35
		% within παθητικό κάπνισμα	27.3%	16.3%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	9	80	89
		% within παθητικό κάπνισμα	40.9%	44.9%	44.5%
	παροχή υπηρεσιών	Count	1	29	30
		% within παθητικό κάπνισμα	4.5%	16.3%	15.0%
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	1	0	1	
	% within παθητικό κάπνισμα	4.5%	.0%	.5%	
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 82: Επάγγελμα πατέρα με το αν το κάπνισμα επηρεάζει μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	Count	6	20	26
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	23.1%	11.5%	13.0%
	Επιχειρηματίες ,έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	Count	0	19	19
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	.0%	10.9%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	Count	4	31	35
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	15.4%	17.8%	17.5%
	εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	Count	13	76	89
% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		50.0%	43.7%	44.5%	
παροχή υπηρεσιών	Count	2	28	30	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	7.7%	16.1%	15.0%	
άνεργοι, συνταξιούχοι	Count	1	0	1	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	3.8%	.0%	.5%	
Total		Count	26	174	200
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 83: Οικονομική στήριξη με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	5	6	11
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	6.7%	4.8%	5.5%
	Ναι	Count	70	119	189
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	93.3%	95.2%	94.5%
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 84: Οικονομική στήριξη με αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		
			Όχι	Ναι	Όχι
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	1	10	11
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	4.5%	5.6%	5.5%
	Ναι	Count	21	168	189
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	95.5%	94.4%	94.5%
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 85: Οικονομική κατάσταση με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	καθόλου
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	0	1	0	2	8	11
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	.0%	5.6%	7.3%	5.5%
	Ναι	Count	1	15	38	34	101	189
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	93.8%	100.0%	94.4%	92.7%	94.5%
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 86: Οικονομική στήριξη με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	1	10	11
		% within παθητικό κάπνισμα	4.5%	5.6%	5.5%
	Ναι	Count	21	168	189
		% within παθητικό κάπνισμα	95.5%	94.4%	94.5%
Total		Count	22	178	200
		% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 87: Οικονομική στήριξη με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
οικονομική στήριξη	Όχι	Count	3	8	11
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	11.5%	4.6%	5.5%
	Ναι	Count	23	166	189
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	88.5%	95.4%	94.5%
Total		Count	26	174	200
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 88: Μόρφωση πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
μόρφωση πατέρα	απόφοιτος δημοτικού	Count	3	10	13
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	4.0%	8.0%	6.5%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	18	22	40
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	24.0%	17.6%	20.0%
	απόφοιτος λυκείου	Count	34	56	90
% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		45.3%	44.8%	45.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	20	37	57	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	26.7%	29.6%	28.5%	
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 89: Μόρφωση πατέρα με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
μόρφωση πατέρα	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	13	13
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	.0%	7.3%	6.5%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	7	33	40
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	31.8%	18.5%	20.0%
	απόφοιτος λυκείου	Count	10	80	90
% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		45.5%	44.9%	45.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	5	52	57	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	22.7%	29.2%	28.5%	
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 90: Μόρφωση πατέρα με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	καθόλου
μόρφωση πατέρα	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	1	3	2	7	13
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	7.9%	5.6%	6.4%	6.5%
	απόφοιτος γυμνασίου	Count	0	7	7	5	21	40
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	43.8%	18.4%	13.9%	19.3%	20.0%
	απόφοιτος λυκείου	Count	1	4	18	20	47	90
% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα		100.0%	25.0%	47.4%	55.6%	43.1%	45.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	0	4	10	9	34	57	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	25.0%	26.3%	25.0%	31.2%	28.5%	
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 91: Μόρφωση πατέρα με το παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
μόρφωση πατέρα	απόφοιτος δημοτικού	Count	0	13	13
		% within παθητικό κάπνισμα	.0%	7.3%	6.5%
	απόφοιτος γυμνάσιου	Count	7	33	40
		% within παθητικό κάπνισμα	31.8%	18.5%	20.0%
	απόφοιτος λυκείου	Count	10	80	90
% within παθητικό κάπνισμα		45.5%	44.9%	45.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	5	52	57	
	% within παθητικό κάπνισμα	22.7%	29.2%	28.5%	
Total	Count	22	178	200	
	% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 92: Μόρφωση πατέρα με αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
μόρφωση πατέρα	απόφοιτος δημοτικού	Count	2	11	13
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	7.7%	6.3%	6.5%
	απόφοιτος γυμνάσιου	Count	7	33	40
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	26.9%	19.0%	20.0%
	απόφοιτος λυκείου	Count	10	80	90
% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		38.5%	46.0%	45.0%	
απόφοιτος ανώτατης σχολής	Count	7	50	57	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	26.9%	28.7%	28.5%	
Total	Count	26	174	200	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 93: Χώρος συμπλήρωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	39	68	107
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	52.0%	54.4%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	36	57	93
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	48.0%	45.6%	46.5%
Total	Count	75	125	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 94: Χώρος συμπλήρωσης με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	12	95	107
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	54.5%	53.4%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	10	83	93
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	45.5%	46.6%	46.5%
Total	Count	22	178	200	
	% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 95: Χώρος συμπλήρωσης με το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	καθόλου
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	0	8	19	18	62	107
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	50.0%	50.0%	50.0%	56.9%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	1	8	19	18	47	93
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	50.0%	50.0%	50.0%	43.1%	46.5%
Total	Count	1	16	38	36	109	200	
	% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 96: Χώρος συμπλήρωσης με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	12	95	107
		% within παθητικό κάπνισμα	54.5%	53.4%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	10	83	93
		% within παθητικό κάπνισμα	45.5%	46.6%	46.5%
Total		Count	22	178	200
		% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 97: Χώρος συμπλήρωσης με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χώρος συμπλήρωσης	Δημόσιο	Count	15	92	107
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	57.7%	52.9%	53.5%
	Ιδιωτικό	Count	11	82	93
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	42.3%	47.1%	46.5%
Total		Count	26	174	200
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 98: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα

			αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	4	5	9
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	5.3%	4.0%	4.5%
	Ναι	Count	71	120	191
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	94.7%	96.0%	95.5%
Total		Count	75	125	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 99: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	1	8	9
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	4.5%	4.5%	4.5%
	Ναι	Count	21	170	191
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	95.5%	95.5%	95.5%
Total		Count	22	178	200
		% within αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 100: Παρακολούθηση από γιατρό με πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα

			πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα					Total
			καθόλου	λίγο	αρκετά	πολύ	πάρα πολύ	καθόλου
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	0	1	3	0	5	9
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	.0%	6.3%	7.9%	.0%	4.6%	4.5%
	Ναι	Count	1	15	35	36	104	191
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	93.8%	92.1%	100.0%	95.4%	95.5%
Total		Count	1	16	38	36	109	200
		% within πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 101: Παρακολούθηση από γιατρό με παθητικό κάπνισμα

