

Α. Τ. Ε. Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ. Ε. Υ. Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΓΓΕΛΟΥ ΜΑΓΔΑ
ΒΕΛΛΙΟΥ ΚΑΤΕΡΙΝΑ
ΦΕΤΦΑΤΖΗ ΜΑΡΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ ΖΑΧΑΡΕΝΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.	
Εισαγωγή	.....
2. Ιστορική	
διαδρομή	.....
3. Το φυτό	
καπνός	.....
4. Προϊόντα	
καπνού	.....
4.1. Πληροφορίες σχετικά με τη	
νικοτίνη	.....
4.1.α. Πιθανές	
επιπτώσεις	.....
4.1.β. Οι κίνδυνοι που πρέπει να	
γνωρίζουμε	.....
4.2. Τι ακριβώς συμβαίνει μέσα μας όταν ανάβουμε	
τσιγάρο	.....
4.3. Πως δρα το μονοξείδιο του	
άνθρακα	.....
5. Light	
τσιγάρα	.....
6. Οι κυριότερες συνέπειες του καπνίσματος στην	
υγεία	.....
6.1. Το κάπνισμα και οι επιπτώσεις στην	
υγεία	.....
6.1.1.	
Νοσηρότητα	.....
6.1.2.	
Θνησιμότητα	.....
6.1.3. Κάπνισμα, σεξουαλική ζωή και	
αναπαραγωγή	.....
6.1.4. Η επίδραση του καπνίσματος στην	
εμφάνιση	.....
6.1.5. Κάπνισμα και	
δέρμα	.....
6.1.6. Κάπνισμα και σωματικό	
βάρος	.....
6.2. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη	
καρδιά	.....
6.2.1. Η νόσος των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς	
(στηθάγχη – έμφραγμα του	
μυοκαρδίου)	.....

6.2.2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	
6.2.3. Αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (διαλείπουσα αυλότητα).....	
6.2.4. Δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος.....	
6.2.4.α. Συγγενές σύνδρομο (ή οικογενές).....	
6.2.4.β. Σπασμός των στεφανιαίων αγγείων.....	
6.2.4.β.1. Αρτηριοσκλήρυνση.....	
6.2.4.β.2. Στεφανιαία νόσος.....	
6.3. Ο καρκίνος του πνεύμονα.....	
6.3.1. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.....	
6.4. Καρκίνος οισοφάγου.....	
6.5. Καρκίνος του λάρυγγα.....	
6.6. Το κάπνισμα μειώνει τον δείκτη νοημοσύνης.....	
6.7. Η κακοποίηση του εγκεφάλου από το κάπνισμα.....	
6.8. Η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο όπως η ηρωίνη.....	
6.9. Η απώλεια της μνήμης και το κάπνισμα.....	
6.10. Σκλήρυνση κατά πλάκας.....	
6.11. Το κάπνισμα είναι συχνή αιτία τύφλωσης.....	
6.12. Πρόωρη απώλεια δοντιών λόγω καπνίσματος.....	
6.13. Ροχαλητό και το παθητικό ή ενεργητικό κάπνισμα.....	
6.14. Ενδεχόμενο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού για τις έφηβες καπνίστριες.....	

7. Παθητικοί

καπνιστές.....

7.1. Παθητικό κάπνισμα: Ποιους και πόσους καρκίνους προκαλεί το παθητικό κάπνισμα.....	
7.2. Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον καρκίνο των πνευμόνων στα παιδιά.....	
7.3. Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο τύφλωσης.....	

- 7.4. Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου της μύτης.....
- 7.5. Ο κίνδυνος του θανάτου σε βρέφη από τον καπνό του τσιγάρου.....
- 8. **Ο βήχας των καπνιστών και ο «σιωπηλός δολοφόνος»**.....
- 9. **Πώς να διακόψετε το κάπνισμα**.....
 - 9.1. Πριν το κόψετε...οργανωθείτε.....
 - 9.2. Κόβοντας το τσιγάρο: Έντεκα βήματα προς την επιτυχία.....
 - 9.3. Έξι βοηθήματα που στηρίζουν την διακοπή του καπνίσματος.....
 - 9.3.1. Υποβολή.....
 - ...
 - 9.3.2. Βελονισμός.....
 - ...
 - 9.3.3. Σπρέι νικοτίνης.....
 - 9.3.4. Τσίγλες νικοτίνης.....
 - 9.3.5. Αυτοκόλλητα νικοτίνης.....
 - 9.3.6. Κέντρα υγιεινής διαβίωσης.....
 - 9.4. Φάρμακο για την διακοπή του καπνίσματος.....
 - 9.5. Εμβόλιο κατά του καπνίσματος.....
 - 9.6. Κυκλοφορεί το νέο φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος.....
- 10. **Όταν κόψετε το τσιγάρο – οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος**.....
- 11. **Η Ψυχολογία του καπνιστή**.....
 - 11.1. Ποια η σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και καπνίσματος.....
 - 11.2. Το συγκινησιακό μπερδεμα , οι συμβολισμοί και οι κοινωνικές αναπαραστάσεις του καπνίσματος στην εφηβεία.....
 - 11.2.1 Το προφίλ του εφήβου και η σχέση του με το κάπνισμα.....
 - 11.2.2. Προαγωγή της υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος σε μαθητές....
 - 11.2.3. Τι δείχνουν οι μελέτες σχετικά με την ψυχολογία του εφήβου.....
 - 11.2.4. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και ο συμβολισμός του τσιγάρου.....

- 11.2.5. Ποιοι παράγοντες οδηγούν τον έφηβο στο κάπνισμα.....
- 11.2.6. Πολιτική πρόληψης του καπνίσματος στους εφήβους
- 12. **Το κάπνισμα στους εφήβους. Πως μπορούν οι γονείς να το αποτρέψουν.....**
 - 12.1. Τα παιδιά μιμούνται τους γονείς.....
 - 12.2. Πως μπορούν οι γονείς να το αποτρέψουν.....
 - 12.2.1. Η νικοτίνη είναι μια εθιστική ουσία.....
 - 12.2.2. Τα κορίτσια εθίζονται στην νικοτίνη πιο εύκολα από τα αγόρια.....
 - 12.3. Η προσέγγιση προς τους εφήβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.....
 - 12.4. Ο ρόλος των γονέων.....
 - 12.5. Κάπνισμα και παιδί.....
- 13. **Οι επιπτώσεις στην οικονομία του κράτους και οι οικονομικές απώλειες του καπνιστή.....**
 - ...
 - 13.1. Κάπνισμα και οικονομία.....
 - 13.1.1. Η οικονομία του καπνού.....
 - 13.1.1.1. Εισαγωγή.....
 - 13.1.1.2. Το κόστος του καπνίσματος στη βιομηχανία.....
 - 13.1.1.3. Πυρκαγιές.....
 - 13.1.1.4. Το κόστος για το κράτος.....
- 14. **Κάπνισμα και διαφήμιση.....**
- 15. **Άρθρα και έρευνες σχετικά με το κάπνισμα.....**
 - 15.1. Εφηβεία και κάπνισμα.....
 - 15.2. Παγκόσμια Μελέτη για το Κάπνισμα στους Νέους - Βουλγαρία. Επίπτωση, γνώσεις και στάση απέναντι στο κάπνισμα.....
 - 15.3. Κάπνισμα.....
 - 15.4 Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του στόματος.....

15.4.1. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στο στόμα.....	
15.4.2. Οδοντικά εμφυτεύματα.....	
15.4.3. Κάπνισμα και καρκίνος του στόματος.....	
15.4.4. Πρόληψη.....	
15.4.5. Πρώιμη διάγνωση.....	
15.4.6. Ο ρόλος του οδοντιάτρου στην πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος.....	
15.4.7. Πρώιμη διάγνωση.....	
15.4.8. Κάπνισμα μια βλαβερή έξη-υπάρχουν τρόποι διακοπής.....	
15.4.9. Χρήση καπνού σε παιδιά ηλικίας 10-15 ετών.....	
15.4.10.Συσχέτιση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου, μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος.....	

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

16. Μέθοδος ανάλυσης.....	
16.1.Θέμα:Το κάπνισμα στην εφηβεία.....	
16.2.Μεθοδολογία.....	
17. Ανάλυση ερωτηματολογίου.....	
18. Στατιστικά στοιχεία.....	
19. Συζήτηση.....	
20. Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	

Γ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

21.Διάταξη για την απαγόρευση του καπνίσματος.....	
22.Νομοθεσία για περιορισμό στην παραγωγή καπνού και παρασκευή και πώληση τσιγάρων.....	
23.Νομοθεσία για αλλαγή συνηθειών του καπνιστή.....	

Βιβλιογραφία.....

.....

-

Εισαγωγή

Κατά τον 21^ο αιώνα γεννήθηκε και εξελίχθηκε μια νέα επιδημία. «Η εξάρτηση από τον καπνό». Τα τελευταία 40 χρόνια, εξαιτίας της αύξησης της κατανάλωσης των τσιγάρων, η χρήση καπνού εξελίχθηκε σε ιδιαίτερο κίνδυνο για την παγκόσμια υγεία.

Το κάπνισμα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στον κόσμο. Ευθύνεται για 1 στους 10 θανάτους ενηλίκων σε παγκόσμια κλίμακα. Δηλαδή από το κάπνισμα πεθαίνουν αυτή τη στιγμή 5 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο. Σύμφωνα με έρευνες, αν η καπνιστική συνήθεια θα συνεχιστεί με τον σημερινό αριθμό, μέχρι το 2025 το κάπνισμα θα κοστίζει 10 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές το χρόνο. Οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές (περίπου 650 εκατ. Άνθρωποι) θα πεθάνουν τελικά από κάποια νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα.

Υπεύθυνοι άμεσα για τον εθισμό και την διαιώνιση της καπνιστικής συνήθειας και τις βλαπτικές επιπτώσεις που αυτή φέρει στην υγεία είναι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα. Εκτός από τη νικοτίνη, η οποία είναι ένα ιδιαίτερα ισχυρό δηλητήριο, οι συνέπειες στην υγεία οφείλονται στις 2500 περίπου τοξικές ουσίες που περιέχονται στα φύλλα καπνού, καθώς και στις περίπου 4000 ουσίες που παράγονται κατά την καύση των φύλλων τους.

Το κάπνισμα δεν υπήρξε ποτέ προϊόν λογικής. Οι επιλογές των καπνοβιομηχανιών για την προώθηση των προϊόντων τους αφορούν απεριόριστες εικονικές εκδοχές τις ιστορίας, της παράδοσης, των θρύλων και των επιθυμιών έτσι ώστε η διαφήμιση να απευθύνεται στη συναισθηματική σφαίρα, παρά στη συνειδητοποιημένη λογική επιλογή.

«Υπάρχει κάποιος τύπος τσιγάρων για κάθε προσωπικότητα και κάποια προσωπικότητα για κάθε τύπο τσιγάρων».

Η επιθετική διαφημιστική πολιτική των καπνοβιομηχανιών έχει αυξήσει κατά πολύ τις εξαγωγές τσιγάρων από τις καπνοπαραγωγικές ή τις χώρες επεξεργασίας καπνού.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην αύξηση της θνησιμότητας, τις θνητότητας και της εν γένει νοσηρότητας είναι πλέον αποδεδειγμένες.

Οι καπνιστές αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα κατά μέσω όρο 5 έως 10 φορές στα αναπτυγμένα κράτη, ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για περισσότερους από 80% των περιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου σε ολόκληρο το σώμα, ενώ είναι ίσως ο βασικότερος προδιαθεσικός παράγοντας αγγειοπάθειας της οποίας δυστυχώς κορωνίδα αποτελεί η στεφανιαία νόσος. Είναι αποδεδειγμένο πλέον ότι το κάπνισμα, σαν ανεξάρτητος παράγοντας, διπλασιάζει και τον κίνδυνο θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Το κάπνισμα αποτελεί τον πρώτο από τους δέκα κυριότερους παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για σοβαρά νοσήματα στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Ακολουθούν η αρτηριακή υπέρταση, ο αλκοολισμός, η υπερχολυστερινεμία, η παχυσαρκία και άλλες. Προκαλεί νοσήματα που ακόμα και οι πιο εύρωστες οικονομικά χώρες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν.

Εκτός από τα χρήματα που ξοδεύονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, η συνήθεια από μόνη της είναι οικονομικά δυσβάστακτη. Έχει υπολογιστεί, για παράδειγμα, ότι αν με τα δυο τρίτα των χρημάτων που ξοδεύονται για τσιγάρα αγοράζονταν τροφή, θα ήταν αρκετή να σώσει 10 εκατομμύρια ανθρώπους από την πείνα.

Οι εργαζόμενοι στο χώρο υγείας (φαρμακοποιοί, οδοντίατροι, νοσηλεύτριες, μαίες, φυσιοθεραπευτές και γιατροί) οι οποίοι ο καθένας από την θέση του έρχονται σε επαφή με μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, έχουν την ευκαιρία να ενημερώσουν και να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αλλάξουν συμπεριφορά όσον αφορά το κάπνισμα.

Οι επαγγελματίες της υγείας, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι όταν έρχονται σε επαφή με έφηβους ή νεαρούς ενήλικες καπνιστές για τους εξής λόγους:

- **Το κάπνισμα των εφήβων προκαλεί τόσο αναπνευστικά, όσο και μη αναπνευστικά προβλήματα, εθισμό στη νικοτίνη και αυξάνει την πιθανότητα χρήση απαγορευμένων ουσιών. Οι έφηβοι που καπνίζουν, έχουν επηρεασμένη πνευμονική λειτουργία, ενώ ελαττώνεται ο ρυθμός ανάπτυξης των πνευμόνων τους.**
- **Στους ενήλικες το κάπνισμα προκαλεί καρδιοπάθειες και ισχαιμικά επεισόδια, τόσο στην καρδιά όσο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι πρόωρα σημεία μπορεί να υπάρχουν από την εφηβεία.**
- **Οι καπνιστές έφηβοι έχουν ταχυκαρδία σε σχέση με τους μη καπνιστές.**
- **Οι έφηβοι που καπνίζουν αυξάνουν τη πιθανότητα να έχουν προβλήματα συμπεριφοράς, διπλασιάζουν τη πιθανότητα χρήσης οινόπνευματος, οχταπλασιάζουν τη πιθανότητα χρήσης μαριχουάνας, ενώ εικοσιδιπλασιάζουν την πιθανότητα χρήσης κοκαΐνης.**

Από τη δεκαετία του 80 έχει γίνει γνωστό ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για σοβαρότατες ασθένειες τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο ευθύνεται για περισσότερους από 600 θανάτους κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η έκθεση σε καπνό στο περιβάλλον του σπιτιού μπορεί να ευθύνεται για 2700 θανάτους σε ηλικία άνω των 65 ετών. Τα στοιχεία αυτά είναι δραματικά και θα μπορούσε εύκολα να τα αναγάγει κανείς στην Ελλάδα όπου το ποσοστό του καπνίσματος είναι κατά περιοχές μέχρι και διπλάσιο (45-60%) από αυτό της Μ. Βρετανίας (30%) ενώ οι ελεύθεροι καπνού δημόσιοι χώροι είναι ίσως ουτοπία.

Οι γιατροί που έρχονται σε επαφή με καπνιστές θα πρέπει να τους ενημερώνουν για τις επιπτώσεις του καπνίσματος. **Η συμμετοχή όλων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της επιδημίας που λέγεται κάπνισμα.** Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας θα πρέπει να λειτουργούν ως πρότυπα τόσο για τους ασθενείς όσο και τους καπνιστές εν γένει, αφενός κόβοντας οι ίδιοι το κάπνισμα και αφετέρου ενημερώνοντας, καθοδηγώντας και βοηθώντας στη πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος. Θα πρέπει ακόμα να ενεργήσουμε ώστε τόσο ο εργασιακός χώρος όσο και οι χώροι δημόσιας χρήσης να είναι χώροι που απαγορεύεται το κάπνισμα.

Ιστορική διαδρομή

Ο Καπνός και πληθυντικός τα καπνά είναι είδος του φυτού « Νικοτιάνη» που οφείλει όνομα της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νίκοτ (Nicot), που την εισήγαγε και τη το διέσωσε στη Γαλλία το 1560. Ο Jean Nicot θέλοντας να ανακουφίσει τη βασίλισσα των Μεδίκων και τον γιο της από τους φοβερούς πονοκεφάλους που τους ταλαιπωρούν, της έστειλε αποξηραμένα φύλλα καπνού με μια λεπτομερή περιγραφή για το πώς να τα χρησιμοποιεί και ποιες ωφέλειες προκύπτουν από τη χρήση τους. Την εποχή εκείνη πολύς κόσμος πίστευε στις θεραπευτικές ιδιότητες του καπνού.¹

Ο καπνός προέρχεται από την Αμερική από τις περιοχές νοτιότερα από το Μεξικό. Αρχαιολογικές έρευνες διαπίστωσαν ότι εκεί η χρήση του καπνού ήταν γνωστή 500 χρόνια πριν από την ανακάλυψη της Αμερικής.

Η είδηση περί καπνού και χρησιμοποίησής του έφθασε στην Ευρώπη από το περιβάλλον του Κολόμβου. Το 1492 εξερευνώντας την Κούβα συνάντησαν Ιθαγενείς, που εισέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φύλλα. Ο ιεραπόστολος Ραμόνο Πόντε, που συνόδευε τον Κολόμβο στο δεύτερο ταξίδι του (1494-1496), παρατήρησε ότι οι ιθαγενείς εισέπνεαν σκόνη καπνού και έκανε σχετικές ανακοινώσεις προς τον Πέτρο της Βερόνης. Το 1502 οι Ισπανοί στα παραλία της Ν. Αμερικής μεταξύ των κατοίκων τη συνήθεια του μασήματος των φύλλων του καπνού.

Οι ιθαγενείς πολλές φορές χρησιμοποιούσαν ξύλινη σύριγγα σε σχήμα διχάλας (Y), ώστε να εισπνέουν από τα δυο άκρα, που ήταν τυλιγμένα με φύλλο αραβοσίτου.

Στην Ευρώπη ο καπνός μεταφέρθηκε από τους Ισπανούς το 1519. Στη Γαλλία αναπτύσσονταν το 1556. Στην Ιταλία καλλιεργήθηκε το 1575. Στην Αγγλία καλλιέργησαν τον καπνό το 1613. Στην Ολλανδία καλλιεργήθηκε το 1615. Στην Ελλάδα μεταφέρθηκε ο καπνός στα τέλη του 16^{ου} αιώνα. Η διάδοση της χρήσης του καπνού τα πρώτα χρόνια προκάλεσε σφοδρές συζητήσεις και πολεμήθηκε από την εκκλησία και το κράτος. Οι θρησκευτικοί αρχηγοί αναθεμάτιζαν όσους κάπνιζαν.

Μέχρι σήμερα σώζονται στις βιβλιοθήκες του Άγιου Όρους αφορισμοί και απαγορεύσεις των Πατριαρχών και άλλων Πατέρων της χριστιανικής Εκκλησίας. Πολλοί σουλτάνοι επέβαλλαν την ποινή του θανάτου στους καπνιστές. Όμως παρόλη την καταδίωξη, ίσως και χάριν σ' αυτήν, ο καπνός επιβλήθηκε και συνεχίζει να χρησιμοποιείται ως σήμερα. Στα μέσα του ΙΖ' αιώνα ο καπνός ήταν γενικά διαδεδομένος στη Δύση.

Η καλλιέργεια του καπνού στην Αγγλία απαγορεύονταν μέχρι το 1910 παρόλο που η εισαγωγή της συνήθειας του καπνίσματος στην Ευρώπη οφείλεται στους Άγγλους, που το 1586 από την αποικία τους, τη σημερινή Βιργίνια της Αμερικής, έφεραν το υλικό και τα όργανα στον Ουόλττερ Ρώλι (Raleigh). Οι άποικοι που ο Ρώλι εγκατέστησε στη Βιργίνια, άρχισαν τη συστηματική καλλιέργεια του καπνού στην Αμερική.

Το 1636 Ισπανοί έφεραν τη συνήθεια της εισπνοής καπνού στην Ιταλία, που αμέσως ο πάπας Ουρβανός Η' απαγόρευσε με εγκύκλιο για ένα περίπου αιώνα, έως το 1724. Στο διάστημα του ΙΖ' αιώνα το κάπνισμα διαδόθηκε ταχύτητα σε όλο τον κόσμο, παρά τις απαγορεύσεις της Πολιτείας και της Εκκλησίας. Έκτοτε σταδιακά οι χώρες η μια μετά την άλλη επιδόθηκαν στην εκμετάλλευση καπνού με εργοστάσια, βιομηχανίες, ταμεία, γραφεία, εμπορία, εξαγωγές, εισαγωγές κ.λ.π. Στην Ελλάδα τις πρώτες σιγαροποιητικές μηχανές εισήγαγαν το 1909 οι βιομήχανοι Βάρκας και Καραβασίλης.²

Το φυτό καπνός

3. Το φυτό καπνος

Το φυτό καπνός είναι ετήσιο ποώδες και φθάνει στο ύψος των 3 μέτρων. Ο καρπός είναι κάψα. Τα άνθη σχηματίζουν ταξιανθία στην κουφή του βλαστού, είναι συμπέταλα, πενταμερή, κοκκινωπά, λευκά ή κιτρινοπράσινα ανάλογα με την ποικιλία. Τα φύλλα είναι απλά με ή χωρίς μίσχο, χνουδωτά και γλοιώδη.

Η μεγάλη σημασία εστιάζεται στα φύλλα του καπνού, τα οποία περιέχουν κυρίως δυο ιδιάζουσες ουσίες πάρα πολύ δραστικές, την νικοτίνη και την νικοτιανίνη. Η ναρκωτική επίδραση των φύλλων του καπνού οφείλεται στην νικοτίνη, η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό, άχρωμο και δηλητηριώδες. Τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ουσίες φυτικής προέλευσης με αλκαλικές αντιδράσεις που επιδρούν βαθιά στο νευρικό σύστημα των ζώντων οργανισμών. Τέτοια είναι η κοκαΐνη, μορφίνη, η στρυχνίνη, και η καφεΐνη. Η φυσική της μορφή είναι άχρωμο έλαιο, πικρό και καυτερό που σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα. Η νικοτίνη διαλύεται στο νερό και στο σάλιο. Μια σταγόνα αρκεί για να θανατώσει ένα σκύλο μέτριου μεγέθους. Γι' αυτό άλλωστε χρησιμοποιείται κατά διαφόρων ζωικών και φυτικών ασθενειών. Στην κτηνιατρική χρησιμοποιείται σαν ισχυρό φάρμακο κατά των παρασίτων του δέρματος (ψύλλων, κοριών, τσιμπουριών, κ.λ.π.) και μάλιστα αναμεμειγμένη με το νερό. Το απόβρεγμα του καπνού χρησιμοποιείται ως εντομοκτόνος ουσία, το δε αφέψημα των καπνόφυλλων καταπολεμά την αρρώστια «μελίγκρα». Η μελίγκρα ακόμη καταπολεμείται με καθαρή διάλυση νικοτίνης.

Την ναρκωτική αυτή επίδραση των φύλλων του καπνού δέχεται ο καπνιστής, αφού τα φύλλα ξηραθούν και επεξεργαστούν κατάλληλα. Έχουν επινοηθεί διάφοροι τρόποι για την χρήση των φύλλων του καπνού:

- α) τα καπνίζουν ως βιομηχανοποιημένα σιγαρέτα, πούρα, καπνό σιγαρέτων, καπνό με καπνοσύριγγες, καπνό με φιαλλοσύριγγες
- β) τα εισπνέουν από τη μύτη και
- γ) τα μασούν στο στόμα ανάλογα με τις ποικιλίες και επεξεργασίες.

Το φυτό και ο αποθηκευμένος καπνός περνούν διάφορες διαδικασίες : τα φυτά σπέρνονται με σπόρο σε προφυλλαγμένα σπορεία. Μόλις αποκτήσουν 4-6 φύλλα μεταφυτεύονται στον αγρό. Η ωρίμανση των φύλλων αρχίζει μετά από δύο μήνες και γίνεται η συγκομιδή ξεκινώντας από τα χαμηλότερα φύλλα, που ωριμάζουν νωρίτερα. Τα ώριμα φύλλα διακρίνονται από κίτρινες, μεγάλες κηλίδες και μαζεύονται προ της ανατολής ηλίου. Η τελείωση της ωρίμανσης (ίδρωμα) γίνεται μέσα σε αποθήκες, όπου τα φύλλα στοιβάζονται και σκεπάζονται. Μετά πέρνιουνται σε ράμμα (ορμαθός) από τη βάση τους για να αποξηραθούν σε ξηραντήρια (λιάστρες) και να γίνουν κατακίτρινα. Γύρω στο Νοέμβριο τα ξηρά φύλλα νοτίζουν και έτσι συσκευάζονται σε δέρματα χωρίς να θρύβονται. Από δω θα βγουν τα βιομηχανοποιημένα προϊόντα, των οποίων η προβολή και η διαφήμιση ενθαρρύνει και προάγει την κατανάλωση του καπνού.

Προϊόντα καπνού

4 Προϊόντα καπνού

Όταν καίγεται ένα τσιγάρο με βάση τη θερμοδυναμική παράγονται περίπου 4.000 ουσίες – ενώσεις υπό στερεά, υγρή και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 900°C και ποικίλει αυτή μέχρι το άλλο άκρο. Τα παραγόμενα συστατικά αυτά περιλαμβάνουν πολλά, τα οποία είναι γνωστά από τη φαρμακολογία ως δραστικά, τοξικά, μεταλλαξιογόνα και καρκινογόνα.

Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγράψει μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυχρωματικούς υδρογονάνθρακες, ετερόκυκλους υδρογονάνθρακες, Ν-νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεϋδές, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ουσίες και ραδιενεργά στοιχεία. Επίσης **ο καπνός περιέχει μεταξύ άλλων και αμμωνία που χρησιμοποιείται στα απορρυπαντικά καθώς και αρσενικό που χρησιμοποιείται στα ποντικοφάρμακα.**

Οι 3 κυρίες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου, είναι η νικοτίνη, η πίσσα, και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Η λεπτομερής χημική ανάλυση του μείγματος από το καιγόμενο τσιγάρο απέδειξε αναλογικώς ότι περιέχει: 8% σωματίδια νικοτίνης 59% άζωτο 14% διοξείδιο του άνθρακα 3% μονοξειδίο του άνθρακα 13% οξυγόνο 2% άλλα αέρια 1% ατμού. Επίσης πίσσα, νερό και περί τις 500 άλλες βλαβερές ουσίες.

Οι περισσότερες ουσίες που παράγονται είναι καρκινογόνες και διακρίνονται:

1. Σε καρκινογόνες ουσίες (INIATORS)
2. Σε μη καρκινογόνες που υποβοηθούν την ανάπτυξη του καρκίνου (PROMOTERS)
3. Σε μη καρκινογόνες αλλά που βοηθούν στην ανάπτυξη της βλάβης του αναπνευστικού συστήματος (ACCELERATORS)

Αναλυτικότερα, τα στάδια της καρκινογέννησης διαιρούνται λειτουργικά σε μια φάση έναρξης μη αντιστρέψιμη που περιλαμβάνει βλάβη στο DNA των κυττάρων και σε μια φάση πρόωθησης, κατά της οποίας, τα κύτταρα, στα οποία έχει αρχίσει η διαδικασία, μετατρέπονται σε καρκινικά.³



4.1 Πληροφορίες σχετικά με την νικοτίνη.

Η νικοτίνη είναι ουσία που περιέχεται στο τσιγάρο και ευθύνεται για τις επιθυμητές επιδράσεις του καπνίσματος. Είναι όμως και το συστατικό του τσιγάρου που προκαλεί τον εθισμό. **Απορροφάτε στους πνεύμονες και φθάνει στον εγκέφαλο μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε λιγότερα από 10 δευτερόλεπτα.**

Λόγω αυτής της μεγάλης ταχύτητας, ο καπνιστής αισθάνεται την επίδραση της νικοτίνης πολύ γρήγορα (ακόμη και αν γίνονταν ενδοφλέβια λήψη της ουσίας, δεν θα έφθανε τόσο γρήγορα στον εγκέφαλο).

Η νικοτίνη επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. **Αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, ανεβαίνει η πίεση, επιταχύνεται ο μεταβολισμός, συστέλλονται τα αιμοφόρα αγγεία και μειώνεται η κυκλοφορία του αίματος στα άκρα.** Γι' αυτό οι καπνιστές έχουν συχνότερα από τους μη καπνιστές παγωμένα χέρια και πόδια. Οι επιδράσεις αυτές καταπονούν τον οργανισμό και είναι παρόμοιες με αυτές που προκαλεί το άγχος.

Η νικοτίνη είναι τοξική ουσία. **Στους ενήλικες μια δόση 0,05 γραμμαρίων καθαρής νικοτίνης προκαλεί το θάνατο.** Στα βρέφη μπορεί να προκληθεί θάνατος με την κατάποση ενός και μόνο τσιγάρου. Η τοξική δράση είναι εμφανής όταν κάποιος καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο: τα συνηθισμένα συμπτώματα είναι βήχας και τάση για εμετό. Ο λαιμός ξηραίνεται, τα μάτια κοκκινίζουν και δακρύζουν. Ενδείξεις ότι το σώμα προσπαθεί να «καταπολεμήσει» την τοξική ουσία.

4.1.α Πιθανές επιπτώσεις.

- Αμέσως μόλις φθάσει η νικοτίνη στον εγκέφαλο, ο καπνιστής αισθάνεται την επίδραση στο σώμα, συνήθως ως αύξηση της ικανότητας αυτοσυγκέντρωσης και μνήμης, μείωση του αισθήματος πείνας ή πόνου και διευκόλυνση της πέψης.
- Το κάπνισμα μπορεί να έχει είτε χαλαρωτική είτε διεγερτική επίδραση. Η επίδραση εξαρτάται κυρίως από την κατάσταση στην οποία που βρίσκεται ο καπνιστής πριν καπνίσει το τσιγάρο και από τις προσδοκίες του στη συγκεκριμένη κατάσταση. Λόγω αυτής της «διττής» ιδιότητας, η νικοτίνη μπορεί εν δυνάμει να είναι πηγή θετικών επιδράσεων σε οποιαδήποτε κατάσταση.
- Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η νικοτίνη δεν φέρνει πραγματική χαλάρωση ή μείωση του στρες. **Αποδείχθηκε ότι αυτό που οι καπνιστές αντιλαμβάνονται ως χαλάρωση ή μείωση του στρες στην ουσία είναι μετριασμός των συμπτωμάτων στέρησης.** Τα συμπτώματα στέρησης (νευρικότητα, ανησυχία,

αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης) εκλαμβάνονται ως αρνητικά, άρα η εξάλειψη ή η μείωση τους με το κάπνισμα εκλαμβάνεται ως ευχάριστη και ανακουφιστική.

4.1. β. Κίνδυνοι που πρέπει να γνωρίζουμε.

Η νικοτίνη είναι εξαιρετικά εθιστική ουσία. Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 60 ως 80% των συστηματικών καπνιστών είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη. **Ενδείξεις εξάρτησης είναι η έντονη επιθυμία για κάπνισμα, οι ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, η ανάπτυξη ανοχής και η εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης όταν ο καπνιστής περιορίζει ή σταματά το κάπνισμα.**

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στέρησης είναι η νευρικότητα, η ανησυχία, η ακατάσχετη επιθυμία για νικοτίνη, οι διαταραχές της αυτοσυγκέντρωσης και του ύπνου, η αυξημένη όρεξη για φαγητό και η καταθλιπτική διάθεση.

Οι περισσότερες καπνιστές που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα κάνουν πολλές αποτυχημένες απόπειρες μέχρις ότου πετύχουν – είναι πολύ δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα αφού το αρχίσουν. Εξάλλου, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ήδη στους εφήβους το κάπνισμα οδηγεί πολύ γρήγορα σε ενδείξεις εξάρτησης (σε μέρες ως βδομάδες από την έναρξη του- ούτε καν συστηματικού καπνίσματος).

Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα πολύ τοξικό αέριο που υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου, το οποίο μειώνει τη μεταφορά του οξυγόνου στα εσωτερικά όργανα, με αποτέλεσμα την αδυναμία και την κακή φυσική κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά γίνονται αντιληπτά πολύ γρήγορα στον καπνιστή μετά την έναρξη του καπνίσματος. Ένα παράδειγμα είναι ότι λαχανιάζει πολύ γρήγορα κάνοντας αθλητισμό ή ανεβαίνοντας σκάλες.

Η μειωμένη κυκλοφορία του αίματος ευθύνεται για τις βλάβες του δέρματος. Το δέρμα των καπνιστών είναι ωχρό και χλωμό, ενώ οι καπνιστές κάνουν περισσότερες ρυτίδες και νωρίτερα από τους μη καπνιστές.

Άλλες αρνητικές συνέπειες που είναι ορατές για τους άλλους ή παρατηρούνται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έναρξη του καπνίσματος είναι τα εξής:

- Τα ρούχα και τα μαλλιά μυρίζουν άσχημα
- Τα δόντια και τα νύχια κιτρινίζουν
- Εμφανίζεται απώλεια της γεύσης και της όσφρησης
- Και επίσης σημαντικό- το κάπνισμα είναι πολύ ακριβό χόμπι

Η πίσσα είναι προϊόν της διαδικασίας της καύσης. **Ένας καπνιστής που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα «καταναλώνει» περίπου ένα φλιτζάνι καθαρής πίσσας το χρόνο.** Η πίσσα καλύπτει τους πνεύμονες, προκαλεί βήχα, αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος και περιέχει καρκινογόνες ουσίες.

Οι κίνδυνοι για την υγεία μακροπρόθεσμα είναι οι εξής :

- **Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου**

- **Αυξημένος κίνδυνος καρδιοπαθειών και άλλων παθήσεων λόγω της διαταραχής της λειτουργίας αιμοφόρων αγγείων και της μειωμένης κυκλοφορίας του αίματος.**

Οι καπνιστές κινδυνεύουν περισσότερο από περιοδοντίτιδες και άλλα προβλήματα της στοματικής κοιλότητας.

Στις γυναίκες, συνδυασμός αντισυλληπτικού χαπιού και καπνίσματος αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο προσβολής από καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ θρόμβωση, έμφραγμα, εγκεφαλικό). Επομένως όσες γυναίκες παίρνουν το χάπι δεν πρέπει να καπνίζουν.

Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει ως συνέπεια το βρέφος να γεννιέται ελλιποβαρές και να αναπτύσσεται με πιο αργούς ρυθμούς. Επίσης, αυξάνονται οι πιθανότητες πρόωρου τοκετού και εμφάνισης του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου σε βρέφη.

Ο καπνός του τσιγάρου είναι από τους πιο επικινδύνους ρύπους της ατμόσφαιρας. Το παθητικό κάπνισμα βλάπτει την ευεξία και την υγεία. Ερεθίζει τη βλεννογόνο των ματιών, της μύτης, και του φάρυγγα, προκαλεί βήχα, πονοκέφαλο, μπορεί να προκαλέσει τάση για εμετό και ναυτία, αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπαθειών, καρκίνου και νοσημάτων του αναπνευστικού (π.χ άσθμα, βρογχίτιδα). Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μεγαλύτερος στα παιδιά.⁴



4.2.Τι ακριβώς γίνεται μέσα μας όταν ανάβουμε τσιγάρο.

Αν υποθέσουμε ότι ο καπνιστής τραβάει μόνο μια ρουφηξιά από το τσιγάρο του και στη συνέχεια το σβήνει, ο μηχανισμός του τίθεται σε λειτουργία αμέσως μετά είναι ο εξής:

Η νικοτίνη που εισπνεύστηκε μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φτάνει παντού συμπεριλαμβανόμενου του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο φτάνει μέσα σε 8 ως 18 δευτερόλεπτα. Εκεί διεγείρει τους νευρώνες και αυτομάτως στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή, δίνεται εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη «ειδοποιείται» η καρδιά να αρχίσει να χτυπά πιο γρήγορα, τα αγγεία συσπώνται, απελευθερώνεται γλυκόζη κ/λ.π.

Η νικοτίνη σε μικρή ποσότητα διεγείρει, ενώ σε μεγάλη ναρκώνει και προκαλεί το θάνατο. **Η περιεκτικότητα της στο αίμα πέφτει κατά 50% μισή ώρα μετά από μια ρουφηξιά και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας.** Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν διαρκεί επίσης περίπου μισή ώρα. Από τη στιγμή που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της, γι' αυτό οι περισσότεροι καπνίζουν περίπου ένα πακέτο την ημέρα, περίπου δηλαδή δυο τσιγάρα την ώρα. Στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη σωρεύεται στον οργανισμό και «αρκεί» ακόμα και για τις ώρες του ύπνου.

Το ανάμα του πρώτου τσιγάρου προκαλεί πάντα μια έντονη ευχαρίστηση, γεγονός που αποδίδεται στο ότι η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση της ντοπαμίνης, μιας ουσίας που μοιάζει με ορμόνη, αλλά στην πραγματικότητα είναι νευροδιαβιβαστής. Η ντοπαμίνη συνδέεται με το συναίσθημα της ικανοποίησης και της απόλαυσης του σεξ ή του καλού φαγητού.

Τα επόμενα τσιγάρα ανάβονται μηχανικά, γιατί δεν προκαλούν το ίδιο αίσθημα ευχαρίστησης. Ο οργανισμός μένει σχετικά αδιάφορος, επειδή τα επίπεδα της νικοτίνης δεν προλαβαίνουν να πέσουν στο μηδέν, και έτσι οι νευρώνες δεν διεγείρονται όσο με το πρώτο τσιγάρο. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου, η νικοτίνη διεγείρει τα εγκεφαλικά κύτταρα, ώστε να δημιουργούν νέους νευρώνες για την υποδοχή της, με αποτέλεσμα, **όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο, τόσο περισσότερα τσιγάρα να ζητά.** Οι νέοι νευρώνες «απαιτούν» τη δική τους «δόση» και το αίσθημα «κορεσμού» των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη ικανοποιείται πλέον με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων. Σύμφωνα με τη σχολή Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Χιούστον, αυτοί οι επιπλέον νευρώνες που κάνουν τον άνθρωπο να αποζητά όλο και περισσότερη νικοτίνη αρχίζουν να ατροφούν και να εξαφανίζονται περίπου ενάμιση μήνα μετά το κόψιμο του τσιγάρου. Η ανάμνηση όμως της ευχαρίστησης που έφερνε κάποτε η νικοτίνη, προκαλώντας έκκριση ντοπαμίνης, διαρκεί, και έτσι ο πρώην καπνιστής μπορεί ανά πάσα στιγμή να παρεκτραπεί και να ξαναρχίσει το κάπνισμα.

4.3 Πως δρα το μονοξειδιο του άνθρακα

Το μονοξειδιο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου είναι η ίδια δηλητηριώδης ουσία που εκπέμπεται από το καυσαέριο των αυτοκινήτων. Ενώ η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, το μονοξειδιο του άνθρακα της στερεί το έξτρα οξυγόνο που της χρειάζεται. Η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη η θερμοκρασία του σώματος πέφτει κατά ένα με δυο δέκατα. Αυτή η «κόντρά» γίνεται αιτία για πολλές καρδιαγγειακές παθήσεις.

Ανάμεσα στους 4.000 ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, η πίσσα είναι από τις πλέον βλαβερές. Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους του στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων κ.λ.π.

Εξαιτίας της πίσσας που εισέρχεται από τον οργανισμό ο οργανισμός αναλώνει όλα τα αποθέματα βιταμίνης C.

Light τσιγάρα

LIGHT ΤΣΙΓΑΡΑ

Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία. Και επειδή το ξέρουμε αυτό, προσπαθούμε να βρούμε τρόπους και να καπνίζουμε και να μη βλάπτουμε. Έτσι γεννήθηκαν τα τσιγάρα light...

Είναι αρκετά χρόνια τώρα που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στην αγορά τα τσιγάρα light, κερδίζοντας σταθερά όλο και μεγαλύτερο μερίδιο στις προτιμήσεις του κοινού. Όπως αναγράφεται στα πακέτα, η πιο χαμηλή περιεκτικότητα ανά τσιγάρο, σε πίσσα και νικοτίνη, είναι 1mg και 0,1mg αντιστοίχως.

Φυσικά, από καμία καπνοβιομηχανία δεν προβάλλεται επισήμως το επιχείρημα ότι τα τσιγάρα αυτά βλάπτουν λιγότερο από τα “βαριά”. Ωστόσο, είναι προφανές ότι αυτή τη σκέψη κάνει ο καταναλωτής που τα προτιμά. Λιγότερη πίσσα και λιγότερη νικοτίνη δεν μπορεί παρά να σημαίνει λιγότερες βλάβες για την υγεία. Έτσι εξηγείται, άλλωστε, το αυξανόμενο ποσοστό καταναλωτών που αλλάζει προτιμήσεις κινούμενο προς τα light τσιγάρα, σχεδόν ως κίνηση συμβιβασμού απέναντι στη δυσκολία του να κόψει το κάπνισμα. Στην πραγματικότητα όμως δεν είναι έτσι. Είναι λιγότερο επικίνδυνα τα τσιγάρα light ή πρόκειται για ένα σπουδαίο τέχνασμα μάρκετινγκ των καπνοβιομηχανιών;

Τα light τσιγάρα δεν κατασκευάζονται από κάποια ειδική ποικιλία καπνού που είναι μειωμένης περιεκτικότητας σε νικοτίνη. Ωστόσο, υπάρχουν επεξεργασίες του καπνού που μπορούν να μειώσουν την περιεκτικότητα σε νικοτίνη. Ένα τσιγάρο περιέχει συνήθως 1 γραμμάριο καπνού και αποδίδει στους πνεύμονες 1mg νικοτίνης, κατά μέσον όρο.

Ανάλογα με την επεξεργασία του καπνού, οι ποσότητες αυτές μπορεί να ποικίλουν από 0,05mg μέχρι 2,5mg. Οι εταιρείες δεν είναι υποχρεωμένες και δεν αναφέρουν πάνω στα πακέτα αν ο καπνός έχει υποστεί και ποιες επεξεργασίες μείωσης νικοτίνης. Αντίθετα, οι εταιρείες τροφίμων είναι υποχρεωμένες να παρέχουν πολλές πληροφορίες.

Διάφορες κατασκευαστικές τεχνικές είναι το κυριότερο μέσο με το οποίο οι εταιρείες παράγουν τα τσιγάρα τύπου light.

Συνοπτικά οι σημαντικότερες από τις τεχνικές αυτές είναι οι εξής:

- Μικρότερη ποσότητα καπνού ανά τσιγάρο.
- Ειδικό τσιγαρόχαρτο που έχει περισσότερους πόρους και επιτρέπει ευκολότερα την είσοδο αέρα.
- Αεριζόμενα φίλτρα (παρατηρήστε τις τρύπες περιμετρικά, περίπου στη μέση του φίλτρου).
- Ταχύτερο τέλειωμα που οφείλεται σε ταχύτερο “κάψιμο”.

Φυσικά, οι τεχνικές αυτές δεν επηρεάζουν καθόλου την πρόσληψη μονοξειδίου του άνθρακα (CO) που είναι ουσιαστικός αλλά “παραμελημένος” παράγων κινδύνου για τους καπνιστές, ιδιαίτερα για όσους πάσχουν από στεφανιαία νόσο. Ακόμα, δεν επηρεάζουν την παραγωγή υδροκυανίου το οποίο ευθύνεται σημαντικά για τις βλάβες

που προκαλούνται στους πνεύμονες (καταστολή λειτουργικότητας του κροσσώτου επιθηλίου).

Από όλα αυτά, ανακύπτει το εξής ερώτημα: έστω και με τις διάφορες κατασκευαστικές τεχνικές, ο καπνιστής πρακτικά δεν εισπνέει λιγότερη πίσσα και νικοτίνη, σε σχέση με τα “κανονικά” τσιγάρα; Κι αν ναι, αυτός δεν είναι ένας σημαντικός λόγος να προτιμά τα τσιγάρα light;

Κάθε καπνιστής είναι εξαρτημένος από τη νικοτίνη. Ο οργανισμός του χρειάζεται συγκεκριμένη ποσότητα νικοτίνης (εξαρτάται από τα χρόνια καπνίσματος αλλά είναι και θέμα γενετικής καθοριζόμενο) και προσαρμόζει αυτόματα, από μόνος του, χωρίς δηλαδή την ενεργό συμμετοχή του καπνιστή, τις καπνιστικές του συνήθειες, ώστε να προσλαμβάνει τη νικοτίνη που χρειάζεται.

Όταν ένας καπνιστής περάσει από “κανονικά” τσιγάρα στα lights, θα παρατηρηθούν τα εξής:

- Οι ρουφηξιές θα γίνουν συχνότερες και πιο βαθιές.
- Θα αυξηθεί ο συνολικός αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Ο καπνιστής, τελικώς, θα παίρνει την ίδια ή και περισσότερη νικοτίνη, πίσσα και μονοξείδιο άνθρακα που φυσιολογικά θα έπαιρνε και με τα “κανονικά” τσιγάρα.

Η απάντηση στο ερώτημα είναι προφανής. Τα τσιγάρα light είναι ένα εντυπωσιακό εύρημα των τμημάτων μάρκετινγκ και δεν αποτελούν ουσιαστική πρόοδο για τη μείωση των επιπτώσεων της κακής αυτής συνήθειας. Το κόψιμο είναι η μόνη ορθή προσέγγιση. Διαφορετικά, έχει ελάχιστη σημασία τι είδους ή μάρκας τσιγάρα καπνίζουμε.⁵



Οι κυριότερες συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία

Το κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία

Το κάπνισμα έχει 50 τρόπους να σου καταστρέψει τη ζωή μέσω μιας ασθένειας και περισσότερους από 20 τρόπους για να σε οδηγήσει στο θάνατο.

Οι μισοί από τους εφήβους κανονικούς καπνιστές, εάν συνεχίσουν το κάπνισμα, θα πεθάνουν από ασθένειες που προκλήθηκαν από αυτό.

Νοσηρότητα

Πολλές ιατρικές καταστάσεις συνδεδεμένες με το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσουν χρόνια προβλήματα υγείας, όπως:

- Αυξημένος κίνδυνος για τους καπνιστές για:
 - Ασθένεια ούλων
 - Μυικές βλάβες
 - Κυνάγχη
 - Πόνος λαιμού
 - Πόνος στην πλάτη
 - Νύστα - Υπνηλία (ανώμαλη κίνηση ματιών)
 - Buerger's ασθένειες (βαριά ασθένεια του κυκλοφορικού)
 - Οφθαλμικές μυκητομολύνσεις
 - Καταρράκτης
 - Οστεοπόρωση
 - Πολύποδας παχέος εντέρου
 - Οστεοαρθρίτιδα
 - Crohn's Χρόνιες παθήσεις
 - Ανικανότητα στύσης
 - Κατάθλιψη
 - PVD
 - Διαβήτης
 - Πνευμονία
 - Απώλεια ακοής
 - Ψωρίαση
 - Γρίπη
 - Ρυτίδωση δέρματος
 - Ανικανότητα
 - Στομαχικό έλκος

- Οπτική νευροπάθεια
 - Ρευματοειδής αρθρίτιδα
 - Τραυματισμοί συνδέσμων
 - Πληγές στους τένοντες
 - Εκφυλισμός κηλίδας
 - Αμβλυωπία καπνού (απώλεια όρασης)
 - Φυματίωση
 - Απώλεια δοντιών
- Λειτουργίες που υποβαθμίζονται στους καπνιστές
 - Εκσπερμάτωση (απώλεια όγκου)
 - Μείωση ποσότητας σπέρματος
 - Γονιμότητα
 - Μείωση κινητικότητας σπέρματος
 - Ανοσοποιητικό σύστημα
 - Μικρότερη ικανότητα σπέρματος να εισχωρήσει στο ωάριο
 - Εμμηνόπαυση (πρόωρη έναρξη)
 - Αυξάνουν οι σπερματικές ανωμαλίες
- Συμπτώματα σοβαρότερα στους καπνιστές
 - Άσθμα
 - Σοβαρές ασθένειες
 - Χρόνια ρινίτιδα (φλεγμονή της μύτης) MS
 - Διαβήτη της αμφιβληστροειδούς χιτώνα (μάτια)
 - Οπτική νευρίτιδα
- Εκδήλωση ασθενειών σε βαρύτερη μορφή στους καπνιστές
 - Κοινό κρυολόγημα
 - Πνευμονία
 - Νόσος του Crohn
 - Φυματίωση
 - Γρίπη

Θνησιμότητα

- Ένας στους δύο μακροχρόνιους καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα εξ αιτίας του καπνίσματος και οι μισοί από αυτούς θα πεθάνουν σε μέση ηλικία.
- Οι περισσότεροι πεθαίνουν από μία εκ των τριών ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (βρογχίτιδα και εμφύσημα) και οι χρόνιες καρδιακές παθήσεις.

Κάπνισμα, Σεξουαλική ζωή και Αναπαραγωγή

- Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα γυναικών και ανδρών, τη σεξουαλική λειτουργία των ανδρών, την υγεία των εγκύων, την υγεία των εμβρύων, των νεογνών και των μικρών παιδιών
- Εκτιμάται ότι η γονιμότητα των γυναικών που καπνίζουν μπορεί να μειωθεί κατά 28% σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.
- Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανικανότητας των ανδρών κατά 50%.

- Το κάπνισμα σε συνδυασμό με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει στο 10πλάσιο τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η επίδραση του καπνίσματος στην εμφάνιση

Το κάπνισμα προσβάλλει σοβαρά όχι μόνο τα εσωτερικά όργανα αλλά και την εμφάνιση (παρουσιαστικό) του καπνιστού αλλοιώνοντας το δέρμα, το ατομικό βάρος και τη μορφή.

Κάπνισμα και δέρμα

Το κάπνισμα επιδρά στο δέρμα με δύο τρόπους:

- Το περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έχει ξηραντική επίδραση επί της επιδερμίδας
- Το κάπνισμα μειώνει τη ροή του αίματος προς το δέρμα, περιορίζοντας το οξυγόνο με αποτέλεσμα να του στερεί τις ουσιαστικές θρεπτικές ουσίες. Επίσης επηρεάζει το δέρμα δημιουργώντας ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα και κιτρινίλα στα δάχτυλα, νύχια και δόντια.

Κάπνισμα και σωματικό βάρος

Όταν κάποιος διακόψει το κάπνισμα αυξάνει το βάρος του κατά 2 - 3 κιλά. Η ακριβής αιτία του φαινομένου αυτού είναι άγνωστη, αλλά μπορεί εν μέρει να συνδεθεί με το ότι το κάπνισμα αυξάνει το μεταβολισμό. Άλλωστε, η νικοτίνη δρα ως κατασταλτικό της όρεξης.

Οι καπνιστές φαίνεται να συγκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους, οδηγούμενοι σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη, καρδιαγγειακά νοσήματα, υψηλή πίεση, προβλήματα χοληδόχου κύστης και καρκίνο της μήτρας .⁶

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη καρδιά

1. Η νόσος των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς (στηθάγχη - έμφραγμα του μυοκαρδίου)

Στηθάγχη.

Η στένωση του αυλού μίας ή περισσότερων αρτηριών έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση του ποσού του αίματος που δέχεται το τμήμα του καρδιακού μυός από τη στενωμένη αρτηρία. Έτσι το καρδιακό αυτό τμήμα ισχαιμεί, δηλαδή δέχεται μικρότερη ποσότητα αίματος από τη φυσιολογική. Το κύριο σύμπτωμα της στηθάγχης είναι πόνος στο στήθος ο οποίος οφείλεται στο ότι ο καρδιακός μυς δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του. Συνήθως εμφανίζεται με την άσκηση π.χ. με το βόδισμα σε ανήφορο. Ο στηθαγγικός πόνος περνά με ανάπαυση. Εδώ ο άρρωστος γνωρίζει, περίπου, το ρυθμό της σωματικής προσπάθειας που του προκαλεί πόνο, και τότε, λέμε ότι αυτός πάσχει από σταθερή στηθάγχη. Η στηθάγχη αυτή μπορεί να εμφανίζεται επίσης μετά από έντονη συγκίνηση ή όταν κάνει πολύ κρύο ή μετά από το κάπνισμα δηλαδή σε καταστάσεις που κουράζουν τον καρδιακό μυ, επειδή προκαλούν ταχυκαρδία και αύξηση της πίεσης. Υπάρχει και η αυτόματη ή ασταθής στηθάγχη που θεωρείται πιο σοβαρή και πολλές φορές χρειάζεται και νοσοκομείο.

2. Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Αν ο αυλός της στεφανιαίας αρτηρίας κλείσει τελείως από μεγάλο μεγέθους αρτηριοσκληρυντική πλάκα ή και θρόμβο, το αίμα θα σταματήσει εντελώς να περνάει από αυτή την αρτηρία. Τότε το τμήμα του μυοκαρδίου που δε δέχεται πια αίμα, θα νεκρωθεί, θα πάθει έμφραγμα.

3. Αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (διαλείπουσα αυλότητα)

Η αρτηριοσκλήρυνση μπορεί να προσβάλλει και τις αρτηρίες που στέλνουν αίμα στα πόδια και σπανιότερα, τις αρτηρίες που στέλνουν αίμα στα χέρια. Η στένωση της αρτηρίας έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της παροχής αίματος στο άκρο που έχει προσβληθεί, και έτσι, οι μύες αυτού του άκρου παθαίνουν ισχαιμία, η οποία εκδηλώνεται με πόνο, όπως συμβαίνει και με την ισχαιμία του μυοκαρδίου.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες, που συντελούν στη δημιουργία αρτηριοσκλήρυνσης στα άκρα, είναι οι ίδιοι παράγοντες που προκαλούν

αρτηριοσκλήρυνση γενικά. Ο σπουδαιότερος, όμως, προδιαθεσικός παράγοντας για την αρτηριοσκλήρυνση στα άκρα υπήρξαν καπνιστές.

Επειδή συνήθως η στένωση στις αρτηρίες γίνεται βαθμιαία, το πρώτο σύμπτωμα είναι πόνος ο οποίος συχνότερα εντοπίζεται στις γάμπες κατά το βάδισμα. Πόνος όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε οποιοδήποτε μέρος του ποδιού. Ο πόνος συνήθως, περνάει μόλις σταματήσει ο ασθενής το βάδισμα και ξαναεμφανίζεται αν περπατήσει περίπου την ίδια απόσταση. Το σύμπτωμα αυτό ονομάζεται “διαλείπουσα χωλότητα”. Τα συμπτώματα σιγά σιγά χειροτερεύουν όσο η αρτηριοσκλήρυνση εξελίσσεται.

Θρομβοφιλία

Αύξηση των αιμοπεταλίων και θρομβώσεις στα εγκεφαλικά αγγεία, στην καρδιά, στα μάτια, εγκεφαλικό, έμφρακτο, ισχαιμικό εμφραγίο, νεφρικά έμφρακτα.

Δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος

α) συγγενές σύνδρομο (ή οικογενές)

Με διαταραχές του νευρικού συστήματος και παθολογικές εκδηλώσεις όπως αδιαφορία στον πόνο, μειωμένα δάκρυα κακή αγγειοκινητική ομοιόσταση (αστάθεια), κακός συντονισμός των κινήσεων, ευμετάβλητες καρδιαγγειακές αντιδράσεις, (ταχυκαρδία, βραδυκαρδία), μειωμένα αντανακλαστικά, συχνές προσβολές βρογχοπνευμονίας, υπερσιελόρροια με εισρόφηση και δυσκολία στην κατάποση.

β) Σπασμός των στεφανιαίων αγγείων (αρτηρίες)

Είναι όταν τα στεφανιαία αγγεία (μυικού τύπου) συσπώνται υπερβολικά απαιτώντας σε διάφορα ερεθίσματα π.χ. κρύο, συγκίνηση, φόβος, ρήξη αθηροματικής πλάκας. Αυτά μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμία του μυοκαρδίου που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο ή χωρίς, έμφραγμα του μυοκαρδίου, αιφνίδιο θάνατο και αρρυθμίες, τάση για εμετό, συγκινησιακή αστάθεια, δυσανεξία στα αναισθητικά. Μεταδίδεται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα.

α. Αρτηριοσκλήρυνση

Αρτηριοσκλήρυνση είναι αρρώστια που προσβάλλει τις αρτηρίες. Δημιουργείται από την εναπόθεση χοληστερίνης και λίπους στο εσωτερικό τους τοίχωμα. Εκτός από τη χοληστερίνη, στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών μπορεί επίσης να εναποτεθούν νεκρωμένα μυικά κύτταρα, ινώδης ιστός και ασβέστιο.

Η αθηροματική νόσος των αρτηριών αρχίζει σε πολύ μικρή ηλικία, στα 10 και 15 χρόνια και αναπτύσσεται με πολύ βραδύ ρυθμό με την πάροδο του χρόνου. Στην αρχή οι αρτηρίες χάνουν την ελαστικότητά τους και γίνονται σκληρές. Με την πάροδο του χρόνου ο αυλός της αρτηρίας στενεύει σε τέτοιο σημείο που εμποδίζεται η φυσιολογική ροή του αίματος. Επιπλέον το εσωτερικό τοίχωμα της αρτηρίας στις στενώμενες περιοχές είναι ανώμαλο, και γι' αυτό προδιαθέτει θρόμβωση δηλαδή σε πήξη του αίματος η οποία μπορεί να αποφράξει τελείως την αρτηρία.

Το κάπνισμα, τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης και

κληρονομικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης.

Η αρτηριοσκλήρυνση δυστυχώς δεν παρουσιάζει συμπτώματα στην αρχή και όταν αυτά εμφανισθούν, η νόσος, συνήθως είναι προχωρημένη. Η στένωση και η τέλεια ανάπτυξη του αυλού της αρτηρίας συντελούν στην ελάττωση του ποσού του αίματος που περνά στη στενωμένη αρτηρία. Έτσι το τμήμα του οργάνου που δέχεται αίμα από τη στενωμένη αρτηρία δεν παίρνει το ποσό του αίματος που χρειάζεται για τη φυσιολογική του λειτουργία (= ισχαιμία) με αποτέλεσμα να υπολειτουργεί.

Αρτηριοσκλήρυνση μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιαδήποτε αρτηρία, όμως πιο σημαντικές επιπτώσεις έχει όταν προσβάλλει τις αρτηρίες που στέλνουν αίμα στο μυοκάρδιο, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στα πόδια. Η προσβολή των αρτηριών που στέλνουν αίμα στο μυοκάρδιο, δηλαδή η αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών, θα έχει αποτέλεσμα την εμφάνιση στηθάγχης, εμφράγματος του μυοκαρδίου και αιφνιδίου θανάτου. Η προσβολή των αρτηριών που στέλνει αίμα στον εγκέφαλο αγγειακό - εγκεφαλικό επεισόδιο.

β. Στεφανιαία νόσος:

Οι αρτηρίες που στέλνουν αίμα στον καρδιακό μυ λέγονται στεφανιαίες αρτηρίες. Παθήσεις των στεφανιαίων αρτηριών προκαλούν τη στεφανιαία νόσο. Οι στεφανιαίες αρτηρίες μπορεί να προσβληθούν από πολλές παθολογικές καταστάσεις. Οι πιο συχνές κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου είναι η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος και η καρδιακή ανεπάρκεια.

Η στεφανιαία νόσος είναι πολύ συχνή στις ανεπτυγμένες χώρες και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου. Τα τελευταία 20 χρόνια οι θάνατοι από τη στεφανιαία νόσο ελαττώθηκαν σημαντικά στην Αμερική. Αντίθετα στην Ελλάδα οι στατιστικές δείχνουν ότι η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου όχι μόνο δεν έχει ελαττωθεί αλλά αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία. Αυτό οφείλεται στη μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικών τροφών, στην έλλειψη σωματικής άσκησης, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα και στο κάπνισμα.⁷

Ο καρκίνος του πνεύμονα

Από όλους τους τύπους καρκίνου, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι εκείνος που προκαλεί τους περισσότερους θανάτους, σε άνδρες και γυναίκες.

Πρόκειται για μια από τις συχνότερες μορφές καρκίνου. Πράγματι ενώ παλαιότερα ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν ένα θλιβερό προνόμιο των ανδρών, σήμερα λόγω της δραματικής αύξησης της συχνότητας του καπνίσματος που σημειώνεται στις γυναίκες, ο καρκίνος αυτός σκοτώνει σήμερα ένα μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο αριθμό γυναικών.

Το κάπνισμα είναι η αιτία που προκαλεί από 80% έως 90% των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα.

Το ενεργητικό κάπνισμα υποβάλλει τους πνεύμονες σε ισχυρές καρκινογόνες ουσίες που δημιουργούν τη νόσο. Το παθητικό κάπνισμα, όπου άτομα τα οποία δεν καπνίζουν τα ίδια αλλά εισπνέουν τον καπνό που δημιουργούν άλλοι, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου πνεύμονα.

Τα συχνότερα συμπτώματα και σημεία που παρατηρούνται όταν υπάρχει καρκίνος του πνεύμονα

- **Επίμονος βήχας**
- **Πόνος στο θώρακα**
- **Κούραση**
- **Ανορεξία και απώλεια βάρους**
- **Επαναλαμβανόμενη πνευμονία**
- **Πρήξιμο του προσώπου και του λαιμού**
- **Αιμόπτυση**

Ο βήχας είναι ένα από τα συχνότερα συμπτώματα του καρκίνου πνεύμονα. Συνήθως οφείλεται στο γεγονός ότι ένας αναπτυσσόμενος όγκος, επηρεάζει και αποφράσσει μια δίοδο του αέρα όπως ένα βρόγχο.

Ο πόνος στο θώρακα είναι συνεχής πόνος σε ένα σημείο ή μια περιοχή του θώρακα. Ο πόνος επιμένει και μπορεί να έχει ή να μην έχει σχέση με το βήχα που πιθανόν να συνυπάρχει.

Η αιμόπτυση είναι η αποβολή αιματωδών πτυέλων ή καθαρού αίματος και συνήθως εκδηλώνεται με το βήχα. Η αιμόπτυση παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα αλλά και σε άλλες αναπνευστικές παθήσεις.

Επίσης είναι πιθανόν να υπάρχουν συμπτώματα λόγω μεταστάσεων που δημιουργεί ο καρκίνος του πνεύμονα: Πονοκέφαλος, αδυναμία, πόνος σε διάφορα μέρη του σώματος, κατάγματα οστών, αιμορραγία.

Μια από τις ιδιομορφίες του καρκίνου του πνεύμονα είναι ότι μπορεί να παράγει ορμόνες που επηρεάζουν τον μεταβολισμό του νερού και του νατρίου στον οργανισμό. Μια πολύ σοβαρή συνέπεια της κατάστασης αυτής είναι η πρόκληση εγκεφαλικής δυσλειτουργίας με σύγχυση και κόμα.

Η διάγνωση του καρκίνου πνεύμονα βασίζεται πάνω στο ιστορικό, την κλινική εξέταση και συμπληρωματικές εξετάσεις όπως η εξέταση των πτυέλων, η ακτινογραφία του θώρακα, ο αξονικός τομογράφος και η βιοψία.

Για να τεκμηριωθεί η διάγνωση πρέπει να γίνει βιοψία. Από τον όγκο που υπάρχει στον πνεύμονα μπορεί να ληφθεί ένα μικρό τεμάχιο δια μέσου μιας ειδικής βελόνας που κατευθύνεται προς τον όγκο με τη βοήθεια μιας απεικονιστικής μεθόδου, όπως η αξονική τομογραφία.

Βιοψία μπορεί επίσης να ληφθεί και με χειρουργική επέμβαση.

Στη συνέχεια επιβάλλεται να γίνει με διάφορες άλλες επιπρόσθετες εξετάσεις η σταδιοποίηση η οποία διευκρινίζει το κατά πόσο ο καρκίνος έχει κάνει μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως ο εγκέφαλος, τα οστά και αλλού.

Η θεραπεία βασίζεται στη χειρουργική προσέγγιση, στη χημειοθεραπεία και στην ακτινοθεραπεία.

Η θεραπευτική προσέγγιση θα εξαρτηθεί από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου του πνεύμονα ο οποίος έχει παρουσιαστεί. Επίσης η ύπαρξη μεταστάσεων διαφοροποιεί την αντιμετώπιση.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από το γεγονός εάν έχει κάνει μεταστάσεις ή όχι.

Δυστυχώς η πρόοδος που έχει παρατηρηθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα είναι περιορισμένη. Το 1973, ένα χρόνο μετά από τη διάγνωση επιβίωναν 32% των ασθενών. Σήμερα το ίδιο ποσοστό ανέρχεται στο 40%.

Στα 5 χρόνια από την ημέρα της διάγνωσης, το ποσοστό των ασθενών που επιβιώνουν ανέρχεται μόνο στο 14%.

Βλέπουμε λοιπόν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα έχει άσχημη πρόγνωση. Δεν πρέπει όμως να ξεχνούμε ότι υπάρχει μια πολύ αποτελεσματική πρόληψη που είναι η αποφυγή του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος.

Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών

Ο καρκίνος του πνεύμονα θεωρείται από πολλούς ως μια πάθηση που πλήττει κυρίως τους άνδρες. Η πεποίθηση αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών.

Η πραγματικότητα όμως είναι διαφορετική. Σήμερα ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει σημαντική αύξηση στις γυναίκες. Σε ορισμένες χώρες είναι η πρώτη αιτία θανάτου λόγω καρκίνου στις γυναίκες.

Ενώ για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, οι γυναίκες ανησυχούν και λαμβάνουν προληπτικά μέτρα όπως το τεστ Παπανικολάου και η μαστογραφία, για τον καρκίνο του πνεύμονα που είναι μια μεγαλύτερη απειλή για την υγεία τους, παρατηρείται μια σχετική άγνοια.

Στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι οι θάνατοι λόγω καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες ξεπερνούν τους θανάτους λόγω καρκίνου του μαστού. Σήμερα οι απώλειες λόγω καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες είναι περισσότερες από τις απώλειες που προκαλούν μαζί, ο καρκίνος του μαστού και των ωοθηκών.

Ο καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες έχει χαρακτηριστικά που είναι διαφορετικά από ότι στους άνδρες.

Η ευαισθησία των γυναικών στον καπνό του τσιγάρου, οι επιδράσεις των

οιστρογόνων και ορισμένες διαφορές στο γενετικό κώδικα DNA, επηρεάζουν τη φυσική εξέλιξη του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες.

Μεταξύ των γυναικών που δεν καπνίζουν ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πολύ πιο συχνός παρά στους άνδρες που δεν καπνίζουν.

Τα σύγχρονα δεδομένα μας δείχνουν ότι οι γυναίκες δεν πρέπει να υποτιμούν τον κίνδυνο που έχουν για καρκίνο του πνεύμονα. Εάν παρουσιάζουν παρατεταμένο βήχα, επίμονο πόνο στο θώρακα, συριγμό, αιμόπτυση και δύσπνοια πρέπει να ζητούν ιατρική συμβουλή. Η έγκαιρη διάγνωση προσφέρει δυνατότητες για περισσότερες θεραπευτικές επιτυχίες.

Το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό. Το γεγονός αυτό έχει συμβάλει στη δραματική αύξηση του αριθμού καρκίνων του πνεύμονα στις γυναίκες. Από το 1930 μέχρι σήμερα έχει παρατηρηθεί μια αύξηση της τάξης του 600% στον αριθμό των γυναικών που πεθαίνουν λόγω καρκίνου του πνεύμονα.

Ο τρόπος με τον οποίο καπνίζουν οι γυναίκες είναι διαφορετικός. Συχνά το κάπνισμα είναι για αυτές μια διέξοδος όταν υπάρχει συναισθηματική φόρτιση ή στρες. Καπνίζουν γρήγορα και εισπνέουν πιο βαθιά σε σύγκριση με τους άνδρες που έχουν ένα πιο παρατεταμένο τρόπο καπνίσματος.

