

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ:
ΚΑΠΝΙΣΜΑ- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ-ΣΤΡΕΣ



ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ ΡΟΥΜΠΕΚΑ
ΑΜ: 1585
ΈΤΟΣ: 4^ο
ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ: Ή

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Ε.Χ. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.....	σελ.3-5
1.1 Κάπνισμα.....	σελ.5
1.1.1 Η ιστορία του καπνίσματος.....	σελ.5-6
1.1.2 Επιδημιολογία.....	σελ.7-8
1.1.3 Φαρμακοκινητική και ιδιότητες της νικοτίνης.....	σελ.9-10
1.1.4 Συνέπειες του καπνίσματος	σελ.10-12
1.2 Παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα.....	σελ.12-13
1.2.1 Οικογένεια και κάπνισμα.....	σελ.13-20
2. Κάπνισμα και Stress.....	σελ.20-24
3. Οικογένεια και Stress.....	σελ.24-27
3.1 Η οικογένεια ως πηγή άγχους.....	σελ.27-31
3.2 Οι επιδράσεις εξωγενών παραγόντων στρες στην οικογένεια	σελ.31-34
4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	σελ.34
5. ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ.34
5.1 Δείγμα.....	σελ.34-35
5.2 Μέσα συλλογής δεδομένων.....	σελ.35-36
5.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	σελ.36
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ.36-37
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ.38-40
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.41-43
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	σελ.44-46

1. Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία

Ο ρόλος της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή, καθώς οι σύγχρονες αιτίες θανάτου είναι μάλλον οι χρόνιες ασθένειες, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και το AIDS, παρά οι μολυσματικές ασθένειες και οι διατροφικές διαταραχές, που ήταν οι παλαιότερες αιτίες. Έτσι ακόμα και μια σχετικά μικρή αλλαγή των συνηθειών που σχετίζονται με την υγεία (π.χ αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ή η διακοπή της χρήσης καπνού), θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας, αλλά και της «ποσότητας» ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες. Τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τη διατήρηση και την προστασία της ή την έκθεσή της σε κίνδυνο τις αποκαλούμε **συμπεριφορές υγείας** (Καραδήμας, 2005).

Συνήθως όλα τα άτομα λαμβάνουν μέτρα για να προστατέψουν την υγεία τους ή για να αποφύγουν την ασθένεια. Οι συμπεριφορές αυτές, που δρουν προστατευτικά για την υγεία και που ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των «συμπεριφορών υγείας», περιλαμβάνουν κάθε δραστηριότητα, την οποία τα άτομα ασκούν, προκειμένου να διατηρήσουν ή να προάγουν την υγεία τους, άσχετα από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας τους ή από το εάν η συμπεριφορά αυτή όντως επιτυγχάνει το στόχο της. Τέτοιες συμπεριφορές ή συνήθειες είναι: ο επαρκής ύπνος, η σωστή διατροφή, η άσκηση, η χρήση ζωνών ασφαλείας, οι προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι κ.λ.π.

Ο Sarafino (cf. Καραδήμας, 2005), ανακεφαλαιώνοντας τα ευρήματα διαφόρων ερευνών σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας, καταλήγει σε τρία συμπεράσματα. Πρώτον: αν και σχετικά σταθερές, συχνά αλλάζουν στην πάροδο του χρόνου. Δεύτερον: οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν είναι ισχυρά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η υγιεινή διατροφή δεν συνάδει απαραίτητα με την αποφυγή του καπνίσματος. Τρίτον: οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας δεν φαίνεται να καθορίζονται από μια μόνο ομάδα στάσεων ή σκέψεων ή μαθήσεων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αποφεύγει το κάπνισμα, για να προστατέψει την υγεία του, αλλά ταυτόχρονα να αποφεύγει τα λιπαρά, μόνο για να διατηρήσει τη γραμμή του σώματός του.

