**Neapolis University**

**HEPHAESTUS Repository** **http://hephaestus.nup.ac.cy**

Department of Economics and Business Master in Public Administration (MPA)

2014

# þÿ“ ½ Î Ã µ ¹ Â º ± ¹ Ã Ä ¬ Ã µ ¹ Â Ä É ½ ½ ¿ þÿ ³ ¹ ± Ä ¿ º ¬ À ½ ¹ Ã ¼ ±

Nikolaou, Stavroula

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì Ã ¹ ± Â ” ¹ ¿ ¯ º · Ã · Â , £ Ç ¿ » ® Ÿ ¹ º ¿ ½ ¿ ¼ ¹ º Î ½ • À ¹ Ã Ä · ¼ Î ½ º ± ¹ ” ¹ ¿ ¯ º
þÿ ± ½ µ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • µ ¬ À ¿ » ¹ Â ¬ Æ ¿ Å

http://hdl.handle.net/11728/6953

*Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΝΕΑΠΟΛΙΣ ΠΑΦΟΥ

Πτυχιακή Εργασία

# Γνώσεις και Στάσεις των Νοσηλευτών για το Κάπνισμα.

Εισηγητής: Δρ. Στέλιος Πέτρου

Επιμέλεια: Σταυρούλα Νικολάου

2014

## Συντομογραφίες

**Α.Τ.Ε.Ι.:** Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

**Σ.Ε.Υ.Π:** Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας

*Το παρόν αφιερώνεται σε όλους εκείνους που πρεσβεύουν τη νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη, αλλά και σε εκείνους που συμμετέχουν σε διεξαγωγές ερευνών για την ανάπτυξη νέας γνώσης στη νοσηλευτική και στη βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής και εκπαίδευσης*

# Περιεχόμενα

Πρόλογος..... 8

Εισαγωγή ..... 9

## Γενικό Μέρος

### Κεφάλαιο 1ο Βασικές Γνώσεις για το Κάπνισμα

1.1. Ιστορική Αναδρομή..... 12

1.2. Ορισμός..... 15

1.3. Προϊόντα Καπνίσματος..... 15

1.4.Αιτίες καπνίσματος..... 17

### Κεφάλαιο 2ο Το κάπνισμα ως εθισμός

2.1. Ορίζοντας τους εθισμούς, τους ψυχαναγκασμούς και τις παρορμήσεις..... 20

2.2. Συννοσηρότητα του εθισμού του καπνίσματος με ψυχικές διαταραχές..... 21

2.3. Διατροφικές διαταραχές και κάπνισμα..... 24

**Κεφάλαιο 3ο Κυριότερες συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία**

3.1. Επιδράσεις στο Αναπνευστικό Σύστημα..... 27

3.2. Επιδράσεις στο Καρδιαγγειακό Σύστημα..... 31

3.3. Επιδράσεις στο Ουροποιητικό Σύστημα..... 34

**Κεφάλαιο 4ο Φορείς για την προαγωγή της υγείας**

4.1. Ορισμός της υγείας: Στόχοι για προαγωγή και πρόληψη..... 42

4.2. Ηθικά ζητήματα σχετικά με την προαγωγή της υγείας..... 43

4.3. Νοσηλευτική και Εκπαίδευση της Υγείας..... 44

**Κεφάλαιο 5ο Γνώσεις και στάσεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το κάπνισμα**

5.1. Παράγοντες που ωθούν τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην χρήση καπνού……..... 47

5.2. Επαγγελματικό στρες……... 47

5.3. Συγκρούσεις……..... 48

5.4. Επιθετική Παρενόχληση……..... 49

5.5. Εναλασσόμενο ωράριο εργασίας……..... 49

5.6. Επαγγελματική Εξουθένωση…… 50

**Κεφάλαιο 6ο Ρόλος Νοσηλευτών για το Κάπνισμα**

6.1. Ρόλος Νοσηλευτών ..... 53

6.2. Ρόλος Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σχολείο..... 54

6.3. Ρόλος ιατρονοσοκομειακού προσωπικού..... 55

**Κεφάλαιο 7ο Η ψυχοθεραπεία στην απεξάρτηση**

7.1. Η ψυχοθεραπεία στην απεξάρτηση..... 58

7.2. Γνωστική θεραπεία..... 59

7.3. Συμπεριφορική θεραπεία..... 59

7.4 Συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια..... 60

7.5. Φαρμακοθεραπεία..... 61

## Ειδικό Μέρος

Υποκεφάλαιο..... 64
Βιβλιογραφία..... 70

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....

# ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΣΚΛΑΒΟ

Τον καπνίζαν οι Ινδιάνοι
και τον μάθαν οι λευκοί
τον εφέραν στην Ευρώπη
κι έτσι έγινε η αρχή.....

Ααα... Σε κάνει σκλάβο!
Ξύπνα! Αυτοκτονείς!

Λαμπερές διαφημίσεις
σου μαγεύουν το μυαλό
σου υπόσχονται ευτυχία
σ' ένα κόσμο απατηλό.....

Ααα... Σε κάνει σκλάβο!
Ξύπνα! Αυτοκτονείς!

Επιδημίες που σκοτώναν
όσες κι αν γνώρισε η γη
το τσιγάρο έχει γίνει
η πιο ύπουλη πληγή.....

Πάρ' την απόφαση και σβήσ' το
να ελευθερωθείς μπορείς
κι αν είσαι κάτω των δεκάξι
το νου σου μην ξεγελαστείς.

«Το πρώτο ελληνικό τραγούδι με μήνυμα κατά της θανατηφόρας συνήθειας του καπνίσματος.»

# Εισαγωγή

Οι περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν να καπνίζουν κατά την εφηβεία, ιδιαίτερα αν ένας στενός φίλος, αδερφός ή γονέας καπνίζει επίσης. Ο υψιλότερος ρυθμός καπνίσματος είναι ανάμεσα στα λευκά θήλεα, ενώ ο καπνός χωρίς φωτιά όπως εισπνοή ή μάσημα καπνού είναι πιο δημοφιλή ανάμεσα στα άρρενα. Οι έφηβοι αρχίζουν να χρησιμοποιούν καπνό για μία ποικιλία λόγων συμπεριλαμβανομένων ότι θέλουν να φαίνονται μεγαλύτεροι, επειδή καπνίζουν οι φίλοι τους ή επειδή μιμούνται τους ενηλίκους ή τις εικόνες των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Η κοινωνία ως όλον είναι αυξανόμενα προσανατολισμένη στην χρήση χημικών όπως ναρκωτικών, αλκοόλ και καπνού για να αισθανθεί καλύτερα, ννα φαίνεται καλύτερα, να λειτουργεί πιο κοινωνικά. Μερικοί από τους πιο φημισμένους σταρ της μουσικής, του κινηματογράφου και των αθλημάτων ανοικτά αποτελούν πρότυπο χρήσης καπνού. Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προάγουν την υγεία θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για όλα τα ζητήματα που αφορούν το κάπνισμα καθώς και τί ενέργειες θα πρέπει να ακολουθήσουν για να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό καπνίσματος. Ο κοινωτικός νοσηλευτής θα πρέπει να έχει και τον ρόλο του εκπαιδευτή και με αυτό τον τρόπο να οργανώνει συνέδρια και ημερίδες για την διδασκαλία και ενημέρωση των πολιτών. Ένα εξίσου σημαντικό και απαραίτητο είναι να υπάρχει σχολικός νοσηλευτής, ο οποίος από μικρή ηλικία θα ενημερώνει τα παιδιά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία διότι οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν από πολύ νεαρή ηλικία. Οι επαγγελματίες υγείας τέλος θα πρέπει να δρουν ενεργητικά και όχι παθητικά, λαμβάνοντας μέρος σε πολλές καμπάνιες ενημέρωσης των πολιτών αλλά και σε μέσα μαζικής ενημέρωσης.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ
- ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
- ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

## Κεφάλαιο 1ο

Το κάπνισμα αποτελεί σήμερα την πιο σημαντική προλήψιμη αιτία θανάτου. Προκαλεί 1 στους 10 θανάτους παγκοσμίως, δηλαδή πάνω από 5 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, περισσότερους από ότι η φυματίωση, το AIDS και η ελονοσία μαζί, ενώ σχετίζεται αιτιολογικά με τις έξι από τις οκτώ πρώτες αιτίες θνησιμότητας. Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 100 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν στο κάπνισμα. Το αντίστοιχο νούμερο για τον 21ο αιώνα, σύμφωνα με τις συνθήκες που διαμορφώνονται σήμερα, υπολογίζεται ότι μπορεί να ξεπεράσει το 1 δισεκατομμύριο. Έχει υπολογιστεί, ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί κατά μέσο όρο πέντε λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Έχει επίσης υπολογιστεί, ότι κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει εξ' αιτίας του τσιγάρου. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των καπνιστών μειώνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, η μεγάλη αύξηση, που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες, ιδίως στις γυναίκες, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του παγκόσμιου αριθμού των καπνιστών. Ο αριθμός των καπνιστών ξεπερνά το 1 δισεκατομμύριο, το 80% των οποίων κατοικούν σε χώρες χαμηλού οικονομικού. Στην Ευρώπη, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το 12,3% των Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (DALYs) που χάνονται κάθε χρόνο οφείλονται στο κάπνισμα, ενώ 100.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής, εξ' αιτίας του καπνίσματος. [1,2]

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των καπνιστών είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη και ολόκληρο τον κόσμο. Το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και, συγκεκριμένα, το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν καθημερινά (Πίνακας 1), ενώ τέσσερις στους δέκα καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως, ποσοστά που φέρνουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις παγκοσμίως. Η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανέρχεται στα 3199,76, ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι, στις νεότερες ηλικίες, τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν υψηλά. Συγκεκριμένα το 44,3% των νέων ηλικίας 18-34 ετών καπνίζουν καθημερινά. Το αντίστοιχο ποσοστό στους μαθητές ηλικίας 14-17 ετών είναι 24,6%. Σε σύγκριση με το 1987, όπου το 61% των ανδρών και το 25% των γυναικών καταγράφονταν ως καπνιστές, παρατηρείται μείωση του ποσοστού στους άνδρες και αύξηση στις γυναίκες. [1,2]

Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι. [1,2]

Έχουν περάσει πάνω από 500 χρόνια από τότε που ο Χριστόφορος Κολόμβος βρήκε το φυτό nicotiana tabacum στις Αντίλλες και έφερε τους πρώτους σπόρους στην Ευρώπη. Η καλλιέργειά του εξαπλώθηκε ραγδαία στην Ευρώπη και την Αμερική, στην Οθωμανική αυτοκρατορία και από εκεί σ' όλη την Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία. Η χρήση του καπνού που στην αρχή, λόγω κόστους, ήταν προνόμιο των πλουσίων έγινε σιγά-σιγά το μάνα των πτωχών. Η βιομηχανοποίησή του στο τέλος του 10 ου αιώνα τον έκανε παγκοσμίως προσιτό στον καθένα, με αποτέλεσμα τον εθισμό μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού της γης στον καπνό.

Οι πρώτοι που ανακάλυψαν τις χαλαρωτικές ιδιότητες του καπνού ήταν οι Ινδιάνοι. Συνήθιζαν να καπνίζουν πίπα ή πούρο. Με την άφιξη των πρώτων ευρωπαίων στην αμερικανική ήπειρο τον 15ο αιώνα, η συνήθεια αυτή πέρασε στην Ευρώπη και κατόπιν εξαπλώθηκε βαθμιαία σ' όλο τον κόσμο.

Από τότε ακόμα υπήρξαν και οι πρώτες αντιδράσεις. Το 1604 ο βασιλιάς της Αγγλίας Ιάκωβος Α' κατήγγειλε τη χρήση του καπνού ως απαίσια για τα μάτια, μισητή για τη μύτη, καταστροφική για το μυαλό κι επικίνδυνη για τα πνευμόνια. Το πέρασμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο έγινε μόλις τον 20ο αιώνα, όταν με την πρόοδο της μηχανικής έγινε δυνατό να παραχθεί σε μεγάλες ποσότητες. Τότε δημιουργήθηκαν και οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, που σημείωσαν μεγάλη άνοδο στην παραγωγή τους κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν κάτω από το στρες της μάχης, οι στρατιώτες κάπνιζαν όλο και πιο πολύ, με συνέπεια να εθιστούν στη νικοτίνη. Μετά τον πόλεμο και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20 το τσιγάρο πέρασε στο χώρο της διαφήμισης κι έγινε το σύμβολο μιας λαμπρής ανέμελης ζωής. Αυτή η εικόνα συνεχίστηκε ως τη δεκαετία του '60, όταν η ιατρική κοινότητα και οι κυβερνήσεις, με προεξάρχουσες τις ΗΠΑ, άρχισαν να συνειδητοποιούν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και να επιβάλουν σταδιακά απαγορεύσεις και μέτρα για τη δημόσια υγεία. Η πρώτη επιστημονική έρευνα επί του θέματος παρουσιάστηκε το 1962, από τον ιατρικό σύλλογο της Μ. Βρετανίας. Δύο

χρόνια αργότερα, στις 31 Ιανουαρίου 1964, αμερικανική κυβερνητική έκθεση με τίτλο «Καπνός και Υγεία» συνέδεσε για πρώτη φορά το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων και τη χρόνια βρογχίτιδα. Τότε άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και οι πρώτες αντικαπνιστικές καμπάνιες, που οδήγησαν το 1965 σε νόμο, ο οποίος προέβλεπε -μεταξύ άλλων- την αναγραφή σε όλα τα πακέτα των τσιγάρων ότι «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Στις 6 Φεβρουαρίου 1987 τέθηκαν σε εφαρμογή τα πρώτα μέτρα κατά του καπνίσματος στις αμερικανικές δημόσιες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, το κάπνισμα απαγορεύτηκε στους κλειστούς δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας από την 1η Σεπτεμβρίου 2010. Αντίστοιχος νόμος είχε τεθεί σε εφαρμογή και στην Κύπρο από την 1η Ιανουαρίου 2010. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, παρά αυξημένη δημόσια γνώση για το δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, η πλειοψηφία των εφήβων εξακολουθούν να πειραματιστείτε με τα τσιγάρα, και το 89% των ατόμων ηλικίας 30 έως 39 ετών, οι οποίοι ποτέ τσιγάρων που καπνίζονται σε καθημερινή βάση ανέφεραν ότι καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο από την ηλικία των 18 ετών Επειδή η μέση ηλικία των έναρξη του καπνίσματος έχει μειωθεί σε ολόκληρη την της ίδιας γενεάς, και επειδή λίγοι άνθρωποι αρχίσει το κάπνισμα μετά την ηλικία των 20 εφηβεία είναι η κρίσιμη περίοδος κατά την οποία οι περισσότεροι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα. Δυστυχώς τα άτομα που αρχίζουν να καπνίζουν σε μικρότερες ηλικίες είναι πιο πιθανό να βιώσουν τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία από το κάπνισμα. Οι εθνικές τάσεις στην επικράτηση της έφηβος το κάπνισμα είναι σημαντική για τον καθορισμό της ανάγκης για κάπνισμα τα προγράμματα πρόληψης, που καθορίζει την αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων προσπαθειών πρόληψης, η πρόβλεψη της μελλοντικής επιβάρυνσης του καπνού που σχετίζονται με νόσου, και τη μέτρηση του αντίκτυπου των προσπάθειες μάρκετινγκ κατασκευαστές τσιγάρων »κατευθύνεται προς τους εφήβους. Για μας γνώση, περιορίζεται μόνο εθνικά στοιχεία για έφηβος το κάπνισμα έχουν δημοσιευθεί σε επιστημονικά περιοδικά, και αυτά ήταν με βάση ένα εν εξελίξει εθνικό survey.Το καθορίζουν τις τάσεις στην εφηβική κάπνισμα, εξετάσαμε τα στοιχεία για τρέχουσα κάπνισμα μεταξύ των εφήβων ηλικίας 12-19 χρόνια από τρεις εθνικές έρευνες διεξάγεται σε τακτά χρονικά διαστήματα από το 1974 μέχρι το 1991.Το κάπνισμα εξακολουθεί να είναι η μεγαλύτερη μόνο αποτρέψιμη αιτία πρόωρου θνησιμότητα και νοσηρότητα στις Ηνωμένες Κράτη μέλη, αλλά το 29% των Αμερικανών ενηλίκων συνεχίζουν να καπνίζουν ». προσπάθειες για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνουν παρεμβάσεις που

πραγματοποιούνται με ασθενείς σε κλινικές πρακτικές, στην ομάδα περιβάλλοντα, όπως σχολεία και χώρους εργασίας και σε κοινότητες. Οι αυτοαναφορές της συμπεριφοράς του καπνίσματος αξιολογείται συχνά για να προσδιορίσει το αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων. [1,3,4]

## 1.2. Ορισμός

Κάπνισμα ονομάζεται η πρακτική της εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνός. Η καύση γίνεται συνήθως σε τσιγάρο, πίπα, πούρο ή με άλλο τρόπο. Η πρακτική αυτή ήταν συνήθεια των κατοίκων της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, πριν ακόμα αυτές ανακαλυφθούν από τους Ευρωπαίους. Η συνήθεια μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και την Ασία μετά το 1556. Τη δεκαετία του 1920, Γερμανοί επιστήμονες ανακάλυψαν ότι το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία, αλλά η παγκόσμια κοινότητα αναγνώρισε το πρόβλημα σταδιακά μόνο μετά το 1950. Στα επόμενα χρόνια, έγινε κατανοητό ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο (του πνεύμονα αλλά και άλλες μορφές καρκίνου) καθώς και άλλα προβλήματα υγείας. Τα κράτη έλαβαν μέτρα για το κάπνισμα και ανάλογα με τη χώρα τα μέτρα για τη συνήθεια του καπνίσματος μπορεί να περιλαμβάνουν απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού, απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, προκειμένου να αποφευχθεί το παθητικό κάπνισμα, υποχρεωτική σήμανση στα προϊόντα καπνού και άλλα. [1,2,3,4]