Για το λόγο αυτό οι γυναίκες έχουν μια διαφορετική έκθεση στα καρκινογόνα του τσιγάρου. Τα βαθιά εισπνεόμενα καρκινογόνα, επηρεάζουν περισσότερο την περιφέρεια των πνευμόνων παρά τις κεντρικές διόδους του αέρα.

Η διαφορά στον τρόπο καπνίσματος εξηγεί το γεγονός ότι στις γυναίκες παρατηρούνται διαφορετικού ιστολογικού τύπου καρκίνοι σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα αδenoκαρκίνωμα που εκδηλώνεται στην περιφέρεια των πνευμόνων. Οι άνδρες προσβάλλονται περισσότερο από πλακώδες επιθηλιακό νεόπλασμα των κεντρικών βρόγχων.

Οι γυναικείες σεξουαλικές ορμόνες, τα οιστρογόνα επηρεάζουν την ανάπτυξη και πρόοδο των καρκίνων του πνεύμονα. Τα κύτταρα καρκίνου του πνεύμονα έχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα. Οι ορμόνες αυτές ευνοούν την αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα δρώντας σε συνεργία με παθολογικά γονίδια ανάπτυξης του καρκίνου (μεταλλάξεις EGFR).

Τα οιστρογόνα επηρεάζουν επίσης τα ένζυμα του οργανισμού που αδρανοποιούν καρκινογόνα που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου. Οι αλλοιώσεις του γενετικού κώδικα DNA είναι περισσότερες στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Εκτός από τον αρνητικό ρόλο των οιστρογόνων στις γυναίκες σχετικά με τον καρκίνο των πνευμόνων, είναι πιθανό, οι ορμόνες να επηρεάζουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Οι γυναίκες με καρκίνο του πνεύμονα, ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Υπάρχει η υποψία ότι τα οιστρογόνα παίζουν ένα θετικό ρόλο σε αυτό. Όμως δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί η εν λόγω επιστημονική υπόθεση.

Μερικοί ερευνητές διερευνούν κατά πόσο φάρμακα που καταστέλλουν τη δράση των οιστρογόνων, είναι δυνατό να βοηθούν ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Επίσης στις γυναίκες η νέα θεραπεία με το φάρμακο Iressa που επιδρά στο γονίδιο EGFR (ελέγχει την πρωτεΐνη που είναι υποδοχέας του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα) φαίνεται να πετυχαίνει καλύτερα αποτελέσματα παρά στους άνδρες.

Το EGFR μπορεί να επηρεάζεται από τα οιστρογόνα και να συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνων. Για το λόγο αυτό σχεδιάζονται συνδυασμένες θεραπείες με αντιοιστρογόνα και το φάρμακο Iressa για την καταπολέμηση του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες.

Μια άλλη σημαντική διαφορά του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες σε

σχέση με τους άνδρες, είναι ότι η ασθένεια είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ σε σύγκριση με τους άνδρες με τα ίδια χαρακτηριστικά.

Μεταξύ των ασθενών που δεν κάπνισαν ποτέ και έχουν καρκίνο του πνεύμονα, το 90% είναι γυναίκες.

Ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες που κάπνιζαν αλλά σταμάτησαν, ενώ μειώνεται με την πάροδο των ετών από τη διακοπή του καπνίσματος, εντούτοις ουδέποτε επιστρέφει στα επίπεδα αυτών που δεν κάπνισαν καθόλου. Είναι λοιπόν σημαντικό για μια γυναίκα να μην αρχίζει ποτέ να καπνίζει και εάν καπνίζει να σταματήσει αμέσως.

Συμπερασματικά θέλουμε να τονίσουμε το γεγονός ότι οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αναδεικνύεται δυστυχώς ως ο κυριότερος λόγος θανάτου λόγω καρκίνου στο γυναικείο φύλο.

Ο καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες φαίνεται να έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά παρά στους άνδρες. Η επίδραση των οιστρογόνων, η ευαισθησία στις τοξικές ουσίες του καπνού του τσιγάρου, οι ιδιαιτερότητες του κώδικα DNA, η διαφορετική ανταπόκριση στις θεραπείες, το προσδόκιμο επιβίωσης, ο κίνδυνος της ασθένειας στις μη καπνίστριες, καθιστούν τον καρκίνο του πνεύμονα ίσως μια διαφορετική μορφή της ασθένειας στις γυναίκες.

Οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν τους ιδιαίτερους κινδύνους που έχουν από τον καρκίνο του πνεύμονα, να αποφεύγουν το κάπνισμα και να συμβουλευονται το γιατρό τους όταν παρουσιάζουν παρατεταμένο βήχα, επίμονο πόνο στο θώρακα, συριγμό, αιμόπτυση και δύσπνοια.⁸



Καρκίνος οισοφάγου

Η συχνότητα του καρκίνου του οισοφάγου αυξάνεται με ιδιαίτερα ανησυχητικό τρόπο. Από το 1970 και μετά, η αύξηση του καρκίνου αυτού υπολογίζεται ότι είναι της τάξης του 600%.

Η αύξηση που παρατηρείται στο αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, σχετίζεται με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Από όλους τους καρκίνους, το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου είναι η μορφή που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση.

Αντίθετα η συχνότητα του καρκίνου του κάτω μέρους στομαχιού παρουσιάζει μείωση. Ο καρκίνος του άνω μέρους του στομαχιού, παρουσιάζει ανάλογη αύξηση όπως ο καρκίνος του οισοφάγου.

Από τους ασθενείς που προσβάλλονται από αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου, το 90% αποβιώνει στα 5 χρόνια από την ημέρα που γίνεται η διάγνωση. Δυστυχώς οι θεραπείες που διαθέτουμε σήμερα για την αντιμετώπιση της νόσου, δεν είναι αποτελεσματικές στο βαθμό που θα έπρεπε. Παράλληλα οι μέθοδοι έγκαιρης ανίχνευσης της νόσου είναι περιορισμένες.

Το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες από ότι τις γυναίκες. Για κάθε 3 άνδρες που προσβάλλονται από τη νόσο αντιστοιχεί 1 γυναίκα. Στους άντρες αποτελεί την έκτη συχνότερη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου.

Ο κυριότερος παράγοντας που προδιαθέτει στη γένεση του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου, είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Στην παλινδρόμηση, το περιεχόμενο του στομαχιού επανέρχεται στο κάτω μέρος του οισοφάγου.

Το γαστρικό περιεχόμενο βλάπτει τη βλεννογόνο του οισοφάγου. Δημιουργείται μια κατάσταση στον οισοφάγο που είναι γνωστή με την ονομασία οισοφάγος τύπου Barrett's. Ο οισοφάγος τύπου Barrett's, είναι μια καλοήθης κατάσταση. Όμως έχει τη δυνατότητα να εξελιχθεί σε προκαρκινική κατάσταση και μετά σε αδενοκαρκίνωμα.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης οισοφάγου τύπου Barrett's και στη συνέχεια αδενοκαρκινώματος, εξαρτάται από τη σοβαρότητα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με παλινδρόμηση (0,5% δηλαδή 1 στους 200), θα προσβληθούν από καρκίνο οισοφάγου.

Η παχυσαρκία ευνοεί τη δημιουργία παλινδρόμησης και έτσι αποτελεί παράγοντα πρόκλησης καρκίνου οισοφάγου.

Με βάση τα ανησυχητικά αυτά δεδομένα, υπάρχουν μερικά, σχετικά απλά πράγματα που ο καθένας μπορεί να κάνει για να μειώσει τον κίνδυνο προσβολής του από τον ιδιαίτερα επικίνδυνο αυτό καρκίνο.

Η βασική αρχή είναι η διατήρηση κανονικού βάρους σώματος και η καταπολέμηση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.

Για την καταπολέμηση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, τα ακόλουθα μπορούν να βοηθήσουν:

1. Μείωση ή αποφυγή φαγητών που μειώνουν το μυϊκό τόνο του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα, ευνοώντας έτσι την επάνοδο των οξέων του στομάχου στον οισοφάγο: Καφές, λιπαρά φαγητά, διάφορα είδη δυόσμου και σοκολάτα
2. Αποφυγή ή μείωση φαγητών ή ποτών που επιδεινώνουν τα συμπτώματα όπως οι χυμοί με ψηλό βαθμό οξύτητας (πορτοκάλι, λεμόνι, ντομάτα)
3. Κατανάλωση μικρότερων μερίδων φαγητού. Μικρότερα γεύματα αλλά συχνότερα
4. Είναι καλύτερα να μην ξαπλώνει κάποιος αμέσως μετά το φαγητό. Είναι προτιμότερο να περνούν 3 έως 4 ώρες από την ώρα του φαγητού μέχρι την ώρα του ύπνου
5. Το προσκέφαλο του κρεβατιού είναι καλό να είναι πιο ψηλό από το υπόλοιπο κρεβάτι κατά 12 έως 18 εκατοστά
6. Το κάπνισμα μειώνει την ποσότητα σάλιου που παράγεται στο στόμα. Το σάλιο προστατεύει τον οισοφάγο διότι μεταξύ άλλων εξουδετερώνει τα οξέα
7. Το αλκοόλ μειώνει το μυϊκό τόνο του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα. Έτσι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ευνοεί τη δημιουργία παλινδρόμησης. Τα αλκοολούχα ποτά δεν πρέπει να ξεπερνούν το 1 έως 2 την ημέρα
8. Τα στενά ρούχα αυξάνουν την πίεση στην κοιλιά, ωθώντας έτσι το όξινο γαστρικό περιεχόμενο προς τον οισοφάγο, ευνοώντας ή επιδεινώνοντας την παλινδρόμηση

Για τους ασθενείς με σοβαρό βαθμό γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, υπάρχει εισήγηση για συστηματική παρακολούθηση με ενδοσκόπηση. Αυτό αποτελεί ακόμη θέμα συζητήσεων και δεν υπάρχει σχετική γενική οδηγία. Επαφίεται στο θεράποντα γιατρό να αποφασίσει ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενούς του.

Στον οισοφάγο εκτός από το αδενοκαρκίνωμα υπάρχει και το επιθηλιακό καρκίνωμα (από το πλακώδες επιθήλιο). Το καρκίνωμα αυτό σχετίζεται με το κάπνισμα και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης σχετίζεται αλλά σε μικρότερο βαθμό με τις νιτροσαμίνες των φαγητών ή του περιβάλλοντος, με διατροφικές ελλείψεις και με τη φτωχή υγιεινή του στόματος.

Το επιθηλιακό καρκίνωμα παραμένει παγκοσμίως η συχνότερη μορφή καρκίνου του οισοφάγου αλλά δεν έχει τη δραματική αύξηση που παρουσιάζει το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου του οισοφάγου.

Η λήψη απλών προληπτικών μέτρων συμβάλλει αποτελεσματικά στην προστασία από τον καρκίνο του οισοφάγου και είναι ευθύνη του καθενός να προστατεύει τον εαυτό του.⁹

Καρκίνος του λάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή για την οποία όμως υπάρχει μια αποτελεσματική πρόληψη.

Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα όπως επίσης και το 90% των καρκίνων της κεφαλής και του λαιμού, οφείλονται σε γνωστούς παράγοντες που προκαλούν καρκίνο. Για το λόγο αυτό, η πρόληψη είναι δυνατή χάρις σε μια αλλαγή του τρόπου ζωής που στόχο έχει την αποφυγή της έκθεσης στους νοσηρούς καρκινογόνους παράγοντες.

Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του λάρυγγα είναι:

- Επίμονη βραχνάδα της φωνής που εγκαθίσταται προοδευτικά
- Δυσκολία στην κατάποση
- Επίμονος πόνος στο λαιμό ή πόνος που εκδηλώνεται κατά την κατάποση
- Πόνος στο αυτί
- Εμφάνιση μάζας στο λαιμό
- Αλλαγές στη φωνή

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο του λάρυγγα.

1. **Το κάπνισμα:** Περισσότεροι από 95% των ασθενών που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα, είναι καπνιστές. Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο διότι δημιουργεί μεταλλάξεις στα γονίδια των κυττάρων της βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης μειώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού με αποτέλεσμα αυτό να μη μπορεί να καταπολεμά νεοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα.

Οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται όχι μόνο από το πόσο καπνίζει αλλά και από τη συνολική χρονική διάρκεια για την οποία καπνίζει.

2. **Το αλκοόλ:** Το αλκοόλ είναι ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του λάρυγγα. Στην πραγματικότητα το αλκοόλ δρα σε συνεργία με τον καπνό και μεγεθύνει τις αρνητικές του επιδράσεις.

Τα άτομα τα οποία καπνίζουν και πίνουν αλκοόλ έχουν πολύ περισσότερο κίνδυνο για καρκίνο του λάρυγγα παρά το απλό άθροισμα και των δύο κινδύνων μαζί. Οι ειδικοί συστήνουν ότι 1 αλκοολούχο ποτό την ημέρα αποτελεί μια περιορισμένη έκθεση στο αλκοόλ.

3. **Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων:** Ο ιός αυτός (HPV) έχει συσχετισθεί με την γένεση του καρκίνου του λάρυγγα.
4. **Ο αμίαντος:** Ο αμίαντος, όπως και για άλλους καρκίνους, θεωρείται ένας παράγοντας που ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου λάρυγγα.
5. **Η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση:** Η πάθηση αυτή που χαρακτηρίζεται από την επιστροφή όξινου περιεχομένου του στομαχιού προς τον οισοφάγο και κάποτε προς το λάρυγγα, θεωρείται ότι δυνατόν να συμβάλλει στη γένεση του καρκίνου του λάρυγγα.

Η βιταμίνη Α και η β-καροτίνη θεωρούνται ότι έχουν προστατευτικό ρόλο εναντίον του καρκίνου του λάρυγγα.

Τα άτομα που παρουσιάζουν αλλαγές στη φωνή, επίμονη βραχνάδα, πρέπει να ζητούν συμβουλή από το γιατρό τους. Αυτό γίνεται ακόμη πιο επιτακτικό εάν υπάρχουν στα άτομα αυτά, παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ.¹⁰

Το κάπνισμα μειώνει τον δείκτη νοημοσύνης.

Σύμφωνα με έρευνές του 2004 για το κάπνισμα, προκύπτουν στοιχεία που δείχνουν ότι το κάπνισμα συν τοις άλλοις μειώνει το δείκτη νοημοσύνης (IQ). Οι καπνιστές πρέπει να σκεφτούν πολύ σοβαρά κατά πόσο επιθυμούν να συνεχίζουν να βλάπτουν όχι μόνο διάφορα όργανα του σώματος τους αλλά και τις πνευματικές τους δεξιότητες.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πληθώρα αποδεικτικών στοιχείων για τις σοβαρές βλάβες και ασθένειες που απειλούν τη ζωή τις οποίες προκαλεί το κάπνισμα, εντούτοις πολλοί άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν.

Μεταξύ των λόγων που επικαλούνται οι καπνιστές για να συνεχίζουν την επιβλαβή για την υγεία τους συνήθεια, είναι ότι το κάπνισμα τους προκαλεί ευχάριστα αισθήματα, ότι βελτιώνεται η εγρήγορση τους και αυξάνεται η προσοχή και η μνήμη τους.

Βέβαια οι ισχυρισμοί για βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων, της προσοχής και της μνήμης, δεν τεκμηριώνονται από επιστημονικά στοιχεία. Αντίθετα οι εν λόγω μύθοι καταρρίπτονται από έρευνες που έδειξαν ότι η ψυχοκινητική ταχύτητα των καπνιστών είναι μειωμένη σε σύγκριση με αυτήν των μη καπνιστών.

Οι μακροχρόνιες επιδράσεις του καπνίσματος στις πνευματικές ικανότητες, είναι ζήτημα που όχι μόνο ενδιαφέρει ιδιαίτερα τους ερευνητές αλλά έχει παράλληλα και μεγάλη σημασία για τη δημόσια υγεία δεδομένου ότι επηρεάζεται ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού.

Σε μια αξιολογη πρωτότυπη έρευνα, γιατροί και επιστήμονες από τη Σκωτία, εξέτασαν την επιρροή του καπνίσματος στο δείκτη νοημοσύνης. Χρησιμοποίησαν τα τεστ νοημοσύνης που έγιναν σε 465 άτομα το 1947 όταν τα εν λόγω άτομα ήσαν ηλικίας 11 ετών (γεννήθηκαν το 1936) και είχαν στη διάθεση τους το παιδικό IQ που υπολογίστηκε τότε. Τα ίδια άτομα, αξιολογήθηκαν ξανά και μετρήθηκε το IQ τους, μεταξύ 2000 και 2004 όταν είχαν φτάσει στην ηλικία των 64 ετών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν :

1. Οι καπνιστές είχαν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα, σε πέντε διαφορετικά τεστ αξιολόγησης των γνωστικών ικανοτήτων, σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ ή που είχαν διακόψει το κάπνισμα.
2. Η ψυχοκινητική ταχύτητα ήταν χαμηλότερη στους καπνιστές.
3. Οι βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος στις πνευματικές δεξιότητες, ήταν πιο εμφανείς στους καπνιστές παρά στους πρώην καπνιστές. Είναι πιθανόν ότι

οι μειονεξίες των πνευματικών ικανοτήτων εμφανίζονται μετά από πολλά χρόνια καπνίσματος.

Επίσης όταν συνδυάζονται με τις αλλαγές που προκαλούνται λόγω ηλικίας, τα αποτελέσματα είναι ίσως χειρότερα. Προηγούμενες έρευνες, εισηγήθηκαν ότι από την ηλικία των 53 ετών αρχίζει να εμφανίζεται η εν λόγω αρνητική για τον εγκέφαλο συνέργεια.

Η λειτουργία των πνευμόνων ήταν χειρότερη στους καπνιστές και στους πρώην καπνιστές.

Για να ερμηνευτούν οι σημαντικές αυτές διαφορές στις πνευματικές ικανότητες μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών, ελήφθησαν υπόψη το IQ κατά την παιδική ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα, η λειτουργία των πνευμόνων και το ιστορικό του καπνίσματος.

Το κάπνισμα φάνηκε ότι είναι ανεξάρτητος παράγοντας που συμβάλει μέχρι το 1% στην απώλεια των γνωστικών ικανοτήτων. Ο συνδυασμός καπνίσματος και κακής πνευμονικής λειτουργίας συμβάλει μέχρι 4% στη μείωση των γνωστικών ικανοτήτων.

Η χρήση του IQ όπως υπολογίστηκε κατά την παιδική ηλικία, για την αξιολόγηση της επίδρασης του καπνίσματος στις πνευματικές ικανότητες κατά τη διάρκεια της ζωής προσφέρει σοβαρά πλεονεκτήματα.

Δίνει ένα αρχικό υπολογισμό των πνευματικών ικανοτήτων προτού ακόμη αρχίσει το κάπνισμα. Δείχνει το επίπεδο πνευματικών ικανοτήτων προτού ακόμη αρχίσει η επαγγελματική ζωή διότι ορισμένα επαγγέλματα συνδυάζονται περισσότερο με το κάπνισμά γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του IQ. Τέλος η σύγκριση του IQ στην παιδική και προχωρημένη ηλικία, επιτρέπει να φανεί η διαφορά που επέρχεται στις πνευματικές δεξιότητες ενός ατόμου κατά τη διάρκεια μιας ολόκληρης ζωής.

Οι λόγοι για τους οποίους το κάπνισμα μειώνει τις πνευματικές ικανότητες δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Είναι πιθανόν η λειτουργία των πνευμόνων που επηρεάζεται αρνητικά από το κάπνισμα, να συμβάλλει στην απώλεια γνωστικών ικανοτήτων.

Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι ο εγκέφαλος των καπνιστών υφίσταται οξειδωτικές αλλοιώσεις από τα τοξικά περιεχόμενα του καπνού. **Οι νευρώνες του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στους οξειδωτικούς βλαβερούς παράγοντες.**

Η άποψη μας είναι ότι παρά το γεγονός ότι φαίνεται εκ πρώτης όψεως, σε ατομικό επίπεδο η απώλεια των πνευματικών ικανοτήτων λόγω του καπνίσματος να είναι σχετικά μικρή, εντούτοις σε πληθυσμιακό επίπεδο, με μεγάλο αριθμό καπνιστών, το πρόβλημα καθίσταται πολύ σοβαρό.

Είναι λοιπόν απαραίτητο που είναι σχετικές με τη μείωση των πνευματικών δεξιοτήτων λόγω του καπνίσματος, να γίνουν περισσότερο γνωστές στο ευρύτερο κοινό με στόχο την προστασία της σωματικής και πνευματικής του υγείας.¹¹

Η κακοποίηση του εγκεφάλου από το κάπνισμα

Ο εγκέφαλος των καπνιστών παρουσιάζει αλλαγές στο μεταβολισμό του, λόγω της χρόνιας στέρησης οξυγόνου που του επιφέρει το κάπνισμα.

Το κάπνισμα είναι μια από τις κυριότερες αιτίες χρόνιων ασθενειών του πνεύμονα που ονομάζονται χρόνιες αποφρακτικές νόσοι.

Στις χρόνιες αποφρακτικές νόσους, οι λειτουργικές ιδιότητες των πνευμόνων μειώνονται σημαντικά. Δημιουργείται χρόνιος βήχας, δυσκολία στην αναπνοή και υπάρχει χρόνια υποξία.

Η χρόνια υποξία δημιουργείται διότι οι πνεύμονες αδυνατούν να προσφέρουν προς τον οργανισμό την ποσότητα του οξυγόνου που απαιτείται κάτω από φυσιολογικές συνθήκες. Παράλληλα μειώνεται και η ιδιότητα των πνευμόνων να αποβάλλουν στο βαθμό που θα έπρεπε το διοξείδιο του άνθρακα.

Οι αλλαγές αυτές στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια αποφρακτική νόσο των πνευμόνων που προκαλείται από το κάπνισμα, δημιουργεί ένα μεταβολικό στρες στον εγκέφαλο. Μέχρι ενός σημείου μπορεί και προσαρμόζεται χρησιμοποιώντας εναλλακτικούς τρόπους παραγωγής ενέργειας.

Λόγω απουσίας των ιδανικών συγκεντρώσεων οξυγόνου, ο εγκέφαλος υποχρεώνεται και ακολουθεί τη μεταβολική οδό της αναερόβιας γλυκόλυσης. Σε προχωρημένα στάδια των αποφρακτικών νόσων του πνεύμονα, οι βιοχημικές αυτές αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου είναι απαραίτητες για την επιβίωση.

Σε μια κλινική έρευνα, γιατροί από το Λονδίνο χρησιμοποίησαν τη μαγνητική φασματοσκοπία για εξετάσουν τι συμβαίνει στον εγκέφαλο των ασθενών που έπασχαν από σοβαρής μορφής χρόνιες αποφρακτικές ασθένειες των πνευμόνων.

Η μαγνητική φασματοσκοπία του εγκεφάλου είναι μια μέθοδος που επιτρέπει να εμφανιστούν σε εικόνες, τομές του εγκεφάλου που δείχνουν τις μεταβολικές αλλαγές που προκαλούνται από την χρόνια υποξία και την αλκαλωσή που σύμφωνα με τη μεταβολική θεωρία θα έπρεπε να υπάρχουν στους ασθενείς αυτούς. Τα ευρήματα από 8 ασθενείς συγκρίθηκαν με αυτά από 8 άλλους που ήταν υγιείς.

Πράγματι τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων που έδειχναν τη μορφολογία του εγκεφάλου, επιβεβαίωσαν ότι σε καπνιστές με χρόνια αποφρακτική νόσο των πνευμόνων υπήρχαν αλλαγές που μαρτυρούσαν ότι ο εγκέφαλος τους έπασχε από χρόνια υποξία.

Επίσης οι εικόνες μαρτυρούσαν ότι ο εγκέφαλος για να ανταπεξέλθει στην κατάσταση χρόνιας έλλειψης οξυγόνου, ακολουθούσε την οδό αναερόβιας γλυκόλυσης με δημιουργία προστατευτικής αλκάλωσης και αλλαγών στη μεμβράνη των εγκεφαλικών κυττάρων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης οι ερευνητές χορήγησαν οξυγόνο στους ασθενείς για να δουν πως θα προσαρμόζονταν ο εγκέφαλος τους. Διαπίστωσαν τότε ότι το οξυγόνο είχε ευεργετικές επιδράσεις στον εγκέφαλο ο οποίος ανακτούσε μια φυσιολογική μορφολογία στη μαγνητική φασματοσκοπία μετά από τη χορήγηση οξυγόνου. Είναι γνωστό ότι σε ακραίες καταστάσεις, οι ασθενείς μπορούν να παρουσιάζουν σύγχυση. Η σταδιακή και χρόνια εγκατάσταση του προβλήματος στους καπνιστές επιτρέπει στον εγκέφαλο τους να βρει τρόπο να προσαρμοστεί.¹²

Η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο όπως και η ηρωίνη

Σε μελέτη που έγινε σε ποντίκια διαπιστώθηκε ότι η νικοτίνη επηρεάζει τον εγκέφαλο μέσω του ίδιου μηχανισμού που χρησιμοποιεί η ηρωίνη και άλλα οπιοειδή.

Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του επιστημονικού εντύπου Neuron, όταν τα εξαρτημένα από τη νικοτίνη πειραματόζωα τοποθετήθηκαν στο ίδιο κλουβί που βρίσκονταν όταν λάμβαναν νικοτίνη, προβλήθηκαν τα ίδια σήματα στο εγκέφαλο με αυτά που παρατηρούνταν όταν τα ποντίκια έπαιρναν νικοτίνη, γεγονός που δείχνει ότι συγκεκριμένοι υπαινιγμοί ενίσχυαν την εξάρτηση.

Ωστόσο μια φαρμακευτική ουσία που αναστρέφει τα αποτελέσματα των ναρκωτικών ουσιών μπλόκαρε τόσο την επίδραση της νικοτίνης στον εγκέφαλο όσο και την όμοια επίδραση που προέκυπτε όταν τα ποντίκια βρίσκονταν στο κλουβί που είχαν συσχετίσει με τη νικοτίνη.

Η ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια με επικεφαλής την Δρ Τζούλι Μπλέντι παρατήρησε κατά τη διάρκεια των πειραμάτων ότι τα ποντίκια που έπαιρναν νικοτίνη είχαν αυξημένα επίπεδα της πρωτεΐνης CREB η οποία εμπλέκεται στην αντίδραση του εγκεφάλου σε πολλές ουσίες.

Αλλά τα επίπεδα της πρωτεΐνης δεν αυξάνονταν μόνο όταν τα ποντίκια έπαιρναν νικοτίνη αλλά και όταν τοποθετούνταν σε τοποθεσία που είχαν προηγουμένως λάβει νικοτίνη.

Οι επιδράσεις αυτές απουσίαζαν στα ποντίκια που δεν είχαν υποδοχείς οπιοειδών.

Μια και μόνο δόση ναλοξόνης, η οποία αντιστρέφει τις επιπτώσεις της ηρωίνης και άλλων παρόμοιων ναρκωτικών ουσιών, μπλόκαρε και τις δυο αντιδράσεις, στην νικοτίνη και του να βρίσκεσαι σε χώρο που σχετίζεται με τη νικοτίνη.

Τα αποτελέσματα αυτά αυξάνουν την πιθανότητα χρησιμοποίησης φαρμάκων που μπλοκάρουν τους υποδοχείς των οπιοειδών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι τα φάρμακα που μπλοκάρουν τους υποδοχείς των οπιοειδών δεν είναι αποτελεσματικά στην διακοπή του καπνίσματος. Αλλά η Δρ Μπλέντι και οι συνεργάτες της σημειώνουν ότι οι μελέτες αυτές διενεργήθηκαν σε νοσοκομεία ή εργαστηριακό περιβάλλον και όχι σε χώρους όπου συνήθως καπνίζουν οι άνθρωποι.

Ίσως έχει περισσότερο νόημα σύμφωνα με τους ειδικούς, να μελετηθούν οι επιδράσεις των συγκεκριμένων φαρμάκων όταν λαμβάνονται λίγο πριν τα άτομα τοποθετηθούν σε καταστάσεις που μπορεί να μπουν στον πειρασμό να καπνίσουν.¹³

Η απώλεια της μνήμης και το κάπνισμα.

Σίγουρα κανένας δεν θα ήθελε όταν θα βρίσκεται στην ηλικία των 40 και 50 ετών να αρχίσει να χάνει από τις πνευματικές του ικανότητες. Ιδιαίτερα δεν θα ήθελε να βλέπει τη μνήμη του να μειώνεται.

Εάν ακόμη λάβουμε υπόψη ότι υπάρχει κίνδυνος να επιδεινώνεται ο εκφυλισμός των διανοητικών δεξιοτήτων με την αύξηση της ηλικίας, τότε είναι αναμφίβολο ότι πολλοί από εμάς θα ήθελαν να κάνουν οτιδήποτε είναι δυνατόν για να προλάβουμε μια τέτοια δυσάρεστη κατάσταση.

Τα άτομα που καπνίζουν περισσότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα, όταν βρίσκονται στην ηλικία μεταξύ των 40 και 50 ετών, παρουσιάζουν μια γρηγορότερη επιδείνωση της μνήμης τους.

Η απώλεια της μνήμης που παρουσιάζουν είναι ανεξάρτητη από την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση τους και από το επάγγελμα ή το φύλλο τους.

Το σοβαρό αυτό συμπέρασμα προέκυψε από έρευνα στο Λονδίνο σε 5.362 άτομα. Τα άτομα αυτά γεννήθηκαν το 1946 και μέχρι που έγιναν 53 ετών, οι ερευνητές επικοινωνήσαν μαζί τους, 21 φορές για να αξιολογηθεί η εξέλιξη τους.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη υποβλήθηκαν κατά καιρούς σε διάφορα ψυχομετρικά τεστ. Σε τεστ που αξιολογούσαν την προφορική μνήμη, την ταχύτητα και τη συγκέντρωση, βρέθηκε ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν μια ταχύτερη επιδείνωση των δυνατοτήτων τους με την αύξηση της ηλικίας σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να απαντήσουν στο ερώτημα γιατί παρατηρείται το φαινόμενο αυτό. Με ποιο τρόπο δηλαδή δρα το κάπνισμα και οι τοξικές του ουσίες για να μειώνουν τη μνήμη.

Μια υποψία είναι ότι η επιτάχυνση της απώλειας της μνήμης που παρατηρείται στους καπνιστές, μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της πίεσης που προκαλεί το κάπνισμα. Η αύξηση της πίεσης αλλοιώνει την ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό μπορεί να συμβάλλει σε μειωμένη προσφορά προς τον εγκέφαλο θρεπτικών ουσιών που με τη σειρά τους να προκαλούν μακροχρόνια προβλήματα στη μνήμη.

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει γίνει κατανοητό το γιατί το κάπνισμα επιταχύνει την απώλεια μνήμης όταν αυξάνεται η ηλικία, εντούτοις η τεκμηρίωση της τοξικής επίδρασης του καπνού, θα πρέπει να μας προβληματίσει άμεσα.

Δεν πρόκειται απλά για μια ακόμη δηλητηριώδη δράση των τοξικών ουσιών του καπνού αλλά για μια υπονόμηση των δυνατοτήτων του ατόμου και εκφυλισμό της προσωπικότητας.¹⁴

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η κατά πλάκας σκλήρυνση(Κ.Π.Σ.) είναι μια χρόνια νευρολογική πάθηση που προσβάλλει συνήθως νέους ενήλικες.

Οφείλεται σε μια φλεγμονή του κεντρικού νευρικού συστήματος που επηρεάζει τη μυελίνη. Η μυελίνη είναι η ουσία που καλύπτει τα νεύρα.

Η αιτία ή αιτίες που προκαλούν την Κ.Π.Σ. είναι ακόμη και σήμερα άγνωστες. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι για την έναρξη της νόσου συμβάλλει ένας συνδυασμός παραγόντων οι οποίοι έχουν σχέση με την κληρονομικότητα και το περιβάλλον.

Η πιθανότητα ότι κάποιος ιός που προσβάλλει τους ασθενείς ή κάποια άλλη μόλυνση, θεωρείται σήμερα ως η επικρατέστερη εκδοχή αναφορικά με την αιτία της νόσου. Δεν έχει όμως ακόμη αναγνωριστεί ένας συγκεκριμένος μολυσματικός παράγοντας που να είναι υπεύθυνος για την πρόκληση της νόσου.

Σε μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα επιστήμονες από τη Νορβηγία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, εξέτασαν ρόλο του καπνίσματος στην πρόκληση της Κ.Π.Σ. Το κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση νοσηρότητας μεγάλου βαθμού όπως επίσης και για εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως.

Η έρευνα συμπεριέβαλλε 22.312 άτομα, ηλικίας από 40 έως 47 ετών. Οι πληροφορίες αναφορικά με τα άτομα αυτά, μαζευτήκαν δια μέσου ερωτηματολογίων και της κλινικής εξέτασης τους.

Η πληροφόρηση σχετικά με τις συνήθειες καπνίσματος των ατόμων αυτών, αφορούσε την ηλικία κατά την οποία άρχισαν να καπνίζουν, τη χρονική διάρκεια που κάπνιζαν, το πότε σταμάτησαν να καπνίζουν (σε περίπτωση που υπήρξε διακοπή του καπνίσματος), και εάν συνέχιζαν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Μεταξύ των ατόμων αυτών βρέθηκαν 87 που είχαν Κ.Π.Σ. Όλοι οι ασθενείς που έπασχαν από Κ.Π.Σ. και που ήσαν καπνιστές κατά την έρευνα ή είχαν διακόψει παλαιότερα, είχαν αρχίσει το κάπνισμα προτού προσβληθούν από την ασθένεια.

Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν αρχίσει να καπνίζουν 15 χρόνια πριν από τη διάγνωση σε αυτούς της ΚΠΣ.

Ο κίνδυνος που φάνηκε ότι υπάρχει για να παρουσιάσει Κ.Π.Σ. κάποιος που κάπνιζε κατά την έρευνα ή που είχε σταματήσει παλαιότερα, ήταν διπλάσιος σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνιζαν.

Όταν αξιολογήθηκαν ξεχωριστά οι άνδρες από τις γυναίκες, φάνηκε ότι ο κίνδυνος να προσβληθούν οι άνδρες που κάπνιζαν ήταν 3 φορές μεγαλύτερος, ενώ στις γυναίκες ήταν 1,4 φορές μεγαλύτερος σε σύγκρισή με αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ.

Παράλληλα φάνηκε ότι αυτοί που κάπνιζαν, άνδρες ή γυναίκες, είχαν συχνότερα καρδιακές προσβολές, στηθάγχη και άσθμα.

Το ερώτημα που εύλογα τίθεται είναι γιατί το κάπνισμα είναι αιτία αυξημένου κινδύνου Κ.Π.Σ. Το κάπνισμα προκαλεί φλεγμονή στο ενδοθήλιο των αιμοφόρων αγγείων. Η φλεγμονή στα κύτταρα αυτά προκαλεί βλάβες που με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν άλλες διαταραχές στον οργανισμό.

Η φλεγμονή των κυττάρων του ενδοθηλίου μπορεί να προκαλέσει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού, να παράγει αντισώματα εναντίον του ίδιου του σώματος του ασθενούς. Η παθολογική αυτή κατάσταση είναι η αιτία των αυτοάνοσων νοσημάτων.

Στις αυτοάνοσες νόσους το ανοσολογικό σύστημα παράγει αντισώματα ή κύτταρα που πολεμούν ιστούς και όργανα από τον ίδιο τον ασθενή προκαλώντας έτσι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Η Κ.Π.Σ. είναι μια αυτοάνοσος νόσος. Η μυελίνη πιθανόν να καταστρέφεται από το ανοσολογικό σύστημα του ασθενούς.

Μια άλλη σοβαρή υποψία είναι ότι το κάπνισμα προκαλώντας βλάβη στο ενδοθήλιο των αγγείων, καθιστά δυνατή τη διέλευση από τα αγγεία προς το νευρικό σύστημα τοξικών ουσιών που προκαλούν βλάβες στον εγκέφαλο. Το κανονικό ενδοθήλιο είναι ένας φραγμός που προστατεύει τον εγκέφαλο από τοξικές ουσίες που πιθανόν να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος.

Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι το κάπνισμα είναι ένας περιβαλλοντικός παράγοντας που αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο Κ.Π.Σ.

Στους άνδρες ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ο κίνδυνος παραμένει αυξημένος ακόμη και σε αυτούς που έχουν σταματήσει το κάπνισμα.¹⁵

Το κάπνισμα είναι συχνή αιτία τύφλωσης.

Το κάπνισμά είναι συχνή αιτία τύφλωσης. Όσο πιο νωρίς αρχίζει κάποιος να καπνίζει και όσο περισσότερα τσιγάρα ή άλλα προϊόντα του καπνού καπνίζει, τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος να καταστρέψει την όραση του και να τυφλωθεί.

Πολλοί άνθρωποι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι αιτία πολλών χρόνιων ασθενειών και πρόωρων θανάτων όπως διάφορες μορφές καρκίνου και καρδιοπάθειες. Όμως το γεγονός ότι το κάπνισμα είναι αιτία τύφλωσης δεν είναι γνωστό στο πλατύ κοινό.

Ο φόβος της απώλειας της όρασης, είναι από τις μεγαλύτερες απώλειες που νιώθουν οι άνθρωποι. Φοβούνται να χάσουν την όραση τους περισσότερο από το να χάσουν οποιαδήποτε άλλη αίσθηση.

Είναι απαραίτητο να γίνουν συστηματικές εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για τη σοβαρή και σχετικά άγνωστη μακροχρόνια επιπλοκή του καπνίσματος που προκαλεί τύφλωση.

Σύμφωνα με έρευνες από γιατρούς του πανεπιστημίου του Manchester, υπάρχει 3 έως 4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος, οι καπνιστές να προσβληθούν από μια πάθηση που ονομάζεται εκφυλισμός της ώχρας κηλίδας που οδηγεί σε μείωση της όρασης και στην συνέχεια στην τύφλωση.

Ο εκφυλισμός της ώχρας κηλίδας είναι η πρώτη αιτία τύφλωσης των ενηλίκων. Αρχικά προκαλεί καταστροφή της κεντρικής όρασης.

Σταδιακά οι ασθενείς συναντούν όλο και περισσότερες δυσκολίες στο να βλέπουν και να εστιάζουν καλά σε αντικείμενα που βρίσκονται ευθέως μπροστά τους. Η περιφερική όραση στα αρχικά στάδια δεν επηρεάζεται.

Σε έρευνες που συμπεριέβαλαν 12.468 ασθενείς βρέθηκε ότι περισσότερες από 25% των περιπτώσεων εκφυλισμού της ώχρας κηλίδας οφείλονται στο κάπνισμα.

Μεταξύ των ασθενών που παρουσιάζουν εκφυλισμό της ώχρας κηλίδας που οδηγεί σε τύφλωση, αυτοί που κάπνιζαν εκδηλώνουν την ασθένεια 10 χρόνια πιο νωρίς από αυτούς που δεν καπνίζουν.

Ο κίνδυνος στους καπνιστές για να τυφλωθούν λόγω αυτής της επιπλοκής αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 60 ετών.

Σε αυτούς που σταμάτησαν να καπνίζουν ο κίνδυνος τύφλωσης μειώνεται δραστικά.

Υπάρχει βιολογική εξέταση για την καταστροφή της ωχράς κηλίδας του ματιού από το κάπνισμα. Η ωχρά κηλίδα, που είναι υπεύθυνη για την κεντρική όραση,

προσβάλλεται από τις οξειδωτικές αλλαγές που προκαλούν οι τοξικές ουσίες που εισέρχονται στον οργανισμό δια μέσου του καπνίσματος.

Συμπερασματικά τονίζεται το γεγονός ότι **το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που μπορεί να αποφευχθεί με στόχο την πρόληψη του εκφυλισμού της ωχράς κηλίδας που οδηγεί στην τύφλωση.**

Είναι σημαντικό το πλατύ κοινό να ενημερωθεί για την απειλή για την όραση που εγκυμονεί το κάπνισμα. Είναι αναγκαίο να γίνουν πρωτοποριακές εκστρατείες καταπολέμησης του καπνίσματος που όχι μόνο να διαφωτίζουν αλλά και να ελκύουν με έξυπνο τρόπο την προσοχή του κοινού.¹⁶

Πρόωρη απώλεια δοντιών λόγω καπνίσματος

Οι καπνιστές πρέπει να γνωρίζουν ότι διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο για να χάσουν πρόωρα τα δόντια τους.

Η απώλεια των δοντιών επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, μειώνει το αίσθημα αυτοπεποίθησης και αλλοιώνει τη σωματική εικόνα.

Όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει κάποιος και όσο πιο νωρίς στη ζωή του έχει αρχίσει να καπνίζει, τόσο πιο πολλές πιθανότητες έχει να χάσει τα δόντια του λόγω του καταστροφικού αυτού εθισμού.

Η απώλεια των δοντιών είναι ακόμη μια συνέπεια που επηρεάζει τη σωματική εικόνα, την ελκυστικότητα και την αυτοπεποίθηση λόγω καπνίσματος.

Η κακοσμία του στόματος λόγω της χρόνιας ουλίτιδας, η απώλεια γεύσης και οσμής, η αύξηση των ρυτίδων συμπληρώνουν μαζί με την απώλεια των δοντιών, την όχι και τόσο ευχάριστη εικόνα, που μπορούν να έχουν ακόμη και οι νέοι σε ηλικία καπνιστές.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Newcastle, σε πρόσφατη έρευνα τους, διαπίστωσαν ότι οι καπνιστές έχουν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβάλλονται από χρόνια ουλίτιδα. Η χρόνια ουλίτιδα οφείλεται στη μείωση της άμυνας του οργανισμού στο στόμα.

Στο στόμα οι μηχανισμοί άμυνας είναι σημαντικοί για την προστασία μας από τους πάρα πολλούς μικροοργανισμούς με τους οποίους ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή. Λόγω της μείωσης της άμυνας στο στόμα που επιφέρει το κάπνισμα, τα βακτηρίδια αναπτύσσονται πιο εύκολα στα ούλα.

Τα ούλα υφίστανται φλεγμονή λόγω της μόλυνσης, διογκώνονται, προκαλούν πόνο, αιμορραγούν και στη συνέχεια υποχωρούν. Η υποχώρηση των ούλων, αποκαλύπτει το κόκαλο, δημιουργείται περιοδοντίτιδα και σταδιακά τα δόντια μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθούν.

Στα άτομα που σταματούν το κάπνισμα, η χρόνια ουλίτιδα μπορεί να υποχωρήσει. Έτσι μειώνεται πλέον ο κίνδυνος απώλειας των δοντιών τους.¹⁷

Ροχαλητό και το ενεργητικό ή παθητικό κάπνισμα

Το ροχαλητό είναι μια δυσάρεστη κατάσταση που επηρεάζει όχι μόνο το άτομο που ροχαλίζει αλλά και τον ή τη σύζυγό του όπως επίσης και τα υπόλοιπα άτομα της οικογένειας του.

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 45% των ενηλίκων παρουσιάζουν τουλάχιστον περιστασιακά ροχαλητό. Όμως 25% ροχαλίζουν τακτικά. Από τους άνδρες το ποσοστό αυτών που ροχαλίζουν τακτικά κυμαίνεται από 16% έως 33%. Στις γυναίκες το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 8% έως 19%.

Για να θεωρηθεί ότι κάποιος ροχαλίζει τακτικά πρέπει να παρουσιάζει δυνατό και ενοχλητικό ροχαλητό τουλάχιστο τρεις φορές την εβδομάδα.

Είναι γνωστό ότι το ροχαλητό είναι αιτία συζυγικών καβγάδων. Παράλληλα όμως το ροχαλητό αποδεικνύεται επικίνδυνο διότι τα άτομα που πάσχουν παρουσιάζουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η υπνηλία αυτή μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη κατά την οδήγηση και σε επαγγέλματα που χρειάζεται συνεχής εγρήγορση.

Επίσης το ροχαλητό συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες όπως ο διαβήτης, η ψηλή πίεση κατά την εγκυμοσύνη και αυξημένη θνησιμότητα σε άνδρες κάτω των 60 ετών.

Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε σε Σκανδιναβικές χώρες και συμπεριέλαβε 15.000 άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 25 έως 54 ετών, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ ροχαλητού και παχυσαρκίας, καπνίσματος, ηλικίας, φύλου και χρόνιας βρογχίτιδας.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το ροχαλητό ήταν πολύ πιο συχνό σε άτομα που κάπνιζαν. **Ακόμη και αυτοί που κάπνιζαν παλαιότερα αλλά είχαν διακόψει, παρουσίαζαν συχνότερα ροχαλητό σε σύγκριση με άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ.**

Εκείνο που προκάλεσε εντύπωση είναι ότι άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ αλλά υποβάλλονταν σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους παρουσίαζαν τακτικά ροχαλητό. Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα όπως επίσης και η παχυσαρκία ήσαν παράγοντες που αύξαναν τις πιθανότητες τακτικού ροχαλητού.

Το ροχαλητό οφείλεται βασικά σε φαινόμενα απόφραξης των διόδων του αέρα στο άνω αναπνευστικό σύστημα, μύτη, φάρυγγα και λάρυγγα. Οποιαδήποτε αιτία, ενδογενής ή εξωγενής που επηρεάζει τις διόδους του αέρα, συμβάλει στο ροχαλητό.

Το κάπνισμα ερεθίζει τις βλεννογόνους των διόδων, προκαλεί φλεγμονή και στενεύει τις διόδους του αέρα προκαλώντας έτσι ροχαλητό.

Επίσης υπάρχει η θεωρία ότι η νικοτίνη του καπνού επηρεάζει τις αναπνευστικές διόδους και ότι έχει τοξική επίδραση στα νευρικά και μυϊκά κύτταρα των αναπνευστικών διόδων συμβάλλοντας έτσι στη γένεση του ροχαλητού.

Ένα γνωστό παράδειγμα ροχαλητού λόγω προβλημάτων στο άνω αναπνευστικό σύστημα είναι η άπνοια του ύπνου. Η πάθηση αυτή χαρακτηρίζεται από έντονο ροχαλητό και συχνές διακοπές της αναπνοής κατά τον ύπνο.

Το σύνδρομο της άπνοιας του ύπνου οφείλεται στις περισσότερες περιπτώσεις στην αποφρακτική άπνοια. Στις περιπτώσεις αυτές η χαλάρωση των μυών του λάρυγγα, του μαλακού ουρανίσκου και της γλώσσας κατά τη διάρκεια του ύπνου, προκαλούν μερική ή ολική απόφραξη των οδών διέλευσης του αέρα από το άνω αναπνευστικό σύστημα. Η αποφρακτική άπνοια είναι η συχνότερη και σοβαρότερη μορφή της νόσου.

Συμπερασματικά βλέπουμε ότι το κάπνισμα με διάφορους τρόπους, συμβάλλει ουσιαστικά στο τακτικό ροχαλητό που εκδηλώνεται τουλάχιστο τρεις φορές την εβδομάδα, είναι δυνατό και ενοχλητικό.

Το γεγονός ότι το παθητικό κάπνισμα αποδεικνύεται ότι μπορεί να προκαλέσει ροχαλητό, πρέπει να μας προβληματίσει ιδιαίτερα.

Το ροχαλητό υπάρχει και στα παιδιά τα οποία είναι περισσότερο ευάλωτα στο παθητικό κάπνισμα.¹⁸

Ενδεχόμενο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού για τις έφηβες καπνίστριες

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, σύμφωνα με μελέτη Καναδών ερευνητών που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο The Lancet.

Όπως υποστηρίζουν οι επιστήμονες, οι γυναίκες που ξεκίνησαν το κάπνισμα μέσα στο χρονικό διάστημα των πέντε ετών από την έναρξη της εμμήνου ρύσης έχουν σχεδόν 70% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη συγκεκριμένη μορφή κακοήθειας, σε σχέση με εκείνες που δεν καπνίζουν.

Ο Δρ Πιέρ Μπαντ και οι συνεργάτες του από το ίδρυμα British Columbia Cancer Agency στο Βανκούβερ του Καναδά εξέτασαν 2.000 γυναίκες κάτω των 75 ετών, οι μισές εκ των οποίων έπασχαν από καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα, έλεγξαν αν και πόσο κάπνιζαν στο παρελθόν και αν τυχόν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, ώστε ο τελευταίος αυτός παράγοντας να αποκλειστεί από την έρευνα.

Οι επιστήμονες εξέτασαν επίσης κατά πόσο το κάπνισμα επηρέασε τις γυναίκες της προεμμηνοπαυσιακής και μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου, αντίστοιχα.

Όταν σύγκριναν τα αποτελέσματα ανακάλυψαν ότι οι γυναίκες που ξεκίνησαν το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία και μετά έμειναν έγκυοι παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού, γεγονός που αποδίδεται πιθανώς στην ιδιαίτερη ευαισθησία του μαζικού ιστού απέναντι στις καρκινογόνες χημικές ουσίες.

Τον ίδιο κίνδυνο διατρέχουν, σύμφωνα με την έρευνα, και οι γυναίκες που δεν είχαν αποκτήσει ποτέ παιδιά αλλά κάπνιζαν 20 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα.

"Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Υπολογίζουμε ότι αν ο αριθμός των εφήβων καπνιστριών αυξηθεί, τότε η μία στις δέκα από αυτές θα εκδηλώσει τη νόσο κάποια στιγμή της ζωής της" λέει χαρακτηριστικά ο Δρ Μπαντ.¹⁹

Γονιμότητα των γυναικών και ανδρών. Ο ρόλος του καπνίσματος.

Οι καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία είναι πολύ καλά γνωστές όσον αφορά την καρδιά, τους πνεύμονες και το αγγειακό σύστημα.

Η βλάβη που επιφέρει το κάπνισμα είναι εμφανής καθ' όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής, δηλαδή από την εφηβεία μέχρι και την μέση ηλικία.

Το κάπνισμα όχι μόνο αποτρέπει τα άτομα απ' το να δημιουργήσουν οικογένεια, αλλά επηρεάζει αρνητικά και την υγεία των παιδιών που θα αποκτήσει το ζευγάρι.

Το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης για μια γυναίκα κατά 40%, ενώ οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν ελλιποβαρές νεογνό.

Επιπλέον έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για συγκεκριμένες εμβρυικές δυσμορφίες, όπως το λαγόχειλο και το λυκόστομα. Τέλος, το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, τον πρόωρο τοκετό, τα αναπνευστικά νοσήματα κατά την παιδική ηλικία και την εκδήλωση παιδικού άσθματος.

Αξίζει να αναφερθεί ότι μόνο στη Βρετανία, ετησίως εισάγονται στα νοσοκομεία περισσότερα από 17.000 παιδιά κάτω των πέντε ετών με αναπνευστικά προβλήματα, εξαιτίας της έκθεσής τους στον καπνό του τσιγάρου εντός του οικιακού περιβάλλοντός τους.

Τα ζευγάρια που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν πρέπει να καταλάβουν ότι το κάπνισμα και η χρήση φύλλων καπνού με οποιοδήποτε τρόπο, έχει αρνητικές επιδράσεις στις δυνατότητες να πετύχουν μια εγκυμοσύνη και να έχουν ένα παιδί που θα γεννηθεί μετά από μια κανονική περίοδο κύησης.

Έρευνες στις γυναίκες έχουν δείξει, ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβες στις ωοθήκες τους. Ο βαθμός βλάβης που προκαλείται στις ωοθήκες, εξαρτάται από την ποσότητα των τσιγάρων και από τη διάρκεια χρόνου κατά την οποία μια γυναίκα καπνίζει.

Οι χημικές ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό του τσιγάρου όπως η νικοτίνη και το βαρύ μέταλλο κάδμιο, έχουν βρεθεί ότι παρεμβαίνουν στο μεταβολισμό των κυττάρων και των ωοθηκών. Επηρεάζουν αρνητικά την παραγωγή οιστρογόνων και βλάπτουν τα ωάρια τα οποία γίνονται περισσότερο ευπαθή στο να παρουσιάσουν γενετικές ανωμαλίες.

Το αποτέλεσμα είναι ότι η γονιμότητα των γυναικών μειώνεται διότι υπάρχει αυξημένη απώλεια ωαρίων και απώλεια της λειτουργίας των ωοθηκών με πρόωρη εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης.

Επιπρόσθετα πριν από την εμμηνόπαυση, οι ωοθήκες, είναι περισσότερο ανθεκτικές στην απελευθέρωση υγείων ωαρίων.

Οι επιδράσεις αυτές του καπνίσματος είναι υπεύθυνες όπως αποδείχθηκε από έρευνες, για καθυστερείς στη σύλληψη και για αυξημένο κίνδυνο αποβολών.

Στους άνδρες η σχέση μεταξύ καπνίσματος και στειρότητας είναι λιγότερο εμφανείς. **Οι άνδρες που καπνίζουν ένα ως δύο πακέτα τσιγάρων την ημέρα, φαίνεται ότι έχουν αυξημένες ανωμαλίες της κινητικότητας και του σχήματος των σπερματοζωαρίων.** Παράλληλα είναι δυνατόν οι τοξικές ουσίες του καπνού, να συνεργούν με άλλους παράγοντες για να μειώνουν την ανδρική γονιμότητα.

Παρά το γεγονός ότι οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην ανδρική γονιμότητα αποτελούν ακόμη ένα επίμαχο και αμφισβητούμενο θέμα, εντούτοις το παθητικό κάπνισμα σε γυναίκες που οι ίδιες δεν καπνίζουν μπορεί να δημιουργεί ανωμαλίες στην αναπαραγωγική λειτουργία.

Σε ζευγάρια που υποβάλλονται σε τεχνητή γονιμοποίηση, το κάπνισμα στις γυναίκες έχει συσχετισθεί με μειωμένο αριθμό ωαρίων για γονιμοποίηση, μειωμένες πιθανότητες για εγκυμοσύνη και τοκετό και σημαντικά αυξημένο αριθμό αποβολών στις περισσότερες έρευνες.

Ένα σημαντικό συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι η διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστο δύο μήνες πριν από τις προσπάθειες τεχνητής γονιμοποίησης, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες σύλληψης.

Παρά το γεγονός ότι το μακροχρόνιο κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτη βλάβη στη λειτουργία των ωοθηκών, είναι πιθανόν εάν διακοπεί το κάπνισμα πριν από τις προσπάθειες τεχνητής γονιμοποίησης, μέρος της λειτουργίας των ωοθηκών να αποκατασταθεί.

Οι γυναίκες που καπνίζουν ενώ είναι έγκυες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν πρόωρο τοκετό και ένα παιδί με χαμηλό βάρος γέννησης. Η συχνότητα του συνδρόμου ξαφνικού θανάτου του βρέφους αυξάνεται σε οικογένειες όπου κάποιος καπνίζει.

Συμπερασματικά η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βελτιώσει τη γονιμότητα και το ποσοστό επιτυχίας της τεχνητής γονιμοποίησης.

Παράλληλα ένα περιβάλλον όπου δεν υπάρχουν καπνιστές είναι πολύ καλύτερο για ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο και για το βρέφος.²⁰



Παθητικοί καπνιστές

Παθητικοί καπνιστές

Αυτό είναι ένα μεγάλο και σπουδαίο κεφάλαιο, γιατί αφορά μια μερίδα ανθρώπων, που υφίστανται διπλή αδικία και ζημιά χωρίς οι ίδιοι να είναι άμεσα υπεύθυνοι. Πρόκειται για τους μη καπνιστές που εισπνέουν παθητικά τον καπνό του αναμμένου τσιγάρου του καπνιστή καθώς και τον καπνό της εκπνοής του. Το παθητικό κάπνισμα είναι ενοχλητικό έως και αποκρουστικό για τον μη καπνιστή, αλλά και πολύ επιβλαβές για την υγεία του! Έτσι ταλαιπωρείται διπλά χωρίς να φταίει. Εξαναγκάζεται να δέχεται φθοροποιές συνθήκες που του επιβάλλει ο άλλος και καταπιέζεται με το να συμβιβάζεται και να ανέχεται κάτι που ο ίδιος αντιπαθεί και το έχει απορρίψει. Η ευθύνη του μη καπνιστή εδώ είναι να προσπαθήσει να μεταπείσει τον καπνιστή να αλλάξει συνήθειες, να περάσει στην αντίπερα όχθη και να παραιτηθεί από το κάπνισμα. Θα χρειαστεί την υποστήριξη του για να επιτύχει να αλλάξει στρατόπεδο. Εάν το καταφέρει, θα είναι μία νίκη ζωής. Εάν δεν καταλήξει να περάσει στο άλλο στρατόπεδο, τότε θα παρακληθεί να περάσει στο μπαλκόνι για να μην ενοχλεί και καταστρέφει και άλλες ζωές.

Σήμερα, στα εστιατόρια, στα αεροπλάνα, στο μετρό, στο ασανσέρ, το κάπνισμα έχει απαγορευτεί. Στα γραφεία, οι ταλαιπωρημένοι τόσα χρόνια παθητικοί καπνιστές παίρνουν τώρα την εκδίκησή τους. Οι φανατικοί του τσιγάρου υποχρεώνονται να βγουν στους δρόμους ή στα μπαλκόνια για να απολαύσουν στα γρήγορα αυτό που οι ίδιοι θεωρούν δικαίωμα. Αυτά αν και ισχύουν σύμφωνα με τα νομοσχέδια που έχουν κατατεθεί και ψηφιστεί στη βουλή, δυστυχώς είναι ακόμη ουτοπικά καθώς οι καπνιστές αρνούνται να υπακούσουν, και οι μη καπνιστές είναι μειοψηφία της οποίας η γνώμη δεν εισακούγεται.

Η Κράισλερ σε μία κίνηση εκκεντρικού μάρκετινγκ, ανακοίνωσε την έκδοση μοντέλων της με προαιρετικό τασάκι και αναπτήρα.

Είναι πια φανερό ότι οι καιροί έχουν αλλάξει. Ή μάλλον γίνονται σταθερά βήματα για να αλλάξει. Το κατά πόσον αυτό θα επιτευχθεί, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σεβαστούμε τα παιδιά. Είναι απαράδεκτο και ανεπίτρεπτο να μετατρέπουμε τα παιδιά σε παθητικούς καπνιστές. Οι γονείς πρέπει να περιφρουρήσουν και να διδάξουν τα παιδιά τους, ώστε και αυτά από μικρά να γνωρίζουν και να προστατεύουν την υγεία τους, διεκδικώντας αυτό το δικαίωμα. Ακόμη και τα έμβρυα γίνονται παθητικοί καπνιστές, όταν η έγκυος μέλλουσα μητέρα καπνίζει κανονικά ή παθητικά.

Η μελέτη της ελαστικής συμπεριφοράς των αγγείων με έναν νέο ενδοαγγειακό καθετήρα, έδειξε ότι το παθητικό κάπνισμα έχει μια επιβλαβή επίδραση στη λειτουργική κατάσταση του αγγείου, η οποία διαρκεί για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά μία πεντάλεπτη έκθεση στον καπνό του τσιγάρου. Είναι προφανές λοιπόν ότι τα αγγεία καταπονούνται για πολλές ώρες μέσα στην ημέρα σε ανθρώπους, οι οποίοι στο εργασιακό ή οικογενειακό τους περιβάλλον εκτίθενται παθητικά στον καπνό του τσιγάρου. Οι διαστάσεις του θέματος είναι τεράστιες, εάν αναλογισθεί κανείς την ηθική πλευρά της ακούσιας έκθεσης, καθώς και το ότι εκτίθενται πληθυσμιακές ομάδες ευαίσθητες, αλλά και ανήμπορες να αυτοπροστατευτούν, όπως είναι τα παιδιά. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι καρδιακοί θάνατοι από το παθητικό κάπνισμα αποτελούν τα 3/4 του συνόλου των θανάτων από το κάπνισμα αυτό (60.000 περίπου το χρόνο στις ΗΠΑ, 3.000 περίπου κατ' αναλογία στην Ελλάδα).

Έτσι, το παθητικό κάπνισμα κατατάσσεται ως τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου - μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ - η οποία μπορεί να αποφευχθεί.

Στην Ελλάδα οι καρδιακοί θάνατοι από το παθητικό κάπνισμα ανέρχονται γύρω στους 3.000 ετησίως, ενώ στις ΗΠΑ γύρω στις 60.000 περίπου το χρόνο. Το

παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα κατά 30%.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για το 20% της συνολικής θνησιμότητας. Πέρα από τα γνωστά νοσήματα, που συνεπάγεται η κατάχρηση του καπνού, στατιστικές δείχνουν, ότι όταν οι μητέρες καπνίζουν, παρατηρούνται ανωμαλίες και θνησιμότητα στα βρέφη καθώς και μείωση του δείκτη ευφυΐας στα παιδιά. Βλαβερό για τα τελευταία είναι και το παθητικό κάπνισμα που τους δημιουργεί αναπνευστικά προβλήματα.

Έχει υπολογιστεί ότι ο παθητικός καπνιστής όταν βρίσκεται σε κλειστό χώρο όπου καπνίζουν πολλοί, εισπνέει τόσο καπνό όσο και αν κάπνιζε ο ίδιος 15 τσιγάρα χωρίς φίλτρο ή 35 με φίλτρο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το 25-33% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα αφορά μη καπνιστές και οφείλεται σε παθητικό κάπνισμα.

Τέλος το ζήτημα του παθητικού καπνίσματος αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στις περιπτώσεις των παιδιών (ηλικίας ενός με ενάμισι έτους) των οποίων οι γονείς καπνίζουν. Ο καπνός στον περιβάλλοντα χώρο συνεπάγεται κινδύνους βρογχίτιδας και πνευμονίας. Στις ΗΠΑ υπολογίζονται ετησίως από 150.000 έως 300.000 νέα κρούσματα σε παιδιά της ηλικίας αυτής. Αυξημένοι επίσης θεωρούνται οι κίνδυνοι ωτίτιδας, φaryγγίτιδας, λαρυγγίτιδας και αυξάνεται η συχνότητα των κρίσεων στους μικρούς ασθματικούς. Κάθε χρόνο πεθαίνουν 3,5 εκατ. Άνθρωποι.

Μια θλιβερή πρωτιά κρατάει εδώ και χρόνια η χώρα μας. **Μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών κρατών, η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά στην κατά κεφαλή κατανάλωση καπνού.** Τα 15.000 θύματα που θρηγνύμε κάθε χρόνο, εξαιτίας νόσων που σχετίζονται με το κάπνισμα, φαίνεται ότι δεν είναι αρκετά για να μας συνετίσουν... Η παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος (31/5), μπορεί να μην μας απαλλάσσει από τις καπνιστικές μας συνήθειες, οι καπνιστές όμως ίσως προβληματιστούν από τη σκληρή γλώσσα των αριθμών.

Κινδυνεύουν οι "παθητικοί" καπνιστές...

Κάπνισμα = Θάνατος. Την εξίσωση αυτή πρέπει να έχουμε όλοι μας κατά νου. Κι αν τα λόγια δεν μας πείθουν πάντοτε, υπάρχουν και οι αριθμοί, όπως τους έδωσε στη δημοσιότητα το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. Ας τους δούμε με προσοχή:

- Κάθε 10 δευτερόλεπτα πεθαίνει ένας άνθρωπος εξαιτίας του καπνίσματος. Το 1994 υπήρξαν 3 εκατομμύρια θύματα από το κάπνισμα, ενώ το 2025 ο αριθμός αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια. Από το σύνολο του πληθυσμού της Γης (περίπου 5 δισεκατομμύρια), τα 500 εκατ. θα πεθάνουν εξαιτίας του καπνίσματος. Οι μισοί απ' αυτούς θα είναι ηλικίας 35-69 ετών.
- Το 43% των Ελλήνων, ανδρών και γυναικών, καπνίζουν, γεγονός που συνεπάγεται 15.000 θανάτους το χρόνο.
- 3.500 θάνατοι ανδρών και 500 θάνατοι γυναικών στη χώρα μας οφείλονται κάθε χρόνο σε καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 3% των θανάτων αυτών οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα, δηλαδή περίπου 500 Έλληνες πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας της έκθεσης τους στο κάπνισμα των άλλων.²¹

Ποιους και πόσους καρκίνους προκαλεί το παθητικό κάπνισμα

Το παθητικό κάπνισμα είναι μια νοσηρή κατάσταση η οποία βλάπτει και σκοτώνει ανθρώπους που άθελά τους, εισπνέουν επικίνδυνες τοξικές ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό του τσιγάρου, του πούρου ή της πίπας.

Πρέπει πλέον όλοι να αντιληφθούν ότι το παθητικό κάπνισμα δεν είναι απλά μια ενόχληση για αυτούς που δεν καπνίζουν.

Υπολογίζεται ότι είναι δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως που υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα και ότι οι θάνατοι που οφείλονται σε αυτό ανέρχονται σε εκατοντάδες χιλιάδες.

Τα βαρυσήμαντα αυτά πορίσματα προέρχονται από συνέδριο 29 εμπειρογνομόνων από 12 χώρες, οι οποίοι εξέτασαν 50 ιατρικές έρευνες σχετικές με το θέμα. Οι εργασίες έγιναν μέσα στα πλαίσια της Διεθνούς Ένωσης για την Έρευνα στον Καρκίνο (International Agency for Research Against Cancer) η οποία είναι μέρος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Τα κυριότερα πορίσματα που πρέπει να προβληματίσουν σοβαρά την κοινωνία, τις αρμόδιες αρχές, τους εργαζόμενους και τους εργοδότες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα σημεία:

- Τι περιέχει ο καπνός του τσιγάρου, του πούρου και της πίπας.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες που βρίσκονται υπό τη μορφή μικρών σωματιδίων ή αερίων.

Το μονοξειδίο του άνθρακα, η αμμωνία, η φορμαλδεΰδη και το κυανίδιο του υδρογόνου είναι μεταξύ των πλέον τοξικών ουσιών που περιλαμβάνονται μέσα στον καπνό.

Παγκοσμίως υπολογίζεται ότι υπάρχουν σήμερα 1,2 δισεκατομμύρια καπνιστές.

- Τι εισπνέουν οι μη καπνιστές δια μέσου του παθητικού καπνίσματος.

Οι μη καπνιστές δια μέσου του παθητικού καπνίσματος εισπνέουν τις ίδιες καρκινογόνες και τοξικές ουσίες όπως οι καπνιστές.

Οι ποσότητες μπορεί να μην είναι οι ίδιες αλλά στα συνηθισμένα επίπεδα παθητικού καπνίσματος στα οποία υποβάλλονται, εισπνέουν αρκετή ποσότητα για να εκδηλώσουν καρκίνους και άλλες νόσους που προκαλούν οι ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό.

Οι τοξικές ουσίες που απορροφούνται από τους μη καπνιστές μπορούν να μετρηθούν στα υγρά του σώματος και στα ούρα τους. Η συγκέντρωσή τους είναι ανάλογη με τη συγκέντρωση που έχει ο μολυσμένος από το κάπνισμα περιβαλλοντικός αέρας.

- Τι προκαλεί στον άνθρωπο το παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα.

Ο καπνός του τσιγάρου είναι υπεύθυνος για το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα.

Παράλληλα όμως είναι υπεύθυνος και για την πρόκληση και άλλων καρκίνων: Καρκίνο του στομάχου, του ήπατος, του νεφρού, του τραχήλου της μήτρας και οξείας μυελοβλαστικής λευχαιμίας.

Επίσης το τσιγάρο, το πούρο και η πίπα προκαλούν καρκίνο του στόματος, της γλώσσας, των ούλων, του λάρυγγα και της ουροδόχου κύστης. Δεν προκαλεί όμως καρκίνο του μαστού ή του προστάτη.

Οι μη καπνιστές που υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα έχουν αυξημένο κίνδυνο κατά 20% έως 30% να παρουσιάσουν καρκίνο του πνεύμονα.

Ο κίνδυνος για τους μη καπνιστές για καρκίνο και για άλλες ασθένειες που προκαλούνται από τις βλαβερές ουσίες του καπνού, εκδηλώνονται όταν αυτοί υποβάλλονται στις συνήθεις καταστάσεις παθητικού καπνίσματος.

Η επιδημία του καπνίσματος πλήττει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες.

