

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

ΘΕΜΑ: « ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ »



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: κ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΟΞΑΡΑ ΖΩΓΡΑΦΙΑ
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ-ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.1 Η έννοια της υγείας	11
1.1.1 Η υγεία από ιατρική άποψη	12
1.1.2 Η υγεία από κοινωνική άποψη	12
1.2 Η έννοια της ασθένειας.....	13
1.2.1 Η ασθένεια από ιατρική πλευρά.....	14
1.2.2 Η ασθένεια από κοινωνική πλευρά	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η έννοια της αγωγής υγείας.....	17
2.2 Ιστορική ανάδρομή.....	18
2.3 Στόχοι της αγωγής υγείας	19
2.4 Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας	23
2.5 Μεθοδολογία αγωγής υγείας.....	28
2.6 Χώροι δράσης αγωγής υγείας	33
2.7 Φορείς αγωγής υγείας.....	35
2.8 Νομοθετικά μέτρα και αγωγή υγείας	38
2.9 Αγωγή υγείας και κάπνισμα.....	39
2.10 Αντικαπνιστικά προγράμματα.....	41

2.11 Προγράμματα πρόληψης για εφήβους.....	42
2.12 Προβλήματα Αγωγής Υγείας.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

3.1 Εισαγωγή.....	45
3.2 Ιστορική αναδρομή.....	46
3.3 Προϊόντα καπνού.....	47
3.4 Το κάπνισμα ως συνήθεια και ως εξάρτηση.....	54
3.5 Σύνδρομο στέρησης.....	55
3.6 Είδη καπνίσματος.....	56
3.7 Αισθητηριοκίνητοι μηχανισμοί.....	59
3.8 Διαφήμιση και μίμηση.....	60
3.9 Εφηβεία και κάπνισμα.....	62
3.10 Γυναίκα και κάπνισμα.....	63
3.11 Κάπνισμα και βάρος σώματος.....	64
3.12 Παθητικό κάπνισμα.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ-ΜΕΤΡΑ

4.1 Γενικά.....	67
4.2 Κάπνισμα και αναπνευστικό σύστημα.....	69
4.3 Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις.....	70
4.4 Κάπνισμα και καρκίνος.....	71
4.4.1 Κάπνισμα και καρκίνος του πνεύμονα.....	71
4.4.2 Κάπνισμα και καρκίνος του στομάχου.....	72
4.4.3 Κάπνισμα και καρκίνος του λάρυγγα.....	72
4.5 Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.....	73

4.6 Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος.....	74
4.6.1 Παθητικό κάπνισμα και παιδιά	74
4.6.2 Επιπτώσεις σε ενήλικους	75
4.6.3 Θάνατοι από παθητικό κάπνισμα	76
4.7 Οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος	77
4.8 Μέτρα κατά του καπνίσματος.....	78
4.8.1 Μέτρα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας	78
4.8.2 Αυστηρά μέτρα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας	80

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

5.1 Εισαγωγή.....	84
5.2 Υλικό και μεθοδολογία.....	86
5.3 Αποτελέσματα	88
- Ενότητα 1: Γενικά χαρακτηριστικά	88
- Ενότητα 2: Έναρξη καπνίσματος.....	90
- Ενότητα 3: Βαθμός εξάρτησης	93
- Ενότητα 4: Βαθμός ενημέρωσης.....	97
- Ενότητα 5: Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.....	100
- Ενότητα 6: Ρυθμίσεις σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος	104
5.4 Συμπεράσματα.....	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	119
Ερωτηματολόγιο.....	120

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αναδρομή στην εμφάνιση, εξέλιξη και εξάπλωση του καπνίσματος, είναι ίσως ο καλύτερος τρόπος για να εντοπίσουμε τους φοβερούς κινδύνους που περικλείονται από την εποχή που πρωτοεμφανίστηκε μέχρι και σήμερα, αφού δεν έπαψε να αποτελεί μια από τις πιο επικίνδυνες απειλές για την υγεία του ανθρώπου. Τις τελευταίες δεκαετίες οι επιστήμονες έδωσαν ιδιαίτερη σημασία στις έρευνές τους για το κάπνισμα, προσπαθώντας να αποδείξουν επιστημονικά πλέον την ήδη γνωστή βλάβη που προκαλεί το τσιγάρο στον ανθρώπινο οργανισμό. Ακολούθησε μια σειρά αντικαπνιστικών προγραμμάτων διαφόρων μορφών όμως και πάλι δεν αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά το κάπνισμα.

Πιο πρόσφατα παραδείγματα τέτοιων προγραμμάτων είναι οι γνωστές επιγραφές «Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία» στα πακέτα των τσιγάρων και η προσπάθεια των διαφημιστών να στρέψουν τους καπνιστές στα «Lights» τσιγάρα. Αποτέλεσμα ήταν να κουβαλάει κάθε καπνιστής επάνω του την ταμπέλα αυτή χωρίς να της δίνει καμία απολύτως σημασία και στη δεύτερη περίπτωση να καπνίζει περισσότερα τσιγάρα για να πάρει την ποσότητα της νικοτίνης που είχε ανάγκη ο οργανισμός του. Το παράδειγμα του καπνίσματος ίσως είναι και το καλύτερο παράδειγμα εξάρτησης που πολύ λιγότερο οφείλεται στο - σχετικά αδύνατο - δυναμικό εξάρτησης της ουσίας, αλλά πολύ περισσότερο σε κοινωνικούς, ψυχολογικούς και προσωπικούς παράγοντες.

Είναι λοιπόν σαφές ότι δεν αποτελεί ένα πρόβλημα που απασχολεί μόνο την ιατρική, αλλά ένα φαινόμενο με κοινωνικές, ψυχολογικές, προσωπικές και οικονομικές διαστάσεις. Στη διάρκεια της εξέλιξης του πολλοί προσπάθησαν να το πολεμήσουν τονίζοντας συνεχώς τους κινδύνους που εγκυμονεί χωρίς αποτέλεσμα. Πολλοί όμως ήταν και αυτοί που το επικροτούσαν και το παρουσίαζαν θετικά ιδιαίτερα τον 17^ο – 18^ο αιώνα, όπου οι επιστήμονες της εποχής το χρησιμοποιούσαν για τη θεραπεία κάποιων παθήσεων πιστεύοντας ότι έχει ευεργετικές επιδράσεις στον οργανισμό. Εκείνη την εποχή τα υπέρ και τα κατά του καπνίσματος ήταν ατελείωτα και χώρισαν τους ενδιαφερόμενους σε «Φιλόκαπνους» και «Μισόκαπνους». Από τότε ακόμα, αποφασιστικό ρόλο στην επικράτηση του καπνίσματος έπαιξαν λιγότερο τα επιστημονικά επιχειρήματα για τα υπέρ και τα κατά της χρήσης του καπνού και πολύ περισσότερο τα οικονομικά οφέλη από το εμπόριο του καπνού. Φτάνοντας στις

μέρες μας είναι φανερές πλέον οι τεράστιες οικονομικές ωφέλειες από τη βιομηχανία του καπνού.

Λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές, οικονομικές, προσωπικές και ψυχολογικές διαστάσεις του φαινομένου του καπνίσματος, η μελέτη αυτή σκοπό έχει να μπορέσει να δώσει μια σαφή εικόνα και μια ολοκληρωμένη απάντηση στο ερώτημα «Γιατί οι άνθρωποι έπειτα από είκοσι χρόνια αντικαπνιστικής εκστρατείας συνεχίζουν να καπνίζουν γνωρίζοντας ότι μόνο κακό κάνουν στον εαυτό τους και στους άλλους».

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του ΤΕΙ Καλαμάτας και συγκεκριμένα του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας.

Το κάπνισμα ανέκαθεν αποτελεί ένα πολύ σημαντικό και με μεγάλες διαστάσεις φαινόμενο του οποίου η εξάπλωση, από τότε που πρωτοεμφανίστηκε μέχρι και σήμερα, είναι ιδιαίτερα ανησυχητική. Η χρήση του δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένο φύλο, ηλικία και κοινωνική τάξη αλλά αφορά ολόκληρο τον πληθυσμό.

Ο καπνός αρχικά ανακαλύφθηκε στην Αμερική εδώ και χιλιάδες χρόνια από όπου οι Ισπανοί τον έφεραν στην Ευρώπη και διαδόθηκε με τη βοήθεια του Γάλλου Πρεσβευτή Jean Nicot. Παρ' όλες όμως τις αντιδράσεις της Εκκλησίας και της Πολιτείας, ο καπνός διαδόθηκε πολύ γρήγορα σε όλες τις χώρες του κόσμου και η κατανάλωσή του πολλαπλασιάστηκε με μεγάλη ταχύτητα.

Στις μέρες μας η χρήση του είναι πλέον αρκετά διαδεδομένη και πολλοί είναι οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτό και στη συνέχισή του. Οι καπνιστές εθίζονται στη νικοτίνη που περιέχεται στο καπνό. Αν και οι καπνιστές ισχυρίζονται πως καπνίζουν για να καταπραΰνουν το άγχος ή για να αυξήσουν την εγρήγορσή τους, στην πραγματικότητα καπνίζουν για να αποφύγουν τα δυσάρεστα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτίνης, που περιλαμβάνουν εκνευρισμό, δυσφορία και δυσχέρεια συγκέντρωσης. Έτσι οι εθισμένοι καπνιστές καπνίζουν για να ρυθμίσουν το επίπεδο νικοτίνης στο σώμα τους. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αντισταθεί κανείς στο κάπνισμα, διότι μπορεί να γίνει μια αυτόματη αντίδραση σε πολλές καθημερινές καταστάσεις, όπως στην περίπτωση των καπνιστών που ανάβουν ένα τσιγάρο όταν απαντούν στο τηλέφωνο ή μετά το φαγητό.

Το κάπνισμα προκαλεί βλαβερές παρενέργειες μέσω της δράσης της πίσσας και άλλων ουσιών που βρίσκονται στο καπνό. Το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση παθήσεων όπως ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες και το εμφύσημα.

Οι επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος καθιστούν επιτακτικά τα προγράμματα πρόληψης της έναρξης του καπνίσματος και βοήθειας στους καπνιστές για τη διακοπή του. Πολλά προγράμματα πρόληψης του

καπνίσματος έχουν την έδρα τους σε σχολεία και παρέχουν πληροφορίες για τις άμεσες και μακροχρόνιες, κοινωνικές και οργανικές συνέπειες του καπνίσματος.

Θεωρήσαμε σκόπιμο να αναλύσουμε το κάπνισμα από όλες τις διαστάσεις του. Πριν την ανάλυση αυτή όμως κρίθηκε αναγκαία και η ανάλυση του επίσημου κλάδου που ασχολείται με τον περιορισμό του καπνίσματος την Αγωγή Υγείας.

Η αγωγή υγείας είναι η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία.

Η αγωγή υγείας με την οργάνωση αντικαπνιστικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων συμβάλλει στη μείωση της βλαβερής συνήθειας του καπνίσματος και την αλλαγή της στάσης των καπνιστών απέναντι σε αυτή.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετήσουμε το φαινόμενο του καπνίσματος από όλες τις πλευρές του, να αναλύσουμε τις συνέπειές του, να επισημάνουμε τα μέτρα που κατά καιρούς έχουν ληφθεί για τον περιορισμό του καθώς και το ρόλο που παίζει η αγωγή υγείας ως διαδικασία αντιμετώπισης της άσχημης αυτής συνήθειας.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το πρώτο μέρος που είναι θεωρητικό και το δεύτερο που είναι η έρευνα.

Το πρώτο μέρος χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια.

Αρχικά γίνεται προσπάθεια να αναλυθούν οι όροι υγεία και ασθένεια τόσο από την ιατρική όσο και από την κοινωνική πλευρά.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της αγωγής υγείας καθώς και οι στόχοι, τα προγράμματα, η μεθοδολογία, οι χώροι δράσης, οι φορείς, τα νομοθετικά μέτρα και η σχέση της με το κάπνισμα.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του καπνού, τα είδη των καπνιστών, η σχέση του καπνού με τον καπνιστή καθώς και διάφοροι παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του καπνιστή και μέτρα για την αντιμετώπισή του.

Τέλος στο δεύτερο μέρος της εργασίας αναλύονται πίνακες, γραφήματα και σχόλια που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους εργαζομένους-καπνιστές του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου για τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα και τη σχέση τους με τη συνήθεια αυτή. Η έρευνα

αυτή έχει σκοπό την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με το πώς βλέπουν και αντιμετωπίζουν τα άτομα το κάπνισμα.

Τα γενικά συμπεράσματα ολοκληρώνουν την εργασία αυτή.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

**ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ-ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ-ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αναμφισβήτητα, η υγεία είναι βασική ανθρώπινη αξία και ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να είναι υγιής, φροντίζοντας όμως ο ίδιος για αυτό. Η υγεία δηλαδή είναι και προσωπική ευθύνη του καθενός ανάλογα με τις ικανότητες του.

Βασική επιδίωξη κάθε κοινωνίας πρέπει να είναι η τήρηση ενός υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Από εκεί ξεκινάει η ανάπτυξη και η πρόοδος της. Χωρίς υγεία, το άτομο δε μπορεί να λειτουργήσει σωστά, δε μπορεί να αναπτυχθεί και κατά συνέπεια ούτε η κοινωνία προοδεύει. « Ορισμένοι επιστήμονες θεωρούν υψηλό επίπεδο υγείας το επίπεδο όπου ο άνθρωπος εμφανίζει αυτοπειθαρχία, υγιή συνείδηση, λύση των ψυχικών και κοινωνικών συγκρούσεων, μέτρο στην ικανοποίηση επιθυμιών, δημιουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, αποδοχή των θλίψεων και νίκη κατά των αρνητικών δυνάμεων που υπονομεύουν την υγεία ».¹

Επομένως η υγεία θα μπορούσε να οριστεί ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. «Είναι η ευεξία και συμμετρία των σωματικών δυνάμεων και της διάθεσης της ψυχής και η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος καλά τις δυνατότητες του».²

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Μερικοί από αυτούς είναι εσωτερικοί, όπως οι κληρονομικοί και άλλοι είναι εξωτερικοί όπως η αγωγή του ατόμου και το φυσικό περιβάλλον. Οι εσωτερικοί παράγοντες αναφέρονται στην υγεία από ιατρικής κυρίως άποψης, ενώ οι εξωτερικοί περισσότερο αναφέρονται στην υγεία από κοινωνικής άποψης.

¹ Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 51

² Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 51

1.1.1 Η ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Στην ιατρική, ο όρος υγεία αναφέρεται κυρίως στην απουσία της ασθένειας και στην ύπαρξη μίας κατάστασης στην οποία πρέπει να βρίσκεται ο άνθρωπος ώστε να μη νοσεί. Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας που απασχολούν την ιατρική είναι όπως προαναφέρθηκε οι εσωτερικοί. Σ' αυτούς ανήκουν οι επίκτητες και κληρονομικές ασθένειες, μερικές από τις οποίες εμφανίζονται πιο συχνά στο ένα φύλο παρά στο άλλο π.χ. στις γυναίκες είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.α., ενώ στους άνδρες είναι το έλκος στομάχου, αναπνευστικά προβλήματα, καρδιοπάθειες κ.α. Οι κληρονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τα βιολογικά χαρακτηριστικά, την ιδιοσυγκρασία και το νοητικό δυναμικό και σχετίζονται με προδιάθεση προς τις ειδικές αυτές παθήσεις. Μερικοί ακόμη παράγοντες που επιδρούν στην υγεία είναι ο τρόπος ζωής, οι ατομικές συνήθειες διατροφής και άσκησης, το ΚΑΠΝΙΣΜΑ, η χρήση τοξικών ουσιών και του οινοπνεύματος. Ιδιαίτερη σημασία έχει το ανοσολογικό σύστημα, οι αλλαγές του οποίου σχετίζονται με την εμφάνιση λοιμώξεων, καρκίνου και άλλων παθήσεων.

Η υγεία εκτός από σωματική-παθολογική είναι και ψυχική. Η ψυχική υγεία απασχολεί και αυτή σημαντικά την ιατρική επιστήμη και εξαρτάται και αυτή από μία σειρά παραγόντων. «Η σωματική και ψυχική καταπόνηση ή και κακοποίηση μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα μεγάλης διάρκειας. Η ψυχική υγεία εξαρτάται από ένα οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ελεύθερο από υπερβολική ένταση, που δεν απομονώνει το άτομο από τους άλλους. Ένα κλίμα ανοικτής επικοινωνίας, συνεργασίας και κατανόησης ευνοεί την ανάπτυξη και πραγμάτωση του θετικού δυναμικού του ατόμου».³

Εκτός όμως από την ιατρική πλευρά της υγείας θα πρέπει να δούμε πως αντιμετωπίζεται η υγεία από κοινωνικής άποψης.

1.1.2 Η ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Εδώ η υγεία ξεφεύγει από τα στενά όρια της ιατρικής και αντιμετωπίζεται πιο σφαιρικά. «Η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά δυναμική διενέργεια προσαρμογής του ατόμου στα πλαίσια του

³ Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 52

περιβάλλοντος και της κοινωνικής πραγματικότητας».⁴ Προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας σ' αυτή τη περίπτωση είναι εξωτερικοί όπως η οικογένεια, το επάγγελμα, η μόρφωση, το κοινωνικό περιβάλλον και γενικά το βιοτικό επίπεδο ενός ατόμου.

Ανάλογα με αυτούς τους παράγοντες η υγεία επηρεάζεται είτε θετικά είτε αρνητικά. Π.χ. Έχει παρατηρηθεί ότι στις χαμηλές κοινωνικές τάξεις, δηλαδή σε ομάδες με χαμηλό εισόδημα, προτεραιότητα δεν αποτελεί η πρόληψη των ασθενειών αλλά η εξασφάλιση του καθημερινού εισοδήματος για τη κάλυψη βασικών αναγκών. Οι άνθρωποι που ανήκουν σε υψηλές εισοδηματικές τάξεις και έχουν εξασφαλίσει επαρκώς τις απαραίτητες βιολογικές τους ανάγκες, ενδιαφέρονται περισσότερο για την πρόληψη ασθενειών και την επίτευξη υψηλού επιπέδου υγείας. Επίσης τα πρότυπα που παίρνει το άτομο από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, έχουν επίπτωση στην υγεία του.

Η αξία όμως της υγείας γίνεται πιο αντιληπτή, κατά κανόνα, με την εμφάνιση της ασθένειας.

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

«Η ασθένεια παρουσιάζεται σαν διαταραχή ή παθολογοανατομική αλλοίωση σωματικού οργάνου που επηρεάζει τις περισσότερες ή όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Διαταράσσεται όλος σχεδόν ο οργανισμός με την εμφάνιση της α ή της β ασθένειας, διότι κατά τη σύγχρονη άποψη, κάθε όργανο δε λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα. Υπάρχει ενιαία οργανική συνλειτουργία, διεπόμενη από τον ψυχικό παράγοντα».⁵

Αρχικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ασθένεια είναι η αιτία εκείνη που θέτει το άτομο σε κατάσταση «μη υγείας». Δηλαδή σαν ένα παθολογοανατομικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά όλες ή ορισμένες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Αν λάβουμε όμως υπόψη και κάποιους άλλους παράγοντες θα δούμε ότι είναι κάτι παραπάνω.

Η αρχαία Ελληνική Ιατρική έκανε λόγο για την επίδραση της ψυχικής κατάστασης στην εκδήλωση και στην πορεία κάποιας ασθένειας. Χαρακτήρισε την ασθένεια όχι μόνο σαν σωματική δυσλειτουργία αλλά σαν ψυχοσωματική δυσλειτουργία και αντιμετώπισε τον ασθενή σαν αδιαίρετη ψυχοσωματική

⁴ Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 52

⁵ Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 53

ύπαρξη. Σ' αυτό το πόρισμα καταλήγει και η σύγχρονη Ιατρική επιστήμη. Τα περισσότερα νοσήματα δεν εκδηλώνονται απρόοπτα. Προετοιμάζονται επί χρόνια από ψυχικές καταπονήσεις επηρεάζοντας τη ζωτικότητα του ανθρώπου.

Γίνεται κατανοητό ότι όπως και στην περίπτωση της υγείας, έτσι και για την ασθένεια θα πρέπει να τη δούμε τόσο από την ιατρική καθαρά πλευρά της, όσο και από την κοινωνική.

1.2.1 Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ

Όπως προαναφέρθηκε, η ασθένεια είναι η αλλοίωση ενός ή περισσότερων οργάνων που επηρεάζει αρκετές ή και όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού.

Ο όρος «νόσος» και «ασθένεια» χρησιμοποιούνται πιο συχνά αντί για τον όρο «άρρωστια» και αναφέρονται η μεν νόσος στην βιολογική δυσλειτουργία σε επίπεδο κυττάρου και η δε ασθένεια στην ατομική δυσλειτουργία, δηλαδή στο αποτέλεσμα της νόσου.

Η έννοια της νόσου και της ασθένειας είναι κάπως περίπλοκες και λίγο δύσκολο να ορισθούν με ακρίβεια. Διότι άλλοι μεν αισθάνονται καλά ενώ μπορεί να πάσχουν σοβαρά, ενώ κάποιοι άλλοι δεν αισθάνονται καλά παρόλο που ιατρικά δεν είναι άρρωστοι. Συμπεραίνουμε ότι ασθένεια έχει και αντικειμενικό και υποκειμενικό χαρακτήρα και όταν δεν συμφωνούν αυτοί οι δύο τότε το πρόβλημα περιπλέκεται.

1.2.2 Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ

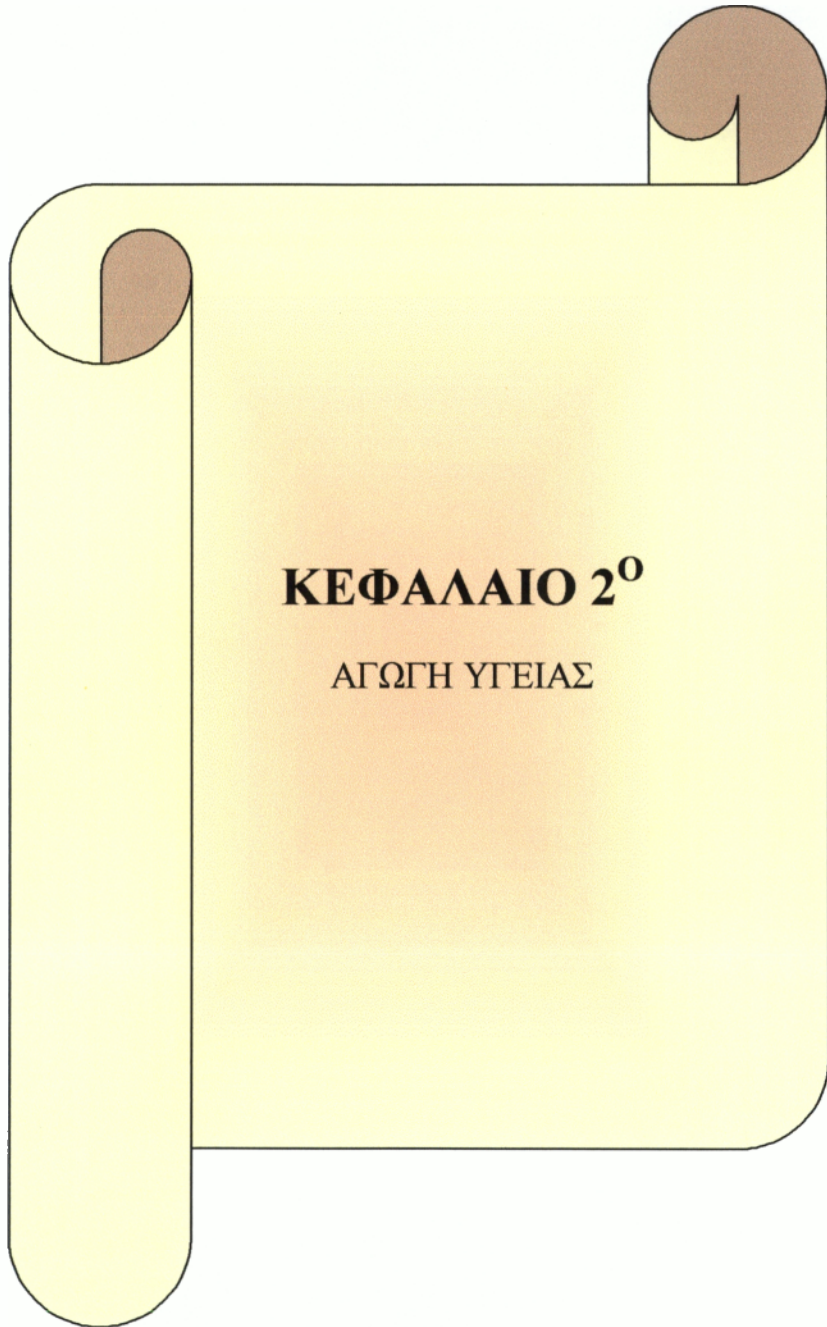
Εδώ μελετάται η ασθένεια πιο γενικά και κυρίως η αντιμετώπιση που λαμβάνει ο ασθενής από το κοινωνικό του περιβάλλον. Γνωρίζοντας ότι η ασθένεια έχει και κοινωνικό υπόβαθρο γίνεται κατανοητό ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζεται ο ασθενής από το κοινωνικό του περιβάλλον έχει επίπτωση στην ψυχολογία του και κατά συνέπεια και στην εκδήλωση ή πορεία της ασθένειας. Αποτελεί σημαντικό αίτιο ασθένειας το αίσθημα του ανθρώπου ότι είναι ανεπιθύμητος και νιώθει περιθωριοποιημένος από το περιβάλλον του.

Αντίστοιχα, δεν υπάρχει πιο αποτελεσματικό φάρμακο για έναν ασθενή από το να πιστέψει πραγματικά ότι είναι απαραίτητος και σημαντικός από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει.

«Ολόκληρη η διάθεση και το ψυχικό κλίμα του ασθενή που του δημιουργεί το κοινωνικό του περιβάλλον επιδρούν στη καλή ή κακή πορεία της ασθένειας».⁶ Το αίσθημα της αισιοδοξίας, της θέλησης για αποθεραπεία και για ζωή συντελούν θετικά στην υπερνίκηση της νόσου. Αντίθετα η απογοήτευση και ο φόβος χειροτερεύουν την κατάσταση.

Από την άλλη μεριά, υπάρχει μία διαφορετική αντίληψη που υποστηρίζει ότι η ασθένεια μπορεί να αποβεί σε θετική εμπειρία προσωπικής ανάπτυξης για τους ασθενείς, όταν γίνεται αφορμή να διδαχθούν και να κατανοήσουν την αξία της υγείας και τους τρόπους που θα την προστατεύσουν και θα την βελτιώσουν.

⁶ Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995, σελ. 54



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2º

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε ο σπουδαίος ρόλος του κοινωνικού περιβάλλοντος, της ψυχολογίας του ατόμου αλλά και της ανθρώπινης συμπεριφοράς για την εκδήλωση και ομαλή πορεία της ασθένειας. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν αποφασιστικά στην αιτιολογία και επιδημιολογία πολλών νοσημάτων μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και μερικές από τις βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας της εποχής μας. Πολλές από αυτές θα μπορούσαν να είχαν περιοριστεί σημαντικά αν ο άνθρωπος ήταν σωστά ενημερωμένος και άλλαζε ορισμένες ανθυγιεινές καθημερινές του συνήθειες. Συνεπώς το επίπεδο υγείας του πληθυσμού βρίσκεται σε στενή εξάρτηση με το επίπεδο ενημέρωσης και συνειδητοποίησης του σε θέματα που αφορούν την υγεία του. Η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση συμβάλλει στην ετοιμότητα και αποφασιστικότητα του καθένα ατομικά αλλά και όλων μαζί συλλογικά για εποικοδομητική και αποτελεσματική δράση στην υπόθεση της υγείας. Αυτό ακριβώς έρχεται να κάνει η αγωγή της υγείας.

Η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση συμπεριφοράς, με αντικείμενο τη μείωση της επιπτώσεως ή τη βελτίωση της προγνώσεως ενός ή περισσότερων νοσημάτων. Όπως προκύπτει από τον ορισμό αυτό, η αγωγή υγείας στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφοράς και όχι μόνο στην απόκτηση γνώσεων, έστω και αν οι γνώσεις αποτελούν προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Επίσης η αγωγή υγείας δεν αφορά μόνο την προληπτική ιατρική, αλλά μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αναβάθμιση των φροντίδων αποκαταστάσεως. Τέλος, η αγωγή υγείας δεν επικεντρώνεται πάντα στην αυτοπροστασία του ατόμου, αλλά μπορεί να αφορά συλλογικές δραστηριότητες, όπως ο περιορισμός της διασποράς αφροδίσιων νοσημάτων και η περιστολή της ρυπάνσεως του περιβάλλοντος.⁷

⁷ Αντωνία Τριχοπούλου-Δημήτρης Τριχόπουλος, "Προληπτική Ιατρική", Αθήνα 1986, σελ.22

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, η αγωγή υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως εξής :

« Αγωγή υγείας είναι η διαδικασία εκείνη που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και η προαγωγή της υγείας τους ».⁸

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στο παρελθόν η Αγωγή Υγείας ασκήθηκε με διάφορες ανεπίσημες μορφές και με ποικίλες ονομασίες σαν συμπλήρωμα κυρίως θεραπευτικών και προληπτικών προγραμμάτων και υπηρεσιών υγείας.

Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν για να δηλώσουν παρεμφερείς δραστηριότητες με αυτές της Αγωγής Υγείας ήταν :

- 1) Εκπαίδευση Υγείας
- 2) Υγειονομική Διαφώτιση⁹

Η «Εκπαίδευση Υγείας» αφορά περισσότερο τη διδασκαλία στο ακαδημαϊκό περιβάλλον και δεν περιλαμβάνει τη διάσταση της ενεργούς συμμετοχής και κυρίως της μεταβολής της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος.

Όσον αφορά την «Υγειονομική Διαφώτιση», που ήταν και ο πιο διαδεδομένος όρος αναφέρεται στην ενημέρωση κάποιου που βρίσκεται σε πλάνη ή σε άγνοια, αλλά δεν επικεντρώνεται στην υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς και κυρίως δεν απηχεί την συμμετοχή του ατόμου στη διδασκαλία της αλλαγής της συμπεριφοράς.

Αυτόνομη φυσιογνωμία απέκτησε μόνο μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 1952 η 5^η γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας εντολοδότησε επιτροπή εμπειρογνομόνων Αγωγής Υγείας να μελετήσει και να εισηγηθεί σχετικά με την ανάπτυξη αυτού του ιδιαίτερου κλάδου. Το 1953 καθορίστηκε από την επιτροπή αυτή το βασικό περιεχόμενο και οι στόχοι της Αγωγής Υγείας που παραμένουν μέχρι σήμερα.

Από τότε, η Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) πραγματοποίησε

⁸Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 23

⁹Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 25

πολλά σεμινάρια για το αντικείμενο της Αγωγής Υγείας και εκδόθηκαν πολλά φυλλάδια που καλύπτουν εξειδικευμένους τομείς του κλάδου, όπως η εκπαίδευση των στελεχών της αγωγής υγείας κ.α.

Στη χώρα μας η Αγωγή Υγείας, με την ονομασία κυρίως της «Υγειονομικής Διαφώτισης» παρεχόταν από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για θέματα σχετικά με τη δημόσια υγεία του πληθυσμού.

Σαν ιδιαίτερος επιστημονικός κλάδος δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα. Τα τελευταία χρόνια όμως άρχισε να διδάσκεται συστηματικά σαν μάθημα σε ορισμένες σχολές της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Πριν από περίπου δέκα χρόνια με πρωτοβουλία του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς και Αθλητισμού, εφαρμόστηκε το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στη χώρα μας, στους νέους της σχολικής ηλικίας με οκτώ διαφορετικά αντικείμενα : Ατυχήματα, κάπνισμα, διατροφή, στοματική υγεία, ψυχική υγεία, περιβάλλον, σχολείο και κατοικία.

Με ευθύνη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας έχουν εφαρμοστεί επίσης πολλά προγράμματα Αγωγής Υγείας, ιδιαίτερα σε χώρες του Τρίτου κόσμου, όπου είχαν και σημαντική επιτυχία.

2.3 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

«Η Αγωγή Υγείας επιδιώκει να ικανοποιήσει επτά βασικούς στόχους ¹⁰:

1. Ευαισθητοποίηση
2. Παροχή γνώσεων
3. Ιεράρχηση αξιών
4. Αλλαγή απόψεων
5. Λήψη αποφάσεων
6. Αλλαγή συμπεριφοράς
7. Αλλαγή περιβάλλοντος»

1. Ευαισθητοποίηση

Σε κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, πρώτος στόχος είναι η συνειδητοποίηση του πληθυσμού για το εκάστοτε πρόβλημα. Μερικές φορές η

¹⁰ Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 26

γνώση για την ύπαρξη ενός προβλήματος υπάρχει, αλλά υπάρχει επίσης και η άγνοια για το μέγεθος του. Σε τέτοιες περιπτώσεις για να γίνει αντιληπτό το μέγεθος, πρέπει να δίνονται ορισμένες βασικές πληροφορίες π.χ. για την περίπτωση του καπνίσματος, να τονίζονται οι βλαβερές επιπτώσεις που επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία του καπνιστή.

2. Παροχή γνώσεων

Εφόσον υπάρχει ευαισθητοποίηση για κάποιο θέμα, επόμενος στόχος είναι η παροχή των απαραίτητων γνώσεων. Οι γνώσεις αυτές θα πρέπει να είναι τέτοιες που να ενισχύουν τη βούληση του κοινού ή του ατόμου για δράση προς τη σωστή κατεύθυνση, όταν η καταπολέμηση ενός προβλήματος απαιτεί ιδιαίτερες και συγκεκριμένες ενέργειες.

3. Ιεράρχηση Αξιών

Ο στόχος της ιεράρχησης των αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν ή παραβλέπουν το τι είναι σημαντικό για την υγεία τους ή ακόμα τη μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για τη πορεία της ζωής τους.

4. Αλλαγή απόψεων

Οι απόψεις, σε αντίθεση με τις αξίες, αφορούν συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής. Οι αξίες βέβαια που έχουν υιοθετηθεί επηρεάζουν τις απόψεις του κοινού ή του ατόμου. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, επηρεάζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται. Στόχος λοιπόν της Αγωγής Υγείας, είναι μέσω της πληροφόρησης να μπορέσει να τροποποιήσει ορισμένες από τις στάσεις και απόψεις του κοινού.

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά τις αξίες του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι για τη λήψη των σωστών αποφάσεων πρέπει να προηγηθεί η παροχή των απαραίτητων γνώσεων και η διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Για παράδειγμα κάποιος θα αποφασίσει να διακόψει το κάπνισμα, επειδή γνωρίζει τους κινδύνους που παραμονεύουν και επειδή οι αξίες του και οι απόψεις που έχει υιοθετήσει τον οδηγούν στο να διασφαλίσει την υγεία του.

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Κάποιες φορές, όταν παίρνουμε τη σωστή απόφαση για κάποιο ζήτημα, δεν οδηγούμαστε πάντα και στην υλοποίηση της. Αυτό συμβαίνει όταν η εκτέλεση της απόφασης είναι επίπονη για τον οργανισμό μας, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Μια τέτοια περίπτωση είναι και η απόφαση για την διακοπή του καπνίσματος. Η Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια αυτή που χρειάζεται το κοινό ή το άτομο προκειμένου να πραγματοποιήσει την αλλαγή και να εκτελέσει μια απόφαση που έχει πάρει. «Η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας».¹¹

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο στόχος αυτός έχει σαν κύριο μέλημα του την αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, έτσι ώστε να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Η αναβάθμιση αυτή περιλαμβάνει αλλαγές μέσα στο σπίτι αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία η οποία καθορίζει τις γνώσεις, τις αξίες, τις απόψεις και τις

¹¹ Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 28

πράξεις. Στη περίπτωση που μας ενδιαφέρει στην μελέτη μας, δηλαδή στην περίπτωση του καπνίσματος, αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές τόσο μέσα στο σπίτι, όσο και εκτός αυτού και συνεχώς προβάλουν μπροστά του διαφημίσεις τσιγάρων, πολύ λιγότερο θα καταφέρει να μη παρασυρθεί.

«Θα μπορούσε να γίνει μια κατηγοριοποίηση των παραπάνω επτά στόχων ως εξής :

- α) Τι θέλουμε να γνωρίζει το κοινό : εδώ υπάγεται η ευαισθητοποίηση και η παροχή γνώσεων
- β) Τι θέλουμε να αισθανθεί : εδώ βρίσκεται η ιεράρχηση αξιών, η αλλαγή απόψεων και η λήψη αποφάσεων
- γ) Τι θέλουμε να πράξει : δηλαδή η αλλαγή συμπεριφοράς και η αλλαγή περιβάλλοντος»¹²

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν είναι αναγκαίο κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας να περνάει διαδοχικά από τον ένα στόχο στον επόμενο. Βέβαια η απαρίθμηση των βασικών στόχων όπως έγινε παραπάνω φανερώνει μια λογική σειρά που θα ήταν ευτυχές να μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε κάθε πρόγραμμα, αλλά δεν είναι αυστηρώς καθορισμένη και άρα δεν είναι υποχρεωτική. Για παράδειγμα, κάποιος υιοθετώντας αρχικά μια νέα συμπεριφορά, μπορεί να νιώσει ότι πραγματικά τον ωφελεί και στη συνέχεια να ενδιαφερθεί να μάθει περισσότερα και να αναθεωρήσει τις απόψεις του.

Ένα ακόμη σημείο το οποίο πρέπει να τονιστεί, είναι ότι η επίτευξη κάθε στόχου δε σημαίνει και την αυτόματη επίτευξη του επομένου. Για κάθε πρόβλημα, η απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων απέχει πολύ από την υιοθέτηση σωστής συμπεριφοράς και την αναθεώρηση απόψεων. Κάθε στόχος της Αγωγής Υγείας θέλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να επιτευχθεί.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι στόχοι θα πρέπει να διαφοροποιούνται και να προσαρμόζονται ανάλογα με την περίσταση. Κάποιος για παράδειγμα που προσέρχεται μόνος του σε ένα κέντρο απεξάρτησης από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, σημαίνει ότι είναι ήδη ευαισθητοποιημένος, έχει τις απαραίτητες γνώσεις και είναι αποφασισμένος. Άρα, θα πρέπει να παρακαμφθούν οι πρωταρχικοί στόχοι και να προχωρήσει το πρόγραμμα στον επόμενο στόχο για αλλαγή συμπεριφοράς.

¹² Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 29

2.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας ακολουθεί κατά σειρά τρία βήματα. Το πρώτο βήμα είναι ο λεπτομερής και προσεκτικός σχεδιασμός. Κάθε σχεδιασμός περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς τομείς του προγράμματος, που ο καθένας από αυτούς πρέπει να αναλύεται και να καταγράφεται ξεχωριστά. Η εφαρμογή του προγράμματος είναι το δεύτερο και σημαντικότερο βήμα στην υλοποίηση της Αγωγής Υγείας. Αποτελεί πιστή μεταφορά στην πράξη όσων έχουν διατυπωθεί γραπτά από το στάδιο του σχεδιασμού. Το τρίτο και τελευταίο βήμα είναι η αξιολόγηση κάθε προγράμματος και αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εφαρμογής του και κυρίως την αποτίμηση των αποτελεσμάτων του. Ο τρόπος της αξιολόγησης αποτελεί επίσης αντικείμενο του σχεδιασμού.



«Ο σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας περιλαμβάνει τα εξής βασικά στάδια :

1. Ανάλυση της κοινότητας-πληθυσμού
2. Επισήμανση των αναγκών του
3. Καθορισμός των στόχων
4. Αποτίμηση των πόρων
5. Περιγραφή μεθοδολογίας
6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης»¹³

Είναι χρήσιμο να αναλυθεί κάθε στάδιο χωριστά ώστε να γίνει αντιληπτό το περιεχόμενο του σχεδιασμού.

¹³ Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 32

1. Ανάλυση της κοινότητας-πληθυσμού

Σε όλες τις κοινότητες υπάρχουν ποικίλες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων που την αποτελούν, αλλά και επιδράσεις από εξωτερικούς παράγοντες. Κοινότητα δεν θεωρείται μόνο μια ομάδα ατόμων που ζουν σε μια γειτονιά, σε ένα χωριό ή σε μια πόλη. Κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί και μια ομάδα ατόμων που έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως π.χ. κοινό επάγγελμα, κοινή θρησκεία, κάποιες κοινές ιδιαίτερες ανάγκες. Αυτές οι κοινότητες ονομάζονται «λειτουργικές». Η ανάλυση μίας κοινότητας πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής :

- Ποσότητα του πληθυσμού, δηλαδή καταγραφή του ακριβή αριθμού των ατόμων που τον απαρτίζουν.
- Ηλικία και φύλο, καταμέτρηση ανδρών και γυναικών και προσδιορισμός της ηλικιακής σύνθεσης του πληθυσμού γιατί αλλιώς αντιλαμβάνονται κάποια θέματα οι νέοι και αλλιώς οι ηλικιωμένοι και σε πολλές περιπτώσεις αλλιώς οι άνδρες και αλλιώς οι γυναίκες.
- Πολιτιστικά και γλωσσολογικά χαρακτηριστικά, γιατί κάθε χώρα έχει τα δικά της ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά, αλλά και συχνά μέσα στην ίδια χώρα υπάρχουν διαφορές. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι γνωστά αυτά τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου για να προσαρμόζεται ανάλογα η μεθοδολογία του προγράμματος.
- Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, γιατί στοιχεία όπως το εισόδημα, επάγγελμα, μόρφωση, κατοικία, παίζουν σημαντικό ρόλο στο σχεδιασμό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας.
- Σχετικές γνώσεις και πείρα, για να διαπιστωθεί πόσο καλά ενημερωμένο είναι το κοινό γύρω από το θέμα, αν υπάρχουν προκαταλήψεις, παραπληροφόρηση ή ελλιπής ενημέρωση.
- Υπάρχουσες στάσεις και συμπεριφορές. Είναι δύο πολύ βασικά στοιχεία για το σωστό σχεδιασμό και αυτό γιατί με διαφορετικό τρόπο ανταποκρίνονται οι διάφοροι πληθυσμοί στα προγράμματα Αγωγής Υγείας.
- Στάσεις σε εκπαιδευτικά ζητήματα. Θα πρέπει να μελετηθεί σε ποιες εκπαιδευτικές μεθόδους ανταποκρίνεται καλύτερα ο εκάστοτε πληθυσμός-στόχος. Άλλοι προτιμούν τις συλλογικές διαδικασίες, ενώ άλλοι την απρόσωπη ενημέρωση.

- Εκπαιδευτικό και πνευματικό επίπεδο, γιατί ανάλογα με το πνευματικό επίπεδο και τις εκπαιδευτικές ικανότητες του πληθυσμού, σχεδιάζονται οι ιδιαίτερες μέθοδοι των προγραμμάτων.
- Γενικά χαρακτηριστικά υγείας. Μελετούνται εξ' αρχής οι ιδιαίτερες ανάγκες του κοινού για να προσαρμοστεί σχετικά το πρόγραμμα. Οι ηλικιωμένοι για παράδειγμα αντιμετωπίζουν προβλήματα μετακίνησης, μειωμένη όραση και ακοή και είναι δύσκολο έως αδύνατο να παρακολουθήσουν ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει δραστηριότητες εκτός σπιτιού, διάβασμα πολλών κειμένων κ.α.

2. Επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού-στόχου

Στον δεύτερο τομέα του σχεδιασμού επισημαίνονται τα ειδικά προβλήματα υγείας που υπάρχουν και σχεδιάζονται ειδικές έρευνες και μέθοδοι για τη συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών. Τέτοιες μέθοδοι είναι τα στατιστικά στοιχεία, κάποιες επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει, η μελέτη των απόψεων των ειδικών καθώς και του κοινού για το θέμα.

Για να υπάρξει ολοκληρωμένη αντίληψη των αναγκών, θα πρέπει κάθε φορά να απαντώνται ερωτήματα όπως τι είδους ανάγκη είναι, ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη, που βασίζεται αυτή η απόφαση και αν το πρόγραμμα αποτελεί απάντηση σ' αυτή την ανάγκη.

3. Καθορισμός των στόχων

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκαν οι επτά βασικοί στόχοι ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας. Στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού θα πρέπει να καταγράφονται οι στόχοι που θα περιλαμβάνει το πρόγραμμα γιατί όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι υποχρεωτικό όλα τα προγράμματα να περιλαμβάνουν τους ίδιους στόχους, ούτε να εκτελούνται οι στόχοι με την ίδια σειρά. Στη συνέχεια θα πρέπει να γίνεται μια σύντομη ανάλυση του κάθε στόχου.

Για παράδειγμα, σε ένα αντικαπνιστικό πρόγραμμα, αν συμπεριληφθεί ο στόχος της παροχής γνώσεων, θα πρέπει στο στάδιο αυτό του σχεδιασμού να καταγραφούν τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα, πόσο αναλυτικά

θα παρουσιαστούν και πόση βαρύτητα θα δοθεί σε στατιστικά στοιχεία και επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα.

4. Αποτίμηση των πόρων

Κάθε πρόγραμμα για την εφαρμογή του έχει ανάγκη τόσο από υλικούς , όσο και ανθρώπινους πόρους. Οι υλικοί πόροι είναι τα χρήματα, ο εξοπλισμός, οι κτιριακές ευκολίες κλπ. Οι ανθρώπινοι πόροι είναι οι εξής :

- Εκπαιδευτές υγείας
- Εκπαιδευτικοί
- Επισκέπτες υγείας
- Γιατροί
- Ο πληθυσμός-στόχος
- Άτομα που επηρεάζουν το πληθυσμό

Ο σχεδιασμός πρέπει να αναφέρει συγκεκριμένα πόσοι εκπαιδευτές υγείας θα ασχοληθούν, πόσα στελέχη όπως γιατροί, επιστήμονες, επιδημιολόγοι, ψυχολόγοι και ποια είναι εκείνα τα άτομα που επηρεάζουν το πληθυσμό π.χ. σε ένα πρόγραμμα διατροφής για παιδιά τέτοια είναι οι γονείς και οι δάσκαλοι. Επίσης χρήσιμο είναι να αξιοποιούνται και τα μέλη εκείνα του πληθυσμού που έχουν ιδιαίτερες ικανότητες γιατί η συμμετοχή του κοινού συχνά καλύπτει ανάγκες τόσο οργανωτικές όσο και πρακτικές.

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να καταγράφονται και οι ελλείψεις, δηλαδή τα εμπόδια που προκύπτουν τόσο από τους υλικούς πόρους, όσο και από τους ανθρώπινους.

5. Περιγραφή μεθοδολογίας

Το πιο σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού είναι η περιγραφή της μεθοδολογίας. Από τις μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν κρίνεται σε μεγάλο βαθμό η επιτυχία του προγράμματος.

Στη διαδικασία επιλογής μεθοδολογίας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ποια είναι τα μέσα που ενδείκνυνται από την Αγωγή Υγείας, ποια από αυτά είναι τα πιο αποδεκτά από τον πληθυσμό με βάση τις ιδιαιτερότητες του και ποια από αυτά είναι τα πιο οικεία.

Η θεωρία της Αγωγής Υγείας προτείνει ορισμένα μέσα για κάθε πρόγραμμα. Από αυτά θα επιλεγούν μερικά μόνο με βάση το πληθυσμό-στόχο

γιατί κάποια θα είναι τελείως ακατάλληλα. Στην περίπτωση για παράδειγμα ενός προγράμματος για παιδιά, που δεν ξέρουν ακόμα να διαβάζουν, είναι ανούσιο να μοιραστούν κείμενα για ανάγνωση.

6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης

Το τελευταίο στάδιο που περιλαμβάνει ο σχεδιασμός είναι ο σχεδιασμός της αξιολόγησης. «Η υπόθεση της αξιολόγησης αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κεφάλαιο στην σωστή εφαρμογή κάθε προγράμματος και υπηρεσίας υγείας, γιατί είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο δίνεται η δυνατότητα να επισημανθούν τα λάθη ή οι παραλείψεις, να πραγματοποιηθούν οι αναγκαίες τροποποιήσεις και βελτιώσεις και κυρίως να εκτιμηθεί κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι αρχικές επιδιώξεις και κατά πόσο επήλθαν τα προσδοκώμενα οφέλη»¹⁴

Θα πρέπει να τονιστεί ότι κατά την αξιολόγηση της διαδικασίας, κρίνονται οι υλικοί πόροι αν ήταν επαρκείς, το ανθρώπινο δυναμικό αν ανταποκρίθηκε στα προσδοκώμενα αποτελέσματα και αν οι διαδικασίες που εφαρμόστηκαν για την πραγματοποίηση του προγράμματος ήταν επιτυχείς.

Σχετικά με την αξιολόγηση του αποτελέσματος, εξετάζεται αν επιτεύχθηκε μείωση του προβλήματος και βελτίωση της υγείας. Δεν αρκεί δηλαδή να μετρηθεί αν μειώθηκε ένα πρόβλημα αλλά αξιολογείται και σε ποιο βαθμό έγινε αυτή η μείωση. Γι' αυτό οι στόχοι πρέπει να είναι προκαθορισμένοι και συγκεκριμένοι.

Η επιτυχία λοιπόν ενός προγράμματος δεν κρίνεται μόνο από το αν επήλθε μείωση του προβλήματος, αλλά και από το αν η μείωση αυτή ήταν του μεγέθους που αναμενόταν και είχε προγραμματιστεί. Αυτή η αξιολόγηση γίνεται και για κάθε ενδιάμεσο στόχο.

Η αξιολόγηση τόσο της διαδικασίας όσο και του αποτελέσματος μπορεί να γίνει από τους εκπαιδευτές που εφαρμόζουν το πρόγραμμα (αυτό-αξιολόγηση), από επιστήμονες εκπαιδευμένους στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών) και από τον πληθυσμό που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση κοινού).

¹⁴ Γιάννης Τούντας, "Σημειώσεις Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1998, σελ. 30

Τέλος, αναφορικά με τη μεθοδολογία της αξιολόγησης, πρέπει να πούμε ότι αν και υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τρόποι και μέθοδοι, δύο είναι οι πιο βασικές και συνηθισμένες :

- Μετρήσεις πριν την εφαρμογή του προγράμματος που συγκρίνονται με μετρήσεις μετά την εφαρμογή.
- Μετρήσεις σε πληθυσμό που δεν εφαρμόζεται το πρόγραμμα, που συγκρίνονται με μετρήσεις σε αντίστοιχο πληθυσμό όπου εφαρμόζεται το πρόγραμμα.¹⁵

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αξιολόγησης είναι ο συνδυασμός των παραπάνω δύο μεθόδων.

Μερικά μέσα που χρησιμοποιούνται στις μετρήσεις είναι τα διάφορα ερωτηματολόγια, επιδημιολογικές έρευνες, δείκτες, συνεντεύξεις, κ.α.

2.5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη διάρκεια της εφαρμογής ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτές υγείας πολλές και διαφορετικές μέθοδοι και τεχνικές. Από ενημερωτικά φυλλάδια και εκπαιδευτικά κείμενα προς ανάγνωση, μέχρι ομαδική διδασκαλία, συνεντεύξεις σε προσωπικό επίπεδο και άλλα. Τις περισσότερες φορές μάλιστα, για την επίτευξη ενός στόχου μπορεί να χρησιμοποιηθούν περισσότερες από μία τεχνικές ταυτόχρονα, γιατί έχει επικρατήσει η άποψη ότι η πληθώρα των τεχνικών καθιστά πιο αποτελεσματική την όλη διαδικασία. «Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και με την οποία οι εκπαιδευτές υγείας είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι, ο εμπλουτισμός της με άλλες εκπαιδευτικές μεθόδους πρέπει να είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση».¹⁶

Ταξινομώντας τις εκπαιδευτικές μεθόδους και τεχνικές που χρησιμοποιεί η Αγωγή Υγείας διακρίνουμε δύο κατηγορίες : (α) μέθοδοι επικοινωνίας και (β) μέθοδοι εκπαίδευσης.¹⁷

¹⁵ Γιάννης Τούντας, "Σημειώσεις Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1998, σελ. 31

¹⁶ Γιάννης Τούντας, "Σημειώσεις Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1998, σελ. 33

¹⁷ Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 41

Οι μέθοδοι της πρώτης κατηγορίας χρησιμεύουν στην επίτευξη των δύο πρώτων στόχων της Αγωγής Υγείας, δηλαδή στην ευαισθητοποίηση του κοινού και στην παροχή γνώσεων.

Τέτοιες είναι οι διαλέξεις, η ατομική διδασκαλία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οπτικοακουστικά μέσα, η εκπαιδευτική τηλεόραση και ορισμένες τεχνικές προγραμματισμένης εκμάθησης.

Οι μέθοδοι της δεύτερης κατηγορίας αποσκοπούν κυρίως στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών του κοινού. Σε αυτές ανήκουν η ανάπτυξη ικανοτήτων, τα ειδικά παιχνίδια, η εκμάθηση με την παρατήρηση και την αναζήτηση, η δουλειά σε ομάδες, η χρήση προτύπων και διάφορες τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς. Μια σύντομη αναφορά θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατανόηση της σημασίας κάθε τεχνικής χωριστά.

α) ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

(i) Διαλέξεις

Στην «Υγειονομική Διαφώτιση» οι διαλέξεις μαζί με τα έντυπα, ήταν οι μοναδικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν. Στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο. Το ότι χρησιμοποιούνται σε πολλά προγράμματα, οφείλεται στο γεγονός ότι είναι οικονομικές, εύκολες και προσαρμόσιμες. Οι διαλέξεις έχουν σαν στόχο την μετάδοση πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση και προβληματισμό του κοινού για κάποιο ζήτημα.

Ένα βασικό όμως μειονέκτημα τους είναι η μονόδρομη επικοινωνία του εκπαιδευτή με το κοινό.

(ii) Ατομική διδασκαλία

Η ατομική διδασκαλία αποτελεί την διαδικασία παροχής γνώσεων και πληροφόρησης κατά την οποία ο εκπαιδευτής βρίσκεται σε προσωπική επικοινωνία με έναν μόνο εκπαιδευόμενο κάθε φορά. Έχει χρησιμοποιηθεί σε νοσηλευόμενους ασθενείς και κατά την διάρκεια προγραμμάτων με προσωπικές επισκέψεις σε σπίτια.

Η ατομική διδασκαλία είναι πολύ μικρής αποδοτικότητας όσον αφορά το αποτέλεσμα του προγράμματος για το σύνολο του πληθυσμού-στόχου, αλλά πολύ αποδοτική για τον κάθε εκπαιδευόμενο χωριστά.

(iii) Μέσα μαζικής επικοινωνίας

Τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.) περιλαμβάνουν τη τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις εφημερίδες, περιοδικά, βιβλία και τις διαφημίσεις. Κάθε ένα από αυτά τα μέσα έχει τη δική του συμμετοχή. Η τηλεόραση είναι αποτελεσματική για την αλλαγή διάθεσης των ατόμων και την αλλαγή συμπεριφοράς μέσα από κατάλληλες εκπομπές και ψυχαγωγικές σειρές. Η τηλεόραση μπορεί να διαμορφώσει, με τη σειρά της, κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές.

Οι διαφημίσεις χρησιμοποιούνται επίσης για μηνύματα αγωγής υγείας αλλά πολλές φορές και για μηνύματα κακής υγείας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι διαφημίσεις τσιγάρων, αλκοολούχων ποτών, κακής διατροφής, επικίνδυνης οδήγησης κ.α.

Ο έλεγχος στις διαφημίσεις είναι σοβαρός όχι μόνο για την επίδραση που έχουν στη κατανάλωση διαφόρων προϊόντων, αλλά και γιατί κυρίως δημιουργούν κοινωνική συμπεριφορά. Πολλοί π.χ. πιστεύουν ότι δεν μπορεί να είναι "τόσο κακό το κάπνισμα" αφού και "οι επιτυχημένοι καπνίζουν" ή αφού η πολιτεία αφήνει όλες αυτές τις διαφημίσεις να κατακλύζουν την αγορά.

Τα υπόλοιπα μέσα που προαναφέρθηκαν (εφημερίδες, περιοδικά, βιβλία κ.α.) είναι επίσης ικανά να επηρεάσουν τη συμπεριφορά, αλλά είναι πιο κατάλληλα για πληροφόρηση και εκπαίδευση των ατόμων.

(iv) Οπτικοακουστικά μέσα

Τα οπτικοακουστικά μέσα περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από αυτά είναι οπτικά όπως συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, slides, διαφάνειες και πίνακες.

Άλλα είναι μόνο ακουστικά όπως κασέτες και CD και ορισμένα συνδυάζουν και τα δύο όπως ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο κ.α.

Στον χαρακτήρα τους μοιάζουν λίγο με τα Μ.Μ.Ε., αλλά έχουν βασικές διαφορές. Η πιο σημαντική είναι ο όγκος του πληθυσμού που καλύπτουν. Τα μέσα αυτά έχουν περιορισμένο κοινό, όπως οι μαθητές μιας τάξης, οι νοσηλευόμενοι μιας μονάδας, οι εργαζόμενοι σε μια επιχείρηση.

(v) Εκπαιδευτική τηλεόραση

Απευθύνεται σε μικρούς ή μεγάλους πληθυσμούς ανάλογα με την εμβέλεια του δικτύου. Άλλες φορές αποτελεί φορέα ολοκληρωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και άλλες φορές αποσκοπεί στο να προκαλέσει το αρχικό ενδιαφέρον του κοινού γύρω από κάποιο θέμα, πριν εφαρμοστούν άλλες μέθοδοι Αγωγής Υγείας.

Η χρήση εκπαιδευτικής τηλεόρασης είναι πολύ περιορισμένη και δυστυχώς η έλλειψη στοιχείων που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της, δεν αφήνει περιθώρια για την ανάπτυξη της.

β) ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

(i) Ανάπτυξη ικανοτήτων

Η ανάπτυξη ικανοτήτων στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων από τους εκπαιδευτές υγείας προς το κοινό. Παραδείγματα τέτοια είναι η διδασκαλία του ανώδυνου τοκετού, η χρήση ενέσιμης ινσουλίνης, η αυτοεξέταση του μαστού και ακόμα οι γονείς που δείχνουν στα παιδιά τους πώς να πλένουν τα δόντια τους.

Η μέθοδος της ανάπτυξης ικανοτήτων περιλαμβάνει τρία στάδια. Στο πρώτο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο εκτελείται η τεχνική από τους εκπαιδευτές και στο τρίτο ο εκπαιδευόμενος έχει τη δυνατότητα να την εφαρμόσει μπροστά στο υπόλοιπο κοινό.¹⁸

(ii) Ειδικά παιχνίδια

Τα ειδικά παιχνίδια περιλαμβάνουν διάφορα τροποποιημένα δημοφιλή παιχνίδια ή θεατρικές τέχνες. Παράδειγμα αυτών των εφαρμογών αποτελεί η χρήση επιτραπέζιων παιχνιδιών, που έχουν τροποποιηθεί κατάλληλα έτσι ώστε να βοηθούν στην αποσαφήνιση διαφόρων αξιών και στη λήψη υγιεινών

¹⁸ Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1994, σελ. 41

αποφάσεων κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού.

Η μέχρι σήμερα χρήση τέτοιων τεχνικών στα πλαίσια της Αγωγής Υγείας είναι μάλλον περιορισμένη. Αιτίες είναι η δύσκολη εφαρμογή τους στις αίθουσες διδασκαλίας, η μεγάλη διάρκεια και η χρονοβόρα προετοιμασία τους. Προβλήματα όπως αυτά της τρίτης ηλικίας, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και άλλα παρόμοια, είναι κατάλληλα για την αξιοποίηση της μεθόδου.

(iii) Παρατήρηση και αναζήτηση

Με την τεχνική αυτή, οι εκπαιδευόμενοι παρακινούνται να διαμορφώσουν τις δικές τους υποθέσεις και να τις ελέγξουν στη πράξη. Τέτοιες μέθοδοι είναι το πείραμα και η εκπαιδευτική εκδρομή. Η διδασκαλία ξεφεύγει από τις παραδοσιακές της μορφές και αρχίζει ένας νέος τρόπος εκμάθησης, που βάση του είναι ο αυτόνομος προβληματισμός. Τα ερεθίσματα για γνώση δίνονται μέσα από τις μεθόδους αυτές και στη συνέχεια με βάση το πώς ο καθένας ξεχωριστά λαμβάνει τα ερεθίσματα, αρχίζει μια συζήτηση με τη μορφή ερωταπαντήσεων με τον εκπαιδευτή. Η μέθοδος αυτή μέχρι σήμερα έχει περιοριστεί στο σχολικό περιβάλλον.

(iv) Δουλειά σε ομάδες

Είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς. Χάρη σε αυτή τη μέθοδο επιτυγχάνεται μέσα από τακτικές συναντήσεις του κοινού με τον εκπαιδευτή η ενεργός συμμετοχή και η αύξηση της υπευθυνότητας.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συνεργασία και στην αλληλοκατανόηση. Το κοινό με βάση τις ανάγκες του συμμετέχει στη κατάλληλη διαμόρφωση του προγράμματος. Ο εκπαιδευτής δεν έχει την αυστηρή ιδιότητα του διδασκάλου και η γνώση του είναι πολύ αποτελεσματική αφού προέρχεται μέσα από συζήτηση και δεν είναι προϊόν αποστήθισης.

Η εκπαιδευτική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται αρκετά από επιστήμονες και εκπαιδευτές υγείας για την επίτευξη πολλών στόχων. Μερικά παραδείγματα είναι οι ομαδικές ψυχοθεραπείες, προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, προγράμματα για την αποσαφήνιση αξιών και λήψη αποφάσεων.

(v) Χρήση προτύπων

Η χρήση της μεθόδου αυτής βασίζεται στην ανθρώπινη τάση για υιοθέτηση προτύπων συμπεριφοράς, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες. Σε αυτές βασικά πρότυπα αποτελούν οι γονείς, τα μεγαλύτερα αδέρφια και οι δάσκαλοι. Μεγαλώνοντας τα πρότυπα εξασθενίζουν, μέχρι που φτάνουν να επηρεάζουν ελάχιστα τον άνθρωπο. Η χρήση κάποιου προτύπου δεν έχει σαν σκοπό την απλή μίμησή του. Συντελεί στην ασυναίσθητη δημιουργία κανόνων στο μυαλό του εκπαιδευόμενου, οι οποίοι προετοιμάζουν το άτομο για την δημιουργική προσαρμογή και υιοθέτηση της προσδοκώμενης συμπεριφοράς.

Οι παράγοντες που καθορίζουν το αν κάποιος αποτελεί πρότυπο ή όχι είναι πολλοί και μεταβλητοί και διαμορφώνονται ανάλογα με τις κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτισμικές συνθήκες. Μερικοί από αυτούς μπορεί να είναι η εξουσία που ασκεί κάποιος, η εκτίμηση που απολαμβάνει, ο βαθμός καταξίωσής του. Τα πρότυπα πάντως πρέπει να επιλέγονται προσεκτικά, γιατί η δράση τους μπορεί να είναι αρνητική.

Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας, πρότυπα έχουν χρησιμοποιηθεί σε διαιτητικά προγράμματα, σε αντικαπνιστικές εκστρατείες, στον αντιαλκοολικό αγώνα, στη φυσική και σωματική άσκηση, είτε με τη χρησιμοποίηση δημοφιλών προσώπων όπως αθλητές, καλλιτέχνες, είτε με τη δημιουργία χαρακτήρων-προτύπων σε τηλεοπτικές σειρές, βιβλία, περιοδικά κ.α.

2.6 ΧΩΡΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια μπορεί να έχει την πιο σημαντική επιρροή στην αγωγή υγείας, τη διάθεση και τη συμπεριφορά.

Η μόρφωση επομένως των γονέων έχει βασική σημασία και επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους:

- Με ειδικά σχολεία γονέων
- Με παρακολούθηση μαθημάτων κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης
- Με ανοικτό Πανεπιστήμιο

- Με τον "επισκέπτη υγείας" είτε στο σπίτι είτε σε βρεφονηπιακούς σταθμούς¹⁹

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η αγωγή υγείας των παιδιών στο σχολείο πολλές φορές επηρεάζει έμμεσα και τους γονείς.

2. ΣΧΟΛΕΙΟ

Η σχολική ηλικία είναι η καταλληλότερη περίοδος για την εκπαίδευση σε θέματα αγωγής υγείας, γιατί στην περίοδο αυτή μπορούμε να συμβάλουμε στη διαμόρφωση της υπεύθυνης συμπεριφοράς, ενώ αργότερα περιοριζόμαστε αναγκαστικά στην προσπάθεια να τη διορθώσουμε.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης για την προαγωγή της υγείας, που εφαρμόζονται στα σχολεία, έχουν σαν στόχο την κοινωνικοποίηση του παιδιού μέσα από μία διαδικασία μάθησης προσαρμοσμένης στην ηλικία του.

Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, της αυτοεκτίμησης, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων. Βοηθούνται τα παιδιά να γνωρίσουν το σώμα τους, τις ικανότητές τους και τις δυνατότητές τους.

Γίνεται προσπάθεια να έρθουν οι μαθητές αντιμέτωποι με καταστάσεις που θα τους δώσουν την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να μάθουν να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των αποφάσεών τους.

Η εκπαίδευση αυτή στηρίζεται σε σύγχρονες μεθόδους "ενεργητικής μάθησης" όπως είναι η διεκδραμάτιση, οι συζητήσεις, οι πρακτικές ασκήσεις, οι επισκέψεις στην κοινότητα κ.α. Οι μέθοδοι αυτές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες από τις παραδοσιακές μεθόδους μάθησης.

Χαρακτηριστικό είναι ότι τα θέματα πρόληψης (π.χ. διατροφή, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, ναρκωτικά κ.λ.π.) δεν απομονώνονται αλλά γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθούν και να παρουσιαστούν στους μαθητές μέσα από μαθήματα όπως η βιολογία, η φυσική αγωγή, η μελέτη του περιβάλλοντος, η αγωγή του πολίτη.

¹⁹ Τζ. Κουρέα-Κρεμαστινού, "Σημειώσεις Αγωγής Υγείας", Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2000, σελ. 12

3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ-ΦΙΛΟΙ

Οι φίλοι, οι συνάδελφοι και γενικά το κοινωνικό περιβάλλον έχει μεγάλη επίδραση στη διάθεση και τη συμπεριφορά των ατόμων. Η συμπεριφορά των ενηλίκων μπορεί να θεωρηθεί "πρότυπο" και να επηρεάσει τη διάθεση νέων ατόμων, έτσι ώστε να είναι ευκολότερο να πάρουν αποφάσεις για τη μείωση ή αποφυγή διαφόρων κινδύνων για την υγεία τους.

Παράδειγμα: να μην προσφέρονται τσιγάρα σε νεαρά άτομα, να μην πίνουν αλκοόλ αυτοί που πρόκειται να οδηγήσουν κ.α.

4. ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατάλληλοι χώροι αγωγής υγείας είναι ο χώρος εργασίας, όπου γίνεται συγχρόνως και ενημέρωση των επαγγελματικών κινδύνων.

5. ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Στην κοινότητα μπορεί να γίνουν προγράμματα αγωγής υγείας σε διάφορα πνευματικά ή πολιτιστικά κέντρα, στα Κέντρα Υγείας, στα ΚΑΠΗ και οπουδήποτε αλλού υπάρχει η δυνατότητα.

2.7 ΦΟΡΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

A. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η δραστηριότητα του Υπουργείου Υγείας στο χώρο της Αγωγής Υγείας άρχισε το 1928 με την σύσταση "Γραφείο Δημοσιότητας και Προπαγάνδας" σύμφωνα με το Β.Δ. 10/12/28 ΦΕΚ 282 Α. Το 1939 (Β.Δ. 2/6/39 ΦΕΚ 217 Α) δημιουργήθηκε "Τμήμα Δημοσιότητας, Υγειονομικής Στατιστικής και Προπαγάνδας" και το 1952 (Δ. 2032) "Υπηρεσία Διαφωτίσεως" που λειτούργησε σαν διεύθυνση υπουργείου μέχρι το 1977, οπότε με το Π.Δ. 544/25-6-77, ενσωματώθηκε στη "Διεύθυνση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων".²⁰

²⁰ Τζ. Κουρέα-Κρεμαστινού, "Σημειώσεις Αγωγής Υγείας", Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2000, σελ. 28

Η υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την Αγωγή Υγείας του Υπουργείου, Κέντρων Υγείας, των αγροτικών ιατρείων, της Υγειονομικής Σχολής κ.λ.π. Οι δραστηριότητες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στο χώρο της Αγωγής Υγείας αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα την χρονική περίοδο μετά το 1978. Αναπτύχθηκαν τότε αξιόλογες πρωτοβουλίες, κύρια με τη χρήση της τηλεόρασης, που αφορούσαν την παχυσαρκία, τη διατροφή, το κάπνισμα και την υγιεινή του σώματος. Από το 1982 αναπτύσσονται ολοκληρωμένες προσπάθειες σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα ναρκωτικά.

B. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

Το Υπουργείο Παιδείας έχει αναπτύξει σημαντική δραστηριότητα στο χώρο της Αγωγής Υγείας, στα πλαίσια του θεσμού της "Λαϊκής Επιμόρφωσης".

Ο θεσμός της "Λαϊκής Επιμόρφωσης" έχει τις ρίζες του στο Ν.Δ. 3094/54 "περί μέτρων προς καταπολέμηση του αναλφαβητισμού". Έτσι, γίνεται ένας μοχλός για την ατομική και συλλογική ανάπτυξη τόσο στο μορφωτικό, όσο και στο κοινωνικοοικονομικό τομέα. Οι στόχοι, οι μέθοδοι, το αποκεντρωτικό οργανωτικό πλαίσιο, που βασίζεται στη λαϊκή συμμετοχή, κάνουν τη λαϊκή επιμόρφωση την πιο προχωρημένη εκπαιδευτική διαδικασία στη χώρα μας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στην κεντρική επιτροπή "Λαϊκής Επιμόρφωσης" μετέχουν εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που εισηγείται για θέματα υγείας.

Γ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ

Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης διαθέτει την υπηρεσία Πολιτικής Σχεδιάσεως. Η υπηρεσία αυτή αναπτύσσει δραστηριότητες αγωγής υγείας με ειδικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Δ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας είναι το πρώτο που εφάρμοσε προγράμματα Αγωγής Υγείας στη χώρα μας. Σήμερα ασκεί Αγωγή Υγείας σχεδόν αποκλειστικά προς τους στρατευμένους. Την αγωγή ασκούν κύρια οι υγειονομικοί αξιωματικοί των ενόπλων δυνάμεων.

Ε. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το Υπουργείο Εργασίας διαθέτει κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες επιθεώρησης εργασίας. Αυτές έχουν σκοπό, τον έλεγχο των συνθηκών εργασίας και την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης με σκοπό την πρόληψη των ατυχημάτων και των επαγγελματικών νόσων.

Οι υπηρεσίες όμως αυτές περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά, στον πρώτο σκοπό τους. Ο Ο.Α.Ε.Δ. (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού) εξάλλου, αναπτύσσει κατά καιρούς, προγράμματα Αγωγής Υγείας.

ΣΤ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Από το 1950 καθιερώθηκε στο Υπουργείο Γεωργίας το Β.Δ. 1547/50 η εξωσχολική επιμόρφωση του αγροτικού πληθυσμού. Το πρόγραμμα που ονομάστηκε "πρόγραμμα οικιακής οικονομίας" καλύπτει βασικά θέματα που έχουν σχέση με τη ζωή και την υγεία των μελών της αγροτικής οικογένειας.

Σχετικά με την υγεία τα θέματα αφορούν τη σωστή διατροφή, την ατομική υγιεινή, την προστασία του περιβάλλοντος, τις οικογενειακές σχέσεις, την ανάπτυξη του παιδιού, τη βελτίωση της αγροτικής κατοικίας.

Στο πρόγραμμα αυτό απασχολούνται αποκεντρωμένα υπάλληλοι, πτυχιούχοι ανωτάτων σχολών και οικιακής οικονομίας. Η δραστηριότητα τους αναπτύσσεται με επισκέψεις στις κοινότητες και οργανώσεις τακτικών συγκεντρώσεων, συζητήσεων και ομιλιών στον πληθυσμό.

Συχνά οι υπάλληλοι αυτοί του Υπουργείου Γεωργίας επισκέπτονται αγροτικά νοικοκυριά και συζητούν τα προβλήματα με τα μέλη τους.

Το Υπουργείο Γεωργίας, μέσω της κεντρικής υπηρεσίας του προγράμματος αγροτικής οικονομίας οργανώνει ενημερωτικές εκπομπές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Επίσης διαθέτει κατάλληλο έντυπο υλικό από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του.

Ζ. ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

Το Υφυπουργείο Νέας Γενιάς και Αθλητισμού με τη στενή συνεργασία και τη συμπαράσταση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Υπουργείου Παιδείας και του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, δίνει το παρών του στη μάχη

για την πληροφόρηση των νέων, σύμφωνα με το πρόγραμμα "Νιάτα-Υγεία" που αφορά δηλαδή:

1. Ατυχήματα
2. Διατροφή
3. Οικογενειακό Προγραμματισμό
4. Περιβαλλοντική και ατομική Υγιεινή

Εκτός από τα παραπάνω Υπουργεία κατά καιρούς η Αγωγή Υγείας ασκούν και άλλα, όπως το Υπουργείο Εμπορίου, το Υπουργείο Προεδρίας κλπ. Θα πρέπει επίσης να αναφερθούν διάφορες προσπάθειες που γίνονται στο τομέα αυτό από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, από επιστημονικές εταιρείες όπως την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, την Ελληνική Εταιρεία Διατροφής, την Εταιρεία Κοινωνικής Ιατρικής, την Εταιρεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας, την Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, την Ακτινολογική Εταιρεία κλπ.

Αξιόλογες τέλος είναι οι δραστηριότητες αγωγής υγείας που γίνονται από τα Ιατρικά τμήματα των Πανεπιστημίων Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων και Πάτρας. Οι δραστηριότητες αυτές δεν περιορίζονται στη σχετική εκπαίδευση φοιτητών, αλλά περιλαμβάνουν και πρωτοβουλίες στην κοινότητα.

2.8 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η αγωγή υγείας απευθύνεται στα άτομα, με σκοπό να τα πείσει να κάνουν την οριστική επιλογή για να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Η Αγωγή Υγείας μπορεί να συμπληρώνεται και από άλλα μέτρα, σχεδιασμένα να περιορίσουν τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίσει μία ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα μέτρα αυτά είναι αποτέλεσμα κεντρικών πολιτικών αποφάσεων και μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες: εξαναγκαστικά μέτρα, περιορισμός των επιλογών, έλεγχος του περιβάλλοντος²¹.

²¹Τζ. Κουρέα-Κρεμαστινού, "Σημειώσεις Αγωγής Υγείας", Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2000, σελ. 25

(1) Εξαναγκαστικά μέτρα

Τα μέτρα αυτής της κατηγορίας αποσκοπούν στην απαγόρευση ή την επιβολή μιας συγκεκριμένης ενέργειας. Τέτοια είναι μέτρα που θίγουν μερικές φορές την ελευθερία του ατόμου, όπως η χρήση ζωνών ασφαλείας ή η απαγόρευση του καπνίσματος. Η χρησιμοποίηση νομοθετικών μέσων για σκοπούς προληπτικής ιατρικής έχει προκαλέσει αρκετές διαφωνίες.

(2) Περιορισμός επιλογών

Εκτός από τα εξαναγκαστικά μέτρα υπάρχει και η προσπάθεια καθοδήγησης του ατόμου προς μια ενέργεια. Η επιλογή του καταναλωτή μπορεί να επηρεαστεί από οικονομικά κριτήρια: αύξηση των φόρων στα τσιγάρα και το οινόπνευμα, η επιδότηση προϊόντων που θεωρούνται υγιεινά, όπως τα πολυακόρεστα λίπη ή το ψωμί ολικής αλέσεως. Άλλα μέτρα, χωρίς οικονομικά κίνητρα, είναι ο περιορισμός του ωραρίου των κέντρων διασκεδάσεως, ή ο περιορισμός του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

(3) Έλεγχος περιβάλλοντος

Άλλος τρόπος επηρεασμού της υγείας των ατόμων είναι η προσπάθεια βελτίωσης του περιβάλλοντος στο οποίο ζει.

Για παράδειγμα, νομοθετική θέσπιση μέτρων που να ελέγχουν τη ρύπανση της ατμόσφαιρας και τα επίπεδα θορύβου, ή που να περιορίζουν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας και των άλλων απειλών του περιβάλλοντος.

2.9 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα αποτελεί την πλέον διαδεδομένη βλαπτική συνήθεια με εκατομμύρια φανατικούς οπαδούς ανά τον κόσμο. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 2.000.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, οι οποίες φτάνουν στο σύνολο τις 29. Οι πιο γνωστές από αυτές είναι καρκίνος του πνεύμονα, χρόνια βρογχίτιδα,

καρδιοαγγειακές παθήσεις και άλλες.²² Το γεγονός αυτό έχει θέσει το κάπνισμα σε περίοπτη θέση στη λίστα των κοινωνικών προβλημάτων. Πολλοί επιστήμονες μέχρι σήμερα, ασχολήθηκαν με το κάπνισμα στις έρευνές τους με σκοπό να προβάλλουν τις βλαβερές του συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου. Η προσπάθεια για το περιορισμό του προβλήματος δεν έμεινε όμως μόνο στις μελέτες, οι οποίες ήταν αδύνατο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το κάπνισμα από μόνες τους. Σιγά σιγά άρχισαν να γίνονται πιο γενικευμένες προσπάθειες με τη μορφή προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και παροχής γνώσεων τόσο για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος, όσο και για τη προβολή των θετικών σημείων του μη καπνίσματος. Αυτά τα προγράμματα με τον καιρό οργανώθηκαν και πήραν τη μορφή των σημερινών αντικαπνιστικών εκστρατειών. Σ' αυτό φυσικά συνέβαλλε και η ανάπτυξη του κλάδου της Αγωγής Υγείας τα τελευταία χρόνια, ο οποίος έχει αναλάβει εξ' ολοκλήρου την οργάνωση των αντικαπνιστικών προγραμμάτων όπως και κάθε άλλων προγραμμάτων άλλωστε, που έχουν σκοπό τον περιορισμό και τη πρόληψη κοινωνικών και σωματικών προβλημάτων, όπως AIDS, ναρκωτικά, αλκοόλ, ατυχήματα, καρκίνος κ.α.

Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο με πολλές διαστάσεις. Έχει και βιολογική υπόσταση, αν αναλογιστεί κανείς την εξάρτηση που προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό η νικοτίνη, αλλά και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που αφορούν κυρίως τη διαδικασία έναρξης του καπνίσματος. Αν κάποιος αγνοήσει κάποια του διάσταση, τότε αδυνατεί να κατανοήσει το μέγεθος του προβλήματος και η όποια προσπάθειά του για να το αντιμετωπίσει αποβαίνει άκαρπη.

Σ' αυτό το σημείο μπορεί να γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της Αγωγής Υγείας σε σχέση με το κάπνισμα. Η Αγωγή Υγείας είναι αυτή που θα παράσχει τις πληροφορίες σε έναν καπνιστή για το κακό που προκαλεί στον εαυτό του και στους άλλους με το τσιγάρο. Η Αγωγή Υγείας είναι αυτή που θα δώσει μια σαφή εικόνα, μέσα από αντικαπνιστικές εκστρατείες, του μεγέθους του προβλήματος και θα βοηθήσει το καπνιστή έτσι ώστε να καταφέρει να απαλλαγθεί από το κάπνισμα.

Γεγονός είναι πως στην Ελλάδα τα τελευταία είκοσι χρόνια που επισήμως λαμβάνει χώρα η αντικαπνιστική εκστρατεία, αντί να μειώνονται οι καπνιστές και η κατανάλωση καπνού, αντιθέτως έχουν αυξηθεί και η χώρα μας

²² www.care.gr

καταλαμβάνει την πρώτη θέση στην Ευρώπη σε κατανάλωση καπνού²³.

Στη χώρα μας και γενικά σε ολόκληρο τον κόσμο, οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν, γνωρίζοντας όλοι λίγο ως πολύ τις βλαβερές συνέπειες αυτής της συνήθειας. Παρ' όλη τη πληροφόρηση που έχουν για το θέμα από τα προγράμματα Αγωγής Υγείας, συνεχίζουν να καπνίζουν και αυτό είναι ένα φαινόμενο που εμπνέει εύλογα ερωτήματα. Γιατί το κάνουν αυτό, ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν ώστε να μη μπορεί κάποιος να διακόψει το κάπνισμα;

Έχουμε δηλαδή από τη μία μεριά το κάπνισμα, ένα πρόβλημα με τεράστιες διαστάσεις, από την άλλη μεριά την Αγωγή Υγείας, τον επίσημο κλάδο που ασχολείται με την αντιμετώπιση του και τέλος τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτό τον «αγώνα», τα οποία μάλιστα μέχρι σήμερα δεν είναι και πολύ ενθαρρυντικά.

2.10 ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Ανάμεσα στα ελάχιστα στοιχεία ενός προγράμματος πρόληψης του καπνίσματος θα πρέπει να περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές συνέπειες και επιπτώσεις της καπνιστικής συνήθειας στο άμεσο μέλλον, τις κοινωνικές επιδράσεις πάνω στη καπνιστική συνήθεια, ιδιαίτερα τις επιδράσεις από τους συνομήλικους, τους γονείς και τα Μ.Μ.Ε., ενώ θα πρέπει να περιλαμβάνεται εξάσκηση στις δεξιότητες άρνησης, με έμφαση στο σχεδιασμό και στην πρακτική αντίστασης.²⁴

Σήμερα υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός διδακτικών προγραμμάτων πάνω στην πρόληψη του καπνίσματος που ποικίλουν σημαντικά στο περιεχόμενό τους. Έτσι υπάρχουν προγράμματα με αντικείμενο την δεξιότητα άρνησης, την πληροφόρηση για τις επιπτώσεις του καπνού στην υγεία, την εκπαίδευση στη χαλάρωση, τη συζήτηση για τα δικαιώματα των καπνιστών, το οικονομικό κόστος της χρήσης του καπνού, την εκπαίδευση στη θετικότητα, τον προσδιορισμό των στόχων κ.α. Η ανάλυση των σημερινών διδακτικών προγραμμάτων και εκείνων που βρίσκονται σε εξέλιξη συνηγορεί στο γεγονός ότι πρέπει σε όλα αυτά να περιλαμβάνονται κάποιες βασικές θεματικές ενότητες πάνω στη πρόληψη του καπνίσματος. Αυτές θα πρέπει να είναι οι άμεσες επιπτώσεις στη φυσιολογία του οργανισμού, οι κοινωνικές

²³www.care.gr

²⁴Μπετίνα Ντάβου, "Το κάπνισμα στην εφηβεία", Αθήνα 1996, σελ.86

συνέπειες και επιδράσεις και οι δεξιότητες άρνησης.

2.11 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ

«Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να απευθύνονται κυρίως στις μικρές ηλικίες, έτσι ώστε να διαμορφώνουν εγκαίρως θετικές αντιλήψεις και πρακτικές στα ζητήματα της υγείας. Παράλληλα, τα προγράμματα αυτά πρέπει να μπορούν να εξοπλίσουν εγκαίρως το άτομο με τη δυνατότητα να ανακαλύψει ουσιαστικές διεξόδους και να χειρίζεται τις εφηβικές αναστατώσεις προτού η ανακούφιση και η υποστήριξη αναζητηθούν και προσφερθούν από το κάπνισμα ή τη λήψη άλλων ουσιών».²⁵

Σύμφωνα με αποτελέσματα διαφόρων ερευνών που έχουν γίνει σε χώρες της Ευρώπης, η πρώτη εφηβική ηλικία είναι η πιο κατάλληλη για την εφαρμογή των προγραμμάτων και αυτό γιατί οι περισσότεροι δοκιμάζουν το πρώτο τσιγάρο σ' αυτή την ηλικία.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα για λόγους διαφορετικούς από αυτούς που παροτρύνουν τους ενήλικες. Στην εφηβική ηλικία κάποια αισθήματα, όπως η μίμηση, η ταύτιση με διάφορα πρότυπα είναι πιο έντονα. Επίσης για διαφορετικές αιτίες συνεχίζουν να καπνίζουν οι έφηβοι (ανάγκη αναγνώρισης, αποδοχής από άλλες παρέες, αίσθημα διαφοροποίησης και ωρίμανσης). Για το λόγο αυτό, έχουν αναπτυχθεί προγράμματα διακοπής του καπνίσματος ειδικά διαμορφωμένα για εφήβους ηλικίας 15 ετών, τα οποία εφαρμόζονται σε σχολεία, κέντρα νεότητας και σε άλλους φορείς. Βάση των προγραμμάτων αυτών αποτελούν δύο παρατηρήσεις :

«(α) Ότι οι περισσότεροι έφηβοι είναι περιστασιακοί καπνιστές που δεν έχουν ακόμα εθιστεί στη νικοτίνη και επομένως οι τεχνικές που θα αξιοποιηθούν για τη διακοπή της συνήθειας πρέπει να είναι διαφορετικές από εκείνες που χρησιμοποιούνται με ενήλικους καπνιστές.

(β) Ότι ο βαθμός και η συστηματικότητα της συνήθειας του καπνίσματος στους εφήβους διαφέρει, ανάλογα με την προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ψυχολογικές τους ανάγκες. Αυτό απαιτεί προγράμματα με ευελιξία και ποικιλομορφία που να προσαρμόζεται εύκολα στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε εφήβου».²⁶

²⁵ Μπετίνα Ντάβου, "Το κάπνισμα στην εφηβεία", Αθήνα 1996, σελ.2

²⁶ Μπετίνα Ντάβου, "Το κάπνισμα στην εφηβεία", Αθήνα 1996, σελ.22

2.12 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κυριότερο πρόβλημα των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι ότι απαιτούνται μακροχρόνιες διαδικασίες για την αλλαγή της συμπεριφοράς και η αξιολόγηση των προγραμμάτων είναι δύσκολη.

Μια μακροχρόνια στρατηγική αγωγής υγείας είναι η ενσωμάτωση των μηνυμάτων που συνδέονται με την υγεία, στο σύστημα αξιών ενός ατόμου την ώρα της δημιουργίας του, κατά την αρχική κοινωνικοποίηση. Τα παιδιά γεννιούνται με ορισμένα βασικά σχήματα συμπεριφοράς, που έχουν καθοριστεί γενικά. Ωστόσο, οι ικανότητες τους, οι συμπεριφορές και οι αξίες που θα καθορίσουν τη λειτουργία τους μέσα στη κοινωνία και η συνύπαρξή τους με τους άλλους ανθρώπους, διαμορφώνονται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους.

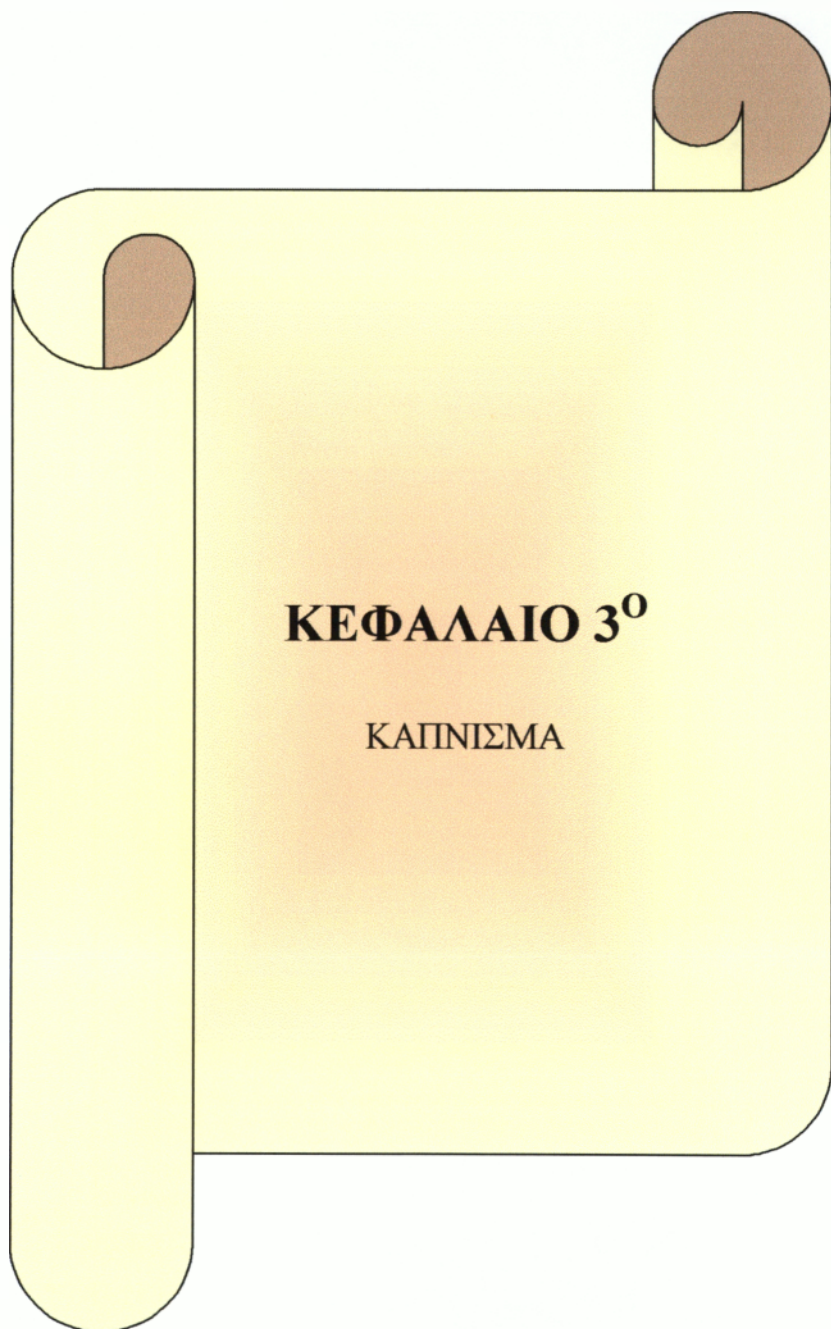
Η διαδικασία της κοινωνικοποίησης δεν επιβαρύνει αποκλειστικά τους γονείς, δεδομένου ότι σε αυτή συμμετέχουν μια σειρά άλλοι παράγοντες: σχολείο, παρέες, εκκλησία, νεανικές οργανώσεις, μέσα μαζικής ενημέρωσης. Εδώ λοιπόν θα πρέπει να ενσωματωθούν τα μηνύματα αγωγής υγείας, δεδομένου ότι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία εγκαθίσταται ήδη από πολύ νεαρή ηλικία.

Ένα άλλο επίσης πρόβλημα, είναι το γεγονός ότι οι πληθυσμιακές ομάδες με τα περισσότερα προβλήματα υγείας (συνήθως οι χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές τάξεις) πολύ δύσκολα αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους με αγωγή υγείας.

Τέλος, για την επιτυχία του προγράμματος έχει βασική σημασία "η πηγή της πληροφορίας". Η πληροφορία θεωρείται αξιόπιστη, όταν προέρχεται από κάποιον "ειδικό": ένας επαγγελματίας υγείας είναι πιο αξιόπιστος από κάποιον κοινό θνητό, ή κυβερνητικό εκπρόσωπο.

Εκτός από την πηγή του μηνύματος αγωγής υγείας, σημαντικός είναι και ο τρόπος μετάδοσής του. Ένας αλαζονικός γιατρός που θα ενημερώνει τους "αμαρτωλούς" ασθενείς, δεν έχει αποτελεσματικότητα.²⁷

²⁷ Τζ. Κουρέα-Κρεμαστινού, "Σημειώσεις Αγωγής Υγείας", Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2000, σελ. 27



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3º

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι αναμφισβήτητα η πιο διαδεδομένη ουσία στον κόσμο, η οποία έχει προκαλέσει μια τόσο μεγάλη ποικιλία βλαβερών επιδράσεων στον άνθρωπο. Οι καπνιστές παρόλο που γνωρίζουν τις βλαβερές επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στην υγεία τους, συνεχίζουν να καπνίζουν συστηματικά.

Η πρώτη δημοσίευση του Αρχιάτρου των ΗΠΑ Surgeon Ceneral Report για τις συνέπειες του καπνίσματος το 1964 ήταν η αφορμή για μια παγκόσμια εκστρατεία κατά του καπνίσματος. Η εξάπλωση του τσιγάρου δεν κάνει διακρίσεις σε φύλο, κοινωνική θέση, ηλικία, χρώμα και φυλή ανθρώπου και έχει εξαπλωθεί σε όλη την οικουμένη. Σε όλο τον κόσμο 2.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που συνδέονται άμεσα με το κάπνισμα, συμβαίνει δηλαδή ένας θάνατος κάθε 13 δευτερόλεπτα.²⁸

"Οι επιστήμονες σε διεθνή σύσκεψη δήλωσαν ότι μισό δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν τα επόμενα 25 χρόνια από το κάπνισμα, εφόσον συνεχιστεί η εξάπλωσή του με τους ίδιους ρυθμούς. Σήμερα πεθαίνουν από το κάπνισμα 8.000 άνθρωποι την ημέρα. Όταν όμως τα παιδιά γίνουν μεσήλικες οι θάνατοι θα ανέλθουν στις 28.000 καθημερινά, δηλαδή ένας θάνατος ανά 1,4 δευτερόλεπτα. Επίσης η Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ανακοίνωσε μετά από έρευνα ότι από τα 850 εκατομμύρια των ευρωπαίων, τα 100 θα πεθάνουν 20 χρόνια νωρίτερα από το μέσο όρο ζωής τους, και ότι από την προσεχή 20ετία και 30ετία θα σημειώνονται ετησίως περί τα 7-10 εκατομμυρίων θανάτων από το κάπνισμα στις αναπτυσσόμενες περιοχές".²⁹ Το κάπνισμα εξαποστέλλει τόσες ζωές ετησίως όσες εξαποστέλλουν το έιτζ, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, το αλκοόλ, οι εμπρησμοί, οι δολοφονίες και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Ακόμη είναι πιο θανατηφόρο από την ινδική κάνναβη και από τα οينوπνευματώδη.

²⁸ www.care.gr

²⁹ www.smokinghappyend.gr

Φυσικά άμεση συνέπεια του καπνίσματος είναι η πρόωμη θνησιμότητα που παρατηρείται, αφού η ζωή του καπνιστή ελαττώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτή του μη καπνιστή.

Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος είναι πράγματι ένα μεγάλο κεφάλαιο για τον καπνιστή. Δηλαδή τι είναι αυτό που τον κάνει να συνεχίζει το κάπνισμα και τον επηρεάζει ψυχολογικά, καθώς και τον τρόπο ζωής του, παρ' όλες τις βλαβερές επιδράσεις που έχει στην υγεία του.

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ισπανοί ερευνητές στις αρχές του 16ου αιώνα έφεραν τον καπνό στην Ευρώπη από την Αμερική. Ο Jean Nicot από τον οποίο ονομάστηκε η νικοτίνη συνιστούσε τον καπνό για τις "θεραπευτικές" του ιδιότητες. Μέσα στο 17ο αιώνα η χρήση του καπνού αυξανόταν συνεχώς, κυρίως με το κάπνισμα πίπας ή πούρου, μάσηση των φύλλων ή εισπνοή της σκόνης τους. Τσιγάρα κατασκευάστηκαν για πρώτη φορά στη Βραζιλία στα μέσα του 18ου αιώνα και πολύ γρήγορα επικράτησαν σαν τρόπος καταναλώσεως του καπνού.

Το κάπνισμα των τσιγάρων διαδόθηκε πολύ στη διάρκεια του 1ου Παγκοσμίου Πολέμου στους άνδρες και μετά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο στις γυναίκες. Στοιχεία από τις Η.Π.Α. δείχνουν ότι η κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1923-1963, ενώ από το 1964 αρχίζει να ελαττώνεται. Στοιχεία από την Αγγλία δείχνουν παρόμοιες τάσεις. Για την Ελλάδα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται με εξαίρεση την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας (1978-1980)³⁰.

Η κατανάλωση τσιγάρων από τις γυναίκες ακολουθεί περίπου την ίδια πορεία αλλά αρχίζει μια 20ετία αργότερα. Σε όλες τις ηλικίες μικρότερος αριθμός γυναικών καπνίζει και αυτές που καπνίζουν καταναλώνουν μικρότερο αριθμό τσιγάρων από τους άνδρες και εισπνέουν λιγότερο καπνό. Επίσης οι γυναίκες αρχίζουν συνήθως το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία από τους άνδρες.

³⁰ Α. Τριχόπουλου και Δ. Τριχόπουλος, "Προληπτική Ιατρική", Αθήνα 1986, σελ. 50

Τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει μια αλλαγή στην προτίμηση των καπνιστών από τα απλά τσιγάρα σε εκείνα με φίλτρο. Σήμερα, τα απλά τσιγάρα αντιπροσωπεύουν μικρό ποσοστό της ολικής καταναλώσεως, ενώ αυξάνεται συνεχώς η ζήτηση τσιγάρων με μικρή περιεκτικότητα σε πίσσα.

3.3 ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ

Μεγάλη σημασία έχουν τα συστατικά του καπνού, τα οποία επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των καπνιστών. Όταν καίγεται το τσιγάρο είναι σαν να δουλεύει ένα εργοστάσιο από το οποίο παράγονται περίπου 4.000 ουσίες-ενώσεις υπό στερεά υγρά και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 900 βαθμούς Κελσίου. Πολλά από τα παραγόμενα αυτά είναι τοξικά, δραστικά, μεταλλαξιγόνα και καρκινογόνα. Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυαρωματικά, υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, Ν-νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ενώσεις και ραδιενεργά στοιχεία.

Κατά την καύση διακρίνουμε: α) την φάση των αερίων και β) την φάση των σωματιδίων. Μερικές από τις ουσίες της αέριας φάσης, όπως το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, υδροκυάνιο, προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες.³¹

Οι τρεις βασικές ουσίες που επιφέρουν βλαβερές συνέπειες στον άνθρωπο είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα.

" Το μείγμα του καμένου τσιγάρου αποτελείται αναλυτικά από:

- 1) 8% σωματίδια νικοτίνης
- 2) 59% άζωτο
- 3) 14% διοξείδιο του άνθρακα
- 4) 3% μονοξείδιο του άνθρακα
- 5) 13% οξυγόνο
- 6) 2% άλλα αέρια
- 7) 1% ατμούς.

³¹Παύλος Γ.Μπάλλης, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.19

Ακόμη περιέχει σε ελάχιστη ποσότητα πίσσα, ύδωρ και περίπου άλλες 500 βλαβερές ουσίες. Οι περισσότερες από αυτές είναι καρκινογόνες και διακρίνονται σε:

α) καρκινογόνες ουσίες

β) μη καρκινογόνες ουσίες (initiators)

γ) μη καρκινογόνες ουσίες που βοηθούν στην ανάπτυξη της βλάβης του αναπνευστικού συστήματος (accelerators)³²

Τα στάδια της καρκινογένεσης διαιρούνται λειτουργικά στην φάση έναρξης που περιλαμβάνει βλάβη στο DNA των κυττάρων και στην φάση προώθησης στην οποία τα κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά. Η σημαντικότερη καρκινογόνος επίδραση των συστατικών του καπνού προκαλείται στους ιστούς εκείνους που εκτίθενται άμεσα στον καπνό των τσιγάρων, όπως είναι η βρογχική επίστρωση των πνευμόνων. Για παράδειγμα η 2-ναφθυλαμίνη, η οποία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της ουροδόχου κύστεως.

Επίσης πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η παράλληλη χρήση του αλκοόλ το οποίο χρησιμεύει ως διαλύτης των καρκινογόνων ουσιών του καπνού και έχει τη δυνατότητα να μεταβάλλει τον ηπατικό μεταβολισμό των συστατικών του καπνού. Ως άμεσο αποτέλεσμα έχουμε τον επηρεασμό καρκινογένεσης σε μακρινά όργανα. Έτσι, βλέπουμε ότι η αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων μαζί με το κάπνισμα συμβάλλουν στην εξασθένηση και μόλυνση του ανθρώπινου οργανισμού.

"Οι τεράστιες βιομηχανίες καπνού ιδίως στις Η.Π.Α. για να ελαττώσουν την περιεκτικότητα της πίσσας και της νικοτίνης στα τσιγάρα και να μην γίνουν άγευστα και ανούσια προσθέτουν χημικές ουσίες επικίνδυνες για τον άνθρωπο".³³ Επίσης, έχει προκύψει από πειράματα σε ζώα ότι δύο από τις χημικές ουσίες που προστίθενται στα τσιγάρα προσβάλλουν το ήπαρ και προκαλούν εθισμό. Οι ουσίες αυτές βρίσκονται σε μια απόρρητη λίστα 700 περίπου προσθέτων των τσιγάρων, που οι καπνοβιομηχανίες αναφέρουν στην κυβέρνηση των Η.Π.Α. κάθε χρόνο.

³² Παύλος Γ. Μπιλαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.19

³³ Παύλος Γ. Μπιλαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.21

Αλλά τώρα ας δούμε αναλυτικά την σχέση των τριών πιο επικίνδυνων ουσιών του τσιγάρου την νικοτίνη, την πίσσα και το μονοξειδίο του άνθρακα με την ανθρώπινη υγεία.

1. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Τα φύλλα του καπνού περιέχουν ένα ισχυρό χημικό δηλητήριο, την νικοτίνη. Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα της Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α., η νικοτίνη είναι ένα από τα κύρια συστατικά του καπνού, είναι ναρκωτική ουσία και δημιουργεί εξάρτηση, εθισμό και μεγάλες ανωμαλίες σε όλο τον οργανισμό του ανθρώπου. Δηλαδή συμβάλλει στη συμπεριφορά του ανθρώπου, ακόμη και σε αλλαγή του τρόπου ζωής με δραστικές συνέπειες. Την χρησιμοποιούμε σε πολλά εντομοκτόνα. Σε συμπυκνωμένη μορφή είναι πολύ δηλητηριώδες. Όταν την εισπνέουμε μέσω του καπνίσματος, σε ελάχιστο ποσοστό μπαίνει στο αίμα μας από τους πνεύμονες, διότι ένα μεγάλο μέρος της εξατμίζεται.

Για να γίνει αντιληπτή η καταστροφική της δραστηριότητα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το εξής: Ένα πούρο ή έξι τσιγάρα περιέχουν νικοτίνη για να σκοτώσει δύο ανθρώπους, αν εισβάλει στο αίμα μέσω ένεσης. Επίσης όσο πιο μικρό είναι το τσιγάρο, τόσο περισσότερη νικοτίνη και άλλα κατάλοιπα της πίσσας φθάνουν στον καπνιστή. Το ποσό της νικοτίνης, που απορροφά το σώμα, εξαρτάται από το πόσο καπνό εισπνέει και το πόσο σάλιο καταπίνει ο καπνιστής. Η νικοτίνη για άλλους είναι ερεθιστική και για άλλους ναρκωτική.

Ένα από τα χαρακτηριστικά του φυτού-καπνού είναι η ανάπτυξη τοξικών αντιδότην τα οποία χρησιμοποιεί στην άμυνά του κατά των εντόμων, δηλαδή εντομοκτόνες ουσίες. Μια τέτοια είναι και η νικοτίνη, η οποία δρα στο νευρικό σύστημα των εντόμων και δεν περιορίζεται μόνο σε αυτά, αλλά και στα ζώα που έρχονται σε επαφή μαζί της. Η σημαντικότερη συνέπεια της συνήθειας του καπνίσματος είναι το αίσθημα ευφορίας που προκαλείται στον καπνιστή από την επίδραση της νικοτίνης. "Πρώτος την ανακάλυψε ο Vauquelin το 1809. Είναι μία ισχυρή οργανική βάση που προέρχεται από τη συμπύκνωση της πυριδίνης και της και της μεθυλο-πυρρολυδίνης".³⁴

³⁴ Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης, "Παθολογία" Α' τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ. 89

Η νικοτίνη προκαλεί εξάρτηση στον καπνιστή λόγω των ιδιοτήτων της. Η νικοτίνη απορροφάται από το στόμα σε μικρή αναλογία, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της από τους πνεύμονες, και στη συνέχεια μέσω των τριχοειδών των πνευμόνων στο αίμα και από εκεί στον εγκέφαλο ερεθίζοντας διάφορους νευρο-υποδοχείς. Ακολούθως από εκεί η ποσότητα που φθάνει στα εγκεφαλικά κύτταρα γίνεται αιτία να αντιδρά ο εγκέφαλος απελευθερώνοντας χημικές ουσίες, όπως η αδρεναλίνη και η αρτερενόλη με αποτέλεσμα ταχυκαρδία, άνοδο της αρτηριακής πίεσης και χαλάρωση των μυών. Η σταθερή στάθμη της νικοτίνης είναι 25-50 ng/ml και όταν αυτή κατέβει, τότε ο καπνιστής ανάβει άλλο τσιγάρο.³⁵

Η νικοτίνη έχει και φαρμακευτικές συνέπειες επί του νευρικού συστήματος και των γραμμωτών μυών και ερεθίζει τα γάγγλια. Στα γάγγλια αρχικά προκαλεί διέγερση και μετά παράλυση. Οι παλμοί της καρδιάς γίνονται αρχικά αραιότεροι (βραδυκαρδία) λόγω της διέγερσης των γαγγλίων του πνευμονογαστρικού. Αργότερα η νικοτίνη παραλύει τα γάγγλια και υπερισχύει τη διέγερση των γαγγλίων του συμπαθητικού και ακολουθεί ταχυκαρδία. Τα συνήθη συμπτώματα των αρχάριων καπνιστών όπως η ναυτία και ο εμετός οφείλονται στη σύσπαση των λείων μυϊκών ινών του στομάχου.

Η νικοτίνη απορροφάται από το δέρμα και από τους βλεννογόνους και προκαλεί συμπτώματα λόγω τοπικού ερεθισμού των βλεννογόνων του οφθαλμού, της μύτης, του φάρυγγα και του λάρυγγα.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα η νικοτίνη προκαλεί τρόμο των μυών, αύξηση των αντανακλαστικών φαινομένων, κεφαλαλγία και ελάττωση της μνήμης. Επίσης, χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η αμβλυωπία, οι διαταραχές αντιλήψεως των χρωμάτων και μερικές φορές ατροφία του οπτικού νεύρου. Η νικοτίνη μπορεί να σχετιστεί, με παραγόμενο κατά την καύση υδροκυάνιο το οποίο προκαλεί βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα.

Το αντίδοτο της νικοτίνης είναι το τσάι, ο καφές και η θεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς. Το κάπνισμα αποτελεί μία μορφή χρόνιας δηλητηρίασεως με νικοτίνη, η οποία περιλαμβάνεται και στην σύνθεση πολλών γεωργικών φαρμάκων σε αναλογία ως και 40%, ως ισχυρότατο δηλητήριο.

³⁵ Παύλος Γ. Μπιαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.22

" Η οξεία δηλητηρίαση μέσω της νικοτίνης προκαλεί τα εξής συμπτώματα:

- 1) Ναυτία
- 2) Εμετούς
- 3) Εφιδρώσεις - ρίγος - σπασμούς
- 4) Παράλυση του κέντρου αναπνοής
- 5) Θάνατο " ³⁶

Φυσικά το ποσοστό απορρόφησης της νικοτίνης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως και από το πώς καπνίζουν οι καπνιστές καθώς και από την ποσότητα καπνού που εισπνέουν. Για παράδειγμα, ένας καπνιστής με λιγότερα τσιγάρα μπορεί να απορροφά περισσότερες ουσίες, από έναν άλλο με περισσότερα τσιγάρα. Η νικοτίνη έχει βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδά της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα. Δεν είναι σύμπτωση ότι οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν 20 περίπου τσιγάρα μέσα στις 16 ώρες που είναι ξύπνιοι κάθε μέρα.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα ελαφρότερα σε πίσσα και νικοτίνη τσιγάρα υποχρεώνουν τους καπνιστές να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ώστε να διατηρείται σταθερή η στάθμη της νικοτίνης στο αίμα.

Η νικοτίνη απορροφάται και από άλλα όργανα και αυξάνει την πίεση του αίματος και γενικά συσπά τα τριχοειδή αγγεία και αρτηρίες. Ως αποτέλεσμα έχουμε τα καρδιαγγειακά επεισόδια, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η στεφανιαία νόσος να οφείλονται κατά 50% στην επίδραση της νικοτίνης.

Στην καρδιά η νικοτίνη συνοπτικά προκαλεί :

- 1) Αύξηση της αρτηριακής πίεσης
- 2) Αύξηση της καρδιακής συχνότητας
- 3) Αύξηση της παροχής
- 4) Αύξηση της μυοκαρδιακής ταχύτητας συστολής, και
- 5) Αύξηση της ταχύτητας συστολής της μυϊκής ίνας, με αρνητική ινότροπο ενέργεια.³⁷

2. ΠΙΣΣΑ

Η άλλη πολύ επικίνδυνη ουσία σε μορφή σωματιδίων είναι η πίσσα. Και αυτή επίσης παράγεται κατά την καύση του τσιγάρου με πολύ επιζήμιες ουσίες όπως κλάσμα πολυκυκλικών υδρογονανθράκων, το βενζοπυρένιο, η οποία

³⁶ Cont Corti, "A history of smoking", Εκδόσεις Bracken books, London 1996, σελ.21

³⁷ www.nosmoking.gr

είναι ουσία υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων, το διβεξανθρακένιο, οι νιτροσαμίνες και το ραδιενεργό πολώνιο. Για παράδειγμα το πολώνιο-210 όταν εισπνέεται κατά την καύση του τσιγάρου σε θερμοκρασία των 800 βαθμών Κελσίου είναι πτητικό και εισέρχεται μαζί με τον καπνό στον οργανισμό βομβαρδίζει συνεχώς τα ευαίσθητα στην ραδιενέργεια κύτταρα της βρογχικής επιφάνειας με σωματίδια-α και συνεπώς καθιστά το κάπνισμα επικίνδυνο για την δημιουργία καρκίνου στους πνεύμονες. Πρέπει να επισημανθεί ότι η επικινδυνότητα της ακτινοβολίας των σωματιδίων-α είναι δέκα φορές μεγαλύτερη από αυτή της ακτινοβολίας-γ.

Η πίσσα περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών:

- 1) Βασικές
- 2) Όξινες
- 3) Ουδέτερες
- 4) Αδιάλυτες³⁸

Η ουδέτερα μορφή που είναι το βενζοπυρένιο είναι η πιο σημαντική λόγω της καρκινογενέσεως. Η όξινη μορφή περιέχει ουσίες νιτροσαμίνες και αρωματικές όπου ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχολίων και παραγωγή βλέννης. Μερικές από τις ουσίες όπως οι φαινόλες και οι ακρολεΐνες είναι τοξικές και παραλύουν τους κροσσούς των κυλινδρικών κυττάρων, του βρογχικού επιθηλίου με αποτέλεσμα να εμποδίζουν την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων από τις διάφορες ερεθιστικές ουσίες. Με συνέπεια την παράλυση την παραμονή των καρκινογόνων στις θέσεις εκείνες από όπου ξεκινά η καρκινογόνος δράση τους, αλλά και εισροή στους πνεύμονες σκόνης, μικροβίων και αύξηση της παραγόμενης βλέννης. Με τον καιρό αναπτύσσεται αναπνευστική λοίμωξη και νοσηρότητα των ατόμων των καπνιστών. Κύριο σύμπτωμα ο βήχας όπου ο οργανισμός προσπαθεί να αυτοθεραπευτεί και να απαλλαγεί από τις τόσο βλαβερές ουσίες.

Τέλος, οι Ογκολόγοι επιμένουν η πίσσα στα τσιγάρα να μην ξεπερνά το όριο των 12mg.

3. ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ (CO)

Οι άλλες κύριες ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου

³⁸ Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης, " Παθολογία" Α' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ.90

είναι το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα, ουσίες δηλητηριώδεις και τοξικές και οι οποίες όταν διαχέονται στο κυκλοφορικό μειώνουν την οξυγόνωση των κυττάρων. Συγκεκριμένα, το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει μια πρωτεΐνη του αίματος την αιμοσφαιρίνη (HB). Αυτή έχει φυσιολογικό προορισμό την δέσμευση και την μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, και την μετατρέπει σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη. Εάν το επίπεδο της ουσίας αυτής ανέβει πολύ στον οργανισμό 50-70% επέρχεται θανατηφόρος δηλητηρίαση. Έτσι εξηγείται το πώς ο καπνιστής αχρηστεύει κατά ένα ποσοστό την φυσιολογική λειτουργία της αιμοσφαιρίνης και του οξυγόνου εισπνέοντας μονοξείδιο του άνθρακα.

Η παρουσία του μονοξειδίου του άνθρακα στον αναπνεόμενο αέρα δυσχεραίνει την πρόσληψη και την μεταφορά του οξυγόνου στους πνεύμονες και την απόδοση του οξυγόνου που υπάρχει στο αίμα, προς τα κύτταρα που το έχουν ανάγκη.

Επιπλέον, στο αίμα των καπνιστών καταλαμβάνει μόνιμα το 7% της αιμοσφαιρίνης τους το οποίο και αχρηστεύει λειτουργικώς. Όταν καταλαμβάνει το 5-15% τα άτομα εμφανίζουν κεφαλαλγία και ταχύπνοια. Όταν καταλαμβάνει το 20% εμφανίζονται εντονότεροι πονοκεφάλι, δύσπνοια και ίλιγγοι, ενώ όταν είναι άνω των 20% τότε εμφανίζεται επιπλέον ασφυκτικό αίσθημα στο θώρακα και στο μέτωπο, μυϊκή αδυναμία και ερυθρότητα του δέρματος. Όταν, τέλος, είναι άνω του 40% πέφτει σε κώμα και άνω του 60-75% επέρχεται θάνατος³⁹.

Επίσης, το μονοξείδιο του άνθρακα σε συνδυασμό με τη νικοτίνη συντελούν στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων του ενδοθηλίου των αγγείων και ο κίνδυνος παραγωγής θρόμβων στο αίμα είναι μεγάλος.

Τέλος, βρέθηκε ότι τα τσιγάρα με φίλτρο περιέχουν περισσότερο μονοξείδιο του άνθρακα από τα στερούμενα του φίλτρου, το οποίο έχει κατά 200 φορές μεγαλύτερη τάση να ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων από εκείνη του οξυγόνου με αυτή. Τέλος από πειράματα βρέθηκε ότι το 92% του καπνού που αποδίδει το τσιγάρο περιέχει δηλητηριώδη αέρια. Τα πιο επικίνδυνα από αυτά είναι το μονοξείδιο του άνθρακα, τα κυανογόνα και τα νιτρογόνα αέρια. Αυτό το δηλητηριώδες τρίο μαζί με τη

³⁹ Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης, " Παθολογία" Α' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ.91

νικοτίνη είναι υπεύθυνοι για το θάνατο δύο εκατομμυρίων καπνιστών στον κόσμο⁴⁰.

3.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΩΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Τα 2/3 περίπου των καπνιστών επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα, πολύ λιγότεροι όμως τα καταφέρνουν. Ο κύριος λόγος της αποτυχίας αυτής οφείλεται στην εξάρτηση από την νικοτίνη. Το κάπνισμα δεν είναι μια απλή συνήθεια, αλλά αποτελεί γνήσια φαρμακολογική εξάρτηση μικτού τύπου, δηλαδή σωματική και ψυχολογική με χαρακτηριστικά ίδια με εκείνα που χαρακτηρίζουν εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει ότι η νικοτίνη ανήκει στις εξαρτησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες με διπλή εξάρτηση⁴¹:

1) Σωματική εξάρτηση

Η νικοτίνη απορροφάται γρήγορα από τη στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες. Σε καθαρή μορφή είναι ιδιαίτερα τοξική και λίγες μόνο σταγόνες μπορούν να σκοτώσουν έναν ενήλικα. Η νικοτίνη είναι υπεύθυνη για την εξάρτηση από το τσιγάρο. Όταν τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα μειώνονται, εμφανίζεται το αίσθημα της στέρησης, δηλαδή η ακατανίκητη παρόρμηση για το άναμμα ενός τσιγάρου. Ο καπνιστής καταναλώνει με τέτοιο τρόπο τα τσιγάρα του, ώστε να διατηρεί σε συγκεκριμένα επίπεδα τη νικοτίνη στο αίμα του.

2) Ψυχολογική εξάρτηση

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες κινήσεις (αναζήτηση πακέτου και αναπτήρα, άναμμα του τσιγάρου, εισπνοές και εκπνοές του καπνού, σβήσιμο του τσιγάρου κ.λ.π.). Οι κινήσεις αυτές που επαναλαμβάνονται 5, 10 ή 15.000 φορές το χρόνο αποκτούν ένα χαρακτήρα ιεροτελεστίας, γίνονται αυτόματα και πολλές φορές συσχετίζονται ασυνείδητα με ορισμένες ειδικές

⁴⁰ Φραγκίσκος Ι.Χανιώτης, " Παθολογία" Α΄ Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997, σελ.91

⁴¹ Ν. Χουλής, Δ. Χιωτόπουλος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Ενημερωτικό φυλλάδιο, 2002, σελ.2

καταστάσεις όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, κ.λ.π.⁴²

3.5 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η συνήθεια του καπνίσματος προκαλεί εξάρτηση και η διακοπή πρόσληψης της νικοτίνης προκαλεί στερητικό σύνδρομο, γεγονότα που συνθέτουν μια τέλεια "νικοτινομανία". Είναι δηλαδή το πάθος για ένα τσιγάρο το οποίο όταν το στερηθεί ο οργανισμός, ο καπνιστής το αναζητά παθιασμένα. Είναι κάτι ανάλογο με ότι συμβαίνει κατά τη στέρηση κάποιου ναρκωτικού, οπότε προκύπτει η εκδήλωση του ψυχικού και σωματικού συνδρόμου στέρησης.

Το σύνδρομο αυτό προκαλεί τα εξής :

- 1) Νευρικότητα, τάση για καυγά
- 2) Εσωτερική ανησυχία
- 3) Κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης
- 4) Κεφαλαλγία, ζάλη
- 5) Αύξηση του αισθήματος της πείνας
- 6) Διαταραχές της γεύσης
- 7) Ελαφρές αγχώδεις καταστάσεις
- 8) Γενική δυσφορία
- 9) Καταθλιπτικές τάσεις
- 10) Αϋπνία
- 11) Ανικανότητα συγκέντρωσης
- 12) Υπερβολική ευερεθιστότητα
- 13) Αυξημένα συναισθήματα θυμού⁴³

Η διάρκεια του συνδρόμου στέρησης ποικίλλει από λίγες ημέρες μέχρι αρκετές εβδομάδες και η ένταση των συμπτωμάτων αναγκάζει πολλούς πρώην καπνιστές να ξαναρχίσουν το κάπνισμα. Συνήθως τα περισσότερα συμπτώματα φθάνουν σε μέγιστη ένταση 24 με 48 ώρες μετά την παύση και η έντασή τους ελαττώνεται προοδευτικά κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο εβδομάδων. Άλλα συμπτώματα όπως κάποια επιθυμία για κάπνισμα, ειδικά σε καταστάσεις ψυχικής έντασης, συνεχίζονται επί μήνες μετά την παύση του τσιγάρου.

⁴² Ν. Χουλής, Δ. Χιωτόπουλος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Ενημερωτικό φυλλάδιο, 2002, σελ.3

⁴³ Ν. Χουλής, Δ. Χιωτόπουλος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Ενημερωτικό φυλλάδιο, 2002, σελ.4

Το σύνδρομο της στέρησης διαφέρει από άτομο σε άτομο ως προς τα συμπτώματα, αποτελεί όμως ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση του καπνίσματος και για το λόγο αυτό η διακοπή του καθίσταται δύσκολη ιδιαίτερα στους βαρείς καπνιστές.

3.6 ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα έχει εισχωρήσει τόσο πολύ στη ζωή μας, ώστε είναι εύκολο να διαχωρίσει κάποιος τους ανθρώπους ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι, αφού πολλοί χώροι έχουν πλέον χωριστεί σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες, όπως στα μέσα μεταφοράς καθώς και στους διάφορους δημόσιους και κοινωνικούς χώρους.

Έτσι, ανάλογα με τη σχέση των διαφόρων ανθρώπων με το τσιγάρο διαχωρίσαμε τα είδη των καπνιστών το οποίο είναι ένα μεγάλο κεφάλαιο του καπνίσματος.

Τα είδη των καπνιστών είναι τα εξής :

- 1) Ο εξαρτημένος καπνιστής
- 2) Ο ευκαιριακός καπνιστής
- 3) Ο συνήθης ή ο εθισμένος καπνιστής
- 4) Ο μη καπνίζον ή ο παθητικός καπνιστής
- 5) Ο αισθησιακός ή κινησιακός τύπος
- 6) Ο συγκαταβατικός καπνιστής
- 7) Κάπνισμα καταπραϋντικό
- 8) Κάπνισμα διεγερτικό
- 9) Κάπνισμα που έχει γίνει μόνιμη συνήθεια
- 10) Κάπνισμα αυτοματισμένο⁴⁴

1) Ο εξαρτημένος καπνιστής

Ο εξαρτημένος καπνιστής βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση από όλα τα άλλα είδη καπνιστών.

Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και σε άλλες εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες.

⁴⁴ Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Β' Έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισηνός, Αθήνα 1994, σελ. 119

Με άλλα λόγια βρίσκουμε την τάση για αύξηση της δόσης, απώλεια ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος και ατομικά και κοινωνικά επακόλουθα. Η αύξηση της δόσης αυξάνει μέχρι να ικανοποιήσει τον καπνιστή όπου και παραμένει σε αυτό το σημείο για πολλά χρόνια.

Ο εξαρτημένος καπνιστής καπνίζει συνεχώς, δεν γνωρίζει πόσα τσιγάρα καπνίζει την ημέρα και δεν είναι σε θέση να μειώσει την καθημερινή ποσότητα έστω για ένα μικρό χρονικό διάστημα.

Ακόμα, καπνίζει το ένα μετά το άλλο για αυτό και οι κινήσεις του είναι σχεδόν αυτοματοποιημένες και το κάπνισμα κυριαρχεί στην συμπεριφορά του.

Τώρα σε περίπτωση πάντοτε αναγκαστικής διακοπής έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης και συνήθως μεταφορά της εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες όπως καραμέλες και γλυκά. Δυστυχώς, οι εξαρτημένοι καπνιστές δεν είναι σε θέση να διακόψουν το κάπνισμα ακόμα και όταν τα συμπτώματα μιας ασθένειας έχουν γίνει έκδηλα και η συνέχισή του απειλεί ακόμα και τη ζωή τους. Δεν είναι επιρρεπής στα ερεθίσματα του καθημερινού περιβάλλοντος όπως οι διαφημίσεις.⁴⁵

2) Ο ευκαιριακός καπνιστής

" Οι ευκαιριακοί καπνιστές είναι τα άτομα που καπνίζουν ένα μικρό αριθμό τσιγάρων και μόνο σε ορισμένες ευκαιρίες ή συνθήκες.

Συνήθως καπνίζουν ένα τσιγάρο μετά το φαγητό ανάλογα με την κατάσταση. Η χρήση του τσιγάρου γίνεται συνειδητά και είναι σε θέση να παραιτηθούν σε περίπτωση που θα τους ζητηθεί ή θα θελήσουν να το κόψουν.

Τον τύπο αυτό βρίσκουμε συχνότερα σε αυτούς που καπνίζουν πίπα ή πούρο, όπου σε αυτούς το κάπνισμα έχει ένα τελετουργικό χαρακτήρα που προστίθεται στην ατμόσφαιρα στην οποία βρίσκεται.

Συνήθως αυτοί που καπνίζουν το πράττουν λόγω μιας τάσης επίδειξης και μιμητισμού".⁴⁶

⁴⁵ Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Β' Έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισηνός, Αθήνα 1994, σελ. 120

⁴⁶ Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1994, σελ.121

3) Ο συνήθης ή ο εθισμένος καπνιστής

" Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι ο συχνότερος και συνεχίζει να καπνίζει για όλη του τη ζωή χωρίς να αυξάνει τη δόση του και να το κόβει για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα μόνο όταν είναι μεγάλη ανάγκη. Δυστυχώς, ένα πολύ μικρό ποσοστό από τον τύπο αυτό καπνιστή μπορεί να το κόψει για πάντα. Συνήθως αρχίζει το κάπνισμα σε μικρή ηλικία παρακινούμενος από διάφορες αιτίες εκείνης της εποχής

Παρουσιάζει συχνά ελαφρά ψυχοσωματικά προβλήματα και αισθάνεται ιδιαίτερα ψυχολογικά φορτισμένος από καταθλιπτικές διακυμάνσεις του ψυχισμού του ή διακατέχεται από ένα αίσθημα αβεβαιότητας.

Τέλος, είναι πολύ επιρρεπής στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και έχει συνήθως την τάση να ανταποκριθεί σε αυτά όπως η διαφήμιση ".⁴⁷

4) Ο μη καπνίζον ή παθητικός καπνιστής

Η κατηγορία αυτή αφορά μία μερίδα ανθρώπων που υφίστανται διπλή αδικία και ζημιά χωρίς οι ίδιοι να είναι άμεσα υπεύθυνοι. Πρόκειται για τους μη καπνίζοντες που εισπνέουν παθητικά τον καπνό του αναμμένου τσιγάρου του καπνιστή καθώς και τον καπνό της εκπνοής του.

5) Ο αισθησιακός ή κινησιακός τύπος

Για τον καπνιστή της κατηγορίας αυτής το τσιγάρο αποτελεί ένα είδος φετίχ. Απολαμβάνει την αίσθηση του τσιγάρου στο χέρι ή στα χείλη, αφήνεται στη διαδικασία του ανάματος, της εισπνοής. Η ευχαρίστηση που αντλούν από την πράξη αυτή είναι περισσότερο φανερή στους καπνιστές πίπας.

6) Ο συγκαταβατικός καπνιστής

Πιστεύει ότι ελέγχει τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει και σπάνια ξεπερνά το πακέτο. Δεν νοιώθει ποτέ έντονη ανάγκη για κάπνισμα και ανάβει τσιγάρο την ώρα της ανάπαυλας.

⁴⁷ Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1994, σελ.122-123

7) Κάπνισμα καταπραϋντικό

Στην κατηγορία αυτή τοποθετούνται οι νευρικοί και αγχώδεις καπνιστές που υποστηρίζουν ότι μειώνουν το άγχος της ημέρας μέσω του καπνού. Σε αντίθεση με τους συγκαταβατικούς καπνιστές έχουν έντονη εξάρτηση, ενώ υποφέρουν από έντονο στερητικό σύνδρομο όταν "ξεμείνουν" από τσιγάρα.

8) Κάπνισμα διεγερτικό

Ο συγκεκριμένος τύπος καπνιστή είναι τις περισσότερες φορές και εργασιομανής. Χρησιμοποιεί τις διεγερτικές ικανότητες της νικοτίνης για να αποδώσει καλύτερα στην εργασία και να έχει μεγαλύτερη ενεργητικότητα. Καθημερινά καταναλώνει αμέτρητα τσιγάρα σε στιγμές άγχους.

9) Κάπνισμα που έχει γίνει μόνιμη συνήθεια

Όταν ο καπνιστής έχει κύριο σκοπό της ζωής του το κάπνισμα δεν μπορεί λεπτό χωρίς τσιγάρο και καπνίζει για να αποφύγει το στερητικό σύνδρομο.

10) Κάπνισμα αυτοματισμένο

Πρόκειται για την κατηγορία των καπνιστών που καπνίζουν με τρόπο αυτόματο. Το κάπνισμα στηρίζεται σε μία σειρά επαναλαμβανόμενων κινήσεων που καταλήγουν στο να γίνονται αυτόματα.

3.7 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΟΚΙΝΗΤΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Η εξάρτηση της συμπεριφοράς στηρίζεται στο γεγονός ότι η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές καταλήγει στο να γίνεται αυτόματα. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου απαιτεί μια σειρά κινήσεων που επαναλαμβανόμενες χιλιάδες φορές το χρόνο καταλήγουν στο να γίνονται με τρόπο αυτόματο. Η αυτόματη αυτή συμπεριφορά πολύ συχνά συσχετίζεται και με άλλες δραστηριότητες όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, το τσιγάρο με τον καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους.

Έτσι, όταν συνδυάσει το άναμμα του τσιγάρου, ο καπνιστής ανάβει τσιγάρο ασχέτως αν έχει ανάγκη για νικοτίνη εκείνη τη στιγμή.⁴⁸

Για τον λόγο αυτό ένας καπνιστής δυσκολεύεται να διακόψει το κάπνισμα αφού σχετίζεται με λειτουργίες της καθημερινής του ζωής. Απαραίτητη είναι η γνωστοποίηση της διακοπής του καπνίσματος στο κοινωνικό περιβάλλον του καπνιστή προκειμένου να μην παρασύρεται στην συνέχεια της βλαβερής αυτής συνήθειας.

Έτσι, λοιπόν, εκτός από την εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη σημαντικό ρόλο στον εθισμό από το τσιγάρο παίζουν και μερικές καθημερινές συνήθειες οι οποίες τις περισσότερες φορές γίνονται αυτόματα από τον καπνιστή.

Αυτές οι κινήσεις, που αλλιώς ονομάζονται "αισθητηριοκίνητοι μηχανισμοί", περνούν συνήθως απαρατήρητες από τον καπνιστή.

3.8 ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ ΜΙΜΗΣΗ

Τα εκατομμύρια των καπνιστών αποτελούν έναν από τους κύριους στόχους των διαφημιστικών εταιρειών αποκομίζοντας έτσι τεράστια οφέλη κάθε χρόνο. Στις διαφημίσεις τσιγάρων συχνά λαμβάνουν μέρος πολλοί διάσημοι από όλο τον κόσμο. Οι διαφημίσεις αυτές όμως δεν είναι τόσο αθώες όσο πιστεύουμε γιατί πολλοί από τους πρωταγωνιστές αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας από το κάπνισμα. Διάσημοι ηθοποιοί που έχουν συμμετάσχει σε διαφημίσεις τσιγάρων πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα.

Η διαφήμιση του τσιγάρου αφήνει απροστάτευτο τον παιδικό πληθυσμό σε όλα τα διαφημιστικά μηνύματα που προβάλλουν το τσιγάρο σαν ένα εισιτήριο στον κόσμο των μεγάλων, σαν ένα κομψό τρόπο ζωής, που αγγίζει τα βασικά σύμβολα των ενηλίκων και συνήθως τα ονομάζουμε ωριμότητα. Οι διαφημίσεις τσιγάρων συχνά προσπαθούν να μειώσουν τους φόβους γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.

Έτσι, συνδυάζουν το κάπνισμα με καλή υγεία, αθλητική ζωντάνια και κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία. Οι διαφημίσεις σαν ευφυέστατη μέθοδος προώθησης κάθε προϊόντος αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της κοινωνίας, στην περίπτωση όμως του τσιγάρου αποσιωπούν τις βλαβερές συνέπειες προκειμένου να επιτύχουν μεγαλύτερες πωλήσεις του προϊόντος

⁴⁸ www.health.in.gr

τους, αδιαφορώντας για τις επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου.

Παρόλα αυτά η αντικαπνιστική εκστρατεία καταφέρνει με διάφορες καμπάνιες ενημέρωσης κατά του καπνίσματος να μειώνει κάθε χρόνο τον αριθμό των καπνιστών, ενώ καθημερινά αυξάνονται οι μηνύσεις κατά των καπνοβιομηχανιών.

"Έρευνες στην Αυστραλία μεταξύ παιδιών δείχνουν, ότι ένα 80% πιστεύουν ότι οι διαφημίσεις τσιγάρων ενθαρρύνουν τα παιδιά να συνεχίσουν να καπνίζουν και ότι 47% προσπαθούν να παρουσιάσουν το κάπνισμα σαν υγιεινή συνήθεια και ότι έχει χαλαρωτικά αποτελέσματα έναντι του στρες και είναι καλύτερα να καπνίζει παρά να μην καπνίζει.

Μία αξιόπιστη αμερικανική στατιστική λέει ότι π.χ. σε ένα σήριαλ που έχει ακροαματικότητα 30% αν ανάψει κάποιος ηθοποιός ένα τσιγάρο, αμέσως σε όλη την Αμερική ανάβουν πέντε εκατομμύρια τσιγάρα.

Ακόμα όταν στο εξωτερικό οι ηθοποιοί και οι σκηνοθέτες της τηλεόρασης έπαψαν να καπνίζουν μπροστά στην κάμερα, παρατήρησαν δεκαπλάσια πτώση πωλήσεων τσιγάρων μέσα σε περίοδο τριάντα ετών .

Η βρετανική ιατρική εταιρεία το 1985 στην έκδοσή της έλεγε ότι τα παιδιά είναι το μέλλον της καπνοβιομηχανίας και επομένως αποτελούν το πρωταρχικό κοινό - στόχο της διαφήμισης των τσιγάρων".⁴⁹

Το παιδί σήμερα δέχεται έντονα ερεθίσματα από ανθρώπους που θεωρεί πρότυπα όπως οι καπνιστές γονείς του και οι φίλοι του, πρωταγωνιστές της τηλεόρασης, τραγουδιστές και φυσικά από τις διαφημίσεις. Έρευνες δείχνουν ότι αν ένα άτομο ξεπεράσει τα 20 του χρόνια χωρίς να ξεκινήσει το κάπνισμα μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες να το ξεκινήσει μετά, ενώ κάποιος που ξεκινά το κάπνισμα στην εφηβική του ηλικία πολύ δύσκολα καταφέρνει να το διακόψει. Έτσι οι καπνοβιομηχανίες στοχεύουν στις εφηβικές ηλικίες προκειμένου να έχουν μια σταθερή πελατεία.

Οι καπνοβιομηχανίες προκειμένου να προσελκύσουν το νεανικό κοινό σχεδιάζουν τα προϊόντα τους και τις διαφημίσεις αυτών με διάφορα χρώματα και σχέδια προκειμένου να γίνουν πιο προσιτά και ελκυστικά σε αυτό. Έτσι, με τον τρόπο αυτό καταφέρνουν να προσελκύσουν νέους χρήστες των προϊόντων τους, αλλά και να διατηρήσουν τους ήδη υπάρχοντες.

⁴⁹ www.health.in.gr

3.9 ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η εφηβεία αποτελεί την πιο κρίσιμη ηλικία στη διαμόρφωση του χαρακτήρα ενός ατόμου. Έρευνες κατά καιρούς έχουν αποδείξει ότι ο κύριος όγκος των καπνιστών ξεκινάει το κάπνισμα στην εφηβεία. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει η προσδοκία του εφήβου να ενταχθεί στον κόσμο των μεγάλων πρόωρα και πιστεύει ότι ο στόχος του μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εικόνας που προσφέρει το κάπνισμα. Σ' αυτό βοηθάει και η έλλειψη σωστής κριτικής ικανότητας η οποία βέβαια δεν μπορεί να υφίσταται σε αυτή την ηλικία λόγω ανυπαρξίας εμπειρικών συνθηκών κι έτσι ο έφηβος οδηγείται λανθασμένα στο "αδιέξοδο" που προκαλεί το κάπνισμα.

Ο έφηβος δεν έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος σ' αυτή την ηλικία γιατί το κοινωνικό του περιβάλλον, οικογένεια και φίλοι, πολλές φορές τον οδηγεί άθελά του στο να ξεκινήσει το κάπνισμα αφού του δίνει ανάλογο παράδειγμα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μεγαλώνει σ' ένα ανθυγιεινό περιβάλλον εξαιτίας των προϊόντων του καπνού.

Ο νέος είναι αρκετά επιρρεπής στο να δοκιμάζει καινούριες εμπειρίες γιατί πιστεύει πως έτσι γίνεται πιο ώριμος χωρίς όμως να γνωρίζει, λόγω της παρορμητικότητας που τον διακατέχει, τους κινδύνους που εμπεριέχονται. Για το λόγο αυτό άλλωστε ξεκινάει το κάπνισμα και αδιαφορεί για τις βλαβερές του συνέπειες.

Από το ερευνητικό πρόγραμμα "Το κάπνισμα στην εφηβεία - ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της σχέσης εφήβου με το κάπνισμα", προέκυψε η συγκλονιστική αποκάλυψη ότι το 53,3% των εφήβων εξοικονόμησαν το πρώτο τσιγάρο από τους γονείς τους, είτε κρυφά, είτε τους προσφέρθηκε. Αν οι γονείς δεν υποστηρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, τουλάχιστον η σωτηρία των παιδιών τους δεν είναι ισχυρό κίνητρο για να το κόψουν;⁵⁰

Έρευνα του εργαστηρίου υγιεινής και επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης, έδειξε ότι οι μαθητές Λυκείου ξεκινούν από ηλικία 16 ετών το κάπνισμα 30 - 34% και το 60% των μαθητών υποστηρίζει πως το κάπνισμα είναι μέσο χαλάρωσης, ενώ οι μη καπνιστές μέσο επίδειξης.⁵¹

Ένας παράγοντας που επηρεάζει την ψυχολογία του εφήβου είναι ο φόβος της απόρριψης από το κοινωνικό του περιβάλλον και η παράλληλη επιθυμία αναγνώρισής του από αυτό. Ενώ πρέπει να συνυπολογιστεί η έμφυτη τάση

⁵⁰⁻⁵¹ Μπετίνα Ντάβου, "Το κάπνισμα στην εφηβεία", Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1996, σελ. 32,34

του εφήβου για αυτονομία της οποίας την ψευδαίσθηση προσφέρει το τσιγάρο καθώς και η επαναστατικότητα που είναι συνώνυμη με την εφηβεία.

3.10 ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ασθένειες οι οποίες δεν έπλητταν μέχρι τώρα τις γυναίκες, και αυτό οφειλόταν στο ότι δεν κάπνιζαν, φαίνεται πλέον ότι έχουν αρχίσει να τις πλήττουν. Πρόκειται για διαπίστωση την οποία κάνει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και συμπεριλαμβάνει στην έκθεσή της "Γυναίκες και η επιδημία του καπνού. Προκλήσεις τον 21ο αιώνα".

Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι περίπου το 12% των γυναικών σε όλο τον κόσμο είναι καπνίστριες σε σχέση με το 48% των ανδρών. Η διαφορά, ωστόσο, μικραίνει. Η Π.Ο.Υ. κατέγραψε υψηλά ποσοστά των νεαρής ηλικίας καπνιστριών σε χώρες, όπως η Ιαπωνία, η Γερμανία και οι Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι γυναίκες υποφέρουν όλο και περισσότερο από ασθένειες που έχουν σχέση με το κάπνισμα, είτε γιατί οι ίδιες είναι φανατικές καπνίστριες είτε γιατί εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα.

Αν οι χώρες δεν εφαρμόσουν αυστηρά μέτρα, σύντομα οι θάνατοι από ασθένειες που προκαλούνται από το κάπνισμα θα αυξηθούν δραματικά προειδοποιεί η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.⁵²

Όσον αφορά τη χώρα μας, οι γυναίκες καπνίζουν στο υψηλό ποσοστό 29% και είναι τρίτες ανάμεσα στις υπόλοιπες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που καπνίζουν καθημερινά. Άνδρες και γυναίκες μαζί είναι πρώτοι στις χώρες αυτές ενώ οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας 15 - 34 χρόνων που καπνίζουν καθημερινά αποτελούν το 45% του πληθυσμού των καπνιστών και συνεχώς αυξάνεται.

Η γυναίκες παρασύρονται από τις παραπλανητικές διαφημίσεις, εντυπωσιασμένες από την προβολή της δυναμικής γυναίκας η οποία καπνίζει.

Η αναλογία των καπνιζόντων γυναικών στην ηλικιακή ομάδα 16 – 25 χρόνων κατά μία πρόσφατη έρευνα είναι ακόμη πιο μεγάλη και βρέθηκε να είναι 49%. Αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό και οι βλαβερές συνέπειες στην υγεία θα φανούν στο άμεσο μέλλον.⁵³

⁵² Εφημερίδα, "Αδέσμευτος Τύπος", 25 Αυγούστου 2001, σελ.

⁵³ Ν. Δοντάς, "Ετήσια Εβδομάδα Κατά Του Καρκίνου", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Συνέδριο, 10-26 Οκτωβρίου 2001, σελ. 9

3.11 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ένας από τους μεγαλύτερους φόβους των καπνιστών, κυρίως των γυναικών, όταν αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα είναι η αύξηση του σωματικού τους βάρους. Η αύξηση, λοιπόν, του βάρους που ακολουθεί την διακοπή του καπνίσματος πιθανώς αποτελεί μία προσπάθεια αναπροσαρμογής του οργανισμού στις νέες συνθήκες αλλαγής των βιολογικών λειτουργιών του.

"Η ερμηνεία στο θέμα και η απάντηση έχει ως ακολούθως:

Οι καπνιστές καίνε τις θερμίδες τους γρηγορότερα κατά 10% από αυτούς που δεν καπνίζουν. Το στοιχείο αυτό εξηγεί ίσως γιατί αυτοί που κόβουν το κάπνισμα τείνουν να πάρουν περισσότερο βάρος, υποστηρίζει μία έκθεση που δημοσιεύθηκε το 1986 στη Βοστώνη. Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση, ο μεταβολισμός όσων καπνίζουν 24 τσιγάρα, σε διάστημα 12 ωρών αυξάνει κατά 10%, γι' αυτό και οι καπνιστές μπορούν συνήθως να τρώνε περισσότερο από εκείνους που δεν καπνίζουν, χωρίς να κερδίζουν επιπλέον βάρος, πράγμα που σημαίνει ότι, αν σταματήσουν να καπνίζουν 24 τσιγάρα την ημέρα που αντιστοιχούν προς καύση 200 θερμίδων ημερησίως ενδέχεται να αυξηθεί το βάρος τους κατά 6 - 10 κιλά, εφόσον βεβαίως συνεχίζουν να τρώνε την ίδια ποσότητα φαγητού.

Η δικαιολογία μερικών γυναικών, ότι το κάπνισμα διατηρεί χαμηλό το βάρος τους είναι εσφαλμένη λόγω τόσων παθολογικών κινδύνων, ενώ είναι αλήθεια ότι το τσιγάρο σχετίζεται με το αρμονικό σώμα.

Έτσι, είχαν μέχρι εδώ οι παραπάνω αντιλήψεις για το βάρος του σώματος μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Νεότερες όμως έρευνες από την Ιατρική σχολή του Χάρβαρντ, που δημοσιεύθηκαν μετά το 1994 στην Επιθεώρηση της Αμερικάνικης Ιατρικής Ενώσεως, έδειξαν ότι οι γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερο από 5 τσιγάρα την ημέρα, πριν μείνουν έγκυες διέτρεχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, από ότι οι μη καπνίζουσες. Ενώ όσοι από τους καπνιστές θεωρούν ότι δεν κερδίζουν αντιμετωπίσουν πρόβλημα βάρους από ότι αυτοί που δεν έχουν εθιστεί στη νικοτίνη".⁵⁴

⁵⁴ Παύλος Γ. Μπιλαλής, "Κάπνισμα και υγεία", Αθήνα 1997, σελ. 167

3.12 ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) διάλεξε για το έτος 2001 ως θέμα για την " Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος ", την 31 Μαΐου το παθητικό κάπνισμα το οποίο είναι ένα πολύ ανησυχητικό φαινόμενο, επειδή οι επιδράσεις του δεν είναι καθόλου ακίνδυνες, καθώς θεωρείται σήμερα ως η τρίτη προλήψιμη αιτία θνησιμότητας.

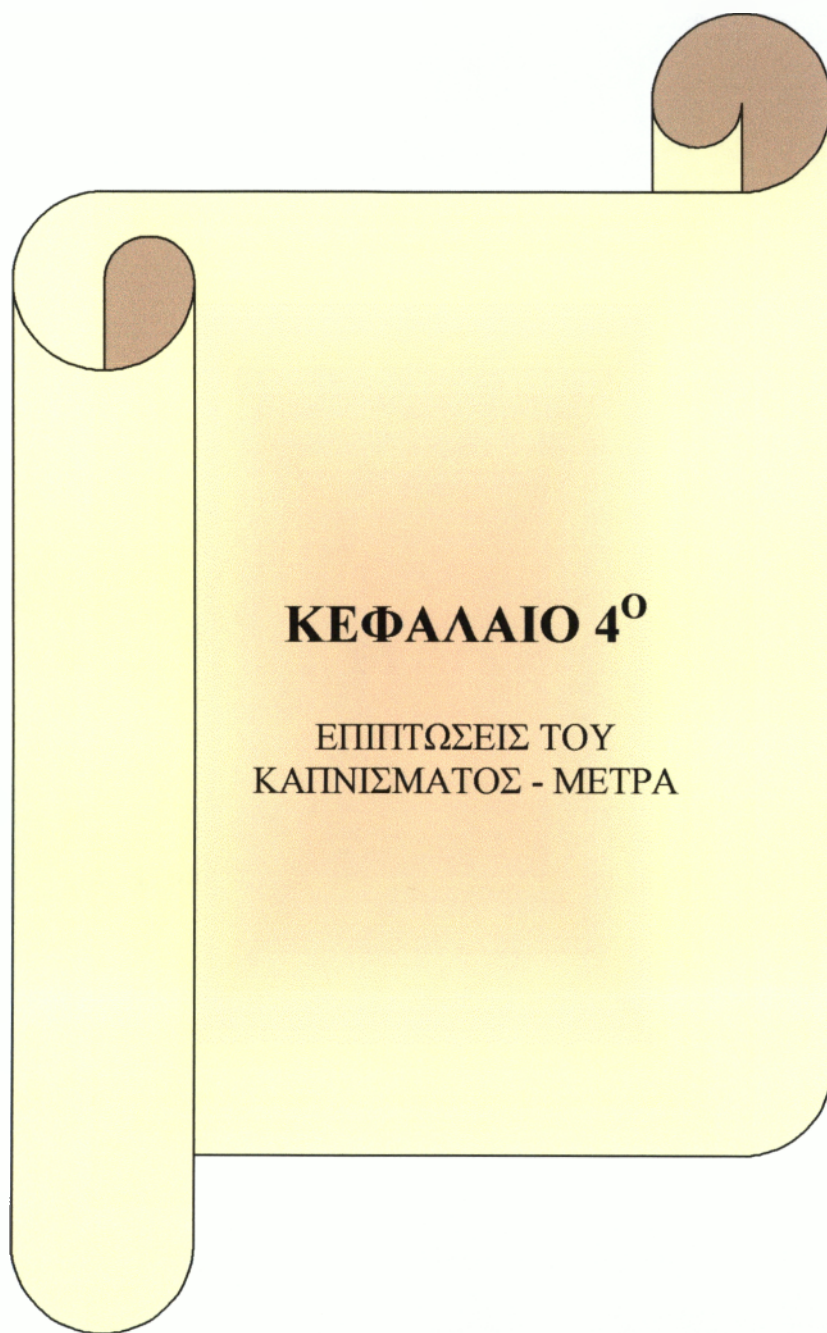
Ο καπνός όταν καίγεται παράγει 4.000 ουσίες περίπου, από τις οποίες οι 50 είναι οι πιο βλαπτικές για τον οργανισμό. Με το κάπνισμα σχηματίζονται τρία διαφορετικά ρεύματα καπνού: ο καπνός που εισπνέει ο καπνιστής, ο πλευρικός καπνός που βγαίνει από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου και ο καπνός που εκπνέει ο καπνιστής. Τα δύο τελευταία είναι υπεύθυνα για το παθητικό κάπνισμα. Η ακούσια όμως αυτή έκθεση ατόμων στο περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έδειξε από αναλύσεις που έγιναν στα ούρα και στο αίμα τους ότι βρέθηκαν οι ίδιες ακριβώς ουσίες που ανιχνεύονται και στους καπνιστές, δηλαδή η νικοτίνη, η κοτινίνη (προϊόν μεταβολής της νικοτίνης) και διάφορες καρκινογόνες ουσίες.⁵⁵

Το φαινόμενο αυτό του αναγκαστικού καπνίσματος των μη καπνιστών, παρατηρείται σε κλειστούς χώρους διασκεδάσεων, σε εστιατόρια και καφενεία αλλά ακόμη και στα σπίτια είτε κατά τα γεύματα είτε κατά τη διαβίωση.

Όταν ο ένας από τους δύο συζύγους καπνίζει, ο άλλος γίνεται παθητικός καπνιστής και τα παιδιά μεταβάλλονται σε καπνιστές από την ενδομήτριο ζωή τους, εάν η μητέρα καπνίζει, και στη συνέχεια κατά τη βρεφική και παιδική τους ηλικία είτε από την καπνίστρια μητέρα είτε από τον καπνιστή πατέρα, ή και από τους δύο. Η κοτινίνη εντοπίζεται αυξημένη στις αναλύσεις των ούρων τους.⁵⁶

⁵⁵ "Ιατρικό Βήμα", Περιοδικό, Ιούλιος-Αύγουστος, 2001, σελ. 82

⁵⁶ Γ. Κ. Δαϊκος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Φυλλάδιο, 2002, σελ. 4



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4º

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΜΕΤΡΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΜΕΤΡΑ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ανησυχία για τις συνέπειες του καπνίσματος άρχισε όταν οι επιστήμονες πανικοβλήθηκαν με την εντυπωσιακή αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Ακόμα και οι πρώτες έρευνες έδειξαν μια σαφή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και τον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο εμπειριστατωμένες μελέτες όχι μόνο επιβεβαίωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους καπνιστές, αλλά αποκάλυψαν, ότι μόνο το ένα όγδοο των επιπλέον θανάτων οφείλονταν σε καρκίνο του πνεύμονα.

Οι υπόλοιποι θάνατοι οφείλονταν σε παθήσεις της στεφανιαίας, του αναπνευστικού, σε χρόνιες πνευμονολογικές παθήσεις και σε άλλες μορφές καρκίνου.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και άλλα συλλογικά επιστημονικά όργανα αναφέρουν ότι "τα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωπους θανάτους στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει ουσιαστικά σε μια καλύτερη και μακρύτερη ζωή, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ενέργεια στον τομέα της προληπτικής ιατρικής".

Επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από ότι οι μη καπνιστές.⁵⁷ Ειδικότερα :

" 1) Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα, έχουν διπλάσια θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.

2) Οι άνδρες που καπνίζουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 35 χρόνια έχουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.

⁵⁷ Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", Β' Έκδοση, Εκδόσεις Γ. Παρησιηνός, Αθήνα 1994, σελ.139

3) Με τη διακοπή του καπνίσματος μειώνεται η "πρόσθετη" θνησιμότητα, και μετά από 15 χρόνια οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου τον ίδιο κίνδυνο με τους μη καπνιστές".

Όσον αφορά τα συστατικά του καπνού, αυτά που προκαλούν τη μεγαλύτερη ζημιά είναι η πίσσα, το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη.

" 1) Η πίσσα είναι ερεθιστική ουσία και καταστρέφει τους αεραγωγούς οδούς και τους πνεύμονες.

2) Το μονοξειδίο του άνθρακα είναι αέριο και ελαττώνει το ποσό του οξυγόνου που κυκλοφορεί στο αίμα. Καταστρέφει, επίσης, την καρδιά και τις αρτηρίες.

3) Η νικοτίνη είναι φαρμακευτική ουσία η οποία προκαλεί ερεθισμό, εξάρτηση, υπερδραστηριότητα της καρδιάς και στένωση των μεγάλων και μικρών αρτηριών".⁵⁸

Αναλυτικότερα, οι επιστημονικά διαπιστωμένες ζημιές που προκαλεί το ενεργητικό κάπνισμα στην υγεία του ανθρώπου είναι :

- 1) Νόσος των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς (στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου)
- 2) Αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (διαλείπουσα χωλότητα)
- 3) Καρκίνος του πνεύμονα
- 4) Καρκίνος του λάρυγγα
- 5) Καρκίνος του οισοφάγου
- 6) Χρόνια βρογχίτιδα

Επίσης, αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα στις παρακάτω ασθένειες :

- 1) Καρκίνος του παγκρέατος
- 2) καρκίνος του στομάχου
- 3) Καρκίνος του νεφρού
- 4) Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- 5) Έλκος στομάχου
- 6) Ουλίτιδα
- 7) Απώλεια γεύσης και όσφρησης

⁵⁸ Dorothy Baldwin, "Οδηγός Αγωγής Υγείας", Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ. 19

Οι επιπτώσεις στους παθητικούς καπνιστές είναι :

- 1) Ερεθισμός ματιών
- 2) Πονοκέφαλος
- 3) Ερεθισμός ρινικού βλεννογόνου
- 4) Μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας
- 5) Επιδείνωση των στηθαγχικών ενοχλημάτων⁵⁹

Παρακάτω θα δούμε αναλυτικά τις σχέσεις του καπνίσματος :

- 1) Με το αναπνευστικό σύστημα
- 2) Με τις καρδιαγγειακές παθήσεις
- 3) Με τις διάφορες μορφές καρκίνου

4.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Από πολυάριθμες μελέτες βρέθηκε ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αναπνευστικών οδών και με το πέρασμα του χρόνου δεν αποκλείεται οι βλάβες αυτές να δημιουργήσουν τη χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα μειώνει την ικανότητα των πνευμόνων, με αποτέλεσμα το ποσό του οξυγόνου στην κυκλοφορία του αίματος που χρησιμοποιείται για τη θρέψη των ιστών και των κινητήριων μυών να είναι σημαντικά μικρό. Επίσης, αυξάνει την παραγωγή βλέννας και έχει σαν επακόλουθο την συσσώρευσή της στους πνεύμονες. Επιπλέον, μειώνει την ικανότητα για βήχα ή την αποβολή αυτών των εκκρίσεων.

Το χρόνια εμφύσημα είναι μία ακόμη σοβαρή πάθηση που προκαλείται από το κάπνισμα. Στο εμφύσημα καταστρέφεται η ελαστικότητα των πνευμόνων. Με άλλα λόγια, οι πνεύμονες δεν έχουν την ικανότητα να βγάλουν τον αέρα που εισέρχεται με την εισπνοή.

"Πολλές μελέτες επιβεβαίωσαν σε μεγάλο βαθμό τη σημασία του καπνίσματος στην παθογένεια των πνευμονικών νόσων ιδίως της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (Χ.Α.Π.) και του καρκίνου των πνευμόνων. Το 3% του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με τελευταία στατιστικά στοιχεία πάσχει από ΧΑΠ και συνεχώς αυξάνει. Ο κίνδυνος θανάτου από την ασθένεια στους καπνιστές είναι τριάντα φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό

⁵⁹ www.smokinghappyend.gr

πληθυσμό. Το κάπνισμα οδηγεί σε πολυάριθμες παθοφυσιολογικές επιδράσεις συμπεριλαμβανομένων αλλοιώσεων των κεντρικών και περιφερειακών αεροφόρων οδών, όπως και του συστήματος ανοσίας".⁶⁰

Σε όλα τα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και το άσθμα, το οποίο δεν αποτελεί νόσο, αλλά ένα σύνδρομο που πολλές φορές σχετίζεται με αλλεργικούς παράγοντες ή σωματίδια που φτάνουν μέχρι τους πνεύμονες. Όταν ο ασθματικός συνεχίσει να καπνίζει επιβαρύνει τη συχνότητα των κρίσεων και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει εμφύσημα.

4.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Στους καπνιστές οι βλάβες στο κυκλοφορικό σύστημα είναι από τις πιο σημαντικές. Το κάπνισμα ευνοεί και προάγει την ανάπτυξη και εξέλιξη της αθηροσκληρυντικής νόσου (αθηροσκλήρυνσης). Οι εκδηλώσεις της νόσου αυτής μπορεί να είναι ποικίλες, η μία σοβαρότερη από την άλλη.

Υπάρχουν δεδομένα που αποδεικνύουν ότι όσο μεγαλύτερες είναι οι ποσότητες καπνού που καταναλώνονται, τόσο πιο βαρείς και πιο εκτεταμένες είναι οι βλάβες που προκαλούνται στον οργανισμό του καπνιστή, σε σύγκριση με τον μη καπνιστή.

Όταν η νικοτίνη εισπνέεται με τον καπνό του τσιγάρου είναι τοξική και οδηγεί σε αγγειοσπασση και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Βοηθά, επίσης, τη συσσώρευση αιμοπεταλίων ευνοώντας έτσι τον σχηματισμό θρόμβων. Το μονοξειδίο του άνθρακα που περιέχει ο καπνός του τσιγάρου παίζει επίσης ρόλο στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μειώνει την περιεκτικότητα σε οξυγονωμένο αίμα. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περιφερική αγγειακή νόσο.⁶¹

Έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει, έχει 2-5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει έμφραγμα από έναν μη καπνιστή.⁶²

Σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν ο κίνδυνος εμφράγματος είναι ιδιαίτερα αυξημένος.

⁶⁰ Παύλος Γ. Μπυλαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.154

⁶¹ www.health.in.gr

⁶² Παύλος Γ. Μπυλαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα, 1997, σελ. 65

Τέλος, η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα προκαλούν την έκκριση των κατεχολαμίνων, οι οποίες αυξάνουν την πίεση του αίματος κατά 20 - 25%. Ακόμη, και ύστερα από το κάπνισμα ενός τσιγάρου τα αγγεία συμπιέζονται για 30' - 40' και έτσι όταν κάποιος καπνίζει 25 τσιγάρα την ημέρα συμπιέζει συνεχώς τα αγγεία του και αυξάνεται η πίεσή του.⁶³

Τα νεαρά άτομα και όσοι υποφέρουν από καρδιαγγειακό νόσημα είναι πιο επιρρεπή σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα.

4.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καπνός αποτελεί έναν από του πιο σημαντικούς καρκινογόνους παράγοντες. Έχει αποδειχθεί πειραματικά και στατιστικά ότι προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, του στομάχου, του λάρυγγα, κλπ. Ένας καπνιστής 25 ετών σύμφωνα με το μέσο όρο ζωής που ισχύει, έχει να ζήσει άλλα 48 χρόνια. Το κάπνισμα 1-9 τσιγάρων την ημέρα αφαιρεί 4 χρόνια ζωής, ενώ το κάπνισμα 20-40 τσιγάρων αφαιρεί 6 χρόνια.

Το κάπνισμα τσιγάρου είναι η κυριότερος μεμονωμένη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Η.Π.Α. Η εκτιμώμενη ετήσια θνησιμότητα από καρκίνο λόγω καπνίσματος υπερέβη τους 15.000 θανάτους ή το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο, το 1992.⁶⁴

4.4.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο στους άνδρες και τον δεύτερο σε συχνότητα στις γυναίκες. Κάθε χρόνο περισσότερα από 3.000 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του πνεύμονα. Η συχνότητά του αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό λόγω της αύξησης των καπνιστών τις τελευταίες δεκαετίες.

Το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του πνεύμονα. Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες με μικρότερη

⁶³ Παύλος Γ. Μπιλαλής, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 71

⁶⁴ Άννα Τσιλιγκιρόγλου - Φαχαντίδου, "Υγιεινή" (Προληπτική Κοινωνική Ιατρική), Θεσσαλονίκη 1991, σελ. 35

αριθμητική σημασία είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ορισμένοι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, ο αμίαντος, το αρσενικό και διάφορα μέταλλα (χρώμιο, νικέλιο, κ.λπ.) που όμως η έκθεση σε αυτό έχει συνήθως επαγγελματικό χαρακτήρα (επαγγελματικοί καρκίνοι).

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι δέκα φορές συχνότερος στους καπνιστές απ' ότι στους μη-καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος και όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης, ενώ ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, η καθημερινή έκθεση των μη καπνιστών επί πολλά χρόνια στο κάπνισμα άλλων φαίνεται ότι επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία και αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα.⁶⁵

4.4.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

«Η συνολική θνησιμότητα του καρκίνου του στομάχου έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία πενήντα χρόνια. Παρ' όλα αυτά ο καρκίνος του στομάχου παραμένει ένας από τους περισσότερο θανατηφόρους καρκίνους στη χώρα μας. Κάθε χρόνο, 1800 άτομα περίπου προσβάλλονται από τη νόσο αυτή, και από αυτά μόνο 13% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία».⁶⁶

4.4.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Πολυάριθμες επιδημιολογικές κλινικές και μελέτες έχουν τεκμηριώσει σαφώς, ότι το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του λάρυγγα. Ο κίνδυνος αυτού του είδους καρκίνου είναι δεκαπλάσιος στους άνδρες καπνιστές και οκταπλάσιος στις γυναίκες, έναντι όσων δεν καπνίζουν. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι : «Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές έχουν δύο έως τριάντα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Το κυριότερο σύμπτωμα είναι το παρατεταμένο βράγχος φωνής που αναγκάζει τον ασθενή να καταφύγει στον Ωτορινολαρυγγολόγο γιατρό».⁶⁷

⁶⁵⁻⁶⁶ www.mednet.gr

⁶⁷ «Απογευματινή», Εφημερίδα, 17 Ιουλίου 2001, σελ. 30

4.5 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αρκετές γυναίκες, αγνοώντας τους κινδύνους του καπνίσματος εξακολουθούν να καπνίζουν ακόμα και σε κατάσταση εγκυμοσύνης, με πολύ σοβαρές συνέπειες για το παιδί τους.

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει ενοχοποιηθεί με πιθανότητα αποβολής του εμβρύου, πρόωρου τοκετού, γέννησης μωρού με χαμηλό σωματικό βάρος καθώς επίσης και με τη γέννηση παιδιού που θα αντιμετωπίζει δυσκολίες μάθησης ή μειωμένη ανάπτυξη.

Ο καπνός περνάει μέσω του πλακούντα στο έμβρυο και φθείρει την υγεία του πριν καν έρθει στο κόσμο. Η μείωση του βάρους του νεογέννητου οφείλεται στη σύσπαση την οποία προκαλεί η νικοτίνη στα αγγεία του μυομητρίου και συνεπώς σε ελαττωμένη αιμάτωση του εμβρύου με αποτέλεσμα το έμβρυο να μην αναπτυχθεί κανονικά και να είναι λιποβαρές

Το κάπνισμα επηρεάζει το βρογχικό επιθήλιο του εμβρύου κατά την διάρκεια της κύησης, με αποτέλεσμα το πρώτο εξάμηνο μετά τη γέννηση του να υποφέρει από συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος.

Επίσης είναι δυνατόν η κακή οξυγόνωση της μητέρας να επηρεάζει και την οξυγόνωση του εγκεφάλου του εμβρύου με όποιες συνέπειες μπορεί να έχει αυτό στη σωστή ανάπτυξή του. Βάση μελετών έχει αποδειχτεί ότι αυτά τα παιδιά έχουν πιθανότητα να μην είναι γρήγορα στη μάθηση, να έχουν μικρότερο ύψος, ενώ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν όταν μεγαλώσουν αφού έχουν δοκιμάσει νικοτίνη από την εμβρυακή ηλικία.

Έτσι οι κίνδυνοι που διατρέχουν οι καπνίστριες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους είναι οι εξής:

- Αύξηση της εμβρυϊκής θνησιμότητας
- Αύξηση αυτομάτων αποβολών
- Αύξηση περιγεννητικής θνησιμότητας
- Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών
- Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου
- Υπερκινητικότητα κατά την παιδική ηλικία
- Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου κατά την μετέπειτα ζωή⁶⁸

⁶⁸ www.care.gr

4.6 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το παθητικό κάπνισμα έχει συσχετιστεί ως αιτία με ένα φάσμα θανατηφόρων προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα και των καρδιοπαθειών.

Ο καπνός του παθητικού καπνίσματος είναι ένα πολύπλοκο μείγμα χιλιάδων χημικών ουσιών. Έχει αποδειχθεί ότι τουλάχιστον σαράντα ουσίες στον καπνό προκαλούν καρκίνο. Ο καπνός περιέχει επίσης μεγάλες ποσότητες μονοξειδίου του άνθρακα, ενός αερίου που εμποδίζει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο στους ιστούς του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των ζωτικών οργάνων όπως είναι η καρδιά και ο εγκέφαλος, καθώς και άλλες ουσίες που προκαλούν καρδιακά επεισόδια και εγκεφαλικό.

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει τόσο μακροπρόθεσμες όσο και άμεσες επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία. Οι άμεσες επιπτώσεις περιλαμβάνουν ερεθισμό των ματιών, της μύτης, του λαιμού και των πνευμόνων. Οι μη καπνιστές, οι οποίοι είναι κατά κανόνα πιο ευαίσθητοι στις τοξικές επιδράσεις του καπνού από τους καπνιστές, νοιώθουν πονοκέφαλο, ναυτία και ζαλάδες. Το παθητικό κάπνισμα ασκεί επιπλέον στρες στην καρδιά και επηρεάζει την ικανότητα του οργανισμού να προσλαμβάνει και να χρησιμοποιεί το οξυγόνο. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία είναι τα αυξημένα ποσοστά καρκίνου και καρδιοπαθειών μετά από χρόνια έκθεση. Για όσους υποφέρουν από άσθμα, όμως, ο καπνός μπορεί να αποτελέσει άμεσο κίνδυνο αφού προκαλεί εκδηλώσεις άσθματος. Η πλειοψηφία των πασχόντων από άσθμα αναφέρει συμπτώματα που ποικίλλουν από δυσφορία μέχρι οξεία εξάντληση από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα.

4.6.1 ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους παρουσιάζουν από τους πρώτους κιόλας μήνες της ζωής τους τα βρέφη καπνιστών γυναικών. Ο καλύτερος τρόπος για να προστατεύσει η έγκυος το παιδί της είναι η οριστική διακοπή του καπνίσματος κατά την περίοδο της κύησης. Η μείωση του καπνίσματος είναι βέβαια καλύτερη από το να μην καταβάλλει καμία προσπάθεια, όμως το μικρό βάρος του εμβρύου το καθιστά ευάλωτο, που ακόμα και το μικρότερο ποσό

βλαπτικών ουσιών μπορεί να το επηρεάσει. Μία ακόμη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη από τις έγκυες είναι ότι ο καλύτερος χρόνος για τη διακοπή του καπνίσματος είναι 4 μήνες πριν από την έναρξη της κύησης προκειμένου το παιδί να έχει το ίδιο βάρος με το παιδί μιας γυναίκας που δεν κάπνιζε ποτέ. Βέβαια αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί μια που η κύηση τις περισσότερες φορές δεν είναι προβλέψιμη.

Μια ακόμη ευαίσθητη κοινωνική ομάδα είναι τα παιδιά των καπνιστών τα οποία παρά τη θέλησή τους βρίσκονται εκτεθειμένα στις νοσηρές επιπτώσεις του καπνού. «Περισσότερο ευάλωτα σε καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά είναι τα παιδιά που ζουν σε οικογένειες καπνιστών».

Η ευπάθεια των παιδιών απέναντι στο παθητικό κάπνισμα είναι ένα θέμα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, τόσο από ιατρική όσο και από ηθική άποψη. Οι πνεύμονες των παιδιών είναι μικρότεροι και το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι λιγότερο αναπτυγμένο, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητές τους να αποκτήσουν λοιμώξεις στο αναπνευστικό τους σύστημα, οι οποίες προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Επειδή τα παιδιά είναι μικρότερα και αναπνέουν ταχύτερα από τους ενήλικες, εισπνέουν περισσότερες επιβλαβείς χημικές ουσίες ανά μονάδα βάρους τους σε σχέση με έναν ενήλικα στο ίδιο χρονικό διάστημα.⁶⁹

Τα κυριότερα προβλήματα που προκαλούνται στα παιδιά από έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι :

- 1) Το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου στο νεογνό γίνεται 2,8 φορές συχνότερο.
- 2) Οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος
- 3) Χρόνια αναπνευστικά συμπτώματα
- 4) Άσθμα
- 5) Η ανάπτυξη του αναπνευστικού συστήματος υπολείπεται
- 6) Οξεία και χρόνια βρογχίτιδα 12% ως 15% συχνότερη.⁷⁰

4.6.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ

Οι επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος σε ενήλικους είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Σε έρευνες που έχουν γίνει έχει βρεθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό

⁶⁹ www.yryp.gr

⁷⁰ "Ιατρικό Βήμα", Περιοδικό Ιούλιος-Αύγουστος 2001, σελ. 83

των μη καπνιστών που εκτίθεται καθημερινά στον καπνό έχουν την ίδια χημική σύσταση αίματος με αυτή των καπνιστών.

Ένας από τους κύριους κινδύνους είναι η σχέση του παθητικού καπνίσματος με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα η οποία τεκμηριώθηκε εδώ και χρόνια και υπολογίζεται ότι γύρω στο 20% του καρκίνου του πνεύμονα στους μη καπνιστές, οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα. Ενδείξεις υπάρχουν για τη συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με τους καρκίνους του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, κύστεως, νεφρού, παγκρέατος, εγκεφάλου, θυρεοειδούς, μαστού.

Επίσης, το παθητικό κάπνισμα προκαλεί και αλλεργικές αντιδράσεις όπως ερεθισμό των ματιών, ρινικά συμπτώματα καθώς και κεφαλαλγίες και βήχα.⁷¹

Η καρδιά των παθητικών καπνιστών κινδυνεύει πιο πολύ σε σχέση με όσους καπνίζουν, και αυτό γιατί ο οργανισμός δεν έχει αναπτύξει φυσικούς μηχανισμούς άμυνας. Το παθητικό κάπνισμα ελαττώνει την ικανότητα του αίματος να απελευθερώσει το οξυγόνο στην καρδιά. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο κατά 25% περίπου. Τα βλαπτικά αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα προκαλούνται από πολλά συστατικά του καπνού όπως το μονοξείδιο του άνθρακα, η νικοτίνη και άλλα στοιχεία.⁷²

Αντίθετα με την καρδιά και τον καρκίνο του πνεύμονα οι πληροφορίες για την επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην πνευμονική λειτουργία των ενηλίκων και τα αναπνευστικά συμπτώματα είναι αντιφατικές.

Ακόμα, ορισμένες ασθένειες του δέρματος μπορούν να προκληθούν από το παθητικό κάπνισμα. Επίσης, η πρόωμη εμμηνόπαυση ενδέχεται να συνδέεται με το παθητικό κάπνισμα. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για την δημιουργία έλκους.

4.6.2 ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με αρκετούς θανάτους. Είναι υπόλογο για 2.000 θανάτους στην Ελλάδα ετησίως έναντι μόνο 100 θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.⁷³

«Νέα έρευνα που δημοσιεύθηκε στην Ιατρική Επιθεώρηση του

⁷¹⁻⁷² www.smokinghappyend.gr

⁷⁵ www.mednet.gr

Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου ενοχοποιεί το παθητικό κάπνισμα για 53.000 θανάτους σε μη καπνιστές. Αναλυτικά, 37.000 από καρδιοπάθειες, 3.700 από καρκίνο των πνευμόνων και 12.000 από άλλες μορφές καρκίνου.

Το πόρισμα της έρευνας επισημαίνει ότι οι θάνατοι αυτοί οφείλονται σε ασθένειες που προκαλούνται από την εισπνοή του καπνού των τσιγάρων των καπνιστών. Ιδιαίτερα τρωτοί στις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος είναι οι υπάλληλοι γραφείων. Οι συγγραφείς της έρευνας υποστηρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα αναδεικνύεται σήμερα στην Τρίτη αιτία θανάτου στις Η.Π.Α. που μπορεί όμως να προληφθεί, μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ. Για διάφορους χημικούς και φυσικούς λόγους, ο εξαερισμός και το φιλτράρισμα του αέρα δεν είναι κατάλληλες μέθοδοι για την μείωση των κινδύνων που απειλούν τους παθητικούς καπνιστές.

Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί απειλή για την δημόσια υγεία καθώς κάθε χρόνο ευθύνεται για το θάνατο 22.000 ανθρώπων στην Ευρώπη, ανακοίνωσαν πρόσφατα ερευνητές από μελέτη τους που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Όσον αφορά την εταιρεία καπνού για την διαφημιστική της καμπάνια ότι το παθητικό κάπνισμα δεν βλάπτει, κλήθηκε να πληρώσει το ποσό των 20.000 λιρών σε δύο αντικαπνιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι εναντιώθηκαν στη διαφήμιση αυτή.»⁷⁴

4.7 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα τσιγάρου αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες νοσηρότητας σήμερα. Αλλά δεν είναι μόνο οι ζωές που χάνονται εξαιτίας του καπνίσματος, αλλά και η πρόωμη θνησιμότητα που παρατηρείται. Η ζωή ενός καπνιστή ελαττώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτή του μη καπνιστή. Υπάρχει όμως και ένα μεγάλο οικονομικό κόστος. Μεγάλα ποσά ξοδεύονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια παραγωγικότητας είναι ακόμα μεγαλύτερο.

⁷⁴ Παύλος Γ. Μπιλάλης, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ.65

Στην Αμερική το συνολικό κόστος για το έτος 1985 ήταν 65 δισ. δολάρια δηλαδή το 12% περίπου του προϋπολογισμού. Στην Ελλάδα το 1978 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος ήταν 3,2 δισ. δραχμές ή το 6,6 % των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στο δημοσιονομικό πρέπει να προστεθεί και η δαπάνη για ημεραργίες, αναπηρίες και πρόωρες συντάξεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις από τα κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των 100 δισ. δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα, επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων.⁷⁵

Το κάπνισμα είναι πολύ ζημιογόνο στην Εθνική Οικονομία και οι επιπτώσεις του είναι :

- Απώλεια ζωής πρόωρα
- Αυξημένη ζωής νοσηρότητα
- Άδεια λόγω νόσου
- Επιβάρυνση εξόδων νοσηλείας
- Φάρμακα
- Πρόωρες συντάξεις καπνιστών
- Έξοδα καθαριότητας
- Σπατάλη εξόδων για διαφημίσεις.⁷⁶

4.8 ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.8.1 ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Ο.Υ)

Η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα δείχνει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατού μέτρου για την ελάττωση του καπνίσματος. Φυσικά η Αγωγή Υγείας είναι το σπουδαιότερο μέτρο, όμως η απαγορευτική νομοθεσία βοηθάει σε πολλές περιπτώσεις. Για τον έλεγχο του καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί δύο κατηγορίες νόμων. Η πρώτη κατηγορία επιδιώκει να επηρεάσει την παραγωγή και πώληση καπνού και η άλλη επιδιώκει την αλλαγή των καπνιστικών συνηθειών. Μεταξύ των δύο αυτών μεγάλων κατηγοριών υπάρχουν οι παρακάτω υποδιαιρέσεις :

⁷⁵⁻⁷⁶ Ca M' ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ, Περιοδικό, 1999, σελ. 26,27

A) ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΠΩΛΗΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ.

- 1) Έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων
- 2) Προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη
- 3) Περιορισμός των επικίνδυνων ουσιών στον καπνό
- 4) Περιορισμοί στις πωλήσεις σε νεαρά άτομα
- 5) Οικονομικά μέτρα (φορολογία κ.λ.π.)

B) ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ.

- 1) Απαγορεύσεις για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους
- 2) Απαγορεύσεις για το κάπνισμα στους χώρους εργασίας
- 3) Υποχρεωτική Αγωγή Υγείας για το κάπνισμα

Το 1974 η Επιτροπή Ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της Παγκόσμιας Οργανώσεως Υγείας (Π.Ο.Υ.) καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις της Επιτροπής ήταν:

- 1) Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.
- 2) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- 3) Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το Δημοτικό Σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- 4) Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεως της νεολαίας.
- 5) Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό

σχετικά με τους κινδύνους από το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαιδευσεως σε θέματα υγείας των σχολείων, των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

- 6) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία της Αγωγής Υγείας σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές, και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό.

Το θέμα της αντιμετώπισης της επιδημίας του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα και, όπως παρατηρούν πολλοί ερευνητές, «εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό για το μελλοντικό σχηματισμό της Αγωγής Υγείας, είναι να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες εκθέσεως, εκπαιδευτική υποδομή και ωριμότητα».⁷⁷

4.8.2 ΑΥΣΤΗΡΑ ΜΕΤΡΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η σκληρή Αμερικανική γραμμή κατά του καπνίσματος, την οποία ακολούθησαν και πολλές Ευρωπαϊκές χώρες ακολουθείται πλέον και στη χώρα μας, με μια δέσμη εννέα μέτρων κατά του καπνίσματος, την οποία ανακοίνωσε σε συνέντευξη τύπου, ο Υπουργός Υγείας.

Τα μέτρα αυτά προβλέπουν :

- Την πλήρη απαγόρευση των διαφημίσεων προϊόντων καπνού από την 1/1/2003, καθώς και την προβολή διαφημίσεων καπνού στις κινηματογραφικές αίθουσες.
- Σε όλα τα εστιατόρια, καφετέριες, ζαχαροπλαστεία απαιτείται από την 1^η Οκτωβρίου η δημιουργία χωριστών χώρων ή και τμημάτων για μη καπνιστές σε ποσοστό που θα καταλαμβάνει το 50% του συνολικού χώρου του εστιατορίου ή της καφετέριας. Ωστόσο, η διάταξη αυτή δεν μπορεί να επιβληθεί σε κέντρα διασκέδασης και μπαρ που λειτουργούν αποκλειστικά και

⁷⁷ Α. Τριχόπουλου και Δ. Τριχόπουλος, "Προληπτική Ιατρική", Αθήνα 1986, σελ. 112

μόνο νυχτερινές ώρες, αλλά και στα καφενεία παραδοσιακού τύπου. Ο περιορισμός αυτός θα αποτελεί πλέον απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση άδειας λειτουργίας τέτοιου είδους καταστημάτων.

- Στο εξής θα ελέγχεται αυστηρότατα η απαγόρευση του καπνίσματος που ήδη ισχύει σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους ενώ πλέον απαγορεύεται ρητά το κάπνισμα και στους χώρους που οι άνθρωποι μένουν για πολλές ώρες όπως τα αεροδρόμια, οι σιδηροδρομικοί σταθμοί, οι σταθμοί λεωφορείων κ.λ.π. Ωστόσο, προβλέπεται να διαμορφωθούν και εκεί ειδικοί χώροι για καπνιστές.

- Με ιδιαίτερη αυστηρότητα θα τηρείται η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους που παρέχονται υπηρεσίες υγείας όπως τα νοσοκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές, τα κέντρα υγείας, τα φαρμακεία, προνοιακά ιδρύματα, κ.λ.π.

- Ρητή είναι η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς ακόμη και στα ταξί.

- Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας εντατικοποιεί την ενημέρωση των μαθητών για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος με στόχο τη δημιουργία ενός σχολείου ελεύθερο από καπνό. Από την πλευρά του το Υπουργείο Παιδείας με εγκύκλιό του απαγόρευσε το κάπνισμα στα σχολικά κτίρια στα οποία θα υπάρχουν ειδικοί χώροι για τους καπνίζοντες εκπαιδευτικούς.

- Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ξεκινά επίσης εκστρατεία ευαισθητοποίησης των καπνιστών με στόχο όχι μόνο να αντιληφθούν οι ίδιοι τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, αλλά και να σκεφτούν τους άλλους. Γι' αυτό και ζητά στενή συνεργασία με επιστημονικούς φορείς, ιατρικούς συλλόγους αλλά και την εκκλησία προκειμένου να επιτύχει να πείσει τους καπνιστές να περιορίσουν τη χρήση του καπνού σε χώρους όπου υπάρχουν μη καπνιστές.

- Αναβαθμίζονται τα εξωτερικά ιατρεία απεξάρτησης από το κάπνισμα στα Νοσοκομεία "Παπανικολάου" της Θεσσαλονίκης και στο Περιφερειακό

Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, ενώ δημιουργούνται ανάλογα ιατρεία στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός της Αθήνας και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης.

- Το Υπουργείο Υγείας θα επιδιώξει μέσω του Εθνικού Ραδιοτηλεοπτικού Συμβουλίου να σταματήσει η άμεση όσο και η έμμεση διαφήμιση καπνού σε κάθε ραδιοτηλεοπτική εκπομπή.

Όπως εξήγησε ο Υπουργός Υγείας παρουσιάζοντας τα μέτρα, στις δημόσιες υπηρεσίες υπεύθυνοι για την τήρησή τους είναι οι Προϊστάμενοι της υπηρεσίας και οι άμεσοι Προϊστάμενοι κάθε χώρου. Στις υπηρεσίες υγείας οι Διοικητές των νοσοκομείων. Για τους παραβάτες κυρίως στα νοσοκομεία οι ποινές γίνονται πιο αυστηρές, ενώ για τους ασθενείς προβλέπεται πειθαρχικό εξιτήριο και για τους επισκέπτες συνοδούς αποβολή από τη μονάδα υγείας. Επίσης, επιβολή πειθαρχικών ποινών προβλέπεται και για τους εργαζομένους. Γενικότερα, ωστόσο οι παραβάτες των μέτρων κινδυνεύουν, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και με φυλάκιση 3 μηνών και αυστηρά χρηματικά πρόστιμα.⁷⁸

⁷⁸ www.care.gr



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τα προηγούμενα κεφάλαια του Πρώτου Μέρους της εργασίας αυτής προκύπτει ότι το φαινόμενο της χρήσης του καπνού δεν είναι ένα απλό και ασήμαντο φαινόμενο αλλά αντίθετα είναι αρκετά ανησυχητικό και διαδεδομένο. Οι επιδράσεις του στην υγεία είναι ιδιαίτερα σοβαρές και η κατανάλωσή του εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς.

Το κάπνισμα είναι μια επίκτητος και ανθυγιεινή συνήθεια με τα σύνοδα στοιχεία εθισμού και τοξικομανίας, η οποία εγκαθίσταται εύκολα και εγκαταλείπεται δύσκολα.

Είναι γενική η παραδοχή ανά τον κόσμο ότι η φαρμακολογική δράση της νικοτίνης και η επίδρασή της στον οργανισμό, είναι ο λόγος που προκαλεί την εξάρτηση και τον εθισμό. Αυτή η εξάρτηση είναι ο βασικότερος παράγοντας – επιβεβαιωμένος και επιστημονικά – που συμβάλλει στο να συνεχίζουν οι άνθρωποι να καπνίζουν. Η εξάρτηση που προκαλείται από τη νικοτίνη και την πίσσα είναι ανάλογη με αυτή που προκαλείται από τα ναρκωτικά. Η έλλειψη της ποσότητας της νικοτίνης που έχει συνηθίσει να βάζει στον οργανισμό του ο καπνιστής, δημιουργεί αισθήματα άγχους, νευρικότητας και δυσφορίας, γεγονός που κάνει τον καπνιστή να αναζητά με πάθος το τσιγάρο και να μη μπορεί να εγκαταλείψει τη βλαβερή αυτή συνήθεια.

Εκτός από την εξάρτηση όμως που προκαλεί η νικοτίνη στον οργανισμό του ανθρώπου, υπάρχουν και ορισμένοι άλλοι παράγοντες που οδηγούν κάποιον στο να συνεχίζει να καπνίζει. Τέτοιοι είναι οι αισθητηριοκίνητοι μηχανισμοί, η συνήθεια, η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων (άγχος, ένταση, θυμός) και ο εθισμός.

Αναλύοντας όμως μόνο θεωρητικά το φαινόμενο του καπνίσματος δεν γίνεται πλήρως κατανοητή η διάδοση και οι καταστροφικές συνέπειες που προκύπτουν από τη χρήση του. Γι' αυτό κρίθηκε αναγκαίο να υπάρχει και ερευνητικό μέρος στην εργασία μας με σκοπό να μελετήσουμε αναλυτικότερα

και πιο ολοκληρωμένα τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στον καπνό και τον καπνιστή καθώς και τη στάση του απέναντι στην ουσία αυτή.

5.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα έγινε από σπουδάστριες του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Αγωγή Υγείας και Κάπνισμα» και εισηγήτρια την κ. Σακελλαρίου Μαρία.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που ελήφθη από δείγμα 80 εργαζομένων - καπνιστών του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου κατά τη χρονική περίοδο από 19-8-2002 έως 30-8-2002.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε 20 ερωτήσεις οι οποίες προέκυψαν ύστερα από συζήτηση της ομάδας μας. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν κλειστού τύπου και χωρίστηκαν σε 6 ενότητες.

Τα στοιχεία της έρευνας αυτής μελετήθηκαν με τη μέθοδο της στατιστικής ανάλυσης όπου αναλύθηκαν σε 6 ενότητες.

Η 1^η ενότητα περιλάμβανε «γενικές ερωτήσεις» οι οποίες είχαν στόχο να συλλέξουν προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων όπως το φύλο και η ηλικία.

Η 2^η ενότητα περιλάμβανε τέσσερις ερωτήσεις που αφορούσαν τους λόγους έναρξης του καπνίσματος (ερωτ. 2,3,4,5). Ειδικότερα αφορούσαν την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, την ποσότητα κατανάλωσης καπνού καθώς και τους λόγους που οδηγούν κάποιον στο να ξεκινήσει το κάπνισμα.

Η 3^η ενότητα περιλάμβανε τέσσερα ερωτήματα σχετικά με το βαθμό εξάρτησης του ατόμου από το τσιγάρο (ερωτ. 6,7,8,9). Συγκεκριμένα περιλάμβανε την ενημέρωση των καπνιστών σχετικά με την ταχύτητα εθισμού στη νικοτίνη καθώς και το επίπεδο εξάρτησης από αυτή.

Η 4^η ενότητα περιλάμβανε τρία ερωτήματα σχετικά με το βαθμό ενημέρωσης των καπνιστών όσον αφορά το κάπνισμα (ερωτ. 10,11,12). Ειδικότερα, αναφέρθηκαν στο επίπεδο ενημέρωσης σχετικά με το χάπι και τη τσίχλα κατά του καπνίσματος, την αντίληψη που επικρατεί για τη διαφορά ανάμεσα στα ελαφριά και βαριά τσιγάρα καθώς και τη γνώση για τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα.

Η 5^η ενότητα περιλάμβανε πέντε ερωτήσεις σχετικές με την διακοπή του καπνίσματος (ερωτ. 13,14,15,16,17). Συγκεκριμένα αφορούσαν την

προσπάθεια , το χρονικό διάστημα και τους λόγους διακοπής του καπνίσματος καθώς και το ρόλο της διαφήμισης στην προσπάθεια αυτή.

Τέλος, στην 6^η ενότητα τέθηκαν τρία ερωτήματα που αφορούσαν τις ρυθμίσεις σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος (ερωτ. 18,19,20). Ειδικότερα, αφορούσαν τη γνώση των καπνιστών για τις καινούριες ρυθμίσεις κατά του καπνίσματος από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και την κριτική τους απέναντι σε αυτές.

Το ερωτηματολόγιο ετέθη στους εργαζομένους του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου από ομάδα δυο ατόμων της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του τμήματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας. Όλοι οι εργαζόμενοι που ερωτήθηκαν ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας.

Από τους 80 εργαζομένους το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 36 άνδρες (45%) και 44 γυναίκες (55%) και ήταν όλοι καπνιστές.

Τέλος, το 60% των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκαν από 19/8/02 έως 23/8/02 και το υπόλοιπο 40% από 26/8/02 έως και 30/8/02.

5.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν κατά ενότητα σύμφωνα με τις ενότητες του ερωτηματολογίου.

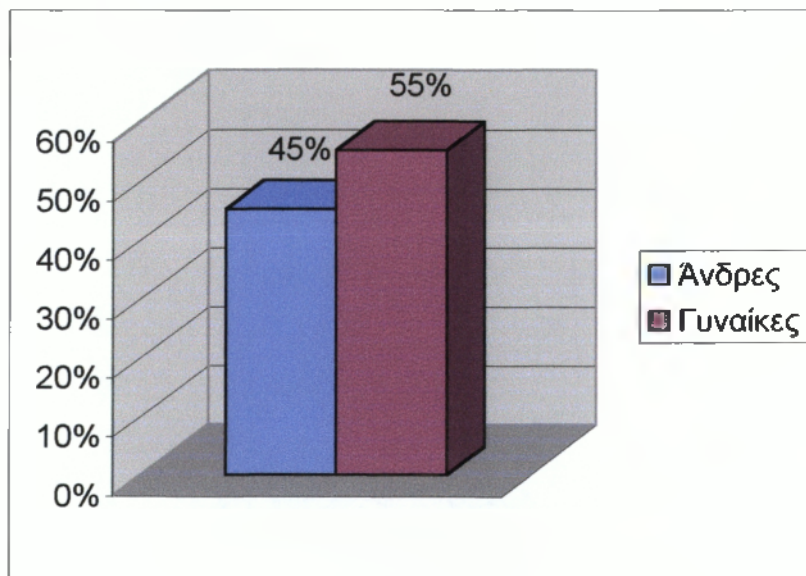
ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ερώτημα 1: Γενικά χαρακτηριστικά

ΦΥΛΟ

ΦΥΛΟ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Άνδρες	36	45
Γυναίκες	44	55
Σύνολο	80	100

Πίνακας 1: Φύλο
Πηγή: Ιδία έρευνα



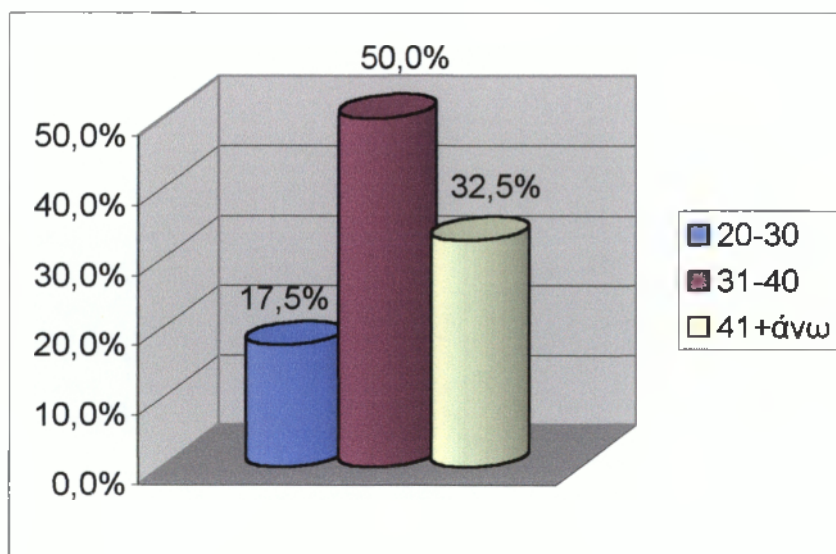
Ραβδόγραμμα 1: Φύλο
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από τους 80 ερωτηθέντες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και ήταν όλοι καπνιστές οι 36 ήταν άνδρες (45%) και οι 44 γυναίκες (55%).

ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
20-30	14	17,5
31-40	40	50,0
41+άνω	26	32,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 2: Ηλικία
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 2: Ηλικία
Πηγή: Ιδία έρευνα

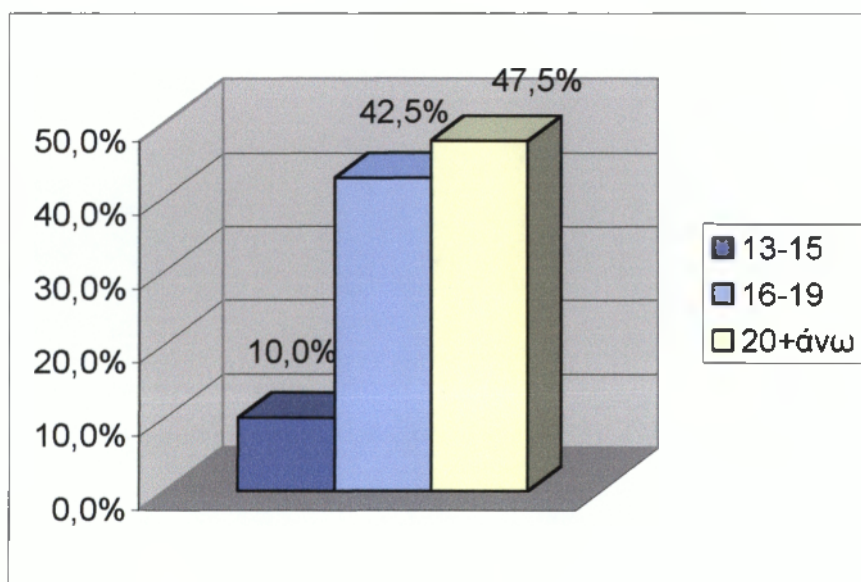
Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων από τους 80 καπνιστές οι 14 ήταν ηλικίας 20-30 ετών (17,5%), οι 40 ηλικίας 31-40 (50%) και οι υπόλοιποι 26 ήταν ηλικίας 41 και άνω (32,5%).

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ερώτημα 2: Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
13-15	8	10,0
16-19	34	42,5
20+άνω	38	47,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 3: Ηλικία έναρξης καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 3: Ηλικία έναρξης καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

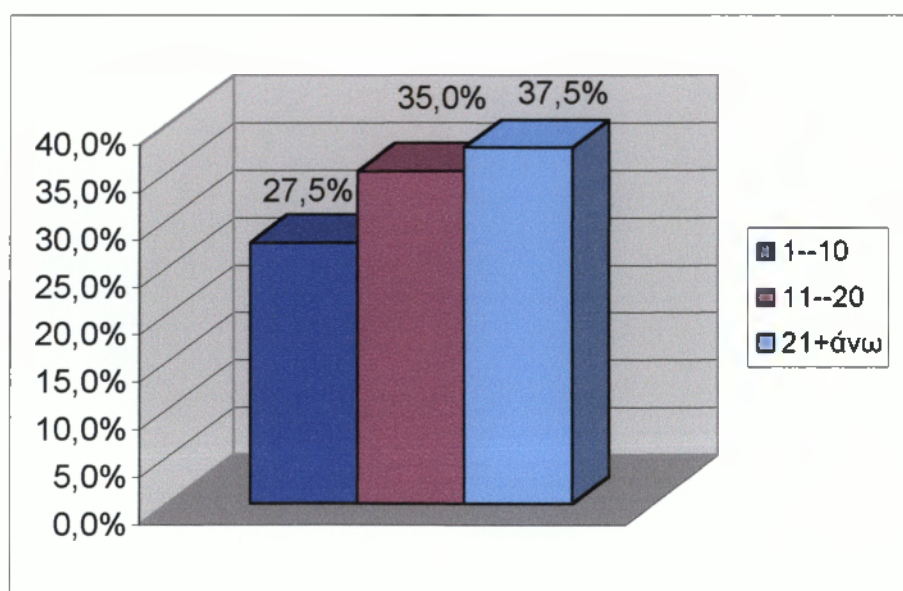
Σχετικά με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος από τους 80 ερωτηθέντες οι 8 ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία 13-15 ετών (10%), οι 34 σε ηλικία 16-19 ετών (42,5%) και οι υπόλοιποι 38 σε ηλικία 20 και άνω (47,5%).

Ερώτημα 3: Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1-10	22	27,5
11-20	28	35,0
21+άνω	30	37,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 4: Κατανάλωση τσιγάρων ανά ημέρα

Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 4: Κατανάλωση τσιγάρων ανά ημέρα

Πηγή: Ιδία έρευνα

Όσον αφορά την ποσότητα καπνού που καταναλώνουν οι ερωτηθέντες καπνιστές οι 22 δήλωσαν ότι καπνίζουν 1-10 τσιγάρα την ημέρα (27,5%), οι 28 δήλωσαν 11-20 τσιγάρα την ημέρα (35%) και οι υπόλοιποι 30 από 21 και άνω (37,5%).

Ερώτημα 4: Γιατί αρχίσατε να καπνίζετε ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Από περιέργεια	21	26,3
Λόγω παρέας	42	52,5
Λόγω άγχους, προβλημάτων	17	21,2
Σύνολο	80	100,0

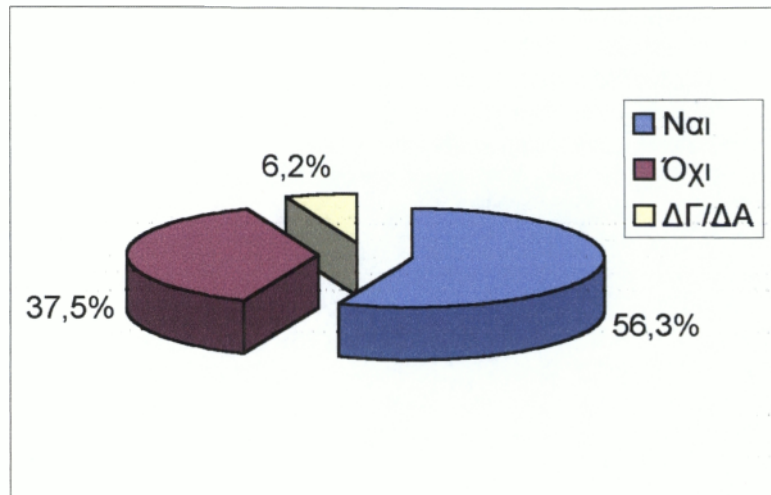
Πίνακας 5: Λόγοι έναρξης καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο του δείγματος των 80 ερωτηθέντων οι 21 καπνιστές απάντησαν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα από περιέργεια (26,3%), οι 42 απάντησαν ότι το ξεκίνησαν λόγω παρέας (52,5%) και οι υπόλοιποι 17 λόγω άγχους, προβλημάτων (21,2%).

Ερώτημα 5: Πιστεύετε ότι το τσιγάρο μειώνει το άγχος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	45	56,3
Όχι	30	37,5
ΔΓ/ΔΑ	5	6,2
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 6: Το κάπνισμα ως παράγοντας μείωσης του άγχους
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 1: Το κάπνισμα ως παράγοντας μείωσης του άγχους
Πηγή: Ιδία έρευνα

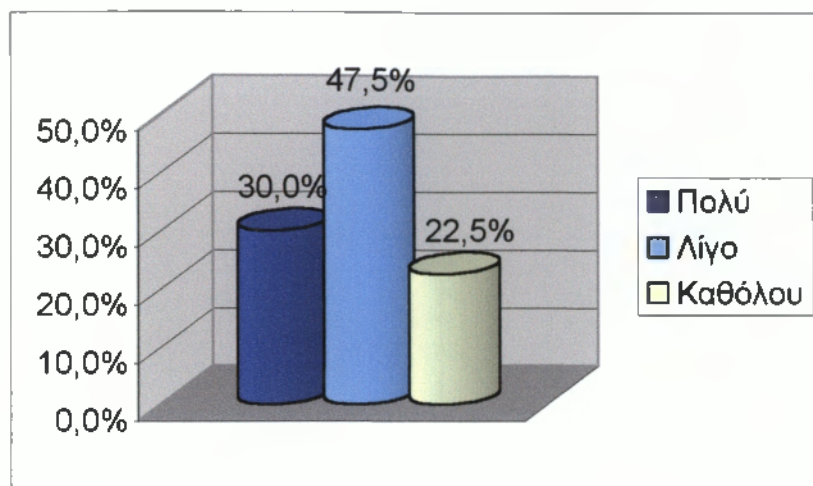
Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 45 καπνιστές απάντησαν ότι Ναι θεωρούν ότι το κάπνισμα μειώνει το άγχος (56,3%), οι 30 απάντησαν Όχι (37,5%) και τέλος 5 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (6,2%).

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΒΑΘΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ερώτημα 6: Σας δημιουργείται αίσθημα άγχους όταν σας τελειώνουν τα τσιγάρα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πολύ	24	30,0
Λίγο	38	47,5
Καθόλου	18	22,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 7: Αίσθημα άγχους όταν τελειώνουν τα τσιγάρα
Πηγή: Ιδία έρευνα



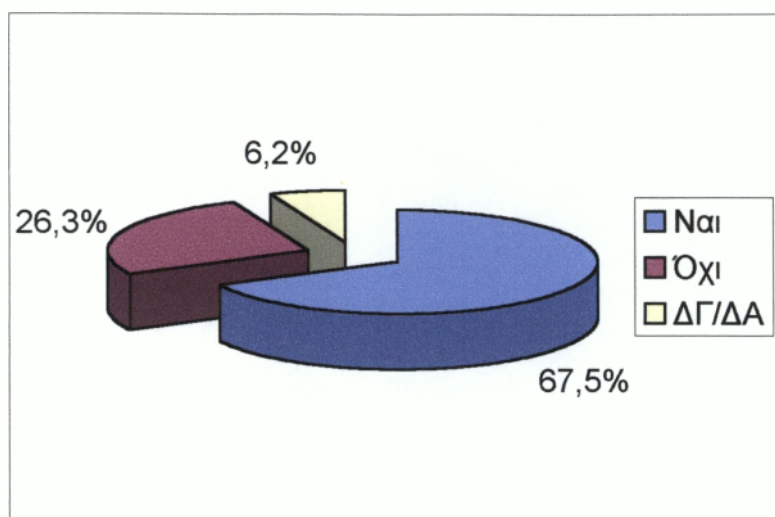
Ραβδόγραμμα 5: Αίσθημα άγχους όταν τελειώνουν τα τσιγάρα
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο του δείγματος των 80 ερωτηθέντων - καπνιστών οι 24 απάντησαν ότι τους δημιουργείται πολύ άγχος όταν τους τελειώνουν τα τσιγάρα (30%), οι 38 απάντησαν λίγο (47,5%) και οι 18 απάντησαν ότι δεν τους δημιουργείται καθόλου αίσθημα άγχους (22,5%).

Ερώτημα 7: Θεωρείτε ότι είναι γρήγορος ο εθισμός στη νικοτίνη ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	54	67,5
Όχι	21	26,3
ΔΓ/ΔΑ	5	6,2
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 8: Γρήγορος εθισμός στη νικοτίνη
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 2: Γρήγορος εθισμός στη νικοτίνη
Πηγή: Ιδία έρευνα

Όσον αφορά την ταχύτητα εθισμού στη νικοτίνη από τους 80 ερωτηθέντες οι 54 πιστεύουν ότι είναι γρήγορος ο εθισμός στη νικοτίνη (67,5%), οι 21 πιστεύουν το αντίθετο (26,3%) και οι υπόλοιποι 5 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (6,2%).

Ερώτημα 8: Πόσο γρήγορα αφού ζυπνήσετε ανάβετε το πρώτο σας τσιγάρο ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά	9	11,2
6-30 λεπτά	26	32,5
31-60 λεπτά	18	22,5
Μετά από 60 λεπτά	27	33,8
Σύνολο	80	100,0

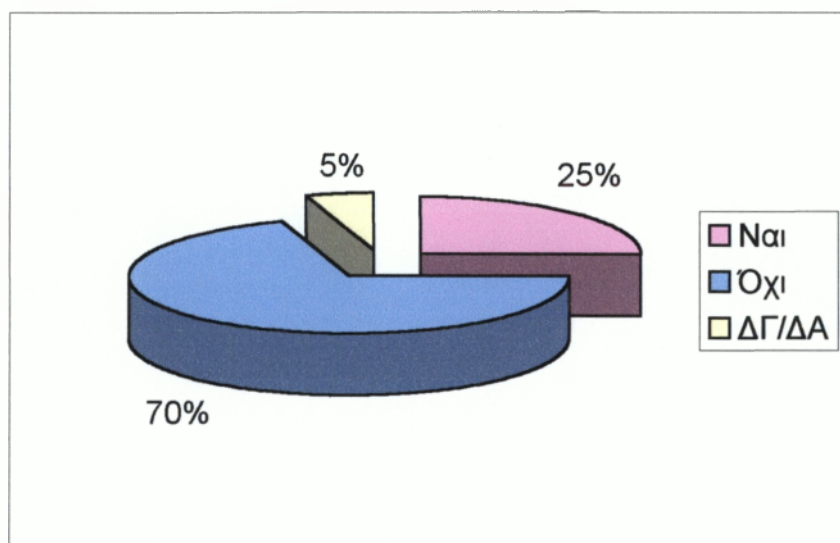
Πίνακας 9: Χρόνος κατανάλωσης του πρώτου τσιγάρου
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των απαντήσεων προέκυψε ότι στους 80 καπνιστές οι 9 ανάβουν το πρώτο τους τσιγάρο μέσα στα πρώτα 5 λεπτά της ημέρας (11,2%), οι 26 σε διάστημα 6-30 λεπτά (32,5%), οι 18 σε διάστημα 31-60 λεπτά (22,5%) και οι υπόλοιποι 27 μετά από 60 λεπτά (33,8%).

Ερώτημα 9: Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	20	25
Όχι	56	70
ΔΓ/ΔΑ	4	5
Σύνολο	80	100

Πίνακας 10: Δυσκολία καπνιστών σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 3: Δυσκολία καπνιστών σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα
Πηγή: Ιδία έρευνα

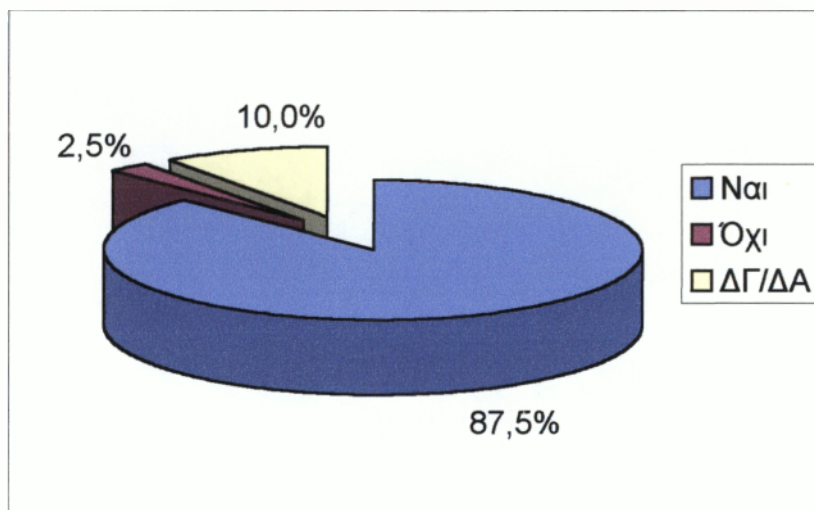
Από το σύνολο των καπνιστών που ερωτήθηκαν οι 20 απάντησαν ότι δυσκολεύονται να μην καπνίσουν σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά) με ποσοστό 25%, οι 56 απάντησαν ότι δεν δυσκολεύονται (70%) και τέλος 4 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (5%).

ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Ερώτημα 10: Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα έχει σοβαρές επιπτώσεις στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	70	87,5
Όχι	2	2,5
ΔΓ/ΔΑ	8	10,0
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 11: Επιπτώσεις καπνίσματος στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 4: Επιπτώσεις καπνίσματος στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα

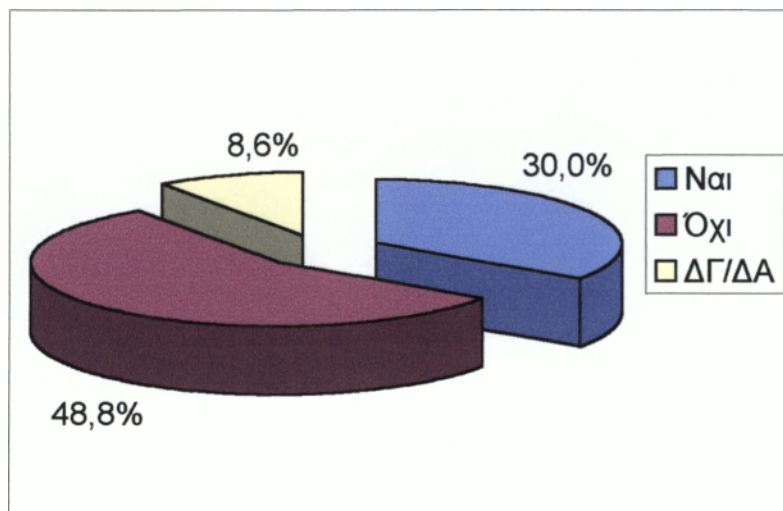
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το δείγμα των 80 ερωτηθέντων οι 70 απάντησαν ότι γνωρίζουν τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα (87,5%), οι 2 απάντησαν ότι δεν τις γνωρίζουν (2,5%) και 8 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (10%).

Ερώτημα 11: Πιστεύετε ότι υπάρχει διαφορά για την υγεία ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	24	30,0
Όχι	39	48,8
ΔΓ/ΔΑ	7	8,6
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 12: Διαφορά ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα
Πηγή: Ιδία έρευνα



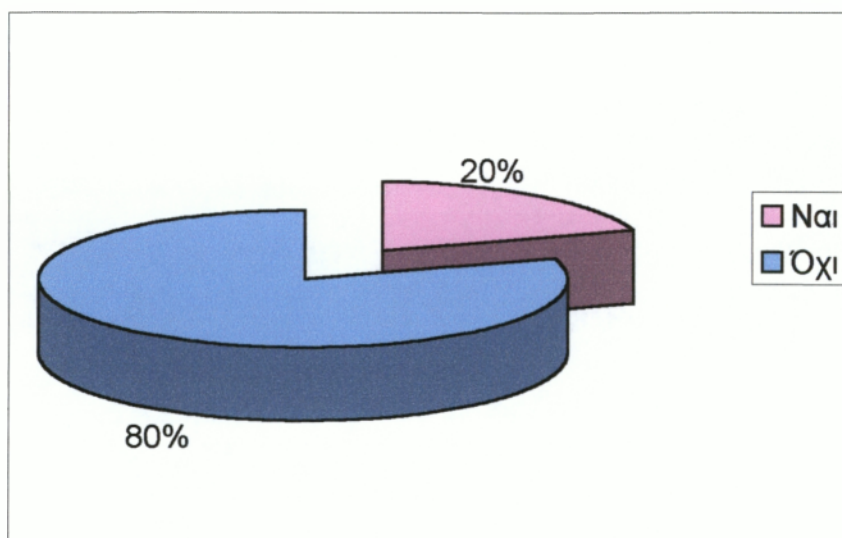
Κυκλικό διάγραμμα 5: Διαφορά ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των 80 καπνιστών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 24 πιστεύουν ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα (30%), οι 39 πιστεύουν ότι δεν υπάρχει διαφορά (48,8%) και οι υπόλοιποι 7 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (8,6%).

Ερώτημα 12: Γνωρίζετε για το χάπι (Zyban) και τη τσίχλα νικοτίνης (nicorette) κατά του καπνίσματος ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	16	20
Όχι	64	80
Σύνολο	80	100

Πίνακας 13: Χάπι και τσίχλα κατά του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 6: Χάπι και τσίχλα κατά του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

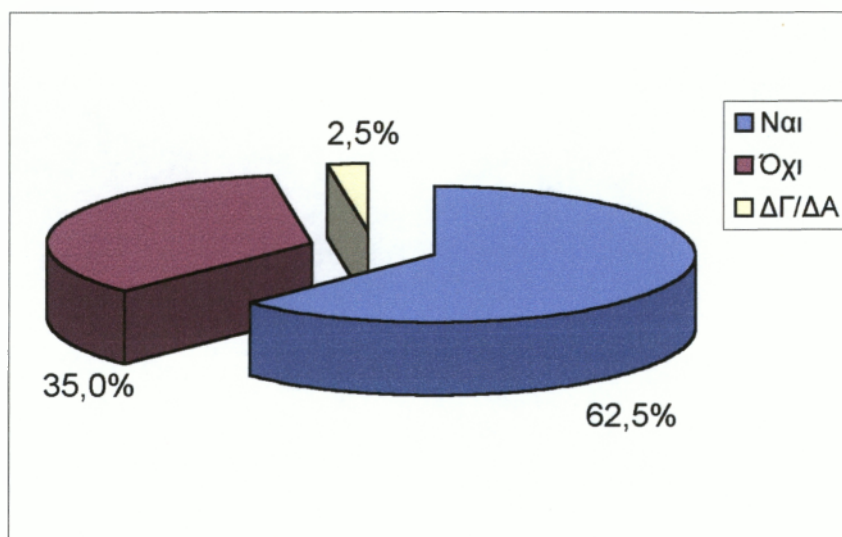
Όσον αφορά το χάπι (Zyban) και τη τσίχλα νικοτίνης (nicorette) κατά του καπνίσματος από το σύνολο των 80 ερωτηθέντων ,οι 16 απάντησαν ότι τα γνωρίζουν (20%) ενώ οι 64 απάντησαν ότι δεν τα γνωρίζουν (80%).

ΕΝΟΤΗΤΑ 5: ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ερώτημα 13: Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	50	62,5
Όχι	28	35,0
ΔΓ/ΔΑ	2	2,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 14: Διακοπή καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 7: Διακοπή καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

Σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος από τους 80 ερωτηθέντες-καπνιστές οι 50 έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα (62,5%), οι 28 δεν έχουν προσπαθήσει (35%) και οι υπόλοιποι 2 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (2,5%).

Ερώτημα 14: Αν ναι για πόσο διάστημα ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1 εβδομάδα	17	21,3
Έως 1 μήνα	16	20,0
2-5 μήνες	10	12,5
6+ μήνες	9	11,2
Σύνολο	50	100,0

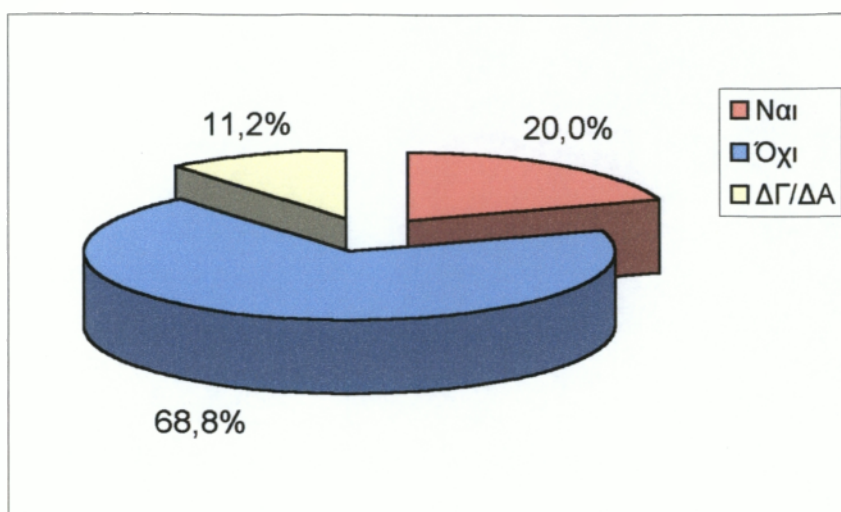
Πίνακας 15: Διάστημα διακοπής καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

Όσον αφορά το διάστημα διακοπής του καπνίσματος από τους 50 καπνιστές που προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα οι 17 το διέκοψαν για μία εβδομάδα (21,3%), οι 16 έως ένα μήνα (20%), οι 10 από 2-5 μήνες (12,5%) και οι υπόλοιποι 9 πάνω από 6 μήνες (11,2%).

Ερώτημα 15: Πιστεύετε ότι η μείωση του καπνίσματος οδηγεί στην οριστική διακοπή του ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	16	20,0
Όχι	55	68,8
ΔΓ/ΔΑ	9	11,2
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 16: Μείωση του καπνίσματος ως μέσο για τη διακοπή του
Πηγή: Ιδία έρευνα



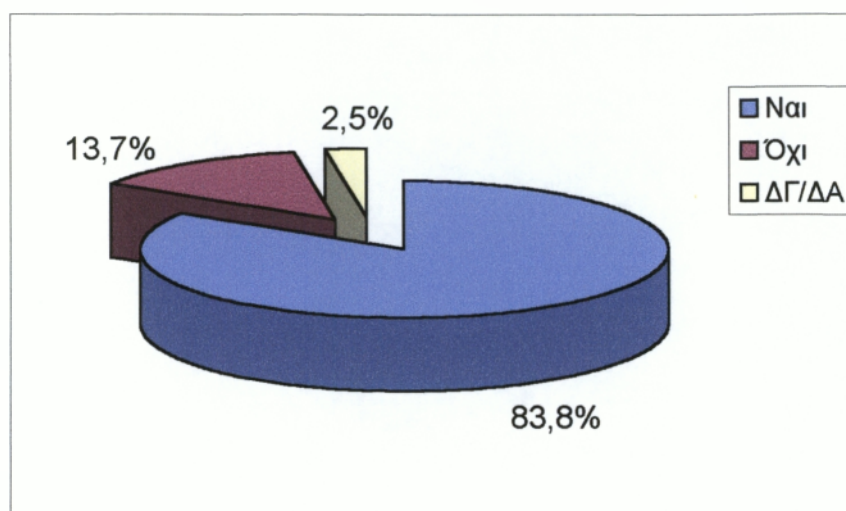
Κυκλικό διάγραμμα 8: Μείωση του καπνίσματος ως μέσο για τη διακοπή του
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο του δείγματος των 80 ερωτηθέντων, οι 16 πιστεύουν ότι η μείωση του καπνίσματος οδηγεί στην οριστική διακοπή του (20%), οι 55 πιστεύουν το αντίθετο (68,8%) και οι υπόλοιποι 9 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (11,2%).

***Ερώτημα 16:** Θα διακόπτατε το κάπνισμα αν αντιμετωπίζατε κάποια ασθένεια η οποία θα απαιτούσε τη διακοπή του ;*

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	67	83,8
Όχι	11	13,7
ΔΓ/ΔΑ	2	2,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 17: Η ασθένεια ως λόγος για τη διακοπή του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα



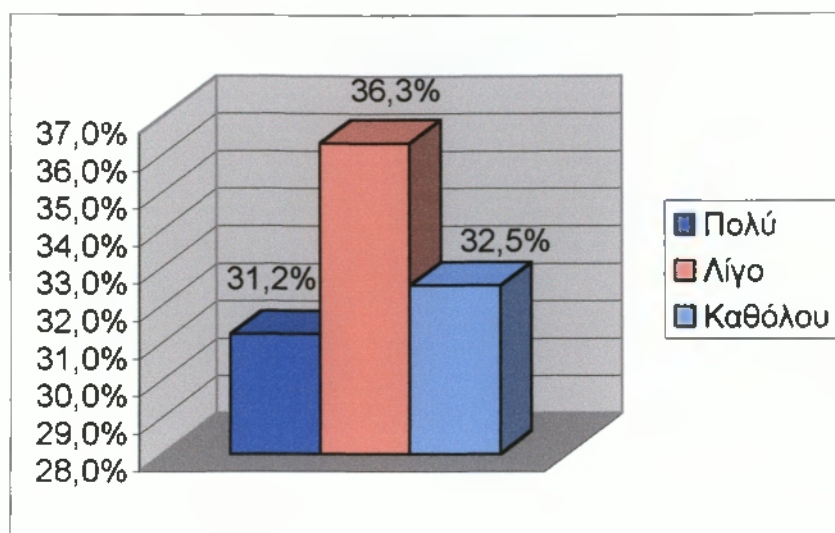
Κυκλικό διάγραμμα 9: Η ασθένεια ως λόγος για τη διακοπή του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των απαντήσεων προέκυψαν ότι οι 67 ερωτηθέντες-καπνιστές θα διέκοπταν το κάπνισμα αν αντιμετώπιζαν κάποια ασθένεια η οποία απαιτούσε την διακοπή του (83,8%), οι 11 δεν θα διέκοπταν (13,7%), ενώ 2 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (2,5%).

Ερώτημα 17: Πιστεύετε ότι είναι σημαντικός ο ρόλος της διαφήμισης στη συνέχιση του καπνίσματος ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πολύ	25	31,2
Λίγο	29	36,3
Καθόλου	26	32,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 18: Η σπουδαιότητα της διαφήμισης για τη συνέχιση του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα



Ραβδόγραμμα 6: Η σπουδαιότητα της διαφήμισης για τη συνέχιση του καπνίσματος
Πηγή: Ιδία έρευνα

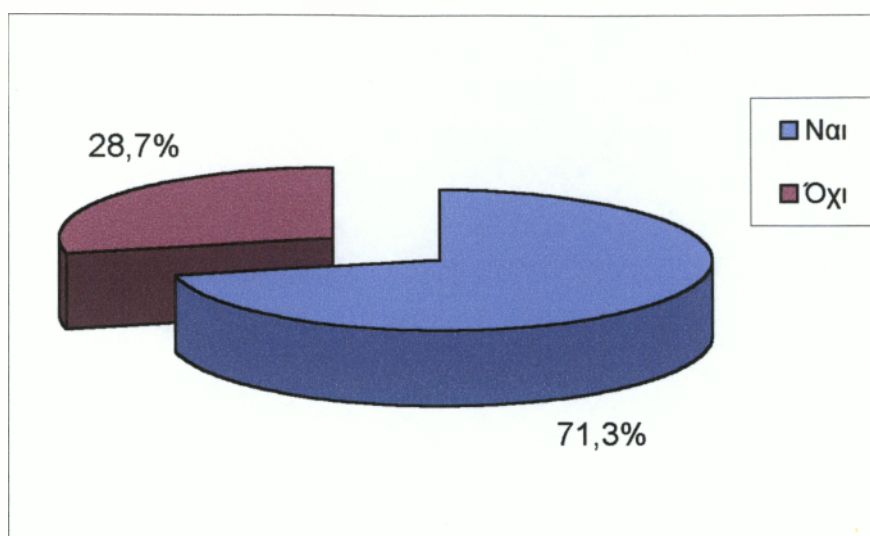
Όσον αφορά τη σπουδαιότητα της διαφήμισης για τη συνέχιση του καπνίσματος από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 25 καπνιστές πιστεύουν ότι είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της διαφήμισης στη συνέχιση του καπνίσματος (31,2%), οι 29 πιστεύουν ότι είναι λίγο σημαντικός (36,3%), ενώ οι υπόλοιποι 26 πιστεύουν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός (32,5%).

ΕΝΟΤΗΤΑ 6: ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ερώτημα 18: Γνωρίζετε για τις καινούριες ρυθμίσεις κατά του καπνίσματος από το Υ.Υ. κ' Πρόνοιας ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	57	71,3
Όχι	23	28,7
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 19: Ενημέρωση για τις νέες ρυθμίσεις του Υ.Υ. κ' Πρόνοιας
Πηγή: Ιδία έρευνα



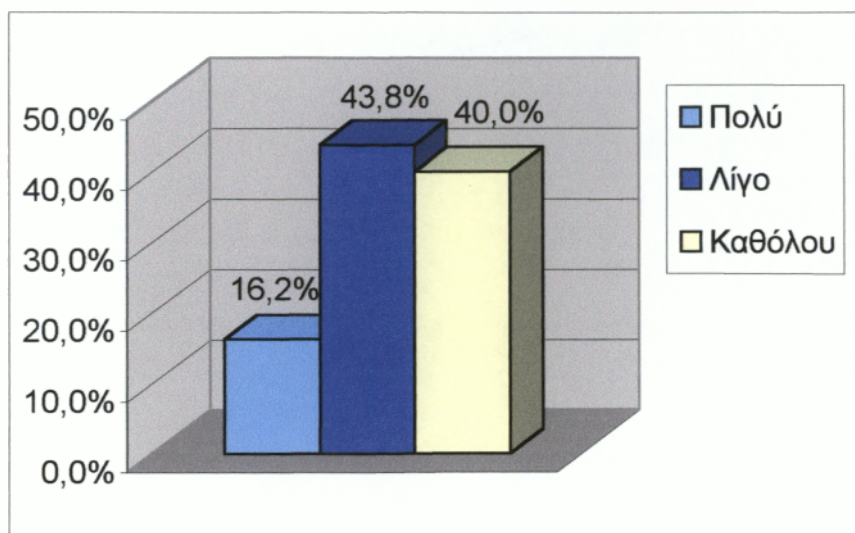
Κυκλικό διάγραμμα 10: Ενημέρωση για τις νέες ρυθμίσεις του Υ. Υ. κ' Πρόνοιας
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από τους 80 ερωτηθέντες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 57 γνωρίζουν τις καινούριες ρυθμίσεις κατά του καπνίσματος από το Υ.Υ. κ' Πρόνοιας (71,3%), ενώ 23 δήλωσαν ότι δεν τις γνωρίζουν (28,7%).

Ερώτημα 19: Πόσο αποτελεσματικές πιστεύετε ότι θα είναι ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Πολύ	13	16,2
Λίγο	35	43,8
Καθόλου	32	40,0
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 20: Αποτελεσματικότητα των νέων ρυθμίσεων
Πηγή: Ιδία έρευνα



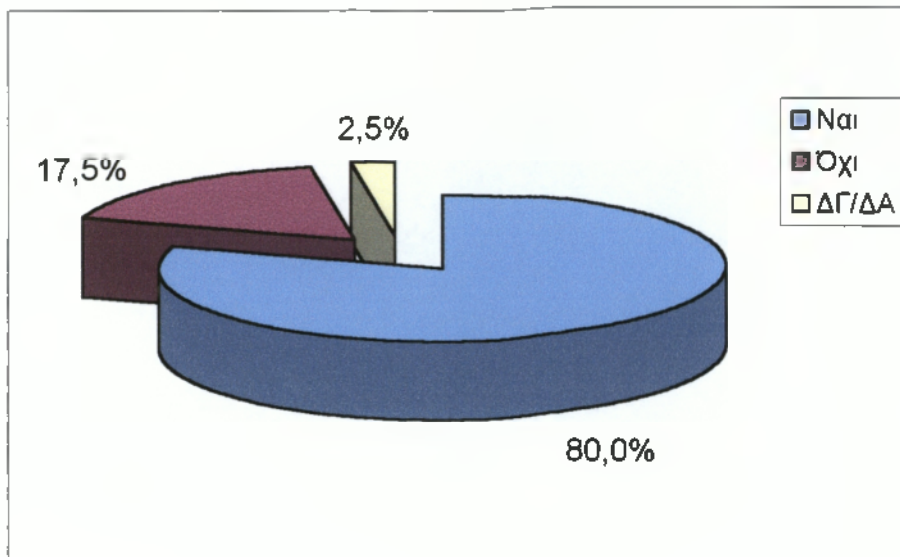
Ραβδόγραμμα 7: Αποτελεσματικότητα των καινούριων ρυθμίσεων
Πηγή: Ιδία έρευνα

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των καινούριων ρυθμίσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για το περιορισμό του καπνίσματος οι 13 πιστεύουν ότι θα είναι πολύ αποτελεσματικές (16,2%), οι 35 πιστεύουν ότι θα είναι λίγο αποτελεσματικές (43,8%) και τέλος 32 πιστεύουν ότι δεν θα είναι καθόλου αποτελεσματικές (40%).

Ερώτημα 20: Συμφωνείτε με την ρύθμιση σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡ. ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	64	80,0
Όχι	14	17,5
ΔΓ/ΔΑ	2	2,5
Σύνολο	80	100,0

Πίνακας 21: Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους
Πηγή: Ιδία έρευνα



Κυκλικό διάγραμμα 11: Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 64 συμφωνούν με την ρύθμιση σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους (80%), οι 14 δεν συμφωνούν με την ρύθμιση αυτή (17,5%) και τέλος 2 απάντησαν ΔΓ/ΔΑ (2,5%).

5.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ύστερα από την παραπάνω μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την στατιστική έρευνα που έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου και σε δείγμα 80 εργαζομένων-καπνιστών κατά τη χρονική περίοδο από 19/8/02 έως 30/8/02, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

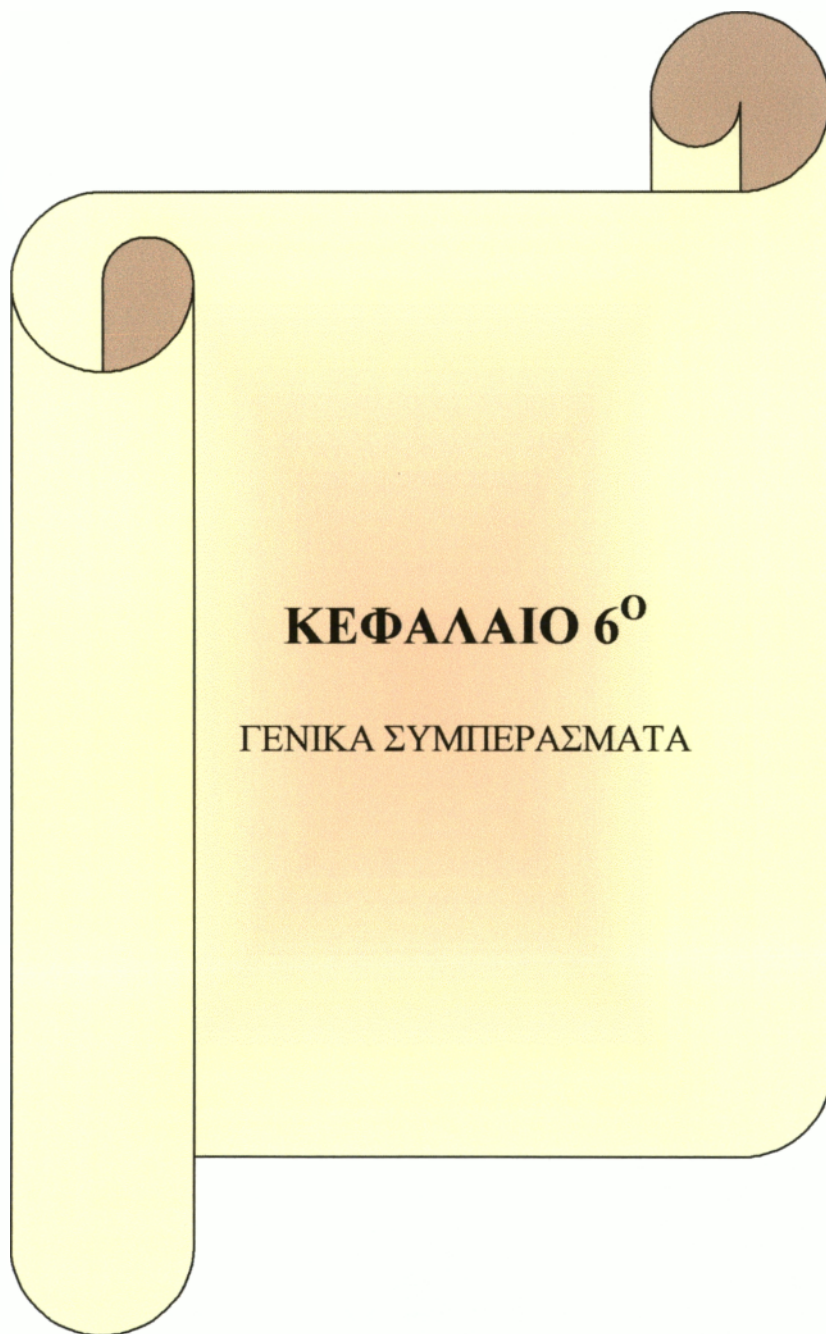
- Από το σύνολο των ερωτηθέντων ο αριθμός των γυναικών είναι σχεδόν ίδιος με τον αριθμό των ανδρών με μία μικρή υπεροχή των γυναικών.
- Οι περισσότεροι εργαζόμενοι που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι ηλικίας 31-40 ετών, με ποσοστό 50% επί του συνόλου, ακολουθούν οι ηλικίας 41+άνω και έπειτα οι ηλικίας 20-30 ετών με το χαμηλότερο ποσοστό.
- Ως προς την ηλικία έναρξης του καπνίσματος παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία 20+άνω (47,5%), ακολουθεί ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό 42,5% που το ξεκίνησε σε ηλικία 16-19, δηλαδή κατά την κρίσιμη περίοδο της εφηβείας ενώ ελάχιστοι ήταν αυτοί που ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία 13-15 ετών.
- Όσον αφορά την ποσότητα κατανάλωσης τσιγάρων ανά ημέρα παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών καταναλώνει 21+άνω τσιγάρα την ημέρα, δηλαδή ξεπερνάει το ένα πακέτο ημερησίως (37,5%). Ακολουθούν με παρόμοιο ποσοστό (35%) αυτοί που καταναλώνουν 11-20 τσιγάρα, δηλαδή από μισό έως ένα πακέτο, ενώ σημαντικός είναι ο αριθμός των «ευκαιριακών» καπνιστών που καταναλώνουν το πολύ μισό πακέτο την ημέρα (1-10 τσιγάρα) με ποσοστό 27,5%.
- Σχετικά με τους λόγους έναρξης του καπνίσματος προέκυψε ότι σχεδόν το ½ του συνόλου των ερωτηθέντων (52,5%) ξεκίνησε το κάπνισμα λόγω παρέας, ενώ ακολουθούν με παρόμοια ποσοστά αυτοί που το ξεκίνησαν από περιέργεια με ποσοστό 26,3% και αυτοί που το ξεκίνησαν λόγω άγχους ή προβλημάτων με ποσοστό 21,2%.

- Όσον αφορά το ερώτημα σχετικά με το αν το τσιγάρο μειώνει το άγχος παρατηρήθηκε ότι περισσότερο από το ½ του συνόλου των ερωτηθέντων (56,3%) πιστεύουν ότι το μειώνει σε αντίθεση με το 37,5% το οποίο δε συμφωνεί. Ακόμα ελάχιστοι είναι αυτοί που απάντησαν ΔΓ/ΔΑ.
- Από το σύνολο των 80 ερωτηθέντων το 47,5% απάντησε ότι αισθάνεται λίγο άγχος μετά το τέλος του πακέτου. Ακολουθούν αυτοί στους οποίους το άγχος είναι μεγαλύτερο με ποσοστό 30% ενώ αρκετοί είναι και αυτοί που δεν αγχώνονται καθόλου όταν τους τελειώνουν τα τσιγάρα (22,5%).
- Ως προς την ταχύτητα εθισμού στη νικοτίνη το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67,5%) πιστεύει ότι ο εθισμός στη νικοτίνη είναι ταχύτερος, όμως σημαντικό είναι και το ποσοστό 26,3% των καπνιστών που δεν έχει αντιληφθεί το πόσο γρήγορα ένας άνθρωπος μπορεί να εθιστεί στη νικοτίνη.
- Όσον αφορά το ερώτημα σχετικά με το πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσουν ανάβουν το πρώτο τους τσιγάρο το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών (33,8%) απάντησε ότι το ανάβει μετά από 60 λεπτά, ακολουθεί με ίδιο σχεδόν ποσοστό 32,5% ο αριθμός των καπνιστών που το ανάβει μετά από χρονικό διάστημα 6-30 λεπτών αφού ξυπνήσει. Λιγότεροι απάντησαν ότι το ανάβουν 31-60 λεπτά αφού ξυπνήσουν (22,5%) ενώ το χαμηλότερο ποσοστό το ανάβει μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (11,2%).
- Διαπιστώθηκε ότι από το δείγμα των 80 εργαζομένων το μεγαλύτερο ποσοστό (70%) δεν δυσκολεύεται να μην καπνίζει σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, σε αντίθεση με αυτούς οι οποίοι δυσκολεύονται και καταλαμβάνουν χαμηλότερο ποσοστό (25%).
- Όσον αφορά τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις γνωρίζει (87,5%) ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που απάντησαν ότι δεν τις γνωρίζουν.
- Ως προς την αντίληψη για το αν υπάρχει διαφορά για την υγεία ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα προέκυψε ότι περίπου το ½ του συνόλου των ερωτηθέντων (48,8%) δεν πιστεύει σε αυτή τη διαφορά σε αντίθεση

με αυτούς που πιστεύουν ότι υπάρχει (30%), ενώ ένα ποσοστό 8,6% δηλώνει άγνοια για το θέμα αυτό.

- Σχετικά με το χάπι και τη τσίχλα νικοτίνης κατά του καπνίσματος, το συντριπτικό ποσοστό του 80% του συνόλου των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει την ύπαρξή τους. Το τετραπλάσιο δηλαδή του ποσοστού των καπνιστών έναντι αυτών που γνωρίζουν για το χάπι και τη τσίχλα με ποσοστό 20%.
- Όσον αφορά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών (62,5%) έχουν επιχειρήσει να διακόψουν το κάπνισμα σε αντίθεση με αυτούς που δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ με ποσοστό 35%.
- Από το σύνολο των 50 καπνιστών που απάντησαν ότι έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα οι περισσότεροι τα κατάφεραν για 1 εβδομάδα (21,3%), το 20% έως 1 μήνα και ακολουθούν με χαμηλότερα ποσοστά αυτοί που το διέκοψαν για 2-5 μήνες και 6+άνω μήνες με ποσοστά 12,5% και 11,2% αντίστοιχα.
- Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών (68,8%) πιστεύει ότι αν προσπαθήσει να ελαττώσει το κάπνισμα δεν θα καταφέρει να οδηγηθεί στην οριστική διακοπή του ενώ ένα μικρό ποσοστό (20%) το βλέπει ως μια μέθοδο για την διακοπή του καπνίσματος.
- Από το σύνολο των ερωτηθέντων η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών (83,8%) θα διέκοπτε το κάπνισμα εάν αντιμετώπιζε κάποια σοβαρή ασθένεια που θα απαιτούσε τη διακοπή του ενώ ελάχιστοι ήταν αυτοί που απάντησαν ότι δεν θα το διέκοπταν ακόμα και σε μια τέτοια περίπτωση (13,7%).
- Σχετικά με τη σπουδαιότητα του ρόλου της διαφήμισης στη συνέχιση του καπνίσματος οι περισσότεροι πιστεύουν ότι επιδρά λίγο στη συνέχισή του (36,3%) και ακολουθούν με σχεδόν ίδια ποσοστά αυτοί που πιστεύουν ότι είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της διαφήμισης (31,2%) και αυτοί που πιστεύουν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός (32,5%).

- Όσον αφορά τις καινούριες ρυθμίσεις κατά του καπνίσματος από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις γνωρίζει (71,3%) ενώ αρκετά μικρότερο είναι το ποσοστό αυτών που απάντησαν ότι δεν τις γνωρίζουν (28,7%).
- Σχετικά με την αποτελεσματικότητα των καινούριων ρυθμίσεων οι περισσότεροι καπνιστές τις θεωρούν λίγο αποτελεσματικές (43,8%) ενώ εξίσου σημαντικός είναι ο αριθμός εκείνων που πιστεύουν ότι δεν θα είναι καθόλου αποτελεσματικές (40%). Έπειτα ακολουθεί με μικρό ποσοστό ο αριθμός εκείνων που πιστεύουν πολύ στην αποτελεσματικότητά τους (16,2%).
- Από το σύνολο των 80 εργαζομένων το τετραπλάσιο του συνόλου των καπνιστών (80%) συμφωνεί με τη ρύθμιση σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους σε αντίθεση με αυτούς που διαφωνούν, με χαμηλό ποσοστό, με τη ρύθμιση αυτή.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6º

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σ' αυτό το στάδιο της εργασίας μας θα προσπαθήσουμε μέσα από την έρευνά μας και αλλά και από τη θεωρητική προσέγγιση να παραθέσουμε τα συμπεράσματά μας σχετικά με το κάπνισμα και τη συμβολή της Αγωγής Υγείας.

Η αποστολή της αγωγής υγείας όπως προσδιορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι να φροντίζει ώστε τα άτομα να υιοθετούν και να στηρίζουν υγιεινά πρότυπα ζωής και να παίρνουν αποφάσεις που βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας τους και το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Κατά συνέπεια, σημαντικός σκοπός της αγωγής υγείας είναι η ανάπτυξη στον πληθυσμό ενός αισθήματος ευθύνης για την ατομική υγεία και την υγεία της κοινότητας, και μιας ικανότητας συμμετοχής στην κοινωνική ζωή με εποικοδομητικό τρόπο.

Το συγκεκριμένο περιεχόμενο και οι ειδικότεροι στόχοι της αγωγής υγείας θα πρέπει να καθορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται και τις συνθήκες που διαμορφώνουν τις ανάγκες αυτές. Έτσι το περιεχόμενο διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τις συνθήκες διαβίωσης, τη νοσηρότητα κλπ. Σε πληθυσμούς όπου το κάπνισμα, ο αλκοολισμός ή η χρήση ναρκωτικών είναι συχνά προβλήματα, θα πρέπει να υπάρχει σχετικός προσανατολισμός του περιεχομένου της αγωγής υγείας.

Οι ιδιαίτερες συνθήκες κάθε πληθυσμού διαφοροποιούν, εκτός από το περιεχόμενο και τις μεθόδους και τα μέσα της αγωγής υγείας για το πληθυσμό αυτό. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από την αγωγή υγείας διακρίνονται σε μεθόδους επικοινωνίας και μεθόδους εκπαίδευσης. Η οικογένεια, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν τους σημαντικότερους χώρους δράσης για την εφαρμογή των προγραμμάτων της αγωγής υγείας.

Ένα από τα βασικά αντικείμενα που συνθέτουν την θεματολογία της αγωγής υγείας είναι το κάπνισμα.

Το κάπνισμα αναμφισβήτητα είναι κοινωνικό φαινόμενο και ο έλεγχος του δεν είναι απλά ένα πρόβλημα πρώτης προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία, αλλά το κορυφαίο πρόβλημα όλων των τομέων της κρατικής πολιτικής.

Από τον κλάδο της αγωγής υγείας έχουν γίνει κατά καιρούς αρκετές προσπάθειες με τη βοήθεια αντικαπνιστικών προγραμμάτων για την πρόληψη, ενημέρωση και παροχή γνώσεων για τις βλαβερές επιπτώσεις της καπνιστικής συνήθειας στο άμεσο μέλλον.

Οι προσπάθειες όμως που έχουν γίνει μέχρι σήμερα δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα, γεγονός που μας κάνει να αναλογιζόμαστε τι πραγματικά δεν λειτούργησε σωστά. Ίσως το πρόβλημα να είναι, όχι ο βαθμός της ενημέρωσης των καπνιστών για τους κινδύνους που κρύβει μακροχρόνια για τον οργανισμό το κάπνισμα όσο ο τρόπος που γίνεται αυτή η ενημέρωση και πόσο τους αγγίζει με βάση την ιδιαίτερη ψυχосύνθεσή τους.

Σχετικά ακόμα με την πρόληψη κατά του καπνίσματος θα μπορούσαμε να αναφέρουμε την ελλιπή νομοθεσία για το κάπνισμα και τα προϊόντα καπνού, η οποία μέχρι σήμερα υπήρξε αρκετά ελαστική και ανεκτική προς το όφελος των καπνοβιομηχανιών και του οικονομικού συμφέροντος που είχαν τα κράτη. Το νομοσχέδιο όμως έχει αλλάξει σχετικά με το περιορισμό του καπνίσματος. Το κάπνισμα πρόκειται να απαγορευτεί εντελώς σε κλειστούς δημόσιους χώρους και οι διαφημίσεις σε περιοδικά, στον τύπο, το ραδιόφωνο, το διαδίκτυο και την τηλεόραση θα πάνε οριστικά.

Το κάπνισμα αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα με αυξανόμενες διαστάσεις στη σύγχρονη κοινωνία. Είναι ένα ιδιαίτερο θέμα αφού ο καπνός θεωρείται από ορισμένους σαν "νόμιμο ναρκωτικό" και από την άλλη δεν είναι δυσεύρετο. Αφορά όλες τις ηλικίες και όλες τις κοινωνικές τάξεις χωρίς διακρίσεις.

Πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο είναι εξαρτημένοι από αυτό. Οι συνέπειες που προκύπτουν τόσο από το ενεργητικό όσο και από το παθητικό κάπνισμα είναι αρκετά επιβλαβείς για την υγεία του καπνιστή. Το κάπνισμα συνδέεται με την εμφάνιση παθήσεων όπως καρκίνος, καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις.

Σαφώς και η εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη δε μπορεί να μην θεωρηθεί ένας από τους βασικότερους παράγοντες που καπνίζουν οι άνθρωποι σήμερα. Η δράση της είναι τόσο ισχυρή όσο και αυτή των ναρκωτικών ουσιών και όσο γρήγορα μπορεί κανείς να εθιστεί σ' αυτή, τόσο δύσκολα είναι να απεξαρτηθεί. Η εξάρτηση που προκαλείται από την νικοτίνη είναι μικτού τύπου δηλαδή σωματική και ψυχολογική εξάρτηση.

Το σύνδρομο στέρησης που προκαλείται κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι από τους πλέον ισχυρούς παράγοντες για τη συνέχιση

του καπνίσματος. Συναισθήματα όπως άγχος, νευρικότητα, δυσφορία είναι μερικά από αυτά που δημιουργούνται από την έλλειψη της νικοτίνης.

Η δύναμη της διαφήμισης επίσης είναι πολύ σημαντική όσον αφορά την επίδρασή της τόσο στους ήδη καπνιστές όσο και σε αυτούς που ξεκινούν το κάπνισμα.

Επίσης η επιρροή των προτύπων τόσο από το κοινωνικό περιβάλλον όσο και από το ίδιο το σπίτι είναι πολύ ισχυρή για το αν κάποιος θα συνεχίσει ή ακόμη και θα αρχίσει να καπνίζει.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου προέκυψε ότι πάνω από το μισό του συνόλου των ερωτηθέντων ξεκίνησε το κάπνισμα λόγω παρέας. Αυτό αποδεικνύει τη συμβολή του κοινωνικού περιβάλλοντος στην έναρξη του καπνίσματος.

Η άποψη ότι το τσιγάρο μειώνει το άγχος είναι η επικρατέστερη στις απαντήσεις των ερωτηθέντων, γεγονός που καθιστά το άγχος ως ένα ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη συνέχιση του καπνίσματος.

Ένας ακόμη λόγος που πιθανόν εξηγεί τη συνέχιση του καπνίσματος είναι ο εθισμός των καπνιστών από τη νικοτίνη το οποίο φαίνεται και από τη δυσκολία τους να μη καπνίζουν σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ενώ η πλειοψηφία των καπνιστών γνωρίζει τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα, συνεχίζει να καπνίζει αγνοώντας την ύπαρξή τους.

Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η άγνοια των καπνιστών για την ύπαρξη μεθόδων διακοπής του καπνίσματος όπως το χάπι και η τσίχλα νικοτίνης που βοηθούν στην αναπλήρωση της νικοτίνης.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει κάνει στο παρελθόν προσπάθεια για να διακόψει το κάπνισμα όχι όμως για μεγάλο χρονικό διάστημα και δήλωσε ότι μόνο σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας θα το διέκοπτε οριστικά.

Τέλος διαπιστώθηκε ότι όλοι σχεδόν γνωρίζουν τις καινούριες ρυθμίσεις που πρόκειται να εφαρμοστούν για τον περιορισμό του καπνίσματος και συμφωνούν με την απαγόρευσή του στους κλειστούς δημόσιους χώρους παρόλο που δεν πιστεύουν στην αποτελεσματικότητά τους.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η δυναμική των διαφόρων παραγόντων που οδηγούν τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν παραμένει το ίδιο ανεπηρέαστη ακόμα και μετά από τόσα χρόνια αντικαπνιστικών εκστρατειών.

Το πρόβλημα του τσιγάρου παραμένει άλυτο εδώ και πολλές δεκαετίες και μάλιστα έχει και αυξητικές τάσεις αντί να περιορίζεται.

Μήπως τελικά το πρόβλημα βρίσκεται κάπου αλλού; Μήπως είναι μέρος ενός αναπόσπαστου τμήματος της ανθρώπινης φύσης το να μη φροντίζει για την υγεία του παρά μόνο όταν ο κίνδυνος είναι πλέον ορατός και απειλεί άμεσα; Παρόμοιες συμπεριφορές συναντάμε στην περίπτωση της μόλυνσης του περιβάλλοντος και την οικολογική καταστροφή που απειλεί τον πλανήτη και όμως οι άνθρωποι ενώ γνωρίζουν το κακό που προκαλούν, συνεχίζουν να μολύνουν και να επιβαρύνουν το περιβάλλον. Τελικά πρέπει ο καθένας να ψάξει πιο βαθιά μέσα του να βρει τι είναι αυτό που προάγει τις συνθήκες διαβίωσης και την υγεία του και τι είναι αυτό που την υποβιβάζει με απώτερο σκοπό να προλάβει ορισμένους κινδύνους όπως είναι το κάπνισμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Ε. Κακλαμάνη-Υ. Φραγκούλη-Κουμαντάκη, "Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας", Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1994
2. Τζ. Κουρέα - Κρεμαστινού, "Σημειώσεις Αγωγής Υγείας", Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2000
3. Παύλος Γ. Μπιλάλης, "Κάπνισμα και Υγεία", Γ' Έκδοση, Αθήνα 1997
4. Μπετίνα Ντάβου, "Το κάπνισμα στην εφηβεία", Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα 1996
5. Ευάγγελος Παπαγεωργίου, "Εξαρτήσεις στη ζωή μας" Β' Έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισηνός, Αθήνα 1994
6. Αφροδίτη Ραγιά, "Βασική Νοσηλευτική, θεωρία και δεοντολογικές αρχές", Αθήνα, 1995
7. Αντωνία Τριχοπούλου-Δημήτρης Τριχόπουλος, "Προληπτική Ιατρική", Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισηνός, Αθήνα 1986
8. Α. Τσιλιγκιρόγλου - Φαχαντίδου "Υγιεινή" (Προληπτική-κοινωνική Ιατρική), Θεσσαλονίκη, 1991
9. Γιάννης Τούντας, "Σημειώσεις Αγωγή Υγείας", Αθήνα, 1998, σελ. 30
10. Φραγκίσκος Ι. Χανιώτης, "Παθολογία" Α' Τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Cont Corti "A history of smoking", Εκδόσεις Brachen books, London, 1996
2. Dorothy Baldwin, "Οδηγός Αγωγής Υγείας", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996

3. T. Jephi, R. Peterson, R. Hojon, "Drugs – Alcohol - Smoking", Εκδόσεις Ψυχογιός, 1994

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ - ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΦΥΛΛΑΔΙΑ

1. "Αδέσμευτος Τύπος", Εφημερίδα Αύγουστος, 2001
2. "Απογευματινή", Εφημερίδα, Ιούλιος 2001
3. Γ.Κ. Δαΐκος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Φυλλάδιο, 2002
4. Ν. Δόντας "Ετήσια εβδομάδα κατά του Καρκίνου", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Συνέδριο, Οκτώβριος 2001
5. "Ca Μ' ενδιαφέρει", Περιοδικό, 1999
6. "Ιατρικό βήμα" Περιοδικό, Ιούλιος-Αύγουστος 2001
7. "Πρόγραμμα Ευρώπη κατά του Καρκίνου", Συνέδριο, Παρίσι, Νοέμβριος 1998
8. Ν. Χουλής, Δ. Χιωτόπουλος, Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Ενημερωτικό φυλλάδιο, 2002

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ INTERNET

1. www.care.gr
2. www.nosmoking.gr
2. www.health.in.gr
3. www.mednet.gr
4. www.smokinghappyend.gr
5. www.yryp.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : « ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ »

Ημερομηνία συμπλήρωσης

1) Γενικά χαρακτηριστικά

Φύλο Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία 20-30 31-40 41+ άνω

2) Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;

- α) 13-15
- β) 16-19
- γ) 20+ άνω

3) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

- α) 1-10
- β) 11-20
- γ) 21+ άνω

4) Γιατί αρχίσατε να καπνίζετε;

- α) Από περιέργεια
- β) Λόγω παρέας
- γ) Λόγω άγχους, προβλημάτων

5) Πιστεύετε ότι το τσιγάρο μειώνει το άγχος ;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) ΔΓ/ΔΑ

6) Σας δημιουργείται αίσθημα άγχους όταν σας τελειώνουν τα τσιγάρα;

- α) Πολύ
- β) Λίγο
- γ) Καθόλου

7) Θεωρείτε ότι είναι γρήγορος ο εθισμός στη νικοτίνη;

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) ΔΓ/ΔΑ

8) Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε ανάβετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- α) Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά
- β) 6-30 λεπτά
- γ) 31-60 λεπτά
- δ) Μετά από 60 λεπτά

9) Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά);

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) ΔΓ/ΔΑ

- 10) Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα έχει σοβαρές επιπτώσεις στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ
- 11) Πιστεύετε ότι υπάρχει διαφορά για την υγεία ανάμεσα σε ελαφριά και βαριά τσιγάρα;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ
- 12) Γνωρίζετε για το χάπι (Zyban) και τη τσιγάρα νικοτίνης (nicorette) κατά του καπνίσματος;
- α) Ναι
 - β) Όχι
- 13) Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ
- 14) Αν ναι, για πόσο διάστημα;
- α) 1 εβδομάδα
 - β) Έως 1 μήνα
 - γ) 2-5 μήνες
 - δ) 6+ μήνες
- 15) Πιστεύετε ότι η μείωση του καπνίσματος οδηγεί στην οριστική διακοπή του;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ
- 16) Θα διακόπτατε το κάπνισμα αν αντιμετωπίζατε κάποια ασθένεια η οποία θα απαιτούσε τη διακοπή του;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ
- 17) Πιστεύετε ότι είναι σημαντικός ο ρόλος της διαφήμισης στη συνέχιση του καπνίσματος;
- α) Πολύ
 - β) Λίγο
 - γ) Καθόλου
- 18) Γνωρίζετε για τις καινούριες ρυθμίσεις κατά του καπνίσματος από το Υ.Υ. & Πρόνοιας;
- α) Ναι
 - β) Όχι
- 19) Πόσο αποτελεσματικές πιστεύετε ότι θα είναι;
- α) Πολύ
 - β) Λίγο
 - γ) Καθόλου
- 20) Συμφωνείτε με τη ρύθμιση σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) ΔΓ/ΔΑ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ***

«Τι ζημιά κάνω στον εαυτό μου αλλά και στους άλλους εάν καπνίζω ;» ερωτά η ώριμη γυναίκα, αυτή που έχει αποκτήσει παιδιά και φροντίζει καθημερινά με αγάπη και κέφι τα εγγόνια της, ή βρίσκεται τακτικά σε κοινωνικές συγκεντρώσεις θέλοντας να προσφέρει κάτι σε όλο τον κόσμο, τώρα που αισθάνεται ακόμη δυνατή.

«Τι ζημιά κάνω στον εαυτό μου, αλλά και στους άλλους εάν καπνίζω;» ερωτά η γυναίκα της δράσης, που έχει οικογένεια με παιδιά που μεγαλώνουν γρήγορα και κοντεύει η εφηβεία τους. Ακόμη συζητάει το ίδιο πρόβλημα με φίλες και φίλους που έχουν παρόμοιες κατευθύνσεις.

«Τι ζημιά κάνω στον εαυτό μου ή στους άλλους εάν καπνίζω;» ρωτά η νέα κεφάτη γυναίκα, ερωτευμένη, που μόλις παντρεύτηκε, ή σκέπτεται σύντομα να προχωρήσει στο γάμο της, αρχίζοντας οικογένεια με τα παιδιά της.

Τρεις μεγάλες ομάδες γυναικών που είναι όλες καπνίστριες. Είναι γυναίκες που έχουν ένα πρόβλημα με τον εαυτό τους : το κάπνισμα το βλέπουν, το διαβάζουν, και το συζητούν. Και εμείς σαν Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία είμαστε κοντά, μαζί τους, για να το συζητήσουμε. Δεν είμαστε αντιμέτωποι με τις καπνίστριες. Θέλουμε και μπορούμε να τις βοηθήσουμε. Είμαστε κατά του καπνίσματος που τις βλάπτει, όπως βλάπτει τα παιδιά τους, την οικογένειά τους και όλο τον κόσμο.

Σύμφωνα με τα δεδομένα ότι το κάπνισμα είναι η πιο βλαπτική συνήθεια, η Ευρωπαϊκή Ένωση οργάνωσε στις 10 – 16 Οκτωβρίου, την ετήσια Εβδομάδα Κατά Του Καρκίνου για το 2001, έχοντας κεντρικό θέμα «Γυναίκα και κάπνισμα».

Το πρόβλημα δεν είναι μόνο σημαντικό. Έχει ξεχωριστή προτεραιότητα για την Ελλάδα, όπως και για τα άλλα Κράτη Μέλη της Ενωμένης Ευρώπης. Σύντομα θα γίνει ακόμη μεγαλύτερο, όταν τα Κράτη της υπόλοιπης Ευρώπης, θα βρεθούν ενωμένα μαζί μας.

Ν. Δουκάς

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

Κάπνισμα και Γυναίκα

Το κάπνισμα σκοτώνει, άνδρες και γυναίκες. Οι μελλοθάνατοι προετοιμάζονται από παιδιά, όπως έχει αποδειχθεί από διάφορες μελέτες, από το περιβάλλον τους και την παραπλανητική διαφήμιση που τα προτρέπουν να αρχίσουν το κάπνισμα- τη βλαπτική αυτή συνήθεια- από νέοι.

Το τσιγάρο και όλα τα προϊόντα καπνού σκοτώνουν αδιάκριτα και η παραδοχή αυτή δεν αποτελεί πλέον μόνο επιστημονική τεκμηριωμένη αλήθεια, εμμέσως πλην σαφώς το παραδέχτηκαν οι μεγαλύτερες καπνοβιομηχανίες και πρόσφατα η Philip Morris σοκάρισε με την κυνική της δήλωση ότι οι θάνατοι από τσιγάρο είναι ότι καλύτερο για την οικονομία μιας χώρας .

Πριν από το θάνατο πληθώρα άλλων βλαπτικών επιδράσεων και ασθενειών προηγείται όπως από το αναπνευστικό, της καρδιάς, των αγγείων κ.ά. (πίνακας 1)

Πίνακας 1

Διάφορες βλαπτικές επιδράσεις “ Ενεργητικού καπνίσματος”

- ✓ Πεπτικό έλκος
- ✓ Παθήσεις στόματος- δοντιών
- ✓ Ερυθροκυττάρωση
- ✓ Λευκοκυττάρωση
- ✓ “Δέρμα καπνιστού”
- ✓ “Πρόσωπο καπνιστού” (Πρώιμη εμφάνιση ρυτίδων)
- ✓ Ελάττωση γεύσης και οσμής
- ✓ Ελάττωση οπτικής οξύτητας (αμβλυωπία καπνιστών)
- ✓ Εξασθένηση μνήμης
- ✓ Διαταραχή σπερμοδιαγράμματος
- ✓ Χρωματοσωμικές βλάβες
- ✓ Μείωση γονιμότητας
- ✓ Αυξημένη συχνότητα ατυχημάτων
- ✓ Επηρεασμός μεταβολισμού διαφόρων φαρμάκων
- ✓ Ανεπιθύμητες εκδηλώσεις σε γυναίκες που παίρνουν από του στόματος αντισυλληπτικά

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα Υπουργεία Υγείας των Κρατών Μελών της, οι μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που μάχονται τον καρκίνο, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) και όσες Χώρες ή φυσικά άτομα έχουν συνειδητοποιήσει πλέον, τα πολλά κακά του καπνίσματος είναι εδώ, έτοιμοι να ενημερώσουν, να συμπαρασταθούν, να βοηθήσουν, να συζητήσουν με τους νέους, τη νέα γυναίκα ώστε να μην αρχίσει το κάπνισμα, να την προστατέψουν, γιατί μαζί με αυτήν προστατεύεται το μέλλον της οικογένειας και κατ' επέκταση της Χώρας.

Κάθε χρόνο η Ευρωπαϊκή Ένωση δια των μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που μάχονται τον καρκίνο των Ευρωπαϊκών και Εθνικών Δικτύων κατά του καπνίσματος διοργανώνουν την Ευρωπαϊκή Εβδομάδα κατά του καρκίνου. Για το 2001 η Εβδομάδα αυτή έχει σαν θέμα την γυναίκα και το κάπνισμα.

Οι γυναίκες καπνίζουν στην Χώρα μας στο υψηλό ποσοστό 29% και είναι τρίτες ανάμεσα στις 15 άλλες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που καπνίζουν καθημερινά.

Άνδρες και γυναίκες μαζί είναι πρώτοι στις 15 Χώρες της Κοινότητας ενώ οι γυναίκες της ηλικιακής ομάδας 15-34 χρόνων που καπνίζουν καθημερινά αποτελούν το 45% του πληθυσμού των καπνιστών και συνεχώς αυξάνεται.

Οι γυναίκες παρασύρονται κατ' εξοχήν από την παραπλανητική διαφήμιση εντυπωσιασμένες από την προβολή της δυναμικής γυναίκας που καπνίζει «ελαφρά».

Η αναλογία των καπνιζόντων γυναικών στην ηλικιακή ομάδα 16-25 χρόνων κατά μία πρόσφατη έρευνα είναι ακόμη πιο μεγάλη και βρέθηκε να είναι 49%. Αυξάνει δε με ανησυχητικό ρυθμό και οι ζοφερές επιπτώσεις στην υγεία θα φανούν στο άμεσο μέλλον (πίνακας 2).

Πίνακας 2

Βλαπτικές επιδράσεις Παθητικού καπνίσματος

Καρκίνος Πνεύμονα

Καρδιαγγειακό

- ♦ Επιβάρυνση στηθάγχης εκδηλουμένης μετά κόπωση.
- ♦ Πρώιμες κοιλιακές συστολές.

Αναπνευστικό

- ♦ Εκπτώση αναπνευστικής λειτουργίας.
- ♦ Κρίσεις άσθματος.
- ♦ Λοιμώξεις αναπνευστικού.

Κύηση

- ♦ Χαμηλό βάρος γέννησης.

Το παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα στη γυναίκα που είναι σε ηλικία τεκνοποίησης τις καθιστά πιο ευάλωτες. Έτσι εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, οι νέες καπνίστριες αναπτύσσουν καρκίνο στον στοματοφάρυγγα και στο ουροποιητικό τους σύστημα. Οι καρδιαγγειακές ασθένειες εμφανίζονται συχνότερα συνεπεία του καπνίσματος, ενώ όταν λαμβάνουν αντισυλληπτικά κινδυνεύουν ακόμη πιο πολύ.

Η καπνίστρια στην εγκυμοσύνη προκαλεί εθισμό εκτός από τον εαυτόν της, στο έμβρυο και επιπλέον διανοητική καθυστέρηση και λιποβαρή γέννηση. Το νεογέννητο έχει χίλιες φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει αιφνίδια στο περιβάλλον καπνιστών γονέων. (πίνακας 3,4)

Πίνακας 3

Βλαπτικές επιδράσεις «ενεργητικού καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη»

- ✓ Αύξηση εμβρυϊκής θνησιμότητας
- ✓ Αύξηση αυτομάτων αποβολών
- ✓ Αύξηση περιγεννητικής θνησιμότητας
- ✓ Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών
- ✓ Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου
- ✓ Συγγενείς διαμαρτίες περί την διάπλαση
- ✓ Υπερκινητικότητα κατά την παιδική ηλικία
- ✓ Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου κατά τη μετέπειτα ζωή

Πίνακας 4

Βλαπτικές επιδράσεις «Παθητικού» καπνίσματος στα παιδιά

- ✓ Περιορισμός αναπνευστικής λειτουργίας
- ✓ Κρίσεις άσθματος
- ✓ Λοιμώξεις αναπνευστικού
- ✓ Συχνές ιώσεις
- ✓ Αύξηση συχνότητας προσέλευσης στο νοσοκομείο τον πρώτο χρόνο της ζωής
- ✓ Ωτίτιδα
- ✓ Παραρρινοκολπίτιδες

Το κάπνισμα στη νέα γυναίκα λόγω και ιδιοσυστατικών παραγόντων σύμφωνα με τις νεότερες παρατηρήσεις επηρεάζει ολόκληρη την λειτουργία του οργανισμού της περισσότερο απ' ό τι στον άνδρα.

Οι θάνατοι γυναικών από το κάπνισμα από τα στοιχεία της ΕΟΚ ενώ το 1975 ήταν 49.0000 το 1995 αυξήθηκαν στις 113.000.

Αν οι γυναίκες κάπνιζαν από την αρχή όπως οι άνδρες θα πέθαιναν σαν άνδρες. Σήμερα προτιμώντας τα ελαφρά τσιγάρα που έχουν περισσότερες εθιστικές δράσεις διάλεξαν τον θάνατο για αργότερα, ώστε να προηγηθούν οι έντονες αλλοιώσεις στον οργανισμό τους.

Η σημερινή γυναίκα είναι ανεξάρτητη, δυναμική, όμορφη. Είναι έξυπνη, έχει αυτοπεποίθηση, δεν παρασύρεται, μάχεται για τη ζωή, δεν τσιμπά, γι' αυτό δεν καπνίζει αν θέλει να παραμείνει ελεύθερη.

Το κάπνισμα σκοτώνει πρώτα τη ζωή και μετά φέρνει το θάνατο.

Καπνός και Γυναίκες : Κατανοώντας το παρελθόν, αλλάζοντας το μέλλον 23-24 Νοεμβρίου 1998, Παρίσι

Δήλωση Συνεδρίου

Το συνέδριο «Γυναίκες και Καπνός: κατανοώντας το παρελθόν αλλάζοντας το μέλλον» έγινε στο Παρίσι στις 23-24 Νοεμβρίου 1998. Το συνέδριο οργανώθηκε από την Ε.Ν.Σ.Ρ. (Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πρόληψης από το Κάπνισμα) στα πλαίσια του προγράμματος Ευρώπη κατά του Καρκίνου. Παρακολούθησαν πάνω από 270 απεσταλμένοι από 25 χώρες. Οι συμμετέχοντες αντιπροσώπευαν κυβερνητικές και μη-κυβερνητικές υπηρεσίες, από διεθνή έως και τοπικά επίπεδα.

Οι απεσταλμένοι συμφώνησαν στην ακόλουθη δήλωση:

Η χρήση του καπνού από τις γυναίκες είναι ένα από τα πλέον σοβαρά θέματα κόσμου. Τρεις τάσεις στο κάπνισμα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές:

1. Το ποσοστό των καπνιστριών αυξάνεται ακόμη σε έξι χώρες της Ε.Ε. (Πορτογαλία, Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο και Αυστρία), κυρίως γιατί αυξάνεται το επίπεδο των νεαρών καπνιστριών.
2. Στις περισσότερες χώρες αυξάνεται η κατανάλωση καπνού στους πολύ νέους.
3. Στις περισσότερες χώρες τα κορίτσια καπνίζουν ελαφρώς περισσότερο από τα αγόρια. Με άλλα λόγια, στις ομάδες νεότερης ηλικίας, οι γυναίκες καπνίζουν περισσότερο από τους άντρες.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η ταχεία επιδημική ανάπτυξη στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες. Αν αυτή η τάση συνεχιστεί είναι πιθανόν στο εγγύς μέλλον να καπνίζουν πιο πολλές γυναίκες από άντρες, εντείνοντας έτσι ένα ήδη μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο καπνός είναι πια ριζωμένος στο κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό πλαίσιο της γυναικείας ζωής στην Ευρώπη σήμερα.

Η μεγαλύτερη συγκέντρωση καπνίσματος στις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος και μόρφωσης δημιουργεί μεγάλη ανησυχία, αν λάβει κανείς υπ' όψη του ότι η υγεία τους είναι ήδη επιβεβαρημένη. Επί πλέον, ο εθισμός των γυναικών στο κάπνισμα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την χειραφέτηση των γυναικών.

Μεταξύ του 1975 και του 1995, ο αριθμός των γυναικείων θανάτων που αποδόθηκαν στο κάπνισμα στην Ε.Ε., αυξήθηκε από 49.000 σε 113.000. Σε όλη την έκταση της Ευρώπης τουλάχιστον διπλός θα είναι ο αριθμός των γυναικών που θα πεθάνουν εξ αιτίας του καπνίσματος. Εκτός από τον κίνδυνο της καρδιοπάθειας, του καρκίνου και της πνευμονοπάθειας, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο ειδικών καταστάσεων που συνδέονται με το φύλο τους, όπως είναι ο καρκίνος του τραχήλου, η οστεοπόρωση, η χαμηλή γεννητικότητα και η αρνητική επίδραση στην αναπαραγωγή. Σ' αυτές συγκαταλέγονται η μειωμένη γονιμότητα, αυξημένος κίνδυνος εξωμήτριου κυήσεως και χαμηλό βάρος του νεογέννητου. Αν οι γυναίκες καπνίζουν σαν τους άντρες θα πεθαίνουν σαν τους άντρες. Οι γυναίκες δεν καπνίζουν με τον ίδιο τρόπο με τους άντρες, για παράδειγμα οι γυναίκες προτιμούν τυποποιημένα τσιγάρα αντί τα στριφτά. Προτιμούν φίλτρα, χαμηλού περιεχομένου πίσσας και μάρκες ξανθού

καπνού. Σχεδόν οι μισές καπνίστριες στην Ευρώπη, καπνίζουν «ελαφρά» τσιγάρα, σε σύγκριση με το ένα τρίτο των αντρών. Οι καταναλωτές δεν συνειδητοποιούν ότι ο τρόπος προώθησης των τσιγάρων αυτών παραπλανά τους καταναλωτές – τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας πίσσας είναι εξ ίσου επικίνδυνα για την υγεία και χρησιμοποιούνται αντί της διακοπής του καπνίσματος. Η καπνοβιομηχανία στοχεύει επίτηδες στις γυναίκες με τις διαφημιστικές της εκστρατείες. Για παράδειγμα, απόρρητα έγγραφα της καπνοβιομηχανίας τανίζουν ότι τα ελαφρά τσιγάρα έχουν πρόσθετη αξία επειδή αρέσουν στις γυναίκες.

Για να αντιμετωπίσει την επιδημία καπνού στις γυναίκες, το συνέδριο καλεί τις Εθνικές Κυβερνήσεις, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την WHO, NGO, καθώς και γυναικείους οργανισμούς, εργαζόμενους στους τομείς της υγείας, τα μέσα και άλλους διαμορφωτές κοινής γνώμης σ' όλη την Ευρώπη, να αναγνωρίσουν το κάπνισμα σαν την σημαντικότερη απειλή στην μελλοντική υγεία των γυναικών της Ευρώπης και να λάβουν τα ακόλουθα μέτρα:

- Να εφαρμόσουν στρατηγικές που βασίζονται σε συγκεκριμένα στοιχεία για κάθε φύλο, από έρευνες έως προγράμματα πρόληψης και διακοπής. Αυτό σημαίνει μεγαλύτερη κατανόηση των κοινωνικών συνθηκών που βοηθούν την χρήση καπνού συγκεκριμένα για τις γυναίκες. Θα έπρεπε να τεθούν εθνικοί στόχοι όπως τη μείωση του ποσοστού των κοριτσιών που ξεκινούν να καπνίσουν και την αύξηση του αριθμού των γυναικών που ήδη καπνίζουν και σταματούν.
- Να εμποδίσουν την καπνοβιομηχανία από το να προωθεί και να ονομάζει προϊόντα καπνού με βάση ισχυρισμούς κάποιας μείωσης στις βλάβες που προξενούν, όπως ελαφρύ, μαλακό, κλπ. Τα τσιγάρα θα έπρεπε να υπάγονται σε διατάξεις που καλύπτουν τα συμφέροντα του καταναλωτή.
- Να εξασφαλίσουν την πλήρη απαγόρευση της διαφήμισης του καπνού σε όλη την Ευρώπη. Η Ε.Ε. και τα μέλη-κράτη θα έπρεπε να παρέχουν κάθε βοήθεια στις έξι χώρες μελλοντικά μέλη της Ε.Ε., να εφαρμόσουν την εντολή και να ξεκινήσουν αποτελεσματικές στρατηγικές ελέγχου του καπνίσματος. Η WHO θα έπρεπε να βοηθήσει άλλες χώρες να υιοθετήσουν παρόμοια νομοθεσία.
- Να προβάλουν τον καπνό σαν ένα από τα θέματα των μελλοντικών εκλογών του Ευρωκοινοβουλίου.
- Να υποστηρίξουν την τοποθέτηση ενός ευρωπαϊού επίτροπου υπεύθυνου ειδικά για την δημόσια υγεία.
- Να ενθαρρύνουν την συνεργασία μεταξύ της Ε.Ε. και της WHO σε στρατηγικές σχετικά με τον έλεγχο του καπνού στις γυναίκες της Ευρώπης, για να σταματήσουν την επιδημία, καθώς και την υποστήριξη του Συνεδρίου σε Διεθνές πλαίσιο που προτείνεται για τον έλεγχο του καπνού.
- Να αναπτύξουν τον ρόλο και την επιρροή αυτών που ηγούνται του ελέγχου του γυναικείου καπνίσματος, στην διαμόρφωση προγραμμάτων σε όλα τα επίπεδα στην Ευρώπη, για να υποστηριχτεί η πρόταση του 10ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Καπνός ή Υγεία, το 1997.
- Να ενθαρρύνουν την συνεργασία ανάμεσα στους τομείς πάνω στο θέμα του καπνού.

Αυτά τα βήματα θα ελαφρύνουν το βάρος της γυναικείας πάθησης και θανάτου από τον καπνό.

Παρίσι 24 Νοεμβρίου 1998