



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΩΝ  
ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ  
ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ, ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΕΤΑΞΥ  
ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΚΑΙ  
ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ  
Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ»



Επιβλέπων καθηγητής  
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

Φοιτήτριες  
Αποστολάκη Αγνή  
Ποδαρά Αικατερίνη  
Σαρρίδου Ελισάβετ

Ηράκλειο 2009

# **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

*Ευχαριστούμε πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση, την υποστήριξη, και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε για να φέρουμε εις πέρας την πτυχιακή μας εργασία. Επίσης, ευχαριστούμε πολύ, όλους τους φοιτητές που συμμετείχαν και μας βοήθησαν να διεκπεραιώσουμε την ερευνητική μας μελέτη.*

*Τέλος, ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν κατά την διάρκεια της τετραετούς φοίτησης μας στο Τ.Ε.Ι.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>Σελίδα</b>
<b>Πρόλογος</b> .....	1
<b>Εισαγωγή</b> .....	6
 <b>ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Κάπνισμα</b>	
1.1 Ιστορικά στοιχεία για τον καπνό.....	9
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία .....	10
1.3 Καπνός .....	11
1.4 Παράγοντες που οδηγούν τους νέους στο κάπνισμα .....	13
1.4.1 Ο παράγων της προσωπικότητας .....	13
1.4.2 Η επιρροή των γονέων .....	14
1.4.3 Η επιρροή των συνομηλίκων .....	14
1.4.4 Η επίδραση της διαφήμισης και των Μ.Μ.Ε. ....	15
1.4.5 Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα .....	17
1.5 Οι επιπτώσεις του καπνίσματος .....	18
1.5.1 Καρκίνος του πνεύμονα .....	18
1.5.2 Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα .....	19
1.5.3 Καρδιαγγειακά νοσήματα .....	20
1.5.4 Αναπνευστικές επιπτώσεις .....	21
1.5.5 Πεπτικό έλκος .....	21
1.5.6 Προβλήματα στη στοματική κοιλότητα .....	21
1.5.7 Υπέρταση .....	22
1.5.8 Σεξουαλική ανικανότητα .....	23
1.5.9 Απώλεια μνήμης .....	23
1.5.10 Κατάθλιψη .....	23
1.5.11 Διαταραχές στην ακοή .....	24
1.5.12 Γήρανση του δέρματος .....	24
1.5.13 Επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη .....	24
1.6 Παθητικό κάπνισμα .....	26
1.7 Έλεγχος του καπνίσματος .....	27
1.7.1 Αντικαπνιστικά προγράμματα .....	29

1.7.2 Λόγοι για τους οποίους οι καπνιστές αποφασίζουν να κόψουν το τσιγάρο .....	30
1.7.3 Συμπτώματα στέρησης .....	32
1.7.4 Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.....	33
<b>ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Αλκοόλ</b>	
2.1 Γενικά.....	36
2.2 Επιδημιολογία .....	37
2.3 Η αιτιολογία του αλκοολισμού .....	37
2.3.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (αλκοολική προσωπικότητα) .....	38
2.3.2 Οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες .....	38
2.3.3 Πολιτισμικοί παράγοντες .....	40
2.3.4 Βιολογικοί και Γενετικοί παράγοντες.. .....	40
2.4 Επιπτώσεις του αλκοόλ στην υγεία .....	41
2.4.1 Οργανικές διαταραχές .....	41
2.4.2 Ψυχιατρικές διαταραχές - Γνωστικές δυσλειτουργίες .....	43
2.5 Το σύνδρομο στέρησης .....	43
2.6 Μέτρα πρόληψης .....	44
2.6.1 Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη .....	46
2.6.2 Έλεγχος της κατανάλωσης αλκοόλ .....	46
2.7 Τροχαία ατυχήματα και αλκοόλ .....	47
<b>ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ναρκωτικά</b>	
3.1 Ιστορικά στοιχεία για τα ναρκωτικά .....	50
3.2 Ναρκωτικά – Βασικές έννοιες και όροι .....	51
3.3 Επιδημιολογία .....	53
3.4 Είδη ναρκωτικών .....	54
3.5 Αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης .....	59
3.5.1 Ατομικοί παράγοντες .....	60
3.5.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες .....	61
3.6 Οι επιπτώσεις των ναρκωτικών ουσιών .....	64
3.7 Πρόληψη .....	65
3.8 Εθισμός στα ναρκωτικά – Μέθοδοι θεραπείας .....	66

## **ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Σεξουαλική Ζωή**

4.1 Σεξουαλική υγεία .....	69
4.2 Έναρξη της σεξουαλικής ζωής .....	69
4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τους νέους .....	70
4.4 Κίνδυνοι υγείας από τη σεξουαλική δραστηριότητα .....	72
4.4.1 Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη .....	72
4.4.1.1 Προγράμματα πρόληψης της εγκυμοσύνης κατά την εφηβεία ...	73
4.4.2 Αφροδίσια Νοσήματα .....	73
4.4.2.1 Τρόποι μετάδοσης .....	74
4.4.2.2 Τα κυριότερα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα .....	75
4.4.2.3 Πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων .....	78
4.5 Αντισύλληψη .....	79
4.5.1 Μέθοδοι αντισύλληψης .....	79
4.5.2 Αντισύλληψη και Υγεία .....	91

## **ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Διατροφή – Φυσική Άσκηση–Ατομική Υγιεινή**

5.1 Διατροφή – Γενικά .....	94
5.1.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα .....	94
5.1.2 Διατροφή και Έφηβοι .....	95
5.1.3 Επιδημιολογία .....	96
5.1.4 Διατροφικά προβλήματα που παρατηρούνται στην εφηβεία .....	97
5.1.5 Διατροφή και Πρόληψη .....	99
5.2 Σωματική Άσκηση .....	100
5.2.1 Σωματική άσκηση και Πρόληψη .....	100
5.3 Ατομική Υγιεινή .....	101
5.4 Πολλαπλός Προληπτικός Έλεγχος (check up).....	102

## **ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

6.1 Νοσηλευτική – Ορισμός .....	105
6.2 Νοσηλευτική εκπαίδευση .....	105
6.3 Αποστολή του τμήματος Νοσηλευτικής .....	106

6.4 Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας .....	108
6.5 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση .....	110
6.6 Σημαντικότητα της ενημέρωσης .....	110
6.7 Ο νοσηλευτής ως πρότυπο ρόλου .....	111

## **ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μεθοδολογία της έρευνας**

7.1 Ερευνητικά ερωτήματα .....	113
7.2 Χώρος που διεξήχθη η έρευνα .....	113
7.3 Δείγμα της έρευνας .....	114
7.4 Πιλοτική μελέτη .....	114
7.5 Τρόπος συλλογής δεδομένων .....	114
7.6 Δεοντολογία της έρευνας .....	115
7.7 Στατιστική ανάλυση .....	115

<b>ΟΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Αποτελέσματα</b> .....	117
---	-----

<b>ΕΝΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Συμπεράσματα – Συζήτηση</b> .....	127
--	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	133
---------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</b> .....	140
--------------------------	-----

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2</b> .....	156
--------------------------	-----

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεαρά άτομα της εποχής μας ακολουθούν συνήθειες οι οποίες θα επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη δυναμική τους για ένα υγιές και παραγωγικό μέλλον. Στη προσπάθεια τους να αποκτήσουν ανεξαρτησία και με το αίσθημα της αθανασίας που νιώθουν, συχνά υιοθετούν επικίνδυνες συμπεριφορές που απειλούν την υγεία τους συμπεριλαμβανομένων της χρήσης αλκοόλ, τσιγάρου, ναρκωτικών, της πρόωμης έναρξης της σεξουαλικής ζωής, της ελλιπούς χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, και της επικίνδυνης οδήγησης.

Το αλκοόλ συνιστά τη ναρκωτική ουσία την οποία χρησιμοποιούν και υπερκαταναλώνουν κατά κύριο λόγο τα άτομα νεαρής ηλικίας. Η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους συνδέεται άμεσα με ποικίλους κινδύνους για την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόωμης και άνευ χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων, σεξουαλικής δραστηριότητας, της χρήσης νικοτίνης και των θανατηφόρων δυστυχημάτων.<sup>1</sup>



Έρευνες αναφέρουν ότι το 40% των τροχαίων θανατηφόρων ατυχημάτων σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ στη χώρα μας, κάθε μέρα περισσότεροι από 6 άνθρωποι, κυρίως νέοι\ νέες 15-24 ετών, είναι θύματα θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων<sup>2,3</sup>

Ομοίως η χρήση νικοτίνης συνιστά, ένα σημαντικό και επικίνδυνο πρόβλημα που σχετίζεται με τους εφήβους. Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πνευμονολογικών παθήσεων και σε καρκίνο του πνεύμονα. Κάθε μέρα, περίπου 3000 έφηβοι γίνονται καπνιστές και κατ'εκτίμηση 1 στους 5 εφήβους καπνίζουν τσιγάρα.<sup>1</sup>

Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα είναι ότι το 50% των νέων στη χώρα μας προχωρούν χωρίς τη χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου στην πρώτη τους ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, με αποτέλεσμα τις συχνές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες σε πολύ νέα κορίτσια, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις καταλήγουν στην έκτρωση, μια εμπειρία που δεν τραυματίζει μόνο το σώμα, αλλά και την ψυχή.<sup>4</sup>

Επίσης, η σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων στη χώρα μας ξεκινά πλέον από την ηλικία των 12,5 ετών και συνήθως επιδεικνύουν μειωμένη συμμόρφωση στις αντισυλληπτικές μεθόδους.<sup>5</sup>

Η παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι επίσης ένα ιδιαίτερα σύνηθες φαινόμενο σε αυτές τις ηλικίες. Αποτελούν τη σύγχρονη μάστιγα των νέων και το μεγαλύτερο μαζί με το AIDS εφιάλτη των γονιών. Μια μάστιγα που παίρνει ολοένα ανησυχητικές διαστάσεις και έχει εξαπλωθεί ταχύτατα τα τελευταία χρόνια και στην επαρχία. Μερικά από τα αίτια που οδηγούν τους νέους μας στην παγίδα των ναρκωτικών είναι η διαρκώς αυξανόμενη φτώχεια, η ανεργία, η ανασφάλεια των νέων, η παντελής έλλειψη υγιών προτύπων, η κρίση του θεσμού της οικογένειας, οι κοινωνικές ανισότητες, η αποξένωση των μεγαλουπόλεων κ.ά.<sup>6</sup>

Η προστασία των παιδιών και των νέων από τα ναρκωτικά είναι αναγκαία και επείγουσα υπόθεση, καθώς σύμφωνα με διεθνείς έρευνες επίσημων οργανισμών η χρήση ναρκωτικών ουσιών αυξάνεται σε ολόκληρο τον κόσμο, όχι μόνο ανάμεσα στους ενήλικες αλλά και τους εφήβους, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι 200.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από την χρήση ναρκωτικών.<sup>7</sup>

Οι έφηβοι που έχουν εμμονή με την εικόνα του σώματός τους (κυρίως τα κορίτσια), μπορούν να προκύψουν σοβαρές διατροφικές ανωμαλίες. Οι πιο κοινές είναι η νευρογενής ανορεξία (παθολογική δίαιτα ως το σημείο αστίας) και η βουλιμία (ένας καταστρεπτικός κύκλος λήψης υπερβολικής ποσότητας τροφής που ακολουθείται από αυτοπρόκληση εμετού ως προσπάθεια πρόληψης απόκτησης βάρους). Η ψυχοδυναμική αυτών των καταστάσεων είναι πολύπλοκη αλλά σχεδόν πάντα περιλαμβάνει μία αρνητική αυτό-εικόνα. Αν και αυτές οι διαταραχές θεωρούνταν κάποτε ασυνήθιστες, 1 σε κάθε 100 γυναίκες και κορίτσια αναφέρει σήμερα συμπτώματα ανορεξίας και η βουλιμία φαίνεται να είναι ακόμα συχνότερη.<sup>8</sup>

Οι προαναφερθείσες κακές συμπεριφορές υγείας επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους, ενώ η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται από το γεγονός ότι τα νεαρά άτομα είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ειδικά δε υπηρεσίες πρόληψης. Οι παραπάνω παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν την παρούσα αλλά και τη μελλοντική έκβαση της υγείας όπως επίσης και να οδηγήσουν στην εμφάνιση ασθενειών.<sup>1</sup>



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## *ΚΑΤΠΝΙΣΜΑ*



## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ

Η πρώτη είδηση για τον καπνό και τη χρήση του, έφθασε στην Ευρώπη το 1511 κατά τη εποχή των ανακαλύψεων και κυρίως από τον Χριστόφορο Κολόμβο. Οι Ισπανοί εξερευνητές στις αρχές του 16ου αιώνα έφεραν τον καπνό στην Ευρώπη από την Αμερική.

Ο Jean Nicot, από τον οποίο ονομάστηκε η νικοτίνη, συνιστούσε τον καπνό για τις «θεραπευτικές» του ιδιότητες. Στην αρχή λοιπόν, ο καπνός χρησιμοποιήθηκε για φαρμακευτικούς λόγους, όπως για την κάθαρση φλεγμάτων. Οι πρώτοι Ευρωπαίοι έμποροι άρχισαν την εκμετάλλευση του καπνού από τον Νέο Κόσμο σε παγκόσμια κλίμακα.<sup>9</sup>

Το 17<sup>ο</sup> αιώνα η χρήση του καπνού αυξανόταν συνεχώς, κυρίως με το κάπνισμα πίπας, ή πούρου, μάσηση των φύλλων, ή εισπνοή της σκόνης τους. Σιγαρέτα κατασκευάστηκαν πρώτη φορά στη Βραζιλία στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα και πολύ γρήγορα επικράτησαν σαν τρόπος καταναλώσεως του καπνού. Το κάπνισμα



των σιγαρέτων διαδόθηκε πολύ στη διάρκεια του 1<sup>ου</sup> Παγκόσμιου Πολέμου στους άνδρες και μετά τον 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο στις γυναίκες.

Για την Ελλάδα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται, με εξαίρεση την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνισματικής εκστρατείας (1978-1980).

Η καλλιέργεια του καπνού έφτασε στην Ελλάδα από τον Πόντο και από τα παράλια της Μικράς Ασίας. Στην αρχή καλλιεργήθηκε στην Ανατολική Μακεδονία και στη συνέχεια διαδόθηκε και στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας. Μετά την Ελληνική Επανάσταση, η παραγωγή του καπνού έφτασε τους 500-600 τόνους, η ανοδική πορεία και εξέλιξη της καλλιέργειας συνετέλεσε μέχρι το 1912, ώστε η παραγωγή του καπνού να φτάσει τους 12.000 τόνους. Με την απελευθέρωση της Μακεδονίας και της Θράκης, συνεχίστηκε η αυξητική πορεία της παραγωγής. Η οικονομική και κοινωνική σημασία της καλλιέργειας θεμελιώνεται με τη Μικρασιατική καταστροφή και τον εθνικισμό των προσφύγων. Με βάση τα

στατιστικά στοιχεία της περιόδου εκείνης, η παραγωγή καπνού από τις 28.000 τόνους κατά το 1920-1922, έφτασε τις 56.000 τόνους το 1923, δηλαδή διπλασιάστηκε.

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, ο καπνός συνέχισε να αποτελεί σημαντικό προϊόν και να κατέχει εξέχουσα κοινωνική, συναλλαγματική και δημοσιονομική σημασία. Παράλληλα, ο καπνός αποτελούσε το σημαντικότερο εξαγωγίμο προϊόν της Ελληνικής Οικονομίας στην περίοδο εκείνη. Το 1954, οι εξαγωγές της χώρας έφτασαν τα 151 εκ. δολάρια, εκ των οποίων το 50% περίπου προερχόταν από τις εξαγωγές καπνού. Ο καπνός, όπως προκύπτει από τα παραπάνω ιστορικά στοιχεία, υπήρξε διαχρονικά παραδοσιακό και σημαντικής σημασίας προϊόν για την Ελληνική γεωργία.

## 1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σήμερα υπάρχουν 1.1 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως. Κάθε μέρα, περίπου 80-100.000 νέοι άνθρωποι παγκοσμίως αρχίζουν το κάπνισμα. Εάν οι τρέχουσες τάσεις συνεχιστούν ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σε 1,6 δισεκατομμύρια έως το έτος 2025. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ευθύνονται για 2.000.000 θανάτους το χρόνο στις αναπτυγμένες χώρες και για 1.000.000 θανάτους στις αναπτυσσόμενες. Περισσότεροι από 500.000 θάνατοι παρουσιάζονται ετησίως



σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση ως αποτέλεσμα του καπνίσματος. Έχει υπολογιστεί, ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί κατά μέσο όρο πέντε λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Έχει επίσης υπολογιστεί, ότι κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει

εξαιτίας του τσιγάρου. Στην Ευρώπη 100.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής, εξαιτίας του καπνίσματος. Υπολογίζεται ότι ο ετήσιος αριθμός θανάτων σε παγκόσμια κλίμακα εξαιτίας του καπνίσματος θα είναι το 2025 περίπου 10.000.000.

Μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στη Δυτική Ευρώπη και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το έτος 2006, το 40% των Ελλήνων ανδρών και γυναικών, είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, το

49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών άνω των 18 ετών καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά ανέρχονται στο 44,3% των Ελλήνων για τα έτη 18 έως 24, στο 50,8% των Ελλήνων για τα έτη 25 έως 34, στο 53,9% για τα έτη 35-44, στο 47% για τα έτη 45 έως 54, στο 34,7% για τα έτη 55 έως 64 και στο 16,5% για τα έτη 65 και άνω. Ιδιαίτερη ανησυχητική είναι η εικόνα που παρουσιάζει η καπνιστική συμπεριφορά στα νεαρά άτομα, ιδίως στην εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούν τη χρονική περίοδο 2002-2005, ένα ποσοστό 13,5% των αγοριών και ένα ποσοστό 14,1% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών καπνίζει, τουλάχιστον περιστασιακά.

Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι.

Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων, το 21,1% των καθημερινών καπνιστών καταναλώνει έως και 10 τσιγάρα την ημέρα, το 38,6% καταναλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 40% καταναλώνει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (περίπου το 16% του πληθυσμού). Άρα 4 στους 10 καθημερινούς καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως. Αξιολογώντας, τα ανωτέρω επιδημιολογικά στοιχεία καταλήγει κανείς αβίαστα στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα είναι μια παγκόσμια ενδημική νόσος, με ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.<sup>10</sup>

### 1.3 ΚΑΠΝΟΣ

Ο καπνός που παράγεται από την καύση του σιγαρέτου διακρίνεται σε δυο «φάσεις»: τη σωματιδιακή και την αέρια. Η σωματιδιακή αποτελείται από τη νικοτίνη, την πίσσα και το νερό, ενώ η αέρια από το μονοξείδιο του άνθρακα, τα οξείδια του αζώτου, τις πτητικές N- νιτροζαμίνες, το υδροκυάνιο και την ακρολεΐνη.

Η νικοτίνη στον εγκέφαλο επιφέρει μια σειρά από σωματικές και συμπεριφορικές/ ψυχολογικές επιδράσεις μέσω της διέγερσης



των νικοτινικών υποδοχέων του εγκεφάλου, στις οποίες και αποδίδεται ο εξαρτητικός

χαρακτήρας της <sup>80</sup> και αυξάνει το ρυθμό της αναπνοής και τους παλμούς της καρδιάς. Στους καπνιστές παρατηρείται αυξημένη αποβολή κατεχολαμινών που ενοχοποιούνται για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η νικοτίνη εισέρχεται στον οργανισμό μας με τα σταγονίδια της πίσσας κατά την εισπνοή του καπνού. Είναι δραστικότερο δηλητήριο και η κυριότερη αιτία ασθενειών και θανάτων σ' ολόκληρο τον κόσμο. Δίκαια ονομάζεται «ο ανελέητος φονιάς των λαών», που δολοφονεί αργά και σταθερά. Μερικές σταγόνες νικοτίνης στη γλώσσα μπορούν να επιφέρουν το θάνατο. Απορροφάται από τα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας, το δέρμα, τους πνεύμονες. Δρα ως διεγερτικό (όπως οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη) στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι επιδράσεις στον οργανισμό είναι ανάλογες με την ψυχική διάθεση του καπνιστή, την ποσότητα, τη συχνότητα και τον τρόπο καπνίσματος. Όσο υφίσταται η επίδραση της νικοτίνης, υπάρχει το διεγερτικό στάδιο. Κατόπιν, αρχίζει το κατασταλτικό στάδιο, με συμπτώματα όπως εκνευρισμό, ανησυχία και αναζήτηση της επανάληψης της μηχανικής κίνησης του ανάμματος του τσιγάρου.

Κάθε τσιγάρο περιέχει 2mg **νικοτίνης**. Η ποσότητα, όμως, που φτάνει στο αίμα είναι πολύ μικρότερη. Τα 60mg νικοτίνης είναι αρκετά για σκοτώσουν ένα άτομο. Από έρευνες που έχουν γίνει, έχει αποδειχτεί ότι η νικοτίνη στον οργανισμό μας έχει διπλές ιδιότητες. Σε μικρές δόσεις η νικοτίνη δρα ως διεγερτικό, τονώνει τη μνήμη, την προσοχή, τη διάθεση, και σε μεγαλύτερες δόσεις δρα ως κατασταλτικό. <sup>11</sup>

Η **πίσσα** είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη. Αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι. Η πίσσα είναι μια παχύρρευστη σκουρόχρωμη ουσία που σχηματίζεται κατά την ψύξη του καπνού. Σήμερα η περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα είναι πολύ μικρότερη από εκείνη πριν από 30 χρόνια : έχει μειωθεί κατά 25% περίπου. <sup>9</sup>

Το **μονοξείδιο του άνθρακα** απορροφάται κυρίως από τις κυψελίδες. Συνδέεται σταθερά με την αιμοσφαιρίνη και έτσι μειώνει την ικανότητα του αίματος να οξυγονώσει τους ιστούς.

Τα **οξείδια του αζώτου** πιθανώς ευθύνονται για την ανάπτυξη χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

Οι **πτητικές N-νιτροζαμίνες** είναι καρκινογόνες σε ζώα.

Το **υδροκυάνιο** και η **ακρολείνη** βλάπτουν κυρίως το κροσσωτό επιθήλιο. <sup>11</sup>

## 1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το ερώτημα που πλανάται σήμερα έντονα είναι, γιατί πολλά άτομα συνεχίζουν να εμπλέκονται στα δίκτυα μιας παγκοσμίου μάστιγας, όπως είναι το κάπνισμα.

Η σημερινή γενιά είναι μία γενιά ανήσυχη, αγχώδης που πρέπει να έχει τα φτερά της ανοιχτά για πνευματικές ελευθερίες. Το ότι μπορεί οι νέοι να κάψουν τα φτερά τους να γίνουν δούλοι του πάθους του τσιγάρου, του αλκοόλ, ναρκωτικών και 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».

Η ροή της σημερινής κοινωνίας καλλιεργεί ένα ψυχικό κενό στις 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 υποχώρηση στις πιο παράλογες αξιώσεις τους, τα ωθεί έμμεσα και στον βλαπτικό κυκλώνα του καπνίσματος.

Γενικώς δε, 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 κομματικοποίησης και φεμινιστικών αντιλήψεων συμβάλλουν στη διάδοση του καπνίσματος.

### 1.4.1 Ο παράγων της προσωπικότητας

Η προσωπικότητα του καπνιστή σύμφωνα με την ψυχιατρική, αφορά άτομα εξωστρεφή, συναισθηματικώς ασταθή, με υψηλό ανδρισμό, επιθετικά, τα οποία όπως υποστηρίζουν μερικοί ερευνητές, συνδέονται με έναν - γενετικό 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.<sup>12</sup>

### **1.4.2 Η επιρροή των γονέων**

Οι γονείς ασκούν σημαντική επιρροή στις καπνιστικές στάσεις και συνήθειες των εφήβων. Μέσα από τη στάση που τηρούν οι ίδιοι οι γονείς, επιδρούν στην ικανότητα των παιδιών τους να αντισταθούν ή να δεχτούν να δοκιμάσουν να καπνίσουν. Ακόμη και οι καπνιστές γονείς μπορούν να αντισταθμίσουν ως ένα βαθμό την επιρροή της δικής τους καπνιστικής συμπεριφοράς, αν εκφράσουν αρνητικές απόψεις για το κάπνισμα και δείχνουν ότι θα ήθελαν ή ότι προσπαθούν και οι ίδιοι να απεμπλακούν.

Αρκετοί γονείς έχουν την εντύπωση ότι το να αποτρέψουν τα παιδιά τους από το κάπνισμα θα τα ωθούσε να αντιδράσουν και να καπνίσουν ακόμη περισσότερο και συχνότερα. Όμως τα δεδομένα δείχνουν το αντίθετο, η συχνότητα του καπνίσματος αυξάνεται όταν οι γονείς είναι γενικώς επιτρεπτικοί. Ελάχιστοι γονείς έχουν την επίγνωση της επιρροής της δικής τους συμπεριφοράς στις συνήθειες των παιδιών τους. Αρκετοί ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να καπνίσουν, ζητώντας τους να ανάψουν ένα τσιγάρο μπροστά τους ή ακόμα τους προσφέρουν και οι ίδιοι το τσιγάρο. Από έρευνες που έχουν γίνει στον ελληνικό χώρο και στο εξωτερικό παρατηρήθηκε ότι έφηβοι που είχαν δοκιμάσει να καπνίσουν, το πρώτο τσιγάρο προσφέρθηκε από τους γονείς ή πρωτοκάπνισαν μπροστά στους γονείς τους.<sup>13</sup> Εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά τους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά των μη καπνιστών γονέων. Ακόμη προκύπτει πως τα παιδιά που έχουν πατέρα και μεγαλύτερο αδελφό καπνιστή έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν καπνίζει ο πατέρας και ο αδελφός τους. Οι πιθανότητες αυτές αυξάνουν για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, επειδή ο νέος και η νέα έχουν στις περιπτώσεις αυτές μεγαλύτερες ευκαιρίες για δοκιμή του καπνίσματος. Αρκετοί από τους νέους αυτούς παραδέχονται ότι το πρώτο τσιγάρο που δοκίμασαν στη ζωή τους το πήραν από την τσέπη του καπνιστή γονέα ή αδελφού. Δεύτερον, επειδή τα πρότυπα που διαμορφώνει το παιδί και ο έφηβος είναι συχνά αυτά του πατέρα, της μητέρας και του μεγαλύτερου αδελφού. Και φυσικά όταν τα πρότυπα είναι καπνιστές πολύ σύντομα ο νέος ή η νέα θα προσπαθήσει να τα μιμηθεί.<sup>14</sup>

### **1.4.3 Η επιρροή των συνομήλικων**

Η επιρροή που έχει μια ομάδα συνομήλικων στα μέλη της είναι ένας πολύ συνηθισμένος λόγος να ξεκινήσει κάποιος το κάπνισμα. Πολλοί έφηβοι και νέοι, σε νεαρή ηλικία συχνά αναφέρουν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα μετά από πίεση που

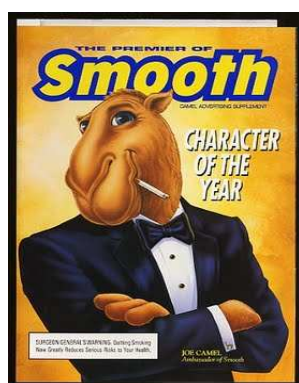
ασκήθηκε από φίλους που ήδη καπνίζουν. Ξεκινούν το κάπνισμα γιατί η υπόλοιπη παρέα καπνίζει και δεν θέλουν να νιώθουν διαφορετικοί.<sup>15</sup>

#### 1.4.4 Η επίδραση της διαφήμισης και των Μ.Μ.Ε.

Οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν μεγάλα οικονομικά ποσά προκειμένου να πείσουν όλο και περισσότερους ανθρώπους να αγοράσουν τα προϊόντα τους. Για να πείσουν τους ανθρώπους να ξοδέψουν χρήματα σε ένα προϊόν που πιθανότατα κάποια μέρα θα τους οδηγήσει στο θάνατο ή θα τους αρρωστήσει, κάνουν πολύ ελκυστικές διαφημιστικές καμπάνιες και πολλοί άνθρωποι ενδίδουν στις δελεαστικές διαφημίσεις.

Οι διαφημίσεις με κάθε τύπο τσιγάρου προβάλλουν και κάποιον ήρωα ή ανάγκη όπως ανεξαρτησία, αντοχή, δυναμισμό, ευφυΐα, ελκυστικότητα κ.ο.κ. Δίνουν στον αποδέκτη τον καταναλωτή ένα προϊόν μέσα σ' ένα συναισθηματικά όμορφα κομψοτεχνημένο και υποσυνείδητα εισβλητικό πακέτο διαφήμισης. Δεν πουλάνε μόνο ένα πακέτο τσιγάρο αλλά και όνειρα και ψευδαισθήσεις γύρω από τη χρήση του.<sup>16</sup>

Αυτή η διαφήμιση μας δείχνει ότι μια γυναίκα με όμορφο σπίτι και με όμορφη εξωτερική εμφάνιση, καπνίζει με ευχαρίστηση αυτό το τσιγάρο!



Ενώ ο στόχος αυτής της διαφήμισης είναι να μας προσελκύσει στο τσιγάρο "Smooth". Μας δείχνει ότι και οι κύριοι, οι μοντέρνοι και πλούσιοι καπνίζουν αυτό το τσιγάρο. Επίσης μας δείχνει έναν αξιοπρεπή άνθρωπο-καμήλα με ευχαρίστηση να καπνίζει το τσιγάρο "Smooth"!

Σήμερα το τσιγάρο, παρότι δεν διαφημίζεται ευθέως, κατέχει κυρίαρχη θέση στην καθημερινότητα του Νεοέλληνα, με τη σημαντική βοήθεια του δημοφιλέστερου



μέσου: της τηλεόρασης.<sup>17</sup> Σε πείσμα της απαγόρευσης της διαφήμισης των τσιγάρων, οι καπνοβιομηχανίες "πληρώνουν" παραγωγούς ταινιών, προκειμένου να προβάλλουν τα προϊόντα τους στις ταινίες, υποστηρίζουν οι επιστήμονες του Dartmouth-Hitchcock Medical Centre in Lebanon στο Νιου Χάμψαϊρ στη μελέτη τους, η οποία δημοσιεύεται στη βρετανική επιθεώρηση The Lancet. Οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία για τις 250 πιο εμπορικές ταινίες από το 1988 έως το 1997 και αποφάνθηκαν ότι στο 85% αυτών οι ήρωες κάπνιζαν, ενώ στο 28% εμφανιζόταν και συγκεκριμένη μάρκα. Οι μάρκες των τσιγάρων παρουσιάζονταν ως επί το πλείστον σε ταινίες που απευθύνονταν σε ενήλικους, ενώ δεν ήταν λίγες αυτές που στόχευαν σε παιδιά. Σύμφωνα με την έρευνα, τέσσερις αμερικανικές μάρκες τσιγάρων εμφανίζονταν στο 80% των ταινιών όπου κάπνιζε ο πρωταγωνιστής. Οι επιστήμονες κατέληξαν "Η έρευνα έδειξε πως το κάπνισμα στην οθόνη, ιδίως από προσφιλείς ηθοποιούς, επηρεάζει άμεσα τους εφήβους και τη συμπεριφορά των νέων απέναντι στο τσιγάρο".<sup>18</sup> Μερικοί νέοι ξεκινούν ή και συνεχίζουν το κάπνισμα επειδή θέλουν να μοιάσουν σε διάσημες προσωπικότητες που προβάλλουν μέσω της τηλεόρασης την εικόνα ότι με το κάπνισμα είναι πιο άνετοι, ωραίοι και επιτυχημένοι. Στην τηλεόραση ο άντρας που καπνίζει είναι συνήθως αυτός που πετυχαίνει και είναι ικανός, έχει κατακτήσεις στο αντίθετο φύλο. Σε ότι αφορά το γυναικείο πληθυσμό, στην ταινία η γυναίκα που καπνίζει είναι αυτή που ξέρει τι ζητάει από τη ζωή και είναι δυναμική και σίγουρη για τον εαυτό της. Αυτά τα πρότυπα οδηγούν στο να διαμορφώνονται εικόνες σε ότι αφορά τη φιγούρα του καπνιστή.<sup>15,19</sup>

«Σε πρόσφατη ανακοίνωση του Πανεπιστημίου Κρήτης<sup>20</sup> (Κ. Βαρδαβάς και συνεργάτες) αποδεικνύεται ότι κάθε μαθητής της πόλης του Ηρακλείου εκτίθεται κατά μέσον όρο σε 108 γιγαντοαφίσες που διαφημίζουν τσιγάρο και κάπνισμα κατά την καθημερινή μετάβασή του από το σπίτι στο σχολείο και αντίστροφα». Τα δεκάδες σημεία πώλησης και διαφήμισης καπνού στο Δήμο Ηρακλείου σε χώρους όπου λειτουργούν σχολεία εντοπίστηκαν με την χρήση συντεταγμένων από δορυφόρο σε ακτίνα 300μ. από την πύλη των σχολείων σε πρωτοποριακή έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης και τον ερευνητή κ. Βαρδαβά σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ στην Αμερική.



Πρώτη φορά γίνεται παγκοσμίως με τη μέθοδο αυτή στο Ηράκλειο και σε σχέση με άλλες χώρες όπου πραγματοποιείται έχουμε τον μεγαλύτερο αριθμό διαφημίσεων ακόμα και αν πάρουμε υπόψη πόσο πυκνοκατοικημένη είναι η κάθε περιοχή έχουμε κατά μέσο όρο 17 σημεία πώλησης και διαφήμισης τσιγάρων μέσα σε ακτίνα 300μ. από την πύλη του κάθε σχολείου με το 32% όλων των σημείων αυτών να φαίνονται και από την πύλη. Σε κάθε σημείο πώλησης υπήρχαν μέχρι και 25 ξεχωριστές διαφημίσεις από τις οποίες το 80% βρίσκονται κάτω από το ύψος ενός παιδιού. Αντίστοιχες μελέτες που ακολούθησαν στη Βοστώνη και την Κύπρο, έδειξαν ότι στο Ηράκλειο τα σημεία πώλησης και διαφήμισης καπνού είναι πολλαπλάσια συγκριτικά με τις άλλες περιοχές και πολύ περισσότερα ακόμη και από φτωχογειτονιές της Βοστόνης. Όλες οι μελέτες δείχνουν τον καθοριστικό ρόλο που παίζει η διαφήμιση του καπνού για να αρχίσουν το τσιγάρο τα νέα παιδιά. Το ενδιαφέρον τους αυξάνεται περισσότερο από 200%.<sup>20</sup>

#### 1.4.5 Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα

Ο έλεγχος βάρους είναι ο λιγότερο σημαντικός λόγος για κάπνισμα. Έτσι οι καπνιστές αποδίδουν το κάπνισμα σε **εσωτερικούς κυρίως παράγοντες**.

- **Ερεθισμός:** Η συνήθεια του καπνίσματος από τους εφήβους είναι λόγω του ότι τους αρέσει η γεύση, η μυρωδιά και η αίσθηση του καπνίσματος.
- **Αισθηματικοί λόγοι:** Λόγοι που συνεχίζουν οι έφηβοι (κυρίως) να καπνίζουν είναι: η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική στήριξη, η κοινωνική αποδοχή και η επαναστατικότητα. Αλλά και για ευχαρίστηση και μείωση των αρνητικών συναισθημάτων. Ο Jenks (1992) βρήκε ότι οι καπνιστές αναφέρουν τη ψυχολογική εξάρτηση ως κύριο λόγο καπνίσματος, ακολουθούμενη από τη χαλάρωση και την επιθυμία-αρέσκεια.
- **Χαλάρωση:** Έρευνες έδειξαν ότι οι καπνιστές θεωρούν το κάπνισμα ως ηρεμιστικό. Το ίδιο αναφέρουν και οι Mates και Allison (1992) για τους εφήβους.
- **Η συνήθεια:** Άλλος παράγοντας είναι 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, επαναλαμβανόμενες 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.

- **Εθισμός** Οι Sarason κά. (1992), οι Zoller και Maymon (1983) και οι Chassin κά. (1990) βρήκαν ότι η συνέχιση του καπνίσματος είναι λόγω εθισμού-συνήθειας.<sup>21,22</sup>

## 1.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και άλλα συλλογικά επιστημονικά όργανα αναφέρουν ότι τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους στις περισσότερες χώρες του κόσμου.



Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει ουσιαστικά σε μια καλύτερη και μακρύτερη ζωή, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ενέργεια στον τομέα της προληπτικής ιατρικής.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο σημειώνονται 75-80.000 θάνατοι από τους οποίους 7.500 (ποσοστό 10%) αποδίδονται στο κάπνισμα. Ήδη από το 18<sup>ο</sup> αιώνα διατυπώθηκαν οι πρώτες υποψίες ότι το κάπνισμα μπορεί να συμμετέχει στην αιτιολογία διαφόρων νοσημάτων. Από το 1940 και μετά, πολλές μελέτες σε διάφορες χώρες τεκμηρίωσαν τη σχέση του καπνίσματος με μεγάλο αριθμό νοσημάτων.<sup>11</sup>

Το κάπνισμα είναι η αιτία τουλάχιστον 50.000 πρόωρων θανάτων κάθε χρόνο εξαιτίας : καρδιοπάθειας, χρόνιας βρογχίτιδας, εμφυσήματος, καρκίνου του πνεύμονα, καρκίνου του στόματος, του λάρυγγα, της κύστης.

Σε κάθε χίλιους εφήβους που καπνίζουν :

- ✓ 6 θα πεθάνουν σε αυτοκινητιστικό ατύχημα.
- ✓ 250 θα πεθάνουν νωρίτερα απ' ότι θα έπρεπε λόγω καπνίσματος.<sup>9</sup>

### 1.5.1 Καρκίνος του πνεύμονα

Είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 4.000 χημικές ουσίες, 55 από τις οποίες είναι δυνητικά καρκινογόνες. Το κάπνισμα ευθύνεται για το 80-90% των χρόνιων

αναπνευστικών νοσημάτων και είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα. Συγκεκριμένα το 80-85% των ασθενών με καρκίνο πνεύμονα είναι καπνιστές και οι καπνιστές έχουν 20 φορές περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα, από ότι οι μη καπνιστές. Έχει υπολογισθεί ότι 9 στους 10 ασθενείς με καρκίνου του πνεύμονα ήταν καπνιστές. Στις



Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περίπου το 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και σχεδόν το 80% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μία από τις πιο κακοήθεις και θανατηφόρες μορφές καρκίνου, καθώς οι περισσότεροι από τα θύματα του θα πεθάνουν άμεσα σε 5 χρόνια από τη διάγνωση.<sup>11</sup> Ο τρόπος καπνίσματος, η συχνότητα των εισπνοών του καπνού, το μήκος του τσιγάρου, η παρουσία φίλτρου η όχι στο τσιγάρο και η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην προσβολή του πνεύμονα από καρκίνο.<sup>23</sup>

### 1.5.2 Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα

Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό καρκινογόνων ουσιών και επιδημιολογικά στοιχεία πείθουν για τη σχέση του καπνίσματος με μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες.

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί το 3% του συνόλου των κακοηθών όγκων. Η ασθένεια προσβάλλει κυρίως άτομα άνω των 40 ετών, ενώ η συχνότητα της αυξάνει με την ηλικία. Τελευταία, όμως, προσβάλλονται όλο και πιο άνθρωποι, κάτω των 40 ετών.<sup>24</sup>

Το κάπνισμα αποδεδειγμένα προκαλεί καρκίνο σε πνεύμονα, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγο, πάγκρεας, ήπαρ, νεφρό, ουροδόχο κύστη και τράχηλο της μήτρας.. Οι άνθρωποι που καπνίζουν έχουν 10 έως 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν και να πεθάνουν από αυτή τη μορφή του καρκίνου. Όπως σε όλες τις καταστάσεις που προκαλούνται από το κάπνισμα, ο κίνδυνος είναι τόσο μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερη η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος. Ο συνδυασμός επίσης με αλκοόλ φαίνεται να αυξάνει ακόμη περισσότερο την πιθανότητα νόσησης από καρκίνο.<sup>11</sup>

### 1.5.3 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Σήμερα το κάπνισμα αποτελεί την πιο σημαντική αιτία καρδιαγγειακής νόσου και τη συχνότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν το 21<sup>ο</sup> αιώνα από αίτια που έχουν σχέση με το κάπνισμα.<sup>25</sup> Το κάπνισμα αποτελεί γενικότερα μείζονα παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αιφνίδιο θάνατο. Συγκεκριμένα οι καπνιστές έχουν 2-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ η συνέχιση του καπνίσματος αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής σε ανθρώπους που έχουν ήδη υποστεί καρδιακό επεισόδιο και έχουν επιβιώσει. Αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας ειδικά στις αρτηρίες των κάτω άκρων (αθηροσκλήρυνση), κατάσταση που ονομάζεται περιφερική αγγειοπάθεια, εμφανίζεται 10 φορές συχνότερα στους καπνιστές και προκαλεί πόνο στα πόδια, δυσκολία στη βάρδιαση, γάγγραινα και τελικά ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Ο θάνατος από ρήξη αθηροσκληρωτικού ανeurύσματος της κοιλιακής αορτής έχει αποδειχθεί ότι είναι συχνότερος σε καπνιστές.<sup>11</sup>

Η Στεφανιαία Καρδιοπάθεια προκαλεί το 35-40% των σχετιζομένων με το κάπνισμα θανάτων. Το κάπνισμα έχει μεγαλύτερη επιβαρυντική δράση στα οξέα θρομβωτικά συμβάντα παρά στην αθηρογένεση. Αυτό είναι περισσότερο εμφανές στους νέους και τους μεσήλικες όπου θεωρείται υπεύθυνο για το περίπου 50% των οξέων εμφραγμάτων (OEM). Τα νεότερα άτομα που καπνίζουν περισσότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως έχουν 5,6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο οξύ εμφράγματος μυοκαρδίου από τους συνομηλίκους τους μη καπνιστές. Γενικά, ο καρδιαγγειακός κίνδυνος αυξάνει με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, αλλά η σχέση δεν είναι γραμμική.

Εξειδικεύοντας τον καρδιαγγειακό κίνδυνο στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνίζοντες:

- Περιφερική Αρτηριοπάθεια

Οι καπνιστές έχουν επταπλάσια πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου, η έναρξη των συμπτωμάτων, γίνεται μία δεκαετία προωμότερα, ενώ έχουν διπλάσια πιθανότητα ακρωτηριασμού από τους μη καπνιστές.

- Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής

Το κάπνισμα πολλαπλασιάζει την πιθανότητα ανάπτυξης κοιλιακής αορτής. Συγκεκριμένα καπνιστές που καταναλώνουν μέχρι ένα πακέτο την ημέρα βρίσκονται σε τριπλάσιο κίνδυνο, ένα έως δυο πακέτα την ημέρα σε πενταπλάσιο κίνδυνο και περισσότερα από τρία πακέτα σε επταπλάσιο κίνδυνο.

- Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ)

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη Ισχαιμικού ΑΕΕ, Αιμορραγικού ΑΕΕ και Υπαραχνοειδούς Αιμορραγίας και ο κίνδυνος αυξάνεται με τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων.<sup>25</sup>

#### **1.5.4 Αναπνευστικές επιπτώσεις**

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (χρόνια απόφραξη των αεραγωγών, χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα), η οποία αποτελεί συχνό αίτιο προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας ή και θανάτου στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Οι τραυματικές βιολογικές διαδικασίες (οξειδωτικό stress, φλεγμονή, διαταραχή ισορροπίας πρωτεασών - αντιπρωτεασών) οδηγούν σε βλάβη των αεραγωγών και των κυψελίδων και τελικά στην ανάπτυξη Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας.<sup>26</sup> Επίσης, το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στο ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα περισσότερες και συχνότερες λοιμώξεις όπως πνευμονία, γρίπη και κοινό κρυολόγημα. Τα προβλήματα από το αναπνευστικό που οφείλονται στο κάπνισμα περιλαμβάνουν βήχα, απόχρεμψη, συριγμό, συχνά κρυολογήματα και δυσκολία στην αναπνοή ακόμη και σε αυτούς που καπνίζουν λίγο.<sup>11</sup>

#### **1.5.5 Πεπτικό έλκος**

Η νόσος είναι 2 φορές συχνότερη στους καπνιστές παρά στους μη-καπνιστές και η συχνότητά του αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο. Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων και επιταχύνει την επούλωση του έλκους.<sup>11,26</sup>

#### **1.5.6 Προβλήματα στη στοματική κοιλότητα**

Το κάπνισμα συσχετίζεται με τον καρκίνο του στόματος καθώς επίσης με την εμφάνιση τερηδόνας στα δόντια, περιοδοντίτιδας και ουλίτιδας. Συγκεκριμένα:

- 1) 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.

### 2) Προβλήματα κατά την εξαγωγή του δοντιού.

Έπειτα από εξαγωγή δοντιού η θεραπεία ουλίτιδας ή περιοδοντίτιδας ο καπνιστές εμφανίζουν αυξημένα προβλήματα, με καθυστέρηση της επούλωσης και πόνο.

### 3) 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 περιοδοντίτιδας νόσου, ενώ έχει ενεχοποιηθεί 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 αγγειοσυσπαστικής δράσης της νικοτίνης στα περιφερικά αγγεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη φαίνεται η φλεγμονή των ούλων και η ουλίτιδα στους καπνιστές.<sup>24</sup>

## 1.5.7 Υπέρταση

Η νικοτίνη που εισπνέεται με τον καπνό του τσιγάρου είναι τοξική και οδηγεί σε αγγειοσύσπαση και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Βοηθά επίσης τη συσσώρευση αιμοπεταλίων ευνοώντας έτσι τον σχηματισμό θρόμβων. Μειώνει την περιεκτικότητα σε οξυγονωμένο αίμα. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περιφερική αγγειακή νόσο. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει προϊόντα πίσσας που προκαλούν καρκίνο του πνεύμονα.<sup>27</sup> Τα φυσιολογικά επίπεδα πίεσης αίματος είναι για τη συστολική <120mmHg και τη διαστολική <80 mmHg. Η πίεση αίματος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αυξημένη πίεση είναι απόρροια περιβαλλοντικών παραγόντων, γενετικών παραγόντων και αλληλεπιδράσεων ανάμεσα τους. Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πίεση αίματος (όπως η διατροφή, η φυσική αδράνεια, οι τοξίνες και οι ψυχοκοινωνιολογικοί παράγοντες), οι διατροφολογικοί παράγοντες έχουν έναν πρωταγωνιστικό ρόλο, όπως προκύπτει από έρευνες.<sup>28</sup>

### **1.5.8 Σεξουαλική ανικανότητα**

Το κάπνισμα συσχετίζεται με προβλήματα στύσης. Οι άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα ή περισσότερο κάθε μέρα, έχουν 39% πιο πολλές πιθανότητες να είναι σεξουαλικά ανίκανοι λόγω στυτικών δυσλειτουργιών σε σύγκριση με άνδρες που δεν καπνίζουν.

Όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει ένας άνδρας τόσο πιο πολύ αυξάνεται ο κίνδυνος προβλημάτων σεξουαλικής ανικανότητας. Έρευνες τεκμηρίωσαν τη σχέση καπνίσματος και σεξουαλικών προβλημάτων λόγω ανεπάρκειας στύσης.

### **1.5.9 Απώλεια μνήμης**

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως το κάπνισμα προκαλεί σοβαρότατη απώλεια μνήμης. Στις έρευνες αποδείχθηκε πως οι καπνιστές παρουσιάζουν έως και 20% μικρότερη λειτουργία του εγκεφάλου και απώλεια ευφυΐας κατά το ίδιο ποσοστό. Μια άποψη 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 τη 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. Ο εγκέφαλος των καπνιστών παρουσιάζει αλλαγές στο μεταβολισμό του, λόγω της χρόνιας στέρησης οξυγόνου που του επιφέρει το κάπνισμα. Οι άνθρωποι οι οποίοι καπνίζουν συνηθισμένα ή ελαφριά τσιγάρα στην πραγματικότητα εισπνέουν σημαντικά περισσότερη νικοτίνη και πίσσα από αυτή που αναγράφεται πάνω στα πακέτα τσιγάρων.

### **1.5.10 Κατάθλιψη**

Οι δεινοί καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους μη καπνιστές, αποκαλύπτει μακρόχρονη Φινλανδική έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε διδύμους. Τα αποτελέσματα βασίστηκαν σε 4.000 άντρες και 5000 γυναίκες, διδύμους, των οποίων η υγεία παρακολούθηθηκε για 15 χρόνια. Τα στοιχεία της έρευνας υποδεικνύουν ότι το μακροχρόνιο κάπνισμα προδικάζει την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ωστόσο, όταν ελήφθησαν υπόψη άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη, ο αυξημένος κίνδυνος για κατάθλιψη στους καπνιστές εμφανίστηκε σημαντικός μόνο στους άνδρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι σε αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη βρίσκονταν και όσοι είχαν



διακόψει το κάπνισμα, αλλά μόνο βραχυπρόθεσμα. Όσοι διακόπτουν το κάπνισμα για πολύ καιρό φαίνεται πως απομακρύνονται από το ενδεχόμενο εκδήλωσης κατάθλιψης.

Όταν αρχίζουν το κάπνισμα οι άνθρωποι νιώθουν άμεσα στον εγκέφαλο τα ευχάριστα αποτελέσματα της νικοτίνης, χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο ανακούφισης από τα προβλήματα διάθεσης που ενδεχομένως έχουν.

Επειδή η εξάρτηση από το τσιγάρο είναι τόσο δυνατή όσο από την ηρωίνη, η αποχή είναι δύσκολη. Οι καπνιστές που είναι ευάλωτοι στην κατάθλιψη, ενδεχομένως μπορεί να χρειαστούν ειδική φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη για να ξεπεράσουν την αρχική φάση της διακοπής του καπνίσματος. Στη συνέχεια, οι πιθανότητες για επιτυχία αυξάνονται.<sup>78</sup>

#### **1.5.11 Διαταραχές στην ακοή**

Το κάπνισμα και η παχυσαρκία προκαλούν μόνιμη βλάβη στην ακοή. Αυτό υποστηρίζει νέα έρευνα που δημοσιεύτηκε σε επιστημονική επιθεώρηση. Όταν ένας άνθρωπος καπνίζει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή έχει αυξημένο σωματικό βάρος, ενδεχομένως επηρεάζεται η κυκλοφορία του αίματος στο αυτί. Αυτό σημαίνει ότι δεν οξυγονώνονται επαρκώς οι ιστοί και δεν απομακρύνονται οι τοξίνες στο αυτί. Η επίπτωση του καπνίσματος στην ακοή προκύπτει μετά από μελέτη 4000 εθελοντών, ανδρών και γυναικών, ηλικίας 53 έως 67 ετών. οι ειδικοί υπέβαλαν τους εθελοντές σε τεστ ακοής, ενώ έπειτα συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για τον τρόπο ζωής τους και το που δουλεύουν. Το μεγαλύτερο πρόβλημα αντιμετώπιζαν εκείνοι που δούλευαν σε χώρους με πολύ μεγάλους θορύβους. Ωστόσο η έκπτωση ακοής ξεκινά μετά από τουλάχιστον ένα χρόνο καπνίσματος, επιπρόσθετα, από τη στιγμή που η βλάβη συντελείται, δεν υπάρχει η δυνατότητα επανάκτησης της ακοής.

#### **1.5.12 Γήρανση του δέρματος**

Πιθανότατα ο καπνός καταστρέφει το κολλαγόνο, μία πρωτεΐνη που διατηρεί τη σφριγηλότητα του δέρματος. Η έκθεση μη καπνιστών στον καπνό των άλλων αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρης γήρανσης του δέρματος.

#### **1.5.13 Επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη**

Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. Γυναίκες που καπνίζουν γεννούν μικρότερα παιδιά και συχνότερα πρόωρα. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι αποβολές και οι γεννήσεις νεκρών εμβρύων

είναι συχνότερες σε καπνίστριες.<sup>11</sup> Το μονοξείδιο του άνθρακα και άλλα δηλητηριώδη αέρια τα οποία εισπνέονται από την μητέρα, που καπνίζει, απορροφώνται από το κυκλοφορικό σύστημα και τα δηλητηριώδη αέρια μεταφέρονται δια μέσου του πλακούντα στο κυκλοφορικό σύστημα του μωρού. Το μονοξείδιο του άνθρακα αντικαθιστά το οξυγόνο στο αίμα. Αυτό στερεί το έμβρυο από το οξυγόνο που χρειάζεται για τα γρήγορα αναπτυσσόμενα κύτταρα.

Τα μωρά προσβάλλονται εύκολα από τον καπνό. Έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα με το αναπνευστικό τους, αν οι γονείς τους καπνίζουν.

Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη ευθύνεται για το 20%-30% των περιπτώσεων γέννησης νεογνών χαμηλού βάρους, το 14% πρόωρων γεννήσεων και περίπου 10% όλων των νεογνικών θανάτων. Ακόμα και φαινομενικά υγιή τελειόμηνα νεογνά καπνιστών έχει βρεθεί ότι γεννιούνται με μικρούς αεραγωγούς και περιορισμένη αναπνευστική λειτουργία.

Το 30% των γυναικών που καπνίζουν σταματούν το κάπνισμα όταν μείνουν έγκυες. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο μεταξύ των παντρεμένων γυναικών και γυναικών με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Το 2004 το ποσοστό των εγκύων που κάπνιζαν ήταν 0,2%, κατά 42% χαμηλότερο από το ποσοστό του 1990. Τα παιδιά γονέων που καπνίζουν στο σπίτι παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα άσθματος, κρυολογήματος, ωτίτιδας και αιφνίδιο θάνατο κατά τη νεογνών.<sup>26</sup>



Οι έφηβοι των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη και είναι και οι ίδιοι καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν δυσκολίες συγκέντρωσης, σε σχέση με άλλους εφήβους που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη. Η νέα έρευνα έδειξε ότι οι επιπτώσεις της νικοτίνης ήταν διαφορετικές για τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια.

Τα κορίτσια αντιμετώπιζαν κυρίως προβλήματα συγκέντρωσης και σε οπτικά και σε ακουστικά ερεθίσματα, ενώ τα αγόρια είχαν δυσκολία κυρίως στα ακουστικά ερεθίσματα.<sup>11</sup>

## 1.6 ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

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

Το κάπνισμα σε κλειστό χώρο δημιουργεί υψηλή συγκέντρωση ορισμένων βλαπτικών ουσιών (μονοξειδίο του άνθρακα, διάφορα σωματίδια, νικοτίνη) που μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα σε μη καπνιστές. Το κάπνισμα των γονιών μπορεί να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν συχνότερα οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού που μπορεί να προδιαθέτουν σε χρόνια βρογχίτιδα. Επίσης, έχει βρεθεί έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας σε παιδιά 5-9 ετών που οι γονείς τους κάπνιζαν. Η συχνότητα των λοιμώξεων αυξάνει γενικά ανάλογα με την συγκέντρωση καπνού στο περιβάλλον του παιδιού. Τέλος, οι φόβοι που εκφράζονται για τον καρκίνο του πνεύμονα και τις καρδιοπάθειες, στηρίζονται στα δεδομένα ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα άτομα που εκτίθενται στον καπνό από την παιδική τους ηλικία.

Φαίνεται πως η καθημερινή έκθεση ενός μη καπνιστή για πολλά χρόνια στο κάπνισμα άλλων επηρεάζει την αναπνευστική του λειτουργία και αυξάνει την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του πνεύμονα και καρδιαγγειοπάθειες.

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.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα το 25-33% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα αφορά μη καπνιστές και οφείλεται σε παθητικό κάπνισμα.<sup>11</sup>

Έχουν γίνει ακόμη πολλές μελέτες σε συζύγους καπνιστών (ο ένας μόνο σύζυγος καπνίζει). Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι η θνησιμότητα των παθητικών καπνιστών και καπνιστριών είναι αυξημένη κατά 80%. Παρατηρήθηκε μάλιστα ότι όσο περισσότερο καπνίζει ο καπνιστής σύζυγος, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου του έτερου ημίσεως από καρδιοπάθεια.

Μελέτες σχετικές δείχνουν ότι αν ένας μη καπνιστής καθίσει σε ένα χώρο κυριολεκτικά γεμάτο από καπνό θα ανέβει η πίεση του αίματος του και η καρδιακή του συχνότητα. Άτομα μάλιστα με στεφανιαία νόσο, μπορούν να πάθουν στηθαγική κρίση ή και σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών. Το παθητικό κάπνισμα ελαττώνει



την σωματική απόδοση ακόμη και σε υγιή, αθλούμενα άτομα ιδιαίτερα στους δρόμους.<sup>29</sup>

Παθητικοί καπνιστές είναι τρία στα τέσσερα παιδιά στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη πνευμονολόγων από το παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου «ΕΛΠΙΣ». Αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που οι γονείς γνωρίζουν πως το παιδί πάσχει από κάποιο χρόνια αναπνευστικό πρόβλημα, συνεχίζουν να καπνίζουν. Η μελέτη αποκαλύπτει πως το ποσοστό των καπνιστών γονέων όχι μόνο δεν μειώθηκε τα τελευταία πέντε χρόνια, αλλά σημείωσε αύξηση, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα. Πάντως, θετικό είναι το γεγονός πως, παρά τη στάση των γονέων, που καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους, ο επιπολασμός του παιδικού άσθματος στην Ελλάδα είναι μικρότερος από αυτόν των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης.<sup>30</sup> Οι παθητικοί καπνιστές έχουν αυξημένη πιθανότητα (25%) ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου οποιασδήποτε μορφής και αυξημένη πιθανότητα (30%) θανάτου από αυτήν. Επίσης, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να υποστούν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ενώ υπολογίζεται ότι το 8% των καρδιαγγειακών θανάτων σχετίζεται με το παθητικό κάπνισμα.<sup>25</sup>

## 1.7 ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα δείχνει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατού μέτρου για την ελάττωση του καπνίσματος. Φυσικά η αγωγή υγείας είναι το σπουδαιότερο μέτρο, όμως η απαγορευτική νομοθεσία βοηθάει σε πολλές περιπτώσεις.



Για τον έλεγχο του καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί δυο κατηγορίες νόμων. Η πρώτη κατηγορία επιδιώκει να επηρεάσει την παραγωγή και πώληση καπνού και η άλλη επιδιώκει την αλλαγή των καπνιστικών συνηθειών. Μεταξύ των δυο αυτών μεγάλων κατηγοριών υπάρχουν οι παρακάτω υποδιαιρέσεις:

### **A) Νομοθεσία για περιορισμό στην παραγωγή καπνού και παρασκευή και πώληση τσιγάρων.**

- Έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων.

- Προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη.
- Περιορισμός των επικίνδυνων ουσιών στον καπνό.
- Περιορισμοί στις πωλήσεις σε νεαρά άτομα.
- Οικονομικά μέτρα (φορολογία, κλπ.)

## **B) Νομοθεσία για αλλαγή συνηθειών των καπνιστών.**

- Απαγορεύσεις για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
- Απαγορεύσεις για το κάπνισμα στο τόπον εργασίας.
- Απαγόρευση των πωλήσεων σε νεαρά άτομα.
- Υποχρεωτική αγωγή υγείας για το κάπνισμα.<sup>11</sup>

Η πρόληψη της συνήθειας του καπνίσματος τσιγάρων πρέπει να αρχίσει στην παιδική ηλικία, γιατί η καταστρεπτική αυτή συνήθεια, τις πιο πολλές φορές, αποκτάται στην ηλικία αυτή. Τα παιδιά συσχετίζουν το κάπνισμα με τη χειραφέτηση, τη διαφοροποίηση από τους άλλους, τους πολλούς, τους συνήθεις, όπως πολλές φορές αναφέρουν. Τα κορίτσια επιπλέον το συσχετίζουν με την ισότητα των δύο φύλων. Γι αυτό η ενημέρωση των παιδιών πρέπει να αφορά και τους παράγοντες αυτούς. Το κάπνισμα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο εκπαίδευσης σ' όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες –Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια. Η αλλαγή στάσης στην επιζήμια αυτή συνήθεια απαιτεί αλλαγή κοινωνικών αξιών. Η συνήθεια αυτή δυστυχώς σχετίζεται με έκφραση κοινωνικότητας ενώ στην πραγματικότητα αποτελεί αντικοινωνική συμπεριφορά.

Το κάπνισμα δεν βλάπτει μόνο αυτόν που καπνίζει αλλά και όλους αυτούς που βρίσκονται στον ίδιο χώρο. Οι βλαπτικές επιδράσεις είναι ακόμη μεγαλύτερες όταν συνυπάρχει και άλλος προδιαθεσικός παράγοντας, γιατί το κάπνισμα δρα συνεργικά μ' αυτούς.

Η ενημέρωση της κοινής γνώμης γενικότερα μπορεί να πραγματοποιείται μ' εκλαϊκευμένες διαλέξεις, με τη διανομή ειδικών φυλλαδίων, με το ραδιόφωνο και με την τηλεόραση. Η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας και σε χώρους κοινής χρήσης, όπως και της διαφήμισης σε οποιοδήποτε χώρο ή έντυπο αποτελεί ένα ακόμη μέτρο κατά του καπνίσματος.

Οι καπνιστές πρέπει να πεισθούν:

- Να διακόψουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να καπνίζουν λιγότερο
- Να καπνίζουν όσο το δυνατό μικρότερο μέρος του τσιγάρου
- Να μη ξανά χρησιμοποιούν το υπόλοιπο –το αποτσίγαρο
- Εφόσον δεν μπορούν να απαλλαγούν από αυτή τη συνήθεια, να προτιμούν τσιγάρα:
  - Με φίλτρο
  - Με λιγότερη νικοτίνη
  - Με λιγότερη πίσσα
- Να καπνίζουν πίπα αντί τσιγάρου
- Να έχουν στο στόμα είτε τα τσιγάρα είτε την πίπα, όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο.

### 1.7.1 Αντικαπνιστικά προγράμματα

Το 1974 η Επιτροπή Ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για τον σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις της Επιτροπής ήταν:

- I. 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.
- II. Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- III. 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.
- IV. 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 οργανώσεων της νεολαίας.

- V. Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους για 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.
- VI. 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 σχεδιασμό της αγωγής υγείας, είναι να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες εκθέσεως, εκπαιδευτική υποδομή και ωριμότητα».<sup>11</sup>

### **1.7.2 Λόγοι για τους οποίους οι καπνιστές αποφασίζουν να κόψουν το τσιγάρο**

Η μεγάλη πλειοψηφία των καπνιστών επιθυμεί και έχει προσπαθήσει αρκετές φορές να σταματήσει το κάπνισμα. Επτά στους δέκα καπνιστές (το 70%) δηλώνουν πως θα ήθελαν να απαλλαγούν από το κάπνισμα. Εξ' άλλου, οι σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι νεαροί όταν αρχίζουν το κάπνισμα σκέφτονται ότι αυτό που θα κάνουν θα είναι προσωρινό, υπολογίζοντας ότι μετά από λίγα χρόνια θα το κόψουν. (Σκέψη που στη συνέχεια αποδεικνύεται απατηλή).



Οι λόγοι για τους οποίους οι καπνιστές θέλουν να κόψουν το τσιγάρο δεν είναι πάντοτε οι ίδιοι. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι που αναφέρονται είναι:

**-Για να μειώσουν τον κίνδυνο σοβαρής ασθένειας.**

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία οι άνδρες καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα στην ηλικία των 35-39 ετών προσθέτουν κατά μέσο όρο 5 χρόνια επιπλέον στη ζωή τους, ενώ το αντίστοιχο κέρδος για τις καπνίστριες της ίδιας ηλικιακής ομάδας είναι 3 χρόνια.

**-Για να βελτιώσουν την ευεξία του σώματος (την απόδοση και την εμφάνισή τους).**

Το να λαχανιάζει κάποιος άνθρωπος όταν περπατά γρήγορα, όταν ανεβαίνει σκάλες ή τρέχει δεν είναι φυσιολογικό. Αυτό συμβαίνει στους περισσότερους καπνιστές, γιατί έχουν επηρεάσει αρνητικά την αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία τους. Η διακοπή του καπνίσματος, αν συνδυαστεί με συστηματική σωματική άσκηση ξαναδίνει στους καπνιστές τη χαμένη σωματική αντοχή και ευεξία.

Το ίδιο ισχύει και στην εμφάνιση των καπνιστών. Μπορεί με τη διακοπή του καπνίσματος να μην εξαλείφονται οι ρυτίδες που έχουν ήδη εμφανιστεί, αλλά επιβραδύνεται σημαντικά ο σχηματισμός νέων. Το δέρμα όσων διέκοψαν το κάπνισμα αλλάζει προς το καλύτερο.

Την ίδια βελτίωση αισθάνονται και σ' ότι αφορά τα δόντια τους και την οσμή της αναπνοής και του σώματός τους.

**-Για να προστατεύσουν την οικογένεια και τους φίλους τους από τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος.**

Όσοι γονείς καπνίζουν στον ίδιο χώρο που βρίσκονται παιδιά τους προκαλούν βλάβες στην υγεία και τα προικίζουν με λιγότερες φυσικές αντοχές όταν μεγαλώσουν. Εξ' άλλου αποτελούν το χειρότερο παράδειγμα προς μίμηση, υποθηκεύοντας τη μελλοντική ζωή των παιδιών τους.

Οι σύζυγοι καπνιστών εμφανίζουν συχνότερα ασθένειες του αναπνευστικού, της καρδιάς και διάφορες μορφές καρκίνου.

Το κάπνισμα στους εργασιακούς χώρους, δικαίως αντιμετωπίζεται πλέον ως παρανομία, αφού προξενεί ζημιά στην υγεία των εργαζομένων που δεν καπνίζουν.

**-Για να αισθανθούν πιο άνετα.**

Ο καπνιστής ανάβοντας το τσιγάρο του σε χώρους που απαγορεύεται (οι οποίοι ολοένα και αυξάνονται σε αριθμό) ή όταν δίπλα του βρίσκονται άνθρωποι που δεν καπνίζουν γίνεται ενοχλητικός. Και αυτό του γίνεται επώδυνα αντιληπτό, αφού δεν είναι λίγες οι φορές που δέχεται παρατηρήσεις, αλλά και προσβολές.



Η μυρωδιά που εκπέμπει ο καπνιστής (και η οποία δεν καλύπτεται με το μάσημα τσίγλας ή καραμέλας) δεν είναι ότι καλύτερο. Σε στενές επαφές ο καπνιστής βρίσκεται σε μειονεκτική θέση.

#### **-Για να ξοδεύουν λιγότερα χρήματα.**

Το κάπνισμα στις ημέρες μας είναι μία δαπανηρή συνήθεια. Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι καπνιστές καταναλώνουν από ένα έως δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Σύμφωνα με έρευνες, στη χώρα μας το μεγαλύτερο μερίδιο πωλήσεων τσιγάρων το έχουν οι ξένες μάρκες. Ένα πακέτο τσιγάρων αυτής της κατηγορίας κοστίζει 3 €.

### **1.7.3 Συμπτώματα στέρησης**

Ο οργανισμός του καπνιστή που έχει εθιστεί στην νικοτίνη απαιτεί να έχει στη διάθεσή του μία συγκεκριμένη ποσότητα αυτής της ουσίας. Όταν διακόψει ή ελαττώσει το κάπνισμα (και επομένως στερηθεί ο οργανισμός την ποσότητα νικοτίνης που χρειάζεται) προκαλούνται για σύντομο χρονικό διάστημα μια σειρά από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Αυτά τα συμπτώματα είναι εντονότερα τον πρώτο καιρό μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ελαττώνονται δε με την πάροδο του χρόνου.

Αναλυτικότερα τα συμπτώματα στέρησης και οι τρόποι αντιμετώπισής τους είναι:

#### **✓ Η επιθυμία για κάπνισμα**

Οι κρίσεις έντονης επιθυμίας για κάπνισμα (για νικοτίνη) αρχίζουν να εμφανίζονται από τις πρώτες ώρες μετά τη διακοπή. Η διάρκειά τους είναι συνήθως σύντομη, 1-3 λεπτά, και είναι εντονότερες την πρώτη εβδομάδα, ενώ στη συνέχεια σταθερά εξασθενούν. Καμιά φορά μπορεί να είναι συνεχόμενες και ιδιαίτερα ενοχλητικές σε ορισμένους ανθρώπους. Το αίσθημα της επιθυμίας συχνά συνοδεύεται και από σωματικά συμπτώματα. Άλλοι αισθάνονται ένα σφίξιμο στο στήθος, άλλοι μία πίεση στους ώμους, άλλοι ιδρώνουν και καταλαμβάνονται από ανησυχία.

#### **✓ Οι δυσκολίες συγκέντρωσης**

Η έλλειψη νικοτίνης φαίνεται να επιβραδύνει τις πρώτες ημέρες τη δράση ορισμένων χημικών ουσιών στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα τη διάσπαση της προσοχής και τη μεγαλύτερη αδυναμία συγκέντρωσης.

✓ **Η αϋπνία**

Διαταραχές ύπνου μπορούν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών. Επίσης μπορεί να προκαλέσει και υπνηλία.

✓ **Η απογοήτευση και η κατάθλιψη**

Ορισμένοι καπνιστές όταν διακόπτουν, και για ένα χρονικό διάστημα, που δεν ξεπερνά τον ένα μήνα, μπορεί να αντιλαμβάνονται όλα όσα συμβαίνουν γύρω τους με περισσότερη απαισιοδοξία. Η καταθλιπτική διάθεση που προϋπήρχε της διακοπής μπορεί να ενταθεί μετά τη διακοπή.

✓ **Το άγχος**

Το άγχος είναι ένα σύμπτωμα που μπορεί να εμφανιστεί από την πρώτη ημέρα διακοπής του καπνίσματος και να διαρκέσει μέχρι ένα μήνα. Το άγχος μπορεί να εξωτερικεύει σωματικά, με σύσπαση των μυών, ιδίως στην περιοχή του αυχένα και τις πλάτες.

✓ **Ο θυμός και η ευερεθιστότητα**

Όταν το σώμα δεν παίρνει τη νικοτίνη, το συναίσθημα του θυμού και η ευερεθιστότητα για πρόσωπα και καταστάσεις μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους σύντομα και να διαρκέσουν για λίγες εβδομάδες.

✓ **Η υπερκινητικότητα**

Πολλοί πρώην καπνιστές, την πρώτη κυρίως εβδομάδα που έχουν διακόψει το κάπνισμα αισθάνονται να βρίσκονται συνεχώς σε μία κατάσταση υπερκινητικότητας. Το σύμπτωμα αυτό υποχωρεί πολύ γρήγορα.<sup>31</sup>

### **1.7.4 Τα οφέλη από τη διακοπή του Καπνίσματος**

Η διακοπή του καπνίσματος έχει μεγάλα και άμεσα οφέλη για την υγεία. Όσο νωρίτερα κόψει κάποιος το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος για την υγεία. Για παράδειγμα, τα άτομα που κόβουν το κάπνισμα πριν την ηλικία των 50 ετών μειώνουν στο μισό τον κίνδυνο θανάτου κατά τα επόμενα 15 έτη, σε σύγκριση με αυτούς που συνεχίζουν να καπνίζουν.



Όταν κάποιος κόψει το κάπνισμα, τα οφέλη ξεκινούν μέσα σε λίγα κιόλας λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο:

- Στα πρώτα 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι παλμοί μειώνονται και η θερμοκρασία των χεριών και των ποδιών αυξάνεται
- Στις 8 ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στα φυσιολογικά επίπεδα και το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται στα φυσιολογικά επίπεδα
- Στις 24 ώρες, η πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου μειώνεται
- Στις 48 ώρες, οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται ξανά και η ικανότητα οσμής και γεύσης βελτιώνεται
- Μετά από τρεις μήνες: Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το βάδισμα γίνεται ευκολότερο και η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται.
- Μετά από εννέα μήνες: Ο βήχας, η ρινική συμφόρηση, η κόπωση και η δύσπνοια μειώνονται σημαντικά.
- Μετά από 1 έτος: Ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο έχει μειωθεί στο ήμισυ του κινδύνου που έχει ένας καπνιστής.
- Μετά από 5 έτη: ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου έχει μειωθεί στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.
- Μετά από 10 έτη: ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο μισό του κινδύνου των καπνιστών που συνεχίζουν το κάπνισμα - ο κίνδυνος για καρκίνο του στόματος, του λαιμού, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού και του παγκρέατος μειώνεται επίσης.
- Μετά από 15 έτη: ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι τώρα παρόμοιος με τον κίνδυνο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ και ο κίνδυνος θανάτου έχει επιστρέψει σχεδόν στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.<sup>32</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

## ΑΛΚΟΟΛ



## 2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το οινόπνευμα, ή αλκοόλ, ή αιθυλική αλκοόλη, ή αιθανόλη, παράγεται από τη ζάχαρη που έχει υποστεί ζύμωση. Είναι μια νόμιμη ναρκωτική ουσία. Η αιθυλική αλκοόλη παρασκευάζεται βιομηχανικά με δυο τρόπους:

1). Με την προσθήκη νερού στο αιθυλένιο (το αιθυλένιο παρασκευάζεται από πετρέλαιο). Το οινόπνευμα που παρασκευάζεται με αυτό τον τρόπο ονομάζεται συνθετικό.

2). Με αλκοολική ζύμωση ορισμένων σακχάρων.



Το αλκοόλ που περιέχεται στα ποτά είναι η αιτία της μέθης. επιδρώντας στο κεντρικό νευρικό σύστημα, επιβραδύνοντας τη λειτουργία του κατασταλτικά και αμβλύνοντας τη σκέψη και τη δράση. Το αλκοόλ δημιουργεί στο λήπτη άρση της αναστολής και η νηφαλιότητα περιορίζεται.

Η επίδραση των ποτών που περιέχουν αλκοόλ είναι διαφορετική στον καθένα. Σε άλλους φέρνει ευθυμία, σε άλλους κλάμα ή υστερία. Η συμπεριφορά τους αλλάζει και φτάνει πολλές φορές στη γελοιοποίηση χωρίς να το καταλάβουν.<sup>34</sup> Σύμφωνα με τον Julien (1978), η αιθυλική αλκοόλη ταξινομείται φαρμακολογικά ως γενικό κατασταλτικό το οποίο έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει γενική, μη επιλεκτική και αναστρέψιμη καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.<sup>33</sup> Καθώς αυξάνεται η δόση του αλκοόλ οι νοητικές και σωματικές λειτουργίες μειώνονται και σταδιακά χάνεται ο συντονισμός μεταξύ σωματικών λειτουργιών, μνήμης, λογικής και ορθής κρίσης. Η υπερβολική αύξηση της δόσης μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Ανάλογα με την ποσότητα του αλκοόλ που έχει συγκεντρωθεί στο αίμα ενός ατόμου είναι και ο βαθμός της μέθης του. Δεν απορροφάται στον ίδιο βαθμό από τον οργανισμό του κάθε ανθρώπου. Σημαντικός παράγοντας απορρόφησης είναι το βάρος του ατόμου. Οι αδύνατοι για παράδειγμα απορροφούν το αλκοόλ ταχύτερα από άτομα με μεγαλύτερο σωματικό βάρος.

Αν το αλκοόλ συνδυαστεί με άλλες ουσίες, όπως βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά ή οπιούχα, είναι πολύ επικίνδυνο, γιατί η δράση του ενός ενισχύεται από τη δράση του

άλλου. Το άτομο μπορεί να πέσει σε κώμα, και υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης από τον εμετό ή αναπνευστικής καταστολής.<sup>34</sup>

## 2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατανάλωση αλκοόλ τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει παρουσιάσει μια από τις μεγαλύτερες αυξήσεις ανάμεσα στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χωρίς όμως να είναι ακόμα ιδιαίτερη ανησυχητική. Για την περίοδο 1987-1993, το 3-9% όλων των θανάτων από κίρρωση του ήπατος οφειλόταν στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό κατατάσσεται ανάμεσα στα χαμηλότερα στην Ευρώπη και συγκεκριμένα για τις γυναίκες είναι το χαμηλότερο μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Σε πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 42,5% των ανδρών και το 82,5% των γυναικών δεν κάνουν καθόλου χρήση αλκοολούχων ποτών, ενώ σε αυτούς που κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών, η ημερήσια κατανάλωση ανερχόταν σε 28,5g/ημέρα και 9,85g/ημέρα, για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

Στοιχεία σε πολλές χώρες της Ευρώπης δείχνουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος από νέους αυξάνεται. Στην Ελλάδα όλα τα στοιχεία από μικρότερες και μεγαλύτερες έρευνες δείχνουν ότι το οινόπνευμα τείνει να καταναλώνεται από άτομα όλο και νεαρότερης ηλικίας και σε μεγαλύτερη ποσότητα. Τα ποτά που προτιμούνται είναι η μπίρα και μετά τα ποτά με υψηλό βαθμό αλκοόλης ( βότκα, ουίσκι, κλπ).<sup>26,33,34</sup>

## 2.3 Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

Είναι πλέον γνωστό ότι αλκοολικοί δεν είναι μόνο οι ακραίες αυτές περιπτώσεις των άστεγων και άμοιρων ατόμων που συναντά κανείς στους δρόμους να περιφέρονται μεθυσμένοι και να γίνονται αντικείμενο σχολίων από τους περαστικούς και έρευνας από τους ενδιαφερόμενους για το θέμα δημοσιογράφους. Οι αλκοολικοί είναι δυνατό να προέρχονται από όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, από κάθε επαγγελματική κατεύθυνση και μορφωτικό υπόβαθρο. Δυστυχώς στη χώρα μας η έλλειψη παιδείας και ευαισθητοποίησης γύρω από το θέμα των «νόμιμων» ουσιών εξάρτησης όπως είναι το αλκοόλ μας οδηγεί στη συνειδητή ή ασυνείδητη άρνηση ύπαρξης του φαινομένου.

### **2.3.1 Ψυχολογικοί παράγοντες (Αλκοολική προσωπικότητα)**

Η μελέτη της προσωπικότητας παραμένει ένα από τα πιο προσφιλή θέματα των κλινικών ψυχολόγων, ζήτημα για το οποίο έχει διατυπωθεί σωρεία αντικρουόμενων επιχειρημάτων όσον αφορά στη φύση και την εξέλιξη των χαρακτηριστικών που συνθέτουν την προσωπικότητα του ατόμου. Ο κύριος προβληματισμός στην προκειμένη περίπτωση ήταν αν οι αλκοολικοί έχουν μια «ιδιόμορφη» προσωπικότητα που μοιραία οδηγεί στον αλκοολισμό. Παρόλο που η κλινική πρακτική και εμπειρία με αλκοολικούς έδειχναν στοιχεία που τεκμηριώναν την ύπαρξη της «αλκοολικής προσωπικότητας», οι σύγχρονες διαχρονικές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες δεν έφεραν στο φως πειστικά στοιχεία που να εδραιώνουν αυτή την άποψη.<sup>33</sup>

Όπως αναφέρεται και παραπάνω μερικοί άνθρωποι πίνουν για να νιώσουν υπερδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να γίνουν μέρος μιας παρέας και άλλοι για να προκαλέσουν ενοχές στο σύντροφο τους.<sup>36</sup>

### **2.3.2 Οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες**

Είναι γεγονός ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κοινωνική συναλλαγή. Η διεκπεραίωση των περισσότερων κοινωνικών συναλλαγών, από κάθε είδους γιορτή και εκδήλωση μέχρι και σοβαρές επαγγελματικές συσκέψεις, περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοόλης. Αρκετές φορές οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται εξαιτίας των σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, όπως είναι τα ζητήματα της οικονομίας, της υγείας και της παιδείας, το περιβαλλοντικό, η ανεργία, τα αδιέξοδα των νέων ανθρώπων κλπ, το λιγότερο που μπορεί να κάνουν, είναι να οδηγήσουν έναν αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό.<sup>33</sup>

#### **Η επίδραση της οικογένειας**

Η έναρξη, η χρήση και τα πρώτα στάδια κατάχρησης αλκοόλ έχουν τις ρίζες τους στην εφηβεία, όταν ο νέος εξακολουθεί να μένει στην οικογένεια. Σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικής μάθησης οι έφηβοι μαθαίνουν παρατηρώντας τις συμπεριφορές προτύπων όπως οι γονείς, τα αδέρφια και οι σύντροφοι. Προδιαθεσικός παράγοντες από την οικογένεια στη χρήση αλκοόλ αποτελούν τα δυσάρεστα γεγονότα, όπως η οικονομική κατάρρευση, οι χαλαρές οικογενειακές σχέσεις ή το διαζύγιο των γονέων, η ύπαρξη ασθένειας ή θανάτου στην οικογένεια και ο αλκοολικός γονέας.<sup>37</sup>

Όμως δεν σημαίνει ότι ένα παιδί που έχει αλκοολικό γονέα θα γίνει αυτομάτως αλκοολικό. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν αλκοολισμό ακόμη και αν δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού. Με την ίδια λογική, τα παιδιά που έχουν ιστορικό αλκοολισμού δεν σημαίνει ότι μπορεί να μπλέξουν με το αλκοόλ.<sup>38</sup>

*Οι κοινωνικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν στην πλειονότητα των μελετών σχετικά με την κοινωνική διάσταση του αλκοολισμού είναι :*

#### **Τιμή, «νομιμότητα», κοινωνική υποδοχή**

Σε σύγκριση με τις «παράνομες» ουσίες εξάρτησης, το αλκοόλ είναι σχετικά φτηνό, η χρήση του δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό.

#### **Κοινωνικό περιβάλλον**

Είναι πολλοί και περίπλοκοι οι λόγοι που ερμηνεύουν γιατί πίνουν οι νέοι, οι περισσότεροι από αυτούς όμως σχετίζονται με την επιθυμία τους να νιώθουν καλά και να περνούν όμορφα με τους φίλους τους, μάλλον αυτό αποτελεί και πρώτο λόγο που οι νέοι καταναλώνουν αλκοόλ, ότι παρασύρονται από τις παρέες με τις οποίες συναναστρέφονται και κυρίως από τους φίλους τους.

Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο πολλά άτομα, κυρίως νέοι, να κάνουν χρήση αλκοόλης κάτω από κοινωνική πίεση. Η ανάγκη ένταξης του ατόμου σε μια κοινωνική ομάδα και ο φόβος της απόρριψης λόγω μη συμμετοχής σε κοινές δραστηριότητες προκαλούν πίεση για την εκδήλωση συμπεριφορών όπως η κατανάλωση αλκοόλης. Έχει αποδειχτεί πειραματικά, ότι οι κοινωνικοί πρότερες που πίνουν μεγάλες ποσότητες αυξάνουν την ποσότητα, αν δουν κάποιο «πρότυπο» που πίνει πολύ, σε σύγκριση μ' εκείνους που βλέπουν κάποιο «πρότυπο» να πίνει λίγο ή που δεν βλέπουν κανένα πρότυπο.<sup>36</sup>

#### **Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης**

Τα Μ.Μ.Ε. και ιδιαίτερα η διαφήμιση που εκτός από την ενημέρωση του κοινού για την ύπαρξη ενός προϊόντος στοχεύει επίσης στην άνοδο των πωλήσεων φαίνεται να συμβάλλουν ουσιαστικά στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλης με δύο τρόπους: είτε με τη δημιουργία προτύπων, τα οποία υιοθετούνται από τους νέους (μιμητική συμπεριφορά), είτε με το να επιβεβαιώνουν υπάρχουσες συμπεριφορές που διέπουν την νεανική κουλτούρα. Δεν είναι τυχαίο φυσικά ότι στη συντριπτική πλειονότητα των διαφημίσεων αλκοολούχων ποτών η κατανάλωση αλκοόλ με κοινωνική ή και σεξουαλική επιτυχία.<sup>33</sup>



### **Εργασία, τρόπος ζωής, ψυχαγωγία**

Πολλές φορές, τόσο η βραδινή εργασία( καλλιτέχνες) όσο και η μονότονη (ανειδίκευτοι εργάτες) ωθούν σε μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλης για ευνόητους λόγους. Επίσης, η απουσία από την οικογένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ ναυτικοί) έχει θεωρηθεί παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης. Τέλος, επαγγελματίες που έχουν άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών(ιδιοκτήτες μπαρ, κάβας ή μπάρμαν) φαίνεται ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες προσωπικής κατανάλωσης. Ο τρόπος ζωής ενός ατόμου(το γνωστό life style) θεωρείται παράγοντας αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ. Όσον αφορά στην ψυχαγωγία, η συνηθισμένη πλέον έκφραση «να βρεθούμε το βράδυ για ένα ποτό...» τα λέει όλα!!!<sup>33</sup>

### **2.3.3 Πολιτισμικοί παράγοντες**

Υπάρχουν κοινωνίες που για κάποιους λόγους για παράδειγμα θρησκευτικούς (μουσουλμάνοι), απαγορεύουν την κατανάλωση αλκοόλ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον όμως παρουσιάζουν κοινότητες όπου, ενώ η κατανάλωση αλκοόλης κοινωνικά αποδεκτή οι περιπτώσεις αλκοολισμού είναι σπάνιες.<sup>33</sup>

### **2.3.4 Βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες**

Οι προσπάθειες για τον εντοπισμό βιολογικών παραγόντων (π.χ η αναζήτηση σημαντικών διαφορών μεταξύ αλκοολικών και μη αλκοολικών όσον αφορά σε ζητήματα ανατομίας, φυσιολογίας, παθολογίας κλπ) στην γένεση του αλκοολισμού απέβησαν άκαρπες και εγκαταλείφθηκαν πολύ γρήγορα.

Η θεώρηση της κληρονομικότητας του αλκοολισμού διαμέσου γενετικών μηχανισμών απασχολεί σοβαρά τη σχετική επιστημονική κοινότητα. Οι έρευνες που εστιάζουν στο θέμα της κληρονομικότητας του φαινομένου μελετούν την πιθανότητα εκδήλωσης αλκοολισμού σε παιδιά αλκοολικών που έχουν υιοθετηθεί και δεν είχαν καμία επαφή με τους βιολογικούς τους γονείς. Τα πορίσματα αυτών των ερευνών έχουν αφήσει αναπάντητο το ερώτημα για την κληρονομικότητα του αλκοολισμού λόγω των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων.

Τελειώνοντας με το θέμα της αιτιολογίας του αλκοολισμού θα πρέπει να τονιστούν τα εξής : πρώτον, ο καθένας από τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν δεν οδηγεί αυτόματα και απαραίτητα στον αλκοολισμό, αλλά αυξάνει δραματικά τις

πιθανότητες εκδήλωσης του, και δεύτερον, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι παράγοντες του αλκοολισμού δεν λειτουργούν ατομικά, αλλά συλλογικά. Με άλλα λόγια, αλληλεξαρτώνται και υπόκεινται σε συνεχή αλληλεπίδραση για να «παραγάγουν» τον αλκοολισμό.<sup>33</sup>

## **2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Μερικά από τα σοβαρότερα προβλήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση και την κατάχρηση αλκοόλης έχουν σχέση με οργανικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, παρατηρούμε επιπτώσεις του αλκοολισμού στην οικογένεια και στην οικονομία.