			παθητικό κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	2	7	9
		% within παθητικό κάπνισμα	9.1%	3.9%	4.5%
	Ναι	Count	20	171	191
		% within παθητικό κάπνισμα	90.9%	96.1%	95.5%
Total		Count	22	178	200
		% within παθητικό κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 102: Παρακολούθηση από γιατρό με το αν επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
παρακολούθηση από γιατρό	Όχι	Count	2	7	9
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	7.7%	4.0%	4.5%
	Ναι	Count	24	167	191
		% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	92.3%	96.0%	95.5%
Total	Count	26	174	200	
	% within επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 103: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης

			χώρος συμπλήρωσης		Total
			Δημόσιο	Ιδιωτικό	Δημόσιο
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	15	18	33
		% within χώρος συμπλήρωσης	14.0%	19.4%	16.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	12	9	21
		% within χώρος συμπλήρωσης	11.2%	9.7%	10.5%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	37	25	62
		% within χώρος συμπλήρωσης	34.6%	26.9%	31.0%
Όχι, ποτέ	Count	43	41	84	
Total	Count	107	93	200	
	% within χώρος συμπλήρωσης	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 104: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με χώρο συμπλήρωσης.

			χώρος συμπλήρωσης		Total
			Δημόσιο	Ιδιωτικό	Δημόσιο
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	93	75	168
		% within χώρος συμπλήρωσης	86.9%	80.6%	84.0%
	Ναι	Count	14	18	32
		% within χώρος συμπλήρωσης	13.1%	19.4%	16.0%
Total	Count	107	93	200	
	% within χώρος συμπλήρωσης	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 105: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης

			χώρος συμπλήρωσης		Total
			Δημόσιο	Ιδιωτικό	Δημόσιο
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	3	3	6
		% within χώρος συμπλήρωσης	2.8%	3.2%	3.0%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	1	1	2
		% within χώρος συμπλήρωσης	.9%	1.1%	1.0%
Όχι, ποτέ	Count	103	89	192	
	% within χώρος συμπλήρωσης	96.3%	95.7%	96.0%	
Total	Count	107	93	200	
	% within χώρος συμπλήρωσης	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 106: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από τον πατέρα σε σχέση με τον χώρο συμπλήρωσης

			χώρος συμπλήρωσης		Total
			Δημόσιο	Ιδιωτικό	Δημόσιο
χρήση ναρκ ουσιών από πατέρα	Όχι	Count	105	93	198
		% within χώρος συμπλήρωσης	98.1%	100.0%	99.0%
	Ναι	Count	2	0	2
		% within χώρος συμπλήρωσης	1.9%	.0%	1.0%
Total	Count	107	93	200	
	% within χώρος συμπλήρωσης	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 107: Κάπνισμα τώρα με παρακολούθηση από γιατρό

			παρακολούθηση από γιατρό		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	2	31	33
		% within παρακολούθηση από γιατρό	22.2%	16.2%	16.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	1	20	21
		% within παρακολούθηση από γιατρό	11.1%	10.5%	10.5%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	3	59	62
		% within παρακολούθηση από γιατρό	33.3%	30.9%	31.0%
Όχι, ποτέ	Count	3	81	84	
Total	Count	9	191	200	
	% within παρακολούθηση από γιατρό	33.3%	42.4%	42.0%	

Πίνακας 108: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με παρακολούθηση από γιατρό

			παρακολούθηση από γιατρό		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	7	161	168
		% within παρακολούθηση από γιατρό	77.8%	84.3%	84.0%
	Ναι	Count	2	30	32
		% within παρακολούθηση από γιατρό	22.2%	15.7%	16.0%
Total	Count	9	191	200	
	% within παρακολούθηση από γιατρό	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 109: Χρήση εισπνεόμενων με παρακολούθηση από γιατρό

			παρακολούθηση απο γιατρο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	0	6	6
		% within παρακολούθηση από γιατρό	.0%	3.1%	3.0%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	0	2	2
		% within παρακολούθηση από γιατρό	.0%	1.0%	1.0%
Όχι, ποτέ	Count	9	183	192	
	% within παρακολούθηση από γιατρό	100.0%	95.8%	96.0%	
Total	Count	9	191	200	
	% within παρακολούθηση από γιατρό	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 110: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με παρακολούθηση από γιατρό

			παρακολούθηση από γιατρό		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών από πατερά	Όχι	Count	9	189	198
		% within παρακολούθηση από γιατρό	100.0%	99.0%	99.0%
	Ναι	Count	0	2	2
		% within παρακολούθηση από γιατρό	.0%	1.0%	1.0%
Total	Count	9	191	200	
	% within παρακολούθηση από γιατρό	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 111: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με επιθυμητή εγκυμοσύνη

			επιθυμητή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	4	29	33
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	40.0%	15.3%	16.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	1	20	21
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	10.0%	10.5%	10.5%
	Όχι, αλλά κάπνισα στο παρελθόν	Count	3	59	62
% within επιθυμητή εγκυμοσύνη		30.0%	31.1%	31.0%	
Όχι, ποτέ	Count	2	82	84	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	20.0%	43.2%	42.0%	
Total	Count	10	190	200	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 112: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη σε σχέση με την επιθυμητή εγκυμοσύνη

			επιθυμητή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	6	162	168
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	60.0%	85.3%	84.0%
	Ναι	Count	4	28	32
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	40.0%	14.7%	16.0%
Total	Count	10	190	200	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 113: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την επιθυμητή εγκυμοσύνη

			επιθυμητή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	0	6	6
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	.0%	3.2%	3.0%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	0	2	2
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	.0%	1.1%	1.0%
Όχι, ποτέ	Count	10	182	192	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	95.8%	96.0%	
Total	Count	10	190	200	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 114: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από τον πατέρα σε σχέση με επιθυμητή εγκυμοσύνη

			επιθυμητή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών από πατερά	Όχι	Count	10	188	198
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	98.9%	99.0%
	Ναι	Count	0	2	2
		% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	.0%	1.1%	1.0%
Total	Count	10	190	200	
	% within επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 115: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη

			πρώτη εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	15	18	33
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	17.9%	15.5%	16.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	4	17	21
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	4.8%	14.7%	10.5%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	31	31	62
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	36.9%	26.7%	31.0%
Όχι, ποτέ	Count	34	50	84	
	% within πρώτη εγκυμοσύνη	40.5%	43.1%	42.0%	
Total	Count	84	116	200	
	% within πρώτη εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 116: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη

			πρώτη εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	68	100	168
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	81.0%	86.2%	84.0%
	Ναι	Count	16	16	32
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	19.0%	13.8%	16.0%
Total	Count	84	116	200	
	% within πρώτη εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 117: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη

			πρώτη εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	2	4	6
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	2.4%	3.4%	3.0%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	2	0	2
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	2.4%	.0%	1.0%
	Όχι, ποτέ	Count	80	112	192
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	95.2%	96.6%	96.0%
Total	Count	84	116	200	
	% within πρώτη εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 118: Χρήση ναρκωτικών από πατέρα σε σχέση με την πρώτη εγκυμοσύνη

			πρώτη εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών από πατέρα	Όχι	Count	84	114	198
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	100.0%	98.3%	99.0%
	Ναι	Count	0	2	2
		% within πρώτη εγκυμοσύνη	.0%	1.7%	1.0%
Total	Count	84	116	200	
	% within πρώτη εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 119: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με διακοπή εγκυμοσύνης

			διακοπή εγκυμ		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	9	8	17
		% within διακοπή εγκυμ	16.7%	24.2%	19.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	3	1	4
		% within διακοπή εγκυμ	5.6%	3.0%	4.6%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	16	15	31
		% within διακοπή εγκυμ	29.6%	45.5%	35.6%
Όχι, ποτέ	Count	26	9	35	
	% within διακοπή εγκυμ	48.1%	27.3%	40.2%	
Total	Count	54	33	87	
	% within διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 120: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη σε σχέση με την διακοπή της εγκυμοσύνης

			διακοπή εγκυμ		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	47	23	70
		% within διακοπή εγκυμ	87.0%	69.7%	80.5%
	Ναι	Count	7	10	17
		% within διακοπή εγκυμ	13.0%	30.3%	19.5%
Total	Count	54	33	87	
	% within διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 121: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την διακοπή της εγκυμοσύνης

			διακοπή εγκυμ		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	0	2	2
		% within διακοπή εγκυμ	.0%	6.1%	2.3%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	1	1	2
		% within διακοπή εγκυμ	1.9%	3.0%	2.3%
	Όχι, ποτέ	Count	53	30	83
		% within διακοπή εγκυμ	98.1%	90.9%	95.4%
Total	Count	54	33	87	
	% within διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 122: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα σε σχέση με την διακοπή της εγκυμοσύνης

			διακοπή εγκυμ		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών από πατέρα	Όχι	Count	54	33	87
		% within διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%
	Total	Count	54	33	87
		% within διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 123: Κάπνισμα τώρα σε σχέση με την πρόωγη γέννηση

			πρόωγη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	14	3	17
		% within πρόωγη γέννηση	17.7%	37.5%	19.5%
	Ναι, τουλάχιστον ένα σιγάρο το μήνα	Count	3	1	4
		% within πρόωγη γέννηση	3.8%	12.5%	4.6%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	28	3	31
		% within πρόωγη γέννηση	35.4%	37.5%	35.6%
Όχι, ποτέ	Count	34	1	35	
	% within πρόωγη γέννηση	43.0%	12.5%	40.2%	
Total	Count	79	8	87	
	% within πρόωγη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 124: Κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με την πρόωγη γέννηση

			πρόωγη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	66	4	70
		% within πρόωγη γέννηση	83.5%	50.0%	80.5%
	Ναι	Count	13	4	17
		% within πρόωγη γέννηση	16.5%	50.0%	19.5%
Total	Count	79	8	87	
	% within πρόωγη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 125: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα σε σχέση με την πρόωγη γέννηση

			πρόωγη γεννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών απο πατερα	Όχι	Count	79	8	87
		% within πρόωγη γεννηση	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	79	8	87	
	% within πρόωγη γεννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 126: Χρήση ναρκωτικών ουσιών από πατέρα με την ομαλή εγκυμοσύνη

			ομαλή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
χρήση ναρκ ουσιών από πατέρα	Όχι	Count	22	173	195
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	91.7%	100.0%	99.0%
	Ναι	Count	2	0	2
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	8.3%	.0%	1.0%
Total	Count	24	173	197	
	% within ομαλή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

Πίνακας 127: Χρήση εισπνεόμενων σε σχέση με την πρόωρη γέννηση

			πρόωρη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	0	2	2
		% within πρόωρη γέννηση	.0%	25.0%	2.3%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	2	0	2
		% within πρόωρη γέννηση	2.5%	.0%	2.3%
	Όχι, ποτέ	Count	77	6	83
		% within πρόωρη γέννηση	97.5%	75.0%	95.4%
Total		Count	79	8	87
		% within πρόωρη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 128: Κάπνισμα τώρα με την ομαλή εγκυμοσύνη

			ομαλή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	
			Όχι	Ναι	Όχι
Καπνίζετε τώρα	Ναι, κάθε μέρα	Count	3	29	32
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	12.5%	16.8%	16.2%
	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Count	4	16	20
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	16.7%	9.2%	10.2%
	Όχι, αλλά κάπνιζα στο παρελθόν	Count	8	54	62
% within ομαλή εγκυμοσύνη		33.3%	31.2%	31.5%	
	Όχι, ποτέ	Count	9	74	83
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	37.5%	42.8%	42.1%
Total		Count	24	173	197
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 129: Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη με την ομαλή εγκυμοσύνη

			ομαλή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	
			Όχι	Ναι	Όχι
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	Count	22	143	165
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	91.7%	82.7%	83.8%
	Ναι	Count	2	30	32
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	8.3%	17.3%	16.2%
Total		Count	24	173	197
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%

Πίνακας 130: Χρήση εισπνεόμενων με την ομαλή εγκυμοσύνη

			ομαλή εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	
			Όχι	Ναι	Όχι
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	Count	0	6	6
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	.0%	3.5%	3.0%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	Count	0	2	2
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	.0%	1.2%	1.0%
		Όχι, ποτέ	Count	24	165
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	100.0%	95.4%	95.9%
Total		Count	24	173	197
		% within ομαλή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%

Στατιστικά Σημαντικές Συσχετίσεις

Πίνακας 131: Ηλικία σε σχέση με το κάπνισμα

			Καπνίζετε τώρα				Total
			Ναι, κάθε μέρα	Ναι, τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	Όχι, αλλά κάπνισα στο παρελθόν	Όχι, ποτέ	Ναι, κάθε μέρα
Ηλικία	16 έως 22 ετών	N	3	6	6	5	20
		%	9.1%	28.6%	9.7%	6.0%	10.0%
	23 έως 29 ετών	N	11	7	33	42	93
		% Καπνίζετε τώρα	33.3%	33.3%	53.2%	50.0%	46.5%
	30 έως 36 ετών	N	18	5	17	32	72
		% Καπνίζετε τώρα	54.5%	23.8%	27.4%	38.1%	36.0%
	37 ετών και πάνω	N	1	3	6	5	15
		% Καπνίζετε τώρα	3.0%	14.3%	9.7%	6.0%	7.5%
Total	N	33	21	62	84	200	
	% Καπνίζετε τώρα	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,020

