



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΩΝ
ΕΦΗΒΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ:
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΒΙΝΤΕΟ.**



Φοιτητές:

**Αλεξόπουλος Κυριάκος ΑΜ: 4453
Κουβαράς Νικόλαος ΑΜ: 4471**

Επιβλέποντες καθηγητές :

Ανδρουλάκη Ζαχαρένια

Καθηγήτρια Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι
ΚΡΗΤΗΣ

Ευρυδίκη Πατελάρου

Νοσηλεύτρια Π.Ε

Ηράκλειο-Οκτώβριος 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστούμε πολύ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα. Ανδρουλάκη Ζαχαρένια, για την καθοδήγηση και υποστήριξη που μας πρόσφερε κατά την διάρκεια της ερευνητικής μελέτης για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Είμαστε ευγνώμονες στον κ. Βαρδαβά Κωνσταντίνο, την κα Ευρυδίκη Πατελάρου, την Καλλιόπη Κερούλη και την Κλινική Προληπτικής Ιατρικής με υπεύθυνο καθηγητή τον κ Αντώνη Καφάτο για την πολύτιμη συνεργασία, συμπαράσταση και καθοδήγηση τους κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης και την έκδοση των στατιστικών αποτελεσμάτων της μελέτης μας. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους διευθυντές των σχολείων Καπετανάκιο και 2^ο Ε.Π.Α.Λ που μας δέχτηκαν ώστε να καταφέρουμε να φέρουμε εις πέρας την έρευνα μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ	6
2. ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	8
2.1 Η Νικοτίνη	12
2.2 Μονοξείδιο του άνθρακα	12
3. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	14
4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	15
5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	16
5.1.5 Συγγενές σύνδρομο	22
5.1.6 Σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων (αρτηρίες).....	22
5.1.7 Αρτηριοσκλήρυνση.....	22
5.1.8 Στεφανιαία νόσος:.....	23
5.2 Καρκίνο του πνεύμονα.....	24
5.3 Το κάπνισμα διπλασιάζει το βαθμό επικινδυνότητας για εγκεφαλικό επεισόδιο.....	26
5.4 Το κάπνισμα προκαλεί τύφλωση	27
5.5 Το κάπνισμα προκαλεί εθισμό	29
5.6 Άλλους καρκίνους.....	32
5.7 Οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, του εγκεφάλου και των αγγείων των άκρων του σώματος.	32
5.8 Οι χρόνιες πνευμονοπάθειες	33
5.9 οστεοπόρωση.	33
5.10 Πρόκληση έλκους στο στομάχι.....	33
5.11 Ανδρική ανικανότητα	34
5.12 Σύνδρομο υπερκινητικότητας.....	34
5.13 Προβλήματα στα δόντια	34
5.14 Το δέρμα αλλοιώσεις.....	35
5.16 Ωτίτιδες.....	35
6. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	36
6.1 Τι γίνεται στον οργανισμό όταν διακόπτεται το κάπνισμα;	37
7. ΕΦΗΒΕΙΑ ΜΙΑ ΚΡΙΣΙΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ	38
7.1 Σχέσεις εφήβου με τους γονείς.	40
7.2 Σχέσεις εφήβου με τους συνομήλικούς του.....	41
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	42
8.1 Παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους για κάπνισμα	45

8.2 Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι	45
8.3 Άλλες αιτίες που ξεκινάει κανείς το κάπνισμα	46
9. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	48
10. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	54
10.1 Ο ρόλος των γονέων	55
11. Ιστορική Αναδρομή της Νοσηλευτικής στο Σχολείο.....	58
12. Η Εξέλιξη των Σχολικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.....	60
13.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	65
13.1 Αντικειμενικοί Σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο Σχολείο.....	66
13.1.1 Αξιολόγηση και Προαγωγή της Υγείας του Σχολικού Πληθυσμού	66
13.1.1 Λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση της υγείας του κάθε παιδιού.....	66
13.2 Αντιμετώπιση και παροχή φροντίδας στα παιδιά σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας ή τραυματισμού.....	67
13.3 Ενθάρρυνση των γονέων και του άλλου προσωπικού του σχολείου να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με την υγεία.	68
13.4 Βελτίωση του Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος του Σχολείου	69
13.4.1 Κίνδυνοι από το φυσικό περιβάλλον	69
13.4.3 Ψυχοκοινωνικό Περιβάλλον	70
13.5.1 Προγραμματισμένη διδασκαλία.....	72
13.5.2 Περιστασιακή- μη προγραμματισμένη διδασκαλία.....	72
13.6 Καθήκοντα του Νοσηλευτή στο Σχολικό Περιβάλλον.....	73
14.Μορφές πρόληψης στο σχολικό πληθυσμό.....	76
14.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	76
14.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	76
14.3 Τριτογενής Πρόληψη	77
15. ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΗΛΕΟΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Βρυξέλλες, 26 Μαΐου 2005 MEMO/05/174... 	79
Στόχος της εκστρατείας	79
Η μεταφορά της χάρτινης σφυρίχτρας.....	79
15.1 Η παραγωγή των διαφημίσεων	81
16. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	83
16.1 Σκοπός Της Έρευνας.....	83
16.2 Ερευνητικό Ερώτημα.....	83
16.3 Υλικό Και Μέθοδος.....	83
17.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	85

18. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	92
18.1 Περιγραφική Στατιστική Του Δείγματος.....	92
19. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	113
20. Επίλογος.....	116
21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	117

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Η ιστορία του καπνίσματος μπορεί να χρονολογηθεί από 5000 Π.Χ., και έχει καταγραφεί σε πολλούς διαφορετικούς πολιτισμούς πέρα από τον κόσμο. Ο καπνός έχει καλλιεργηθεί και έχει καπνιστεί στην Αμερική για τουλάχιστον 5000 έτη. Μετά από την ευρωπαϊκή εξερεύνηση και την κατάκτηση της Αμερικής, η πρακτική του καπνίσματος διαδίδεται γρήγορα στον υπόλοιπο κόσμο. Στις περιοχές όπως την Ινδία και της νότιας Σαχάρας στην Αφρική, συγχωνεύθηκαν με τις υπάρχουσες πρακτικές του καπνίσματος (συνήθως των καννάβων). Στην Ευρώπη, εισήγαγε έναν νέο τύπο κοινωνικής δραστηριότητας και μια μορφή εισαγωγής φαρμάκων που προηγουμένως ήταν άγνωστη.



Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική και εξαπλώθηκε στον υπόλοιπο κόσμο από Ευρωπαίους. Στην Αμερική ο καπνός εθεωρείτο πανάκεια και χρησιμοποιείτο για ιατρικές πρακτικές (παυσίπονο, επικαλυπτικό πληγών, για την ενίσχυση της γονιμότητας), θρησκευτικές τελετές (επικοινωνία με τα πνεύματα) καθώς και σε περιπτώσεις σύναψης ειρήνης (γνωστή ως πίπα της ειρήνης). Ο καπνός προσφέρθηκε στον Χριστόφορο Κολόμβο σα δώρο από τους ιθαγενείς της Αμερικής. Σύντομα μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και το φυτό άρχισε να καλλιεργείται σε όλη την ήπειρο, -κυρίως λόγω των υποτιθέμενων θεραπευτικών του ικανοτήτων του. Προοδευτικά το κάπνισμα έγινε παγκόσμια κουλτούρα τόσο λόγω των εθιστικών ιδιοτήτων της νικοτίνης όσο και του πολιτιστικού εισοδήματος που αναπτύχθηκε γύρω από αυτό. Την ίδια περίοδο άρχισαν να γίνονται γνωστές κάποιες από τις δυσάρεστες συνέπειες του καπνού και ολοένα περισσότεροι επιστήμονες άρχισαν να μελετούν την τοξικότητα του.

Από το 1760 σημειώνεται μεγάλη ανάπτυξη της βιομηχανίας καπνού, με αποκορύφωμα την διάρκεια του Α' Παγκοσμίου πολέμου όπου η χρήση των τσιγάρων παρουσίασε εκρηκτική άνοδο και τα τσιγάρα πλέον ονομάζονται « ο καπνός του στρατιώτη ».

Κατά την διάρκεια του 1950 όλο και μεγαλύτερος αριθμός ερευνητικών δεδομένων συνδέουν το κάπνισμα με καρκίνο πνεύμονα ενώ την δεκαετία του 1960 εμφανίζονται πολλές ανακοινώσεις σχετικά με τους κινδύνους υγείας που κρύβει το κάπνισμα.

Το 1965 οι τηλεοπτικές διαφημίσεις τσιγάρων διακόπτονται στη Μ. Βρετανία και το 1966 εμφανίζονται οι πρώτες προειδοποιήσεις στα κουτιά των τσιγάρων.

Το 1980 το κάπνισμα γίνεται πολιτικά μη ορθό και απαγορεύεται σε πολλούς δημόσιους χώρους. Το 1982 ανακοινώνεται επίσημα ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα .

Μόνο πρόσφατα, και πρώτιστα στις βιομηχανικές δυτικές χώρες, το κάπνισμα αντιμετωπίζεται με αρνητική στάση. Σήμερα οι ιατρικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το κάπνισμα είναι μεταξύ των κύριων αιτιών των ασθενειών όπως ο καρκίνος πνευμόνων, καρδιακές προσβολές και η χρόνια πνευμονοπάθεια , και μπορούν επίσης να οδηγήσουν στις υπολειπόμενες και λιποβαρείς γεννήσεις .

Οι πρώτες επιστημονικές παρατηρήσεις ήρθαν από την Αγγλία από την δεκαετία του 50 και συγκεκριμένα ότι παρά πολλοί θάνατοι ήταν αποτέλεσμα του καπνίσματος , από τότε συγκεντρώσεις σεμινάρια και διεθνή συνέδρια έδειξαν ότι για να κρατήσουν την υγεία τους ,έπρεπε να σταματήσουν το κάπνισμα και να πείσουν όλον τον κόσμο ότι η συνήθεια αυτή είναι από τις πιο βλαβερές .

επίσης άλλοι επιστήμονες ψυχολόγοι- , κοινωνιολόγοι- , εκπαιδευτικοί- , δασονόμοι παρουσίασαν στοιχεία για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος, και την ισοπέδωση της σκέψεως στην τρίτη ηλικία και- για την μεταβολή τις προσωπικότητας.

Αυτός είναι ο λόγος που οποιαδήποτε σκέψη πρέπει να γίνετε ευρύτατα ακουστή , οι συζητήσεις πρέπει να πολλαπλασιάζονται και τα συμπεράσματα να ανακοινώνονται ευρύτατα . Όλοι επιθυμούμε ένα κόσμο χωρίς καπνιστική επίδραση με ανθρώπους που δεν έχουν πλέον ανωμαλίες, εξαρτίσεις ή νόσους που οφείλονται στο κάπνισμα .

1. *Gately, I. (2003) Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*
2. *Nahas, G. G. (1999) Marijuana and Medicine*
3. *American Legacy Foundation fact sheet on lung cancer; their cited source is: CDC (Centers for Disease Control The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. 2004.*
4. Nyboe J, Jensen G, Appleyard M, Schnohr P. (1989). "Risk factors for acute myocardial infarction in Copenhagen. I: Hereditary, educational and socioeconomic factors. Copenhagen City Heart Study.". *Eur Heart J* 10 (10): 910-916
5. Devereux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. Definition, epidemiology, and risk factors. *BMJ* 2006;332:1142-114

2. ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Έχει τεκμηριωθεί εδώ και αρκετές δεκαετίες ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας για τον άνθρωπο.

Είναι πλέον αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι το κάπνισμα προκαλεί το 85-90 % των πρόωρων θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα , χρόνιες αποφρακτικές ασθένειες των πνευμόνων και ανεύρυσμα της αορτής και το 25 % των θανάτων από ισχαιμικές καρδιοπάθειες . Συνολικά ,υπολογίζεται ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο ,στις δυτικές κοινωνίες , για το 15 % περίπου όλων των πρόωρων θανάτων.

Επιπλέον ,το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη διαφόρων ειδών καρκίνου (οισοφάγου- ,στομάχου, ήπατος, νεφρών, ουροδόχου κύστεως- ,παγκρέατος- , τραχήλου της μήτρας κ.λπ.) και στην πρόκληση πρόωρων θανάτων από αναπνευστική φυματίωση, εκφυλισμό του μυοκαρδίου- , αναπνευστικά νοσήματα- , αρτηριοσκλήρυνση ,υπέρταση, εγκεφαλική θρόμβωση- , έλκος στομάχου, κ.λπ. Αλλά και το παθητικό κάπνισμα , για τα άτομα που ζουν με καπνιστές είναι γνωστό ότι προκαλεί αναπνευστικές ασθένειες σε νεαρά άτομα- , επιπλοκές στην εγκυμοσύνη- , βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα των ενηλίκων και σε ορισμένες περιπτώσεις και καρκίνο του πνεύμονα σε συζύγους καπνιστών.

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έχουν τεκμηριωθεί από πολλές δεκαετίες μέχρι σήμερα με μεγάλο αριθμό επιδημιολογικών, κλινικών και βιολογικών ερευνών- .

Αλλά και η ανάλυση της χημικής σύστασης του καπνού του τσιγάρου (και κατ'επέκταση των πούρων και του καπνού πίπας) μας δίνει ισχυρή ένδειξη για το σημαντικό αριθμό και τις ποσότητες βλαβερών χημικών ουσιών στις οποίες εκτίθεται ο καπνιστής εισπνέοντας το κύριο ή δευτερεύον ρεύμα του καπνού.

Οι ποσότητες των τοξικών , καρκινογόνων, μεταλλαξιογόνων και τερατογόνων χημικών ουσιών που περιέχονται στα δύο ρεύματα του καπνού του τσιγάρου , είναι πολύ μεγαλύτερες από τις συγκεντρώσεις ορισμένων αντίστοιχων ουσιών στον αέρα μεγαλουπόλεων και βιομηχανικών περιοχών ή εργασιακών χώρων. Γι' αυτό και οι βλαβερές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου είναι πολύ μεγαλύτερες από το κάπνισμα παρά από την έκθεση στο περιβάλλον των πόλεων που ζει και στους εργασιακούς χώρους που εργάζεται.(*A.Π. Βαλαβανίδης , Ιατρική 54 (παράρτημα),20-27,1988*).

Για να γίνει κατανοητή η βιολογική δράση του καπνού του τσιγάρου και ο βαθμός επικινδυνότητας που παρουσιάζεται στην υγεία του ανθρώπου θα πρέπει να εξεταστεί η χημική του σύσταση. Ο καπνός του τσιγάρου χωρίζεται σε δύο βασικά μέρη: α) το κύριο ρεύμα που αναπνέει ο καπνιστής και β) το δευτερεύον ρεύμα που είναι ο καπνός που διαχέεται στο περιβάλλον κατά τη διάρκεια του καπνίσματος και που ενδιαφέρει το παθητικό κάπνισμα μη καπνιστών.

Τα δύο μέρη του καπνού του τσιγάρου (υπάρχουν ορισμένες διαφορές για τα πούρα και τον καπνό πίπας.) έχουν αναλυθεί από διάφορα εργαστήρια στο παρελθόν και έχει βρεθεί, ότι περιέχουν κατά μέσο όρο (για τσιγάρα 85 χιλιοστών χωρίς φίλτρο, τύπου blended. Το κύριο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου αποτελείται από τις παρακάτω χημικές ουσίες: Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες (PAH), N-νιτροδοαμίνες και αρυλαμίνες είναι ισχυρές καρκινογόνες χημικές ενώσεις , το μονοξειδίο του άνθρακα είναι άμεσα υπεύθυνο για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και την αρτηριοσκλήρωση , όπως και η νικοτίνη . Τα οξειδία του αζώτου είναι γνωστό ότι προκαλούν εμφύσημα , ενώ το υδροκυάνιο, η ακρολεϊνη, η ακεταλδεϋδη κ.λπ. είναι γνωστές τοξικές ουσίες . Οι ποσότητες χημικών ουσιών που αναπνέει ένας καπνιστής από ένα μόνο τσιγάρο (και που ένα μεγάλο μέρος τους συγκρατείται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος ή περνάει στο αίμα) είναι αρκετά υψηλές .

Το δευτερεύον ρεύμα του καπνού του τσιγάρου περιέχει παρόμοια συστατικά ,αλλά σε μικρότερες ποσότητες ,αν και ορισμένες χημικές ενώσεις , που είναι ισχυρά καρκινογόνα , υπάρχουν σε μεγαλύτερες ποσότητες. Φυσικά , η ποσότητα και το είδος των ρυπαντών που αναπνέει ο παθητικός καπνιστής από το δευτερεύον ρεύμα διαφέρει από χώρο σε χώρο και είναι ανάλογος του εξαερισμού του εσωτερικού χώρου του αριθμού των καπνιστών και του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν. Πρέπει να σημειωθεί ,ότι η σύσταση του καπνού του τσιγάρου έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή νέων ποικιλιών καπνού, εφαρμογή του φίλτρου, περιορισμό της πίσσας και της νικοτίνης και άλλων βελτιώσεων.(Αθαν. Βαλαβανίδης, Παθητικό κάπνισμα, ρύπανση του περιβάλλοντος απ'τον καπνό του τσιγάρου και βλάβες στην υγεία , Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Τόμος 3 , 1986).

Η χημική σύνθεση του καπνού και οι φυσικοχημικές ιδιότητές του εξαρτώνται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, το χαρτί και την ιδιότητά του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων καπνού και άλλων συστατικών. Οι ποσότητες που εισπνέει ένας καπνιστής (πίσσας, νικοτίνης, οργανικών ουσιών κ.λπ.) εξαρτώνται από

την συχνότητα των εισροφίσεων του καπνιστή, τη διάρκεια και την κατακράτηση του καπνού στους πνεύμονες. Οι διαφορές της χημικής σύστασης του καπνού των πούρων και της πίπας ή των «ελαφρών» τσιγάρων σε σχέση με εκείνη των «πλούσιων» σε πίσσα και νικοτίνη περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις ποσότητες των συστατικών.

Ο καπνός του τσιγάρου περιλαμβάνει πάρα πολλές χημικές ενώσεις, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Πολλές από αυτές τις ουσίες υπάρχουν ως συστατικά των φύλλων καπνού, αλλά η πλειοψηφία σχηματίζεται στη ζώνη πυρόλυσης-απόσταξης των θερμών περιοχών, που γίνεται σε θερμοκρασία 950 °C.

Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου (κύριο ρεύμα) προσδιορίζεται με μηχανικούς καπνιστές, οι οποίοι έχουν γίνει διεθνώς αποδεκτοί, με εισροφές 35 ml διάρκειας 2 sec, κάθε min, μέχρι να μείνει ακάπνιστο τμήμα τσιγάρου μήκους 23 mm ή μήκος φίλτρου και 3 mm. Αν και οι μηχανικοί καπνιστές δεν μπορούν να μιμηθούν τις καπνιστικές συνήθειες του κάθε καπνιστή, ωστόσο πλησιάζουν σε μεγάλο βαθμό στη μέτρηση των ποσοτήτων που πρακτικά εισπνέει ο καπνιστής από κάθε τσιγάρο. Για το παράπλευρο ρεύμα καπνού χρησιμοποιούνται ειδικοί θάλαμοι.

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται κυρίως από τα συστατικά αέρια του αέρα και μόνο το 20% από τα συστατικά που μετράμε είναι προϊόντα καύσης των φύλλων του καπνού. Τα σωματίδια του καπνού, διαμέτρου 0,2-1,0 mm, είναι ελαφρά φορτισμένα με ηλεκτρόνια, ενώ περιέχονται και ελεύθερες ρίζες, που κατά ορισμένες θεωρίες, είναι υπεύθυνες για την καρκινογόνο δράση. (Α.Π. Βαλαβανίδης, *Ιατρική* 54 (παράρτημα), 20-27, 1988).

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα μείγμα πολλών χημικών, πολλά από τα οποία είναι επιβλαβή για το ανθρώπινο σώμα. Όλα τα διαθέσιμα προϊόντα καπνού σήμερα τα οποία καπνίζονται απελευθερώνουν σημαντικές ποσότητες τοξικών χημικών στους χρήστες και σε αυτούς που εισπνέουν τον καπνό τους.

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένας συνδυασμός:

- καπνός κεντρικής ροής – ο καπνός που εισπνέει και εκπνέει ο καπνιστής,
- καπνός περιφερικής ροής – ο καπνός από το άκρο του αναμμένου τσιγάρου, και
- καπνός περιβάλλοντος ("από δεύτερο χέρι") – ο καπνός που εκπνέει ο καπνιστής συν ο καπνός από το τσιγάρο.

Εκ των πολλών χημικών που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου, περισσότερα από 60 έχουν αναγνωριστεί ως καρκινογόνα χημικά, 11 εκ των οποίων είναι γνωστά ως χημικά που προκαλούν καρκίνο στους ανθρώπους και 8 που πιθανόν προκαλούν καρκίνο στους ανθρώπους.

Τα καρκινογόνα χημικά στον καπνό του τσιγάρου είναι τα εξής:

- Βενζόλιο
- 2-ναφθυλαμίνη
- 4-αμινοδιφαινύλιο
- Χρώμιο
- Κάδμιο
- Βινυλοχλωρίδιο
- Οξειδίο του αιθυλενίου
- Αρσενικό
- Βηρύλλιο
- Νικέλιο
- Πολώνιο-210

Τα τοξικά χημικά στον καπνό του τσιγάρου είναι τα εξής:

- Νικοτίνη – ο εθιστικός παράγοντας στον καπνό του τσιγάρου,
- Φορμαλδεΰδη– χρησιμοποιείται στη συντήρηση των εργαστηριακών δειγμάτων,
- Αμμωνία – χρησιμοποιείται σε καθαριστικό τουαλέτας,
- Υδροκυάνιο– χρησιμοποιείται σε δηλητήριο αρουραίων,
- Ακετόνη – χρησιμοποιείται σε ξεβαφτικό βερνικιού νυχιών,
- Διοξειδίο του άνθρακα- εντοπίζεται στα καυσαέρια αυτοκινήτων,
- Πίσσα - Σωματίδια στον καπνό του τσιγάρου,
- Τολουόλη - εντοπίζεται στα διαλυτικά χρωστικών ουσιών,
- φαινόλη – χρησιμοποιείται σε λιπάσματα;

Τα χημικά αυτά θεωρούνται τοξικά επειδή έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπινου σώματος. Για παράδειγμα:

- Το υδροκυάνιο, το διοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα προκαλούν ή σχετίζονται με καρδιαγγειακές παθήσεις και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο, και
- Η αμμωνία και η φορμαλδεΰδη προκαλούν ερεθισμούς στα μάτια, τη μύτη και το λαιμό και άλλα αναπνευστικά προβλήματα.

Τα χημικά που εμφανίζονται σε καπνό κεντρικής ροής, περιφερικής ροής και περιβάλλοντος είναι παρόμοια, ωστόσο οι ποσότητες των διαφόρων χημικών που εμφανίζονται διαφοροποιούνται. Ο καπνός περιφερικής ροής παράγεται σε χαμηλές θερμοκρασίες και υπό διαφορετικές συνθήκες από τον καπνό κεντρικής ροής και κατά συνέπεια περιέχει υψηλότερες συγκεντρώσεις πολλών από τις τοξίνες που περιέχει ο καπνός κεντρικής ροής.

Όταν περίπου ένας μη-καπνιστής πεθαίνει εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος για κάθε 8 καπνιστές που πεθαίνουν από παθήσεις σχετιζόμενες με το κάπνισμα, δεν εκπλήσσει ο προσδιορισμός του καπνού περιφερικής ροής ως καρκινογόνου παράγοντα για τον άνθρωπο. Επιπλέον, περίπου οι μισοί εκ των συστηματικών καπνιστών θα πεθάνουν από κάποια πάθηση που σχετίζεται με το κάπνισμα ενώ έχουν και μειωμένη προσδοκώμενη διάρκεια ζωής περίπου 13 με 16 έτη, συγκρινόμενοι με τους μη-καπνιστές.

2.1 Η Νικοτίνη

- επιταχύνει την καρδιακή λειτουργία .
- την επαυξάνει.
- Συσπά της αρτηρίες, στεφανιαίες και περιφερικές.
- αυξάνει την αρτηριακή πίεση.
- αυξάνει την συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων και επόμενος την πιθανότητα των αιμοπεταλίων και , επόμενος την πιθανότητα για απόφραξη αγγείων.
- αυξάνει τα ελευθέρα λιπαρά οξέα και τις λιποπρωτεΐνες στο αίμα.

2.2 Μονοξείδιο του άνθρακα

Δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη , η οποία μπορεί να φθάσει στο αίμα μέχρι και τα 10-15% . η ένωση αυτή ινία 200 φορές ισχυρότεροι από την ένωση του οξυγόνου με την αιμοσφαιρίνη και έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς , κάτι σαν εσωτερική ασφυξία.

Με την κακή οξυγόνωση του ενδοθηλίου των άρτιων θα λέγαμε : της φόδρας των αγγείων –διευκολύνεται η δίοδος των αθηροσκληρωτικών συστατικών από το αίμα στο τοίχωμα των αρτηριών, με αποτέλεσμα την στένωση μέχρι και την απόφραξη τους.

Με την νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα προκύπτει ποσοτική και ποιοτική μεταβολή και μύωση του προσφερομένου στους ιστούς αίματος με αποτέλεσμα την κακή οξυγονώσει και την μειονεκτική πρόσφορα θρεπτικών και άλλων συστατικών στο σύνολο του οργανισμού.

1. Hoffmann D, Hoffmann I and El-Bayoumy K. *The Less Harmful Cigarette: A Controversial Issue. A tribute to Ernst L. Wynder. Chemical Research in Toxicology* 2001, 14(7): 767-790.
2. The Department of Health and Human Services Tasmania. *Fact Sheet: Health Effects of Environmental Tobacco Smoke*, 1/12/2006;
3. *Tobacco smoke and involuntary smoking* by IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France : World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004.
4. Health Canada. *Toxic Emissions Statement*, 1/12/2006;
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
6. Schick S and Glantz SA. *Sidestream cigarette smoke toxicity increases with ageing and exposure duration*. *Tobacco Control* 2006; 15;424-429.
7. Peto R, Lopez AD, Boreham J and Thun M. *Mortality from smoking in developed Countries, 1950 to 2000: Australia*. (2nd edition, revised June 2006:
8. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: what it means to you*. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 200

3. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όταν ένας άνθρωπος που δεν καπνίζει εκτίθεται καθημερινά στο κάπνισμα των άλλων (παθητικός καπνιστής), έχει μεγάλη πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο των οργάνων του αναπνευστικού συστήματος.

Ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα που διατρέχει μια γυναίκα στο χώρο εργασίας λόγω παθητικού καπνίσματος, είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τον κίνδυνο που προκύπτει από τον ίδιο νοσηρό παράγοντα στο σπίτι.

Τα σημαντικά αυτά δεδομένα προκύπτουν από έρευνα που έγινε από Γερμανούς γιατρούς στη Νυρεμβέργη. Η έρευνα συμπεριέλαβε 234 γυναίκες που είχαν παρουσιάσει καρκίνο του πνεύμονα και 535 γυναίκες χωρίς τον καρκίνο αυτό. Οι Γερμανοί ερευνητές εξέτασαν την επαγγελματική απασχόληση των γυναικών, την έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας τους, το οικογενειακό ιστορικό τους για καρκίνο, τις ασθένειες που είχαν παρουσιάσει σε σχέση με τον καρκίνο ή άλλες παθήσεις του πνεύμονα όπως επίσης και τη διατροφή τους. Βασικά η έρευνα επιβεβαίωσε τα συμπεράσματα και άλλων πρόσφατων ερευνών, που έδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι αιτία πρόκλησης καρκίνου στο χώρο εργασίας είναι περισσότερο βλαβερό παρά στο σπίτι. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι ένας πιθανός λόγος που εξηγεί τη διαφορά αυτή, είναι η ποσότητα του καπνού στο χώρο εργασίας, σε σύγκριση με το σπίτι.

Πράγματι στο χώρο εργασίας, μπορεί να υπάρχουν περισσότερα από ένα άτομα που καπνίζουν και έτσι υποβάλλουν την εργαζόμενη γυναίκα στο παθητικό κάπνισμα. Ίσως ακόμη ο χρόνος έκθεσης των γυναικών κατά την εργασία τους στο παθητικό κάπνισμα, να είναι μεγαλύτερος παρά στο σπίτι τους. Η θνησιμότητα που προκύπτει από τις νοσηρές επιδράσεις του καπνίσματος, επηρεάζει σε αξιοσημείωτο βαθμό και τους μη καπνιστές, οι οποίοι άθελά μας είτε στο χώρο εργασίας είτε στο σπίτι τους, υποβάλλονται στο παθητικό κάπνισμα. Είναι καιρός πλέον όλοι να αντιληφθούν ότι το παθητικό κάπνισμα δεν είναι απλά μια ενόχληση για αυτούς που δεν καπνίζουν. Το παθητικό κάπνισμα είναι μια νοσηρή κατάσταση η οποία βλάπτει και σκοτώνει ανθρώπους που άθελά τους, εισπνέουν επικίνδυνες τοξικές ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό του τσιγάρου, του πούρου ή της πίπας. Οι μη καπνιστές δια μέσου του παθητικού καπνίσματος εισπνέουν τις ίδιες καρκινογόνες και τοξικές ουσίες όπως οι καπνιστές.

4. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η ευαισθητοποίηση στα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα θεωρείται μια λογική προσέγγιση στη λύση του προβλήματος. Έτσι, πρέπει να γνωρίζει το παιδί, όπως και οι ενήλικες, τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα. Είναι γνωστό ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για παθήσεις των στεφανιαίων, αορτικά ανευρύσματα, χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα, καρκίνο του λάρυγγα και της τραχείας, των πνευμόνων, του στόματος, του οισοφάγου, της κύστης, του τραχήλου της μήτρας και του παγκρέατος. Οι καπνιστές έχουν υψηλότερη χοληστερίνη ορού και μειωμένο το HDL. Στις χρόνιες καπνίστριες, η αναπαραγωγική ικανότητα είναι μειωμένη, ενώ μπορεί να επιταχυνθεί η εμμηνόπαυση.

Ο ΠΟΥ, σε πρόσφατη ανακοίνωσή του, αναφέρει ότι κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν 3.000.000 από νόσους που έχουν σχέση με το τσιγάρο. Με στοιχεία της τελευταίας εικοσαετίας έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στις μη καπνίστριες, που είναι παντρεμένες με άντρες καπνιστές, είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι στην περίπτωση γυναικών που έχουν συζύγους μη καπνιστές. Φαίνεται επίσης, ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο, οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα, αποτελούν τα 3/4 του συνόλου των θανάτων που οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα και υπολογίζονται σε 30.000-40.000 περίπου ετησίως στην Αμερική και σε 3.000 περίπου κατ' αναλογία στην Ελλάδα. Επίσης, μεταξύ των παθητικών καπνιστών είναι τριπλάσιος ο αριθμός των μη θανατηφόρων καρδιαγγειακών επεισοδίων. Έτσι, το παθητικό κάπνισμα κατατάσσεται ως τρίτη αιτία θανάτου, μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το οινόπνευμα, η οποία μπορεί ν' αποφευχθεί

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Το κάπνισμα προκαλεί κάθε χρόνο σ' όλο τον κόσμο 5.000.000 θανάτους. Το 2025 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 10.000.000. Στις αναπτυγμένες χώρες το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία ασθενειών και πρόωρων θανάτων. θεωρείται, ένας από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων. Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας χαρακτηρίζει το κάπνισμα ως η μεγαλύτερη επιδημία του περασμένου αιώνα που θα έχει δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία των ενεργητικών καπνιστών. Έχει υπολογιστεί ότι οι θάνατοι που προκαλεί το κάπνισμα κάθε χρόνο στις ανεπτυγμένες χώρες είναι περισσότεροι από όσους προκαλούν μαζί: το AIDS, τα τροχαία ατυχήματα, οι ανθρωποκτονίες, οι αυτοκτονίες, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τα ναρκωτικά. Συγκεκριμένα το κάπνισμα προκαλεί:

5.1 Καρδιακές παθήσεις.

Το κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας για να πάθει κανείς καρδιακή προσβολή (άλλοι παράγοντες είναι η υπέρταση, η παχυσαρκία και η αυξημένη χοληστερίνη).