### **2.4.1 Οργανικές διαταραχές**

#### Ηπατικές βλάβες

Οι ηπατικές βλάβες εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλης είναι γνωστές περισσότερο από κάθε άλλη οργανική διαταραχή. Οι κυριότερες είναι η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση του ήπατος.

#### Καρδιαγγειακές διαταραχές

Η επίδραση της αλκοόλης είναι άμεση στη λειτουργία της καρδιάς. Πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλης, υπέρτασης και μυοκαρδιοπαθειών.

#### Καρκίνος

Ένας αξιόλογος αριθμός μελετών έφερε στο φως ενδεικτικά στοιχεία για το ρόλο της κατάχρησης αλκοόλης στην καρκινογένεση. Στην πλειονότητα τους αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην εμφάνιση καρκίνου του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στομάχου και του ήπατος. Εκτιμάται ότι οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου σε αλκοολικά άτομα είναι 10 φορές περισσότερες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ σε αλκοολικούς που είναι και καπνιστές οι πιθανότητες αυξάνονται κατά 15 φορές.

### Αλκοολική μυοπάθεια

Η χρόνια αλκοολική μυοπάθεια είναι ένα από τα πολλά οργανικά προβλήματα που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ. Η ασθένεια αυτή χαρακτηρίζεται από βαθμιαία και συνήθως ανώδυνη φθορά και αδυναμία των κεντρικών μυών, ιδιαίτερα αυτών που βρίσκονται στα πόδια.

### Υποσιτισμός

Ο αλκοολισμός είναι η κυριότερη αιτία υποσιτισμού στο δυτικό κόσμο. Σε μια σειρά από μελέτες σχετικές με τον υποσιτισμό των αλκοολικών υποστηρίχθηκε ότι το φαινόμενο αυτό ήταν αποτέλεσμα της ανεπαρκούς διαίτας που χαρακτηρίζει πολλούς πότες. Ενώ άλλες έρευνες έδειξαν ότι ο υποσιτισμός των αλκοολικών οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κακή πέψη, η δυσκολία απορρόφησης θρεπτικών συστατικών και ο «ελαττωματικός» μεταβολισμός αυτών των συστατικών.

### Νευρολογικές διαταραχές

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι από τις κυριότερες επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλης και παρουσιάζουν ανάλογο ενδιαφέρον με τις ηπατικές δυσλειτουργίες. Μερικές διαταραχές που έχουν σχέση με τον αλκοολισμό είναι η περιφερειακή νευροπάθεια, η πολυνευρίτιδα, το σύνδρομο Wernicke- Korsakoff και η αλκοολική άνοια. Η πιο κοινή νευρολογική διαταραχή είναι η περιφερειακή νευροπάθεια όπου εμφανίζεται στο 10% των χρόνιων αλκοολικών. Το σύνδρομο Wernicke- Korsakoff είναι η πιο σοβαρή περίπτωση νευρολογικής διαταραχής (ουσιαστικά εγκεφαλικής βλάβης), γιατί προκαλεί βαριά συμπτωματολογία και πολλοί από τους ασθενείς πεθαίνουν, εκτός αν η νόσος αντιμετωπιστεί στα αρχικά στάδια.

### Εμβρυακό αλκοολικό σύνδρομο

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το Ε.Α.Σ. είναι:

- Μικρό βάρος κατά τη γέννηση (μικρό βρέφος σε σχέση με την περίοδο κυοφορίας)
- Μειωμένο μέγεθος κεφαλιού και εγκεφάλου, που συνήθως συνοδεύονται από διανοητική καθυστέρηση.
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά που περιλαμβάνει μειωμένη κινητικότητα, αυξημένο χρόνο με τα μάτια ανοιχτά και σπασμούς σώματος.
- Μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων ελαφριάς μορφής (π.χ. κήλη).

- Χαρακτηριστική όψη προσώπου που πάσχει από Ε.Α.Σ.
- Εμβρυακός ή βρεφικός θάνατος.

#### **2.4.2 Ψυχιατρικές διαταραχές / Γνωστικές δυσλειτουργίες**

Υπάρχουν στοιχεία ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς που εισάγονται στο ψυχιατρείο με κύρια διάγνωση τον αλκοολισμό. Όπως υποστήριξε ο Solomon (1982), έρευνες δεν αφήνουν καμία αμφιβολία ότι ο αλκοολισμός και η ψυχιατρική συμπτωματολογία (κυρίως ψύχωση τύπου Korsakoff, κατάθλιψη, αλκοολική άνοια, κ.λ.π.), τείνουν να συνυπάρχουν σε μεγάλο αριθμό ασθενών.

Οι προβληματικοί πότες παρουσιάζουν συχνά προβλήματα μνήμης. Αυτή η ανεπάρκεια μνήμης εστιάζεται κυρίως στη δυνατότητα μάθησης νέου μη λεκτικού υλικού και στην ανάκληση λεκτικού και μη λεκτικού υλικού.

Παρόλο που πολλές από τις παραπάνω δυσλειτουργίες είναι αναστρέψιμες οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του αλκοολισμού σ' αυτό το θέμα είναι αντικείμενο περαιτέρω ενδιαφέροντος και επιστημονικής έρευνας.<sup>33</sup>

### **2.5 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ**

Το σύνδρομο στέρησης αλκοόλ περιλαμβάνει την ανησυχία, την αϋπνία, και τα συμπτώματα της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Σε μεγαλύτερα επίπεδα εξάρτησης και με επαναλαμβανόμενα επεισόδια απόσυρσης του αλκοόλ, η αποχή μπορεί να συνδεθεί με την ουσιαστική συμπαθητική διέγερση, με συμπτώματα την διέγερση, τις αντιληπτικές αλλαγές (ψευδαισθήσεις - ζωοψίες), τη σύγχυση, και τους σπασμούς έως τις επιληπτικές κρίσεις.

Αυτά τα συμπτώματα μπορούν να προκύψουν όλα μαζί στα πλαίσια του συνδρόμου που ονομάζουμε Τρομάδες Παραλήρημα (Delirium Tremens), μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της εξάρτησης από το αλκοόλ, που αναπτύσσεται γενικά μέσα στην αρχική εβδομάδα από την αποχή λήψης του αλκοόλ (και συχνότερα την τρίτη ημέρα).

Ένα άλλο σύνδρομο, η αλκοολική ψευδαισθήτωση (Alcoholic Hallucinosiς), μπορεί να αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε φάσης του κύκλου της δηλητηρίασης και της απόσυρσης του αλκοόλ. Συνδέεται με επίμονες ψευδαισθήσεις που μπορούν να παραμένουν και μετά με την εκτεταμένη αποχή λήψης αλκοόλ.

Η οξεία και παρατεταμένη αποχή είναι σημαντικά πλαίσια για τη θεραπεία του αλκοολισμού, για να εξασφαλιστεί με ιατρική ασφάλεια η ανάκτηση των ασθενών και για να αποτρέψει την υποτροπή τους στη χρήση του αλκοόλ.<sup>35</sup>

## 2.6 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, είτε αναφέρεται κανείς σε θέματα υγείας είτε οικονομικού σχεδιασμού.

Στην Ελλάδα η πρόληψη και η παροχή υπηρεσιών για τη θεραπεία του αλκοολισμού βρίσκονται σε τουλάχιστον εμβρυακό στάδιο. Το θέμα των «νόμιμων» ουσιών εξάρτησης, όπως είναι το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, αντιμετωπίζεται με αδιαφορία. Οι άμεσες ενέργειες για την πρόληψη του αλκοολισμού μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:



- 1) Προτείνεται η διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών τόσο στην κοινότητα όσο και στο πλαίσιο του γενικού νοσοκομείου και του ψυχιατρείου. Επίσης, η καταγραφή των παραπτώματων και των εγκληματικών πράξεων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλης, των παραβάσεων του ΚΟΚ και των ατυχημάτων εξαιτίας της χρήσης ή/ και της κατάχρησης αλκοόλ βοηθά στη διαμόρφωση της εικόνας για το μέγεθος του προβλήματος στη χώρα.
- 2) Οι έρευνες αυτές δεν θα πρέπει να στοχεύουν μόνο στην καταγραφή «αλκοολικών περιστατικών», που όπως αναφέρθηκε, αφορούν σε άτομα που βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια εξάρτησης και των σχετικών προβλημάτων, αλλά κυρίως στην ανίχνευση ατόμων που είτε είναι στα πρώτα στάδια της εξάρτησης είτε παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες ανάπτυξης αλκοολισμού.
- 3) Προσπάθειες με στόχο το κοινωνικό σύνολο οφείλουν να έχουν διπλή κατεύθυνση. Πρώτον, είναι απαραίτητη η επιστημονικά τεκμηριωμένη ενημέρωση του κοινού σε θέματα χρήσης και κατάχρησης αλκοόλης. Η κοινωνία πρέπει να ενημερώνεται και όχι να φοβάται όπως στην περίπτωση των ναρκωτικών. Ο σωστά ενημερωμένος πολίτης έχει ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία του. Με αυτόν τον τρόπο δεν γίνεται παθητικός δέκτης των προτάσεων των «ειδικών». Δεύτερον, πρέπει να

αντιμετωπίσουμε τις αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στον προβληματικό πότη. Η κοινωνία είναι ιδιαίτερα σκληρή στα άτομα με «ιδιόμορφη» συμπεριφορά όπως οι αλκοολικοί, οι ψυχασθενείς, κλπ. Οι παραπάνω προσπάθειες μπορούν να υλοποιηθούν με ενημερωτικά φυλλάδια, διαλέξεις, ανοιχτές συζητήσεις και αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.

- 4) Εκπαιδευτικά προγράμματα με αποκλειστικό αντικείμενο τις ουσίες εξάρτησης θεωρούνται άκρως απαραίτητα σε προγράμματα σπουδών όπως της ιατρικής, της νομικής, της ψυχολογίας, της κοινωνικής εργασίας, της οικονομίας της υγείας, της νοσηλευτικής, κα.
- 5) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις αρνητικές στάσεις που διακρίνουν το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στον αλκοολικό. Το θέμα αυτό έχει ειδικό βάρος όσον αφορά στην πρόληψη και τη θεραπεία του αλκοολισμού.
- 6) Πρέπει να αναθεωρηθεί ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και ιδιαίτερα της διαφήμισης. Αν είναι απαραίτητο να ενημερωνόμαστε για την ύπαρξη και την απόλαυση του αλκοόλ, αυτό θα μπορούσε να γίνει με λίγη φαντασία και όχι με την προβολή της αλκοόλης ως μέσου κοινωνικής και σεξουαλικής επιτυχίας.
- 7) Οι δικαστικές Αρχές και η αστυνομία θα μπορούσαν να παίξουν θετικό ρόλο στην αναγνώριση και την παραπομπή για θεραπεία του προβληματικού πότη. Ο αλκοολικός, όπως και ο χρήστης άλλων ουσιών εξάρτησης, χρειάζεται βοήθεια, ΟΧΙ ΤΙΜΩΡΙΑ!!!!
- 8) Ο ρόλος της οικογένειας είναι ίσως ο πλέον σημαντικός στην πρόληψη του αλκοολισμού για ευνόητους λόγους. Αξίζει μόνο να τονιστεί ότι δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η δυναμική του οικογενειακού συστήματος οδηγεί μέλη της οικογένειας στον αλκοολισμό και, γιατί όχι, στη σχιζοφρένεια.
- 9) Η ποτοαπαγόρευση και η υψηλή φορολογία στα αλκοολούχα ποτά ΔΕΝ αποτελούν παράγοντες πρόληψης.
- 10) Η επαφή με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ιδιαίτερα με ερευνητικά κέντρα που έχουν πείρα στον τομέα της πρόληψης μπορεί να αποβεί χρήσιμη.
- 11) Τέλος, πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να είναι απόλυτα συντονισμένες και να εμπεριέχουν, οπωσδήποτε, ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της αποτελεσματικότητάς τους.<sup>33</sup>

### 2.6.1 Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη

Η πρόληψη μπορεί να διακριθεί σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια.

#### ➤ Πρωτοβάθμια πρόληψη

Αυτή περιλαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό της χρήσης του αλκοόλ. Έχει παρατηρηθεί σ' ορισμένες χώρες, όπως π.χ. στη Βρετανία, ότι ο περιορισμός των ωρών πώλησης των αλκοολούχων ποτών και η αύξηση της τιμής τους συνέβαλλε στη μείωση του αλκοολισμού. Σε άλλες χώρες το μέτρο αυτό δεν είχε τα ίδια αποτελέσματα. Στη Σοβιετική Ένωση σ' επίσημες εκδηλώσεις της πολιτείας – δεξιώσεις, κ.λ.π.- δεν προσφέρονται οινοπνευματώδη ποτά. Η ενέργεια αυτή έχει στόχο να διδαχθεί το κοινωνικό σύνολο με το παράδειγμα της πολιτείας, της αποχής από το αλκοόλ και σε μικρή ακόμα ποσότητα. Τα καταστήματα που διαθέτουν οινοπνευματώδη ποτά είναι περιορισμένα και ανοιχτά ορισμένες ώρες. Τα μέτρα αυτά υποστηρίζεται ότι έχουν θετικό αποτέλεσμα.

#### ➤ Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη του αλκοολισμού συνίσταται στην πρόωπη ανίχνευση του ατόμου με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, δηλαδή πριν ακόμη γίνει αλκοολικός. Αυτό είναι πολύ δύσκολο γιατί συνήθως κανείς δεν προσέρχεται στο γιατρό για υπερβολική λήψη αλκοόλ. Διάφοροι μέθοδοι προτείνονται για την έγκαιρη διάγνωση του, αν και δεν είναι ικανοποιητικές. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών, είναι δυνατό να συμβάλλουν στην ανίχνευση ατόμου που πιθανότατα είναι αλκοολικό. Οι μεταβλητές αυτές θεωρείται ότι είναι το ατομικό αναμνηστικό προηγούμενου αλκοολισμού, η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, η αιτιολογία επίσκεψης στο γιατρό και ακόμη η οικογενειακή του κατάσταση.<sup>23</sup>

### 2.6.2 Έλεγχος της κατανάλωσης αλκοόλ

Όπως ο έλεγχος του καπνίσματος, έτσι και ο έλεγχος της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών δεν γίνεται εύκολα αποδεκτός από το κοινό. Οποσδήποτε η αλληλεξάρτηση των ανθρώπων στη σύγχρονη ζωή κάνει ορισμένους ελέγχους αναγκαίους, οι οποίοι μπορεί να θεσμοθετηθούν ή όχι και να γίνουν



αποδεκτοί ή όχι, ανάλογα με τις διάφορες πολιτισμικές, ιστορικές και οικονομικές θεωρήσεις κάθε χώρας.

Η νομοθεσία σχετικά με τον έλεγχο της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών, η οποία σε πολλές χώρες αποτελεί τεράστιο πρόβλημα, μπορεί να χωριστεί:

**A) Έλεγχος της δυνατότητας προμήθειας οινοπνευματωδών ποτών**

- Έλεγχος των τόπων πώλησης
- Έλεγχος των ωρών πώλησης
- Πώλησης σε ανηλίκους
- Φορολογία και τιμές

**B) Έλεγχος των συνηθειών κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών**

- Έλεγχος της διαφημίσεως
- Δημόσια μέθη
- Μέθη και οδήγηση
- Αγωγή και πληροφόρηση
- Θεραπεία και αποκατάσταση <sup>11</sup>

## **2.7 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ**

Τα τροχαία ατυχήματα είναι ένα από τα κύρια αίτια θανάτου παγκοσμίως και στο 85% των χωρών του κόσμου δεν υπάρχει επαρκής νομοθεσία για το αυξανόμενο πρόβλημα των θανάτων και τραυματισμών που προκαλούν, αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στην πρώτη του παγκόσμια έκθεση για την ασφάλεια στους δρόμους. Τα τροχαία ατυχήματα είναι το ένατο κατά σειρά αίτιο θανάτου παγκοσμίως και ειδικοί στη δημόσια υγεία δηλώνουν ότι, χωρίς παρέμβαση, θα μπορούσαν να ανέλθουν στην πέμπτη θέση σε 20 χρόνια, ξεπερνώντας το AIDS και τη φυματίωση.<sup>39</sup>

Μία από τις βασικότερες αιτίες πρόκλησης θανάτων είναι η υπερβολική ταχύτητα και το αλκοόλ. Το 1/3 των τροχαίων ατυχημάτων οφείλονται στην υπερβολική ταχύτητα, ενώ το 25% του συνόλου των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Ειδικότερα για τη νυχτερινή





διασκέδαση του Σαββάτου παρατηρείται τριπλασιασμός του αριθμού των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων.<sup>40</sup>

Στις περισσότερες χώρες με μεγάλο αριθμό αυτοκινήτων οχημάτων οι θάνατοι από ατυχήματα κατέχουν την 3<sup>η</sup> ή την 4<sup>η</sup> θέση, αμέσως μετά τις νόσους της καρδιάς και του εγκεφάλου και τις κακοήθειες νεοπλασίες.

Το ατύχημα γενικά είναι η τέταρτη αιτία θανάτου στον κόσμο και στην Ελλάδα είναι η πρώτη αιτία για τις ηλικίες 1-40 ετών. Ένα μεγάλο μέρος των ατυχημάτων είναι οδικά. Στην Ελλάδα, το 1988, από το σύνολο των θανάτων με αιτία το ατύχημα, το 42% ήταν οδικό. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κατανάλωση οινοπνεύματος από οδηγούς ευθύνεται για το θάνατο 22.000 περίπου ατόμων.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία που να δείχνουν τη σχέση των οδικών ατυχημάτων με την κατανάλωση οινοπνεύματος. Τα υπάρχοντα στοιχεία που αναφέρονται στο συγκεκριμένο θέμα υποτιμούν την έκταση του προβλήματος. Έμμεσα στοιχεία είναι περισσότερο αξιόπιστα. Το 1990 σε 207 ελέγχους με «αλκοτέστ», όπου διαπιστώθηκαν 20% παραβάτες, δηλαδή ο ένας στους πέντε οδηγούς είχε ποσοστό υψηλότερο από το επιτρεπτό όριο στο αίμα του. Το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα ηλικίας 15-24 ετών είναι ιδιαίτερα υψηλό στην Ελλάδα.<sup>41,34</sup>



Νομοθετικά μέτρα για την ελάττωση των τροχαίων ατυχημάτων είναι:

1. Προαπαιτούμενες εξετάσεις υγείας και περιοδικός έλεγχος για τους οδηγούς αυτοκινήτων και μοτοσικλετών.
2. Ζώνες ασφαλείας, κράνη και ειδικές ζώνες για παιδιά στα μπροστινά καθίσματα των αυτοκινήτων.
3. Έλεγχος των οδηγών για χρησιμοποίηση οινοπνευματωδών ποτών και αυστηρή τιμωρία για τους μεθυσμένους οδηγούς που προξενούν ατύχημα.

Τόσο η χώρα μας όσο και πολλές άλλες χώρες έχουν σχετική νομοθεσία. Οι νόμοι που αφορούν την ασφάλεια της οδηγήσεως, παρότι άπτονται της ατομικής ελευθερίας, γίνονται σχετικά καλά αποδεκτοί από το κοινό, επειδή έχουν αποτελέσματα άμεσα και πολλές φορές εντυπωσιακά.<sup>11</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

## ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ



### 3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η διαρκώς και αλματωδώς αυξανόμενη διάδοση των ναρκωτικών και ο κίνδυνος, που απειλεί ιδιαίτερα τη νεολαία, είναι σοβαρότατο πρόβλημα, που έχει αγγίξει όλες σχεδόν τις δυτικές και ανατολικές χώρες, γι' αυτό και η διεθνής γνώμη έχει τελευταίως εξαιρετικά ευαισθητοποιηθεί.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών, άρχισε σοβαρά να απασχολεί και τη χώρα μας κατά τα τελευταία χρόνια, χωρίς όμως να έχει φθάσει στα επίπεδα άλλων χωρών, γιατί πλήττει ιδιαίτερα την πιο ευπαθή κοινωνική ομάδα, δηλαδή τους εφήβους και τους νέους ανθρώπους.

Από τους χρόνους της αρχαιότητας ήταν γνωστή η μήκων, η υπνοφόρος ή υπνοποιός, κοινώς λεγόμενη «παπαρούνα». Σε αρχαίο ελληνικό νόμισμα έχει απεικονισθεί η παπαρούνα του όπιου, όπως και σε πήλινο



είδωλο της θεάς των Μηκώνων, ευρισκόμενο στο Μουσείο Ηρακλείου Κρήτης, στο κάλυμμα της κεφαλής της οποίας υπάρχουν, ως διακοσμητικά, τρεις παπαρούνες όπιου. Στην Ευρώπη το όπιο διαδόθηκε πολύ αργότερα, μόλις κατά το 16<sup>ο</sup> αιώνα, ως φάρμακο παυσίπονο για πλείστες περιπτώσεις ασθενειών, για τις διάρροιες και δυσεντερίες. Χρησιμοποιήθηκε ακόμα ως μέσο δημιουργίας κατάστασης χαλαρώσεως, λήθης, ύπνου και φυγής από τα καθημερινά προβλήματα.

Η πρόοδος της χημείας και φαρμακολογίας, κατά το 18<sup>ο</sup> αιώνα, έφθασε στη δημιουργία των παραγώγων του όπιου, που είναι τα γνωστά ναρκωτικά, μορφίνη, κωδεΐνη και ηρωΐνη. Τα ναρκωτικά αυτά χρησιμοποιήθηκαν από τον άνθρωπο, κυρίως ως φάρμακα από τον πόνο. Περί το 1805 εισάγεται το όπιο στην Κίνα από την Ινδία. Την ίδια εποχή εμφανίζεται το εκχύλισμα της μορφίνης και αργότερα η κωδεΐνη, που χρησιμοποιήθηκαν ως φάρμακα για το βήχα, τον πόνο και την καταπολέμηση της οπιομανίας. Κατά το 1850 εμφανίζεται η ενέσιμη μορφίνη, που χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα, στα χρόνια του αμερικανικού εμφύλιου πολέμου, στους τραυματίες, που είχε ως επακόλουθο τη δημιουργία χιλιάδων μορφινομανών. Για τη θεραπεία των μορφινομανών χρησιμοποιήθηκε η κοκαΐνη. Το 1943 παρήχθη το συνθετικό ναρκωτικό «μεθαδόνη», που κυκλοφόρησε στα μεταπολεμικά χρόνια ελεύθερα, ως ισχυρό αναλγητικό. Το 1950 ακολούθησαν τα ψυχοφάρμακα, που

δημιούργησαν τα ίδια προβλήματα. Έτσι, η πρόοδος της χημείας και φαρμακολογίας, έφθασε στη δημιουργία πλείστων άλλων σύνθετων ναρκωτικών ουσιών, που χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά φάρμακα. Οι ουσίες αυτές, φυτικής ή χημικής προέλευσης, διακρίνονται σε αναισθητικές, που προκαλούν γενική ή τοπική αναισθησία, σε παυσίπονες, που χρησιμοποιούνται ειδικότερα για την καταστολή των πόνων, σε υπνωγόνες και σε καταπραϋντικές. Η φαρμακολογική ενέργεια τους ασκείται στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ανθρώπου.<sup>42</sup>

### **3.2 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ - ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΟΙ**

#### **Ψυχοτρόπος ουσία**

Είναι κάθε ουσία που, χρησιμοποιούμενη μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική λειτουργία ενός χρήστη.

#### **Κατάχρηση ψυχοτρόπου ουσίας**

Κατάχρηση ουσίας είναι η συνεχής ή σποραδική υπερβολική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας με τρόπο που να διαφέρει του γενικά αποδεκτού από ιατρικής και κοινωνικής σκοπιάς.

#### **Εξάρτηση**

Η εξάρτηση από ουσία είναι μια ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για εκσεσημασμένη λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορική κατάσταση που προκαλεί η στέρηση της. Εξάρτηση είναι δυνατόν ν' αναπτυχθεί σε περισσότερες από μια ουσίες.<sup>45</sup>

#### **Εθισμός**

Εθισμός προς κάποια ουσία ονομάζεται η συνήθεια που αποκτά κανείς να τη χρησιμοποιεί, με σκοπό να αισθανθεί και πάλι το συναίσθημα της ευφορίας ή της χαλαρώσεως την οποία προκαλεί, οπότε δημιουργείται μια ψυχική εξάρτηση.

#### **Τοξικομανία**

Τοξικομανία είναι κατάσταση περιοδικής ή χρόνιας δηλητηρίασης, που χαρακτηρίζεται από ακατανίκητη επιθυμία και επιτακτική ανάγκη συνέχισης της λήψης του φαρμάκου, αύξησης της δόσης και προμήθειας αυτού με κάθε μέσο.<sup>42</sup>

Η τοξικομανία έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- ✓ Απόλυτη ανάγκη λήψης και απόκτησης του φαρμάκου.

- ✓ Τάση αύξησης της δόσης με σκοπό τη δημιουργία αισθητής δράσεως του φαρμάκου.
- ✓ Ψυχική ή και σωματική εξάρτηση από τη δράση της ουσίας και δημιουργία συνδρόμου στέρησης επί διακοπής λήψης.
- ✓ Βλάβες για τον καταναλωτή και την κοινωνία.<sup>46</sup>



### **Ανοχή ή αντοχή**

Ανοχή ή αντοχή ονομάζεται η κατάσταση η οποία αναπτύσσεται με τις επαναλαμβανόμενες δόσεις μιας ουσίας, είτε από εξοικείωση των κυττάρων στην δράση της (ανοχή) είτε από την ταχύτερη αποδόμηση και εξουδετέρωσή της από τον οργανισμό (αντοχή). Με την ανάπτυξη της ανοχής και της αντοχής μικραίνει η ένταση και η διάρκεια της δράσεως ώστε, για να επιτυγχάνεται το αποτέλεσμα της ουσίας στον ίδιο βαθμό και διάρκεια, είναι απαραίτητο οι δόσεις να γίνονται μεγαλύτερες και να λαμβάνονται σε όλο και πιο μικρά χρονικά διαστήματα.

Πολύ σπάνια γίνονται γνωστές κάποιες περιπτώσεις ανθρώπων που δεν ανέπτυξαν ανοχή σε κάποια ουσία. Δεν προέκυψαν όμως πρακτικά συμπεράσματα ώστε να μπορεί να παρεμποδίζεται στους άλλους η συνεχής ανάγκη αύξησης των δόσεων. Παρατηρήθηκε επίσης ότι κάποιοι, ατυχώς όμως πολύ λίγοι, βαρέθηκαν μια ουσία και την διέκοψαν χωρίς να αναζητήσουν άλλη. Τέτοιες περιπτώσεις παρουσιάζουν μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον και αποτελούν αντικείμενο μελέτης.<sup>47</sup>

### **Το σύνδρομο στέρησης**

Πρόκειται για ομάδα πολύ δυσάρεστων πολλές φορές επικίνδυνων για τη ζωή του ατόμου συμπτωμάτων, όταν ο οργανισμός δεν έχει πια την ουσία. Το μέγεθος, ο βαθμός κινδύνου και η διάρκεια του συνδρόμου εξαρτάται από :

- Την ουσία (το είδος της).
- Τη δόση .
- Τα χρονικά διαλείμματα μεταξύ της (κατά) χρήσης.
- Τη διάρκεια της λήψης.
- Την υγεία του ατόμου.
- Την προσωπικότητα του ατόμου.

Πρόδρομα σημεία του συνδρόμου στέρησης:

- Ανησυχία, νευρικότητα.
- Ικετευτική συμπεριφορά, κλάματα.
- Αναζήτηση για την ουσία

Γενικά σημεία του συνδρόμου στέρησης:

- Εμετός.
- Επιληπτικές κρίσεις.
- Διέγερση ή διαταραχές συνδυασμένης κινητικότητας.
- Διαταραχές θερμορυθμίσεως.
- Παράλυση αναπνοής (κυρίως στα ναρκωτικά –αναλγητικά).<sup>46</sup>

### 3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (Ε.Κ.Π.Ν.Τ.) τονίζει ότι η κατανάλωση κάνναβης παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 3 εκατομμύρια άτομα καπνίζουν καθημερινά χασίς και περίπου το ένα τέταρτο των Ευρωπαίων έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Χρήση κάνναβης κάνουν πιο συχνά οι νέοι άνδρες. Στην Ευρώπη ως σύνολο, το 13% των νέων 15-34 ετών έκαναν πέρσι χρήση κάνναβης.

Αν και τα στατιστικά στοιχεία ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, το ναρκωτικό που καταναλώνεται περισσότερο μετά από το χασίς είναι η κοκαΐνη, η οποία ξεπερνά ακόμη και τη χρήση αμφεταμινών και του χαπιού "έκσταση". Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΕΚΠΙΝΤ για το 2007, 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίοι έκαναν πέρσι χρήση κοκαΐνης, ενώ 107 τόνοι κοκαΐνης κατασχέθηκαν στα σύνορα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κάθε χρόνο, 7.000-8.000 άτομα πεθαίνουν είτε από υπερβολική δόση ναρκωτικών είτε από δηλητηρίαση που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών. Τα περισσότερα θύματα είναι γύρω στα 30 χρονών.<sup>43</sup>

Μια από τις θλιβερές πρωτιές στην Ευρώπη κατέχει η χώρα μας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ετήσιας έκθεσης (2006) του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, οι θάνατοι από τα ναρκωτικά των ατόμων κάτω των 25 ετών άγγιξαν το 38% των συνολικών θανάτων σε αυτές τις ηλικίες. Επίσης, οι

σχετιζόμενοι με τα ναρκωτικά αιφνίδιοι θάνατοι αποτελούν το 7% των θανάτων σε Έλληνες ηλικίας 15-39 ετών, έναντι 3% στην ΕΕ.<sup>44</sup>

### 3.4 ΕΙΔΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

#### A. Αναλγητικά ναρκωτικά

##### Οπιούχα ( ή οπιοειδή )

Θεωρείται το αρχαιότερο γνωστό ναρκωτικό. Μικρή δόση οπίου φέρνει ζωνρότητα και ευεξία, και με την αύξηση των δόσεων επακολουθούν υπόταση, βραδυκαρδία, νάρκη, ζάλη και ψυχική κατάπτωση. Τα κυριότερα παράγωγα του οπίου, που χρησιμοποιούν ως ναρκωτικά οι τοξικομανείς είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη και το ημισυνθετικό ηρωΐνη.

Η **μορφίνη** αλκαλοειδές παράγωγο του οπίου πήρε την ονομασία της από το θεό του ύπνου των αρχαίων Ελλήνων, Μορφέα. Η κύρια φαρμακολογική ενέργεια της μορφίνης είναι η ανακούφιση από τον πόνο. Καταστέλλει κάθε πόνο, ιδιαίτερα πόνους από τραύματα. Ελαττώνει την ικανότητα συνειρμού των ιδεών, την κρίση, τη μνήμη και την ικανότητα συγκέντρωσης. Άλλες όμως ψυχικές ιδιότητες διεγείρονται από τη μορφίνη. Η φαντασία εξάπτεται, το άτομο ονειροπολεί και γίνεται ταχεία εναλλαγή ιδεών και παραστάσεων. Σε ορισμένα άτομα, κυρίως σε γυναίκες παρουσιάζεται διέγερση, οργή και άγχος.

Ο μορφινομανής είναι πολύ δυστυχής χωρίς τη μορφίνη. Παρουσιάζει χαρακτηριστική ανορεξία, ωχρότητα, αναιμία, το δέρμα του είναι ξηρό και ψυχρό, παρουσιάζει υπόταση και εξασθένηση της μνήμης και θέλησης. Συγγενή φάρμακα συνθετικά της μορφίνης, είναι η μεθαδόνη, η πεθιδίνη, η κεταβεμιδόνη και άλλα.

Η **κωδεΐνη** είναι αλκαλοειδές παράγωγο του οπίου. Χρησιμεύει ως αντιβηχικό και αντιγαστραλγικό φάρμακο. Διεγείρει πολύ πιο έντονα το κεντρικό νευρικό σύστημα από τη μορφίνη. Προκαλεί ευφορία, αλλά σε μικρότερο βαθμό από τη μορφίνη. Με μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει σπασμούς, νάρκωση, υπόταση, ταχυκαρδία. Είναι βεβαιωμένο ότι προκαλεί εθισμό. Συγκαταλέγεται μεταξύ των φαρμάκων, τα οποία προτιμούν οι ναρκομανείς στις διαρρήξεις φαρμακείων.

Η **ηρωΐνη** είναι ημισυνθετικό παράγωγο της μορφίνης και έχει πιο ισχυρή δράση απ' ότι η μορφίνη ως παυσίπονο και ακόμα πιο μεγάλη τοξικότητα. Εμφανίζεται ως σκόνη λευκή με πικρή γεύση και θεωρείται ένα από τα πιο σκληρά ναρκωτικά, γι' αυτό και είναι πολύ επικίνδυνο.<sup>42</sup>

Τέσσερις είναι οι **τρόποι λήψης της ηρωίνης**, που οδηγεί στον εθισμό του λήπτη:

i. Από τη μύτη (σφινάρισμα). Αφού πρώτα θρυμματίσουν την ηρωίνη με ένα ξυραφάκι και τη χωρίσουν σε γραμμές, τη ρουφούν από τη μύτη. Η πικρή γεύση της, όμως κάνει πολλούς να μη συμπαθούν αυτόν τον τρόπο.



ii. Το κάπνισμα. Πολλοί ξεκινούν με αυτή τη μέθοδο. Τοποθετούν την ηρωίνη σε ένα αλουμινόχαρτο και την περνούν γρήγορα πάνω από τη φωτιά. Η ηρωίνη, θερμαινόμενη, μαυρίζει και συστρέφεται σαν φίδι και καθώς βγάζει καπνό, ρουφάνε την ηρωίνη μ' ένα σωλήνα από τη μύτη. Τον τρόπο αυτόν τον ονομάζουν το κυνήγι του δράκου.

iii. Υποδόρια ένεση.

iv. Ενδοφλέβια ένεση.

Η επίδραση της ηρωίνης με την ενδοφλέβια ένεση είναι άμεση. Όμως η συνεχής λήψη της δόσης καταστρέφει τις φλέβες, με αποτέλεσμα ο ηρωινομανής να αναζητά όλο και καινούργιες φλέβες στο λαιμό, στους καρπούς, στα πόδια. Όσο διαρκεί η επίδραση της ηρωίνης στον οργανισμό, ο λήπτης νιώθει καλά. Όταν η επίδραση αρχίζει και ελαττώνεται, τότε αρχίζουν οι πόνοι σε όλο το σώμα και ο ηρωινομανής πρέπει να πάρει ξανά τη δόση του, για να μην πονά.<sup>9</sup>

**Οι κυριότερες επιπτώσεις της ηρωίνης είναι :** ναυτία, εμετός, παραλήρημα, χρόνια δυσκοιλιότητα, επίδραση σε συστήματα (όπως στο κυκλοφορικό, στο αναπνευστικό, στο ουροποιητικό, στο μεταβολικό), ιογενής ηπατίτιδα, μικροβιακή ή μυκητιασική ενδοκαρδίτιδα, νεφροπάθεια, πνευμονικό απόστημα, οστεομυελίτιδα, χρόνια μυοπάθεια, τέτανος, θρομβοφλεβίτιδα και γάγγραινα από βλάβη αρτηριών.

## **B. Υπνωτικά και καταπραϋντικά ναρκωτικά**

### **1. Βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά, υπνωτικά**

Τα βαρβιτουρικά φάρμακα είναι προϊόντα της εξέλιξης της φαρμακολογίας και χημείας. Τα περισσότερα είναι υπνωτικά, ηρεμιστικά, αγχολυτικά και έχουν καθιερωθεί στο φαρμακεμπόριο με διάφορες ονομασίες. Τα βαρβιτουρικά λαμβανόμενα κατά τη διάρκεια της ημέρας σε μικρή δόση δρουν ως καταπραϋντικά,



καταστέλλοντας την ένταση, το άγχος και το φόβο. Με διάφορες συνθέσεις δημιουργούνται τα υπνωτικά φάρμακα. Κοινό χαρακτηριστικό των βαρβιτουρικών είναι η καταστολή της αναπνοής. Όταν συνδυάζονται με οινοπνευματώδη ποτά (αλκοόλη), γίνονται άκρως επικίνδυνα, γιατί προκαλούν δηλητηρίαση του οργανισμού. Με τον τρόπο αυτό έχουν παρατηρηθεί πολλές περιπτώσεις αυτοκτονίας, από άτομα που βρίσκονται σε ψυχική κατάπτωση.



Η χρήση των βαρβιτουρικών σε μεγάλη χρονική διάρκεια, δημιουργεί αναμφισβήτητα εθισμό και εξάρτηση, δηλαδή τοξικομανία. Η πιο δυσάρεστη συνέπεια των βαρβιτουρικών, ως υπνωτικών, είναι ότι ο οργανισμός εθίζεται με τη χρόνια λήψη. Με τον εθισμό του οργανισμού στα βαρβιτουρικά, παρουσιάζονται στο χρήστη ψυχικές διαταραχές, όπως στη μορφινομανία και τον χρόνια αλκοολισμό. Συνηθισμένες δόσεις προκαλούν καταστολή της πνευματικής ικανότητας, αμβλύτητα, επιβράδυνση της ομιλίας και συναισθηματική αστάθεια. Η υπερβολική δόση συνοδεύεται από νυσταγμό, δυσκολία στη προσαρμογή του οπτικού φακού, λίγγους, δηλητηριάσεις. Ο θάνατος επέρχεται από αναπνευστική παράλυση. Το σύνδρομο αποστέρησης προκαλεί πόνους στη κοιλιά, υπερθερμία, ορθοστατική υπόταση, κρίσεις επιληψίας.

## 2. Βενζοδιαζεπίνες

Η κυριότερη κατηγορία αγχολυτικών φαρμάκων ονομάζονται βενζοδιαζεπίνες. Εκτός από την αγχολυτική, κατασταλτική και υπνωτική δράση, οι βενζοδιαζεπίνες έχουν και σημαντική μυοχαλαρωτική και αντιεπιληπτική δράση. Οι βενζοδιαζεπίνες διακρίνονται σε βραχείας διάρκειας (<12 h) και μακράς διάρκειας (>24h) δράσης. Οι βραχείας διάρκειας είναι χρήσιμες επειδή το αποτέλεσμα τους επέρχεται και αποδράμει ταχέως χωρίς να αφήνει τον ασθενή κατασταλαμένο την επομένη. Το μειονέκτημά τους είναι ότι προκαλούν εξάρτηση πολύ συχνότερα από τις βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης. Ο κίνδυνος αυτός είναι μικρός αλλά ο κυριότερος κίνδυνος είναι η καταστολή του αναπνευστικού συστήματος.

Το τυπικό σύνδρομο στέρησης περιλαμβάνει: *αίσθημα άγχους, ευερεθιστότητα, αϋπνία, εφιδρώσεις, αίσθημα παλμών, μυϊκό τρόμο (που μπορεί να συνοδεύεται από*

κράμπες και μυοκλονίες) και σπανίως επιληπτικές κρίσεις (ειδικά αν η δόση του φαρμάκου είναι μεγαλύτερη).

### **Γ. Παραισθησιογόνα**

Οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, το LSD και άλλα παραισθησιογόνα της κατηγορίας αυτής κοινό γνώρισμα έχουν ότι διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλούν ευφορία και μια ψυχοκινητική δραστηριότητα,.

#### **1. Αμφεταμίνες**

Οι αμφεταμίνες προκαλούν οξέα τοξικά φαινόμενα και η χρήση σε μεγάλες δόσεις προκαλεί εθισμό και εξάρτηση. Το φάρμακο λαμβάνεται συνήθως με ενδοφλέβιες ενέσεις ή και σε δισκία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που παίρνουν τις αμφεταμίνες επιδιώκουν την ευφορία. Οι αμφεταμίνες κυκλοφορούν με εκατοντάδες διαφορετικές εμπορικές ονομασίες και έχουν χρησιμοποιηθεί ως «χάπια διαίτης». Σε αθλητικές ειδήσεις πολλές είναι οι καταγγελίες για ντοπίασμα (doping) των αθλητών, που επιδιώκουν περισσότερη αντοχή και καλύτερη επίδοση. Σημειώνεται η λήψη και από φοιτητές και σπουδαστές, ειδικά κατά την περίοδο των εξετάσεων, για αντιμετώπιση της αϋπνίας και απόδοση στη μελέτη.

#### **2. Κοκαΐνη**

Η κοκαΐνη είναι το ψυχοδραστικό συστατικό του φύλλου της κόκας. Προκαλεί αίσθημα ευφορίας και μειώνει την ένταση των συναισθημάτων της κόπωσης και της πείνας.