## 1.3. Προϊόντα Καπνίσματος

Όπως είναι γνωστό, το κάπνισμα προκαλεί σοβαρή εξάρτηση και ο καπνιστής δεν μπορεί να το διακόψει χωρίς βοήθεια, ακόμα κι όταν το θέλει. Αλλά ακόμα και με τους πολλούς τρόπους βοήθειας που υπάρχουν, ίσως 1 στους 4 να τα καταφέρει. Πώς εξηγείται όμως αυτό. Ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου περιέχει εκατοντάδες ουσίες. Τις χωρίζουμε σε δύο κατηγορίες: τις σωματιδιακές και τις πτητικές ή αέριες. Οι γνωστότερες σωματιδιακές είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το νερό, ενώ οι πτητικές είναι τα μονοξείδια του άνθρακα (CO) και του αζώτου (NO), το υδροκυάνιο, οι πτητικές νιτροζαμίνες, οι ακρολείνες και εκατοντάδες άλλες. Η

νικοτίνη, μαζί με το συχνά προστιθέμενο βενζόλιο, είναι οι βασικοί παράγοντες εθισμού. Χωρίς αυτές τις ουσίες, εύκολα θα μπορούσε ένας καπνιστής να κόψει το κάπνισμα. Σήμερα υπάρχουν πάρα πολλοί τρόποι να εξαλειφθεί η νικοτίνη. Για να μη συμβεί αυτό και να παραμείνει ο καπνιστής εξαρτημένος. έχουν επινοηθεί 400 διαφορετικές πατέντες που αυξάνουν τελικά την ποσότητά της στον εισπνεόμενο καπνό. Η νικοτίνη αυτή απορροφάται άμεσα από τη στοματική κοιλότητα και τον πνεύμονα, προκαλεί έκκριση κατεχολαμινών, αύξηση της πίεσης, ταχυκαρδία, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία. Βασικά θεωρείται υπεύθυνη για τα οξέα καρδιακά επεισόδια που αποδίδονται στο κάπνισμα. Η πίσσα μέχρι πρότινος θεωρείτο ως η μόνη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα. Περιέχει πολλούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι. Σ αυτή τη θεωρία εστιάστηκε μέχρι τώρα η έρευνα και η κατασκευή των συνήθων φίλτρων καπνού από acetat. Το μονοξείδιο του άνθρακα (cO) είναι καθαρά τοξικό. Προσκολλάται στην αιμοσφαιρίνη, στη θέση που μεταφέρεται το οξυγόνο και μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει επαρκές οξυγόνο στο σώμα. Σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση.Το μονοξείδιο του αζώτου (NO) και τα άλλα οξείδια του αζώτου ενεργοποιούν τα μονοκύτταρα στον πνεύμονα, τα οποία παράγουν ελεύθερες ρίζες, που στη συνέχεια τον καταστρέφουν. Αποφρακτική πνευμονοπάθεια και εμφύσημα είναι τα φυσικά επακόλουθα. Οι ελεύθερες ρίζες όμως δεν καταστρέφουν μόνο τον πνεύμονα του καπνιστή αλλά και του παθητικού καπνιστή. Ο λόγος είναι ότι ο καπνιστής εκπνέει 106 περισσότερες ελεύθερες ρίζες στο χώρο, τις οποίες, εισπνέει άθελά του ο παθητικός καπνιστής. Αν ένας μη καπνιστής παραμείνει στο ίδιο δωμάτιο με καπνιστές επί 1 ώρα, εισπνέει το ίδιο σχεδόν ποσοστό καρκινογόνων ουσιών με αυτόν που κάπνισε αρκετά τσιγάρα με φίλτρο. Ανθρακένιο, βενζοπυρένιο και πτητικές νιτροζαμίνες έχει πλέον αποδειχτεί από πειράματα σε ζώα ότι είναι καρκινογόνες. Με μία απλή επάλειψη με ανθρακένιο στο δέρμα ποντικού, μέσα σε έξι μήνες διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του δέρματος στο ίδιο σημείο. Το υδροκυάνιο και η ακρολεΐνη βλάπτουν κυρίως το κροσσωτό επιθήλιο αλλά και σε όποιο άλλο κύτταρο εισχωρήσουν. Ιδίως το υδροκυάνιο σταματά οριστικά την αναπνοή του κυττάρου, το οποίο στην συνέχεια νεκρώνεται. Πέραν αυτών, τουλάχιστον 482 ουσίες που περιέχονται στον καπνό, είναι σήμερα γνωστό ότι είναι τοξικές, βλαπτικές ή καρκινογόνες. Νιτροζαμίνες, φαινόλες, βενζοπυρένιο, αμμωνία, φορμαλδεϋδη, μόλυβδος κ.ά. συναγωνίζονται ποια είναι η χειρότερη. [2,4]

## 1.4. Αιτίες Καπνίσματος

Γονίδιο κάνει τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στον εθισμό στο κάπνισμα αλλά και στην εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα, και μειώνει τις πιθανότητές του να κόψει το κάπνισμα

Ο καπνός περιέχει μια ουσία – νικοτίνη – η οποία διατηρεί το κάπνισμα
Η νικοτίνη αυξάνει την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη) που ρυθμίζουν τη συμπεριφορά και τη διάθεση

- Φυσικοί ή ψυχολογικοί παράγοντες

Υπάρχουν πολλές αιτίες που κάποιος νέος/α ξεκινάει το κάπνισμα και είναι οι εξής:

1. Καπνίζει ο καλύτερος φίλος ή φίλη τους.

2. Θεωρούν ότι έτσι είναι μέσα στο πλαίσιο της παρέας.

3. Το κάνουν για να δείχνουν ότι είναι μεγάλοι.

4. Θέλουν να κάνουν επίδειξη δύναμης με τα ρίσκα που παίρνουν.

5. Καπνίζει ο γονιός ή τα αδέλφια και θέλουν να μιμηθούν την πράξη.

6. Δεν έχουν πεισθεί για τις βλαβερές διαστάσεις του καπνίσματος.

7. Δεν ενδιαφέρονται για τις αντικοινωνικές διαστάσεις της συγκεκριμένης συνήθειας.

8. Έχουν πολύ στρες και χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως χαλαρωτικό.

9. Έχουν φίλους που πιστεύουν ότι το τσιγάρο αδυνατίζει.

10. Δεν τα πηγαίνουν καλά στο σχολείο.

11. Έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση.

12. Μπορεί να έχουν κατάθλιψη.

- Το κάπνισμα αρχίζει τυχαία
- Το κάπνισμα σημαίνει να έχουν κάτι να κάνουν
- Ζητούν την απόλαυση από το κάπνισμα
- Το κάπνισμα τους ενεργοποιεί και τους βοηθά
- Με το κάπνισμα μεγάλωσαν
- Ένα μέσον για να εισχωρήσουν στους σωστούς κύκλους
- Το κάπνισμα τους δίνει κάποιο στυλ
- Καπνίζοντας προβάλλουν αυτοπεποίθηση
- Δοκιμάζουν από περιέργεια
- Από αντίδραση
- Επηρεάζονται από τη διαφήμιση
- Μπορεί να εθιστούν στη νικοτίνη
- Συνήθεια για αρκετούς νέους
- Γνώστες: γνωρίζουν σχετικά με το κάπνισμα αλλά δεν έχουν αποφασίσει αν θα το αρχίσουν ή όχι

- Πειραματιζόμενοι: καπνίζουν σποραδικά, πιθανώς μόνο στα πάρτυ, συχνά περνούν πολλοί μήνες χωρίς να έχουν καπνίσει

- Τακτικοί: καπνίζουν τακτικά, π.χ. το σαββατοκύριακο ή τακτικά μέσα στην ημέρα

- Εθισμένοι: έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και υποφέρουν από στερητικά συμπτώματα όταν δεν μπορούν να καπνίσουν. [4,5,6]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

- ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΕΘΙΣΜΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΜΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΑΡΟΡΜΗΣΕΙΣ

- ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

## 2.1. Ορίζοντας τους εθισμούς,τους ψυχαναγκασμούς και τις παρορμήσεις

Πολλοί ψυχολόγοι, θεωρούν ότι ο όρος **εθισμός** πρέπει να χρησιμοποιείται για χημικές ουσίες, που είναι γνωστό ότι δημιουργούν εξάρτηση. Ο όρος εθισμός δεν χρησιμοποιείται στα κλινικά κριτήρια ούτε στη διαγνωστική ορολογία του DSM-IV. Οι όροι εξάρτηση και κατάχρηση χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της παθολογίας κατά τη χρήση χημικών ουσιών σύμφωνα με το DSM-IV.

Ο εθισμός είναι μια σειρά εμπειριών που προκαλούν αλλαγή στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Ο εθισμένος ανταποκρινόμενος σε αυτές τις εσωτερικές αλλαγές, αρχίζει να ενεργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Καθώς ο εθισμός εξελίσεται γίνεται τρόπος ζωής. Για να καταλάβουμε τον εθισμό πρέπει να έχουμε υπόψη μας κάτι πολύ βασικό γύρω από την ανθρώπινη φύση. Τείνουμε να κάνουμε πράγματα που μας δίνουν κάποια ικανοποίηση και προσπαθούμε να αποφύγουμε αυτά που μας ενοχλούν. Όταν λοιπόν αντιμετωπίζουμε πόνο, λύπη, θλίψη, και άλλες αναπόφεκτες αρνητικές εμπειρίες, τότε  είμαστε πιο ευάλωτοι και είναι πιθανό να στραφούμε προς το αλκοόλ, το τσιγάρο ή τα ναρκωτικά ως διέξοδο από αυτό που μας τυρανάει.Επειδή θέλουμε να ξεφύγουμε από τον πόνο, αναζητούμε εμπειρίες που μεγιστοποιούν τα θετικά συναισθήματα και ελαχιστοποιούν τα αρνητικά. Λόγω όμως της χημικής σύνθεσης των διάφορων ναρκωτικών και ποτών μερικοί άνθρωποι δημιουργούν εθισμό.

Οι καταναγκασμοί, όπως ορίζονται από το DSM-IV(1994), είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή ιδεοληψίες, σκοπός των οποίων είναι η μείωση της ανησυχίας και του άγχους και όχι η παροχή ευχαρίστησης ή ικανοποίησης. Ο Marks περιγράφει τον ορισμό του καταναγκασμού ως μια ώθηση προς ανακούφιση της στεναχώριας, ενώ τον εθισμό, ως μια έλξη προς την κατεύθυνση ενός ικανοποιητικού συναισθήματος.

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων ορίζονται στο DSM-IV ως μια αποτυχία απώθησης μιας παρόρμησης, μιας ορμής ή ενός πειρασμού για την εκτέλεση μιας πράξης, η οποία είναι επιβλαβής για το άτομο ή για άλλους. Για τις περισσότερες από αυτές τις διαταραχές, ο χρήστης νιώθει μια αυξανόμενη αίσθηση έντασης ή διέγερσης πριν την εκτέλεση της πράξης και μετά βιώνει ευχαρίστηση, ικανοποίηση ή ανακούφιση. [4,5,6,7]

Χαρακτηριστικά των παρορμήσεων, των εμμονών και των αναστολών είναι η πλήρης συνείδηση της επικείμενης δραστηριότητας που ακολουθείται από μία αγωνιώδη πάλη, ήττα και αίσθημα ανακούφισης μετά την πράξη. Οι παρορμήσεις μπορεί να

περιλαμβάνουν μανία αβεβαιότητας (πχ,. επαναλαμβανόμενος έλεγχος για την επιβεβαίωση του εάν κάτι έχει πραγματοποιηθεί), έμμονες φοβίες επαφής ή παραλήρημα αφής, αγοραφοβία, αλκοολισμό, πυρομανία, κλεπτομανία, παρορμήσεις ανθρωποκτονίας ή αυτοκτονίας, ονοματομανία, αριθμομανία, επιδειξιομανία.[4,5,6,7]

## 2.2. Συννοσηρότητα του εθισμού του καπνίσματος με ψυχικές διαταραχές

Η συννοσηρότητα του εθισμού με άλλες ψυχιατρικές παθήσεις είναι οι εξής:

•Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα(ΔΕΠ-Υ)

•Καταθλιπτική Διαταραχή

•Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

•Διπολική Διαταραχή

**Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα(ΔΕΠ-Υ):**
Η ιατρική έρευνα υποστηρίζει πλέον ότι η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας μπορεί να επηρεάζει το κάθε άτομο με διαφορετικό τρόπο και σε άλλοτε άλλο βαθμό. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί, αλλά τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, εμφανίζονται στους περισσότερους από αυτούς. Τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως «έτοιμα για δράση» συχνά μιλούν αδιάκοπα, τους ξεφεύγουν ανάρμοστα σχόλια, δρουν παρορμητικά, ενώ σπανίως σταματούν για να σκεφτούν προτού πράξουν, θέτοντας μερικές φορές τον εαυτό τους σε κίνδυνο, όταν χωρίς λόγο κάνουν παράτολμες πράξεις.
Συνήθως οι πρώτοι που αντιλαμβάνονται ότι η συμπεριφορά του παιδιού τους έχει κάτι το διαφορετικό, είναι οι ίδιοι οι γονείς. Πολλοί γονείς αισθάνονται αμηχανία και νομίζουν ότι είναι κατά κάποιον τρόπο υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Τα τελευταία χρόνια όμως, η έρευνα έχει δείξει ότι για την κακή και προκλητική συμπεριφορά των παιδιών αυτών δεν είναι υπεύθυνοι οι γονείς τους, ούτε καν τα ίδια τα παιδιά. Υπεύθυνη είναι κατά πάσα πιθανότητα η δυσλειτουργία περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τη συγκέντρωση και την παρορμητική συμπεριφορά. [59,60]

**Καταθλιπτική Διαταραχή**

Η λέξη «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται κοινώς για να περιγράψουμε τα αισθήματα θλίψης που όλοι μας δοκιμάζουμε κατά καιρούς στη ζωή μας. Είναι επίσης ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψομε έναν αριθμό διαγνώσιμες διαταραχές. Επειδή τα αισθήματα της κατάθλιψης είναι τόσο κοινά, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη διαφορά ανάμεσα στη δυστυχία και θλίψη στην καθημερινή ζωή και στα συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής

Τα πιο πολλά άτομα όταν αντιμετωπίζουν, την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, διακοπή μιας σχέσης ή μια μεγάλη δυσαρέστηση, ή απογοήτευση, αισθάνονται δυστυχείς ή θλιμμένοι. Αυτές είναι συναισθηματικές αντιδράσεις και είναι κανονικές για την περίσταση και συνήθως διαρκούν για ορισμένο μόνο χρονικό διάστημα.. Αυτές οι αντιδράσεις δεν θεωρούνται σαν καταθλιπτική διαταραχή, αλλά είναι μέρος της καθημερινής ζωής.

Καταθλιπτικές διαταραχές είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από υπερβολική ή μακρόχρονη καταθλιπτική διάθεση, και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθως ήταν απολαύσιμες. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να αναστατώσουν πολύ σοβαρά τη ζωή ενός ατόμου.

**Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή**

Η **Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή** ή ΙΨΔ (Obsessive–compulsive disorder-OCD) περιλαμβάνεται στην ομάδα των αγχωδών διαταραχών και αυτές με τη σειρά τους στην ευρύτερη ομάδα των νευρώσεων. Χαρακτηρίζεται είτε από ιδεοληψίες (obsessions) είτε από ψυχαναγκασμούς (compulsions) είτε και από τα δύο, ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που συνιστούν πηγή δυσφορίας για το άτομο και απασχολούν σημαντικό μέρος από το χρόνο του και από την επαγγελματική, κοινωνική και την συναισθηματική του ζωή. Το άγχος συνδέεται συχνά με τους ψυχαναγκασμούς, καθώς και με την αντίσταση σε αυτούς, και υποχωρεί αμέσως μόλις το άτομο ενδώσει στον καταναγκασμό. Οι περισσότεροι πάσχοντες αναγνωρίζουν τον παθολογικό χαρακτήρα αυτών των καταναγκασμών καθώς και ότι είναι ανούσιοι και υπερβολικοί, ωστόσο κρίνεται εξαιρετικά δυσχερές από τους ίδιους να τους σταματήσουν. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά είτε πριν την έναρξη των συμπτωμάτων είτε ταυτόχρονα με αυτά. [59,60]

**Διπολική Διαταραχή**

Η **διπολική διαταραχή** (γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη) είναι μια ψυχιατρική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δύο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη.Αυτές οι διαταραχές μπορούν να συμβούν σε ένα φάσμα που διακυμαίνεται από εξαντλητική κατάθλιψη μέχρι και αδιάκοπη μανία. Άτομα που υποφέρουν από διπολική διαταραχή συνήθως βιώνουν καταστάσεις μανίας ή υπομανίας ή μια μικτή κατάσταση μανίας και κατάθλιψης. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων συνήθως συμβαίνει σε νεαρή ηλικία. Τα επεισόδια της ασθένειας σχετίζονται με τη θλίψη, την αναστάτωση και με έναν σχετικά υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι η γενετική, το περιβάλλον, η νευροβιολογία καθώς ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Ψυχιατρικές έρευνες έχουν εστιάσει στους νευροβιολογικούς παράγοντες, ωστόσο ένα ξεκάθαρο οργανικό αίτιο δεν έχει ακόμα βρεθεί. Η διπολική διαταραχή "θεραπεύεται" με φάρμακα και/ή ψυχοθεραπεία. Για τη "θεραπεία" της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιούνται διάφορα φάρμακα όπως αντιψυχωτικά, λίθιο και βενζοδιαζεπίνες. Σε σοβαρές περιπτώσεις, δηλαδή όταν υπάρχει κίνδυνος για τον ασθενή ή και για άλλα άτομα, η νοσηλεία είναι απαραίτητη. Θεραπεία με την έννοια της ίασης θεωρείται πως δεν υπάρχει στη διπολική διαταραχή.Η διπολική διαταραχή έχει συνδεθεί με την δημιουργικότητα και ακόμη και την ιδιοφυΐα, και πολλοί καλλιτέχνες, όπως ο ζωγράφος Βίνσεντ Βαν Γκογκ και η συγγραφέας Βιρτζίνια Γουλφ, έπασχαν από αυτή. Αυτό έχει ωστόσο οδηγήσει τα τελευταία χρόνια και σε μια λανθασμένη εξιδανίκευση της διπολικής κατάστασης: Αφενός δεν είναι όλοι οι πάσχοντες κατ' ανάγκη ιδιοφυείς, αφετέρου ο πάσχων υποφέρει από την ασθένεια που συχνά συνεπάγεται δυσλειτουργικότητα και σημαντική πτώση της ποιότητας ζωής, έτσι ώστε οπωσδήποτε δεν είναι καμιά ιδεατή κατάσταση. [5,6,7,8]

## 2.3. Διατροφικές Διαταραχές και κάπνισμα

Χαρακτηριστικά, οι διαταραχές της διατροφής είναι έντονες διαταραχές των διατροφικών συμπεριφορών. Αυτές περιλαμβάνουν την Ψυχογενή Ανορεξία, την Ψυχογενής Βουλιμία και διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας που σχετίζονται και τυπικά ξεκινούν στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

**Ψυχογενή Ανορεξία**

Η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα κλινικό σύνδρομο κατά το οποίο το άτομο έχει νοσηρό φόβο της παχυσαρκίας. Χαρακτηρίζεται από παραμόρφωση της εικόνας του σώματος, ενασχόληση με το φαγητό και άρνηση λήψης τροφής. Οι εκδηλώσεις συμπεριλαμβάνουν (1) έντονο φόβο αύξησης βάρους ή ότι θα γίνει παχύσαρκος, παρότι είναι υπόβαρος. (2) Άρνηση να διατηρήσει το βάρος του σώματος πάνω από το ελάχιστο βάρος που πρέπει για την ηλικία και το ύψος. (3) μη αύξηση του βάρους σε περίοδο ανάπτυξης, με αποτέλεσμα το βάρος να είναι 15% λιγότερο από το προσδοκώμενο για την ηλικία. (4) Διαταραχή στην αντίληψη του σώματός του, το σχήμα, το βάρος ή το μέγεθος. (5) Δυσανάλογη επίδραση του σωματικού βάρους ή σχήματος στην αυτοεκτίμηση ή άρνηση της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους. (6) Στις γυναίκες απουσία τουλάχιστον 3 έμμηνων κύκλων.

**Ψυχογενής Βουλιμία**

Η ψυχογενής βουλιμία ονομάζεται σύνδρομο υπερφαγίας/προκλητού εμετού και χαρακτηρίζεται από υπερβολική πρόσληψη τροφής που ακολουθείται από αυτοπροκαλούμενο εμετό και κατάχρηση διουρητικών και καθαρτικών. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται ριζικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η διάγνωση δε γίνεται αν τα επεισόδια υπερφαγίας και οι λοιπές συμπεριφορές δεν εκδηλώνονται τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα επί τρεις μήνες. Η βουλιμία δεν παρατηρείται μόνο σε επεισόδια ψυχογενούς ανορεξίας.

**Διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας**

Η διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας αναφέρεται σε επανειλημμένα επεισόδια πρόσληψης υπερβολικών ποσοτήτων φαγητού, χωρίς τη χρήση καθαρτικών μεθόδων. Το επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τη πρόσληψη ποσότητας τροφής πολύ μεγαλύτερης

από εκείνη που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε μία δεδομένη χρονική περίοδο. Υπάρχει επίσης, μία αίσθηση έλλειψης ελέγχου πάνω στο φαγητό στη διάρκεια του επεισοδίου. Η περιστασιακή υπερφαγία δε παρουσιάζεται μόνο στη διάρκεια ψυχογενούς βουλιμίας, και το άτομο δε κάνει κατάχρηση φαρμάκων στη προσπάθεια να αποφύγει την αύξηση βάρους. Τα επεισόδια παρατηρούνται κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα για μία περίοδο 6 μηνών και προκαλούν έντονη δυσφορία. [7,8,9]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

● ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

## 3.1. Επιδράσεις στο Αναπνευστικό Σύστημα

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία για την εμφάνιση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Οι καπνιστές αντιμετωπίζουν έξι φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΧΑΠ, μια απειλητική για τη ζωή πάθηση των πνευμόνων που προοδευτικά μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Συγκεκριμένα, η ΧΑΠ αποτελεί όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις χρόνιες ασθένειες των πνευμόνων οι οποίες προκαλούν ελάττωση της εκπνευστικής ροής τους. Είναι μία πάθηση η οποία δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη. Τα πιο κοινά συμπτώματα της ΧΑΠ είναι η δύσπνοια, το αίσθημα «ανάγκης για αέρα», η υπέρμετρη παραγωγή πτυέλων και ο χρόνιος βήχας.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Π..Ο.Υ., 210 εκ. άνθρωποι πάσχουν από ΧΑΠ και 3 εκ. πέθαναν από την πάθηση αυτή το 2005, αριθμός που αντιστοιχεί στο 5% των θανάτων παγκοσμίως. Έως το έτος 2030, η ΧΑΠ αναμένεται να αποτελεί την 4η αιτία θανάτου παγκοσμίως. Η ΧΑΠ αποτελεί την 5η αιτία θανάτων και αντιστοιχεί στο 3,9% του συνόλου θανάτων στις χώρες υψηλού εισοδήματος, την 3η αιτία θανάτων (7,6% των θανάτων) στις χώρες μεσαίου εισοδήματος και την 9η αιτία θανάτου (3,1% των θανάτων) στις χώρες χαμηλού εισοδήματος. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ., 80 εκ. άνθρωποι πάσχουν από μέτρια έως βαριά ΧΑΠ. Σχεδόν το 90% των θανάτων από ΧΑΠ καταγράφονται στις χώρες μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος

Στην Ελλάδα, περίπου 7.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο (6,4% των θανάτων) εξαιτίας παθήσεων του αναπνευστικού συστηματος. Σύμφωνα με στοιχεία του 2002, το 25% του συνόλου των θανάτων από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος οφείλεται στην ΧΑΠ. Το 2002 καταγράφηκαν 1.783 θάνατοι από ΧΑΠ, αριθμός που αντιστοιχεί σε 16/100.000 θανάτους. Συγκεκριμένα το 18,7% των θανάτων των γυναικών από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αποδίδεται στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Για τους άνδρες το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί στο 30,4% των θανάτων από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Οι θάνατοι από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι 10 φορές περισσότεροι στους καπνιστές, απ' ότι στους μη καπνιστές. Η αυξημένη συχνότητα στους

καπνιστές, οφείλεται στις παθοφυσιολογικές διεργασίες που προκαλεί το κάπνισμα στο αναπνευστικό σύστημα. Οι διεργασίες αυτές αφορούν κυρίως αλλαγές στους κεντρικούς και στους περιφερικούς αεραγωγούς, στις κυψελίδες, στα τριχοειδή, στο ανοσολογικό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί αύξηση των λευκοκυττάρων, των λεμφοκυττάρων, των ηωσινοφίλων και της IgE ανοσοσφαιρίνης. Αποτέλεσμα αυτών των διεργασιών είναι οι καπνιστές να παρουσιάζουν περισσότερες αλλεργικές αντιδράσεις, μειωμένες τιμές των διαφόρων παραμέτρων λειτουργικότητας των πνευμόνων καθώς και ταχύτερο ρυθμό μείωσης του βίαια εκπνεόμενου όγκου αέρα σε ένα λεπτό (FEV1) με την πάροδο της ηλικίας.

Το ενθαρρυντικό στη σοβαρή αυτή υπόθεση είναι ότι η διακοπή της βλαπτικής συνήθειας του καπνίσματος, ακόμη και στην ηλικία των 50 ετών, μπορεί να περιορίσει στο μισό τον κίνδυνο θανάτου. Η νόσος μπορεί να ελεγχθεί πλήρως αν το βασικό της αίτιο, το κάπνισμα μειωθεί ή εξαλειφθεί. Μελέτη 50 ετών στην Βρετανία έδειξε ότι αν οι άνθρωποι κόψουν τη συνήθεια αυτή στην ηλικία των 30 ετών μπορεί να αποτρέψουν σχεδόν κάθε κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Στην ίδια μελέτη αποδείχτηκε ότι η μη διακοπή διπλασιάζει τη θνησιμότητα, στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους.

Στις χώρες ανώτερου και μεσαίου εισοδήματος, το κάπνισμα αποτελεί το μεγαλύτερο παράγονται κινδύνου για ΧΑΠ, ενώ στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου αποτελεί η έκθεση στην μόλυνση του αέρα εσωτερικών χώρων. Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με αναπνευστικές νόσους και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η οποία μπορεί να οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Το μητρικό κάπνισμα συντελεί στο να ελαττωθεί ο ρυθμός ανάπτυξης της πνευμονικής λειτουργίας του παιδιού ενώ όταν το ίδιο στην εφηβεία καπνίσει, τότε έχει μεγάλες πιθανότητες να αναπτύξει χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στην ενήλικη ζωή.

Εκτός από το κάπνισμα (ενεργητικό και παθητικό) άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ΧΑΠ είναι:

• Η ρύπανση του αέρα εσωτερικών χώρων (η βιομάζα καύσιμης ύλης που χρησιμοποιείται για τη θέρμανση και το μαγείρεμα). [7,8,9,10,11,12]

• Η ρύπανση του αέρα εξωτερικών χώρων.

• Η σκόνη και τα χημικά στους επαγγελματικούς χώρους (οι εξατμίσεις, οι ερεθιστικές ουσίες, ο καπνός με έντονη οσμή).

Η ΧΑΠ είναι ένα χρόνιο νόσημα που διαρκεί για αρκετά χρόνια με πολλές ιατρικές επισκέψεις, εισαγωγές στο νοσοκομείο, με ανάγκη για συνεχή φαρμακευτική αγωγή, οξυγονοθεραπεία στο σπίτι, καθώς και χρήση και άλλων αναπνευστικών συσκευών (νεφελοποιητής, αναπνευστήρας).

Η ύπαρξη της νόσου διαπιστώνεται με λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής, δηλαδή με σπιρομέτρηση, η οποία μετρά το πόσο βαθιά μπορεί να αναπνεύσει το άτομο και το πόσο γρήγορα μπορεί ο αέρας να μετακινηθεί προς και από τους πνεύμονες. Καθώς η ΧΑΠ εξελίσσεται με αργό ρυθμό, διαγιγνώσκεται πιο συχνά σε ανθρώπους ηλικίας >40 ετών. Ενώ η ΧΑΠ, στο παρελθόν αποτελούσε πάθηση πιο συχνή στους άνδρες, εξαιτίας της αύξησης του καπνίσματος στις γυναίκες στις χώρες υψηλού εισοδήματος και του μεγαλύτερου κινδύνου για έκθεση στην μόλυνση του αέρα εσωτερικών χώρων στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, η πάθηση αυτή παρατηρείται πια με την ίδια συχνότητα τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Αν δεν ληφθεί άμεση δράση για την μείωση των παραγόντων κινδύνου για ΧΑΠ και ιδιαιτέρως για τη μείωση του καπνίσματος, ο αριθμός των θανάτων από ΧΑΠ αναμένεται να αυξηθεί κατά 30% μέσα στα επόμενα 10 χρόνια. Επίσης το κάπνισμα σχετίζεται και με τον καρκίνο του πνεύμονα. Η ιστορία του καρκίνου του πνεύμονα ακολουθεί την ιστορία της συνήθειας του καπνίσματος με διαφορά 20 ετών. Πριν εκατό χρόνια ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν πολύ σπάνια νόσος. Το 1912 ο Adler συγκέντρωσε 374 μόνο ανακοινωμένες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Στις μέρες μας ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους από καρκίνο απ ’ότι κάθε άλλη κακοήθης νόσος.

Ο διακεκριμένος χειρουργός Alton Ochsner θυμάται ότι τον προέτρεψαν να παρακολουθήσει ως φοιτητής το 1910 την νεκροψία ενός ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα, λέγοντάς του ότι δεν θα ξανασυναντήσει μια τόσο σπάνια περίπτωση. Όμως, σε 17 χρόνια , στο Charity Hospital της Νέας Ορλεάνης, είδε το επόμενο περιστατικό, και στους επόμενους 6 μήνες 8 ακόμη περιστατικά καρκίνου του

πνεύμονα, όλα σε άνδρες βαρείς καπνιστές. Αυτή είναι η αφετηρία αυτού που ο ίδιος χαρακτηρίζει «μια νέα επιδημία». Σήμερα ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο συχνή νόσος του αναπνευστικού συστήματος. Ενώ διακρίνεται μια τάση μείωσης της επίπτωσής του στις αναπτυγμένες χώρες, η συχνότητά του αυξάνεται ραγδαία στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το 2007 αναμένονταν 160.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στις ΗΠΑ έναντι 124.000 συνολικά από καρκίνο του παχέος εντέρου του μαστού και του προστάτη. Η ιδιαιτερότητα του καρκίνου του πνεύμονα έγκειται στο γεγονός ότι ο βασικότερος προκλητικός παράγοντας της νόσου, το κάπνισμα, θα μπορούσε κάλλιστα να εξαλειφθεί.Μια από τις πρώτες και ίσως η πιο σημαντική αναφορά σχέσης της κατανάλωσης καπνού με τον καρκίνο του πνεύμονα δημοσιεύτηκε από τους Richard Doll και Austin Hill το 1950 στο British Medical Journal. Όλ' αυτά σε μια εποχή που η κατανάλωση καπνού ήταν στην αιχμή της στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες και οι διαφημιστικοί ισχυρισμοί της καπνοβιομηχανίας ότι το κάπνισμα είναι απολύτως ασφαλής συνήθεια δεν επιδέχονταν καμιά αμφισβήτηση. Η επόμενη αναφορά στο θέμα είναι η πολύ σημαντική τοποθέτηση της έκθεσης του U.S. Surgeon General το 1964 όπου δηλώνεται ότι το κάπνισμα προκαλεί προβλήματα στην υγεία και θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αποφυγής της έναρξης της καπνιστικής συνήθειας ή η διακοπής της. Σήμερα, τα δεδομένα που συσχετίζουν το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα προέρχονται από μεγάλο αριθμό αναδρομικών αλλά και προοπτικών επιδημιολογικών μελετών και συνοψίζονται σε νέα ανακοίνωση του U.S. Surgeon General το 2004.Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα σε κάποιον που καπνίζει για μεγάλο χρονικό διάστημα υπολογίζεται 10πλάσιος ως 30πλάσιος αυτού που διατρέχει ένας δια βίου μη καπνιστής. Ένας βαρύς καπνιστής έχει πιθανότητες που φτάνουν ως και 30% να αναπτύξει καρκίνο του πνεύμονα στη ζωή του σε σύγκριση με την μικρότερη του 1% πιθανότητα που έχει ένας μη καπνιστής.
Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι ανάλογος του συνολικού καπνίσματος. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται αναλογικά με τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα και με τα χρόνια της καπνιστικής συνήθειας. Υπολογίζεται ότι ένας 35χρονος άνδρας καπνιστής έχει 9% πιθανότητα να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα πριν τα 85 του, αν καπνίζει λιγότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα. Η πιθανότητα ανεβαίνει στο18%, αν καπνίζει περισσότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα. *Οι επιπλέον παράγοντες επηρεάζουν τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου είναι πολλοί.* Δυο απ' τους πιο σημαντικούς είναι: Η ηλικία έναρξης της καπνιστικής συνήθειας. Άτομα που άρχισαν το κάπνισμα σε

ηλικία μικρότερη των 15, έχουν 4πλάσιο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα από αυτούς που άρχισαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 25. Οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευαίσθητες από τους άνδρες στα καρκινογόνα του καπνού. Ακόμη και όταν καπνίζουν ίδια ποσότητα τσιγάρων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε ότι από το 1979 ως το 1999 η παγκόσμια θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα αυξήθηκε κατά 57% στους άνδρες και κατά 122% στις γυναίκες.Η χρήση φίλτρων (οποιουδήποτε τύπου) στα τσιγάρα ή το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερη περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη φαίνεται να επιφέρει ως παράγοντας κινδύνου μικρή έως ανύπαρκτη διαφορά. Οι καπνιστές πούρων και πίπας διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα μεγαλύτερο από τους μη καπνιστές, αλλά κατά τι ασθενέστερο από τους καπνιστές τσιγάρων. Ήδη, από το 1981 έχει αποδειχτεί ότι οι παθητικοί καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι οι μη καπνίστριες σύζυγοι καπνιστών διατρέχουν 30% μεγαλύτερο κίνδυνο από τις συζύγους μη καπνιστών να αναπτύξουν καρκίνο. Ο κίνδυνος μεγαλώνει όσο η έκθεση στον καπνό αυξάνεται.Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου. Διάφορες μελέτες εκτιμούν τη μείωση του κινδύνου από 20 ως 90%, ανάλογα με τα χρόνια διακοπής του καπνίσματος. Η μείωση του κινδύνου είναι σημαντικότερη μετά την πάροδο 5 ετών από τη διακοπή. Παρ' όλ' αυτά ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι μεγαλύτερος για τους πρώην καπνιστές, σε σύγκριση με τους ανθρώπους που δεν κάπνισαν ποτέ. Παρατηρείστε τον πίνακα που ακολουθεί: Απλή μείωση του καπνίσματος φαίνεται να μειώνει λίγο τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα. [7,8,9,10,11,12]

## 3.2. Επιδράσεις στο Καρδιαγγειακό Σύστημα

Σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA) οι ασθένειεςπου προκα λούνται από το κάπνισμα ευθύνονται για το θάνατο >440.000ανθρώπων, ετησίως, στι ς Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Εξ αυτών, οι135.000 θάνατοι σχετίζονται με τα νοσήματα του καρδιαγγειακούσυστήματος. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Αντικαρκι νική Εταιρεία, το 90%των νέων καπνιστών είναι παιδιά και έφηβοι, οι οποίες σε αρκε τέςπεριπτώσεις αντικαθιστούν αριθμητικά τους καπνιστές οι οποίοι τοέκοψαν ή έχασ αν τη ζωή τους πρόωρα από ασθένειες που σχετίζονται μετο κάπνισμα. Οι καπνιστές

έχουν αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες τωνπνευμόνων, συμπεριλαμβανομένου του κα ρκίνου του πνεύμονα και τουεμφυσήματος καθώς και αυξημένο κίνδυνο από ασθένειε ς τουκαρδιαγγειακού συστήματος όπως εγκεφαλικό ή καρκίνος του στόματος.