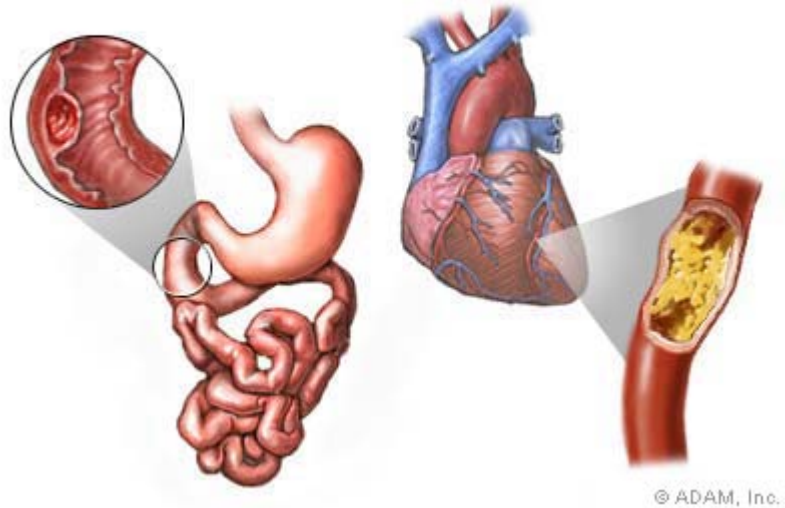
Στατιστικές μελέτες έδειξαν ότι οι καπνιστές έχουν 70% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρδιακή προσβολή απ'

ότι οι μη καπνιστές και όταν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες ο κίνδυνος αυτός πολλαπλασιάζεται. Το κάπνισμα είναι βασική αιτία των καρδιακών παθήσεων. Υπάρχουν συντριπτικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και ότι η παραπάνω συσχέτιση είναι ευθέως ανάλογη του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των καρδιαγγειακών θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα.

Επισημαίνεται ότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από το κάπνισμα δεν περιορίζονται μόνο στους ενεργητικούς καπνιστές. Ακόμη και η παθητική εισπνοή του καπνού συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων, σε σχέση με τα άτομα που δεν εκτίθενται στον καπνό. Η παραπάνω διαπίστωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά γονιών που καπνίζουν.

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη έχει σαφώς πλέον αποδειχθεί ότι δεν προκαλεί ελάττωση των συνδεόμενων με το κάπνισμα κινδύνων. Το κάπνισμα πίπας ή πούρων φαίνεται να συνδυάζεται με συγκριτικά μικρότερο αλλά σαφή κίνδυνο εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Tobacco use is associated with increased risk of peptic ulcers and coronary artery disease



Οι γυναίκες που καπνίζουν διατρέχουν 50% μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σχέση με τους άνδρες, πιθανώς εξαιτίας αλληλεπίδρασης των ορμονών του τσιγάρου και των ορμονών τους. Όμως, σε καπνίστριες και καπνιστές, ο αυξημένος κίνδυνος εμφράγματος ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος και σχεδόν εξαλείφεται μετά από 2-3 χρόνια. Οι ενεργητικοί καπνιστές παρουσιάζουν αύξηση κατά 50% στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης, οι πρώην καπνιστές κατά 25% και οι παθητικοί καπνιστές, σε σχέση με αυτούς που δεν εκτέθηκαν σε περιβάλλον καπνού, αύξηση κατά 20%.

Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού:

- α) αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο,
- β) το μονοξείδιο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανταγωνίζεται τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, περιλαμβανομένου και του μυοκαρδίου,
- γ) προκαλεί «υπερπηκτική» κατάσταση, με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό,
- δ) προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL-χοληστερόλης και
- ε) το κάπνισμα, όπως και η υπερλιπιδαιμία έχουν συσχετισθεί με αιφνίδιο θάνατο.

Από τα προαναφερθέντα συνάγεται ότι σε κάθε περίπτωση η διακοπή του καπνίσματος είναι επιβεβλημένη. Ωστόσο, αν και πολλές φορές υπάρχει ισχυρή θέληση από μέρους των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα, αυτό δεν καθίσταται συχνά δυνατό, γιατί το ίδιο το κάπνισμα δημιουργεί εθισμό και εξάρτηση, που ενίοτε σε «βαρείς» καπνιστές μπορεί να προκαλέσει μέχρι και στερητικά συμπτώματα. Επειδή όμως η διακοπή του καπνίσματος, ειδικά σε άτομα που έχουν εκδηλώσει στεφανιαία νόσο, είναι ζωτικής σημασίας, αποτελεί ευθύνη του καρδιολόγου να ενημερώσει τον ασθενή για τις καταστροφικές επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, ο ίδιος ο ασθενής χρησιμοποιώντας ορισμένα απλά τεχνάσματα μπορεί να φθάσει στον παραπάνω στόχο.

Συγκεκριμένα, ο κάθε καπνιστής που αποβλέπει στη διακοπή του καπνίσματος πρέπει:

- ♦ να περιορίσει τις συνήθειες που έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, π.χ. τον πρωινό καφέ,

- ♦ να επιχειρήσει αλλαγή του ρυθμού και του τρόπου ζωής. Η γυμναστική, η ένταση της οποίας σε καρδιοπαθείς καθορίζεται απαραίτητα από τον θεράποντα καρδιολόγο, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά,
- ♦ να αποφεύγει να μεταφέρει στις μετακινήσεις του τσιγάρα,
- ♦ να συζητά την πρόοδό του με προσφιλή του πρόσωπα,

Εάν τα παραπάνω μέτρα αποτύχουν, να συζητήσει με τον θεράποντα ιατρό την πιθανότητα θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη, η οποία διατίθεται σε μορφή τσίγλας και σε μορφή αυτοκόλλητων διαδερμικής χορήγησης. Έχει αποδειχθεί ότι η υποκατάσταση περιορίζει τα συμπτώματα στέρησης και αυξάνει το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Επιπρόσθετα, ο κάθε καπνιστής οφείλει να λαμβάνει υπόψη ότι σύμφωνα με υπολογισμούς κάθε τσιγάρο αφαιρεί 14 περίπου λεπτά ζωής και ότι μετά από 3 χρόνια απόλυτης αποχής από το κάπνισμα ο κίνδυνος εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου εξομοιώνεται με εκείνον των μη καπνιστών.

Οι δύο βασικές μορφές στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων είναι η καρδιακή προσβολή και η στηθάγχη. Η αθηροσκλήρωση είναι το βασικό υποκείμενο πρόβλημα της στεφανιαίας καρδιακής νόσου. Η αθηροσκλήρωση εκδηλώνεται όταν παρουσιάζεται στένωση και φράξιμο των αρτηριών, που μειώνει την παροχή αίματος, και του διαθέσιμου οξυγόνου, σε όλο το σώμα. Οι καπνιστές προσβάλλονται από περισσότερες καρδιακές προσβολές, επαναλαμβανόμενες καρδιακές προσβολές και στηθάγχη (κατά 20 φορές περισσότερο στηθάγχη) από τους μη-καπνιστές. Επίσης, οι καπνιστές παθαίνουν καρδιακές προσβολές σε νεαρότερη ηλικία από τους μη-καπνιστές.

Τα άτομα που καπνίζουν διατρέχουν 4πλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν από στεφανιαία καρδιακή νόσο από ότι οι μη-καπνιστές. Το χρονικό διάστημα και ο αριθμός τσιγάρων που καπνίζει κανείς αυξάνει το βαθμό επικινδυνότητας.

Εκτός από τις επιδράσεις του καπνίσματος στην αθηροσκλήρωση, κάθε φορά που καπνίζει κάποιος, ακόμα κι ένα τσιγάρο, αναγκάζει την καρδιά του να εργάζεται πιο σκληρά με την:

- Αύξηση των καρδιακών παλμών
- Μείωση του οξυγόνου που κυκλοφορεί στο αίμα – με κάθε εισπνοή καπνού τσιγάρου, το διοξείδιο του άνθρακα και άλλα αέρια αντικαθιστούν το οξυγόνο
- Βραχυπρόθεσμη αύξηση της πίεσης του αίματος

Εάν κόψει κάποιος το κάπνισμα θα μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης καρδιακής προσβολής. Με το πέρας ενός έτους χωρίς κάπνισμα, μειώνεται κατά το ήμισυ ο βαθμός επικινδυνότητας εμφάνισης καρδιακών παθήσεων. Με το πέρας δεκαπέντε ετών χωρίς κάπνισμα, ο βαθμός επικινδυνότητας εμφάνισης καρδιακών παθήσεων είναι ίδιος με αυτόν ενός μη-καπνιστή.

Ακόμα κι αν έχει προσβληθεί κάποιος από καρδιακές παθήσεις, το να κόψει το κάπνισμα είναι το μόνο σημαντικό πράγμα που μπορεί να κάνει για να μειώσει το βαθμό επικινδυνότητας περαιτέρω στεφανιαίων καρδιακών νόσων. Το κάπνισμα ενώπιον της οικογένειάς και μέσα στο σπίτι μπορεί επίσης να επηρεάσει την υγεία τους. Οι μη-καπνιστές που ζουν με καπνιστές έχουν κατά 25% με 30% αυξημένο ποσοστό επικινδυνότητας εμφάνισης στεφανιαίας καρδιακής νόσου και θανάτου από καρδιακή προσβολή.

Στις επιδράσεις στο κάρδιο-αγγειακό σύστημα, δεν υπάρχει καμία διάφορα εάν το κάπνισμα γίνεται με πούρο, πίπα, τσιγάρο με ή χωρίς φίλτρο.

5.1.1 Νόσος των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς

(στηθάγχη έμφραγμα του μυοκαρδίου)

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

5.1.2 Έμφραγμα του μυοκαρδίου

Όταν ο αυλός της στεφανιαίας αρτηρίας κλείνει τελείως από μεγάλο μεγέθους αρτηριοσκληρυντική πλάκα ή και θρόμβο, σταματάει εντελώς η ροή του αίματος σε αυτήν την αρτηρία. Τότε το τμήμα του μυοκαρδίου που δε δέχεται πια αίμα νεκρώνεται και προκαλεί το έμφραγμα .

5.1.3 Αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (διαλείπουσα χωλότητα).

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

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες, που συντελούν στη δημιουργία αρτηριοσκλήρυνσης στα άκρα, είναι οι ίδιοι παράγοντες που προκαλούν αρτηριοσκλήρυνση γενικά. Ο σπουδαιότερος, όμως, προδιαθεσικός παράγοντας για την αρτηριοσκλήρυνση στα άκρα υπήρξαν καπνιστές.

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

5.1.4 Θρομβοφιλία

Αύξηση των αιμοπεταλίων και θρομβώσεις στα εγκεφαλικά αγγεία, στην καρδιά, στα μάτια (έμφρακτα), εγκεφαλικό, έμφρακτο, ισχαιμικό έμφραγμα νεφρικά εμφράγματα.

5.1.5 Συγγενές σύνδρομο

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

5.1.6 Σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων (αρτηρίες)

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

5.1.7 Αρτηριοσκλήρυνση

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

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

Το κάπνισμα, τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης στο αίμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης και κληρονομικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης..

Η αρτηριοσκλήρυνση δεν παρουσιάζει συμπτώματα στην αρχή και όταν αυτά εμφανισθούν, η νόσος, συνήθως είναι προχωρημένη. Η στένωση και η τέλεια ανάπτυξη του αυλού της αρτηρίας συντελούν στην ελάττωση του ποσού του αίματος που περνά στη στενωμένη

αρτηρία. Έτσι το τμήμα του οργάνου που δέχεται αίμα από τη στενωμένη αρτηρία δεν παίρνει το ποσό του αίματος που χρειάζεται για τη φυσιολογική του λειτουργία (= ισχαιμία) με αποτέλεσμα να υπολειπεται.

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

5.1.8 Στεφανιαία νόσος:

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

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

1. Heart Foundation. Cigarette Smoking information sheet, 2002.

2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: what it means to you. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

4. AIHW: O'Brien K 2005. Living dangerously: Australians with multiple risk factors for cardiovascular disease. Bulletin No. 24. AIHW Cat. No. AUS 57. Canberra: AIHW.

5. Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. 2004 Edition.

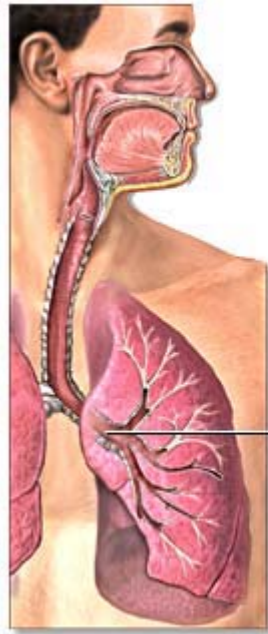
6. Heart Foundation. Heart Attack? Every minute counts, information sheet.

7. Law M R, Morris J K, and Wald N J. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. BMJ, Oct 1997; 315: 973-980.

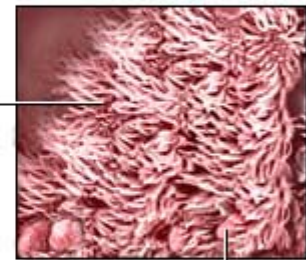
5.2 Καρκίνο του πνεύμονα.

Ο καρκίνος των πνευμόνων, είναι η συχνότερη αιτία θανάτων από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες. Η σχέση καπνίσματος και καρκίνου των πνευμόνων είναι απόλυτη. Οι πνεύμονες είναι το όργανο που είναι άμεσα εκτεθειμένο στις καρκινογόνες ουσίες του καπνού.

Ο καρκίνος του πνεύμονα σπάνια συμβαίνει σε μη καπνιστές, είναι όμως το πιο συχνό αίτιο θανάτου των καπνιστών μετά από τις καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Μελέτες δείχνουν ότι ένας ήπιος καπνιστής έχει 7 φορές πιο πολλές πιθανότητες να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα απ'



Hair-like projections called cilia line the primary bronchus to remove microbes and debris from the interior of the lungs



Cilia

Primary bronchus

Goblet cell

© ADAM, Inc.

ότι ένας μη καπνιστής, ένας μέτριος καπνιστής 12 φορές και ένας φανατικός 24 πιο πολλές πιθανότητες από ένα μη καπνιστή. Το κάπνισμα αποτελεί τη συχνότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα. Ως αποτέλεσμα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο αποτρέψιμη μορφή θανάτου από καρκίνο.

Η ηλικία που κάποιος ξεκινά το κάπνισμα επιδρά στο βαθμό επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα. Όσο μικρότερη η ηλικία που κάποιος ξεκινά το κάπνισμα τόσο υψηλότερος ο βαθμός επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.

Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια που κάποιος καπνίζει και όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει τόσο μεγαλύτερο ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία πως καπνιστές με άλλες παθήσεις του πνεύμονα, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος (πνευμονοπάθεια/ COPD), παρουσιάζουν

μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα. Το κάπνισμα τσιγάρων με μικρό ποσοστό πίσσας δε μειώνει το κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.

Το ποσοστό επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα, μειώνεται έως και 50% δέκα χρόνια αφού κόψετε το κάπνισμα.

Το να κόψει κανείς το κάπνισμα σε οποιαδήποτε ηλικία βοηθάει, ωστόσο η μέγιστη μείωση του βαθμού επικινδυνότητας επιτυγχάνεται όταν κόψει κανείς το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία.

Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα στους μη-καπνιστές. Οι μη-καπνιστές που εκτίθενται στον καπνό άλλων στο σπίτι ή στην εργασία έχουν αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα κατά 20-30%.



πνεύμονας καπνιστή



κανονικός πνεύμονας

1. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: what it means to you*. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
2. American Cancer Society, *Tobacco-Related Cancers Fact Sheet*.
3. American Council on Science and Health. *Cigarettes: What the warning label doesn't tell you*. Second edition. New York, American Council on Science and Health, 2003.
4. American Cancer Society, *Lung cancer fact sheet*.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General – executive summary*. U.S.
6. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, Coordinating Centre for Health Promotion, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

5.3 Το κάπνισμα διπλασιάζει το βαθμό επικινδυνότητας για εγκεφαλικό επεισόδιο.

Το κάπνισμα είναι η βασική αιτία του εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι καπνιστές έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν εγκεφαλικό συγκριτικά με τους μη-καπνιστές. Ο βαθμός επικινδυνότητας είναι ιδιαίτερα υψηλός στους νεότερους. Οι μη-καπνιστές που ζουν με καπνιστές είναι επίσης πιθανότερο να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο. Το εγκεφαλικό εμφανίζεται όταν ένα αιμοφόρο αγγείο που τροφοδοτεί με αίμα τον εγκέφαλο ξαφνικά αποφραχθεί (ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο) ή αιμορραγήσει (αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο). Αυτό προκαλεί το νέκρωμα τμήματος του εγκεφάλου και προκαλεί την απώλεια λειτουργίας αυτού του τμήματος. Το εγκεφαλικό μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ή να επηρεάσει λειτουργίες όπως την κίνηση μερών του σώματος, την όραση, την κατάποση και την επικοινωνία.

Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια είναι γενικά το αποτέλεσμα της αθηροσκλήρωσης στις καρωτιδικές αρτηρίες και τις διακλαδώσεις τους. Η αθηροσκλήρωση παρουσιάζεται όταν υπάρχει στένωση και φράξιμο των αρτηριών, η οποία μειώνει την παροχή αίματος, και του διαθέσιμου οξυγόνου, σε όλο το σώμα. Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα συμβάλλει στην εμφάνιση της αθηροσκλήρωσης. Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κάποιος τόσο ισχυρότερη η εμφάνιση αθηροσκλήρωσης της καρωτίδας και μεγαλύτερο το ρίσκο προσβολής από εγκεφαλικό.

Σε ορισμένους ανθρώπους εκδηλώνεται ένα παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό (ΤΙΑ) πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο. Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια συχνά ονομάζονται μικρά εγκεφαλικά και είναι σημαντικοί προάγγελοι του εγκεφαλικού. Ένα παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό (παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο) παρουσιάζει προσωρινά συμπτώματα όμοια με αυτά του εγκεφαλικού τα οποία δεν αφήνουν κατάλοιπα γνωρίσματα. Ένας στους τρεις που προσβλήθηκαν από παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό θα πάθουν εγκεφαλικό και ένας στους τρεις θα προσβάλλεται επανειλημμένα από παροδικό ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό.

Ο βαθμός επικινδυνότητας για εγκεφαλικό μειώνεται αφού κόψει κάποιος το κάπνισμα. Με το πέρας πέντε έως δεκαπέντε ετών χωρίς να καπνίζετε, ο βαθμός επικινδυνότητας εμφάνισης εγκεφαλικού είναι ίδιος με αυτόν ενός μη-καπνιστή.

1. *Aldoori M I and Rahman S H. Smoking and stroke: a causative role. BMJ 1998; 317; 962-963.*
2. *U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.*
3. *Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson R T, and Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. Tob. Control 1999; 8; 156-160.*
4. *American Council on Science and Health. Cigarettes: What the warning label doesn't tell you. Second edition. New York, American Council on Science and Health, 2003.*
5. *U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: what it means to you. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.*
6. *Dempsey RJ, Moore RW. Amount of smoking independently predicts carotid artery atherosclerosis severity. Stroke 1992;23:693-696.*
7. *Hankey GJ. Smoking and risk of stroke. Journal of Cardiovascular Risk 1999;6:207-211.*

5.4 Το κάπνισμα προκαλεί τύφλωση

Πολλοί καπνιστές αγνοούν τη σύνδεση του καπνίσματος με την τύφλωση. Η συνηθέστερη μορφή τύφλωσης που προκαλείται από το κάπνισμα είναι ο γεροντικός κηλιδώδης εκφυλισμός.

Ο (γεροντικός) κηλιδώδης εκφυλισμός (AMD) είναι μια πάθηση που επηρεάζει την κηλίδα, δηλαδή το κεντρικό μέρος του αμφιβληστροειδή χιτώνα στο πίσω μέρος του ματιού το οποίο ρυθμίζει την όραση για εργασίες κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως είναι η οδήγηση, το διάβασμα και η αναγνώριση προσώπων. Η ασθένεια προκαλεί ανέκκλητη απώλεια της κεντρικής όρασης. Συνήθως σχετίζεται με τη γεροντική ηλικία και προσβάλλει άτομα άνω των 50 ετών. Ο γεροντικός κηλιδώδης εκφυλισμός είναι μια προϊούσα ασθένεια και επί του παρόντος δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία. Ο σημαντικότερος γνωστός αναστρέψιμος συντελεστής επικινδυνότητας για την δημιουργία γεροντικού κηλιδώδους εκφυλισμού είναι η κατανάλωση καπνού.

Οι ενεργοί καπνιστές διατρέχουν σε τετραπλάσιο βαθμό τον κίνδυνο προσβολής από γεροντικό κηλιδώδη εκφυλισμό συγκριτικά με πρώην καπνιστές ή μη-καπνιστές. Οι καπνιστές ενδέχεται επίσης να προσβληθούν από την πάθηση 10 χρόνια νωρίτερα από

τους μη-καπνιστές. Το χρονικό διάστημα καθώς και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει κανείς αυξάνει το βαθμό επικινδυνότητας προσβολής από γεροντικό κηλιδώδη εκφυλισμό.

Σε πολλές περιπτώσεις, ο γεροντικός κηλιδώδης εκφυλισμός μπορεί να αποτραπεί εάν διακοπεί το κάπνισμα. Εάν σταματήσει κανείς το κάπνισμα, ο βαθμός επικινδυνότητας προσβολής από γεροντικό κηλιδώδη εκφυλισμό μειώνεται αναλογικά με το διάστημα που δεν καπνίζει.

Υπάρχουν επίσης και ενδείξεις αύξησης της επικινδυνότητας προσβολής από γεροντικό κηλιδώδη εκφυλισμό των μη-καπνιστών που είναι παθητικοί καπνιστές. Το κάπνισμα αυξάνει επίσης την επικινδυνότητα εκδήλωσης άλλων προβλημάτων στα μάτια όπως καταράκτη. Καταρράκτης είναι το θάμπωμα του φακού του ματιού, ο οποίος στη φυσιολογική του μορφή είναι καθαρός και διάφανος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται η ποσότητα φωτός που το διαπερνά και να μη γίνεται σωστή εστίαση του αμφιβληστροειδούς στο αντικείμενο. Ο καταρράκτης αποτελεί άλλη μία βασική αιτία τύφλωσης και οι καπνιστές είναι δύο με τρεις φορές πιθανότερο να προσβληθούν από καταρράκτη από ότι οι μη-καπνιστές. Ο αριθμός των ετών καθώς και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει κανείς αυξάνει το βαθμό επικινδυνότητας να εκδηλωθεί καταρράκτης.

1. Kelly SP, Thornton J, Lyratzopoulos G, Edwards R, Mitchell P. Smoking and Blindness. *BMJ*, Mar 2004; 328: 537-538 [editorial]
2. Gottlieb JL. Age-related macular degeneration. *JAMA* 2002; 288: 2233-2236.
3. Smith W, Assink J, Klein R, Mitchell P, Klaver CC, Klein BE, Hofman A, Jensen S, Wang JJ, de Jong PT. Risk factors for age-related macular degeneration: pooled findings from three continents. *Ophthalmology*. 2001 Apr; 108(4):697-704. [abstract]
4. Mitchell P, Chapman S, Smith W. Smoking is a major cause of blindness. *MJA* 1999; 171: 173-174.
5. Centre for Vision Research. Macular degeneration fact sheet.
6. Khan JC, Thurlby DA, Shahid H, Clayton DG, Yates JRW, Bradley M, Moore AT, Bird AC for the Genetics Factors in AMD Study. Smoking and age related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *Br. J. Ophthalmol.*, Jan 2006; 90: 75-80.
7. Delcourt C, Diaz JL, Ponton-Sanchez A, Papoz L. Smoking and age-related macular degeneration. The POLA study. *Arch Ophthalmol*. 1998; 116: 1031-1035. [abstract]
8. Vingerling JR, Hofman A, Grobbee DE, de Jong PT. Age-related macular degeneration and smoking. The Rotterdam study. *Arch Ophthalmol*. 1996; 114: 1193-1196. [abstract]
9. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: what it means to you*. U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

5.5 Το κάπνισμα προκαλεί εθισμό

Η νικοτίνη είναι η εθιστική ουσία στον καπνό του τσιγάρου. Εντοπίζεται και στο φύλλο του καπνού κι όταν καίγεται ένα τσιγάρο, η νικοτίνη από το φύλλο του καπνού εισπνέεται από τον καπνιστή με τον καπνό του τσιγάρου. Η νικοτίνη μπαίνει στο αίμα από τους πνεύμονες και φτάνει στον εγκέφαλο μέσα σε 10 δευτερόλεπτα από την εισπνοή. Το ρίσκο της εξάρτησης μετά την έκθεση στα τσιγάρια είναι μεγαλύτερο από το ρίσκο της εξάρτησης μετά την πρώτη χρήση κοκαΐνης, αλκοόλ ή μαριχουάνας. Αυτοί που ξεκινούν το κάπνισμα στην εφηβεία είναι πιθανότερο να εξακολουθήσουν το κάπνισμα για όλη τη ζωή τους από αυτούς που καπνίζουν για πρώτη φορά ως ενήλικες. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι έφηβοι πιστεύουν ότι δε θα καπνίζουν σε 5 χρόνια από την ημέρα που ξεκινούν το κάπνισμα, μέχρι την ηλικία των 18, τα 2/3 εξ αυτών μετανιώνουν που ξεκίνησαν το κάπνισμα και οι μισοί έχουν προσπαθήσει να το κόψουν. Πρόσφατες μελέτες σε ζώα δείχνουν πως οι έφηβοι καπνιστές είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις επιδράσεις της νικοτίνης κι ότι ο εθισμός στην νικοτίνη μπορεί να ενταθεί εάν το κάπνισμα ξεκινήσει στην εφηβεία.

Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη συμπεριφορά η οποία με το πέρασμα του χρόνου γίνεται ένας ισχυρός εθισμός. Η νικοτίνη προκαλεί αλλαγές στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου παράγοντας θετικές εμπειρίες όπως συναισθήματα διέγερσης, χαλάρωσης και βελτιωμένης αυτοσυγκέντρωσης, και αρνητικά συμπτώματα στέρησης όπως νευρικότητα, ανησυχία, εκνευρισμό, άγχος και μειωμένη αυτοσυγκέντρωση. Είναι δύσκολο να διαχωριστεί η θετική επιρροή της νικοτίνης από την ανακούφιση από τα αρνητικά συμπτώματα της στέρησης.

Με την πτώση των επιπέδων νικοτίνης σημειώνεται η έναρξη των συμπτωμάτων στέρησης, η ένταση των οποίων αυξάνεται καθώς συνεχίζει η πτώση των επιπέδων νικοτίνης. Με το κάπνισμα ενός τσιγάρου υποχωρούν τα συμπτώματα αλλά μόνο για μικρό χρονικό διάστημα. Η μεταβολή των επιπέδων νικοτίνης στο αίμα κατά τη διάρκεια μιας μέρας σημαίνει ότι ο καπνιστής βιώνει κυρίως διάφορα στάδια στέρησης νικοτίνης.

Ο εθισμός στον καπνό θεωρείται ότι χαρακτηρίζει 2 ιατρικώς ορισθείσες διαταραχές – την εξάρτηση από την νικοτίνη και τη στέρηση από την νικοτίνη. Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι η συνεχής χρήση του καπνού παρά τα αρνητικά αποτελέσματα

που έχει στην υγεία. Η σοβαρότητα της εξάρτησης από την νικοτίνη ποικίλλει στους καπνιστές, με τους πιο εξαρτημένους να καπνίζουν πιο γρήγορα το τσιγάρο τους μόλις ξυπνήσουν το πρωί. Η στέρηση από την νικοτίνη έχει ως χαρακτηριστικά τα συμπτώματα της νευρικότητας, της ανησυχίας, του εκνευρισμού, του άγχους και της χαμηλής αυτοσυγκέντρωσης. Η ανοχή στις επιδράσεις της νικοτίνης διευρύνεται με την επαναλαμβανόμενη χρήση του καπνού και συνεπώς αυξάνεται και η κατανάλωση με τον καιρό, αν και οι επιδράσεις δεν είναι τόσο ισχυρές όσο όταν πρωτοξεκινά κανείς το κάπνισμα.

Αν και δημιουργείται η εντύπωση ότι τα ελαφριά τσιγάρα (light) ή με χαμηλή περιεκτικότητα σε νικοτίνη ή πίσσα είναι καλύτερα για την υγεία, αυτό είναι αναληθές.

Οι καπνιστές που καπνίζουν ελαφριά τσιγάρα (light) και χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη με σκοπό να μειώσουν την εισροή νικοτίνης, έχουν την τάση να αντισταθμίζουν την μειωμένη δόση με το να ρουφούν ακόμη βαθύτερα τον καπνό ώστε να επιτύχουν την απαιτούμενη δόση νικοτίνης. Με τη βαθύτερη και εντονότερη εισροή του καπνού, ο καπνιστής εκτίθεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω των μεγαλύτερων ποσοτήτων τοξικών ουσιών στον καπνό του τσιγάρου.

Ανάμεσα στις ουσίες του καπνού υπάρχει ως γνωστόν και η νικοτίνη. Αυτή είναι μία άοσμη και άχρωμη ουσία που απορροφάται αμέσως από τους πνεύμονες του καπνιστή, μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και μέσα σε 6-7 δευτερόλεπτα φτάνει στον εγκέφαλο.

Η νικοτίνη έχει τονωτικές, αλλά και κατευναστικές επιδράσεις στο ανθρώπινο σώμα. Αρχικά προκαλεί ευφορία, γιατί δρα στα εγκεφαλικά κύτταρα κατά τον ίδιο τρόπο που δρουν οι ειδικές φυσιολογικές ουσίες που υπάρχουν εκεί και συμβάλλουν στη δημιουργία των ευχάριστων συναισθημάτων.

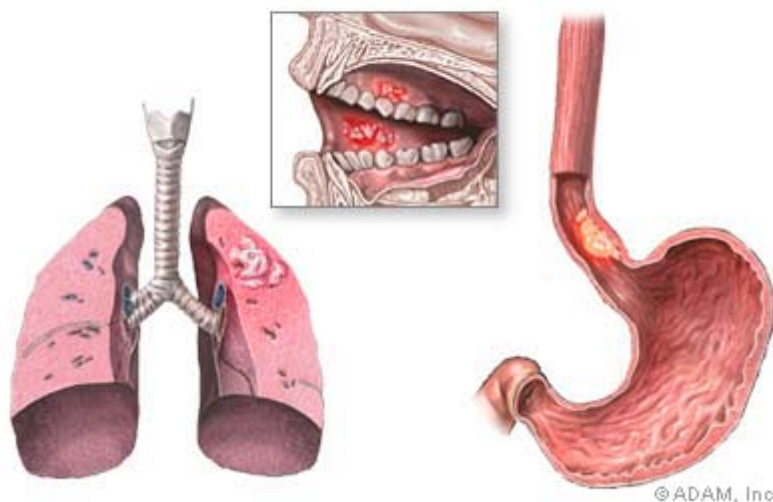
Η νικοτίνη διεγείρει τη μνήμη, αυξάνει την επαγρύπνηση και ενισχύει τις δυνατότητες γρήγορης αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα. Επίσης, ελαττώνει το στρες, ανακουφίζει την πλήξη και μειώνει την επιθετικότητα. Αυτές οι "καλές" δράσεις της νικοτίνης διαρκούν λίγα μόνο λεπτά.

Σε νέους καπνιστές η δράση της νικοτίνης στον εγκέφαλο μπορεί να είναι ισχυρή και γι' αυτό να αισθανθούν ζαλάδα (ναυτία) ή ακόμα και ελαφρύ τρέμουλο. Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός για να επιτύχει τα ευχάριστα αποτελέσματα απαιτεί ολοένα και περισσότερες ποσότητες νικοτίνης. Συνηθίζοντας πλέον να χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη ουσία, ο οργανισμός του καπνιστή απαιτεί να του χορηγείται τακτικά και στις ανάλογες δόσεις, αλλιώς θα εμφανίσει συμπτώματα στέρησης. Πολλοί ερευνητές εκτιμούν ότι η εθιστική δράση της νικοτίνης παρομοιάζει με αυτή των ναρκωτικών ουσιών και του οινοπνεύματος. Γι' αυτό το λόγο πολλοί επιστήμονες σε διάφορες χώρες εισηγούνται στις κυβερνήσεις τους να συμπεριλάβουν τη νικοτίνη στην κατηγορία των απαγορευμένων εξαρτησιογόνων ουσιών.

1. Henningfield J. *Tobacco dependence treatment: scientific challenges; public health opportunities. Tobacco Control 2000; 9(Supplement 1):i3-i10.*
2. Henningfield J. *Statement before the Interagency Committee on Smoking and Health's Subcommittee on Tobacco Cessation. October 24, 2002.*
3. Zickler P. *Early Nicotine Initiation Increases Severity of Addiction, Vulnerability to Some Effects of Cocaine, National Institute On Drug Abuse Notes July 2004: 19(2).*
4. Henningfield J and Keenan R. *Nicotine Delivery Kinetics and Abuse Liability, Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993: 61(5):743-750.*
5. Henningfield J, Fant R, Buchhalter A and Stitzer M. *Pharmacotherapy for Nicotine Dependence, CA: A Cancer Journal for Clinicians 2005; 55:281-299.*
6. Henningfield, J and Zeller ETM. *Regulatory strategies to reduce tobacco addiction in youth. Tobacco Control 2003, 12: 14-24.*
7. Benowitz N. *National Cancer Institute, Monograph 13.: U.S. Department of Health Human Services. October 2001.*
8. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Οδηγός διακοπής καπνίσματος. Σκέψεις και Δεδομένα για το Κάπνισμα. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

5.6 Άλλους καρκίνους

Tobacco use is associated with increased risk of cancers of the lung, mouth and esophagus



Εκτός από τον καρκίνο των πνευμόνων, το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλές μορφές καρκίνου, που εμφανίζονται είτε σε θέσεις άμεσα εκτεθειμένες στον καπνό, είτε σε θέσεις

που δρουν τα τοξικά προϊόντα του καπνού που απορροφώνται από τους πνεύμονες και κυκλοφορούν στο αίμα. Οι καπνιστές έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του στόματος απ' ό,τι οι μη καπνιστές και 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του λάρυγγα. Επίσης ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης και του παγκρέατος είναι πιο συχνός στους καπνιστές παρά στους μη καπνιστές

5.7 Οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, του εγκεφάλου και των αγγείων των άκρων του σώματος.