Η συχνή χρήση της κοκαΐνης και σε μεγαλύτερες δόσεις δημιουργεί εθισμό, εξάρτηση με έντονα τα φαινόμενα της στέρησης δηλαδή την τοξικομανία ή με τον πιο ειδικό χαρακτηρισμό χρόνια δηλητηρίαση (κοκαΐνομανία). Χαρακτηριστικά φαινόμενα, που παρουσιάζει ο κοκαΐνομανής, είναι η ανησυχία, η έξαψη, το ρίγος και ο φόβος. Στο στάδιο της μέθης και ιδιαίτερα έπειτα από ενέσιμο δόση, παρουσιάζονται οξεία παράνοια και παραισθήσεις. Έχει την αίσθηση ότι ζώφια, έντομα και σκουλήκια διατρέχουν το σώμα του και την εντύπωση της καταδίωξης. Σε



ακραίες περιπτώσεις ακολουθούν σπασμοί και κωματώδης κατάσταση και ακόμα σε μεγαλύτερες δόσεις ο θάνατος.<sup>48</sup>

### **3. LSD**

Αυτά τα ναρκωτικά έχουν την ιδιότητα να προκαλούν ιδιαίτερα περίπλοκα ψυχολογικά επακόλουθα, περιλαμβανομένων των υπερβατικών « άλλο-κοσμικών» εμπειριών, των ψευδαισθήσεων και άλλων τύπων διαταραχών της αντίληψης.<sup>49</sup>

Τα τρία γράμματα LSD είναι τα αρχικά της χημικής συνθέσεως d- Lysergic Sauer Diethylamind, μια από τις πιο ισχυρές συνθέσεις, η οποία ενεργεί στον ανθρώπινο οργανισμό με απειροελάχιστη δόση. Το LSD δεν θεωρείται τοξική ουσία, σε λήψεις όμως μεγάλων δόσεων και χωρίς κάποια εποπτεία και χωρίς κατάλληλες συνθήκες, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται, πολλές φορές, τραγικά, γιατί ο κίνδυνος ψυχώσεως είναι μεγάλος, ιδιαίτερα σε άτομα τα οποία δεν έχουν κατατοπισθεί επαρκώς. Με κάποια τέτοια λήψη της ουσίας και υπό την επίδραση αυτής έχουν σημειωθεί ακούσια εγκλήματα και θανατηφόρα καταστροφικά ατυχήματα.<sup>42</sup>

### **4. Κάνναβης**

Είναι η γενική ονομασία του ναρκωτικού που παρασκευάζεται από φυτικά παράγωγα της ινδικής κάνναβης. Τα αποξηραμένα φύλλα ή τα άνθη συχνά αναφέρονται ως μαριχουάνα ή γκάντζα (ganja) (αν και ο όρος γκάντζα ενδέχεται να έχει γενικότερη έννοια ) και η ρητίνη του φυτού ως χασίς. Η κάνναβης δρα ως ένα βαθμό ως κατασταλτικό, αλλά μπορεί να έχει και ψευδαισθησιογόνες ιδιότητες.<sup>49</sup>

### **5. Μαριχουάνα**

Η χρήση της μαριχουάνας είναι η πιο διαδομένη ναρκωτική ουσία, γιατί είναι πιο εύκολη σε σχέση με άλλα ναρκωτικά και πολύ πιο φθηνή. Μπορεί να ληφθεί με πολλούς τρόπους και η διάδοση της είναι πολύ γρήγορη, γι' αυτό και το παράνομο εμπόριο της είναι εκτεταμένο. Το κάπνισμα είναι ο συνήθης τρόπος χρήσεως της μαριχουάνας. Ο χρήστης της μαριχουάνας παρουσιάζει μια διάχυτη επιθυμία ή ανάγκη συνεχώς λήψεων, χωρίς όμως να εμφανίζει τα συμπτώματα της στέρησης που παρουσιάζονται με άλλες ναρκωτικές ουσίες. Η μαριχουάνα όταν συνδυάζεται με οινοπνευματώδη ποτά (αλκοόλη), έχει αυξημένη δράση, όπως αυξάνει και η δράση του οινοπνεύματος και η τοξικότητα είναι εντονότερη. Επιζητεί την επικοινωνία και την συντροφιά των ομοίων του και την τάση να προσελκύσει και τους άλλους στη χρήση, γι' αυτό και πολλές φορές παρατηρείται ομαδικό κάπνισμα με το ίδιο τσιγάρο το οποίο μεταφέρεται από στόμα σε στόμα.<sup>42</sup>

### Οι συνήθεις επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση παραισθησιογόνων είναι:

- ✓ Μερική αμνησία
- ✓ Παρανοειδής κατάσταση( το άτομο κατέχεται εναλλάξ από μεγαλομανία και μανία καταδίωξης, είδος ψυχοπάθειας)
- ✓ Αποδιοργάνωση της προσωπικότητας
- ✓ Βρογχίτιδα
- ✓ Άσθμα
- ✓ Ρινοφαρυγγίτιδα
- ✓ Ιγμορίτιδα, ακόμα και αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- ✓ Καταστολή της κυτταρικής ανοσίας
- ✓ Ιογενείς και μυκητιασικές λοιμώξεις
- ✓ Ανάπτυξη νεοπλάσματος



Στους άνδρες παρεμποδίζεται η σπερματογένεση και η σύνθεση της τεστοστερόνης. Στις γυναίκες παρατηρείται πτώση του επιπέδου της θυλακιοτρόπου ορμόνης και άλλων ορμονών με δυσμενείς συνέπειες στη αναπαραγωγή. Τέλος, παρουσιάζονται αισθητηριακές διαταραχές, με συνέπεια ο οδηγός να βλέπει με αλλοιωμένα τα χρώματα των σηματοδοτών εξαιτίας αυτού έχουμε ένα σημαντικό αριθμό τροχαίων ατυχημάτων.<sup>9</sup>

### **3.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

Η εφηβεία και η νεανική ηλικία παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά, που μπορούν να εξηγήσουν, γιατί ένας νέος μπορεί να οδηγηθεί, όταν του δοθεί η ευκαιρία, να χρησιμοποιήσει τα ναρκωτικά. Οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα περίεργοι για τον κόσμο που ξανοίγεται μπροστά τους και πολύ πιο πρόθυμοι να διακινδυνεύσουν από ότι οι περισσότεροι ενήλικοι. Ίσως γιατί θέλουν να αποδείξουν το θάρρος τους και να ικανοποιήσουν τη δίψα τους για περιπέτεια και ίσως γιατί δεν πιστεύουν, στην αρχή τουλάχιστον, ότι σε εκείνους μπορεί να συμβεί οτιδήποτε καταστροφικό.<sup>46</sup>



Οι νέοι που κάνουν χρήση ναρκωτικών αποκóπτονται από την κοινωνία.<sup>50</sup> Σε μερικές περιπτώσεις, η χρήση ναρκωτικών απ' τους έφηβους μπορεί ν' αντιπροσωπεύει αποξένωση – βαθιά απόρριψη των αξιών μιας κοινωνίας ενήλικων, που μερικοί νέοι θεωρούν όλο και πιο απρόσωπη, συχνά σκληρή και χωρίς ενδιαφέρον για το άτομο. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τους έφηβους είναι ότι μπορεί να μάθουν να χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά σαν υποκατάστατο για να αντιμετωπίζουν τα καθημερινά προβλήματα και τις αναπόφευκτες απογοητεύσεις της ζωής.

Για κάποιους νέους, ιδιαίτερα εκείνους που κάνουν σοβαρή χρήση πολλαπλών ναρκωτικών, το ότι βασίζονται σε αυτά μπορεί να σημαίνει συναισθηματικές διαταραχές διαφορετικού βαθμού σοβαρότητας και ανικανότητα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ζωής ή να βρουν μια ικανοποιητική προσωπική ταυτότητα. Οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν τους νέους στα ναρκωτικά είναι οι ατομικοί και οι περιβαλλοντικοί.<sup>46</sup>

### 3. 5. 1 ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### 1. Γενετικοί παράγοντες

Οι έρευνες σχετικά με το ρόλο της κληρονομικότητας στον αλκοολισμό έχουν απασχολήσει από πολλά χρόνια τους συγγραφείς και το ενδιαφέρον πάνω στο θέμα αυτό φαίνεται ότι αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Μικρότερης έκτασης είναι η ερευνητική δραστηριότητα που αναφέρεται σε άλλα είδη εθισμού. Τα επιστημονικά δεδομένα



προέρχονται από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, κ.τ.λ.

Απ' όλη αυτή την ερευνητική προσπάθεια τα δεδομένα που προέκυψαν ήταν τις περισσότερες φορές δυσερμηνεύτα και αλληλοαντικρουόμενα.

#### 2. Μαθησιακοί παράγοντες

Η συμπεριφορά ενός ατόμου σε όλες τις φάσεις της πορείας του προς την «καριέρα» του χρήστη γίνεται πιο κατανοητή αν λάβουμε υπόψη μας τις διαδικασίες ενίσχυσης οι οποίες δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής του. Είναι δύσκολο να

αποφανθεί κανείς εάν πρώιμες μαθησιακές εμπειρίες είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας από σωματικού τύπου παράγοντες για τη διαμόρφωση μιας κατάστασης ουσιοεξάρτησης. Οι περισσότεροι ερευνητές των θεωριών της μάθησης θα συμφωνούσαν με την άποψη του G. Edwards που υποστηρίζει ότι «το γονικό παράδειγμα είναι γενικώς πιο σημαντικό από τα ίδια τους τα γονίδια» για τη διαμόρφωση της «καριέρας» ενός χρήστη. Οι απόψεις των θεωρητικών της Κοινωνικής Μάθησης συγκλίνουν στην αρχή ότι το φαινόμενο της ουσιοκατάχρησης είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς που διαμορφώνεται μέσα από πολλαπλές διαδικασίες κλασικής και ενεργητικής μάθησης και τη συμμετοχή γνωστικού τύπου λειτουργιών.

### **3. Προσωπικότητα**

Η παρουσία ψυχοπαθητικής προσωπικότητας αποτελεί μια άλλη προϋπόθεση, από κλινικής άποψης, για την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Θεωρείται δηλαδή ότι οι χρήστες είναι άτομα ευαίσθητα, συναισθηματικά ασταθή, κυκλοθυμικά, με έλλειψη αυτοπεποίθησης, με συναισθηματική ανωριμότητα και αδυναμία στη δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Συνήθως, επιδιώκουν άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους και δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής. Συχνά επίσης εμφανίζουν εκκεντρικότητα, επιθετικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά και δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής. Συνήθως απουσιάζει το αίσθημα ευθύνης και χαρακτηρίζονται από αδυναμία θέλησης.<sup>51</sup>

Αποτελεί κοινή γνώση ότι η αντικοινωνική προσωπικότητα είναι πολύ συχνή διάγνωση ανάμεσα στους χρήστες ουσιών, αλλά η σχέση μεταξύ χρήσης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας δε φαίνεται να έχει επαρκώς διευκρινιστεί.<sup>45</sup>

## **3. 5. 2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **1. Η επίδραση των γονέων**

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παράνομων ουσιών.<sup>45</sup> Οι επιστήμονες θεωρούν ως σημαντικότερη αιτία τη χαλάρωση του θεσμού της οικογένειας. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει θετική συσχέτιση της παρουσίας διαλυμένων ή διαταραγμένων οικογενειών με τη φαρμακευτική εξάρτηση. Επίσης ενοχοποιούνται ο τρόπος συμπεριφοράς των γονέων και του άμεσου κοινωνικού

περιβάλλοντος, στην αγωγή των παιδιών και στη διαδικασία κοινωνικοποίησης τους.<sup>51</sup>

Στις οικογένειες των χρηστών συναντούμε συχνότερα γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή γονείς που είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες. Συμπεριφορές και απόψεις του γονικού περιβάλλοντος σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών φαίνεται ότι επηρεάζουν και διαμορφώνουν ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Το οικογενειακό περιβάλλον, και ιδιαίτερα οι πρώιμες παιδικές εμπειρίες, παίζουν βασικό ρόλο στη διαμόρφωση της «καριέρας» ενός χρήστη.<sup>45</sup>

Όταν ο έφηβος δεν έχει μάθει από την οικογένεια του να λέει όχι σε αρνητικές πιέσεις και πως απορρίπτοντας τις επιλογές των φίλων δεν σημαίνει ότι απορρίπτει τους ίδιους τους φίλους, τότε μπορεί να οδηγηθεί στα ναρκωτικά.<sup>51</sup>

Συχνό φαινόμενο είναι η επανάσταση ενάντια στους γονείς. Όλοι οι έφηβοι, κάποια στιγμή, θέλουν να εδραιώσουν την ανεξαρτησία τους απ' τους γονείς τους. Αν όμως η επαναστατικότητα τους θα πάρει τη μορφή σοβαρής χρήσης ναρκωτικών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό απ' το είδος της σχέσης που έχει ο έφηβος με τους γονείς του.

Για το παιδί που έχει δημοκρατικούς, υπεύθυνους και στοργικούς γονείς (κυρίως με σχετικά παραδοσιακές αξίες), που δίνουν στα παιδιά τους σταδιακά αυξανόμενες και κατάλληλες για την ηλικία τους ευκαιρίες «να δοκιμάσουν τα φτερά τους», ο κίνδυνος σοβαρής χρήσης ναρκωτικών είναι γενικά μικρότερος απ' ότι για το παιδί που οι γονείς του δεν του δείχνουν αγάπη, που το παραμελούν, και που είναι ιδιαίτερα υποχωρητικοί ή –αντίθετα- αυταρχικοί και εχθρικοί. Δημιουργώντας μια ψευτό-δημοκρατία μέσα στην οικογένεια, αυτοί οι γονείς μπορούν να παραιτηθούν απ' τη δύναμη τους να παίρνουν αποφάσεις, ευθύνες και άνισο κύρος. Εξισώνοντας τον εαυτό τους με τα παιδιά τους, τα αφήνουν ουσιαστικά να πλέουν ακυβέρνητα σ' ένα άγνωστο πέλαγος.<sup>52</sup>

## **2. Το φιλικό περιβάλλον**

Σημαντική είναι επίσης η επίδραση της ομάδας των συνομήλικων, η οποία είναι περισσότερο έντονη όσο μικρότερη επικοινωνία και διάλογος υπάρχουν μεταξύ γονέων και εφήβου.<sup>51</sup>

Ίσως μερικοί να παίρνουν ναρκωτικά επειδή στην ηλικία των επτά ή οχτώ χρονών περίπου, τότε δηλαδή που θα έπρεπε να είχαν αρχίσει να γίνονται αυτόνομοι σε σχέση με τους γονείς τους, τελικά δεν τα κατάφεραν. Έχασαν κάθε πραγματική σχέση μαζί τους κι έμειναν με «φίλους» που ασκούσαν πάνω τους την επίδραση που

κανονικά θα έπρεπε να ασκούν οι γονείς. Αυτό το είδος «φίλου» σπρώχνει συχνά στα ναρκωτικά. Κι έτσι υπάρχει μια διπλή εξάρτηση: των «φίλων» και των ναρκωτικών.<sup>53</sup>

Τις περισσότερες φορές ο νέος χρήστης πειραματίζεται με διάφορες ουσίες κάτω από τις προτροπές και τις πιέσεις των φίλων του. Η περιέργεια, η διαθεσιμότητα των ουσιών και η επίδραση των συναναστροφών φαίνεται να επιδρούν σημαντικά στην έναρξη του πειραματισμού ενός ατόμου με ουσίες. Η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες και η αντίληψη που διαμορφώνει ο νέος χρήστης για τις ουσίες από το συντροφικό του περιβάλλον φαίνεται να συνιστούν καθοριστικούς διαμορφωτικούς παράγοντες της δικής του μελλοντικής συμπεριφοράς. Σε πολλές περιπτώσεις η χρήση μιας ουσίας αποτελεί βασική απαίτηση μιας κοινωνικής ομάδας για την «είσοδο» ενός νέου μέλους στην ομάδα αυτή.



### **3. Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις**

Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου, καθώς και οι κανόνες και οι συνήθειες που θεσπίζονται και υιοθετούνται από το σύνολο, φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Επίσης, τα εκάστοτε επικρατούντα πολιτισμικά δεδομένα φαίνεται ότι είναι σε μεγάλο βαθμό καθοριστικά για τις απόψεις και τις συμπεριφορές κάθε κοινωνικής ομάδας.

### **4. Η υπόθεση της «αυτοθεραπείας»**

Οι χρήστες δε φαίνεται να επιλέγουν τυχαία τις διάφορες ουσίες κατάχρησης. Το φάρμακο επιλογής είναι συνήθως η ουσία που επιδρά ρυθμιστικά στα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα του χρήστη. Τα οπιοειδή επιλέγονται για τη σημαντική κατασταλτική τους επίδραση στα αποδιοργανωτικά και απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει ο χρήστης, ενώ η κοκαΐνη προτιμάται για την ικανότητα της ν' ανακουφίζει διάφορες διαταραχές σχετικές με κατάθλιψη, υπομανία και υπερδραστηριότητα.<sup>45</sup>

### **5. Διαδίκτυο**

Βασική διαφορά μεταξύ της νέας γενιάς ναρκωτικών με τα λεγόμενα «παραδοσιακά» (π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη, LSD κ.ά.) αποτελεί και ο τρόπος διακίνησης. Συνήθως οι ποσότητες που βγαίνουν στο εμπόριο είναι μικρές και η διακίνηση γίνεται



από χέρι σε χέρι. Τα «βαποράκια» εμπορεύονται λίγα γραμμάρια κάθε φορά, ενώ βασικοί χώροι είναι τα νυχτερινά μαγαζιά.<sup>54</sup>

Η νέα πρόκληση σε όλο τον κόσμο είναι ο έλεγχος του διαδικτύου, όσον αφορά τον έλεγχο του εμπορίου ναρκωτικών αλλά και των φόρουμ επικοινωνίας, όπου ο καθένας μπορεί να βρει οδηγίες παρασκευής ναρκωτικών ουσιών. Τα τελευταία χρόνια εκατοντάδες ηλεκτρονικά καταστήματα εμπορίας ναρκωτικών μέσω ιντερνέτ έχουν θησαυρίσει. Μόνο το 2008 εντοπίστηκαν 68 τέτοια καταστήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πάνω από τα μισά βρέθηκαν στη Μ. Βρετανία και πολλά στις Κάτω Χώρες και τη Γερμανία.<sup>55</sup>

Ναρκοτικές ουσίες που μπορούν να προμηθευτούν οι χρήστες στο διαδίκτυο είναι από κάνναβη, παραισθησιογόναμανιτάρια, χάπια διαφόρων ειδών μέχρι κοκαΐνη. Με ένα απλό κλικ το πακέτο έρχεται στο σπίτι με το ταχυδρομείο.

Τα τελευταία δύο χρόνια όλες οι περιοχές αναφέρουν τη χρήση υπηρεσιών κούριερ για τη μεταφορά παράνομων ουσιών. Στην πρώτη θέση των προτιμήσεων είναι η κάνναβη, η οποία θεωρείται από τους περισσότερους νέους ακίνδυνη από τη στιγμή που συγκαταλέγεται στα λεγόμενα μαλακά ναρκωτικά. Ωστόσο λόγω της τεχνητής καλλιέργειας εντοπίζονται στην κάνναβη όλο και περισσότερες επικίνδυνες ουσίες, οι οποίες έχουν σημαντικές και ενίοτε επικίνδυνες επιπτώσεις στην υγεία.<sup>56</sup>

## **6. Μ.Μ.Ε.- Διαφήμιση**

Η τηλεόραση και το ραδιόφωνο βομβαρδίζουν το κοινό με επίμονα μηνύματα ότι η ανακούφιση για οτιδήποτε – άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία – «απλώς καταπίνεται». Ένα παιδί 13 χρόνων είπε: «Υποτίθεται ότι δεν πρέπει να παίρνουμε ναρκωτικά αλλά η τηλεόραση είναι γεμάτη διαφημίσεις από ανθρώπους που τρέχουν να πάρουν χάπια γιατί κάτι τους ενοχλεί». Οι έφηβοι που υιοθέτησαν αυτή την άποψη σαν τρόπο αντιμετώπισης της ζωής, μπορεί απλώς να καθρεπτίζουν τα γονεϊκά και κοινωνικά πρότυπα.<sup>52</sup>

## **3.6 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

Τα ναρκωτικά έχουν σχέση με αυξημένη νοσηρότητα από λοιμώδη ηπατίτιδα και άλλες λοιμώξεις, υπέρταση, αρρυθμίες, επίκτητη ανοσοβιολογική ανεπάρκεια, ψυχικά νοσήματα. Η συμπεριφορά των ναρκομανών είναι κατά κανόνα αντικοινωνική. Λήψη μεγάλης δόσης ναρκωτικών προκαλεί θάνατο.<sup>48</sup>

### 3.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα πρώτα μοντέλα πρόληψης άρχισαν να ασχολούνται με το θέμα του πώς να ενημερωθεί ο κόσμος και ειδικά η νεολαία για τα ναρκωτικά. Η αρχική φιλοσοφία πρωτογενούς πρόληψης στην Αμερική βασίστηκε σε προγράμματα ενημέρωσης και εκπαίδευσης τις δεκαετίες του 70 και του 80 και τελικά φάνηκε πως αντί να μειωθεί η χρήση καπνού και χασίς αυξήθηκε.

Τελικά φαίνεται πως η πρόληψη δεν πρέπει να εστιάζεται μόνο στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Και η νεότερη τάση που υπάρχει στις προληπτικές κινήσεις είναι όχι πλέον να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο πρόβλημα που είναι τα ναρκωτικά, αλλά πώς θα μπορούσαμε να εξασφαλίσουμε όλους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και όλες τις πηγές στήριξης που χρειάζεται ένα νέο παιδί για να μην καταλήξει στα ναρκωτικά. Γι αυτό και η πρόληψη πρέπει να γίνεται σε όσο το δυνατό νεότερη ηλικία.<sup>57</sup>



Ένα ευρέως αποδεκτό πλαίσιο για την ανάπτυξη σκεπτικών πρόληψης υπήρξε αυτό που προτάθηκε από τον Gerald Caplan στη δεκαετία του 1940. Ο συγγραφέας πρότεινε τρεις μορφές πρόληψης:

- i. Την πρωτογενή πρόληψη, που στοχεύει στην αποτροπή της χρήσης ουσιών και η οποία απευθύνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου.
- ii. Τη δευτερογενή, που περιλαμβάνει προσπάθειες παρέμβασης σε ομάδες χρηστών που χρησιμοποιούν μεν ουσίες, αλλά δεν έχουν ακόμη εγκαταστήσει σταθερές συμπεριφορές χρόνιου χρήστη και
- iii. Την τριτογενή, που μέσω θεραπευτικών και άλλων υπηρεσιών αποσκοπεί στον περιορισμό της περαιτέρω εμπλοκής των χρόνιων χρηστών με τις ουσίες και τα επακόλουθα της χρήσης.<sup>45</sup>

Ο ταξικός χαρακτήρας των ναρκωτικών γίνεται ακόμα εντονότερος στον τομέα της απεξάρτησης και της επανένταξης των ανθρώπων που έχουν εθιστεί σε αυτά. Και αυτός είναι ένας ακόμα πρόσθετος λόγος που κάθε συντεταγμένη πολιτεία οφείλει να στηρίζει πολιτικές πρόληψης και απεξάρτησης με κάθε κόστος.

Η πρόληψη, η ενημέρωση κυρίως μέσω της εκπαίδευσης και των ΜΜΕ, οι πολιτικές απεξάρτησης και επανένταξης, η προσπάθεια στροφής της νεολαίας μας στο μαζικό λαϊκό αθλητισμό, η ανάπτυξη του σχολικού αθλητισμού είναι μερικά

μόνο μέτρα που η πολιτεία οφείλει να προωθή αδιάκοπα και ανεξαρτήτως κόστους. Παράλληλα θα πρέπει να επανεξεταστεί η ποινικοποίηση της χρήσης, αφού στα χρόνια που εφαρμόστηκε δεν επέλυσε κανένα απολύτως πρόβλημα. Η πολιτεία μέσω των διωκτικών αρχών και της δικαιοσύνης οφείλει να στραφεί στο κυνήγι και την παραδειγματική τιμωρία των καλλιεργητών και των εμπόρων και όχι των χρηστών, οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια και προγράμματα απεξάρτησης και σε καμιά περίπτωση εγκλεισμό σε φυλακή. Στην κατεύθυνση αυτή οποιαδήποτε φαινόμενα διαφθοράς, ανοχής, διαπλοκής και συγκάλυψης θα πρέπει να τιμωρούνται παραδειγματικά.<sup>6</sup>

### 3.8 ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο εθισμός στα ναρκωτικά είναι πάθηση που μπορεί να θεραπευθεί. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να λάβουν θεραπεία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις δικές τους ιδιαίτερες ανάγκες. Η θεραπευτική αγωγή, τους επιτρέπει να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα τους και να μπορούν να έχουν μια κανονική και παραγωγική ζωή.

Όπως οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακά προβλήματα ή διαβήτη, έτσι και οι εθισμένοι στα ναρκωτικά μπορούν να πετύχουν αλλαγές της συμπεριφοράς τους και να παίρνουν φάρμακα ως μέρος της θεραπευτικής τους αγωγής. Οι συμπεριφορικές θεραπείες περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλών, ψυχοθεραπεία, ομάδες αλληλοβοήθειας και οικογενειακή θεραπεία. Τα φάρμακα βοηθούν στην καταστολή του συνδρόμου στέρησης, της ακατάσχετης επιθυμίας λήψης ναρκωτικών και στην εξουδετέρωση των δράσεων των ναρκωτικών στον οργανισμό. Πολλοί ασθενείς εκτός από τις θεραπείες απεξάρτησης, χρειάζονται και άλλη φροντίδα από υπηρεσίες σωματικής και ψυχικής υγείας όπως επίσης και συμβουλές για πρόληψη του AIDS.

Οι έρευνες κατά τα τελευταία 25 χρόνια, έδειξαν ότι η θεραπευτική αγωγή πετυχαίνει την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά και μειώνει την εγκληματικότητα που παρουσιάζεται σε εθισμένους στα ναρκωτικά. Επίσης οι χρήστες που έλαβαν θεραπείες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν μια δουλειά.

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της



λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της χρήσης ναρκωτικών.

### **Υπάρχουν διάφορες μορφές προγραμμάτων θεραπείας απεξάρτησης.**

#### **A. Οι βραχυπρόθεσμες μέθοδοι**

Διαρκούν για λιγότερο από 6 μήνες. Περιλαμβάνουν αγωγή επί εσωτερικής βάσης σε θεραπευτική κοινότητα, φάρμακα και θεραπεία επί εξωτερικής βάσης χωρίς φάρμακα.

#### **B. Η μακροπρόθεσμη θεραπεία**

Περιλαμβάνει μεθόδους όπως τη χορήγηση μεθαδόνης σε άτομα που είναι εθισμένα στα οπιοειδή επί εξωτερικής βάσης και αγωγή στα πλαίσια θεραπευτικής κοινότητας.

#### **Γ. Οι θεραπευτικές κοινότητες**

Είναι πολύ καλά οργανωμένα προγράμματα αντιμετώπισης στα οποία οι ασθενείς διαμένουν σε οικιστικές μονάδες από 6 έως 12 μήνες. Οι ασθενείς που συμμετέχουν, είναι αυτοί που έχουν ένα σχετικά μακροχρόνιο ιστορικό εξάρτησης από ναρκωτικά ή έχουν εμπλακεί σε εγκληματικές δραστηριότητες λόγω χρήσης ναρκωτικών ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία τους στην κοινωνία.

Ο στόχος στις θεραπευτικές κοινότητες, είναι η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία χωρίς να υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά και σχέση με παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες.<sup>77</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

## ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ



## **4.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σεξουαλική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα, δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αναπηρίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και γεμάτη σεβασμό προσέγγιση στην σεξουαλικότητα και στις σεξουαλικές σχέσεις, καθώς επίσης και την πιθανότητα ύπαρξης ευχάριστων και ασφαλών σεξουαλικών εμπειριών, ελεύθερη από εξαναγκασμούς, διακρίσεις και βία. Για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία, τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ανθρώπων πρέπει να είναι σεβαστά, να προστατεύονται και να εκπληρώνονται.<sup>58</sup>

## **4.2 ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ**

Η πρόωρη έναρξη της ολοκληρωμένης σεξουαλικής ζωής συνοδεύεται από σοβαρούς κινδύνους. Στους εφήβους, είναι η αιτία ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, μετάδοσης σοβαρών ασθενειών και διαφόρων ειδών τραυματικών εμπειριών.

Στην εποχή μας, δυστυχώς το πρόβλημα της πρόωρης έναρξης της ολοκληρωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας, παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Οι κάθε μορφής επιρροές στις οποίες υποβάλλονται σήμερα οι έφηβοι, ευνοούν την επικίνδυνη αυτή κατάσταση που απειλεί την υγεία για το μέλλον τους. Τηλεοπτικές και κινηματογραφικές ταινίες, προγράμματα στην τηλεόραση ή στο διαδίκτυο, ακατάλληλες ιστοσελίδες και πληθώρα εντύπων δημοσιευμάτων δυστυχώς ευνοούν συμπεριφορές πρόωρης έναρξης σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Έτσι κρίνεται αναγκαία η πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής αγωγής των εφήβων που θα τους επιτρέψει να μάθουν σωστά τα θέματα σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα, την προστασία τους από τις ασθένειες που μεταδίδονται από το σεξ και την πρόληψη της εγκυμοσύνης με τις αντισυλληπτικές μεθόδους.<sup>59</sup>

Οι νέοι ενήλικες και έφηβοι στην Ευρώπη πίνουν αλκοόλ και παίρνουν ναρκωτικά στα πλαίσια των σεξουαλικών τους δραστηριοτήτων. Χρησιμοποιούν το αλκοόλ και τα ναρκωτικά όπως έκσταση, κάνναβη και κοκαΐνη για να αυξήσουν τη σεξουαλική τους διέγερση και να παρατείνουν τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών λόγω σεξ και από συχνά αισθήματα μετάνοιας από τους νέους για σεξουαλικές επαφές που

είχαν με τον τρόπο αυτό. Η συχνότητα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων μεταξύ των νέων στην Ευρώπη παρουσιάζει σημαντική αύξηση.

Σήμερα εκατομμύρια νέοι Ευρωπαίοι παίρνουν ναρκωτικά και καταναλώνουν αλκοόλ με τρόπο τέτοιο που αλλοιώνει την κρίση και αποφάσεις τους σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς. Με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σοβαροί κίνδυνοι όπως: η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η έκτρωση, οι μολύνσεις που μεταδίδονται από το σεξ και οι ψυχολογικά τραυματικές εμπειρίες.

Η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, η απερίσκεπτη σεξουαλική συμπεριφορά και η αύξηση των παθήσεων που μεταδίδονται λόγω σεξ, είναι παράγοντες που δημιουργούν μεγάλες ανησυχίες για τη δημόσια υγεία.<sup>76</sup>

### 4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Το **σχολείο** μέσω των προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής βοηθά στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, καθώς και στην απόκτηση αυτοελέγχου και αυτοενδυνάμωσης. Επίσης, μέσω των σχολικών κέντρων υγείας, βοηθά στην ενημέρωση των μαθητών και στην παροχή μεθόδων αντισύλληψης.

Όσον αφορά στο ρόλο της **οικογένειας**, η ύπαρξη επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη, βοηθά στην καθυστέρηση έναρξης σεξουαλικών σχέσεων. Ωστόσο χρειάζεται κατάλληλη επιμόρφωση των γονέων μέσω του σχολείου (η δημιουργία σχολών γονέων και η επιτέλεση εκπαιδευτικών σεμιναρίων θα είχε σημαντικά αποτελέσματα), των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που στόχο του πρέπει να έχει την ευαισθητοποίηση των γονέων για το συγκεκριμένο θέμα.<sup>60</sup>

Η συμπεριφορά των γονιών επηρεάζει σημαντικά και καθοριστικά τη σεξουαλική ζωή των παιδιών τους. Τα παιδιά παρακολουθούν τους γονείς τους τι κάνουν και επηρεάζονται στη διαμόρφωση του δικού τους χαρακτήρα. Ακόμη επηρεάζονται πολύ περισσότερο από αυτά που βλέπουν τους γονείς τους να κάνουν, παρά από το τι αυτοί τους λένε να κάνουν ή να μην κάνουν. Ορισμένοι τρόποι ζωής και συγκεκριμένες συμπεριφορές των γονιών, αποτελούν ένα παράδειγμα το οποίο ανεπαίσθητα, τροποποιεί τη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς του παιδιού.

Για τους εφήβους οι **συνομήλικοι** είναι η πιο μεγάλη πηγή πληροφόρησης και διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Οι μικρές τους ιστορίες, οι απόψεις τους συνδυασμένες με διάφορες πληροφορίες τις οποίες ανακαλύπτουν σε περιοδικά, στην τηλεόραση και

βιβλία, διαμορφώνουν τη βάση των γνώσεων τους πάνω στην οποία θα στηρίζουν στη συνέχεια την απόφασή τους για την σεξουαλική τους συμπεριφορά.<sup>61</sup>

Η έκθεση των εφήβων στα **M.M.E.** παρουσιάζει οφέλη αλλά και κινδύνους. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντική η παρακολούθηση των τηλεοπτικών προγραμμάτων μαζί με τους γονείς καθώς και η συζήτηση των αποριών των παιδιών μαζί τους. Είναι απαραίτητο να γίνει αντιληπτό πως οι ίδιοι οι γονείς οφείλουν να αποτελούν παράδειγμα παρακολουθώντας εκπομπές με ασφαλές περιεχόμενο.

Κατά την αναζήτηση ερευνών σχετικά με την επίδραση των M.M.E. στη διαμόρφωση υγιούς σεξουαλικής συνείδησης στους εφήβους, βρέθηκαν δεδομένα που δείχνουν πως τα μηνύματα που προβάλλουν, δρουν άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά στα άτομα νεαρής ηλικίας. Έτσι από τη μια πλευρά προκύπτει ότι η παροχή ενημέρωσης γύρω από μεθόδους αντισύλληψης και η προβολή μηνυμάτων που ενθαρρύνουν την καθυστέρηση των σεξουαλικών σχέσεων στους εφήβους, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ποσοστού ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία. Σε αυτό μπορεί να συντελέσει η ενημέρωση των εφήβων από ιστοσελίδες του διαδικτύου, η παρακολούθηση ταινιών στις οποίες προβάλλονται η ανεπιθύμητες συνέπειες μιας κύησης σε νεαρή ηλικία, όπως και η παρακολούθηση καθημερινών σειρών που προβάλλουν μηνύματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μέτρων αντισύλληψης και τα χρονικά όρια στα οποία γίνεται η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης. Από την άλλη πλευρά όμως, η προβολή σκηνών με έντονο σεξουαλικό περιεχόμενο καθώς και η παρακολούθηση μουσικών εκπομπών (video clips) με έντονα ερωτικά στοιχεία, οδηγούν τους εφήβους τηλεθεατές στην ανεύρεση πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, στην αδιαφορία τυχόν εμφάνισης κύησης καθώς και στην ύπαρξη διπλάσιων πιθανοτήτων για πρόωμη έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων με αυξημένη την πιθανότητα εμφάνισης μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Επίσης, τα **Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού** βοηθούν στη μείωση της συχνότητας των ανεπιθύμητων κυήσεων στην εφηβεία, μέσω ειδικών προγραμμάτων που στοχεύουν στην ενημέρωση των εφήβων και στην παροχή αντισυλληπτικών μέτρων. Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί, πως η χρήση των μεθόδων αντισύλληψης, η οποία είναι αυξημένη πλέον από τους μαθητές, αποτελεί ίσως τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης κύησης στην εφηβεία.<sup>60</sup>



## 4.4 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

### 4.4.1 Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Η τεκνοποίηση κατά την διάρκεια της εφηβείας δεν αποτελεί πρωτοφανές φαινόμενο. Αυτό που είναι πρωτοφανές τουλάχιστον από την δεκαετία του 1930, ήταν η αύξηση των ποσοστών γεννήσεων εκτός του γάμου. Η αναλογία των προγαμιαίων πρώτων γεννήσεων όσον αφορά τις γυναίκες ηλικίας μεταξύ και 19 και 25 ετών, αυξήθηκε πάρα πολύ από τις αρχές της δεκαετίας του 1930, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά γεννήσεων κατά την εφηβεία τείνουν να είναι χαμηλότερα η εγκυμοσύνη κατά την εφηβεία αποτελεί ένα επίμονο και ανησυχητικό πρόβλημα για τις σύγχρονες κοινωνίες.

Οι έφηβοι στις σεξουαλικές τους δραστηριότητες συνήθως δεν χρησιμοποιούν μέτρα προφύλαξης και αντισύλληψης, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει στην κύηση και στην εμφάνιση Σ.Μ.Ν.

Είναι πολλοί οι παράγοντες που προδιαθέτουν ένα παιδί στην έναρξη της σεξουαλικής του δραστηριότητας κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας του. Σ' αυτούς περιλαμβάνεται η ύπαρξη ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης, η ανέχεια, η πρόωρη ανάπτυξη της ήβης, το πολιτισμικό και οικογενειακό υπόβαθρο, η έλλειψη καθοδήγησης από τους γονείς, οι μαθησιακές δυσκολίες και η έλλειψη ακαδημαϊκών και επαγγελματικών στόχων.

Οι συνέπειες της πρόωμης τεκνοποίησης είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Η τεκνοποίηση κατά την εφηβεία θέτει σε σοβαρούς κινδύνους την υγεία του βρέφους, συμπεριλαμβανομένων του θανάτου, των πρόωρων γεννήσεων, του χαμηλού βάρους κατά την γέννηση, της κακοποίησης και της αμέλειας.<sup>1</sup>

Η φυλή, η κοινωνική τάξη και η δύναμη των θρησκευτικών πεποιθήσεων, όλα επηρεάζουν την απόφαση ενός έφηβου κοριτσιού να κρατήσει ή όχι το παιδί. Οι μαύρες έφηβες τείνουν περισσότερο από τις λευκές έφηβες να γίνουν ανύπαντρες μητέρες. Οι λευκές έφηβες τείνουν περισσότερο να κάνουν έκτρωση ή να παντρευτούν πριν γεννηθεί το παιδί. Όσο περισσότερο παιδεία έχει μια έγκυος έφηβη κοπέλα ( που είναι μια έμμεση ένδειξη της κοινωνικής της τάξης) και όσο καλύτερη είναι η απόδοση της στο σχολείο τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να αποφασίσει την έκτρωση. Οι έγκυες με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις είναι πιο πιθανό να κρατήσουν και να γεννήσουν το παιδί, ανεξαρτήτως φυλής και κοινωνικής τάξης.<sup>62</sup>

#### **4. 4. 1.1 Προγράμματα πρόληψης της εγκυμοσύνης**

Οι αιτίες και οι συνέπειες της εφηβικής εγκυμοσύνης είναι σύνθετες και οι λύσεις πολύπλευρες. Η πρωτογενής πρόληψη είναι περισσότερο επιτυχής όταν προσαρμόζεται στις ατομικές ανάγκες της κοινότητας. Αντίστοιχα προγράμματα μπορούν να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Προαγωγή της εγκράτειας
- Ενημέρωση σχετικά με την αντισύλληψη και την διάθεσή της
- Σεξουαλική αγωγή
- Ανάπτυξη του χαρακτήρα
- Ανάπτυξη της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων
- Στρατηγικές για την διασφάλιση της επιτυχίας των εφήβων στο σχολείο, και
- Επαγγελματική εκπαίδευση.<sup>1</sup>

#### **4. 4. 2 Αφροδίσια νοσήματα**

Τα αφροδίσια νοσήματα μεταδίδονται κυρίως με την γενετήσια επαφή. Το όνομά τους έλαβαν από το «αφροδίσιος», αυτός που ανήκει ή έχει σχέση με την θεά Αφροδίτη, προστάτιδα του έρωτα. Ο τρόπος μετάδοσης των αφροδισίων νοσημάτων είχε ως αποτέλεσμα να καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια στην διεθνή ιατρική ορολογία για τις νόσους αυτές η ονοματολογία «Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα».

Η ομάδα των μεταδιδόμενων με την γενετήσια πράξη νοσημάτων διαιρείται σε δύο επί μέρους υποομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει τα «κλασικά» ή «γνήσια» αφροδίσια νοσήματα, τα οποία είναι η Σύφιλης, η Γονοκοκκική ουρηθρίτις (Βλεννόρροια), το Μαλακός έλκος και το Αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα. Τα νοσήματα αυτά μεταδίδονται σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα με τη σεξουαλική επαφή. Στη δεύτερη ομάδα εκπροσωπούνται η τριχομονάδωση, τα κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, η μολυσματική τέρμινθος, η ψώρα και η ηπατίτιδα τύπου Β.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) μπορούν να προκληθούν από 20 περίπου μικροοργανισμούς, ιούς κλπ. Οι βλάβες που μπορούν να προκαλέσουν κινούνται σε ένα φάσμα από απλές κολπικές ενοχλήσεις (μύκητες), σε βαριές παθήσεις (σαλπιγγίτιδα-περιτονίτιδα, γονόκοκκος-χλαμύδια), σε προκαρκινικές καταστάσεις του τραχήλου της μήτρας (HPV), και μέχρι θανάτου (AIDS).<sup>41</sup>

Κάθε χρόνο, περίπου ο ένας στους τέσσερις σεξουαλικά δραστήριους εφήβους εμφανίζει ένα Σ.Μ.Ν. Το πιο κοινό Σ.Μ.Ν. μεταξύ των εφήβων είναι τα χλαμύδια. Η γονόρροια (βλεννόρροια), είναι το δεύτερο πιο κοινό Σ.Μ.Ν.

Παρόλο που τα περισσότερα Σ.Μ.Ν. θεραπεύονται με τη χρήση αντιβιοτικών, μπορούν να έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη υγεία. Στις γυναίκες, τα Σ.Μ.Ν. τα οποία δεν αντιμετωπίζονται με κάποια αγωγή μπορούν να οδηγήσουν σε φλεγμονώδη πάθηση των οργάνων της πύελο (πυελική πάθηση), σε εξωμήτρια κύηση, σε καρκίνο του τραχήλου και σε στειρότητα. Η επιμόλυνση των νεαρών από κάποιο Σ.Μ.Ν. δεν έχει τις ίδιες επιπτώσεις για την υγεία των ανδρών με εκείνες που έχει για την υγεία των γυναικών, διότι τα συμπτώματα στους άνδρες εμφανίζονται πολύ νωρίτερα από ότι στις γυναίκες.<sup>1</sup>

#### 4.4.2.1 Τρόποι μετάδοσης

- **Με σεξουαλική επαφή.** Συμπεριλαμβάνεται η οποιαδήποτε μορφής σεξουαλικής επαφής (κολπική, πρωκτική, στοματική). Από αυτές η πιο επικίνδυνη είναι η πρωκτική (AIDS) και η λιγότερη επικίνδυνη είναι η στοματική. Θα πρέπει να τονιστεί ότι για τη μετάδοση των μικροοργανισμών δεν είναι απαραίτητη η εκσπερμάτωση.
- **Μετάδοση από την μητέρα στο έμβρυο νεογνό.** Αρκετοί μικροοργανισμοί μπορούν να μεταδοθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά το τοκετό (γονόκοκκος, σύφιλη, χλαμύδια, HPV, HIV). Και ο θηλασμός περιλαμβάνεται στους πιθανούς τρόπους μετάδοσης (HIV).
- **Με το αίμα ή τα παράγωγα του.** Μερικοί μικροοργανισμοί μπορούν να μεταδοθούν με μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων τους (συχνές μεταγγίσεις γίνονται σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο της μεσογειακής αναιμίας) ή με κοινή χρήση συριγγών (τοξικομανείς).
- **Άλλοι τρόποι μετάδοσης.** Εδώ υπάρχει η αδικαιολόγητη φημολογία που κάνει μερικά άτομα να πάσχουν από μικροβιοφοβία. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος (εξαιρούνται σπάνιες περιπτώσεις) μετάδοση κάποιου ΣΜΝ με την κοινή χρήση αντικειμένων, από κατοικίδια ζώα, ή από εστιατόρια. Αντίθετα υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης με κοινή χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικής μηχανής ή χρησιμοποιημένων εσωρούχων και μαγιό.

#### **Οι πληθυσμιακές ομάδες που κινδυνεύουν περισσότερο από τα ΣΜΝ:**

- **Νεαρά άτομα.** Τόσο η συχνότητα μόλυνσης από ΣΜΝ όσο και ο βαθμός σοβαρότητας των επιπλοκών είναι μεγαλύτερος σε νεαρά άτομα. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει διότι μερικοί μικροοργανισμοί διαδράμουν ασυμπτωματικά, όπως τα χλαμύδια, ο HIV, ο HPV, η σύφιλη, κ.λπ.
- **Ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων.** Ισχύει ο κανόνας ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτικών συντρόφων τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος μόλυνσης από ΣΜΝ. Επίσης για την αύξηση του κινδύνου παίζουν ρόλο και οι σεξουαλικές επαφές με άτομα αυξημένου κινδύνου, όπως οι ναυτικοί, οι πόρνες, οι ομοφυλόφιλοι κ.α

#### **4.4.2.2 Τα κυριότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:**

##### **□ Μυκητιάσεις**

Το βακτηρίδιο *Candida albicans* είναι η αιτία για τις περισσότερες μυκητιάσεις. Τα συμπτώματα είναι αιδοιοκολπίτιδα με φαγούρα και πηκτά λευκά υγρά. Δεν υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις.

##### **□ Τριχομονάδωση.**

Εκδηλώνεται με αιδοιοκολπίτιδα και λευκά υγρά που περιέχουν φυσαλίδες (σαν αφρό).

##### **□ Αναερόβιοι μικροοργανισμοί και κυρίως *Gardnerella*.**

Συνοδεύονται από δύσοσμα υγρά ιδιαίτερα μετά από σεξουαλική επαφή.