Πίνακας 132: Διαμόνη με πατέρα σε σχέση με το κάπνισμα

			Κάπνισμα		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
διαμόνη με πατέρα	Όχι	N	1	3	4
		% Κάπνισμα	.7%	5.6%	2.0%
	Ναι	N	145	51	196
		% Κάπνισμα	99.3%	94.4%	98.0%
Total	N	146	54	200	
	% Κάπνισμα	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,029

Πίνακας 133: Μόρφωση σε σχέση με το αν το κάπνισμα έχει αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο

			αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκύου	απόφοιτος δημοτικού	N	0	2	2
		% αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	.0%	1.1%	1.0%
	απόφοιτος γυμνάσιου	N	7	12	19
		% αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	31.8%	6.7%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	N	11	83	94
		% αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	50.0%	46.6%	47.0%
	απόφοιτος ανώτατης σχολής	N	4	81	85
		% αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	18.2%	45.5%	42.5%
Total	N	22	178	200	
	% αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,001

Πίνακας 134: Μόρφωση σε σχέση με το αν το κάπνισμα επηρεάζει το έμβρυο αφού γεννηθεί.

			επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Επίπεδο μόρφωσης εγκόου	απόφοιτος δημοτικού	N	1	1	2
		% επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	3.8%	.6%	1.0%
	απόφοιτος γυμνάσιου	N	6	13	19
		% επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	23.1%	7.5%	9.5%
	απόφοιτος λυκείου	N	11	83	94
		% επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	42.3%	47.7%	47.0%
	απόφοιτος ανώτατης σχολής	N	8	77	85
		% επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	30.8%	44.3%	42.5%
Total	N	26	174	200	
	% επηρεάζει το κάπνισμα μετά τη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,025

Πίνακας 135: Σχέση ηλικίας της εγκόου με την κατανάλωση αλκοόλ.

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Ηλικία	16 έως 22 ετών	N	13	7	20
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.7%	21.9%	10.0%
	23 έως 29 ετών	N	84	9	93
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	50.0%	28.1%	46.5%
	30 έως 36 ετών	N	58	14	72
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	34.5%	43.8%	36.0%
	37 ετών και πάνω	N	13	2	15
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	7.7%	6.3%	7.5%
Total	N	168	32	200	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,031

Πίνακας 136: Σχέση της οικογενειακής κατάστασης της εγκύου με την κατανάλωση αλκοόλ

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
Οικογενειακή Κατάσταση	παντρεμένη	N	152	27	179
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	90.5%	84.4%	89.5%
	ανύπαντρη	N	10	0	10
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	6.0%	.0%	5.0%
Ανύπαντρη αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη	N	6	4	10	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	3.6%	12.5%	5.0%	
χήρα	N	0	1	1	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	.0%	3.1%	.5%	
Total	N	168	32	200	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,009

Πίνακας 137: Σχέση του επαγγέλματος του μέλλοντα πατέρα με την κατανάλωση αλκοόλ από την εγκυμονούσα

			Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη		Total
			Όχι	Ναι	Όχι
επάγγελμα πατέρα	επιστήμονες, στελέχη επιχειρ., καλλιτέχνες κ.α	N	24	2	26
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	14.3%	6.3%	13.0%
	επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι	N	10	9	19
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	6.0%	28.1%	9.5%
	υπάλληλοι γραφείου	N	30	5	35
		% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	17.9%	15.6%	17.5%
εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι	N	73	16	89	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	43.5%	50.0%	44.5%	
παροχή υπηρεσιών	N	30	0	30	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	17.9%	.0%	15.0%	
άνεργοι, συνταξιούχοι	N	1	0	1	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	.6%	.0%	.5%	
Total	N	168	32	200	
	% Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%	

P-value 0,001

Πίνακας 138: Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και στο αν είναι επιθυμητή η εγκυμοσύνη

		επιθυμητή εγκυμοσύνη		Total	
		Όχι	Ναι	Όχι	
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	N	6	162	168
		% επιθυμητή εγκυμοσύνη	60.0%	85.3%	84.0%
	Ναι	N	4	28	32
		% επιθυμητή εγκυμοσύνη	40.0%	14.7%	16.0%
Total		N	10	190	200
		% επιθυμητή εγκυμοσύνη	100.0%	100.0%	100.0%

P-value 0,034

Πίνακας 139: Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την διακοπή της εγκυμοσύνης

		διακοπή εγκυμ		Total	
		Όχι	Ναι	Όχι	
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	N	47	23	70
		% διακοπή εγκυμ	87.0%	69.7%	80.5%
	Ναι	N	7	10	17
		% διακοπή εγκυμ	13.0%	30.3%	19.5%
Total		N	54	33	87
		% διακοπή εγκυμ	100.0%	100.0%	100.0%

P-value 0,048

Πίνακας 140 : Σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την πρόωρη εγκυμοσύνη

		πρόωρη γέννηση		Total	
		Όχι	Ναι	Όχι	
Κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη	Όχι	N	66	4	70
		% πρόωρη γέννηση	83.5%	50.0%	80.5%
	Ναι	N	13	4	17
		% πρόωρη γέννηση	16.5%	50.0%	19.5%
Total		N	79	8	87
		% πρόωρη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

P-value 0,023

Πίνακας 141: Σχέση ανάμεσα στην χρήση εισπνεόμενων ουσιών και στην πρόωρη γέννηση

		πρόωρη γέννηση		Total	
		Όχι	Ναι	Όχι	
εισπνεόμενα	Ναι, χρησιμοποιώ	N	0	2	2
		% πρόωρη γέννηση	.0%	25.0%	2.3%
	Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	N	2	0	2
		% πρόωρη γέννηση	2.5%	.0%	2.3%
	Όχι, ποτέ	N	77	6	83
		% πρόωρη γέννηση	97.5%	75.0%	95.4%
Total		N	79	8	87
		% πρόωρη γέννηση	100.0%	100.0%	100.0%

P-value 0,000

Ερωτηματολόγιο

Τομέας Α: Βασικές και δημογραφικές πληροφορίες. Να συμπληρωθούν από όλους.

1. Ηλικία.....

2. Επίπεδο μόρφωσης:

α) απόφοιτος Δημοτικού

β) απόφοιτος Γυμνασίου

γ) απόφοιτος Λυκείου

δ) απόφοιτος κάποιας ανώτατης σχολής

3. Εργάζεστε;

Ναι

Όχι

4. Αν ναι, τι επάγγελμα κάνετε;.....

5. Εργαζόσασταν πριν την εγκυμοσύνη;

Ναι

Όχι

6. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

Κακή	
Μέτρια	
Καλή	

7. Παρακαλώ, σημειώστε **X** στο κουτάκι που σας περιγράφει

Παντρεμένη	
Ανύπαντρη	
Ανύπαντρη, αλλά συζείτε με κάποιον άλλον	
Διαζευγμένη	
Χήρα	
Σε διάσταση	

8. Διαμένετε επί του παρόντος με τον πατέρα του αγέννητου παιδιού;

Ναι

Όχι

9. Ο πατέρας του αγέννητου τι επάγγελμα κάνει;

10. Σας στηρίζει οικονομικά;

Ναι

Όχι

11. Επίπεδο μόρφωσης του πατέρα του αγέννητου παιδιού:

α) απόφοιτος Δημοτικού

β) απόφοιτος Γυμνασίου

γ) απόφοιτος Λυκείου

δ) απόφοιτος κάποιας ανώτατης σχολής

12. Χώρος που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο.....

13. Παρακολουθήστε συστηματικά από κάποιον ειδικό ιατρό- γυναικολόγο;

Ναι Όχι

14. Σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης βρίσκεστε;

15. Είναι επιθυμητή εγκυμοσύνη;

Ναι Όχι

16. Είναι η πρώτη σας εγκυμοσύνη;

Ναι Όχι

Αν η απάντησή σας είναι θετική, παρακαλώ πηγαίνατε στην ερώτηση 21.

Αν είναι αρνητική, παρακαλώ συνεχίστε

17. Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος (συμπεριλαμβάνοντας αποβολές και αμβλώσεις);

18. Α) Έχει διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη σας απότομα; Ναι Όχι

18. Β) Αν ναι, πόσες φορές;

19. Α) Γεννήσατε ποτέ πρόωρα; Ναι Όχι

19. Β) Αν ναι, αναφέρατε σωματικό βάρος

20. Πόσα παιδιά έχετε;

21. Α) Η εγκυμοσύνη σας είναι ομαλή έως τώρα; Ναι Όχι

21. Β) αν όχι, παρακαλώ αναφέρατε τι επιπλοκές υπάρχουν

22. Πόσων μηνών ήσασταν όταν αντιληφθήκατε ότι είστε έγκυος;

Κάπνισμα

23. Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;

Ναι κάθε μέρα	
Ναι, όχι κάθε μέρα αλλά τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα	
Όχι, καθόλου αλλά κάπνιζα σε καθημερινό επίπεδο στο παρελθόν	
Όχι, δεν έχω καπνίσει συστηματικά ποτέ	

24. Παρακαλώ βάλτε **X** σε αυτό που σας περιγράφει

Είμαι καπνίστρια επί του παρόντος και δεν προτίθεμαι να κόψω το κάπνισμα του επόμενου 6 μήνες	
Είμαι καπνίστρια επί του παρόντος και το σκέφτομαι σοβαρά να κόψω το κάπνισμα του επόμενου 6 μήνες	
Είμαι καπνίστρια αλλά δεν έχω καπνίσει καθόλου από τότε που αντιλήφθηκα ότι είμαι έγκυος	
Δεν καπνίζω	
Δεν καπνίζω αλλά είμαι παθητική καπνίστρια	

25. Ο πατέρας του αγέννητου παιδιού σας καπνίζει; Ναι Όχι

Αν καπνίζετε, παρακαλώ πηγαίετε στον τομέα Β

Αν δεν καπνίζετε, παρακαλώ πηγαίετε στον τομέα Γ

Αν έχετε διακόψει το κάπνισμα, παρακαλώ πηγαίετε στο τομέα Δ

Τομέας Β: Να συμπληρωθεί μόνο από καπνίστριες

1. Πόσων ετών ξεκινήσατε το κάπνισμα;
2. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
3. Ποιο από τα παρακάτω σας περιγράφει καλύτερα; (μόνο 1 απάντηση)

Έχω ελαττώσει το κάπνισμα από τότε που έμαθα ότι είμαι έγκυος	
Έχω αυξήσει το κάπνισμα από τότε που έμαθα ότι είμαι έγκυος	
Καπνίζω στην ίδια συχνότητα	

4. Πότε καπνίζετε περισσότερο; (μόνο 1 απάντηση)

Καπνίζω την ημέρα	
Καπνίζω το βράδυ	
Καπνίζω τα Σαβ/κα	
Καπνίζω σε κοινωνικές εκδηλώσεις	
Καπνίζω το ίδιο	

5. Ποιο από τα παρακάτω σας περιγράφει καλύτερα; (μόνο 1 απάντηση)

Καπνίζω περισσότερο όταν είμαι μόνη	
Καπνίζω περισσότερο όταν είμαι με τον σύζυγο/ φίλο μου	
Καπνίζω περισσότερο όταν είμαι με φίλους ή άλλους καπνιστές	
Πάντα καπνίζω το ίδιο	

6. Ποιοι είναι οι λόγοι που συνεχίζετε να καπνίζετε; (βάλτε X σε περισσότερα από ένα αν χρειαστεί)

Βοηθάει να αντιμετωπίζω το άγχος/ στρες	
Βοηθάει να αντιμετωπίζω την ανεργία	
Βοηθάει να αντιμετωπίζω την μοναξιά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	
Βοηθάει να αντιμετωπίζω τα οικογενειακά προβλήματα	
Βοηθάει να αντιμετωπίζω την βία της κοινωνίας	
Βοηθάει να περνάω την ώρα μου	
Καπνίζω επειδή καπνίζουν οι φίλοι μου	
Καπνίζω επειδή με βοηθά να ελέγχω το βάρος μου	
Άλλο.....	

7. Έχετε προσπαθήσει να κόψετε το κάπνισμα;

Ναι, έχω	
Όχι, δεν έχω	
Δεν έχω προσπαθήσει αλλά θέλω να το κάνω	

8. Αν ναι, με τι ενέργειες έχετε προσπαθήσει να το κόψετε;

Αυτοκόλλητα νικοτίνης	
Τσίγλες	
Σπράυ	
Συμβουλευτήκα κάποιον ειδικό	
Φυλλάδια για το πώς να διακόψεις το κάπνισμα	
Άλλος τρόπος. Παρακαλώ αναφέρετε ποιος	

9. α) Νομίζετε ότι πρέπει να διακόψετε το κάπνισμα; Ναι Όχι

9. β) Αν ναι, εξηγήστε γιατί

Τομέας Γ: Να συμπληρωθεί από μη καπνίστριες

1. Έχετε καπνίσει ποτέ τσιγάρο; Ναι Όχι

2. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει τα συναισθήματά σας;

Έχω μια δυνατή επιθυμία να καπνίσω	
Έχω μερικές φορές την επιθυμία να καπνίσω	
Δεν νιώθω ότι πρέπει να ξεκινήσω το κάπνισμα	

3. α) Μένετε με ανθρώπους που καπνίζουν; Ναι Όχι

3. β) Αν ναι, καπνίζουν μπροστά σας; Ναι Όχι

4. α) Σας ενοχλεί το κάπνισμα από τους γύρω σας Ναι Όχι

4. β) Αν ναι, παρακαλώ προσδιορίστε γιατί.....
.....

5. Σας ενθαρρύνει κάποιος από το περιβάλλον σας να αρχίσετε το κάπνισμα και αν ναι ποιος.....
.....

Τομέας Δ: Να συμπληρωθεί από πρώην καπνίστριες που έχουν διακόψει το κάπνισμα

1. Πόσων ετών ήσασταν όταν καπνίζατε σε καθημερινή βάση;.....

2. Πόσα χρόνια καπνίζατε; (αν σταματήσατε το κάπνισμα και το ξαναρχίσατε, παρακαλώ αναφέρετε τα συνολικά χρόνια που καπνίζατε).....

3. Πριν πόσο καιρό σταματήσατε να καπνίζετε;.....

4. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα πριν το κόψετε;.....

5. Ποιο από τα παρακάτω σας περιγράφει καλύτερα;

Το έκοψα πάρα πολύ εύκολα	
Το έκοψα εύκολα	
Το έκοψα δύσκολα	
Το έκοψα πάρα πολύ δύσκολα	

6. Γιατί σταματήσατε το κάπνισμα; (βάλτε **X** σε περισσότερα από ένα από τα παρακάτω αν χρειαστεί)

Σταμάτησα το κάπνισμα επειδή με ανάγκασε ο σύζυγος/ φίλος μου	
Σταμάτησα το κάπνισμα επειδή με συμβούλευσε ο γιατρός	
Σταμάτησα το κάπνισμα επειδή είναι κακό για την υγεία μου	
Σταμάτησα το κάπνισμα επειδή είναι βλαβερό για το αγέννητο παιδί μου	
Σταμάτησα το κάπνισμα επειδή τα τσιγάρα είναι ακριβά	
Σταμάτησα το κάπνισμα για άλλους λόγους. Παρακαλώ αναφέρατε ποιους.....	

7. Τι από τα παρακάτω σας βοήθησε να κόψετε το κάπνισμα; (βάλτε **X** σε περισσότερα από ένα από τα παρακάτω αν χρειαστεί)

Κανένας/ τίποτα δεν με βοήθησε να κόψω το κάπνισμα	
Ο σύζυγος/ φίλος μου	
Η μητέρα/ πατέρας μου	
Οι φίλοι μου	
Κάποιος ειδικός (γιατρός, μαία, ψυχολόγος)	
Προγράμματα της τηλεόρασης/ ραδιοφώνου ή φυλλάδια και βιβλία για τις συνέπειες του καπνίσματος	
Με θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης(τσίχλα, αυτοκόλλητα νικοτίνης κ.α.)	
Με άλλους τρόπους. Παρακαλώ προσδιορίστε.....	

8. α) Πιστεύετε ότι θα ξεκινήσετε να καπνίζετε ξανά; Βάλτε **X** σε αυτό που σας εκφράζει.

Ναι, πιστεύω ότι θα ξεκινήσω ξανά το κάπνισμα πριν τη γέννηση	
Ναι, πιστεύω ότι θα ξεκινήσω ξανά το κάπνισμα μετά τη γέννηση	
Ναι, πιστεύω ότι θα ξεκινήσω ξανά το κάπνισμα μετά το θηλασμό	
Δεν θα ξανακαπνίσω ποτέ ξανά	
Δεν ξέρω	

8. β) Αν το ξαναξεκινήσετε γιατί θα το κάνετε;.....

12. α) Χρησιμοποιείτε καθόλου ναρκωτικές ουσίες; Ναι Όχι

12. β) Αν ναι, ποια από τις παρακάτω ουσίες χρησιμοποιείτε;

Μαριχουάνα	
Έκσταση	
Κάθε είδους χάπια που προκαλούν εθισμό	
Άλλα. Παρακαλώ προσδιορίστε	

13. Χρησιμοποιείτε εισπνεόμενα (από την μύτη) αυτή την περίοδο;

Ναι, χρησιμοποιώ	
Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν	
Όχι, ποτέ	

14. Αν ναι, ποιο από τα παρακάτω εισπνέεται;

Κόλλα	
Διαλυτικά (παραφίνη, καθαριστικά κ.α.)	
Άλλα. Παρακαλώ αναφέρατε.	

15. Ο πατέρας του αγέννητου παιδιού κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών;

Ναι Όχι

16. Αν ναι, τι ουσίες καταναλώνει;.....
.....

Τομέας ΣΤ: Βασικές γνώσεις. Να συμπληρωθεί από όλους

1. α) Θεωρείτε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στην εγκυμονούσα; Ναι Όχι

1. β) Αν ναι, εξηγήστε πως μπορεί να επηρεάσει.....
.....

2. α) Θεωρείτε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει κάποιο αρνητικό αποτέλεσμα στο έμβρυο; Ναι Όχι

2. β) Αν ναι, εξηγήστε πως μπορεί να επηρεάσει.....
.....

3. Πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Καθόλου	
Λίγο	
Αρκετά	
Πολύ	
Πάρα πολύ	

4. Θεωρείτε ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο;

Ναι Όχι

5. Νομίζετε ότι το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το μωρό αφού γεννηθεί;

Ναι Όχι

Απαντήστε στα παρακάτω με ‘Σωστό’ (Σ), ‘Λάθος’ (Λ), ‘Δεν γνωρίζω’ (Δ.Γ.).