Ο κίνδυνος για το άτομο που καπνίζει, ενεργητικά ή παθητικά, είναι μεγαλύτερος εάν αρχίζει το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου ο κίνδυνος αυξάνεται.

- **Πόσο σοβαρή είναι η επιδημία του καπνίσματος και πόσους θανάτους προκαλεί.**

Περίπου το 50% των καπνιστών θα αποβιώσουν πρόωρα λόγω ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Οι μισοί από τους θανάτους αυτούς θα συμβούν όταν οι καπνιστές θα είναι μεσήλικες (35 έως 69 ετών).

Η απώλεια ζωής υπολογίζεται ότι ανέρχεται σε 20 έως 25 χρόνια σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία καρκίνου η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί με πρόληψη.

Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι το κάπνισμα, προκαλεί περισσότερους θανάτους λόγω καρδιακών αγγειακών επεισοδίων και πνευμονικών νόσων παρά από καρκίνο.

Τελειώνοντας θα τονίσουμε ότι όλοι πρέπει να αντιληφθούν ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο. Ο καρκίνος του πνεύμονα που μπορεί να προκύψει, είναι από τις πλέον απειλητικές για τη ζωή κακοήθεις νόσους.

Οι μη καπνιστές έχουν δικαίωμα στο να προστατεύονται από την απειλή αυτή και οι καπνιστές θα πρέπει να καταλάβουν ότι η αυτοκαταστροφική τους συνήθεια μπορεί να σκοτώνει και άλλους.²²

Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον καρκίνο των πνευμόνων στα παιδιά

Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα, κινδυνεύουν περισσότερο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων αργότερα στη ζωή τους.

Όσο πιο μεγάλη και παρατεταμένη είναι η έκθεση των παιδιών στον καπνό που απελευθερώνουν στην ατμόσφαιρα τα άτομα που καπνίζουν στο περιβάλλον τους, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες να προσβληθούν από κακοήθη νόσο των πνευμόνων όταν θα γίνουν ενήλικες.

Εκτός από καρκίνο τα παιδιά αυτά, κινδυνεύουν περισσότερο και από χρόνιες αποφρακτικές νόσους των πνευμόνων όπως η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα.

Σε μια από τις πιο μεγάλες και περιεκτικές έρευνες σχετικά με το παθητικό κάπνισμα, εξετάστηκαν σε 303.020 ανθρώπους σε διάφορες χώρες της Ευρώπης οι μακροχρόνιες επιδράσεις του καπνού στους πνεύμονες.

Οι άνθρωποι που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα ήταν άτομα που είτε ποτέ δεν κάπνισαν είτε είχαν σταματήσει το κάπνισμα για τουλάχιστον 10 χρόνια. Η διάρκεια της παρακολούθησης των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο 7 χρόνια.

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι:

1. Τα παιδιά που υποβάλλονταν καθημερινά σε παθητικό κάπνισμα για πολλές ώρες, είχαν 3,63 φορές περισσότερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων σε σύγκριση με παιδιά που μεγάλωσαν σε περιβάλλον χωρίς καπνό
2. Εκείνα τα παιδιά που υποβάλλονταν στον καπνό καθημερινά αλλά όχι για πολλές ώρες, είχαν 2,08 φορές περισσότερες φορές κίνδυνο για καρκίνο πνευμόνων
3. Παιδιά που εκτίθονταν σε παθητικό κάπνισμα μερικές φορές την εβδομάδα, είχαν 1,45 φορές περισσότερο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα
4. Για το σύνολο των ατόμων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, η έκθεση στον καπνό που απελευθερώνεται από καπνιστές στο περιβάλλον τους, αύξανε τον κίνδυνο για αναπνευστικές ασθένειες κατά 30% ενώ για καρκίνο πνευμόνων κατά 34%
5. Για τα άτομα που ήσαν πρώην καπνιστές, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα δημιουργούσε μεγαλύτερους κινδύνους για ασθένειες

Βλέπουμε λοιπόν ότι η μεγάλη αυτή έρευνα επιβεβαιώνει ότι το παθητικό κάπνισμα είναι αιτία καρκίνου των πνευμόνων, καρκίνου του λάρυγγα και χρόνιων νοσημάτων των πνευμόνων όπως εμφύσημα και χρόνια βρογχίτιδα.

Το γεγονός ότι οι πρώην καπνιστές είναι λόγω παθητικού καπνίσματος πιο ευάλωτοι στον καρκίνο και σε άλλες αποφρακτικές νόσους των πνευμόνων, πιθανόν να οφείλεται σε προηγούμενες βλάβες που είχαν οι πνεύμονες τους υποστεί όταν κάπνιζαν οι ίδιοι.

Τελειώνοντας θέλουμε να τονίσουμε ότι σήμερα υπάρχουν ισχυρότατα στοιχεία που δείχνουν ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τους θανάτους προκαλώντας καρκίνους του πνεύμονα και του λάρυγγα, έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικά επεισόδια.

Τα παιδιά που είναι αθώα θύματα του παθητικού καπνίσματος, φαίνεται ότι μπορεί να πληρώσουν με τη ζωή τους τις κακές συνήθειες ενηλίκων καπνιστών.

Η αύξηση της έκθεσης στον καπνό με τον οποίο ρυπαίνουν το περιβάλλον οι καπνιστές, μεγαλώνει τον κίνδυνο για διάφορες θανατηφόρες ασθένειες. Το γεγονός αυτό, πρέπει να μας προβληματίσει ιδιαίτερα και να ωθήσει τις αρμόδιες αρχές διεθνώς, στη λήψη αυστηρότερων μέτρων για τον περιορισμό του νοσηρού και καρκινογόνου αυτού παράγοντα.²³

Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο τύφλωσης.

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα έχουν συσχετισθεί έντονα με την πρόκληση εκφυλισμού της ωχράς κηλίδας του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού.

Ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας, είναι από τις κυριότερες αιτίες τύφλωσης. Η συχνότητα της πάθησης αυξάνεται με την ηλικία και συνήθως η έναρξη της είναι μετά την ηλικία των 50 ετών.

Επηρεάζει το κεντρικό μέρος της όρασης ενώ η περιφερική όραση δεν επηρεάζεται. Η απώλεια της όρασης μπορεί να είναι ολική ή μερική. Η ωχρά κηλίδα είναι υπεύθυνη για τη σαφή και ευκρινή κεντρική όραση.

Οι ασθενείς λόγω απώλειας της κεντρικής όρασης, δεν μπορούν να διαβάσουν, να οδηγούν και είναι ακόμη δυνατόν να δυσκολεύονται στην αναγνώριση προσώπων.

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Cambridge, μελέτησαν τις περιπτώσεις 435 ασθενών με εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας και 280 χωρίς την πάθηση.

Τα αποτελέσματα είναι ενδιαφέροντα και ανησυχητικά:

1. **Τα παθητικό κάπνισμα, σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο εκφυλισμού της ωχράς κηλίδας του αμφιβληστροειδούς. Ο κίνδυνος για τον εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας, βρέθηκε να είναι αυξημένος για τους μη καπνιστές που ζούσαν με τους καπνιστές για 5 χρόνια ή περισσότερα**
2. **Όσο περισσότερο κάπνιζε κάποιος, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος του να προσβληθεί από τη νόσο**
3. **Οι ασθενείς που κάπνιζαν 1 πακέτο ή περισσότερα, κάθε μέρα συστηματικά για 40 χρόνια, είχαν τριπλάσιο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνιζαν**
4. **Το κάπνισμα αύξανε τον κίνδυνο και για τις δύο μορφές της νόσου (γεωγραφική ατροφία και χοριοειδική νεοαγγείωση)**
5. **Αυτοί που είχαν σταματήσει το κάπνισμα τουλάχιστον για 20 χρόνια, είχαν κίνδυνο προσβολής της νόσου που επανερχόταν στον ίδιο βαθμό όπως αυτοί που δεν είχαν ποτέ καπνίσει**

Τα αποτελέσματα αυτά σίγουρα θα ενδυναμώσουν τις φωνές αυτών που απαιτούν την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους όπως επίσης και στους χώρους εργασίας.

Δεν είναι η πρώτη έρευνα που έδειξε σχέση μεταξύ καπνίσματος και τύφλωσης. Ο ισχυρός συσχετισμός που επανειλημμένα βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ καπνίσματος και εκφυλισμού της ωχράς κηλίδας, υποστηρίζει έντονα τη θέση ότι το κάπνισμα είναι αιτία της νόσου αυτής.

Στην εν λόγω εργασία, φάνηκε ότι είναι κυρίως το κάπνισμα τσιγάρων που αυξάνει τον κίνδυνο απώλειας όρασης, μερικής ή ολικής. Για τα πούρα και την πίπα δεν κατέστη δυνατό να βγουν συμπεράσματα δεδομένου ότι 93% τουλάχιστον των ασθενών κάπνιζαν τσιγάρα.

Πρέπει να προσθέσουμε ότι από τους πολλούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί, το κάπνισμα αναδεικνύεται πιο σταθερά από όλους τους άλλους, να αυξάνει τον κίνδυνο για πρόκληση του εκφυλισμού ωχράς κηλίδας.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές μεγαλύτερο ρόλο παίζει η συνολική χρονική διάρκεια του καπνίσματος ενώ για άλλους φαίνεται ότι είναι η συνολική ποσότητα τσιγάρων που έχουν καταναλωθεί. Όπως έχουμε δει για να απαλλαχθεί πλήρως κάποιος από τον κίνδυνο της νόσου, πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 20 χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος.

Ο μηχανισμός με το οποίο το κάπνισμα αλλοιώνει τον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού, πιστεύεται ότι είναι οι οξειδωτικές βλάβες, ιδιαίτερα στο επιθήλιο. Είναι επίσης πιθανόν ότι υπάρχει άμεση τοξική δράση της νικοτίνης. Η φλεγμονή που προκύπτει, επιδεινώνει διαχρονικά το πρόβλημα.

Δεδομένου ότι η πάθηση αυτή της όρασης, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της Δημόσιας Υγείας, πρέπει οι αρμόδιες αρχές όπως επίσης και ο καθένας μας, να ευαισθητοποιηθούμε και να λάβουμε μέτρα πρόληψης και προστασίας από τη μάστιγα του καπνίσματος.²⁴

Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου της μύτης στα παιδιά

Οι γονείς που καπνίζουν πρέπει να ξέρουν ότι το παθητικό κάπνισμα στα παιδιά πιθανόν να τους προκαλεί καρκίνο της μύτης. Το ίδιο πρέπει να γνωρίζουν και όσοι καπνίζουν, υποβάλλουν παιδιά σε παθητικό κάπνισμα.

Παιδιά που υποβλήθηκαν στις τοξικές επιδράσεις του καπνού κατά την εμβρυϊκή τους ζωή ή δια μέσου του μητρικού θηλασμού, κινδυνεύουν περισσότερο από καρκίνους της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.

Οι καρκινογόνες δράσεις του ενεργού καπνίσματος έχουν μελετηθεί εκτεταμένα. Έχει τεκμηριωθεί ότι προκαλεί καρκίνους σε πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος.

Αντίθετα για το παθητικό κάπνισμα οι έρευνες και τα στοιχεία που υπάρχουν είναι λιγότερα. Υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις επιδράσεις των τοξικών ουσιών

του καπνού που απορροφούνται από τις εγκύους, διαπερνούν τον πλακούντα και συσσωρεύονται στο έμβρυο.

Επίσης διερευνώνται οι επιδράσεις των ουσιών αυτών όταν εισέρχονται στον οργανισμό του παιδιού δια μέσου του μητρικού θηλασμού στις περιπτώσεις που η μητέρα υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα ή καπνίζει η ίδια.

Το γάλα μητέρων που καπνίζουν περιέχει ψηλές συγκεντρώσεις νικοτίνης.

Στα ούρα των βρεφών των οποίων η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη ή το θηλασμό κάπνιζε, η συγκέντρωση της κοτινίνης είναι ισοδύναμη με αυτήν που παρατηρείται σε ενήλικες καπνιστές. Η κοτινίνη είναι ουσία του καπνού που συγκεντρώνεται στα ούρα και η παρουσία της δείχνει ότι το παιδί υποβλήθηκε σε κάπνισμα.

Ανάλογη κατάσταση περιγράφεται και σε μητέρες που ενώ οι ίδιες δεν καπνίζουν, υποβάλλονται σε παθητικό κάπνισμα.

Τα παιδιά με λίγα λόγια είναι δυνατόν να γίνονται θύματα παθητικού καπνίσματος στην εμβρυϊκή τους ζωή, στη μήτρα της μητέρας τους, όταν θηλάζουν και όταν κάποιος καπνίζει στο περιβάλλον τους.

Στη Σουηδία έχει γίνει σειρά μελετών σχετικά με το παθητικό κάπνισμα και την πρόκληση καρκίνου στα παιδιά. Σε μια έρευνα που ολοκληρώθηκε πρόσφατα, Σουηδοί ερευνητές εξέτασαν βάσεις δεδομένων οικογενειών από το 1958 έως το 2002.

Ο στόχος ήταν να φανεί κατά πόσο παιδιά γονέων που κάπνιζαν και προσβλήθηκαν από καρκίνο του πνεύμονα, προσβάλλονταν τα ίδια από κακοήθεις νόσους που δεν μπορούσαν να εξηγηθούν από δικό τους ενεργητικό κάπνισμα ή οικογενειακή προδιάθεση για καρκίνο.

Είναι γνωστό ότι οι πλείστες περιπτώσεις καρκίνου των πνευμόνων εκδηλώνονται σε ασθενείς που καπνίζουν. Για αυτό η ύπαρξη καρκίνου πνευμόνων στους γονείς και το κάπνισμα από αυτούς, θεωρήθηκαν ως δείκτες υποβολής των παιδιών σε παθητικό κάπνισμα.

Εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 17.693 μητέρων και 41.838 πατέρων που προσβλήθηκαν από καρκίνο του πνεύμονα. Στη συνέχεια έγιναν συσχετισμοί με την εκδήλωση διαφόρων μορφών καρκίνου στα παιδιά τους, όταν αυτά ενηλικιώθηκαν.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά των γυναικών με καρκίνο που μελετήθηκαν, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο της μύτης, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών και του πνεύμονα. Ο κίνδυνος για καρκίνο των νεφρών και της ουροδόχου κύστης ήταν μεγαλύτερος σε νεαρότερες ηλικίες.

Τα παιδιά των ανδρών με καρκίνο του πνεύμονα, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο της μύτης και του πνεύμονα αλλά λιγότερο για καρκίνο των νεφρών και της ουροδόχου κύστης.

Το μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο, τον είχαν παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν και είχαν προσβληθεί από καρκίνο του πνεύμονα. Στις περιπτώσεις αυτές ο καρκίνος από τον οποίο κινδύνευαν περισσότερο τα παιδιά ήταν ο καρκίνος της μύτης (αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα της μύτης).

Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι το παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική ηλικία συμβάλλει στην πρόκληση καρκίνου της μύτης όταν τα παιδιά θα γίνουν ενήλικες.

Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν και οι δύο γονείς έχουν προσβληθεί από καρκίνο του πνεύμονα και όταν ένας από τους δύο γονείς παρουσιάζει καρκίνο πνεύμονα. Όταν η μητέρα έχει τον καρκίνο πνεύμονα, ο κίνδυνος για το παιδί είναι μεγαλύτερος.

Η υποβολή του παιδιού στις τοξικές ουσίες του καπνού κατά την εμβρυϊκή ζωή ή κατά το θηλασμό, πιθανόν να συμβάλλει στην πρόκληση καρκίνου των νεφρών και της ουροδόχου κύστης όταν αυτά θα γίνουν ενήλικες.

Παλαιότερες έρευνες σχετικά με τις επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά έδειξαν ότι αυτό αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής τους από λευχαιμία, κακοήθες λέμφωμα όπως επίσης και από μέση ωτίτιδα, άσθμα, βήχα, βρογχίτιδα και μείωση της πνευμονικής τους λειτουργίας.²⁵

Ο κίνδυνος θανάτου σε βρέφη από τον καπνό του τσιγάρου

Το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου σε βρέφη (Σ.Α.Θ.Β.), είναι η συχνότερη αιτία θανάτου σε βρέφη από 1 έως 12 μηνών.

Πρόκειται για μια τραγική κατάσταση που συμβαίνει ξαφνικά και ανεξήγητα, σε ένα βρέφος που κατά τα άλλα ήταν υγιές.

Μέχρι σήμερα είναι γνωστό ότι, παιδιά των οποίων η μητέρα καπνίζει κατά την εγκυμοσύνη, έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από το σύνδρομο.

Επιπρόσθετα, παιδιά τα οποία υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα, λόγω του ότι κάποιος στο περιβάλλον τους καπνίζει, διατρέχουν 2 φορές περισσότερο κίνδυνο να πεθάνουν από το Σ.Α.Θ.Β., σε σύγκριση με άλλα βρέφη που δεν υποβάλλονται στον καπνό του τσιγάρου.

Το ερώτημα που παραμένει είναι, γιατί ο καπνός του τσιγάρου, τόσο πριν από τη γέννηση όσο και μετά, μπορεί να προκαλεί τον αιφνίδιο θάνατο στα βρέφη.

Δύο πρόσφατες έρευνες, από την Ιταλία και την Αυστραλία, ρίχνουν φως στο σοβαρό αυτό πρόβλημα.

Γιατροί από το πανεπιστήμιο της Φλωρεντίας, παρουσίασαν στο ετήσιο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας, που έγινε το Σεπτέμβριο του 2002 στο Βερολίνο, τα ευρήματα τους όσον αφορά την επίδραση του καπνού του τσιγάρου στην καρδιά του εμβρύου και του βρέφους.

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) που περιέχεται μέσα στον καπνό του τσιγάρου, επιδρά αρνητικά στην ωρίμανση των κυττάρων της καρδιάς του αναπτυσσόμενου εμβρύου.

Το αποτέλεσμα είναι αλλοιώσεις που παρατηρούνται στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Συγκεκριμένα, προκαλείται μια αύξηση του διαστήματος QT στο ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Τα βρέφη που παρουσιάζουν την ανωμαλία αυτή, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρδιακές αρρυθμίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν το ξαφνικό, αιφνίδιο και ανεξήγητο θάνατο του βρέφους.

Οι Ιταλοί ερευνητές τονίζουν στα συμπεράσματα τους ότι το μήνυμα που πρέπει οπωσδήποτε να περάσει στις γυναίκες, είναι ότι εάν είναι έγκυες δεν πρέπει να καπνίζουν και ότι κανένας δεν πρέπει να καπνίζει εκεί που υπάρχουν βρέφη.

Σε μια άλλη αξιολογη έρευνα που μας έρχεται από την Αυστραλία, οι γιατροί βρήκαν ότι **βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη δυσκολεύονται να ξυπνήσουν σε σύγκριση με παιδιά μητέρων που δεν κάπνιζαν.**

Οι γιατροί αξιολόγησαν την ένταση ενός ερεθισμού που χρειάζεται για να ξυπνήσει ένα βρέφος σε 2 ομάδες βρεφών. Η μια ομάδα ήταν βρέφη των οποίων η μητέρα δεν κάπνιζε ενώ στην δεύτερη ομάδα η μητέρα είχε καπνίσει κατά την εγκυμοσύνη.

Επίσης οι γιατροί αξιολόγησαν την ικανότητα των βρεφών να ξυπνούν χωρίς κανένα ερέθισμα στις δύο ομάδες. Οι αξιολογήσεις αυτές έγιναν όταν τα παιδιά κοιμόντουσαν ανάσκελα και μπρούμυτα.

Οι ερευνητές βρήκαν ότι τα βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη, είχαν μειωμένη διεγερσιμότητα για να ξυπνήσουν, τόσο όταν γινόταν κάποιος ερεθισμός όσο και χωρίς.

Οι ανωμαλίες αυτές υπήρχαν ακόμη και όταν το παιδί κοιμόταν ανάσκελα. Ως γνωστών, οι ειδικοί εδώ και περίπου δέκα χρόνια έχουν αποδείξει και συστήνουν όπως τα παιδιά να κοιμούνται ανάσκελα, διότι η θέση αυτή μειώνει τον κίνδυνο του Σ.Α.Θ.Β.

Οι πιο πάνω πρόσφατες εργασίες, τεκμηριώνουν ακόμη περισσότερο τις βλαβερές συνέπειες και το ρόλο του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος, στην πρόκληση ανεξήγητων θανάτων στα βρέφη.

Σίγουρα οι γονείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για το σοβαρό αυτό θέμα και να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης για να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι του Σ.Α.Θ.Β. στα παιδιά τους.²⁶



Ο βήχας των καπνιστών και ο «σιωπηλός δολοφόνος»

Δυστυχώς πολλοί καπνιστές δεν αντιλαμβάνονται ότι ο βήχας που σταδιακά εγκαθίσταται και γίνεται χρόνιος, είναι ένα πολύ σημαντικό σημάδι που θα πρέπει να τους ανησυχήσει άμεσα.

Ο βήχας αυτός μπορεί να είναι ένα σημείο μιας θανάσιμης ασθένειας που επηρεάζει τους πνεύμονες και τους βρόγχους.

Τα ανησυχητικά αυτά συμπεράσματα αναφέρονται σε σημερινή ανακοίνωση της Βρετανικής Εταιρείας Θώρακος. Το επιστημονικό αυτό σώμα άρχισε μια μεγάλη εθνική εκστρατεία στο Ηνωμένο Βασίλειο για να ευαισθητοποιήσει το πλατύ κοινό και τους καπνιστές σ' αυτό που αποκαλεί το "σιωπηλό δολοφόνο".

Ο "σιωπηλός δολοφόνος" αποκαλείται μια ομάδα ασθενειών, για τις οποίες το πλατύ κοινό δεν είναι καλά ενημερωμένο, η οποία περιλαμβάνει το εμφύσημα, τη χρόνια βρογχίτιδα και είναι γνωστές με το γενικό όρο χρόνιες πνευμονικές αποφρακτικές νόσοι (chronic obstructive pulmonary disease).

Οι ασθένειες αυτές σκοτώνουν κάθε χρόνο 30.000 άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Εκτός από το βήχα, τα άλλα βασικά σημεία των ασθενειών αυτών είναι η άφθονη παραγωγή φλεγμάτων και η δυσκολία στην αναπνοή, με κομμένη ανάσα που δημιουργείται κατά τη διάρκεια έστω και μικρών σωματικών προσπαθειών.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγε η επιστημονική αυτή εταιρεία, 1 στους 5 καπνιστές (22%), ηλικίας από 15 έως 54 ετών, πάσχει από τον επίμονο χρόνιο βήχα του καπνιστή.

Η πλειονότητά τους, το 75%, δεν αντιλαμβανόταν ότι ο βήχας αυτός θα μπορούσε να είναι ένα πρώιμο σημείο μιας καταστροφικής ασθένειας των πνευμόνων.

Επίσης το 80% από αυτούς, δεν επισκέφτηκαν το γιατρό τους για το πρόβλημα αυτό.

Οι γιατροί που διευθύνουν την εκστρατεία αυτή, τονίζουν ότι πιθανότατα υπάρχουν χιλιάδες μεσήλικες καπνιστές, οι οποίοι ήδη εκδηλώνουν τα πρώτα σημεία των σοβαρών αυτών ασθενειών, τα οποία περνούν απαρατήρητα.

Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα που καπνίζουν και που εκδηλώνουν χρόνιο βήχα, να επισκέπτονται το γιατρό τους για να υποβάλλονται σε ειδικά αναπνευστικά τεστ.

Η έγκαιρη διάγνωση των χρόνιων πνευμονικών αποφρακτικών νόσων, επιτρέπει την χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας που μπορεί να σταματήσει την εξέλιξη της νόσου.

Ταυτόχρονα, επιτρέπει στον ασθενή να καταλάβει πόσο μεγάλη βλάβη του προκαλεί το κάπνισμα και έτσι να αποφασίσει να το σταματήσει.

Ο ρόλος των γιατρών και νοσηλευτών είναι καθοριστικός στην διάγνωση και αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών.

Η σπιρομετρία (αναπνοομετρία), με ειδικά μηχανήματα (αναπνοόμετρα), επιτρέπουν την αξιολόγηση του ασθενούς και την διάγνωση των νόσων αυτών.

Τα δεδομένα αυτά πρέπει να μας προβληματίσουν όλους.

Το κάπνισμα εκτός από τις γνωστές ασθένειες που προκαλεί στην καρδιά, στα αγγεία και τον καρκίνο, προκαλεί επίσης τις δυνητικά θανατηφόρες χρόνιες πνευμονικές αποφρακτικές νόσους.

Αυτές οι τελευταίες είναι λιγότερο γνωστές και φαίνεται ότι τα στοιχεία που γνωρίζουμε για τη συχνότητά τους, αποτελούν μόνο την κορυφή του παγόβουνου. Υπάρχουν πολύ περισσότεροι που πάσχουν από τις καταστάσεις αυτές, αλλά η διάγνωση δεν γίνεται έγκαιρα.

Είναι λοιπόν σημαντικό και αλλού να γίνουν ανάλογες εκστρατείες όπως αυτή της Βρετανικής Εταιρείας Θώρακος.

Ο απώτερος στόχος πρέπει να είναι η διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του κόσμου, των καπνιστών αλλά και των γιατρών.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των χρόνιων πνευμονικών αποφρακτικών νόσων και ακόμη η καταπολέμηση της σύγχρονης μάστιγας του καπνίσματος θα πρέπει να είναι πρωταρχικοί στόχοι για το καλό όλων.²⁷



Πως να διακόψετε το κάπνισμα

Κάθε τσιγάρο που καπνίζουμε αφαιρεί 5 1/2' από τη ζωή μας. Κάθε δέκα 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει στη γη εξαιτίας του καπνίσματος. Το 1994 υπήρξαν 3 εκατομμύρια θύματα ενώ το 2025 αναμένεται να ξεπεράσουν τα 10 εκατομμύρια. Η Ελλάδα συνεχίζει να έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι πρώτη σε καπνιστές σε όλη την Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο μετά την Κύπρο και την Κούβα. Το 43% του ελληνικού πληθυσμού καπνίζει, γεγονός που κοστίζει 15.000 θανάτους το χρόνο. Απ' αυτούς 3.500 θάνατοι ανδρών και 500 θάνατοι γυναικών οφείλονται στον καρκίνο του πνεύμονα.

Στον καπνό του τσιγάρου περιέχονται περισσότερες από 2.000 διαφορετικές ουσίες. Από τις ουσίες αυτές τη μεγαλύτερη τοξική δράση, με σημαντική ευθύνη στην πρόκληση ορισμένων νόσων παρουσιάζουν το μονοξειδίο του άνθρακα, η νικοτίνη και η πίσσα.

Το κάπνισμα των τσιγάρων έχει συσχετισθεί κυρίως με τρεις κατηγορίες νοσημάτων. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα και της ουροδόχου κύστης, καθώς και τις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, όπως χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα.

Το κάπνισμα ευθύνεται ακόμα ή συμμετέχει, στην πρόκληση αγγειοεγκεφαλικών διαταραχών, περιφερικών αρτηριοπαθειών, αγγειακών ανευρυσμάτων, καρκίνου του στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, ήπατος, παγκρέατος, νεφρών, λοιμώξεων του αναπνευστικού και πεπτικού έλκους.

Η δύναμη που εμποδίζει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι η εξάρτηση. Η εξάρτηση αφορά και τη βιοχημεία του ανθρώπινου οργανισμού και τη συμπεριφορά του ίδιου του ανθρώπου.

Στην πρώτη περίπτωση που πρόκειται για φαρμακολογική εξάρτηση, αποκλειστικά υπεύθυνη είναι η νικοτίνη. Η νικοτίνη είναι μία χημική ουσία που προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό και επιδρά κυρίως στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα. Όταν καταπίνουμε τον καπνό η νικοτίνη εισέρχεται στο αίμα και πολύ γρήγορα διαχέεται σ' όλο το σώμα. Κάθε καπνιστής για να ικανοποιήσει τις ανάγκες της νικοτίνης καπνίζει με το δικό του τρόπο το είδος του καπνού που έχει επιλέξει.

Η εξάρτηση της συμπεριφοράς, στηρίζεται στο γεγονός ότι η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές καταλήγει στο να γίνεται με τρόπο αυτόματο. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου απαιτεί μια σειρά κινήσεων, που επαναλαμβάνόμενες μέχρι και 15.000 φορές το χρόνο καταλήγουν στο να γίνονται αυτόματα. Η αυτόματη αυτή συμπεριφορά πολύ συχνά συσχετίζεται και με άλλες δραστηριότητες όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, το τσιγάρο με τον καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους. Έτσι όταν συμβαίνουν καταστάσεις με τις οποίες ο καπνιστής έχει συνδυάσει το άναμμα του τσιγάρου, ο καπνιστής ανάβει τσιγάρο ασχέτως αν έχει ανάγκη για νικοτίνη εκείνη τη στιγμή.²⁸

Πριν το κόψετε... οργανωθείτε

Πριν διακόψετε το κάπνισμα, μελετήστε καλά τον "εχθρό". Μια εβδομάδα ασχοληθείτε σχολαστικά με τη συνήθεια σας...

- Καταγράψτε κάτω από ποιες συνθήκες ανάβετε πιο συχνά τσιγάρο (ανία, άγχος, παρέα, μοναξιά, τηλεόραση, χαρτιά, με τον καφέ κ.τ.λ.)
- Βαθμολογήστε την επιθυμία σας από το 0 μέχρι το 5, δηλαδή με το μηχανικό άναμμα μέχρι το "απόλυτα αναγκαίο".
- Εντοπίστε τις φάσεις κατά τις οποίες ανάβετε τσιγάρο μηχανικά, χωρίς δηλαδή να το επιθυμείτε ιδιαίτερα και κάντε μία προσπάθεια να αρχίσετε να το κόβετε σταδιακά σε αυτές ακριβώς τις σχετικά αδιάφορες φάσεις.
- Βρείτε από πριν κάτι που θα σας χρησίμευε για αντιπερισπασμό τις στιγμές που θέλετε πολύ να ανάψετε τσιγάρο. Δοκιμάστε τη χαλάρωση, ή τη γυμναστική, τη βόλτα, το σεξ, τους φρουτοχυμούς, τις ασκήσεις αναπνοής κ.λ.π.

Μην αγνοείτε τις διαφημίσεις των τσιγάρων και μην τις αντιμετωπίζετε σαν ταμπού. Απεναντίας, να τις κοιτάτε προσεκτικά και να αναλύετε τον τρόπο με τον οποίο προσπαθούν να σαγηνεύσουν ή και να παραπλανήσουν τον καταναλωτή. Γελοιοποιήστε τον τρόπο με τον οποίο συνδέουν το τσιγάρο με έναν προκλητικό τρόπο ζωής, με τη μεγάλη περιπέτεια της υγείας και την αντιστρόφως ανάλογη σχέση που έχει το κάπνισμα με το σεξ. Εάν καταφέρετε να δείτε αυτές τις διαφημίσεις με χιούμορ και να αποκρυπτογραφήσετε λογικά τη χρήση των χρωμάτων τους και των μηνυμάτων τους, όχι μόνο θα πάψετε στο μέλλον να επηρεάζεστε έμμεσα από αυτές, αλλά θα βοηθήσετε πολύ τον εαυτό σας να απαλλαγεί από τη συναισθηματική φόρτιση που ήδη νιώθετε για το τσιγάρο και από την υποσυνείδητη επιρροή των διαφημίσεων αυτών επάνω σας κατά το παρελθόν.

- Συμφιλιωθείτε με τις αδυναμίες σας και να μην απορρίπτετε τον εαυτό σας επειδή νιώθει εξαρτημένος από το τσιγάρο. Εάν το τσιγάρο δεν είχε τίποτα το θετικό, κανένας δεν θα κάπνιζε. Το θέμα είναι να μπορέσετε σταδιακά να βάλετε στη ζυγαριά τα αρνητικά του και να την αφήσετε να γείρει προς την απεξάρτηση.
- Τα ηρεμιστικά χάπια γενικά δεν ενδείκνυνται και προκαλούν πολλές φορές εξάρτηση. Πιθανόν, όμως, εν κατακλείδι να βλάπτουν λιγότερο από το τσιγάρο.
- Επιπλέον, κάποιοι άνθρωποι βοηθήθηκαν σημαντικά από αυτά για να αντιμετωπίσουν είτε την προοπτική να κόψουν το κάπνισμα (παίρνοντας τα δύο εβδομάδες πριν από τη διακοπή) είτε στη συνέχεια, όταν ο εκνευρισμός τους από τη διακοπή ήταν αφόρητος για τους ίδιους ή για το περιβάλλον τους.
- Καπνίζετε συνειδητά, δηλαδή όπως όποια άλλη δραστηριότητα κάνετε, και πείτε "τώρα θα καπνίσω ένα τσιγάρο". Έτσι, σιγά-σιγά θα αποσυνδέετε το τσιγάρο από παράλληλες δραστηριότητες, όπως είναι η οδήγηση, το γράψιμο ή το τηλέφωνο, το συνειδητό κάπνισμα βοηθά μακροπρόθεσμα στην αντιμετώπιση του "μηχανικού καπνίσματος".
- Πίνετε πολλά νερά, για να αποτοξινώνεται ο οργανισμός και να καθαρίζει συχνότερα, ώστε να αποβάλλει μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης και να μπορέσετε να απαλλαγείτε πιο γρήγορα από το σύνδρομο στέρησης.
- Να λέτε συχνά στον εαυτό σας, χρησιμοποιώντας το όνομά σας, ότι τον αγαπάτε. Να προσπαθήσετε συνειδητά και με ευαισθησία να το επαναλαμβάνετε και όταν ανάβετε τσιγάρο.
- Μη βλέπετε το κόστιμο του τσιγάρου σαν θυσία, κατά την οποία χάνετε μία χαρά για γενικά και αόριστα "καλή υγεία", αλλά σαν ανταλλαγή μιας μικρής χαράς με άλλες, πολύ μεγαλύτερες.²⁹



Κόβοντας το τσιγάρο: Έντεκα βήματα προς την επιτυχία

1. Αποφασίστε τώρα ότι ΜΠΟΡΕΙΤΕ να κόψετε το κάπνισμα.
2. Καταστρώστε το επιτελικό σχέδιο "κόψιμο καπνίσματος".
3. Ξεκινήστε τη δράση!
4. Προετοιμαστείτε ψυχολογικά.
5. Ζητήστε τη βοήθεια φίλων και συγγενών.
6. Ζητήστε τη βοήθεια ειδικών.
7. Φανταστείτε πώς θα είναι να επιτύχετε να κόψετε το κάπνισμα.
8. Μάθετε να αναγνωρίζετε τι σας κάνει να θέλετε να καπνίσετε.
9. Γυμναστείτε.
10. Βρείτε κάποιο φίλο και αρχίστε την προσπάθεια μαζί.
11. Μη σταματάτε την προσπάθεια όταν εμφανιστούν οι πρώτες δυσκολίες.

Οι υποθέσεις που κάνει ένας καπνιστής σχετικά με το τι του προσφέρει το τσιγάρο:

- Συμβάλλει στην ελάττωση του άγχους.
- Βοηθά στη μείωση της στενοχώριας.
- Προσφέρει ευτυχία.
- Δίνει ικανοποίηση.
- Είναι τρόπος ζωής.
- Επίσης, ο καπνιστής θεωρεί ότι έχει τον έλεγχο και μπορεί να το κόψει όποτε θέλει.

Η συναισθηματική προετοιμασία είναι το κλειδί της επιτυχίας

Πριν ξεκινήσει κανείς την προσπάθεια να κόψει το τσιγάρο πρέπει να γνωρίζει:

- Για ποιο λόγο καπνίζει.
- Τι του προκαλεί την επιθυμία να καπνίσει.
- Πώς θα νιώθει όταν κόψει το κάπνισμα.
- Τι θα κάνει για να ξεπεράσει την επιθυμία να καπνίσει "μόνο ένα τσιγαράκι".
- Τις συναισθηματικές καταστάσεις που συνδέονται με το κάπνισμα.

ΤΑ ΠΕΝΤΕ ΚΛΕΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ

1. Προετοιμασία.
2. Υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον.
3. Εκμάθηση νέων συμπεριφορών και ικανοτήτων.
4. Πρόβλεψη ότι θα υπάρχουν δύσκολες καταστάσεις ή επιστροφή στο τσιγάρο.
5. Σωστή χρήση φαρμάκων, αν κανείς επιλέξει αυτόν το δρόμο.

1. Προετοιμασία

- Επιλέξτε τη μέρα που θα κόψετε το τσιγάρο.
- Πάρτε χαρτί και μολύβι και σημειώστε τους λόγους για τους οποίους θέλετε να σταματήσετε το κάπνισμα.
- Αλλάξτε το περιβάλλον σας.
- Πετάξτε όλα τα τσιγάρα από το σπίτι και μην κρύψετε ένα πακέτο "για ώρα ανάγκης".
- Μην αφήνετε άλλους να καπνίζουν στο σπίτι σας.
- Όταν αποφασίσετε να κόψετε το τσιγάρο, δεν πρέπει στο εξής να καπνίσετε ούτε ένα, ούτε "μια τζούρα".
- Εξετάστε προηγούμενες προσπάθειες που έχετε κάνει και εξακριβώστε τι σας βοήθησε και τι όχι.

2. Υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

- Πείτε στην οικογένεια, στους φίλους και στους συναδέλφους σας ότι προσπαθείτε να κόψετε το τσιγάρο και ζητήστε τους να αποφεύγουν να καπνίζουν όταν είστε παρών.
- Ζητήστε ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον ειδικό.

3. Εκμάθηση νέων συμπεριφορών και ικανοτήτων

- Προσπαθήστε να "ξεγελάσετε" τον εαυτό σας όταν σας έλθει η επιθυμία να καπνίσετε.
- Μιλήστε σε κάποιον, γυμναστείτε, βγείτε μια βόλτα, κάντε μια δουλειά που όλο αναβάλλετε.
- Αλλάξτε τη ρουτίνα και τις συνήθειές σας (π.χ., δοκιμάστε τσάι ή καφέ φίλτρου, φάτε ένα κανονικό πρωινό).

- Πίνετε πολύ νερό.
- Μειώστε το στρες.
- Συμπεριλάβετε κάτι ευχάριστο στο καθημερινό σας πρόγραμμα.

4. Πρόβλεψη ότι θα υπάρχουν δύσκολες καταστάσεις ή επιστροφή στο τσιγάρο

- Οι περισσότεροι άνθρωποι ξαναρχίζουν το κάπνισμα τρεις μήνες αφού το κόψουν.
- Μην απογοητεύεστε· θυμηθείτε ότι χρειάζονται αρκετές προσπάθειες πριν κατορθώσετε να κόψετε το τσιγάρο και ότι υπάρχουν δύσκολες καταστάσεις όπως οι παρακάτω:
 - Αλκοόλ: Αποφύγετε την κατανάλωση αλκοόλ γιατί μειώνει την πιθανότητα επιτυχίας.
 - Άλλοι καπνιστές: Όταν είναι γύρω σας αποτελούν πρόκληση για να καπνίσετε.
 - Αύξηση του βάρους: Πολλοί καπνιστές παίρνουν μερικά κιλά όταν προσπαθούν να κόψουν το τσιγάρο. Μην αφήσετε το φαγητό να σταθεί εμπόδιο στην προσπάθειά σας· διατηρήστε καλές διατροφικές συνήθειες και βάλτε την άσκηση στο πρόγραμμά σας.
 - Κακή διάθεση ή κατάθλιψη: Μπορεί να έχετε εκνευρισμό ή άσχημη διάθεση, ιδίως όταν έχετε την επιθυμία να καπνίσετε. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί τρόποι για να βελτιώσετε τη διάθεσή σας. Η ψυχολογική στήριξη μπορεί να είναι τεράστιας σημασίας και σε αυτή την περίπτωση.

5. Σωστή χρήση φαρμάκων, αν κανείς επιλέξει αυτόν το δρόμο

Μερικά από τα προϊόντα που μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο είναι:

- Τσίχλα νικοτίνης
- patch νικοτίνης
- Σπρέι νικοτίνης

Αν κανείς αποφασίσει να τα χρησιμοποιήσει, πρέπει να ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες χρήσης, όπως και με κάθε φάρμακο, χωρίς να τα συνδυάζει με "ένα μόνο τσιγαράκι".

ΕΞΙ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΥΠΟΒΟΛΗ

Πώς γίνεται.

Κάποιοι άνθρωποι για να κόψουν το τσιγάρο καταφεύγουν σε ψυχολόγους που ασκούν τη μέθοδο της ύπνωσης. Κατά τη διάρκεια της ύπνωσης ή της υποβολής, ο ειδικός "περνάει" στον εγκέφαλο του καπνιστή είτε αρνητικά μηνύματα για το τσιγάρο είτε θετικά μηνύματα για μια ζωή ελεύθερη από αυτό. Σε γενικές γραμμές η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει, ανεξάρτητα από την άσκηση υποβολής, γιατί ο καπνιστής κουβεντιάζει το πρόβλημα του με έναν ειδικό, και έτσι μπορεί να εντοπίσει πιο εύκολα τα αίτια που τον κάνουν να ανάβει τσιγάρο και να βρει τρόπους να εξασφαλίσει τις καθημερινές ισορροπίες του χωρίς αυτό.

Είναι επικίνδυνη τεχνική;

Η ψυχανάλυση και η ψυχοθεραπεία ασφαλώς και δεν ενέχουν άλλο κίνδυνο, πέραν από το ότι ο καπνιστής ίσως φέρει παρεμπιπτόντως στην επιφάνεια προβλήματα που δεν ήταν προετοιμασμένος να ανακαλύψει. Όσον αφορά ειδικά στην ύπνωση όμως, επειδή αφήνει το άτομο "εκτεθειμένο" στα μηνύματα του υπνωτιστή, καλό είναι να μην γίνεται προτού ο ενδιαφερόμενος βεβαιωθεί για τις σπουδές και το γενικό υπόβαθρο του επαγγελματία στον οποίο απευθύνεται.

Θεωρείται γενικά αποτελεσματική, εφόσον όμως ο καπνιστής θέλει πραγματικά να απελευθερωθεί από το κάπνισμα και είναι ουσιαστικά "ανοιχτός" στο θεραπευτή.

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Πώς επενεργεί:

Βασική αρχή του βελονισμού είναι ότι οι "ακίδες" της βελόνης επενεργούν σε συγκεκριμένα κέντρα του σώματος - κέντρα που ελέγχουν διάφορες δραστηριότητες. Οι βελόνες, στην προκειμένη περίπτωση, έχουν ως στόχο εκείνα τα κέντρα που "αντενεργούν" στη νικοτίνη και κάνουν τον καπνιστή να αηδιάζει πλέον κάθε φορά που πάει να ρουφήξει τον καπνό. Ο βελονισμός αποσκοπεί - στη συγκεκριμένη περίπτωση - να ξανακάνει τον οργανισμό του καπνιστή παρθένο στη νικοτίνη, και έτσι, την επόμενη φορά που θα πάει να καπνίσει, θα νιώθει ότι και όταν πρωτοκάπνισε: ναυτία, βήχα, τάση για εμετό. Με το βελονισμό ο ανθρώπινος οργανισμός ξαναζωντανεύει και βλέπει τη νικοτίνη σαν ξένο σώμα. Ο βελονισμός μπορεί να βοηθήσει και στο σύνδρομο στέρησης ή και στην τάση για πολυφαγία.

Πού γίνεται;

Σε ιατρείο γιατρού βελονισμού και κάθε συνεδρία στοιχίζει περίπου 50,00 Ευρώ.

Είναι αποτελεσματικός;

Ο βελονισμός βοηθά όσους έχουν πραγματικά διάθεση να κόψουν το τσιγάρο και όχι όσους ουσιαστικά, έστω και υποσυνείδητα, ανταγωνίζονται τη μέθοδο και κατά βάθος δεν προτίθενται να αλλάξουν συνήθειες. Για να κοπεί το τσιγάρο με βελονισμό, χρειάζονται περίπου 3 έως 6 συνεδρίες, αλλά υπάρχουν άτομα που χρειάστηκαν μόνον μία, όπως και άτομα που χρειάστηκαν δέκα. Η επιτυχία και η ταχύτητα με την οποία θα επιτευχθεί ο "στόχος" εξαρτώνται τόσο από το υποκειμενικό στοιχείο του κατά πόσο είναι πραγματικά αποφασισμένος να το κόψει ο καπνιστής, όσο και από το αντικειμενικό στοιχείο του πόσο βεβαρημένος είναι με νικοτίνη.

Είναι επικίνδυνη μέθοδος;

Η μέθοδος του βελονισμού δεν είναι καθόλου επικίνδυνη, εφόσον βέβαια απευθυνθείτε σε ειδικό γιατρό βελονιστή. Οι βελόνες τοποθετούνται στα αυτιά, στα πόδια, στα χέρια και αλλού, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε καπνιστή και με το σύνδρομο στέρησης που αντιμετωπίζει - αν έχει πονοκεφάλους ή αϋπνίες, δυσκοιλιότητα, λόγω της έλλειψης

νικοτίνης, η οποία κινητοποιεί το παχύ έντερο, αν παίρνει πολλά κιλά κ.λ.π. Κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μισή ώρα.

ΣΠΡΕΙ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Πώς ενεργούν:

"Χορηγεί" στον οργανισμό νικοτίνη με τρόπο που "θυμίζει" το κάπνισμα, δηλαδή ο καπνιστής κινεί το χέρι προς το πρόσωπο του. Η νικοτίνη που απελευθερώνεται στον οργανισμό με 20 εισπνοές από το σπρέι (δηλαδή μια εισπνοή ανά 15 δευτερόλεπτα επί 5 λεπτά) ισοδυναμεί περίπου με ένα τσιγάρο - 10 mg νικοτίνης.

Είναι επικίνδυνο;

Αυτό το σπρέι στις ΗΠΑ χορηγείται μόνον με ιατρική συνταγή και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, επειδή προκαλεί εθισμό. Το περιορισμένο διάστημα χρήσης ισχύει για όλα τα υποκατάστατα. Μπορεί να προκαλέσει βήχα, ερεθισμό της μύτης, του στόματος και του λαιμού, αίσθημα καούρας στο στομάχι και ναυτία. Επίσης, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από άτομα που πάσχουν από ιγμορίτιδα, αλλεργίες, άσθμα ή άλλες ασθένειες του ανώτερου αναπνευστικού, καθώς και από άτομα που πάσχουν από υπέρταση, έλκος, θυρεοειδή, διαβήτη, νεφροπάθειες, ηπατοπάθειες. Δεν πρέπει, επίσης, να λαμβάνεται από νεαρά άτομα.

Πώς διατίθεται:

Στην Ελλάδα το σπρέι που περιέχει 10 mg στοιχίζει περίπου 16,80 Ευρώ.

Είναι αποτελεσματικό;

Από το 1996 κυκλοφορεί και ένα ρινικό σπρέι. Πρόκειται και πάλι για υποκατάστατο νικοτίνης, μόνον που εισπνέεται από τη μύτη. Η συσκευασία του σπρέι περιλαμβάνει ένα μπουκαλάκι που περιέχει νικοτίνη και φυσικά, μία "αντλία". Ο καπνιστής κάνει χρήση του σκευάσματος κάθε φορά που νιώθει την ανάγκη να καπνίσει. Μελέτη του Αμερικανικού Οργανισμού Φαρμάκων και Τροφίμων έδειξε ότι με τον τρόπο αυτό κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα το 54% των καπνιστών που συμμετείχαν σε σχετικό "πείραμα".

Από εκείνους που συμμετείχαν στο πείραμα παίρνοντας εν αγνοία τους σπρέι placebo, δηλαδή εισέπνεαν αδρανείς ουσίες, έκοψαν το κάπνισμα μόνον το 27%. Και αυτή η μελέτη δείχνει ότι η χρήση του υποκατάστατου διπλασιάζει τις πιθανότητες απεξάρτησης - όπως ακριβώς συμβαίνει και με τα "έμπλαστρα" νικοτίνης.

ΤΣΙΧΛΕΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Πώς επενεργούν;

Η τσίγλα απελευθερώνει τη νικοτίνη στη στοματική κοιλότητα, για να απορροφηθεί από το βλεννογόνο. Κάθε τσίγλα ισοδυναμεί περίπου με ένα τσιγάρο και, όταν απελευθερώνει νικοτίνη, αφήνει μια έντονη γεύση ή προκαλεί κάτι σαν μικρό τσούξιμο. Τότε πρέπει να σταματάει το μάσημα και να συνεχίζεται αργότερα, όταν το μικρό μούδιασμα περάσει. Κάθε τσίγλα μπορεί να μασιέται περίπου για μισή ώρα

Είναι επικίνδυνες;

Κανένα υποκατάστατο νικοτίνης δεν πρέπει να λαμβάνεται χωρίς να προηγηθεί συζήτηση με ένα γιατρό, ο οποίος να γνωρίζει τόσο το ιστορικό του καπνιστή όσο και το προϊόν που αυτός προτίθεται να χρησιμοποιήσει. Η τσίγλα νικοτίνης καμία φορά προκαλεί προβλήματα στα δόντια ή πόνο στα σαγόνια (από το μάσημα), αλλεργικές αντιδράσεις, ερεθισμό του στόματος και του λαιμού, γαστρεντερικές διαταραχές, όπως λόξιγγα ή φούσκωμα κ.λ.π. Προσοχή χρειάζεται και από όσους είναι καρδιοπαθείς, όπως και από όσες εγκυμονούν. Γενικά, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να διαβάσουν με ιδιαίτερη προσοχή το φύλλο οδηγιών και να συμβουλευθούν γιατρό.

Πώς διατίθενται:

Στην Ελλάδα διατίθενται σε δόσεις των 2 mg και των 4 mg. Η συσκευασία των 2 mg στοιχίζει περίπου 11,8 Ευρώ.

Είναι αποτελεσματικές;

Έχουν τα ίδια ποσοστά επιτυχίας και αποτυχίας με τα επιθέματα νικοτίνης, αλλά προκαλούν πιο εύκολα εθισμό.

ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Πώς επενεργούν:

Οι παρασκευαστές των επιθεμάτων δηλώνουν ότι αυτά απελευθερώνουν νικοτίνη στον ανθρώπινο οργανισμό σταδιακά και σε αδιάκοπη ροή. Έχουν 16ώρη διάρκεια δράσης και τοποθετούνται στο δέρμα το πρωί, για να αποκολληθούν πριν από τον ύπνο. Στην αρχή επικολλούνται επιθέματα των 15 mg νικοτίνης και μετά, περίπου στους 2 μήνες, τοποθετούνται αυτοκόλλητα των 10 mg ή των 25 mg, για να γίνει ο «απογαλακτισμός». Τα επιθέματα πρέπει να "κολλούν" σε περιοχή δέρματος που να είναι καθαρή, στεγνή και άτριχη, όπως π.χ. στο μπράτσο και στο γοφό.

Είναι επικίνδυνα;

Σε γενικές γραμμές είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσουν ταχυπαλμία. Δεν πρέπει να τα χρησιμοποιούν εγκυμονούσες χωρίς συνεννόηση με το γιατρό. Επίσης, πρέπει να τα αποφεύγουν όσοι έχουν καρδιοπάθειες, νεφρική ανεπάρκεια, έλκος. Γενικά δεν πρέπει να λαμβάνονται χωρίς προσεννόηση με το γιατρό και όποιος τελικά αποφασίσει να κάνει χρήση θα πρέπει να αποφεύγει την παράλληλη χρήση παρόμοιων βοηθημάτων ή το κάπνισμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάρει υπερβολική δόση και να παρουσιάσει αϋπνίες και τάση εμετού ή να πάθει και σοβαρή δηλητηρίαση. Όλα αυτά τα υποκατάστατα είναι, τέλος, πάρα πολύ επικίνδυνα για τα παιδιά και μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρα δηλητηρίαση.

Πώς διατίθενται:

Είναι διαθέσιμα, σε όλα τα ελληνικά φαρμακεία και η συσκευασία που έχει 10 αυτοκόλλητα στοιχίζει περίπου 13 Ευρώ, ενώ εκείνη που έχει 30 στοιχίζει περίπου 14,3 Ευρώ.

Είναι αποτελεσματικά;

Μία μελέτη που έγινε επί 240 καπνιστών της "τάξης" του ενός πακέτου την ημέρα έδειξε ότι το 27% εκείνων που χρησιμοποιούσαν συστηματικά τα αυτοκόλλητα επιθέματα νικοτίνης - δηλαδή "έμπλαστρα" διαποτισμένα με νικοτίνη - και που παράλληλα είχαν υποστήριξη από γιατρούς ή ψυχολόγους κατάφεραν να απαλλαγούν από το τσιγάρο μέσα σε διάστημα το πολύ ενός έτους. Ο ψυχολογικός παράγοντας όμως αποδείχτηκε ισχυρός και από μία άλλη παράμετρο της ίδιας μελέτης: το τσιγάρο έκοψαν επίσης και πολλοί από εκείνους που νόμιζαν ότι έκαναν χρήση εμπλάστρων νικοτίνης, ενώ στην πραγματικότητα τους τοποθετούσαν έμπλαστρα placebo, δηλαδή επιθέματα που οι χρήστες νόμιζαν ότι περιείχαν νικοτίνη, ενώ αυτά ήταν διαποτισμένα με αδρανείς ουσίες (νερό και ζάχαρη). Το ποσοστό εκείνων που έκοψαν το κάπνισμα, ενώ έκαναν χρήση "ψεύτικων" επιθεμάτων ήταν 14%.

Η στατιστική κατά συνέπεια δείχνει ότι ναι μεν ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ισχυρός, αλλά η πρακτική βοήθεια στην απεξάρτηση με υποκατάστατα νικοτίνης διπλασιάζει τις πιθανότητες επιτυχίας.

Η ίδια μελέτη δείχνει ότι οι πιθανότητες αυτές μειώνονται όταν ο καπνιστής "παλεύει" μόνος του, χωρίς την παρακολούθηση γιατρού, φαρμακοποιού, νοσοκόμου ή ψυχολόγου. Τα υποκατάστατα νικοτίνης, γενικά, βοηθούν επίσης τον καπνιστή να μην πάρει βάρος και να μη νιώθει την έλλειψη της νικοτίνης στον οργανισμό του. Δεν τον βοηθούν όμως να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική ή μηχανική του εξάρτηση από της συνήθεια του καπνίσματος.³⁰

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Τι προσφέρουν;

Υπάρχουν μερικά κέντρα υγιεινού τρόπου ζωής, κάτι δηλαδή ανάμεσα σε ξενοδοχεία και πολυτελείς κλινικές, που έμμεσα λειτουργούν και για αποτοξίνωση από το τσιγάρο, με την έννοια ότι προσφέρουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και κάποιες ασκήσεις διαλογισμού και χαλάρωσης. Εκεί μπορείτε να βρείτε και ψυχολογική υποστήριξη για να κόψετε το τσιγάρο. Στην Ελλάδα δεν λειτουργούν και πολλά τέτοια κέντρα. Αυτά που υπάρχουν συμπεριλαμβάνουν στο πρόγραμμά τους τη χαλάρωση και τη γιόγκα.

Ενέχουν κινδύνους;

Τα κέντρα υγιεινής διαβίωσης και τα κέντρα που διδάσκουν τεχνικές χαλάρωσης ή γιόγκα, όχι. Υπάρχουν ομάδες κρυπτοφανατικών που ασχολούνται με τον αποκρυφισμό και οδηγούν τους ανυποψίαστους σε άλλου είδους ψυχολογικές εξαρτήσεις, αλλά αυτοί ξεχωρίζουν εύκολα από το σύνολο των υγιών κέντρων γιόγκα ή χαλάρωσης.

Πού μπορεί να απευθυνθεί κανείς;

Σε χώρους ή "ξενοδοχεία" που ασχολούνται με τη γιόγκα ή σε χώρους που δεν ασπάζονται μεν το διαλογισμό, αλλά πιστεύουν στις δυνατότητες της χαλάρωσης, των αντιστρέψ τεχνικών και της υγιεινής διατροφής - διαβίωσης. Τα κέντρα-ξενοδοχεία, στα οποία μπορείτε να μείνετε κάποιες μέρες εν είδει διακοπών, στοιχίζουν περίπου 120,00 Ευρώ με το κατάλυμα, τη διατροφή και το πρόγραμμα χαλάρωσης

Είναι αποτελεσματικά;

Ακόμα και αν δεν κόψετε οριστικά το κάπνισμα στη διάρκεια των διακοπών σας, θα έχετε τουλάχιστον την ευκαιρία να κάνετε μια μικρή αποτοξίνωση.³¹

Φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος

Το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία εκατομμυρίων θανάτων κάθε χρόνο παγκοσμίως που μπορούν να προληφθούν. Ευθύνεται για μια ολοένα και αυξανόμενη λίστα διαφόρων μορφών καρκίνου, καρδιοπάθειας, καρδιακής προσβολής, αγγειακών προβλημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων.

Ο εθισμός στη νικοτίνη του καπνού μπορεί να συμβεί πολύ εύκολα. Οι καπνιστές που στην ουσία είναι εξαρτημένοι χρήστες νικοτίνης, πολύ δύσκολα μπορούν να απαλλαχθούν από τον εθισμό τους στη νόμιμη αυτή εξαρτησιογόνο ουσία.

Η νικοτίνη είναι ένας ισχυρός εθιστικός παράγοντας που εισέρχεται άμεσα στον εγκέφαλο. Διεγείρει τα κέντρα ευχαρίστησης του εγκεφάλου. Αυξάνει τη συγκέντρωση της ντοπαμίνης στα κέντρα ευχαρίστησης του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να προκαλεί εξάρτηση στους καπνιστές.

Είναι ακριβώς αυτή τη δράση της νικοτίνης που εξουδετερώνει ένα νέο φάρμακο που εγκρίθηκε κατά προτεραιότητα από τη Διεύθυνση Φαρμάκων και Τροφίμων (FDA, Food and Drug Administration) των Ηνωμένων Πολιτειών το Μάιο του 2006.

Το φάρμακο ονομάζεται varenicline (**βαρενικλίνη**) και η εμπορική ονομασία είναι **Chantix**. Πρόκειται για ένα νέο μόριο για το οποίο πιστεύεται ότι οι θετικές του επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία, μπορεί να είναι σημαντικές.

Η βαρενικλίνη επιδρά στις περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται από τη νικοτίνη. Μπορεί να βοηθά αυτούς που θέλουν να απεξαρτηθούν από τη νικοτίνη και το κάπνισμα με βασικά δύο τρόπους.

Ο πρώτος τρόπος είναι με την απόσυρση των συμπτωμάτων στη φάση στέρησης της νικοτίνης που συμβαίνει αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Παρέχει δια της δράσης της λίγα από τα αποτελέσματα της νικοτίνης και έτσι καθιστά τη φάση στέρησης πιο εύκολη για τους χρήστες που διακόπτουν.

Ο δεύτερος τρόπος είναι το μπλοκάρισμα των δράσεων της νικοτίνης σε περίπτωση που ο χρήστης δοκιμάσει να καπνίσει ξανά. Εξουδετερώνοντας τη δραστηριοποίηση των κυκλωμάτων ευχαρίστησης από τη νικοτίνη, εξαφανίζει τους λόγους για τους οποίους ο χρήστης καταφεύγει στο κάπνισμα.

Η βαρενικλίνη δοκιμάστηκε σε έξι θεραπευτικές δοκιμές που συμπεριέλαβαν συνολικά 3.659 χρόνιους καπνιστές τσιγάρων. Οι πέντε από τις έρευνες αυτές ήταν τυχαιοποιημένες, γεγονός που αυξάνει σημαντικά την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νέο φάρμακο είναι αποτελεσματικό για τη διακοπή του καπνίσματος. Στις δύο από τις πέντε τυχαιοποιημένες έρευνες, η βαρενικλίνη βρέθηκε να έχει καλύτερα αποτελέσματα όχι μόνο από εικονικό φάρμακο (placebo) αλλά και από το άλλο φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος που διατίθεται σήμερα τη βουπροπιόνη (Zyban).

Η διάρκεια θεραπείας της βαρενικλίνης σύμφωνα με την έγκριση, είναι 12 εβδομάδες. Οι χρήστες νικοτίνης που διακόπτουν με επιτυχία το κάπνισμα μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας, μπορούν να συνεχίσουν το φάρμακο για ακόμη 12 εβδομάδες με στόχο την αύξηση των πιθανοτήτων για μακροχρόνια διακοπή της βλαβερής αυτής συνήθειας.

Οι κυριότερες παρενέργειες της βαρενικλίνης στις θεραπευτικές κλινικές δοκιμές, ήταν αναγούλες, ναυτία, πονοκέφαλος, εμετοί, αύξηση αερίων του εντέρου, αϋπνία, ανώμαλα όνειρα και αλλαγές της γεύσης (δυσγευσία).

Υπολογίζεται ότι η βαρενικλίνη θα είναι σε θέση να βοηθά περισσότερους από 1 στους 5 χρήστες νικοτίνης να διακόπτουν το κάπνισμα.

Πρόκειται για ακόμη ένα αξιολογικό βήμα στην μάχη κατά του καπνίσματος. Τα φάρμακα που αποτελεσματικά δρουν κατά του καπνίσματος, είναι ελάχιστα και η προσθήκη νέων φαρμάκων στο θεραπευτικό στάδιο που βοηθούν, είναι μια αναγκαία και καλοδεχούμενη εξέλιξη.³²

Εμβόλιο κατά του καπνίσματος

Βρισκόμαστε στην εποχή που οι άνθρωποι θα μπορούν να απαλλάσσονται από την εξαιρετικά βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος με τη βοήθεια ενός εμβολίου

Ένα εμβόλιο που στόχο έχει τη νικοτίνη, δοκιμάζεται τώρα στους ανθρώπου και φαίνεται ότι είναι ασφαλές, χωρίς σημαντικές παρενέργειες και ικανό να προκαλεί τη διακοπή του καπνίσματος.

Το εμβόλιο κατά της νικοτίνης ονομάζεται NicVax. Μετά τη χορήγηση του, προκαλεί τη δημιουργία αντισωμάτων εναντίον της νικοτίνης. Τα αντισώματα αυτά δεσμεύουν τη νικοτίνη και δεν της επιτρέπουν να εισέρχεται στον εγκέφαλο.

Το κάπνισμα και η νικοτίνη προκαλούν εθισμό διότι η τελευταία εισέρχεται στον εγκέφαλο δημιουργώντας έτσι ευχαρίστηση στους καπνιστές. Η δέσμευση της νικοτίνης από τα αντισώματα, αποτρέποντας την είσοδο της στον εγκέφαλο, μειώνει ουσιαστικά τον εθισμό.

Γιατροί από το πανεπιστήμιο της Μινεσότα δοκίμασαν την ασφάλεια του εμβολίου σε καπνιστές. Ενώ ο στόχος τους ήταν να δουν πόσο καλά ανέχονταν οι καπνιστές το εμβόλιο, εάν υπήρχαν σοβαρά προβλήματα ή παρενέργειες λόγω χορήγησης του, αντελήφθησαν ότι προκαλούσε τη διακοπή του καπνίσματος.

Χορήγησαν στους 68 καπνιστές με τυχαίοποιημένο τρόπο, μία από 3 διαφορετικές δόσεις του εμβολίου κατά της νικοτίνης ή ένα εικονικό εμβόλιο. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 38 εβδομάδες.

Παρά το γεγονός ότι η έρευνα δεν σχεδιάστηκε για να δείξει την αποτελεσματικότητα ή όχι του εμβολίου, εντούτοις σε 38% από τους καπνιστές που έλαβαν την ψηλότερη δόση του εμβολίου, παρατηρήθηκε διακοπή του καπνίσματος

για 30 μέρες.

Το αποτέλεσμα αυτό ήταν εντυπωσιακό και αναπάντεχο δεδομένου ότι για να λάβουν μέρος στην έρευνα οι καπνιστές έπρεπε να δηλώσουν εκ των προτέρων ότι δεν είχαν καμία πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα στους 6 μήνες που θα ακολουθούσαν την έναρξη της έρευνας με το εμβόλιο κατά της νικοτίνης.

Το εμβόλιο δοκιμάστηκε σε ανθρώπους μετά από δοκιμές σε ζώα. Τα αντισώματα κατά της νικοτίνης που δημιουργούσε το εμβόλιο σε αρουραίους, μείωναν τη συγκέντρωση νικοτίνης στον εγκέφαλο των ζώων. Παράλληλα, οι αρουραίοι που είχαν εμβολιασθεί μείωναν την πρόσληψη τους σε νικοτίνη.

Τα ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα στα πειραματόζωα, οδήγησαν στη δοκιμή του εμβολίου κατά του καπνίσματος και στους ανθρώπους.

Οι συχνότερες παρενέργειες που παρατηρήθηκαν ήταν πόνος και ευαισθησία στην περιοχή του βραχίονα που χορηγήθηκε το εμβόλιο. Σε μερικούς παρατηρήθηκε επίσης πονοκέφαλος και μυϊκοί πόνοι οι οποίοι υποχώρησαν σε μερικές μέρες.

Είναι σημαντικό ότι δεν παρατηρήθηκαν σημεία στέρησης σε αυτούς που σταμάτησαν το κάπνισμα λόγω εμβολίου. Επίσης δεν παρατηρήθηκε περισσότερη κατανάλωση καπνού σε αυτούς που λάμβαναν το εμβόλιο με στόχο την κάλυψη της νικοτίνης που λόγω του εμβολίου δεν έφθανε στον εγκέφαλο.

Παράλληλα δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στις λειτουργίες του εγκεφάλου λόγω χορήγησης του εμβολίου. Ο λόγος είναι ότι τα αντισώματα που δημιουργούνται στοχεύουν μόνο τη νικοτίνη και εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι δεν επηρεάζουν τον εγκέφαλο.

Χρειάζονται βέβαια περισσότερες έρευνες για να βρεθεί η ορθή δόση για το εμβόλιο με την οποία θα επιτυγχάνεται το ψηλότερο δυνατό ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. **Προς τα παρόν τα στοιχεία δείχνουν ότι το εμβόλιο είναι ασφαλές, δεν επηρεάζει τον εγκέφαλο και οι καπνιστές το ανέχονται καλά.**

Υπάρχουν και άλλα ερωτήματα που πρέπει ακόμη να απαντηθούν για το εμβόλιο όπως η διάρκεια δράσης του εμβολίου, δηλαδή για πόσο χρονικό διάστημα θα διαρκεί η διακοπή του καπνίσματος μετά από το εμβόλιο κατά της νικοτίνης.

Ταυτόχρονα πρέπει να απαντηθεί το κατά πόσο το εμβόλιο θα μπορεί να χρησιμοποιείται για την πρόληψη της επανέναρξης του καπνίσματος σε αυτούς που διέκοψαν μια πρώτη φορά μετά από το εν λόγω εμβόλιο.

Είναι γεγονός ότι το κάπνισμα αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες μάστιγες για τη Δημόσια Υγεία στην εποχή μας. Είναι η πρώτη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο γίνεται η διάγνωση καρκίνου των πνευμόνων σε 170.000 ανθρώπους. Από αυτούς οι 160.000 θα αποβιώσουν.

Το κάπνισμα εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα προκαλεί πολλά άλλα δεινά: Καρκίνο του στόματος, των ούλων, του λάρυγγα, των βρόγχων, της ουροδόχου κύστης, καρδιοπάθειες, έμφραγμα, αθηρωμάτωση, στυτικές δυσλειτουργίες στους άνδρες και επηρεάζει αρνητικά τις πνευματικές δυνατότητες.

Συμπερασματικά εμείς θα τονίσουμε την τεράστια σημασία που μπορεί να έχει ένα αποτελεσματικό και ασφαλές εμβόλιο κατά του καπνίσματος. Τα μέχρι τώρα δεδομένα είναι ενθαρρυντικά και θα αναμένουμε με ενδιαφέρον την εξέλιξη των εργασιών προς αυτή την κατεύθυνση.³³

Κυκλοφορεί το νέο φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος

Το νέο φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος κυκλοφορεί πλέον και στην Ελλάδα. Πρόκειται για το σκεύασμα «Champix», το οποίο κυκλοφορεί νόμιμα, μετά από διαδικασία ευρωπαϊκής έγκρισης, στην τιμή των 33 ευρώ τα 25 τεμάχια.