##### **□ Έρπης των γενετικών οργάνων (HSV-2).**

Προκαλεί αρκετά συμπτώματα στην αρχή (πόνος). Σε υποτροπές εμφανίζεται φυσαλίδα που όταν σπάσει δημιουργεί έλκος που πονάει.

##### **□ Μολύνσεις με HPV.**

Μερικές φορές η μόλυνση γίνεται αντιληπτή με την εμφάνιση κονδυλωμάτων. Τις περισσότερες φορές όμως διαδράμει χωρίς συμπτώματα και η ύπαρξη της ανακαλύπτεται με την εξέταση κατά Παπανικολάου. Ο ιός HPV είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος διότι με την πάροδο του χρόνου μπορεί να αλλοιώσει την κυτταρική δομή του τραχήλου και να φτάσει σε προκαρκινικές καταστάσεις. Η πρώτη ενέργεια, μετά την ένδειξη του PAP για την ύπαρξή του, είναι η οπτική εξέταση του τραχήλου σε μεγέθυνση (κολποσκόπηση).

#### □ **Χλαμύδια.**

Κανένα συγκεκριμένο σύμπτωμα. Ιδιαίτερα επικίνδυνα μικροοργανισμοί λόγω της σιωπηλής τους πορείας και των σοβαροτάτων επιπτώσεων (σαλπιγγίτιδα, εξωμήτριο κύηση, στειρότητα).

#### □ **Βλεννόρροια.**

Η γονοκοκκική ουρηθρίτις είναι το άλλο βασικό αφροδίσιο νόσημα. Ονομάζεται ακόμη και γονόρροια ή βλεννόρροια και οφείλεται στον γονόκοκκο. Είναι οξεία λοίμωξη της ουρηθρήτας. Χαρακτηρίζεται από παραγωγή κίτρινου και πυκνόρρευστου πύου. Μεταδίδεται κυρίως με την σεξουαλική επαφή. Στη γυναίκα προκαλεί αμβληγρά συμπτώματα (κολπική δυσανεξία, πιθανώς αιμόρροια, πόνο στο κάτω μέρος της κοιλιάς) ενώ στον άνδρα τα συμπτώματα είναι έντονα με επώδυνα ούρηση και εμφάνιση πύου στην βάλανο. Μπορεί να προκαλέσει στειρότητα με την δημιουργία πολλαπλών συμφύσεων.

#### □ **Σύφιλη.**

Εμφάνιση ανώδυνου έλκους στο αιδοίο, στην βάλανο ή στο πρωκτό που εξαφανίζεται μετά από 2-3 εβδομάδες (πρώτο στάδιο). Αίτιο της σύφιλης είναι το Τρεπόννημα το ωχρό, *Treponema pallidum*, παλαιότερα ωχρά σπειροχαίτη. Ονομάζεται ακόμα και Τρεπόννημα ή σπειροχαίτη των Schaudin και Hoffmann, από το όνομα των Γερμανών ερευνητών που την ανακάλυψαν το 1905. Η νόσος μεταδίδεται με απ'ευθείας επαφή και κυρίως με τη συνουσία καθώς και με τη μετάγγιση αίματος.

#### □ **Μόλυνση με HIV.**

Κανένα σύμπτωμα. Ιδιαίτερα επικίνδυνη μόλυνση διότι προκαλώντας AIDS μπορεί να είναι θανατηφόρο.<sup>63</sup> Ο κλασικός ορισμός του AIDS περιλαμβάνει ασθενείς με βεβαία διάγνωση ευκαιριακής λοιμώξεως (η πνευμονία από Καρίνιο Πνευμοκύστη «*Pneumocystis carini*» είναι η πιο χαρακτηριστική) ή νεοπλάσματος (κυριότερο το σάρκωμα «*Kaposi K.S*») που είναι αρκετά ενδεικτικό υπάρξεως κυτταρικής ανοσοανεπάρκειας, χωρίς όμως να προϋπάρχουν άλλα γνωστά αίτια ή παράγοντες που να ευθύνονται για την ανοσοανεπάρκεια. Τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ και σε άλλα μέρη του κόσμου, έχει αναγνωρισθεί ένα σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) που χαρακτηρίζεται από λεμφοπενία και ελάττωση των «βοηθητικών» T- λεμφοκυττάρων. Το AIDS εμφανίζεται κυρίως σε ομοφυλόφιλους με πολλαπλές επαφές, σε ναρκομανείς, σε αιμορροφιλικούς και σε νεογνά με πολλές

μεταγγίσεις. Σύμφωνα με τον κλινικό ορισμό πρέπει να υπάρχουν δύο από τις κύριες εκδηλώσεις (απώλεια σωματικού βάρους πάνω από το 10%, χρόνια διάρροια που διαρκεί πάνω από 1 μήνα ή πυρετός που επιμένει πάνω από 1 μήνα) και μια από τις δευτερεύουσες εκδηλώσεις : βήχας που επιμένει πάνω από 1 μήνα, γενικευμένη κνηδωτική δερματίτιδα, έρπητας ζωστήρας που υποτροπιάζει, στοματοφαρυγγική καντιτίαση, χρόνιος έρπητας που προοδευτικά επεκτείνεται, γενικευμένη λεμφανοπάθεια.<sup>64</sup>

### **Οι τρόποι μετάδοσης του ιού HIV είναι οι εξής:**

#### **i. Η αιματογενής μετάδοση**

Με μετάγγιση αίματος ή με τη χρήση μολυσμένων με αίμα φορέων ιατρικών ή άλλων εργαλείων που χρησιμοποιούνται σε αιματηρές επεμβάσεις. Αυτό εξηγεί την υψηλή συχνότητα φορέων σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα και αιμορροφιλικούς. Σήμερα, ο τρόπος αυτός είναι πρακτικώς ανύπαρκτος, αφού κάθε αιμοδότης ελέγχεται, χρησιμοποιούνται εργαλεία μιας χρήσεως και όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αποστειρώνονται. Είναι όμως πολύ συχνός στους τοξικομανείς που μοιράζονται τις σύριγγες και τις βελόνες για να κάνουν ενδοφλέβια το ναρκωτικό τους.

#### **ii. Η σεξουαλική μετάδοση**

Η πιθανότητα μετάδοσης είναι μικρότερη από 1%. Αρκεί όμως μία σεξουαλική επαφή. Η πιθανότητα είναι σχετικά μεγαλύτερη σε ομοφυλοφιλική επαφή. Γι' αυτό οι ομοφυλόφιλοι, αλλά και οι ιερόδουλες και άτομα με μεγάλη εναλλαγή ερωτικών συντρόφων ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

#### **iii. Η περιγεννητική μετάδοση**

Το έμβρυο προσβάλλεται σε συχνότητα 50% όταν η μητέρα είναι φορέας. Ο HIV μπορεί να μεταδοθεί και με το θηλασμό. Το νεογνό όμως δεν προσβάλλεται όταν η μητέρα μολυνθεί μετά τον τοκετό. Ο τρόπος αυτός διασποράς έχει ιδιαίτερη σημασία κυρίως για τις τοξικομανείς ή τις γυναίκες που ο ερωτικός τους σύντροφος είναι τοξικομανής. Σε ορισμένες περιοχές της Κεντρικής Αφρικής 10% περίπου των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας είναι φορείς του ιού. Αυτό σημαίνει ότι 5% περίπου των νεογέννητων των περιοχών αυτών προσβάλλεται από τον HIV.<sup>65</sup>

### 4.4.2.3 Πρόληψη των αφροδίσιων νοσημάτων

Από τον 16<sup>ο</sup> αιώνα, οπότε ο άνθρωπος συνειδητοποίησε την ύπαρξη τους και χρησιμοποίησε τον όρο «αφροδίσια νοσήματα», η πρόληψη ήταν και εξακολουθεί να είναι μέχρι σήμερα η καλύτερη προστασία. Κατά το ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα η πρόληψη ή «αντί-αφροδισιακός αγώνας» ήταν μια δογματική εκστρατεία που στηρίχτηκε κυρίως στον εκφοβισμό και στην προβολή των συμπτωμάτων των ασθενειών αυτών. Μετά το 1950, όμως, και ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1970 και μετά, οι προσπάθειες για την πρόληψη εστιάστηκαν στην ενημέρωση. Η πρόληψη σήμερα έχει πολύ μεγάλη σημασία γιατί υπάρχει αύξηση των ιογενούς αιτιολογίας ΣΜΝ (έρπης, κονδυλώματα) αλλά και μια ραγδαία επιδημική εξάπλωση του AIDS. Η αύξηση αυτή οφείλεται:

- ο Στην ελάττωση της ηλικίας της σεξουαλικής ωριμότητας και συνεπώς της πρώτης σεξουαλικής επαφής.
- ο Στην αύξηση της χρήσης άλλων αντισυλληπτικών μεθόδων εκτός του προφυλακτικού (το οποίο προσφέρει προστασία), όπως αντισυλληπτικών χαπιών και ενδομήτριων σπειραμάτων.
- ο Στην αύξηση της μετακίνησης των πληθυσμών, που έχει σαν αποτέλεσμα την έκθεση ορισμένων ομάδων, όπως τουριστών και μεταναστών, σε μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης.

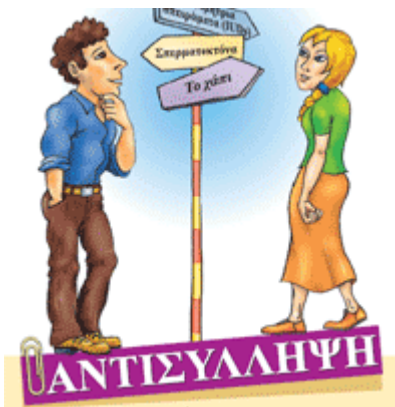
Ο ακρογωνιαίος λίθος της πρόληψης είναι η πληροφόρηση και η ανάπτυξη υπεύθυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Μια τέτοια σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να αναπτυχθεί αν λάβουμε υπόψη τα εξής:

- ο Κάθε άνθρωπος είναι κατά το ήμισυ υπεύθυνος για οτιδήποτε μπορεί να προκύψει από μια σεξουαλική επαφή.
- ο Περιστασιακές, βιαστικές και ανεύθυνες σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να αποφεύγονται.
- ο Σε μια περιστασιακή σχέση η έγκαιρη και σωστή χρήση του προφυλακτικού είναι επιβεβλημένη.
- ο Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται αμέσως για οποιοδήποτε σύμπτωμα, γιατί όσο νωρίτερα γίνεται η διάγνωση τόσο ευκολότερη και πιο αποτελεσματική είναι η θεραπεία.<sup>66</sup>

## 4.5 ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Με τον όρο αντισύλληψη ή ρύθμιση της γονιμότητας, περιγράφουμε τα μέσα και τις τεχνικές που επιτυγχάνουν να αναστείλουν τη γονιμότητα με τρόπο παροδικό και αναστρέψιμο. Η αντισύλληψη ή ρύθμιση της γονιμότητας αποβλέπει στην παραγωγή της σωματικής και πνευματικής υγείας της γυναίκας, του άνδρα και της οικογένειας γενικότερα. Ο ρόλος της έχει πολυδιάστατη μορφή: προληπτική, θεραπευτική και κοινωνική.

Παράλληλα, καμία αντισυλληπτική μέθοδος δεν είναι τέλεια. Για να είναι τέλεια, πρέπει να είναι ακίνδυνη, εύχρηστη και να δέχεται ο καθένας να τη χρησιμοποιήσει. Επίσης, θα έπρεπε να είναι ελκυστική, πολύ οικονομική, να μην απαιτεί κανένα κόπο για να τη μάθει ή να τη συνηθίσει ο κόσμος και φυσικά απόλυτα αποτελεσματική.<sup>67</sup>



### 4.5.1 Μέθοδοι Αντισύλληψης

#### 1. Φυσικές Μέθοδοι Αντισύλληψης

- Διακοπή της σεξουαλικής πράξης (διακοπτόμενη συνουσία)

Πρόκειται για τη μέθοδο εκείνη όπου γίνεται αποτράβηγμα του άνδρα ακριβώς πριν την εκσπερμάτιση. Η διακοπή της συνουσίας ως μέτρο αποφυγής της ανεπιθύμητης κύησης, χρησιμοποιείται σήμερα από τα ζευγάρια σε μικρότερα ποσοστά σε σχέση με το παρελθόν.

#### Πλεονεκτήματα

- Χρησιμοποιείται χωρίς προετοιμασία και βοηθητικά ή τεχνικά μέσα. Είναι εύχρηστη.
- Δεν έχει οικονομική επιβάρυνση.
- Αποτελεί επιλογή για όσους δεν θέλουν να χρησιμοποιούν προφυλακτικό.

#### Μειονεκτήματα

- Μπορεί να είναι καταπιεστική για τον άνδρα και δυσάρεστη για τη γυναίκα.
- Υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αποτυχίας.



- **Η μέθοδος του ρυθμού (Μέθοδος Knaus – Ogino)**

Η μέθοδος του ρυθμού καθορίζει τις ημέρες που πρέπει να αποφεύγει την επαφή το ζευγάρι, λόγω της ωορρηξίας (περίπου στη μέση του μηνιαίου κύκλου). Η γυναίκα πρέπει επί ένα χρόνο να μετράει και να σημειώνει τις ημέρες από την προηγούμενη περίοδο στην επόμενη. Βάσει αυτών των 12 κύκλων εξακριβώνεται μια μέση τιμή για τις ενδεχόμενα γόνιμες μέρες.

Πλεονεκτήματα

- Σε γυναίκες με σταθερό κύκλο όπου η απελευθέρωση του ωαρίου είναι τακτικά, η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς να έχει η γυναίκα μεγάλο φόβο σύλληψης.
- Η γυναίκα δεν χρησιμοποιεί τεχνικά μέσα και η μέθοδος υλοποιείται χωρίς οικονομική επιβάρυνση.
- Η γνώση γύρω από τις διαδικασίες του γυναικείου σώματος διευρύνεται.
- Οι δυνατότητες προσδιορισμού της γονιμότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για την αντισύλληψη όσο και για την σύλληψη.

Μειονεκτήματα

- Για γυναίκες, και ιδιαίτερα για νέα κορίτσια, με όχι κανονικό έμμηνο κύκλο, η μέθοδος δεν είναι κατάλληλη.
- Υπάρχει η πιθανότητα μια γυναίκα με κανονικό κύκλο να παρουσιάσει ανωμαλία του κύκλου, γεγονός που προφανώς να οφείλεται σε συγκινησιακούς λόγους ή μεγάλα ταξίδια.
- Πολύ συχνά οι γυναίκες μπερδεύουν την ασφαλή μέτρηση των ημερών του έμμηνου κύκλου.

- **Μέθοδος της Θερμοκρασίας**

Η θερμοκρασία μετράται το πρωί στο κρεβάτι, πριν ληφθεί ζεστή τροφή ή άλλο ζεστό ρόφημα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται ένα ειδικό θερμόμετρο ακριβείας. Η θερμοκρασία λαμβάνεται από το στόμα ή το ορθό και σημειώνεται καθημερινώς πάνω σ' ένα διάγραμμα. Παρατηρείται ότι σε κάθε κύκλο η θερμοκρασία είναι χαμηλότερη στο πρώτο μισό του κύκλου που αντιστοιχεί στην παραγωγική φάση και υψηλότερη 3-4 δέκατα του βαθμού σε όλη τη διάρκεια της δεύτερης φάσης, μέχρι την αρχή της επόμενης έμμηνης ρύσης.

### Πλεονεκτήματα

- Είναι ακίνδυνη και οικονομική
- Εύκολη στην υλοποίηση της
- Είναι κοινωνικά και ηθικά παραδεκτή
- Βοηθά να γνωρίσει το ζεύγος και να κατανοήσει τη διαδικασία της αναπαραγωγής.

### Μειονεκτήματα

- Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη θερμοκρασία του σώματος, όπως ταξίδι, απλό κρυολόγημα, δεν είναι σπάνιοι με αποτέλεσμα να καθίσταται η μέθοδος επισφαλής.
- Απαιτεί μεθοδικότητα, ακρίβεια και συνεργασία των δύο συντρόφων.
- Δεν έχει υψηλό βαθμό αποτελεσματικότητας.

#### • **Μέθοδος Τραχηλικής Βλέννας**

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην παρατήρηση των μηνιαίων αλλαγών της σύστασης και της ποσότητας της τραχηλικής βλέννας. Η μέθοδος απαιτεί υπομονή από τη γυναίκα και στάση αυτοφροντίδας

### Πλεονεκτήματα

- Είναι οικονομική.
- Είναι εύκολη σε χειρισμούς.
- Μπορεί η υγρασία να εντοπισθεί ακόμα και σε χαρτί τουαλέτας.

### Μειονεκτήματα

- Απαιτεί πολύ καλή εκπαίδευση των ζευγαριών.
- Έχει συγκεκριμένο χρονικό περιορισμό.
- Απαιτεί ευαισθησία και αποτελεσματικότητα από τη γυναίκα.
- Δεν θεωρείται ασφαλής διότι οι ενδείξεις της δεν είναι πάντα αξιόπιστες.

## **2. Χημικά Μέσα**

#### • **Σπερματοκτόνες ουσίες – Σπερματοκτόνα υπόθετα**

Τα χημικά μέσα αντισύλληψης κυκλοφορούν σε μορφή υπόθετων, δισκίων, κρέμας, ζελέ ή αφρών. Όλα περιέχουν ουσίες σπερματοκτόνες, οι οποίες σκοτώνουν τα σπερματοζωάρια ή εμποδίζουν τουλάχιστον τη δυνατότητα της παραπέρα προώθησής τους. Η χρησιμοποίηση των χημικών μέσων δεν είναι πολύ ασφαλής.

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ζευγάρια που δεν ενδιαφέρονται για πολύ μεγάλη προστασία, από ζευγάρια όχι πολύ γόνιμα ή πιθανόν και κοντά στην εμμηνόπαυση. Η χρήση είναι ενδοκολπική. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το ανδρικό ή γυναικείο προφυλακτικό.

#### Πλεονεκτήματα

- Είναι εύκολη η προμήθεια τους.
- Είναι εύκολα στη χρήση τους.
- Είναι φθηνά.
- Δεν χρειάζεται ιατρική παρέμβαση.
- Είναι καλά ανεκτά.
- Δεν υπάρχουν ευρήματα που να αποκλείουν την χρήση κατά την περίοδο της κύησης και γαλουχίας.
- Προστατεύουν από αρκετά αφροδίσια νοσήματα.

#### Μειονεκτήματα

- Δυνατόν να προκαλέσει παροδικό τοπικό ερεθισμό.
- Ο χρόνος αναμονής των 10 λεπτών και η αναγκαιότητα της επανειλημμένης χρήσης μπορεί να θεωρηθούν ενοχλητικά.
- Το ποσοστό αποτυχίας μπορεί να είναι σημαντικό εάν δεν ακολουθηθούν πιστά οι οδηγίες χρήσης, δεδομένου ότι μεγάλο ρόλο για την επιτυχία παίζει η σωστή χρήση.

### **3. Ορμονική Αντισύλληψη**

#### **• Το μικρό Χάπι**

Το μικρό χάπι δεν περιέχει οιστρογόνα αλλά μόνο προγεστερόνη. Το μικρό χάπι δεν εμποδίζει κατά κανόνα την ωορρηξία. Η δράση του έγκειται κυρίως στο ότι δεν γίνεται ρευστοποίηση της βλέννης στον τράχηλο της μήτρας τον καιρό της ωορρηξίας και δεν μπορεί κανένα σπερματοζωάριο να φθάσει στη μήτρα.

#### Πλεονεκτήματα

- Το μικρό χάπι μπορούν να το παίρνουν γυναίκες που ο οργανισμός τους δεν δέχεται τα οιστρογόνα.
- Αν δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί κανένα άλλο αντισυλληπτικό μέσο, το μικρό χάπι λόγω της μικρής ποσότητας της ορμόνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί κι από γυναίκες που θηλάζουν.

### Μειονεκτήματα

- Η περίοδος παρουσιάζει συχνά ανωμαλίες, καθυστερεί ή δεν έρχεται καθόλου.
- Μπορούν να εμφανιστούν μικρές αιμορραγίες, οι οποίες όμως είναι από ιατρική άποψη ακίνδυνες.

#### • Το κλασικό Χάπι

Το κλασικό χάπι (ορμονικό δισκίο) περιέχει τις συνθετικές ορμόνες οιστρογόνα και προγεστερόνη και επεμβαίνει στις γυναικείες ορμόνες. Ο τρόπος δράσης του έγκειται κυρίως στο ότι εμποδίζει την παραγωγή του ωαρίου.



### Πλεονεκτήματα

- Προς το παρόν αποτελεί την πιο σίγουρη μέθοδο αντισύλληψης.
- Είναι απλά στη χρήση.
- Κατά τη σεξουαλική επαφή δεν χρειάζεται να σκέφτεται η γυναίκα την αντισύλληψη.
- Οι πόνοι και το αίμα της περιόδου σχεδόν πάντα λιγοστεύουν.
- Η ακμή του προσώπου μπορεί να βελτιωθεί.
- Οι περισσότερες νέες γυναίκες που δεν καπνίζουν, μπορούν να πάρουν το χάπι.

### Μειονεκτήματα

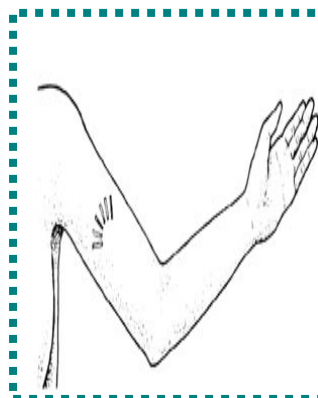
- Εμφάνιση ναυτίας, εμετού.
- Εμφάνιση κεφαλαλγιών.
- Πιθανότητα αύξησης του σωματικού βάρους.
- Ενοχλήσεις και ευαισθησία στους μαστούς.
- Αυξημένη νευρική κατάσταση, συμπτώματα κατάθλιψης και ελάττωση της libido.
- Διαταραχές στην έμμηνου ρύση.

#### • Ενέσιμα αντισυλληπτικά (DNPA)

Αρκετά ενέσιμα σκευάσματα χρησιμοποιούνται παγκοσμίως προς αντισύλληψη. Παρ' όλο ότι κυκλοφορούν πολλές δεκαετίες, φόβοι σχετικοί με την εμφάνιση καρκίνων σε πειραματόζωα που έλαβαν DNPA καθυστέρησαν την έγκριση του σκευάσματος από την Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων της Αμερικής.

- **Σύστημα Norplant**

Το 1991 εγκρίθηκε μια νέα μέθοδος αντισύλληψης στις ΗΠΑ από το FDA που ονομάστηκε σύστημα Norplant. Αυτό αποτελείται από έξι κάψουλες σιλικόνης σε μέγεθος σπέρτου γεμάτες από κονιοποιημένη συνθετική προγεστερόνη. Οι ράβδοι εμφυτεύονται υποδερμικά στην εσωτερική πλευρά του μπράτσου, με χειρουργική μικρή επέμβαση, χρησιμοποιώντας τοπικό αναισθητικό. Η ορμόνη σε αργό, ελεγχόμενο ρυθμό, διαρρέει μέσα στο αίμα βγαίνοντας από τα ημιπορώδη τοιχώματα της κάψουλας. Μεταφέρεται από το αίμα στην υπόφυση μέσα στον εγκέφαλο. Η υπόφυση μέσα σε 24-48 ώρες σταματά τελείως την παραγωγή της προλάνης Β και της FSH (η ορμόνη που διεγείρει το ωοθυλάκιο). Έτσι, οι ωοθήκες δεν διεγείρονται και δεν απελευθερώνουν ένα ωάριο για γονιμοποίηση. Η γονιμότητα επανέρχεται με χειρουργική αφαίρεση στους ράβδους, μέσα σε 24 ώρες αν είναι επιθυμητή μια εγκυμοσύνη.



Πλεονεκτήματα

- Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σχεδόν από όλες τις γυναίκες αρκεί η γενική κατάσταση της υγείας τους να είναι καλή.
- Τοποθετείται όταν οι γυναίκες θέλουν συνεχή και ασφαλή αντισύλληψη.
- Όταν θέλουν μεγάλα διαστήματα μεταξύ των παιδιών τους.

Μειονεκτήματα

- Είναι ακριβό στην προμήθεια του.
- Χρειάζεται μικρή χειρουργική επέμβαση για εμφύτευση και αφαίρεση του συστήματος.
- Τα εμφυτεύματα ίσως είναι ελαφρώς ορατά.
- Πιθανές παρενέργειες, όπως αλλαγές βάρους, κεφαλαλγία, αλλαγές διάθεσης, μείωση ή αύξηση των εμμηνών σε χρόνο και ποσότητα.

#### **4. Μετά την Επαφή Αντισύλληψη**

- **Το Χάπι της Επόμενης Ημέρας**

Στις μέρες μας υπάρχει μεγάλη ζήτηση για τη μετασυνουσιακή αντισύλληψη. Οι ψυχολογικές πιέσεις, από εμπειρίες γυναικών μετά από επισφαλή σεξουαλική επαφή ενώ περίμεναν την επόμενη εμμηνόρροιά τους, μπορούν να αποφευχθούν με την

αποτελεσματική μετασυνουσιακή «θεραπεία». Όπως έχει αποδειχθεί σε χώρες με καλές υπηρεσίες υγείας, η διαθεσιμότητα των χαπιών της επόμενης μέρας οδηγεί στη μείωση του ποσοστού των εκτρώσεων κυρίως σε νεαρές γυναίκες.

Το χάπι της επόμενης μέρας συζητείται πολύ αυτή την εποχή. Πρόκειται για ένα συνδυασμό των ορμονών οιστρογόνων /προγεστερόνης στη μορφή τεσσάρων συνήθως χαπιών. Σε περίπτωση μιας σεξουαλικής επαφής, για την οποία δεν πάρθηκαν ασφαλή μέτρα προφύλαξης πρέπει να ληφθούν τα δυο



πρώτα δισκία μέσα σε 48 ώρες. Τα υπόλοιπα δυο δισκία το αργότερο 12 ώρες μετά την πρώτη λήψη. Χρησιμοποιούμενη ως μέθοδος ανάγκης έως 72 ώρες με επαφή χωρίς προφύλαξη δυνατόν να είναι και ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος.

Το χάπι αυτό δεν είναι αντισυλληπτική μέθοδος και είναι κατάλληλο μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης. Το ποσοστό επιτυχίας του ανέρχεται περίπου στα 98-100%. Επειδή πρόκειται για πολύ δραστικές ορμόνες, το χάπι της επόμενης μέρας δίνεται μόνο με συνταγή γιατρού.

#### Πλεονεκτήματα

- Ενδείκνυται σε νεαρές ηλικίες.
- Υψηλή αποτελεσματικότητα.
- Δεν επιτρέπει εγκυμοσύνη αν και έχει γίνει η σύλληψη.
- Εύκολη στη χρήση.
- Ενδείκνυται σε περιπτώσεις βιασμών και αιμομιξίας.

#### Μειονεκτήματα

- Πιθανή παρουσία μασταλγίας, κεφαλαλγίας, ζάλης, ναυτίας και εμετών μετά τη λήψη των δισκίων.
- Ποσοστό αποτυχίας 0,5 έως 3%. Μετά τη λήψη των χαπιών αν δεν εμφανιστεί περίοδος πρέπει να γίνει test εγκυμοσύνης στις δυο επόμενες εβδομάδες από τη λήψη του χαπιού της επόμενης μέρας.

## **5. Μηχανικά Μέσα**

### **• Αντισυλληπτικοί Σπόγγοι**

Από τις αρχαιότερες αντισυλληπτικές μεθόδους, βρίσκονται στους αρχαίους Αιγυπτίους, όπου χρησιμοποιούν νήματα από βαμβάκι ή μαλλί εμποτισμένα με έλαια

και βότανα. Η τοποθέτηση του είναι απλή, υγραίνεται με νερό και τοποθετείται βαθιά μέσα στον κόλπο κοντά – πάνω στον τράχηλο για να μειώνεται η πιθανότητα εκτόπισης κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Όταν είναι σωστά τοποθετημένος ο σπόγγος παρέχει συνεχή προστασία απελευθερώνοντας σπερματοκτόνο για 24 ώρες. Τοποθετείται μέχρι και 24 ώρες πριν από την επαφή. Πρέπει να μείνει τουλάχιστον 6 ώρες μετά την επαφή, έως και 30 ώρες. Μετά τη χρήση του πρέπει να μην ξαναχρησιμοποιηθεί. Η αποτελεσματικότητα είναι από 82% - 88%.

#### Πλεονεκτήματα

- Δεν χρειάζεται συνταγή ιατρού.
- Είναι εύκολη και καθαρή μέθοδος.
- Για την τοποθέτηση του δεν χρειάζεται διακοπή της συνουσίας.
- Δεν μεσολαβεί χρόνος μεταξύ εισαγωγής και επαφής.
- Δεν έχει μεγέθη.
- Όσο βρίσκεται στη θέση του, παρέχει συνεχή προστασία, ανεξάρτητα από τον αριθμό των επαφών για 24 ώρες.
- Δεν έχει συστηματικές παρενέργειες.
- Δίνει προστασία από μερικά ΣΜΝ (χλαμύδια, γονόρροια)

#### Μειονεκτήματα

- Σχετικά υψηλό κόστος.
- Αποτελεσματικότητα μικρή.
- Τοπικός ερεθισμός ή ενόχληση.
- Δύσσομη έκκριση από τον κόλπο, όταν παραμένει για μακρύ χρονικό διάστημα.

#### • Διάφραγμα

Το διάφραγμα είναι μια λεπτή ελαστική μεμβράνη, η οποία σχηματίζει έναν θόλο. Είναι σαν ένα ελαστικό σπирάλ ή σαν ένα επίπεδο ελατήριο.<sup>67</sup>

Τοποθετείται στον τράχηλο λίγο πριν από τη σεξουαλική επαφή και εμποδίζει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στη μήτρα. Το διάφραγμα είναι αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται μαζί με σπερματοκτόνο κρέμα ή αφρό.<sup>66</sup>



### Πλεονεκτήματα

- Προστασία από δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας.
- Απλό στη χρήση. Απαιτεί εξάσκηση στην αρχή της χρήσης του.
- Παρενέργειες δεν έχουν αναφερθεί.
- Ακίνδυνο για την υγεία.
- Προστατεύει από πυελικές λοιμώξεις (σχετικός κίνδυνος).
- Έχει άμεσο έλεγχο του χρήστη.
- Χρησιμοποιείται μόνο όταν χρειάζεται.

### Μειονεκτήματα

- Χρειάζεται λίγος καιρός μέχρι η γυναίκα να μάθει τη χρήση του διαφράγματος.
- Ορισμένες γυναίκες και άνδρες αισθάνονται την τοποθέτηση σαν διακοπή του ερωτικού παιχνιδιού.
- Είναι λιγότερο αποτελεσματικό από το χάπι.
- Υπάρχει κίνδυνος για ουρολοιμώξεις.
- Το ζελέ ή κρέμα μπορούν να προκαλέσουν αίσθημα θερμότητας ή καύσου.
- Κολπικός ερεθισμός από το πλαστικό και εξελκώσεις ή μικρορήξεις του κόλπου σε παρατεταμένη χρήση.

#### • **Τραχηλική Καλύπτρα**

Αποτελεί κάλυμμα του τραχήλου της μήτρας, το οποίο συγκρατείται στη θέση του με αρνητική πίεση, που αναπτύσσεται στην πλευρά του τραχήλου και από την πίεση που ασκούν πάνω της τα κολπικά τοιχώματα. Μοιάζει με μια μεγάλη λαστιχένια δακτυλήθρα με απαλό, ελαστικό θόλο και σταθερή στεφάνη. Για την εφαρμογή της απαιτείται η χρήση σπερματοκτόνου, τοποθετείται δηλαδή μικρή ποσότητα στο θόλο της και η καλύπτρα εφαρμόζεται πάνω από τον τράχηλο.

### Πλεονεκτήματα

- Είναι πιο άνετη από το διάφραγμα.
- Μπορεί να παραμείνει στη θέση της για 48 ώρες.
- Για επιπλέον συνουσία δεν απαιτείται περισσότερη σπερματοκτόνος ουσία.
- Είναι πιο καθαρή μέθοδος.
- Μπορεί να τοποθετηθεί οποιαδήποτε στιγμή πριν τη συνουσία.
- Είναι περισσότερο αποτελεσματική από το διάφραγμα.



### Μειονεκτήματα

- Ο τράχηλος πρέπει να είναι προσιτός στα δάχτυλα της γυναίκας.
- Να μην υπάρχει εξέλκωση ή φλεγμονή.
- Απαιτεί το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων της γυναίκας.
- Σε μακροχρόνια χρήση της παράγεται δύσοσμη έκκριση, τραυματισμός ή λοιμώξεις.

#### • **Ανδρικό Προφυλακτικό**

Είναι μια λεπτή θήκη από ελαστικό (Latex) και χρησιμοποιείται για την κάλυψη του εν στύση πέους πριν από τη σεξουαλική επαφή. Κάθε προφυλακτικό πρέπει να χρησιμοποιηθεί μόνο μια φορά κι επομένως πρέπει να αλλάζεται σε περίπτωση διαδοχικών επαφών.



Ο τρόπος δράσης συνίσταται στο ότι το σπέρμα συλλέγεται μέσα στην ειδική θήκη του προφυλακτικού κι έτσι εμποδίζεται η διέλευση των σπερματοζωαρίων στο γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Η αποτελεσματικότητα του κυμαίνεται γύρω στο 95% και προσεγγίζει το 100% αν προστεθούν σπερματοκτόνες ουσίες.

### Πλεονεκτήματα

- Χαμηλό κόστος.
- Ευχερής χρήση.
- Δεν χρειάζεται ιατρική συνταγή και η διάθεση του είναι ελεύθερη.
- Μεγάλη αποτελεσματικότητα, η οποία αυξάνεται με την προσθήκη σπερματοκτόνων ουσιών.
- Προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Είναι καθολικά αβλαβές (εκτός από σπάνιες περιπτώσεις αλλεργίας).
- Συμμετέχει ο άνδρας στη διαδικασία της αντισύλληψης.
- Χρήσιμο σε περιπτώσεις πρόωρης εκσπερμάτισης.

### Μειονεκτήματα

- Μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης επειδή εμποδίζει την απόλυτη επαφή και την ευαισθητοποίηση των αισθητικών νεύρων του πέους και την μη έγχυση σπέρματος μέσα στον κόλπο της γυναίκας.
- Ο ηλεκτρονικός έλεγχος δεν είναι από μόνος του εγγύηση για την ασφάλεια του προφυλακτικού.

- Ρηγνύετε συχνά.
- Γλιστρά και αφαιρείται μόνο του από τη θέση του σπανιότερα.

- **Γυναικείο Προφυλακτικό (Femidom)**

Από το 1990 κυκλοφορεί στην αγορά το γυναικείο προφυλακτικό που φέρει το εμπορικό όνομα Femidom. Εξαιτίας της φύσης του σχεδίου και του υλικού του το Femidom προσφέρει ένα συνδυασμό προστασίας, μπορεί να αποτελέσει μια καλώς ελεγχόμενη μέθοδο προστασίας από ανεπιθύμητη κύηση, από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ενώ είναι ελεύθερο από παρενέργειες.



Έχει σχήμα που μπορεί να προσαρμόζεται φυσιολογικά καλύπτοντας εσωτερικά την περιφέρεια του κόλπου.

#### Πλεονεκτήματα

Είναι το πρώτο προϊόν που αποτελεί για τις γυναίκες μια ελεγχόμενη μηχανική μέθοδο προστασίας τους από την εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του AIDS, τα χλαμύδια και πιθανώς τον έρπητα.

Η ιατρική κοινότητα λέει ότι το Femidom ίσως βοηθήσει στη προστασία από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και επίσης από διάφορες μολύνσεις. Στα πλεονεκτήματα του συμπεριλαμβάνεται και η προστασία από αναμολύνσεις.

Τα ενδεχόμενα πλεονεκτήματα της χρήσης του γυναικείου προφυλακτικού:

- Είναι κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας.
- Μπορεί να τοποθετηθεί εκ των προτέρων (πριν την ερωτική επαφή).
- Δεν διακόπτεται ιδιαίτερα ο ερωτικός αυθορμητισμός.
- Μπορεί να γίνει η έναρξη της συνουσίας προτού επέλθει πλήρης διέγερση.
- Λιγότερος ο κίνδυνος της ρήξης.
- Είναι μικρότερος ο κίνδυνος της εγκυμοσύνης στην περίπτωση που γλιστρήσει το γυναικείο προφυλακτικό από τη θέση του, σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό.
- Επιτρέπει μεγαλύτερη οικειότητα στη σεξουαλική έκφραση.
- Μπορεί να αναπληρώσει την ανάγκη σε αντισύλληψη σε επείγουσες περιπτώσεις.

### Μειονεκτήματα

- Η ιδέα του γυναικείου προφυλακτικού κάνει τις γυναίκες λιγότερο ελκυστικές και έχει αρνητική επίδραση στο σεξουαλικό κίνητρο.
- Μπορεί να σχολιάζεται αρνητικά από τους άνδρες ή γυναίκες που κάνουν χρήση του γυναικείου προφυλακτικού.
- Είναι ακριβό σε σχέση με το ανδρικό προφυλακτικό και δεν διατίθεται από όλα τα φαρμακεία.<sup>67</sup>

#### • **Ενδομήτρια Σπειράματα**

Το σπείραμα είναι ένας σπειροειδής σχηματισμός, που τοποθετείται στη μήτρα της γυναίκας μόνο από το γυναικολόγο. Αυτό εμποδίζει το γονιμοποιημένο ωάριο να εμφυτευτεί στη μήτρα.<sup>66</sup>

Όταν τοποθετείται σωστά και συγκρατείται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας είναι μετά το χάπι το αποτελεσματικότερο αντισυλληπτικό μέσο (με ποσοστό 97%). Η επιλογή του κατάλληλου σπειράματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία της γυναίκας, το μέγεθος της μήτρας, ο αριθμός των παιδιών, κ.α.

### Πλεονεκτήματα

- Για ένα μεγάλο διάστημα δεν χρειάζεται να σκέφτεται η γυναίκα την αντισύλληψη.
- Δεν υπάρχει καμιά επιβάρυνση στο ορμονικό σύστημα σε σχέση με την υψηλή ασφάλεια αντισύλληψης.
- Όσο πιο αυστηρή είναι η επιλογή τόσο λιγότερες οι παρενέργειες.

### Μειονεκτήματα

- Περισσότερο αίμα και μεγαλύτερη διάρκεια της περιόδου. Μπορούν να εμφανιστούν αιμορραγίες ανάμεσα σε δύο περιόδους.
- Μία σπάνια αλλά σοβαρή παρενέργεια, μπορεί να είναι η εμφάνιση μόλυνσης, η οποία πρέπει να θεραπευτεί οπωσδήποτε για να μην προκαλέσει αργότερα στειρότητα.

## **6. Άλλοι Μέθοδοι**

#### • **Ανδρική στειρότητα**

Κατά τη διάρκεια της βασεκτομής οι σπερματικοί πόροι μέσα στο θύλακα των

όρχεων μπλοκάρονται (ράβονται ή απολινώνονται) ώστε το σπέρμα να μην μπορεί να φτάσει στο πέος.

- **Γυναικεία στείρωση**

Είναι μια χειρουργική διαδικασία με την οποία τερματίζεται η γονιμότητα της γυναίκας. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει τον αποκλεισμό των σαλπίνγων έτσι ώστε το ωάριο και το σπερματοζώαριο δεν μπορούν να συναντηθούν.<sup>67</sup>

#### 4.5.2 Αντισύλληψη και Υγεία

Οι ελεύθερες και απεριόριστες γενετήσιες σχέσεις, η περιστασιακή συνουσία των δυο φύλων, καθώς και η κακή αντισύλληψη συσχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, όπως:

- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- Αφροδίσια νοσήματα, ουρολοιμώξεις
- Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες
- Πρόωροι τοκετοί
- Λιποβαρή βρέφη
- Αυξημένη βρεφική θνησιμότητα
- Επίκτητη ανοσοβιολογική ανεπάρκεια<sup>23</sup>



Μέχρι σήμερα καμία μέθοδος αντισύλληψης δεν έχει αποδειχθεί τέλεια –εκτός από την αποχή (εγκράτεια). Όλες οι μέθοδοι απαιτούν διαπαιδαγώγηση και αυτοκυριαρχία (αυτοέλεγχο). Π.χ. εάν μια γυναίκα χρησιμοποιεί το χάπι, πρέπει να θυμάται να το παίρνει. Αν κάποιος άνδρας χρησιμοποιεί προφυλακτικό, πρέπει έγκαιρα να το εφοδιάζεται. Επίσης μερικές μέθοδοι έχουν σπάνια την πιθανότητα δυσάρεστων παρενεργειών.

Μερικά ζευγάρια ενδιαφέρονται πολύ να ελέγχουν τη γονιμότητα τους. Βεβαιώνονται ότι έχουν πάρει τις κατάλληλες προφυλάξεις. Άλλα –κυρίως νεαρά ζευγάρια- δε θέλουν μεν παιδιά, αλλά απεχθάνονται τις φασαρίες και τις σκοτούρες. Έτσι κάθε μήνα περνούν μεγάλες στεναχώριες περιμένοντας να αρχίσει η περίοδος της γυναίκας. Αυτό βλάπτει την αγάπη τους και σε ακραίες περιπτώσεις τη ζωή τους.<sup>68</sup> Οι σεξουαλικές σχέσεις που αποτελούν μια έκφραση επικοινωνίας, αγάπης και δεσίματος, είναι μια σημαντική πλευρά της ενήλικης ζωής. Ενώ η σεξουαλική

υγεία είναι απαραίτητη για την υγεία και ευεξία του ανθρώπου, η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί επίσης να περικλείει και κινδύνους για αυτήν. Οι αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά και στάση απέναντι στο σεξ, η αύξηση των ταξιδιών, η φτώχεια, η ανεργία και η πορνεία, όλα συμβάλλουν στην ταχεία αύξηση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων.<sup>69</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

## *ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ*



## 5.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΓΕΝΙΚΑ

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε τη σπουδαιότητα της τροφής ως καύσιμο και έδωσε την έννοια της πραγματικής υγείας: *«Η υγεία χρειάζεται γνώση της σύνθεσης της καταβολής του ανθρώπου και των ικανοτήτων των διαφόρων τροφών, είτε φυσικών είτε τεχνητών. Αλλά η λήψη μόνο τροφής δεν είναι αρκετή για άριστη υγεία. Πρέπει παράλληλα να γίνεται άσκηση της οποίας τα αποτελέσματα έχουν θετική επίδραση στην υγεία»*

Σαν Διατροφή ορίζεται η επιστήμη που μελετά τις θρεπτικές ουσίες σε σχέση με την επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό. Δηλαδή, μελετά τις θρεπτικές ουσίες, τις ποσοτικές ανάγκες του οργανισμού σε αυτές, τα αποτελέσματα της ανεπάρκειας ή υπερβολικής λήψης θρεπτικών ουσιών, την πέψη, την απορρόφηση των τελικών προϊόντων των θρεπτικών ουσιών και το ρόλο τους στον οργανισμό, τους τρόπους αποθήκευσης τυχών περίσσειας αυτών και γενικά τις μεταβολές και τα αποτελέσματα των μεταβολών των διαφόρων τροφίμων στον οργανισμό.