Ο καπνός στενεύει τα τοιχώματα των αγγείων και δυσκολεύει την αιμάτωση των κυττάρων. Είναι η κύρια αιτία πρόκλησης εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και γάγγραινας των άκρων. Ο συνδυασμός καπνίσματος και λήψης αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανίσουν οι γυναίκες θρομβώσεις των φλεβών.

5.8 Οι χρόνιες πνευμονοπάθειες

Όπως είναι η χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα, το άσθμα. Οι καπνιστές καταστρέφουν σταδιακά την υγεία των πνευμόνων τους. Η πίσσα με όλα τα βλαπτικά συστατικά της κατακάθεται και καλύπτει τους βρόγχους και τις κυψελίδες των πνευμόνων, όπως ο καπνός της σόμπας κολλά στο εσωτερικό της καμινάδας.

5.9 οστεοπόρωση.

Οι καπνίστριες υποφέρουν περισσότερο από την οστεοπόρωση και τις επιπτώσεις της. Η οστική απώλεια είναι πιο γρήγορη και το ποσοστό των καταγμάτων ισχίου και Σ.Σ υψηλότερο ανάμεσα στους άνδρες οι οποίοι καπνίζουν παρόλο που είναι αναγκαία περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να καθοριστεί επαρκώς πως το κάπνισμα επιδρά πάνω σε αυτό. Ο καπνός, η νικοτίνη και τα άλλα χημικά που βρίσκονται στα τσιγάρα μπορεί να είναι ευθέως τοξικά στο οστό ή μπορεί να παρεμποδίζουν την απορρόφηση του ασβεστίου και άλλων θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα για την υγεία των οστών. Η διακοπή του καπνίσματος είναι η ιδανική προσέγγιση, καθώς το κάπνισμα είναι επίσημο ποικιλοτρόπως. Όπως και με το αλκοόλ δεν είναι γνωστό εάν η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε μειωμένα ποσοστά οστικής απώλειας ή σε μια βελτίωση της οστικής μάζας.

1.Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Οδηγός διακοπής καπνίσματος. Σκέψεις και Δεδομένα για το Κάπνισμα. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία

5.10 Πρόκληση έλκους στο στομάχι

Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο πρόκλησης έλκους στο στομάχι. Τα περισσότερα έλκη προκαλούνται από το βακτηρίδιο που ονομάζεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Το κάπνισμα δυσκολεύει την ίαση του έλκους στις περιπτώσεις αυτές. Ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν προκαλεί έλκος, το κάπνισμα δημιουργεί το αίσθημα καύσου στο στομάχι (καούρα) το οποίο είναι πολύ δυσάρεστο και δείχνει ότι το στομάχι υποφέρει.

5.11 Ανδρική ανικανότητα

Οι διαταραχές της στύσης, οφείλονται πολύ συχνά σε προβλήματα της κυκλοφορίας του αίματος. Τα αγγεία του λειτουργικού συστήματος του πέους που είναι υπεύθυνο για την έναρξη και διατήρηση της στύσης, επηρεάζονται από τις τοξικές ουσίες του καπνού, από την υψηλή χοληστερόλη και την υψηλή πίεση. Οι ειδικοί συστήνουν ότι μια από τις δράσεις για την πρόληψη της ανδρικής ανικανότητας είναι η αποφυγή του καπνίσματος.

5.12 Σύνδρομο υπερκινητικότητας

Τα παιδιά γυναικών που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν το σύνδρομο υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής. Επίσης τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα ομιλίας και μπορούν να έχουν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης. Σε μια ερευνητική εργασία “Environmental tobacco smoke and serum vitamin C levels in children” που δημοσιεύεται το Μάρτιο του 2001 στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό Pediatrics, μετρήθηκαν στο αίμα 2.968 παιδιών και εφήβων τα επίπεδα της βιταμίνης C και της κοτινίνης.

Τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι υπήρχε μια αναλογική σχέση μεταξύ αυξημένων επιπέδων κοτινίνης μέσα στο αίμα και μείωση των επιπέδων της βιταμίνης C ψηλά επίπεδα κοτινίνης προκαλούν μεγαλύτερη πτώση της βιταμίνης.

5.13 Προβλήματα στα δόντια

Τα ευαίσθητα ούλα είναι κάτι για το οποίο παραπονιούνται συχνά οι καπνιστές. Πρήζονται και ματώνουν, ενώ πάνε πακέτο με την ουλίτιδα και τις περιοδοντικές ασθένειες. Τα δόντια των καπνιστών είναι καταδικασμένα να πέσουν νωρίτερα. Με το κάπνισμα αργούν να επουλωθούν τα τραύματα στα ούλα και πολύ συχνά ο ντοπαρισμένος με νικοτίνη οργανισμός απορρίπτει τα εμφυτεύματα. Σε μια κοινωνία που η ωραία οδοντοστοιχία είναι διαβατήριο ακόμα και για να βρει κανείς δουλειά, μήπως να το ξανασκεφτείτε;

5.14 Το δέρμα αλλοιώσεις

Το τσιγάρο περιέχει περισσότερους από 4.000 ισχυρούς τοξικούς παράγοντες, οι οποίοι απορροφώνται από το δέρμα κάνοντάς το να δείχνει πιο γερασμένο. Η μικροκυκλοφορία στην επιδερμίδα επιβραδύνεται, εμφανίζονται συχνότερα βαθιές ρυτίδες κυρίως γύρω από την περιοχή του στόματος. Το δέρμα αρχίζει να αλλάζει χρώμα και αναλόγως την περιοχή γίνεται κίτρινο ή γκρίζο. Όσο για το τριχωτό μέρος του κεφαλιού, οι τρίχες σπάνε εύκολα, φαίνονται θαμπές και πέφτουν με γρηγορότερο ρυθμό. Από περιέργεια σταματήστε το κάπνισμα για ένα 24ωρο και θα δείτε ότι το δέρμα του προσώπου σας θα αρχίσει να παίρνει ροδαλό χρώμα.

5.15 Προβλήματα μητρότητας και σεξουαλικότητας

Ο καπνός μειώνει τη γονιμότητα κατά 50% στη γυναίκα. Συνεπώς μια καπνίστρια θα χρειαστεί διπλάσιο χρόνο από μια γυναίκα που δεν καπνίζει για να αποκτήσει παιδί. Οι πιθανότητες αποβολής είναι τριπλάσιες και της πρόωρης γέννας διπλάσιες. Εάν εκτός από τη γυναίκα και ο σύζυγος είναι καπνιστής, τότε το διάστημα αναμονής μέχρι να επιτευχθεί η κύηση είναι ακόμα μεγαλύτερο. Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά και τη λίμπιντο. Οι άνδρες αντιμετωπίζουν προβλήματα στύσης ήδη από την ηλικία των 25 ετών. Τρεις στους τέσσερις άνδρες με στυτική δυσλειτουργία είναι καπνιστές.

5.16 Ωτίτιδες

Οι καπνίστριες έχουν περισσότερες πιθανότητες να χάσουν την ακοή τους. Παθαίνουν ωτίτιδες, αντιμετωπίζουν προβλήματα με το τύμπανο, ακούνε σφυρίγματα. Γενικά είναι πολύ ευαίσθητες στο συγκεκριμένο σημείο του κεφαλιού. Επιπλέον, τα παιδιά τους να εμφανίζουν συχνότερα μολύνσεις στα αφτιά συγκριτικά με τα παιδιά μη καπνιστριών.

6. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ



Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πιο απλό και το πιο σημαντικό βήμα για τους καπνιστές, αν θέλουν να αυξήσουν το μήκος και την ποιότητα της ζωής τους. Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ο λόγος όμως που είναι δύσκολο να κοπεί το κάπνισμα είναι ο εθισμός στη νικοτίνη ο οποίος είναι και σωματικός και ψυχικός. Για

να θεωρηθεί κάποιος ότι έκοψε το κάπνισμα, πρέπει να υπερνικήσει και τους δύο εθισμούς. Όταν ο καπνιστής προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα η απουσία νικοτίνης οδηγεί στο λεγόμενο σύνδρομο στέρησης. Τα συμπτώματα της στέρησης μπορεί να περιλαμβάνουν κάποιο ή πολλά από τα ακόλουθα: κατάθλιψη, αγχωτική διάθεση ή και θυμό, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, προβλήματα στη συγκέντρωση, ανησυχία, πονοκέφαλο, κούραση, διαταραχές στην όρεξη κλπ.

Αυτά τα φαινόμενα δεν είναι ευχάριστα και σπρώχνουν το άτομο να ξαναρχίσει το κάπνισμα. Το σύνδρομο στέρησης είναι πιο πιθανό να προκύψει σε απότομη διακοπή κυρίως σε άτομα που είναι βαρείς καπνιστές. Τα συμπτώματα αρχίζουν εντός λόγων ωρών από το τελευταίο τσιγάρο. Εκτός από την νικοτίνη, που είναι υπεύθυνη για τον εθισμό, ο καπνός περιέχει κι άλλες ουσίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις καταστρεπτικές του συνέπειες πάνω στον οργανισμό. Από αυτές οι πιο βλαπτικές είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα. Η πίσσα είναι από τις πιο τοξικές ουσίες που περιέχει το τσιγάρο .

Οι κυριότεροι λόγοι που θέλουν οι καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα είναι λόγοι υγείας. Σχεδόν ο καθένας ξέρει ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα αλλά πολύ λίγοι αντιλαμβάνονται ότι είναι επίσης παράγοντας κινδύνου

και για πολλά είδη καρκίνου. Αυτά είναι λίγα από αυτά που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα.

6.1 Τι γίνεται στον οργανισμό όταν διακόπτεται το κάπνισμα;

- Σε 20 λεπτά η πίεση του αίματος και οι σφυγμοί πέφτουν στο κανονικό. Η θερμοκρασία των άκρων ανεβαίνει στο κανονικό.
- Σε 8 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στο κανονικό. Το οξυγόνο ανεβαίνει στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Σε 48 ώρες ενδυναμώνει η γεύση και η όσφρηση.
- Σε 72 ώρες η αναπνοή αρχίζει να λειτουργεί ομαλότερα και αυξάνεται η χωρητικότητα των πνευμόνων.
- Από 2 εβδομάδες έως και 3 μήνες η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το περπάτημα γίνεται ευκολότερο και η λειτουργία των πνευμόνων βελτιώνεται κατά 30%.
- Από 1 έως 9 μήνες σταματάει ο βήχας και η χρόνια κούραση, οι κροσσοί του βρογχικού επιθηλίου επανακτούν τη φυσιολογική λειτουργία τους.
- Μετά 1 χρόνο ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής πέφτει στο μισό απ' ότι στον καπνιστή.
- Μετά από 5 χρόνια ο θάνατος από καρκίνο του πνεύμονα στο μέσο καπνιστή(ένα πακέτο την ημέρα) μειώνεται κατά 50%.
- Μετά από 10 χρόνια ο κίνδυνος για καρκίνο στον πνεύμονα πέφτει στο μισό απ' ότι στον καπνιστή και οι πιθανότητες εμφάνισης άλλων ειδών καρκίνου (στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου, νεφρών και παγκρέατος)μειώνονται.

Πολλές μελέτες δείχνουν πως χιλιάδες καπνιστές θα θελαν να σταματήσουν το κάπνισμα αλλά δεν το κάνουν γιατί νομίζουν ότι δεν μπορούν ή πως ότι κακό έχει γίνει δεν ξαναγίνεται. Η αλήθεια είναι πως τα θετικά αποτελέσματα στην υγεία σας θα φανούν αμέσως με τη διακοπή του τσιγάρου, εκτός βέβαια αν έχει παρουσιαστεί κάποια αθεράπευτη νόσος.

7. ΕΦΗΒΕΙΑ ΜΙΑ ΚΡΙΣΙΜΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Η εφηβεία είναι μια κατ'εξοχήν κρίσιμη περίοδος που βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικότητας και ενηλικίωσης. Το παιδί δεν είναι πλέον παιδί αλλά ούτε και ώριμος άνθρωπος, ο έφηβος όπως και κάθε άνθρωπος επηρεάζεται άμεσα από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον και κουβαλάει τις βιολογικές καταβολές του, όποιες και αν είναι αυτές. Είναι η αναπτυξιακή εκείνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινάει με ειδικές βιολογικές αλλαγές (ορμονικές) στο σώμα του παιδιού (αλλαγές που έχουν παράλληλα και ψυχοσωματικές επιπτώσεις) και τελειώνει ψυχολογικά με την τελική γενετήσια ολοκλήρωση και αυτόνομη ωρίμανση του ατόμου.



Η εφηβεία αρχίζει γενικά περί το 11ο έτος της ηλικίας και φτάνει μέχρι το 18ο. Όμως υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στα όρια αυτά και θα πρέπει να το λαμβάνουν αυτό υπ όψη τους όσοι έρχονται σε επαφή με νέους. Επίσης είναι γνωστό ότι μπορεί να παρατηρήσει κανείς εφηβική συμπεριφορά και σε μεγάλους ανθρώπους που δεν πέτυχαν να ωριμάσουν στην κρίσιμη αυτή περίοδο. Είναι γεγονός ότι στην εφηβεία υπάρχει ψυχολογικά μια ρευστότητα που δημιουργεί νέες προϋποθέσεις ωρίμανσης και αναδιάταξης του ψυχικού κόσμου.

Κατά συνέπεια μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική κάποια λογική και ελεγχόμενη αναταραχή στον έφηβο. Δεν θα πρέπει να θεωρείται κανόνας η αναταραχή, δεδομένου ότι μπορεί να αντισταθμιστεί συχνά, με επιτυχία από τον ίδιο τον έφηβο. Μάλιστα όταν έχουμε να κάνουμε με πολύ ήσυχα και υπάκουα παιδιά, τότε αυτό πρέπει να μας βάλει σε σκέψεις, ότι τα παιδιά αυτά δείχνουν απροθυμία στο να μεγαλώσουν και μπορεί να φταίνε διάφορα πράγματα γι αυτό.

Τότε έχουμε ουσιαστικά, την ανάπτυξη υπερβολικών μηχανισμών άμυνας (προς τις αναδυόμενες ενορμήσεις) που δημιουργούν φραγμό στη φυσιολογική διαδικασία ωρίμανσης.

Ωστόσο, δεν είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο να έχουμε σοβαρές αναστατώσεις στην εφηβεία και στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε σαν ψυχολογική διαταραχή. Ο λόγος είναι ότι αν δεν αντιμετωπιστούν με την ανάλογη ψυχολογική βοήθεια, είναι απίθανο να ξεπεραστούν ανώδυνα από τον έφηβο και αργότερα θα αφήσουν κάποια κατάλοιπα στην υπόλοιπη ζωή του.

Φυσικά είναι φανερό ότι όσο πιο υγιής είναι η προσωπικότητα του παιδιού, τόσο πιο εύκολα θα περάσει μέσα από την εφηβεία χωρίς να βιώσει έντονο άγχος ή κατάθλιψη.

Σημαντικό ρόλο για την πρόκληση αναταραχής στη διάρκεια της εφηβείας παίζουν η κληρονομικότητα αλλά κυρίως το περιβάλλον του εφήβου (οικογένεια) καθώς και παιδικές τραυματικές εμπειρίες, όπως αποχωρισμοί, θάνατος, διαζύγιο γονέων, αρρώστιες. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αναμενόμενο να έχουμε εφηβεία με εσωτερική αναταραχή αλλά και εξωτερικά προβλήματα συμπεριφοράς στο σπίτι και στο σχολείο

Την διαιρούμε επιστημονικά σε τρία στάδια:

- την προεφηβεία
- την μέση εφηβεία
- την τελική εφηβεία

Τα όρια βέβαια αυτά είναι ο κανόνας αλλά ποικίλουν από άτομο σε άτομο όσον αφορά την έναρξη αλλά και τη διάρκεια. Για παράδειγμα κάποιοι 15χρονοι βλέπουμε ότι βρίσκονται σαφώς στο 1ο στάδιο ενώ άλλοι ήδη στο 3ο και τελικό. Πάντως οι περισσότεροι είναι στο 2ο μέσο στάδιο.



Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ωρίμανση σε κάποιο στάδιο της εφηβείας είναι το φύλο, το πολιτιστικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη, η κατάσταση της υγείας και άλλα.

Έτσι τα κορίτσια ωριμάζουν νωρίτερα από τα αγόρια, ειδικά στα πρώτα στάδια. Εξ άλλου μια χρόνια νόσος μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη του εφήβου, που έχει

να αντιμετωπίσει την εξάρτησή του τόσο από τη φαρμακευτική αγωγή όσο και τη συνεχή υποστήριξη από γονείς και γιατρούς, αλλά ταυτόχρονα παλεύει και με την εικόνα του σώματός του και τους περιορισμούς που του υπαγορεύει η αρρώστια του.

7.1 Σχέσεις εφήβου με τους γονείς.

Μέχρι τώρα το παιδί ταυτιζόταν έντονα με τους γονείς του και τους χρησιμοποιούσε σαν πρότυπα. Τώρα, σαν έφηβος, έχει την ανάγκη ψυχολογικά, να διαφοροποιηθεί από τους γονείς του και να αναζητήσει τη δική του ταυτότητα. Αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό και στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυγχάνεται σιωπηρά, χωρίς ανοιχτή ρήξη, μέσα από ενέργειες όπως το ιδιόμορφο ντύσιμο, κούρεμα, μουσικές προτιμήσεις και την αυξημένη βαρύτητα που δίνει σε στενούς του φίλους.

Σε μερικές οικογένειες όμως αυτή η τάση για διαφοροποίηση μπορεί να γίνει αφορμή έντονων συγκρούσεων και αναστάτωσης. Κινδυνεύουν όμως να αποξενωθούν από αυτό και να μη μπορέσουν τελικά να σταθούν δίπλα του αυτά τα δύσκολα χρόνια. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή είναι η πιο δύσκολη περίοδος που συνήθως αντιμετωπίζουν οι γονείς και θα πρέπει να είναι έτοιμοι για κάτι τέτοιο. Τα παιδιά μπορεί να είναι αμφιθυμικά στη σχέση τους μαζί τους καθώς παλεύουν να αποκτήσουν τη δική τους ταυτότητα.

Έχουν ήδη εκφράσει την ανάγκη τους για ανεξαρτησία, αλλά τώρα αντιλαμβάνονται ότι μια τέλεια ανεξαρτησία στη φάση αυτή τους εκθέτει σε ευθύνες και κινδύνους. Έτσι ο έφηβος ταλαντεύεται τότε προς την αναζήτηση συμπαράστασης από τους γονείς του και τότε προς την άρνηση κάθε βοήθειας όταν φοβάται μήπως χάσει την ανεξαρτησία του. Πρόκειται για μια φυσική αντίδραση και έχει σημασία η στάση των γονιών ώστε να βρει τη διέξοδο της.

Πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι για να βοηθήσουν το παιδί τους χρειάζεται να παραμείνουν μια σταθερή φιγούρα, πρόθυμοι να το ακούσουν ανά πάσα στιγμή χωρίς να προσπαθούν να κυριαρχήσουν πάνω του. Ο γονιός θα παραμείνει ωστόσο, ένας πολύτιμος σύμβουλος στις αναζητήσεις και τα προβλήματά του εφήβου.

7.2 Σχέσεις εφήβου με τους συνομήλικούς του.

Είναι απαραίτητο για να ωριμάσει το παιδί να διευρύνει τον περίγυρο του αυξάνοντας την κοινωνικότητα του. Η παρέα του θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο ουσιαστικό βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Εκεί οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες και τις ικανότητές τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σ αυτούς. Στην αρχή της εφηβείας οι παρέες είναι συνήθως του ίδιου φύλου και τα αγόρια κάνουν συνήθως μεγάλες ομάδες με το ίδιο ντύσιμο και κούρεμα και την ίδια φρασεολογία.

Στο γυμνάσιο, πολλοί έφηβοι βρίσκουν ένα εντελώς νέο περιβάλλον με άγνωστους συμμαθητές. Είναι δυνατόν λοιπόν να δυσκολευτούν στην προσαρμογή τους και να εμφανιστούν αγχώδεις και φοβισμένοι. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με ψυχοσωματικά συμπτώματα, αποφυγή του σχολείου ή μαθησιακές δυσκολίες. Γι αυτό πρέπει να είμαστε προσεκτικοί όταν έχουμε να κάνουμε με ένα παιδί που έχει δυσκολίες στο σχολείο καθώς πίσω από αυτό μπορεί να κρύβονται συναισθηματικά προβλήματα που θα χρειαστούν ειδική αντιμετώπιση.

Οι έφηβοι συμμετέχουν πλέον και σε ομάδες που αποτελούνται από νέους και των δύο φύλων (αρκεί να παρατηρήσει κανείς τις παρέες στην αυλή ενός Λυκείου). Εκεί μέσα ο ένας υποστηρίζει τον άλλο και αποκτά αυτοπεποίθηση κάτω από το άγρυπνο βλέμμα του άλλου φύλου, με το οποίο μαθαίνει έτσι να συναναστρέφεται και να αποκτά άνεση.

Οι σχέσεις των εφήβων μπορεί να επεκτείνονται και σε άλλους τομείς εκτός οικογένειας. Έτσι συχνά συνδέονται με έναν ή δύο ενήλικες (όπως ένας καθηγητής, ένας ιερέας) ή ακόμη μπορεί να δείξουν φροντίδα σε μικρότερα παιδιά.

Αυτές όλες είναι σπουδαίες αλληλεπιδράσεις και εκθέτουν τους εφήβους σε τρόπους ζωής και φιλοσοφίες διαφορετικές από εκείνες της οικογένειάς τους. Ας μην ανησυχούν όμως χωρίς σοβαρό λόγο οι γονείς, βρίσκονται τώρα στα πλαίσια της αναπτυξιακής εξερεύνησης και συνήθως όταν οι έφηβοι ενηλικιωθούν, διαμορφώνουν παρόμοιες πολιτικές και φιλοσοφικές απόψεις με τους γονείς των.

(π. Αντώνιος Στυλιανάκης Ψυχοθεραπευτής παιδιών εφήβων & νέων)

8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η έναρξη του καπνίσματος αποτελεί, κατά κύριο λόγο, εφηβικό φαινόμενο. Το κάπνισμα εντάσσεται, ως συμπεριφορά, στα πλαίσια της φυσιολογικής αναπτυξιακής πορείας του ατόμου και συνδέεται άρρηκτα με βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως: αναζήτηση νέων εμπειριών, προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς, προσχώρηση στην ομάδα των συνομηλίκων και ανάγκη για αποδοχή απ' αυτούς, αναζήτηση ταυτότητας, επιβεβαίωση της αυτονομίας του εαυτού και τάση για επαναστατικότητα. Όλα αυτά τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες στην έναρξη του καπνίσματος. Τα παιδιά καθώς μεγαλώνουν συνειδητοποιούν ότι πολλοί ενήλικοι που καπνίζουν γύρω τους όχι μόνο δεν πεθαίνουν, αλλά και δεν υποφέρουν από καμία από τις αρρώστιες που σχετίζονται με το κάπνισμα, με αποτέλεσμα να υποτιμούν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος (DHEW 1979).

Το να γίνει ένας νέος ή μια νέα καπνιστής μπορεί να αποτελέσει πηγή διαφόρων άμεσων ικανοποιήσεων. Το κάπνισμα πολλές φορές προσδίδει μεγαλύτερη αίγλη και αίσθημα υπεροχής, κάνει τα παιδιά και τους νέους να νιώθουν πιο ώριμοι και μεγάλοι και συχνά είναι και μια πράξη αμφισβήτησης και ανυπακοής (DHEW 1979).

Πριν ακόμα αρχίσει το κάπνισμα, από την προπαρασκευαστική φάση, ο έφηβος έχει ήδη διαμορφώσει συγκεκριμένες στάσεις για τις λειτουργίες που αυτό εξυπηρετεί, για το τι είδους προσωπικότητες είναι αυτοί που καπνίζουν ή που δεν καπνίζουν, για το αν το κάπνισμα είναι επικίνδυνο και πόσο, που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη του.

Σημαντικό ρόλο στις στάσεις που διαμορφώνονται και στην συμπεριφορά που υιοθετείται απέναντι στο κάπνισμα, παίζουν οι γονείς και τα μεγαλύτερα αδέρφια. Γονείς που καπνίζουν, αποτελούν έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης καπνίσματος στον έφηβο. Όταν τόσο οι γονείς όσο και τα μεγαλύτερα αδέρφια καπνίζουν, αυξάνεται κατά τέσσερις φορές η πιθανότητα καπνίσματος στο νεαρό μέλος της οικογένειας.

Αν και όλοι οι νέοι εκτίθενται στους πειρασμούς του καπνίσματος, ορισμένοι μόνο απ' αυτούς θα εξελιχθούν σε καπνιστές. Αυτό οφείλεται στη δράση ορισμένων παραγόντων που καθορίζουν κάθε φορά την απόρριψη ή την αποδοχή της καπνιστικής συνήθειας. Η γνώση αυτών των παραγόντων έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί ανάλογα πρέπει να προσανατολίζεται και να προσαρμόζεται ο αγώνας κατά του καπνίσματος .

Η ηλικία που αρχίζουν τα παιδιά να καπνίζουν είναι ένας πρώτος παράγοντας. Η κρίσιμη ηλικία για την έναρξη του καπνίσματος στις περισσότερες περιπτώσεις εντοπίζεται στα τελευταία χρόνια της εφηβείας. Η Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της ΠΟΥ, έχει το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών ηλικίας 16-18 ετών που καπνίζουν στις χώρες της δυτικής Ευρώπης και το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό στα κορίτσια της ίδιας ηλικίας. Η κρίσιμη αυτή ηλικία συμπίπτει με την περίοδο που οι νέοι αμφισβητούν έντονα τα πρότυπα συμπεριφοράς των γονιών και των δασκάλων. Ακόμα στην ηλικία αυτή, οι νέοι έρχονται σε μεγαλύτερη επαφή με μεγαλύτερους και προσπαθούν με διάφορους τρόπους, μεταξύ των οποίων και το κάπνισμα, να γίνουν αποδεκτοί σε νέους κοινωνικούς χώρους.

Επίσης το σχολείο, που παίζει τόσο σημαντικό ρόλο στη ζωή των παιδιών, είναι φυσικό να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, αρνητικό ή θετικά, τις καπνιστικές τους συνήθειες. Η ύπαρξη σχετικών διατάξεων και ρυθμίσεων και ο τρόπος εφαρμογής τους, καθώς και οι καπνιστικές συνήθειες και η στάση των δασκάλων και του υπόλοιπου προσωπικού του σχολείου καθορίζουν αποφασιστικά τη συμπεριφορά των μαθητών.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας, είναι η πίεση που ασκεί το περιβάλλον της παρέας. Η ανάγκη της αποδοχής, η ανάγκη του να ανήκει κανείς κάπου, είναι παρούσα στον καθένα, ιδιαίτερα όμως έντονη είναι στην περίοδο της εφηβείας.

Η ισχυρή επίδραση που ασκούν οι φίλοι ή οι φίλες για υιοθέτηση των προτύπων συμπεριφοράς της παρέας, είναι ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες για την έναρξη του καπνίσματος. Σε μια σχετική μελέτη αναφέρεται ότι η ύπαρξη ενός πολύ καλού φίλου ή παρέας φίλων που καπνίζουν αποτελεί το σημαντικότερο

προδιαθεσικό παράγοντα για την υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος στα παιδιά 10-18 ετών.

Η διαφήμιση επίσης επηρεάζει σημαντικά. Τεράστια ποσά ξοδεύονται για το σκοπό αυτό από τις καπνοβιομηχανίες κάθε χρόνο. Οι περισσότερες από αυτές τις διαφημίσεις χρησιμοποιούν θέματα με νέους, γοητευτικούς, αθλητικούς καπνιστές που ξεχειλίζουν από υγεία, γεγονός που επιδρά έντονα στη διάθεση και στις αποφάσεις των καταναλωτών, ιδιαίτερα των νέων.

Αποφασιστικό ρόλο παίζουν και οι καπνιστικές συνήθειες των γονιών. Παρ' όλο που η εφηβεία συχνά περιγράφεται σαν μια επαναστατημένη περίοδος, αρκετοί νέοι υιοθετούν αντί να απορρίπτουν τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους. Ακόμα όμως πιο σημαντικό ρόλο από τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών, διαδραματίζουν οι απόψεις τους σχετικά με το κάπνισμα. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με καπνιστές γονείς είχαν διπλάσια πιθανότητα να καπνίσουν από τα παιδιά μη καπνιστών.

Η ύπαρξη μεγαλύτερων αδελφών που καπνίζουν αυξάνει επίσης την πιθανότητα για την υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος. Οι διαφοροποιήσεις στις καπνιστικές συνήθειες των νέων σχετίζονται και με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες. Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ενήλικους με χαμηλότερα εισοδήματα και λιγότερη εκπαίδευση καπνίζουν περισσότερο από πτυχιούχους με υψηλότερα εισοδήματα.

Σύμφωνα με έρευνα οι ακόλουθοι παράγοντες καθορίζουν την αιτία που οι νέοι αρχίζουν το κάπνισμα :

- Συνήθεια γονέων
- Φίλοι, μεγαλύτερα αδέρφια, κοινωνικό περιβάλλον
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με την εικόνα του
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με τον αθλητισμό
- Σχέσεις / οικογενειακή δομή
- Επίπεδο εκπαίδευσης
- Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο
- Διαχείριση άγχους και καταπίεσης
- Αποδοχή

Ο έφηβοι συχνά αγνοούν τη δυνατότητα εθισμού στον καπνό- 61% των νέων θεωρούν ότι δεν πειράζει να δοκιμάσουν το τσιγάρο εφόσον το κόψουν πριν γίνει συνήθεια-26% θεωρούν ότι οι κανονικοί καπνιστές μπορούν να το κόψουν οποτεδήποτε το θελήσουν.

8.1 Παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους για κάπνισμα

Ισχύουν μία σειρά από σύνθετους και ενδογενείς παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους να καπνίσουν και αυτοί ποικίλουν σχεδόν ανά άτομο και λαό. Πολυετείς έρευνες καθορίζουν ορισμένους παράγοντες που είναι κοινοί στο ρόλο που παίζουν στη μύση των νέων στο κάπνισμα. Αυτοί περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής για τα προϊόντα καπνού, έκθεση και αδυναμία αντίδρασης απέναντι στη διαφήμιση, διαθεσιμότητα και εύκολη πρόσβαση, ρόλος προτύπου από τους γονείς και άλλους ενήλικες και κοινωνική πίεση της ομάδας.

8.2 Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι

- Πολύ συχνά το κάπνισμα αρχίζει τυχαία. Χωρίς να το πολυσκεφτούν οι έφηβοι ακολουθούν το ρεύμα.
- Για αρκετούς το κάπνισμα σημαίνει να έχουν κάτι να κάνουν.
- Μερικοί έφηβοι ζητούν την απόλαυση από το κάπνισμα και προσπαθούν να ηρεμήσουν τα νεύρα τους με αυτό τον τρόπο.
- Μερικοί θεωρούν ότι το κάπνισμα τους ενεργοποιεί και τους βοηθά στη συγκέντρωση.
- Αρκετοί έφηβοι θεωρούν ότι με το κάπνισμα μεγάλωσαν.
- Για μερικούς, το κάπνισμα αποτελεί ένα μέσον για να εισχωρήσουν και να ανήκουν στους σωστούς κύκλους / ομάδες.
- Ορισμένοι πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους δίνει κάποιο στυλ. Ιδιαίτερα οι νεαροί θεωρούν ότι οι κοπέλες το βρίσκουν ελκυστικό και μπορεί να συνδεθεί με ένα γενικό τρόπο ζωής.
- Άλλοι θεωρούν ότι τους προσδίδει αυτοπεποίθηση και καπνίζοντας την προβάλλουν.
- Άλλοι πάλι δοκιμάζουν τον καπνό από περιέργεια.
- Μερικοί έφηβοι καπνίζουν από αντίδραση στους κανονισμούς.
- Άλλοι επηρεάζονται από τη διαφήμιση.