Από το υπουργείο Υγείας ανακοινώθηκε σήμερα ότι η κάλυψη της δαπάνης για τα προϊόντα κατά του καπνίσματος θα εξετασθεί από το ΚΕΣΥ όπως προβλέπει ο νόμος 3457/2006 για ειδικές κατηγορίες με συγκεκριμένες ενδείξεις.

Πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τον τρόπο χορήγησης του νέου φαρμάκου, παρέχει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΜΕΑ):

Τι είναι το CHAMPIX

Το CHAMPIX είναι δισκίο που περιέχει τη δραστική ουσία βαρενικλίνη. Τα δισκία του 0,5 mg βαρενικλίνης έχουν λευκό χρώμα και του 1,0 mg έχουν χρώμα ανοιχτό μπλε.

Σε ποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται

Το CHAMPIX χρησιμοποιείται σε ενήλικες ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος. Το φάρμακο χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή.

Πώς χρησιμοποιείται

Το CHAMPIX πρέπει να χρησιμοποιείται από καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ παράλληλα βρίσκονται υπό συμβουλευτική καθοδήγηση και υποστήριξη. Οι ασθενείς θα πρέπει πρώτα να ορίσουν μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Στη συνέχεια πρέπει να ξεκινήσουν τη θεραπεία με το CHAMPIX 1 με δύο εβδομάδες πριν από αυτήν την ημερομηνία. Η θεραπεία ξεκινάει με ένα δισκίο του 0,5 mg ημερησίως, για τρεις ημέρες. Για τις επόμενες τέσσερις ημέρες, ο ασθενής λαμβάνει ένα δισκίο του 0,5 mg δύο φορές ημερησίως. Στη συνέχεια, ο ασθενής λαμβάνει ένα δισκίο του 1 mg δύο φορές ημερησίως μέχρι το τέλος της θεραπείας (12 εβδομάδες).

Κατά την έναρξη της θεραπείας παρέχεται ειδικό πακέτο με τις σωστές ποσότητες και από τις δύο περιεκτικότητες δισκίων. Η δόση μπορεί να μειωθεί σε 0,5 mg δύο φορές ημερησίως, για τους ασθενείς που εμφανίζουν δυσανεξία στη δόση του 1 mg δύο φορές ημερησίως. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στους νεφρούς πρέπει να λαμβάνουν 1 mg CHAMPIX άπαξ ημερησίως. Με την ολοκλήρωση των 12 εβδομάδων, ο ιατρός μπορεί να επιλέξει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 επιπλέον εβδομάδες στους ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα ή να αποφασίσει την προοδευτική διακοπή του φαρμάκου (βαθμιαία μείωση).

Τα δισκία καταπίνονται ολόκληρα με νερό και μπορούν να λαμβάνονται με ή χωρίς τροφή.

Πώς δρα;

Τα άτομα που καπνίζουν εθίζονται στη νικοτίνη, μία χημική ουσία που περιέχεται στον καπνό. Η νικοτίνη δρα στο νευρικό σύστημα, όπου συνδέεται με υποδοχείς και διεγείρει την απελευθέρωση ενός χημικού αγγελιοφόρου, της ντοπαμίνης, η οποία διεγείρει μεταξύ άλλων την ευχαρίστηση που προκαλεί το κάπνισμα.

Η δραστική ουσία στο CHAMPIX, η βαρενικλίνη, μπορεί να συνδεθεί με ορισμένους από αυτούς τους υποδοχείς, τους $\alpha 4\beta 2$ νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλχολίνης. Όταν συνδέεται με αυτούς τους υποδοχείς, η βαρενικλίνη δρα με δύο τρόπους: ενεργεί όπως η νικοτίνη (μερικός αγωνιστής) και βοηθάει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της έντονης επιθυμίας, αλλά, επίσης, δρα ενάντια στη νικοτίνη (ανταγωνιστής), αντικαθιστώντας την, μειώνοντας την ευχάριστη επίδραση του καπνίσματος.

Ποιες μελέτες εκπονήθηκαν;

Τα αποτελέσματα του CHAMPIX ελέγχθηκαν πρώτα σε πειραματικά μοντέλα πριν μελετηθούν σε ανθρώπους. Στις δύο βασικές μελέτες της αποτελεσματικότητας του CHAMPIX για τη διακοπή του καπνίσματος συμμετείχαν 2.052 ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας: 43 έτη) οι οποίοι λάμβαναν μία από τις τρεις θεραπείες για 12 εβδομάδες: CHAMPIX, βουπροπιόνη (άλλο φάρμακο χωρίς νικοτίνη που χρησιμοποιείται για τη διακοπή του καπνίσματος) ή εικονικό φάρμακο (εικονική θεραπεία).

Στη συνέχεια, οι ασθενείς βρίσκονταν υπό παρακολούθηση για 40 ακόμη εβδομάδες για να διαπιστωθεί εάν ξανάρχιζαν το κάπνισμα. Κύριο μέτρο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποτέλεσε ο αριθμός των ασθενών που διέκοψαν πλήρως το κάπνισμα για 4 εβδομάδες (στο διάστημα μεταξύ της 9ης και της 12ης εβδομάδας της μελέτης), όπως επιβεβαιώθηκε από τις εργαστηριακές δοκιμές στην αναπνοή των ασθενών για ίχνη καπνού.

Ποιο είναι το όφελος, σύμφωνα με τις μελέτες;

Και στις δύο μελέτες, το CHAMPIX αποδείχθηκε πιο αποτελεσματικό από τη βουπροπιόνη ή το εικονικό φάρμακο ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος. Το ποσοστό των ασθενών που δεν κάπνισαν καθόλου κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 9 - 12 ήταν 44% με το CHAMPIX, 30% με τη βουπροπιόνη, και 18% με το εικονικό φάρμακο.

Περισσότεροι ασθενείς παρέμειναν μη καπνιστές μετά τη θεραπεία με CHAMPIX σε σύγκριση με τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο: 40 εβδομάδες μετά το τέλος της περιόδου θεραπείας, το ποσοστό των ασθενών που παρέμειναν μη καπνιστές ήταν 23% για τα άτομα που είχαν ακολουθήσει θεραπεία με CHAMPIX, και 9% για όσους είχαν λάβει εικονικό φάρμακο. Το αντίστοιχο ποσοστό στους ασθενείς που έλαβαν βουπροπιόνη ήταν 16%.

Ποιοι κίνδυνοι συνδέονται με το φάρμακο;

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες (εμφανίζονται σε περισσότερους από έναν στους δέκα ασθενείς) είναι ναυτία (αδιαθεσία), αϋπνία (δυσκολία στον ύπνο), μη φυσιολογικά όνειρα και πονοκέφαλος. Ο πλήρης κατάλογος όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν με το CHAMPIX, περιλαμβάνεται στο φύλλο οδηγιών χρήσης. Το CHAMPIX δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα (αλλεργικά) στη βαρενικλίνη ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του φαρμάκου.

Για ποιους λόγους εγκρίθηκε;

Η Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση (CHMP) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το CHAMPIX απέδειξε την αποτελεσματικότητά του ως βοηθήματος για τη διακοπή του καπνίσματος, και ότι οι κίνδυνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα υπερτερούν των κινδύνων του φαρμάκου. Ως εκ τούτου, η επιτροπή εισηγήθηκε τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας για το CHAMPIX.

Ποια μέτρα λαμβάνονται για την ασφαλή χρήση του;

Καθώς οι μελέτες που διεξήχθησαν για το CHAMPIX δεν περιλάμβαναν ορισμένες ομάδες ασθενών (όπως ηλικιωμένοι, ασθενείς με καρδιακές ή πνευμονικές παθήσεις και άλλες ασθένειες), η παρασκευάστρια εταιρεία θα διεξάγει πρόσθετες μελέτες και θα παρακολουθεί παράλληλα τη χρήση του φαρμάκου στους εν λόγω ασθενείς, για να διασφαλίσει τον επαρκή προσδιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών στους ασθενείς αυτούς.³⁴

Όταν κόψετε το τσιγάρο – οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος

Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

Τα άμεσα και τα μακροπρόθεσμα οφέλη στην υγεία μετά το κάπνισμα του τελευταίου τσιγάρου είναι :

Μετά από :

20 λεπτά

- Η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στα κανονικά επίπεδα.
- Ο αριθμός των σφίξεων ομαλοποιείται (ελαττώνεται).
- Η θερμοκρασία των χεριών και ποδιών επανέρχεται στο φυσιολογικό (αυξάνει).

8 ώρες

- Το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα πέφτει στο φυσιολογικό.
- Το επίπεδο του οξυγόνου αυξάνεται και φτάνει στα φυσιολογικά επίπεδα.

12 ώρες

- Σχεδόν όλη η νικοτίνη έχει αποβληθεί από τον οργανισμό.

24 ώρες

- Η πιθανότητα καρδιακών επεισοδίων αρχίζει ήδη να μειώνεται.

48 ώρες

- Βελτιώνονται η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης.

72 ώρες

- Η αναπνοή γίνεται ευκολότερη.
- Η αναπνευστική χωρητικότητα των πνευμόνων αυξάνεται.

5 ημέρες

- Έχουν αποβληθεί από το σώμα τα περισσότερα υποπροϊόντα της νικοτίνης.

2 εβδομάδες έως 3 μήνες

- Η κυκλοφορία του αίματος συνεχώς βελτιώνεται.
- Το περπάτημα γίνεται ευκολότερο.
- Η λειτουργία των πνευμόνων αυξάνει μέχρι 30%.

1 έως 9 μήνες

- Σταματάει ο βήχας και η κούραση
- Λιγότερο λαχάνιασμα.
- Αύξηση της ενεργητικότητας του σώματος.
- Αρχίζει η ανάπτυξη του ενδοθηλίου των βρόγχων
- Καλύτερη κατάσταση των πνευμόνων ικανή να αντισταθούν σε μολύνσεις.

1 έτος

- Μειώνεται κατά το ήμισυ ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου.

5 έτη

- Έχει ήδη μειωθεί σημαντικά ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του στόματος και του τραχήλου.
- Ο θάνατος από καρκίνο του πνεύμονα στο μέσο καπνιστή (ένα πακέτο την ημέρα) μειώνεται (κατά 50%) από 137 ανά 100.000 σε 72 ανά 100.000.

10 έτη

- Μειώνεται ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο πνευμόνων και από άλλες μορφές καρκίνου.
- Οι προκαρκινικές κυψέλες αντικαθίστανται
- Οι πιθανότητες άλλων καρκίνων (στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου) κύστεων (νεφρών και παγκρέατος) μειώνονται.

15 έτη

- Ο κίνδυνος καρδιακών επεισοδίων είναι ο ίδιος με των ανθρώπων που δεν κάπνισαν ποτέ.

Όσοι διακόψουν το κάπνισμα αρρωσταίνουν λιγότερο από λοιμώξεις και γενικότερα μειώνουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια από τις ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα. Το σώμα γενικά αποκτά μεγαλύτερη σφριγηλότητα, η αναπνοή είναι καλύτερη και η αντοχή στην κούραση μεγαλύτερη.

Στις εγκύους η διακοπή του καπνίσματος επιτρέπει να φτάσει στο έμβρυο περισσότερο οξυγόνο και να αναπτυχθεί σε πιο υγιείς συνθήκες.³⁵

Η Ψυχολογία του καπνιστή

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη πράξη συνοδευμένη από ηδονιστικές καταστάσεις οι οποίες διέπονται από βιομηχανικούς και φυσιολογικούς μηχανισμούς. Το κάπνισμα δεν σημαίνει άνοδο, γοητεία, πρόοδο, επιτυχία αλλά είναι μια σκλαβιά και κοροϊδία.

Οι απαντήσεις - δικαιολογίες των νέων σήμερα είναι οι ακόλουθες: Νομίζουν ότι το τσιγάρο καλμάρει τα νεύρα, τους κάνει να είναι αυτόνομοι, ώριμοι και ελεύθεροι να αναπτύξουν σχέσεις με άλλους και αισθάνονται γοητεία και ανδρισμό απελευθερωμένοι από τις γονεϊκές επικρίσεις.

Οι κοπέλες πιστεύουν ότι βρίσκουν ανεξαρτοποίηση και διέξοδο στην κοινωνική προσαρμογή, μία εικόνα αναπτύξεως του εγώ τους, μία παρηγοριά σε στιγμές καταθλίψεως, μία γευστική και οσφρητική απόλαυση και τόσες άλλες δικαιολογίες για αχαλίνωτες ελευθερίες. Αλλά, αυτό που δεν υπολογίζουν είναι πως τέτοιου είδους ελευθερίες οδηγούν στο πάθος του τσιγάρου, στην υποδούλωση σε αυτό και αγνοούν τις βλαπτικές συνέπειες επί της υγείας και της οικονομίας και τελικά, όπως με τα ναρκωτικά, καταλήγουν στον ψυχοσωματικό όλεθρο και θάνατο.

Η σημερινή γενιά είναι μία γενιά ανήσυχη, αγχώδης που πρέπει να έχει τα φτερά της ανοιχτά για πνευματικές ελευθερίες. Το ότι μπορεί να κάψουν τα φτερά τους, να γίνουν δούλοι του πάθους, του τσιγάρου, του αλκοόλ, των ναρκωτικών και του σεξ και να καταντήσουν ερείπια λίγο τους ενδιαφέρει.

Γενική είναι η παραδοχή, ότι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο αρχίζουν το κάπνισμα για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους. Περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας που ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους μεγάλους, αλλά και επίδειξη «μοντερνισμού - προοδευτικότητας». Αγνοούν όμως ότι σήμερα το κάπνισμα για τους Αμερικάνους και πολλούς Ευρωπαίους θεωρείται απηρχαιωμένο, καθυστερημένο και στερούμενο προοδευτισμού κίνητρο.

Οι νέοι των Σκανδιναβικών Κρατών με την καλλιεργημένη κατά την δεκαετία του 1980 - 90 αντικαπνιστική τους συμπεριφορά, προετοιμάζουν την άκαπνη γενιά του 2.000 μ.Χ. Η ροή της σημερινής κοινωνίας καλλιεργεί ένα ψυχικό κενό τις καρδιές των νέων και διασκεδάζουν τις ελεύθερες ώρες τους με ανία και όχι με δημιουργική απασχόληση, τα δε ιδανικά και οι αξίες της ανθρώπινης ζωής δυσφημούνται ως σκοταδιστικά και ξεπερασμένα. Η ελαστικότητα των γονέων γύρω από την σωστή αγωγή του χαρακτήρα των παιδιών και η ανένδοτος υποχώρηση στις πιο παράλογες αξιώσεις τους, τα ωθεί έμμεσα και στον βλαπτικό κυκεώνα του καπνίσματος.

Γενικώς, πιστεύεται ότι η έλλειψη σωστής διαπαιδαγώγησης από την οικογένεια, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον περί του ότι η υγεία είναι ύψιστο αγαθό, μαζί με κοινωνικές πιέσεις κομματικοποιήσεως και φεμινιστικών αντιλήψεων συμβάλλουν στην διάδοση του καπνίσματος.

Η προσωπικότητα του καπνιστή σύμφωνα με την ψυχιατρική, αφορά άτομα εξωστρεφή, συναισθηματικός ασταθή, με υψηλό ανδρισμό, επιθετικά, τα οποία ως υποστηρίζουν μερικοί ερευνητές, συνδέονται με έναν - γεννητικό παράγοντα. Οι

σκληροί έφηβοι και άνδρες πρέπει να διδαχθούν να σκέπτονται, ότι η σκληρότητα και η αυταρχικότητα δεν επιβεβαιώνεται με το κάπνισμα. **Ο πραγματικός λόγος που ένα παιδί καπνίζει είναι η πίεση που εξασκούν οι φίλοι αλλά και η επίδειξη και ο εθισμός.** Επίσης, και το παράδειγμα των γονέων, των διδασκάλων, ιατρών και γενικά των μεγαλύτερων επιδρά θετικά στην έναρξη του καπνίσματος.

Το ερώτημα που πλανάτε σήμερα έντονα είναι, γιατί πολλά άτομα συνεχίζουν να εμπλέκονται στα δίκτυα μιας παγκοσμίου μάστιγας, όπως είναι το κάπνισμα. Πιστεύεται εν προκειμένω, ότι όπως η πείνα είναι ένα ισχυρό ένστικτο και ωθεί προς ικανοποίηση τις ανάγκες του οργανισμού, έτσι και καταστάσεις ανίας, μελαγχολίας, νευρώσεων, στεναχώριας και γενικώς άγχους ωθούν προς ευχαρίστηση τον καπνιστή να εκπληρώσει αυτές τις ανάγκες.

Το κάπνισμα είναι μια επίκτητος και ανθυγιεινή συνήθεια με τα συνοδά στοιχεία εθισμού και τοξικομανίας, η οποία εγκαθίσταται εύκολα και εγκαταλείπεται δύσκολα, διότι προσφέρει άμεση ικανοποίηση στα άτομα αυτά και τους δημιουργεί ψυχική πώρωση στην επωαζόμενη μελλοντική πάθηση. Ο καπνιστής ως ανώριμος χαρακτήρας, αισθάνεται ανασφάλεια, και καταφεύγει στο υποκατάστατο του, το τσιγάρο.

Έξι παράγοντες, φαίνεται πως επηρεάζουν τους καπνιστές στο να συνεχίζουν το κάπνισμα:

1. Ερεθισμος
2. Αισθητικοκινητικοι χειρισμοί
3. Ευχάριστη χαλάρωση
4. Συνήθεια
5. Μείωση αρνητικών συναισθημάτων
6. Εθισμός³⁶

Ποια η σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και καπνίσματος

Η κατανόηση των ψυχικών και βιολογικών μηχανισμών που οδηγούν σε συμπεριφορά αυτοκαταστροφής, είναι βασική προϋπόθεση για την πρόληψη της αυτοκτονίας.

Οι παράγοντες που οδηγούν σε σκέψεις και απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολλοί και σύνθετοι. Η κατάθλιψη, η κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών μεταξύ άλλων, έχουν συσχετισθεί με την αυτοκτονία.

Από το 1970, επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες είχαν φέρει στην επιφάνεια το γεγονός ότι υπάρχει σχέση μεταξύ σκέψεων αυτοκτονίας και καπνίσματος.

Παρά το γεγονός ότι η εν λόγω σχέση επιβεβαιώθηκε από διάφορες ερευνητικές ομάδες, εντούτοις ο βιολογικός μηχανισμός δια μέσου του οποίου αυτό γίνεται, δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί.

Πρόσφατα βρέθηκε ότι στον εγκέφαλο καπνιστών, είναι μειωμένη η συγκέντρωση ενός ενζύμου, της μονοαμινοξειδάσης, που έχει καθοριστικό ρόλο στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Οι αλλοιώσεις του μεταβολισμού της σεροτονίνης εμπλέκονται στην κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία.

Η δράση της μονοαμινοξειδάσης είναι μειωμένη σε καπνιστές αλλά επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια στους πρώην καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από αποκατάσταση του μεταβολισμού της σεροτονίνης με απομάκρυνση των σκέψεων αυτοκαταστροφής.

Γιατροί από το πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν σε μια πληθυσμιακή έρευνα που άρχισε από το 1989, εξέτασαν τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών σε σχέση με το κάπνισμα για χρονική διάρκεια 10 ετών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτοί που κάπνιζαν και όχι εκείνοι που είχαν διακόψει το κάπνισμα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν σκέψεις αυτοκαταστροφής και να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας.

Το γεγονός αυτό ήταν ανεξάρτητο από το εάν υπήρχε στην αρχή της έρευνας κατάθλιψη ή όχι στους συμμετέχοντες. Αυτό δείχνει ότι το κάπνισμα λειτουργεί ως ανεξάρτητος παράγοντας που προκαλεί διαταραχές στο μεταβολισμό του εγκεφάλου που προδιαθέτουν στην αυτοκτονία.

Σε ασθενείς που στην αρχή της περιόδου έρευνας είχαν κατάθλιψη και παράλληλα κάπνιζαν, ο κίνδυνος για συμπεριφορά αυτοκαταστροφής και αυτοκτονία ήταν μεγαλύτερος. Δεν αποκλείεται ότι στους ασθενείς με κατάθλιψη, το κάπνισμα να λειτουργεί ως επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας που αυξάνει τις τάσεις αυτοκτονίας.

Η κατάθλιψη στην εποχή μας προσβάλλει ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό συνανθρώπων μας. Η αυτοκτονία δυστυχώς απειλεί ασθενείς όλων των ηλικιών. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο σκέψεων αυτοκαταστροφής και απόπειρας αυτοκτονίας.

Το κάπνισμα είναι μάλιστα με πολλές αρνητικές συνέπειες που συχνά απειλούν τη ζωή σε μεγάλο ποσοστό ανθρώπων.

Είναι σημαντικό να είναι σε γνώση όλων ότι το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και ότι ασθενείς με κατάθλιψη που καπνίζουν, επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση τους.

Το Συγκινησιακό «Μπέρδεμα», οι Συμβολισμοί και οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις του Καπνίσματος στην Εφηβεία

Το προφίλ του έφηβου και η σχέση του με το κάπνισμα

Πολλές ελληνικές και ξένες έρευνες της τελευταίας 20ετίας με θέμα τον έφηβο και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της συνήθειας του καπνίσματος, καταλήγουν στο κοινό συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ενήλικων καπνιστών αρχίζει το κάπνισμα κατά την εφηβεία.

Αυτή είναι μια περίοδος που ο νέος άνθρωπος περνάει έντονες και σημαντικές αλλαγές, (βιολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές) ενώ παράλληλα δοκιμάζει τον εαυτό του σε προκλήσεις που αισθάνεται ότι δέχεται από τους σημαντικούς γι' αυτόν ενήλικες (γονείς, αδέρφια, δασκάλους) και όσο μεγαλώνει και από την «παρέα», την ομάδα των συνομηλίκων η οποία γίνεται όλο και πιο σημαντική.

Ο έφηβος ενδιαφέρεται σε αυτήν την περίοδο της ανάπτυξής του να αναπτύξει και να καθιερώσει την προσωπική του ταυτότητα και να γίνει αποδεκτός γι' αυτό που θέλει να προβάλλει ότι είναι. Έχει ανάγκη να διακριθεί για τις επιδόσεις και τις δεξιότητες που έχει, για την ωριμότητα και την ανεξαρτησία του και να επιτύχει την αναγνώριση από το άλλο φύλο. Η αναζήτηση της ταυτότητας και η υιοθέτηση συμπεριφορών και στάσεων που ο έφηβος συσχετίζει με την μοναδικότητα της ταυτότητας, συχνά συγχέουν τη λογική και τη γνώση με τη δυναμική του συναισθήματος, του συμβολισμού και των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Όλα «παίζονται» και «μπερδεύονται» σε ένα έντονα συγκινησιακό περιβάλλον όπου η ανασφάλεια και η ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής μάχονται. Παρατηρείται ότι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης στις ικανότητες και τις επιδόσεις τους και αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους καταφεύγουν στο κάπνισμα, υιοθετώντας συχνά και εκείνη τη μάρκα τσιγάρου στην οποία η διαφήμιση προβάλλει ένα πρότυπο πετυχημένου αλλά συγχρόνως ανεξάρτητου, ανέμελου και «cool» τύπο με τον οποίο ο έφηβος θα ήθελε να μοιάζει.

Προαγωγή της υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος σε μαθητές

Σε κάποια σχολεία διδάσκετε σε πειραματικό στάδιο ένα πρόγραμμα μέσω του οποίου προσπαθούμε να διδάξουμε τα παιδιά τα αρνητικά του καπνίσματος και πως θα αποφύγουν να γίνουν αυριανοί καπνιστές. Το διαθεματικό αυτό πρόγραμμα στοχεύει στην προαγωγή της υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-15 χρονών.

Τι δείχνουν οι μελέτες σχετικά με την ψυχολογία του έφηβου καπνιστή

Ο έφηβος καπνιστής χρησιμοποιεί το κάπνισμα ως μέσο βελτίωσης της εικόνας του και της αυτοεκτίμησής του για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που έχει στην επικοινωνία με τους σημαντικούς ενήλικους. Το τσιγάρο γίνεται για τον έφηβο το μέσο για να ξεπεράσει αδυναμίες που αισθάνεται συχνά ότι έχει σε σχέση με επιδόσεις και δεξιότητες που απαιτούνται από αυτόν και που δεν πιστεύει ότι έχει τις ανάλογες ικανότητες να ανταποκριθεί τόσο καλά όσο οι άλλοι, ώστε να γίνει αποδεκτός.

Ο έφηβος όταν βρίσκεται με την «παρέα» και καπνίζει, «βλέπει» στα μάτια των άλλων την αποδοχή και την αναγνώριση. Η αίσθηση αυτή, που είναι προσωπική του ψευδαίσθηση, χάνεται όταν μείνει ξανά μόνος και πρέπει να αναλάβει και να ανταποκριθεί σε ότι αναμένεται από αυτόν. Το αίσθημα της αδυναμίας τον κατακλύζει, τον συνθλίβει και αναζητά στήριξη, έναν τρόπο που θα τον βοηθήσει να κτίσει την προσωπικότητά του.

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις και ο συμβολισμός του τσιγάρου

Το τσιγάρο «σβήνει» και «ανάβει» συγκινήσεις. Στα μάτια του έφηβου και της έφηβης γίνεται σύμβολο δύναμης, ανεξαρτησίας, επιτυχίας, ωριμότητας, και χειραφέτησης.

Ο έφηβος ταυτίζεται με αυτήν την εικόνα, το τσιγάρο γίνεται μέρος του εαυτού του, της «ώριμης» εικόνας του, της ενηλικίωσής του. Η προέκταση του χεριού του, με το τσιγάρο στην άκρη των δακτύλων, είναι η σημαία που διακηρύσσει την ανεξαρτησία του καπνιστή, την κατάληψη του χώρου από αυτόν και την «παρέα».

Η περίτεχνα ανέμελη ή έντονα νευρώδης κίνηση για το τσίγκα της στάχτης, αναπαριστά το προσωρινό «κάψιμο», το «πέταμα» στο καλάθι των αχρήστων όλων των περιττών και ανούσιων αιτημάτων που εκκρεμούν και επιβάλλονται έξωθεν από τον κόσμο των σημαντικών, όσων βρίσκονται πέραν του νέφους και των ορίων του καπνού.

Ο νέος με το τσιγάρο στα δάχτυλα είναι “cool” και “in”. Η ντελικάτη κίνηση του ανοίγματος του πακέτου δηλώνει το «άνοιγμα»-πρόσκληση για επικοινωνία, ενώ η προσεκτικά επιλεγμένη μάρκα, «η μάρκα του», ταυτίζεται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που θέλει να προβάλλει: δηλώνουν το δυναμισμό ή την ευαισθησία, τη σπανιότητα ή την κοινή προέλευση. Το τύλιγμα του «δικού του» τσιγάρου που έρχεται αργότερα, στην ώριμη νεότητα, παρουσιάζει ιδιαίτερες δεξιότητες, δηλώνοντας ταυτόχρονα την επιλεκτικότητα και μοναδικότητα του καπνιστή.

Ποιοι παράγοντες οδηγούν τον έφηβο στο κάπνισμα

Η επιρροή της οικογένειας είναι σημαντική και προηγείται της επίδρασης που ασκεί η «παρέα». Οι έφηβοι καπνιστές στην πλειονότητά τους προέρχονται από καπνιστικές οικογένειες και έχουν από μικρή ηλικία εκτεθεί στους καπνούς, στην οσμή και στο παθητικό κάπνισμα. Η πρόσβαση στο τσιγάρο από μικρή ηλικία είναι εύκολη καθώς διατίθεται στο σπίτι και μάλιστα ανέξοδα. Συχνά το πρώτο ή τα πρώτα

τσιγάρα προσφέρονται από τους γονείς ή τα αδέρφια και η κίνηση της προσφοράς συχνά αντανακλά αποδοχή, αναγνώριση της «ενηλικίωσης» ή δηλώνει συντροφικότητα. Συχνά προσφέρεται για την αντιμετώπιση αδιέξοδων καταστάσεων ή σε στιγμές χαλάρωσης. Τα «θεμέλια» του καπνιστή τίθενται επομένως στο σπίτι, από τους σημαντικούς άλλους. Η παρέα αργότερα «έρχεται» για να «κτίσει» τη συνήθεια, να κάνει το τσιγάρο προέκταση της ταυτότητας του έφηβου, «η μάρκα του/», «η μυρουδιά του», η «ανάγκη του» γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι του είναι του.

Η διαφήμιση προωθεί και καθιερώνει κοινωνικά στερεότυπα που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και μονιμοποίηση του καπνίσματος. Τα μέτρα πρόληψης για το κάπνισμα, η πρόληψη της υγείας είναι νεφελώδη και αδύναμα πίσω από τον/την γοητευτικό/ή καπνιστή ή καπνίστρια που εμφανίζονται δυναμικοί, με απεριόριστη ελευθερία, κοινωνικό γόητρο και οικονομική επιτυχία.

Η κοινωνία και συγκεκριμένα η Ελληνική κοινωνία, είναι μια κοινωνία καπνιστών. Όλοι γνωρίζουμε ότι «το κάπνισμα βλάπτει την υγεία», αλλά ο αριθμός των νέων που καπνίζουν αυξάνει.

Πολιτική πρόληψης του καπνίσματος στους έφηβους

Η πρόληψη του καπνίσματος στους έφηβους μπορεί να προωθηθεί με μεθόδους που έχουν σχέση με την αυτοεκτίμηση, την προσωπική ανάπτυξη, την έγκυρη ενημέρωση, τη διέγερση του συγκινησιακού μέρους του έφηβου, την παρουσίαση αληθινών περιπτώσεων πασχόντων από τις συνέπειες του καπνίσματος, την προώθηση και ανάδειξη του κοινωνικού στερεότυπου του μη καπνιστή ως του φυσιολογικού «cool» και «in» σύγχρονου, ανεξάρτητου και πετυχημένου νέου. Με μέτρα επίσης όπως είναι η υψηλή φορολόγηση του καπνού, η απαγόρευση της αγοράς καπνού από άτομα νεαρής ηλικίας, η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας, η ενθάρρυνση ανάπτυξης αντικαπνιστικών χώρων ψυχαγωγίας και η απαγόρευση των καπνοπαραγωγικών εταιρειών να επιχορηγούν δραστηριότητες και προϊόντα που απευθύνονται στους νέους.

Μια πολιτική για την πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να γίνεται με τα ίδια μέσα που χρησιμοποιεί η διαφήμιση για την προώθηση του τσιγάρου. Να είναι διάχυτη στην κοινωνία και να δημιουργεί νέα πρότυπα. Να αρχίζει νωρίς στην οικογένεια, και να συνεχίζεται στο σχολείο με τη στήριξη της οικογένειας, με τη στήριξη των ΜΜΕ και όλων των σύγχρονων τεχνολογιών που χρησιμοποιούν τα παιδιά και οι έφηβοι για την επικοινωνία τους, να απευθύνεται στην «παρέα», στη στήριξη και την κοινή στάση της ομάδας των συνομήλων.

Κάπνισμα και νεολαία

Το κάπνισμα αποτελεί από πολύ παλιά μια βλαβερή συνήθεια. Στις μέρες μας, υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το θάνατο τουλάχιστον 400.000 ανθρώπων, κάθε χρόνο, μόνο στις ΗΠΑ. Είναι δηλαδή πιο καταστροφικό από το AIDS, τα τροχαία ατυχήματα, τις ανθρωποκτονίες, τα ναρκωτικά και τις πυρκαγιές.

Το κάπνισμα έχει αρνητικές συνέπειες στην λειτουργία του εγκεφάλου, του αναπνευστικού συστήματος και στη γονιμότητα ενώ αυξάνει κατά πολύ τις περιπτώσεις καρκινοπάθειας.

Δυστυχώς όλο και περισσότεροι έφηβοι πέφτουν στην παγίδα του “τσιγάρου” για ποικίλους λόγους. Ο αριθμός των νέων κοριτσιών που καπνίζουν αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Η επιθυμία για χαμηλό σωματικό βάρος ή ο φόβος για αύξηση του βάρους αποτελούν πλέον ένα πολύ ισχυρό κίνητρο για τις νεαρές έφηβες να αρχίσουν το κάπνισμα.

Η πεποίθηση πολλών ενήλικων ατόμων, ότι το κάπνισμα διατηρεί το σωματικό βάρος σε χαμηλά επίπεδα και ότι η διακοπή του καπνίσματος προκαλεί αυτόματα και αύξηση του βάρους, επιδρά αρνητικά στους εφήβους, οδηγώντας τους στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Επιπλέον υπάρχουν και άλλοι περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην ένταση του φαινομένου π.χ. χαμηλοί βαθμοί στα μαθήματα, αλλαγή στις παρέες, επιδείνωση των σχέσεων με τα άλλα μέλη της οικογένειας κ.λπ.

Από τα στοιχεία που υπάρχουν φαίνεται ότι κάθε μέρα περισσότερα από 5.000 νέα παιδιά κάτω των 18, ξεκινούν το κάπνισμα, μόνο στις ΗΠΑ. Στη χώρα μας, σε μελέτη του 1998, το 20,8% 2.700 μαθητών Γυμνασίου και Λυκείου δήλωσαν ότι καπνίζουν συστηματικά.

Η κρίσιμη ηλικία που τα παιδιά μπορεί να δοκιμάσουν το κάπνισμα είναι 12-13 ετών, όπως προκύπτει από έρευνες. Το τραγικό είναι ότι τέτοιες δοκιμές μπορεί να έχουν αποτέλεσμα τον εθισμό στη νικοτίνη. Γιατί είναι πια παραδεκτό ότι η νικοτίνη είναι έντονα εθιστική. Πολύ πρόσφατες εργασίες έδειξαν, ότι στην ηλικία των 12-13 ετών με λίγα μόνο τσιγάρα προκαλείται εθισμός, δείχνει όμως και πόσο ευάλωτοι είναι οι έφηβοι.

Ο εθισμός είναι μια ψυχική και σωματική κατάσταση που δημιουργεί στο άτομο μια όλο και λιγότερο ελεγχόμενη επιθυμία να χρησιμοποιήσει την ουσία αυτή. Για το λόγω αυτό είναι δύσκολο οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν εξαρτησιογόνες ουσίες να ελέγξουν την επιθυμία να τις χρησιμοποιήσουν.

Αυτό πρέπει να αποτελέσει διπλό μήνυμα για τους γονείς. Πρώτα, έχουν την υποχρέωση να ελαχιστοποιήσουν την έκθεση των παιδιών στον καπνό. Δεύτερον, πρέπει να δείξουν μηδενική ανεκτικότητα όταν ανακαλύψουν ότι το παιδί τους καπνίζει. Αρχικά πρέπει να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους, να αντιμετωπίσουν το παιδί τους και να του μιλήσουν. Η διακοπή του καπνίσματος, είναι πιο εύκολη στα παιδιά απ’ ότι στους ενήλικες.

Η εφηβεία είναι η ηλικία που τα παιδιά δοκιμάζουν, εκθέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Η ριποκίνδυνη συμπεριφορά δεν είναι πάντοτε κακή. Κάποιες από τις συμπεριφορές αυτές διδάσκουν τα παιδιά και τους εφήβους να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που μπορεί να ενδώσουν σε δυσάρεστες όσο και επικίνδυνες εμπειρίες, όπως το κάπνισμα, το ποτό, τα ναρκωτικά, η γρήγορη οδήγηση. Από μελέτες φαίνεται ότι νεαρά άτομα, που άρχισαν το κάπνισμα πριν τα

18 τους χρόνια, είναι πιο ευάλωτα στο να δοκιμάσουν οινόπνευματώδη και ναρκωτικά.

Βεβαία δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το υποσυνείδητο των εφήβων καταπιέζεται καθημερινά από όλα τα μέσα προβολής από τους πληθωρικούς καπνιστές που με το... πακέτο τους στο χέρι... κατακτούν ζούγκλες του Αμαζονίου, απάτητες χιονισμένες βουνοκορφές, δαμάζουν ατίθασα άλογα της άγριας Δύσης και οδηγούν ιστιοπλοϊκά σκάφη μέσα στα αφρισμένα κύματα των ωκεανών. Στο μυαλό μας έρχεται όμως αμέσως ο χρόνος βαρύς καπνιστής που τον πιάνει... η καρδιά του όταν πάει να ανέβει γρήγορα μια σκάλα, να προλάβει το λεωφορείο ή να κουβαλήσει τα ψώνια από το σούπερ μάρκετ. Είναι αυτός ο ίδιος τύπος των περιπετειών και των εξερευνήσεων;

Οι διαφημίσεις όμως δεν είναι οι μόνες που επηρεάζουν τα παιδιά και τα οδηγούν στην περιέργεια του τι είναι τελικά το τσιγάρο αλλά και οι γονείς παίζουν ένα ρόλο που είναι σημαντικότερος. Τα ίδια τα παιδιά μάλιστα, επανειλημμένα έχουν παραδεχτεί ότι οι γονείς αποτελούν τα πρότυπα με την καλύτερη επιρροή στη ζωή τους. Η στάση τους οδηγούν τα παιδιά. Οι δρόμοι επικοινωνίας πρέπει να κράτιούνται ανοιχτοί. Στην εφηβεία η επιθυμία των παιδιών για αυτονομία γιγαντώνεται. Επαναστατούν απέναντι στην αυθεντία του γονιού. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις στις οικογένειες που υπάρχει φτώχη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της.

Όμως και οι φίλοι έχουν μέρος της ευθύνης στο θέμα του καπνίσματος. Τα παιδιά, θέλοντας να γίνουν αποδεκτοί μέσα στις παρέες τους, συχνά ξεκινούν το κάπνισμα, με τον φόβο πως αν αρνηθούν, οι 'φίλοι' τους θα τους κοροϊδέψουν και ίσως και τους απομονώσουν από την παρέα, που σε αυτές τις ηλικίες είναι πολύ σημαντική.³⁷



Τα παιδιά μιμούνται τους γονείς τους

Τα παιδιά θα αποφύγουν το κάπνισμα εάν πάρουν το καλό παράδειγμα από τους γονείς τους.

Είναι πολύ σημαντικό τα λόγια σχετικά με το κάπνισμα που λένε οι γονείς, να συνάδουν με τις πράξεις τους, για να μην ερμηνεύονται σαν υποκριτές από τα παιδιά τους, με τρόπο τέτοιο που τα μηνύματα που δίνουν να έχουν αποτέλεσμα.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες μέχρι σήμερα, έδειξαν ότι τα παιδιά επηρεάζονται σοβαρά για το εάν τα ίδια θα καπνίσουν ή όχι, από αυτά που βλέπουν ότι κάνουν οι γονείς τους.

Το κάπνισμα από τους γονείς αποδεικνύεται ότι έχει διπλό νοσηρό αποτέλεσμα πάνω στα παιδιά τους.

Οι άμεσες βλαβερές συνέπειες προκύπτουν από την τοξικότητα των ουσιών του καπνού που εισπνέει το παιδί.

Μακροχρόνια το παιδί λόγω του ότι οι γονείς του καπνίζουν θα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσει την ίδια παθολογική συνήθεια.

Πρόσφατα μια νέα έρευνα έδειξε σημαντικά δεδομένα για το ρόλο της μητέρας στο πρόβλημα αυτό.

Όταν η μητέρα έχει δυνατές απόψεις εναντίον του καπνίσματος και όταν και η ίδια δεν καπνίζει τότε μειώνονται ουσιαστικά , κατά 50%, οι πιθανότητες να γίνει καπνιστής το παιδί της.

Στην έρευνα που έγινε μέσα στα πλαίσια του προγράμματος πρόληψης του καρκίνου στην Ουάσιγκτον, έλαβαν μέρος 2.736 παιδιά, ηλικίας από 8 έως 17 ετών, για μια περίοδο 9 ετών, και οι μητέρες τους.

Στις οικογένειες που και οι δύο γονείς δεν κάπνιζαν και η μητέρα είχε έντονες απόψεις εναντίον του καπνίσματος, τα παιδιά είχαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένη πιθανότητα να γίνουν καπνιστές, της τάξης του 50%.

Στις οικογένειες που ο ένας ή και οι δύο γονείς κάπνιζαν, οι έντονες απόψεις της μητέρας εναντίον του καπνίσματος δεν επηρέαζαν την πιθανότητα να γίνει καπνιστής το παιδί.

Είναι λοιπόν γεγονός ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τη συμπεριφορά των γονιών τους, σε θέματα καπνίσματος και οποιεσδήποτε νουθεσίες είναι αποτελεσματικές μόνο όταν συνάδουν και με τις πράξεις.

Τα δεδομένα αυτά δεν πρέπει να περάσουν απαρατήρητα από τους γονείς που καπνίζουν.

Δεν πρέπει να ξεχνούν ότι η παθολογική τους συνήθεια βλάπτει άμεσα το παιδί τους, με πολλαπλές νοσηρές επιπτώσεις στα διάφορα όργανά του.

Αλλά επίσης, υποθηκούνται το μέλλον του παιδιού τους, με προβλεπτές και γνωστές απειλές για τη ζωή του, λόγω του ότι αυτό επηρεάζεται από τη συμπεριφορά τους και μπορεί να γίνει πολύ πιο εύκολα το ίδιο, καπνιστής.³⁸



Πως μπορούν οι γονείς να το αποτρέψουν

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν μερικά βασικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στους έφηβους.

Με όπλο τις γνώσεις αυτές, θα μπορούν με καλύτερο τρόπο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να μην πέσουν στην παγίδα της θανατηφόρας αυτής συνήθειας.

Βέβαια θέλουμε από την αρχή να τονίσουμε ότι εάν ο ένας ή και οι δύο οι γονείς καπνίζουν, τότε προσφέρουν τη χειρότερη υπηρεσία στο παιδί τους. Οι έφηβοι με γονείς που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν και οι ίδιοι.

Για τους γονείς, η μεγάλη πρόκληση είναι να καταφέρουν να δημιουργήσουν εκείνες τις συνθήκες που θα αποτρέπουν τα παιδιά τους από του να θυματοποιηθούν από το κάπνισμα.

Μια τέτοια επιτυχία, έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή των παιδιών τους. Σημαίνει ότι η ζωή των παιδιών θα είναι μεγαλύτερης διάρκειας και πιο υγιής.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι ένας στους κάθε τρεις καπνιστές αναμένεται ότι θα πεθάνει λόγω των συνεπειών του καπνίσματος.

Το 90% των καπνιστών απέκτησαν την κακή και νοσηρή συνήθεια του καπνίσματος πριν από την ηλικία των 19 ετών. Βασικά προτού ακόμη ωριμάσουν αρκετά για να καταλάβουν τους κινδύνους της ζωής, το κάπνισμα εισβάλλει στη ζωή τους, χωρίς να αντιληφθούν το μέγεθος των κινδύνων.

Οι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι και νέοι στρέφονται προς το τσιγάρο και άλλες μορφές καπνίσματος, είναι διάφοροι.

Η νικοτίνη είναι μια εθιστική ουσία

Σε ορισμένους ανθρώπους η νικοτίνη, είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη. Αυξάνει στον εγκέφαλο την κυκλοφορία νευροδιαβιβαστών που μειώνουν την όρεξη, αυξάνουν την ευχαρίστηση και προκαλούν χαλάρωση.

Πολλοί έφηβοι νομίζουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα όποτε το θελήσουν. Όμως δυστυχώς οι έφηβοι αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη πιο γρήγορα από τους ενήλικες και σε χαμηλότερες δόσεις.

Ακόμη και με ένα τσιγάρο την ημέρα αναπτύσσεται στους έφηβους εθισμός. Η διακοπή του, μπορεί να δημιουργήσει σύνδρομο στέρησης.

Πολλοί από τους έφηβους που καπνίζουν, εύχονται να μην είχαν ποτέ αρχίσει. Ένα μεγάλο ποσοστό, δοκιμάζουν τουλάχιστον μία φορά να σταματήσουν το κάπνισμα.

Τα κορίτσια εθίζονται στη νικοτίνη πιο εύκολα από ότι τα αγόρια.

Έρευνες έδειξαν ότι τα αγόρια εφηβικής ηλικίας αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη σε 180 μέρες ενώ τα κορίτσια σε μόνο 21 μέρες. Υπάρχουν και άλλοι λόγοι

για τους οποίους παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κοριτσιών εφηβικής ηλικίας που καπνίζουν.

Είναι πιθανό ότι κορίτσια καπνίζουν στα πλαίσια των προσπαθειών τους για να χάσουν βάρος. Επίσης τα ψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στα κορίτσια παίζει ρόλο. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους καπνιστές και των δύο φύλων.

Η προσέγγιση προς τους έφηβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.

Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και στις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους, είναι αντιπαραγωγικές. Είναι προτιμότερο να εστιάζεται η προσοχή τους, στα προβλήματα που τώρα, στην εφηβική ηλικία δημιουργεί το κάπνισμα.

Ο χρόνιος βήχας, η μειωμένη αντοχή, η κακοσμία του στόματος, το κιτρίνισμα των δοντιών, η κακή μυρωδιά των ρούχων λόγω του καπνού και το ψηλό κόστος των τσιγάρων, είναι θέματα που αφορούν άμεσα στην εικόνα τους. Αυτές οι πραγματικότητες είναι σε θέση να τους ανησυχήσουν περισσότερο και να τους δώσουν ισχυρότερα κίνητρα για να διακόψουν το κάπνισμα.

Παράλληλα ενδυναμώνεται η αντίσταση τους στις πιέσεις των συνομήλικων τους και άλλων νέων για να καπνίζουν. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν έφηβοι που ενώ δεν έχουν επιθυμία να καπνίζουν, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να αντισταθούν στις πιέσεις των φίλων και συνομηλικών τους για να καπνίζουν.

Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να τονίζονται. Δυστυχώς στην εικόνα των καπνιστών έχει δοθεί κάποια αίγλη. Αυτό έγινε εδώ και μερικές δεκαετίες ιδιαίτερα από τον κινηματογράφο.

Οι γονείς μπορούν να εξουδετερώνουν την παραπλανητική αυτή εικόνα, αναφέροντας τα παραδείγματα γνωστών ή συγγενών των οποίων η υγεία επηρεάστηκε σοβαρά από το κάπνισμα.

Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι απαγορεύουν το κάπνισμα στο σπίτι τους, το ότι οι νομοθεσίες σε διάφορες χώρες του κόσμου επιβάλλουν όλο και περισσότερους περιορισμούς για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, ενισχύουν τη θέση ότι το κάπνισμα δεν είναι μια συνήθεια που δίνει γοητεία και δύναμη αλλά μια θανάσιμη, νοσηρή συνήθεια.

Επίσης πρέπει να προβάλλεται το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι, απορρίπτουν τη χρήση του καπνού και των προϊόντων του.

Το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς έχει καθοριστική σημασία στη σχέση εφήβου και καπνίσματος.

Μεταξύ των εφήβων που καπνίζουν, μόνο 2% έχουν γονείς που δεν καπνίζουν. Αυτό σημαίνει 98% των εφήβων που καπνίζουν, έχουν γονείς καπνιστές. Από αυτούς το 15% έχει και τους δύο γονείς να είναι καπνιστές.

Βλέπουμε λοιπόν ότι εάν οι γονείς καπνίζουν, οδηγούν τους έφηβους τους προς αυτή τη θανατηφόρα συνήθεια. Το καλύτερο που έχουν να κάνουν είναι οι ίδιοι να σταματήσουν το κάπνισμα.

Εάν αδυνατούν, τότε πρέπει να συνειδητοποιήσουν το κακό που κάνουν στα παιδιά τους. Ταυτόχρονα πρέπει να μην καπνίζουν στην παρουσία των εφήβων τους, ούτε στο σπίτι ούτε στο αυτοκίνητο. Να μην προσφέρουν ποτέ τσιγάρα στα παιδιά και ούτε να τα αφήνουν στο σπίτι να τα βλέπουν οι έφηβοι ή να μπορούν να παίρνουν από αυτά.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι γονείς που καπνίζουν έχουν χρέος να τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά τους. Ακόμη και κάτω από τέτοιες δύσκολες συνθήκες οι συμβουλές τους είναι δυνατόν να βοηθήσουν έστω και εάν βοηθούν σημαντικά λιγότερο παρά ότι εάν δεν κάπνιζαν.

Η διαφώτιση των παιδιών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να αρχίζει από την πολύ μικρή παιδική ηλικία. Μόλις τα παιδιά είναι σε θέση να κατανοούν, οι γονείς είναι καλό να τα μορφώνουν σχετικά με το θέμα.³⁹

Ο ρόλος των γονέων

Οι γονείς οφείλουν να προβληματιστούν από μερικά προειδοποιητικά σημεία, τα οποία είναι: χαμηλοί βαθμοί στα μαθήματα, σκασιαρχείο, επιθετική συμπεριφορά, ακραία αλλαγή στην εμφάνιση, απομόνωση του παιδιού και κλείσιμο στον εαυτό του, σημεία κατάθλιψης, κούραση, απώλεια του ενδιαφέροντος για τον αθλητισμό ή άλλες δραστηριότητες, αλλαγή στις παρέες, επιδείνωση των σχέσεων με τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Για να βοηθήσουν τα παιδιά τους πρέπει να κρατήσουν ανοιχτούς τους δρόμους επικοινωνίας με αυτά. Οι γονείς έχουν την ευθύνη και την υποχρέωση να δυναμώσουν τα παιδιά τους, ώστε να είναι σε θέση να αποφύγουν τις επικίνδυνες καταστάσεις και συναναστροφές.

Οι γονείς αποτελούν το πρότυπο με τη μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή των παιδιών και αυτό αποτελεί για τους γονείς μια τεράστια ευθύνη. Καλό θα είναι να κουβεντιάσουν με το παιδί τους για το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα στην υγεία. Ένα δύσκολο θέμα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στις ημέρες μας είναι και το κάπνισμα και οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν πότε και πως θα συμβουλέψουν τα παιδιά τους στα δύσκολα αυτά θέματα.

Αν στο σχολείο του παιδιού ή στην πόλη όπου ζουν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες γονέων, καλό είναι να τις παρακολουθήσουν, ώστε να κουβεντιάσουν τα θέματα που αφορούν στα παιδιά της ηλικίας των δικών τους. Όσον αφορά στο παθητικό κάπνισμα των παιδιών, από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Α΄ Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκε ότι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου μπορεί να ελαττωθεί ως και κατά το ένα τρίτο με απλά μέτρα προφύλαξης από τους γονείς, όπως είναι π.χ. η αποφυγή καπνίσματος σε κλειστούς χώρους και η ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν οι γονείς στο σπίτι ενώ το παιδί είναι παρόν.⁴⁰

Κάπνισμα και παιδί

Τα παιδιά, εκτός του ότι εκτίθενται περισσότερο χρόνο στον καπνό, είναι πιο ευαίσθητα, και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι της έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα μπορούν να εκτιμηθούν διαχρονικά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους. Το μειονέκτημα του προσδιορισμού της νικοτίνης στο αίμα είναι ο βραχύς χρόνος υποδιπλασιασμού της, που επιτρέπει τη διαπίστωση μόνο της οξείας έκθεσης στον καπνό. Τα τελευταία χρόνια, η μέτρηση του μεταβολίτη της, της κοτινίνης, λόγω του μακρού χρόνου υποδιπλασιασμού της μέχρι μια εβδομάδα και την ανίχνευσή της σε μικρές συγκεντρώσεις, προσέφερε νέες δυνατότητες στην έρευνα.

Από μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Α΄ Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, εξετάστηκε η συσχέτιση της ποσότητας της απεκρινόμενης κοτινίνης στα ούρα με τη νοσηρότητα από το αναπνευστικό σύστημα των παιδιών. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκαν τα εξής: 1. Ο αριθμός των καπνιστών στο σπίτι και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται παρουσία του παιδιού σχετίζονται άμεσα με το αποβαλλόμενο ποσό κινίνης στα ούρα. Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν 3-5 φορές μεγαλύτερη νοσηρότητα από το αναπνευστικό σύστημα, συγκριτικά με τα παιδιά που δεν εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου.

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα στα παιδιά αυξάνει τη συχνότητα των συμπτωμάτων και λοιμώξεων του ανώτερου και του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Το κάπνισμα ευνοεί τη μετάδοση ιογενών και μικροβιακών λοιμώξεων από τους γονείς στο παιδί με το βήχα. Εκτός αυτού, ο καπνός προκαλεί αύξηση της διαβατότητας του βρογχικού επιθηλίου, τροποποιεί τη λειτουργία των μακροφάγων του αναπνευστικού, αυξάνει τη δραστηριότητα του βρογχικού επιθηλίου και ελαττώνει τον όγκο του εκπνεόμενου αέρα.

Κάθε 5 τσιγάρα που καπνίζει η μητέρα αυξάνουν τη συχνότητα των λοιμώξεων του αναπνευστικού στο παιδί κατά 2,5-3,5%, η δε επίπτωση αυτή είναι συχνότερη στα 2 πρώτα χρόνια της ζωής και ιδιαίτερα στον πρώτο χρόνο της ζωής. Ως παράδειγμα αναφέρεται ότι τα βρέφη καπνιστών γονέων έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν βρογχίτιδα.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του παθητικού καπνίσματος σε επίμονα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος, όπως είναι ο βήχας, η συρίττουσα αναπνοή και κυρίως το άσθμα. Αναντίρρητα, το κάπνισμα αποτελεί εκλυτικό αίτιο, παράγοντα διατήρησης και επιδείνωσης του άσθματος. Είναι επιβεβλημένο οι γονείς των παιδιών με άσθμα να ευαισθητοποιούνται και να συνειδητοποιήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία των παιδιών τους και να μεταβάλλουν πιθανώς τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Επίσης, είναι πιθανό ότι το παθητικό κάπνισμα ευνοεί τη χρόνια αποφρακτική νόσο των πνευμόνων, τον καρκίνο των βρόγχων και των πνευμόνων, την ισχαιμική καρδιακή νόσο.

Επίσης, τα υποβαλλόμενα σε παθητικό κάπνισμα παιδιά έχουν τετραπλάσια πιθανότητα εκδήλωσης οξείας μέσης ωτίτιδας με υγρό. Εκτιμάται, ότι το ποσοστό

χρόνιας ωτίτιδας που αποδίδεται στο παθητικό κάπνισμα ανέρχεται στο 15% του συνόλου των περιπτώσεων της νόσου. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι σε μεμονωμένες μελέτες, το παθητικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με την πρόκληση οισοφαγίτιδας στα παιδιά, αλλά και με την αυξημένη συχνότητα εκδήλωσης βακτηριακής μηνιγγίτιδας.

Εκτός από τις βλαβερές επιπτώσεις που έχει το παθητικό κάπνισμα στην παιδική ηλικία, σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών έχει και η έναρξη του καπνίσματος στην παιδική ηλικία. Είναι βέβαιο ότι οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν να καπνίζουν από πολύ ενωρίς, από την εποχή που είναι ακόμα παιδιά.

Γιατί, όμως, αρχίζει ένα παιδί να καπνίζει; Στο ερώτημα αυτό δεν έχει δοθεί σαφής και ολοκληρωμένη απάντηση μέχρι σήμερα. Φαίνεται ότι τα περισσότερα παιδιά, πολύ πρόωμα, από την ηλικία των 14 ετών ή και νωρίτερα, έχουν κάποια εμπειρία καπνίσματος. Εάν κατορθωθεί να αποφευχθεί το κάπνισμα μέχρι τα 15-16 χρόνια, από εκεί και πέρα μειώνονται οι πιθανότητες για αυτό. Σε μελέτες έχει διαπιστωθεί ένας αριθμός προδιαθεσικών παραγόντων που σχετίζονται και διευκολύνουν την έναρξη του καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται το κάπνισμα των γονέων, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των παιδιών, οι μονογονεϊκές οικογένειες και το θήλυ φύλο.

Η Goddard κατέταξε τους παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη του καπνίσματος σε 4 κατηγορίες:

1. Περιλαμβάνει τη γνώμη του παιδιού σχετικά με το κάπνισμα και τη συναίσθηση του κινδύνου στον οποίο εκτίθεται
2. Αναφέρεται σε ορισμένα χαρακτηριστικά της οικογένειας, του σχολείου και του κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως είναι η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων, των αδελφών, των συμμαθητών και άλλων, η στάση των συμμαθητών ως προς το κάπνισμα και γενικότερα οι απόψεις του αντίθετου φύλου.
3. Η επίδραση της διαφήμισης και άλλων παραγόντων, όπως είναι η αποδοχή του καπνίσματος από το περιβάλλον και η ευκολία προμήθειας τσιγάρων.
4. Παράγοντες που σχετίζονται με θέματα εκπαίδευσης και αφορούν στην υγεία γενικά και στο κάπνισμα ειδικότερα. Μεγάλη σημασία για την αποφυγή του καπνίσματος μεταξύ των μαθητών έχει η αναγνώριση αυτών που είναι σε μεγάλο κίνδυνο να γίνουν μελλοντικοί καπνιστές.

Από διάφορες μελέτες έχουν αναγνωρισθεί ορισμένα χαρακτηριστικά του μελλοντικού καπνιστή.

Έτσι, οι Charlton και Blair περιέγραψαν, κατά σειρά σπουδαιότητας, τα παρακάτω χαρακτηριστικά των μελλοντικών καπνιστών.

Στα κορίτσια: Ένας γονιός καπνιστής, η πεποίθηση ότι το κάπνισμα θα τους κάνει καλό (π.χ. θα χάσουν βάρος, θα αυξηθεί η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, θα ηρεμήσει τα νεύρα τους), μια καλή φίλη καπνίστρια, η προτίμηση συγκεκριμένης μάρκας τσιγάρων.

Στα αγόρια: ο καλύτερος φίλος καπνιστής, προτίμηση μιας συγκεκριμένης μάρκας τσιγάρων και μιας διαφήμισης για τον καπνό.

Η αναγνώριση των παιδιών που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο είναι ευνόητο ότι έχει μεγάλη σημασία. Η Goddard, σε μελέτη 4.000 παιδιών, έχει αναγνωρίσει 6

παράγοντες κινδύνου: α) θήλυ φύλο, β) αδέρφια και γονείς καπνιστές, γ) μονογονεϊκή οικογένεια, δ) ανεπαρκής πληροφόρηση για τους κινδύνους από το κάπνισμα, ε) απουσία φιλοδοξίας για σπουδές μετά τα 16 χρόνια, στ) σκέψη να συνεχίσουν το τσιγάρο αργότερα.

Μερικοί συγγραφείς στα παραπάνω προσθέτουν κι άλλα χαρακτηριστικά, όπως η αδιαφορία για το σχολείο και μια διαφορετική συμπεριφορά από αυτή που θεωρείται φυσιολογική. Οι διαδικασίες μέσω των οποίων ένα παιδί γίνεται καπνιστής, έχουν αναλυθεί. Διάφοροι συγγραφείς προτείνουν διάφορα μοντέλα που αποτελούνται από τα διαδοχικά στάδια, τα οποία περνάει ένα παιδί μέχρις ότου γίνει κανονικός καπνιστής. Έτσι, αναφέρεται ένα πρώτο αρχικό στάδιο, κατά το οποίο το παιδί είναι αδιάφορο για το κάπνισμα, το οποίο ακολουθείται από ένα δεύτερο στάδιο, στο οποίο αρχίζει να σκέφτεται να δοκιμάσει το τσιγάρο. Στο τρίτο στάδιο αρχίζει να καπνίζει κάποτε-κάποτε ένα τσιγάρο και τέλος, στο τέταρτο στάδιο, το παιδί μεταβάλλεται σε κανονικό καπνιστή.⁴¹



Οι επιπτώσεις στην οικονομία του κράτους και οικονομικές απώλειες του καπνιστή

Δεν είναι μόνο οι ζωές που χάνονται εξ αιτίας του τσιγάρου, αλλά και η πρόωμος θνησιμότητα που παρατηρείται. Η ζωή ενός καπνιστή ελαττώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτήν του μη καπνιστή και ίσως με νέες έρευνες η απώλεια ζωής να ανέλθει στα 18 έτη, όταν μάλιστα η κατάχρηση καπνού είναι άνω της τάξεως των 3 πακέτων ημερησίως. Υπάρχει όμως και ένα μεγάλο οικονομικό κόστος. Μεγάλα ποσά ξοδεύονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια παραγωγικότητας είναι ακόμη μεγαλύτερα.

Στην Αμερική το συνολικό κόστος για το 1985 είναι 65 δισ. δολάρια. Δηλαδή το 12% περίπου του προϋπολογισμού, εξαιρουμένων των αμυντικών δαπανών. Στην Ελλάδα το 1978 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος ήταν 3,2 δισεκατομμύρια δραχμές ή το 6,6% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Στο δημοσιονομικό πρέπει να προστεθεί και η δαπάνη για ημεραργίες, αναπηρίες και πρόωρες συντάξεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των 100 δισ. δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα, επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων.

Το κάπνισμα είναι τόσο ζημιογόνο στην Εθνική Οικονομία, ώστε οι επιπτώσεις του ανέρχονται σε 10 τον αριθμό, δηλαδή:

- 1) Απώλεια ζωής πρόωρα.
- 2) Αυξημένη ζωής νοσηρότητα.
- 3) Άδεια λόγω νόσου.
- 4) Φάρμακα.
- 5) Τα ημερομίσθια σε συνδυασμό με μείωση παραγωγικότητας ανέρχονται στις ΗΠΑ σε 60 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο.
- 6) Πολλές ασφαλιστικές εταιρίες δεν ασφαλίζουν καπνιστές.
- 7) Έξοδα καθαριότητας.
- 8) Σπατάλη διαφημίσεων κάπου 2,5 δισ. το χρόνο παγκοσμίως.
- 9) Εμβόλια για 6 ασθένειες και
- 10) Καταστροφή του περιβάλλοντος από πυρκαγιές.

Οι οικονομικές επιπτώσεις στον καπνιστή και την οικογένειά του στα 40 χρόνια καπνιστικής ζωής, δημιουργούν δαπάνες με σημερινές τιμές της τάξεως των 30 - 60 εκατ. δραχμών.⁴²

Κάπνισμα και οικονομία

- **Φορολογία** - Το κράτος εισπράττει μεγάλα ποσά από τη φορολόγηση του καπνού και των προϊόντων του. Το 9% των φορολογικών εσόδων της χώρας μας προέρχεται από τη φορολόγηση προϊόντων καπνού. Η τιμή των τσιγάρων έχει μεγάλη επίδραση επί της κατανάλωσης τους. Η υψηλή φορολόγηση αποσκοπεί στη μείωση της κατανάλωσης.
- **Διαφήμιση και χορηγία** - Τα ποσά που δαπανά η καπνοβιομηχανία για διαφήμιση και διάφορες χορηγίες είναι τεράστια. Για ν' αντιμετωπίσει τις νομοθετικές ρυθμίσεις περιορισμού της διαφήμισης, στρέφεται σε διάφορες χορηγίες που προσφέρουν έμμεση διαφήμιση (π.χ. χορηγίες θεατρικών, μουσικών παραστάσεων κ. α. εκδηλώσεων). Ερευνητικές εκθέσεις δείχνουν ότι η διαφήμιση του καπνού αυξάνει την κατανάλωσή του.
- **Δαπάνες Υγείας** - Για τη θεραπεία ασθενειών που οφείλονται στο κάπνισμα δαπανώνται τεράστια ποσά ετησίως, που είναι πολλαπλάσια των ετησίων εσόδων από τη φορολόγηση του καπνού.
- **Η βιομηχανία καπνού** - Στην Ελλάδα απασχολούνται περίπου 500.000 άτομα σε επαγγέλματα που συνδέονται με τον καπνό (καλλιέργεια, βιομηχανία κλπ.)

Η Οικονομία του Καπνού

Το κάπνισμα παίζει σημαντικό ρόλο στην οικονομία μιας κοινωνίας. Ενώ η φορολόγηση των τσιγάρων αποτελεί πλούσια πηγή εσόδων του Προϋπολογισμού, η επιβάρυνση της οικονομίας από τις συνέπειες του καπνίσματος περιλαμβάνει όχι μόνο το κόστος θεραπείας από ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα, αλλά και άλλα κόστη όπως η απώλεια ημερών εργασίας και οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης.

Το κόστος του καπνίσματος στη βιομηχανία

Το κόστος του καπνίσματος στη βιομηχανία προκύπτει από

1. την αύξηση απουσιών των καπνιστών λόγω κακής υγείας
2. τους πρόωρους θανάτους σε ηλικίες μέγιστης επαγγελματικής απόδοσης και
3. την μείωση παραγωγής που οφείλεται στα διαλείμματα για κάπνισμα

Πυρκαγιές

Τα περισσότερα μοιραία ατομικά δυστυχήματα οφείλονται σε πυρκαγιά από απροσεξία κατά τη χρήση του τσιγάρου.

Δυστυχώς οι περισσότεροι από τους καπνιστές που καπνίζουν την ώρα της οδήγησης, δεν σβήνουν το τσιγάρο τους στο τασάκι του αυτοκινήτου, αλλά το πετάνε, ενώ είναι ακόμη αναμμένο, από το παράθυρο του αυτοκινήτου. Αποτέλεσμα αυτής της απερίσκεπτης πράξης είναι μέσω του τσιγάρου να ανάβουν φωτιές, που καίνε ανεξέλεγκτα τα δάση και τις περιοχές όπου μπορεί να αναπτυχθεί πυρκαγιά.

Κόστος για το καπνιστή

Συνήθως, ένας καπνιστής 20 τσιγάρων ημερησίως ξοδεύει περίπου 1.000 ευρώ το χρόνο για τσιγάρα.

Άτομα χαμηλού εισοδήματος ξοδεύουν αναλογικά μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους για καπνό ραπ' ότι πλουσιότερα άτομα.

Κόστος για το Κράτος

Έρευνα από το Κέντρο για την Οικονομία της Υγείας στο Πανεπιστήμιο του York έδειξε ότι οι δαπάνες θεραπείας ασθενειών που προκαλεί το κάπνισμα ανέρχονται σε περίπου 1,5 δισεκατομμύρια το χρόνο.

Άλλες δαπάνες περιλαμβάνουν την πληρωμή ασθένειας ή ανικανότητας για όσους υποφέρουν από ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα και η πληρωμή συντάξεων και άλλων οικογενειακών δαπανών κοινωνικής ασφάλισης υπέρ των προστατευομένων μελών αυτών που πεθαίνουν λόγω καπνίσματος.

Μία μελέτη της Αμερικανικής εταιρίας καπνού Philip Morris εξετάζει τις οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος στη Δημοκρατία της πρώην Τσεχοσλοβακίας. Το συμπέρασμα είναι ότι το κάπνισμα προκαλεί ένα καθαρό όφελος στην οικονομία, γενικά λόγω «μείωσης των δαπανών υγειονομικής φροντίδας» και «απαλλαγή από σχετικές δαπάνες για συντάξεις και στέγαση ηλικιωμένων» αφού δεν θα πρέπει να πληρώνουν τους καπνιστές που πεθαίνουν νωρίτερα από τους μη καπνιστές.⁴³

Το κάπνισμα στους εφήβους. Πως μπορούν οι γονείς να το αποτρέψουν

Ο πρόεδρος της Πνευμονολογικής Εταιρίας Ευρώπης, καθηγητής Πνευμονολογίας κ. Χ. Ρούσσος ανέφερε ότι η χώρα μας κατέχει την αρνητική πρωτιά στο κάπνισμα, καθώς η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων φθάνει τα 8 κατά άτομο. Βέβαια για να ανατραπεί αυτό το καθεστώς είναι απαραίτητη η παιδεία του ανθρώπου, η ενημέρωση του και η ανάλογη διαπαιδαγώγηση μέσα σε περιβάλλον απαλλαγμένο από καπνό, όπου δεν θα υπάρχει το πρότυπο του καπνιστή για να εξοικειωθεί με αυτό και να το μιμηθεί αργότερα. Επίσης, είναι χρήσιμη και συμβάλλει τα μέγιστα η στροφή και επίδοση του ατόμου σε υγιεινές δραστηριότητες που ασκούν και γυμνάζουν το πνεύμα και το σώμα. Ακόμη οι φίλοι, οι συνεργάτες, οι παρέες, οι επαφές, οι γνωριμίες, οι προσεγγίσεις, που βασίζονται στο ίδιο υπόβαθρο, έχουν το ίδιο επίπεδο και τον ίδιο προσανατολισμό, βοηθούν πάρα πολύ.