Οι λόγοι για την έλλειψη σταθερότητας στις συμπεριφορές υγείας και τους χαλαρούς δεσμούς μεταξύ τους είναι αρκετοί. Οι Leventhal, Prochaska & Hirschman (cf. Καραδήμας, 2005) αναφέρουν τέσσερις: α) διαφορετικές συνήθειες μπορεί να εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς, β) οι συμπεριφορές επηρεάζονται από διαφορετικούς και ποικίλους παράγοντες

κάθε φορά, γ) οι άνθρωποι αλλάζουν ως αποτέλεσμα των μαθήσεων και των εμπειριών και δ) λόγοι που κάποτε συντέλεσαν στην έναρξη ή διατήρηση μιας συμπεριφοράς, μπορεί πλέον να μην ισχύουν.

Μια σημαντική προοπτική στη μελέτη των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, είναι το πώς αυτές αλλάζουν σε σχέση με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Οι Kasl και Cobb (cf. Καραδήμας, 2005) περιέγραψαν τις ακόλουθες συμπεριφορές σε σχέση με την κατάσταση της υγείας: α) τις συμπεριφορές σε κατάσταση υγείας, οι οποίες αναφέρονται σε καθετί που κάνει το άτομο, όταν θεωρεί ότι είναι υγιές με στόχο την πρόληψη της ασθένειας ή τον γρήγορο εντοπισμό της σε ένα ασυμπτωματικό στάδιο (π.χ άσκηση, υγιεινή διατροφή, τακτές επισκέψεις στον γιατρό, περιοδικά τσεκ απ κλπ), β) τις συμπεριφορές σε κατάσταση νόσου, που αναφέρονται σε καθετί που κάνει το άτομο, όταν αισθάνεται άρρωστο, με στόχο να προσδιορίσει το επίπεδο της υγείας του να ανεύρει μια κατάλληλη θεραπεία (π.χ διατύπωση παραπόνων, αναζήτηση βοήθειας, επίσκεψη σε γιατρό κλπ), γ) τις συμπεριφορές σε κατάσταση ασθένειας, που περιλαμβάνουν ό,τι κάνει το άτομο για να γίνει καλά, όταν θεωρεί τον εαυτό του ασθενή (π.χ λήψη φαρμάκων, ειδικές θεραπείες, ανάπαυση κλπ).

Γενικά τα άτομα αποκτούν όλες αυτές τις συμπεριφορές μέσα από τις διαδικασίες μάθησης, άμεσης ή έμμεσης (μέσω παρατήρησης) . Αν οι συμπεριφορές εγκαθιδρυθούν, τείνουν να γίνουν συνήθειες υγείας: το άτομο τις ασκεί αυτόματα και χωρίς συχνά να το συνειδητοποιεί.

Οι συμπεριφορές σε κατάσταση υγείας έχουν μια προστατευτική λειτουργία: διατήρηση ή προαγωγή της υγείας και αποφυγή της ασθένειας. Όταν όμως ένα άτομο αισθάνεται καλά είναι πιθανό να μην νιώθει αναγκαίο να καταβάλει προσπάθεια και να μην εφαρμόζει αντίστοιχες συμπεριφορές. Από την άλλη οι συμπεριφορές σε κατάσταση νόσου λειτουργούν ως τρόπος επίλυσης προβλήματος . Το άτομο ασχολείται με τα συμπτώματα ή τις δυσκολίες και επιχειρεί να τα επιλύσει. Δεν δεσμεύονται όμως όλοι οι άνθρωποι σε συμπεριφορές νόσου, όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα. Τέλος όσον αφορά τις συμπεριφορές του ασθενούς ατόμου ένας κίνδυνος που υπάρχει είναι η παραίτηση από τη θεραπεία, ειδικά όταν είναι δύσκολη ή άβολη ή όταν το άτομο δεν έχει κατανοήσει το τι, το πως και το γιατί μιας διαδικασίας. Κάποιες από τις συμπεριφορές στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος και κάποιες άλλες στη ρύθμιση του συναισθήματος (Καραδήμας, 2005).

Στη συνέχεια παρατίθενται ορισμένα παραδείγματα συμπεριφορών και συνηθειών που σχετίζονται με την υγεία.