- Επίσης, οι νέοι μπορεί να εθιστούν στη νικοτίνη, η οποία είναι συστατικό του καπνού. Ο εθισμός αυτός, κάνει δύσκολη τη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και αν το θέλετε.
- Όταν μία συνήθεια εδραιωθεί είναι δύσκολο να την κόψει κανείς

8.3 Άλλες αιτίες που ξεκινάει κανείς το κάπνισμα

Η πρώτη φάση είναι η έναρξη του καπνίσματος, που συμβαίνει συχνά στην εφηβεία. Οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα:

- Επειδή το τσιγάρο είναι ευρύτατα διαθέσιμο.
- Λόγω περιέργειας.
- Ως έκφραση αντίθεσης, απελευθέρωσης, ανεξαρτησίας, επαναστατικότητας.
- Για εναρμόνιση με την συμπεριφορά και την στάση της παρέας των συνομηλίκων στην οποία ανήκουν.
- Με την είσοδο στην ενηλικίωση (οι έφηβοι για να δείξουν ότι μεγάλωσαν).
- Λόγω μίμησης της συμπεριφοράς άλλων ατόμων που θεωρούνται πρότυπα: γονείς, αδέρφια, φίλοι, πρόσωπα που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε.

Η δεύτερη φάση είναι η συνέχιση, η εξακολούθηση του καπνίσματος.

Από όσους ανθρώπους δοκιμάζουν το τσιγάρο, κάποιοι γίνονται τελικά συστηματικοί καπνιστές. Παράγοντες που ασκούν επίδραση στην συνέχιση του καπνίσματος είναι:

- Τα άμεσα θετικά αποτελέσματα που το άτομο θεωρεί ότι φέρνει το κάπνισμα (αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας) και η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνει στη ζωή (εκτόνωση και ελάττωση του στρες, της έντασης, του άγχους, του θυμού, της αμηχανίας).
- Η ιεροτελεστία κατά την διαδικασία του καπνίσματος (η γεύση του τσιγάρου, η μυρωδιά του καπνού, οι κινήσεις των χεριών και του στόματος).

- Διάφορες περιστάσεις στο περιβάλλον που επανειλημμένως έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα (μετά το φαγητό, με τον καφέ ή το ποτό).
- Τα φαρμακολογικά και ψυχολογικά αποτελέσματα του καπνού (εθισμός στην νικοτίνη, εξάρτηση από τον καπνό).
- Η αποφυγή του συνδρόμου στέρησης από τυχόν παύση ή ελάττωση της χρήσης του καπνού.

Η τρίτη φάση αφορά την διακοπή του καπνίσματος. Ακόμα και αν το άτομο είναι πεπεισμένο ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία δυσκολεύεται πολύ να κόψει το τσιγάρο. Η απόφαση παύσης του καπνίσματος εξαρτάται από την ύπαρξη κινήτρων για προστασία της υγείας, την ύπαρξη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον για την διακοπή, την ύπαρξη στο στενό περιβάλλον άλλων ανθρώπων που σταμάτησαν το κάπνισμα.

Η τέταρτη φάση αφορά την υποτροπή. Ορισμένοι άνθρωποι ξαναρχίζουν το κάπνισμα, παρότι κατάφεραν προς στιγμήν να το κόψουν.



*A. Κοκκέβη, Κ. Στεφανής, Ιατρική 54(παράρτημα), 65-72 1988
Γιάννης Κ. Τούντας, MATERIA MEDICA GRECA, 13(4)387-392, 1985*

9. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σε μια διαχρονική μελέτη του μαθητικού καπνίσματος μελετήθηκε η συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των μαθητών του λυκείου κατά το σχολικό έτος 1989-90 (N=2032) μελετήθηκε σε τρεις πόλεις (Αθήνα , Πάτρα και Ιωάννινα). Τα αποτελέσματα αυτής της επιδημιολογικής έρευνας συγκρίθηκαν με τα ευρήματα προηγούμενης μελέτης σε μαθητές, μαθήτριες κατά το σχολικό έτος 1984-85 (N=4268). Στο συνολικό δείγμα του έτους 1984-85, κάπνιζαν 43,4% των μαθητών του Λυκείου (45,7% τα αγόρια και 41,1% τα κορίτσια). Ενώ το δείγμα του 1989-90 κάπνιζαν κατά μέσον όρο 29,7% (33,5% τα αγόρια και 26,0% τα κορίτσια).

(*M. Μαρσέλος, Χ. Φραγκίδης, Β. Μιχαλόπουλος, Ιατρική 1993, 63(2):140-146*).

Σε μια ερευνητική εργασία με θέμα τις γνώσεις των νέων ενηλίκων για το κάπνισμα μελετήθηκε ο επιπολασμός του καπνίσματος και το επίπεδο των γνώσεων των σπουδαστών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ,σε δείγμα 500 αντρών σπουδαστών στρατιωτικής σχολής , ηλικίας 18-21 ετών . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 26% των ερωτηθέντων ήταν καπνιστές και απ' αυτούς το 44,7% είχε προσπαθήσει ανεπιτυχώς να διακόψει το κάπνισμα. Το σύνολο σχεδόν των σπουδαστών (92%) γνώριζε ότι δεν υπάρχει αποτελεσματική μέθοδος διακοπής του καπνίσματος και ότι το κάπνισμα και ο καρκίνος του πνεύμονα σχετίζονται με στατιστικά σημαντικά ($P<0,05$). Αντίθετα , λιγότεροι σπουδαστές (63,9%) γνώριζαν ότι η χρόνια βρογχίτιδα αποδίδεται σχεδόν αποκλειστικά στο κάπνισμα. (*Γ. Κρομμύδας , Α. Αρσενίου, Κ. Γουργουλιάνης , Ιατρ. Επιθ. Εν. Δυν. 32: 95-98, 1998*).

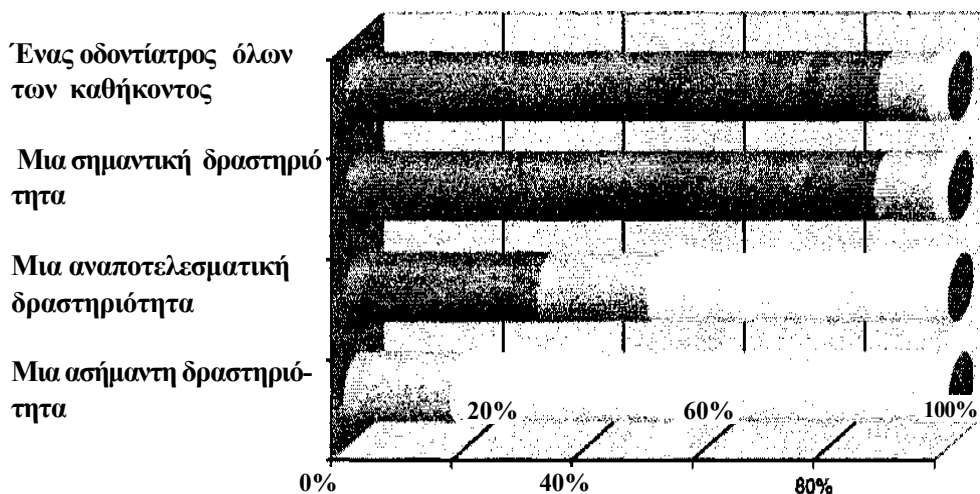
Επίσης σε μια κλινική μελέτη σχετικά με το κάπνισμα και φοιτητές Ιατρικής Αθηνών μελετήθηκαν οι καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών της Ιατρικής σχολής . μελετήθηκε δείγμα 418 φοιτητών , 231 ήταν φοιτητές ενώ 187 φοιτήτριες . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 68% των φοιτητών έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα και εξ αυτών το 40 % είναι συστηματικοί καπνιστές , το 47% είναι σποραδικοί και το 13% είναι πρώην καπνιστές . Από τους καπνιστές φοιτητές το 35% ξεκίνησε το κάπνισμα στις ηλικίες 15-18 ετών και το 27% είναι ελαφρείς καπνιστές . Τα κίνητρα έναρξης

του καπνίσματος για τους άντρες ήταν η απόλαυση σε ποσοστό 32% ενώ το άγχος για τις γυναίκες σε ποσοστό 28% και η περιέργεια 28%. Τέλος το 8% αγνοεί τις επιπτώσεις του καπνίσματος για την υγεία. (*Ε.Αυλωνίτου και οι επιστημονικοί του συνεργάτες, Πνευμών 2003, 16(3): 306-313*)

Σε μια επιδημιολογική μελέτη που έγινε για τον επιπολασμό του καπνίσματος σε μαθητές Λυκείου στη Βόρεια Ελλάδα, μελετήθηκε δείγμα 9276 μαθητών. (4525 αγόρια και 4751 κορίτσια) Διαπιστώθηκε ότι το 32,6% των αγοριών και 26,7% των κοριτσιών καπνίζουν. Το 43,3% αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 14 ετών. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος για τα αγόρια είναι $14,4 \pm 1,9$ και για τα κορίτσια $14,9 \pm 1,6$. Το 25,4% των μαθητών καπνίζουν από 6 έως 10 τσιγάρα και το 20,7% από 16 έως 20 τσιγάρα ημερησίως. Το 40,2% καπνίζουν από αντίδραση και 36,7% καπνίζουν εν γνώσει των γονέων τους. (*Α. Σιχλετίδης και οι συνεργάτες του, Πνευμών 2005, 18 (1): 93-98*).

Σε μια έρευνα που έγινε σχετικά με τη στάση των Ελλήνων οδοντικών σπουδαστών απέναντι στον καπνό, έδειξε ότι, η χρήση του καπνού από τη ελληνική νεολαία αυξήθηκε το 1998 (34,5%) μετά δείχνει μια πτώση μεταξύ του 1984 (45,5%) και του 1993 (28,7%). ενώ οι έρευνες για τους ελληνικούς ενηλίκους αποδεικνύουν ότι 37% είναι καπνιστές, 46% μεταξύ των ανδρών και 28% μεταξύ των γυναικών. (*Argy Polychonopoulou, Taritsa Gatou and Thessaly Athanassouli, Athens Greece, International Dental Journal (2004) 54, 119-125.*)

Σε έρευνα που έγινε για την παροχή συμβουλών των οδοντιάτρων σε σπουδαστές καπνιστές που τους επισκέπτονται παρατηρήθηκε ότι 145 σπουδαστές (87,9%) θεώρησαν ότι οι οδοντίατροι έχουν ευθύνη να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εγκαταλείψουν τη συνήθεια καπνίσματος. Εντούτοις μόνο το 27,9% σκέφτηκε ότι οι οδοντικοί ασθενείς θα δέχονται τις συμβουλές των οδοντιάτρων τους, 72,1% θεώρησε ότι οι περισσότεροι καπνιστές δεν θα σταματούσαν το κάπνισμα ακριβώς επειδή ο οδοντίατρός τους, τους συμβούλεψε. (*Διεθνείς οδοντικοί τόμοι 54/No. 5 περιοδικών (2004)*)



(Διεθνείς οδοντικοί τόμοι 54/No. 5 περιοδικών (2004))

Μια μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου 1999-2001. Επιπλέον, έγινε συνέντευξη σε 9.276 σπουδαστές γυμνασίου, 1.072 Ιατρούς σπουδαστές, 597 Ιατρούς μέσα στο εθνικό σύστημα υγείας, 825 δασκάλους. Το ερωτηματολόγιο ομάδας μελέτης ICRF χρησιμοποιήθηκε. Ποσοστά επικράτησης καπνίσματος στις υποομάδες πληθυσμών ήταν: 29,6% των σπουδαστών γυμνασίου 40,7% των ιατρικών σπουδαστών 44,9% ιατρικού προσωπικού μέσα στο εθνικό σύστημα υγείας, 46,4% των δασκάλων. (Lazaros T. Sichletidis, Diamantis Chloros, Ioannis Tsiotsios, Ioannis Kottakis, Ουρονία Kaiafa, Στέλλα Kaouri, Αλέξανδρος Karamanlidis, Δημήτριος Kalkanis, Σωτήριος Posporelis, Αρχικό αναπνευστικό περιοδικό (2006) 15, 92-97 προσοχής).

Σε μια άλλη επιστημονική αναζήτηση για ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα των ελλήνων παθολόγων. Ένα εθνικό δείγμα 1284 παθολόγων (718 άνδρες, 566 γυναίκες) συμμετείχε στη μελέτη, η οποία διευθύνθηκε μεταξύ του Σεπτεμβρίου του 2003 και Ιουνίου 2005 τα στοιχεία συλλέχθηκε μέσω ενός ανώνυμου μόνος-ολοκληρωμένου ερωτηματολογίου. Αποτελέσματα: Συνολικά, 38,6% των παθολόγων (40% των ατόμων 37% των γυναικών) αυτήν την περίοδο κάπνιζαν, 13,8% ήταν προηγούμενοι καπνιστές, και 47,6% δεν είχε καπνίσει ποτέ. (A. Sotiropoulos, A. Gikas, E. Spanou, Δ. Dimitrelos, Φ. Karakostas, E. Skliros, Apostolou, Politakis, Θ. Pappas, Δημόσια υγεία (2007) 121, 333-340)

Επίσης σε επιστημονική διερεύνηση που έγινε σχετικά με τη χρήση των ουσιών μεταξύ των σπουδαστών του γυμνασίου στην Ελλάδα δείχνει ότι το κανονικό κάπνισμα αυξάνεται το 1998 (20,8%) μετά τη πτωτική τάση μεταξύ του 1984 (22%) και του 1993 (14,6%). (Α. Kokkevi, Μ. Terzidou, Κ. Politikou, Γ. Stefanis Εξάρτηση 58 ναρκωτικών και οινόπνεύματος (2000) 181-188)

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε για την πρόληψη του καπνίσματος στα παιδιά και τους νέους στην Ελλάδα υπολογίζεται πως το 57% των ανδρών και το 32% των γυναικών καπνίζουν. Κυρίως των γυναικών καπνιστών , η κατανάλωση τσιγάρων αυξήθηκε στη δεκαετία του 1970 κατά 48%. (Γ. Κ. Τούντας , *Materia Medica Greca*, 13(4), 387-392, 1985)

Στην επιδημιολογική διερεύνηση της συχνότητας του καπνίσματος σε μαθητές της μέσης εκπαίδευσης , πήραν ένα σύνολο μαθητών και μαθητριών του Γυμνασίου (N=3.614) και του Λυκείου (N=4.268) Από Αθήνα, Πάτρα, Ιωάννινα . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 46,1% των αγοριών και το 41,9% των κοριτσιών του Λυκείου ,καπνίζουν , περιστασιακά καθημερινά . Ακόμη και το καθημερινό κάπνισμα παραμένει στα κορίτσια σε χαμηλότερο επίπεδο (1-10 τσιγάρα) από ότι στα αγόρια (περισσότερα από 10 τσιγάρα). Στο Γυμνάσιο υπάρχει μικρότερη συχνότητα , μόνο το 19,9% των αγοριών και το 16,1% των κοριτσιών καπνίζουν καθημερινά ή περιστασιακά . (Χ . Φραγκίδης, Μ. Μαρσέλος , Β. Κατσουγιαννόπουλος, *Ιατρική*, 56(2), 157-164, 1989).

Σε μια διερεύνηση της καπνιστικής συνήθειας των κατοίκων του Δήμου Περάματος πήραν αντιπροσωπευτικό δείγμα 60 νοικοκυρών που περιλάμβανε 133 άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω. Το 66% των ανδρών και το 24% των γυναικών καπνίζουν. Στις νεαρές ηλικίες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από του άνδρες . Το 40% των καπνιστών καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα και το 80% άρχισε το κάπνισμα πριν την ηλικία των 25 ετών. Το 33% δεν πιστεύει ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία τους.(Γ. Αλαμανός, Κ. Τσαμανδουράκη, Γ. Τούντας, *Ιατρική* , 56(5), 472-475,1989).

Σε μια βολιδοσκόπηση μελετήθηκαν οι καπνιστικές συνήθειες των μαθητών Λυκείου της περιοχής των Αθηνών σε ένα σύνολο 100 μαθητών και 96 μαθητριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι : το 16% των αγοριών και το 14,5 % των κοριτσιών καπνίζουν . 1/3 των αγοριών και το 1/5 των κοριτσιών καπνίζουν 1 περίπου πακέτο την ημέρα . Το 12,5 % των μαθητών καπνίζει πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα. Η έναρξη προσδιορίζεται μεταξύ 14-15 ετών. (Κ. Τσαμανδουράκη, Κ. Τούντας , Χ. Δαρβίρη, *Materia Medica Greca*, 17(2),111-116,1989.)

Στην επιδημιολογική έρευνα που έκανε η Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών 1984, έδειξαν πως περίπου 3:1 ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες είναι συστηματικοί καπνιστές . Στους μαθητές 14-18 ετών 71% έχει καπνίσει και το 22% καπνίζει συστηματικά . Διαφέρον είναι ακόμα πως το 30-50% των συστηματικών ενηλίκων καπνιστών και το 22% των μαθητών αναφέρουν πως προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς αποτελέσματα . (Α . Κοκκέβη, Κ. Στεφανής, *Ιατρική* 54 (Παράρτημα), 65-72,1988

Σε έρευνα που έγινε στο πολεμικό ναυτικό σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων του πολεμικού ναυτικού βρέθηκε πως από τα 274 άτομα του πληρώματος του πολεμικού πλοίου ηλικίας 19-38 ετών το 59,5% είναι καπνιστές που άρχισαν το κάπνισμα μεταξύ 15-21 ετών και το 33.1% από αυτούς τους καπνιστές άρχισαν το κάπνισμα μετά την εισαγωγή τους στο ναυτικό.(*Mazorakis EE, Vlachonikolis IG, Lionis CD, Mil Med. 2003 Nov ; 168(11): 929-33*).

Σε διάφορες μελέτες που έχουν γίνει από το 1998-2005 σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες στην Ελλάδα προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα :

- 2004 σε 909 μαθητές Λυκείου της Αθήνας ηλικίας 16-19 ετών το 50,2% καπνίζουν (*Labiris et al.*)
- 2003 σε 274 άτομα του πολεμικού ναυτικού της Ελλάδας ηλικίας 19-38 ετών το 59,9% καπνίζουν. (*Mazokopakis et al.*)
- 2002 σε 1192 ενήλικες στην Κρήτη ηλικίας 18+ ετών το 55% των ανδρών και το 38 % των γυναικών καπνίζουν.(*Linardakis et al*)
- 2002 σε 634 παιδιά της Κρήτης ηλικίας 15 ετών το 10 % καπνίζει. (*Linardakis et al*).

- 2000 σε 794 φοιτητές Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Αθηνών ηλικίας 17-30 ετών το 44% των φοιτητών και το 42,5% των φοιτητριών καπνίζουν. (*Steptoe et al*).
- 2001-2002 σε 9276 μαθητές Λυκείων : Θεσσαλονίκης , Κοζάνης, Πτολεμαΐδας, Φλώρινας, Καστοριά, Γρεβενά , ηλικίας 15-18 ετών το 32,6% των αγοριών και το 26,7% των κοριτσιών καπνίζουν.(*Sichletidis L et al*)
- 2001-2002 σε 3042 ενήλικες στην Αθήνα , ηλικίας 18-89 ετών το 51% των ανδρών και το 39% των γυναικών καπνίζει. (*pitsavos et al*).
- 1989-2000 σε 865 φοιτητές Ιατρικής της Κρήτης ηλικίας 20-24 ετών το 32,2% των φοιτητών και το 28,4 των φοιτητριών καπνίζουν .(*Mammas et al*)
- 1999-2000 σε 430 φοιτητές της Ιατρικής στην Αθήνα , το 28% καπνίζει.(*Avlonitou et al*).
- 1998 σε 8557 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου Αθήνας , Θεσσαλονίκης ηλικίας 13-14 το 16,2% καπνίζει, ενώ στην ηλικία 15-16 ετών το 32,1% καπνίζει και στις ηλικίες 17-18 ετών το 40,1% των μαθητών καπνίζουν. (*Kokkevi et al*).

10. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η εκπαίδευση κατά του καπνίσματος πρέπει να αρχίζει από το σχολείο, από τους μαθητές 10-12 ετών, στους οποίους πρέπει πειστικά να εξηγούνται και όχι μόνο σε αυτούς αλλά και στους γονείς τους, οι κίνδυνοι από το κάπνισμα και να τονίζεται, με κάθε προσπάθεια, η άκαπνη συμπεριφορά. Σε έρευνα που έγινε σε Εξωτερικό Παιδιατρικό Ιατρείο νοσοκομείου στην Αθήνα, διαπιστώθηκε ότι όλοι οι μαθητές, καπνιστές ή μη, ήταν ενήμεροι για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, σε 3 περιπτώσεις υπήρχαν προβλήματα υγείας που αποδόθηκαν στο κάπνισμα, χωρίς, όμως, να καταβληθεί προσπάθεια διακοπής του. Ενημέρωση, όμως, χρειάζεται να γίνει και για τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος. Εδώ και πολλά χρόνια, ως γνωστό, έχει αρχίσει παγκοσμίως αγώνας κατά του καπνίσματος. Υπάρχει άραγε

δικαίωμα των μη καπνιστών να μην επιτρέπουν ενδεχόμενη βλάβη της υγείας τους από το παθητικό κάπνισμα, που να τους κατοχυρώνει, ούτως ώστε να το διεκδικούν; Αν όντως υπάρχει, τι είδους δικαίωμα είναι αυτό; Μια από τις πολλές εννοιολογικές διακρίσεις των δικαιωμάτων, είναι αυτή σε νομικά και ηθικά. Νομικά είναι τα δικαιώματα που μας παρέχονται από το Σύνταγμα, ενώ ηθικά είναι αυτά που απορρέουν από συστήματα ηθικής. Αναμφίβολα, υπάρχει σύγκρουση δικαιωμάτων καπνιστών και μη. Όπως κάθε φορά που προκύπτει κάποιος ηθικός προβληματισμός, επιλέγονται ορισμένες αρχές και αξίες, οι οποίες χρησιμεύουν ως σημεία αναφοράς για την επίλυση του προβλήματος. Για τη συζητούμενη περίπτωση συμβιβασμού σύγκρουσης συμφερόντων καπνιστών - μη καπνιστών, η αναφορά πρέπει να γίνεται αφενός στις μελέτες των τελευταίων ετών, που έδειξαν τις ολέθριες συνέπειες του παθητικού καπνίσματος και αφετέρου στις σχετικές με το αντικείμενο ηθικές αξίες και κανόνες που επικρατούν στη χώρα μας. Στην προκειμένη περίπτωση, ο περιορισμός με πολιτειακή επέμβαση του δικαιώματος του καπνιστή να καπνίζει κοντά σε άτομα που δεν καπνίζουν, είναι επιβεβλημένη, διότι: - Το δικαίωμα της προάσπισης της Υγείας και της ζωής κάθε ατόμου υπερτερεί του δικαιώματος της απλής ευχαρίστησης. - Ανέκαθεν στην άσκηση της Ιατρικής, η αρχή της μη βλάβης του ατόμου έχει προτεραιότητα έναντι των υπολοίπων αρχών της αυτονομίας, της ωφέλειας και της ισοτιμίας του ατόμου. Το να μη βλαβεί η υγεία του παθητικού καπνιστή προέχει από το να ωφεληθεί ο καπνιστής ασκώντας την καταστρεπτική για

τους άλλους συνήθειά του. - Ένα μεγάλο ποσοστό παθητικών καπνιστών είναι παιδιά, ηλικιωμένοι και γενικότερα άτομα που δεν μπορούν να προστατευθούν μόνα τους και να αποφύγουν το παθητικό κάπνισμα, γι' αυτό ο περιορισμός των δικαιωμάτων των καπνιστών γίνεται πιο επιτακτικός. Συνεπώς, για να αποφευχθούν οι συνέπειες για την υγεία, είναι απαραίτητη η εφαρμογή μιας πολιτικής κατά του καπνίσματος, η οποία για να είναι επιτυχής και αποτελεσματική πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και μακροπρόθεσμη. Για το λόγο αυτό πρέπει:

1. Να εφαρμοσθούν οι αυξημένοι φόροι κατά του καπνού.
2. Να απαγορευθεί πλήρως η άμεση και η έμμεση διαφήμιση (τηλεόραση), γεγονός που έχει επιτευχθεί σε ορισμένες χώρες.
3. Να απαγορευθεί το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους.
4. Να εφαρμοσθεί η πολιτική της κατώτατης δυνατής περιεκτικότητας των τσιγάρων σε νικοτίνη και πίσσα,.
5. Να ενθαρρυνθεί η διακοπή του καπνίσματος
6. Να παρασχεθεί η κατάλληλη εκπαίδευση γιατί, χωρίς αμφιβολία, οποιοδήποτε μέτρο πρόληψης κατά του καπνίσματος λαμβάνεται είναι αποτελεσματικό μόνο αν απευθύνεται σε ενημερωμένες ομάδες

Τα προγράμματα που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα σκληρά για εκείνους που έχουν εθισθεί, μια που είναι γνωστό ότι υπάρχει και σχετική εξάρτηση από τη νικοτίνη.

10.1 Ο ρόλος των γονέων

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

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

καταστάσεις και συναναστροφές. Οι γονείς αποτελούν το πρότυπο με τη μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή των παιδιών και αυτό αποτελεί για τους γονείς μια τεράστια ευθύνη. Καλό θα είναι να κουβεντιάσουν με το παιδί τους για το πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα στην υγεία. Ένα δύσκολο θέμα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στις ημέρες μας είναι και το κάπνισμα και οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν πότε και πως θα συμβουλευθούν τα παιδιά τους στα δύσκολα αυτά θέματα. Αν στο σχολείο του παιδιού ή στην πόλη όπου ζουν υπάρχουν οργανωμένες ομάδες γονέων, καλό είναι να τις παρακολουθήσουν, ώστε να κουβεντιάσουν τα θέματα που αφορούν στα παιδιά της ηλικίας των δικών τους. Όσον αφορά στο παθητικό κάπνισμα των παιδιών, από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Α΄ Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, βρέθηκε ότι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου μπορεί να ελαττωθεί ως και κατά το ένα τρίτο με απλά μέτρα προφύλαξης από τους γονείς, όπως είναι π.χ. η αποφυγή καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, η ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν οι γονείς στο σπίτι ενώ το παιδί είναι παρόν.

The impact of smoking to the health of children. Preventive measures C. Tsoumakas, A. Triandaphillidou
(*Ann Clin Pediatr Univ Atheniensis* 2004, 51(4):359-367)

1. Collishaw N, Lopez A. *The tobacco epidemic: a global public health emergency*. World Health Organization, 1996.
2. Τσουμάκας Κ. *Το κάπνισμα στην παιδική ηλικία*. 37ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 1999.
3. Καρπάθιος Θ. *Το κάπνισμα και το παιδί*. Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Αθήνα 1977, 63-9.
4. Τσόλας Γ, Τσαγρής Β. *Παθητικό κάπνισμα και Υγεία*. Παιδιατρική 1999, 62:437-446.
5. *Committee on Environmental Hazards. Involuntary smoking - A hazard to children*. Pediatrics 1986, 77:755-57.
6. *Smoking the facts*. Health Education Authority 1991, PIO-13, UK.
7. Brunneemann KD, Hoffmann D. *Chemical studies on tobacco smoke LIX. Analysis of volatile nitrosamines in tobacco smoke and polluted indoor environments*. In environmental aspects of N-nitrosocompounds. Walker EA, Gastegnano N, Griante L and Lyle RF eds IARC. Scient publ 1978; 19(Lyon):343-356.
8. Fieding EJ, Phenow K. *Health effects of involuntary smoking. A hazard to children*. Pediatrics 1986, 77:755-57.
9. Παπαγρηγορίου - Θεοδωρίδου Μ. *Κάπνισμα και παιδί*. Θεραπευτική Ενημέρωση, Αθήνα 1987, 84-91.
10. Van Teijlingen E, Friend RAJ. *Children and smoking: the problem and the way forward*. Editorial Thorax 1992, 47:485-8.
11. Ξυπολυτά - Ζαχαριάδη Α, Παναγιωτοπούλου - Γαρταγάνη Π και συν. *Το κάπνισμα και οι Έλληνες φοιτητές*. Πανελλ Παιδ Συν, 2000.
12. Bosanquet N. *BMJ* 1992, 304(6823):370-2.
13. Ξυπολυτά - Ζαχαριάδη Α. *Ας μιλήσουμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα*, Μονογραφία, 2003.
14. Killen JD. *Prevention of adolescent tobacco smoking. The social pressure resistance training approach*. J Child Physical Psychiatry 1985, 26:7.

15. Μαραγκός Γ. *Εφηβική Ιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1987.*
16. Fortier I, Marcoux S, Brisson J. *Passive smoking during pregnancy and the risk of delivering a small-for-gestational age infant. Am J Epidemiol 1994; 139(3):294-301.*
17. Gueguen C, Lagrue G, Lanse - Mare J. *Effect of smoking on the fetus and the child during pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris 1995, 24(8):853-859.*
18. Cnattingius S, Nordstrom ML. *Maternal smoking and fetoinfant mortality: biological pathways and public health significance. Acta Paediatr 1996, 85:1400-1402.*
19. Chen LH, Pettiti DB. *Case control study of passive smoking and the risk of small-for-gestational age at term. Am J Epidemiol 1995, 142(2):158-165*
20. Nieburg P, Marks HS, McLaren N, Remington PL. *The fetal tobacco syndrome. JAMA 1985, 253:2998-3003.*
21. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Lazopoulou DD, Theodoridou MC, Maravelias KP, Matsaniotis NS. *Objective passive-smoking indicators and respiratory morbidity in young children. Lancet 1995 Jul, 346(8970):280-1.*
22. Young S, Le Coufe NP, Geelhold CG, Stick MS, Turner JK, Landou L. *The influence of a family history of asthma and parental smoking on airway responsiveness in early infancy. N Engl J Med 1991, 324:1168-73.*
23. Oldings M, Jorres R, Magnussen H. *Acute effect of passive smoking on lung function and airway responsiveness in asthmatic children. Pediatr Pneumonol 1991, 10:123-31.*
24. Menon P, Rando JR, Stankus PR, Salvaggano EJ, Lehrer BS. *Passive cigarette smoke-challenge studies increase in bronchial hyperreactivity. J Allergy Clin Immunol 1992, 89:560-6.*

11. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το 1893, η Lillian Wald και η Mary Brewster ίδρυσαν το “Henry Street Settlement”, ένα ίδρυμα σε μια από τις περισσότερο υποβαθμισμένες περιοχές της Νέας Υόρκης. Το ίδρυμα παρείχε υπηρεσίες υγείας στο σπίτι στις οικονομικά χαμηλές τάξεις των κατοίκων. Με αυτό το γεγονός άρχισε να εφαρμόζεται η παροχή κοινοτικής φροντίδας.

Τα επόμενα έτη (στη νέα Υόρκη) επιβλήθηκε νόμος υποχρεωτικής παρακολούθησης των μαθημάτων του σχολείου, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με μεταδιδόμενες ασθένειες. Καθώς τα ασθενή και μολυσματικά παιδιά ήταν υποχρεωμένα να παρακολουθούν τα μαθήματα του σχολείου, η εξάπλωση των νοσημάτων αυτών ήταν ταχύτατη. Για τη μείωση της διασποράς, προσέλαβαν ιατρούς ωρομίσθιους οι οποίοι επιθεωρούσαν τα σχολεία και απομάκρυναν τα παιδιά που νοσούσαν, γεγονός που προσέφερε μόνο μικρή ανακούφιση στην κατάσταση και είχε σχετικά περιορισμένα αποτελέσματα στην υγεία του μαθητικού πληθυσμού. Τα ασθενή παιδιά που απομακρύνονταν από το σχολείο, δεν είχαν την ανάλογη θεραπεία, ούτε οι γονείς τους την ανάλογη εκπαίδευση πώς να τα φροντίζουν ή να τα περιορίζουν στον χώρο για την αποφυγή της διασποράς. Έτσι, τα ασθενή παιδιά συνέχιζαν να παίζουν με τα υγιή και να κινούνται στο χώρο χωρίς καμία προφύλαξη και κατά συνέπεια συνεχιζόταν η διασπορά των μικροβίων και η μεταδοτικότητα των ασθενειών. Τότε ακριβώς ήταν που, πειραματικά, τοποθετήθηκαν οι νοσηλευτές στα σχολεία και θεωρείται ότι “γεννήθηκε ο σχολικός νοσηλευτής” στην Αμερική.

Η παρουσία και η εργασία των σχολικών νοσηλευτών είχε σημαντική επίδραση στους μαθητές αλλά και γενικότερα στον χώρο των σχολείων. Το Σεπτέμβριο του 1902, με την ιατρική επιθεώρηση στα σχολεία είχαν απομακρυνθεί 10.567 μαθητές από αυτά. Ενώ το Σεπτέμβριο του 1903, με τη λειτουργία των σχολικών νοσηλευτών, υπήρξε μείωση 90% και απομακρύνθηκαν μόλις 1101 μαθητές. Και αυτό χάρη στη θεραπεία των μεταδιδόμενων ασθενειών από τη φροντίδα των σχολικών νοσηλευτών, τις κατ’ οίκον επισκέψεις και την εκπαίδευση που παρείχαν στους γονείς σε θέματα υγείας. Η

πρόληψη στηρίχτηκε στην εκπαίδευση των μαθητών ως προς την υγιεινή, τη διατροφή, τη σωματική ανάπτυξη και τον οδοντιατρικό έλεγχο.

Η επιτυχία του πειράματος του “σχολικού νοσηλευτή” είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση της ιδέας στην υπόλοιπη Αμερική αλλά και στα σχολικά συστήματα άλλων χωρών. Ανάμεσα στο 1952 και το 1962, ο αριθμός των σχολικών νοσηλευτών στις ΗΠΑ αυξήθηκε κατά 87,7%. Αλλαγή στο ρόλο και τις ευθύνες συνέβη στα τέλη του 1960 και στις αρχές του 1970, με τον ρόλο του σχολικού νοσηλευτή να επεκτείνεται και να στοχεύει στη δημόσια υγεία, αποκτώντας περισσότερη συσχέτιση με την κοινότητα, να κάνει επισκέψεις στα σπίτια των οικογενειών και διδασκαλία των μαθητών στις τάξεις.

Σήμερα, θέματα ψυχικής υγείας, ιοί του ανοσοποιητικού συστήματος, φυματίωση, έλλειψη στέγης, χρήση ουσιών και το θέμα της βίας αντικατέστησαν τις ασθένειες του 1900.

Στην Αγγλία η θεσμοθέτηση του σχολικού νοσηλευτή άρχισε το 1892, τότε σχολεία στο Λονδίνο προσλάμβαναν νοσηλευτές για να ερευνήσουν τη διατροφή των μαθητών. Στη συνέχεια ο ρόλος τους και οι ευθύνες τους επεκτάθηκαν περνώντας τη σημερινή τους μορφή για την αγωγή και προαγωγή υγείας σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο. Τέλος, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή υπάρχει εδώ και πολλές δεκαετίες στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες όπως Σουηδία, Νορβηγία, Φιλανδία, Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Γαλλία.

12. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας στη Ελλάδα έχουν τις απαρχές τους στο 1910 με την οργάνωση Κεντρικής Υπηρεσίας στο Υπουργείο Παιδείας και στο 1914 με τη δημιουργία του θεσμού του Σχολιάτρου και της Υγειονομικής Υπηρεσίας των σχολείων . Το 1976, η υπηρεσία αυτή μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Με βάση το προεδρικό διάταγμα 544/ 1977, οι υπηρεσίες του τότε Υπουργείου Υγείας διακρίνονταν σε Κεντρικές, Αποκεντρωμένες και Περιφερειακές. Ανάμεσα στις 13 Κεντρικές Υπηρεσίες υπαγόταν η Γενική Διεύθυνση Υγιεινής, η οποία περιλάμβανε συνολικά 9 διευθύνσεις, ανάμεσα στις οποίες στη Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής, στην οποία υπαγόταν το Τμήμα Προγραμμάτων Σχολικής Υγιεινής και το Τμήμα Στατιστικής και Μελετών.

Ευθύνη του πρώτου τμήματος ήταν η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας των μαθητών και του διδακτικού προσωπικού, η υγιεινή των σχολείων, η ανοσοποίηση των μαθητών, η υγιεινή των μαθητικών συσσιτίων και τα κέντρα και ιδρύματα μαθητικής πρόνοιας και αντίληψης.

Η πραγματοποίηση όλων των παραπάνω γινόταν σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας

Ευθύνη του δεύτερου τμήματος ήταν η γενική προληπτική εξέταση των μαθητών, τα δελτία υγείας, νοσηρότητας και θνησιμότητας των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εκπαιδευτικών λειτουργών, η διενέργεια ερευνών και μελετών, η υγεία των αθλητών-μαθητών, τα σχολιατρικά όργανα και η τήρηση στατιστικών στοιχείων.

Τέλος, στις Περιφερειακές Υπηρεσίες υπάγονταν οι υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου, στις οποίες ανήκαν τα Σχολικά Ιατρεία και τα Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης. Συνολικά, μέχρι το 1980, λειτουργούσαν 240 Σχολικά Ιατρεία και 6 Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης, τα οποία υπάγονταν στις Διευθύνσεις ή Τμήματα Υγιεινής των κατά τόπου Νομαρχιών.

Οι σχολικοί επισκέπτες υγείας διορίζονταν είτε από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ), όπου αποτελούσαν προσωπικό του σχολείου, είτε από το Υπουργείο Υγείας, όπου ανήκαν στην Υγειονομική Διεύθυνση της Νομαρχίας της περιοχής στην οποία υπαγόταν το σχολείο όπου υπηρετούσαν. Αν και ο οργανισμός της Σχολικής Υγιεινής προέβλεπε 362 οργανικές θέσεις σχολιάτρων και 32 θέσεις επισκεπτών υγείας, το 1985 υπηρετούσαν μόνο 87 σχολίατροι και 7 επισκέπτες Σχολικής Υγιεινής.

Οι μειωμένες θέσεις ίσως οφείλονται στη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 (νόμος 1397), με το οποίο καταργήθηκαν οποιεσδήποτε μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπήρχαν μέχρι τότε (άρθρο 16, παράγραφος 1) και οι Υπηρεσίες Σχολικής Υγιεινής αποτέλεσαν αρμοδιότητα των κέντρων υγείας (άρθρο 15, παράγραφος 1θ), γεγονός που οδήγησε στην κατάργηση της Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής.

Το 1992, με τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, καταργήθηκε το άρθρο 15 του νόμου 1397 και η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας αποτέλεσε πλέον σκοπό όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης (νόμος 2071, άρθρο 16, παράγραφος 1ι), χωρίς ωστόσο ο νόμος να ορίζει και να προσδιορίζει αυτές τις μονάδες.

Δεκατέσσερα χρόνια μετά από τη σύσταση του ΕΣΥ, το 1997, συστάθηκε εκ νέου Διεύθυνση Σχολικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας (νόμος 2519, άρθρο 4, παράγραφος 1), η οποία απαρτιζόταν από το Τμήμα Προγραμμάτων και το Τμήμα Στατιστικής και Μελετών (άρθρο 7, παράγραφος 1). Το άρθρο 7 αναφέρεται αποκλειστικά στις Υπηρεσίες Σχολικής Υγείας και στην παράγραφο 4 αναφέρεται ότι: *«Κύριες αρμοδιότητες της διεύθυνσης είναι η κατάρτιση, η παρακολούθηση και η υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και για την εν γένει ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδικού πληθυσμού, των νηπιαγωγείων, των δημοτικών σχολείων, των γυμνασίων και των λυκείων, η εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων δημόσιας υγείας, καθώς και η μέριμνα για την καταγραφή και την αρχειοθέτηση των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών».*

Επίσης, με βάση τον ίδιο νόμο, εκτός από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, στη Διεύθυνση Υγείας κάθε περιφέρειας είχε οργανωθεί και λειτουργούσε στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας αυτοτελές Γραφείο Σχολικής Υγείας (παράγραφος 2), το οποίο ασκούσε αντίστοιχες δραστηριότητες και εξειδίκευε τα προγράμματα της Διεύθυνσης Σχολικής Υγείας ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε περιφέρειας (παράγραφος 4).

Αξίζει να αναφερθεί ότι, με βάση το νόμο 2519/1997, στη Διεύθυνση και στα Τμήματα Σχολικής Υγείας προϊστάμενος ήταν γιατρός δημόσιας υγείας (παράγραφος 1) και σε αυτά καθώς και στα Γραφεία Σχολικής Υγείας τοποθετούνταν γιατροί δημόσιας υγείας με ειδικότητα παιδίατρον ή Γενικής Ιατρικής, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες (παράγραφος 3). Ωστόσο, στην παράγραφο 5 του ίδιου άρθρου, που αφορά τη σύσταση θέσεων κατά περιφέρεια σε Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, αναφέρονται όλοι οι παραπάνω επαγγελματικοί κλάδοι εκτός των νοσηλευτών.

Τέλος, στην παράγραφο 7 αναφέρεται ότι:

«Η Διεύθυνση και τα Γραφεία Σχολικής Υγείας συνεργάζονται με τους Διευθυντές και το διδακτικό προσωπικό των σχολείων, της αρμόδιας υπηρεσίας του ΥΠΕΠΘ, της νομαρχιακής και τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Όλο αυτό το προσωπικό τους πραγματοποιεί περιοδικές επισκέψεις στα σχολεία για τη διενέργεια εξετάσεων, την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, σύμφωνα με τα καταρτιζόμενα αντίστοιχα προγράμματα και γενικά ελέγχει την εφαρμογή και υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής υγείας από το προσωπικό της παραγράφου 5 καθώς και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του.

Με κοινή απόφαση των υπουργών Παιδείας και Υγείας εξειδικεύονται τα προγράμματα αγωγής υγείας, ο τρόπος και οι λεπτομέρειες παροχής των υπηρεσιών σχολικής υγείας, της τήρησης ατομικής κάρτας υγείας κάθε μαθητή και γενικά της άσκησης του έργου των λειτουργών σχολικής υγείας στο χώρο των σχολείων και καθορίζεται το πλαίσιο συνεργασίας των υπηρεσιών σχολικής υγείας και του σχολείου. Οι παρεχόμενες κατά

τις διατάξεις της παραγράφου 1 (θ) του άρθρου 15 του νόμου 1397/1983 υπηρεσίες σχολικής υγείας εντάσσονται στο σχεδιασμό σχολικής υγείας της περιφέρειας ».

Το 2003, η Διεύθυνση Σχολικής Υγείας υποβιβάζεται σε Τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής (νόμος 3172, παράγραφος 11στ). Ο νόμος καθορίζει ότι για τις αρμοδιότητες και τη στελέχωση του Τμήματος Σχολικής Υγείας εφαρμόζονται οι διατάξεις των παραγράφων 1-7 του άρθρου 7 του νόμου 2519/1997 που ήδη έχουν αναφερθεί παραπάνω. Επιπλέον, σε νομαρχιακό επίπεδο, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν αρμοδιότητα του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας (άρθρο 11), το οποίο έχει την ευθύνη της οργάνωσης και της εποπτείας των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής (παράγραφος 4, 4ε), την οργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και προαγωγής των συνθηκών υγιεινής στα σχολεία σε συνεργασία με τις λοιπές υπηρεσίες υγείας και τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (παράγραφος 4,4 στ) και τη συνεργασία με τα Γραφεία Αγωγής Υγείας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που εδρεύουν στους νομούς, με σκοπό την αποτελεσματικότερη οργάνωση της αγωγής υγείας στα σχολεία (παράγραφος 4,4ζ).

Αξίζει να αναφερθεί ότι, με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας και την επίλυση σχετικών ζητημάτων διατομεακού χαρακτήρα στο άρθρο 8, συγκαλείται η Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας, όπου για θέματα σχολικής υγείας συναρμοδιότητα έχουν οι Γενικοί Γραμματείς του Υπουργείου Υγείας και του ΥΠΕΠΘ.

Σήμερα ισχύουν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003, ενώ ο πρόσφατος 3370/2005 για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν προβλέπει κάτι νέο για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας.

Η είσοδος των νοσηλευτών στα ελληνικά σχολεία και η έναρξη υποτυπώδους Σχολικής Νοσηλευτικής έγινε το 1985 (νόμος 1566, άρθρο 35, παράγραφος 2) με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Στην παράγραφο 8 του ίδιου άρθρου ορίζονταν κατά κλάδους τα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού του ειδικού προσωπικού, τα οποία για τον κλάδο των

επιμελητών ήταν «πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής ».

Αξίζει να αναφερθεί ότι το ειδικό προσωπικό υπάγεται διοικητικά στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και συγκεκριμένα στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή το Γραφείο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στην περιοχή του οποίου ανήκει η ειδική εκπαιδευτική μονάδα όπου έχει τοποθετηθεί οργανικά το προσωπικό αυτό.

Το 1999 (νόμος 2009), το ειδικό προσωπικό μετονομάστηκε σε ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, με συνέπεια οι επιμελητές να εξισωθούν εργασιακά με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς και να οδηγηθούν σε ανάλογες οικονομικές απολαβές.

Η μετονομασία του κλάδου των επιμελητών σε κλάδο με κωδικό όνομα «ΠΕ 25 Σχολικοί Νοσηλευτές», που έγινε το 2000 (νόμος 2817, άρθρο 3, παράγραφος 6), δηλαδή μετά από 15 χρόνια παρουσίας των σχολικών νοσηλευτών στο χώρο αποτελεί την τυπική έναρξη του θεσμοθετημένου πλέον κλάδου των σχολικών νοσηλευτών. Στην ίδια παράγραφο αναφέρεται ότι οι σχολικοί νοσηλευτές ασκούν έργο υγιεινής και φροντίδας υγείας των παιδιών που φοιτούν στις μονάδες ειδικής αγωγής.

Σήμερα, όσον αφορά στα δημόσια ελληνικά σχολεία, υποτυπώδης σχολική Νοσηλευτική λειτουργεί μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής, όπου εργάζονται περίπου 45 σχολικοί νοσηλευτές (έως το Μάρτιο 2005) και οι οποίοι υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ. Στα σχολεία αυτά εξυπηρετούνται μαθητές ηλικίας 4-22 ετών. Η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων, καθώς δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει για την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτά.

13.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας υπάρχει αμφίδρομη σχέση, καθώς από τη μία πλευρά η κατάσταση υγείας επηρεάζει τις μαθησιακές ικανότητες και από την άλλη η εκπαίδευση επηρεάζει το βαθμό στον οποίο κάποιος θα υιοθετήσει θετικές συνήθειες υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, διότι διαχειρίζεται προβλήματα υγείας και εκπαιδεύει παιδιά σε θέματα υγείας, τα οποία μαθαίνουν ευκολότερα και καλύτερα καθώς εκμεταλλεύονται τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες που τους παρέχονται. Έτσι, μπορούν να διατηρήσουν θετικές συνήθειες υγείας σε όλη τους τη ζωή και είναι αυτά που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας της κοινότητας στο χρόνο.

Τα προβλήματα υγείας αποτελούν παράγοντα κινδύνου για απουσία και ακαδημαϊκή αποτυχία. Αυτά που διαχειρίζεται ο σχολικός νοσηλευτής ποικίλλουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο κάθε παιδιού, όπως επίσης είναι ανάλογα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που επικρατούν σε κάθε κοινότητα και σε κάθε χρονική περίοδο.

Για να εξασφαλιστεί υγιής νεανικός πληθυσμός τα χρόνια που θα ακολουθήσουν, είναι αναγκαίο οι προσπάθειες να αρχίσουν πολύ πριν το παιδί φτάσει στην σχολική ηλικία. Έχουν αρχίσει ήδη από τη σύλληψη του εφήβου και συνεχίζονται στη βρεφική, προσχολική και σχολική ηλικία.



Όταν αρχίζει η σχολική χρονιά είναι απαραίτητο να γίνει ένας πλήρης ιατρικός και οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος για τα

εμβόλια που έγιναν ή δεν έγιναν καθώς και έλεγχος για τις βλαβερές συνήθειες των παιδιών που είναι η κακή διατροφή και η μάστιγα του αιώνα το **ΚΑΠΝΙΣΜΑ**.

Το σχολείο αποτελεί το μέσο με το οποίο προσφέρονται υγειονομικές υπηρεσίες σε όλο το νεανικό πληθυσμό αφού περιλαμβάνει το σχολικό πληθυσμό και των τριών βαθμίδων εκπαίδευσης, δηλαδή το μαθητικό, σπουδαστικό, και φοιτητικό κόσμο της κάθε χώρας.

13.1 Αντικειμενικοί Σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο Σχολείο

Οι κυριότεροι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι τρεις:

- A. Αξιολόγηση και προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού
- B. Βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και εργάζεται ο σχολικός πληθυσμός
- Γ. Αγωγή Υγείας στον σχολικό πληθυσμό

13.1.1 Αξιολόγηση και Προαγωγή της Υγείας του Σχολικού Πληθυσμού

Η στενή επικοινωνία του σχολικού νοσηλευτή με την οικογένεια είναι υψίστης σημασίας.

Η συνεργασία γονέα- νοσηλευτή μπορεί να κάνει και το έργο του νοσηλευτή πιο αποτελεσματικό και τους γονείς πιο ενήμερους για την διατήρηση της υγείας ή για την αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης αρρώστιας του εφήβου τους. Καλό είναι ο νοσηλευτής κατά την εγγραφή των παιδιών στο σχολείο να εξηγήει πόσο σημαντική είναι η στενή συνεργασία του μαζί τους καθώς και με τους δασκάλους και να τους παρακαλεί να συμπληρώσουν ένα ιστορικό υγείας του παιδιού τους.

Ο σχολικός νοσηλευτής συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού με τις πιο κάτω δραστηριότητες:

13.1.2 Λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση της υγείας του κάθε παιδιού

Η εξέταση αυτή περιλαμβάνει: 1) Τον έλεγχο των αισθήσεων και των διαφόρων συστημάτων και 2) Την προσεκτική παρακολούθηση και παρατήρηση, η οποία δίνει πληροφορίες στον νοσηλευτή σχετικά με την συμπεριφορά του κάθε παιδιού (συνεργασία με άλλα παιδιά, δυνατότητα να συνεργαστεί, σχέση με άλλα παιδιά κτλ).

Ο έλεγχος των αισθήσεων και των διαφόρων συστημάτων αφορά την μέτρηση της ακοής και της όρασης, τον έλεγχο για οργανικές και ή διανοητικές αναπηρίες καθώς

και προσεκτική αξιολόγηση της συναισθηματικής και ψυχικής κατάστασης του εφήβου.

Η προσεκτική παρακολούθηση και παρατήρηση των παιδιών μπορεί να δώσει πάρα πολλές πληροφορίες στο νοσηλευτή που αφορούν τη σχέση του εφήβου με τους γονείς, τους δασκάλους και τα άλλα παιδιά. Επίσης η παρατήρηση του παιδιού αποκαλύπτει από μόνη της πληροφορίες που αφορούν το κοινωνικό περιβάλλον, την οικονομική κατάσταση και τον ψυχισμό του, όπως επίσης και των γονέων. Εάν η οικογένεια αντιμετωπίζει προβλήματα κοινωνικά, ψυχολογικά, οικονομικά το παιδί είναι ο καθρέφτης τους και επηρεάζεται σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό η υγεία του.

13.2 Αντιμετώπιση και παροχή φροντίδας στα παιδιά σε περίπτωση ξαφνικής αρρώστιας ή τραυματισμού.

Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να έχει το δικό του χώρο στο σχολείο. Είναι μια αίθουσα/ δωμάτιο στο οποίο υπάρχει υγειονομικό υλικό, εξοπλισμός, έντυπο υλικό με το οποίο ενημερώνει τους μαθητές και τα αρχεία με τους ατομικούς φακέλους υγείας των μαθητών.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει στο σχολείο πλήρως εξοπλισμένο ιατρείο έτοιμο να δώσει βοήθεια σε οποιαδήποτε αρρώστια ή ατύχημα προκύψει. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το χώρο οργάνωσης παροχής πρώτων βοηθειών και συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για τον εξοπλισμό και την καλή λειτουργία του. Επίσης είναι υπεύθυνος σε περίπτωση ατυχήματος για τη διακομιδή του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, για την ενημέρωση της οικογένειας και την αντιπροσώπευση του μαθητή έως την έλευση γονέα ή κηδεμόνα.

Στο ιατρείο πρέπει να υπάρχουν τα δελτία υγείας των παιδιών στα οποία ο νοσηλευτής ανατρέχει για κάθε πληροφορία και τα οποία ενημερώνει με οτιδήποτε έχει σχέση με την υγεία των παιδιών. Τα δελτία αυτά διατηρούνται άκρως εμπιστευτικά και δεν πρέπει να διαρρέουν σε άσχετα πρόσωπα.

13.3 Ενθάρρυνση των γονέων και του άλλου προσωπικού του σχολείου να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με την υγεία.

Η αξιολόγηση της υγείας των μαθητών γίνεται με συνολική προσπάθεια και συμμετοχή του ίδιου του παιδιού. Η προσεκτική παρατήρηση και παρακολούθηση του εφήβου, που γίνεται από την οικογένεια, προσφέρει την πολυτιμότερη βοήθεια και συμπληρώνει τις πληροφορίες που προέρχονται από το προσωπικό του σχολείου.

Πολλοί είναι οι γονείς που δεν έρχονται στις συγκεντρώσεις που διοργανώνει ο νοσηλευτής και χρησιμοποιείται ο πιο εύκολος τρόπος από τους δασκάλους ο οποίος είναι τα «μικρά σημειώματα προς τους γονείς». Με αυτά τους ενημερώνει για κάποιο πρόβλημα υγείας που διαπιστώθηκε στο παιδί, οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν και οτιδήποτε άλλο πρέπει να ξέρουν για το παιδί τους.

Ο νοσηλευτής επισκέπτεται τους γονείς του παιδιού, όταν αντιληφθεί ότι τα σημειώματα δεν φτάνουν στα χέρια των γονέων. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να διαπιστώσει τις συνθήκες με τις οποίες ζει το παιδί και να συλλέξει πληροφορίες που αφορούν την οικογενειακή, οικονομική και κοινωνική του κατάσταση, βοηθούμενος και από τις γνώσεις και την πείρα του στην προσεκτική παρατήρηση. Θα έλθει σε άμεση επαφή με τους γονείς και θα προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία τους.

Οι δάσκαλοι αποτελούν επίσης μια πολύ σημαντική ομάδα με την οποία πρέπει να συνεργαστεί και από την οποία θα αντλήσει πολλές πληροφορίες ο νοσηλευτής. Ο δάσκαλος ειδικά εάν είναι ενημερωμένος σε θέματα της υγείας, βρίσκεται πολλές ώρες με το παιδί και μπορεί να δώσει πολλές χρήσιμες πληροφορίες. Είναι αναγκαίες οι συναντήσεις του νοσηλευτή με τους δασκάλους που πρέπει να γίνονται τόσο κατά την έναρξη του σχολικού έτους, όσο και κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς. Για την επιτυχία των συναντήσεων είναι απαραίτητο να ευαισθητοποιηθούν οι δάσκαλοι, ώστε να δεχθούν τη νοσηλευτική υπηρεσία σαν ειδική ανεξάρτητη υπηρεσία, απαραίτητη στο χώρο του σχολείου.

Ιδιαίτερες συναντήσεις του νοσηλευτή με κάποιο δάσκαλο προκύπτουν εάν εμφανιστούν προβλήματα όπως: το παιδί που δεν παίζει, δεν κάνει παρέα και δεν επικοινωνεί με άλλα παιδιά, το πολύ μελαγχολικό, το πολύ αδύνατο και εξασθενημένο, το πολύ αφηρημένο, το πολύ άτακτο και νευρικό, το επιθετικό, το αδιάφορο και οτιδήποτε άλλες μη φυσιολογικές αντιδράσεις που μπορεί να έχει ένα παιδί. Όλα τα παραπάνω πρέπει να αντιμετωπιστούν σε συνεργασία εφήβου, οικογένειας, δασκάλου, νοσηλευτή και οποιουδήποτε ειδικού χρήζει ανάγκης το παιδί ανάλογα με το πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει.

13.4 Βελτίωση του Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος του Σχολείου

Το περιβάλλον του σχολείου, παράλληλα με το οικογενειακό περιβάλλον, επιδρά πολύ αποφασιστικά στην υγεία και την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου.

13.4.1 Κίνδυνοι από το φυσικό περιβάλλον

Το περιβάλλον του σχολείου πρέπει να συμβάλλει στην εμπέδωση υγιεινών έξεων. Επαρκής και υγιεινός φωτισμός των αιθουσών, καλός εξαερισμός, θέρμανση, επαρκής χώρος για τον ανάλογο αριθμό μαθητών, αποτελούν στοιχεία για αποδοτική εργασία. Ο τρόπος που κάθεται ο μαθητής και τα θρανία πρέπει να ελέγχονται καθώς και η ακουστική και οπτική δυνατότητα των αιθουσών.

Η λάθος στάση του μαθητή στην καρέκλα μπορεί να είναι υπεύθυνη για προβλήματα στην σπονδυλική του στήλη και επίσης μια αίθουσα που υστερεί σε ακουστική και οπτική μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στα παιδιά που αφορούν την όραση και την ακοή τους. Ακόμη κατάλληλοι χώροι καθαριότητας με επαρκή ποσότητα υλικού καθαριότητας, ο έλεγχος των τροφών που προσφέρονται για κατανάλωση από τις καφετέριες και τις καντίνες του σχολείου, έχει μεγάλη σημασία.

Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση είναι υπεύθυνος για την διαφώτιση των παιδιών όσον αφορά τη σωστή διατροφή που πρέπει να κάνουν, τι πρέπει να αποφεύγουν για να διατηρήσουν την υγεία τους και να προλάβουν διάφορες αρρώστιες.

Ο σχολικός νοσηλευτής σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί προγράμματα αγωγής υγείας, είτε ατομικά, είτε ομαδικά είτε για ολόκληρη τη σχολική κοινότητα. Για την οργάνωση τέτοιων προγραμμάτων δρα αυτόνομα ή σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς. Πρέπει να γίνονται κάποια ιδιαίτερα σεμινάρια στα παιδιά με θέματα όπως το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, τον αλκοολισμό, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας έχουν ως στόχο τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού, την απόκτηση υγιεινών συνηθειών και στάσεων, την τροποποίηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, την εκπαίδευση και την αποκατάσταση της υγείας.

13.4.2 Λοιμώδη Νοσήματα

Απαραίτητη και αποτελεσματική προστασία από τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν οι εμβολιασμοί.

Σε περίπτωση που παρουσιαστεί λοιμώδες νόσημα ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για να περιορίσει την εξάπλωση του με την έγκαιρη διάγνωση από τα πρώτα κιάλια συμπτώματα και τον περιορισμό του εφήβου στο σπίτι μέχρι να μην είναι πια φορέας της νόσου.

Ακόμα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος και εκπαιδευμένος όσον αφορά τα λοιμώδη νοσήματα και τους κανονισμούς του σχολείου που ρυθμίζουν την κάθε περίπτωση.

13.4.3 Ψυχοκοινωνικό Περιβάλλον

Σπουδαιότατο παράγοντα για την υγεία του παιδιού αποτελεί το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, στην δημιουργία του οποίου συμβάλλουν όλοι οι εργαζόμενοι σε αυτό αλλά και οι ίδιοι οι μαθητές και οι οικογένειες τους.

Καταστάσεις και συνθήκες που οδηγούν το παιδί σε μελαγχολία, κόπωση, απογοήτευση, χωρίς εμπιστοσύνη στον εαυτό του, είναι δυσάρεστες όταν παρουσιάζονται στο σχολικό περιβάλλον. Αυτές μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα στο παιδί.

Ένα πρόγραμμα που είναι πολύ φορτωμένο και δύσκολο συνήθως δημιουργεί κόπωση και άγχος στο παιδί. Αντίθετα ένα υποβαθμισμένο και αδιάφορο πρόγραμμα μπορεί να δημιουργήσει υπερβολικό στρες στα παιδιά που είναι ικανά και έχουν ενδιαφέρον για να μάθουν. Επίσης πολύωρα μαθήματα χωρίς διαλείμματα και άλλες δραστηριότητες ή ψυχαγωγία επηρεάζουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και έφηβου.

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει υποχρέωση να παρακολουθεί όλα αυτά και να τα ελέγχει με σκοπό να διαπιστώσει έγκαιρα τα προβλήματα που παρουσιάζονται και να επέμβει σε αυτά κάνοντας τις ανάλογες προτάσεις για την αντιμετώπισή τους, σε συνεργασία με όλους τους εργαζομένους στο σχολείο.

Ένας αριθμός μελετητών αναφέρουν ότι η υγεία των μαθητών, η επιτυχία και η απόδοση στα μαθήματα, η αύξηση της αυτοεκτίμησης των μαθητών, η σωστή καθοδήγηση των παιδιών σε θέματα υγείας, η υποστήριξη της οικογένειας, η προαγωγή της υγείας και το να έχει το παιδί κάποιον να εμπιστεύεται είναι πολύ σημαντικά για την αποτελεσματικότητα του ρόλου του σχολικού νοσηλευτή. Επιπλέον, υπάρχει η άποψη ότι τα παιδιά έχουν ανάγκη από κάποιον «στα δικά τους μέτρα», που να τα καταλαβαίνει και ο οποίος να μην έχει την «εικόνα εξουσίας».

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι τα κορίτσια συζητούν περισσότερο με το/η σχολικό νοσηλευτή/ρια από ότι τα αγόρια. Αυτό αντισταθμίζει τις ανάγκες για ενημέρωση που παρουσιάζονται στα κορίτσια κατά την έναρξη της εμμήνου ρύσης.

Σύμφωνα με την Burgo, που έχει μελετήσει το θέμα επικοινωνίας μαθητών-νοσηλεύτριας/τη αναφέρεται σε επιτυχία παραγωγικού διαλόγου υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Ικανότητα
2. Αυθεντικότητα
3. Ανταντακλαστική/ Αμοιβαία ανοιχτή επικοινωνία
4. Περιβαλλοντική υποστήριξη.

Αυτά τα στοιχεία σχηματίζουν την κεντρική κατηγορία τη οποία ονομάζει «δημιουργικό επικοινωνιακό χώρο για απόκτηση γνώσης περί υγείας ». Δίνει μεγάλη σημασία στο διάλογο με αυτά τα στοιχεία και επισημαίνει ότι :«Η σχολική νοσηλεύτρια σταματά να είναι υπεύθυνη για τον μαθητή όταν ο μαθητής αποκτήσει την ικανότητα να είναι υπεύθυνος για τις δικές του πράξεις.».

13.5 Αγωγή Υγείας στον Σχολικό Πληθυσμό

Η διδασκαλία ή αγωγή υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να είναι:

1) Προγραμματισμένη και 2) Περιστασιακή.

13.5.1 Προγραμματισμένη διδασκαλία

Περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθημάτων και γίνεται σε τακτές μέρες και ώρες μετά από συνεννόηση με το διδακτικό προσωπικό του σχολείου.

Στο πρόγραμμα αυτό τα θέματα που παρουσιάζονται έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα και αφορούν το σχολικό πληθυσμό.

Κάποια από τα θέματα αυτά μπορεί να είναι:

- Ατομική υγιεινή και καθαριότητα
- Άσκηση, ψυχαγωγία, ανάπαυση
- Πρόληψη ατυχημάτων
- Εμβόλια, λοιμώδη νοσήματα
- Κάπνισμα
- Ναρκωτικά
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Υγιεινή διατροφή

13.5.2 Περιστασιακή- μη προγραμματισμένη διδασκαλία

Προσαρμόζεται και σκοπεύει να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που παρουσιάζονται. Ο σχολικός νοσηλευτής κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και το προσωπικό πώς πρέπει να ενεργήσουν όταν εμφανιστεί ένα λοιμώδες νόσημα, μια επιδημία ή κάποιο ατύχημα.

Σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τους μαθητές ο σχολικός νοσηλευτής ατομικά ή συνολικά πρέπει να τους διδάσκει και να τους κατευθύνει και κυρίως να τους επισημαίνει την σημασία της πρόληψης.

Επίσης του γραφείου του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι πάντα ανοικτό να δεχθεί οποιοδήποτε παιδί να το βοηθήσει και να το κατευθύνει οποτεδήποτε χρειαστεί με όλη την σημασία που χρειάζεται.

Με την εμπιστοσύνη που θα αποκτήσει το παιδί απέναντι στο πρόσωπο του νοσηλευτή η σχέση τους σταματάει να είναι τυπική. Ο νοσηλευτής είναι πλέον φίλος, σύμβουλος, δάσκαλος, συνεργάτης αλλά και αυστηρός επικριτής.

Ο νοσηλευτής μέσω του παιδιού ενημερώνει, διδάσκει, διαφωτίζει και την οικογένεια και κατ' επέκταση και την κοινότητα. Άλλωστε αυτός είναι και ο αντικειμενικός σκοπός του, η προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να υπάρχουν υγιής ενήλικες είναι η διαπαιδαγώγηση να αρχίσει από νωρίς, ώστε η πρόληψη να είναι κατορθωτή και αποτελεσματική.

13.6 Καθήκοντα του Νοσηλευτή στο Σχολικό Περιβάλλον

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι διορισμένος από το Υπουργείο Παιδείας σαν σχολικός υπάλληλος όπως το άλλο διδακτικό προσωπικό ή από το Υπουργείο Υγείας σαν κοινοτικός νοσηλευτής στο Κέντρο Υγείας της περιοχής ,με τομέα εργασίας το σχολείο.

Είναι προτιμότερο η επίβλεψη και η καθοδήγηση του σχολικού νοσηλευτή να γίνεται από υπεύθυνους προερχόμενους από το νοσηλευτικό επάγγελμα παρά από άσχετες προς αυτό ειδικότητες.

Ένα πλεονέκτημα του εξειδικευμένου για τη σχολική υγιεινή κοινοτικού νοσηλευτή είναι ότι επικεντρώνεται σε αυτόν τον τομέα και έτσι αναπτύσσει γνώσεις και ικανότητες για τη σωστή αντιμετώπιση και αξιολόγηση των προβλημάτων του σχολικού πληθυσμού. Το μειονέκτημα είναι ότι έτσι αποκόπτεται από άλλες νοσηλευτικές δραστηριότητες και δεν επεκτείνει τη δράση του γενικά στην κοινότητα.

Είναι δυνατόν να προσφέρει υπηρεσίες σε μεγάλη ποικιλία συνθηκών και ιδρυμάτων. Μπορεί να προσληφθεί για να υπηρετήσει σε ένα σχολείο ή συγκρότημα σχολείων ή να καλύψει τις ανάγκες σχολείων μιας συγκεκριμένης περιοχής. Συνήθως τα μεγάλα ιδιωτικά σχολεία έχουν δική τους νοσηλευτική υπηρεσία.

Παρά την ποικιλία των υπηρεσιών και ιδρυμάτων στα οποία μπορούν να εργαστούν οι νοσηλευτές σχολικής υγιεινής έχουν ορισμένες κοινές δραστηριότητες.

Η Withrow αναφέρει επτά τομείς δραστηριότητας του σχολικού Νοσηλευτή και επομένως, ανάλογους ρόλους και υποχρεώσεις:

➔ Ο λειτουργικός ρόλος ο οποίος περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: η εξέταση μαθητών, μέτρα περιορισμού των λοιμωδών νοσημάτων, διενέργεια εμβολιασμών κλπ.

➔ Πρωτοβάθμια φροντίδα. Παροχή άμεσης φροντίδας σε περίπτωση ασθένειας ή ατυχήματος, προγραμματισμός επιδημιολογικών προβλημάτων, αγωγή υγείας.

➔ Μέλος ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει συνήθως ως συντονιστής.

Η ομάδα αποτελείται από το γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, τον καθηγητή φυσικής αγωγής και τον καθηγητή ή τον δάσκαλο της τάξης.

➔ Θεραπευτικός ρόλος. Ο νοσηλευτής ανακαλύπτει τους μαθητές που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας, συντονίζει και προσφέρει βοήθεια σε παιδιά με χρόνια ή οξεία προβλήματα υγείας, σε χώρους εντός και εκτός σχολείου.

➔ Διδακτικός- εκπαιδευτικός ρόλος. Εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με όλα τα θέματα υγείας γενικά και ειδικά.

➔ Σύμβουλος και συνήγορος των μαθητών. Ο νοσηλευτής προσφέρει την γνώμη και την άποψη του και κάνει προτάσεις για θέματα που αφορούν ένα συγκεκριμένο

παιδί ή περισσότερα παιδιά για κάποιο θέμα που τα αφορά και είναι σχετικό με την υγεία.

Συμπερασματικά, για να επιτύχει όλα τα παραπάνω ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται δεξιότητες επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνου και stress, διαχείρισης προσωπικών αποφάσεων, αναγνώρισης, προσδιορισμού και επίλυσης προβλημάτων, κινητοποίησης και επιρροής άλλων, διαχείρισης κρίσεων. Ακόμα χρειάζεται να λειτουργεί ως συνήγορος, να καθορίζει στόχους και να οργανώνει σχέδια δράσης, να έχει αυτογνωσία και να διαθέτει ομαδικό πνεύμα, που να το μεταδίδει στους υπόλοιπους.



14.ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

14.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στον σχολικό πληθυσμό περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και την προστασία των μαθητών από αρρώστια ή ατύχημα.

Εκθέσεις και αφίσες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να συνδέσουν προληπτικές δραστηριότητες του σχολείου με αυτές της κοινότητας. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και με άλλα θέματα όπως η υγιεινή διατροφή και διαβίωση, η καταπολέμηση των ναρκωτικών, η εκστρατεία κατά του καπνίσματος κτλ., έτσι ώστε να ευαισθητοποιηθεί η σχολική κοινότητα όσο για τη δική τους υγεία όσο και την υγεία των ατόμων εκτός αυτής.

Στην πρωτογενή πρόληψη επίσης περιλαμβάνονται προσπάθειες που αποσκοπούν στην εξασφάλιση υγιεινού σχολικού περιβάλλοντος. Άλλοι τομείς που ανήκουν στις προληπτικές παρεμβάσεις της Νοσηλευτικής είναι οι εμβολιασμοί και τα προληπτικά προγράμματα εξέτασης σε θέματα όπως ο έλεγχος της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού, η συχνότητα σκολίωσης, έλεγχος για προβλήματα ακοής και όρασης, καρδιολογικά, αιματολογικά και άλλα προβλήματα ή προδιαθεσικοί παράγοντες που μπορούν να διαπιστωθούν έγκαιρα.

14.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά σε περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής αρρώστιας και παροχή άμεσης νοσηλευτικής βοήθειας. Ανίχνευση περιστατικών, παραπομπή μαθητών, με ειδικά προβλήματα σε ανάλογες υπηρεσίες, καθώς και συμβουλευτική φροντίδα και παρακολούθηση των μαθητών που έχουν οποιοδήποτε πρόβλημα αποτελούν Δευτερογενείς προληπτικές παρεμβάσεις.

Οι δυο πιο σημαντικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: η ανίχνευση περιστατικών και ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Για τη ανίχνευση περιστατικών ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει περιοδικά τα δελτία μαθητικών απουσιών και τις στατιστικές του Κέντρου Υγείας, διότι μπορούν να δώσουν πολύτιμα στοιχεία σχετικά με κάποιο λανθάνον πρόβλημα υγείας. Επίσης οι πληροφορίες του δασκάλου σχετικά με τα παιδιά που φαίνονται άρρωστα είναι πολύτιμες και καθοδηγούν το νοσηλευτή για περισσότερη παρακολούθηση και έλεγχο.

Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως επικοινωνία και συζήτηση με κάθε μαθητή, ενημέρωση, επεξήγηση πληροφοριών και οδηγιών, υποστήριξη και ενθάρρυνση σε κάθε δυσκολία και άμεση νοσηλευτική φροντίδα, όπου χρειάζεται.

Πολλές φορές οι ίδιοι οι μαθητές μπορεί να ζητήσουν τη γνώμη και τη συμβουλή του νοσηλευτή, ή η επικοινωνία μπορεί να ξεκινήσει με πρωτοβουλία του γονέα ή του δασκάλου. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου ο νοσηλευτής δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος του ένα πρόβλημα και είναι ανάγκη να ζητηθεί η γνώμη ή να παραπεμφθεί ο μαθητής σε κάποιο άλλο ειδικό ανάλογα το πρόβλημα του.

14.3 Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αφορά δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από κάποιο ατύχημα ή αρρώστια και την φροντίδα παιδιών με χρόνια προβλήματα υγείας.

Στις δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνονται επίσης επισκέψεις στο σπίτι του παιδιού που αναρρώνει, περιοδικός έλεγχος και παρακολούθηση της διεργασίας ανάρρωσης και αποκατάστασης και σχετική ενημέρωση των δελτίων υγείας.

Συνεχή και συντονισμένη παρακολούθηση και φροντίδα χρειάζονται τα παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας όπως καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, λευχαιμίες, χρόνια

νεφρική ανεπάρκεια, μεσογειακή αναιμία, καρδιοπάθειες ή αλλεργικές ασθματικές καταστάσεις. Είναι απαραίτητη η συνεργασία παιδιού, γιατρού, νοσηλεύτη, δασκάλου, οικογένειας.

Για τα παιδιά αναπηρίες χρειάζονται να γίνουν από πλευράς σχολείου ανάλογες προβλέψεις όπως ράμπες και ειδικοί διάδρομοι για τα παιδιά που κινούνται με καροτσάκια καθώς και κατάλληλα διαμορφωμένα θρανία και διαμορφωμένοι χώροι.



15. ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΗΛΕΟΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Βρυξέλλες, 26 Μαΐου 2005

MEMO/05/174

Στόχος της εκστρατείας

Τρεις νέες τηλεοπτικές διαφημίσεις κατά του καπνίσματος αποτελούν το δεύτερο στάδιο της τελευταίας αντικαπνιστικής εκστρατείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής - «HELP: Για μια Ζωή Χωρίς Κάπνισμα» - μετά τις επιτυχημένες εκδηλώσεις προβολής το Μάρτιο (βλ. IP/05/225).

Στόχος κάθε διαφήμισης είναι να ασχοληθεί με κάθε μία από τις τρεις αιχμές της εκστρατείας «HELP»: να αποτρέψει τα άτομα (ιδιαίτερα τα νεαρά άτομα) από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα, να βοηθήσει τους ήδη καπνίζοντες να σταματήσουν και να προωθήσει ένα περιβάλλον χωρίς καπνό προκειμένου να μειωθούν οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος. Οι διαφημίσεις, οι οποίες θα αρχίσουν να προβάλλονται στα 25 Κράτη Μέλη από τις 6 Ιουνίου, συνδυάζουν το ηχηρό αντικαπνιστικό μήνυμα με συμβουλές προς όσους αναζητούν περαιτέρω πληροφορίες ή υποστήριξη στη μάχη κατά του καπνίσματος.



Το βασικό κοινό-στόχος των διαφημίσεων είναι τα νεαρά άτομα ηλικίας 12-18 ετών και οι νεαροί ενήλικες 18-30 ετών. Η νεότερη από αυτές τις ομάδες ηλικιών έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς το 80% των καπνιστών ξεκινούν τη συνήθεια αυτή στην εφηβεία τους.

Η μεταφορά της χάρτινης σφυρίχτρας

Βασικός στόχος της διαφημιστικής εκστρατείας είναι να προβάλει μέσω του χιούμορ πόσο γελοίο είναι το κάπνισμα στην πραγματικότητα, όπως και να πληροφορήσει τους πολίτες της ΕΕ για τις διάφορες διαύλους μέσω των οποίων μπορούν να αναζητήσουν υποστήριξη. Αντικαθιστώντας τα τσιγάρα με χάρτινες σφυρίχτρες, οι

διαφημίσεις προβάλλουν πόσο αφύσικο είναι το κάπνισμα και τι είδους προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει σε κάθε είδους καταστάσεις. Στόχος των διαφημίσεων είναι να κάνουν τους ανθρώπους να επανεξετάσουν τι θεωρείται ως φυσιολογική δραστηριότητα, όταν ουσιαστικά πρόκειται για θανατηφόρα συνήθεια. Καθώς στόχος της εκστρατείας «HELP» είναι η παροχή υποστήριξης στους εθισμένους στο κάπνισμα και σε όσους είναι επιρρεπείς ή επηρεάζονται από αυτό, οι διαφημίσεις αποφεύγουν την καταδίκη των καπνιστών και των νεαρών ατόμων που ενδεχομένως νιώθουν τον πειρασμό να αρχίσουν το κάπνισμα και αντιθέτως, εστιάζουν στη γελιοποίηση του ίδιου του τσιγάρου. Κάθε διαφήμιση τελειώνει με μια αναφορά στο δικτυακό τόπο «HELP» και στην τηλεφωνική γραμμή βοήθειας και υποστήριξης σε κάθε χώρα.

Διαφήμιση 1: Η πίεση που ασκείται στους εφήβους από τους συνομήλικούς τους

Η σκηνή διαδραματίζεται στην τουαλέτα ενός σχολείου, όπου βλέπουμε μια ομάδα νεαρών ατόμων να φυσάνε πυρετωδώς τις σφυρίχτρες και να τις κρύβουν πανικόβλητοι όταν ένας καθηγητής κάνει την εμφάνισή του. Το μήνυμα που συνοδεύει τη διαφήμιση είναι «μερικές φορές θα κάναμε τα πάντα για να μοιάσουμε στους συνομήλικούς μας, θα ξεκινούσαμε ακόμα και το κάπνισμα.» Η αντικατάσταση του τσιγάρου με τη σφυρίχτρα δείχνει πόσο ανόητη είναι στην πραγματικότητα όλη αυτή η κατάσταση.

Διαφήμιση 2: Η καθημερινότητα ενός καπνιστή

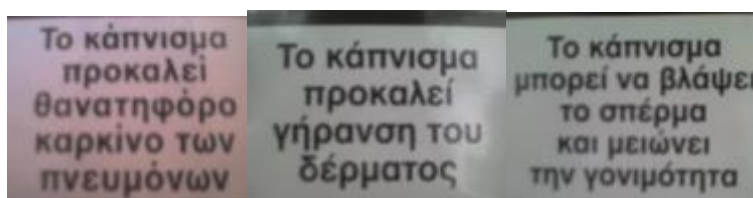
Η διαφήμιση παρακολουθεί μια ημέρα στη ζωή ενός «εθισμένου στη σφυρίχτρα» παρουσιάζοντας με ποιον τρόπο ο εθισμός ελέγχει τη ζωή του, καθώς είναι η πρώτη σκέψη του το πρωί, τον ωθεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά και αναστάτωση του εργασιακού περιβάλλοντος και αποτελεί υποχρεωτικό τέλος σε ένα γεύμα. Η φωνή στη διαφήμιση δηλώνει ότι «το κάπνισμα μας κάνει συχνά να συμπεριφερόμαστε με περίεργο τρόπο». Τη δήλωση επαυξάνει η εικόνα ενός άνδρα που κουλουριάζεται ανατριχιάζοντας έξω στο κρύο ή σωριάζεται στο πάτωμα φυσώντας αξιοθρήνητα τη σφυρίχτρα του.

Διαφήμιση 3: Παθητικό κάπνισμα

Η τελευταία διαφήμιση μας μεταφέρει σε ένα πάρτι με πολύ κόσμο, όπου η χρήση της σφυρίχτρας από μερικούς είναι προφανές ότι αποδεικνύεται ενοχλητική σε όσους δεν τη χρησιμοποιούν. Σε αυτή την περίπτωση, οι σφυρίχτρες αντιπροσωπεύουν το παθητικό κάπνισμα και το μήνυμα είναι ότι «κάθε τσιγάρο που καπνίζετε θέτει σε κίνδυνο τους ανθρώπους γύρω σας».

15.1 Η παραγωγή των διαφημίσεων

Οι νέες διαφημίσεις κατά του καπνίσματος γυρίστηκαν στη Βαρκελώνη της Ισπανίας και είναι αποτέλεσμα της τρίμηνης εργασίας μιας διεθνούς ομάδας μέσω ενημέρωσης με επικεφαλής τον Γάλλο επικοινωνιολόγο Pierre Siquier και τον Δανό σκηνοθέτη Martin Aamund. Κατά τη φάση της παραγωγής, οι διαφημίσεις προβλήθηκαν δοκιμαστικά σε 38 κεντρικές ομάδες σε 20 ευρωπαϊκές χώρες προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα του μηνύματος και η μέγιστη δυνατή επίδρασή του σε καθένα από τα 25 Κράτη Μέλη. Η τροφοδότηση με στοιχεία από αυτές τις πρώιμες δοκιμαστικές προβολές, στις οποίες συμμετείχαν πάνω από 400 άτομα, χρησιμοποιήθηκε για τη διαμόρφωση μίας εκστρατείας που θα έχει αποτελεσματικό αντίκτυπο σε όλες τις γλώσσες και σε όλο το φάσμα της ΕΕ.



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

16. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

16.1 Σκοπός Της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι να διερευνήσει την επιδημιολογία του καπνίσματος, καθώς και την ανταπόκριση στις αντικαπνιστικές διαφημίσεις σε έφηβο πληθυσμό των σχολείων του Δήμου Ηρακλείου.

16.2 Ερευνητικό Ερώτημα

1. Ποια η επιδημιολογία του καπνίσματος
2. Ποια η ανταπόκριση στις αντικαπνιστικές διαφημίσεις του έφηβου πληθυσμού της πόλης του δήμου Ηρακλείου.

16.3 Υλικό Και Μέθοδος

Η ερευνά μας πραγματοποιήθηκε το διάστημα Φεβρουάριος - Ιούνιος 2008 σε συνεργασία με το τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Το δείγμα των παιδιών επιλέχθηκε με την διαδικασία της δειγματοληψίας ευκολίας στο 2^ο Ε. Π. Α. Λ και στο Καπετανάκιο. Η αποδοχή των παιδιών ήταν πλήρης. Για την αξιοπιστία και νομιμότητα της μελέτης, μας παραχωρήθηκε άδεια από το γραφείο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και από τον δήμο Ηρακλείου. Στα παιδιά μοιράστηκαν 2 εβδομάδες πριν έντυπα συγκατάθεσης και στην συνέχεια με την συνεργασία του διευθυντή και των καθηγητών μας παραχωρήθηκε και στα δύο σχολεία μια αίθουσα καθώς και το υλικό για την προβολή των αντικαπνιστικών διαφημίσεων. Τα παιδιά αυτά αποτέλεσαν μέρος του ελληνικού δείγματος μελέτης που πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Κρήτης, με το Πανεπιστήμιο του Harvard και με τον Βαρδαβά Κωνσταντίνο ο οποίος ήταν ο υπεύθυνος και επιβλέπων της μελέτης.

Τα αντικαπνιστικά βίντεο προβλήθηκαν στα σχολεία Τα βίντεο προβλήθηκαν από 2 φορές το καθένα και οι μαθητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν το έντυπο ερωτηματολόγιο, το οποίο τους είχε μοιραστεί, κάθε φορά που προβαλλόταν ένα

αντικαπνιστικό βίντεο, ενώ η προσέλευση των μαθητών έγινε ανά ομάδες περίπου των 20 ατόμων.

Στους μαθητές μοιράστηκαν 2 ερωτηματολόγια. Στο πρώτο περιλάμβανε δημογραφικά και προσωπικά στοιχεία όπως ηλικία, φύλλο και τι τάξη πηγαίνουν ενώ στο δεύτερο ερωτηματολόγιο έπρεπε να συμπληρώσουν εντυπώσεις, συναισθήματα και προβληματισμούς ως προς τα αντικαπνιστικά βίντεο. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ελληνική μετάφραση του Global Dialogue For Effective Smoking Campaigns.

Για την ερμηνεία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιείται η περιγραφική στατιστική ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων, εκατοστιαίες αναλογίες).

Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα (πίτες) και σε βαρδογράμματα γιατί, σύμφωνα με τη Σαχίνη – Καρδάση (2004), «είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου, που δεν μπορεί να διαιρεθούν σε αριθμητικά διαστήματα κλάσης».

Οι στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν για την ερμηνεία των δεδομένων αποτελούσαν διερευνήσεις περιγραφικής στατιστικής, ενώ για την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ αριθμητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε students t test, ενώ για ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση χ^2 . Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p=0,05$. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.0, ενώ για την καταχώρηση και έλεγχο των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Office Excel 2003.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης.

17.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πόσο χρονών είστε? _____
2. Ποια είναι η ημερομηνία γέννησης σας? ___/___/___
3. Ποιό είναι το φύλο σας?
 - Άρρεν
 - Θήλυ
4. Τι τάξη πηγαίνετε?
 - 1^η γυμνασίου
 - 2^η γυμνασίου
 - 3^η γυμνασίου
 - 1^η λυκείου
 - 2^η λυκείου
 - 3^η λυκείου
5. Έχεις ποτέ δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσεις τσιγάρο?
 - Ναι
 - Όχι (Αν όχι προχώρησε στην ερώτηση 19)
6. Πόσο χρονών ήσουν την πρώτη φορά που δοκίμασες τσιγάρο?
 - Δεν έχω δοκιμάσει ποτέ
 - < των 7
 - 8 - 9
 - 10 - 11
 - 12 -13
 - 14 - 15
 - Άνω των 16
7. Στις τελευταίες 30 ημέρες, πόσες μέρες κάπνισες τσιγάρο?
 - 0 ημέρες
 - 1 - 2 ημέρες
 - 3 - 5 ημέρες
 - 6 - 9 ημέρες
 - 10 - 19 ημέρες
 - 20 - 29 ημέρες
 - Και τις 30 ημέρες
8. Πόσο συχνά αφού ξυπνήσετε , καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο ?
 - Μετά από 60 λεπτά
 - 31-60 λεπτά
 - 6-30 λεπτά

- Λιγότερο από 5 λεπτά

9. Το βρίσκετε δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα , σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα ?

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

10. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε?

- Το πρώτο το πρωί
 Οποιοδήποτε

11. Καπνίζετε περισσότερο από συνήθεια τις πρώτες ώρες ,αφού ξυπνήσετε απ' ότι τις υπόλοιπες της ημέρας ?

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

12. Καπνίζετε ακόμα κι όταν είστε τόσο αδιάθετος , που παραμένετε στο κρεβάτι όλη μέρα ?

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

13. Τις μέρες που κάπνιζες τον μήνα που πέρασε πόσα τσιγάρα κάπνισες κατά μέσο όρο?

- 2 με 5 τσιγάρα
 10 ή λιγότερα
 11- 20
 21- 30
 31 ή περισσότερα

14. Τις τελευταίες 30 ημέρες πώς προμηθεύτηκες τα τσιγάρα σου? (Διάλεξε μόνο μία απάντηση)

- Δεν κάπνισα κανένα τσιγάρο τον τελευταίο μήνα
 Τα αγόρασα από μαγαζί, περίπτερο ή μίνι μάρκετ
 Τα αγόρασα από αυτόματο μηχάνημα πώλησης
 Έδωσα λεφτά σε κάποιον μεγαλύτερο να μου τα αγοράσει
 Τα δανείστηκα από κάποιον άλλον
 Τα έκλεψα
 Μου τα έδωσε κάποιος μεγαλύτερος
 Τα πήρα με άλλον τρόπο

15. Θέλεις να σταματήσεις το κάπνισμα?

- Δεν καπνίζω
 Δεν έχω καπνίσει τσιγάρο
 Ναι
 Όχι

16. Έχεις προσπαθήσει ποτέ να σταματήσεις το κάπνισμα?

- Ναι
- Όχι

17. Αν έχεις σταματήσει το κάπνισμα, πριν από πόσο καιρό έγινε αυτό?

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο
- Δεν έχω σταματήσει το κάπνισμα ποτέ
- 1-3 μήνες
- 4-11 μήνες
- Ένας χρόνος
- 2 χρόνια
- 3 ή περισσότερα χρόνια

18. Πιστεύεις ότι θα μπορούσες να σταματήσεις το κάπνισμα αν το ήθελες?

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο
- Έχω ήδη σταματήσει
- Ναι
- Όχι

19. Πιστεύεις ότι θα καπνίσεις τσιγάρο μέσα στους επόμενους 12 μήνες?

- Σίγουρα όχι
- Μάλλον όχι
- Μάλλον ναι
- Σίγουρα ναι

20. Πιστεύεις ότι σε πέντε χρόνια από τώρα θα καπνίζεις?

- Σίγουρα όχι
- Μάλλον όχι
- Μάλλον ναι
- Σίγουρα ναι

21. Κατά τη διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας) πόσα πολλά αντικαπνιστικά διαφημιστικά μηνύματα (π.χ. τηλεόραση, ραδιόφωνο, γιγαντοαφίσες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά, ταινίες) έχεις δει ή ακούσει;

- Πολλά
- Λίγα
- Κανένα

22. Όταν πηγαίνεις σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, κονσέρτα, κοινωνικά γεγονότα, ή κοινωνικές συνάξεις, πόσο συχνά βλέπεις αντικαπνιστικά μηνύματα;

- Δεν πηγαίνω ποτέ σε αθλητικά γεγονότα ή κοινωνικά γεγονότα
- Πολύ
- Μερικές φορές
- Ποτέ

23. Όταν βλέπεις τηλεόραση, βίντεο ή ταινίες, πόσο συχνά βλέπεις ηθοποιούς να καπνίζουν;
- Δεν βλέπω ποτέ τηλεόραση, βίντεο ή ταινίες
 - Πολύ
 - Μερικές φορές
 - Ποτέ
24. Κατά την διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας),πόσες διαφημίσεις για τσιγάρα είδες σε γιγαντοαφίσες;
- Πολλές
 - Λίγες
 - Καθόλου
25. Όταν πηγαίνεις σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, συναυλίες, κοινωνικά γεγονότα, πόσο συχνά βλέπεις διαφημίσεις για τσιγάρα;
- Δεν πηγαίνω ποτέ σε αθλητικά ή κοινωνικά γεγονότα
 - Πολύ
 - Μερικές φορές
 - Καθόλου
26. Σου έχει προσφέρει ποτέ δωρεάν τσιγάρο κάποιος αντιπρόσωπος;
- Ναι
 - Όχι
27. Όταν πηγαίνετε στο περίπτερο να ψωνίσετε πόσες διαφημίσεις για τσιγάρα έχετε παρατηρήσει;
- Πάρα πολλές
 - Αρκετές
 - Λίγες
 - Καθόλου
28. Έχετε δει στις στάσεις λεωφορείου διαφημίσεις για τσιγάρα;
- Πάρα πολλές
 - Αρκετές
 - Λίγες
 - Καθόλου
29. Κατά τη διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας) πόσα πολλά αντικαπνιστικά διαφημιστικά μηνύματα (π.χ. τηλεόραση, ραδιόφωνο, γιγαντοαφίσες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά, ταινίες) έχεις δει ή ακούσει;
- a. Πολλά
 - b. Λίγα
 - c. Κανένα
30. Όταν πηγαίνεις σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, κονσέρτα, κοινωνικά γεγονότα, ή κοινωνικές συνάξεις, πόσο συχνά βλέπεις αντικαπνιστικά μηνύματα;
- a. Δεν πηγαίνω ποτέ σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, κονσέρτα, κοινωνικά γεγονότα ή κοινωνικές συνάξεις
 - b. Πολύ
 - c. Μερικές φορές
 - d. Ποτέ

31. Όταν βλέπεις τηλεόραση, βίντεο ή ταινίες, πόσο συχνά βλέπεις ηθοποιούς να καπνίζουν;

- a. Δεν βλέπω ποτέ τηλεόραση, βίντεο ή ταινίες
- b. Πολύ
- c. Μερικές φορές
- d. Ποτέ

32. Έχεις κάτι (μπλουζάκι, στυλό, σχολική τσάντα, κ.λ.π.) με μία μάρκα τσιγάρου πάνω σ' αυτό;

- a. Ναι
- b. Όχι

33. Κατά την διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας), όταν παρακολούθησες αθλητικά γεγονότα ή άλλα προγράμματα στην τηλεόραση, πόσο συχνά είδες μάρκες τσιγάρων;

- a. Δεν βλέπω ποτέ τηλεόραση
- b. Πολύ
- c. Μερικές φορές
- d. Ποτέ

34. Κατά την διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας), πόσες διαφημίσεις για τσιγάρα είδες σε γιγαντοαφίσες;

- a. Πολλές
- b. Λίγες
- c. Καθόλου

35. Κατά την διάρκεια των περασμένων 30 ημερών (1 μήνας), πόσες διαφημίσεις ή προώθηση τσιγάρων έχεις δει σε εφημερίδες ή περιοδικά;

- a. Πολλές
- b. Λίγες
- c. Καθόλου

36. Όταν πηγαίνεις σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, κονσέρτα, κοινωνικά γεγονότα, πόσο συχνά βλέπεις διαφημίσεις για τσιγάρα;

- a. Δεν πηγαίνω ποτέ σε αθλητικά γεγονότα, γιορτές, κονσέρτα ή κοινωνικά γεγονότα
- b. Πολύ
- c. Μερικές φορές
- d. Καθόλου

37. Σου έχει προσφέρει ποτέ δωρεάν τσιγάρο κάποιος αντιπρόσωπος;

- a. Ναι
- b. Όχι

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης αντικαπνιστικής διαφήμισης

Συμπληρώστε παρακαλώ τις ερωτήσεις σε αυτήν την σελίδα πριν ξεκινήσει η προβολή των διαφημίσεων.

Τους τελευταίους μήνες πόσο συχνά έχετε δει τέτοιες αντικαπνιστικές διαφημίσεις ή διαφημίσεις για τσιγάρα πάνω σε πινακίδες ή σε περιοδικά και εφημερίδες? (Κυκλώστε μόνο ένα νούμερο)

Αντικαπνιστικές διαφημίσεις, πινακίδες, περιοδικά

1. Όχι καμία
2. Λιγότερες από μια φορά κάθε μήνα
3. 1-3 φορές κάθε μήνα
4. 1-3 φορές κάθε εβδομάδα
5. Ημερησίως ή σχεδόν ημερησίως
6. Περισσότερο από μια φορά την ημέρα

Πόσο καλά μπορούν οι ακόλουθες φράσεις να περιγράψουν αυτή την διαφήμιση?(Κυκλώστε έναν αριθμό για κάθε μια φράση)

Αυτή η διαφήμιση...

Υπερβολικά

...ήταν ξεκάθαρη	1	2	3	4	5	6	7
...προέβαλε μηνύματα τα οποία ήταν σημαντικά για εμένα	1	2	3	4	5	6	7
...περιέχει στοιχεία τα οποία ήταν δύσκολο να πιστέψεις	1	2	3	4	5	6	7
...με έκανε να σκεφτώ	1	2	3	4	5	6	7
...μου προκάλεσε την περιέργεια, αν τα όσα επισημαίνει είναι αλήθεια.	1	2	3	4	5	6	7
...είναι αυτή που θα ήθελα να προβάλλεται στους ανθρώπους	1	2	3	4	5	6	7
...αναφέρεται σε κάτι καινούριο	1	2	3	4	5	6	7
...με αποστόμωσε.	1	2	3	4	5	6	7

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να νιώθω...

...λυπημένος	1	2	3	4	5	6	7
...θυμωμένος	1	2	3	4	5	6	7
...χαρούμενος	1	2	3	4	5	6	7
...τρομαγμένος	1	2	3	4	5	6	7

Αυτή η διαφήμιση ήταν...

...αστεία	1	2	3	4	5	6	7
...ισχυρή-δυνατή	1	2	3	4	5	6	7
...βαρετή	1	2	3	4	5	6	7
...συναισθηματική	1	2	3	4	5	6	7

Γενικά, πόσο καλή ήταν αυτή η διαφήμιση ως αντικαπνιστική διαφήμιση?

Όχι ιδιαίτερα καλή 1 2 3 4 5 6 7 Πολύ καλή

Ποια από όλες τις διαφημίσεις σας έκανε περισσότερο να σκεφτείτε? (Κυκλώστε ένα μόνο αριθμό)

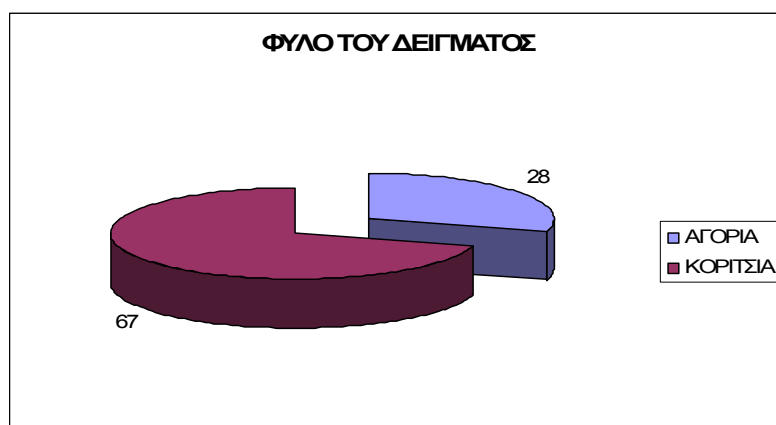
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

18. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

18.1 Περιγραφική Στατιστική Του Δείγματος

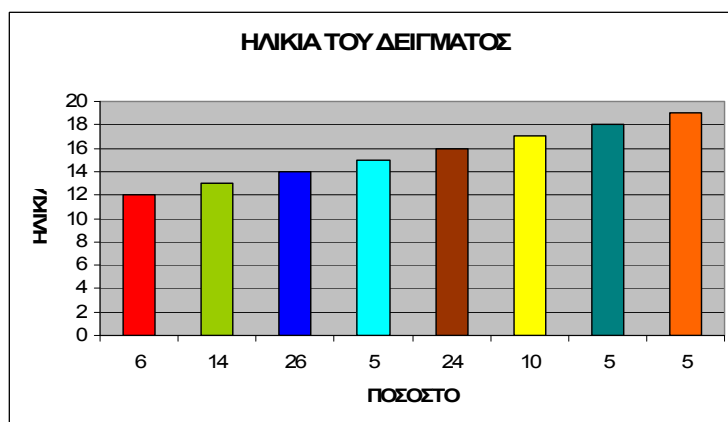
1. Φύλο

Το 70,5% είναι κορίτσια και το 29,5% είναι αγόρια.



2. Ηλικία

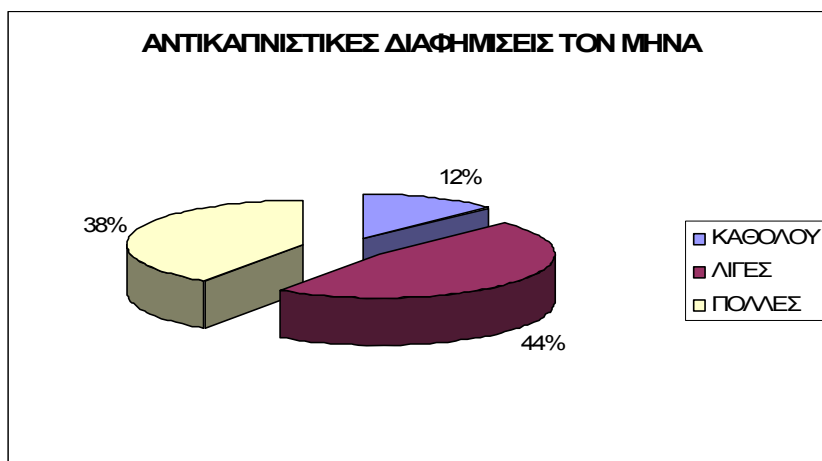
Το 6,3% των παιδιών ήταν ηλικίας 12 ετών, το 14,7% ήταν 13 ετών, το 27,4% ήταν 14 ετών, το 5,3% 15 ετών, το 25,3% ήταν 16 ετών, το 10,5% ήταν 17 ετών, το 5,3% ήταν 18 ετών και τέλος το 5,3% ήταν 19 ετών. Η μικρότερη ηλικία ήταν 12 ετών και η μεγαλύτερη 19 ετών με μέσο όρο ηλικίας 15 ετών και με τυπική απόκλιση 1.858.



Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ήταν ηλικίας 14 ετών (27,4%), ενώ το μικρότερο ήταν ηλικίας 15, 18 και 19 ετών (5,3%).

3. Αντικαπνιστικές διαφημίσεις τον μήνα

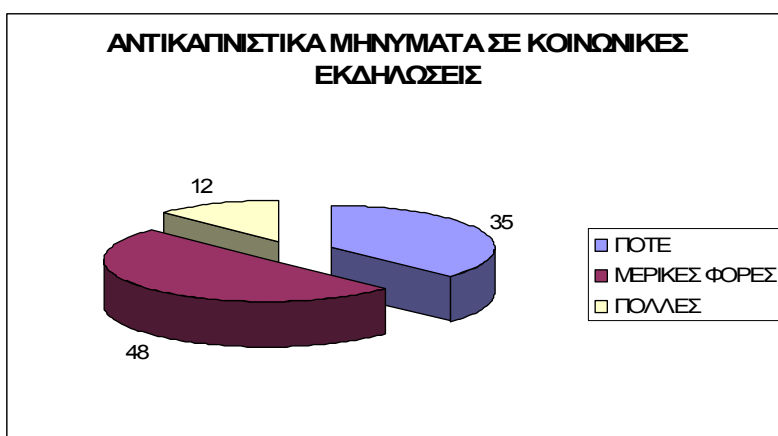
Το 12,8% απάντησε καθόλου, το 46,8% απάντησε λίγες και το 40,4% απάντησε πολλές.



Στο παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι το 12,8% που είναι και το χαμηλότερο ποσοστό δεν έχει δει καθόλου αντικαπνιστικές διαφημίσεις τον τελευταίο μήνα.

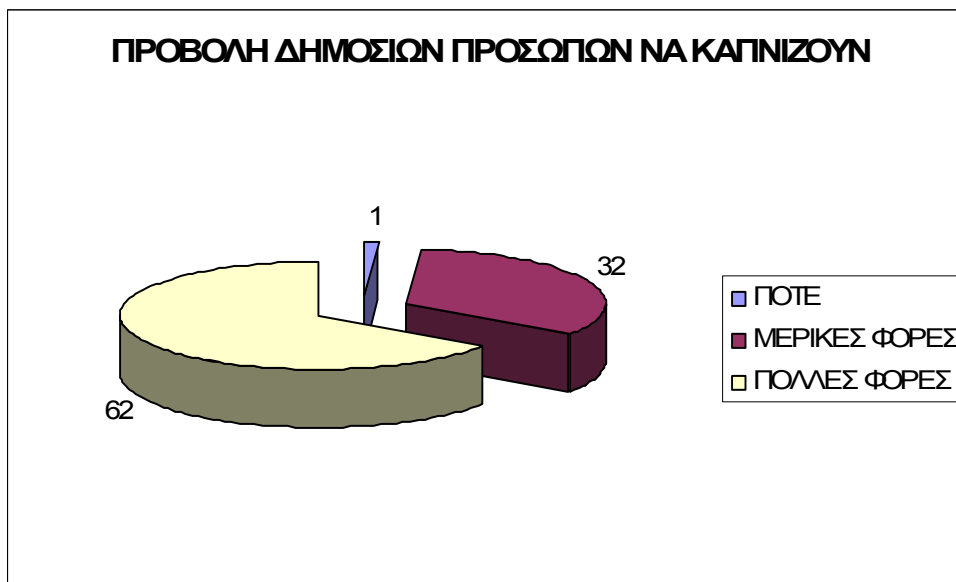
4. Αντικαπνιστικά μηνύματα σε κοινωνικές εκδηλώσεις

Το 36,8% απάντησε ποτέ, το 50,5% μερικές φορές και το 12,6% απάντησε πολλές φορές.



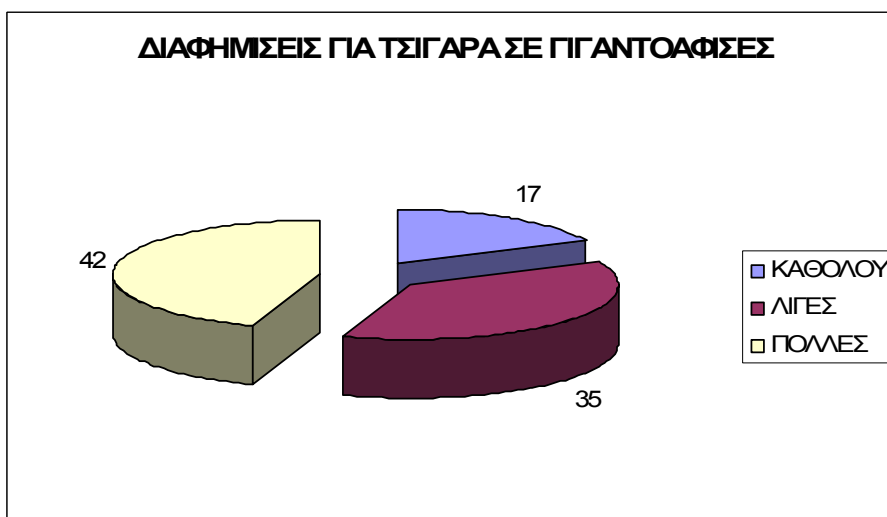
5. Προβολή δημοσίων προσώπων να καπνίζουν.

Στο παρακάτω διάγραμμα βλέπουμε ότι 1,1% δεν έχει δει ποτέ κάποιο διάσημο πρόσωπο να καπνίζει, το 33,7% έχει δει μερικές φορές ενώ το 65,3% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό έχει δει πολλές φορές διάσημους να καπνίζουν.



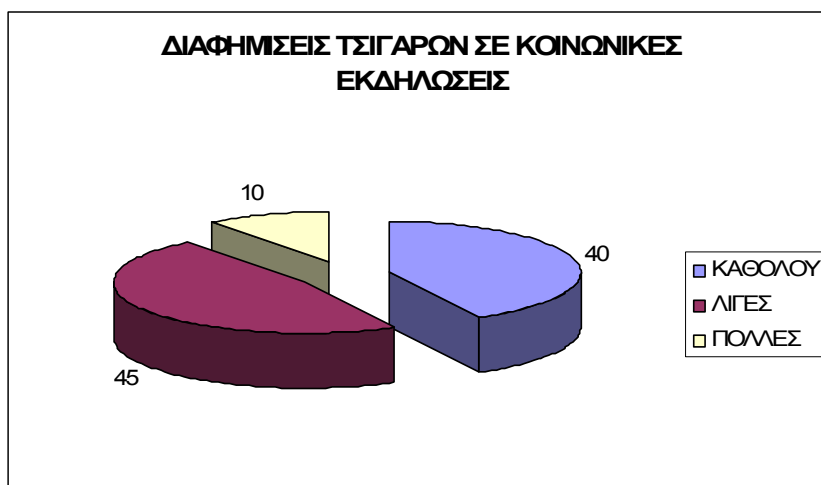
6. Διαφημίσεις για τσιγάρα σε γιγαντοαφίσες

Το 18,1% δεν έχει δει καθόλου, το 37,2% έχει δει λίγες και το 44,7% έχει δει πολλές.



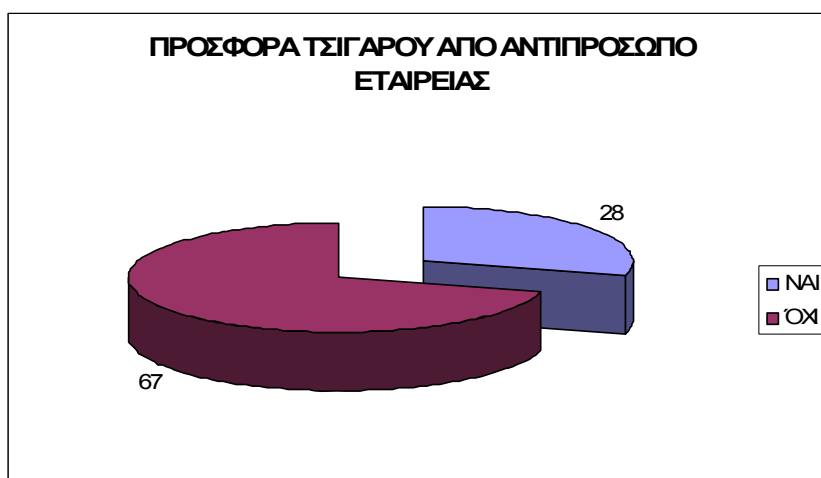
Όπως βλέπουμε στο παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό είναι το 44,7% το οποίο δείχνει ότι οι μαθητές έχουν δει πολλές διαφημίσεις σε γιγαντοαφίσες και αμέσως μετά ακολουθούν τα παιδιά που έχουν δει λίγες με ποσοστό 37,2%

7. Διαφημίσεις τσιγάρων σε κοινωνικές εκδηλώσεις.



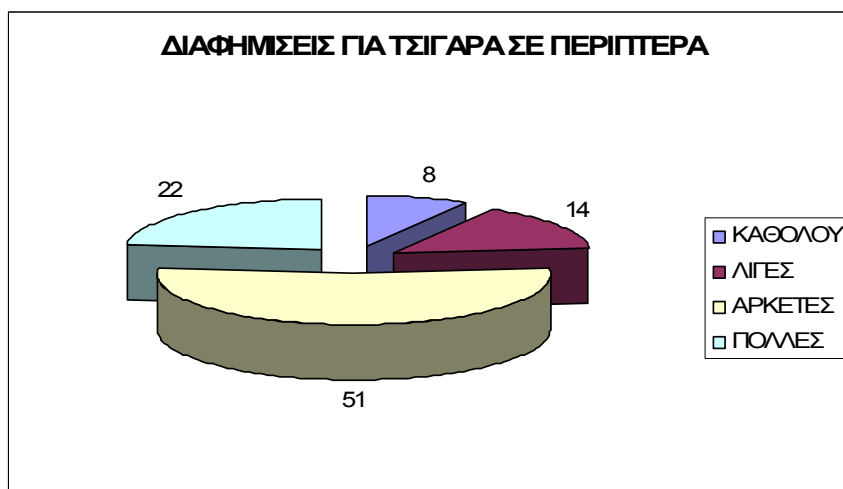
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα θα διαπιστώσουμε ότι το 47,4% έχει δει λίγες διαφημίσεις σε κοινωνικές εκδηλώσεις ενώ, στην αντίστοιχη ερώτηση, μόνο το 10,5% έχει δει πολλές τέτοιες διαφημίσεις.

8. Προσφορά τσιγάρου από αντιπρόσωπο εταιρείας.



Στο ερώτημα αν έχουν δεχτεί τσιγάρο από αντιπρόσωπο εταιρείας παρατηρούμε ότι το 70.5% μας απαντάει ότι δεν έχει δεχτεί τσιγάρο από αντιπρόσωπο εταιρείας ενώ το 29.5% ότι έχει δεχτεί το οποίο είναι σχετικά μεγάλο ποσοστό.

9. Διαφημίσεις για τσιγάρα σε περίπτερα.



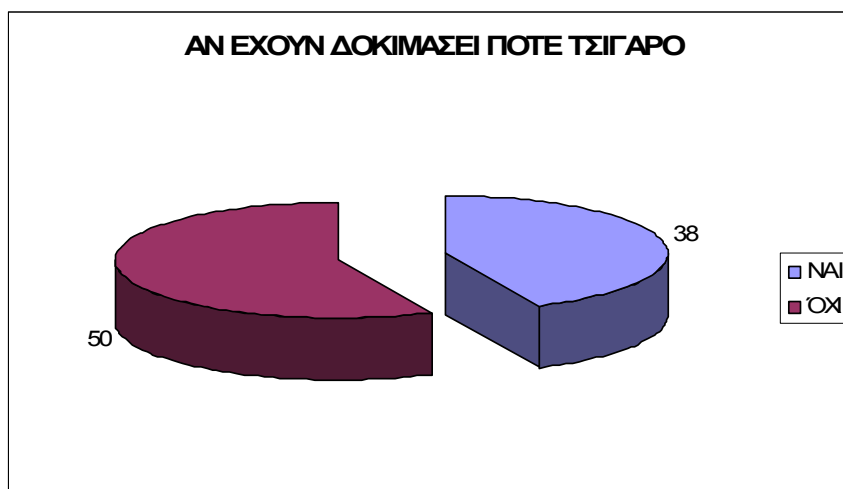
Το 53,7% έχει δει αρκετές διαφημίσεις για τσιγάρα σε περίπτερα σε σύγκριση με το 8,4% που δεν έχει δει καθόλου τέτοιες διαφημίσεις. Το 23,2% έχει δει αρκετές και το 14,7% έχει δει λίγες.

10. Διαφημίσεις για τσιγάρα σε στάσεις λεωφορείου



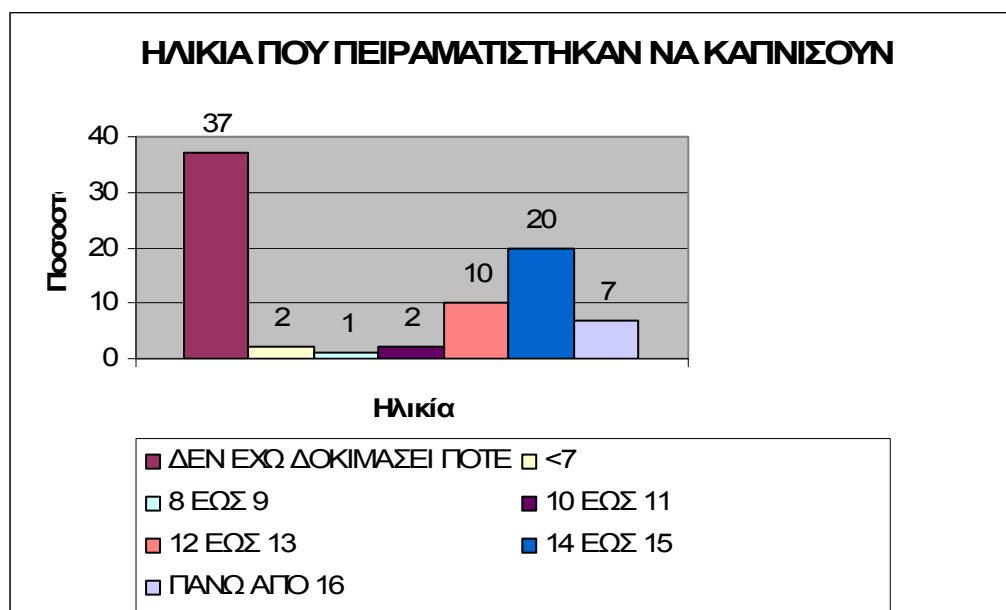
Στην παραπάνω ερώτηση το 38,9% έχει παρατηρήσει πολλές διαφημίσεις το 32,6% έχει παρατηρήσει αρκετές, το 21,1% έχει δει λίγες και το 7,4% δεν έχει παρατηρήσει καθόλου διαφημίσεις σε στάσεις λεωφορείου.

11. Αν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο



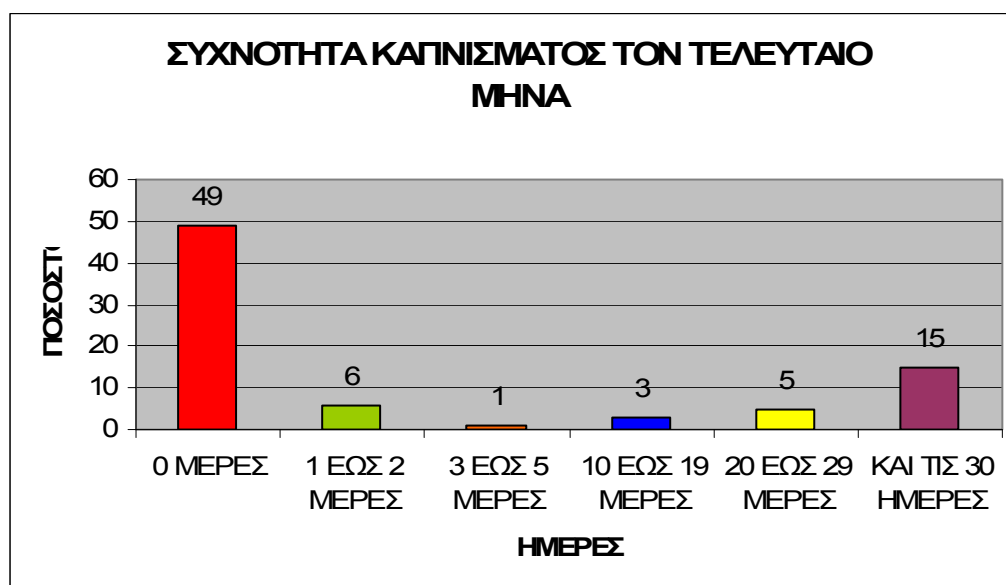
Το 53,8% δεν έχει δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο ενώ το 40,9% έχει δοκιμάσει. Παρόλο που το ποσοστό των παιδιών που δεν έχουν δοκιμάσει τσιγάρο είναι μεγαλύτερο εξακολουθεί να είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι το 40% περίπου έχει δοκιμάσει.

12. Ηλικία που πειραματίστηκαν να καπνίσουν.



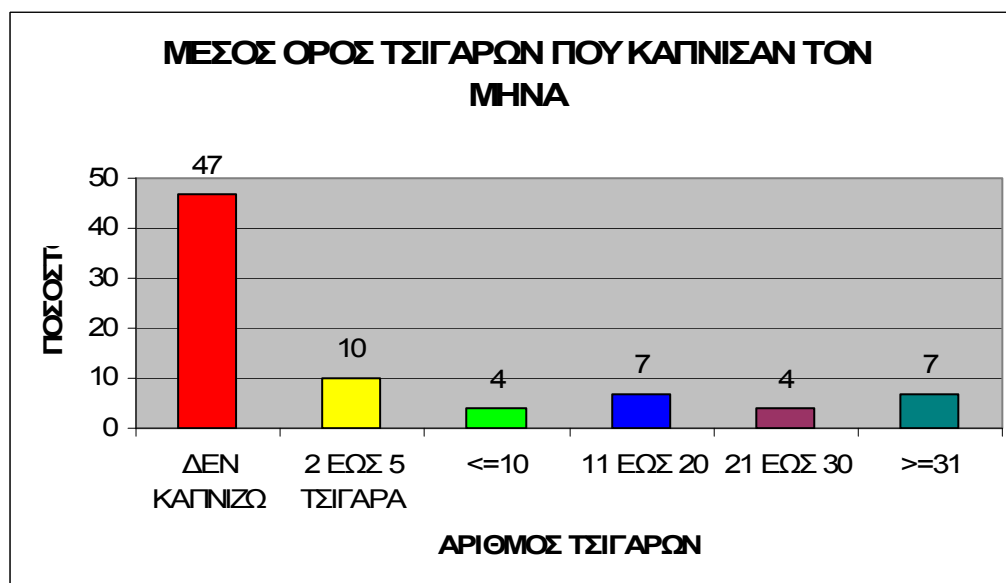
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα περίπου το 46,8% δεν έχει πειραματιστεί να δοκιμάσει τσιγάρο σε σχέση με παιδιά ηλικίας 8-9 ετών τα οποία δοκίμασαν τσιγάρο σε ποσοστό 1,3%.

13. Συχνότητα καπνίσματος τον τελευταίο μήνα.



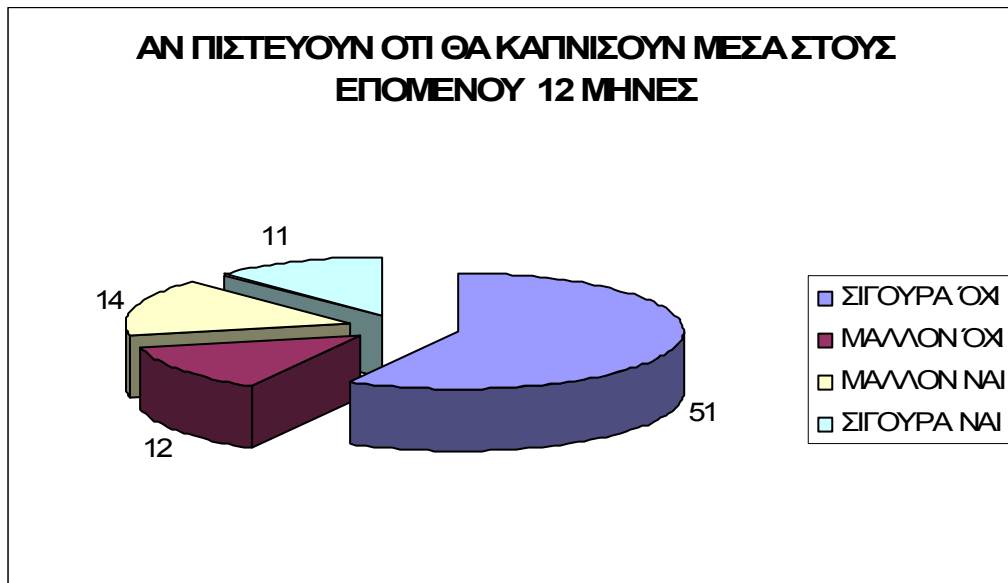
Το 62% του παραπάνω πίνακα δεν έχει καπνίσει τον τελευταίο μήνα ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 1,3% έχει να καπνίσει 3-5 ημέρες.

14. Μέσος όρος τσιγάρων που κάπνισαν τον μήνα.



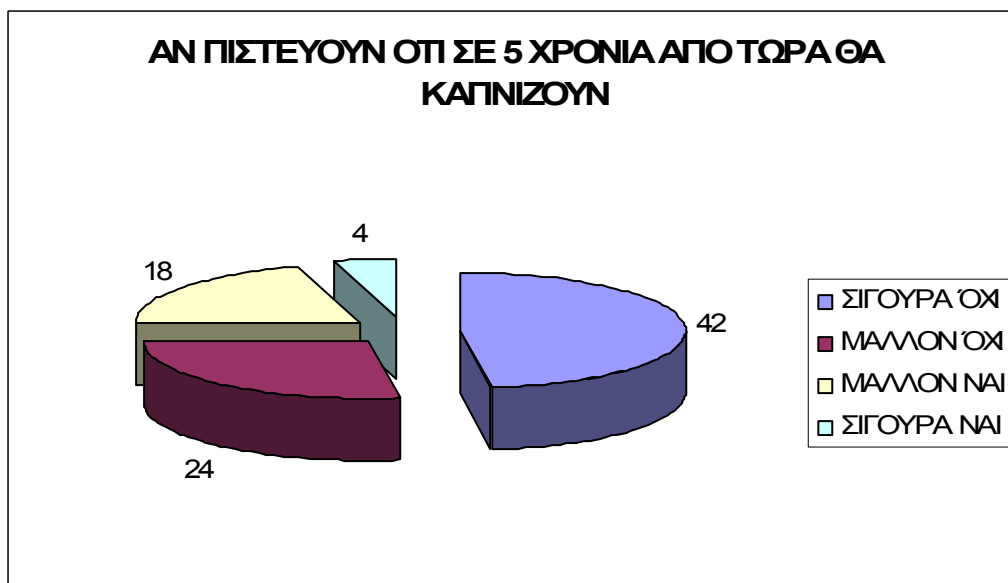
Όπως θα παρατηρήσουμε στον συγκεκριμένο πίνακα το 59,5% δεν έχει καπνίσει τον μήνα που πέρασε σε σχέση με το 5,1% που έχει να καπνίσει κατά μέσο όρο από 10 μέρες και λιγότερο και από 21-30 μέρες.

15. Αν πιστεύουν ότι θα καπνίσουν μέσα στους επόμενους 12 μήνες.



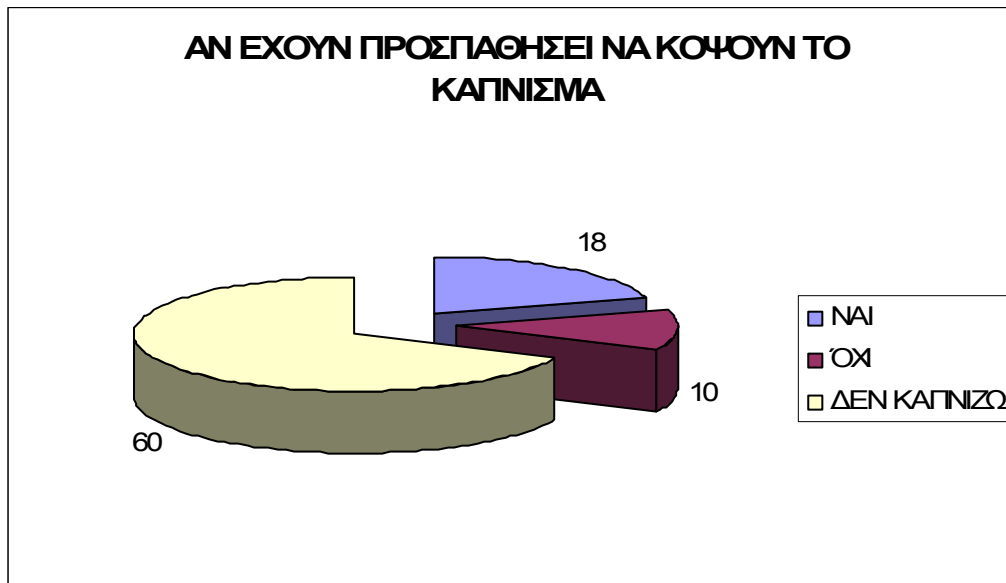
Το 57,9% πιστεύει πως σίγουρα δεν θα καπνίσει τους επόμενους 12 μήνες σε σύγκριση με το 12,5% που πιστεύει το ακριβώς αντίθετο.

16. Αν πιστεύουν ότι σε 5 χρόνια από τώρα θα καπνίζουν.



Το 47,7% και σε αυτήν την ερώτηση πιστεύει πως δεν θα καπνίζει σε 5 χρόνια ενώ σε μικρό ποσοστό, της τάξης 4,5%, πιστεύει πως σίγουρα θα καπνίζει.

17. Αν έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα.



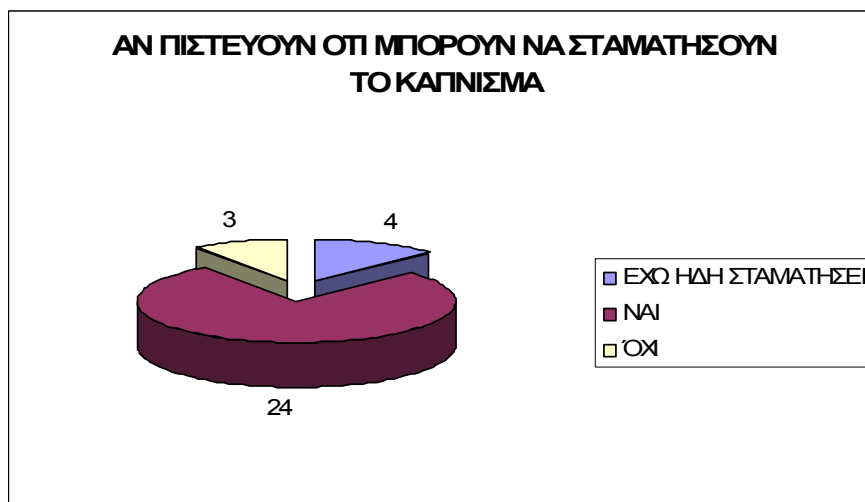
Το 60% ατόμων απάντησε πως δεν καπνίζει ενώ το 10% ότι δεν έχει προσπαθήσει να το κόψει.

18. Αν έχουν σταματήσει το κάπνισμα πριν από πόσο καιρό έγινε αυτό;



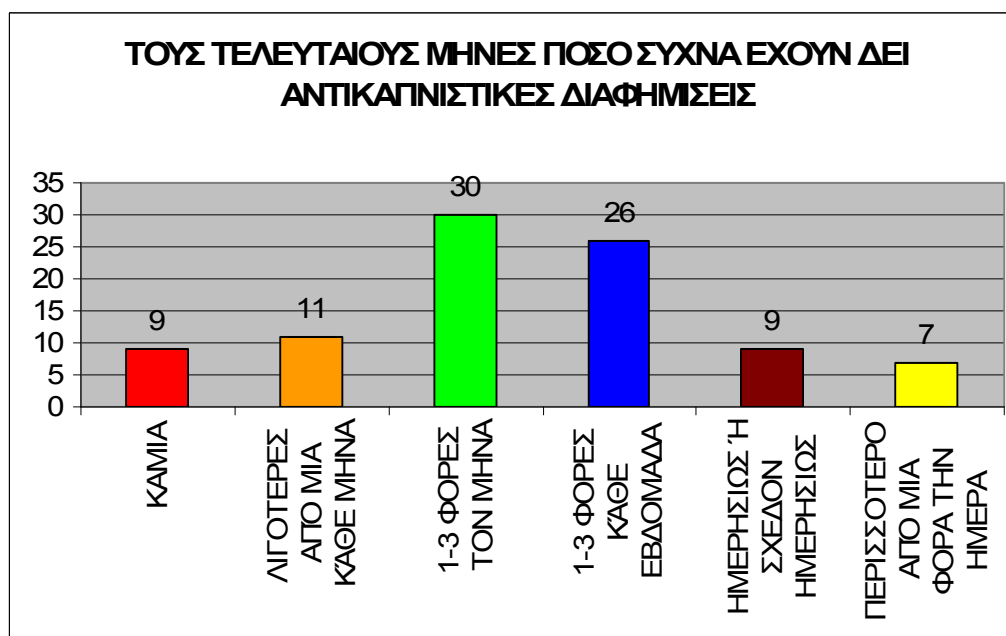
21,2% των ατόμων δήλωσε ότι καπνίζει ακόμη σε σχέση με το 3,5% που έχει σταματήσει το κάπνισμα εδώ και ένα χρόνο.

19. Αν πιστεύουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα.



Ένα ποσοστό της τάξης του 27,3% απάντησε πιστεύει ότι μπορεί να σταματήσει το κάπνισμα σε σχέση με το 3,4% που δεν το πιστεύει.

20. Τους τελευταίους μήνες πόσο συχνά έχουν δει αντικαπνιστικές διαφημίσεις.



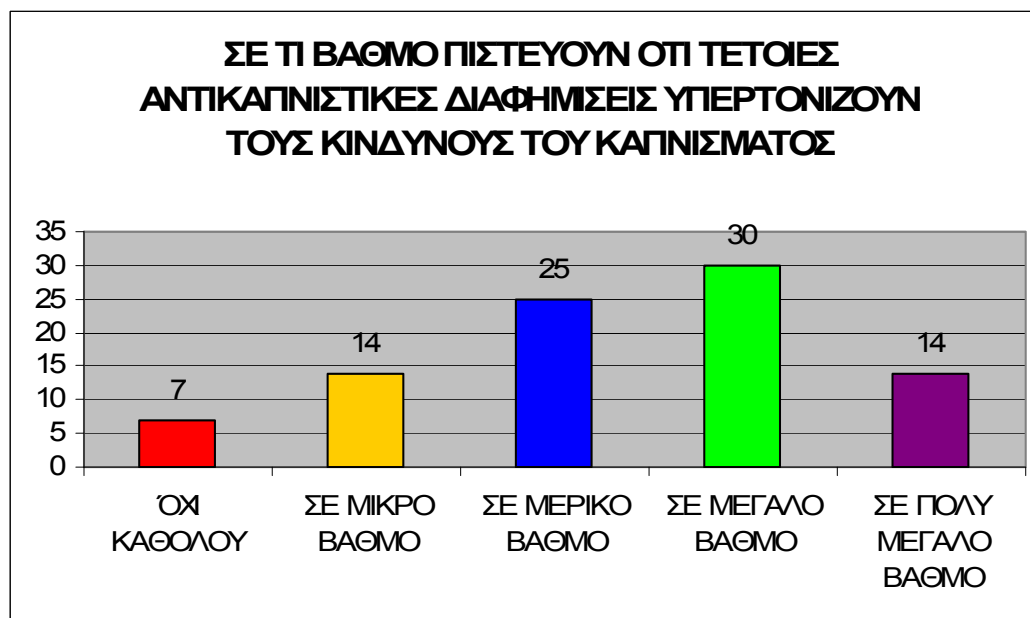
Το 7% των ατόμων που απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση έχει δει αντικαπνιστικές διαφημίσεις περισσότερο από μια φορά την ημέρα ενώ το 30% 1-3 φορές το μήνα.

21. Τους τελευταίους μήνες πόσο συχνά έχουν δει διαφημίσεις για τσιγάρα.