Όλες αυτές είναι καλές προϋποθέσεις για αποχή από το κάπνισμα. όμως καθημερινά δεχόμαστε καταϊγισμό από διαφημίσεις καπνού, βομβαρδισμό από διάφορα δελεαστικά μηνύματα καπνίσματος, σωρεία από έντεχνα δοσμένα συνθήματα για ποικιλίες, μάρκες, φίλτρα, χαρμάνια εσωτερικού εξωτερικού κ.λ.π. κι όλα αυτά μέσα από φανταχτερές αφίσες, μέσα από πολυπληθή έντυπα, ακόμη μέσα από "κόμικς" και "καρτούν".

Ακόμη μας επηρεάζουν και κάνουν πλήση εγκεφάλου μέσω του ραδιοφώνου, των παρουσιάσεων στην TV, των ταινιών του κινηματογράφου ή βίντεο άμεσα ή έμμεσα. Το καίριο ζήτημα είναι να χτυπηθούν και να απαγορευτούν όλων των ειδών αυτές οι διαφημίσεις αλλά και ακόμη να επιμορφωθεί το κοινό, να καθοδηγηθεί, να διαφωτιστεί και να καταλάβει ότι λαμπερές, οι μεγαλόπρεπες και εντυπωσιακές διαφημίσεις είναι παραπλανητικές, ότι οι πλαστές ωραιοποιήσεις με τις εικόνες και τα μηνύματα του δήθεν και του τάχα είναι απαράδεκτες. Όλα είναι προσποιητά, επιτηδευμένα, καμουφλαρισμένα και ταμπουρώνονται πίσω τους τεράστια οικονομικά συμφέροντα, που ποντάρουν στον εθισμό και την εξάρτηση των πολλών, για να εισπράττουν και να καρπούνται την εκμετάλλευση οι ολίγοι.

Όλα αυτά εάν γίνουν συνείδηση και απόφαση και σύνθημα των νέων γενεών, θα ανατραπούν οι διαφημίσεις σε αντιδιαφημίσεις, οπότε ήρεμοι και ανεπηρέαστοι οι νέοι μας θα σχηματίσουν άλλες κοινωνίες πρότυπα, μακριά από ουσίες, μακριά από οικονομικά συμφέροντα, μακριά από μολύνσεις κάθε είδους

Στην προσπάθεια αυτή θα πρέπει οι αρμόδιοι φορείς, να ενισχύσουν και να προτάξουν μια αντιδιαφημιστική καμπάνια και διαφήμιση των ουσιωδών και εποικοδομητικών στοιχείων υπέρ της ζωής και όχι υπέρ της ισοπέδωσης όλων των αξιών και υπέρ του θανάτου, ένεκα του χρήματος. Εδώ συναγωνίζονται, ανταγωνίζονται, μάχονται και υπερνικούν τα πνεύματα - από τη μία πλευρά το λογικό, το θεσμικό, το ηθικό, το συναισθηματικό και από την αντίθετη πλευρά το παραπλανητικό, το διαβρωτικό, το υποβολιμαίο, το ωφελμιστικό σε χρήμα.

Οι σύγχρονοι πολίτες πρέπει να αφήσουν τα προϊόντα του καπνού να τα απολαμβάνουν και να τα εισπνέουν αυτοί που τα διακινούν και τα διαφημίζουν. Πρέπει πια να σταματήσει η κοινωνική αποδεκτικότητα του καπνίσματος μέσα από το έντεχνο πλασάρισμα και της προβολής των προϊόντων του καπνού. Ας προσπαθήσουμε με όποια δύναμη διαθέτει ο καθένας μας να αντιτάξουμε στην αδηφάγο διαφήμιση του καπνού την αντιδιαφήμιση.

Βέβαια ποτέ δεν θα μπορέσουμε να συγκριθούμε και να ανταγωνιστούμε με σύμμαχο μας το δίκαιο και το ηθικό, να αποκαταστήσουμε την ισορροπία και την κλίση της μπαλάντζας προς το ευγενές όφελος του συνόλου και όχι προς το κερδοσκοπικό όφελος των ολιγών. Η αντιδιαφήμιση μέσα από τα ΜΜΕ, όταν γίνεται σωστά και με ακρίβεια, θα αποθαρρύνει την κατανάλωση καπνού. Σε αυτό πρέπει να συμβάλλουν τα αρμόδια υπουργεία: Υγείας, Παιδείας, Οικονομίας, Πρόνοιας, Περιβάλλοντος, Πολιτισμού, κ.α. Συγχαιρούμε τις πρωτοπορίες και τις πρωτοποριακές ιδέες προς στήριξη του αντικαπνιστικού μηνύματος για την επικράτηση και λειτουργία φυσιολογικών ανθρωπίνως συνθηκών. Συνεργασία μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων προς αυτή την κίνηση θα είναι πολύ εποικοδομητική πάντοτε με προδιαγραφές του μέτρου για επαγρύπνηση και εξασφάλιση του "γενικού καλού - γενικού συμφεροντος".⁴⁴

Άρθρα και έρευνες σχετικά με το κάπνισμα

Από τότε που άρχισαν να φαίνονται οι αρνητικές επιπτώσεις από το κάπνισμα στους ανθρώπους, έγιναν πολλές έρευνες με σκοπό οι επιστήμονες να κατανοήσουν τον λόγο που κάποιος ξεκινάει να καπνίζει, γιατί ενώ πλέον όλοι ξέρουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού αντί να μειώνονται τα ποσοστά καπνιστών, αντιθέτως πληθαίνουν και όλο και περισσότεροι είναι αυτοί που ξεκινούν την καταστρεπτική αυτή συνήθεια, και γενικά για να μάθουμε περισσότερα για το τι συμβαίνει στον οργανισμό μας όταν επιλέξουμε αυτό το “χόμπι”.

Σε αυτό το κεφάλαιο παραθέτουμε κάποιες από τις έρευνες αυτές.

Εφηβεία και κάπνισμα

*Καταναλωτικά Βήματα - Τεύχος Φεβρουαρίου 2002
των Μπισικάρη Παναγιώτα
Ταξίδης Χρήστος
Τσιπούρας Στυλιανός
Ψυχλούδης Κων/νος
(εκπαιδευτικοί)*

Οι βάσεις πάνω στις οποίες θεμελιώνεται και αναπτύσσεται η σχέση του ατόμου με το κάπνισμα.

Εισαγωγή – Μεθοδολογία

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα για τη δημόσια υγεία. Έρευνες σε χώρες της Ευρώπης δείχνουν ότι η κρίσιμότερη ηλικία για τον πειραματισμό και την έναρξη του καπνίσματος είναι η πρώτη εφηβική ηλικία.

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη του καθηγητή κ. Κυριάκου Αθανασίου με θέμα: "Οι βάσεις πάνω στις οποίες θεμελιώνεται και αναπτύσσεται η σχέση του ατόμου με το κάπνισμα".

Στόχος της έρευνας ήταν:

- Να καταγραφεί η πρόθεση ή όχι των παιδιών να καπνίσουν.
- Να εντοπίσουμε το ποσοστό των παιδιών που καπνίζουν.
- Να οριστεί η ηλικία πειραματισμού και έναρξης του καπνίσματος.
- Να καταγραφεί ο τρόπος που τα παιδιά ξεκινούν τον πειραματισμό.
- Να μελετηθεί κατά πόσο επηρεάζονται τα παιδιά από τους γονείς και τους φίλους τους στην έναρξη του καπνίσματος.
- Να διαπιστωθεί κατά πόσο τα παιδιά γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος.
- Να καταγραφούν οι καπνιστικές συνήθειες των παιδιών, που καπνίζουν.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε παιδιά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και περιλάμβανε ηλικίες μεταξύ 11 και 15 ετών οι οποίες αποτελούν μια κρίσιμη περίοδο για τον πειραματισμό και την έναρξη του καπνίσματος.

Απευθυνθήκαμε σε 1420 μαθητές από τους οποίους οι 492 φοιτούσαν στο Δημοτικό και οι 928 φοιτούσαν στο Γυμνάσιο. Τα αγόρια αποτελούσαν το 51% (724 άτομα) και τα κορίτσια το 49% (696 άτομα).

Τα σχολεία στα οποία έγινε η έρευνα είναι:

Δημοτικά:

- Μάργαρων
- Προχώματος

- Γέφυρας
- Κάτω Γέφυρας
- Μ. Μοναστηριού
- Χαλκηδόνας
- Πλαγιαρίου, 4° & 5°
- Αμπελοκήπων, 2°, 7° & 8°
- Ελευθερίου- Κορδελιού
- 6° Εύοσμου.

Γυμνάσια:

- Γ' Εύοσμου
- Τριλόφου
- Επανομής (Ν. Θεσ/νίκης)
- Κάτω Ποροίων
- Λειβαδιάς, Ροδόπολης
- Βαμβακόφυτου (Ν. Σερρών).

Από το δείγμα μας οι 771 μαθητές (54%) διαμένουν σε αγροτική περιοχή και οι 649 (46%) σε αστική. Η επιλογή έγινε κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μελετηθούν τυχόν διαφοροποιήσεις στις καπνιστικές συνήθειες των μαθητών ανάμεσα στις δυο περιοχές.

Στην ερευνά μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους μαθητές. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά από ολιγόλεπτοι ενημέρωση, με την παρουσία των εκπαιδευτικών, σε μια διδακτική ώρα. Τονίστηκε στους μαθητές ότι είναι ανώνυμο και ότι θα χρησιμοποιηθεί μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Με τον τρόπο αυτό προσπαθήσαμε να πάρουμε όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς απαντήσεις.

Ανάλυση - παρουσίαση δεδομένων

Από το σύνολο του δείγματος το 80% δεν κάπνισε ποτέ, ενώ το 20% δοκίμασε να καπνίσει ή καπνίζει από μερικές φορές ως και πάνω από έξι τσιγάρα την εβδομάδα. Αναλυτικότερα το 13,5% δοκίμασε να καπνίσει μια - δυο φορές ή έχει καπνίσει περιστασιακά μερικές φορές, το 1,7% καπνίζει αλλά όχι καθημερινά, το 1,6% καπνίζει από 1-6 τσιγάρα την εβδομάδα, ενώ το 3,6% καπνίζει περισσότερα από έξι τσιγάρα την εβδομάδα. Το 49% αυτών που καπνίζουν είναι αγόρια και το 51% είναι κορίτσια. Από αυτούς που καπνίζουν, οι περισσότεροι μονιμοποιούν τη συνήθεια του καπνίσματος στην ηλικία των 15 ετών. Από τους μαθητές που δήλωσαν ότι δοκίμασαν να καπνίσουν, τα περισσότερα αγόρια πειραματίστηκαν σε ηλικία 10-11 ετών, ενώ τα περισσότερα κορίτσια σε ηλικία 13-15 ετών. Από τα παιδιά που καπνίζουν, τα κορίτσια καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα εβδομαδιαίως.

Στις αγροτικές περιοχές οι νέοι πειραματίζονται ευκολότερα και καπνίζουν περισσότερο σε σύγκριση με τους νέους, που ζουν σε αστικές περιοχές. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι τα παιδιά των αγροτικών περιοχών βρίσκονται έξω από το σπίτι περισσότερες ώρες και από μικρότερη ηλικία.

Το ποσοστό αυτών που δοκιμάζουν να καπνίσουν ή που καπνίζουν (20%) είναι πολύ υψηλό σε σχέση με το ποσοστό, που αναφέρεται σε Ευρωπαϊκές έρευνες (μόλις το 8%). Το ποσοστό αυτό συγκρινόμενο με παλαιότερες έρευνες στον ελληνικό χώρο φαίνεται και πάλι αυξημένο, αφού το 1992 σε έρευνα της κ. Μπετίνας Ντάβου φτάνει το 18,6%, ενώ σε έρευνα του κ. Καφάτου που πραγματοποιήθηκε το 1981 ήταν 18,19%. Ευρωπαϊκές έρευνες έδειξαν ότι οι έφηβοι πειραματίζονται στα 13 έτη

(Calman 1985, Charlton 1986), ενώ στην έρευνα της Μ. Ντάβου το 58,2% δήλωσε ότι δοκίμασε το κάπνισμα σε ηλικία μικρότερη των 11 ετών και το 39,5% ανάμεσα στα 11-13 έτη. Ενώ τα αγόρια πειραματίζονται σε μικρότερη ηλικία από τα κορίτσια, στην ηλικία των 16 ετών τα ποσοστά καπνιστών φαίνεται να εξισώνονται στα δυο φύλα.

Μελετώντας τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών βρέθηκε ότι από τους πατέρες το 60,3% καπνίζει, το 22% κάπνιζε αλλά σταμάτησε και μόνο το 17,4% δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις μητέρες ήταν: 41% κάπνιζαν, 12% κάπνιζαν αλλά σταμάτησαν και το 46% δεν κάπνισε ποτέ. Η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων επηρεάζει άμεσα τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών. Τα παιδιά, των οποίων οι γονείς δεν κάπνισαν ποτέ ή κάπνιζαν αλλά σταμάτησαν, δεν δοκίμασαν και τα ίδια να καπνίσουν. Αντίθετα, τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι καπνιστές, καταναλώνουν πάνω από έξι τσιγάρα την εβδομάδα. Αντίστοιχα, τα στοιχεία που πήραμε για την καπνιστική συνήθεια του καλύτερου τους φίλου/ης έδειξαν ότι το 77,4% (1075 παιδιά) δεν κάπνισε ποτέ.

Σχετικά με τον τρόπο που οι μαθητές προμηθεύτηκαν το πρώτο τους τσιγάρο, το 6,3% δήλωσε ότι τους το έδωσαν οι γονείς τους, το 2,7% ότι τους το προσέφεραν συγγενείς, το 35% ότι τους το προσέφεραν φίλοι, ενώ το 14,8% ότι το ζήτησαν οι ίδιοι από κάποιον συγγενή ή φίλο. Ένα μεγάλο ποσοστό το 20,2% δήλωσαν ότι το πήραν κρυφά από το πακέτο των γονιών τους και το ίδιο ποσοστό περίπου 22,2% αναφέρεται και στην έρευνα της κ. Μ. Ντάβου. Μόνο το 10,3% δήλωσε ότι το πρώτο τσιγάρο το αγόρασε ενώ το 10,8% ότι το προμηθεύτηκε με άλλο τρόπο. Από όλα αυτά προκύπτει ότι μόνο το 10% των μαθητών δοκιμάζουν να καπνίσουν από περιέργεια και αγοράζουν τσιγάρα, ενώ το 80% προμηθεύεται το πρώτο τσιγάρο από άτομα του περιβάλλοντός του, (γονείς, συγγενείς, φίλους). Μελετώντας τις καπνιστικές συνήθειες των μαθητών παρατηρούμε ότι το 82% αυτών που καπνίζουν το κάνουν κρυφά από τους γονείς ενώ το εμπιστεύονται σε φίλους τους σε ποσοστό 70%. Συνήθως οι μαθητές καπνίζουν με φίλους.

Οι χώροι που καπνίζουν συχνότερα είναι οι καφετερίες και τα πάρτι, σε ποσοστό 53,5%. Αντίθετα, αποφεύγουν να καπνίζουν σε ανοιχτούς χώρους καθώς και στο σπίτι. Στο σπίτι καπνίζει το 30,3% των καπνιστών. Το αντίστοιχο ποσοστό στην έρευνα της κ. Ντάβου είναι 30,2%. Στο χώρο του σχολείου, δήλωσε ότι καπνίζει στο διάλειμμα το 24,8%. Στην έρευνα της Μ. Ντάβου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4,2%.

Το ποσοστό των παιδιών που δήλωσε ότι καπνίζει με τους γονείς είναι 4,7%. Οι γονείς δεν εγκρίνουν το κάπνισμα σε ποσοστό 97% και ενημερώνουν τα παιδιά για τους κινδύνους το καπνίσματος σε ποσοστό 80%. Όπως προαναφέραμε οι περισσότεροι από τους έφηβους καπνιστές προμηθεύονται τσιγάρα από τρίτους. Οι γονείς εκφράζουν την ανησυχία τους για τους κινδύνους που περικλείει η συνήθεια αυτή και τα ενημερώνουν για τους κινδύνους αυτούς. Το 27,2% των γονιών υποδεικνύουν στα παιδιά τους, ότι θα προτιμούσαν να ζητήσουν από αυτούς το πρώτο τους τσιγάρο, όταν θελήσουν να δοκιμάσουν. Το παραπάνω ποσοστό είναι μεγαλύτερο στους γονείς, που είναι απόφοιτοι λυκείου και πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι, Α.Ε.Ι.

Συμπεράσματα – προτάσεις

Η πολιτεία θα πρέπει να παρέμβει στη προσπάθεια πρόληψης του καπνίσματος, εφαρμόζοντας προγράμματα Αγωγής Υγείας από τις τελευταίες τάξεις του δημοτικού σχολείου, όπου φαίνεται να αρχίζει ο πειραματισμός.

Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να αναφέρονται στις άμεσες επιπτώσεις του καπνίσματος τόσο στην υγεία όσο και στην εικόνα του ατόμου και όχι στις

μακροχρόνιες επιπτώσεις η γνώση, των οποίων δε φαίνεται να επηρεάζει την καπνιστική συμπεριφορά των εφήβων.

Η παρέμβαση σε μικρή ηλικία, όταν ακόμα δεν έχουν διαμορφωθεί συνήθειες και τρόπος ζωής, πιστεύουμε ότι θα φέρει θετικά αποτελέσματα και θα μειώσει τον αριθμό των εφήβων καπνιστών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παγκόσμια Μελέτη για το Κάπνισμα στους Νέους - Βουλγαρία. Επίπτωση, γνώσεις και στάση απέναντι στο κάπνισμα

A. Manolova

National Center of Hygiene, Medical Ecology and Nutrition, Sofia, Bulgaria

Η Παγκόσμια Μελέτη για το Κάπνισμα στους Νέους (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) διεξήχθη στη Βουλγαρία το 2002 ως μέρος ενός διεθνούς Προγράμματος του World Health Organization/Tobacco Free Initiative, των US Centers for Disease Control και άλλων οργανισμών. Η GYTS σχεδιάστηκε για να καταγράψει την κατανάλωση του καπνού μεταξύ των νέων σε διάφορες χώρες του κόσμου, χρησιμοποιώντας κοινή προτυπωμένη μεθοδολογία και πρωτόκολλα συλλογής δεδομένων, γεγονός που διευκόλυνε την αξιολόγηση, την παρακολούθηση και τη σύγκριση των δεδομένων μεταξύ των διαφόρων χωρών.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των προτύπων ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος μεταξύ των βουλγάρων εφήβων, καθώς και των γνώσεων, της στάσης και της αντίληψής τους σχετικά με τη χρήση του καπνού, μέσα στο πλαίσιο της μελέτης GYTS-Βουλγαρία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη GYTS-Βουλγαρία ήταν μια συγχρονική μελέτη αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, σε σχολικό πληθυσμό που συμπεριέλαβε αντιπροσωπευτικό δείγμα του σχολικού πληθυσμού της χώρας 2.167 μαθητών (1.008 αγόρια και 1.136 κορίτσια) της 7ης, 8ης και 9ης τάξεως, ηλικίας 13-16 ετών. Χρησιμοποιήθηκε η βουλγαρική έκδοση του ερωτηματολογίου πολλαπλών επιλογών της GYTS, η οποία αποτελείτο από 56 βασικές και 4 συμπληρωματικές ερωτήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξε ότι 69,1% των μαθητών είχαν καπνίσει τσιγάρο σε κάποια χρονική στιγμή, ενώ το 37,4% αυτών ήταν ενεργοί καπνιστές κατά τη στιγμή της μελέτης. Τα 2/3 από αυτούς εκδήλωναν την επιθυμία να διακόψουν το κάπνισμα και το 71% είχαν προσπαθήσει ανεπιτυχώς να σταματήσουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των μαθητών είχε παθητική έκθεση στο κάπνισμα, στο σπίτι και στους δημόσιους χώρους. Η έκθεση αυτή αναφερόταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ

των ενεργών καπνιστών, σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ($P<0,05$). Παρότι οι μαθητές γνώριζαν τις βλαπτικές συνέπειες που έχει το κάπνισμα στην υγεία, υποδιπλάσιο ποσοστό των ενεργών καπνιστών, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, είχαν αρνητική στάση απέναντι στο κάπνισμα των άλλων και πίστευαν ότι το κάπνισμα πρέπει να απαγορεύεται στους δημόσιους χώρους ($P<0,05$). Η αντίληψη της ελκυστικότητας του καπνίσματος και στα δύο φύλα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη μεταξύ των ενεργών καπνιστών, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ($P<0,05$). Αντίθετα, στο 80,8-81,7% του πληθυσμού της μελέτης, το κάπνισμα δεν σχετιζόταν με κάποια αντίληψη δημοτικότητας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η κατανάλωση καπνού, μεταξύ των νέων της Βουλγαρίας, είναι από τις μεγαλύτερες που παρατηρούνται στον κόσμο, γεγονός που την καθιστά σημαντικό στόχο της πολιτικής Δημόσιας Υγείας. Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης ή καθυστέρησης της έναρξης του καπνίσματος, καθώς και προγραμμάτων υποστήριξης των μαθητών να διακόψουν το κάπνισμα. Οι στρατηγικές πρόληψης πρέπει να απευθύνονται, όχι μόνο στους ίδιους τους μαθητές, αλλά και στις οικογένειές τους, στα σχολεία και στο κοινωνικό περιβάλλον τους.⁴⁶

Κάπνισμα

**Είστε μορφωμένοι, είστε έξυπνοι και είστε ενημερωμένοι.
Νομίζετε πως γνωρίζετε όλη την αλήθεια για το τσιγάρο.**

Είναι όμως έτσι; Γνωρίζετε, πραγματικά,
ποιες ουσίες περιέχονται, σε ένα τσιγάρο;

Καταναλωτικά Βήματα - Τεύχος Απριλίου - Μαΐου 2004

- Ξέρατε πως τα τσιγάρα περιέχουν φορμαλδεΰδη, την ίδια ουσία, που χρησιμοποιείται, για τη συντήρηση των νεκρών βατράχων;
- Ξέρατε ότι το ίδιο κυανιούχο άλας, που χρησιμοποιείται στο ποντικοφάρμακο, περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου, που βρίσκεται δίπλα σας- είτε καπνίζετε είτε συναναστρέφεστε άτομα, που καπνίζουν;
- Και η νικοτίνη στα τσιγάρα; Πιθανότατα, ήδη, ξέρετε πως είναι υψηλά εθιστική, αλλά ξέρετε ότι είναι, επίσης, ένα πολύ ισχυρό εντομοκτόνο;
- Ο επεξεργασμένος καπνός μπορεί να προκαλέσει έξι φορές περισσότερη μόλυνση, από ό,τι μια μεγάλη λεωφόρος σε ώρα αιχμής, όταν τον καπνίζετε, σε ένα κατάμεστο εστιατόριο.
- Ο επεξεργασμένος καπνός προκαλεί 30 φορές περισσότερους θανάτους, από καρκίνο των πνευμόνων, από το συνδυασμό όλων των γνωστών μολυσματικών ουσιών.
- Ο επεξεργασμένος καπνός δίνει μια δυσάρεστη μυρωδιά τόσο στα ρούχα όσο και στα μαλλιά.
- Ο επεξεργασμένος καπνός προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή, βήχα, πόνους στα αυτιά και κρίσεις άσθματος.
- Ο επεξεργασμένος καπνός γεμίζει την ατμόσφαιρα, με πολλά από τα ίδια δηλητήρια, που υπάρχουν στην ατμόσφαιρα των νεκροταφείων τοξικών απορριμμάτων.
- Ο επεξεργασμένος καπνός καταστρέφει τη μυρωδιά και τη γεύση του φαγητού.
- Ο επεξεργασμένος καπνός προκαλεί κοκκίνισμα και φαγούρα, στα μάτια καθώς και ερεθισμό των δακρυικών αδένων.
- Ο επεξεργασμένος καπνός σκοτώνει σχεδόν 3.000 παθητικούς καπνιστές, κάθε χρόνο, λόγω καρκίνου των πνευμόνων.
- Ο επεξεργασμένος καπνός προκαλεί έως και 300.000 μολύνσεις των πνευμόνων (όπως η πνευμονία και η βρογχίτιδα), σε νήπια και μικρά παιδιά, κάθε χρόνο. Καθημερινά, στις Η.Π.Α., περισσότερα από 3.000 νεαρά άτομα γίνονται κανονικοί καπνιστές. Αυτό σημαίνει πάνω από ένα εκατομμύριο καινούργιοι καπνιστές, ετησίως.

Επιπλέον

- Μετά από χρόνια παραμονής σε σταθερά επίπεδα, τα ποσοστά καπνιζόντων εφήβων άρχισαν να αυξάνονται, κάθε χρόνο, από το 1992. Μεταξύ 1991 και 1996, το ποσοστό των καπνιζόντων, για περισσότερο από ένα μήνα, αυξήθηκε από 14,3% σε 21,0%, για τα παιδιά της δευτέρας τάξης του Γυμνασίου και από 20,8% σε 30,4%, για τα παιδιά της πρώτης τάξης του Λυκείου.
- Στους ενήλικους, το κάπνισμα προκαλεί καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά. Μελέτες έχουν δείξει πως οι αρχικές ενδείξεις φθοράς των αγγείων, που χαρακτηρίζουν αυτές τις παθήσεις, μπορούν να βρεθούν ακόμη και στους ανηλίκους, που καπνίζουν.
- Το να αρχίσετε το κάπνισμα, σε νεαρή ηλικία, αυξάνει, σημαντικά, τον κίνδυνο να προσβληθείτε από καρκίνο των πνευμόνων. Ο κίνδυνος ενός ανθρώπου να προσβληθεί από την πλειοψηφία των υπολοίπων μορφών καρκίνου, που σχετίζονται με το κάπνισμα, επίσης, αυξάνεται, ανάλογα με το χρονικό διάστημα, που κάποιο άτομο καπνίζει.
- Οι έφηβοι καπνιστές υποφέρουν από δυσκολίες στην αναπνοή, σχεδόν τρεις φορές περισσότερο, από τους εφήβους, που δεν καπνίζουν. Επίσης, παράγουν φλέγμα, πάνω από δυο φορές περισσότερο, από τους εφήβους, που δεν καπνίζουν.
- Η χρήση καπνού μειωμένης νικοτίνης, από τη νεολαία, είναι ένα παραμένον πρόβλημα. Δεδομένα, από πρόσφατες έρευνες, σε σχολεία, δείχνουν πως περίπου ένας στους πέντε μαθητές, μεταξύ τρίτης τάξης του Γυμνασίου και τρίτης τάξης του Λυκείου, χρησιμοποιεί καπνό μειωμένης νικοτίνης. Ο καπνός μειωμένης νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει ασθένειες των ούλων και καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου. Μπορεί, επίσης, να αυξήσει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού.
- Το 1991, οι έφηβοι καπνιστές κατανάλωναν, κατά μέσο όρο, 28,3 εκατομμύρια τσιγάρα, ανά ημέρα (516 εκατομμύρια πακέτα, κάθε χρόνο). Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, σύμφωνα με εκτιμήσεις, 225 εκατομμύρια πακέτα τσιγάρων πωλήθηκαν παράνομα, σε νεαρά άτομα, κάτω των 18 ετών. Η καπνοβιομηχανία κέρδισε σχεδόν 190 εκατομμύρια ευρώ, από την παράνομη πώληση τσιγάρων, σε ανηλίκους το 1991.
- Το 1995, σχεδόν το 57% των μαθητών, μεταξύ της τρίτης τάξης του Γυμνασίου και της τρίτης τάξης του Λυκείου, που κάπνιζαν, εκείνη την περίοδο, συνήθως, αγόραζαν τα τσιγάρα τους από μαγαζιά λιανικής, από μηχανές πώλησης τσιγάρων ή μέσω ενός άλλου ατόμου, που αγόραζε τα τσιγάρα για αυτούς.
- Αρκετές έρευνες διαπίστωσαν πως η νικοτίνη είναι εθιστική, όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη και το αλκοόλ. Μεταξύ των νεαρών καπνιστών, η μετάβαση, από τον πειραματισμό στην εξάρτηση, συμβαίνει, το ίδιο συχνά όπως και μεταξύ των χρηστών ηρωίνης και κοκαΐνης.
- Μεταξύ ανηλίκων ηλικίας από 10 έως 18 ετών, περίπου τα τρία τέταρτα των καπνιζόντων, καθημερινά και των χρηστών καπνού μειωμένης νικοτίνης, σε καθημερινή βάση, αναφέρουν πως συνεχίζουν το κάπνισμα, γιατί τους είναι πραγματικά δύσκολο να το σταματήσουν. Περίπου το 93% των καπνιζόντων, καθημερινά, αλλά και των χρηστών καπνού μειωμένης νικοτίνης, σε καθημερινή βάση, που έχουν προσπαθήσει να το κόψουν, αναφέρουν, τουλάχιστον, ένα σύμπτωμα στέρησης, από τη νικοτίνη.

- Τα προϊόντα καπνίσματος είναι από τα πιο συχνά διαφημιζόμενα και προωθούμενα, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το 1994, οι καπνοβιομηχανίες ξόδεψαν περίπου 5 δισεκατομμύρια ευρώ, ή περισσότερα από 13 εκατομμύρια ευρώ ανά ημέρα, για να διαφημίσουν και να προωθήσουν τα τσιγάρα.
- Το 1991, σχεδόν το 82% όσων κάπνιζαν, καθημερινά, ξεκίνησαν να καπνίζουν πριν την ηλικία των 18, και μέχρι εκείνη την ηλικία, το 53% κάπνιζε, ήδη, σε καθημερινή βάση.
- Το κάπνισμα, στην εφηβεία, είναι, συχνά, μια πρώτη ένδειξη μελλοντικών προβλημάτων. Οι έφηβοι, που καπνίζουν, είναι τρεις φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν αλκοόλ, από ότι οι μη καπνιστές, οχτώ φορές πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν μαριχουάνα και 22 φορές πιο πιθανό να κάνουν χρήση κοκαΐνης. Το κάπνισμα συνδέεται, επίσης, με ένα πλήθος άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών, μεταξύ των οποίων οι καβγάδες και το σεξ, χωρίς προφυλάξεις.⁴⁷

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του στόματος

Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

nicolatou.galitis@lycos.com

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού είναι καπνιστές. Το κάπνισμα στα σχολεία αποτελεί πλέον σημαντικό πρόβλημα, ενώ το ποσοστό των μαθητών που καπνίζουν αυξάνεται σταθερά.

Υπολογίζεται ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, σε παγκόσμιο επίπεδο. Το κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί παγκόσμια επιδημία, η οποία προκαλεί σοβαρά νοσήματα και τεράστια προβλήματα υγείας.

Οι καπνιστές ζουν λιγότερο από τους μη καπνιστές, ενώ αρρωσταίνουν περισσότερο και έχουν ανάγκη από περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε ότι περίπου 30 εκατομμύρια καπνιστές στην Ευρώπη προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στο 1998. Ωστόσο, σε ποσοστό άνω του 90% απέτυχαν να ξεπεράσουν τον εθισμό τους. Η νικοτίνη προκαλεί ένα ευχάριστο συναίσθημα, κάνοντας τον καπνιστή να θέλει να επαναλάβει το κάπνισμα. Η αποχή από την ουσία προξενεί δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης, όπως κατάθλιψη, κακή διάθεση, θυμό, απογοήτευση. Ο καπνιστής, στην προσπάθειά του να τα αποφύγει, αναγκάζεται να ξανακαπνίσει. Τελικά, το κάπνισμα αποβαίνει μια μορφή φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνεται αυτόβουλος. Ταυτόχρονα, ο καπνιστής υφίσταται τις δυσμενείς επιπτώσεις από τη λήψη των καρκινογόνων ουσιών που περιέχονται στην πίσσα των τσιγάρων. Η πίσσα των τσιγάρων περιέχει τα πιο ισχυρά γνωστά καρκινογόνα.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στο στόμα

-Χρωματισμός δοντιών, δυσάρεστη αναπνοή

Το κάπνισμα δημιουργεί ένα χαρακτηριστικό χρωματισμό στα δόντια, στα λευκά σφραγίσματα και τις οδοντοστοιχίες.

Επιπλέον, η οξύτητα της όσφρησης και της γεύσης επηρεάζεται από το κάπνισμα, ενώ οι καπνιστές εμφανίζουν τη γνωστή δυσάρεστη αναπνοή.

-Προβλήματα κατά την εξαγωγή δοντιού

Επειτα από εξαγωγή δοντιού ή θεραπεία ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας, καθώς και απόξεση των ούλων οι καπνιστές εμφανίζουν αυξημένα προβλήματα, με

καθυστέρηση της επούλωσης και πόνο. Η λειτουργία των λευκών αιμοσφαιρίων που σχετίζονται με την τοπική άμυνα των ιστών είναι ελαττωμένη στους καπνιστές.

-Επίδραση του καπνίσματος στα ούλα

Ειδικά στα ούλα, ο επιβαρυντικός ρόλος του καπνίσματος έχει μελετηθεί εδώ και πολλά χρόνια.

Το κάπνισμα αυξάνει τη συχνότητα και τη βαρύτητα της ουλίτιδας και της περιοδοντικής νόσου, ενώ έχει ενοχοποιηθεί ως σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της τελευταίας.

Οι καπνιστές εμφανίζουν μικρότερη αιμορραγία των ούλων, σε σχέση με τους μη καπνιστές, πιθανώς λόγω της τοπικής αγγειοσυσπαστικής δράσης της νικοτίνης στα περιφερικά αγγεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη "φαίνεται" έγκαιρα η φλεγμονή των ούλων και η ουλίτιδα στους καπνιστές, με αποτέλεσμα να καθυστερούν να προσέλθουν στον οδοντίατρο για θεραπεία.

Η ουλίτιδα και η περιοδοντίτιδα υποτροπιάζουν συχνότερα στους καπνιστές, ενώ τα αποτελέσματα, τόσο από τη χειρουργική όσο και από τη συντηρητική θεραπεία της περιοδοντίτιδας, έχει διαπιστωθεί ότι είναι καλύτερα στους μη καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να επιβραδύνει ή να αναχαιτίσει την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου. Επίσης, ειδική λοίμωξη των ούλων, που οφείλεται σε συγκεκριμένο βακτηρίδιο και εκδηλώνεται με πόνο, αιμορραγίες και ελκώσεις στην περιοχή, είναι συχνότερη στους καπνιστές.

Οδοντικά

εμφυτεύματα

Όπως είναι αναμενόμενο, από τις πιο παραπάνω μελέτες αλλά και από αξιολόγηση πρόσφατων σχετικών δεδομένων, το κάπνισμα αποτελεί αρνητικό παράγοντα για την επιτυχία των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Η διακοπή του καπνίσματος θα δράσει ευεργετικά και θα αυξήσει την επιτυχία των εμφυτευμάτων. Σύμφωνα με μελέτες, αναμένεται μακροπρόθεσμα αυξημένο ποσοστό αποτυχίας των οστεοενσωματωμένων εμφυτευμάτων σε καπνιστές. Το κάπνισμα έχει δυσμενέστερη επίδραση στα εμφυτεύματα ακόμη και από την κακή στοματική υγιεινή.

Κάπνισμα και καρκίνος του στόματος

Ο καρκίνος του στόματος περιλαμβάνεται μεταξύ των δέκα συχνότερων μορφών αυτής της ασθένειας στον άνθρωπο. Υπολογίζεται ότι αποτελεί το 3% του συνόλου των κακοηθών όγκων. Σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου η συχνότητά του παρουσιάζει ανησυχητική αύξηση και πλησιάζει αυτήν του τραχήλου της μήτρας.

Η ασθένεια προσβάλλει κυρίως άτομα άνω των 40 ετών, ενώ η συχνότητά της αυξάνει με την ηλικία. Τελευταία, όμως, προσβάλλονται όλο και πιο νέοι άνθρωποι, κάτω των 40 ετών.

Η κύρια αιτία θνησιμότητας από καρκίνο, σύμφωνα με αναφορές της Αμερικανικής Υπηρεσίας Υγείας, είναι το κάπνισμα. Το 30% των θανάτων από καρκίνο συνδέονται με το κάπνισμα τσιγάρων και πίπας.

Η πρώτη υποψία της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του στόματος διαπιστώθηκε στις αρχές του 18ου αιώνα, όταν εμφανίστηκε καρκίνος του χείλους σε καπνιστές. Περίπου το 75% των ασθενών με καρκίνο του στόματος είναι καπνιστές.

Πάρα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένες ουσίες, που έχουν απομονωθεί από τα προϊόντα καύσης του καπνού και την πίσσα, έχουν προκαλέσει καρκίνο στο στόμα σε πειραματόζωα. Η συνέχιση του καπνίσματος από ασθενείς που έχουν θεραπευτεί για στοματικό καρκίνο, αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν δεύτερο καρκίνο στην ίδια περιοχή. Σε όσους διακόπτουν το κάπνισμα, ο κίνδυνος ανάπτυξης δεύτερου καρκίνου στο στόμα μειώνεται στο επίπεδο των μη καπνιστών.

Η βλαβερή επίπτωση του καπνίσματος φαίνεται και από τα στοιχεία της πενταετούς επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του στόματος, η οποία σε σχετική μελέτη, ανέρχεται, μετά τη θεραπεία, σε 43%, ενώ των καπνιστών είναι μόνο 27%. Σε άλλη μελέτη, το 65% των μη καπνιστών ζούσαν 13 χρόνια μετά τη θεραπεία, σε αντίθεση με μόνο το 30% των καπνιστών.

Εφόσον το κάπνισμα παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του στόματος, η διακοπή του αποτελεί σημαντικό τμήμα της πρόληψης και της θεραπείας της ασθένειας. Επιπλέον, το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει, σε υψηλό ποσοστό, την ανάπτυξη λευκοπλακίας, μιας προκαρκινικής βλάβης του στόματος. Δυστυχώς, όμως, δεν προηγείται σε όλους τους καρκίνους η κλινικά εμφανής προκαρκινική βλάβη.

Συνεπώς, το κάπνισμα αποτελεί μια σοβαρή χρόνια νόσο, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί από την ιατρική κοινότητα, την οικογένεια, την κοινωνία, την Πολιτεία, από εμάς τους ίδιους.

Ο ενεργός ρόλος του ασθενή στην πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος.

Πρόληψη

Ο ασθενής μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του στόματος, με την αποφυγή ή τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και με τη συμμετοχή του σε προγράμματα αγωγής υγείας και ενημέρωσης κατά του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι από τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα χρειάζονται βοήθεια. Παρά την αποδεδειγμένη σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του στόματος, του πνεύμονα κ.ά., καθώς με την εμφάνιση πολλών ακόμα ασθενειών, μόνο το 3% των καπνιστών καταφέρνει να διακόψει το κάπνισμα χωρίς βοήθεια.

Ειδικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, σε ειδικά κέντρα, περιλαμβάνουν την ενημέρωση και την κινητοποίηση των καπνιστών, υποστηρικτική ψυχολογική αγωγή και φαρμακευτική παρέμβαση.

Πρόωμη διάγνωση

Ο ασθενής μπορεί να ελέγχει ο ίδιος το στόμα του και να παρατηρεί μεταβολές ή αλλοιώσεις, όπως:

- Λευκές ή κόκκινες κηλίδες
- Μικρές διογκώσεις και παχύνσεις
- Μικρά έλκη και πληγές που δεν επούλωνονται
- Πόνος, μούδιασμα ή ευαισθησία στο στόμα ή τα χείλη
- Δυσκολία στη μάζηση ή την κατάποση
- Αλλαγές στη φωνή
- Μετακινήσεις των δοντιών

Ακόμη, πρέπει να προσέξουμε διογκώσεις στο λαιμό και τυχόν απότομη απώλεια βάρους. Σε καθεμία από αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να συμβουλευτούμε τον οδοντίατρό μας.

Ο ρόλος του οδοντίατρου στην πρόληψη και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του στόματος.

Οι οδοντίατροι βρίσκονται σε ιδανική και προνομιούχο θέση, από την οποία μπορούν να συμβάλουν σε προγράμματα αγωγής υγείας και διακοπής του καπνίσματος. Οι Έλληνες οδοντίατροι είναι καλά ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη γενική αλλά και τη στοματική υγεία.

Η επίσκεψη στον οδοντίατρο μπορεί να αποτελέσει την πρώτη ευκαιρία για την ενημέρωσή μας σχετικά με τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος και την άμεση, αποδεδειγμένη σχέση του με τον καρκίνο του στόματος, καθώς και για τη δυνατότητα συμμετοχής μας σε Μονάδες Διακοπής καπνίσματος.

Ο οδοντίατρος μπορεί να μας κινητοποιήσει αλλά και να μας στηρίξει στη δύσκολη υπόθεση της διακοπής του καπνίσματος και στη διατήρηση της καλής μας υγείας. Η βοήθεια αυτή αποτελεί μια σημαντική υπηρεσία υγείας, στα πλαίσια του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

Πρόωμη διάγνωση

Ο οδοντίατρος είναι ο καλύτερα εκπαιδευμένος κλινικός στην αναγνώριση παθολογικών αλλοιώσεων στο στόμα. Αυτός θα αναγνωρίσει μικρές, πρόωμες βλάβες, είτε αφού τις εντοπίσει ο ίδιος είτε έπειτα από αναφορά του ασθενή.

Η εξέταση του βλεννογόνου για την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του στόματος πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψη του ασθενή στο οδοντιατρείο.⁴⁸

Κάπνισμα:Εξάρτηση και βαθμός Ενημέρωσης σε μαθητές Μέσης εκπαίδευσης και τους γονείς τους.

Ερευνητική εργασία

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τόμος 18 Τεύχος 3, 142-148, 2006

Δ. Γιαννόπουλος, Α.Αρβανίτης , Σ βουλίωτη, Α.Σκαρπέλος, Ν.ραζής, και ομάδα εργασίας του τμήματος Γενικής Ιατρικής Γ.Ν Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

Περίληψη

Σκοπός

Παρ'ολη την εντατική αντικαπνιστική εκστρατεία των τελευταίων ετών, το πρόβλημα του καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό και ειδικότερα στους εφήβους παραμένει έντονο. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος σε μαθητές Γυμνασίου και στους γονείς τους.

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Μετά την λήψη των κατάλληλων αδειών από τη περιφερειακή Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Δυτικής Ελλάδας, απευθυνθήκαμε σε 640 συνολικά μαθητές (ηλικία 11-15 ετών) 5 Γυμνασίων. Στους μαθητές μοιράστηκαν δυο ανώνυμα ερωτηματολόγια, ένα για να απαντηθεί από τους ίδιους και ένα για να απαντηθεί από έναν εκ των γονέων τους (τυχαία επιλογή από τους μαθητές).Τα ερωτηματολόγια μαθητή-γονέα παρέμειναν σε αντιστοιχία. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στις καπνιστικές συνήθειες μαθητών και γονέων, στην ενημερότητα των γονέων για το εάν καπνίζουν τα παιδιά τους και, τέλος, στη γνώση των συνεπειών του καπνίσματος.

Αποτελέσματα

Το 35% των μαθητών καπνίζουν, με υπεροχή των αγοριών($P<0,001$).Από αυτούς καθημερινά καπνίζει το 31,6%, ενώ σποραδικά το 68,4%.Απο τους μη καπνίζοντες, το 23,8 αναφέρει ότι έχουν δοκιμάσει τσιγάρο έστω και μια φορά.190 καπνίζοντες μαθητές αναφέρουν ότι και τα αλλά μέλη της οικογένειας τους καπνίζουν, ενώ μόλις 22 αναφέρουν ότι καπνίζουν μέσα στο σπίτι τους, σε αντιπαράθεση με τους υπόλοιπους(90,2%) που καπνίζουν στο φροντιστήριο, στο σχολείο, και αλλού.76,1% των γονέων καπνίζει, χωρίς σημαντική υπεροχή κάποιου φύλου. Υπήρξε αξιοσημείωτη υπεροχή των καπνιζόντων γονέων για τους καπνίζοντες

μαθητές($P<0,0001$).Ποσοστό 82,6% των γονέων δεν γνωρίζουν ότι καπνίζουν τα παιδιά τους. Από τους υπολοίπους 39 γονείς που γνωρίζουν ότι τα παιδιά τους καπνίζουν, μόλις οι 11(28,2%) αναφέρουν ότι επιτρέπουν στα παιδιά τους να καπνίζουν μπροστά τους. Όλοι οι μαθητές και όλοι οι γονείς δηλώνουν ότι γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος και σχεδόν όλοι αναφέρουν τον καρκίνο του πνεύμονα και τον θάνατο. Ωστόσο σημαντικό ποσοστό επικεντρώνεται σε «κοσμητικές» συνέπειες (κιτρίνισμα δοντίων, δυσοσμία αναπνοής και ρούχων), ενώ άλλες σημαντικές συνέπειες στην υγεία αναφέρονται με πολύ χαμηλά ποσοστά.

Συμπεράσματα

Από τα καταγραφόμενα στοιχεία προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό μικρών μαθητών καπνίζει έχοντας ως πρότυπο του γονείς, άρα τους περιορισμούς εκ μέρος των γονέων. Επίσης καταδικνείται το χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης εφήβων και ενηλίκων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος. Είναι απαραίτητη η Αγωγή Υγείας στα σχολεία προκειμένου να βελτιωθεί η εκπαίδευση των οικογενειών για την πρόληψη του καπνίσματος.

Εισαγωγή

Όπως είναι γνωστό, το κάπνισμα αποτελεί υπ' αριθμόν ένα δημόσιο υγειονομικό πρόβλημα, το οποίο έχει άμεσες επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας αλλά και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Έχει εξελιχθεί σε μια από τις μάλιστα της σύγχρονης κοινωνίας, η οποία στοιχίζει τη ζωή σε εκατομμύρια ανθρώπους κάθε ηλικίας ετησίως. Οι κίνδυνοι είναι εξίσου μεγάλοι και σημαντικοί τόσο για τους καπνιστές όσο και για τους παθητικούς καπνιστές που αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό των διπλανών τους.

Ακολουθούν ορισμένες «τρομακτικές» διαπιστώσεις για το κάπνισμα. Εκτιμάται ότι τα επόμενα 50 χρόνια θα προκαλέσει 450 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο. Εάν οι καπνιστές μειωθούν κατά 50%, θα αποφευχθούν 20-30 εκατομμύρια πρώιμοι θάνατοι κατά το πρώτο τέταρτο του αιώνα μας και περίπου 150 εκατομμύρια κατά το δεύτερο τέταρτο. Η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος στις νέες ηλικίες θα ελαττώσει σημαντικά τον αριθμό των πρώιμων θανάτων, όμως τα αποτελέσματα θα αρχίζουν να διαφαίνονται μόνο μετά το 2050. Έτσι ο μόνος δρόμος για να επιτευχθεί η ελάτωση της θνησιμότητας που οφείλεται στο κάπνισμα του τσιγάρου είναι η διακοπή του καπνίσματος.

Η Ελλάδα, δυστυχώς, ανήκει στις χώρες με μεγάλη κατανάλωση καπνού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μέση ετήσια κατά κεφαλή κατανάλωση φτάνει τα 2700 έναντι 1700 των υπόλοιπων Ευρωπαϊκών χωρών (Π.Ο.Υ. 1994). Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρίας, το 1998 κάπνιζε το 45% των ανδρών και των 32% των γυναικών εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό (60% των ανδρών και το 40% των γυναικών) αφορούσε στις ηλικίες μεταξύ 25-35 ετών. Πρόκειται δε για άτομα ανώτερης εκπαίδευσης, αγάμους και κατοίκους, κυρίως, αστικών κέντρων. Ανησυχητικά είναι και τα αποτελέσματα μελετών των Π.Μπιλάλη και συνεργατών που πραγματοποιήθηκαν το 1998 και αφορούσαν μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων του Λεκανοπεδίου Αττικής. Το καθημερινό κάπνισμα, όσον αφορά στα Γυμνάσια, ήταν για τα αγόρια 3,3% και τα κορίτσια 3,9% ενώ στα Λύκεια 21,6% και 19,7% για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. Ο αριθμός των πρώιμων θανάτων σε άντρες και γυναίκες, άνω των 25 ετών, λόγω καπνίσματος στην Ελλάδα υπολογίζεται στους 10.000 ετησίως και αντιστοιχεί στο 18% του συνολικού αριθμού των θανάτων.

Η χώρα μας βρίσκεται στη δεύτερη θέση στην Ευρώπη μετά τη Δανία στους πρώιμους θανάτους λόγω του καπνίσματος και τρίτη στον κόσμο σε ποσοστό καπνιστών μετά την Κούβα και την Κύπρο. Βέβαια οι αριθμοί αυτοί δεν πρέπει να μας ξαφνιάζουν αν δει κανείς ότι τα τελευταία 25 χρόνια ελάχιστα έχουν γίνει στην Ελλάδα για τη διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. Σημαντικά μέτρα βέβαια είναι η απαγόρευση της διαφήμισης των τσιγάρων, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, η αναγραφή σε κάθε πακέτο «Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία» κ.α.

Όμως δεν υπάρχουν στοιχεία μείωσης του καπνίσματος που να αντανακλούν την πρόοδο στην πρόληψη. Η μόνη οργανωμένη αντικαπνιστική εκστρατεία πραγματοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας την τριετία 1978-1981,

κατά την οποία η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων, που ενώ κατά τα έτη 1970-78 εμφάνιζε αύξηση περίπου 5%, σημείωσε μείωση 0,1%. Μετά την εγκατάλειψη αυτής της αντικαπνιστικής προπαγάνδας, η μέση ετήσια αύξηση κατανάλωσης ανήλθε πάλι στο 5%.

Βέβαια σαν αντίδραση στα μέτρα περιορισμού του καπνίσματος σε παγκόσμια κλίμακα, η καπνοβιομηχανία εισήγαγε τα λεγόμενα «ελαφρά» τσιγάρα τα οποία περιέχουν λιγότερη ποσότητα πίσσας και νικοτίνης, «επιτρέπουν» όμως σε πολλούς καπνιστές να καπνίζουν περισσότερο.

Η νικοτίνη είναι μια εθιστική ουσία όσο και η ηρωίνη. Τα δυο πιο γνωστά συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών νόσων(ICD-10 και DSM-IV) εντάσσουν το κάπνισμα στις ψυχικές διαταραχές. Και στη χώρα μας παλαιότερες εργασίες, όπως των Χ. Φραγκίδη κ Μ.Μαρσέλου από το Εργαστήριο Φαρμακολογίας του Πανεπιστημίου των Ιωαννίνων υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα είναι μια γνήσια φαρμακευτική εξάρτηση και ότι η κεντρική δράση της νικοτίνης είναι ένας ισχυρός πρωταρχικός ενισχυτής εξαρτημένης συμπεριφοράς. Σε αρκετές μελέτες επίσης όπως του Γ.Ν.Χριστοδούλου καθώς και των Α.Κοκκεβή και Κ.Στεφάνη τονίζεται ότι ένας από τους λόγους που ο καπνιστής συνεχίζει το κάπνισμα είναι η διατήρηση του επιπέδου της νικοτίνης στο αίμα.

Το κάπνισμα, ως φαινόμενο (και ο τρόπος ζωής), κάνει την εμφάνιση του, δυστυχώς, στις πρώτες νεανικές ηλικίες. Στην ηλικία των 14 έως 15 ετών τα ποσοστά των συστηματικών ή ευκαιριακών καπνιστών κάνουν για πρώτη φορά δειλά την εμφάνιση τους.

Η έρευνα αυτή αποτελεί τμήμα ευρύτερης προσπάθειας να αποτυπωθεί η εικόνα υγείας των κατοίκων της ευρύτερης περιοχής ευθύνης των Κέντρων Υγείας των Νομών Αχαΐας και Ηλείας και να εκτιμηθεί η ανάγκη σχεδιασμού παρεμβάσεων, έχοντας στόχοι τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και της ποιότητας ζωής, με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις που επικρατούν για τη Δημόσια Υγεία(New Public Health), όπως προωθούνται από το πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO Healthy Cities project). Ο αντικειμενικός σκοπός αυτής της ερευνάς ήταν να εστιάσει στην εκτίμηση του φαινομένου «κάπνισμα» ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (έναρξη, συστηματικότητα, είσοδος, ημερησία κατανάλωση, παρακίνηση από το οικείο περιβάλλον κ.α.) και την επιβάρυνση που προκαλεί στο επίπεδο και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Από την ανάλυση των απαντήσεων των πολιτών(μαθητών και γονέων) που συμμετείχαν μελετηθήκαν οι τρόποι ζωής και συμπεριφοράς για την υγεία και την ποιότητα ζωής που υιοθετεί ο πληθυσμός απέναντι σε ένα συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου, το κάπνισμα.

Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Ξεκινήσαμε με την λήψη των κατάλληλων αδειών από την Περιφερειακή Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Δυτικής Ελλάδας, για τη νόμιμη διεξαγωγή της ερευνάς μας. Απευθυνθήκαμε σε 640 συνολικά μαθητές (298 αγόρια και 342 κορίτσια) ηλικίας 11-15 ετών (Μέσος Όρος Ηλικίας: 12,8 ετών), 5 Γυμνασίων (Ερυμανθείας, Καμάρων, Οβρυάς, και Βάρδας).Στους μαθητές μοιράστηκαν δυο ανώνυμα ερωτηματολόγια, ένα για να απαιτηθεί από τους ίδιους και ένα για να απαιτηθεί από έναν εκ των γονέων τους (τυχαία επιλογή από τους μαθητές). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα μελέτη για το γονέα περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την καταγραφή των ακόλουθων παραμέτρων:

- Στην ηλικιακή και κατά φύλο αναλογία καπνιστών.
- Τον αριθμό των μελών της οικογένειας.
- Αν είναι καπνιστής και το είδος του καπνίσματος.
- Την ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης καπνού.
- Την κατανομή του καπνίσματος στη διάρκεια της ημέρας.
- Τις τοποθεσίες που καπνίζει (δουλειά-σπίτι).
- Τα δωμάτια καπνίσματος εντός της οικίας του.
- Τις καπνιστικές συνήθειες του/της συζύγου του.
- Τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών του.
- Τις καπνιστικές συνήθειες των στενών του φίλων.
- Τις συνέπειες του καπνίσματος (αναφέραμε κάποιες από αυτές και σημείωνε ποιες του/της ήταν γνωστές).
- Αν κάνει χρήση αλκοόλ-παράλληλα καπνίσματος.

Αντίστοιχα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για το μαθητή περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την καταγραφή των ακόλουθων παραμέτρων:

- Την ηλικιακή και κατά φύλο αναλογία καπνιστών.
- Τον αριθμό των μελών της οικογένειας.
- Αν είναι καπνιστής και το είδος καπνίσματος.
- Αν έχει δοκιμάσει ποτέ να καπνίσει.
- Την ημερήσια ποσότητα κατανάλωσης καπνού.
- Την κατανομή του καπνίσματος στην διάρκεια της ημέρας.
- Τις τοποθεσίες που καπνίζει(σχολείο-σπίτι-δρόμο-καφετερία-φροντιστήριο).
- Αν κατά τη διάρκεια του καπνίσματος τσιγάρου εισπνέει τον καπνό.
- Αν καπνίζουν αλλά μέλη της οικογένειας του, πόσα και ποια είναι αυτά.
- Τις καπνιστικές συνήθειες των στενών του φίλων.
- Αν γνωρίζουν οι γονείς του το ότι καπνίζει.
- Αν καπνίζει μπροστά στους γονείς του ή σε άλλους συγγενείς και ποιους.
- Τις συνέπειες του καπνίσματος(αναφέραμε κάποιες από αυτές και σημείωνε ποιες του/της ήταν γνωστές).

Τα ερωτηματολόγια μαθητή –γονέα παρέμειναν σε αντιστοιχία.

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το χ^2 test(confidence interval 95%).

Αποτελέσματα

Από τους 640 μαθητές που ερωτήθηκαν ανέφεραν ότι καπνίζουν οι 224 (35%), με υπεροχή των αγοριών ($P < 0,001$) [Πίνακας 1].

Είστε καπνιστής;	N=640	Ποσοστό(%)
Όχι	416	65%
Ναι	224	35%
Καπνιστές/στρίες	N=224	Ποσοστό(%)
Αγόρια	184	82,1%
Κορίτσια	40	17,9%

Πίνακας 1.Σύνολο δείγματος; μαθητών.

Από τους 224 καπνίζοντες μαθητές αναφέρουν ότι καθημερινά καπνίζουν οι 71 (31,6%) ενώ σποραδικά οι 153 (68,4%). [Πίνακας 2].

Είδος καπνιστικής συνήθειας	N=224	Ποσοστό	N=640
Επί καθημερινής βάσεως	71	31,6%	11,1%
Σποραδικά	153	68,4%	23,9%

Πίνακας 2. Καπνίζοντες μαθητές.

Από τους μη καπνίζοντες, οι 99 (23,8%) αναφέρουν ότι έχουν δοκιμάσει τσιγάρο έστω και μια φορά [Πίνακας 3].

Έχετε δοκιμάσει τσιγάρο;	N=416	Ποσοστό
Όχι	317	76,2%
Ναι	99	23,8%

Πίνακας 3. Μη καπνίζοντες μαθητές.

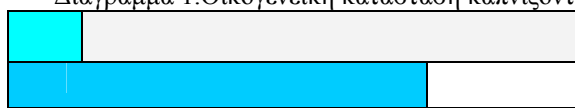
Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι σημαντικό ποσοστό (60,1%) των σποραδικά καπνιζόντων αναφέρει ότι δεν εισπνέει τον καπνό [Πίνακας 4]. Χρησιμοποιεί το «τέχνασμα» του καπνίσματος για να ενισχύσει την εξωτερική του εμφάνιση του απέναντι στο ίδιο και στο άλλο φύλο. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε συνομιλία μας με τα παιδιά μετά το πέρας της διαδικασίας μας είπαν: «Αφού ο *image-maker* το πρότεινε και στα παιδιά του *Fame Story*, όταν έκαναν φωτογράφιση!»

Εισπνέετε τον καπνό;	N=153	Ποσοστό
Όχι	92	60,1%
Ναι	61	39,9%

Πίνακας 4. Καπνίζοντες μαθητές

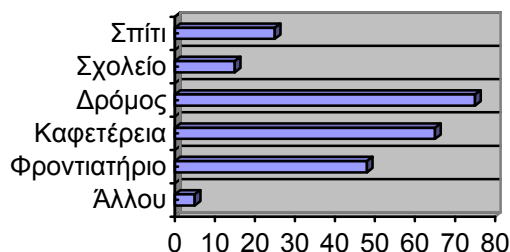
Οι 190 από τους 224 καπνίζοντες μαθητές αναφέρουν ότι και τα άλλα μέλη της οικογένειας τους καπνίζουν [Διάγραμμα 1]. Το 91,6%, δηλαδή 174 μαθητές, δηλώνουν ότι ο πατέρας καπνίζει μέσα στο σπίτι, 97 μαθητές δηλώνουν ότι η μητέρα καπνίζει μέσα στο σπίτι ενώ 98 δηλώνουν ότι καπνίζουν και τα μεγαλύτερα αδέρφια τους. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι 433 καπνίζοντες ή μη μαθητές (67,7%) αναφέρουν ότι καπνίζει ο παππούς μέσα στο σπίτι (είτε διαμένει σε αυτό, είτε επισκέπτεται αυτό).

Διάγραμμα 1. Οικογενειακή κατάσταση καπνιζόντων μαθητών.



- Μέλη οικογένειας μη καπνιζόντων (34)
- Μέλη οικογένειας καπνιστών (190)

Μόλις 22 μαθητές αναφέρουν ότι καπνίζουν μέσα στο σπίτι τους, σε αντιπαράθεση με τους υπόλοιπους(90,2%) που καπνίζουν στο φροντιστήριο, στο σχολείο και αλλού [Διάγραμμα 2].



Διάγραμμα 2. Οι χώροι που καπνίζουν οι μαθητές

Σε ποσοστό 40,6% οι μαθητές αναφέρουν ότι καπνίζουν οι στενοί τους φίλοι. Μόλις το 7,1% των μαθητών δηλώνει πως γνωρίζουν οι γονείς τους ότι είναι καπνιστές. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αναφορά τους σε συντριπτική πλειοψηφικά το γνωρίζει η μητέρα τους μόνο και όχι ο πατέρας τους. 88 μαθητές δηλώνουν ότι καπνίζουν μπροστά στα αδέρφια τους (με στατιστικά ασήμαντη διαφορά σε ηλικίες αδερφών-μεγαλύτερη ή μικρότερη, και ανεξαρτήτου φύλου), ενώ 102 αναφέρουν ότι καπνίζουν μπροστά σε ξαδέρφια τους.

Ποσοστό γονέων που καπνίζουν: 76,1% χωρίς σημαντική υπεροχή κάποιου φύλου. Υπήρξε αξιοσημείωτη υπεροχή των καπνιζόντων γονέων για τους καπνίζοντες μαθητές ($P < 0,0001$). Ποσοστό 82,6% των γονέων δεν γνωρίζουν ότι καπνίζουν τα παιδιά τους (χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ καπνιζόντων και μη καπνιζόντων γονέων). Από τους υπόλοιπους 39 γονείς που γνωρίζουν ότι τα παιδιά τους καπνίζουν, μόλις οι 11 (28,2%) αναφέρουν ότι επιτρέπουν στα παιδιά τους να καπνίζουν μπροστά τους με ποσοστό εξαιρετικά μεγάλο στις μητέρες.

Όλοι οι μαθητές και οι γονείς δηλώνουν ότι γνωρίζουν τι συνέπειες του καπνίσματος και σχεδόν όλοι 1190 (93%) αναφέρουν τον καρκίνο του πνεύμονα. Ωστόσο το σημαντικό ποσοστό του 67,03% επικεντρώνεται σε «κοσμητικές» συνέπειες (κιτρίνισμα δοντιών, δυσοσμία αναπνοής, και ρούχων), ενώ άλλες σημαντικές συνέπειες στην υγεία αναφέρονται με πολύ χαμηλά ποσοστά [Πίνακας 5].

Συνέπειες καπνίσματος;	Γονείς		Μαθητές					
	N=640	%	Αγόρια N=298		Κορίτσια N=342		Σύνολο N=640	
			N	%	N	%	N	%
Καρκίνος Πνεύμονα	582	90,6%	280	94%	318	93%	598	93,4%
Δύσπνοια	224	35%	84	28,2%	106	31%	190	29,7%
Κόπωση	64	10%	22	7,4%	36	10,5%	58	9,1%
Τριχόπτωση	12	1,9%	2	0,7%	17	5%	19	3%
Φλέματα	466	72,8%	84	28,2%	147	43%	231	36,1%
Βήχας	582	90,6%	60	20,1%	96	28,1%	156	24,4%

Μείωση σεξουαλικότητας-γονιμότητας	126	19,7%	3	1%	14	4%	17	2,6%
Υπέρταση	70	11%	1	0,3%	5	1,5%	6	0,9%
Ρυτίδες	65	10,2%	5	1,7%	21	6,1%	26	4,1%
Μείωση όσφρησης	1	0,2%	6	2%	9	2,6%	15	2,3%
Μείωση γεύσης	19	3%	6	2%	14	4%	20	3,15
Μείωση σωματικής ανάπτυξης	96	15%	30	10,1%	40	11,7%	70	10,9%
Κιτρίνισμα δοντιών	448	70%	194	65,1%	225	65,8%	419	65,5%
Δυσοσμία αναπνοής ρούχων	448	70%	200	67,1%	225	65,8%	425	66,4%

Πίνακας 5.Συνέπειες του καπνίσματος συμφωνά με γονείς κ μαθητές.

Συζήτηση και συμπεράσματα

Από τα καταγράφομενα στοιχεία προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό μικρών μαθητών καπνίζει έχοντας ως πρότυπο τους γονείς, παρά τους περιορισμούς εκ μέρους των γονέων.Επίσης όπως φαίνεται και από τη μελέτη της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας την οποία πραγματοποιήσαμε, η καπνιστική συνήθεια έχει λάβει ανησυχητικές διαστάσεις μεταξύ των νέων και των εφήβων. Οι συνέπειες για την υγεία αναμένονται ότι θα είναι σοβαρές στο μέλλον αφού καταδεικνύεται το χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης εφήβων και ενηλίκων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος.

Χαρακτηριστικό γεγονός που παρουσιάστηκε στην έρευνα είναι ότι οι νέοι αγνοούν ότι το κάπνισμα μειώνει τη σωματική τους ανάπτυξη σε αυτήν την τρυφερή ηλικία που βρίσκονται. Μόλις το 10,6% του συνολικού αριθμού των αγοριών (καπνιζόντων και μη) και το 11,7% του συνολικού αριθμού των κοριτσιών φαίνεται να γνωρίζουν αυτή τη συνέπεια του καπνίσματος. Ένα άλλο δυσάρεστο αποτέλεσμα που πρέπει να επισημανθεί είναι τα μικρά ποσοστά για τη δύσπνοια και την κόπωση που απαιτηθήκαν από όλες τις ηλικιακές ομάδες, γεγονός που έχει παρατηρηθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες.

Μια άλλη παράμετρος που πρέπει να σημειωθεί είναι και οι χώροι που βρίσκουν οι μαθητές να καπνίζουν. Η έρευνά έδειξε πως το 55% περίπου των μαθητών, βρίσκουν σαν εύκολη λύση το δρόμο και το φροντιστήριο, αφού τα θεωρούν τοποθεσίες με τον λιγότερο έλεγχο από τους γονείς τους.

Είναι απαραίτητη η Αγωγή Υγείας στα σχολεία προκειμένου να βελτιωθεί η εκπαίδευση των οικογενειών για την πρόληψη του καπνίσματος. Είναι για τον λόγο αυτό επιβεβλημένος ο σχεδιασμός αντικαπνιστικών προγραμμάτων τα οποία θα απευθύνονται ειδικά στους εφήβους, με προσεκτική προσέγγιση, ψυχολογική υποστήριξη και συνεχή παρακολούθηση.

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, τουλάχιστον το 70% των καπνιστών που επισκέπτονται κάθε χρόνο τον Οικογενειακό τους Ιατρό ενώ περισσότεροι από 50% επισκέπτονται τον οδοντίατρο και πολλοί επισκέπτονται ιατρούς άλλων κλινικών ειδικοτήτων που επίσης μπορούν να παρέμβουν αποτελεσματικά στη μείωση του καπνίσματος.

Δεν πρέπει ωστόσο να λησμονήσουμε ότι, σύμφωνα με μελέτες, ένας σημαντικός λόγος μη ελάττωσης της συνήθειας του καπνίσματος στη χώρα μας είναι το γεγονός ότι οι γιατροί σε μεγάλη αναλογία είναι καπνιστές οι ίδιοι.

Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος διαδραματίζει ο γιατρός και μάλιστα ο Οικογενειακός γιατρός, ο οποίος με την προσωπική επαφή με τον ασθενή και με τη συχνή διαβούλευση μπορεί να απευθύνει τις κατάλληλες

συμβουλές τόσο στον ίδιο όσο και στο περιβάλλον του καπνιστή. Είναι λοιπόν επιβεβλημένη η εντατικότερη και εξειδικευμένη εκπαίδευση των γενικών γιατρών και γενικότερα όλων των λειτουργών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο σε θέματα της θεραπευτικής προσέγγισης, όσο και σε θέματα της διαδικασίας προσέγγισης του ασθενή και της ανάπτυξης και κατάστροφης ολοκληρωμένων στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου που λέγεται εξάρτηση από το τσιγάρο. Ασφαλώς η εμπειρία διδάσκει ότι είναι λάθος να περιμένουμε τις ενέργειες της αδιάφορης, τουλάχιστον Πολιτείας. Ο επιστημονικός φορέας της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα, η ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ., οφείλει να αναλάβει τις πρωτοβουλίες. Το τελευταίο διάστημα φαίνεται ότι αναπτύσσεται ήδη κάποια εκπαιδευτική κινητικότητα προς αυτήν την κατεύθυνση.⁴⁹

«...Και όμως εμείς πρέπει να πάρουμε τον αγώνα στα χέρια μας, αφού η Πολιτεία και διάφοροι άλλοι αδιαφορούν. Ο γιατρός δεν μπορεί μόνο θεραπευτής. Πρέπει να γίνει παιδαγωγός των αρρώστων, των υγιών, των οικογενειών, του κόσμου και ιδιαίτερα αυτών που επηρεάζουν τη ζωή, τις εξελίξεις, και διαμορφώνουν τα κοινωνικά πρότυπα...»

Σ. Δοξιάδης

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΙΑ ΒΛΑΒΕΡΗ ΕΞΗ- ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

Μίχου Ε., Παξιμαδακη Ζ.

Εισαγωγή

Η επιλογή αυτού του θέματος θεωρήθηκε από εμάς αυτονόητη διότι το κάπνισμα είναι μια μάστιγα της εποχής μας, ιδιαίτερα διαδεδομένη και προσφιλή στους κόλπους της νεολαίας μας και όχι μόνο.

Σκοπός είναι η επισήμανση σ' όλους των επιπτώσεων του καπνίσματος, των οφελών που θα προκύψουν από τη διακοπή του καθώς και η πληροφόρηση των μεθόδων διακοπής αυτού.

Επίσης η ψυχολογική υποστήριξη και ηθική συμπαράσταση προς τους καπνιστές από την πολιτεία, την οικογένεια τους και τους επιστήμονες είναι αναγκαία προϋπόθεση και συνθήκη για να βοηθήσουν στην προσπάθειά τους.

Ελπίζουμε στα κεφάλαια που ακολουθούν να περιγράψουν με τον πλέον κατανοητό και πληρέστερο τρόπο οι σκοποί μας. Γιατί η διακοπή του καπνίσματος θα μπορούσε να αποτελέσει τον επόμενο σημαντικό στόχο μας!!!

Επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό

«Είναι μια συνήθεια άσχημη στο μάτι, μισητή στη μύτη, βλαβερή για τον εγκέφαλο, επικίνδυνη για τους πνεύμονες και με τους γκρίζους βρωμερούς καπνούς μοιάζει με τους καπνούς της κόλασης»

Με τούτα τα γλαφυρά λόγια το 1604 ο βασιλιάς της Αγγλίας Τζέιμς ο 1^{ος} μας δίνει συνοπτικά τις επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό.

Από τότε βέβαια έχουν γίνει πολλές μελέτες και έχουν γραφεί πάμπολα κεφαλαία για το κάπνισμα και τις επιδράσεις του στην υγεία.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περίπου 1000 συστατικά. Τα πιο βλαβερά και γνωστά είναι: η νικοτίνη, η πίσσα, και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Η νικοτίνη, αλκαλοειδές περιεχόμενο του καπνού, είναι ισχυρό δηλητήριο. Θεωρείται ότι προκαλεί το πάθος ή την συνήθεια για το κάπνισμα.

Η νικοτίνη προκαλεί εθισμό, αφού ο καπνιστής νιώθει την ακατανίκητη επιθυμία ή την ανάγκη να καπνίσει και με την διακοπή του παρατηρείται σύνδρομο αποστέρωσης. Εντούτοις όμως δεν έχει αναφερθεί θάνατος από την διακοπή του καπνίσματος.

Επίσης προκαλεί αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, τα αιμοφόρα αγγεία, το γαστρεντερικό σύστημα και το νευρικό σύστημα.

Η πίσσα περιέχει καρκινογενές χημικές ουσίες. Έχουν βρεθεί 17 συστατικά στην πίσσα που προκαλούν καρκίνο στα ποντίκια. Η πιο σημαντική καρκινογόνος ουσία είναι η βενζοπυρίνη, ένας αρωματικός υδατάνθρακας.

Το μονοξείδιο του άνθρακα δημιουργείται από την κακή καύση των οργανικών συνθέσεων και είναι πολύ δηλητηριώδες. Όταν το μονοξείδιο του άνθρακα φθάνει στους πνεύμονες μαζί με τον καπνό τοποθετείται στην αιμοσφαιρίνη σχηματίζοντας ανθρακυλαιοσφαιρίνη και εμποδίζει τη δημιουργία οξυαιμοσφαιρίνης που είναι το συστατικό που μεταφέρεται από το οξυγόνο στο αίμα. Κατά συνέπεια μειώνεται το οξυγόνο του αίματος.

Το κάπνισμα βάσει των παραπάνω μπορεί να προκαλέσει στον οργανισμό τα εξής:

- Καρκίνο του πνεύμονα.
- Βρογχίτιδα.
- Εμφύσημα.
- Στεφανιαία ανεπάρκεια.
- Περιφερική αποφρακτική αρτηριοθεραπεία.
- Ανεύρυσμα αορτής.
- Καρκίνο της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου καθώς και του λάρυγγα.
- Καρκίνο ουροδόχου κύστεως, νεφρών, παγκρέατος.
- Αύξηση του κινδύνου για έλκος του στομάχου.
- Απώλεια τής αίσθησης της γεύσης και της όσφρησης.

Το γεγονός λοιπόν ότι οι καπνιστές εισπνέουν ποσότητες αέρα πλούσιες σε μονοξείδιο του άνθρακα και άλλες καρκινογενές ουσίες είναι θέμα προσωπικής επιλογής. Εκείνοι οι οποίοι σίγουρα δεν ευθύνονται για το μολυσμένο αέρα που αναγκάζονται να εισπνέουν είναι οι μη καπνιστές, τα μικρά παιδιά και τα έμβρυα. Έτσι λοιπόν εισερχόμαστε σ' ένα μεγάλο κεφάλαιο: το παθητικό κάπνισμα.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, μέχρι και το 50% των θανάτων που οφείλονται στον καρκίνο των πνευμόνων ατόμων που δεν ήταν καπνιστές, μπορεί να οφείλεται σ' αυτό ακριβώς το παθητικό κάπνισμα.

Ακόμα, άτομα με αναπνευστικά ή καρδιακά νοσήματα μπορεί να χειροτερέψουν από την εκούσια εισπνοή καπνού.

Ο καπνός στους μη καπνιστές μπορεί επίσης να προκαλέσει ερεθισμό των ματιών και του λαιμού καθώς και βήχα.

Παιδιά με βρογχικό άσθμα έχουν περισσότερα συμπτώματα κι ακόμα παθαίνουν πιο συχνές κρίσεις από το κάπνισμα των γονιών τους.

Το έμβρυο βλέπεται σοβαρά από τον καπνό των τσιγάρων που καπνίζει η μητέρα του ή αν κι ακόμη αυτή είναι παθητική καπνίστρια.

Το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη περνούν από την κυκλοφορία της μητέρα αυτή του εμβρύου και το αποτέλεσμα μπορεί να είναι:

- Τελειόμηνα χαμηλού βάρους γέννησης.
- Αυτόματες αποβολές.
- Πρόωρες γεννήσεις.
- Προγεννητικοί ή περιγεννητικοί θάνατοι.
- Πνευμονίες και βρογχίτιδες: Παιδιά γονέων που κάπνιζαν έχουν μεγαλύτερο ποσοστό πνευμονιών και βρογχίτιδων στη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής, απ' ότι τα παιδιά με γονείς που δεν κάπνιζαν.

Τέλος μην ξεχνάμε ότι η νικοτίνη περνά στο μητρικό γάλα και κατά την περίοδο του θηλασμού το βρέφος καπνίζει παθητικά.

Με τούτα τα λιγοστά, έγινε προσπάθεια να τονιστούν οι βλαβερές επιζήμιες επιδράσεις του καπνίσματος.

Οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος

Τα οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος είναι πολλαπλά και αφορούν στην υγεία, στην εμφάνιση και βέβαια στο οικονομικό κόστος.

Παρακάτω παρατίθεται ορισμένα από τα οφέλη:

- Περισσότερη ενεργητικότητα και ικανότητα για σωματική άσκηση με λιγότερα συμπτώματα κόπωσης.
- Εξαφάνιση του πρωινού βήχα που συνοδεύεται από εκκρίματα του αναπνευστικού συστήματος.
- Σημαντική ελλάτωση του κινδύνου για ισχαιμική καρδιοπάθεια-βρογχίτιδα-εμφύσημα και λοιμώξεις.
- Σημαντική ελλάτωση του κινδύνου για την εμφάνιση όλων των καρκίνων που σχετίζονται με το κάπνισμα.
- Σημαντική μείωση των κινδύνων της εγκυμοσύνης.
- Βελτίωση γεύσης και όσφρησης καθώς επίσης και καλύτερη εμφάνιση των δοντιών και δάχτυλων.
- Αποφυγή πρόωρης γήρανσης του δέρματος(ρυτίδες).
- Μείωση της συχνότητας των ασθενειών και επομένως μείωση των εξόδων σε γιατρούς και φάρμακα.
- Εξικονόμηση περίπου 120.000 δραχμών ετησίως.
- Με τη διακοπή του τσιγάρου ο γονέας γίνεται παράδειγμα για μίμηση στα παιδιά του

Και βέβαια ο τέως καπνιστής αισθάνεται περισσότερη αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητα να ελέγχει τον εαυτό του και να αντιμετωπίζει τι συνήθειες που τον βλάπτουν.

Αφού εξετάστηκαν κατά αντιπαράθεση αφ' ενός οι επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό και αφετέρου τα οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του ανάγεται το συμπέρασμα ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι η μόνη λογική οδός.

Υπάρχουν όμως τρόπος διακοπής αυτού; Ποιος είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος; Μπορεί να ενθαρρυνθεί το άτομο και να διακόψει το κάπνισμα;

Στο επόμενο κεφάλαιο η προσπάθεια μας θα επικεντρωθεί στην καλύτερη απάντηση τούτων των ερωτημάτων.

Προτεινόμενοι μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος

Ο στόχος μας για το κεφάλαιο τούτο αφορά στο να δοθούν στους καπνιστές κατευθυντήριες οδηγίες και ενθαρρυντικές προτροπές για τη διακοπή του καπνίσματος καθώς και πληροφόρηση για τους υπάρχοντες τρόπους διακοπής αυτού.

Η ιεραρχική ταξινόμηση των ενεργειών που πρέπει να γίνουν για την διακοπή λοιπόν του καπνίσματος μας οδηγεί στα τέσσερα στάδια της διακοπής αυτού.

- Σκέφτεσαι για ποιείς λόγους θέλεις να κόψεις το τσιγάρο.
- Προετοιμάζεσαι να το σταματήσεις.
- Το κάνεις! Απλώς το σταματάς!
- Προσπαθείς να παραμείνεις μακριά από το κάπνισμα.

Στο πρώτο στάδιο: Εσύ ο καπνιστής ρώτησε τον εαυτό σου: Θέλω πραγματικά κόψω το κάπνισμα; Αποφάσισε πώς το θέλεις και θα το κάνεις.

- Σκέψου τι θα κερδίσεις με τη διακοπή αυτού.

- Σταμάτησε τώρα! Καντ' το γρήγορα! Μη βρίσκεις δικαιολογίες (π.χ. είναι άσχημη ώρα για να το σταματήσω τώρα ή θα πάρω κιλά αν το σταματήσω) για να αναβάλλεις την προσπάθεια σου.

Στο δεύτερο στάδιο: Προετοιμάσου να σταματήσεις:

- Σπάσε τη συνήθεια: πολύ συχνά έχουμε συνδέσει τι κάπνισμα με ορισμένες συνήθειες μας π.χ. πρωινός καφές, μετά το γεύμα κ.λ.π. Δημιούργησε νέες συνήθειες που θα αντικαταστήσουν την παλιά, δηλαδή το κάπνισμα!
 - Βρες κάποια βοήθεια από τους φίλους και την οικογένεια σου , βάζοντας στοίχημα ή σταματώντας το κάπνισμα μαζί με κάποιον άλλον.
 - Διάλεξε μια μέρα-αποφάσισε πότε πρόκειται να σταματήσεις. Την προηγούμενη «ξεφορτώσου» όλα τα τσιγάρα, τα τασάκια και τους αναπτήρες-οτιδήποτε σχετίζεται με το κάπνισμα.
 - Μια μεγάλη μέρα για σένα-Κάνε την πρώτη ημέρα αποχής από το τσιγάρο: μπορείς να μείνεις μέχρι αργά στο κρεβάτι ή να υποσχεθείς ένα δώρο στον εαυτό σου σαν επιβράβευση.
 - Άλλαξε την ρουτίνα σου.
 - Κάνε κάτι άλλο: πλέξιμο, παίξιμο κλειδώνει κομπολόι κ.α. για να απασχολήσεις το μυαλό σου και τα χέρια σου.
 - Κάνε κάτι ενεργητικό: Ασχολήσου με κάποιο σπορ, πήγαινε βόλτα ή τρέξε, ασχολήσου με τον κήπο.
 - Μάθε να ηρεμείς: Μια από τις παρενέργειες της διακοπής του τσιγάρου είναι η ευερεθιστότητα και τα πολλά νεύρα. Μάθε να ελέγχεις τον εκατό σου και να χαλαρώνεις.

Στο τελευταίο στάδιο –τέταρτο προσπάθησε να :

- Μην παρασυρθείς: Είναι στο χέρι σου να κόψεις μια και καλή τη συνήθεια.
- Περιποιήσου τον εαυτό σου με τα λεφτά που εξοικονομήσεις από τη διακοπή του καπνίσματος.
- Πρόσεχε το βάρος σου: τώρα είναι η κατάλληλη ώρα.

Αν θέλεις να τρως περισσότερο περιορίσου σε σαλάτες, φρέσκα φρούτα, χυμούς. Εάν νίκησες το κάπνισμα, τότε σίγουρα μπορείς να ελέγξεις το βάρος σου.

Βέβαια οι καπνιστές εθισμένοι στην νικοτίνη, νιώθετε σύνδρομο στέρησης με την αποχή από το κάπνισμα. Οι παρενέργειες που δημιουργούνται από την έλλειψη νικοτίνης διαφέρουν από καπνιστή σε καπνιστή, τα πιο κοινά όμως συμπτώματα είναι: ευερεθιστότητα, δυστροφία, εκνευρισμός, νευρικότητα, υπνηλία, απώλεια ενεργητικότητας, αϋπνία, ανικανότητα συγκέντρωσης, τρόμος, ταχυπαλμία, και πονοκέφαλος. Οι οργανικές αλλαγές ακολουθούν με ακόμη μεγαλύτερη συνέπεια. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η μείωση του σφυγμού και η διαστολική υπέρταση.

Οι θεραπείες που προσφέρονται να βοηθήσουν τους καπνιστές να κόψουν τη συνήθεια τους στηρίζονται στη χρήση τοξικών ουσιών που υποκαθιστούν τη δράση της νικοτίνης.

Αυτοί οι μέθοδοι αντικατάστασης της νικοτίνης είναι:

- Διαθερμικό τσιρότο (patch) νικοτίνης.
- Τσίχλα νικοτίνης.
- Ενδοκρινικό σπρέι.
- Αεροζόλ νικοτίνης.
- Χάπια κατά του καπνίσματος.

Το διαθερμικό τσιρότο νικοτίνης (patch) είναι ένα κολλώδες έμπλαστρο που απελευθερώνει νικοτίνη στην κυκλοφορία του αίματος σε αργή συνεχή κλίμακα.

Στη Βρετανία διατίθενται και στα φαρμακεία σε ποικίλης περιεκτικότητας χιλιοστόγραμμα(mg) νικοτίνης.

Το τσιρότο εφαρμόζεται σε ξηρή όχι τριχωτή περιοχή του δέρματος κάθε πρωί, πάνω στον ώμο, κορμό, γλουτό ή μηρό.

Αποκλείονται άτομα με σοβαρές καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση ή διαβήτη, άτομα σε ψυχοτροπική αγωγή ή αγωγή υπέρτασης ή διαβήτου, εγκυμοσύνη, περίοδος θηλασμού, χρόνιες δερματολογικές ανωμαλίες ή ιστορικό αλλεργιών.

Είναι κατάλληλο για άτομα με πεπτικό έλκος και άτομα με τεχνητή οδοντοστοιχία, που ίσως έχουν πρόβλημα στη χρήση τσίγλας. Ακόμη προσφέρουν το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης άνεσης, ελάχιστης ανάγκης για οδηγίες, λιγότερες παρενέργειες και χαμηλότερο κίνδυνο συνήθειας.

Η χρήση τους δεν επιβαρύνει οικονομικά τους καπνιστές.

Οι παρενέργειες από τη χρήση τους μπορεί να είναι ναυτία, πονοκέφαλος ζάλη, τοπικός ερεθισμός και κνησμός.

Η τσίγλα νικοτίνης, διατίθεται σε δύο τύπους των 2 χιλιοστογράμμων(mg) και των 4mg. Στη Μεγάλη Βρετανία η τσίγλα των 2mg διατίθεται στα φαρμακεία χωρίς συνταγή ενώ των 4mg συνταγογραφείται. Απορροφάτε δια μέσου του στοματικού βλεννογόνου, κατά μέσο όρο σχεδόν το 1/4 καταπίνεται με το σάλιο και μεταβολίζεται διαφορετικά σε κάθε άτομο

Παρενέργειες: λόξυγκας, φουσκώματα, δυσπεψία, ναυτία, τούτα μπορούν να αποφευχθούν με την κατάλληλη τεχνική του μασήματος, μη καταπίνοντας αέρα ή σάλιο. Άλλες παρενέργειες είναι πόνος σαγονιού από το μάσημα και η άσχημη γεύση της τσίγλας.

Στοματικές και γαστρικές παρενέργειες καταστρέφουν την απορρόφηση όταν παίρνονται με καφέ ή όξινο ρόφημα, και ο κίνδυνος ότι μερικοί καπνιστές τέλος μεταφέρουν την εξάρτηση τους στην τσίγλα περιορίζει την χρησιμότητα της.

Το ενδορινικό σπρέι νικοτίνης, απορροφάτε δια μέσου του ρινικού βλεννογόνου. Παράγει μια σταθερή κατάσταση συγκέντρωσης νικοτίνης στο πλάσμα όμοια με εκείνη του καπνίσματος και παραδίδει ένα γρήγορο κύμα νικοτίνης στο πλάσμα πάνω από το μισό απ' ότι επιτυγχάνεται με το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Δεν είναι εμπορικά διαθέσιμο.

Ανεπιθύμητες ενέργειες(ξηρότητα, βλενογόνου κ.α.) επηρεάζουν όλους τους χρήστες και η συνήθεια είναι ένα πρόβλημα.

Αεροζόλ (in haler) νικοτίνης, η νικοτίνη απορροφάτε διαμέσου των κυψελίδων όπως με το κάπνισμα ενός τσιγάρου, αλλά τα επίπεδα νικοτίνης είναι χαμηλότερα.

Το χάπι κατά του καπνίσματος, κυκλοφορεί σήμερα μόνο στην Αμερική. Δεν έχει σοβαρές παρενέργειες αν εξαιρεθεί η ξηροστομία και η υπνηλία.

Τα άτομα δεν πρέπει να είναι καρδιοπαθείς ή υπέρτασικοί και να μην κάνουν χρήση αλκοόλης κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Συμφωνά με στοιχεία σε έρευνες που έγιναν στη Μ. Βρετανία διάρκειας 6 μηνών έως ενός έτους το 15% των καπνιστών διέκοψαν το κάπνισμα με τις παραπάνω μεθόδους.

Η πιο αποτελεσματική και πιο εύχρηστη μέθοδος αντικατάστασης νικοτίνης είναι το διαδερμικό τσιρότο αλλά και η τσίγλα νικοτίνης είναι εξίσου δραστική ενώ οι δύο νεότεροι τύποι(spray και in haler) δείχνουν υπολογίσιμη υπόσχεση αν και απαιτούνται περαιτέρω δοκιμές.

Οι δυο παράγοντες που έχουν προταθεί σαν την κυρίως ειδοποιό διαφορά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης(Θ.Α.Ν.) είναι το

περιβάλλον στο οποίο αυτή προσφέρεται και το επίπεδο εξάρτησης των καπνιστών από τη νικοτίνη. Η φύση η ευλυγισία της δόσης αγωγής φαίνεται λιγότερο σημαντική. Έτσι και τα patch νικοτίνης και η τσίχλα των 2mg φαίνεται να έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε καπνιστές με χαμηλή εξάρτηση από την νικοτίνη, ενώ η τσίχλα των 4mg σε καπνιστές με υψηλή εξάρτηση.

Οι καπνιστές δεν πρέπει να μεταφράσουν αυτά τα αποτελέσματα σαν να δείχνουν ότι η Θ.Α.Ν. πρόσφερε μια εύκολη εκλογή «ιατρικής θεραπείας» για το πολύ περίπλοκο πρόβλημα της εξαρτημένης συμπεριφοράς.

Η α π ο φ α σ ή να διακόψουν το κάπνισμα, τα υψηλά κίνητρα για τη διακοπή του, η υποστήριξη από το περιβάλλον, η παρακολούθηση από ειδικευμένο προσωπικό και βέβαια η δύναμη της θέλησης είναι μερικοί από τους παράγοντες που πρέπει να συνεκτιμηθούν για την αποτελέσματα της Θ.Α.Ν.

Στατιστική ερεύνα

Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 200 δείγματα. Η εκλογή του δείγματος ήταν τυχαία και απευθύνονταν σε ενήλικους καπνιστές άνδρες και γυναίκες.

Η μέθοδος επεξεργασίας του υλικού που ακολουθήσαμε ήταν το σύστημα των χειρόγραφων ατομικών δελτίων.

Από τα δημοσιογραφικά στοιχεία που συλλέξαμε με την έρευνα, στο μόνο αξιοσημείωτο συμπέρασμα που καταλήξαμε είναι ότι οι γνώσεις των καπνιστών για το κάπνισμα είναι ανεξάρτητες από την ηλικία ή το επάγγελμα.

Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήξαμε ανά ερώτηση είναι τα εξής:

1. Γνωρίζεται τις επιπτώσεις του καπνίσματος;

- Στην υγεία.
- Στην εμφάνιση.
- Στο οικονομικό κόστος.

Ο κόσμος είναι ενημερωμένος στο σύνολο τους για τις επιπτώσεις του καπνίσματος: 95% γνωρίζουν τις επιπτώσεις στην υγεία, 67,5% στην εμφάνιση και 87,5% στο οικονομικό κόστος. Εδώ αξίζει να σημειωθεί το προβάδισμα των γυναικών σ' αυτή την ερώτηση: 86% των γυναικών την επίπτωση του καπνίσματος στην εμφάνιση, εν αντίθεση με τους άνδρες(45%).

2. Έχετε ποτέ διακόψει το κάπνισμα;

- αν ναι, με ποιο τρόπο
- αν όχι, για ποιο λόγο

Το 63% των ατόμων έχει διακόψει το κάπνισμα για κάποιο χρονικό διάστημα. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος ήταν η απότομη διακοπή του καπνίσματος (46,8%) και ακολουθεί η σταδιακή ελάττωση με ποσοστό 10%. Ενώ το 36.5% δεν έχουν διακόψει ποτέ το κάπνισμα γιατί τους αρέσει να καπνίζουν σε ποσοστό 42%, μάλιστα ένας καπνιστής έδωσε την εξής χαρακτηριστική απάντηση: «Είναι η ερωμένη μου»

3. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους αντικατάστασης νικοτίνης γνωρίζετε;

- διαδερμικό τσιρότο (patch) νικοτίνης
- τσίχλα νικοτίνης
- ενδορινικό σπρέι
- εκνέφωμα
- χάπι κατά του καπνίσματος

Η πιο γνωστή μέθοδος φαίνεται να είναι η τσίχλα νικοτίνης (67%) και ακολουθούν: διαδερμικό τσιρότο(42.5%), χάπι κατά του καπνίσματος(27%), ενδορινικό σπρέι (9,0%), in haler νικοτίνης(5%). Ενώ 16% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε κανένα από τα παραπάνω.

4. Θα σας ενδιέφερε μια ευρεία ενημέρωση πάνω στο θέμα αυτό από ειδικούς (γιατρούς-νοσηλευτές κ.α.);

Το 52% θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους αντικατάστασης της νικοτίνης από ειδικούς ενώ 45% δεν το επιθυμούν.

Εδώ αξίζει να σχολιαστεί το γεγονός ότι το 56% των καπνιστών που αγνοούν τους τρόπους αντικατάστασης της νικοτίνης δεν επιθυμούν να ενημερωθούν.

5. Πιστεύεται ότι τα άτομα για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν ανάγκη από:

- βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο
- υποστήριξη από ομάδα γιατρών-νοσηλευτών
- ηθική συμπαράσταση από το οικείο τους περιβάλλον
- άλλο...

Οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν ανάγκη από την υποστήριξη του οικείου περιβάλλοντος τους σε ποσοστό 64% , ενώ ισχυρή θέληση(24,5%)αποτελεί σημαντικό παράγοντα.

Σαν γενικό συμπέρασμα από τα παραπάνω ανάγεται ότι οι καπνιστές αν και ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, συνεχίζουν το κάπνισμα, έτσι κι αν για κάποιο διάστημα απέχουν απ' αυτό(π.χ. εγκυμοσύνη).

Ακόμη πολλοί δεν γνωρίζουν τις μεθόδους αντικατάστασης της νικοτίνης (που ενδεχόμενος μπορούν να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος) αλλά και δεν επιθυμούν την ενημέρωση από ειδικούς.

Τι φταίει για τούτες τις αντιλήψεις; Γιατί αυτή η αδιαφορία των ατόμων για την υγεία τους, για τη ζωή τους; Γιατί υπερέχει της λογικής η ικανοποίηση των επιθυμιών, έστω κι αν αυτές είναι επιζήμιες για την υγεία τους;

Είναι γενικό φαινόμενο των καιρών ή φταίει ο «ωχαδילιφισμός» που μας διακατέχει; Η μήπως οι καπνιστές δεν πιστεύουν ότι το κάπνισμα θα δημιουργήσει σ'αυτούς πρόβλημα υγείας;

Έστω κι αν μια στιγμή πιστέψουν ότι δεν πρόκειται να συμβεί σ' αυτούς , ήδη έχουν διαπράξει το μεγαλύτερο λάθος της ζωής τους. Γιατί πολύ απλά κάποια στιγμή συμβαίνει και τότε πανικόβλητοι σταματούν το κάπνισμα. Μόνο που πολλές φορές είναι ανώφελο. Το πάθος τους για μια απόλαυση τους έχει οδηγήσει στη διακύβευση της ίδιας τους της ζωής.

Συμπεράσματα

Η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σταθερός στόχος και οι καπνιστές πρέπει να ενθαρρύνονται για να υποστούν τον κύκλο της δοκιμασίας να σταματήσουν το κάπνισμα και της υποτροπής πολλές φορές.

Ποικίλοι μέθοδοι υποστήριξης είναι δυνατοί ξεκινώντας από την απλή συμβουλή έως την φαρμακολογική θεραπεία συμπεριφοράς.

Η επιτυχεστέρα μέθοδος είναι η απότομη διακοπή του καπνίσματος ενώ και η σταδιακή μείωση μπορεί να έχει επιτυχία.

Το πρώτο στάδιο είναι να εξηγηθούν στους καπνιστές οι επιδράσεις του καπνίσματος, το όφελος από τη διακοπή καθώς και να γίνει ενθάρρυνση για τη διακοπή. Ενημερωτικά φυλλάδια και προσπέκτους μπορούν να μοιράζονται προς αυτή την κατεύθυνση.

Ένα ποσοστό των καπνιστών μπορεί να σταματήσει το κάπνισμα κατόπιν απλής συμβουλής. Η συμβουλή θα πρέπει να περιλαμβάνει χρήσιμες στρατηγικές για την διακοπή του καπνίσματος και ενθάρρυνση για άλλες αλλαγές προς πιο υγιούς τρόπους ζωής.

Αν μια ενθάρρυνση δεν είναι επιτυχής τότε το επόμενο στάδιο είναι πιο εντατική υποστήριξη από ομάδα ειδικών (γιατρών- νοσηλευτών). Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει υποκατάστατα νικοτίνης, παρέμβαση συμπεριφοράς, ατομικά ή ομαδικά προγράμματα.

Η ενθάρρυνση για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό στοιχείο σε κάθε ιατρική επίσκεψη. Οι εργαζόμενοι του τομέα της υγείας δεν θα πρέπει να καπνίζουν, διότι το προσωπικό παράδειγμα αποτελεί χρήσιμο τρόπο αποτροπής του καπνίσματος. Επίσης, η συμπαράσταση και η προτροπή της οικογένειας και των φίλων είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη βοήθεια αποχής από το κάπνισμα.

Ακόμη, ένα γενικευμένο αντικαπνιστικό κλίμα(απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, νοσοκομεία, χώρους εξυπηρέτησης κοινού, υψηλές τιμές τσιγάρων, προειδοποιήσεις για την υγεία) σίγουρα βοηθά τους καπνιστές να απέχουν καλύτερα από το κάπνισμα και να μην υποτροπιάζουν.

Άρα λοιπόν υπάρχουν τρόποι διακοπής του καπνίσματος. Όμως πρέπει οι καπνιστές να έχουν κατά νου τα εξής: Κανένας, μα κανένας τρόπος διακοπής του καπνίσματος δεν θα τους κάνει να σταματήσουν το κάπνισμα αν δεν το θέλουν οι ίδιοι προσωπικά. Το κλειδί για όλη την υπόθεση είναι η προσωπική θέληση.

Εμπρός λοιπόν! μην χρονοτριβείτε! αρχίστε από τώρα! Πετάξτε τα τσιγάρα σας και ξεκινήστε μια νέα ζωή! Και να θυμάστε ότι το μόνο ασφαλές τσιγάρο είναι το σβηστό τσιγάρο!!!⁵⁰

ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10-15 ΕΤΩΝ

Κυρίτση Ε., Κάσσου Π., Κουριωτσίδου Κ.,
Παπαγεωργίου Ε., Μωρου Ζ., Τσούγια Π.

Εισαγωγή

Όπως αναφέρουν οι ιστορικοί μελέτητες η χρήση καπνού χρονολογείται από το τέλος του 1^{ου} μ.Χ. αιώνα από τους Ινδιάνους της Β. Αμερικής κατά τις θρησκευτικές ή μαγικές τους τελετές. Το 1559 Ισπανοί εξερευνητές έφεραν τους πρώτους σπόρους καπνού από την Αμερική στην Ευρώπη. Ο Jean Nicot, στον οποίο οφείλεται το όνομα της νικοτίνης, διευκόλυνε τη διάδοση του καπνού, συνιστώντας τη χρήση του για τις θεραπευτικές του ιδιότητες.

Το κάπνισμα των τσιγάρων διαδόθηκε πολύ μεταξύ ανδρών κατά τη διάρκεια του 1^{ου} και του 2^{ου} παγκόσμιου πολέμου, ενώ στις γυναίκες διαδόθηκε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες και συνδέθηκε με τη χειραφέτηση τους, το φεμινιστικό κίνημα και την αλλαγή στις δομές της σύγχρονης κοινωνίας.

Η ευρύτατη διατήρηση της χρήσης καπνού, παρά τους γνωστούς πλέον κινδύνους που εγκυμονεί, αποδίδεται στις φαρμακολογικές ιδιότητες της νικοτίνης. Αυτές αφορούν σε σημαντικό βαθμό το κεντρικό νευρικό σύστημα, συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη εξάρτησης και βιώνονται από το άτομο άλλοτε ως ηρεμιστικές και άλλους ως ψυχοδιεγερτικές. Η νικοτίνη ευθύνεται κυρίως για τη σωματική εξάρτηση από το κάπνισμα, ενώ τα δευτερογενή στοιχεία, γεύση και ερεθισμός, του βρογχικού δέντρου συνδέονται με την εγκατάσταση ψυχολογικής εξάρτησης.

Οι Έλληνες έρχονται δεύτεροι στην κατανάλωση καπνού στην Ευρώπη, 28.000.000.000 τσιγάρα τον χρόνο, μετά τους Ισπανούς που κατέχουν την πρώτη θέση.

Ο πειραματισμός με τα τσιγάρα και κυρίως η υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος, αποτελούν τυπικό παράδειγμα επιβλαβούς συμπεριφοράς, που αρχίζει να καθιερώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης του ατόμου και της απομίμησης των προτύπων της ενήλικης ζωής. Επιπλέον τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται είναι προκλητικά, ελκυστικά, γοητευτικά, ευρηματικά. Αρρενωπότητα, θηλυκότητα, χιούμορ: όλα επιστρατεύονται για κάμψουν κάθε αντίσταση. Και βέβαια το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί...

Αν και οι λόγοι που καθορίζουν το αν κάποιος αρχίσει να καπνίζει είναι κυρίως κοινωνικοί, εκείνοι που θα τον κάνουν να συνεχίσει ο κάπνισμα είναι και φαρμακολογικοί.

Οι πρώτες κατευθύνσεις για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας, όσον αφορά το κάπνισμα, δόθηκε από την Π.Ο.Υ. το 1974. Οι κυριότερες προτεινόμενες ενέργειες ήταν:

- Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.

- Πρέπει να τονίζονται περισσότερο τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή και λιγότερο τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας πρέπει να αρχίζει νωρίς στην παιδική ηλικία και να επαναλαμβάνεται κατά καιρούς, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων.
- Ιδιαίτερα πρέπει να δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων που ασχολούνται με την εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας.
- Οι υγειονομικές αρχές πρέπει να καταρτίζουν προγράμματα σε συνεργασία με τις εκπαιδευτικές αρχές, σχετικά με την ενημέρωση για το κάπνισμα των παιδιών μικρής ηλικίας που είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.

Η παρατήρηση μας ότι το κάπνισμα παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις στην προεφηβική ηλικία στη χώρα μας, καθώς και ο εθισμός που παρατηρείται σε παιδιά αυτής της ηλικίας υπήρξε η αφορμή για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνηθούν οι καπνιστικές ή μη συνήθειες των παιδιών της ηλικιακής ομάδας 10-15 ετών. Απώτερος στόχος είναι το αποτέλεσμα αυτής της ερευνάς να αποτελέσουν το έναυσμα για σωστή, έγκυρη συνεχή και τακτική επιστημονική ενημέρωση, με τελικό σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς.

Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 450 παιδιά, ηλικίας 10-15 ετών, που φοιτούν σε Γυμνάσια και Δημοτικά σχολεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση αυστηρά ανώνυμου, προσωπικού ερωτηματολογίου, με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις, το οποίο συμπλήρωσαν οι μαθητές στις τάξεις τους, υπό την εποπτεία των ερευνητών, αφού ενημερώθηκαν για το ανώνυμο και το απόρρητο των απαντήσεων τους.

Εκτός των απαραίτητων δημογραφικών στοιχείων, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις για τις καπνιστικές συνήθειες της οικογένειας, των φίλων και των ίδιων των ερωτηθέντων, για τις ασχολίες τους στον ελεύθερο χρόνο τους και τέλος για τη ενημέρωσή τους για θέματα υγείας.

Για την επεξεργασία δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Στη στατιστική ανάλυση έγινε έλεγχος διαφοράς μέσων (means) με t-Means test, έλεγχος κύμανσης τιμών για μεταβλητές με δυο ή περισσότερες ομάδες με χ^2 test του Pearson και έλεγχος συσχέτισης δυο μεταβλητών (Correlation Bivariate) με συντελεστή συσχέτισης Pearson.

Αποτελέσματα

A. Περιγραφικά αποτελέσματα

Από τους 450 μαθητές ελήφθησαν 441 έγκυρα ερωτηματολόγια και 9 άκυρα. Από τα 441 έγκυρα ερωτηματολόγια τα 195 συμπληρώθηκαν από παιδιά ηλικίας 13-15 ετών, ποσοστό 55,8%. Στα 441 έγκυρα ερωτηματολόγια βρέθηκαν 222, ποσοστό 50,3% προερχόμενα από αγόρια και 219, ποσοστό 49,7% από κορίτσια.

Από 426 παιδιά που απάντησαν για τις καπνιστικές συνήθειες του πατέρα τους, ποσοστό 35,7% αναφέρει ότι δεν καπνίζει, το 35,4% ότι καπνίζει πολύ, το 20,9% ότι καπνίζει πολύ, το 20,9% ότι καπνίζει λίγο και το 8% ότι καπνίζει σπάνια.

Από τα 440 παιδιά που απάντησαν για τις καπνιστικές συνήθειες της μητέρας τους, ποσοστό, 51,4% αναφέρει ότι δεν καπνίζει, 21,1% ότι καπνίζει πολύ, το 17,5% ότι καπνίζει λίγο και 10% ότι καπνίζει σπάνια.

Σε ότι αφορά τις καπνιστικές συνήθειες των αδερφών από τα 407 παιδιά που απάντησαν βρέθηκε ότι το ποσοστό 81,8% δεν καπνίζει, 6,9% ότι καπνίζει πολύ, 13,8% καπνίζει λίγο και 10,2% καπνίζει σπάνια.

Αντίστοιχα από τα 441 παιδιά που ερωτήθηκαν για τις καπνιστικές συνήθειες των φίλων τους, βρέθηκε ότι απ' αυτούς, ποσοστό 61% δεν καπνίζει, 15% καπνίζει πολύ, 13,8% καπνίζει λίγο και 10,2% καπνίζει σπάνια.

Από τον πληθυσμό της μελέτης 325 παιδιά ποσοστό 73,7% δεν έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, ενώ τα 116 ποσοστό 16,3% έχουν δοκιμάσει. Πιο συγκεκριμένα, από το ποσοστό αυτό, το 9,3% το «πήρε κρυφά» από τους γονείς ή από τα αδέρφια του, το 9,1% του το προσέφεραν φίλοι, το 5,2% το ζήτησε μόνο του και το 2,7% το αγόρασε μόνο του. Τα ποσοστά δοκιμής είναι 29,3% για τα αγόρια και 23,3% για τα κορίτσια. Η μέση ηλικία δοκιμής και για τα δυο φύλα είναι 11,8 έτη, με τυπική απόκλιση $\pm 2,24\%$. Ειδικότερα για τα κορίτσια η μέση ηλικία είναι 12,47 έτη, ενώ για τα αγόρια είναι 11,26 έτη.

Από το πλήθος των 116 που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, το 66,4% δεν συνεχίζει να καπνίζει, ενώ το υπόλοιπο 33,6% συνεχίζει να καπνίζει. Για 8,83% του πληθυσμού της μελέτης που καπνίζει η μέση κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως είναι 7,6 με $\text{min}=1$ και $\text{max}=40$. Ειδικότερα για τα κορίτσια που καπνίζουν τώρα, ποσοστό 9,1% η μέση κατανάλωση είναι 8,55 τσιγάρα ημερησίως.

Από τα παιδιά που καπνίζουν το 46,2% καπνίζει παντού, το 23,1% σε χώρους διασκέδασης, το 12,8% σε πάρκα και πλατείες, το 7,7% καπνίζει στο σπίτι του, το 5,1% σε σπίτια φίλων, το 5,1% στο σχολείο ή στο φροντιστήριο. Από το ίδιο πλήθος, το 56,4% απαντάει ότι οι γονείς τους δεν γνωρίζουν ότι καπνίζει, το 38,5% ότι το συμβούλεψαν να σταματήσει και το 5,1% αναφέρει ότι το μάλωσαν. Στις αιτίες για την έναρξη του καπνίσματος, το 43,6% απαντά από περιέργεια, το 30,8% για απόκτηση μεγαλύτερης αυτοπεποίθησης, το 17,9% αναφέρει το κάπνισμα φίλων και το 7,7% γιατί του άρεσε το άρωμα και η γεύση του καπνού.

Σημαντικό είναι ότι τα αγόρια που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο: αυτά που αναφέρουν ως μοναδική τους ασχολία τον αθλητισμό, δεν συνεχίζουν να καπνίζουν το κάπνισμα σε ποσοστό 100%. Αλλά και εκείνα που στις κυρίες ασχολίες τους συμπεριλαμβάνεται ο αθλητισμός, δεν συνεχίζουν το κάπνισμα σε ποσοστό 71,8%, ενώ στα κορίτσια, το ποσοστό αυτό είναι αντίστοιχα 73,1%.

Σε ότι αφορά την κριτική των παιδιών για την ενημέρωση που υπάρχει για το κάπνισμα, το 46,1% τη χαρακτηρίζει αρκετή, το 28,6% μέτρια, 20,4% ελάχιστη, ενώ το 2,9% τη χαρακτηρίζει μηδαμινή. Όπως αναφέρουν τα παιδιά η ενημέρωση τους προέρχεται σε ποσοστό 57,4% από την οικογένεια κα άλλους φορείς, το 33,8% μόνο από την οικογένεια, το 4,8% από τα Μ.Μ.Ε., το 2,7% από υγειονομικούς και εκπαιδευτικούς, ενώ το 1,3% δηλώνει ότι δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν.

Τέλος, το 97,3% θα ήθελε να υπάρχει στο σχολείο τους ειδικός ο οποίος θα ενημέρωνε για θέματα που αφορούν στην υγεία του και συγκεκριμένα το 50,3% προτιμά γιατρό, το 20% επιθυμεί ενημέρωση από τους δασκάλους του, το 10,7% δεν έχει συγκεκριμένη προτίμηση, το 7,5% προτιμά νοσηλεύτη και τι υπόλοιπο ποσοστό προτιμά συνδυασμό ιατρού-νοσηλεύτη-δασκάλου.

B. Στατιστικά στοιχεία

Ο έλεγχος με t-means test με τη μέθοδο άνισων διασπορών, έδειξε ότι διαφέρουν σημαντικά οι ηλικίες δοκιμής τσιγάρου στα δυο φύλα. Τα κορίτσια δοκιμάζουν σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ό τι τα αγόρια. ο έλεγχος με t-means test με τη μέθοδο ίσων διασπορών, έδειξε ότι η μέση κατανάλωση τσιγάρων δεν διαφέρει σημαντικά στα δυο φύλα.

Ο έλεγχος με χ^2 test με συντελεστή Pearson, έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων ως προς τον τρόπο δοκιμής τσιγάρου και στη διάθεση τους για δοκιμή. Βρέθηκε μικρότερη διαφορά ως προς τις καπνιστικές συνήθειες των δυο ηλικιακών ομάδων (10-12 και 13-15 χρονών). Αντίθετα δεν υπάρχει διαφορά ως προς τις καπνιστικές συνήθειες των δυο φύλων. Οι ασχολίες των παιδιών στον ελεύθερο χρόνο τους, δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις καπνιστικές συνήθειες των αγοριών και εκείνες των κοριτσιών.

Οι έλεγχοι διμεταβλητής συσχέτισης(Correlations bivariate) έδειξαν ότι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, όπως και της μητέρας, επηρεάζει ελάχιστα τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών. Επίσης, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση του επαγγέλματος των γονιών με τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών. Οι καπνιστικές συνήθειες των παιδιών επηρεάζονται αρκετά από αυτές του πατέρα, της μητέρας και των αδερφών και πολύ περισσότερο από τις καπνιστικές συνήθειες των φίλων. Επί πλέον, έχει βρεθεί ότι τα αγόρια επηρεάζονται περισσότερο όταν καπνίζει ο πατέρας τους, ενώ δεν υπάρχει ανάλογη σχέση του καπνίσματος της μητέρας με το κάπνισμα των κοριτσιών.

Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το συνολικό ποσοστό των παιδιών που καπνίζει είναι το 8,83%. Στη ηλικιακή ομάδα των 10-12 ετών, η πρώτη δοκιμή τσιγάρου γίνεται από αγόρια στα 6 χρόνια, ενώ από τα κορίτσια στα 9 χρόνια. Αντίστοιχά στην ηλικιακή ομάδα 13-15 ετών η πρώτη δοκιμή τσιγάρου γίνεται από τα αγόρια στα 7 χρόνια, ενώ από τα κορίτσια στα 9 χρόνια. Για όλα τα παιδιά η μέση ηλικίας δοκιμής είναι τα 11,8 χρόνια.

Τα παραπάνω φανερώνουν ότι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος συνεχώς μειώνεται. Ανάλογα συμπεράσματα παρατηρούνται σε παρόμοιες ερευνητικές εργασίες που έγιναν σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης και των Η.Π.Α .Οι περισσότεροι αναλυτές αποδίδουν τα αποτελέσματα αυτά σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις που δημιουργεί στα παιδιά το περιβάλλον τους.

Τα περισσότερα παιδιά, ποσοστό 43,6% αναφέρουν ότι ξεκινούν το κάπνισμα από περιέργεια, που είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της παιδικής ηλικίας, όπως συμπεραίνεται και από άλλες έρευνες. Το 30,8% αναφέρει ότι άρχισε να καπνίζει για να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, στο οποίο επίσης συμφωνούν τα πορίσματα παρόμοιων ερευνών. Γεγονός αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι έφηβοι προσπαθούν να απαγκιστρωθούν, και να ανεξαρτοποιηθούν από την οικογένεια τους.

Σημαντικό επίσης είναι το ποσοστό 17,9% που αναφέρει ότι καπνίζει επειδή καπνίζουν οι φίλοι. Η τάση να καπνίζουν τα παιδιά μαζί με τους φίλους σε φιλικά σπίτια ή σε χώρους διασκέδασης, είναι χαρακτηριστικό που αντανακλά τη σημασία που έχει τι κάπνισμα σαν κοινωνική συμπεριφορά.

Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα που βρέθηκε για τα παιδιά που ασχολούνται με τον αθλητισμό και είχαν δοκιμάσει τσιγάρο, ότι δεν συνέχισαν το κάπνισμα.

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι στην ενημέρωση των παιδιών, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι γονείς, είτε η ενημέρωση προέρχεται μόνο απ' αυτούς, είτε σε συνδυασμό με άλλους υγειονομικούς και εκπαιδευτικούς φορείς. Η υπάρχουσα ενημέρωση χαρακτηρίζεται από τα περισσότερα παιδιά ως αρκετή, γεγονός που ενισχύει τη προηγούμενη διαπίστωση. Παρόλα αυτά τα παιδιά επιθυμούν να υπάρχει ειδικός επιστήμονας στο σχολείο που θα τους ενημερώνει για θέματα υγείας και προτιμούν αυτός να είναι κατά πρώτον γιατρός, γεγονός που επιβεβαιώνει ιατροκεντρικό μοντέλο υγείας στην Ελλάδα 15 και κατά δεύτερον εκπαιδευτικός, ο οποίος είναι περισσότερο προσιτός στα παιδιά εξ' αιτίας της καθημερινής επαφής του μαζί τους.

Συμπεράσματα

- Η μέση ηλικία δοκιμής τσιγάρου από παιδιά έχει μειωθεί στην Αθήνα, ακολουθώντας τις διεθνείς πτωτικές τάσεις.
- Οι καπνιστικές συνήθειες των παιδιών επηρεάζονται ως ένα βαθμό από τις αντίστοιχες του πατέρα, της μητέρας και των αδελφών τους.
- Οι καπνιστικές συνήθειες των φίλων αποτελούν καθοριστικό παράγοντα επιρροής για το κάπνισμα των παιδιών.
- Συντριπτικό ποσοστό των παιδιών που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, αλλά ο αθλητισμός αποτελεί την κύρια ενασχόληση τους, δεν συνεχίζει το κάπνισμα.
- Στην ενημέρωση των παιδιών για τις συνέπειες του καπνίσματος, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι γονείς τους, είτε η ενημέρωση προέρχεται μόνο απ' αυτούς, είτε σε συνδυασμό με άλλους φορείς.
- Τα ενημερωτικά προγράμματα πρέπει να ξεκινούν από την ηλικία των 11 ετών.⁵¹

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

.Μεζίτη Μ.,ΓεροδήμουΕ.,ΚηπουρούΓ.,
Μιχαλοπούλου Θ.,Σαλούρου Μ., Κονίδα Α.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα η ισχαιμική καρδιοπάθεια ή στεφανιαία νόσος, αποτελούν τη μεγαλύτερη και τη βαρύτερη επιδημιολογία της εποχής μας. Είναι συχνότερη στις τεχνολογικές στις τεχνολογικές αναπτυγμένες χώρες αλλά και στις αναπτυσσόμενες, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η χώρα μας. Στις πρώτες αναπτυγμένες, η επιδημία αυτή έχει επισημανθεί από μακρού και για την αντιμετώπιση της έχουν ληφθεί ενδεικνυόμενα μέτρα πρόληψης. Όσο καλύτερα και πιστότερα έχουν εφαρμοσθεί, τόσο αποτελεσματικότερα είναι τα μέτρα αυτά.

Αντίθετα σε πληθυσμούς που η εφαρμογή τους είναι πλημελλης ή δεν εφαρμόζεται καθόλου οι θάνατοι αυξάνονται προοδευτικά.

Μολονότι η αιτιολογία της επιδημίας αυτής παραμένει ασαφής, συσχετίζεται με ορισμένες μεταβλητές, τους παράγοντες κινδύνου ή προδιαθεσικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι το κάπνισμα.

Στόχοι της εργασίας είναι:

- η διερεύνηση του καπνίσματος και της συσχέτισης του με τη στεφανιαία νόσο
- η συμμετοχή στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου συλλέγοντας τις μέχρι σήμερα γνωστές μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.

Υλικό και μέθοδοι

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν τυχαίο δείγμα πληθυσμού που υποβλήθηκε σε στεφανιαία αρτηριογραφία αφού προσήλθε στη Μ.Ε.Θ. Στεφανιαίας νόσου λόγω τυπικών συμπτωμάτων.

Ο αριθμός του δείγματος ήταν 285 άτομα και των δυο φύλων. Η ηλικία του δείγματος ήταν 50 έτη(+/- 3 έτη).

Διευρνήθηκε αν το κάπνισμα έχει συσχέτιση με τη στεφανιαία νόσο και αν ο πρόσθιος κλάδος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, είναι το αγγείο που προσβάλλεται συχνότερα στους καπνιστές.

Σαν στεφανιαία νόσος ορίστηκε η στένωση της διαμέτρου >50% ενός τουλάχιστον στεφανιαίου αγγείου.

Η στατική αξιολόγηση των δεδομένων έγινε με τη δοκιμασία χ^2 .

Αποτελέσματα

Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος.

Από το συνολικό δείγμα το 61% ήταν καπνιστές εκ των οποίων το 48% παρουσίαζε στένωση σ' ένα τουλάχιστον στεφανιαίο αγγείο. Η συσχέτιση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Κλάδος πρόσθιος κώντων.

Το κάπνισμα ως προδιάθεσης παράγοντας δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο.

Άλλα στοιχεία.

Το 39% του συνολικού δείγματος ήταν μη καπνιστές με άλλους η χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Από αυτούς το 25% παρουσίαζε στένωση.

Το 83% των πάσχοντων ήταν αρένες.

Από το σύνολο των καπνιστών του δείγματος οι οποίοι είχαν τουλάχιστον άλλον ένα προδιαθεσικό παράγοντα το 90% παρουσίαζε στεφανιαία νόσο.

Σχόλια

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν και τεκμηριώνουν στατιστικά τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος της στεφανιαίας αρτηρίας.

Στο σύνολο τους οι καπνιστές έχουν 1,5 φορά περισσότερες πιθανότητες από τους μη καπνιστές να πάθουν στεφανιαία ανεπάρκεια. Η επίπτωση δε της πάθησης στα νέα άτομα που καπνίζουν πολύ είναι αρκετές φορές μεγαλύτερη απ' όσο στα νέα άτομα που δεν καπνίζουν, διότι το κάπνισμα σ' αυτούς τους πληθυσμούς ευθύνεται για θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες και επεισόδια ενδαρτηριακής θρόμβωσης.

Όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο το κάπνισμα σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο και το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα σε νέα άτομα, παρά με τη στηθάγχη. Ο κίνδυνος του θανατηφόρου ή μη στεφανιαίου επεισοδίου αυξάνεται πολύ περισσότερο εάν ο καπνιστής πάσχει από υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, η σακχαρώδη διαβήτη.

Ο βαθμός επικινδυνότητας να παρουσιάσει κανείς στεφανιαία νόσο είναι ευθέως ανάλογος με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει ανά ημέρα.

Το κάπνισμα ως παράγων κινδύνου, δεν διαφοροποιείται από την ποσότητα της νικοτίνης ή την ποσότητα του μονοξειδίου του άνθρακα που περιέχει το κάθε τσιγάρο. Οι άνθρωποι δηλαδή που καπνίζουν τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη και πίσσα δεν μειώνουν μ' αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες να παρουσιάσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αντίθετα με την ελκυστικότητα των θεωριών σχετικά με τα χαμηλής νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα τσιγάρα, κλινικές έρευνες έδειξαν ότι τα τσιγάρα με χαμηλή νικοτίνη και πίσσα δεν μειώνουν τα περιστατικά εμφράγματος του μυοκαρδίου. Πιθανόν είναι επίσης, τα τσιγάρα αυτά να τα καπνίζει κανείς παίρνοντας μεγαλύτερη εισπνοή ή να καπνίζει μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα. Σε κάθε περίπτωση αν κάποιος θέλει να μείωση εντελώς τον

κίνδυνο καρδιαγγειακής πάθησης δεν θα πρέπει να βασίζεται στα υποσχόμενα προτερήματα των τσιγάρων χαμηλής νικοτίνης. Επίσης σχετικά με το κάπνισμα της πίπας ή του πούρου δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο καπνιστής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου.

Ακόμα και οι μη καπνιστές είναι πιθανόν να εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνες στο MRFIT, άνδρες που αξιολογήθηκαν των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν, βρέθηκαν να έχουν αυξημένη προδιάθεση για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει την πιθανότητα προσβολής από στεφανιαίο επεισόδιο. Αναφέρεται ότι ο κίνδυνος θανάτου από καρδιακή νόσο είναι 2,2 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές, συγκριτικά μ' εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Έχει επίσης βρεθεί πως η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε αύξηση της HDL της χοληστερίνης. Επιπλέον ωφέλιμη είναι η διακοπή του καπνίσματος μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερη σ' εκείνους που σταμάτησαν το κάπνισμα από άλλους που συνεχίζουν και αυτό το κέρδος φαίνεται να είναι πιο μεγάλο από αυτά που προσφέρουν τα φάρμακα. Η πιθανότητα προσβολής από στεφανιαία νόσο υποβιβάζεται στο επίπεδο του μη καπνιστή περίπου 12 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος

Με την αύξηση της γνώσης σχετικά με τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος και των μεθόδων διακοπής του, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν τη μεγάλη πλειοψηφία των καπνιστών που θέλουν να κόψουν αυτή την συνήθεια.

Οι μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνουν:

- Τη συμβουλευτική μέθοδο (counselling) η οποία στηρίζεται στη συμβουλή και στην ενθάρρυνση για διακοπή του καπνίσματος. Η συμβουλευτική μέθοδος εμπεριέχει απλές στρατηγικές όπως η συμφωνία με τον καπνιστή συγκεκριμένης ημερομηνίας που θα διακόψει το κάπνισμα, συζήτηση για προηγούμενες δυσκολίες από τη διακοπή του καπνίσματος, συνέχιση ενθαρρύνσεις μετά τη διακοπή, ψυχολογική υποστήριξη με τηλεφωνήματα, γράμματα ή επισκέψεις.
- Την ψυχοθεραπεία είτε είναι ατομική είτε είναι ομαδική. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία τα άτομα συναντιούνται προκειμένου ν' ανταλλάξουν πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνίσματος, να υποστηρίξει και να ενθαρρύνει το ένα το άλλο για τη διακοπή του τσιγάρου και να συζητηθούν τα προβλήματα που προκύπτουν απ' αυτή τη διαδικασία .
- Το ν' ανήκει κανείς σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι έγκυες και αυτοί που πάσχουν από στεφανιαία νόσο.
- Τις συμπεριφοριστικές θεραπείες που σκοπό έχουν την απόσβεση των εσφαλμένων, ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς. Ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η αποστροφική θεραπεία. Τα ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση αντιδράσεων αποστροφής είναι τα χημικά παρασκευάσματα και οι ελαφρές ηλεκτρικές καταπλήξεις (shocks). Άλλο είδος θεραπείας είναι ο κορεσμός του ερεθίσματος όπου το κάπνισμα μπορεί να χάσει την ελκυστικότητά του αν ο καπνιστής αναγκαστεί να καπνίζει ασταμάτητα για ώρες. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η

ύπνωση, η χαλάρωση, η αμοιβή και η τιμωρία. Επίσης τεχνικές όπου ο καπνιστής βοηθάται ν' αναγνωρίζει τις καταστάσεις που συνήθως πυροδοτούν την παρόρμηση του να καπνίσει και να αποφεύγει με εύρεση άλλων δραστηριοτήτων. Ακόμη, δίνοντας έμφαση στους θετικούς λόγους που πρέπει κανείς να σταματήσει το κάπνισμα όπως π.χ. η φράση: αγαπώ τον εαυτό μου, άρα δεν καπνίζω.

- Τις φαρμακευτικές θεραπείες οι οποίες περιλαμβάνουν:

A. Θεραπεία με σκευάσματα που περιέχουν νικοτίνη όπως τα διαδερμικά αυτοκόλλητα, οι τσίχλες και τα sprays.

B. Θεραπεία με υδροχλωρική κλωνιδίνη που χρησιμοποιείται ως αντυπερτασικό φάρμακο.

Γ. Θεραπεία με ηρεμιστικά ή αντικαταθλιπτικά.

- Τη θεραπεία με βελονισμό.

- Τις τεχνικές αυτοβοήθειας οι συνήθως είναι:

A. Φίλτρα που αφαιρούν προοδευτικά περισσότερη νικοτίνη.

B. Διαδοχική αλλαγή από βαριά σ' ελαφρά τσιγάρα.

Γ. Σταδιακή μείωση των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα

Δ. Ξαφνική διακοπή του καπνίσματος

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Περιβαλλοντικής και Προληπτικής Ιατρικής, του ινστιτούτου Wolfson του Λονδίνου σε 188 άτομα, από αυτούς που επισκέφθηκαν το γιατρό τους και τους συμβούλεψε να διακόψουν το κάπνισμα ένα 2% το διέκοψε και δεν το ξανάρχισε μέσα σ' ένα χρόνο. Το αποτέλεσμα ήταν μέτριο αλλά οικονομικό. Πρόσθετες επεμβάσεις από επαγγελματίες υγείας όπως η υπενθύμιση, η παρακολούθηση με γράμματα, το τηλέφωνο ή οι επισκέψεις είχαν κάποιο παραπάνω αποτέλεσμα. Τεχνικές διαφοροποίησης της συμπεριφοράς σε ομάδες ή ατομικές συνεδρίες που καθοδηγούνταν από ένα ψυχολόγο, είχα έναν αποτέλεσμα που είναι στατιστικά σημαντικό αλλά όχι μεγαλύτερο από την απλή συμβουλή ενός γιατρού. Άλλωστε, αυτές οι τεχνικές είναι περισσότερο ακριβές από την επίσκεψη στο γιατρό. Η ύπνωση δεν αποδείχτηκε ότι φέρνει αποτέλεσμα. Η θεραπεία με σκευάσματα που περιέχουν νικοτίνη είναι αποτελεσματική σ' ένα 13% των καπνιστών που αναζητούν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος. Το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο σ' αυτούς που είναι εξαρτημένοι από την νικοτίνη. Άλλες φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός. Η ξαφνική διακοπή ή η σταδιακή μείωση του καπνίσματος είναι παρόμοιες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους η οποί είναι μικρή.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βρουν το χρόνο να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους και ιδιαίτερα εκείνους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι φανατικοί καπνιστές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν σκευάσματα που περιέχουν νικοτίνη.⁵³

Μέθοδος Ανάλυσης

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτέλεσαν 200 μαθητές του Λυκείου του Τάλου Ηρακλείου, από τους οποίους οι 108 ήταν αγόρια ηλικίας 16 έως 18 ετών, και οι 92 ήταν κορίτσια της ίδιας ηλικίας.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστικαν σε όλους τους μαθητές, ανεξαρτήτως αν κάπνιζαν ή όχι.

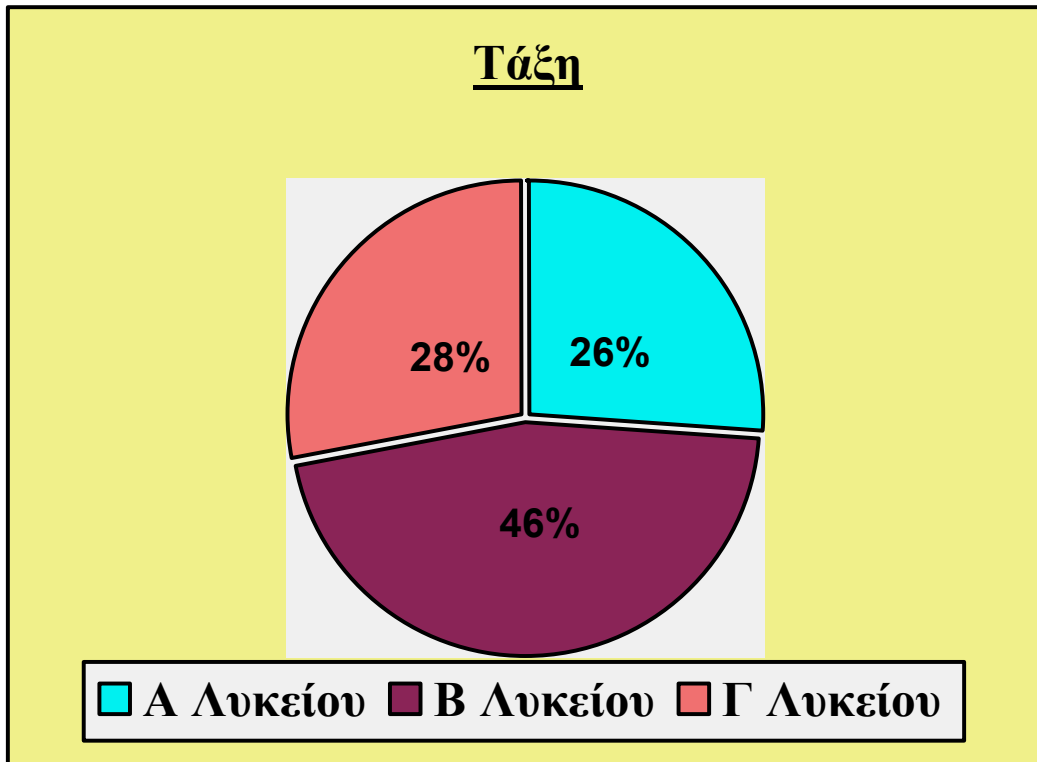
Ερευνητικό υλικό

Στους εφήβους της έρευνάς μας, δόθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο πήραμε από βιβλίο σχετικά με το κάπνισμα στην εφηβεία, και το μετατρέψαμε ανάλογα, σύμφωνα με τις ανάγκες της έρευνάς μας, αφαιρώντας κάποιες ερωτήσεις τις οποίες θεωρήσαμε περιττές για την έρευνα μας.

Ανάλυση

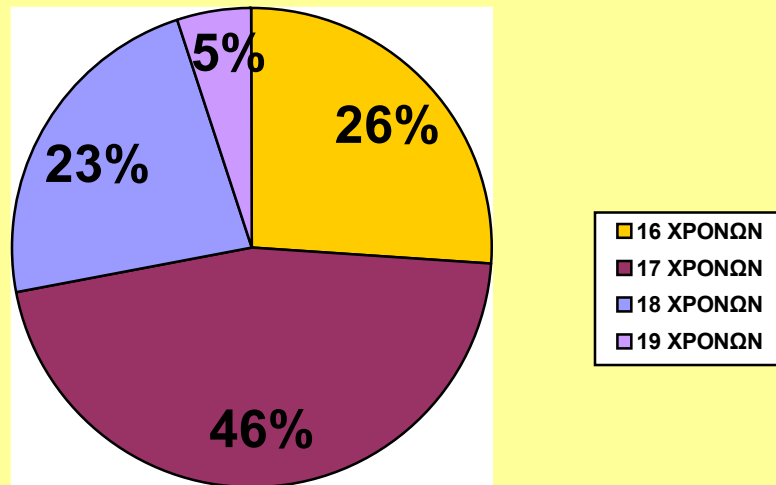
Αφού κωδικοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο και το περάσαμε στο στατιστικό πακέτο SPSS ver8, το αναλύσαμε στατιστικά.

Ανάλυση Ερωτηματολογίου

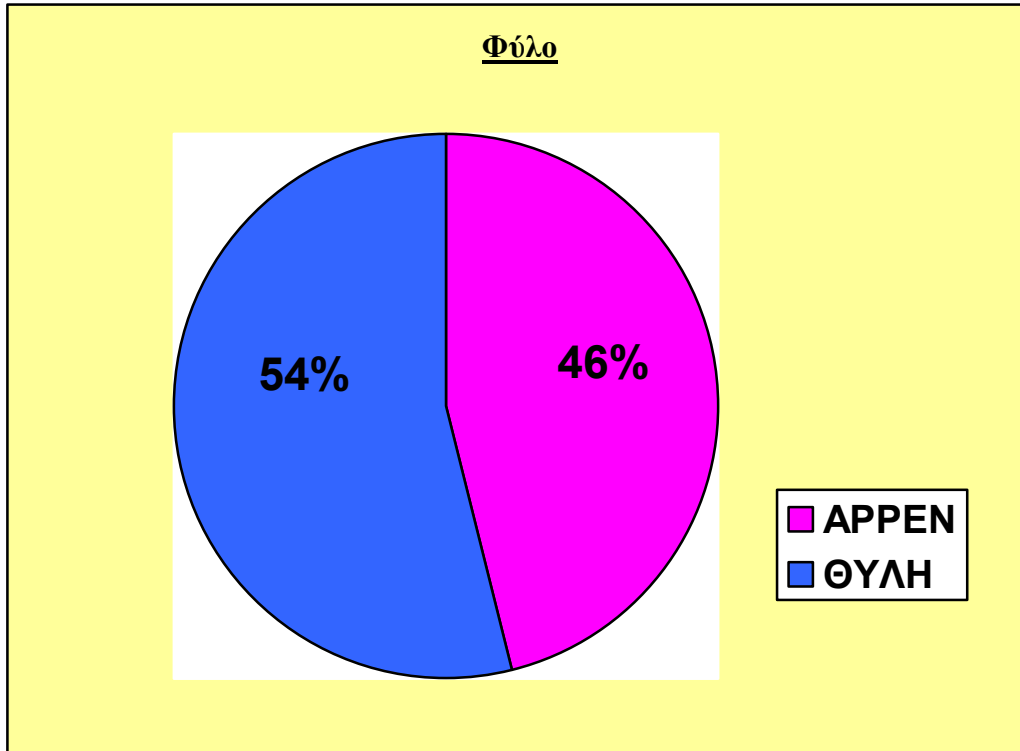


Στο σύνολο των 200 ερωτηματολογίων που μοιραστήκαν στο λύκειο του Γάλου Ηρακλείου, όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα, το 26% (52 μαθητές) μοιράστηκε σε μαθητές τις Α Λυκείου, το 46% (92 μαθ.) ήταν παιδιά της Β Λυκείου, και το υπόλοιπο 28% (56 μαθ.) παιδιά της Γ Λυκείου.