**Οι στόχοι της σωστής διατροφής είναι κατά κύριο λόγο οι εξής:**

- Η διασφάλιση της ανάπτυξης των νεαρών ατόμων.
- Η διασφάλιση της υγείας των ατόμων όλων των ηλικιών.
- Η βελτίωση της υγείας και η μείωση των παραγόντων κινδύνου των χρόνιων νοσημάτων.
- Η ανάκτηση της υγείας .<sup>23</sup>

### 5.1.1 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων τα τελευταία χρόνια έχουν υποστεί αλλαγές και συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί μια μεταστροφή από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή (πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φρούτα, λαχανικά και αντιοξειδωτικά) προς το δυτικοευρωπαϊκό μοντέλο διατροφής (πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, νάτριο και διττανθρακικά). Ως αποτέλεσμα, στην Ελλάδα το 28% των ανδρών και το 30% των γυναικών είναι παχύσαρκοι, ποσοστό πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.<sup>26</sup>

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η διατροφή παίζει κύριο ρόλο στην αιτιολογία της στεφανιαίας νόσου της καρδιάς, των αγγειακών επεισοδίων του κεντρικού νευρικού συστήματος, του σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένων καρκίνων, δηλαδή

νοσημάτων που αθροιστικά ευθύνονται για περισσότερο από τα δύο τρίτα της θνησιμότητας των ενηλίκων στην Ελλάδα.

Οι διατροφικές εκτροπές αφορούν τόσο την υπέρβαση στο ποσό της με τα τρόφιμα προσλαμβανόμενης ενέργειας, όσο και την έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στις βασικές ομάδες τροφίμων, με έκφραση την υπερβολική κατανάλωση λίπους, ζάχαρης, ζωικών πρωτεϊνών και την μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, δημητριακών και οσπρίων.

Οι διατροφικές εξελίξεις στον ελληνικό πληθυσμό ήταν σχετικά ιδιόμορφες και αντίστοιχες ήταν και οι νοσολογικές συνέπειες των ιδιομορφιών αυτών. Για πολλά χρόνια το διατροφικό πρόβλημα των Ελλήνων ήταν η ποσοτική επάρκεια, ενώ από ποιοτική άποψη η διατροφή τους ήταν βασικά σωστή, υπήρχε δηλαδή μια σωστή έμφαση στο ψωμί, στα όσπρια, στα φρούτα, στα λαχανικά και στο λάδι. Εδώ και μερικά χρόνια όμως, ο Έλληνας άρχισε να υιοθετεί διατροφικά σχήματα και πρότυπα διαβίωσης που έχουν αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία. Τα στοιχεία που προκύπτουν από έρευνες στο μαθητικό πληθυσμό της χώρας, δείχνουν ότι τα Ελληνόπουλα τρώνε υπερβολικά με συνέπειες :

- Να είναι παχύσαρκα.
- Η στάθμη των λιπιδίων να είναι δυσανάλογα υψηλή ιδίως στα παιδιά του αστικού πληθυσμού.
- Η λανθάνουσα σιδηροπενία να είναι συχνότερη στα Ελληνόπουλα παρά στα παιδιά άλλων υγειονομικά προηγμένων χωρών.
- Η συχνότητα της τερηδόνας να είναι πολύ μεγάλη τόσο στον αστικό, όσο και στον αγροτικό πληθυσμό του τόπου.

Τα παραπάνω στοιχεία δεν σκιαγραφούν μόνο την υγεία του μαθητικού πληθυσμού της χώρας μας, αλλά προδιαγραφούν και την υγεία του πληθυσμού των ενηλίκων στις δεκαετίες που θα ακολουθήσουν. Κατά συνέπεια, είναι επιτακτική η ανάγκη για τη συστηματική πληροφόρηση του πληθυσμού για τους κανόνες της σωστής διατροφής, που διαμορφώνουν τη σωστή δίαιτα.<sup>11</sup>

### **5.1.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ**

Η εφηβεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια ανάπτυξης του ανθρώπου, κατά την οποία παρατηρούνται ραγδαίες ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές που οδηγούν το άτομο στην κορύφωση της οργανικής του ανάπτυξης αλλά και την τελική



διαμόρφωση της προσωπικότητας του. Η εφηβική ανάπτυξη για τα κορίτσια ξεκινάει στην ηλικία των 10-11 ετών και ολοκληρώνεται συνήθως μέχρι τα 15 έτη ενώ για τα αγόρια ξεκινάει σε ηλικία 12-13 ετών, φτάνει στο μέγιστο ρυθμό ανάπτυξης σε ηλικία 14 ετών και ολοκληρώνεται στα 19 έτη. Οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες σε αυτήν την ηλικία είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός, καθώς ο έφηβος χρειάζεται ενέργεια για την αύξηση του μυϊκού ιστού, την ανάπτυξη του σκελετού και του νευρικού συστήματος, καθώς και για την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος. Είναι λοιπόν απαραίτητο, οι έφηβοι να προσλαμβάνουν την κατάλληλη ποσότητα ενέργειας καθημερινά αλλά και να εκπαιδευτούν σε σχέση με την ποιότητα των τροφών που θα πρέπει να καταναλώνουν.<sup>70</sup>

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι ημερήσιες ανάγκες των εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη:

**Ημερήσιες ανάγκες, εφήβων σε ενέργεια και πρωτεΐνη**

<b>Ηλικία (έτη)</b>	<b>Ενέργεια (θερμίδες)</b>	<b>Ανάλογο ύψος (cm)</b>	<b>Ενέργεια (θερμίδες/cm)</b>	<b>Πρωτεΐνη (γρ./ cm )</b>
<b>Αγόρια</b>				
<b>11-14</b>	2500	157	15.9	0.29
<b>15-18</b>	3000	176	17.0	0.34
<b>Κορίτσια</b>				
<b>11-14</b>	2200	157	14.0	0.29
<b>15-18</b>	2200	163	13.5	0.27

(Προσαρμογή από τις Ημερήσιες Προτεινόμενες Προσλήψεις RDA).

### 5.1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τη διατροφή των εφήβων είναι απογοητευτικά μιας και παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά διατροφικών ανωμαλιών, όπως η υπερφαγία (που οδηγεί μακροπρόθεσμα στην παχυσαρκία), η ανορεξία και η βουλιμία.

Πρόσφατες μάλιστα μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι η μέση κατανάλωση θερμίδων από τους εφήβους υπερβαίνει τις ημερήσιες συνιστώμενες κατά RDA (Recommended Dietary Allowences), σε ποσοστό 104% για τα κορίτσια και 116%

για τα αγόρια ηλικίας 15-18 ετών, με ένα ποσοστό 13-36% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών να είναι μέτρια παχύσαρκοι, ενώ ένα ποσοστό 4-12% να παρουσιάζει σοβαρή παχυσαρκία.

Επιπροσθέτως, η παχυσαρκία στους εφήβους επηρεάζεται από την κακή διατροφή αλλά και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, καθώς το 45% των εφήβων αγοριών και το 69% των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 15-18 εκτελούν λιγότερο από μια ώρα μεσαίας έντασης άσκηση για τέσσερις φορές την εβδομάδα, που είναι και η προτεινόμενη συχνότητα άσκησης για αυτό το ηλικιακό γκρουπ. Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας εμφανίζεται

ιδιαίτερα έντονο στη χώρα μας. Διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες, όπως η έρευνα που διεξήγαγε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και η American Heart Foundation, υποδεικνύουν πως η παχυσαρκία στα Ελληνόπουλα αποτελεί έναν από τους κυριότερους εχθρούς της υγείας τους. Τα Ελληνόπουλα 13 ετών βρέθηκαν να είναι κατά μέσον όρο πιο παχύσαρκα από παιδιά ίδιας ηλικίας σε άλλες επτά χώρες και η Ελλάδα είχε το μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων παιδιών.<sup>70</sup>



## 5.1.4 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

### 1. Διατροφικές διαταραχές

Η παχυσαρκία στην εφηβική ηλικία σχετίζεται με την ύπαρξη υπερλιπιδαιμιών, αυξημένης αρτηριακής πίεσης, αλλά και μεγαλύτερου κινδύνου εμφάνισης διαβήτη κατά την ενήλικη ζωή. Ανησυχητικά είναι και τα ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών όπως η ανορεξία και η βουλιμία στους εφήβους. Η κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται για την απόκτηση 'λεπτού και καλλίγραμμου σώματος' αναγκάζουν αρκετούς εφήβους και κυρίως κορίτσια να καταφύγουν στην ασιτία αλλά και την χρήση εμετικών, καθαρτικών και της υπερεντατικής άσκησης προκειμένου να διατηρήσουν ένα βάρος κάτω του φυσιολογικού.<sup>70</sup>

Ως παχυσαρκία χαρακτηρίζεται η μεγάλη αύξηση του σωματικού βάρους που οφείλεται στην υπερβολική αύξηση του λιπώδους ιστού του σώματος. Στα

φυσιολογικά άτομα, το λίπος αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο ποσοστό του βάρους τους. Έτσι σε υγιείς νέους ενήλικες άντρες το λίπος αντιστοιχεί στο 15-20% του σωματικού τους βάρους ενώ σε αντίστοιχης ηλικίας υγιείς γυναίκες, στο 25%. Οι αναλογίες αυτές ισχύουν μόνον για άτομα με ιδανικό βάρος, δηλαδή αυτό που προσδιορίζεται από τους επιστήμονες με βάση το φύλο, την ηλικία και το ανάστημα. Εάν ένα άτομο λοιπόν έχει βάρος 20% περισσότερο από το ιδανικό μέγιστο βάρος ή ποσοστό σωματικού λίπους πάνω από 21% για τους άντρες και 27% για γυναίκες τότε, θεωρείται παχύσαρκο.

Η παχυσαρκία μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων. Εκτιμάται πως η κληρονομικότητα ευθύνεται περίπου για το 10% της διακύμανσης του βάρους του σώματος. Στην ηλικία των 17 ετών, ένα παιδί του οποίου και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι έχει τριπλάσιες πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο, σε σχέση με ένα άλλο παιδί του οποίου και οι δύο γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος. Επίσης, ένα παιδί του οποίου ο αδερφός είναι παχύσαρκος, έχει 40% πιθανότητες να είναι και το ίδιο παχύσαρκο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί συνέπεια κάποιου συνδρόμου ή να σχετίζεται με τη ύπαρξη κάποιου άλλου οργανικού προβλήματος.<sup>70</sup>

## **2. Ποιότητα και ποσότητα γευμάτων**

Ο σύγχρονος έφηβος, λόγω του γρήγορου ρυθμού ζωής του και του υπερβολικά φορτωμένου προγράμματος του με σχολείο, φροντιστήρια και άλλες δραστηριότητες, συχνά δεν εφαρμόζει το προτεινόμενο σχήμα των ‘τριών γευμάτων την ημέρα’ και των ‘δύο ενδιάμεσων σνακ’ που συνιστούν οι κλινικοί διαιτολόγοι.

Το 25% των εφήβων ηλικίας 12 με 19 ετών ξεκινά την μέρα του παραλείποντας το πρωινό γεύμα, κάτι το οποίο συντελεί στη μείωση των επιπέδων συγκέντρωσης και ενέργειας καθώς και στη μείωση της σχολικής απόδοσης.

Το 85% των εφήβων δεν καταναλώνουν τις 5 μικρομερίδες φρούτων και λαχανικών (400-500gr την ημέρα) που συνιστώνται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Διαιτολόγων. Το 60% των εφήβων τρώνε περισσότερα κορεσμένα λιπαρά από τη συνιστώμενη δοσολογία, κάτι το οποίο εκφράζει την αυξημένη κατανάλωση φαγητού τύπου φαστ φούντ σε συνδυασμό με την μειωμένη κατανάλωση άπαχου κρέατος, όπως το ψάρι και τα πουλερικά μαγειρεμένα με υγιεινό τρόπο.

Επιπλέον, τα επίπεδα κατανάλωσης γαλακτοκομικών (όπως το γιαούρτι και το γάλα) από τους έφηβους έχουν μειωθεί κατά 36% μέσα στα τελευταία 25 χρόνια,

γεγονός που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου, ενός απαραίτητου ιχνοστοιχείου για την ανάπτυξη της σκελετικής μάζας.<sup>70</sup>

### 5.1.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη των ανεπιθύμητων επιδράσεων της διατροφής είναι εφικτή με την αποφυγή ορισμένων ειδών διατροφής όπως:

- Όχι συχνή κατανάλωση κρέατος, ιδιαίτερα λιπαρό κρέας, βοδινό κρέας, μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.
- Όχι πολλά καπνιστά είδη διατροφής ή τροφές με προσθήκη χρωστικών και συντηρητικών ουσιών.
- Όχι τροφές που αφήνουν μικρό υπόλειμμα στο έντερο
- Όχι ελλιπή διατροφή.

Η τροποποίηση όμως αυτή δεν πρέπει να επηρεάζει τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και την ποιότητα ζωής των ενηλίκων. Συνίσταται:

- Λήψη τροφής σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα.
- Επαρκής μάσηση της τροφής.
- Η ποσότητα να μην υπερβαίνει τις θερμιδικές ανάγκες δηλαδή το ισοζύγιο θερμίδων να μην είναι θετικό.
- Μείωση των κορεσμένων λιπαρών οξέων.
- Μείωση των τροφών με χοληστερίνη.
- Αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών οξέων με μόνο πολύ- ακόρεστα λίπη.
- Αλάτι πιο λίγο από 5γρ./24ωρο
- Όσο το δυνατόν πιο λίγη ζάχαρη.
- Αύξηση της κατανάλωσης υδατανθράκων από λαχανικά, φρούτα, όσπρια, κλπ.
- Περισσότερο ψάρι και πουλερικά.
- Κρέας άπαχο σε μικρές ποσότητες και όχι συχνά.
- Η επιλογή της διατροφής να είναι τέτοια, ώστε να αφήνει αρκετό άπεπτο υπόλειμμα στο έντερο.
- Θέσπιση νόμων από την πολιτεία για την προστασία της φυσικής διατροφής, που αλλοιώνεται από τη βιομηχανία και άλλους φορείς με την προσθήκη συντηρητικών, κλπ.<sup>23</sup>

## 5.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η τακτική φυσική δραστηριότητα είναι απαραίτητη για τη διατήρηση καλής φυσικής και καρδιαγγειακής καταστάσεως και ιδανικού βάρους. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων δεν εμπλέκονται σε κανενός είδους φυσική δραστηριότητα. Ο καθιστικός τρόπος ζωής υιοθετείται συχνότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η τακτική φυσική δραστηριότητα βελτιώνει τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων (πίεση αίματος, λιπιδαιμικό προφίλ και σάκχαρο αίματος) και ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης άλλων χρόνιων ασθενειών.

Για την αποφυγή αύξησης του σωματικού βάρους πρέπει να επιτυγχάνουμε ενεργειακό ισοζύγιο, δηλαδή η ενεργειακή πρόσληψη να ισούται με την ενεργειακή δαπάνη. Για το λόγο αυτό είναι σωστό να προσέχουμε στη διατροφική ετικέτα των τροφίμων το θερμιδικό περιεχόμενο ανά μερίδα και να ελέγχουμε το μέγεθος της μερίδας. Η άσκηση συνιστάται σε όλους για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος. Στους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους, η τακτική φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με τον περιορισμό των θερμίδων προτείνεται ως μέσο απώλειας βάρους. Η Α.Κ.Ε (Αμερικανική Καρδιολογική Ένωση) προτείνει ότι οι ενήλικες πρέπει να ασκούνται περισσότερο από 30 λεπτά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, αποκομίζοντας επιπλέον οφέλη αν υπερβούν το χρόνο αυτό. Τουλάχιστον 60 λεπτά άσκησης συνιστώνται για τους ενήλικες που προσπαθούν να χάσουν βάρος και για τα παιδιά. Η άσκηση αυτή μπορεί να πραγματοποιείται τμηματικά κατά την διάρκεια της ημέρας. Δεν πάντα εύκολο να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Ωστόσο είναι απαραίτητο να ενθαρρύνουμε καθημερινές συνήθειες και συμπεριφορές που θα βοηθήσουν (π.χ χρήση της σκάλας αντί του ανελκυστήρα) και να αποθαρρύνουμε άλλες (π.χ τηλεόραση, internet κλπ.).<sup>28</sup>

### 5.2.1 Σωματική Άσκηση και Πρόληψη

Η μυϊκή άσκηση, σε πληθυσμούς με καθιστικό τρόπο ζωής, πρέπει να αποτελεί καθημερινή υποχρέωση κάθε ατόμου. Για την υιοθέτηση του μέτρου αυτού, απ' όλο το κοινωνικό σύνολο, χρειάζεται ορθή πληροφόρηση, που πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία. Τα μαζικά μέσα ενημέρωσης μπορούν επίσης να συμβάλλουν σημαντικά. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συνιστά:

- Οδηγίες σε όλο τον πληθυσμό για συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, μετά από ιατρική εξέταση, και ενημέρωση της κοινής γνώμης για τις βλαπτικές επιπτώσεις της καθιστικής ζωής.
- Συμμετοχή προσωπικοτήτων με τις οικογένειες τους σε εκδηλώσεις που συμβάλλουν στην αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας. Η συμμετοχή αυτή θα αποτελεί παράδειγμα για μίμηση από όλα τα μέλη της κοινότητας.
- Γιατροί και άλλοι που ασχολούνται με τα θέματα υγείας να συνιστούν στους αρρώστους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της μυϊκής άσκησης. Η συμμετοχή των ίδιων αποτελεί επίσης παράδειγμα για την κοινή γνώμη.
- Το πρόγραμμα των σχολείων να περιλαμβάνει ειδικά μαθήματα πάνω στη σημασία της αυξημένης μυϊκής άσκησης.
- Στους χώρους εργασίας να προάγεται η μυϊκή δραστηριότητα με την ανάπτυξη δυνατοτήτων και κατάλληλων χώρων για αθλοπαιδιές τις ελεύθερες ώρες.
- Να παρέχονται ευκαιρίες και ευκολίες σε ομάδες και μεμονωμένα άτομα για συμμετοχή σε μυϊκές ασκήσεις.<sup>23</sup> Τα πλεονεκτήματα της σωματικής άσκησης είναι αναρίθμητα. Έτσι μέσα στην καθημερινότητά μας πρέπει να εντάξουμε και την τακτική άσκηση για να διατηρηθούμε σε καλή φυσική κατάσταση. Το τζόκινγκ, το ποδήλατο, το κολύμπι, το τένις αποτελούν όλα καλές λύσεις για να διατηρήσουμε το σώμα μας σε εγρήγορση και να είμαστε γεμάτοι ενέργεια. Μια καλά ισορροπημένη διατροφή θα βελτιώσει την υγεία και ο εγκέφαλός θα παίρνει τη σωστή ποσότητα ενέργειας για να εργαζόμαστε καλά και με όρεξη.<sup>71</sup>

### **5.3 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

Λέγοντας ατομική υγιεινή εννοούμε όλες τις δραστηριότητες του ατόμου για διατήρηση της υγείας του. Είναι πράξεις που με τη συνεχή επανάληψη το άτομο τις κάνει συνήθεια. Στην αρχή παραδειγματίζεται από τους άλλους. Με την ενηλικίωση του παρατηρεί ότι η καθαριότητα δεν είναι πολυτέλεια αλλά υγεία. Μαθαίνει ότι ακόμη και τα αβλαβή μικρόβια να διώξει, πάλι ωφελείται. Με το λουτρό επιτυγχάνει και άλλα πράγματα. Καθαρίζοντας το δέρμα ανοίγουν οι πόροι και αυξάνει η αναπνοή που αναζωογονεί τον οργανισμό, τον κάνει πιο ανθεκτικό σε σωματικές καταπονήσεις και ικανότερο στην άμυνα εναντίον των μικροοργανισμών.

Σήμερα υπάρχουν για το σώμα και τα απορρυπαντικά για τα ρούχα και είδη υγιεινής που με το νερό αποτελούν την κύρια ασπίδα κατά των ασθενειών.

Η πιο μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται στα χέρια που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα και με τα χέρια άλλων ανθρώπων που δεν γνωρίζουμε τι έχουν πιάσει. Γι' αυτό χρειάζεται πλύσιμο με σαπούνι οπωσδήποτε, γιατί το νερό δεν αφαιρεί μόνο του πολλά πράγματα :

- 1) Κατά το πρωινό πλύσιμο
- 2) Πριν από την έξοδο από την τουαλέτα
- 3) Πριν από κάθε γεύμα
- 4) Μετά από τις πολλές χειραψίες σε κάποια γιορτή
- 5) Μετά από κάθε εργασία
- 6) Αφού πιάσουμε φρούτα, λαχανικά και ωμά κρεατικά
- 7) Καθαρίζουμε συχνά τα νύχια και τα κόβουμε.

Καθένας με την ατομική του οδοντόβουρτσα, που συχνά την ανανεώνει, πρέπει να βουρτσίζει τα δόντια με οδοντόκρεμα μετά από κάθε γεύμα. Επιβάλλεται κατά καιρούς εξέταση από οδοντίατρο και συχνή επιθεώρηση από τον ίδιο ή τους γονείς αν είναι μικρό το παιδί.<sup>72</sup>

#### **5.4 ΠΟΛΛΑΠΛΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (CHECK UP)**

Ιατρικά check up εννοούμε τον **πολλαπλό προληπτικό έλεγχο**, δηλαδή ένα σύνολο ιατρικών (κλινικών και εργαστηριακών) εξετάσεων, που γίνονται σ' άτομα φαινομενικώς υγιή και που έχουν σκοπό να ανακαλύψουν κάποιο παθολογικό σημείο και συνεπώς να προλάβουν την αρρώστια που δίνει το παθολογικό αυτό σημείο. Ο έλεγχος αυτός χωρίζει τα άτομα που εξετάζονται σε άτομα πιθανώς υγιή και σε άτομα πιθανώς πάσχοντα από αρρώστια ή ανωμαλία. Δεν μας λέει στα σίγουρα αν τα άτομα είναι υγιή ή άρρωστα και αν βρει κάτι το παθολογικό το επόμενο βήμα είναι η παραπομπή σε πλέον ειδικούς ιατρούς για διάγνωση και θεραπεία.

Υπάρχει επίσης και ο λεγόμενος εκλεκτικός έλεγχος, που εφαρμόζεται εκλεκτικά σε ομάδες πληθυσμού που είναι εκτεθειμένες σε κάποιο ερεθιστικό παράγοντα.

Υπάρχουν πολλά είδη προληπτικού ελέγχου (check up), με αρκετές διαφορές μεταξύ τους. Ένα από τα καλύτερα είναι αυτό που εφαρμόζεται σε ειδικό ίδρυμα της Καλιφόρνιας και που συνοπτικά περιλαμβάνει τα εξής:

- 1) Λήψη ιστορικού (απάντηση σε τυποποιημένο ιατρικό ερωτηματολόγιο που αφορά την προηγούμενη κατάσταση υγείας).
- 2) Ηλεκτροκαρδιογράφημα και μέτρηση αρτηριακής πίεσης.
- 3) Ακτινογραφία θώρακος.
- 4) Εξέταση ακοής (ακουόγραμμα).
- 5) Στοιχειώδης εξέταση οφθαλμών.
- 6) Μέτρηση αναπνευστικής χωρητικότητας (σπειρομετρία).
- 7) Απαντήσεις σε ένα ψυχολογικό ερωτηματολόγιο.
- 8) Γενική εξέταση ούρων.
- 9) Γενική εξέταση αίματος.
- 10) Διάφορες εξετάσεις στο αίμα (λευκώματα, κρεατινίνη, χοληστερίνη, ουρικό οξύ, οξαλοξική τρανσαμινάση).
- 11) Εξέταση σακχάρου στο αίμα (μετά από φόρτιση γλυκόζης).
- 12) Σιγμοειδοσκόπηση (εξέταση του τελευταίου τμήματος του παχέος εντέρου, κυρίως για άτομα πάνω από 40 ετών).
- 13) Μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου για τις γυναίκες.
- 14) Γίνεται και αντιτετανικός εμβολιασμός.

Μετά ακολουθεί γενική κλινική εξέταση από ιατρό, που συνδυάζει την εξέταση με τα παραπάνω και βγάζει τα συμπεράσματα. Βέβαια όλα τα παραπάνω απαιτούν ειδικές εγκαταστάσεις, ειδικευμένο προσωπικό που λείπουν από την ελληνική επαρχία. Δηλαδή σωστός προληπτικός έλεγχος δεν μπορεί να γίνει στην επαρχία.

Η μεγάλη χρησιμότητα του προληπτικού ελέγχου θα φαινόταν αν γινόταν σε πανελλήνια κλίμακα από κρατικό φορέα, όπως π.χ. η μαστογραφία ή το τεστ Παπανικολάου. Θα ανακάλυπταν έτσι τον καρκίνο του μαστού και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στο πρώτο στάδιο με 100% θεραπεία περίπου. Προηγμένες υγειονομικά χώρες θεωρούνται εκείνες οι οποίες έχουν οργανωμένο προληπτικό έλεγχο σε μαζική κλίμακα.<sup>73</sup>



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



## **6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η Νοσηλευτική είναι μία ανθρωπιστική επιστήμη αλλά και εξειδικευμένη τέχνη. Αποτελεί μία πολύπλοκη επιστημονική δραστηριότητα η οποία απευθύνεται στον άνθρωπο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο σε όλες τις καταστάσεις υγείας και αρρώστιας.

Ο σκοπός της Νοσηλευτικής, είναι η αξιολόγηση των αναγκών υγείας, ο προγραμματισμός των παρεμβάσεων και η βοήθεια του ατόμου υγιούς ή αρρώστου να αναλάβει εκείνες της δραστηριότητες που συντελούν στην υγεία ή στην αποκατάσταση της, τις οποίες το άτομο θα πραγματοποιούσε χωρίς βοήθεια, εάν διέθετε την απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση κατά την V. Henderson.

Η άσκηση της Νοσηλευτικής βασίζεται στην έρευνα και το ενδιαφέρον της εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα. Προωθεί την αυτοφροντίδα, την ανεξαρτησία, τον σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως παρέχει επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας. Επιδιώκει την απόκτηση κάθε νέας θεωρητικής γνώσης και τεχνογνωσίας με σκοπό τη συνεχή προσαρμογή της Νοσηλευτικής επιστήμης στην ταχύτατα αναπτυσσόμενη γνώση, με προσανατολισμό τόσο την πρόληψη όσο και την θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών.

## **6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Ο φοιτητής Νοσηλευτικής είναι ένας ενήλικας υπεύθυνος για την μόρφωση του, η οποία αποτελεί μία συνεχή δια βίου διεργασία και έχει το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η διδακτική μεθοδολογία και προσέγγιση ενισχύει την ενεργό συμμετοχή των φοιτητών στη διαδικασία της μάθησης.

Ο στόχος της εκπαίδευσης είναι η καλλιέργεια αναλυτικής και κριτικής σκέψης και η υποστήριξη του φοιτητή για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία της μάθησης. Ο καθηγητής λειτουργεί ως συντονιστής της μάθησης, σύμβουλος και βοηθός του φοιτητή, ενώ ο φοιτητής αποτελεί τον δια βίου μαθητή και ερευνητή της γνώσης.

Το εκπαιδευτικό περιβάλλον ενισχύει την ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού, ενισχύει την αυτονομία και αυτενέργεια των φοιτητών και προσφέρει ίσες ευκαιρίες μάθησης για όλους.<sup>74</sup>

Ο γενικός αντικειμενικός σκοπός του προγράμματος είναι να ετοιμάσει Νοσηλευτές γενικών φροντίδων οι οποίοι να είναι ικανοί να προάγουν, να προστατεύουν, να διατηρούν και να αποκαθιστούν την υγεία των ατόμων /ομάδων ή την αυτονομία των ζωτικών φυσικών και διανοητικών λειτουργιών τους, λαμβάνοντας υπόψη την προσωπικότητα κάθε ατόμου καθώς και τα ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του.<sup>79</sup>

### **6.3 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η αποστολή του τμήματος νοσηλευτικής είναι:

- 1) Η παροχή υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης με στόχο την προετοιμασία νοσηλευτών που θα καλύπτουν όλο το φάσμα νοσηλευτικής και θα παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα διαθέτοντας: α) ευρύ πεδίο επιστημονικών γνώσεων προσαρμοσμένων στα εκάστοτε νέα δεδομένα β) εμπειρία εφαρμογής της αποκτηθείσας αυτής γνώσης σε πραγματικές συνθήκες, γ) ικανότητα σχεδιασμού και υλοποίησης ερευνητικών προγραμμάτων στην κλινική πράξη, και δ) ικανότητα διάχυσης της γνώσης στο ευρύ κοινό, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.
- 2) Η εφαρμογή της εφαρμοσμένης έρευνας μέσα από συνεργασίες με άλλα ιδρύματα και οργανισμούς σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- 3) Η συνεργασία με άλλους εκπαιδευτικούς οργανισμούς σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο για την ανταλλαγή τεχνογνωσίας ή/και την υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- 4) Η πρόληψη της ασθένειας, η προαγωγή της υγείας και γενικότερα η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού μέσω της σύνδεσης του τμήματος με την ευρύτερη κοινωνία (τοπικοί φορείς, ομάδες ατόμων, μεμονωμένα άτομα).
- 5) Η συνεχής αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του τμήματος.

Το περιεχόμενο σπουδών του τμήματος καλύπτει το γνωστικό αντικείμενο της νοσηλευτικής επιστήμης, που απευθύνεται στον άνθρωπο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο και έχει ως στόχο α) την προαγωγή και διατήρηση της υγείας, β) την πρόληψη της νόσου, γ) την θεραπεία της ασθένειας και δ) την αποκατάσταση της υγείας.

Ο απόφοιτος του βασικού τίτλου σπουδών στη νοσηλευτική θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αυτό επιτυγχάνεται με την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών έτσι ώστε ο πτυχιούχος νοσηλευτικής να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά στους κάτωθι τομείς:

1. Παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει προαγωγή και διατήρηση της υγείας, πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών, θεραπεία της ασθένειας και αποκατάσταση της υγείας που τεκμηριώνεται με επιστημονικά δεδομένα.
2. Εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στην καθημερινή πρακτική, δηλαδή: αξιολόγηση του ατόμου νοσηλευτική διάγνωση, προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμογή και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.
3. Πληροφόρηση και υποστήριξη της αυτονομίας και ανεξαρτησίας ατόμων έτσι ώστε να προσαρμοστούν σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας.
4. Διδασκαλία της νοσηλευτικής σε εκπαιδευτικά προγράμματα όλων των επιπέδων της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
5. Σχεδιασμός και υλοποίηση ερευνητικών προγραμμάτων για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στην νοσηλευτική πρακτική.
6. Αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και συμμετοχή σε διεπιστημονικές προσπάθειες για την διασφάλιση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας σε άτομα και ομάδες, σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης σε σχολεία, σε επαγγελματικούς χώρους και άλλους τομείς κοινότητας.
7. Ενσωμάτωση των επαγγελματικών αξιών καθώς και των ηθικών και νομικών δεσμεύσεων της νοσηλευτικής στην νοσηλευτική πρακτική.<sup>74</sup>

## 6.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σε πολλά κράτη μέλη, η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένων οικογενειακών γιατρών, νοσηλευτών και άλλου προσωπικού Π.Φ.Υ είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, ενώ η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας έχει ξεφύγει από την ισορροπία, πολύ συχνά παράγοντας υπερεξειδικευμένους γιατρούς και υποεκπαιδευμένους νοσηλευτές. Είναι προσανατολισμένη μόνο προς τη νόσο, παρά προς την υγεία. Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της νόσου συνήθως υποτιμούνται. Επιπλέον, η εκπαίδευση που παίρνουν οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας συχνά είναι τελείως διαχωρισμένοι : δεν έρχονται σε επαφή μεταξύ τους κατά την διάρκεια των σπουδών τους. Έτσι, η ομαδική εργασία δεν προάγεται. Παραδοσιακά η εκπαίδευση έχει δώσει πολύ λίγη προσοχή σε εκείνα τα στοιχεία της δουλειάς των επαγγελματιών που είναι ζωτικά για την υγεία του πληθυσμού.

Οι ανθρώπινοι πόροι για υγεία πρέπει να είναι επαρκείς σε αριθμό και εξοπλισμένοι με τις δεξιότητες και τις ικανότητες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και στις δυνάμενες να προβλεφθούν ανάγκες των υπηρεσιών υγείας.

Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ξανασκεφτούμε τα προγράμματα προπτυχιακής, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών, των νοσηλευτών, των διαχειριστών και των άλλων επαγγελματιών φροντίδας υγείας.

*Οι γιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν ευθύνη για τις συνέπειες του δικού τους τρόπου ζωής στην υγεία των ασθενών τους και να εκπαιδεύονται ανάλογα.* για παράδειγμα., πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι το αν οι γιατροί ή όχι έχει μεγάλη επίδραση στο πόσο δραστήρια και αποτελεσματικά συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Η δε συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής χρειάζεται να είναι μέρος της καθημερινή πρακτικής των επαγγελματιών υγείας.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να σχεδιάζεται σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας της κοινωνίας και να στοχεύει στην εξασφάλιση της απόκτησης των αναγκαίων γνώσεων και ικανοτήτων. Όλοι οι χώροι όπου παρέχεται φροντίδα υγείας, όπως σπίτια, σχολεία, χώροι εργασίας, κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομεία πρέπει να περιλαμβάνονται στην εκπαίδευση ως περιβάλλοντα κλειδιά για μάθηση. Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας – προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης – πρέπει να διασυνδέονται ισχυρά ώστε να δημιουργούν μια συνεχή διαδικασία. Οι επαγγελματίες

υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να κατέχουν καλά αναπτυγμένες δεξιότητες ανάλυσης, επικοινωνίας και διαχείρισης.

ΜΕΧΡΙ ΤΟ ΕΤΟΣ 2010, ΟΛΑ ΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΟΤΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΑΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΙ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Συγκεκριμένα:

1. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να βασίζεται στις αρχές της πολιτικής ΥΓΟ\*, προετοιμάζοντας τους να παρέχουν καλής ποιότητας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης και θεραπείας της νόσου και αποκατάστασης, και βοηθώντας τους να γεφυρώσουν την κλινική πράξη με τη δημόσια υγιεινή.
2. Πρέπει να υπάρχουν συστήματα σχεδιασμού για να διασφαλίζεται ότι ο αριθμός και το μίγμα των εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας ικανοποιούν τις τρέχουσες και μελλοντικές υγειακές ανάγκες.
3. Όλα τα Κράτη Μέλη πρέπει να έχουν επαρκή ικανότητα για εξειδικευμένη κατάρτιση στην ηγεσία, διαχείριση και πρακτική της δημόσιας υγιεινής.
4. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών άλλων τομέων πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις βασικές αρχές της πολιτικής ΥΓΟ, και ιδιαίτερα, τη γνώση του πώς η δουλειά τους μπορεί να επηρεάσει τα αίτια της υγείας.

\*Υγεία Για Όλους<sup>69</sup>

Μια καλά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια οικογενειακής υγείας, όπως συστήνεται από τη Διάσκεψη της Βιέννης για τη Νοσηλευτική το 1988, αποτελεί άλλο ένα επάγγελμα-κλειδί στην ΠΦΥ που, εκτός από το να παρέχει φροντίδα, μπορεί να έχει μια πολύ ουσιαστική συνεισφορά στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της νόσου. Τέτοιες νοσηλεύτριες δίνουν συμβουλευτική βοήθεια για τον τρόπο ζωής και τους παράγοντες κινδύνου από τη συμπεριφορά, και βοηθούν τις οικογένειες σε θέματα που αφορούν την υγεία. Μέσω έγκαιρης ανίχνευσης, μπορούν να διασφαλίσουν πως τα προβλήματα υγείας των οικογενειών θεραπεύονται σ' ένα πρώιμο στάδιο. Με τη γνώση τους για τη λαϊκή υγεία, τα κοινωνικά θέματα και τις

κοινωνικές υπηρεσίες, μπορούν ν' αναγνωρίσουν τις επιδράσεις των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία μιας οικογένειας και να την παραπέμψουν στην κατάλληλη υπηρεσία.<sup>69</sup>

## **6.5 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Υπάρχει συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη επανεκπαίδευσης των νοσηλευτών και επιμόρφωσης τους στα νέα δεδομένα για να μπορέσουν να διατηρήσουν το απαιτούμενο επίπεδο γνώσεων για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας μέσα σ' ένα αυξανόμενα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η έννοια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύλλογο Νοσηλευτών καθορίζεται ως εκείνες οι επαγγελματικές εμπειρίες, οι οποίες είναι σχεδιασμένες να ενισχύουν και να διευρύνουν τη συμβολή του νοσηλευτή στην υγεία.<sup>75</sup>

## **6.6 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

Η ενημέρωση της κοινής γνώμης σε αντικείμενα Προληπτικής Ιατρικής πρέπει ν' αποσκοπεί στην παροχή γνώσεων και κινήτρων στο άτομο και στην κοινότητα, ώστε να κατανοήσουν τις αιτίες ή τους παράγοντες, τόσο αυτούς που προάγουν όσο κι εκείνους που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία. Έτσι θα είναι σε θέση να κάνουν τις επιλογές τους, ενώ συγχρόνως θα γνωρίζουν τις επιπτώσεις των επιλογών αυτών. Οι επιλογές θα πρέπει να έχουν στόχο την ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και τη μείωση των δαπανών υγείας.

Η ενημέρωση των μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και των σπουδαστών και φοιτητών της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε αντικείμενα προληπτικής ιατρικής είναι δυνατόν να συμβάλει στην αντιμετώπιση νοσηρών καταστάσεων με περιβαλλοντική εξάρτηση, αν και αυτό αμφισβητείται από μερικούς. Έχει παρατηρηθεί π.χ. στις τεχνολογικά αναπτυγμένες χώρες ότι η συχνότητα της παχυσαρκίας, ή του καπνίσματος στην παιδική ηλικία είναι μεγαλύτερη τώρα απ' ότι πριν 20 έτη, τότε δηλαδή που η ενημέρωση ήταν ελλιπής. Για το φαινόμενο όμως αυτό ενοχοποιείται περισσότερο ο τρόπος ζωής του δυτικού τύπου και λιγότερο η ενημέρωση. Είναι όμως ενδεχόμενο η παρεχόμενη ενημέρωση να είναι ελλιπής και για τις σημερινές κοινωνίες, αν και είναι πληρέστερη απ' ότι ήταν πριν 20 έτη.<sup>23</sup>

## **6.7 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΤΥΠΟ ΡΟΛΟΥ**

Η παλιά παροιμία «οι πράξεις μιλάνε δυνατότερα από τις λέξεις», εξηγεί γιατί το πρότυπο ρόλου είναι τόσο αποτελεσματικό. Επειδή συνήθως οι ασθενείς παρατηρούν τους νοσηλευτές τους, εκείνοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή την ευκαιρία για να επηρεάσουν θετικά τη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές που ήταν παλιότερα καπνιστές μπορεί να αποτελέσουν πρότυπα ρόλου για τα άτομα που προσπαθούν να κόψουν το τσιγάρο.<sup>8</sup>



# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή και σύγκριση των καπνιστικών συνηθειών, της χρήσης αλκοόλ, των ναρκωτικών ουσιών και των αντισυλληπτικών μεθόδων μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων φοιτητών νοσηλευτικής του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Κρήτης.

## Ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ποιοι είναι οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου που έχουν οι δυο ομάδες και υπάρχει διαφορά στο είδος και τη συχνότητα παραγόντων κινδύνου για την υγεία (π.χ. καπνιστικές συνήθειες, αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών) μεταξύ πρωτοετών και τελειοφοίτων νοσηλευτικής;
- 2) Οι φοιτητές γνωρίζουν τις συνέπειες έκθεσης από την υιοθέτηση κακών συμπεριφορών υγείας στο σώμα τους;
- 3) Οι γνώσεις και οι στάσεις που αποκτούν οι φοιτητές Νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια των σπουδών τους επηρεάζουν την έκθεση τους σε παράγοντες κινδύνου υγείας και συντελούν στην υιοθέτηση συνηθειών που προάγουν την υγεία τους;
- 4) Υπάρχουν άλλοι παράγοντες πέρα από τα μαθήματα και την εκπαίδευση που έχουν στο τμήμα Νοσηλευτικής που θεωρούν ότι επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων για την τήρηση υγιεινών τρόπων ζωής;
- 5) Υπάρχει διαφορά μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων στην ευαισθητοποίηση και συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης;

## Χώρος που διεξήχθη η έρευνα

Η έρευνα διεξήχθη το διάστημα Απρίλιος – Ιούνιος 2009, στο τμήμα Νοσηλευτικής στο χώρο του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου και στους χώρους που γίνεται η κλινική άσκηση των φοιτητών και κλινικά εργαστήρια (νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.λπ.)

## Δείγμα της έρευνας

Το δείγμα των φοιτητών επιλέχθηκε με τη διαδικασία της δειγματοληψίας ευκολίας κι αποτελείται από δυο ομάδες φοιτητών:

- Από 61 πρωτοετείς φοιτητές (Α' εαρινό εξάμηνο 2008-09)
- Και από 47 τελειόφοιτους φοιτητές (Ζ' εξάμηνο) του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου.

Κατά τη διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων, η συμμετοχή των φοιτητών ήταν πολύ ικανοποιητική, αν και υπήρξαν 4 φοιτητές που δεν δέχτηκαν να συμμετάσχουν.

## Πιλοτική Μελέτη

Η πιλοτική μελέτη έγινε σε 10 φοιτητές νοσηλευτικής (5 πρωτοετείς και 5 τελειόφοιτους), προκειμένου να διαπιστωθούν προβλήματα κατανόησης των ερωτήσεων, πιθανών ελλείψεων, χρόνου συμπλήρωσης ή άλλων προβλημάτων. Δεν διαπιστώθηκαν προβλήματα στην κατανόηση και ερμηνεία των ερωτήσεων καθώς, και στο μέγεθος του ερωτηματολογίου. Προστέθηκαν τρεις ερωτήσεις σχετικά με το κάπνισμα και δύο που αφορούσαν την αντισύλληψη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε στα 15 λεπτά.

## Τρόπος συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη βοήθεια ανώνυμου ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε μετά από μελέτη της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και διανεμήθη στα άτομα του δείγματος που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (η συμπλήρωση του έγινε με τη βοήθεια δύο ειδικών ατόμων). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε αποτελείται από 7 μέρη.

Το **πρώτο μέρος** περιέχει ερωτήσεις δημογραφικών και προσωπικών στοιχείων όπως ηλικία, φύλο, τόπο καταγωγής, επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα – μητέρας.

Το **δεύτερο μέρος** περιέχει ερωτήσεις που αφορούν τις καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών όπως ηλικία έναρξης του καπνίσματος, λόγους που οδήγησαν στο κάπνισμα, αξιολόγηση των γνώσεων τους όσον αφορά τις επιπτώσεις του καπνού, κ.λ.π

Το **τρίτο μέρος** περιλαμβάνει ερωτήσεις σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ όπως πόσα ποτήρια αλκοόλ πίνουν εβδομαδιαίως, για ποιους λόγους πίνουν, αν

γνωρίζουν τις επιπτώσεις του αλκοόλ στον οργανισμό, αν οδηγούν μετά από κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, κ.λ.π.