Τους τελευταίους μήνες έχουν δει διαφημίσεις για τσιγάρα ημερησίως ή σχεδόν το 29% ενώ το 7,5% καμία ή λιγότερο από μήνα.

22. Σε τι βαθμό πιστεύουν ότι τέτοιες αντικαπνιστικές διαφημίσεις υπερτονίζουν τους κινδύνους του καπνίσματος.



Το 32,6% πιστεύει σε μεγάλο βαθμό τέτοιες διαφημίσεις υπερτονίζουν τους κινδύνους του καπνίσματος, ενώ το 7,6% δεν πιστεύει ότι υπερτονίζει τους κινδύνους αυτούς.

23. Σε τι βαθμό πιστεύουν ότι οι αντικαπνιστικές διαφημίσεις τους έκαναν λιγότερο θετικούς απέναντι στο κάπνισμα.



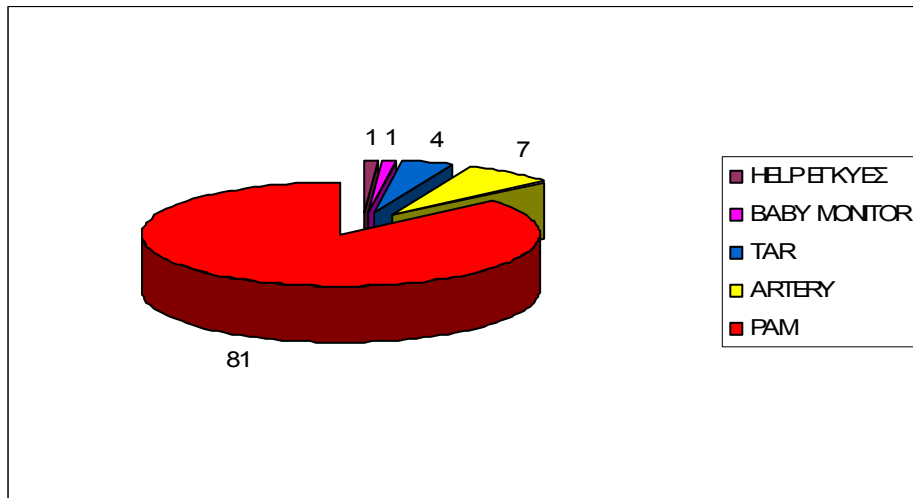
Το 23,3% απάντησε πως σε μεγάλο βαθμό πιστεύει ότι οι διαφημίσεις θα έκαναν τα άτομα λιγότερο θετικά στο κάπνισμα σε σχέση με το 12,2% που πιστεύει ότι σε μεγάλο βαθμό θα γινόταν αυτό.

24. Σε τι βαθμό πιστεύουν ότι τέτοιες αντικαπνιστικές διαφημίσεις ελαχιστοποίησαν τη πιθανότητα να καπνίσουν.



Μόλις το 27% απάντησε ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό τέτοιες διαφημίσεις θα ελαχιστοποιήσουν την πιθανότητα να καπνίσουν ενώ το 9% απάντησε ότι σε μερικό βαθμό.

25. Η καλύτερη διαφήμιση



Το 86.2% απάντησε ότι η καλύτερη διαφήμιση είναι η PAM και ακολουθεί το 7.4% το οποίο επέλεξε την διαφήμιση ARTERY. Το 1.1% ήταν το χαμηλότερο ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί στην διαφήμιση με τις έγκυες.

διαφήμιση με ξεκάθαρο μήνυμα:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	5	6	15	20	18	21	10
Child	4	8	10	11	18	20	24
Teen	9	10	7	10	9	29	21
Ελληνικό με έγκυες	9	2	11	10	17	18	27
Ελληνικό με τάβλι	9	5	11	10	18	17	22
Ελληνικό στο μπαρ	20	8	7	9	14	17	20
Μωρό που κλαίει	17	11	6	12	9	12	28
TAR	3	1	2	7	5	11	65
Artery	4	1	4	9	11	13	52
PAM	4		3	5	4	12	66

Στο ερώτημα αυτό όπως βλέπουμε στον παραπάνω πίνακα η διαφήμιση της PAM είχε το μεγαλύτερο ποσοστό και αμέσως μετά ακολουθεί η διαφήμιση TAR. Αντίθετα η διαφήμιση Ελληνικό στο μπαρ και το μωρό που κλαίει δεν είχαν ξεκάθαρο μήνυμα.

Αυτή η διαφήμιση πρόβαλε μηνύματα τα οποία ήταν σημαντικά για εμένα:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	10	13	15	22	9	16	9
Child	8	7	12	12	16	21	19
Teen	15	8	11	14	11	27	9
Ελληνικό με έγκυες	13	10	6	21	17	13	15
Ελληνικό με τάβλι	11	9	11	13	16	22	12
Ελληνικό στο μπαρ	24	9	7	15	14	13	13
Μωρό που κλαίει	17	9	6	12	14	21	16
TAR	4	3	4	4	11	15	54
Artery	7	1	3	7	18	13	46
PAM	3	2	4	3	8	11	64

Στο ερώτημα αν αυτή η διαφήμιση προέβαλε κάποια μηνύματα τα οποία μπορεί να ήταν σημαντικά βλέπουμε ξανά ότι η διαφημίσεις PAM και TAR συγκεντρώνουν τα υψηλότερα ποσοστά, ενώ η διαφήμιση Ελληνικό στο μπαρ συγκεντρώνει τα χαμηλότερα ποσοστά ως προς τις υπόλοιπες διαφημίσεις.

Αυτή η διαφήμιση έλεγε πράγματα τα οποία ήταν δύσκολο να πιστέψεις:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	35	17	18	9	6	6	4
Child	39	17	8	12	9	5	5
Teen	36	16	9	14	7	8	5
Ελληνικό με έγκυες	38	11	13	6	7	7	13
Ελληνικό με τάβλι	35	10	13	12	6	8	10
Ελληνικό στο μπαρ	39	9	12	9	11	8	7
Μωρό που κλαίει	33	11	18	12	7	5	9
TAR	23	3	5	7	16	13	28
Artery	21	13	5	4	7	12	33
PAM	20	9	3	4	6	15	37

Στο ερώτημα αυτό παρατηρούμε ότι σχεδόν σε όλες τις διαφημίσεις οι μαθητές έχουν απαντήσει ότι οι διαφημίσεις δεν έλεγαν κάποια πράγματα που ήταν δύσκολο να πιστέψουν.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να σκεφτώ:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	21	23	16	6	11	8	8
Child	18	5	6	17	17	20	12
Teen	22	7	14	12	16	15	8
Ελληνικό με έγκυες	22	11	16	18	7	8	12
Ελληνικό με τάβλι	21	16	10	17	13	9	9
Ελληνικό στο μπαρ	34	11	10	16	14	6	4
Μωρό που κλαίει	20	10	9	13	15	12	15
TAR	7	4	9	8	11	13	43
Artery	11	5	7	8	16	10	38
PAM	8	6	6	7	9	11	47

Στο ερώτημα αν αυτή η διαφήμιση τους έκανε να σκεφτούν η PAM και η TAR είχαν την μεγαλύτερη ανταπόκριση από τους μαθητές σε αντίθεση με τις υπόλοιπες οι οποίες φαίνεται να μην τους κλόνισαν ιδιαίτερα.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να αναρωτηθώ, αν τα όσα λέει είναι αλήθεια :

	1 Καθόλου	2	3	4	5	6	7 Υπερβολικά πολύ
Camel	23	12	13	15	12	7	11
Child	30	10	11	18	8	8	9
Teen	38	19	5	12	7	10	3
Ελληνικό με έγκυες	38	8	12	8	13	7	9
Ελληνικό με τάβλι	49	9	9	9	12	8	7
Ελληνικό στο μπαρ	39	11	13	11	8	7	4
Μωρό που κλαίει	32	11	10	8	7	15	12
TAR	20	5	5	12	7	10	36
Artery	17	8	7	14	8	12	29
PAM	17	6	6	8	10	6	39

Και σε αυτήν την διαφήμιση είναι αξιοπρόσεκτο το ότι η διαφήμιση της PAM και η TAR συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό σε αντίθεση με τις υπόλοιπες διαφημισεις.

Θα μιλούσα και σε άλλα άτομα για αυτή την διαφήμιση :

	1 Καθόλου	2	3	4	5	6	7 Υπερβολικά πολύ
Camel	52	11	7	6	8	6	4
Child	26	13	7	11	10	13	14
Teen	26	16	12	8	11	15	6
Ελληνικό με έγκυες	20	17	13	11	15	8	10
Ελληνικό με τάβλι	22	15	9	15	10	12	12
Ελληνικό στο μπαρ	27	18	11	12	13	9	4
Μωρό που κλαίει	28	8	9	15	6	15	14
TAR	9	9	9	7	6	15	40
Artery	11	8	6	14	12	8	36
PAM	6	7	6	10	15	8	43

Στο ερώτημα αν θα μιλούσαν και σε άλλα άτομα για αυτήν την διαφήμιση, η PAM και η TAR είναι και εδώ οι πρώτες επιλογές των μαθητών.

Αυτή η διαφήμιση μου είπε κάτι καινούργιο που δεν ήξερα:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	55	13	8	6	3	8	1
Child	62	6	6	7	7	7	9
Teen	44	13	13	9	5	6	5
Ελληνικό με έγκυες	47	11	8	6	2	10	11
Ελληνικό με τάβλι	40	11	15	11	8	5	5
Ελληνικό στο μπαρ	48	11	12	6	11	4	3
Μωρό που κλαίει	32	12	13	11	8	8	10
TAR	20	6	8	10	6	10	35
Artery	22	6	4	6	13	13	31
PAM	19	6	5	6	5	15	39

Σε αυτό το ερώτημα η διαφήμιση της PAM συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό και αμέσως μετά ακολουθούν οι διαφημίσεις TAR και ARTERY. Το πιο μικρό ποσοστό συγκεντρώνει η διαφήμιση CAMEL.

Αυτή η διαφήμιση μου μιλούσε υποτιμητικά - υπεροπτικά:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	48	11	7	12	2	4	2
Child	57	11	9	6	5	3	4
Teen	57	11	9	5	5	6	2
Ελληνικό με έγκυες	57	10	7	8	3	3	7
Ελληνικό με τάβλι	54	12	5	6	10	3	4
Ελληνικό στο μπαρ	50	15	4	5	13	3	2
Μωρό που κλαίει	59	11	2	7	4	2	8
TAR	50	6	7	5	4	5	18
Artery	47	5	9	7	4	4	19
PAM	46	3	9	5	4	7	21

Στο ερώτημα αυτό όπως βλέπουμε οι μαθητές έχουν απαντήσει ότι καμία διαφήμιση δεν μιλάει υποτιμητικά ή υπεροπτικά.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να νοιώθω λυπημένος:

	1 Καθόλου	2	3	4	5	6	7 Υπερβολικά πολύ
Camel	42	16	8	8	4	3	4
Child	25	6	14	12	12	8	13
Teen	33	18	13	9	10	7	3
Ελληνικό με έγκυες	37	15	12	4	13	3	8
Ελληνικό με τάβλι	51	10	10	12	7	2	2
Ελληνικό στο μπαρ	50	11	6	13	5	3	3
Μωρό που κλαίει	28	9	8	7	13	9	18
TAR	26	7	6	6	11	12	23
Artery	32	10	7	3	8	16	18
PAM	16	4	7	2	12	13	39

Στο ερώτημα αν αυτή η διαφήμιση τους έκανε να νιώσουν λυπημένοι, οι μαθητές σε μεγάλο ποσοστό επέλεξαν την διαφήμιση PAM και αρκετά πιο πίσω επέλεξαν την διαφήμιση TAR.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να νοιώθω θυμωμένος:

	1 Καθόλου	2	3	4	5	6	7 Υπερβολικά Πολύ
Camel	37	8	12	8	5	9	9
Child	37	15	9	9	8	5	5
Teen	39	13	12	11	6	5	5
Ελληνικό με έγκυες	44	11	10	11	5	3	7
Ελληνικό με τάβλι	50	9	11	8	7	4	1
Ελληνικό στο μπαρ	46	9	5	12	6	10	4
Μωρό που κλαίει	33	8	6	8	10	11	16
TAR	34	7	12	3	7	10	16
Artery	36	14	6	6	6	10	15
PAM	28	7	9	3	7	8	31

Στο ερώτημα αν αυτή η διαφήμιση τους έκανε να νοιώθουν θυμωμένοι οι μαθητές επέλεξαν σε μεγάλο ποσοστό την διαφήμιση της PAM σε αντίθεση με τις διαφημίσεις Ελληνικό στο μπαρ,Ελληνικό με έγκυες και Ελληνικό με τάβλι.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να νοιώθω χαρούμενος:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	50	4	8	12	4	2	4
Child	49	14	11	3	3	3	4
Teen	57	12	4	9	5	3	2
Ελληνικό με έγκυες	57	10	5	5	4	4	6
Ελληνικό με τάβλι	52	15	6	4	5	4	6
Ελληνικό στο μπαρ	54	9	6	8	6	1	6
Μωρό που κλαίει	65	8	8	2		1	7
TAR	61	11	3	2	4	3	6
Artery	60	9	2	5	3	4	9
PAM	65	4	3	1	3	5	8

Σε αυτό το ερώτημα είναι αξιοσημείωτο και προφανώς αναμενόμενο το ότι καμία σχεδόν διαφήμιση δεν τους έκανε να νοιώσουν χαρούμενοι.

Αυτή η διαφήμιση με έκανε να νοιώθω τρομαγμένος:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	20	7	4	11	14	7	27
Child	30	12	13	13	7	5	7
Teen	39	14	12	7	6	6	6
Ελληνικό με έγκυες	49	13	8	5	7	4	6
Ελληνικό με τάβλι	46	8	13	7	8	3	5
Ελληνικό στο μπαρ	45	12	10	8	8	3	5
Μωρό που κλαίει	38	10	9	10	7	5	12
TAR	21	2	11	11	7	6	34
Artery	27	6	5	13	8	9	25
PAM	19	5	7	8	9	7	36

Στο ερώτημα αν ένοιωσαν τρομαγμένοι, οι μαθητές απάντησαν ότι από τις διαφημίσεις Ελληνικό με έγκυες, Ελληνικό με τάβλι και Ελληνικό στο BAR δεν ένοιωσαν τρομαγμένοι. Αντίθετα από την διαφημίσεις PAM, TAR και ARTERY ένοιωσαν αρκετά τρομαγμένοι.

Αυτή η διαφήμιση ήταν αστεία:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	22	11	16	11	17	2	8
Child	60	8	5	2	5	1	5
Teen	62	12	5	6	3	1	3
Ελληνικό με έγκυες	49	6	10	11	3	2	9
Ελληνικό με τάβλι	45	8	5	10	7	6	12
Ελληνικό στο μπαρ	41	11	3	9	9	8	9
Μωρό που κλαίει	66	8	3	3	3	1	7
TAR	59	5	6	4	3	3	11
Artery	59	10	2	1	3	5	12
PAM	66	6	2	4	2	1	9

Στο ερώτημα αυτό οι μαθητές απάντησαν ότι καμία διαφήμιση δεν ήταν αστεία.

Αυτή η διαφήμιση ήταν δυνατή:

	1	2	3	4	5	6	7
	Καθόλου						Υπερβολικά πολύ
Camel	36	11	17	5	6	2	11
Child	19	9	14	12	8	10	18
Teen	27	12	15	12	9	10	7
Ελληνικό με έγκυες	23	14	9	11	17	6	11
Ελληνικό με τάβλι	28	13	14	14	10	8	4
Ελληνικό στο μπαρ	32	11	13	14	11	3	6
Μωρό που κλαίει	28	8	7	11	9	8	20
TAR	19	7	7	4	9	12	34
Artery	23	3	4	11	11	8	31
PAM	16	6	3	6	7	8	46

Στο ερώτημα αν η διαφήμιση ήταν δυνατή, οι διαφημίσεις TAR, PAM και ARTERY συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό σε αντίθεση με τις διαφημίσεις CAMEL, Ελληνικό με τάβλι και Ελληνικό στο μπαρ που συγκεντρώνουν το μικρότερο ποσοστό.

Αυτή η διαφήμιση ήταν βαρετή:

	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Καθόλου</i>						<i>Υπερβολικά πολύ</i>
Camel	35	17	8	8	6	9	4
Child	45	9	5	9	5	9	7
Teen	50	8	7	6	5	3	12
Ελληνικό με έγκυες	38	14	9	12	5	7	5
Ελληνικό με τάβλι	47	12	8	4	3	5	12
Ελληνικό στο μπαρ	38	11	10	9	8	3	10
Μωρό που κλαίει	51	9	6	4	5	5	11
TAR	57	6	1	8	6	3	10
Artery	56	6	6	6	5	6	6
PAM	64	7	2	4	1	6	9

Στο ερώτημα αυτό οι μαθητές δεν βρήκαν τις διαφημίσεις βαρετές.

Αυτή η διαφήμιση ήταν συναισθηματική:

	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Καθόλου</i>						<i>Υπερβολικά πολύ</i>
Camel	15	12	6	14	20	12	15
Child	16	5	12	7	11	13	24
Teen	26	13	9	12	8	11	10
Ελληνικό με έγκυες	19	12	11	17	12	8	13
Ελληνικό με τάβλι	43	6	8	14	7	6	8
Ελληνικό στο μπαρ	36	6	8	13	14	6	7
Μωρό που κλαίει	23	7	6	9	11	9	28
TAR	25	6	4	14	5	10	28
Artery	31	11	6	6	8	7	22
PAM	9	4	1	3	8	10	57

Σε αυτό το ερώτημα, αν ήταν η διαφήμιση ήταν συναισθηματική βλέπουμε ότι με αρκετά μεγάλο ποσοστό οι μαθητές έχουν επιλέξει την διαφήμιση PAM, ενώ κατά τους μαθητές δεν ήταν καθόλου συναισθηματικές οι διαφημίσεις Ελληνικό με τάβλι και Ελληνικό στο μπαρ.

19. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας παραθέσει στο προηγούμενο κεφάλαιο τα αποτελέσματα της έρευνας μας με παράλληλο μικρό σχολιασμό, είναι απόλυτα αναγκαία η συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων της έρευνας.

Από την έρευνά μας που είχε σαν δείγμα εφήβους ηλικίας 12 έως 19 ετών των σχολείων του Δήμου Ηρακλείου καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Το 70,5% του πληθυσμού του δείγματος είναι κορίτσια και το 29,5 του πληθυσμού είναι αγόρια με μέση ηλικία 15.07 με τυπική απόκλιση 1.858. Το 27,4% του πληθυσμού των παιδιών είχε ηλικία 14 ετών το οποίο αποτέλεσε και το μεγαλύτερο ποσοστό ενώ το 5,3% ήταν ηλικίας 18 και 19 ετών το οποίο αποτέλεσε το μικρότερο ποσοστό.
2. Τα περισσότερα παιδιά έχουν δει αντικαπνιστικές διαφημίσεις σε ποσοστό 40,4% ενώ το 12,8% δεν έχει δει καθόλου το οποίο θεωρείτε αρκετά ενθαρρυντικό. Το 65,3% απάντησε ότι έχει δει πολλές φορές στην τηλεόραση ηθοποιούς ή δημοφιλή άτομα να καπνίζουν έναντι του μόλις 1,1% που δεν έχει δει ποτέ, το ποσοστό αυτό πρέπει να μας ανησυχήσει πολύ διότι, είναι ένας τρόπος προβολής του καπνίσματος και οι έφηβοι έχοντας ως πρότυπα μίμησης αυτά τα άτομα, είναι πιο ευάλωτα στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα.
3. Αρκετές διαφημίσεις για τσιγάρα σε περίπτερα δηλώνουν ότι έχουν δει το 53,7% των παιδιών ενώ το 8,4% δεν έχουν δει καθόλου. Σε ανάλογη ερώτηση αλλά για διαφημίσεις τσιγάρων σε στάσεις λεωφορείων το 38,9% απάντησε ότι έχει δει αρκετές ενώ το 7,4% υποστήριξε ότι δεν έχει δει καθόλου. Εδώ παρατηρούμε ότι αυτές οι διαφημίσεις έχουν τοποθετηθεί σε σημεία τα οποία είναι καθημερινό πέρασμα για τους εφήβους και τους μαθητές.
4. Στο ερώτημα αν τους έχει προσφέρει τσιγάρο κάποιος αντιπρόσωπος εταιρείας το 70,5% έχει απαντήσει όχι ενώ το 29,5% έχει απαντήσει ναι. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που το ποσοστό των παιδιών που απάντησαν όχι ήταν μεγαλύτερο είναι πολύ ανησυχητικό το ότι οι εταιρείες προκειμένου να

εξασφαλίσουν περισσότερα κέρδη δεν διστάζουν να προσφέρουν τσιγάρα και σε ανήλικα άτομα.

5. 52,6% των μαθητών δεν έχει δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο ενώ το 40,9% απάντησε ότι έχει δοκιμάσει. Από το ποσοστό των παιδιών που απάντησαν ότι έχουν δοκιμάσει τσιγάρο το 2,5% ήταν ηλικίας 7 ετών, το 3,8% ήταν ηλικίας 8-11 ετών, το 12,7% ήταν ηλικίας 12-13, το 25,3% ήταν ηλικίας 14-15 και το 8,9% ήταν πάνω από 16 ετών. Στα ποσοστά αυτά αξίζει να σταθούμε περισσότερο γιατί είναι ένα πολύ λυπηρό γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί μαθητές έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν. Ακόμη πιο συγκλονιστικό είναι η ηλικία που πειραματίστηκαν να δοκιμάσουν να καπνίσουν, η οποία ξεκινάει από ηλικία 7 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών έχει πειραματιστεί σε ηλικία 14-15 ετών η οποία θεωρείται αρκετά μικρή ηλικία.
6. Το 19% απάντησε ότι έχει καπνίσει τσιγάρο τις τελευταίες 30 ημέρες το 6,3% έχει καπνίσει 20-29 ημέρες και το 12,7% έχει καπνίσει από 1-19 ημέρες. Από τους μαθητές οι οποίοι καπνίζουν το 12,7% καπνίζει 2-5 τσιγάρα την ημέρα το 8,9% καπνίζει παραπάνω από 31 τσιγάρα την ημέρα και ένα ποσοστό της τάξεως του 19,1% καπνίζει από 10 έως 30 τσιγάρα.
7. Στο ερώτημα αν πιστεύουν ότι θα καπνίζουν μέσα στους επόμενους 12 μήνες το 57,9% απάντησε σίγουρα όχι το 13,6% απάντησε ίσως όχι, το 15,9% απάντησε ίσως ναι και το 12,5% απάντησε ότι θα καπνίζει σίγουρα. Είναι σχετικά ενθαρρυντικό το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών απάντησε ότι σίγουρα δεν θα καπνίσει στους επόμενους 12 μήνες.
8. 27,3% των μαθητών πιστεύει ότι μπορεί να κόψει το κάπνισμα ενώ το 3,4% πιστεύει ότι δεν μπορεί.
9. Στο ερώτημα αν έχουν δει τις τελευταίες 30 ημέρες διαφημίσεις για τσιγάρα σε περιοδικά, πινακίδες και εφημερίδες το 29% έχει απαντήσει ότι βλέπει σχεδόν κάθε μέρα, 20,4% έχει δει περισσότερες από μια κάθε μέρα και το 7,5% βλέπει λιγότερες από μια κάθε μήνα. Από εδώ συμπεραίνουμε ότι τα ερεθίσματα που λαμβάνουν οι μαθητές καθημερινά από την κοινωνία όσον αφορά το κάπνισμα είναι πάρα πολλά και αρνητικά καθώς τους ωθούν περισσότερο στο κάπνισμα.
10. Στο ερώτημα ποια από τις διαφημίσεις που τους προβλήθηκαν ήταν κατά την γνώμη τους πιο αποτελεσματική, οι μαθητές ξεχώρισαν ανάμεσα σε δέκα

διαφημίσεις την διαφήμιση της PAM σε ποσοστό 86,2%. Από τις δέκα αυτές διαφημίσεις, οι πέντε που στην πλειοψηφία τους ήταν ελληνικές, δεν είχαν καμία ανταπόκριση από τους μαθητές.

Με βάση τα αποτελέσματα της ερευνάς μας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν είναι πολύ αισιόδοξο το γεγονός ότι αρκετοί μαθητές καπνίζουν και η ηλικία που πειραματίζονται ξεκινάει από τα 7 έτη με αποκορύφωμα την ηλικία των 14-15 ετών. Επίσης όπως είδαμε και από τα παραπάνω η πολιτεία μέχρι τώρα δεν έχει κάνει κάτι το ουσιαστικό ώστε να προστατεύσει τους μαθητές και γενικά τους νέους να μην ξεκινήσουν το κάπνισμα, καθώς και αυτούς που ήδη το έχουν ξεκινήσει να βοηθήσει να το κόψουν. Τα πρότυπα που έχουν οι νέοι, οι αντιλήψεις καθώς και τα ερεθίσματα που δέχονται καθημερινά από τον χώρο στον οποίο ζουν και κινούνται είναι τα αίτια που ξεκινούν το κάπνισμα.

20. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα ποσοστά αυτά όμως θα μπορούσαν να αλλάξουν αν υπήρχαν σχολικοί νοσηλευτές στα σχολεία, οι οποίοι θα δίδασκαν και θα καθοδηγούσαν τους εφήβους σε οτιδήποτε θα αφορούσε το κάπνισμα και τις συνήθειες υγείας τους.

Οι σχολικοί νοσηλευτές θα τόνιζαν την αναγκαιότητα της άσκησης και της επικινδυνότητας τους καπνίσματος στα παιδιά όπως επίσης θα τα ενημέρωναν για τις βλαβερές συνέπειες του και για όλα τα προβλήματα και τις ασθένειες της σύγχρονης εποχής. Συνάμα μέσω της πρόληψης θα είχαν εντοπίσει τα προβλήματα που θα εμφάνιζε η υγεία τους και θα τα είχαν επισημάνει στα παιδιά και περισσότερο στους γονείς τους.

21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ενδεικτική Βιβλιογραφία Επιστημονικών Δημοσιεύσεων Νοσηλευτικού Χαρακτήρα

1. Pbert L, Osganian SK, Gorak D, Druker S, Reed G, O'Neill KM, Sheetz A. A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: a randomized controlled trial. *Prev Med.* 2006 (4):312-20.
2. Birney MH, Hardie TL, Crowley EM. Association of parental smoking behaviors and absences in school-age children: implications for the nurse practitioner. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006 (5):221-7.
3. Tingen MS, Waller JL, Smith TM, Baker RR, Reyes J, Treiber FA. Tobacco prevention in children and cessation in family members. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(4):169-79.
4. Reinert B, Carver V, Range LM. School nurses' opinions about the prevention of tobacco use. *J Community Health Nurs.* 2005 Winter;22(4):205-11
5. Krainuwat K. Smoking initiation prevention among youths: implications for community health nursing practice. *J Community Health Nurs.* 2005 Winter;22(4):195-204.
6. Heimann KJ. A school-based intervention program to prevent adolescent smoking. *J Sch Nurs.* 2000 Oct;16(4):22-7.
7. Donovan KA. Smoking cessation programs for adolescents. *J Sch Nurs.* 2000 16(4):36-43. Review.
8. Pirskanen M, Pietila AM, Halonen P, Laukkanen E. School health nurses and substance use among adolescents - towards individual identification and early intervention. *Scand J Caring Sci.* 2006 Dec;20(4):439-47.
9. LaSala KB, Todd SJ. Preventing youth use of tobacco products: the role of nursing. *Pediatr Nurs.* 2000 Mar-Apr;26(2):143-8.
10. Hamilton G, O'Connell M, Cross D. Adolescent smoking cessation: development of a school nurse intervention. *J Sch Nurs.* 2004 Jun;20(3):169-74.

11. Clark E, McCann TV, Rowe K, Lazenbatt A. Cognitive dissonance and undergraduate nursing students' knowledge of, and attitudes about, smoking. *J Adv Nurs*. 2004 46(6):586-94.
12. McCann TV, Clark E, Rowe K. Undergraduate nursing students' attitudes towards smoking health promotion. *Nurs Health Sci*. 2005 Sep;7(3):164-74
13. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev Med*. 2005 Nov-Dec;41(5-6):815-2

Ενδεικτική Βιβλιογραφία Επιστημονικών Δημοσιεύσεων για κάπνισμα

1. Kokkevi A, Terzidou M, Politikou K, Stefanis C. Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58:181-188
2. Labiris G, Voutsinas A, Niakas D. Preliminary evaluation of the school-smoking-prevention policy in Greece. *Eur J Public Health* 2005; 15(3): 329–330
3. Avlonitou I, Samartzis L, Rigopoulou A, Frageskaki F, Behrakis P. Evaluation of smoking habits in students of the Medical School of Athens. *Pneumon* 2003; 16(3): 306-313 (in Greek)
4. Vardavas C.I, Tzatzarakis M, Tsatsakis A, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Linardakis M, Kafatos A “Biomarkers of Passive Smoking among Greek Preschool Children”. *European Journal of Pediatrics* 2006;Epub ahead of print
5. Vardavas C.I, Kafatos A. “Tobacco policy and smoking prevalence in Greece” *European Journal of Public Health* (In press) (December 2006)
6. Vardavas C.I, Linardakis M, Kafatos A “Environmental Tobacco Smoke exposure in motor vehicles” *Tobacco control* 2006 15:415
7. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, Sanderman R. Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990–2000. *Prev Med*. 2002; 35:97-104

8. Sichletidis L, Tsiotsios I, Chloros D, Gavrilidis A, Kottakis I. The prevalence of smoking in high-school students in Northern Greece *Pneumon* 2005; 18(1): 93-98 (in Greek)
9. Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Cameron R, Brown KS. Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour. *Tob Control*. 2003;12(4):391-5
10. Devlin A, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L. Targeting smokers via tobacco product labelling: opportunities and challenges for Pan European health promotion *Health Promot Int* 2005; 20(1): 41-9.
11. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane database Syst Rev*. 2002; (4):CD00129
12. Vardavas C.I, Athanasopoulos D, Balomenaki E, Linardakis M, Kafatos A. Role modeling and cigarette consumption by Greek parents with preschool children. *BMC Public Health*
13. C.I. Vardavas, M.N. Tzatzarakis, A.M. Tsatsakis, D. Athanasopoulos, E. Balomenaki, M.K. Linardakis and A.G. Kafatos Serum nicotine and cotinine levels as passive smoking biomarkers in preschool children of Crete, Greece. *Toxicology Letters*, 2006; 164, Supp 1, S149 (Proceedings to the Eurotox conference 2006)
14. Bakoula C, Kafritsa Y, Kavadias G, Haley NJ, Matsaniotis N, 1997. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens, Greece) *Cancer Causes Control*, 8, 73-76
15. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP, 2005. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control*; 14(2): 106-1
16. Repace J, Al-Delaimy WK, Bernert JT, 2006. Correlating atmospheric and biological markers in studies of secondhand tobacco smoke exposure and dose in children and adults. *J Occup Environ Med*; 48(2):181-94.
17. Rise J, Lund KE, 2005. Predicting children's level of exposure to environmental tobacco smoke based on two national surveys in Norway in 1995 and 2001. *Addict. Behav.* 30(6), 1267-7
18. Schettler T, 2001. Toxic threats to neurologic development of children *Environ. Health Perspect.* 109 (Suppl) 6, 813-6

19. Tang D, Warburton D, Tannenbaum S.R., Skipper P, Santella R.M., Cereijido G.S, Crawford F.G., Perera F, 1999. Molecular and genetic damage from environmental tobacco smoke in young children. *Cancer Epidemiol. Biomarkers. Prev.* 8(5), 427-31

Ενδεικτική Ελληνική Βιβλιογραφία Συγγραμμάτων – Μονογραφιών

1. Α. Σαχίνη-Καρδάση. Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. 1997.
2. Α.Σαχίνη, Μ.Πάνου, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Εκδ.Βήτα
3. E.Pearce. *Ανατομία και Φυσιολογία για Νοσηλευτές* Εκδ. Mosby
4. Χ.Μουτσόπουλος, *Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας* . Δ.Εμμανουήλ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα
5. Σ.Πλέσσα Ε.Κανελλός *Φυσιολογία του Ανθρώπου 1*. Εκδόσεις Φαρμάκου-τύπος

Βιβλιογραφικές παραπομπές από τον παγκόσμιο ιστό

1. [http:// mednet.gr](http://mednet.gr)
2. <http://www.live-pedia.gr>
3. <http://iatronet.gr>
4. <http://iatrikionline.gr>
5. <http://health.ana.gr>
6. <http://health.in.gr>
7. <http://www.medisign.gr>
8. <http://greekmeds.gr>
9. <http://www.americanheart.org>
10. <http://www.medmelon.gr>
11. <http://www.enet.gr>
12. <http://www.bostonscientific.com>
13. <http://www.hcs.gr>
14. <http://www.neahygeia.gr>
15. <http://www.medlook.net>
16. <http://www.eiep.gr>
17. <http://www.epeaek.ncsr.gr>

18. <http://www.pheidippides.gr>
19. <http://www.iator.gr>
20. <http://www.blogspot.com>
21. <http://www.e-psychology.gr>
22. <http://www.who.int/en/>
23. <http://www.ifet.gr>