Σε ό,τι αφορά στο κάπνισμα και στις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος:

- Ένας στους 5 θανάτους που σχετίζονται με το κάπνισμα προκαλείται από ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος σε ανθρώπους <50 ετών.
- Οι γυναίκες >35 ετών που είναι καπνίστριες και λαμβάνουν αντισυλληπτικά δια του στόματος αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν ενώ κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δια του στόματος.
- Οι καπνιστές έχουν 2-4 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος σε σχέση με τους μη καπνιστές.
- Το κάπνισμα διπλασιάζει το κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Οι καπνιστές έχουν δεκαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αγγειακής νόσου.

Θέτοντας κινδύνους για την υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος, το κάπνισμα:

- Προκαλεί άμεση και μακροπρόθεσμη αύξηση της πίεσης του αίματος.
- Προκαλεί άμεση και μακροπρόθεσμη αύξηση του καρδιακού ρυθμού.
- Μειώνει την καρδιακή παροχή και τη στεφανιαία ροή αίματος.
- Μειώνει την ποσότητα του οξυγόνου που φτάνεις στους ιστούς του σώματος.
- Αλλάζει τις ιδιότητες των αιμοφόρων αγγείων και των κυττάρων του αίματος – επιτρέποντας τη ανάπτυξη της χοληστερόλης και των άλλων λιπαρών ουσιών.
- Συμβάλλει στην υψηλότερη πίεση του αίματος και στον αυξημένο κίνδυνο για τον σχηματισμό θρόμβου αίματος.
- Καταστρέφει τα αιμοφόρα αγγεία.
- Διπλασιάζει τον κίνδυνο για ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (μειωμένη ροή αίματος στον εγκέφαλο).
- Διεγείρει τη διαδικασία της πήξης του αίματος. [12,13]

Επιπροσθέτως, το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κατάθλιψης και της ψυχολογικής δυσφορίας. [12,13]

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος;

Η έκθεση του Οργανισμού για τον Έλεγχο και την Πρόληψη Νοσημάτων(CDC) αν αφέρει ότι κατά προσέγγιση 46.000 μη καπνιστές πεθαίνουν απόστεφανιαία νόσο κ άθε χρόνο ως αποτέλεσμα της έκθεσης στο παθητικόκάπνισμα. Το παθητικό κάπνι σμα ορίζεται ως το άθροισμα τουεισπνεόμενου και εκπνεόμενου από τους καπνιστέ ς καπνού (καπνόςκεντρικής ροής) και του καπνού που εξέρχεται από την άκρη του τσιγάρουμεταξύ δύο εισπνοών (καπνός περιφερικής ροής).

Τόσο το ενεργητικό κάπνισμα, όσο και το παθητικό κάπνισμα θέτει σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των εγκύων γυναικών, των βρεφών και των νέων παιδιών. Τα παιδιά και τα βρέφη που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα είναι πιο πιθανό να βιώσουν λοιμώξεις του αυτιού και άσθμα και αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο για το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου σε σχέση με τα παιδιά και τα βρέφη που δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα.

Τα ακόλουθα συμπτώματα μπορεί να συσχετίζονται με την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα:

- Ερεθισμός των ματιών, της μύτης και του λαιμού.
- Βήχας.
- Υπερβολικό φλέγμα (βλέννα στους αεραγωγούς).
- Δυσφορία στο στήθος από ερεθισμό των πνευμόνων.
- Πόνος στο στήθος, που μπορεί να υποδηλώνει ασθένεια τουκαρδιαγγειακού σ υστήματος. [12,13,14]

Τα συμπτώματα του παθητικού καπνίσματος μπορεί να μοιάζουν με άλλες ιατρικές παθήσεις. Πρέπει πάντα να συμβουλεύεται κανείς το γιατρό του για μια ασφαλή ιατρική γνωμάτευση.

Το κάπνισμα, επιπροσθέτως της υψηλής χοληστερόλης του αίματος, τηςαπουσίας σ ωματικής δραστηριότητας και του σακχαρώδους διαβήτηβρίσκεται στην κορυφή τη ς λίστας ως πρωταρχικός παράγοντας κινδύνουγια τα νοσήματα του καρδιαγγειακο ύ συστήματος. Στην πραγματικότητα,το κάπνισμα έχει χαρακτηριστεί ως η πιο απο τρέψιμη αιτία πρώιμουθανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Η σημασία της διακοπής του καπνίσματος

Σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA), η εξάλειψη τηςκαπν ιστικής συνήθειας δεν μειώνει μόνο τον κίνδυνο για ασθένειες τουκαρδιαγγειακού συστήματος, αλλά μειώνει επίσης τον κίνδυνο γιαεπαναλαμβανόμενες καρδιακές π ροσβολές και θάνατο από ασθένειεςτου καρδιαγγειακού συστήματος κατά 50%.

Η έρευνα υποδηλώνει πως η διακοπή του καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση των πολλών συντελεστών που σχετίζονται με την εμφάνιση των ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος, συμπεριλαμβανομένου της αθηροσκλήρωσης, της θρόμβωσης, της στεφανιαίας νόσου και των καρδιακών αρρυθμιών. [12,13,14]

## 3.3. Επιδράσεις στο Ουροποιητικό Σύστημα

Καρκίνος πεπτικού σωλήνα

Το κάπνισμα αποτελεί τον ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου για καρκίνο στομάχου ενώ ευθύνεται και για τα αυξημένα ποσοστά ογκογένεσης κατά μήκος όλου του πεπτικού σωλήνα (λεπτό και παχύ έντερο), το ήπαρ και το πάγκρεας. Το τσιγάρο περιέχει χιλιάδες τοξικές ουσίες πολλές από τις οποίες ενοχοποιούνται για καρκίνο του πεπτικού συστήματος. Για παράδειγμα, οι πολυκυκλικοί αρωματικοί

υδρογονάνθρακες και οι νιτροζαμίνες που είναι γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Πέρα όμως από την άμεση τοξική δράση των ουσιών αυτών, η περιεχόμενη στο τσιγάρο νικοτίνη προάγει την παραγωγή ορμονών και ουσιών σημαντικών για την αύξηση, μετάσταση και διήθηση των καρκινικών κυττάρων.

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Οι καπνιστές βιώνουν συχνότερα συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό τους σύστημα όπως κοιλιακό άλγος, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δυσπεψία. Τα αυξημένα ποσοστά παλινδρόμησης μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή του επιθηλίου του οισοφάγου και μετατροπή του στην προκαρκινωματώδη μορφή που λέγεται «οισοφάγος Barrett». Η μετάπλαση αυτή του οισοφάγου αυξάνει κατά 10 έως 50 φορές την πιθανότητα για μετατροπή σε αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου. Η μεγάλη έκθεση του πληθυσμού τα τελευταία 30 χρόνια στο τσιγάρο μπορεί να εξηγήσει μέχρι και το 40% των περιπτώσεων του καρκίνου οισοφάγου. Ο κίνδυνος για παλινδρόμηση και κατ' επέκταση για τις επιπλοκές της (Barrett οισοφάγος και καρκίνος οισοφάγου) μειώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος.

Οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα

Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας αλλά και για τροποποίηση της πορείας της. Ο κίνδυνος αυτός είναι σχεδόν διπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Η κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με το κάπνισμα δρα αθροιστικά και προδιαθέτει σε εμφάνιση της παγκρεατίτιδας σε μικρότερες ηλικίες. Η διακοπή του τσιγάρου μειώνει τον κίνδυνο αυτό ενώ 20 χρόνια μετά η πιθανότητα για παγκρεατίτιδα είναι ίδια με αυτή των ατόμων που δε κάπνισαν ποτέ. Η νικοτίνη και οι μεταβολίτες της αθροίζονται στο πάγκρεας και καταστρέφουν τα κύτταρά του άμεσα αλλά κι έμμεσα επιδρώντας στα επίπεδα των παγκρεατικών πεπτικών ενζύμων.

Νόσος Crohn

Οι νυν-καπνιστές έχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν τη φλεγμονώδη αυτή νόσο του εντέρου σε σχέση με τους μη-καπνιστές. Όσοι συνεχίζουν και καπνίζουν μετά τη διάγνωσή της έχουν χειρότερη πρόγνωση με περισσότερα συμπτώματα,

συχνότερες υποτροπές, μεγαλύτερη ανάγκη για φάρμακα ή χειρουργικές παρεμβάσεις και χειρότερη ανταπόκριση στην εφαρμοζόμενη θεραπεία. Οι υποτροπές της νόσου μειώνονται εντυπωσιακά μόλις 6 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Τα συστατικά του τσιγάρου επιδρούν στην άμυνα του οργανισμού αλλά και τοπικά του εντέρου, στην αιμάτωση του εντέρου αλλά και στο μεταβολισμό των κυττάρων του μέσα από τις ελεύθερες ρίζες που παράγονται και δημιουργούν οξειδωτικό στρες.

Το γεννητικό σύστημα δεν θα μπορούσε να μείνει ανέπαφο από τη δράση των επιβλαβών τοξικών ουσιών που απελευθερώνονται με το κάπνισμα στο αίμα. Την τελευταία δεκαετία όλο και περισσότερες δημοσιεύσεις αναφέρονται στις αρνητικές επιδράσεις στη δυνατότητα εγκυμοσύνης και στην ολοκλήρωσή της. Περίπου το 30% των γυναικών στην αναπαραγωγική ηλικία και 35% των ανδρών καπνίζουν. Από τις ομάδες αυτές μόνο το 22% γνώριζε τη βλαβερή συνέπεια του τσιγάρου στην γονιμότητα.

Άνδρες που προέρχονται από μητέρες που κάπνιζαν είχαν χαμηλής πυκνότητας σπέρμα, λόγω πιθανής συγκέντρωσης ιόντων καδμίου και παραγώγων νικοτίνης στο υγρό περιβάλλον του ωοθυλακίου. Το κάπνισμα αναφέρεται ως γοναδοτοξική συνήθεια, που ευθύνεται για την επιδεινούμενη παραγωγή σπέρματος χαμηλής κινητικότητας σε χρόνιους καπνιστές, και την αλλοίωση της μορφολογίας των σπερματοζωαρίων.

Η χρόνια έκθεση στη νικοτίνη και τον καπνό είναι δυνατό να επηρεάσει τα σπερματοζωάρια ως προς την ικανότητα γονιμοποιήσεως του ωαρίου. Μια ομάδα ερευνητών στη Νέα Υόρκη εξέτασε την ικανότητα γονιμοποιήσεως ανδρών που κάπνιζαν περισσότερα από 4 τσιγάρα ημερησίως για 2 ή περισσότερα χρόνια. Η ικανότητα γονιμοποιήσεως στα 66% των δειγμάτων των ανδρών αυτών ήταν αρνητική. Ενώ μόνο το 28% των μη καπνιζόντων απέτυχε στο τεστ γονιμοποιήσεως. Από την ομάδα των βαριά καπνιστών (19 τσιγάρα ημερησίως) μόνο το 18% πέτυχε το τεστ, ενώ η ομάδα των ελαφρά καπνιστών πέτυχε στο τεστ κατά 71%. Η εξήγηση που δόθηκε είναι ότι τα σπερματοζωάρια φέρουν ένα νικοτινικό χοληνεργικό υποδοχέα, ο οποίος με το χρόνο φορτώνεται με νικοτίνη,

με αποτέλεσμα να επιβραδύνει την προσέγγιση και προσκόλληση του σπερματοζωαρίου στην κυτταρική μεμβράνη του ωαρίου.

Το DNA των γοναδικών κυττάρων παίζει σπουδαίο ρόλο στη γονιμότητα και στην εξέλιξη και ολοκλήρωση της γονιμοποίησης. Η αλλοίωση του DNA οφείλεται σε ενδορχικούς, περιβαλλοντικούς, ιδιοπαθείς και γενετικούς παράγοντες. Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η αυξημένη θερμοκρασία των όρχεων από τοπικές λοιμώξεις, οι ορμόνες, η χημειοθεραπεία και το κάπνισμα.

Στον υπογόνιμο άνδρα το πιο συχνό ανατομικό εύρημα είναι η κιρσοκήλη (διάταση των φλεβικών αγγείων γύρω από τον όρχη). Το σπερμοδιάγραμμα στους καπνιστές με κιρσοκήλη παρουσίαζε 25% ελάττωση στη συγκέντρωση των σπερματοζωαρίων, 15% ελάττωση της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων και 17% ελάττωση των φυσιολογικών μορφών των σπερματοζωαρίων. Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε στους καπνιστές αύξηση των λευκοκυττάρων στο σπέρμα κατά 48%. Αυτό ερμηνεύτηκε ως απάντηση στη φλεγμονώδη δράση που είχαν τοπικά οι εισπνεόμενες τοξίνες του καπνού, όπως η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα, το κάδμιο και άλλα μεταλλαξιογόνα συστατικά του καπνού. Μια δεύτερη ερμηνεία που δόθηκε ήταν ότι η άθροιση των λευκοκυττάρων αποτελεί ένδειξη της φαγοκυττάρωσης των παθολογικών σπερματοζωαρίων, που έχουν παραχθεί υπό την επίδραση των πιο πάνω τοξινών.

Συνοψίζοντας, οι άνδρες καπνιστές παρουσιάζουν στο σπερμοδιάγραμμα χαμηλότερο αριθμό σπερματοζωαρίων, χαμηλή κινητικότητα σπερματοζωαρίων και αύξηση των παθολογικών μορφών των σπερματοζωαρίων.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος τσιγάρου είναι γνωστές και επιστημονικά τεκμηριωμένες σχεδόν σε όλα τα οργανικά συστήματα του ανθρωπίνου σώματος. Η επίδραση του καπνίσματος στη στυτική λειτουργία στις μέρες μας έχει ερευνηθεί πολύ. Στη Μεγάλη Βρετανία πάνω από 120,000 άνδρες 30-40 ετών παρουσιάζουν ολική στυτική ανικανότητα.

Η στυτική λειτουργία είναι νευραγγειακό γεγονός το οποίο ελέγχεται από το οξείδιο του αζώτου. Η αλληλουχία των γεγονότων που συμβαίνει έχει ως στόχο να αυξήσει την παροχή αίματος στα σηραγγώδη σώματα και ταυτόχρονα να εγκλωβίσει το αίμα σ' αυτά με τη χάλαση των μυϊκών κυττάρων των ελικοειδών αρτηριών. [14,15,16,17,18]

Η ενεργοποίηση των χολινεργικών νευρικών απολήξεων στο πέος γίνεται με τους νευροδιαβιβαστές ακετυλοχολίνη και οξείδιο του αζώτου, με αποτέλεσμα να δίνεται το σήμα για τη χάλαση των λείων μυϊκών ινών των σηραγγωδών σωμάτων. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα των αγγείων του πέους παράγουν οξείδιο του αζώτου, το οποίο είναι ο πρωτεύων νευροδιαβιβαστής που ελέγχει τη λειτουργία της στύσεως. Η παραγωγή του οξειδίου του αζώτου γίνεται με τη δράση του ενζύμου eNOS στη L Arginine.

Ελεύθερες ρίζες και αρωματικά συστατικά ελαττώνουν την ενδοθηλιακή σύνθεση του οξειδίου του αζώτου, επιδρώντας στο ένζυμο eNOS. Η νικοτίνη και άλλα παράγωγα επιβαρύνουν την παραγωγή οξειδίου του αζώτου από την L Arginine. Ένα υπεροξείδιο ανταγωνίζεται το οξείδιο με συνέπεια τη σύσπαση (αντί της χάλασης) των λείων μυϊκών ινών. Η νικοτίνη δίνει επίσης εγκεφαλικά ερεθίσματα που οδηγούν σε σύσπαση των πεϊκών ιστών (σύμπτωμα vasospasm) αναστέλλοντας την είσοδο αίματος στα σηραγγώδη σώματα.