1.1 Κάπνισμα

1.1.1 Η ιστορία του καπνίσματος

*« Η αποχή από το κάπνισμα είναι ένα μαρτύριο που
ξεπερνά τα όρια της ανθρώπινης αντοχής».*

FREUD

Ο καπνός ήταν εντελώς άγνωστος στην Ευρώπη και την Ασία πριν από την ανακάλυψη του Νέου Κόσμου. Όταν ο Κολόμβος και το πλήρωμα του αποβιβάστηκαν στο El Salvador το 1492, οι ιθαγενείς τους πρόσφεραν φύλλα καπνού ως ένδειξη φιλίας. Η περιγραφή του καπνίσματος γίνεται για πρώτη φορά από τον Κολόμβο στο ημερολόγιο καταστρώματος, στις 6 Νοεμβρίου του 1492, όταν το πλοίο είχε ελλιμενιστεί στην Κούβα.

Οι πρώτες δεκαετίες που ακολούθησαν την ανακάλυψη της Αμερικής χαρακτηρίζονται από μια σχετική αδιαφορία για τον καπνό, η χρήση του οποίου είχε περιοριστεί σε σχετικά μικρές ομάδες ατόμων. Τα οικονομικά ενδιαφέροντα, την εποχή εκείνη, ήταν στραμμένα κυρίως στο χρυσό.

Η εισαγωγή αποξηραμένων φύλλων και σπόρων του φυτού στην Ευρώπη έγινε στις αρχές του 16ου αιώνα, από διάφορους εξερευνητές ή ιεραποστόλους. Το φυτό καλλιεργήθηκε σε περιορισμένη κλίμακα κυρίως την Γαλλία και στην Ισπανία, με την πεποίθηση ότι διαθέτει εξαιρετικές φαρμακευτικές ιδιότητες. Ο καπνός δεν άργησε να εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο με τη βοήθεια των ναυτικών, οι οποίοι, έχοντας αποκτήσει τη συνήθεια του καπνίσματος ήταν αδύνατο να ταξιδέψουν χωρίς να έχουν μαζί τους φύλλα. Μετέφεραν επίσης σπόρους, για την καλλιέργεια φυτών που θα κάλυπταν τις προσωπικές τους ανάγκες. Παράλληλα άρχισε η κρατική επέμβαση, με την επιβολή φόρων καλλιέργειας, εισαγωγής και εξαγωγής, πάντοτε με το πρόσχημα της δήθεν αποτροπής του καπνίσματος επειδή έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία. Στην πραγματικότητα, η επιβολή φόρων συνετέλεσε στο να γίνει η καλλιέργεια του καπνού αναπόσπαστο μέρος της οικονομίας πολλών χωρών.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΓΑΛΛΙΑ ΤΟΥ 16^{ου} ΑΙΩΝΑ



Στις χώρες της βαλκανικής χερσονήσου ο καπνός μεταφέρθηκε από την Μικρά Ασία, ήδη κατά τον 17ο αιώνα. Οι μωαμεθανοί κάπνιζαν, παρά τις αρχικές αυστηρές ποινές που επέβαλε το ιερατείο τους. Μετά το 1650, όμως, οι διώξεις των καπνιστών σταμάτησαν, επειδή δεν υπήρχε κάποια συγκεκριμένη μνεία στο Κοράνιο κατά της συνήθειας του καπνίσματος. Από τον Rouqueville, γνωρίζουμε ότι στα περίχωρα της Θεσσαλονίκης υπήρχαν από πολύ νωρίς συστηματικές καπνό καλλιέργειες. Από εκεί η καλλιέργεια του καπνού εξαπλώθηκε προς την υπόλοιπη Ελλάδα και ιδιαίτερα στα γόνιμα εδάφη του θεσσαλικού κάμπου, κυρίως μετά το 1880.

Σχεδόν σε όλες τις χώρες η χρήση του καπνού διήλθε από ένα αρχικό στάδιο κατασταλτικών μέτρων, χωρίς να αποφευχθεί ωστόσο η διάδοση της. Μετά το 1950 αξιόλογες επιστημονικές μελέτες απέδειξαν ότι το κάπνισμα οδηγεί πολύ συχνά σε κατάχρηση, με ολέθριες συνέπειες για την υγεία. Οι διαπιστώσεις αυτές έδωσαν έναυσμα για διάφορες αντικαπνιστικές εκστρατείες σε παγκόσμια κλίμακα, που στέφθηκαν με λιγότερη ή περισσότερη επιτυχία, ανάλογα με τη χώρα όπου γινόταν (Μαρσέλος, 1997).