Ηλικία

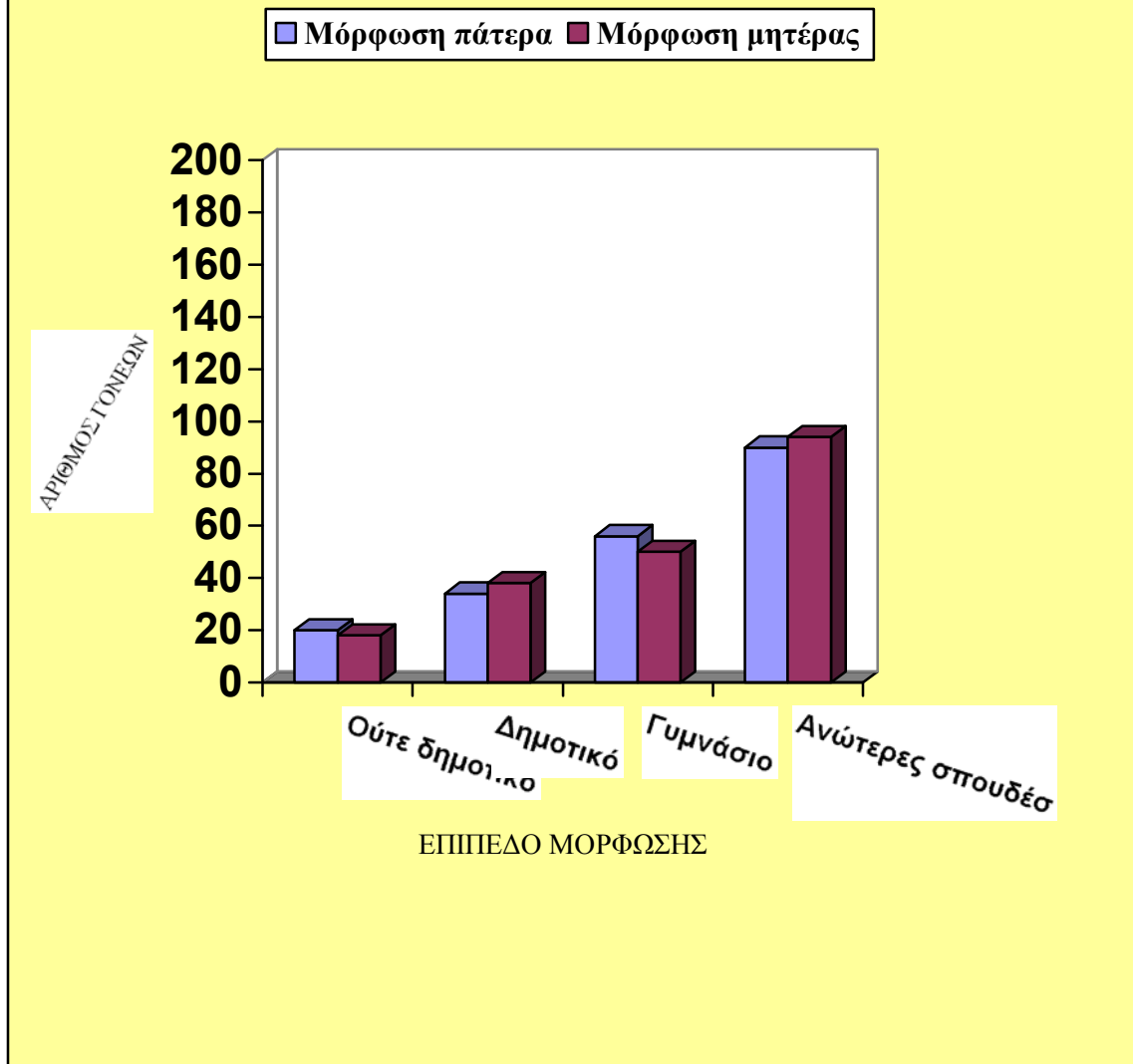


Από το σύνολο των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνά μας, το 26% (52 π.) ήταν ηλικίας 16 ετών, το 46% (92 π.) ήταν παιδιά ηλικίας 17 ετών, το 23% (46 π.) ήταν παιδιά ηλικίας 18 ετών, ενώ υπείρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 5% (10 π.) που ήταν παιδιά ηλικίας 19 ετών.



Από το σύνολο των 200 μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας, το 46% (92 μαθ.) ήταν αγόρια και το 54% (108 μαθ.) ήταν κορίτσια.

ΜΟΡΦΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ



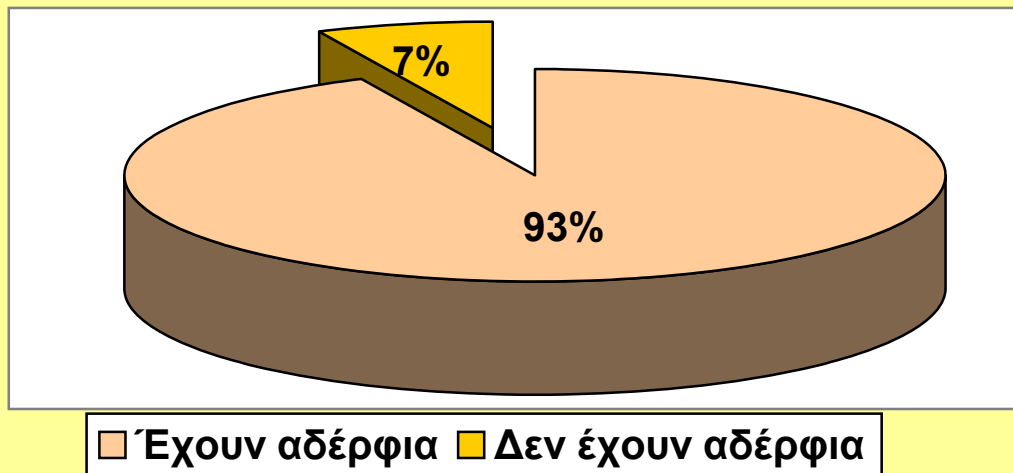
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα επίπεδα της μόρφωσης των γονέων των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας.

Αναλυτικά, βλέπουμε ένα ποσοστό 10% (20 π.) πατέρων και ένα ποσοστό 9% (18 μ.) αντίστοιχα μητέρων που δεν έχουν τελειώσει ούτε το δημοτικό.

Αναφέρετε σε ποσοστό 17% (34 π.) και 19% (38 μ.) σε πατέρες και μητέρες αντίστοιχα, που έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό, ενώ το γυμνάσιο έχουν τελειώσει το 28% (56 π.) των πατέρων και το 25% (50 μ.) των μητέρων των παιδιών.

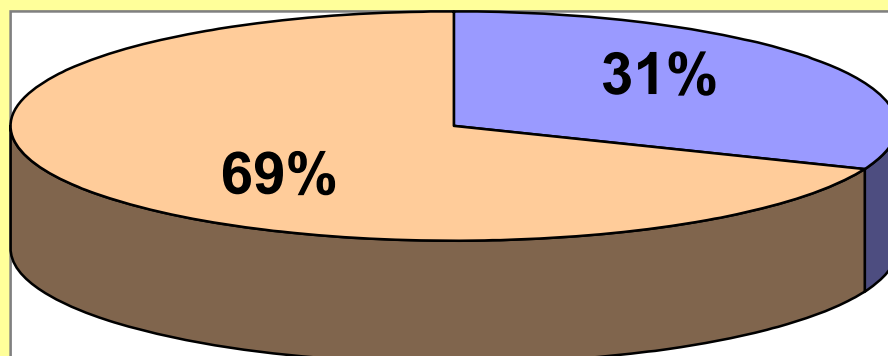
Τέλος, μεγάλο ποσοστό και των δυο, το 45% (90 π.) των πατέρων και το, 47% (94 μ.) των μητέρων αναφέρετε πως έχουν ανώτερη μόρφωση.

Αδέρφια



Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως το 93% (186 μ.) των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας έχουν τουλάχιστον ακόμη έναν αδερφό/η, ενώ το υπόλοιπο 7% (14 μ.) είναι μοναχοπαίδια.

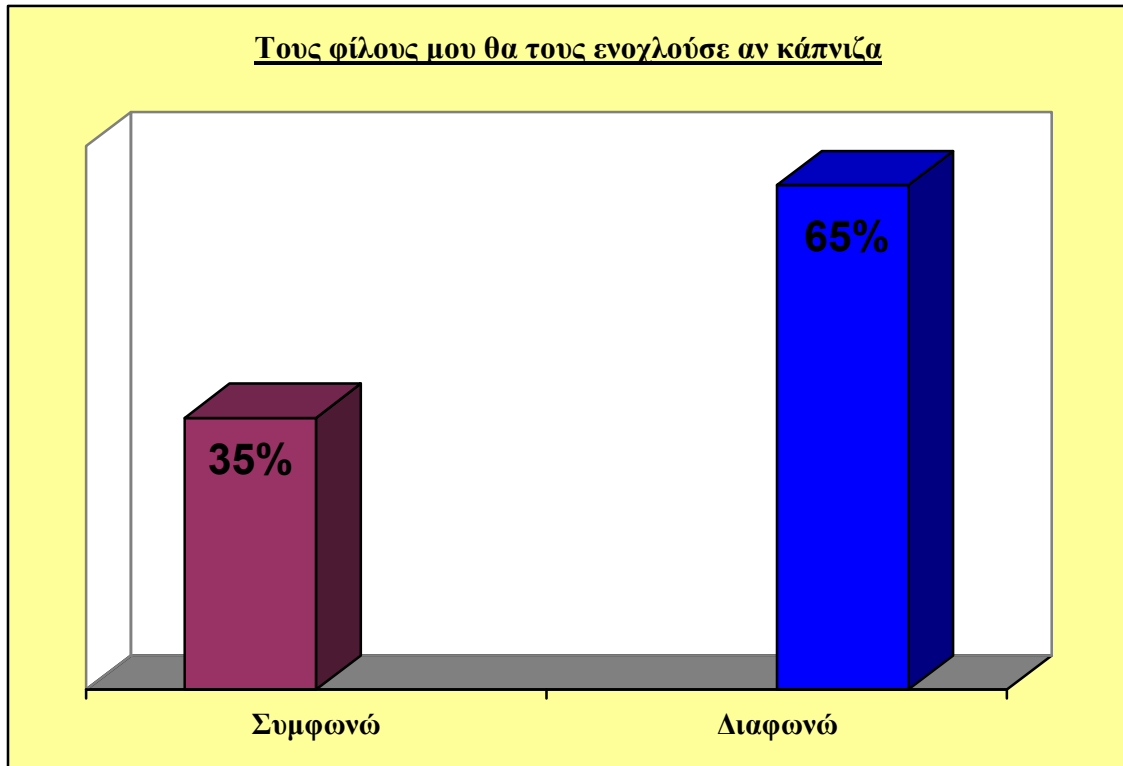
Το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα



■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Σε μια σειρά ερωτήσεων που ακολούθησε, θελήσαμε να μάθουμε ποιες είναι οι απόψεις και οι σκέψεις των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας σε σχέση με κάποια γενικά πράγματα για το κάπνισμα.

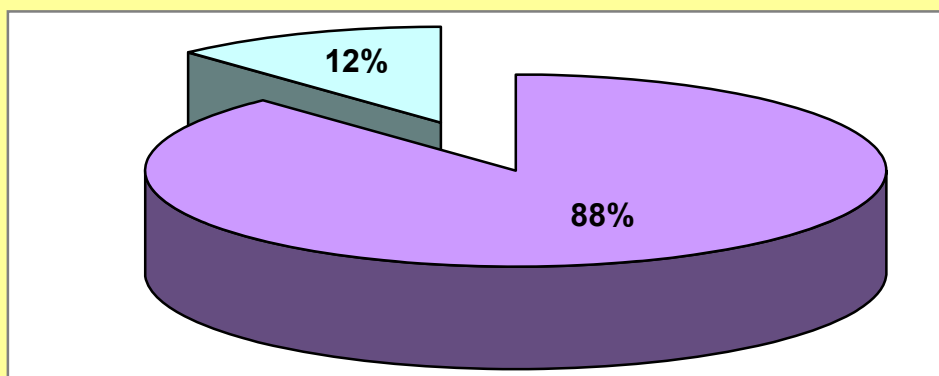
Έτσι στην ερώτηση αυτή για το αν, σύμφωνα με τη γνώμη των μαθητών, το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα, ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 31% (62 μαθ.) των μαθητών, απαντούν πως συμφωνούν, ενώ το 69% (138 μαθ.) των μαθητών απαντούν αρνητικά.



Ρωτήσαμε τη γνώμη των μαθητών για το αν πίστευαν πως το ότι θα κάπνιζαν, ήταν κάτι που θα ενοχλούσε τους φίλους τους.

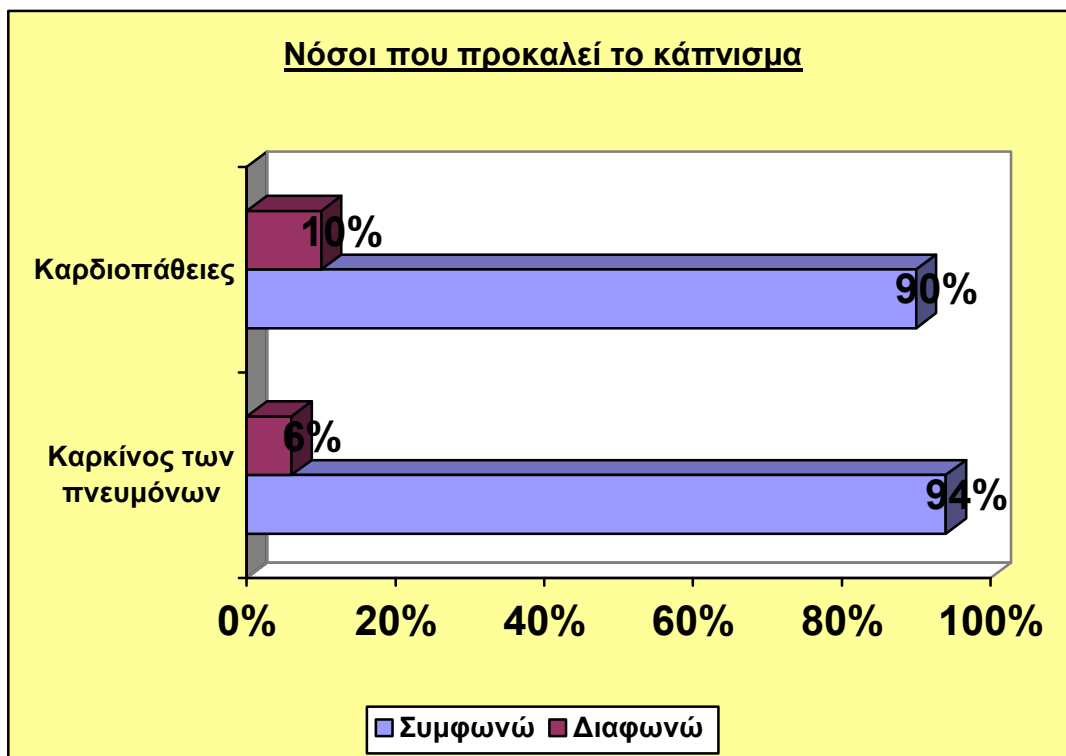
Το 65% (130 μ.) αυτών, είπαν πως κάτι τέτοιο δεν θα ενοχλούσε τους φίλους τους, ενώ το 35% (70 μ.) πιστεύουν πως όντως οι φίλοι τους θα ενοχλούνταν από το κάπνισμα.

Τους γονείς μου θα τους ενοχλούσε αν κάπνιζα



■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Σε ερώτηση για το αν οι ερωτηθέντες μαθητές πίστευαν πως το ότι καπνίζουν θα ήταν κάτι που θα ενοχλούσε τους γονείς τους, το 88% (176 μ.) των μαθητών απάντησε θετικά όπως φυσικά ήταν και αναμενόμενο, παρ' όλα αυτά υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 12% (24 μ.) που θεώρησαν πως τους γονείς τους δεν θα τους ενοχλούσε το ενδεχόμενο τα παιδιά τους να καπνίζουν.



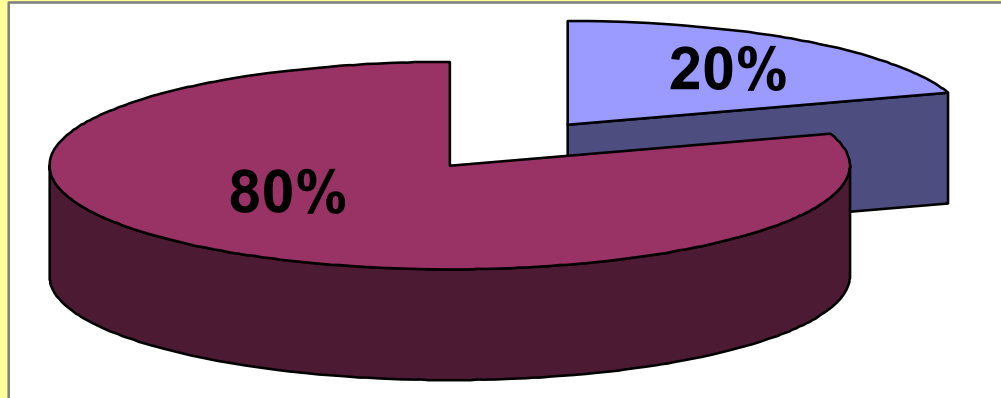
Θέλοντας να μάθουμε το κατά πόσον γνώριζαν οι μαθητές πως το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για τις σοβαρότερες νόσους της εποχής μας, ρωτήσαμε, παραδειγματικά, για δύο από τις πιο συχνές νόσους που είναι γνωστό πως προκαλεί. Τον καρκίνο των πνευμόνων και τις καρδιοπάθειες.

Όπως διαπιστώνουμε από τον παραπάνω πίνακα, το σύνολο των μαθητών, εκτός από ένα μικρό ποσοστό, είναι ενήμεροι.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τον καρκίνο των πνευμόνων, βλέπουμε πως το 94% (188 μ.) των μαθητών, γνωρίζουν ότι προκαλείται από το κάπνισμα, ενώ υπάρχει και να ποσοστό της τάξεως του 6% (12 μ.) των μαθητών, οι οποίοι διαφωνούν με τη συσχέτιση του καρκίνου των πνευμόνων με το κάπνισμα.

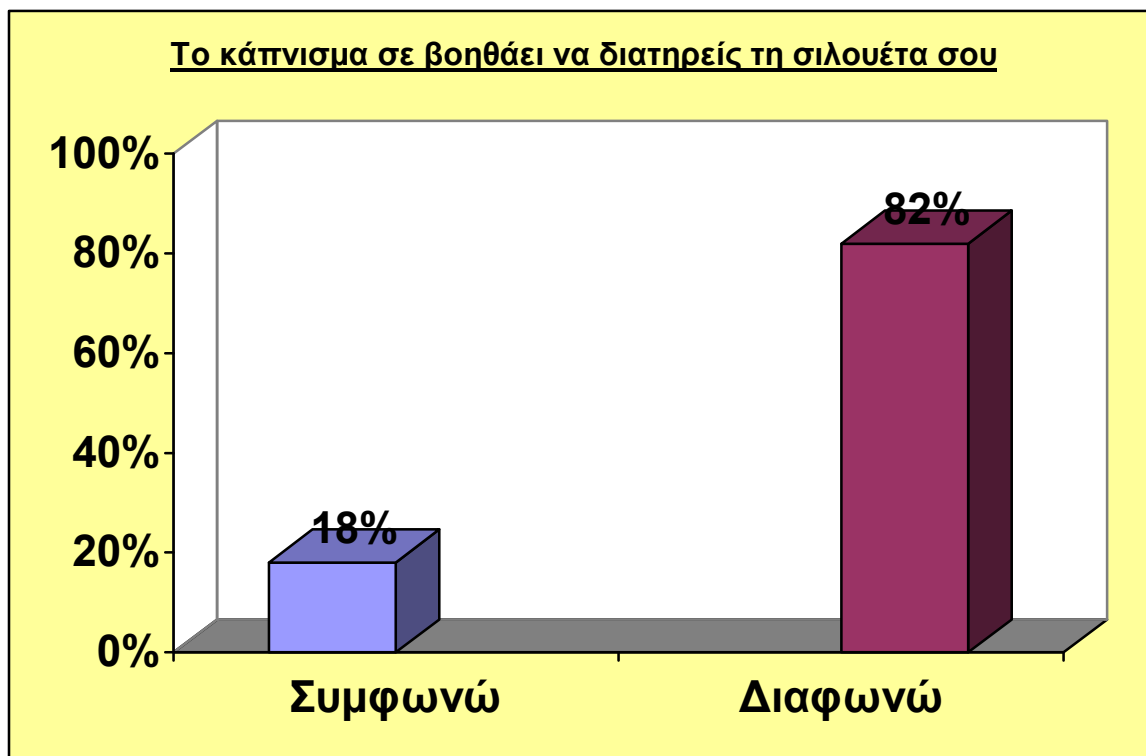
Αντίστοιχα περίπου ποσοστά παίρνουμε και από την ερώτηση που αφορά το κάπνισμα και τη σχέση του με τις καρδιοπάθειες. Το 90% (180 μ.) των μαθητών γνωρίζουν πως το κάπνισμα προκαλεί καρδιοπάθειες, ενώ το υπόλοιπο 10% (20 μ.) των μαθητών πιστεύουν πως το κάπνισμα και οι καρδιοπάθειες δεν σχετίζονται.

Το κάπνισμα είναι ευχάριστο



■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

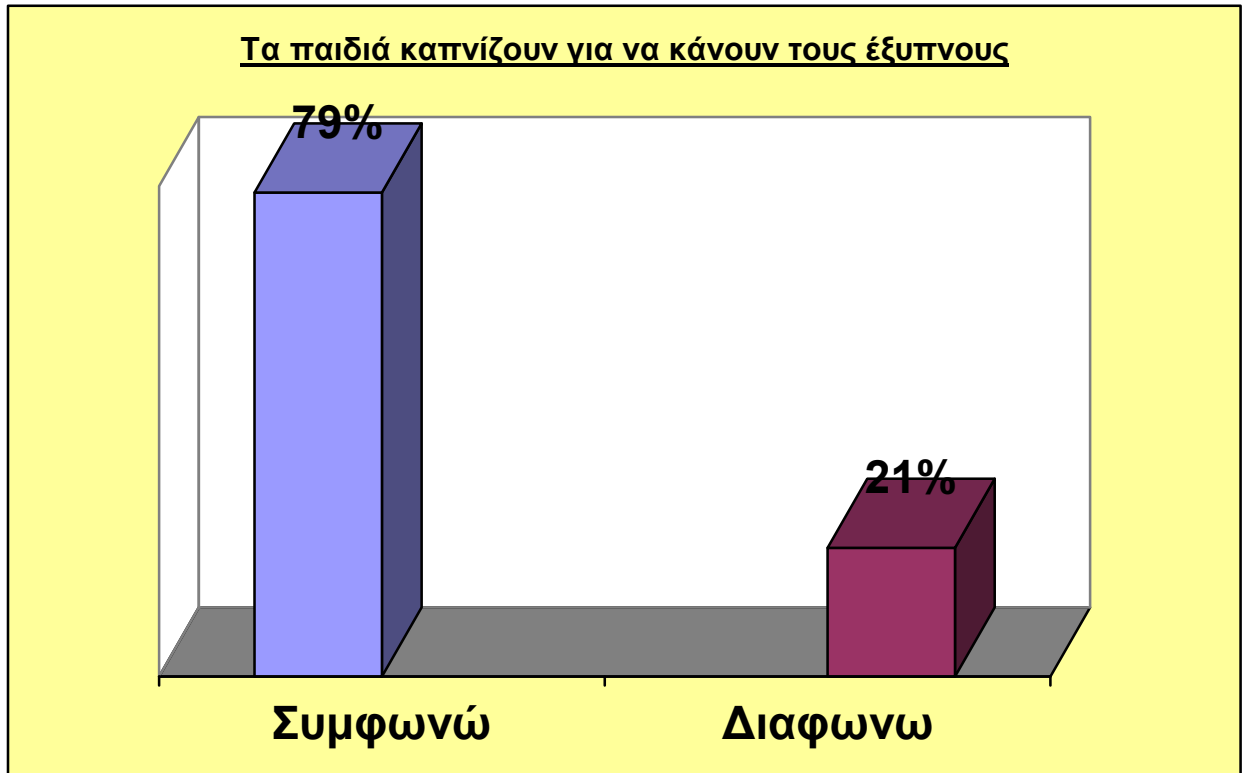
Σε ερώτησή μας για το αν οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας βρίσκουν το κάπνισμα ευχάριστο, το 20% (40 μ.) αυτών συμφώνησε, ενώ το 80% (160 μ.) των μαθητών απάντησε πως το κάπνισμα δεν είναι κάτι ευχάριστο.



Κάνοντας μια σειρά ερωτήσεων, προσπαθήσαμε να μάθουμε τον λόγο για τον οποίο μπορεί τα παιδιά να ξεκίνησαν το κάπνισμα.

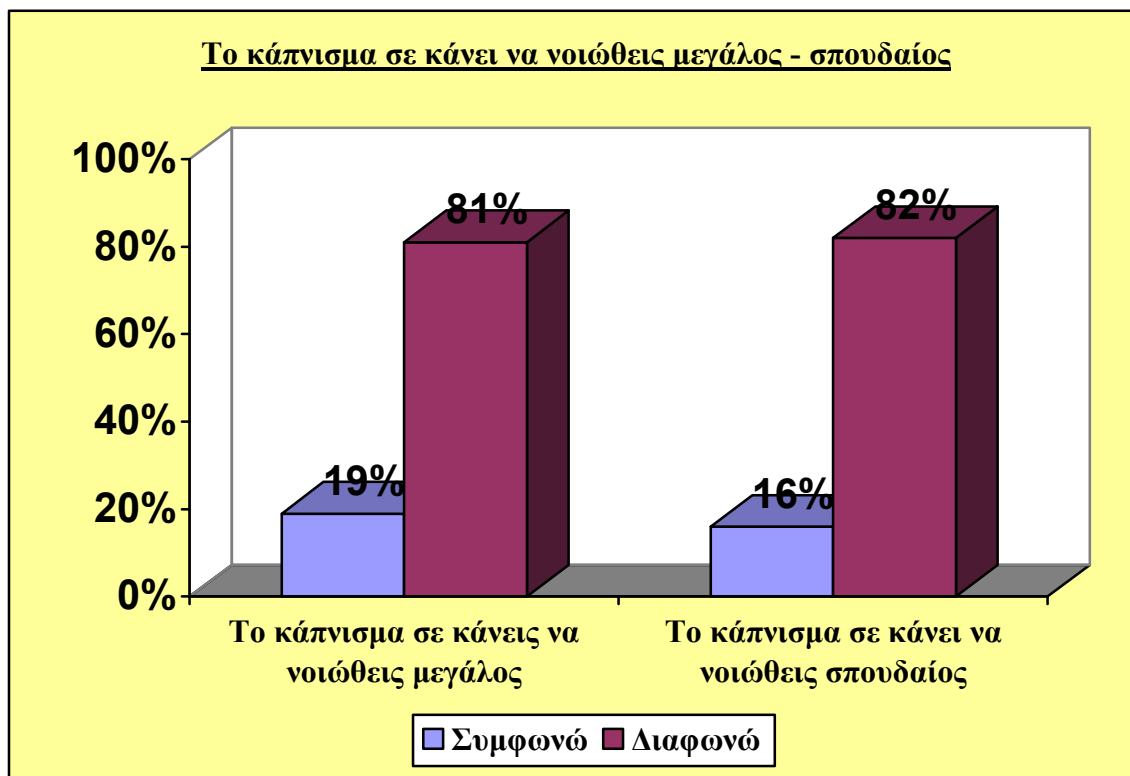
Έτσι σε ερώτηση μας για το αν πιστεύουν πως το κάπνισμα τους βοηθάει να διατηρήσουν τη σιλουέτα τους, το 18% (36 μ.) των εφήβων απάντησε θετικά, ενώ το 82% (164 μ.) διαφωνεί με αυτή την άποψη.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν σε αυτή την ερώτηση, μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως δεν είναι μια από τις αιτίες που, οι περισσότεροι τουλάχιστον έφηβοι, ξεκινάνε να καπνίζουν, η διατήρηση ενός ιδανικού, γι' αυτούς βάρους.



Στα πλαίσια των ερωτήσεων για την κατανόηση των λόγων που ωθούν τους νέους στο κάπνισμα, ρωτήσαμε τους μαθητές που συμμετείχαν την έρευνά μας αν πιστεύουν πως οι έφηβοι καπνίζουν για να κάνουν τους έξυπνους.

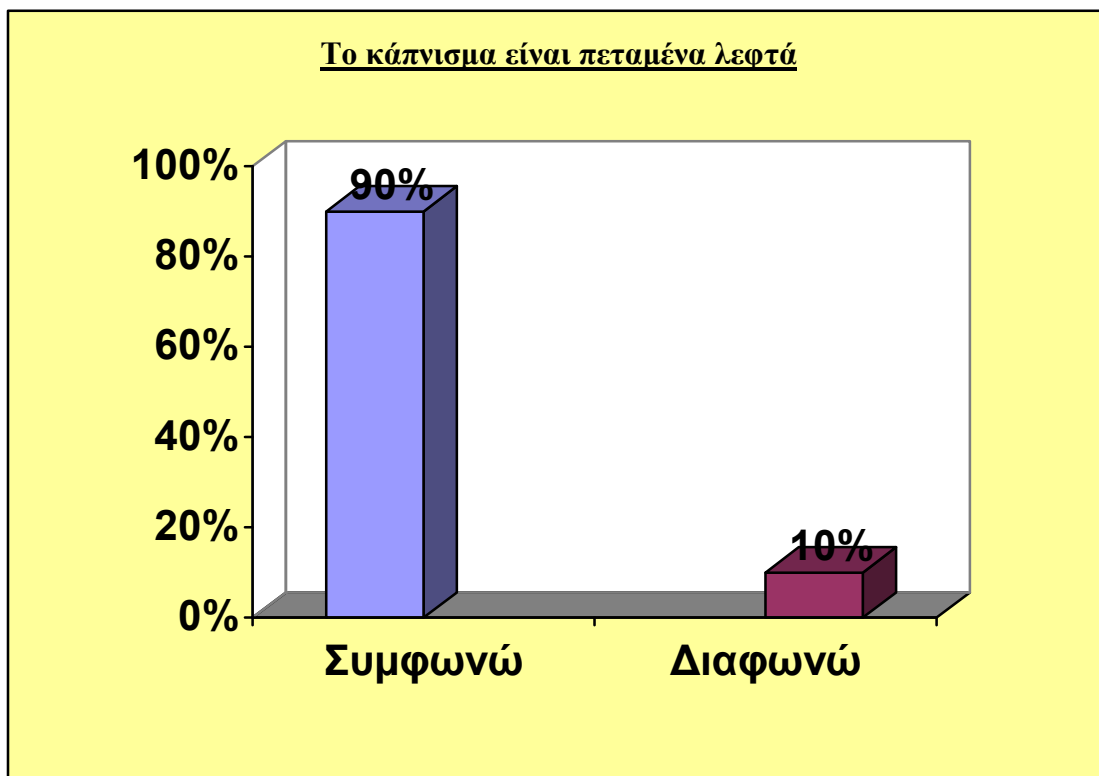
Το ποσοστό του 79% (158 μ.), απάντησε θετικά, ενώ υπήρξε και το ποσοστό της τάξεως του 21% (42 μ.) που δεν πιστεύει πως είναι και αυτός ένας λόγος που καπνίζουν οι έφηβοι.



Κινούμενοι στα ίδια πλαίσια με τις προηγούμενες ερωτήσεις, ρωτήσαμε τους μαθητές για το αν πιστεύουν πως το κάπνισμα κάνει τους εφήβους να νοιώθουν μεγάλοι και σπουδαίοι.

Το 19% (38 μ.) των μαθητών απάντησαν πως όντως το κάπνισμα τους κάνει να αισθάνονται μεγαλύτεροι. Το υπόλοιπο 81% (162 μ.) των μαθητών απάντησαν πως διαφωνούν με την παραπάνω θέση.

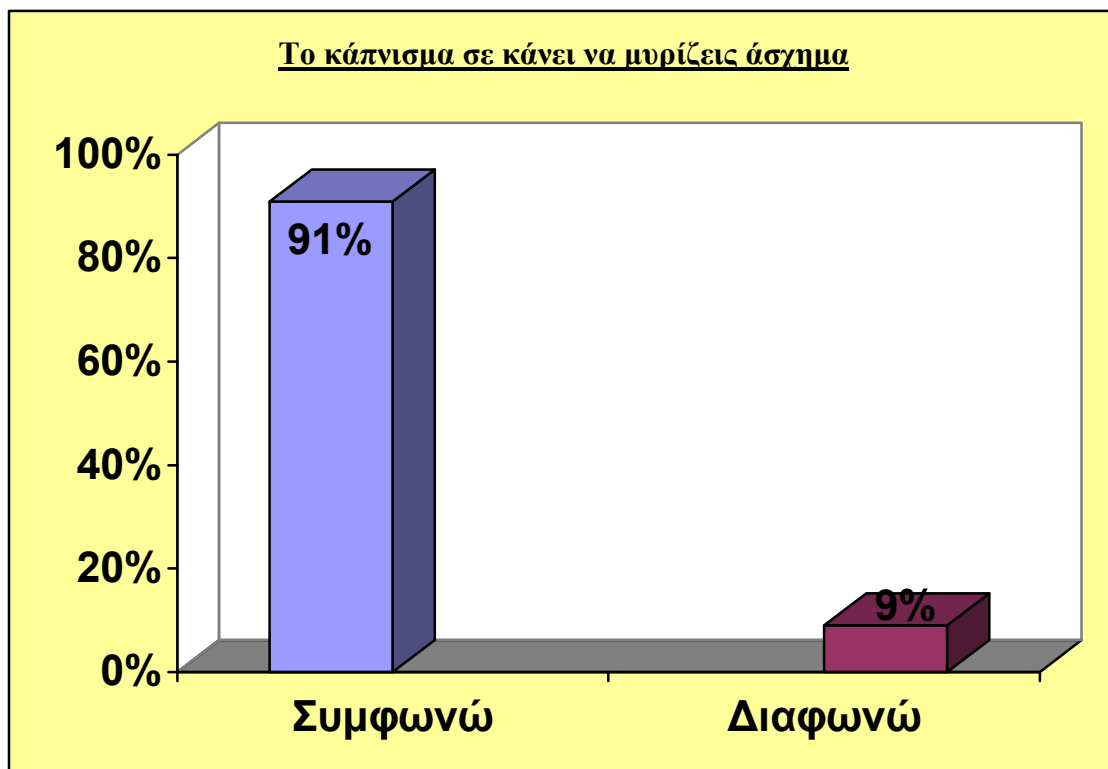
Αντίστοιχα ήταν και τα ποσοστά στην ερώτηση για το κατά πόσον το κάπνισμα κάνει τους εφήβους να αισθάνονται σπουδαίοι. Έτσι, κι εδώ το ποσοστό του 16% (32 μ.) απάντησε πως συμφωνεί με αυτή την άποψη, ενώ το υπόλοιπο 84% (168 μ.) διαφωνεί με την τοποθέτησή μας.



Σε αυτή την ερώτηση είχαμε, μάλλον, μη αναμενόμενα αποτελέσματα, αν κρίνουμε από το γεγονός πως μεγάλο ποσοστό των μαθητών που συμμετείχε στην έρευνά μας είναι, έστω και περιστασιακοί, καπνιστές.

Έτσι, λοιπόν, όταν ρωτήσαμε τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας για το αν πιστεύουν πως το κάπνισμα είναι πεταμένα λεφτά, η συντριπτική πλειοψηφία της τάξεως του 90% (180 μ.) των μαθητών, δήλωσε πως όντως θεωρεί το κάπνισμα πεταμένα λεφτά.

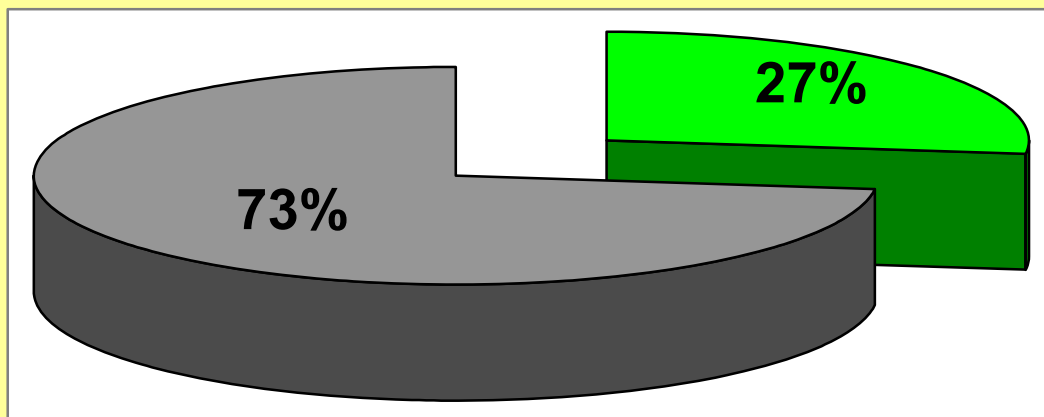
Το υπόλοιπο, μόλις 10% (20 μ.), απάντησε αρνητικά στην παραπάνω ερώτηση.



Ρωτήσαμε τους εφήβους αν θεωρούν πως το κάπνισμα κάνει κάποιον να μυρίζει άσχημα.

Τα αποτελέσματα που πήραμε ήταν πάνω κάτω τα αναμενόμενα, καθώς το 91% (182 μ.) των συνολικών μαθητών, απάντησε θετικά, ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 9% (18 μ.) που διαφωνεί με αυτή την τοποθέτηση.

Δεν έχω καπνίσει ποτέ, ούτε μια ρουφηξιά



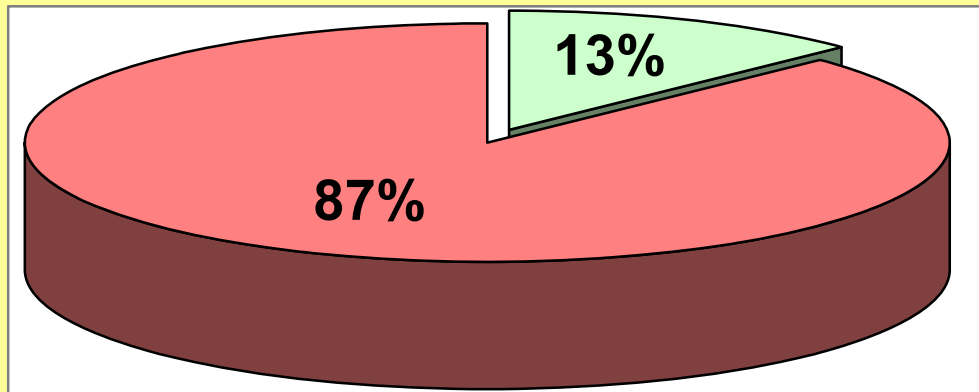
■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Σε μια σειρά ερωτήσεων που ακολούθησε, θέλαμε να δούμε σε τι ποσοστό και πόσο συχνά καπνίζουν οι έφηβοι.

Έτσι, στην ερώτηση αν έχουν καπνίσει έστω και μια ρουφηξιά, οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα μας, απάντησαν τα εξής:

Το 27% (54 μ.) των μαθητών μας είπαν πως δεν έχουν καπνίσει, ούτε έχουν δοκιμάσει ποτέ. Το υπόλοιπο 73% (146 μ.), απάντησε αρνητικά.

Έχω δοκιμάσει να καπνίσω 1-2 φορές



■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Συνεχίζοντας με αυτού του τύπου τις ερωτήσεις, ρωτήσαμε τους μαθητές αν έχουν απλά δοκιμάσει να καπνίσουν 1 με 2 φορές.

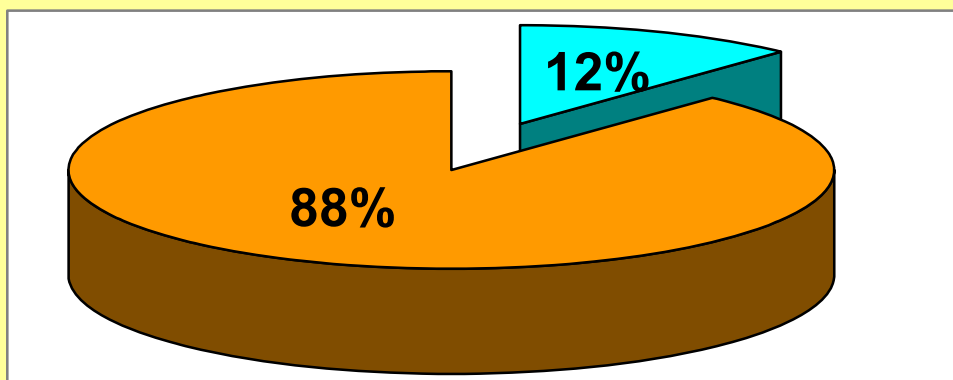
Σε αυτή την ερώτηση, το 12% (24 μ.) των μαθητών απάντησαν πως έχουν απλά δοκιμάσει να καπνίσουν 1 με 2 φορές.

Το υπόλοιπο 82% (164 μ.) του συνόλου των ερωτηθέντων μαθητών, απάντησε αρνητικά.

Παρ' ότι τα ποσοστά αυτής της ερωτήσεις είναι αυτά, πρέπει να αναφέρουμε πως η ερώτηση τέθηκε στο σύνολο των 200 μαθητών, άρα και στους 146 που έχουν απαντήσεις αρνητικά στην ερώτηση για το ότι δεν έχουν δοκιμάσει ούτε μια φορά να καπνίσουν.

Οπότε, στο σύνολο των 164 μαθητών που απαντά αρνητικά, οι 54 ανήκουν σε αυτούς που δεν έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν ούτε μια φορά, και οι υπόλοιποι 110 είναι ουσιαστικά αυτοί που απαντούν με αρνητικά, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν καπνίζουν.

Έχω καπνίσει 1-2 φορές, αλλά δεν καπνίζω πια



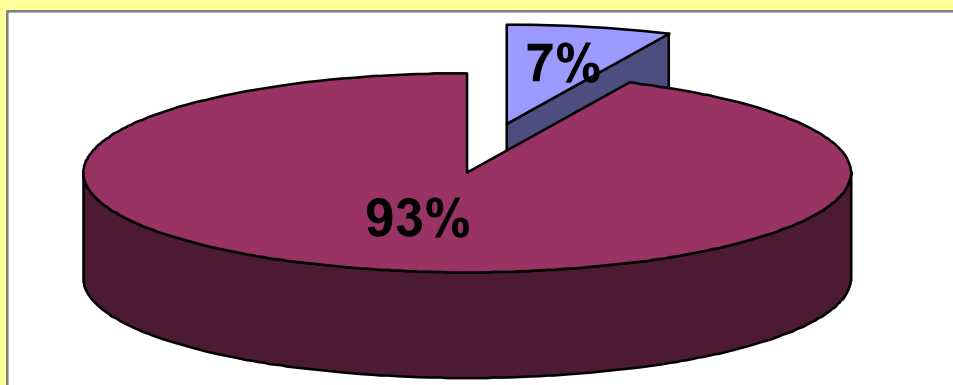
■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Στην παραπάνω ερώτηση, θέλαμε να μάθουμε αν κάποιοι από τους εφήβους που συμμετείχαν στην έρευνά μας, κάπνισαν κάποιες φορές και μετά το σταμάτησαν.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ερώτησης, το 12% (24 μ.) των μαθητών απάντησε πως έχεις καπνίσει 1 – 2 φορές, αλλά δεν καπνίζει πια. Το υπόλοιπο 88% (176 μ.) των μαθητών απάντησε αρνητικά.

Στο σύνολο των μαθητών που απάντησαν αρνητικά, συμπεριλαμβάνονται και οι 54 που δεν έχουν καπνίσει καμία φορά.

Καπνίζω καμιά φορά, αλλά λιγότερο απο 1 τσιγάρο την ημέρα

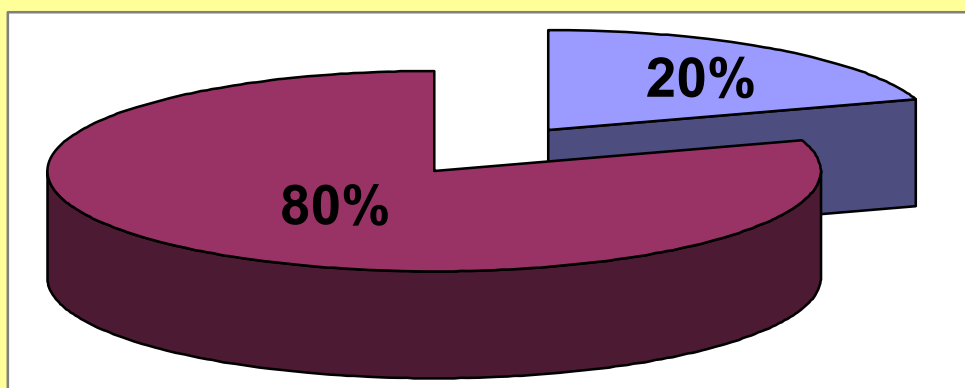


■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Σε ερώτηση για το αν οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας καπνίζουν, αλλά λιγότερο από 1 τσιγάρο την ημέρα, το 7% (14 μ.) των μαθητών απάντησε θετικά και το υπόλοιπο 93% (186 μ.) απάντησε αρνητικά.

Στο σύνολο των 186 μαθητών που απάντησαν αρνητικά σε αυτή την ερώτηση, συμπεριλαμβάνονται και οι 54 που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, οι 24 που έχουν μόνο δοκιμάσει 1-2 φορές να καπνίσουν, καθώς και οι υπόλοιπο 24 που έχουν καπνίσει 1-2 φορές, αλλά δεν καπνίζουν πια.

Συνήθως καπνίζω από 1 ως 6 τσιγάρα την εβδομάδα

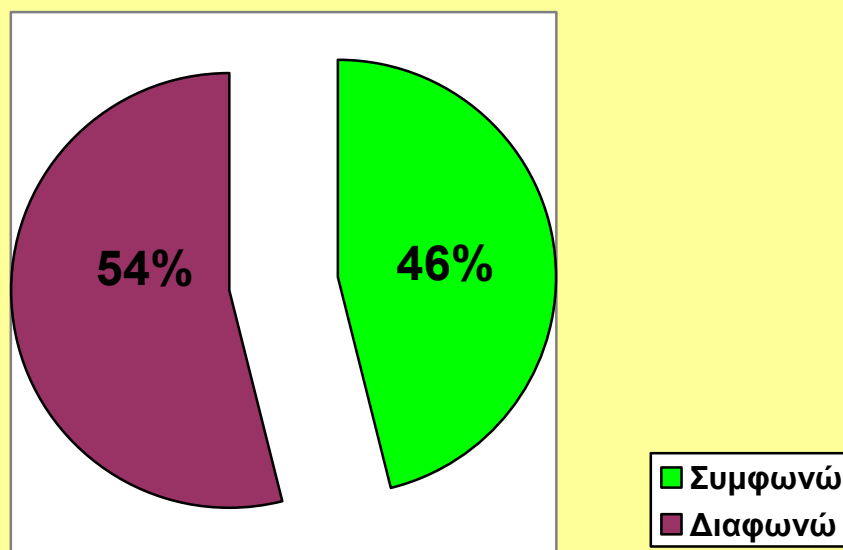


■ Συμφωνώ ■ Διαφωνώ

Προχωρώντας με τις ερωτήσεις μας, ρωτήσαμε τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνά μας να μας πουν πόσοι από αυτούς καπνίζουν από 1 ως 6 τσιγάρα την εβδομάδα.

Από το σύνολο των 200 μαθητών, το 20% (40 μ.) αυτών απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο 80% (160 μ.), απάντησαν αρνητικά.

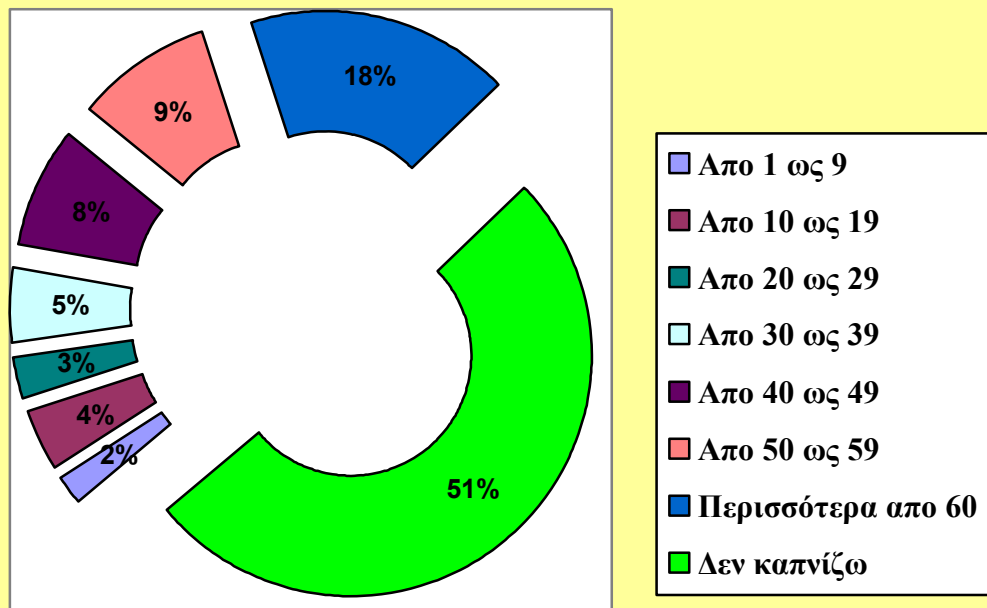
Καπνίζω πάνω απο 6 τσιγάρα την εβδομάδα



Τελειώνοντας με αυτού του τύπου τις ερωτήσεις, ρωτήσαμε τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας πόσοι από αυτούς καπνίζουν πάνω από 6 τσιγάρα την εβδομάδα, θέλοντας να δούμε πόσοι από το σύνολο των 200 παιδιών της έρευνάς μας καπνίζουν τακτικά.

Θετικά στην παραπάνω ερώτηση απάντησε το 46% (92 μ.) των μαθητών. Το υπόλοιπο 54% (108 μ.) των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας, απάντησε αρνητικά.

Σε μια εβδομάδα καπνίζω περίπου:

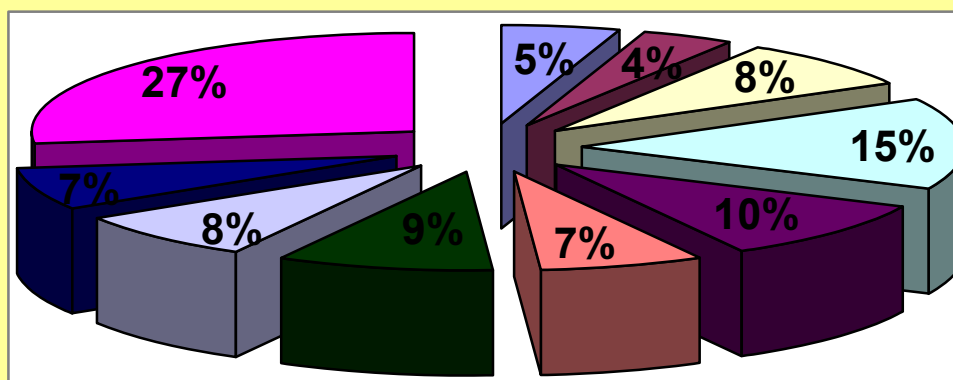


Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πόσα περίπου, σε αναλογία αν εβδομάδα, τσιγάρα καπνίζουν οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας.

Αναλυτικότερα, βλέπουμε πως από 1 ως 9 τσιγάρα καπνίζει το 2% (4 μ.) των μαθητών, από 10 ως 19 καπνίζει περίπου το 4% (8 μ.) των μαθητών, από 20 ως 29 τσιγάρα αν εβδομάδα καπνίζει περίπου το 3% (6 μ.), από 30 ως 39 τσιγάρα καπνίζει το 5% (10 μ.) των μαθητών, από 40 ως 49 τσιγάρα το 8% (16 μ.), από 50 ως 59 τσιγάρα περίπου ανά εβδομάδα καπνίζει το 9% (18 μ.) των μαθητών, και τέλος, περισσότερα από περίπου 60 τσιγάρα την εβδομάδα καπνίζει το 18% (36 μ.) των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας.

Επίσης, υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξεως του 51% (102 μ.) που δήλωσαν μη καπνιστές.

Όταν κάπνισα για πρώτη φορά, ήμουν:



Λιγότερο από 11	11 ετών	12 ετών
13 ετών	14 ετών	15 ετών
16 ετών	17 ετών	18 ετών
Δεν κάπνισα ποτέ		

Ρωτήσαμε τους μαθητές σε ποια περίπου ηλικία ήταν όταν κάπνισαν για πρώτη φορά. Από τις απαντήσεις που μας έδωσαν οι μαθητές αναφέρονται στο παραπάνω γράφημα, προκύπτουν τα εξής:

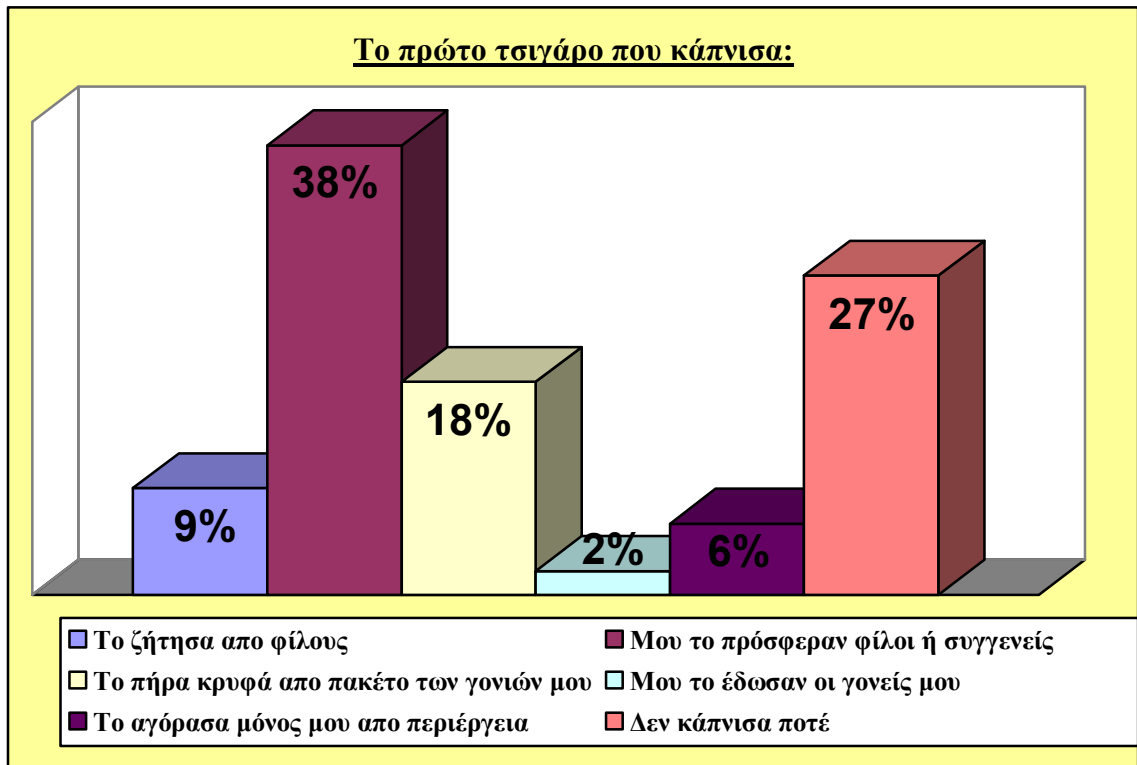
Το 5% (10 μ.) των μαθητών, μας είπε πως η πρώτη του “γνωριμία” με το τσιγάρο ήταν σε ηλικία μικρότερη των 11 ετών.

Στην ηλικία των 11 ετών, ξεκίνησε το κάπνισμα το 4% (8 μ.) των μαθητών, και στην ηλικία των 12 ετών το 8% (16 μ.). Το 17% (34 μ.) δηλαδή των μαθητών, κάπνισαν για πρώτη φορά ενώ ήταν ακόμη στο δημοτικό.

Συνεχίζοντας, με βάση το γράφημα, βλέπουμε πως σε ηλικία 13 ετών ξεκίνησε το κάπνισμα το 15% (30 μ.) των μαθητών, σε ηλικία 14 ετών το 10% (20 μ.) και σε ηλικία 15 ετών το ποσοστό των μαθητών που ξεκίνησε το κάπνισμα σε αυτή την ηλικία ήταν το 7% (14 μ.). Συνοπτικά, στην διάρκεια της φοίτησής τους στο γυμνάσιο, το 32% (64 μ.) των μαθητών που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας ξεκίνησε να καπνίζει για πρώτη φορά.

Προχωρώντας με την ανάλυση της ερώτησης μας, βλέπουμε πως στην ηλικία των 16 ετών κάπνισε το 9% (18 μ.) των μαθητών της έρευνάς μας, σε ηλικία 17 ετών κάπνισε το 8% (16 μ.), και στην ηλικία των 18 ετών οι μαθητές που κάπνισαν για πρώτη φορά ήταν το 7% (14 μ.) των συνολικών μαθητών. Όπως λοιπόν προκύπτει από τα παραπάνω, τα παιδιά που ξεκίνησαν το κάπνισμα για πρώτη φορά ενώ ήταν στις τάξεις του λυκείου, ήταν σε ποσοστό 24% (48 μ.) από τους 200 μαθητές που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας.

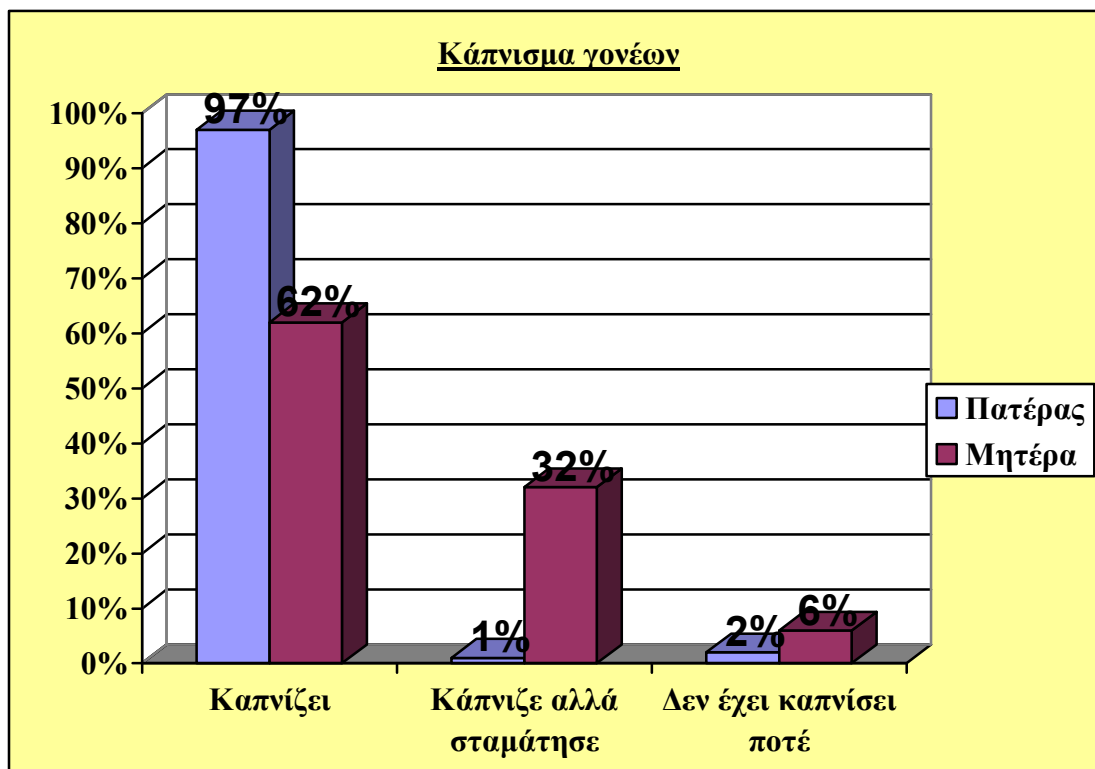
Τέλος, υπήρξε και το ποσοστό της τάξεως του 27% (54 μ.) που έχουν δηλώσει μη καπνιστές, που δεν έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν ούτε μια φορά.



Συνεχίζοντας τις ερωτήσεις για τις καπνιστικές συνήθειες των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνά μας, ρωτήσαμε τους μαθητές πως προμηθεύτικαν το πρώτο τους τσιγάρο.

Έτσι βλέπουμε, σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα, πως το 9% (18 μ.) των μαθητών ζήτησε το πρώτο του τσιγάρο από ένα φίλο, στο 38% (76 μ.) των μαθητών πρόσφερε το τσιγάρο ένας φίλος ή συγγενείς, κι ένα ποσοστό του 18% (36 μ.) δήλωσε πως πήρε το πρώτο του τσιγάρο κρυφά, από πακέτο των γονιών του. Επίσης, υπήρξε και το 2% (4 μ.) αυτών που δήλωσαν πως το πρώτο τους τσιγάρο τους το έδωσαν οι γονείς τους. Τέλος, το 6% (12 μ.) απάντησε πως αγόρασε μόνος του το πρώτο του πακέτο από περιέργεια.

Το υπόλοιπο 27% (54 μ.) του συνόλου των μαθητών που απομένει, δηλώνουν μη καπνιστές που δεν έχουν δοκιμάσει ούτε μια φορά να καπνίσουν.



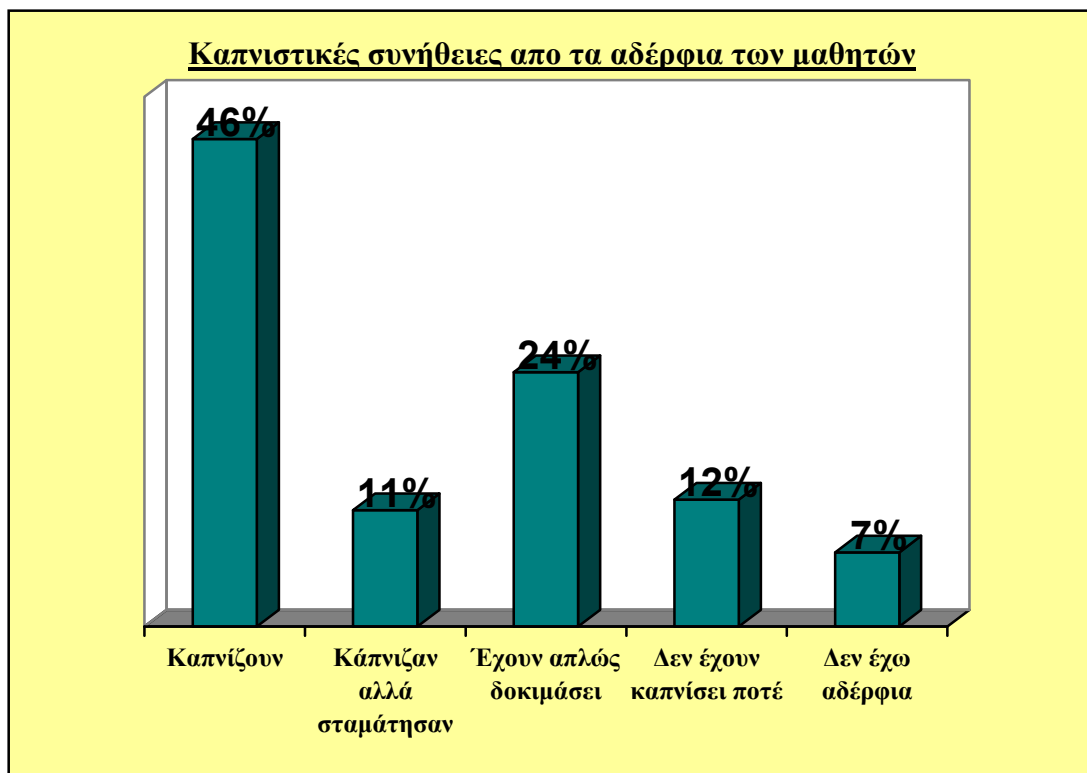
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει συγκριτικά τις καπνιστικές συνήθειες των γονέων των μαθητών που απάντησαν στις ερωτήσεις μας.

Ο λόγος που θέσαμε την συγκεκριμένη ερώτηση στους μαθητές, ήταν για να δούμε κατά πόσον οι μαθητές έχουν επηρεαστεί από τους γονείς τους για να αρχίσουν το κάπνισμα. Είσαι σίγουρα πιο εύκολο για έναν έφηβο να ξεκινήσει το κάπνισμα αν έχει γονείς καπνιστές, καθώς το γεγονός αυτό 'απενεχοποιεί' την εικόνα του τσιγάρου στα μάτια του εφήβου. Αφού το κάπνισμα είναι καλό για τους γονείς τους, είναι καλό και γι' αυτούς.

Έτσι, λοιπόν, αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε πως το 62% (124) μητέρες των μαθητών των παιδιών καπνίζουν, σε σχέση με το συντριπτικό ποσοστό του 97% (194) των πατέρων των παιδιών.

Ένα ποσοστό της τάξεως του 6% (12) των μητέρων κάπνιζε αλλά έχει σταματήσει, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των πατεράδων που σταμάτησαν το κάπνισμα, φτάνει μόλις στο 1% (2) του συνολικού ποσοστού.

Τέλος, στο σκέλος της ερώτησης που λέει για γονείς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, το ποσοστό για τις μητέρες είναι 32% (64), και για τους πατέρες το αντίστοιχο ελάχιστο ποσοστό της τάξεως του 2% (4).



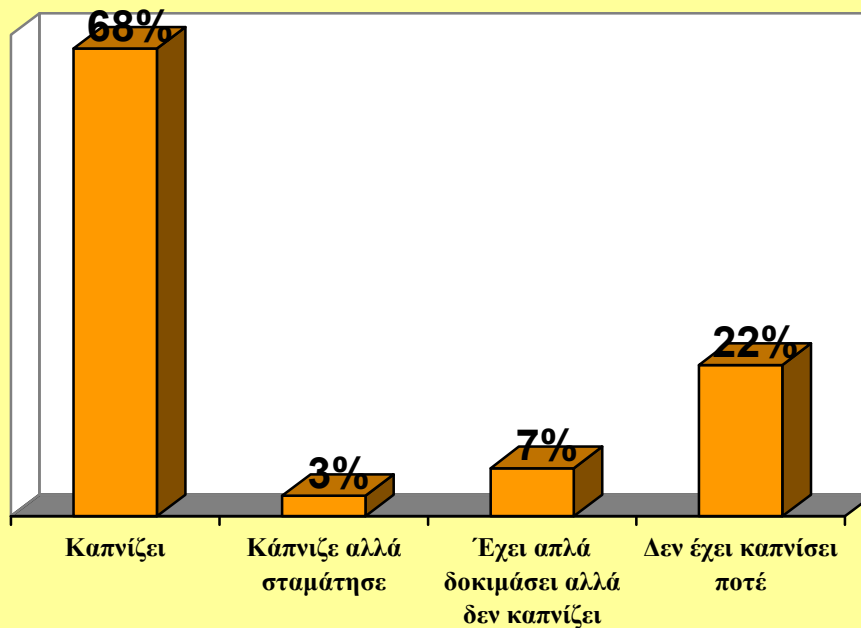
Εκτός από τις συνήθειες των γονέων των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας, θεωρήσαμε πως έπρεπε να μάθουμε και για τις καπνιστικές συνήθειες των αδερφών τους, δεδομένου πως ένας έφηβος επηρεάζεται άμεσα και από τα αδέρφια του, ιδίως όταν αυτά είναι μεγαλύτερα.

Έτσι, στην ερώτηση για το αν τα αδέρφια των ερωτηθέντων μαθητών καπνίζουν, θετικά απάντησε το 46% (92 μ.) των μαθητών. Το 11% (22 μ.), απάντησε πως τα αδέρφια τους κάπνιζαν στο παρελθόν, αλλά το έκοψαν, και το 24% (48 μ.) των μαθητών, απάντησε πως τα αδέρφια τους έχουν δοκιμάσει, αλλά δεν καπνίζουν.