Αρκετοί ερευνητές έδειξαν ότι το κάπνισμα ήταν πιο συχνό στους ασθενείς του ιατρείου στυτικής δυσλειτουργίας παρά στο γενικό πληθυσμό. Έδειξαν επίσης, ότι κάπνισμα και αθηρωματική νόσος ήταν προδιαθεσικοί παράγοντες για οργανική στυτική δυσλειτουργία. Το κάπνισμα τσιγάρων υψηλής περιεκτικότητας σε νικοτίνη ελαττώνει την αγγειοδιαστολή των πεϊκών αρτηριών. Το κάπνισμα, άλλου, αποτελεί ανεξάρτητο αθηρωματικό παράγοντα για τα αγγεία της πυέλου καθώς και για της πεϊκές αρτηρίες νεαρών στυτική ανικανότητα.

Η αθηρωματική νόσος είναι η πιο σοβαρή βλάβη που προκαλεί το κάπνισμα στα αγγεία. Το κάπνισμα τεκμηριωμένα αποτελεί ένα ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αρτηριοσκλήρυνση, ισοδύναμο με την υπέρταση και την υπερχοληστεριναιμία. Η αθηρωμάτωση όμως αποτελεί ένα ισχυρό αίτιο στυτικής ανεπάρκειας και η αναγκαιότητα για λήψη φαρμακευτικής αγωγής για την υπέρταση και την υπερχολιστεριναιμία οδηγεί στη φαρμακευτική στυτική δυσλειτουργία, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.

Οι βλάβες που προκαλούνται από το κάπνισμα, τόσο στην ανδρική γονιμότητα όσο και στη στυτική λειτουργία, είναι ανάλογες του χρόνου εκθέσεως του οργάνου στα τοξικά παράγωγα του καπνού, αλλά και της συγκέντρωσής τους. Η χρόνια έκθεση των γεννητικών ιστών στα τοξικά αυτά παράγωγα ενέχει και τον κίνδυνο μόνιμων και μη αναστρέψιμων βλαβών. Παρατηρήθηκε ότι ο επιπολασμός της

στυτικής δυσλειτουργείας των πρώην καπνιστών ήταν χαμηλότερος των νυν καπνιστών. Στην περίπτωση δε των υπογόνιμων ανδρών η διακοπή του καπνίσματος έφερε μικρού έως ικανού βαθμού βελτίωση των παραμέτρων του σπερμοδιαγράμματος. Η συμβουλή και η παραπομπή στον ειδικό για διακοπή του καπνίσματος στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών αυτών παραμένει πρώτη επιλογή. [14,15,16,17,18]

Άνοια

Το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης όλων των μορφών της άνοιας και διπλασιάζει τον κίνδυνο για Alzheimer. Στους πρώην καπνιστές ο κίνδυνος για άνοια είναι πολύ μειωμένος, αλλά παραμένει σημαντικός ο μεγαλύτερος ρυθμός έκπτωσης ανά έτος των γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με τους μη καπνιστές. Θεωρείται ότι οι οξειδωτικές ρίζες, που περιέχονται στο τσιγάρο ή παράγονται κατά την καύση του, τροποποιούν διάφορα βιομόρια των εγκεφαλικών κυττάρων με αποτέλεσμα την άθροιση δυσλειτουργικών πρωτεϊνών μέσα σε αυτά και διαταραχή στην μεταξύ τους επικοινωνία. Επίσης μέσω της αθηροσκλήρυνσης των αγγείων που αρδεύουν τον εγκέφαλο, το κάπνισμα μειώνει την παροχή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών στα εγκεφαλικά κύτταρα.

Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

Το κάπνισμα αυξάνει κατά 50% το σχετικό κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στους βαρείς καπνιστές, σε μικρότερες ηλικίες και στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Οι ουσίες που περιέχονται στο τσιγάρο προκαλούν δομικές αλλοιώσεις στα τοιχώματα των αρτηριών που προδιαθέτουν είτε σε θρόμβωση αγγείων και πρόκληση ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είτε σε ρήξη τους και πρόκληση αιμορραγικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται μετά από 2 χρόνια από τη διακοπή του τσιγάρου και φτάνει τα ίδια επίπεδα με αυτά ενός μη-καπνιστή μετά από 5 χρόνια από τη διακοπή του.

Ανευρύσματα

Το κάπνισμα είναι ο πιο σημαντικός τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για σχηματισμό και ρήξη εγκεφαλικών ανευρυσμάτων. Σε αυτήν την περίπτωση η

θνητότητα υπερβαίνει το 65% και η νοσηρότητα το 50% (μόνιμες νευρολογικές βλάβες, μερικές εκ των οποίων επηρεάζουν την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης). Τα χημικά συστατικά που περιέχονται στο τσιγάρο έχουν σημαντική φλεγμονώδη και ανοσιακή αντίδραση στο αγγειακό σύστημα του εγκεφάλου με αποτέλεσμα τη διάταση και λέπτυνση του τοιχώματος του αγγείου και σε απώτερη φάση τη ρήξη του.

Πολλαπλή σκλήρυνση

Ο κίνδυνος για πολλαπλή σκλήρυνση αυξάνεται με τη διάρκεια και την ένταση του καπνίσματος και μειώνεται με το χρόνο μετά τη διακοπή του. Επίσης, το κάπνισμα μπορεί να μετατρέψει με τριπλάσια συχνότητα την υποτροπιάζουσα μορφή της πολλαπλής σκλήρυνσης σε δευτεροπαθή προοδευτική που έχει χειρότερη πρόγνωση. Οι γυναίκες είναι πιο ευπαθείς από τους άντρες. Τα συστατικά του καπνού έχουν νευροτοξικές και εκφυλιστικές δράσεις με αποτέλεσμα την απογύμνωση των νεύρων από το περίβλημά τους που οδηγεί στα συμπτώματα της πολλαπλής σκλήρυνσης.

Νευροπαθητικό άλγος

Η επίδραση του καπνίσματος στον πόνο είναι αμφιλεγόμενη. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα ανακουφίζει την αίσθηση του πόνου. Έρευνες όμως έχουν δείξει ότι οι καπνιστές βιώνουν περισσότερα και συχνότερα μυοσκελετικά άλγη και αυτό οφείλεται στη δράση της νικοτίνης στους αντίστοιχους νικοτινικούς υποδοχείς που βρίσκονται στα περιφερικά νεύρα. [18,19,20]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

- ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

## 4.1. Ορισμός της υγείας: Στόχοι για προαγωγή και πρόληψη

Η υγεία είναι πυρηνική έννοια στην κοινωνία. Η έννοια αυτή τροποποιείται με χαρακτηριστικά ποιότητας όπως εξαιρετική, καλή, αρκετά καλή ή πτωχή, στηριζόμενη σε μια ποικιλία παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη φυλή ή την εθνική κληρονομιά, ομάδα σύγκρισης, την τρέχουσα φυσική κατάσταση ή υγεία, προηγούμενες καταστάσεις ή την απαίτηση διαφόρων ρόλων στην κοινωνία. Κατά τη διάρκεια της ιστορίας η κοινωνία έχει χρησιμοποιήσει μια ποικιλία εννοιών της υγείας. Ο Smith περιγράφει τέσσερα διακριτά μοντέλα υγείας.

1. κλινικό μοντέλο
2. μοντέλο εκτέλεσης ρόλου
3. προσαρμοστικό μοντέλο
4. ευδαιμονιστικό μοντέλο

Στο κλινικό μοντέλο η απουσία σημείων και συμπτωμάτων της νόσου δηλώνει υγεία. Ασθένεια αποτελεί η παρουσία αξιοσημείωτων σημείων και συμπτωμάτων νόσου. Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν αυτό το μοντέλο υγείας για να καθοδηγήσουν τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας πιθανόν να μην αναζητούν προληπτικές υπηρεσίες υγείας ή πιθανόν να περιμένουν μέχρι να ασθενήσουν για να αναζητήσουν φροντίδα. Το κλινικό μοντέλο είναι το συνηθισμένο μοντέλο της επιστήμης της ιατρικής. Στο μοντέλο εκτέλεσης ρόλου η υγεία δηλώνεται από την ικανότητα να εκτελεί κοινωνικούς ρόλους. Η εκτέλεση ρόλου περιλαμβάνει την εργασία, την οικογένεια, και κοινωνικούς ρόλους με την εκτέλεση να στηρίζεται στις κοινωνικές προσδοκίες. Στο προσαρμοστικό μοντέλο η ικανότητα να προσαρμόζεται κανείς θετικά σε κοινωνικές, νοητικές και φυσιολογικές αλλαγές είναι δηλωτικό της υγείας. Στο ευδαιμονιστικό μοντέλο η υγεία δηλώνεται υπερβολικό καλώς έχειν. Προερχόμενος από την ελληνική ορολογία αυτός ο ρόλος δηλώνει ένα μοντέλο το οποίο ενσωματώνει την αλληλεπίδραση και τις σχέσεις μεταξύ φυσικών, κοινωνικών, φυσιολογικών και πνευματικών όψεων της ζωής και του περιβάλλοντος. Δύο στόχοι του προγράμματος υγιείς άνθρωποι 2010 είναι η αύξηση της ποιότητας και των ετών υγιούς ζωής και η εξάλειψη των διαφορών στην υγεία. Κάθε στόχος είναι

σημαντικός. Ο πρώτος στόχος ασχολείται με θέματα διάρκειας και ποιότητας ζωής. Αυξάνοντας τον αριθμό των ετών της υγιούς ζωής διευθετεί την ανησυχία ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, αλλά με χρόνια προβλήματα υγείας τα οποία αναμειγνύονται με την ποιότητα της ζωής τους. Ο δεύτερος στόχος η εξάλειψη των διαφορών υγείας διευθετεί τα μείζονα προβλήματα πρόσβασης στη φροντίδα, διαφορές στη θεραπεία που στηρίζονται στη φυλή, στο φύλο και στην ικανότητα για αμοιβή και σχετικά θέματα, όπως αστική έναντι αγροτικής υγείας, ασφαλιστική κάλυψη και ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών.

Η πρόληψη με τη στενή έννοια σημαίνει να αποφεύγει κανείς την ανάπτυξη της νόσου που θα εμφανιστεί στο μέλλον. Με την ευρεία έννοια η πρόληψη αποτελείται από όλα τα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης συγκεκριμένης θεραπείας, τα οποία περιορίζουν την εξέλιξη της νόσου. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης. Πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη προηγείται της νόσου ή της δυσλειτουργίας. Όμως η πρωτογενής πρόληψη είναι θεραπευτική ως προς ό,τι περιλαμβάνει την υγεία ως ευεργετική στο καλώς έχειν, χρησιμοποιεί θεραπευτική αγωγή και ως μια διαδικασία ή συμπεριφορά εμπεριέχει ταυτοποίηση συμπτωμάτων όταν διδάσκει τεχνικές για μείωση του στρες. Εδώ περιλαμβάνεται η προαγωγή υγείας. Η δευτερογενής πρόληψη κυμαίνεται από το να παρέχει δραστηριότητες δειγματοληψίας και να θεραπεύει πρώιμα στάδια της νόσου μέχρι να περιορίζει την αναπηρία με το να αποτρέπει ή καθυστερεί τις συνέπειες της προχωρημένης νόσου. Η τροτογενής πρόληψη συμβαίνει όταν το ελάττωμα ή η αναπηρία είναι μόνιμα και μη αναστρέψιμα. Η διαδικασία αφορά στην ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων της νόσου και της αναπηρίας με δραστηριότητες εποπτείας και διατήρησης που αποσκοπούν στην πρόληψη των επιπλοκών και της επιδείνωσης. [18,19,20,21]

## 4.2. Προαγωγή της υγείας και οικογένεια

Ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι να διευκολυνθεί η υγεία της οικογένειας. Η νοσηλευτική διαδικασία με τις οικογένειες είναι μια διαδικασία δύο επιπέδων που περιλαμβάνει την οικογένεια ως ομάδα και το μέλος της οικογένειας ως άτομο. Το σπίτι είναι το πιο φυσικό περιβάλλον για αυτή την συνάντηση αν και η διαδικασία μπορεί να συμβεί και σε άλλους χώρους. Η εργασία με την οικογένεια από την προοπτική του συστήματος βοηθά τους νοσηλευτές να κατανοήσουν τους τρόπους με τους οποίους ζουν τα μέλη της οικογένειας αλληλεπιδρούν. Ο ρόλος του νηοσηλευτή

στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της νόσου περιλαμβάνει τα ακόλουθα καθήκοντα:

1. Να γίνετε ενήμεροι των στάσεων της οικογένειας και των συμπεριφορών προς την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου.
2. Να χρησιμεύσετε ως ρόλο- μοντέλο για την οικογένεια.
3. Να συνεργαστείτε με την οικογένεια στην εκτίμηση, βελτίωση, αύξηση και αξιολόγηση των τρεχουσών πρακτικής υγείας.
4. Να βοηθήσετε την οικογένεια σε συμπεριφορές ανάπτυξης και αύξησης.
5. Να βοηθήσετε την οικογένεια να διαπιστώσει συμπεριφορές που περιέχουν κίνδυνο.
6. Να βοηθήσετε την οικογένεια στη λήψη αποφάσεων για τις επιλογές του τρόπου ζωής
7. Να παράγετε ενδυνάμωση για τις θετικές πρακτικές συμπεριφοράς της υγείας.
8. Να βοηθήσετε την οικογένεια στην μάθηση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία και προλαμβάνουν την νόσο.
9. Να χρησιμεύσετε ως σύνδεσμος για την παραπομπή ή την συνεργασία μεταξύ πηγών της κοινότητας και την οικογένεια.
10. Να παρέχετε πληροφορίες υγείας στην οικογένεια.
11. Να βοηθήσετε την οικογένεια στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προαγωγή της υγείας. [21,22]

## 4.3. Νοσηλευτική και Εκπαίδευση της Υγείας

Οι νοσηλεύτριες ως εκπαιδευτές παίζουν ρόλο- κλειδί για τη βελτίωση της υγείας του έθνους. Η εκπαίδευση των ανθρώπων είναι ένα αναπόσπαστο μέρος του ρόλου της νοσηλεύτριας σε κάθε χώρο πρακτικής, σχολεία, κοινότητες, χώρους εργασίας, χώρους φροντίδας της υγείας και οικίες. Η εκπαίδευση για την υγεία αφορά όχι μόνο την παροχή των σχετικών πληροφοριών αλλά επίσης την διευκόλυνση της αλλαγής της συμπεριφοράς, της σχετικής με την υγεία. Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιώντας αρχές εκπαίδευσης για την υγεία, μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους στην επίτευξη στόχων με έναν τρόπο που είναι συνεπής με τους προσωπικούς τρόπους ζωής, αξίες και πεποιθήσεις. Τα στάνταρς .. περιγράφουν την εκπαίδευση ως την πρωτογενή νοσηλευτική υπευθυνότητα. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ανθρώπων να

λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με την φροντίδα της υγείας τους και την θεραπεία, την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την επίτευξη ειρηνικού θανάτου. Η διδασκαλία για την υγεία και η συμβουλευτική για την υγεία περιλαμβάνονται στην δήλωση κοινωνικής πολιτικής του οργανισμού ΑΝΑ. Αυτή η υπευθυνότητα να διδάσκονται τα άτομα εξισορροπείται από το δικαίωμά τους να γνωρίζουν για τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους κινδύνους, τα οφέλη, το κόστος και τις εναλλακτικές λύσεις.. ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να στηρίζει το δικαίωμα των ατόμων να γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους και να βοηθά την φυσική, την ψυχολογική και πνευματική απάντηση σε αυτή τη γνώση. Επίσης παρέχει διδασκαλία και συμβουλευτική της υγείας με βάση το ενδιαφέρον και τις αποφάσεις του ατόμου. Οι νοσηλεύτριες λειτουργούν ως συντονιστές της φροντίδας της υγείας για την φροντίδα των ατόμων. Σε εξάρτηση από το ενδιαφέρον και τις ανάγκες του ατόμου, η νοσηλεύτρια εγκαθιστά μια συνεργασία για να καθοδηγήσει το άτομο στην επιλογή και στη χρήση των σχετικών υπηρεσιών υγείας. Οι αρχές της εκπαίδευσης υγείας παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας στρατηγικές και εργαλεία για να εκτιμηθεί η ετοιμότητα του ατόμου για διδασκαλία της υγείας, με τεχνικές πληροφορίες και με βοήθεια στην άσκηση τεχνικών φροντίδας της υγείας στο σπίτι. Αυτές οι στρατηγικές βοηθούν τους νοσηλευτές να διευκολύνουν την αλλαγή συμπεριφοράς, ενώ ικανοποιούν το δικαίωμα του ατόμου το σχετικό με την πληροφόρηση για την υγεία και την ελευθερία των ατόμων να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την δική τους υγεία. [22,23,24]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ

## 5.1. Παράγοντες που ωθούν τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην χρήση καπνού.

Οι παράγοντες που ωθούν τους γιατρούς και τους νοσηλευτές αλλά και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας στην χρήση καπνού ή και στην κατανάλωση αλκοόλ είναι οι εξής:

→ επαγγελματικό στρες

→ συγκρούσεις

→ επιθετική παρενόχληση

→ εναλασσόμενο ωράριο εργασίας

→ επαγγελματική εξουθένωση

## 5.2. Επαγγελματικό στρες

Επαγγελματικό στρες: Η διαταραχή της ισορροπίας της ψυχολογική κατάστασης των ιατρών και νοσηλευτών, μπορεί να επιφέρει στρες. Το στρες είναι μια ψυχολογική διαδικασία μεταξύ ενός ατόμου και ενός στρεσσογόνου παράγοντα που είναι υπεύθυνος γι' αυτό. Τα επάγγελματα υγείας είναι ιδιαιτέρως στρεσσογόνα επαγγέλματα, διότι έχουν πάρα πολύ μεγάλη ευθύνη. Το στρες που σχετίζεται με τον εργασιακό χώρο αναφέρεται συχνά ως επαγγελματικό στρες που οδηγεί τους ιατρούς και τους νοσηλευτές σε επικίνδυνες καταστάσεις για την ζωή και υγεία τους, όπως η χρήση καπνού. Οι νοσηλευτές καπνίζουν γιατί βρίσκονται σε ένα αγχωτικό και στρεσσογόνο περιβάλλον εργασίας. Η εξήγησή τους για τον λόγο που χρησιμοποιούν καπνό ποικίλει. Πολλοί αναφέρουν για να αντιμετωπίσουν το αίσθημα του φόβου του θανάτου των ασθενών τους, το αίσθημα που αντιμετωπίζουν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, το αίσθημα που φροντίζουν έναν ασθενή με καρκίνο στα ογκολογικά τμήματα αλλά και στα αιματολογικά τμήματα. Άλλοι αναφέρουν ότι επειδή βρίσκονται σε θέσεις διοικητικές, όπως προϊστάμενοι, διευθυντές, έχουν πάρα πολύ φόρτο εργασίας και παράλληλα με αυτό και άγχος για το πώς θα τα βγάλουν πέρα και έτσι με αυτό τον τρόπο βρίσκουν παρηγοριά το τσιγάρο. Μια έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, κατέδειξε ένα ποσοστό ου 8-12% εθισμένων ιατρών στο τσιγάρο, λόγο υψηλών επιπέδων ψυχογενούς άγχους. Ιδιαίτερα οι χειρουργοί βρίσκονται σε αυτή την κατηγορία. Οι νοσηλευτές σε χειρουργεία, ταξινομούν τις

συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές απ'ότι οι νοσηλευτές στην ογκολογία ή την αιματολογία. Άρα από τμήμα σε τμήμα οι πηγές στρες και οι ανάγκες των νοσηλευτών διαφέρουν. Η στέρηση ύπνου, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας στα χειρουργικά τμήματα, η περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης, ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης, η ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης, οι διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους, οι οργανισμοί που δεν αντέχουν συναισθηματικά από κάποιους άλλους, οδηγούν τους ιατρούς και τους νοσηλευτές στην χρήση καπνού ως μια λύτρωση από τα προβλήματά τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί βιώνουν επαγγελματικό στρες κατά πολύ περισσότερο από άλλους επαγγελματίες υγείας. [24,25,26]

## 5.3. Συγκρούσεις

Συγκρούσεις: Οι επαγγελματικές συγκρούσεις αναφέρονται σαν μια σημαντική πηγή στρες για τους Νησηλευτές. Η πιο σημαντική σύγκρουση είναι αυτή μεταξύ των Νοσηλευτών και των Γιατρών, που φαίνεται να είναι ως το σοβαρότερο πρόβλημα στους χώρους εργασίας τους, δηλαδή το νοσοκομείο. Μερικοί προτιμούν να υιοθετήσουν τη στρατηγική της διεκδίκησης και άλλοι την αποφυγή. Η αποφυγή ή η διεκδίκηση δεν θεωρούνται αποτελεσματικές στρατηγικές για τη διαχείριση των συγκρούσεων μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Η επαγγελματική εμπειρία δείχνει ότι αυτός που χάνει από την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, είναι ο ασθενής. Ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος έχει έρθει σε αντιπαράθεση ή έχει τσακωθεί με άλλο πρόσωπο του νοσοκομείου, θα νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό τρόπο, αδιάφορο και απρόσωπο, γεμάτο αμάθεια και απογοήτευση. Ίσως γίνει και οξύθυμος σε τυχόν ερωτήσεις του ασθενή και γίνει και αρνητικός. Μπορεί να απουσιάζει από την εργασία του, να εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά τα καθήκοντά του απ'ότι παλιά ή και να επιθυμεί να εγκαταλείψει την ίδια του την δουλειά. Στην περίπτωση αυτή η διέξοδος από το πρόβλημα στο οποίο έχει περιέλθει, ίσως γίνει το τσιγάρο ή ακόμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος, στην περίπτωση που οι συγκρούσεις αποκτούν μορφή σωματικής βίας ή επιθετικής παρενόχλησης προς τους επαγγελματίες υγείας εκ μέρους των ασθενών τους, η επιλογή καπνού είναι το καλύτερο φάρμακο για να αντιμετωπίσουν τέτοιες καταστάσεις. [26]

## 5.4. Επιθετική Παρενόχληση

Η επιθετική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στρεσσογόνους παράγοντες στο χώρο της υγείας, που ωθεί τους ιατρούς και νοσηλευτές σε καπνιστικές και αλκοολικές συμπεριφορές. Η εμφάνιση βίας και επιθετικής παρενόχλησης των νοσηλευτών σε όλους τους τομείς υγείας είναι χωρίς αμφιβολία ένα σύνηθες φαινόμενο της εργασιακής τους καθημερινότητας και πρακτικής. Η άσκηση βίας προς το προσωπικό των υγειονομικών υπηρεσιών έχει περιγραφεί ως ένα σημαντικό πρόβλημα. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία αναφέρονται συχνότερα, ως μορφές βίαιης παρενόχλησης: η σωματική βία, η λεκτική κακοποίηση, η σεξουαλική παρενόχληση και ο εκφοβισμός. Οι παρενοχλητικές αυτές συμπεριφορές προκαλούν στους εργαζόμενους συχνά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχολογία και την συμπεριφορά τους, όπως άγχος, αίσθημα φόβου, ευερεθιστότητα, απομόνωση, επιθετικότητα καθώς και χρήση καπνίσματος και αλκοόλ. [27]

## 5.5. Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας

Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανισμοί που προσφέρουν φροντίδα σε 24ωρη βάση προς όφελος των πολιτών σε κάθε χώρα, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται σε εναλλασσόμενα και ασταθή ωράρια εργασίας. Μόνο όσοι κατέχουν θέση προϊστάμενου και διευθυντή είναι τις περισσότερες φορές αν όχι πάντα σε πρωινό ωράριο. Πολλές μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών στους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας, όπως είναι η χρόνια κόπωση, η κατάθλιψη, η συναισθηματική εξουθένωση (burn-out), ως συνέπεια του συνδυασμού ωραρίων εργασίας και απώλειας ύπνου. Η ανεπάρκεια του ποιοτικού ύπνου προκαλεί μία μορφή στρες που φέρει επιπτώσεις σε ψυχοσωματικό επίπεδο. Νιώθουν ότι δε μπορούν να προσφέρουν και ιδιαίτερα όταν αρχίζουν και μεγαλώνουν και σε πολλές περιπτώσεις μετανιώνουν που διάλεξαν ένα τέτοιο επάγγελμα. Αναφέρουν ότι δεν πληρώνονται όπως θα έπρεπε για τις ώρες που μένουν στο νοσοκομείο και για τις βάρδιες που ίσως και αναγκάζονται να κάνουν λόγω ελλείψεως προσωπικού.Το βασικό συμπέρασμα αυτών των μελετών είναι ότι το

ασταθές ωράριο εργασίας επιδρά καταστρεπτικά στη φυσική και διανοητική υγεία των επαγγελματιών υγείας ( συμπεριλαμβανομένων γιατρών και νοσηλευτών). [28,29,30]

## 5.6. Επαγγελματική εξουθένωση

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί μένουν σχεδόν όλη μέρα στο νοσοκομείο και δουλεύουν πάρα πολλές ώρες προς όφελος των ασθενών. Το νοσοκομείο λειτουργεί όπως προαναφέρθηκε 24 ώρες το εικοσιτετράωρο οπότε εάν υπάρχει και έλλειψη προσωπικού, τα λίγα άτομα που δουλεύουν να φορτώνονται όλα τα καθήκοντα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα στην ευημερία των εργαζομένων γιατί κουράζονται και ίσως αναζητούν καταφύγιο στο τσιγάρο. Η αύξηση των αναγκών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε ρυθμό μεγαλύτερο από τη στελέχωσή τους, καθώς και η εξάντληση αυτών από την εργασία, αποτελούν στρεσσογόνους παράγοντες που συχνά φανερώνονται με συναισθηματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, κούραση, αϋπνία, κατάχρηση αλκοόλ - ουσιών και κατάθλιψη. Οι πολλές έρευνες που έχουν γίνει για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας έχουν δείξει ότι είναι επιβαρυντικός παράγοντας η έλλειψη προσωπικού κυρίως για νοσηλευτές και ιατρούς. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί συχνά σε αισθήματα ανεπάρκειας, αναποτελεσματικότητας, αποτυχίας του εαυτού, καθώς και αποτυχία επίτευξης στόχων στον επαγγελματικό τομέα. Έχουν εντοπιστεί χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως μεγάλος φόρτος εργασίας, σύγκρουση ρόλων, ένταση, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη ανταμοιβής, έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, καθώς επίσης ασάφεια των εργασιακών καθηκόντων και υποχρεώσεων. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά υγείας των ιατρών και νοσηλευτών (κατανάλωση καπνίσματος και αλκοόλ που πολλές φορές φτάνει σε επικίνδυνα σημεία), με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο και να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα. Τέλος σε αυτό το κομμάτι παίζει ρόλο και η ηλικία του ατόμου, διότι ένας νέος άνθρωπος έχει πολύ δύναμη και υπομονή για όσα καθήκοντα του αναρτηθούν να εκτελέσει ενώ κάποιος άλλος με οικογένεια και παιδιά, ο οποίος κουράζεται καθημερινά, του είναι δύσκολο να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που έχουν σχέση με τις ανάγκες των ασθενών. Οπότε

λόγω άγχους μπορεί να τον οδηγήσει στην κατανάλωση αλκοόλ ή στην χρήση καπνού, όπου μπορεί να εθιστεί. [30,31,32,33]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

- ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

- ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

## 6.1. Ρόλος Νοσηλευτών

Σε μία εποχή που η υγεία «βομβαρδίζεται» από δεκάδες κινδύνους και η ιατρική χαρακτηρίζεται από αλματώδη ανάπτυξη, οι νοσηλευτές καλούνται να ενημερώσουν και να ασκήσουν πρόληψη, να εκπαιδεύσουν στις νέες μεθόδους θεραπείας και αποκατάστασης και να σταθούν δίπλα σε ασθενείς και υγιείς υποστηρικτικά. Στο χώρο της αγωγής υγείας σημαντικοί λειτουργοί υγείας είναι και οι νοσηλευτές οι οποίοι αποκτούν έτσι και το ρόλο του εκπαιδευτή. Ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος από την αμερικανική ένωση πνευμόνων , περιγράφει επτά εκπαιδευτικές ενότητες όπου έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους ανθρώπους να κόψουν το κάπνισμα νικοτίνη . Η οργάνωση τονίζει τη σημασία ενός καλά ολοκληρωμένη προσέγγιση που προωθεί την κατανόηση του εθισμού στη νικοτίνη , καθώς και κατευθυντήριες γραμμές για ένα άκαπνο τρόπο ζωής . Ένας νοσηλευτής έχει το ιδανικό φόντο για να εκπαιδεύσει , ο προπονητής , την καθοδήγηση και την υποστήριξη των ασθενών που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα . Η Νοσηλευτική Εμπειρογνωμοσύνη, η διαδικασία της νοσηλευτικής αξιολόγησης , η διάγνωση , ο σχεδιασμός , η εφαρμογή και η αξιολόγηση παρέχει ένα σταθερό πλαίσιο για την ανάπτυξη εξατομικευμένων σταματήσουν τα σχέδια που λειτουργούν πραγματικά . Χωρίς Καπνό νοσοκόμες είναι ένα λαϊκό κίνημα που παρέχει νοσηλευτές με τις ειδικές πληροφορίες και τα εργαλεία που απαιτούνται για τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος . Οι Νοσηλευτές διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην επίσημη κάπνισμα - παύση προγράμματα που προσφέρονται από τα νοσοκομεία , τα συστήματα υγείας , τις ασφαλιστικές εταιρείες. Μπορούν να οδηγήσουν σε μια τάξη διακοπής του καπνίσματος με τη συμμετοχή της ομάδας , ή μπορεί να συναντηθούν με έναν ασθενή ξεχωριστά . Επίσης οι νοσηλευτές παρέχουν συμβουλευτική τηλεφωνική και την εκπαίδευση για να βοηθήσει τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα .Όλα τα προγράμματα νοσηλευτικής στις Ηνωμένες Πολιτείες περιλαμβάνουν θεωρητικό περιεχόμενο και κλινικής πρακτικής κατά την αρχές της εκπαίδευσης ενηλίκων . Έχουν εκτεταμένη εμπειρία στην αξιολόγηση της γνωστικής βάσης και τις μαθησιακές ανάγκες των ασθενών . Σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος θα δώσει τον ασθενή του με προσαρμοσμένες πληροφορίες σχετικά με τις φυσικές και ψυχοκοινωνικών πτυχών της συνήθειας του καπνίσματος του . Μπορεί να τον βοηθήσει να εντοπίσει κίνητρα που οδηγούν σε νικοτίνη λαχτάρα , δίνοντάς του περισσότερη διορατικότητα το θέμα . Οι νοσηλευτές

είναι μια φυσική τακτοποίηση για τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος , διότι είναι καλά έμπειροι σε εκτίμηση οι ασθενείς να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα ανάκτησης στέρησης της νικοτίνης . Από τη στιγμή που ένας νοσηλευτής ειδικεύεται στην διακοπή του καπνίσματος , που συνήθως έχει χρόνια εμπειρίας φροντίδα για τους ενήλικες με άλλα θέματα υγείας. Καθώς το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης σταθερά ανεβαίνει και οι καταναλωτές πρέπει να μάθουν την αξία της προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών. Μόλις ο ασθενής έχει διακόψει το κάπνισμα , ο νοσηλευτής μπορεί να τον ενθαρρύνει να συνεχίσει τις άλλες κατηγορίες να διατηρήσει έναν υγιή τρόπο ζωής μέσα από τροποποίηση της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας του. [33,34,35,36]

## 6.2. Ρόλος Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σχολείο

Ο επαγγελματικός φορέας για τους σχολικούς νοσηλευτές είναι η Εθνική Ένωση των Σχολικών Νοσηλευτών, με τα κεντρικά γραφεία τους να βρίσκονται στο Maine. Η ένωση αυτή παρέχει γενικές κατευθηντήριες οδηγίες και υποστήριξη για όλους τους σχολικούς νοσηλευτές. Οι σχολικοί νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες άμεσης φροντίδας υγείας στα παιδιά, στους εκπαιδευτικούς, στους συμβούλους, στους εμπειρογνώμονες και στους υπεύθυνους αντιμετώπισης περιστατικών. Ο σχολικός νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή σε θέματα υγείας μπορεί να κληθεί να διδάξει τα παιδιά τόσο κατ' ιδίαν όσο και στην τάξη. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διαφορετικές προσεγγίσεις για τη διδασκαλία θεμάτων υγείας, όπως την ορθή διατροφή ή ενημέρωση για την ασφάλεια. Πολλοί σχολικοί νοσηλευτές διδάσκουν τα μεγαλύτερα σε ηλικία κορίτσια του δημοτικού και τα αγόρια για τις αλλαγές που θα επέλθουν στον οργανισμό τους καθώς η εφηβεία πλησιάζει. Άλλοι σχολικοί νοσηλευτές διδάσκουν τις ενότητες αγωγής υγείας που ορίζονται ως υποχρεωτικές από το κράτος και συμπεριλαμβάνονται στο σχολικό πρόγραμμα. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι το ικανότερο άτομο για να παρέχει πληροφορίες υγείας στους διευθύνοντες του σχολείου στους δασκάλους και στις ομάδες γονέων- δασκάλων. Ως εμπειρογνώμονας, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να παρέχει επαγγελματικές πληροφορίες αναφορικά με τις προτεινόμενες αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον και την επίδρασή τους στην υγεία των παιδιών. Μπορεί να αποτελέσει πρόσωπο

εμπιστοσύνης για τα παιδιά στον οποίο αυτά θα μπορούν να εμπιστευτούν σημαντικά μυστικά για την υγεία τους. Είναι σημαντικό ως σύμβουλος, ο σχολικός νοσηλευτής να έχει την φήμη του αξιόπιστου προσώπου στο οποίο τα παιδιά να μπορούν να απευθυνθούν εφόσον υπάρχει πρόβλημα ή όταν νιώσουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον. Οι νοσηλευτές πρέπει να εξηγήσουν στα παιδιά ότι αν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία τους, οι γονείς και οι υπάλληλοι του σχολείου πρέπει να είναι γνώστες. Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης από το σχολικό νοσηλευτή περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των παιδιών και των εφήβων αναφορικά με τις επιπτώσεις στον οργανισμό από την κατανάλωση αλκοόλ, την χρήση καπνού και ναρκωτικών. Η πρόληψη της χρήσης και το ΄΄ρητό όχι΄΄ στα ναρκωτικά αποτελούν μέρος του προγράμματος σχολικής υγείας εδώ και πολλά χρόνια. Οι έφηβοι διδάσκονται ώστε να μένουν μακριά από τα ναρκωτικά. Το μέλλον λοιπόν της σχολικής νοσηλευτικής είναι ελπιδοφόρο. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στα σχολεία βελτιώνεται ποσοτικά και ποιοτικά. Στο μέλλον η σχολική νοσηλευτική θα αρχίσει να χρησιμοποιεί εφαρμογές τηλεϊατρικής και τηλεδιάσκεψης για την αγωγή υγείας. Οι σχολικοί νοσηλευτές θα χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για να συνεργαστούν με τα παιδιά και τους γονείς. Ο σχολικός νοσηλευτής οφείλει να συμβαδίζει με τις τελευταίες αλλαγές στη νοσηλευτική πρακτική έτσι ώστε η υγεία των παιδιών στα σχολεία να μπορεί να υποστηριχθεί από τις νέες τάσεις που εμφανίζονται σε σχέση με την υγιειονομική περίθαλψη. [37,38,39]