Το **τέταρτο μέρος** αναφέρεται στις ναρκωτικές ουσίες με ερωτήσεις του τύπου αν έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών και για ποιους λόγους, κ.λ.π

Το **πέμπτο μέρος** αφορά τη σεξουαλική τους ζωή με ερωτήσεις όπως αν χρησιμοποιούν μεθόδους αντισύλληψης, αν έχουν νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα, ποιες είναι οι πηγές ενημέρωσης τους σε θέματα αντισύλληψης, κ.λ.π.

Το **έκτο μέρος** περιλαμβάνει γενικές ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την συμμετοχή σε προληπτικούς ελέγχους, την ατομική υγιεινή, τη σωματική άσκηση, τη διατροφή, τις πηγές ενημέρωσης τους σε θέματα υγείας, κ.λ.π.

Και τέλος, το **έβδομο μέρος** απευθύνεται μόνο στους τελειόφοιτους φοιτητές και περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με την εκπαίδευσή τους στο Τ.Ε.Ι. και κατά πόσο αυτή επηρέασε τον τρόπο ζωής τους. Επίσης, εξετάζει το αν υπάρχουν μαθήματα στο Τ.Ε.Ι που προάγουν την υγεία και την τήρηση υγιεινών τρόπων ζωής.

### **Δεοντολογία της έρευνας**

Στην έρευνα ακολουθήθηκαν οι εξής αρχές ηθικής και δεοντολογίας: Κάθε φοιτητής ενημερώθηκε για το σκοπό της έρευνας, λύθηκαν οι τυχόν απορίες του και τονίστηκε ιδιαίτερα η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και η αποκλειστική συλλογική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, προκειμένου να υπάρχει μεγάλη συμμετοχή τους και η ακριβής θέση τους στα θέματα που μελετούσαμε.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν ατομικά σε κάθε φοιτητή χωρίς οι συμφοιτητές τους και οι ερευνητές να γνωρίζουν το περιεχόμενο των απαντήσεων τη στιγμή της συλλογής των δεδομένων.

### **Στατιστική ανάλυση**

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών της μελέτης (πρωτοετών & τελειόφοιτων) ελέγχθηκαν με τις μεθόδους  $\chi^2$  (chi-square test) και Student t και αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής και το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών.

Με τις ίδιες μεθόδους ελέγχθηκαν οι κατανομές δεδομένων, συγκριτικά ως προς τις δυο ομάδες (πρωτοετείς & τελειόφοιτοι), που αφορούν:

- τη συνήθεια καπνίσματος, τη συσχέτιση του με α. άλλες συνήθειες, β. άλλα χαρακτηριστικά των καπνιστών φοιτητών, γ. τις γνώσεις υγείας για τις συνέπειες της συνήθειας καπνίσματος και δ. την επίδραση της συνήθειας καπνίσματος στις διαπροσωπικές τους σχέσεις
- τις συνήθειες κατανάλωσης οινοπνεύματος (αλκοόλ) και τη συσχέτιση του με τις γνώσεις υγείας για τις συνέπειες της συνήθειας κατανάλωσης οινοπνεύματος.
- τη χρήση ναρκωτικών ουσιών
- τις συνήθειες και γνώσεις αντισύλληψης ή γενικότερα των γνώσεων: α. των αντισυλληπτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται και των πηγών ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής και β. των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
- τις συνήθειες υγείας και υγιεινής
- την αξιολόγηση των πηγών ενημέρωσης & των καλύτερων τρόπων ενημέρωσης σε θέματα υγείας
- τις απόψεις σχετικά με την υιοθέτηση των χειρότερων συμπεριφορών υγείας και
- τους παράγοντες, εκτός μαθημάτων ΤΕΙ, που επιδρούν θετικά ή αρνητικά στη λήψη αποφάσεων για την τήρηση υγιεινού τρόπου ζωής

Ακόμη με τη μέθοδο ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης (logistic linear regression analysis) εκτιμήθηκαν οι λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratio) και αφορούν την απόδοση κινδύνου που εκτιμάται από τις απόψεις των τελειόφοιτων έναντι των πρωτοετών: 1. από τη συνήθεια καπνίσματος για καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια βρογχίτιδα & ΧΑΠ, 2. την κατανάλωση οινοπνεύματος για κίρρωση ήπατος και καρκίνο οισοφάγου και 3. τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα για ηπατίτιδα και γλαυκώματα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα μας αποτελείται από 61 πρωτοετείς φοιτητές και 47 τελειόφοιτους του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Οι πρωτοετείς φοιτήτριες αποτελούν το 85,2 % και οι φοιτητές το 14,8 % του συνόλου με μέσο όρο ηλικίας τα 20, 5±3,7 έτη. Ως τόπο μόνιμης κατοικίας αναφέρουν περίπου οι μισοί (45,9 %) το Ηράκλειο, το 26,2 % την Αθήνα, ενώ οι υπόλοιποι που αποτελούν το 27,8 % του συνόλου προέρχονταν από την υπόλοιπη Ελλάδα.

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων τους οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι κυρίως Γυμνασίου-Λυκείου. Συγκεκριμένα το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα τους είναι: απόφοιτοι γυμνασίου- λυκείου το 39,3 %, δημοτικού το 34,9 % και απόφοιτοι σχολών Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι. το 26,2 %. Τα 2/3 των μητέρων τους είναι απόφοιτες γυμνασίου και λυκείου, δημοτικού το 21,3 %, ενώ ένα αρκετά μικρό ποσοστό (13,1 %) έχει αποφοιτήσει από σχολές των Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι. και από ΙΕΚ (1,6 %.)

Όσον αφορά τους τελειόφοιτους φοιτητές του δείγματος μας, οι γυναίκες αποτελούσαν ένα εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό (93,6 %) ενώ οι άνδρες το 6,4 %. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 22 ±3,4 έτη. Ως τόπο μόνιμης κατοικίας αναφέρει το 23,4 % τη Β. Ελλάδα, την Αθήνα το 21,3 %, το Ηράκλειο το 19,1 % και οι υπόλοιποι (36,1%) προέρχονταν από άλλα μέρη της χώρας μας.

Το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα είναι απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου σε ποσοστό 42,6 %, δημοτικού το 31,9 % και Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι. το 23,5 %. Ενώ το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι γυμνασίου- λυκείου το 67,4 %, Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι. το 17,4 % και δημοτικό το 15,2 %. (πίνακας 1)

Στη μελέτη μας σημαντικό εύρημα αποτελεί το φαινόμενο πως οι περισσότεροι καπνιστές είναι τελειόφοιτοι παρά τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει κατά τη διάρκεια των σπουδών τους στο τμήμα Νοσηλευτικής. Συγκεκριμένα, (πίνακας 2) φαίνεται ότι οι 17 από τους 61 πρωτοετείς καπνίζουν σε σύγκριση με τους τελειοφοίτους που καπνίζουν οι 22 από τους 47. (p=0,042)

Από το σύνολο των πρωτοετών οι 12 καπνίζουν έξι με είκοσι τσιγάρα, οι 2 καπνίζουν περισσότερα από είκοσι και οι 3 λιγότερα από πέντε την ημέρα. Ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία 16,6±1,5 χωρίς στην συντριπτική πλειοψηφία να αναφέρουν κάποια αιτία για την έναρξη του καπνίσματος. Το 43,8 % δήλωσε ότι ξοδεύει λιγότερα από 10€ την εβδομάδα, το 37,5% από 11 έως 20€ και το 18,8% παραπάνω από 20€εβδομαδιαίως.

Από τους 22 τελειόφοιτους που καπνίζουν, οι 10 καπνίζουν ημερησίως έξι με είκοσι τσιγάρα, τα 7 άτομα περισσότερα από είκοσι και τα 5 λιγότερα από πέντε. Απαισιόδοξο αποτελεί το γεγονός ότι οι πρωτοετείς ξεκίνησαν νωρίτερα το κάπνισμα σε σύγκριση με τους τελειόφοιτους που ξεκίνησαν γύρω στα 20 έτη τους ( $p=0,021$ ).

Κι αυτή η ομάδα των φοιτητών ανέφερε ότι σε ποσοστό 82,6 % δεν υπήρξε καμία αιτία, το 8,7% απάντησε λόγω εμφάνισης κάποιου θανάτου, ένα 4,3% λόγω άγχους κι ένα άλλο 4,3% ήταν αποτέλεσμα προσωπικής αιτίας. Τέλος το 47,8% των τελειοφοίτων ξοδεύει λιγότερα από 10€, το 43,8% ξοδεύει από 11 έως 20€ και το 8,7% περισσότερα από 20€εβδομαδιαίως. (βλ. πίνακα 2)

Η μελέτη μας έδειξε ότι τόσο οι πρωτοετείς όσο και οι τελειόφοιτοι συνδυάζουν το τσιγάρο κυρίως με το καφέ (52,9% και 63,6% αντίστοιχα), όταν βγαίνουν σε μπαρ και σε αντίστοιχα μαγαζιά (35,3% των πρωτοετών και το 54,5% των τελειοφοίτων αντίστοιχα), όταν έχουν άγχος (50% των τελειόφοιτων και το 23,5% των πρωτοετών αντίστοιχα) χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος, αλλά από συνήθεια (το 40,9% των τελειόφοιτων και το 35,3% των πρωτοετών αντίστοιχα) Τέλος, μόνο το 18,2% των τελειόφοιτων και το 11,2% των πρωτοετών καπνίζει όταν διαβάζει. (βλ. σχήμα 1)

Στην ερώτηση μας ποιοι έχουν κάνει προσπάθεια διακοπής ή μείωσης του καπνίσματος οι μισοί περίπου καπνιστές πρωτοετείς (56,2%) απάντησαν ότι διέκοψαν το κάπνισμα το πολύ για ένα χρόνο. Ως κύριες αιτίες διακοπής του καπνίσματος ανέφεραν προβλήματα υγείας (25%), οικονομικούς (25%) και άλλους λόγους που δεν αναφέρονται (25%). Μόλις 1 φοιτητής αποφάσισε να το διακόψει γιατί το επιθυμούσε ο ίδιος. Ένας εξαιρετικά μεγάλος αριθμός πρωτοετών (80%) ανέφερε ότι θα ήθελε να παρακολουθήσει πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος από ειδικευμένη ομάδα στο Τ.Ε.Ι, εφόσον υπήρχε αυτή η δυνατότητα.

Οι μισοί περίπου τελειόφοιτοι (45,5%) έχουν κάνει προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος για λιγότερο από ένα χρόνο, ενώ το 13,6 % για περισσότερο από ένα χρόνο. Οι λόγοι που αναφέρουν ως αιτίες διακοπής του καπνίσματος είναι: προβλήματα υγείας (50%), οικονομικοί λόγοι (16,7%), συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες (8,3%), αποτέλεσμα προσωπικής θέλησης (8,3%) και για λόγους που δεν αναφέρονται ένα άλλο 8,3%.

Σε αντίθεση με τους πρωτοετείς μόνο το 45,5% θα παρακολουθούσε αν του δινόταν η ευκαιρία πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος από ειδικευμένη ομάδα ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης στο Τ.Ε.Ι. (βλ. πίνακα 3).

Οι τελειόφοιτοι σε σύγκριση με τους πρωτοετείς φαίνεται να έχουν περισσότερες γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος. Οι τελειόφοιτοι σε σχέση με τους πρωτοετείς γνωρίζουν ότι το τσιγάρο προκαλεί καρδιαγγειακά νοσήματα (ποσοστά 93,6% με 78,7 % αντίστοιχα  $p=0,03$ ). Το 89,4% των τελειοφοίτων γνωρίζει επίσης την χρόνια βρογχίτιδα ως συνέπεια του καπνίσματος σε σχέση με τους πρωτοετείς που μόνο το 50,8% διαθέτει την συγκεκριμένη γνώση ( $p<0,001$ ). Όσον αφορά την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια το 80,9% των τελειοφοίτων την γνωρίζει σε αντίθεση με τους το 27,9% των πρωτοετών ( $p<0,001$ ). Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το μικρό ποσοστό των τελειοφοίτων (12,8%) και των πρωτοετών (1,6%) που γνωρίζει την εμφάνιση πιθανής καρκινογένεσης ( $P\text{-value}=0,020$ ). Τέλος το 38,3% των τελειοφοίτων και το 13,1% των πρωτοετών απαντούν λανθασμένα ότι το κάπνισμα προκαλεί μείωση της Α.Π. ( $p=0,002$ ). (βλ. σχήμα 2)

Όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ από τους πρωτοετείς φοιτητές της μελέτης το 59% δηλώνει ότι πίνει κατά την έξοδο του σε μπαρ ή αντίστοιχα μαγαζιά, το 24,6% πίνει σπάνια και το 16,4% δεν πίνει. Προτιμούν συνήθως τη μύρα (64,5%), ούισκι και βότκα (60,6%), ενώ μικρό ποσοστό προτιμάει παραδοσιακά ποτά όπως το ρακί και το ούζο (36,8%) και το 1% κρασί. Το 25% δήλωσε ότι το αλκοόλ που καταναλώνουν επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι πίνουν, κάποιοι πρωτοετείς (86,4%), πίνουν από 1 έως 5 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα. Σχετικά με τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην έναρξη κατανάλωσης αλκοόλ, το 53,5% απάντησε πίνει για την παρέα, το 33,3% για να έχει καλύτερη διάθεση και μόλις το 6,7% γιατί τους αρέσει να πίνουν. Ποσοστό 6,7% των πρωτοετών δεν αναφέρουν αιτίες κατανάλωσης αλκοόλ.

Η συντριπτική πλειοψηφία των πρωτοετών 86% ξοδεύει σε αγορά ποτών την εβδομάδα λιγότερα από 10 €.

Στην ερώτηση εάν οδηγούν μετά από κατανάλωση αλκοόλ, το 89% απάντησε αρνητικά, υπάρχουν όμως μερικοί που οδηγούν, (~10%) γεγονός που ελλοχεύει κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος.

Η πλειοψηφία των πρωτοετών 93,5% υποστήριξε ότι δεν εμφάνισε ποτέ κάποιο πρόβλημα υγείας λόγω αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ μικρά ποσοστά καταγράφονται σχετικά με το αν έχουν πάρει κλήση τροχαίας/ αστυνομίας λόγω αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ (11,1%) και για το αν θα ανέβαιναν σε μηχανάκι ή αυτοκίνητο που ο οδηγός έχει πει αρκετά (10%).



Από τους τελειόφοιτους φοιτητές το 57,4% δηλώνει ότι πίνει κατά την έξοδο του σε μπαρ ή αντίστοιχα μαγαζιά, το 29,8 % πίνει σπάνια και το 12,8% δεν πίνει. Προτιμούν συνήθως την μπύρα (60%), το ουίσκι και βότκα (48,4%), τη ρακί και το ούζο (12,0%) και το κρασί (1%).

Περίπου το 1/3 αναφέρει ότι το αλκοόλ που καταναλώνουν επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι περισσότεροι (82,5%) πίνουν από 1 έως 5 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα, ενώ από 6 έως 10 ποτήρια πίνει το 15% και έντεκα με είκοσι ποτήρια το 2,5 %.

Σχετικά με τους παράγοντες που τους οδήγησαν στην έναρξη κατανάλωσης αλκοόλ, το 63,4% απάντησε ότι το έκανε για την παρέα, το 26,8% για να έχει καλύτερη διάθεση, το 7,3% γιατί τους αρέσει να πίνουν. Το 71,8% ξοδεύει σε αγορά ποτών την εβδομάδα λιγότερα από 15 €, ενώ το 23,1% ξοδεύει από 15 έως 30 € και το 2% περισσότερα από 30 €.

Στην ερώτηση οδηγούν μετά από κατανάλωση αλκοόλ, παρατηρείται ότι ένα μικρό ποσοστό (12,2%) απαντάει θετικά κι αυτό ελλοχεύει κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος όπως το ίδιο ισχύει και για τους πρωτοετείς.

Το 92,5% των τελειοφοίτων είπε ότι δεν εμφάνισε κάποιο πρόβλημα υγείας λόγω αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ κι ένα 7,3% δήλωσε ότι έχει πάρει κλήση τροχαίας/αστυνομίας. Τέλος, το 74,5% δεν θα ανέβαινε σε μηχανάκι ή αυτοκίνητο που ο οδηγός έχει πει αρκετά ωστόσο όμως είναι ανησυχητικό ότι σχεδόν το 25% απάντησε θετικά. (p=0,049). (βλ. πίνακα 4)

Όσον αφορά το 95,7% των τελειόφοιτων και το 68,9% των πρωτοετών οι γνώσεις που έχουν για τις επιπτώσεις που οφείλονται στο αλκοόλ είναι: Το 68,9% των πρωτοετών γνωρίζει την κίρρωση, το 59% τις εγκεφαλικές βλάβες, το 49,2% τις παθήσεις μυών, το 44,7% τον ίλιγγο, το 41% τον καρκίνο οισοφάγου και το 21,3% την χαμηλή Α.Π. Ενώ το 66% των τελειόφοιτων γνωρίζει τις παθήσεις μυών, το 63,8% τις εγκεφαλικές βλάβες, το 48,9% τον καρκίνο του οισοφάγου, το 44,7% τον ίλιγγο και το 31,9% τη χαμηλή Α.Π. (βλ. σχήμα 3)

Όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, θετικά απάντησαν μόνο 2 τελειόφοιτοι από το σύνολο του δείγματος οι οποίοι έκαναν χρήση χασίς σε ηλικία 20 ετών, αλλά τώρα έχουν διακόψει τη χρήση. Απ' ότι λένε, έκαναν χρήση σε φιλικό περιβάλλον για δοκιμή. Τέλος, η πλειοψηφία πρωτοετών και τελειόφοιτων (94,4% και 96,4% αντίστοιχα), θα ήθελαν να υπήρχε μια υποστηρικτική ομάδα για ενημέρωση και βοήθεια σε θέματα ναρκωτικών ουσιών. (βλ. πίνακα 5)

Όσον αφορά τις συνήθειες και γνώσεις αντισύλληψης οι 44 από τους 61 πρωτοετείς απάντησαν ότι έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, με μέσο όρο έναρξης της σεξουαλικής ζωής τα 17,5 έτη. Το 89,7% των πρωτοετών χρησιμοποίησαν πρώτη φορά το προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης, ενώ ανησυχητικό είναι το ποσοστό των φοιτητών (10,3%) που δήλωσε ότι δεν χρησιμοποίησαν καμία μέθοδο αντισύλληψης την πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Σχεδόν όλοι οι τελειόφοιτοι (97,6%) ανέφεραν ότι έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, με μέσο όρο έναρξης της σεξουαλικής ζωής τα 18,2 έτη. Το 86,4% των τελειόφοιτων χρησιμοποίησαν πρώτη φορά το προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης και ένα 11,4% δήλωσε ότι δεν χρησιμοποίησαν καμία μέθοδο αντισύλληψης την πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Σχεδόν όλοι οι πρωτοετείς και τελειόφοιτοι (88,6% και 93,5% αντίστοιχα) ανέφεραν ότι η πρώτη τους σεξουαλική επαφή ήταν σε σχέση που κράτησε κάποιο χρονικό διάστημα. Το 47,7% των πρωτοετών και το 52,2% των τελειόφοιτων απάντησε ότι ο σύντροφος τους ήταν συνομήλικος, το 43,2% των πρωτοετών και το 41,3% των τελειόφοιτων ότι ήταν μεγαλύτερος, ενώ μικρά ποσοστά (9,1% για τους πρωτοετείς και 6,5% για τους τελειόφοιτους αντίστοιχα) απάντησαν ότι ήταν μικρότερος.

Το 76,7% των πρωτοετών και το 78,3% των τελειόφοιτων φοιτητών δήλωσαν ότι τον τελευταίο χρόνο είχαν 1 με 2 ερωτικούς συντρόφους.

Η πλειοψηφία, των πρωτοετών (79,5%) και το 63,0% των τελειόφοιτων ανέφερε ότι χρησιμοποιούν το (ανδρικό) προφυλακτικό ως αντισυλληπτική μέθοδο, 5 φοιτητές (1 πρωτοετείς και 4 τελειόφοιτοι) αναφέρουν ότι δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο ενώ 11 φοιτητές (3 πρωτοετείς και 8 τελειόφοιτοι) χρησιμοποιούν τη διακεκομμένη συνουσία, πρακτική που εκθέτει τους φοιτητές στον κίνδυνο ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Στην ερώτηση για ποιο λόγο χρησιμοποιούν τις αντισυλληπτικές μεθόδους το 85,7% των πρωτοετών και το 86,4% των τελειόφοιτων απάντησαν και για τους δυο λόγους, για την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και για την προστασία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι 6 άτομα (1 πρωτοετής και 5 τελειόφοιτοι) αντίστοιχα έχουν νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα. Η πλειοψηφία των φοιτητών (75,9% για τους πρωτοετείς και 60,5% για τους τελειόφοιτους αντίστοιχα) δήλωσε ότι δεν θα επέλεγαν την έκτρωση σε περίπτωση μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενώ

σημαντικό φαίνεται ότι αρκετοί φοιτητές (24,1% από τους πρωτοετείς και 39,5% από τους τελειόφοιτους αντίστοιχα) ανέφεραν ότι θα επέλεγαν τη λύση της έκτρωσης.

Όσον αφορά τη γνώση τους σε θέματα αντισύλληψης οι πρωτοετείς τη βαθμολογούν ως άριστη με 15,8%, ως πολύ καλή με 49,1% και ως καλή 33,3%, ενώ οι τελειόφοιτοι την βαθμολογούν ως άριστη με 34,8%, ως πολύ καλή με 50% και ως καλή με 10,9% ( $P=0.02$ ). Το 31,4% των πρωτοετών (γυναικών) επισκέπτονται μια φορά το χρόνο τον γυναικολόγο τους και ένα σημαντικό ποσοστό 29,4% τον επισκέπτονται, μόνο όταν έχουν πρόβλημα. Το 48,8% των τελειόφοιτων επισκέπτονται μια φορά το χρόνο τον γυναικολόγο τους και ένα 9,3 % τον επισκέπτονται, μόνο όταν έχουν πρόβλημα. (βλ. πίνακα 6)

Τόσο οι πρωτοετείς όσο και οι τελειόφοιτοι φοιτητές γνωρίζουν τις περισσότερες από τις ήδη υπάρχουσες αντισυλληπτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται. Με βάση τα αποτελέσματα που φαίνονται στο σχήμα 4 οι φοιτητές γνωρίζουν τη χρήση (ανδρικού) προφυλακτικού (95,1% των πρωτοετών και 100% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), το αντισυλληπτικό χάπι (93,4% των πρωτοετών και 95,7% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), το ενδομήτριο σπирάλ (78,7% των πρωτοετών και 87,2% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), τη διακεκομμένη συνουσία (57,4% των πρωτοετών και 85,1% των τελειόφοιτων αντίστοιχα) και κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης (6,6% των πρωτοετών και 14,9% των τελειόφοιτων αντίστοιχα). Υπάρχει διαφορά μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων όσον αφορά τη γνώση τους για την διακεκομμένη συνουσία (57,4% και 85,1% αντίστοιχα). ( $p=0,002$ ). (βλ. σχήμα 4)

Σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής οι φοιτητές ενημερώνονται περισσότερο από το σχολείο (65,6% των πρωτοετών και 48,9% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), την οικογένεια (54,1% των πρωτοετών και 63,8% των τελειόφοιτων), τους φίλους (52,5% των πρωτοετών και 36,2% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), τα Μ.Μ.Ε (42,6% των πρωτοετών και 46,8% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), τα μαθήματα του ΤΕΙ (26,2% των πρωτοετών και 53,2% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), και το διαδίκτυο (19,7% των πρωτοετών και 36,2% των τελειόφοιτων αντίστοιχα). Βλέπουμε ότι οι τελειόφοιτοι φοιτητές θεωρούν μια από τις κύριες πηγές ενημέρωσης τους τα μαθήματα του ΤΕΙ ( $p=0,005$ ). (βλ. σχήμα 5)

Όσον αφορά τις γνώσεις των φοιτητών για τα Σ.Μ.Ν. (σχήμα 6) φαίνεται ότι οι περισσότεροι γνωρίζουν το AIDS (78,7% των πρωτοετών και το 89,4% των

τελειόφοιτων), τη σύφιλη (65,6% των πρωτοετών και 57,4% των τελειόφοιτων), τα κονδυλώματα (19,7% των πρωτοετών και 38,3% των τελειόφοιτων), την ηπατίτιδα (19,7% των πρωτοετών και 38,3% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), και τα χλαμύδια (16,4% των πρωτοετών και 25,5% των τελειόφοιτων αντίστοιχα). (βλ. σχήμα 6)

Με τα αποτελέσματα του πίνακα 7 που αφορούν τις συνήθειες υγείας και υγιεινής από τους φοιτητές της μελέτης μας, παρατηρούμε ότι οι πρωτοετείς φοιτητές υποβλήθηκαν τον τελευταίο χρόνο στις ακόλουθες προληπτικές εξετάσεις με ποσοστό 91,8% γενική αίματος, 57,4% ακτινογραφία θώρακος, 39,3% βιοχημικές εξετάσεις, 36,1% κλινική εξέταση, 32,8% τεστ Παπανικολάου (για τις γυναίκες) και 14% ηλεκτροκαρδιογράφημα. Οι τελειόφοιτοι πραγματοποίησαν με ποσοστό 93,6% γενική αίματος, 78,7% βιοχημικές εξετάσεις, 74,5% τεστ Παπανικολάου (για τις γυναίκες), 48,9% κλινική εξέταση, 23,4% ακτινογραφία θώρακος και 23,4% ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών απάντησε ότι πλένει τα χέρια του πριν και μετά την τουαλέτα καθώς και πριν και μετά το φαγητό.

Η πλειοψηφία των φοιτητών απάντησε ότι πλένει τα δόντια τους πρωί – βράδυ (πρωτοετείς με ποσοστό 73,8% και τελειόφοιτοι 76,6% αντίστοιχα).

Το 91,4% των πρωτοετών και το 93,5% των τελειόφοιτων θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η συμμετοχή τους σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο, κυρίως για λόγους πρόληψης (94,3% των πρωτοετών και 76,5% των τελειόφοιτων αντίστοιχα) και για λόγους προαγωγής της υγείας (5,7% των πρωτοετών και 23,5% των τελειόφοιτων αντίστοιχα). Τόσο οι τελειόφοιτοι όσο και οι πρωτοετείς βαθμολογούν την υγεία τους με 7,7/10. Το 55,7% των πρωτοετών και το 54,3% των τελειόφοιτων δηλώνει ότι γυμνάζεται, ενώ το 44,3% των πρωτοετών και το 45,7% των τελειόφοιτων δεν γυμνάζεται καθόλου.

Οι φοιτητές κρίνουν ότι η διατροφή τους είναι πολύ καλή έως άριστη (23% των πρωτοετών και 27,9% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), μέτρια έως καλή (70,5% των πρωτοετών και 68,1% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), και καθόλου υγιεινή (6,6% των πρωτοετών και 4,3% των τελειόφοιτων αντίστοιχα).

Οι φοιτητές θεωρούν ότι οι παράγοντες που τους οδήγησαν στην απόκτηση συνηθειών που βλάπτουν την υγεία είναι οι διαφημίσεις προϊόντων (34,5% των πρωτοετών και 37,8% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), το φιλικό περιβάλλον (55,2% των πρωτοετών και 35,6% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), το οικογενειακό περιβάλλον (3,4% των πρωτοετών και 15,6% των τελειόφοιτων αντίστοιχα), η

φοιτητική ζωή (1,7% πρωτοετείς και 6,7% τελειόφοιτοι αντίστοιχα) και ότι ήταν προσωπική επιλογή (3,4% πρωτοετείς και 4,4% τελειόφοιτοι αντίστοιχα).

Οι μισοί περίπου φοιτητές δήλωσαν (55,7% των πρωτοετών και 51,1% των τελειόφοιτων) ότι είναι πολύ ενημερωμένοι σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους. (βλ. Πίνακα 7)

Οι πρωτοετείς θεωρούν ως κύρια πηγή ενημέρωσης τους σε θέματα υγείας τους γονείς τους, ακολουθούν τα μαθήματα του T.E.I., τα M.M.E., οι φίλοι, το διαδίκτυο, άλλα βιβλία και τέλος τα ενημερωτικά φυλλάδια, ενώ οι τελειόφοιτοι θεωρούν ως κύρια πηγή τα μαθήματα του T.E.I. και ακολουθούν οι γονείς τους, τα M.M.E., άλλα βιβλία, το διαδίκτυο, τα ενημερωτικά φυλλάδια και τέλος οι φίλοι τους.

Στην ερώτηση ποιον θεωρούν τον καλύτερο τρόπο ενημέρωσης και οι δυο ομάδες απάντησαν τα μαθήματα του T.E.I. και τους γονείς τους, ενώ χαρακτήρισαν τους φίλους τους ως τον χειρότερο τρόπο ενημέρωσης. (βλ. πίνακα 8)

Στην ερώτηση αν οι συνήθειες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ επηρεάζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, το μεγαλύτερο ποσοστό των πρωτοετών (66,7%) απάντησε καθόλου, το 17,5% απάντησε λίγο, το 12,3% και το 3,5% απάντησε πολύ και πάρα πολύ αντίστοιχα. Στην ίδια ερώτηση οι περισσότεροι τελειόφοιτοι απάντησαν καθόλου και λίγο (με ποσοστό 40,9% αντίστοιχα), ενώ το 13,6% απάντησε πολύ και το 4,5% πάρα πολύ ( $p=0,047$ ).

Όσον αφορά το βαθμό στον οποίο επηρεάζονται, από τους πρωτοετείς το 31% απάντησε μάλλον αρνητικά, το 28,6% αρνητικά, το 21,4% μάλλον θετικά και το 19% θετικά. Από τους τελειόφοιτους το 62,2% είπε ότι επηρεάζονται μάλλον αρνητικά, το 16,2% θετικά, το 13,5% μάλλον θετικά και το 8,1% αρνητικά ( $p=0,025$ ). (βλ. πίνακα 9)

Σχετικά με το ποιες θεωρούν ως χειρότερες συμπεριφορές υγείας, από τους πρωτοετείς το 42,6% θεωρεί την κακή διατροφή, το 39,3% τα ναρκωτικά, το 36,1% την ελλιπή σωματική άσκηση, το 32,8% το κάπνισμα, το 16,4% το αλκοόλ, το 13,1% τη μη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις και το 9,8% την απουσία χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων. Από τους τελειόφοιτους το 61,7% θεωρεί την ελλιπή σωματική άσκηση, το 38,3% την κακή διατροφή, το 38,3% το κάπνισμα, το 21,3% το αλκοόλ, το 19,1% την απουσία χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων, το 17% τα ναρκωτικά και το 12,8% τη μη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις.

Βλέπουμε ότι σχεδόν διπλάσιος αριθμός τελειοφοίτων θεωρεί την ελλιπή σωματική άσκηση ως κακή συμπεριφορά υγείας. ( $p=0,008$ ) (βλ. σχήμα 7)

Από το σύνολο των τελειόφοιτων (47), οι 11 πιστεύουν ότι οι γνώσεις τους σε θέματα υγείας μετά την εκπαίδευση τους στο Τ.Ε.Ι, βελτιώθηκαν κατά 81% - 100%, οι 22 πιστεύουν κατά 61 - 80%, οι 8 κατά 41 - 60% οι 2 κατά 21 - 40% και τέλος οι 4 κατά 0-20%. (βλ. σχήμα 8)

Στην ερώτηση κατά πόσο άλλαξε η συμπεριφορά και οι συνήθειες των τελειόφοιτων μετά την εκπαίδευση τους στο Τ.Ε.Ι., το 47% απάντησε πολύ, το 28% πάρα πολύ, το 23% λίγο και το 2% καθόλου. (βλ. σχήμα 9)

Όταν τους ζητήθηκε να απαντήσουν για τις αιτίες που τους βοήθησαν να αλλάξουν τις συνήθειες τους, το 66% απάντησε τα μαθήματα του Τ.Ε.Ι., ακολουθούν τα Μ.Μ.Ε., τα βιβλία εκτός Τ.Ε.Ι και το διαδίκτυο (με ποσοστό 9% αντίστοιχα), και τέλος το 7% απάντησε τα ενημερωτικά φυλλάδια. (βλ. σχήμα 10)

Σχετικά με το αν υπάρχουν μαθήματα στο Τ.Ε.Ι που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας και στη μείωση κακών συμπεριφορών υγείας, 83% των τελειόφοιτων απάντησε θετικά. Συγκεκριμένα αναφέρουν, με φθίνουσα σειρά, την αγωγή υγείας (64%), την κοινοτική νοσηλευτική (23%), την παθολογία και την διατροφή (με 15% αντίστοιχα) και τέλος την υγιεινή περιβάλλοντος (6%).

Όσον αφορά τα μαθήματα που προάγουν την υγεία, αυτά που κατέταξαν με φθίνουσα σειρά είναι η προληπτική ιατρική (15%), η σεξουαλική αγωγή (13%), και τέλος η καρδιολογική νοσηλευτική και η διαιτολογία (14% αντίστοιχα). (βλ. σχήμα 11)

Παράγοντες που χαρακτήρισαν οι τελειόφοιτοι ως θετικούς στη λήψη αποφάσεων για την τήρηση υγιεινού τρόπου ζωής είναι, με φθίνουσα σειρά, το οικογενειακό περιβάλλον (57,4%), οι καθηγητές του Τ.Ε.Ι. (17%), το φιλικό περιβάλλον (12,8%), τα Μ.Μ.Ε. (6,4%), τα ενημερωτικά φυλλάδια (4,3%) και το διαδίκτυο (2,1%).

Ως αρνητικούς παράγοντες χαρακτήρισαν τα ενημερωτικά φυλλάδια (33,3%), το φιλικό περιβάλλον (27,1%) το διαδίκτυο (16,7%), τα Μ.Μ.Ε. και το επαγγελματικό περιβάλλον (8,3% αντίστοιχα), το οικογενειακό περιβάλλον (4,2%), και τέλος τους καθηγητές του Τ.Ε.Ι. (2,1%) ( $p < 0,001$ )

Παρατηρούμε ότι περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές είπαν ότι το οικογενειακό περιβάλλον επιδρά θετικά στην τήρηση υγιεινού τρόπου ζωής. Ενώ αντίθετα, ο παράγοντας που ασκεί τη μεγαλύτερη αρνητική επίδραση φαίνεται να είναι τα ενημερωτικά φυλλάδια. Επίσης, βλέπουμε ότι όλοι οι τελειόφοιτοι είπαν ότι το επαγγελματικό περιβάλλον έχει μόνο αρνητική επίδραση. (βλ. σχήμα 12)

Σε επίπεδο Τ.Ε.Ι., το 73% των τελειόφοιτων υποστήριξε ότι η αλλαγή και η τήρηση υγιεινού τρόπου ζωής είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων μαθημάτων, ενώ με χαμηλότερα ποσοστά αξιολογούνται η επίδραση συγκεκριμένων καθηγητών στο Τ.Ε.Ι. (10%), συγκεκριμένων μαθημάτων και καθηγητών (10%) και τέλος στην καλύτερη νοοτροπία (7%). (βλ. σχήμα 13)

Όσον αφορά τους κινδύνους από τις απόψεις των τελειόφοιτων έναντι των πρωτοετών για τη συνήθεια του καπνίσματος οι τελειόφοιτοι εκφράζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό, κατά 4 φορές περίπου, την άποψη ότι το κάπνισμα προκαλεί καρδιαγγειακά νοσήματα, κατά 8 φορές περισσότερο ότι προκαλεί χρόνια βρογχίτιδα και κατά 11 φορές περίπου περισσότερο ότι προκαλεί Χ.Α.Π., έναντι των πρωτοετών. Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνεύματος, οι τελειόφοιτοι εκφράζουν κατά 10 φορές περισσότερο την άποψη ότι το αλκοόλ προκαλεί κίρρωση του ήπατος και κατά 1,5 φορά περίπου περισσότερο ότι προκαλεί καρκίνο οισοφάγου, έναντι των πρωτοετών. Για τα Σ.Μ.Ν. οι τελειόφοιτοι γνωρίζουν κατά 2,5 φορές περισσότερο την ηπατίτιδα και κατά 1,8 φορές περισσότερο τα χλαμύδια, έναντι των πρωτοετών. Αυτό στην ουσία δηλώνει ότι οι τελειόφοιτοι απέκτησαν γνώσεις στα σχετικά θέματα. (βλ. σχήμα 14)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από 108 άτομα, 61 πρωτοετείς και 47 τελειόφοιτους. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι κάτοικοι εκτός Κρήτης, γεγονός που δικαιολογείται από τον μεγάλο αριθμό των νοσηλευτικών σχολών στην Ελλάδα και την προτίμηση των φοιτητών να παραμένουν κοντά στον τόπο διαμονής τους.

Σύμφωνα με την έρευνα μας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τόσο για τους πρωτοετείς όσο και για τους τελειόφοιτους φαίνεται να είναι το ίδιο χωρίς σημαντικές διαφορές.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας φαίνεται ότι ένα υψηλό ποσοστό (36,1%) είναι καπνιστές, από τους οποίους το 17,3% καπνίζει λιγότερο από 5 τσιγάρα την ημέρα, το 58% 6-20 τσιγάρα και το 25% περισσότερο από 20 τσιγάρα, ενώ παρατηρείται σημαντική στατιστική διαφορά καπνίσματος μεταξύ πρωτοετών και τελειόφοιτων. Φαίνεται ότι οι τελειόφοιτοι καπνίζουν πολύ περισσότερο από τους πρωτοετείς χωρίς να δηλώνουν κάποιο προφανή λόγο.

Σε έρευνα που έγινε στην Ιατρική σχολή στο Πανεπιστήμιο Κρήτης σε δείγμα 849 φοιτητών Ιατρικής <sup>82</sup>, φαίνεται ότι οι καπνιστές αποτελούν το 30,8% του συνόλου, από τους οποίους το 35,9% καπνίζει λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα, το 49% 10-20 τσιγάρα την ημέρα και το 15,1% περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα. Αντίθετα σε έρευνα που έγινε από το Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο σε δείγμα φοιτητών <sup>81</sup>, φάνηκε ότι το 58% των φοιτητών είναι συστηματικοί καπνιστές από τους οποίους το 26% καπνίζει 1-10 τσιγάρα ημερησίως, το 43% 11-20 τσιγάρα ημερησίως και το 31% περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως. Είναι φανερό από τις ελληνικές μελέτες ότι είμαστε κάπου στη μέση σε αριθμό φοιτητών, αν και θα περιμέναμε ο αριθμός των τελειόφοιτων που καπνίζουν να είναι μικρότερος λόγω της γνώσης των επιπτώσεων που αυτός προκαλεί και φυσικά του αντίστοιχου επιπέδου σπουδών που εστιάζει στην υγεία.

Σύμφωνα με την έρευνα μας ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος είναι τα 17,3 έτη. Οι τελειόφοιτοι καπνιστές είναι περισσότεροι (46,8%) από τους πρωτοετείς (27,9%), ( $p=0,042$ ), όμως οι πρωτοετείς ξεκίνησαν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία από τους τελειόφοιτους ( $p=0,021$ ). Στη μελέτη GYTS που διενεργήθηκε το έτος 2004 - 2005 σε μαθητές Γυμνασίου <sup>90</sup>, το 32,1% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι είχε δοκιμάσει τσιγάρο στο παρελθόν ενώ το 16,2% των



μαθητών δήλωσε ότι ήταν τακτικοί καπνιστές, γεγονός που υποδηλώνει μια γενικότερη τάση των εφήβων τα τελευταία χρόνια να ξεκινούν το κάπνισμα σε νεότερη ηλικία και κατά συνέπεια τα μέτρα και η εκπαίδευση κατά του καπνίσματος να ξεκινούν σε μικρότερες ηλικίες (δημοτικό-γυμνάσιο) και με πιο εντατικό και συστηματικό ρυθμό.

Οι νέοι συνδυάζουν το κάπνισμα συνήθως με τον καφέ (58%), κατά την έξοδο τους σε μπαρ και σε αντίστοιχα μαγαζιά (45%), σε στρεσογόνες καταστάσεις (36,8%) και χωρίς να υπάρχουν λόγοι απλά από συνήθεια (38%), σε αντίθεση με την έρευνα του Ελληνικού Στατιστικού Ινστιτούτου <sup>81</sup>, όπου η πλειοψηφία των φοιτητών έδωσε ως απάντηση την συνήθεια.

Από την ίδια έρευνα <sup>81</sup>, ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος είναι για τα  $\frac{3}{4}$  των συμμετεχόντων πριν τα 18 έτη, ενώ από την έρευνα που έγινε στην Ιατρική σχολή στο Πανεπιστήμιο Κρήτης <sup>82</sup>, φαίνεται ότι τα  $\frac{3}{4}$  των φοιτητών Ιατρικής άρχισαν το κάπνισμα μετά τα 18 έτη.

Τα ποτά που κυρίως προτιμούν οι φοιτητές να πίνουν είναι η μπίρα (62,3%) και το ούισκι-βότκα (54,5%), ενώ και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Αθηνών σε δείγμα 510 φοιτητών,<sup>83</sup> η κύρια προτίμηση τους είναι επίσης η μπίρα (16,4%) και ακολουθεί το κρασί (13,4%).

Σχετικά με το αν οι νέοι οδηγούν μετά από κατανάλωση αλκοόλ το 14% απάντησε θετικά. Αντίστοιχο είναι και το ποσοστό που βρέθηκε και στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα εφήβων ηλικίας 13 έως 18 ετών <sup>84</sup>. Αυτό είναι πολύ ανησυχητικό διότι ο συνδυασμός αλκοόλ και οδήγησης μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε θανατηφόρα ατυχήματα. Τα προγράμματα αγωγής υγείας σε επίπεδο σχολείου και Τ.Ε.Ι. θα πρέπει να τονίσουν τις συνέπειες του συνδυασμού αλκοόλ-οδήγησης και να πείσουν τους νέους να μην οδηγούν μετά από κατανάλωση οινοπνεύματος.

Οι τελειόφοιτοι έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις του αλκοόλ στη υγεία σε σύγκριση με τους πρωτοετείς. Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ως προς τις γνώσεις τους για την κίρρωση. ( $p=0,001$ ). Σε αντίθεση με τους πρωτοετείς σχεδόν όλοι οι τελειόφοιτοι γνωρίζουν την κίρρωση του ήπατος ως συνέπεια της κατάχρησης του αλκοόλ. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα των γνώσεων που έχουν λάβει από τα μαθήματα του Τ.Ε.Ι.

Όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών το 4,3% δήλωσε ότι έχει κάνει χρήση χασίς το οποίο τους το προμήθευσε φίλος ή γνωστός. Μεγαλύτερα ποσοστά έδειξε η έρευνα της εταιρείας Kara Research σε νέους ηλικίας 15 έως 29 ετών <sup>85</sup>, απ'όπου

προκύπτει ότι σχεδόν οι μισοί νέοι είχαν δεχτεί πρόταση από φίλους ή γνωστούς να δοκιμάσουν χασίς και φαίνεται ότι το 12,3% τελικά δέχτηκε να κάνει χρήση.

Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής ζωής των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα μας ήταν τα 17,9έτη. Η πλειοψηφία των φοιτητών χρησιμοποίησε το (ανδρικό) προφυλακτικό ως μέθοδο αντισύλληψης κατά την πρώτη τους σεξουαλική επαφή. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τη σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης σε δείγμα 600 φοιτητών<sup>86</sup>, έδειξε ότι η ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής ήταν για τα 2/3 των φοιτητών τα 16έτη και οι περισσότεροι από αυτούς (71%) χρησιμοποίησαν αντισυλληπτική μέθοδο το ανδρικό προφυλακτικό. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Κρήτης ξεκίνησαν την σεξουαλική τους ζωή σε μεγαλύτερη ηλικία και χρησιμοποίησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό το ενδεδειγμένο για αυτή την ηλικία ανδρικό προφυλακτικό προφυλακτικό.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 14,8% των φοιτητών χρησιμοποιεί ως μέθοδο αντισύλληψης την διακεκομμένη συνουσία ή καμμία αντισυλληπτική μέθοδο. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τρεις διαφορετικές έρευνες του Τμήματος Μαιευτικής του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης<sup>87</sup>, δείχνουν λίγο μεγαλύτερα ποσοστά δηλαδή, το ¼ των νέων δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Φαίνεται ότι αρκετοί φοιτητές δεν κατανοούν τον κίνδυνο που έχουν για Σ.Μ.Ν ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και θα πρέπει να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση και σε αυτό τον τομέα.

Από αποτελέσματα της έρευνας μας φαίνεται ότι το 6,6% των φοιτητών έχει νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα, ενώ σε μελέτη σε 300 νέους, ηλικίας 17- 25 ετών<sup>89</sup>, φαίνεται ότι μεγαλύτερο ποσοστό νέων (17,7%) έχει νοσήσει από ορισμένα Σ.Μ.Ν., με τα κονδυλώματα να αποτελούν την συχνότερη πάθηση. Αυτό κυρίως οφείλεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές μας είναι στη νοσηλευτική σχολή και ότι το επίπεδο των γνώσεων τους είναι σαφώς καλύτερο από το μέσο όρο σε σχέση με άλλους νέους.

Σχετικά με τη γνώση που έχουν οι φοιτητές της μελέτης μας για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι πρωτοετείς και τελειόφοιτοι απάντησαν ότι γνωρίζουν το AIDS, που είναι και ένα από τα κυριότερα μεταδιδόμενα νοσήματα που υπάρχουν παγκοσμίως. Ακολουθεί με μεγάλο ποσοστό η σύφιλη και ακολουθούν τα κονδυλώματα. Υπάρχει διαφορά ως προς την γνώση τους για την

ηπατίτιδα. ( $p= 0,032$ ). Αυτό ίσως να οφείλεται και στο καλύτερο επίπεδο γνώσεων που έχουν οι τελειόφοιτοι φοιτητές.

Ως κύριες πηγές ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής αναφέρουν την οικογένεια και το σχολείο και ακολουθούν τα Μ.Μ.Ε., σε αντίθεση με έρευνα σε 100 εφήβους, 100 νέους και 100 μεσήλικες από 14 πόλεις και χωριά και σε μια μελέτη σε δείγμα 300 νέων, ηλικίας 17- 25 ετών<sup>88,89</sup>, που θεωρούν τα Μ.Μ.Ε. ως την κύρια πηγή ενημέρωσης. Υπάρχει επίσης έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης σε δείγμα 600 φοιτητών<sup>86</sup>, αναφέρουν ως κύριες πηγές ενημέρωσης σε θέματα αντισύλληψης τους φίλους και το σχολείο, γεγονός που υποδηλώνει ότι πάρα πολλοί και διαφορετικοί φορείς ή άτομα προσπαθούν να καλύψουν το κενό γνώσης που πρωταρχικά έπρεπε να δίνει η οικογένεια ή το σχολείο.

Επίσης, θα λέγαμε ότι οι τελειόφοιτοι βαθμολογούν καλύτερα τις γνώσεις τους σε θέματα που αφορούν τη αντισύλληψη ως πολύ καλή και ως άριστη γνώση. ( $p= 0,020$ ), το οποίο μπορεί να είναι αποτέλεσμα της τετραετούς φοίτησής τους στο ΤΕΙ.

Συμπεραίνουμε ότι σε σύγκριση με τους πρωτοετείς φοιτητές, οι τελειόφοιτοι πραγματοποιούν περισσότερες προληπτικές εξετάσεις τον χρόνο. Αυτό ίσως οφείλεται στην ευαισθητοποίηση που έχουν αποκτήσει οι τελειόφοιτοι σε θέματα πρόληψης. Ειδικά υπάρχει μεγάλη συμμετοχή των τελειόφοιτων σε εξέταση Παπανικολάου και σε βιοχημικές εξετάσεις αίματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πρωτοετείς πραγματοποίησαν ακτινογραφία θώρακος, με ποσοστό 57,4%, αρκετά υψηλό, καθώς η εξέταση απαιτείται κατά την εισαγωγή τους στο τμήμα της νοσηλευτικής. ( $p < 0,001$ ).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι:

Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου υγείας των φοιτητών νοσηλευτικής είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων. Φαίνεται ότι το ¼ των πρωτοετών φοιτητών και σχεδόν οι μισοί τελειόφοιτοι είναι καπνιστές. Πολύ ανησυχητικό φαίνεται να είναι ότι παρά τις γνώσεις που έχουν λάβει οι τελειόφοιτοι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους συνεχίζουν το κάπνισμα, εκθέτοντας την υγεία τους σε σοβαρούς κινδύνους.

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, οι περισσότεροι φοιτητές πίνουν 1-5 ποτήρια την εβδομάδα ενώ υπάρχουν και 11 φοιτητές από τους 108 που πίνουν πάνω από 6 ποτήρια.

Στην έρευνα φαίνεται ότι οι φοιτητές εμφανίζουν ανεύθυνη συμπεριφορά στην σεξουαλική τους ζωή και δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους γεγονός που ελλοχεύει πολλούς κινδύνους. Αξιοσημείωτο είναι πως οι τελειόφοιτοι αν και γνωρίζουν τους κινδύνους αυτούς δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους.

Επίσης οι φοιτητές της νοσηλευτικής παρόλο που έχουν υιοθετήσει κακές συμπεριφορές υγείας, (κάπνισμα , αλκοόλ, μη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων) γνωρίζουν τις επιπτώσεις των συμπεριφορών αυτών. Αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ οι τελειόφοιτοι είναι περισσότερο ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις κακών συμπεριφορών υγείας, είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε κινδύνους υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, ανεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά).

Πέρα από τα μαθήματα και την εκπαίδευση που έχουν στο τμήμα Νοσηλευτικής υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά για τη λήψη αποφάσεων για τη τήρηση υγιεινών τρόπων ζωής. Συγκεκριμένα οι παράγοντες που θεωρούν ότι επιδρούν θετικά είναι το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον ενώ αρνητικά είναι τα ενημερωτικά φυλλάδια, το διαδίκτυο και το φιλικό περιβάλλον.

Οι τελειόφοιτοι υποβάλλονται πιο συχνά σε βιοχημικές εξετάσεις και τεστ Παπανικολάου έναντι των πρωτοετών. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα των γνώσεων που απέκτησαν όσον αφορά την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

### **Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα:**

Μετά την συγκεκριμένη μελέτη όπου διαπιστώσαμε τις συνήθειες κινδύνου υγείας (όπως κάπνισμα, αλκοόλ, χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και ναρκωτικών ουσιών) των φοιτητών νοσηλευτικής κρίνουμε σκόπιμο μελλοντικά να διερευνηθούν οι παρακάτω τομείς.

α) Να πραγματοποιηθεί έρευνα με την χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου σε σχολές νοσηλευτικής άλλου Τ.Ε.Ι της χώρας.

β) Να πραγματοποιηθεί συγκριτική μελέτη μεταξύ φοιτητών νοσηλευτικής-φοιτητών ιατρικής με τη χρήση μέρους του ερωτηματολογίου και να διερευνηθούν διαφορές ως προς την έκθεση των φοιτητών των δύο σχολών σε παράγοντες κινδύνου υγείας.

γ) Να γίνει αναδρομική μελέτη μετά από 3 με 4 χρόνια στους ίδιους πρωτοετείς της έρευνας μας και να διερευνηθεί η θετική ή η αρνητική συμπεριφορά μετά την εκπαίδευση τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nies, McEwen., (2001). Κοινωνική νοσηλευτική, προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, τόμος ΙΙ, τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
2. Βέργου Ν. 40 εκατ. Αλκοολικοί στην Ευρώπη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.enet.gr/online/online\\_obj?pid=88&tp=T&id=346467](http://www.enet.gr/online/online_obj?pid=88&tp=T&id=346467) 44(12-02-2009).
3. Ανώνυμο 1. Ημερίδα για την οδική ασφάλεια και την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.proinanea.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=22429&Itemid=41](http://www.proinanea.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=22429&Itemid=41) (10-02-2009).
4. Ανώνυμο 2. «Μεσάνυχτα» στη χρήση αντισύλληψης, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=26.03.2008,id=38091648](http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=26.03.2008,id=38091648) (12-2-2009).
5. Ανώνυμο 3. (2007). Πέμπτο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο του «Οικογενειακού Προγραμματισμού». Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.arketa.gr/Index.files/Page2722.htm> (15-2-2009).
6. Ανώνυμο 4. Ναρκωτικά – Πρόληψη – Αντιμετώπιση, (2008). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://agiasoslesvou.blogspot.com/2008/10/blog-post\\_08.html](http://agiasoslesvou.blogspot.com/2008/10/blog-post_08.html) (08-09-2009).
7. Ανώνυμο 5. Τα ναρκωτικά απειλή για τους νέους. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.childfamily.gr/gr/fighting\\_for/young\\_people\\_and\\_drugs.html](http://www.childfamily.gr/gr/fighting_for/young_people_and_drugs.html) (08-09-2009).
8. Λεμονίδου Χ.- Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε., (2002). Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής, τόμος 1, τρίτη έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
9. Περιστεράκη Α. – Ψυχογιού (1998). Σχέσεις γονέων και παιδιών! Κοινωνία – Ναρκωτικά. Εκδόσεις Φυκίρης.
10. Μπούρα Π., Χαρπίδου Α. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :[http://www.oekk.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=224&Itemid=236](http://www.oekk.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=236) (05-09-2009).
11. Τριχόπουλος Δ. και Τριχοπούλου Α., (1986). Προληπτική Ιατρική, *Αγωγή υγείας - κοινωνική ιατρική – δημόσια υγιεινή* . Αθήνα

12. Ανώνυμο 6. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.statathens.aueb.gr/~esi/proceedings/17/esi17-p217.pdf> (12-09-2009).
13. Ντάβου Μ. (1992). Το κάπνισμα στην εφηβεία. Εκδόσεις Παπαζήση.
14. Δεύτερο Γυμνάσιο Σταυρούπολης, Κάπνισμα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :<http://2gym-stavroup.thess.sch.gr/kapnisma/protaseis.htm> (14-09-2009).
15. Ανώνυμο 7. Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την έλξη μας στο τσιγάρο Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.rnews.gr/el/news.php?n=1327> (07-07-2009).
16. Ανώνυμο 8. Περί ενημέρωσης για τα ναρκωτικά. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.prolipsi-xanthi.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=30>(10-10-2009).
17. Ανώνυμο 9. Η παράπλευρη διαφήμιση του τσιγάρου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=47102> (08-06-2009).
18. Ανώνυμο 10. Η γκρίζα διαφήμιση των τσιγάρων, ο χειρότερος σύμβουλος των εφήβων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=30828> (11-09-2009).
19. Ανώνυμο 11. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:  
[http://www.typos.com.cy/nqcontent.cfm?a\\_id=71416](http://www.typos.com.cy/nqcontent.cfm?a_id=71416) (15-09-2009).
20. Ανώνυμο 12. Ο δορυφόρος εντόπισε τις διαφημίσεις των τσιγάρων. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.satleo.gr/content/view/347/1/> (10-09-2009).
21. Ανώνυμο 13. Εθιστικές ουσίες – Κάπνισμα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=175](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=175)(08-09-2009).
22. Ανώνυμο 14. Μέτρα κατά του καπνίσματος. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://utopia.duth.gr/~fk3322/ANTIM.htm>(16-10-2009).
23. Αδαμόπουλος Π. Ν, (1988). Εισαγωγή στην Προληπτική Ιατρική, Νοσήματα φθοράς, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός.
24. Νικολάτου Ο. (17-01-2004). Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του στόματος. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.e-pondeia.net/chapter.asp?> (25-07-2009).
25. Πυργάκης Β., (2009). Κάπνισμα και Καρδιαγγειακή Νόσος, Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, τόμος 50, τεύχος 2.

26. Βιβιλάκη Β. - Πατελάρου Ε., (2008). Παράγοντες κινδύνου και προσδιοριστές υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, τόμος 47, τεύχος 1.
27. Risteaed Mulchahy, (1979). Καρδιαγγειακές προσβολές-Εγκεφαλικό επεισόδιο, καταπολεμείστε την καρδιακή πάθηση. Εκδόσεις Ψυχογίος.
28. Χαντζαρίδης Π., Παναγιωτοπούλου Κ., (2008). Διατροφικές συστάσεις από την Αμερικανική Καρδιολογική Ένωση. Νοσηλευτική, τόμος 47, τεύχος 3.
29. Ανώνυμο 15. Έκτο Γυμνάσιο Σερρών, Κάπνισμα και υγεία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math\\_ergasies/SMOKING/erg\\_kapnisma.htm](http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/SMOKING/erg_kapnisma.htm) (02-09-2009).
30. Μουσιδής Ι., (2008). Κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Περιοδικό Υγεία , Εκδόσεις Κέρδος .
31. Ανώνυμο 16. Διακοπή καπνίσματος, σκέψεις και δεδομένα για το κάπνισμα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.healthvisitor.gr/smokingcessation.html> (12-08-2009).
32. Ανώνυμο 17. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.worldhealthdays.gr/kapnisma/ofeli-diakopis-kapnismatos> (05-06-2009).
33. Ποταμιάνος Α. Γ., (Αθήνα 2005). *Αλκοόλ, Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*. Εκδόσεις Λιβάνη.
34. Σώκου Κατερίνα, (1999). Οδηγός αγωγής και προαγωγής υγείας, Β΄ έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
35. Ανώνυμο 18. Αλκοολισμός, Η δράση του αλκοόλ από Ψυχιατρική άποψη, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://psi-gr.tripod.com/alcoholism\\_effects\\_general.html](http://psi-gr.tripod.com/alcoholism_effects_general.html) (15-04-2009).
36. Τζάφφη Τ. , Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ, (1981). Ναρκωτικά- Τσιγάρο Αλκοόλ, τρίτη έκδοση. Εκδόσεις Ψυχογίος.
37. Ανώνυμο 19. Έκτο Γυμνάσιο Σερρών, Αλκοόλ – πρόγραμμα αγωγής υγείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :[http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math\\_ergasies/ALCOHOL/erg\\_alkool.htm#e1alk\\_kl](http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/ALCOHOL/erg_alkool.htm#e1alk_kl) (02-09-2009).
38. Ανώνυμο 20. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα :<http://www.el.articlesphere.com/Article/Full-Detailed-Information-on-Alcoholism/113494> (20-09-2009).



39. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2009). Σημαντικός κίνδυνος δημόσιας υγείας τα τροχαία ατυχήματα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.healthview.gr/?q=%CE> (08-09-2009).
40. Ανώνυμο 21. (2008). Ταχύτητα – Αλκοόλ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.auto24.gr/html/ent/518/ent.27518.asp> (08-09-2009).
41. Κατσουγιαννόπουλος Β., (1984). Επιδημιολογία.
42. Καμβύσης Ν. Δ., (1988). Το πρόβλημα και η καταπολέμηση των ναρκωτικών, Σύλλογος προς διάδοσιν ωφέλιμων βιβλίων.
43. Ανώνυμο 22. Κοκαΐνη, ηρωίνη, κάνναβη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.europarl.europa.eu>
44. Ανώνυμο 23. (2006). Στην πρώτη πεντάδα της Ε.Ε. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.in.gr](http://www.in.gr)
45. Λιάππας Α. Ι., (Αθήνα 1991). Ναρκωτικά, Εθιστικές ουσίες – κλινικά προβλήματα – αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκη.
46. Όμιλος εθελοντών, (Αθήνα 1978). Η απειλή των ναρκωτικών, πρακτικά Σεμιναρίου.
47. Αβραμίδης Β. Α., (1994). Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών. Εκδόσεις «ΑΚΡΙΤΑΣ».
48. Λιάππας Ι., (1992). Ναρκωτικά - Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Εκδόσεις Πατάκη.
49. Gossop M. & Grant. M. (1994). Κατάχρηση Ουσιών- Πρόληψη και Έλεγχος, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βενετσάνος Μαυρέας. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ.
50. Μεσημέρης Α.. Η ψυχολογία των ναρκομανών. Εκδόσεις ΤΑΜΑΣΟΣ, Αθήνα.
51. Παπακωνσταντής Γ., (Αθήνα – Κομοτηνή 2006). Στοιχεία εγκληματολογίας και εγκληματικής πολιτικής. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
52. Κόνγκερ Τ. (Αθήνα 1981). Η εφηβική ηλικία, μία καταπιεσμένη γενιά. Εκδόσεις Ψυχογίος.
53. Ντολτό Φ., Ντολτό – Τόλις Κ, (2007). Έφηβοι, προβλήματα και ανησυχίες, 13<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Πατάκη.
54. Ανώνυμο 24. Το διαδίκτυο η μεγαλύτερη αγορά ναρκωτικών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=10&artid=4961>
55. Ανώνυμο 25. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.makthes.gr/index.php?name=News&file=article&sid=33998> (25-09-2009).

56. Ανώνυμο 26. (25-07-2009). Ναρκωτικά με ένα κλικ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.euranet.eu/gre/content/view/full/26688> (08-09-2009).
57. Τάκης Ν. (2008). Πρόληψη: Η καλύτερη 'θεραπεία' στην ασθένεια των ναρκωτικών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=4649](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4649) (04-08-2009).
58. Ανώνυμο 27. Ποιος ο ρόλος των γονιών στη Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση; Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.cyfamplan.org/FamPlan/page.php?pageID=50> (11-11-2009).
59. Ανώνυμο 28. Σεξουαλική αγωγή εφήβων: Ποιες οι επιδράσεις της. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=2534](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2534) (06-06-2009).
60. Μοσχοπούλου Ρ., Γιαννακοπούλου Μ., (2009). Αξιολόγηση των παραγόντων μείωσης της συχνότητας των ανεπιθύμητων κυήσεων κατά την εφηβεία. Νοσηλεία κι έρευνα, τεύχος 24.
61. Ανώνυμο 29. (2002). Η επιρροή των γονιών στη σεξουαλική ζωή των παιδιών τους. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=226](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=226) (15-07-2009).
62. Cole M., Cole S. R, (2002). Η ανάπτυξη των παιδιών, ΕΦΗΒΕΙΑ, Γ' τόμος, Εκδόσεις τυπωθήτω- Δάρδανος Γ.
63. Χρυσικόπουλος Α., (2006). Αντισύλληψη. Μύθοι και πραγματικότητα, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
64. Αγραφιώτης Δ., (1997). AIDS εγκάρσια σκιά. Εκδόσεις Ύψιλον Βιβλία.
65. Παπαευαγγέλου Γ. (1988). AIDS, ανώνυμη εταιρία εκδόσεων
66. Γκούβρα Μ., Κυρίδης Α., Μαυρικάκη Ε. (Αθήνα 2005). *Αγωγή υγείας και σχολείο*, Εκδόσεις - τυπωθήτω Γ. Δάρδανος.
67. Ρούπα - Δαριβάκη Ζ. (2006). Οικογενειακός προγραμματισμός και Αντισύλληψη. Εκδόσεις Έλλην.
68. Baldwin Dorothy, (1999). Οδηγός Αγωγής Υγείας. Επιμέλεια Μαργαριτίδου Β. και Λειβαδίτη Β. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
69. Παγκόσμια Οργάνωση υγείας, (Αθήνα 2002). Γραφείο περιοχής Ευρώπης, *Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*.
70. Ανώνυμο 30. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=1095](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=1095) (19-08-2009).

71. Καραμέτος Ι. (2003). Υγιές Σώμα - Υγιές Πνεύμα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=402\(08-07-2009\)](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=402(08-07-2009)).
72. Καλκάνη Ε. (1996). Στοιχεία Υγιεινής. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ".
73. Λιόνης Δ. Χ. *Σύμβουλος Προληπτικής Ιατρικής*. Εκδόσεις Σακάλης.
74. Οδηγός σπουδών. Τυπωθήτω τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, Ηράκλειο.
75. Μαλλιάρου Μ., (2009). Εξ αποστάσεως επαγγελματική εκπαίδευση νοσηλευτών, Νοσηλευτική, Τόμος 48: 1.
76. Ανώνυμο 31. (11-05-2008). Νέοι, έφηβοι, αλκοόλ, ναρκωτικά και σέξ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.medlook.net. cy/ article. asp?item \\_id=2628\(10-09-2009\)](http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2628(10-09-2009)).
77. Ανώνυμο 32. (2007). Εθισμός στα ναρκωτικά: Μέθοδοι θεραπείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : [http://www.medlook.net.cy/article. asp?item id =2206\(04-08-2009\)](http://www.medlook.net.cy/article. asp?item id =2206(04-08-2009)).
78. Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ., (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αθήνα. Εκδόσεις Δάρδανος.
79. Αποστολή του Τμήματος. Τμήμα νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι Αθήνας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.teiath.gr/seyp/nursing\\_a/articles.php?id=5599&lang =el\(27/11/2009\)](http://www.teiath.gr/seyp/nursing_a/articles.php?id=5599&lang =el(27/11/2009))
80. Ανώνυμο 33. (2007). Η επίδραση των ουσιών του καπνού στον οργανισμό. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα : <http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID =179&lang=gr&CategoryID=9&IssueID=4>
81. Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, (2004). Γιατί οι φοιτητές καπνίζουν. Εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Πρακτικά 17<sup>ου</sup> Πανελληνίου συνεδρίου στατιστικής, σελίδα 217-224.
82. Mammias N. I., Bertsiias K. G., Linardakis M., Tzanakis N., Labadarios D., Kafatos A. Cigarette smoking, alcohol consumption and serum lipid profile among medical students in Greece. *European journal of public health* 2003; 13: 278 – 282
83. Ολυμπία Λιάτσου, (2008). Αριστούχοι στις ουσίες. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.edugate.gr/ek-ty/16-11-08-06>
84. Ανώνυμο 34. (2009). Αυξάνεται η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους και μειώνεται η χρήση του από τους ενήλικες. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://career.duth.gr/cms/?q=node/35719>

85. Σπυριδωνάκου Μ., (2005). Έρευνα: ναρκωτικά και νέοι στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.voanews.com/greek/archive/2005-06/2005-06-27-voa2.cfm?moddate=2005-06-27>
86. Ανώνυμο 35. (2009). Σεξ: από μικρά στα βάσανα τα Ελληνόπουλα. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=10&artid=10566>
87. Ανώνυμο 36. (2009). Μετεξισταστέοι στην αντισύλληψη. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=10&artid=10337>
88. Καλουζίδου Σ., Λυσιώτου Ε. Νανούλη Θ., Κουργουλιανού Δ., Ρουσάκη Ν. Έρευνα: στάσεις απέναντι στην αντισύλληψη σε τρεις διαφορετικούς πληθυσμούς: έφηβοι, νέοι, μεσήλικες. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=10&artid=10337>
89. Παράσχου Σ., Γκαρνέτα Α., Τούλη Κ., Τζανή Μ., Αλεξούδη Β., Γκλιάτη Α. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=10&artid=10337>
90. Ανώνυμο 37. Το κάπνισμα στα παιδιά και τους εφήβους. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [http://www.beststrong.org.gr/el/healthylife/nosmoking/statistics about smoking/](http://www.beststrong.org.gr/el/healthylife/nosmoking/statistics/about%20smoking/)

# ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

## ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά την έκθεσή σας σε παράγοντες κινδύνου υγείας και τις γνώσεις σας σχετικά με τις επιπτώσεις του τρόπου ζωής σας στην υγεία και θα αποτελέσει το εργαλείο της μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας και την ειλικρινή συμμετοχή σας!

### Σπουδάστριες:

Αποστολάκη Αγνή

Ποδαρά

Αικατερίνη

Σαρρίδου Ελισάβετ

Συμπληρώνετε με x τα κουτάκια

#### 1) Είστε:

α) Πρωτοετής φοιτητής  β) Τελειόφοιτος

#### 2) Φύλο

α) Γυναίκα  β) Άνδρας

#### 3) Πόσο ετών είστε; \_\_\_\_\_

#### 4) Σε ποιο μέρος μένατε πριν έρθετε στο Ηράκλειο για σπουδές;

α) Ηράκλειο  β) Αθήνα  γ) Άλλο \_\_\_\_\_

#### 5) Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα:

α) Δεν πήγε σχολείο  β) Δημοτικό  γ) Γυμνάσιο-Λύκειο  δ) Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι.   
ε) Άλλο \_\_\_\_\_

#### 6) Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας:

α) Δεν πήγε σχολείο  β) Δημοτικό  γ) Γυμνάσιο-Λύκειο  δ) Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι.   
ε) Άλλο \_\_\_\_\_

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ

#### 7) Καπνίζετε;

α) Ναι  β) Όχι  (Αν απαντήσατε ΟΧΙ, συνεχίστε από την ερώτηση 18)

8) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

- α) Λιγότερα από 5  β) 6-20  γ) Περισσότερα από 20

9) Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα; \_\_\_\_\_

10) Πόσα χρόνια καπνίζετε; \_\_\_\_\_

11) Υπήρχε κάποια συγκεκριμένη αιτία που ξεκινήσατε το κάπνισμα;

- α) Ναι  β) Όχι

Αναφέρεται την αιτία \_\_\_\_\_

12) Πόσα ευρώ κατά μέσο όρο ξοδεύετε για την αγορά τσιγάρων την εβδομάδα;

- α) Λιγότερο από 10 €  β) 11 – 20 €  γ) Περισσότερο από 20 €

13) Καπνίζετε συνήθως:

- α) Μαζί με τον καφέ   
β) Όταν έχετε έντονο άγχος   
γ) Όταν βγαίνω σε bar, club κ.λ.π.   
δ) Ακανόνιστα, από συνήθεια   
ε) Μόνο όταν διαβάζω   
στ) Άλλο, παρακαλώ αναφέρετε \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

14) Έχετε κάνει μέχρι σήμερα προσπάθεια διακοπής ή μείωσης του καπνίσματος;

- α) Ναι  β) Όχι

15) Αν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα δεν καπνίζατε;

- α) Για λιγότερο από δύο εβδομάδες  β) Για δύο εβδομάδες – 3 μήνες  γ) 3 μήνες - 2 χρόνια

16) Ποιοι λόγοι σας οδήγησαν στη διακοπή του καπνίσματος;

- α) Προβλήματα υγείας  β) Οικονομικοί λόγοι  γ) Μου το πρότεινε ο/η σύντροφος μου   
δ) Άλλο \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

17) Θα δεχόσασταν να παρακολουθήσετε πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος αν υπήρχε ιατρονοσηλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στο Τ.Ε.Ι.;

- α) Ναι  β) Όχι

18) Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω επιπτώσεις οφείλονται στο κάπνισμα:

- α) Καρδιαγγειακά νοσήματα  δ) Μείωση Αρτ.Πίεση.  ζ) Πιθανή καρκινογένεση   
β) Πνευμονικό εμφύσημα  ε) Χ.Α.Π.  η) Δυσκοιλιότητα

γ) Χρόνια βρογχίτιδα  στ) Άλλο \_\_\_\_\_  
( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

## ΑΛΚΟΟΛ

### 19) Πίνετε:

- α) Σε καθημερινή βάση  γ) Μόνο όταν πηγαίνω σε μπαρ ή αντίστοιχα  
μαγαζιά   
β) Πίνω σπάνια  δ) Δεν πίνω ( Αν δεν πίνετε, συνεχίστε από την  
ερώτηση 27)

### 20) Πόσα ποτήρια αλκοόλ πίνετε την εβδομάδα;

- α) 1-5  β) 6-10  γ) 11-20  δ) Περισσότερα από 20

### 21) Πιστεύετε ότι το αλκοόλ επηρεάζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

- α) Ναι  β) Όχι

### 22) Την εβδομάδα πίνω συνήθως:

	<u>0 ποτήρια</u>	<u>1-5 ποτήρια</u>	<u>Περισσότερο από 5 ποτ</u>
α) Μπύρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Ουίσκι - Βότκα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Ρακί - Ούζο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Άλλο _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

### 23) Πίνετε οινοπνευματώδη ποτά:

- α) Επειδή πίνουν οι φίλοι σας  β) Για την παρέα  γ) Για να έχετε  
καλύτερη διάθεση   
δ) Άλλο \_\_\_\_\_

### 24) Πόσα ευρώ κατά μέσο όρο ξοδεύετε σε αγορά ποτών την εβδομάδα;

- α) Λιγότερα από 15 €  β) 15 – 30 €  γ) Περισσότερο από  
30 €

### 25) Οδηγείτε μετά από κατανάλωση αλκοόλ;

- α) Ναι  β) Αρκετές φορές  γ) Όχι

### 26) Λόγω αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ:

#### 26Α) Είχατε ποτέ κάποιο πρόβλημα υγείας;

- α) Ναι  β) Όχι

Αν ναι ποιο ήταν αυτό \_\_\_\_\_

#### 26Β) Είχατε επισκεφτεί εξωτερικά ιατρεία λόγω μέθης;

- α) Ναι  β) Όχι

#### 26Γ) Είχατε ποτέ εμπλακεί σε κάποιο τροχαίο ατύχημα;

- α) Ναι  β) Όχι

**26Δ) Έχετε πάρει κλήση από τροχαία/ αστυνομία;**

- α) Ναι  β) Όχι

**27) Σημειώστε ποιες από τις παρακάτω επιπτώσεις οφείλονται στο αλκοόλ:**

- α) Εγκεφαλικές βλάβες  δ) Τλιγγος  ζ) Παθήσεις  
μυών   
β) Χαμηλή Α.Π.  ε) Κίρρωση  η) Θάνατο  
  
γ) Καρκίνο οισοφάγου  στ) Άλλο\_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

**28) Ανεβαίνετε σε μηχανάκι/ μπαίνετε σε αυτοκίνητο που ο οδηγός έχει πιει αρκετά;**

- α) Ναι  β) Συνήθως ναι  γ) Συνήθως Όχι  δ) Όχι

## **ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

**29) Έχετε κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών;**

- α) Ναι  β) Όχι  ( Αν απαντήσατε ΟΧΙ, πηγαίνετε στην ερώτηση

37)

**30) Αναφέρετε τις ουσίες;**

\_\_\_\_\_

**31) Σε ποια ηλικία κάνατε πρώτη φορά χρήση;\_\_\_\_\_**

**32) Σε ποια μορφή ήταν;**

- α) Χάπι  β) Εισπνοή από τη μύτη  γ) Κάπνισμα  δ) Ενδοφλέβια   
ε) Άλλο \_\_\_\_\_

**33) Ποιος σας τα έδωσε/ πρότεινε;**

- α) Φίλος  β) Συγγενής  γ) Κάποιος γνωστός  δ) Άλλος

**34) Σε ποιο χώρο συνήθως κάνατε ή κάνετε χρήση ουσιών;**

- α) Στο σπίτι  β) Σε σπίτια φίλων  γ) Σε βραδινή έξοδο  δ) Κάπου  
αλλού\_\_\_\_\_

**35) Συνεχίζετε να κάνετε χρήση;**

- α) Ναι  β) Όχι

**36) Για ποιο λόγο κάνετε χρήση ναρκωτικών ουσιών;**

- α) Νιώθω καλύτερα  β) Κάνει χρήση η παρέα μου  γ) Από εθισμό  δ)  
Άλλο\_\_\_\_\_

**37) Θα θέλατε να υπήρχε μια υποστηρικτική ομάδα που θα μπορούσε να σας ενημερώσει ή να σας βοηθήσει να αποφύγετε/ απαλλαγείτε από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών;**

- α) Ναι  β) Όχι



## ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

38) Έχετε ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις;

- α) Ναι  β) Όχι  ( Αν απαντήσατε ΟΧΙ, συνεχίστε από την ερώτηση 49)

39) Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη σεξουαλική επαφή; \_\_\_\_\_

40) Την πρώτη φορά ποια μέθοδο αντισύλληψης χρησιμοποιήσατε;  
\_\_\_\_\_

41) Ήταν:

- α) Σχέση μιας βραδιάς  β) Σχέση που κράτησε κάποιο χρονικό διάστημα

42) Ο\ Η σύντροφος σας ήταν:

- α) Συνομήλικος  β) Μικρότερος σε ηλικία  γ) Μεγαλύτερος σε ηλικία

43) Πόσους ερωτικούς συντρόφους είχατε τον τελευταίο χρόνο;

- α) Κανένα  β) 1-2  γ) 3-4  ε) Περισσότερους από 4

44) Ποια αντισυλληπτική μέθοδο χρησιμοποιείτε;

- α) Δεν χρησιμοποιώ   
β) Προφυλακτικό(ανδρικό αντισυλληπτικό)   
γ) Διακεκομμένη συνουσία   
δ) Αντισυλληπτικό χάπι   
ε) Ενδομήτριο σπιράλ   
στ) Άλλη μέθοδο; Αναφέρεται: \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

45) Για ποιο λόγο χρησιμοποιείτε αντισυλληπτικές μεθόδους;

- α) Αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης  γ) Προστασία από Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα   
β) Και για τα δυο  δ) Άλλο

46) Έχετε νοσήσει από κάποιο αφροδίσιο νόσημα; ( Π.χ βλεννόρροια, σύφιλη, κ.λ.π. )

- α) Ναι  β) Όχι

Αν ναι Ποιο; \_\_\_\_\_ Που πιστεύεται ότι οφείλεται; \_\_\_\_\_

47) Έχει συμβεί σε εσάς ή στη σύντρόφό σας κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

- α) Ναι  β) Όχι

48) Αν απαντήσατε ΝΑΙ :

- α) Σε ποια ηλικία; \_\_\_\_\_ β) Πόσες φορές; \_\_\_\_\_  
γ) Το γνώριζε ο σύντροφός σας; \_\_\_\_\_ δ) Υποβλήθηκε ή υποβληθήκατε  
σε έκτρωση; \_\_\_\_\_ ε) Το γνώριζαν οι γονείς σας; \_\_\_\_\_ στ) Τι έφταιξε γι' αυτό; \_\_\_\_\_

**49) Αν είχατε κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη θα επιλέγατε τη λύση της έκτρωσης;**

- α) Ναι  β) Όχι

**50) Πώς θα βαθμολογούσατε τις γνώσεις σας σε θέματα αντισύλληψης;**

- α) Άριστη  β) Πολύ Καλή  γ) Καλή  δ) Μέτρια

**51) Ποιες αντισυλληπτικές μεθόδους γνωρίζετε;**

- α) Προφυλακτικό (ανδρικό αντισυλληπτικό)   
β) Διακεκομμένη συνουσία   
γ) Αντισυλληπτικό χάπι   
δ) Ενδομήτριο σπιράλ   
ε) Κάποια άλλη; Αναφέρετε \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

**52) Από πού κυρίως έχετε ενημερωθεί για θέματα αντισύλληψης και ομαλής σεξουαλικής ζωής;**

- α) Από οικογένεια  β) Από φίλους  γ) Από το σχολείο  δ) Από μαθήματα του Τ.Ε.Ι.   
ε) Από το διαδίκτυο  στ) Από τα Μ.Μ.Ε.  ζ) Άλλο \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

**53) Ποια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα γνωρίζετε; (Αναφέρετε 3 σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**54) Για τις γυναίκες: Κάθε πότε επισκέπτεστε τον γυναικολόγο;**

- α) 1 φορά το εξάμηνο  β) 1 φορά το έτος  γ) μόνο όταν έχω πρόβλημα   
δ) Δεν τον επισκέπτομαι

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

**55) Το τελευταίο χρόνο ποιες προληπτικές εξετάσεις κάνατε;**

- α) Γεν. αίματος  β) τεστ Παπανικολάου( για γυναίκες)  γ) κλινική εξέταση από γιατρό   
δ) Η.Κ.Γ  ε) Οδοντιατρική προληπτική εξέταση  στ) α/α   
θώρακος   
ζ) Βιοχημικές εξετάσεις  η) Άλλο \_\_\_\_\_

( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

56) Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η συμμετοχή σας σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο;

α) Ναι  β) Όχι

57) Αν ναι για ποιους λόγους; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58) Πως βαθμολογείται την υγεία σας; (1=καθόλου καλή έως 10= καθόλου άριστη).

Κυκλώστε:

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

59) Πλένετε τα

χέρια σας

	<u>Ναι</u>	<u>Συνήθως Ναι</u>	<u>Συνήθως Όχι</u>	<u>Όχι</u>
Πριν την τουαλέτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μετά την τουαλέτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πριν το φαγητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μετά το φαγητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όταν είμαι ασθενής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60) Πλένετε τα δόντια σας

α) Πρωί – Βράδυ  β) Πρωί – Μεσημέρι – Βράδυ  γ) Σπάνια   
δ) Καθόλου

61) Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε μπάνιο;

α) 0  β) 1-2  γ) 3-4  δ) Πάνω από 4

62) Πόσες ώρες την εβδομάδα γυμνάζεστε;

α) 0-1  β) 2-4  γ) 5-10  δ) Πάνω από 10

63) Πόσο υγιεινή πιστεύετε ότι είναι η διατροφή σας;

α) Άριστη  β) Πολύ καλή  γ) Καλή  δ) Μέτρια  ε) Καθόλου

64) Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες σας οδήγησαν στην απόκτηση συνηθειών που βλάπτουν την υγεία σας;

α) Διαφημίσεις προϊόντων  β) Φιλικό περιβάλλον  γ) Οικογενειακό περιβάλλον   
δ) Άλλο \_\_\_\_\_

65) Πόσο ενημερωμένοι είστε σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία σας, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η μη εφαρμογή αντισυλληπτικών μεθόδων;

α) Πάρα πολύ  β) Πολύ  γ) Λίγο  δ) Καθόλου

**66) Ταξινομείστε με σειρά προτεραιότητας ποια είναι η κύρια πηγή της ενημέρωσής σας σε θέματα υγείας. ( 1= κύρια πηγή, 7= Λιγότερο σημαντική πηγή)**

- α) Μ.Μ.Ε.  β) Μαθήματα στο Γυμνάσιο  γ) Μαθήματα στο Τ.Ε.Ι.  
 δ) Οι γονείς μου   
ε) Διαδίκτυο  στ) Μαθήματα στο Λύκειο  ζ) Ενημερωτικά φυλλάδια  
 η) Οι φίλοι μου   
θ) Άλλα βιβλία  ι) Άλλο \_\_\_\_\_

**67) Ταξινομείστε με σειρά προτεραιότητας ποιον θεωρείτε τον καλύτερο τρόπο ενημέρωσης σε θέματα υγείας. ( 1= κύρια πηγή, 7= Λιγότερο σημαντική πηγή)**

- α) Μ.Μ.Ε.  β) Μαθήματα στο Γυμνάσιο  γ) Μαθήματα στο Τ.Ε.Ι.  
 δ) Οι γονείς μου   
ε) Διαδίκτυο  στ) Μαθήματα στο Λύκειο  ζ) Ενημερωτικά φυλλάδια  
 η) Οι φίλοι μου   
θ) Άλλα βιβλία  ι) Άλλο \_\_\_\_\_

**68) Πόσο οι συνήθειες σας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις σας;**

- α) Πάρα πολύ  β) Πολύ  γ) Λίγο  δ) Καθόλου

**69) Σε τι βαθμό τις επηρεάζουν;**

- α) Αρνητικά  β) Μάλλον αρνητικά  γ) Θετικά  δ) Μάλλον θετικά

**70) Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ΔΥΟ χειρότερες συμπεριφορές υγείας που έχετε;**

- α) Κάπνισμα  β) Απουσία χρήσης αντισυλληπτικών μεθόδων  γ) Ελλιπή σωματική άσκηση   
δ) Ναρκωτικά  ε) Μη συμμετοχή σε προληπτικές εξετάσεις  στ) Καμία από τις παραπάνω   
ζ) Αλκοόλ  η) Κακή διατροφή  θ) Άλλο

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΕΛΕΙΟΦΟΙΤΟΥΣ:**

**71) Πόσο βελτιώθηκαν οι γνώσεις σας (σε ποσοστό) σε θέματα υγείας μετά την εκπαίδευσή σας στο Τ.Ε.Ι.;**

- α) 0-20%  β) 21-40%  γ) 41-60%  δ) 61-80%  ε) 81-100%  
 στ) Καθόλου

**72) Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπήρξε αλλαγή προς το καλύτερο στη συμπεριφορά και στις συνήθειες σας μετά την εκπαίδευσή σας στο Τ.Ε.Ι.;**

- α) Πάρα πολύ  β) Πολύ  γ) Λίγο  δ) Καθόλου

**73) Τι σας βοήθησε να αλλάξετε τις συνήθειες σας;**

- α) Μ.Μ.Ε.  β) Μαθήματα του Τ.Ε.Ι.  γ) Άλλα βιβλία  δ) Ενημερωτικά φυλλάδια

ε) Διαδίκτυο  στ) Άλλο \_\_\_\_\_  
( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

**74) Η Νοσηλευτική ως τμήμα του Τ.Ε.Ι έχει μαθήματα που βοηθούν στην προαγωγή της υγείας και τη μείωση κακών συμπεριφορών υγείας, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ κ.λ.π.;**

α) Ναι  β) Όχι

**75) Αν ναι ποια είναι αυτά τα μαθήματα;**

\_\_\_\_\_

**76) Ποιο\α μάθημα\τα ή ενότητα\ες κατά τη γνώμη σας πρέπει επιπλέον να διδάσκονται στο τμήμα Νοσηλευτικής που να προάγουν υγιεινές συμπεριφορές;**

\_\_\_\_\_

77) Ποιοι παράγοντες πέρα από τα μαθήματα νοσηλευτικής, θεωρείτε ότι επηρέασαν θετικά τη λήψη αποφάσεων για την τήρηση υγιεινών τρόπων ζωής;

α) Οικογενειακό περιβάλλον  β) Φιλικό περιβάλλον  γ) Καθηγητές Τ.Ε.Ι.   
δ) Επαγγελματικό περιβάλλον  ε) Μ.Μ.Ε.  στ) Ενημερωτικά φυλλάδια   
ζ) Διαδίκτυο  η) Άλλο \_\_\_\_\_  
( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

78) Ποιοι παράγοντες πέρα από τα μαθήματα νοσηλευτικής θεωρείτε ότι επηρέασαν αρνητικά τη λήψη αποφάσεων για την τήρηση υγιεινών τρόπων ζωής;

α) Οικογενειακό περιβάλλον  β) Φιλικό περιβάλλον  γ) Καθηγητές Τ.Ε.Ι.   
δ) Επαγγελματικό περιβάλλον  ε) Μ.Μ.Ε.  στ) Ενημερωτικά φυλλάδια   
ζ) Διαδίκτυο  η) Άλλο \_\_\_\_\_  
( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

79) Πιστεύετε ότι η αλλαγή συμπεριφοράς προς την κατεύθυνση της τήρησης υγιεινών τρόπων

ζωής, όπως το να μην καπνίζει κάποιος ή να μειώσει το κάπνισμα ή να μην πίνει πολύ είναι

αποτέλεσμα σε επίπεδο Τ.Ε.Ι.:

α) Συγκεκριμένων καθηγητών στο Τ.Ε.Ι.  β) Συγκεκριμένων μαθημάτων   
γ) Και των δυο   
δ) Γενικότερα καλύτερης νοοτροπίας  ε) Δεν επηρεάζεται από τη φοίτηση στο Τ.Ε.Ι.   
στ) Άλλο \_\_\_\_\_  
( Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις )