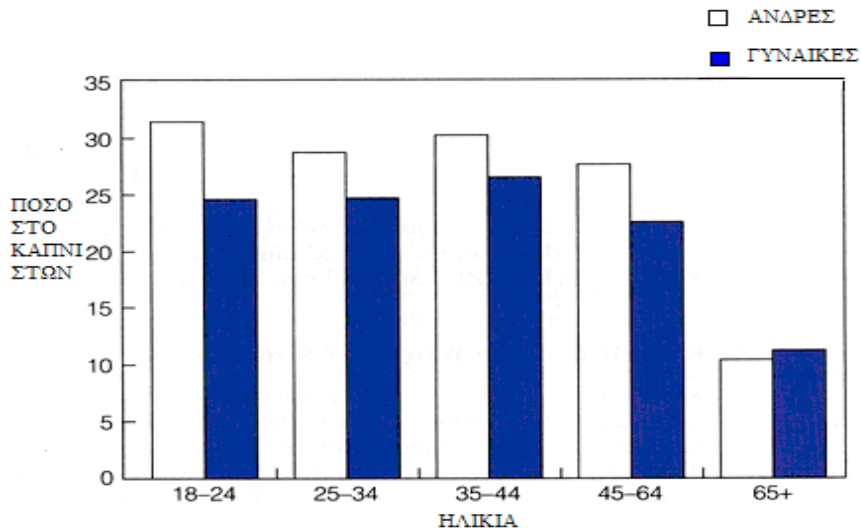
1.1.2 Επιδημιολογία

Πρόσφατες αξιολογήσεις προτείνουν ότι το 23,5% των Αμερικανών ενηλίκων καπνίζουν, περιλαμβάνοντας ίσο ποσοστό γυναικών και ανδρών (κοίτα πίνακα 1). Παρόλο, όμως, τη μείωση αυτή από τη δεκαετία του 1960, υπάρχουν 46,5 εκατ. καπνιστές μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Οι λευκοί και μαύροι Αμερικανοί είναι πιθανόν να καπνίζουν περισσότερο από τους Ισπανούς Αμερικανούς (24,3% έναντι 19,8%), ενώ οι τελευταίοι καπνίζουν περισσότερο σε σχέση με τους Ασιάτες Αμερικανούς (15%). Το κάπνισμα παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης σε ανθρώπους που έχουν χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης σε σύγκριση με αυτούς των μεγαλύτερων (κοίτα πίνακα 2). Το κάπνισμα, επίσης, παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 75% των νέων ανδρών και το 60% των νέων γυναικών χαμηλού κοινωνικό οικονομικού επιπέδου κάπνιζε (Sanderson, 2004).

Οι περισσότεροι καπνιστές αποκτούν τη συνήθεια του καπνίσματος σε σχετικά μικρή ηλικία, πριν την ηλικία των 21 ετών. Μεταξύ αυτών που καπνίζουν συστηματικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας, το 70% έγιναν συστηματικοί καπνιστές στην ενήλικη ζωή. Εθνικές στατιστικές μελέτες στην Αμερική έχουν δείξει ότι το 30% των δευτεροετών φοιτητών και το 37% των τελειόφοιτων έχει καπνίσει ένα τσιγάρο, τουλάχιστον, κατά την διάρκεια τριάντα ημερών (Sanderson, 2004). Η πλειοψηφία των φοιτητών έχει καπνίσει ένα τσιγάρο πριν την εισαγωγή τους στην ανώτατη εκπαίδευση και περισσότερο από το 20% των φοιτητών καπνίζει καθημερινά. Αν και οι περισσότεροι έφηβοι επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και πιστεύουν ότι είναι μια εύκολη διαδικασία, μόνο το 16%, μιας έρευνας, είχε καταφέρει να το διακόψει, όταν εξετάστηκε μετά από τέσσερα χρόνια (Sanderson, 2004).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