Το ποσοστό των παιδιών που απάντησαν πως τα αδέρφια τους δεν έχουν καπνίσει ποτέ, είναι το 12% (24 μ.) του συνόλου. Εδώ, πρέπει να συμπληρώσουμε πως με βάση τα ερωτηματολόγια που συλλέξαμε, το ποσοστό αυτό των μη καπνιστών ίσχυε μόνο γιατί τα αδέρφια των μαθητών αυτών ήταν πολύ μικρά για να καπνίζουν.

Τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως του 7% (14 μ.), απάντησε πως δεν έχει αδέρφια.

Ο/Η καλύτερος/ή σου φίλος/η

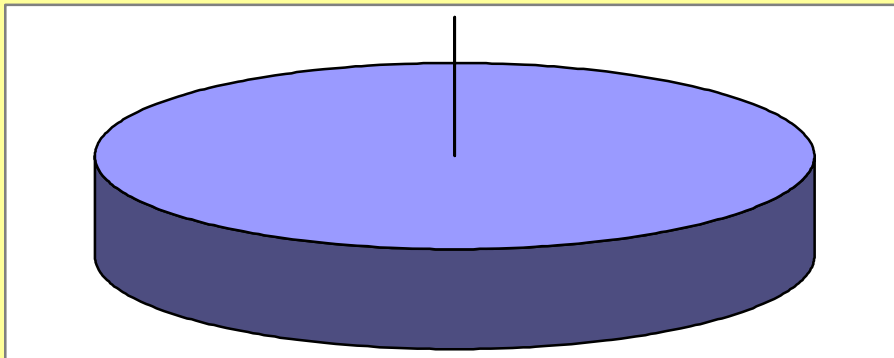


Η παρούσα ερώτηση, αφορά τους φίλους των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας, και τις καπνιστικές τους συνήθειες. Κι αυτό γιατί περισσότερο από τους γονείς και τα αδέρφια τους, οι έφηβοι επηρεάζονται από τους φίλους τους. Είναι σ' εκείνους που θέλουν να αρέσουν και πολλές φορές κάνουν πράγματα που υπό άλλες συνθήκες δεν θα έκαναν, απλά και μόνο για να μην παραμεριστούν από την παρέα και να μην τους «κοροϊδέψουν».

Έτσι, βλέπουμε πως οι έφηβοι που απάντησαν πως ο/η καλύτερος/η φίλος/η τους καπνίζει, φτάνουν στο ποσοστό του 68% (136 μ.). Το 3% (6 μ.) των μαθητών απάντησε πως ο/η καλύτερός/η τους φίλος/η κάπνιζε, αλλά σταμάτησε. Οι μαθητές που απάντησαν πως ο/η καλύτερος/η τους φίλος/η έχουν απλώς δοκιμάσει αλλά δεν καπνίζουν, απαντούν στο 7% (14 μ.) του συνολικού ποσοστού των ερωτηθέντων. Τέλος, το 22% (44 μ.) των μαθητών απάντησαν πως ο/η καλύτερος/η φίλος/η τους δεν έχει καπνίσει ποτέ.

Νομίζεις πως τα παιδιά της ηλικίας σου χρειάζεται να παίρνουν
χαρτζιλίκι:

0%

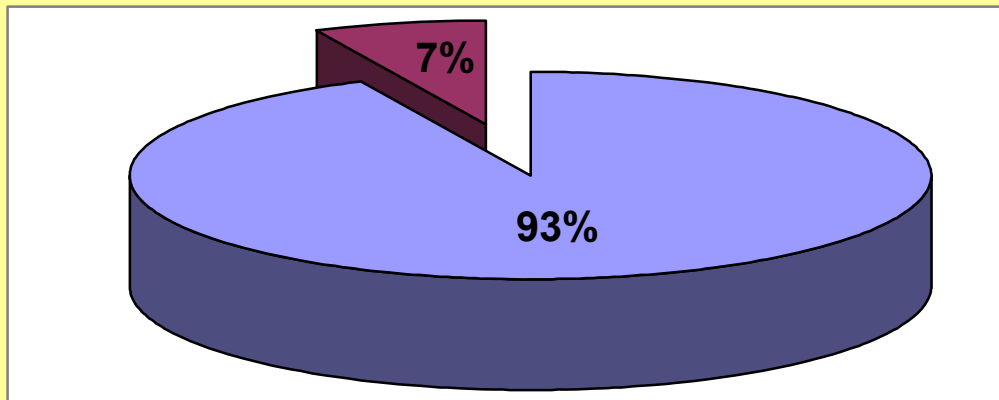


100%

■ Ναι ■ Όχι

Στην ερώτηση για το αν οι μαθητές που συμμετέχουν στην έρευνά μας πιστεύουν πως τα παιδιά της ηλικίας τους χρειάζεται να παίρνουν χαρτζιλίκι, το συντριπτικό και αδιαμφισβήτητο ποσοστό του 100% (200 μ.) των μαθητών απάντησε θετικά.

Εσύ παίρνεις χαρτζιλίκι:

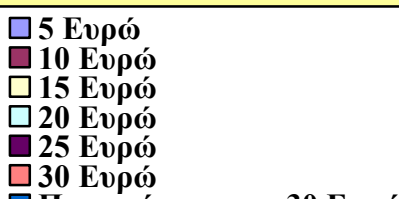
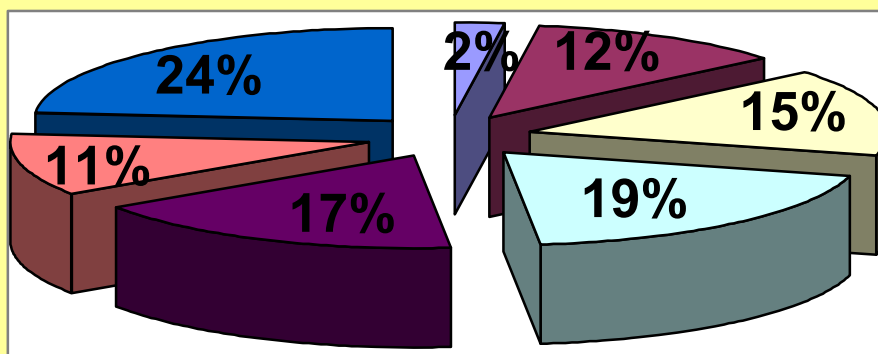


■ Ναι ■ Όχι

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις, ρωτήσαμε τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας, αν παίρνουν χαρτζιλίκι.

Το 93% (186 μ.) των μαθητών απάντησε θετικά, άνω το υπόλοιπο 7% (14 μ.) απάντησε πως δεν παίρνει χαρτζιλίκι.

Πόσα περίπου χρήματα την εβδομάδα:

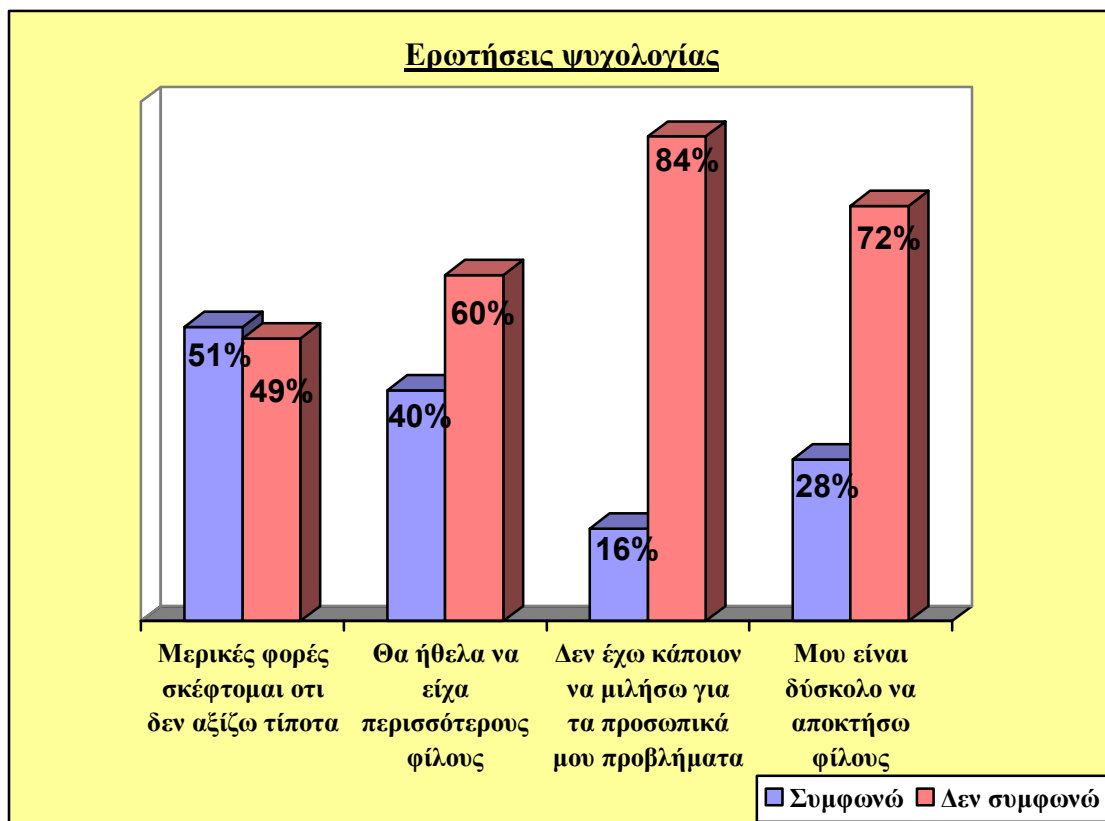


Θέλοντας να μάθουμε αν στο ότι τα παιδιά καπνίζουν βοηθάει και το ποσό των χρημάτων που έχουν για να ξοδέψουν ως χαρτζιλίκι, συνεχίσαμε τις ερωτήσεις που αφορούν τα χρήματα.

Στην ερώτησή μας για το ποσό των χρημάτων που παίρνουν εβδομαδιαίως οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας, πήραμε τις εξής απαντήσεις:

Το 2% (4 μ.) των μαθητών είπαν πως παίρνουν 5€ ως χαρτζιλίκι, 10€ παίρνει το 11% (22 μ.) των μαθητών, 15€ παίρνει το 14% (28 μ.), 20€ παίρνει το 18% (36 μ.), ενώ το 16% (32 μ.) παίρνει 25€. Το 10% (20 μ.) των μαθητών είπαν πως παίρνουν 30€, ενώ το 22% (44 μ.) των μαθητών απάντησε πως παίρνει πάνω από 30€ για χαρτζιλίκι την εβδομάδα.

Επίσης, υπάρχει και το 7% των μαθητών που έχουν δηλώσει πως δεν παίρνουν χαρτζιλίκι, οπότε και δεν συμμετείχαν σε αυτή την ερώτηση.



Στο γράφημα που βλέπουμε παραπάνω, θελήσαμε να δούμε την ψυχολογική παράμετρο του καπνίσματος. Σύμφωνα με έρευνες, έχει αποδειχθεί πως πολύ ξεκινάνε το κάπνισμα επειδή δεν είναι σε καλή ψυχολογική κατάσταση. Θέλοντας λοιπόν να δούμε αν και κατά πόσον οι έφηβοι αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα ή δεν έχουν καλή εικόνα για τον εαυτό τους και ως μέτρο αντιμετώπισης παίρνουν το κάπνισμα, τους θέσαμε τις παραπάνω ερωτήσεις.

Τα αποτελέσματα που πήραμε από την έρευνά μας, είναι τα εξής:

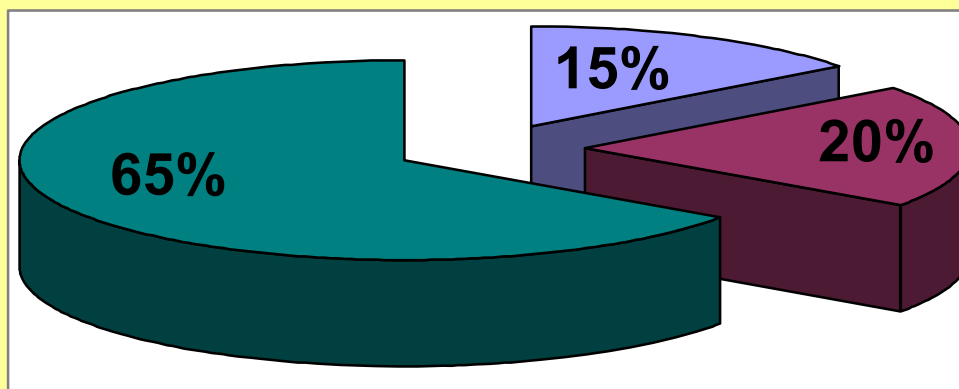
Στην ερώτηση που κάναμε στους μαθητές για το αν σκέφτονται πως μερικές φορές δεν αξίζουν τίποτα, συμφώνησε το 51% (102 μ.) των ερωτηθέντων μαθητών. Το υπόλοιπο 49% (98 μ.), διαφωνεί με αυτή την τοποθέτηση.

Στην συνέχεια, ρωτήσαμε τους μαθητές να μας πουν αν θα ήθελαν περισσότερους φίλους. Ως αποτέλεσμα, το 40% (80 μ.) των μαθητών είτε πως συμφωνεί με την παραπάνω πρόταση, ενώ το υπόλοιπο 60% (120 μ.), θεωρεί πως έχει ήδη αρκετούς φίλους, και απάντησαν πως δεν θα ήθελαν περισσότερους.

Το επόμενο στο οποίο θέλαμε να μας απαντήσουν οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας, ήταν να μας πουν αν πίστευαν πως δεν είχαν κάποιο, να μιλήσουν για τα προσωπικά τους προβλήματα. Το 16% (32 μ.) συμφώνησε με αυτή την άποψη, ενώ το υπόλοιπο 84% (168 μ.) των μαθητών θεώρησαν πως έχουν γύρω τους άτομα με τα οποία μπορούν να συζητήσουν τα προβλήματά τους.

Τέλος, ρωτήσαμε τους μαθητές αν τους είναι δύσκολο να αποκτήσουν καινούριους φίλους. Το 28% (56 μ.) των ερωτηθέντων απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο 72% (144 μ.) πιστεύει πως δεν είναι δύσκολη η αποκτήσει καινούριων φίλων.

Καπνίζω στο σπίτι:



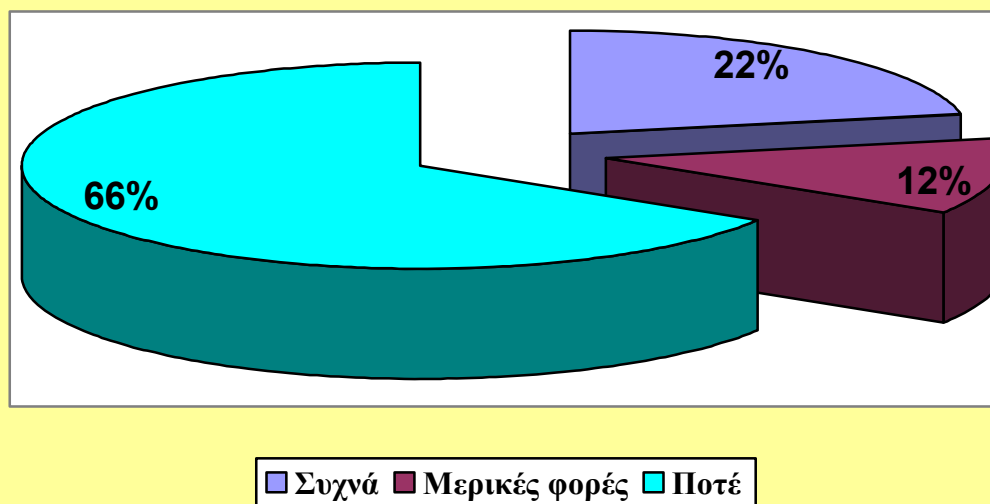
■ Συχνά ■ Μερικές φορές ■ Ποτέ

Σε μια σειρά ερωτήσεων που ακολούθησε, θελήσαμε να μάθουμε την συχνότητα που κάνουν κάποια πράγματα σε σχέση με το κάπνισμα οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας.

Έτσι, σε ερώτηση για την συχνότητα που οι ερωτηθέντες καπνίζουν μέσα στο σπίτι, το 23% (46 μ.) των μαθητών απάντησε «Συχνά», το 12% (24 μ.) «Μερικές φορές» και το υπόλοιπο 65% (130 μ.), απάντησε «Ποτέ».

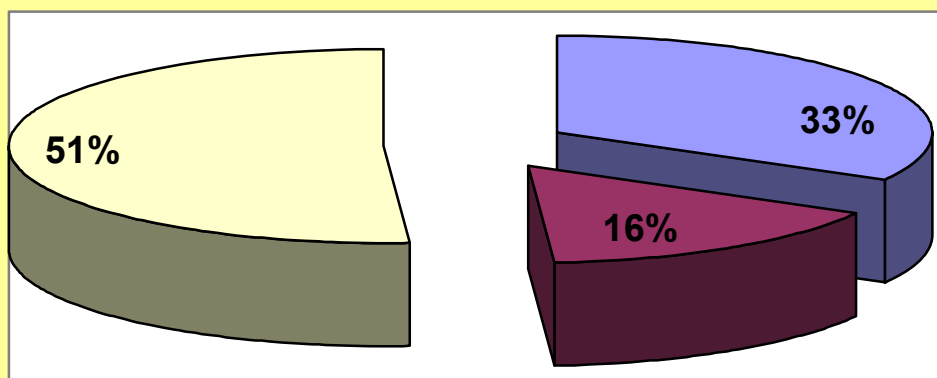
Παρ' ότι το 65% είναι φαινομενικά μεγάλο ποσοστό, πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν πως μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνεται και το 27% των μαθητών που δεν κάπνισαν ποτέ καθώς και το υπόλοιπο 24% των μαθητών που έχει δοκιμάσει να καπνίσει, αλλά δεν καπνίζει.

Καπνίζω στα διαλείμματα στο σχολείο



Στην ερώτηση για το αν τα παιδιά της έρευνάς μας καπνίζουν κατά την διάρκεια των διαλειμμάτων στο σχολείο, τα παιδιά που απάντησαν «Συχνά» ήταν το 22% (44 μ.) του συνόλου, «Μερικές φορές» απάντησε το 12% (24 μ.) των μαθητών, και τα παιδιά που απάντησαν «Ποτέ» ήταν το 66% (132 μ.) των μαθητών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δεν καπνίζουν.

Καπνίζω αλλού



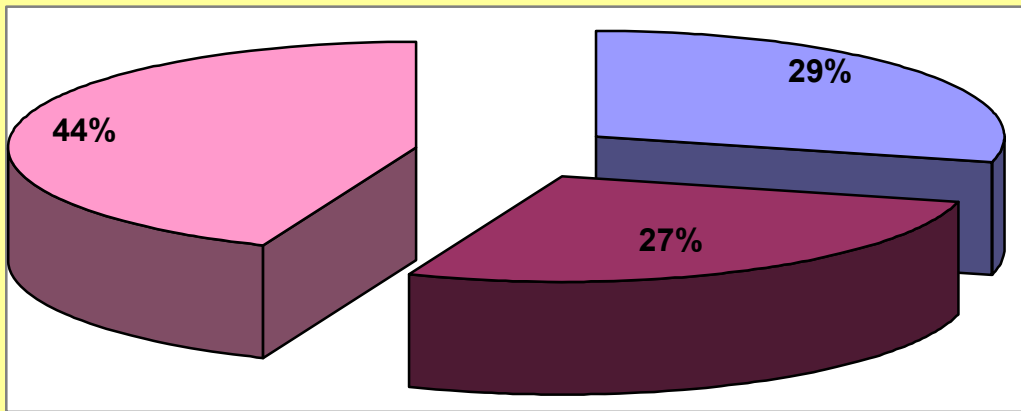
■ Συχνά ■ Μερικές φορές ■ Ποτέ

Ρωτήσαμε τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνά μας, να μας πουν αν καπνίζουν και σε άλλα μέρη εκτός από το σχολείο και το σπίτι, και πόσο συχνά.

Τα παιδιά που απάντησαν «Συχνά», ήταν το 33% (66 μ.) των μαθητών, το 16% (32 μ.) μας είπε πως «Μερικές φορές» καπνίζει σε άλλα μέρη, και τέλος, το υπόλοιπο 51% (102 μ.) συμπεριλαμβανομένων και των μη καπνιστών, απάντησε «Ποτέ».

Όταν ζητήσαμε τους μαθητές να μας πουν μέρη στα οποία καπνίζουν, είχαμε μεγάλη ποικιλία απαντήσεων. Οι περισσότεροι ανέφεραν τις καφετερίες και τα Clubs, άλλοι είπαν πως καπνίζουν στον δρόμο, άλλοι σε πάρκα, ή σε σπίτια φίλων τους, και άλλοι μας απάντησαν απλά «Παντού».

Καπνίζω μόνος μου

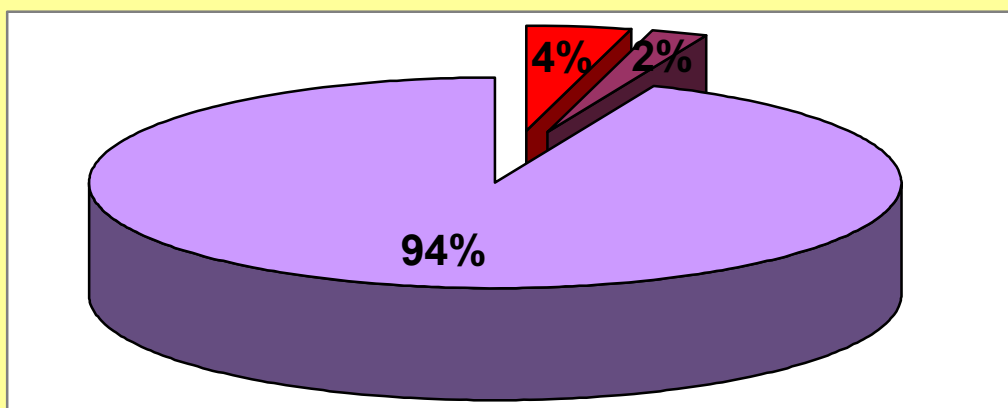


■ Συχνά ■ Μερικές φορές ■ Ποτέ

Σε ερώτησή μας για το αν οι μαθητές καπνίζουν και όταν είναι μόνοι τους, «Συχνά» απάντησε το 29% (58 μ.), το 27% (54 μ.) απάντησε «Μερικές φορές», και το υπόλοιπο 44% (88 μ.) απάντησε «Ποτέ».

Από αυτή την ερώτηση, συμπεραίνουμε πως ένα μεγάλο ποσοστό των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας (29%), έχει ήδη εθιστεί στο τσιγάρο, με αποτέλεσμα να έχουν την ανάγκη να καπνίσουν ακόμη και όταν είναι μόνοι τους, στο σπίτι.

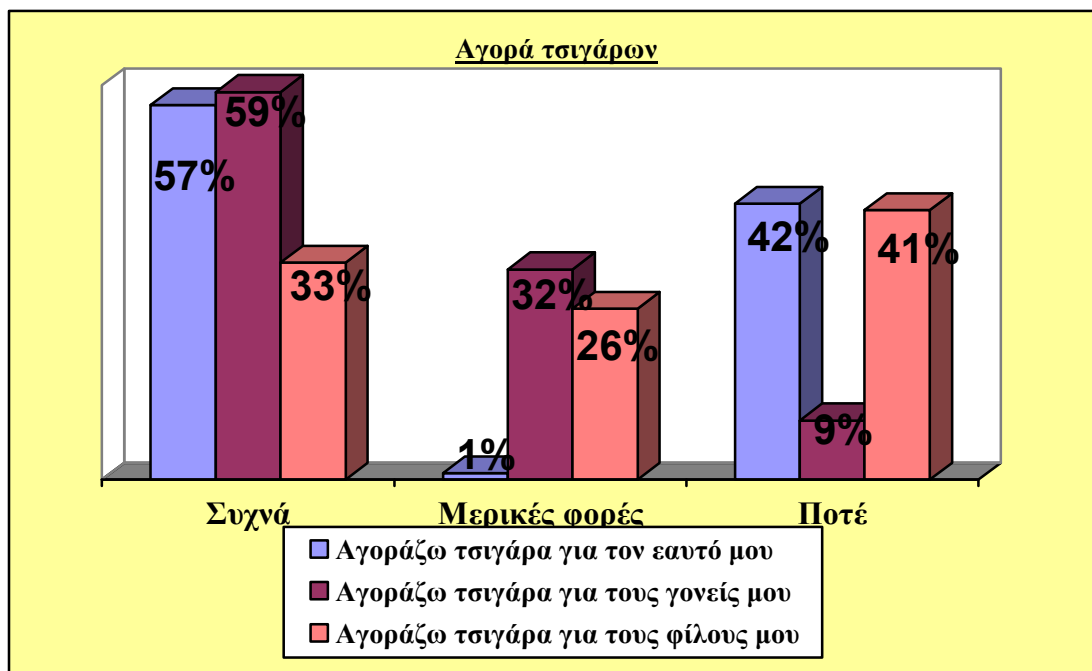
Καπνίζω με τους γονείς μου



■ Συχνά ■ Μερικές φορές ■ Ποτέ

Ρωτήσαμε τους μαθητές να μας πουν αν καπνίζουν με τους γονείς τους. Οι απαντήσεις που πήραμε ήταν οι εξής:

Το 8% (18 μ.) μας είπαν πως καπνίζουν με τους γονείς τους «Συχνά», το 4% (8 μ.) μας είπε πως «Μερικές φορές» καπνίζουν με τους γονείς τους και το υπόλοιπο 88% (176 μ.) των μαθητών, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δεν καπνίζουν, απάντησε «Ποτέ».



Ρωτήσαμε τους μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνά μας αν αγοράζουν τσιγάρα, και για ποιον τα αγοράζουν.

Έτσι, σύμφωνα με τα στοιχεία που βλέπουμε στο παραπάνω γράφημα, βλέπουμε πως οι νέοι αγοράζουν συχνά τσιγάρα για τον εαυτό τους. Σε ποσοστό μάλιστα 57% (114 μ.).

Εξίσου συχνά αγοράζουν τσιγάρα και για τους γονείς τους. Το ποσοστό αυτό των μαθητών που αγοράζουν τσιγάρα για τους γονείς τους, φτάνει στο 59%. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε πως είναι μεγάλη η ανευθυνότητα των γονέων όταν στέλνουν τα παιδιά τους να τους αγοράσουν τσιγάρα. Δεν σκέφτονται πως έτσι δίνουν ακόμη ένα κίνητρο στα παιδιά τους να πειραματιστούν με το τσιγάρο σε ακόμη μικρότερη ηλικία.

Τέλος υπάρχει και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό νέων που αγοράζουν τσιγάρα για τους φίλους τους, πολύ πιθανόν γιατί οι άμεσα ενδιαφερόμενοι φίλοι τους ντρέπονται να αγοράσουν ή ακόμη και φοβούνται μήπως και τους δει κάποιος που τους ξέρει και το πει στους γονείς τους.

Συνεχίζοντας με την ανάλυση του γραφήματος, το ποσοστό των παιδιών που μας λένε πως αγοράζουν μερικές φορές τσιγάρα για τον εαυτό τους είναι μόλις το 1% (2 μ.), ενώ το ποσοστό αυτών που λεί πως μερικές φορές αγοράζει τσιγάρα για τους γονείς τους, εξακολουθεί να είναι υψηλό, φτάνοντας το 32% (64 μ.). Επίσης και το ποσοστό εκείνων που αγοράζουν τσιγάρα για τους φίλους τους μερικές φορές, κυμαίνεται πάνω κάτω στα ίδια επίπεδα με αυτούς που αγοράζουν για τους γονείς τους, φτάνει δηλαδή στο 26% (52 μ.) του συνόλου των μαθητών. Τελειώνοντας

με την ανάλυση του γραφήματος, οι μαθητές που μας είπαν πως δεν αγοράζουν ποτέ τσιγάρα για τον εαυτό τους είναι το 42% (84 μ.). Από αυτούς, κάποιος είναι αυτοί που δεν καπνίζουν και κάποιος βάζουν κάποιον άλλο να τους τα αγοράσει. Δυστυχώς το ποσοστό των μαθητών που δεν αγοράζουν ποτέ τσιγάρα για τους γονείς τους, φτάνει μόλις και μετά βίας το 9% (18 μ.), ενώ σχετικά υψηλό είναι το ποσοστό εκείνων που μας απαντούν πως δεν αγοράζουν ποτέ τσιγάρα για τους φίλους τους. Φτάνει στο 41% (82 μ.) του συνόλου των μαθητών που συμμετείχαν στην έρευνά μας.

Στατιστικά στοιχεία

Μερικά γενικά στοιχεία

- Το 1/3 του ενήλικου πληθυσμού της Γης είναι καπνιστές. Υπολογίζεται ότι 1,1 δισ. ενήλικοι καπνίζουν κατά διαστήματα ή πολύ συχνά.
- Ο αριθμός των καπνιστών έχει φθίνουσα τάση στα αναπτυγμένα κράτη, αλλά παρουσιάζει αύξηση στις φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες.
- Παρουσιάζεται αύξηση του αριθμού των γυναικών καπνιστριών στις αναπτυγμένες χώρες, όπου το 42% των ανδρών και το 24% των γυναικών κατά μέσο όρο καπνίζουν.
- Αντίθετα, μόνο 7% των γυναικών έναντι 48% των ανδρών είναι καπνίστριες στις αναπτυσσόμενες χώρες, υποδηλώνοντας έστω και με αυτόν το δεινό τρόπο τη σχετική ανελευθερία των γυναικών στις χώρες αυτές.
- Τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον κόσμο υπολογίζεται ότι πεθαίνουν πρόωρα λόγω του καπνίσματος και των βλαβών που επιφέρει στον οργανισμό.
- Υπολογίζεται ότι το κάπνισμα θα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου και αναπηριών το 2030 με πάνω από δέκα εκατομμύρια θανάτους ετησίως, ξεπερνώντας το AIDS, τη φυματίωση, την περιγεννητική θνησιμότητα, τα τροχαία ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις δολοφονίες μαζί.
- Ένας μακροχρόνιος καπνιστής κινδυνεύει σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% να πεθάνει εξαιτίας ασθενειών που οφείλονται στη βλαβερή αυτή συνήθεια.

Καρκίνος και κάπνισμα

Παρ' όλο που το κάπνισμα είναι σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για πολλές παθήσεις, η βασικότερη και με χειρότερη πρόγνωση νόσος για την εμφάνιση της οποίας το κάπνισμα παίζει κυρίαρχο ρόλο είναι ο καρκίνος.

- Καρκίνος του πνεύμονα. Ο καρκίνος του πνεύμονα στις ΗΠΑ οφείλεται στο κάπνισμα (ποσοστό 80%). Το 25% των ανθρώπων που καπνίζουν κινδυνεύουν να προσβληθούν από καρκίνο του πνεύμονα. Η πρόγνωση αυτής της μορφής καρκίνου είναι δυστυχώς πολύ κακή· μόλις 15% των προσβληθέντων καταφέρνει να επιβιώσει πέντε χρόνια μετά την αρχική διάγνωση.

- Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα. Ο καπνιστής έχει 27 και 12 φορές παραπάνω πιθανότητες να νοσήσει από αυτές τις δύο μορφές καρκίνου αντίστοιχα.
- Καρκίνος της ουροδόχου κύστεως. Στο δυτικό κόσμο, το κάπνισμα ευθύνεται για το 40-70% όλων των περιπτώσεων. Υπολογίζεται ότι ο καπνιστής έχει δύο με τρεις φορές παραπάνω πιθανότητες να νοσήσει από καρκίνο της ουροδόχου κύστεως σε σχέση με το μη καπνιστή.
- Καρκίνος του μαστού. Παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της νόσου αυτής τις τελευταίες δεκαετίες, γεγονός που συσχετίζεται και με την αύξηση του αριθμού των γυναικών καπνιστριών, χωρίς να υποβαθμίζονται οι υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου.
- Καρκίνος του παγκρέατος. Η πάθηση αυτή που συνοδεύεται από κακή πρόγνωση, συνδέεται με τις καρκινογόνες ουσίες που κυκλοφορούν στο αίμα ως αποτέλεσμα του καπνίσματος. Υπολογίζεται ότι το τελευταίο είναι υπεύθυνο για το 30% των περιστατικών.
- Καρκίνος του παχέος εντέρου. Ύστερα από έρευνες στις ΗΠΑ, παρατηρήθηκε διπλασιασμός της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε καπνιστές.

Γυναίκες και κάπνισμα

Το κάπνισμα στις γυναίκες έχει αποδεδειγμένα συνδεθεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου, καρδιαγγειακών νοσημάτων, πνευμονικών νοσημάτων καθώς και γυναικολογικών προβλημάτων. Λόγω της ανοδικής τάσης του στο δυτικό κόσμο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τείνει να εξελιχθεί σε μάστιγα.

- Υγεία του εμβρύου. Τα έμβρυα γυναικών που καπνίζουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν μικρότερο βάρος γέννησης κατά 200-250 γραμμάρια. Παράλληλα, το κάπνισμα ευθύνεται για πρόωρο τοκετό, αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας, μικρότερη διάρκεια θηλασμού όπως επίσης και για το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών.
- Καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι γυναίκες καπνίστριες κινδυνεύουν περισσότερο να προσβληθούν από ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου σε σχέση με μη καπνίστριες σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών, ιδιαίτερα αν λαμβάνουν και αντισυλληπτικά.
- Χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια. Ο κίνδυνος εμφάνισης αυξάνεται στις καπνίστριες και σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως.
- Καρκίνος του πνεύμονα. Το 1987 ο καρκίνος του πνεύμονα ο οποίος σχετίζεται

Άμεσα με το κάπνισμα ξεπέρασε σε θλιβερό απολογισμό τον καρκίνο του μαστού ως πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες των ΗΠΑ. Έκτοτε, ακολουθεί ανοδική τάση σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Το 1990 εκτιμήθηκαν παγκοσμίως 228.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα, ενώ αναμένεται αύξηση του αριθμού αυτού, εξαιτίας της αύξησης του αριθμού των καπνιστριών στο δυτικό κόσμο.

Νεολαία και κάπνισμα

Αν και τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω αφορούν σε δεδομένα που προέρχονται από τις ΗΠΑ, ωστόσο αποτελούν μια ενδιαφέρουσα ένδειξη. Τα δεδομένα βασίζονται σε μεγάλη έρευνα που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ στους μαθητές γυμνασίου και λυκείου το 2000.

- Μαθητές και μαθήτριες σε ποσοστό 49,5% δηλώνουν ότι έχουν καπνίσει έστω και μία φορά.
- Το 26% των μαθητών και το 20,1% των μαθητριών υποστηρίζουν ότι καπνίζουν τακτικά.
- Το 42,1% των μαθητών ζει σε σπίτια όπου υπάρχει τουλάχιστον ένας καπνιστής.
- Το 90,8% των μαθητών πιστεύει ότι το παθητικό κάπνισμα είναι επιβλαβές.
- Το 55,8% των έφηβων μαθητών δηλώνει ότι επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα.
- Το ίδιο ποσοστό περίπου (88%) διάβασε, άκουσε ή είδε διαφημίσεις για τσιγάρα και αντικαπνιστικά μηνύματα.
- Επιπλέον, το 21,7% των μαθητών γενικά κατέχει κάποιο αντικείμενο που φέρει λογότυπο μιας μάρκας τσιγάρων.

Παιδί και παθητικό κάπνισμα

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΠΟΥ, η έκθεση του παιδιού στον καπνό που προέρχεται από το οικογενειακό του περιβάλλον αποτελεί ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα. Έτσι, τα παιδιά τα οποία εκτίθενται στον καπνό:

- Έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από αναπνευστικές παθήσεις όπως βρογχίτιδα και πνευμονία. Ταυτόχρονα, το παθητικό κάπνισμα επιτείνει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των ασθματικών κρίσεων.
- Μπορεί να προσβληθούν ευκολότερα από οξεία και χρόνια ωτίτιδα.

- Κινδυνεύουν περισσότερο από τα άλλα παιδιά να αντιμετωπίσουν μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς και διαταραχές του λόγου.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για ορισμένες μορφές καρκίνου που προσβάλλουν κυρίως τα παιδιά.

Το κάπνισμα στην Ελλάδα

Τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω αφορούν αποκλειστικά στην ελληνική επικράτεια και προέρχονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

- Το 46% των ανδρών και το 28% των γυναικών άνω των 15 ετών είναι καπνιστές.

- Το 5% των αγοριών και των κοριτσιών 11 με 15 ετών καπνίζει.

- Το 50% των ανδρών ιατρών και το 16,8% των γυναικών ιατρών είναι καπνιστές.

- Το 1995, 11.100 θάνατοι στους άνδρες και 1.400 στις γυναίκες οφείλονταν στο κάπνισμα.

- Το ίδιο έτος, 3.000 άνδρες και 200 γυναίκες 35 έως 70 ετών έχασαν τη ζωή τους από καρκίνο (κυρίως του πνεύμονα), λόγω της βλαβερής αυτής συνήθειας.

- Παρατηρείται διπλασιασμός των συνολικών θανάτων εξαιτίας παθήσεων που οφείλονται στο κάπνισμα στις ηλικίες 35 έως 70 ετών από το 1965 μέχρι το 1995 (6.000 θάνατοι έναντι 3.100).

- Το 1995 καταναλώθηκαν 37,6 δισ. τσιγάρα έναντι μόλις 17 δισ. το 1965.

Επίλογος.

Το κάπνισμα σκοτώνει. Αν αυτή η στερεότυπη φράση δεν σημαίνει τίποτε για εσάς, τα παραπάνω στοιχεία είναι αρκετά για να σας υπενθυμίσουν τους κινδύνους από το κάπνισμα και πόσο υπαρκτοί είναι.

Συζήτηση

Συζήτηση

Σκοπός ήταν η καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών των εφήβων της Κρήτης και συγκεκριμένα στο νομό Ηρακλείου.

Το υλικό μας αποτελείται από 200 εφήβους της περιοχής Τάλου Ηρακλείου που φοιτούν στο Λύκειο.

Από το δείγμα που είχαμε συμπεράναμε ότι τα παιδιά αρχίζουν να δοκιμάζουν να καπνίζουν για πρώτη φορά σε ηλικία μικρότερη των 11 χρόνων γεγονός που έχει διαπιστωθεί και από άλλες έρευνες που έχουν γίνει.

Αρκετά συχνά τους το προσφέρουν φίλοι και συγγενείς ή το παίρνουν από το πακέτο των γονιών τους κρυφά.

Παρατηρήσαμε επίσης ότι οι έφηβοι επηρεάζονται σε μεγάλο ποσοστό από τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους και των αδερφών τους, όσο και από τις καπνιστικές συνήθειες των φίλων τους.

Το ποσοστό των γονέων που καπνίζουν είναι:62%(124)για τις μητέρες. Σημαντική υπεροχή παρουσιάζει η καπνιστική συνήθεια των πατεράδων που ανέρχεται σε ποσοστό 97%(194).

Όλοι οι μαθητές και όλοι οι γονείς γνωρίζουν τις συνέπειες του κανονίσματος και σχεδόν όλοι επισημάνουν τον καρκίνο του πνεύμονα. Ακόμη σημαντικό ποσοστό του 90% αναφέρεται και στις καρδιόπαθειες.

Ακόμη μια παράμετρος που πρέπει να σημειωθεί είναι οι χώροι που καπνίζουν οι έφηβοι. Ποσοστό 33%καπνίζουν σε χώρους όπως δρόμος καφετερίες και λιγότερο στο σχολείο και στο σπίτι.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Από την έρευνα που κάναμε συμπεράναμε ότι οι καπνιστικές συνήθειες των εφήβων ξεκινούν από την ηλικία των 11ετών με κορύφωση την ηλικία των 15-18 ετών.
- Οι καπνιστικές συνήθειες των εφήβων επηρεάζονται από τις συνήθειες των γονιών τους και των φίλων τους.
- Η έρευνα, μας έδειξε ότι το πρώτο τσιγάρο προσφέρεται στον έφηβο από συγγενείς και φίλους.
- Οι έφηβοι γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.
- Ένα άλλο συμπέρασμα είναι ότι πολλοί έφηβοι έχουν καπνίσει έστω και μια φορά άλλα λίγοι είναι αυτοί που εξακολούθησαν να καπνίζουν.
- Από την εύρυνα μας συμπεράναμε ότι οι περισσότεροι γονείς θα ενοχλούνταν αν μάθαιναν ότι το παιδί τους καπνίζει.
- Ακόμη διαπιστώσαμε πως οι έφηβοι προτιμούν να καπνίζουν σε χώρους εκτός σπιτιού και σχολείου.
- Επίσης συμπεράναμε ότι οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα επειδή δεν είναι σε καλή ψυχολογική κατάσταση

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Οι νέοι θα πρέπει να ενημερώνονται σωστά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος.
- Θα πρέπει να γίνεται συχνή ενημέρωση για τις βλάβες του καπνίσματος τόσο στους εφήβους όσο και στους γονείς .
- Πρέπει να γίνει εντατικότερη και εξειδικευμένη εκπαίδευση όλων των λειτουργών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο σε θέματα της ενημερωτικής προσέγγισης όσο και της θεραπευτικής.
- Καλό θα ήταν να δημιουργηθούν σύλλογοι γονέων και καθηγητών που θα έχουν ως στόχο να ενημερώνουν τους εφήβους για να αποφύγουν να δοκιμάσουν να καπνίζουν.
- Θα πρέπει ο επιστημονικός φορέας της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα, η ΕΛ.Ε.ΓΕ να αναλάβει πρωτοβουλίες.
- Τέλος θα πρέπει να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στους νέους.

Διάταξη και Νομοθεσίες για το κάπνισμα

Αριθ. ΥΙ/Γ.Π./οικ.76017

Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
(ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ)**

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του Α.Ν. 2520/40 (Φ.Ε.Κ 273/1940 τ. Α') "Περί Υγειονομικών Διατάξεων".
2. Του Ν. 2218/94 (Φ.Ε.Κ. 90/1994 τ. Α') "Ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις".
3. Του Π. Δ/γματος 95/2000 (Φ.Ε.Κ. 76/2000 τ.Α') "Όργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας".
4. Της 3418/9.7.2002 (ΦΕΚ 861/2002 τ.Β') απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας "Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Έκτορα Νασιώκα, Ελπίδα Τσουρή και Δημήτριο Θάνο" και
5. την ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις του καπνού των τσιγάρων, αποφασίζουμε:

Εκδίδουμε την παρούσα Υγειονομική Διάταξη, η οποία θα ισχύει σε όλη την Επικράτεια.

Ι. Απαγορεύουμε το κάπνισμα στους παρακάτω αναφερόμενους χώρους.

- α. Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.). Επίσης σε χώρους εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, καθώς και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων, σιδηροδρομικών σταθμών, σταθμών λεωφορείων κ.λ.π.)

β. Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως:

- 1) Νοσοκομεία.
- 2) Ιδιωτικές Κλινικές.

- 3) Κέντρα Υγείας.
- 4) Περιφερειακά Ιατρεία.
- 5) Δημοτικά Ιατρεία.
- 6) Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λ.π.)
- 7) Ιδιωτικά Ιατρεία - Οδοντιατρεία.
- 8) Φαρμακεία.
- 9) Λοιπές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).
- 10) Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω, όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.

γ. Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως:

- 1) Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 2) Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 3) Πανεπιστήμια, Τεχνολογικά Ιδρύματα και γενικά Ιδρύματα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- 4) Φροντιστήρια.

δ. Στα νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπους.

Στα κτίρια των Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμών και άλλων Ιδρυμάτων (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λ.π.), στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λ.π.), ορίζονται ειδικοί χώροι (καπνιστήρια) , στους οποίους θα υπάρχει ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξαερισμού για τους εργαζόμενους καπνιστές. Τα ανωτέρω ισχύουν και για τα σχολεία, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και για τα Φροντιστήρια, μόνο για το προσωπικό που επιθυμεί να καπνίσει, για δε τις σχολές τις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους (επιστημονικό και διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό) και για τους φοιτητές. Οι χώροι θα οριστούν από τους διευθυντές - προϊστάμενους των αρμοδίων φορέων ανάλογα με τις ανάγκες τους, με σκοπό να μην παρεμποδίζεται η ουσιαστική λειτουργία της υπηρεσίας." ε. Απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λ.π. ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους, μέσα από διάλογο και διμερείς συμφωνίες εργαζομένων και εργοδοτών, ορίζονται οργανωτικά και χωροταξικά οι χώροι που θα απαγορεύεται ή θα επιτρέπεται το κάπνισμα".***Το εντός " " εδάφιο ε προστέθηκε ως άνω με την ΥΑ Υ1/Γ.Π./οικ 82942/2003 (ΦΕΚ 1292 Β'/2003)

Π. Επίσης στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

- 1) Λεωφορεία (Κ.Τ.Ε.Λ" Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λ.π.)
- 2) Τρένα (Ο.Σ.Ε, ΜΕΤΡΟ, Η. Σ. Α. Π. κ.λ.π.)
- 3) Πλοία εσωτερικών γραμμών: Σε αυτά θα υπάρχει ένας χώρος "καπνιστήριο", καλά αεριζόμενος, εάν είναι δυνατόν ανά όροφο.

4) Αεροπλάνα εσωτερικών αερογραμμών.

5) Ταξί

III. Επίσης σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, κατά την έννοια των διατάξεων του άρθρου 5 της Α1β/8577/83 Υγειονομικής Διάταξης (Φ.Ε.Κ. 526/83 τ.Β'). με εξαίρεση τα αμιγή καταστήματα Μπαρ και Παραδοσιακά Καφενεία του άρθρου 37 και τα Κέντρα Διασκεδάσεως του άρθρου 41 αυτής.Ειδικότερα στα καταστήματα των άρθρων 37, 38 και 39 και τα μικτά καταστήματα του άρθρου 40 της ανωτέρω Υγειονομικής Διάταξης, μπορεί να επιτρέπεται το κάπνισμα στην αίθουσα πελατών αυτών, σε χώρο φυσικά ή νοητά χωρισμένο. όπου θα υπάρχει ειδική πινακίδα με την ένδειξη "θέσεις για καπνίζοντες". Ο χώρος των μη καπνιζόντων θα έχει εμβαδόν τουλάχιστον 50% του χώρου της αίθουσας πελατών, θα αποτυπώνεται στα σχεδιαγράμματα που προσκομίζονται για την έκδοση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας και θα αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας.Ο χώρος των καπνιζόντων θα πρέπει να έχει ειδικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις συνεχούς και πλήρους ανανέωσης του αέρος.Στα καταστήματα της προηγούμενης παραγράφου, εφόσον χρησιμοποιούν αποκλειστικά ή παράλληλα με την κλειστή αίθουσα πελατών και υπαίθριους χώρους, για την ανάπτυξη τραπέζοκαθισμάτων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, επιτρέπεται το κάπνισμα και στους υπαίθριους αυτούς χώρους.

IV. Υπεύθυνοι για την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσας υγειονομικής διάταξης είναι:

Για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τις Ιδιωτικές Κλινικές, οι Διοικητές και οι Διοικητικοί Διευθυντές.

Για τους άλλους χώρους, οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω, οι άμεσοι προϊστάμενοι των υπηρεσιών των χώρων στέγασης αυτών.Για τους λοιπούς χώρους των ιδιωτικών επιχειρήσεων, οι υπεύθυνοι εκμετάλλευσης αυτών.

Μεταβατικές ΔιατάξειςΤα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος και οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που ήδη λειτουργούν οφείλουν να προσαρμοστούν με τους όρους της παρούσας διάταξης εντός εύλογης προθεσμίας την οποία θα ορίσει η αρμόδια υγειονομική υπηρεσία και η οποία δεν πρέπει να υπερβαίνει του έξι (6) μήνες.Ειδικότερα οι υπεύθυνοι των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, εντός της ανωτέρω προθεσμίας, οφείλουν να αναρτήσουν δίπλα από την άδεια λειτουργίας του καταστήματος σχεδιάγραμμα κάτοψης της αίθουσας πελατών, σε κλίμακα 1 :50, στο οποίο θα απεικονίζεται ο χώρος με τις θέσεις των καπνιζόντων και μη καπνιζόντων, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας.Επίσης οι διοικήσεις των δημοσίων υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το κράτος, οργανισμών και άλλων ιδρυμάτων (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΛ.ΤΑ. κ.λ.π.) καθώς και οι υπεύθυνοι των χώρων μακράς αναμονής του κοινού πρέπει να φροντίσουν για την εφαρμογή των παραπάνω διατάξεων εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος που δεν πρέπει να υπερβαίνει τους έξι (6) μήνες.

Καταργούμενες διατάξεις

Από την έναρξη εφαρμογής της παρούσας καταργούνται:

- Η Α2/ΟΙΚ 1989/79 (ΦΕΚ 416/3.5.79 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Περί απαγόρευσης του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις Ιδιωτικές Κλινικές",
- Το άρθρο 6 της αριθμ.389966/52 (ΦΕΚ 235/52 τ. Β') Υγειονομικής Διάταξης "Περί υγειονομικών μέτρων επί των πάσης φύσεως μεταφορικών μέσων"
- Η Γ.Υ. οι.4508/21.5.1990 (ΦΕΚ 327/90 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Απαγόρευση καπνίσματος στις πτήσεις των εσωτερικών αερογραμμών".
- Κυρώσεις
- Οι παραβάτες της παρούσας διώκονται και τιμωρούνται σύμφωνα με το άρθρο 3 του ΑΝ 2520/40 (ΦΕΚ 273/40 τ.Α') "Περί Υγειονομικών Διατάξεων", όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Ν. 290/1943 (ΦΕΚ 185 Α), που κυρώθηκε με την 303/1946 ΠΥΣ και αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 4 του άρθρου 4 του Ν, 2207/94 (ΦΕΚ 65 Α') η οποία αντικαταστάθηκε εκ νέου με την παράγραφο 1 Ο του άρθρου 11 του Ν. 2307/95 (ΦΕΚ 113/95 τ. Α)
- Επίσης για τους παραβάτες των διατάξεων της παρούσας εντός των Μονάδων Υγείας επιβάλλονται και οι παρακάτω διοικητικές κυρώσεις.

α) στους παραβάτες ασθενείς, πειθαρχικό εξιτήριο.

β) στους παραβάτες επισκέπτες και συνοδούς, αποβολή από τη Μονάδα Υγεία

γ) στους υπεύθυνους εφαρμογής των διατάξεων της παρούσας και εργαζόμενους στις Μονάδες Υγείας, επιβάλλονται οι πειθαρχικές ποινές σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα. Η εκτέλεση της παρούσας ανατίθεται στα αρμόδια Υγειονομικά και λοιπά Κρατικά Όργανα. Η ισχύς της αρχίζει μετά δεκαπενθήμερο από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τις διατάξεις της παρούσας Υγειονομικής Διατάξεως δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού. Η παρούσα Υγειονομική Διάταξη να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 29 Ιουλίου 2002

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ Ε. ΝΑΣΙΩΚΑΣ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΠΩΛΗΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ.

- 1) Έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων
- 2) Προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη.
- 3) Περιορισμός των επικίνδυνων ουσιών τον κάπνο.
- 4) Περιορισμοί στις πωλήσεις σε νεαρά άτομα.
- 5) Οικονομικά μέτρα (φορολογία κ.τ.λ.)

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

- 1) Απαγορεύσεις για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
- 2) Απαγορεύσεις για το κάπνισμα τον τόπο εργασίας.
- 3) Υποχρεωτική αγωγή υγείας για το κάπνισμα.

Το 1974 η Επιτροπή Ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις υγείας της Επιτροπής ήταν:

- 1) Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.
- 2) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- 3) Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το Δημοτικό Σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- 4) Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματος τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργάνωσης της νεολαίας.
- 5) Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους από το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θέματα υγείας των σχολείων, των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.
- 6) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία της αγωγής σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές, και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό.

Το θέμα της αντιμετώπισης της επιδημίας του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα και, όπως παρατηρούν πολλοί ερευνητές, «εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό για το μελλοντικό σχηματισμό της αγωγής υγείας, είναι να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες εκθέσεως, εκπαιδευτική υποδομή και ωριμότητα».

Βιβλιογραφία

1. <http://www.nosmoking.gr/index.html>.
2. <http://www.nosmoking.gr/istoria.htm>
3. http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/SMOKING/erg_kapnisma.htm.
4. http://www.pyxida.org.gr/substances_smokingb.asp
5. <http://www.asda.gr/lyk03pet./health.htm>
6. <http://www.cancer-society.gr/teensmoke/health.htm>
7. <http://www.asda.gr/lyk03pet/health.htm#αιτίες>.
8. National cancer Institute, Men's Health Forum, Women's Health Initiative.
9. Concepts in the Prevention of Adenocarcinoma of the Distal Esophagus and Proximal Stomach, CA: A Cancer Journal for Clinicians 2005,55, American Cancer Society:334-351.
10. National Cancer Institute.
11. Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years.
12. Changes in Brain Intracellular pH and Membrane Phospholipids on Oxygen Therapy in Hypoxic Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
13. Κοκκέβη Άννα, Η χρήση νόμιμων και παράνομων τοξικών ουσιών στην Εφηβεία, Εκδ.Καστανιώτης, Αθήνα 1988.
14. Cigarette Smoking and Cognitive Decline in Midlife: Evidence From a Prospective Birth Cohort Study, American Journal of Public Health Ιούνιος 2003.
15. Smoking is a risk factor for multiple sclerosis, Neurology 2003, 61:1122-1124,28 Οκτωβρίου 2003.
- Environmental risk factors in multiple sclerosis: Causes, triggers, and patient autonomy, Neurology 2003 61:1032-1034,28 Οκτωβρίου 2003.
16. Smoking and blindness, British Medical Journal 2004 328:537-538, 6 Μαρτίου 2004.
- Action on Smoking and Health.
Royal National Institute for the Blind.
17. The effect of quitting smoking on chronic periodontitis 2005 32(8):869-879, Αυγούστος 2005.
- Should quit smoking interventions be the first part of initial periodontal therapy 2005 32(8):867-868, Αυγούστος 2005.
18. The Influence of Active and Passive Smoking on Habitual Snoring, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2004 170(7):7999-803,1 Οκτωβρίου 2004.
- Smoking and Passive Smoking: A. Counterblast?, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2004 170(7):722-723 1 Οκτωβρίου 2004.
- American Academy of Otolaryngology.
19. Οικογενειακός Προγραμματισμός-Αγωγή Υγείας, Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
20. American Society for Reproductive Medicine.
21. <http://www.nosmoking.gr/pathitiko.htm>.

22. World Health Organization International Agency for Research on Cancer.
23. Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study, *British Medical Journal* 2005 doi: 10.1136/bmj.38327.648472.82, 27 Ιανουαρίου 2005.
Mortality associated with passive smoking in Hong Kong, *British Medical Association* 2005 doi: 10.1136/bmj.38342.706748.47, 27 Ιανουαρίου 2005.
International Agency for Research on Cancer.
24. Smoking and age related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation, *British Journal Ophthalmology* 2006; 90: 75-80. doi:10.1136/bjo.2005.073643, Ιανουάριος 2006.
25. Parental lung cancer as predictor of cancer risks in offspring: Clues about multiple routes of harmful influence?, *International Journal of Cancer* 2005 d.o.i.10.1002/ijc.21387, 10 Αυγούστου 2005.
26. Effects of maternal tobacco smoking, sleeping position, and sleep state on arousal in healthy term infants, *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 2002;87:F100-F105, Σεπτέμβριος 2002.
27. British Thoracic Society.
28. <http://www.mednet.gr/agogi/kapnisma.htm>.
29. <http://www.nosmoking.gr/kopsimo.htm>.
30. <http://www.nosmoking.gr/kopsimo.htm>
31. Οικογενειακός Προγραμματισμός - Αγωγή Υγείας, Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και Αθλητισμού.
Πρόληψη, η μεγάλη λεωφόρος της υγείας, Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
32. Food and Drug Administration.
Action on Smoking and Health.
Addictive Behaviors.
33. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2005, Νοέμβριος.
34. <http://news.pathfinder.gr/312239/html>
<http://www.emea.europa.eu/humandes/PDFS/EPAR/champix/H-699-e11.pdf>.
35. <http://www.asxetos.gr>
36. http://www.6gymnasio.gr/Activities/math_ergasies/smoking/erg_karnisma.htm
37. <http://www.asda.gr/lyk03pet/health.htm#αιτίες>
38. *Preventive Medicine* 2002 34:198-206.
39. National Institutes of Health.
Centers for Disease Control and Prevention
40. Παπαρηγορίου-Θεοδωρίδου Μ. Κάπνισμα και Θεραπευτική Ενημέρωση, Αθήνα 1987, 84-91.
Ευπολυτά-Ζαχαριάδη Α. Ας μιλήσουμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα, Μονογραφία 2003
41. Καρπάθιος Θ. Το κάπνισμα και το παιδί. *Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση* 1977, 63-69.
- Τσουμάκας Κ. Το κάπνισμα στην παιδική ηλικία 37^ο Πανελλήνιο Συνέδριο 1999.
42. http://www.6gymnasio.gr/Activities/math_ergasies/smoking/erg_karnisma.htm
43. Μαρία Γεωργουλή-Πρωτονοταρίου, Μαρία Πιλάλη, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.
44. <http://www.nosmoking.gr/diafimisi.htm>.
45. Αθανασίου Κυριάκος, Αγωγή Υγείας, Β' έκδ., Θεσ/νίκη 1999

Αθανασίου Κυριάκος, Περιβάλλον - Διατροφή και Καρκίνος, Θεσ/νίκη 1992
Γεωργιάδου Αλ., Διερεύνηση παραγόντων έναρξης του καπνίσματος σε δυο διαφορετικές γενιές, Θεσ/νίκη 1998
Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, VICC, T.N.M.- Κατάταξη κακοηθών όγκων του πνεύμονα χ.χ.

Κοκκέβη Άννα, Η χρήση νόμιμων και παράνομων τοξικών ουσιών στην εφηβεία, Εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα 1988

Μπαλάτσα Ουρανία, Κάπνισμα στην Εφηβεία. Διπλωματική Εργασία, Θεσ/νίκη 199
Ντάβου Μπετίνα, Το κάπνισμα στην εφηβεία, Εκδ. Παπαζήση. Αθήνα 1992

Ντάβου Μπετίνα, Το κάπνισμα στην εφηβεία, Εκδ. Παπαζήση. Αθήνα 1992 .

46. The European Report on Tobacco Control Policy, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002, Document EUR/01/5020906/8. 2. BAEV S. Health status of population. *Statistics* 1997, 3:54–56 (in Bulgarian) 3. MERJANOV CH. A compromising leadership. Sv. Kl. Ohridski (eds), Sofia, 1995:574 (in Bulgarian) 4. NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE. Census of Population Survey, Vol 6, Sample Surveys. Book 4, Health Status of the Population, 2001, 65 (in Bulgarian) 5. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General, 1994. Atlanta, Georgia, Public Health Service Centres for Disease Control and Prevention. Office on Smoking and Health, 1994 (US Government Printing Office No 5/N 017-001-00491-0) 6. PROKHOROV AV, HUDMON KS, STANCIC N. Adolescent smoking: Epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatr Drugs* 2003, 5:1–107. MANOLOVA A, SABEVA S, KOTAROV G. Youth tobacco use in Bulgaria. 3rd European Conference on Tobacco or Health. Closing the Gaps-Solidarity for Health. 2002, Warsaw, Poland. B.7 Youth smoking: 458. THE GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY COLLABORATIVE GROUP. Tobacco use among youth: A cross-country comparison. *Tobacco Control* 2002, 11:252–2709. CORE 2001 GYTS QUESTIONNAIRE. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/questionnaire/GYTS_samplequestionnaires.htm 10. TYAS SL, PEDERSON LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control* 1998, 7:409–42011. DiFRANZA JR, SAVAGEAU JA, FLETCHER K, OCKENE JK, RIGOTTI NA, McNEILL AD ET AL. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: The DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002, 156:397–40312. JAAKKOLA JJ, JAAKKOLA MS. Effects of environmental tobacco

smoke on the respiratory health of children. *Scand J Work Environ Health* 2002, 28(Suppl 2):71–83

Corresponding author A. Manolova, Department of Child Preventive Medicine, National Center of Hygiene, Medical Ecology and Nutrition, 15 D. Nesterov Blvd., Sofia, 1431 Bulgaria

47. Καταναλωτικά Βήματα-Τεύχος Απριλίου 2004

48. http://assets.in.gr/Id/Geuess/assets/content/202/Attachment/dgEntity_33207doc

49.1. Who tobacco: deadly in any forum or disguise. Available from: www.who.int/tobacco/wntd (accessed: 5 April 2006). 2 Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. 3 Hughes JR. Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking. *Tob control*, 8:323-326, 1999. 4 Παπανικολάου ΠΓ. Νοοτροπία και μέθοδοι δράσεως της σύγχρονης καπνιομηχανίας και αντιμετώπιση τους από την κοινωνία στην πράξη, *Ιατρική*, 63:69-72, 1993. 5 Δρόσος ΘΙ. Κάπνισμα και Υγεία, *Ιατρική*, 54(παράρτημα):6-7, 1988. 6 Φραγκίδης Χ, Μαρσέλος Μ. Κάπνισμα : Απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση? *Ιατρική*, 54(παράρτημα):73-79, 1988. 7 Χριστοδούλο ΓΝ. Το κάπνισμα: ένα βιο-ψυχοκοινωνικό φαινόμενο. *Ιατρική*, 54(παράρτημα):65-72, 1988. 8 Κοκκέβη Α, Στεφάνης Κ. Το Κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του. *Ιατρική*, 54(παράρτημα):65-72, 1988. 9 Chatziarsenis M, Lionis C, Makri E, Sapouna K, Fioretos M, Faresjo T, Mavromanilakis M, Vlachonikolis J, Trell E. Neapolis Hospital and Health Center, Crete, Greece: Bringing community involvement into a Cretan primary/hospital care center: an evaluation of population habits and attitudes toward health care. *J Med Syst*, 23:123-131, 1999. 10 Mazokopakis EE, Vlachonikolis IG, Lionis CD: Smoking behavior of Greek warship personnel. *Mil Med*, 168:929-933, 2003. 11 Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit-United States, *MMWR, Morb Mortal Wkly Rep*, 42:854-857, 1993. 12 Hayward RA, Meetz HK, Sharipo MF, Freeman HE, Utilization of dental services: *J Public Health Dent*, 49:127-152, 1989. 13 Ρηγάκος Γ. Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες μεταξύ των γιατρών των Αθηνών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27:89-93, 1985. 14 Γιαννόπουλος Δ, Βουλιώτη Σ, Κουμαρέλας Β, Μιχάλης Δ, Καλοειδάς Μ. Παθητικό κάπνισμα. Στάση και συμπεριφορά του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 13:24 -28, 2001. 15 Δοξιάδης Σ. Κάπνισμα: ευθύνες όλων, *Ιατρική*, 54(παράρτημα):5, 1998.

50.1. Bettina Davy. Το κάπνισμα στην εφηβεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1992. 2 E.B. Fisher, Haire Joshu D., G.P. Morgan, Reh Bery H., Rost Smoking and smoking Cessation, *Annual Respr. Dis.* 1990, 142,702-720. 3 J Raff R. Peterson, R. Hodgson, *Ναρκωτικά τσιγάρο αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις.* Εκδόσεις Ψυχογίος, Αθήνα 1981. 4 MAH Russel, JA Stapletou, G. Feyerabend, SM Wiseman, G. Gustavsson, U.Sawe, P.Connor. Tagretting heavy smokers in general practise, randomised controlled trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* May 1993, 306, 1308-12. 5. Christopher Silagy, David Mant, Godfrey Fowler, Mark Lodge. Metaanalysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* January 1994, 343. 6 Jin Ling Tang Malcolm Law, Nicholas Wald. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *BMJ* January 1994, 308, 21-25.

51.1 *Εγκυκλοπαίδεια: Δομή*, εκδ. Δομή, Αθήνα 1971, τόμος 7^{ος}, σελ 412. 2. Τριχοπούλου Α., τριχόπουλος Δ., «Προληπτική Ιατρική», Εκδόσεις Παρισάνος, Αθήνα 1986. 3. Μούτσος Β., Τσεσμετσής Σ., «Καπνιστικές συνήθειες οδοντιατρικών ασθενών και εφαρμογή ενός προγράμματος διακοπής του καπνίσματος στο

οδοντιατρείο». Επιθεώρηση Υγείας., Τόμος 9^{ος} , Τεύχος 55, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998. 4. Βακάλιος Θ., Γεδεών Σ., Γκιζέλη Β., Ευστράτογλου Κ., Κάκουρας Ε., Κοντογιαννόπουλου-Πολυδώριδη Γ., Μαλικώση-Λοΐζου Μ., Μιχαλοπούλου-Βείκου Χ., «Προβλήματα της κοινωνίας του ανθρώπου», Ο.Ε.Σ.Β.. Αθήνα, 1987.5. Τσαούσης Γ.Δ. «Η κοινωνία του ανθρώπου» Γ΄ Έκδοση, εκδ.Guttenberg, Αθήνα 1985.6 Κυρίτση Ε., Μπαμπάτσικου Φ., Γκαραγκούνη Β., Κατσαρέλη Δ., Μουρίκη Π., Χαλικιά Ε., «Καπνιστικές συνήθειες των Νοσηλευτών σε σχέση με τη θέση που υπηρετούν και την οικογενειακή τους κατάσταση». Πρακτικά 25^{ου} Ετησίου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου , Ηράκλειο Κρήτης 1998, σελ.224-252. 7. Μπαμπάτσικου Φ., Κυρίτση Ε., Γκαραγκούνη Β., Κατσαρέλη Δ., Μουρίκη Π., Χαλικιά Ε., «Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες σε σχέση με την κατανάλωση του αλκοόλ των νοσηλευτών που υπηρετούν σε Υγειονομικές μονάδες της Αττικής». Νοσηλευτική Οκτ-Δεκ.1998, τευχ. 4, τομ. 37:337-346.8 Stepney R., “Smoking behavior, A psychology of the cigarette habit”, Br. J. Dis Chest 1980, 74:325. 9 Mekenell A.C., Thomas R.K. “Adult’s and adolescent’s smoking habits and attitudes”, Government Social Survey, HSMO 1967, London. 10. Oei TR., Burton A. “Attitudes towards smoking in 7 to 9 year old children” , int. J. Addict 1990, 25:43-52. 11.Conrad K.M. Flay BR. Hill D. “Why children start smoking cigarettes: predictors of onset”, Br. J. Addict 1992 87:1711-24. 12.Κυρίτση Ε. «Αντίληψη της εικόνας εαυτού με καρκίνο σε σχέση με τις αλλαγές της εικόνας του σώματος», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1996.12.Swan AV Creeser R., Murray M., “ When and why children first start to smoke” int. J. Epidemia 1990 19:323-30. 14. Boaz Meijer, M, D, David Branski, M.B. Klaas Knol, M.D., Ph. D., and Elian Kerem, M.D., “Cigarette smoking habits among schoolchildren”, Chest.1996 Oct., 110(4):921-6. 15. Λανάρα Β., «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών» Δ΄ Έκδοση, Αθήνα 1997. 53.1.Τούτουζα Π. Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου.1987.2. Hurst’s. The heart. English Edition 1994. 3.Brawnfold. Heart disease.1992. 4.Παρασκευόπουλος Ι. Κλινική Ψυχολογία. 1988. 5. Clin.Cardiol. Is. 1992.6 Arch. Intern. Med.1995 Oct 9. 7. Med. Clin. Med.1992 Mar. 8. Jacc.Vol.28 No 5 Nov.1 1996. 9. Clin Chest Med.1991 Dec. 10.Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση. Τόμος 35 No 2 1994.