## 6.3. Ρόλος Ιατρονοσοκομειακού προσωπικού

Ειδικότερα, η πλειοψηφία των γιατρών (καπνιστών και μη καπνιστών) αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού, πιστεύουν ότι πρέπει να αποτελούν καλά παραδείγματα προς τους ασθενείς τους οδηγώντας τους σε μια ζωή δίχως καπνό. Θα πρέπει να τους δίνουν δύναμη και θάρρος αλλά και να έχουν μια θετική στάση για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Η αρνητική στάση των γιατρών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος επηρεάζει αρνητικά και την παροχή συμβουλών απέναντι στους ασθενείς τους. Δηλαδή οι μη καπνιστές άνδρες γιατροί ασκούσαν πιο συχνά συμβουλευτική προς τους ασθενείς τους απ' ό,τι οι συνάδελφοί τους καπνιστές. Το ίδιο συμβαίνει και με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Αντιθέτως, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικά νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της διετίας

2003-2005 μεταξύ 1.284 Ελλήνων ιατρών βρέθηκε ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ιατρών που κάπνιζαν (μόλις το 74,4%) να δηλώνουν ότι συμβουλεύουν συχνά ή πάντα τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα σε αντιδιαστολή μ' ένα εξαιρετικά υψηλότερο ποσοστό μη και πρώην καπνιστών (85,3% και 84,7% αντίστοιχα) να δηλώνουν ότι ασκούν περισσότερο συχνά συμβουλευτική αγωγή στους ασθενείς τους. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει ο κοινωνικός λειτουργός στα νοσκομεία. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να οργανώσει ή να συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης που αφορούν την υγιεινή διατροφή, την άθληση, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Με τα προγράμματα αυτά ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τις σχέσεις μεταξύ της διατροφής, της σωματικής άσκησης, του καπνίσματος, της κατάχρησης αλκοόλ και της υγείας και εισάγει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να απευθύνονται σε μεγάλους στο χώρο εργασίας τους, στα παιδιά και στους νέους. Η πρόληψη μπορεί να περιλαμβάνει ενημέρωση των παιδιών για το πόσο ωφέλιμο είναι για την υγεία τους η σωστή διατροφή και η άθληση καθώς και η αποφυγή χρήσης καπνού και αλκοόλ. Επίσης η διοργάνωση συνεδρίων είναι πολύ σημντική γιατί θα ενημερώνονται όλοι οι υπάλληλοι του νοσοκομείου για τα κύρια ζητήματα της υγείας που μέσα σε αυτά είναι και η χρήση καπνού. [40,41,42]

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

- Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

- ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

## 7.1. Η Ψυχοθεραπεία στην απεξάρτηση

Η ψυχοθεραπεία είναι μιας ψυχικής διαταραχής που γίνεται με ψυχολογικά μέσα, σε μια σχέση ψυχοθεραπευτή – θεραπευόμενου, που αναπτύσσεται με την βοήθεια του προφορικού λόγου. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας.

Η ψυχοθεραπεία ως προσωπική σχέση: Η ίδια η σχέση του γιατρολυ-ασθενή είναι ψυχοθεραπευτική, γιατί δρα έτσι και σ'αυτό συντελεί η επιβολή της προσωπικότητας του γιατρού, με τις επιστημονικές ιδιότητες που αποδίδονται σ'αυτόν και τις προσδοκίες ιάσεως αλλά και οι προσδοκίες για εύνοια ή αγάπη του ασθενή. Οι τελευταίες πατρικές ή μητρικές ιδιότητες που μεταβιβάζονται στην προσωπικότητα του γιατρού και είναι λιγότερο συνειδητές, αποτελούν την συναισθηματική μεταβίβαση. Σε αυτήν στηρίζεται η ψυχανάλυση, που είναι το πρότυπο της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Η ψυχοθεραπεία ως εκπαίδευση: βοηθλαει τον ασθενή να μάθει τί πρέπει να κάνει για να υπερνικήσει τα προβλήματά του, για να γίνει καλά. Τον βοηθά επίσης να ξεμάθει αυτά που έχει μάθει να κάνει στραβά. Αποδίδει ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης για την αρρώστια του στον θεραπευόμενο τον ίδιο. Απαιτεί την ενεργητική συμπαράστασή του στην θεραπεία που του προτείνεται. Η παθητικότητα αντιμετωπίζεται ως μέρος της αρρώστιας του της ίδιας.

**Ενδείξεις – αντενδείξεις της ψυχοθεραπείας.**

***Ενδείξεις:***

1. Το θεραπευτικό κίνητρο (η θέλησή του να γίνει καλά). Πολλές φορές, ο ασθενής ισχυρίζεται πως θέλει να γίνει καλά, αλλά ή αρνείται να καταλάβει πως χρειάζεται βοήθεια, ή δυσκολεύεται να το καταλάβει, καθώς οι λόγοι που τον κάνουν άρρωστο, είναι πιό ισχυροί από τους λόγους για να γίνει καλά. Άλλοτε, έχει δευτερογενές όφελος ( συνειδητό ή ασύνειδο σοβαρό συμφέρον) να παραμένει άρρωστος.

2. η βασική του εκπαίδευση: η καλλιέργεια, η ψυχική οξυδέρκεια, η ικανότητα να σκεφτεί με ένα ψυχολογικό τρόπο κι όχι απλώς με την κοινή λογική. [40,41,42,43]

3. ηλικία, σωματική υγεία, τρέχουσες συνθήκες ζωής, κόστος, προβλεπόμενα αποτελέσματα.

***Αντενδείξεις:***

1. Απόλυτη αντένδειξη είναι η έλλειψη δυνατότητας επικοινωνίας δια του λόγου.

2. Όταν η παθητικότητα του ασθενή είναι από την αρχή έκδηλη, ή εκφράζεται με την πεποίθηση ότι ο ίδιος δεν μπορεί να κάνει τίποτα και περιμένει μόνο μία εξωτερική επέμβαση, η ψυχοθεραπεία δεν ενδείκνυται, εκτός ως συμπλήρωμα κάποιας άλλης, φαρμακευτικής θεραπείας. [40,41,42,43]

## 7.2 Γνωστική θεραπεία

Η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ένας γενικός όρος των θεραπευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, αλλά ενσωματώνουν και διαδικασίες που είναι σχεδιασμένες να αλλάξουν τις δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις. Ο θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να ελέγξει διαταρακτικές συγκινησιακές αντιδράσεις, όπως το άγχος και την κατάθλιψη, διδάσκοντάς του πιο αποτελεσματικούς τρόπους ερμηνείας και θεώρησης των εμπειριών. Όλες οι γνωστικές προσεγγίσεις έχουν ένα κοινό στοιχείο. Τονίζουν ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς τον εαυτό του και τον κόσμο καθορίζει σε σημαντικό βαθμό το ποιος θα είναι, και επίσης ότι το άτομο μπορεί να επιλέξει το πώς θα αντιλαμβάνεται τα πράγματα. Υποστηρίζεται ότι μπορούμε, μερικές φορές μετά από μεγάλη προσπάθεια, να επιλέξουμε να σκεφτόμαστε με διαφορετικό τρόπο. Οι προσεγγίσεις αυτές θεωρούν ότι μέσα από την αλλαγή του τρόπου σκέψης οι άνθρωποι θα αλλάξουν τα συναισθήματα, τις συμπεριφορές και τα συμπτώματά τους. [42,44,45]

## 7.3 Συμπεριφορική θεραπεία

Ο όρος θεραπεία της συμπεριφοράς περιλαμβάνει πολυάριθμα θεραπευτικά μοντέλα που βασίζονται στις αρχές της μάθησης και της εξαρτημένης μάθησης. Οι θεραπευτές της συμπεριφοράς υποθέτουν ότι τα είδη της συμπεριφοράς που δεν βοηθούν στην προσαρμογή είναι μαθημένοι τρόποι αντιμετώπισης του στρές. Ενώ οι ψυχαναλυτές ασχολούνται με τον τρόπο με τον οποίο οι περασμένες συγκρούσεις του ατόμου

επηρεάζουν τη συμπεριφορά του , η θεραπεία της συμπεριφοράς εστιάζει, πιο άμεσα, στην ίδια τη συμπεριφορά. Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Απευθύνεται δηλαδή στο σύμπτωμα και όχι στην ψυχική διαταραχή Το πιο σπουδαίο μέσο, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία είναι η ενίσχυση και η βράβευση κατά τον Skinner. [45,46,47]

## 7.4 Συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια

Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιεί τη δυναμική της ομάδας αποκλειστικά για τα μέλη μιας οικογένειας συνιστά την οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Μια τέτοια μέθοδος στηρίζεται στην ιδέα ότι η οικογένεια αποτελεί μια δική της οργανική οντότητα, μέσα στην οποία αναπτύσσονται προβλήματα, που έχουν μεν τον μεγαλύτερο αντίχτυπο σε ένα μέλος της –εκείνο που εμφανίζεται ως άρρωστο- αλλά αφορούν λίγο-πολύ όλα τα μέλη της. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν συνήθως διαφορετικές μορφές οικογενειακής θεραπείας, για να αντιμετωπίσουν διαφορετικές ψυχικές διαταραχές, και με τις ίδιες περίπου διαδικασίες που εφαρμόζονται στην ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να βοηθήσει την οικογένεια να συνειδητοποιήσει την παθολογική της συμπεριφορά απέναντι του αρρώστου, έτσι ώστε τροποποιώντας τη συμπεριφορά της να τον βοηθήσει να ξεπεράσει το πρόβλημα του. Στην περίπτωση των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού στο διαδίκτυο, η οικογενειακή θεραπεία επικεντρώνεται στο να βοηθήσει την οικογένεια να αναγνωρίσει την ανάγκη που έχει για θεραπεία, να βελτιώσει την κατανόηση της ασθένειας και να βοηθήσει την οικογένεια να αποκτήσει δεξιότητες διαχείρισης των συμπτωμάτων. Παράλληλα με τη θεραπεία παρέχεται και φαρμακευτική αγωγή. Τέλος μέσα από μια τέτοια προσπάθεια μπορεί κανένας να περιμένει ότι και τα υπόλοιπα μέλη της οικογενείας θα Τα πιο παλιά χρόνια, αλλά και σε μεγάλο βαθμό ακόμα και σήμερα οι σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων, οι φιλίες, οι συναισθηματικοί δεσμοί, οι γάμοι ξεκινούσαν από κοινές αφετηρίες. Η γειτονιά, το σχολείο, το γήπεδο, το πολιτικό κόμμα και η ιδεολογική τοποθέτηση, ο εργασιακός χώρος και οι ευρύτερες κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις ήταν οι παράγοντες που δημιουργούσαν και διαμόρφωναν τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. [47,48]

Ήταν οι απλοί τρόποι επικοινωνίας που κάτω από διαφανείς και ευδιάκριτες διαδικασίες οδηγούσαν σε συμβατικές ή στέρεες σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων,

αφού διέθεταν, στις περισσότερες περιπτώσεις το στοιχείο της κοινωνικής έκθεσης, αποδοχής και κριτικής. Με αυτούς τους παραδοσιακούς τρόπους επικοινωνίας, οι ανθρώπινες σχέσεις παρείχαν σχετικά μεγάλα ποσοστά ασφάλειας, κοινωνικής αλληλεγγύης και εύκολης πληροφόρησης, που λειτούργησαν και λειτουργούν αποτρεπτικά σε απάτη, εκμετάλλευση και εν τέλει κοινωνική απομόνωση. Στην εποχή μας, όπου η τεχνολογία και το ίντερνετ έχουν εισβάλλει στη ζωή μας, ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση. Αρκεί το πάτημα ενός κουμπιού και εμφανίζονται στα μάτια σου χιλιάδες επιλογές προσώπων, χαρακτήρων, επαγγελμάτων, μορφωτικού επιπέδου, ηλικίας, φύλου κ.α. Βλέπεις φωτογραφίες, ακούς φωνητικά μηνύματα, διαβάζεις πολλά και ποικίλα και μπορείς με ευχέρεια να προβάλλεις όλα όσα σε ενδιαφέρουν ή ακόμα όσα ονειρευόσουν ότι μπορούσες να διαθέτεις. Μπορείς με ευκολία να υποκρίνεσαι εμφανίζοντας τον καλύτερο εαυτό σου και να συσσωρεύεις προσόντα και πλεονεκτήματα που θα προσελκύσουν τους επισκέπτες. Είναι όμως υγιείς οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσω facebook; Η διαπροσωπική επαφή ή κατά πρόσωπο επικοινωνία, το κοίταγμα στα μάτια, το άγγιγμα ψυχής, προϋποθέσεις απαραίτητες για τη δημιουργία μιας υγιούς και ισόρροπης σχέσης δεν διασφαλίζονται από την τεχνολογία. Καθημερινά παρακολουθούμε σοβαρά εγκλήματα σε βάρος νέων παιδιών που γίνονται θύματα παιδεραστίας ή για διάφορα άλλα σεξουαλικά εγκλήματα ή ακόμα και για σχέσεις μαστρωπίας. Είναι καθημερινό πλέον φαινόμενο τα ψυχικά και συναισθηματικά τραύματα που αποκαλύπτονται από σχέσεις μέσω ίντερνετ. Ασφαλώς η τεχνολογία συνιστά σήμερα ένα πολύ χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο που μπορούν να το χρησιμοποιούν εκατομμύρια άνθρωποι ανά τον κόσμο.αποκτήσουν μια καλύτερη ψυχική ισορροπία. [47,48,49]

## 7.5 Φαρμακοθεραπεία

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αντιμετώπιση του εθισμού περιλαμβάνουν: τα αντικαταθλιπτικά, τα βαρβιτουρικά, τα αντιισταμινικά, τα αντοχολινεργικά, τις βενζοδιαζεπίνες, τα αντιψυχωτικά, την τρυπτοφάνη και άλλα υπνωτικά. Γενικά, οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται περισσότερο για λόγους αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, εφόσον ο εθισμός σ' αυτές συντελείται με πιο αργό ρυθμό απ' ό,τι στα άλλα υπνωτικά χάπια και πολύ σπάνια προκαλείται θάνατος από μεγάλη δοσολογία. [47,48,49,50,51]

***Βητα-Αναστολείς***: Αυτά τα φάρμακα συνήθως χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν την υπέρταση. Σε χαμηλές δόσεις ελέγχουν το σωματικό τρόμο που προκαλείται από το άγχος - το οποίο μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της κοινωνικής φοβίας - και μπορεί κανείς να το πάρει λίγο πριν συναντήσει ανθρώπους ή πριν μιλήσει μπροστά σε κοινό.

***Αντικαταθλιπτικά:*** Ένας συγκεκριμένος τύπος αντικαταθλιπτικών, (γνωστών ως SSRIs - Εκλεκτικοί Αναστολείς της Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης) μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας. Πολλές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τα θετικά αποτελέσματα στην σοβαρή κοινωνική φοβία. Οι παρενέργειες των φαρμάκων αυτών είναι γενικά ήπιες, αλλά όπως και με όλα τα φάρμακα χρειάζεται στενή συνεργασία και παρακολούθηση από τον ειδικό γιατρό (ψυχίατρο). Παραδείγματα τέτοιων φαρμάκων είναι το Λαντόζ (Ladose), το Σεροξάτ (Seroxat), το Ζολόφτ (Zoloft), το Σιπραλέξ (Cipralex), και το Ντουμυρόξ (Dumyrox). Επίσης ένα παρόμοιο φάρμακο, το Εφεξόρ (Efexor) έχει χρησιμοποιθεί με επιτυχία.

***Ηρεμιστικά:*** Φάρμακα όπως το Στεντόν, το Λεξοτανίλ, το Ζάναξ, ή το Ριβοτρίλ χρησιμοποιήθηκαν κατά το παρελθόν για να θεραπεύσουν όλες τις μορφές άγχους. Τα φάρμακα αυτά, αν και είναι ασφαλή σε βραχυχρόνια χορήγηση (λίγες εβδομάδες), δεν συνιστώνται για μακροχρόνια χορήγηση και δεν ενδείκνυνται στην κοινωνική φοβία η οποία απαιτεί μακροχρόνια αγωγή. Ωστόσο η περιστασιακή χρήση κάτω από ιατρική παρακολούθηση μπορεί να είναι αποτελεσματική. Για το Ριβοτρίλ, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι είναι πιο ασφαλές σε μακροχρόνια χορήγηση.

***Εσιταλοπράμη,* ενδείξεις:** Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία. Κοινωνική φοβία. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

**Αντενδείξεις:** Συγχορήγηση με μη εκλεκτικούς αναστολείς της ΜΑΟ. Απαιτείται μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων από τη διακοπή μη αναστρέψιμου αναστολέα ΜΑΟ, 24 ωρών από τη διακοπή αναστρέψιμου αναστολέα ΜΑΟ (μοκλοβεμίδη) και αντίστροφα για τη χορήγηση αναστολέα ΜΑΟ μεσοδιάστημα τουλάχιστον 1 εβδομάδας από τη διακοπή της εσιταλοπράμης.

**Αλληλεπιδράσεις:** Με αναστολείς της ΜΑΟ (βλ. Αντενδείξεις). Απαιτείται μεσοδιάστημα 2 εβδομάδων από τη διακοπή μη αναστρέψιμου αναστολέα ΜΑΟ, 24 ωρών από τη διακοπή αναστρέψιμου αναστολέα ΜΑΟ (μοκλοβεμίδη) και

αντίστροφα για τη χορήγηση αναστολέα ΜΑΟ μεσοδιάστημα τουλάχιστον 1 εβδομάδας από τη διακοπή της εσιταλοπράμης. [47,48,49,50,51]

- ***Ναλτρεξόνη***
- ***Μεθυλφενιδάτη***

## Υποκεφάλαιο

**Σχέδιο Μαθήματος**
**Θεωρίες μάθησης και διδασκαλία**

ΟΝΟΜΑ: ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΜΑΘΗΜΑ: ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ: 3/9/2014

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ: 15΄

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΕΡΙΛΗΨΗ
- ΣΧΕΔΙΟ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

1. ΣΤΟΧΟΙ
2. ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΑ
3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Α) Γνωρίζω το κάπνισμα

Β) Οι κυριότερες συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία

1. Επιδράσεις στο Αναπνευστικό
2. Επιδράσεις στο Καρδιαγγειακό

Γ) Ορισμός της Υγείας

Δ) Ρόλος Κοινωτικού Νοσηλευτή στο σχολείο

Ε) Τι Μάθαμε;

4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

►Το κάπνισμα αποτελεί σήμερα την πιο σημαντική προλήψιμη αιτία θανάτου. Προκαλεί 1 στους 10 θανάτους παγκοσμίως, δηλαδή πάνω από 5 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο, περισσότερους από ότι η φυματίωση, το AIDS και η ελονοσία μαζί, ενώ σχετίζεται αιτιολογικά με τις έξι από τις οκτώ πρώτες αιτίες θνησιμότητας. Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 100 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν στο κάπνισμα.

► Το αντίστοιχο νούμερο για τον 21ο αιώνα, σύμφωνα με τις συνθήκες που διαμορφώνονται σήμερα, υπολογίζεται ότι μπορεί να ξεπεράσει το 1 δισεκατομμύριο. Έχει υπολογιστεί, ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί κατά μέσο όρο πέντε λεπτά από τη ζωή του καπνιστή. Έχει επίσης υπολογιστεί, ότι κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει εξ' αιτίας του τσιγάρου. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των καπνιστών μειώνεται στις ανεπτυγμένες χώρες, η μεγάλη αύξηση, που παρατηρείται στις αναπτυσσόμενες χώρες, ιδίως στις γυναίκες, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του παγκόσμιου αριθμού των καπνιστών. Ο αριθμός των καπνιστών ξεπερνά το 1 δισεκατομμύριο, το 80% των οποίων κατοικούν σε χώρες χαμηλού οικονομικού

**Σχέδιο Μαθήματος**

Δημοτικό Σχολείο: Αθήνας

Θέμα: Κάπνισμα
Τάξη: Ε΄

Αρ. Μαθητών: 25

Ημερομηνία: 3/9/2014

ΣΤΟΧΟΙ

▪Οι Μαθητές να είναι ικανοί:

▪Να γνωρίζουν για το κάπνισμα και ποιές οι επιπτώσεις αυτού.

▪Να γνωρίζουν και να κατανοήσουν τι είναι η υγεία

▪Να λάβουν υπόψιν τους τον σημαντικό ρόλο που παίζει ο κοινωτικός νοσηλευτής στο σχολείο

Μέσα και υλικά:

● φύλλο εργασίας, προτσέκτορ, Microsoft Office Power Point/ εικόνες

**Δραστηριότητες:**

Α) Γνωρίζω το Κάπνισμα:

◊ Κάπνισμα ονομάζεται η πρακτική της εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνός.
◊ Η καύση γίνεται συνήθως σε τσιγάρο, πίπα, πούρο ή με άλλο τρόπο. Η πρακτική αυτή ήταν συνήθεια των κατοίκων της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, πριν ακόμα αυτές ανακαλυφθούν από τους Ευρωπαίους. Η συνήθεια μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και την Ασία μετά το 1556. Τη δεκαετία του 1920, Γερμανοί επιστήμονες ανακάλυψαν ότι το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία, αλλά η παγκόσμια κοινότητα αναγνώρισε το πρόβλημα σταδιακά μόνο μετά το 1950.
◊ Στα επόμενα χρόνια, έγινε κατανοητό ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο (του πνεύμονα αλλά και άλλες μορφές καρκίνου) καθώς και άλλα προβλήματα υγείας. Τα κράτη έλαβαν μέτρα για το κάπνισμα και ανάλογα με τη χώρα τα μέτρα για τη συνήθεια του καπνίσματος μπορεί να περιλαμβάνουν απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού, απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους,

προκειμένου να αποφευχθεί το παθητικό κάπνισμα, υποχρεωτική σήμανση στα προϊόντα καπνού και άλλα.

Β) Κυριότερες συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία

1.Επιδράσεις στο Αναπνευστικό

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία για την εμφάνιση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Οι καπνιστές αντιμετωπίζουν έξι φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν ΧΑΠ, μια απειλητική για τη ζωή πάθηση των πνευμόνων που προοδευτικά μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Συγκεκριμένα, η ΧΑΠ αποτελεί όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις χρόνιες ασθένειες των πνευμόνων οι οποίες προκαλούν ελάττωση της εκπνευστικής ροής τους. Είναι μία πάθηση η οποία δεν είναι πλήρως αναστρέψιμη. Τα πιο κοινά συμπτώματα της ΧΑΠ είναι η δύσπνοια, το αίσθημα «ανάγκης για αέρα», η υπέρμετρη παραγωγή πτυέλων και ο χρόνιος βήχας.

2. Επιδράσεις στο Καρδιαγγειακό

Οι καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο για ασθένειες τωνπνευμόνων, συμπεριλαμβανο μένου του καρκίνου του πνεύμονα και τουεμφυσήματος καθώς και αυξημένο κίνδυνο από ασθένειες τουκαρδιαγγειακού συστήματος όπως εγκεφαλικό ή καρκίνος του στό ματος.

<u>Σε ό,τι αφορά στο κάπνισμα και στις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος:</u>

- Ένας στους 5 θανάτους που σχετίζονται με το κάπνισμα προκαλείται από ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος σε ανθρώπους <50 ετών.
- Οι γυναίκες >35 ετών που είναι καπνίστριες και λαμβάνουν αντισυλληπτικά δια του στόματος αντιμετωπίζουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση ασθενειών του καρδιαγγειακού συστήματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν ενώ κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δια του στόματος.

- Οι καπνιστές έχουν 2-4 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος σε σχέση με τους μη καπνιστές.
- Το κάπνισμα διπλασιάζει το κίνδυνο για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Οι καπνιστές έχουν δεκαπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αγγειακής νόσου.

Γ) Ορισμός της Υγείας

→ Η υγεία είναι πυρηνική έννοια στην κοινωνία. Η έννοια αυτή τροποποιείται με χαρακτηριστικά ποιότητας όπως εξαιρετική, καλή, αρκετά καλή ή πτωχή, στηριζόμενη σε μια ποικιλία παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη φυλή ή την εθνική κληρονομιά, ομάδα σύγκρισης, την τρέχουσα φυσική κατάσταση ή υγεία, προηγούμενες καταστάσεις ή την απαίτηση διαφόρων ρόλων στην κοινωνία. Κατά τη διάρκεια της ιστορίας η κοινωνία έχει χρησιμοποιήσει μια ποικιλία εννοιών της υγείας. Ο Smith περιγράφει τέσσερα διακριτά μοντέλα υγείας.

1. κλινικό μοντέλο
2. μοντέλο εκτέλεσης ρόλου
3. προσαρμοστικό μοντέλο
4. ευδαιμονιστικό μοντέλο

Δ) Ρόλος Κοινωτικού Νοσηλευτή στο σχολείο

→Οι σχολικοί νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες άμεσης φροντίδας υγείας στα παιδιά, στους εκπαιδευτικούς, στους συμβούλους, στους εμπειρογνώμονες και στους υπεύθυνους αντιμετώπισης περιστατικών.

→Ο σχολικός νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή σε θέματα υγείας μπορεί να κληθεί να διδάξει τα παιδιά τόσο κατ' ιδίαν όσο και στην τάξη. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διαφορετικές προσεγγίσεις για τη διδασκαλία θεμάτων υγείας, όπως την ορθή διατροφή ή ενημέρωση για την ασφάλεια.

→Πολλοί σχολικοί νοσηλευτές διδάσκουν τα μεγαλύτερα σε ηλικία κορίτσια του δημοτικού και τα αγόρια για τις αλλαγές που θα επέλθουν στον οργανισμό τους καθώς η εφηβεία πλησιάζει. Άλλοι σχολικοί νοσηλευτές διδάσκουν τις ενότητες

αγωγής υγείας που ορίζονται ως υποχρεωτικές από το κράτος και συμπεριλαμβάνονται στο σχολικό πρόγραμμα

Ε) Τι μάθαμε;

Μάθαμε για το κάπνισμα και ότι αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στην δημόσια υγεία.

Γνωρίσαμε τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, τι είναι η υγεία και τέλος αναφερθήκαμε στον σημαντικό ρόλο του κοινωτικού νοσηλευτή στο σχολείο.

4. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αξιολόγηση είναι συντρέχουσα και τελική:

→Η συντρέχουσα αξιολόγηση αφορά τη συμμετοχή και την ανταπόκριση των μαθητών στις δραστηριότητες που γίνονται.

→Η τελική αξιολόγηση είναι αυτή που γίνεται στο τέλος π.χ. με κάποιο φυλλάδιο με ερωτήσεις για να δούμε τι έχουν καταλάβει.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Edelman, Mandle. Προαγωγή της Υγείας σε όλο το εύρος της ζωής. Επιμέλεια Μπαμπάτσικου Φ, Πολυχρονόπουλος Ε, Κουτής Χ. Έκτη έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα. 2009.

2. American Nurses Association. Code of ethics for nurses with interpretive statements. American nurses association. Washington. 2001.

3. American Nurses Association. Nursing: Scope and standards of practice. American Nurses Association. Washington. 2004.

4. Barr D. Benjamin A. Health care and policy in a changing world. Boston. 2003.

5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. When children have children. 2004.

6. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescence. Pediatrics 105. 2000.

7.Guyton A. Hall J. Textbook of medical physiology. 10th edition. Philadelphia. 2000.

8. National Library of Medicine. AHCRP supported clinical practice guidelines: 18. Treating tobacco use and dependence. Retrieved 9 May 2005.

9. Neimstein S. Adolescent health care: A practical guide. 4th edition. Baltimore: Urban and Schwarzenberg. 2002.

10. Stanhope M. Lancaster J. Κοινοτική Νοσηλευτική. Επιμέλεια Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε. Νούλα Μ. Επίτομος. Τόμος Α. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. 2002.

11. Stanhope M. Lancaster J. Κοινοτική Νοσηλευτική. Επιμέλεια Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε. Νούλα Μ. Επίτομος. Τόμος Β. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα. 2002.

12. Γκίκας Α. Το κάπνισμα στους Έλληνες ιατρούς. Ανάγκη για άμεσες παρεμβάσεις. Ιατρικό Βήμα.2006.

13. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο: 2008-2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2008. [www.ygeianet.gov.gr]

14.Ευτιχίδου Ν. Υγιεινή διατροφή αλλά μόνο στη θεωρία, για τους Έλληνες. 2009. [www.iatrikathemata.gr]

15. Θεοφάνης, Φ. και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. Η ύπαρξη του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Φαινόμενο- Πρόκληση για τους
Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Νοσηλευτική 49 (2). 2010.

16. Καραδήμας Ε. Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα:Τυποθητώ-Γιώργος Δαρδάνος. 2005.

17.Κέζα Λ. Γιατροί στις ομορφιές τους. 2009. [ www.tovima.gr]

18. Κλωτσοτήρα Β.Γ. Η πολιτική κατά της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος, στα πλαίσια της Ε.Ε. Καταναλωτικά Βήματα, τεύχος Οκτωβρίου-Νοεμβρίου. 2003. [http://kepka.org/index]

19. Κορομπέλη Α. και Σούρτζη Π. Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεών του στους εργαζόμενους. Νοσηλευτική 49. 2010.

20. Κουτελέκος Ι. Για μια Ζωή Χωρίς Τσιγάρο. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2. Αθήνα. 2009.

21. Μαρβάκη, Χρ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ευ., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι. και Καλογιάννη, Α. Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του

νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική 46 (3). 2007.

22. Μουστάκα, Ε. και Μαλλιαρού, Μ. Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. 2008. [www.medtime.gr]

23. Μπάμπου, Σ. και Μανωλαράκης, Μ. Διατροφή στο χώρο της δουλειάς. 2008. [www.diatrofi.gr]

24. Παπαγεωργίου, Δ.Ε., Καραμπέτσου, Μ.Ι., Νικολακάκου, Χ.Β. και Παυλάτου, Ν.Δ. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική 46 (2). 2007.

25. Παπαλαζάρου,Α. Η αξία των μικρογευμάτων στον εργασιακό χώρο. 2009. [http://www.nutrimed.gr/]

26. Παπαλαζάρου,Α. Η διατροφή του εργαζόμενου. 2009. [http://ygeia.tanea.gr]

27. *Πιπερόπουλος Γ.* Εξαρτήσεις και Αποκλίσεις. 4η έκδοση. Αθήνα.2008

28. *Σιώμος ΚΕ. Μουζάς Ο. Σκεντέρης Ν. Θεοδώρου Κ. Αγγελόπουλος ΝΒ*. Ο εθισμός στο διαδίκτυο και η συσχέτισή του με κάπνισμα αλκοόλ, διαταραχές διατροφής και αυτοκτονικό ιδεασμό. Ψυχιατρική Περιοδικό.Τεύχος 18. Μάιος 2008.

29. *.Χουρδάκη Μ.* Οικογενειακή ψυχολογία. Επίτομος. 2η έκδοση. Εκδόσεις: Γρηγόρη. Αθήνα 2007

30. *Γιαννοπούλου Χ.* Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Επίτομος. 5η έκδοση. Αθήνα 2004.

31. *Marga S.* Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα ή Psychiatric/Mental Health Nursing. Επιμέλεια: Μούγοα Β. Μετάφραση: Ισμήνη. Επίτομος. Εκδόσεις: Έλλην Παρίκος Γ. & Σία Ε.Ε. Αθήνα 2007.

32. *Χαρτοκόλης Π.* Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις: Θεμέλιο. Αθήνα 1991

33.*Παπαδόπουλος Ν.* Ψυχολογία. Επίτομος. 3η έκδοση. Εκδόσεις: Ψυχογιός. Αθήνα 2006.

34.*Neil R. Carlson*. Psychology:the science of behavior. Fourth Edition. Εκδόσεις: Allyn & Bacon. Αθήνα 2008

35.*Ινστιτούτο έρευνας και θεραπεία της συμπεριφοράς*. Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Επιμέλεια: Ευθυμίου Κ. Μαυροειδή Α. Παυλάτου Ε. Καλαντζή Α. Εκδόσεις: Έλληνικά Γράμματα. Αθήνα 2006

36.*Minuchin S.* Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. 2000.

37.*Hilgard N.* Εισαγωγή στη ψυχολογία. Μετάφραση-Επιστημονική Επιμέλεια: Σόλμαν Μ. Ντάβου Μ. 2ος τόμος. 13η Αμερικάνικη Έκδοση. Εκδόσεις:Παπαζήση. Αθήνα 2004.

38.*Κατάκη Χ.* Οι τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.1998

39. *Valkenburg,, P.M., Peter, J., & Schouten, A.P.*. Friend networking sites and the relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. Cyberpsychology & Behavior.2006

40. .*Καλαντζή Α*.Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.2003.

41. *Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials*. USA: W.B
. Saunders Company. 2002.

42. *Σφακιανάκης Ε. Σιώμος Κ. Φλώρος* Γ. Εθισμός στο διαδίκτυο και άλλες διαδικτυακές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Εκδόσεις Οίκος Λιβάνη. Αθήνα.2012

43. 120.*Βαρβόγλη Λ. Γαλάνη Μ.* Η διάγνωση της διάσπασης της προσοχής. Πρακτικός οδηγός. Εκδόσεις: Καστανιώτη. Αθήνα 2007.

44. *Robert M*. Ψυχολογία της συμπεριφοράς. Εκδόσεις: Πεδίο. Αθήνα 2010.

45. *Robert M*. Ψυχοδιαγνωστικές μέθοδοι. Εκδότης: Ελληνικά γράμματα. Αθήνα 1998.

46. .*Nakken C*. Το προφίλ του εθισμού. Εκδότης: Ισόρροπον. Αθήνα 2006.

47. .*Young, L.* Understanding a child's virtual world: A handbook for parents and guardians. Ανακτήθηκε 11 Ιανουαρίου 2010 από το διαδίκτυο: http://www.incredibleinternet.com/online-safety/drlinda-young/parent-guide. 2008.

48. *Quinn, M. J*. Ethics for the Information Age (3rd ed.). (M. Hirsch, Ed.) Boston: Pearson. 2009.

49. Δοδόπουλος Σ. Ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο πρόβλημα: Ιστορικά στοιχεία, δοξασίες, δογματισμοί, υπερβολές και αλήθειες. Εκδόσεις Σταμούλη. Αθήνα. 2004.

50. Τσαρούχας Κ. Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει. Αθήνα. 2007.

51. Allen C. Ο εύκολος τρόπος να κόψετε το κάπνισμα. Εκδόσεις Αιώρα. Αθήνα. 2004.