6. Η νικοτίνη είναι η εθιστική ουσία στα τσιγάρα_____

Η νικοτίνη ‘περνάει’ στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης_____

7. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα στο έμβρυο

Αποβολή_____

Αργή ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στην μήτρα_____

Χαμηλό βάρος γέννησης_____

Πρόωρη γέννα_____

Αιμορραγία από τον πλακούντα πριν τη γέννα_____

Κάποιας μορφής τερατογέννεση_____

8. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα στο μωρό αφού γεννηθεί

Θάνατος του παιδιού μέσα στον πρώτο χρόνο_____

Πρόβλημα ανάπτυξης στον πνεύμονα_____

Αργή εγκεφαλική ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία_____

Μαθησιακά προβλήματα στο σχολείο_____

Αναπνευστικά προβλήματα (άσθμα, βρογχίτιδα κ.α.)_____

Φύλλο Κωδικοποίησης

1. Ηλικία: 1=16 έως 22 ετών, 2=23 έως 29 ετών, 3=30 έως 36 ετών, 4=37 ετών και άνω.
2. Επίπεδο μόρφωσης: 1=Απόφοιτος Δημοτικού, 2=Απόφοιτος Γυμνασίου, 3=Απόφοιτος Λυκείου, 4=Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής.
3. Εργάζεστε: 1=Ναι, 2=Όχι
4. Επάγγελμα: 1= επιστήμονες, στελέχη επιχειρήσεων, καλλιτέχνες κ.α., 2= επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι, 3= υπάλληλοι γραφείου, δημόσιοι υπάλληλοι, 4= ιδιωτικοί υπάλληλοι, 5= παροχή υπηρεσιών.
5. Εργασία πριν την εγκυμοσύνη: 1=Ναι, 2=Όχι.
6. Οικονομική κατάσταση: 1=Κακή, 2=Μέτρια, 3=Καλή.
7. Οικογενειακή κατάσταση: 1=Παντρεμένη, 2=Ανύπαντρη, 3=Ανύπαντρη, αλλά συζεί/αρραβωνιασμένη, 4=Διαζευγμένη, 5=Χήρα, 6=Σε διάσταση.
8. Διαμονή με πατέρα αγέννητου παιδιού: 1=Ναι, 2=Όχι.
9. Επάγγελμα πατέρα: 1= επιστήμονες, στελέχη επιχειρήσεων, καλλιτέχνες κ.α., 2= επιχειρηματίες, έμποροι, Εμπορικοί υπάλληλοι, 3= υπάλληλοι γραφείου 4= εργάτες, τεχνίτες, ιδιωτικοί υπάλληλοι, 5= παροχή υπηρεσιών, 6=άνεργοι, συνταξιούχοι
10. Οικονομική στήριξη από πατέρα: 1=Ναι, 2=Όχι.
11. Επίπεδο μόρφωσης πατέρα: 1=Απόφοιτος Δημοτικού, 2=Απόφοιτος Γυμνασίου, 3=Απόφοιτος Λυκείου, 4=Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής.
12. Χώρος συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: 1=Δημόσιο Νοσοκομείο, 2=Ιδιώτης γιατρός
13. Παρακολούθηση από ειδικό γιατρό: 1=Ναι, 2=Όχι.
14. Μήνας εγκυμοσύνης: Δεν υπάρχει κωδικοποίηση.
15. Επιθυμητή εγκυμοσύνη: 1=Ναι, 2=Όχι.
16. Πρώτη εγκυμοσύνη: 1=Ναι, 2=Όχι.
17. Αριθμός κυήσεων: Δεν υπάρχει κωδικοποίηση.
18. Διακοπή εγκυμοσύνης: 1=Ναι, 2=Όχι.
19. Αριθμός διακοπών: Δεν υπάρχει κωδικοποίηση.
20. Πρόωρη γέννα: 1=Ναι, 2=Όχι.
21. Σωματικό βάρος: 1=600 μέχρι 1600 γραμμάρια, 2=1601 μέχρι 2600 γραμμάρια, 3= 2601 μέχρι 3600.
22. Αριθμός παιδιών: Δεν υπάρχει κωδικοποίηση.

23. Ομαλή εγκυμοσύνη: 1=Ναι, 2=Όχι.
24. Επιπλοκές: 1=αιμορραγία, 2=ναυτία, 3=εμετοί, 4=χαμηλός αιματοκρίτης, 5= αποκόλληση υμένα, 6=συσπάσεις, 7=θρομβοφιλία, 8=διαβητική κύηση.
25. Μήνας αντίληψης εγκυμοσύνης: Δεν υπάρχει κωδικοποίηση
26. Κάπνισμα αυτή τη περίοδο: 1=Ναι κάθε μέρα, 2=Ναι, όχι κάθε μέρα αλλά τουλάχιστον ένα τσιγάρο το μήνα, 3=Όχι, καθόλου αλλά κάπνιζα σε καθημερινό επίπεδο στο παρελθόν, 4=Όχι, δεν έχω καπνίσει συστηματικά ποτέ.
27. Περιγραφή για κάπνισμα: 1=Είμαι καπνίστρια και δεν προτίθεμαι να το κόψω, 2=Είμαι καπνίστρια και σκέφτομαι να το κόψω, 3=Είμαι καπνίστρια αλλά δεν έχω καπνίσει από όταν έμεινα έγκυος, 4=Δεν καπνίζω, 5=Δεν καπνίζω αλλά είμαι παθητική καπνίστρια
28. Κάπνισμα πατέρα: 1=Ναι, 2=Όχι.
29. Ηλικία έναρξης καπνίσματος: 1=13 έως 17 ετών, 2=18 έως 22 ετών, 3=23 έως 27 ετών.
30. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα: 1=1 έως 10 τσιγάρα, 2=11 έως 20 τσιγάρα, 3=21 έως 30 τσιγάρα.
31. Συχνότητα καπνίσματος: 1=ελάττωση καπνίσματος, 2=αύξηση καπνίσματος, 3=στην ίδια συχνότητα.
32. Πότε καπνίζετε περισσότερο 1: 1=την ημέρα, 2=το βράδυ, 3=τα Σαβ/κα, 4=σε κοινωνικές εκδηλώσεις, 5=το ίδιο.
33. Πότε καπνίζετε περισσότερο 2: 1=όταν είμαι μόνη, 2=όταν είμαι με τον σύζυγο/φίλο, 3=όταν είμαι με άλλους καπνιστές, 4=το ίδιο.
34. Λόγοι συνέχισης: Αντιμετώπιση 1=άγχους/στρες, 2=ανεργίας, 3=μοναξιά εγκυμοσύνης, 4=οικογενειακή προβλήματα, 5=βια κοινωνίας, 6=περνάω την ώρα μου, 7=έλεγχος βάρους, 8=συνήθεια, απόλαυση.
35. Προσπάθεια διακοπής: 1=Ναι, 2=Όχι, 3=Όχι αλλά θέλω να το κάνω.
36. Ενέργειες διακοπής: 1=αυτοκόλλητα νικοτίνης, 2=τσίγλες, 3=σπράυ, 4=συμβουλευτήκα ειδικό, 5=φυλλάδια, 6=μόνη, διαρκή απασχόληση.
37. Πρέπει να διακόψετε το κάπνισμα: 1=Ναι, 2=Όχι
38. Γιατί πρέπει να το διακόψετε: 1=επιβάρυνση υγείας παιδιού, 2=επιβάρυνση υγείας εγκύου, 3=προκαλεί ενόχληση
39. Κάπνισμα τσιγάρου γενικά: 1=Ναι, 2=Όχι
40. Περιγραφή συναισθημάτων για κάπνισμα: 1=έχω δυνατή επιθυμία να καπνίσω, 2=έχω μερικές φορές την επιθυμία να καπνίσω, 3=δεν νιώθω ότι πρέπει να καπνίσω
41. Διαμονή με καπνιστές: 1=Ναι, 2=Όχι.

42. Καπνίζουν μπροστά σας: 1=Ναι, 2=Όχι.
43. Ενόχληση από καπνό: 1=Ναι, 2=Όχι.
44. Πως ενοχλεί ο καπνός: 1= ενοχλεί η μυρωδιά, 2= κλείνει ο λαιμός, 3= δυσφορία, 4= ανακατωσούρα, 5= κάνει κακό στην υγεία
45. Ενθάρρυνση για κάπνισμα: 1=Ναι, 2=Όχι.
46. Ηλικία καπνίσματος: 1= 14 έως 21 ετών, 2= 22 έως 29 ετών, 3= 30 έως 37 ετών.
47. Χρόνια καπνίσματος: 1= 1 έως 10 χρόνια, 2= 11 έως 20 χρόνια.
48. Πριν πόσο καιρό σταματήσατε το κάπνισμα: 1= 1 έως 10 μήνες, 2= 11 έως 20 μήνες, 3= 21 έως 30 μήνες, 4= 31 έως 40 μήνες.
49. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα: 1= 1 έως 10 τσιγάρα, 2= 11 έως 20 τσιγάρα, 3= 21 έως 30 τσιγάρα, 4= 31 έως 40 τσιγάρα.
50. Τι σας περιγράφει: 1=το έκοψα πάρα πολύ εύκολα, 2=εύκολα, 3=δύσκολα, 4=πάρα πολύ δύσκολα.
51. Λόγοι διακοπής καπνίσματος: 1=ανάγκασε ο σύζυγος/φίλος, 2=συμβούλευσε γιατρός, 3=κακό στην υγεία μου, 4=κακό για παιδί, 5=είναι ακριβά, 6=λόγω απέχθειας καπνού, δυσφορία.
52. Βοήθεια για διακοπή καπνίσματος: 1=κανένας, 2=ο σύζυγος/φίλος, 3=μητέρα/πατέρας, 4=φίλοι, 5=κάποιος ειδικός, 6=προγράμμα Μ.Μ.Ε., 7=θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης, 8=δεν καπνίζει ο σύζυγος.
53. Θα ξεκινήσετε ξανά το κάπνισμα: 1=ναι, πριν τη γέννηση, 2=ναι, μετά τη γέννηση, 3=ναι, μετά το θηλασμό, 4=όχι, 5=δεν ξέρω.
54. Γιατί θα το κάνετε: 1=θλιβερό γεγονός, 2=λόγω εθισμού, 3=λόγω στρες, 4=από συνήθεια, 5=για παρέα.
55. Κατανάλωση αλκοόλ: 1=Ναι, 2=Όχι.
56. Κατανάλωση αλκοόλ τώρα: 1=Ναι, Όχι.
57. Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε την εβδομάδα: 1=1-2 ποτήρια, 2=3-4 ποτήρια, 3=5 ή παραπάνω ποτήρια.
58. Πόσο αλκοόλ καταναλώνετε το Σαβ/κο: 1=1-2 ποτήρια, 2=3-4 ποτήρια, 3=5 ή παραπάνω ποτήρια.
59. Θα έπρεπε να πίνετε λιγότερο: 1=Ναι, 2=Όχι.
60. Ενόχληση για άσκηση κριτικής: 1=Ναι, 2=Όχι.
61. Ενοχές για κατανάλωση αλκοόλ: 1=Ναι, 2=Όχι.
62. Αλκοόλ πρώτες πρωινές ώρες: 1=Ναι, 2=Όχι.
63. Κατανάλωση αλκοόλ με κάπνισμα: 1=Ναι, 2=Όχι.

64. Κατανάλωση αλκοόλ από πατέρα: 1=Ναι, 2=Όχι.
65. Πόσο αλκοόλ καταναλώνει ο πατέρας την εβδομάδα: 1=1-2 ποτήρια, 2=3-4 ποτήρια, 3=5 ή παραπάνω ποτήρια.
66. Χρήση ναρκωτικών ουσιών: 1=Ναι, 2=Όχι.
67. Ποια ναρκωτική ουσία: 1=μαριχουάνα, 2=έκσταση, 3=χάπια,
68. Χρήση εισπνεόμενων: 1=Ναι, 2=Όχι, αλλά εισέπνεα στο παρελθόν, 3=Όχι
69. Ποιο εισπνεόμενο: 1=Κόλλα, 2=Διαλυτικά, 3=άλλα φάρμακα.
70. Χρήση ουσιών από πατέρα: 1=Ναι, 2=Όχι.
71. Ποια ναρκωτική ουσία: 1=Χασίς
72. Επιδρά το κάπνισμα στην εγκυμονούσα: 1=Ναι, 2=Όχι.
73. Επιδράσεις: 1=συχνές ναυτίες, εμετούς και άλλα παρόμοια συμπτώματα, 2=διακοπή εγκυμοσύνης, 3=αναπνευστικό πρόβλημα, 4=πρόωρη γεννά, 5=ξηρανση πλακούντα, 6=καταβάλλει τον οργανισμό, 7=εθισμος εμβρύου.
74. Επιδρά το κάπνισμα στο έμβρυο: 1=Ναι, 2=Όχι.
75. Επιδράσεις: 1= βλάβη στο αναπνευστικό σύστημα, 2= ανάπτυξη εμβρύου, 3= αποβολή, 4= βλάβη στο νευρικό σύστημα, 5= μειωμένο βάρος, 6= γενετικές ανωμαλίες, 7= μαθησιακά προβλήματα.
76. Πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.
77. Επιδρά το παθητικό κάπνισμα στο έμβρυο: 1=Ναι, 2=Όχι.
78. Επιδρά το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα στο μωρό: 1=Ναι, 2=Όχι.
79. Νικοτίνη εθιστική ουσία: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
80. Νικοτίνη περνά στο έμβρυο: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
81. Αποβολή από κάπνισμα: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
82. Αργή ανάπτυξη του εμβρύου: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
83. Χαμηλό βάρος γέννησης: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
84. Πρόωρη γεννά: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
85. Αιμορραγία στον πλακούντα: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
86. Τερατογεννέση: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
87. Θάνατος παιδιού: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
88. Πρόβλημα ανάπτυξης πνεύμονα: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.
89. Αργή εγκεφαλική ανάπτυξη: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.

90. Μαθησιακά προβλήματα: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.

91. Αναπνευστικά προβλήματα: 1=Σωστό, 2=Λάθος, 3=Δεν γνωρίζω.