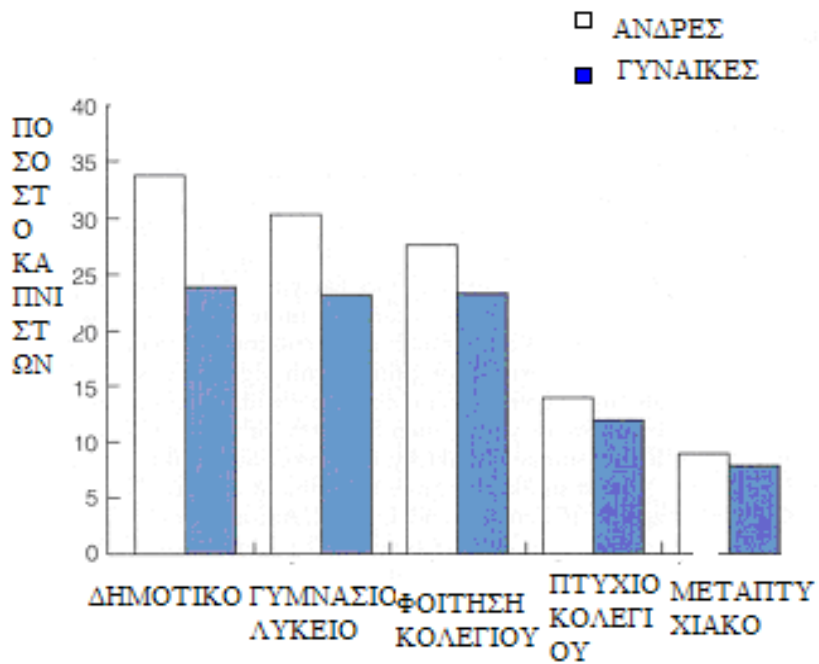
Ενήλικοι καπνιστές στην Αμερική (Πηγή: Sanderson, 2004).



Σύμφωνα με την European Health and Behavior Survey το ποσοστό των καπνιστών στη χώρα μας υπερβαίνει το 40%, ενώ οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τις γυναίκες (Καραδήμας, 2005).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Κάπνισμα και Εκπαίδευση στην Αμερική (Sanderson, 2004).



1.1.3 Φαρμακοκινητική και ιδιότητες της νικοτίνης

Ένα τσιγάρο περιέχει 1 γραμμάριο φύλλων καπνού, από τα οποία αποδίδονται στους πνεύμονες ποσότητες νικοτίνης κατά μέσον όρο 1mg. Ανάλογα με την επεξεργασία του καπνού, οι ποσότητες αυτές ποικίλλουν από 0,05 mg μέχρι 2,5 mg για κάθε τσιγάρο. Εκτός από το βράσιμο, που αφαιρεί μεγάλο μέρος της νικοτίνης, σημαντικό ρόλο παίζει η όξινη ή αλκαλική αντίδραση του καπνού που εισπνέεται (pH). Το κάπνισμα πούρων ή πίπας αποδίδει πολύ νικοτίνη ήδη μέσα στη στοματική κοιλότητα, όπου το αλκαλοειδές « παγιδεύεται» στην υδάτινη φάση του σιέλου. Η νικοτίνη φτάνει έτσι στο στομάχι με την κατάποση, γεγονός που επιβραδύνει την απορρόφηση της και επίσης προκαλεί γαστρικό ερεθισμό. Η νικοτίνη απορροφάται και από το βλεννογόνο του πεπτικού συστήματος, αλλά σκοπός του καπνίσματος είναι η ταχεία είσοδος της στο αίμα από τους πνεύμονες. Πράγματι η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα από τις κυψελίδες και φτάνει στον εγκέφαλο σε διάστημα 7- 8 δευτερολέπτων.

Η μέγιστη τιμή στο αίμα είναι 25-50ng/ml και επιτυγχάνεται σε διάστημα δέκα λεπτών, δηλαδή όσο διαρκεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Από το αίμα η νικοτίνη απομακρύνεται αρχικά με εκθετικό τρόπο και παρουσιάζει χρόνο ημιζωής 10- 20 λεπτά. Αργότερα η απομάκρυνση γίνεται με γραμμικό τρόπο, δηλαδή ένα σταθερό ποσό απομακρύνεται κάθε μία ώρα. Η φαρμακοκινητικές αυτές λεπτομέρειες δείχνουν ότι ο οργανισμός είναι « καλυμμένος» με νικοτίνη για μία περίπου ώρα (Μαρσέλος, 1997).

Μικρές δόσεις νικοτίνης διεγείρουν τα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος και προκαλούν έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από το μυελό των επινεφριδίων. Η δράση αυτή εξηγεί την ποικιλία των ενεργειών της νικοτίνης, που καθορίζονται από την υπερίσχυση του τόνου του συμπαθητικού ή παρασυμπαθητικού στα διάφορα όργανα (Μαρσέλος, 1997).

Η αρχική διέγερση ή επίδραση στα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος ακολουθείται από παρατεταμένη καταστολή, η οποία αποδίδεται σε απευαισθητοποίηση των μετασυναπτικών υποδοχέων. Τα φαινόμενα αυτά, όταν χορηγούνται μεγάλες δόσεις νικοτίνης, διαδράμουν ταχύτατα.. Παρόμοια δράση παρατηρείται στα επινεφρίδια και τις νευρομυικές συνάψεις.

Η νικοτίνη διεγείρει τους τασεοϋποδοχείς διαφόρων οργάνων, τους χημειοϋποδοχείς των αορτικών σωματίων, τους υποδοχείς του θερμού στο δέρμα και τη γλώσσα και τους υποδοχείς του πόνου. Επίσης παρατηρούνται ταχυκαρδία και άνοδος της αρτηριακής

πίεσης. Η νικοτίνη προκαλεί διέγερση του ΚΝΣ, η οποία μπορεί να πάρει διαστάσεις τρόμου ή και σπασμών όταν χορηγούνται μεγάλης πτώσης. Η νικοτίνη ευθύνεται, πιθανότατα, για τις μεταβολές της ψυχικής σφαίρας που προκαλεί το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές περιγράφουν την επίδραση αυτή ως ηρεμιστική. Άλλοι πάλι βιώνουν το κάπνισμα έως μια διεγερτική εμπειρία, που βοηθά στη συγκέντρωση της προσοχής και στην αντιμετώπιση έντονων συγκινήσεων (Μαρσέλος, 1997).

1.1.4 Συνέπειες του καπνίσματος

Η χρήση καπνού συνοδεύεται σε μεγάλη συχνότητα από πολλές σοβαρές παθήσεις, όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος του πνεύμονος, του στόματος, του οισοφάγου, του φάρυγγα και της ουροδόχου κύστης (Μαρσέλος, 1997). Στις Η.Π.Α το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου, προκαλώντας 440.000 θανάτους κάθε χρόνο (Sanderson, 2004). Στην πραγματικότητα οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στο κάπνισμα παρά σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα, πυρκαγιές, αυτοκτονίες ή δολοφονίες. Ο καρκίνος του πνεύμονος αντιστοιχεί σε περισσότερους από 140000 θανάτους κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες και το 90% των θανάτων αυτών οφείλονται στο κάπνισμα (Sanderson, 2004).

Η τοξικότητα του καπνίσματος είναι ευθέως ανάλογη προς την κατανάλωση τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας. Ο δείκτης θνησιμότητας για όλους τους καπνιστές είναι 1.7, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ειδικά για αυτούς που καπνίζουν πάνω από δύο πακέτα την ημέρα, ο δείκτης είναι 2.0. Η διακοπή του καπνίσματος, για χρονική περίοδο 5- 10 ετών, επαναφέρει το προσδόκιμο επιβίωσης σχεδόν στα επίπεδα των μη καπνιστών (Μαρσέλος, 1997).

Η χρόνια τοξικότητα του καπνίσματος αποδίδεται σε ποικίλα συστατικά του εισπνεόμενου καπνού. Οι αγγειοπάθειες οφείλονται κυρίως στο μονοξείδιο του άνθρακα και τη νικοτίνη, η οποία μεταβάλλει τον καρδιακό ρυθμό, τα ελεύθερα λιπαρά οξέα του πλάσματος, τις λιποπρωτεΐνες και την πηκτικότητα του αίματος.

Επίσης, για τους καπνιστές ο κίνδυνος για την ανάπτυξη στεφανιαίας θρόμβωσης της καρδιάς και εγκεφαλικού είναι διπλάσιος από τους μη καπνίζοντες. Το κάπνισμα, ακόμα, μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη άλλων βασικών παθήσεων, όπως εμφύσημα, βρογχίτιδα, αλλά και σε πιο μικρής σημασίας προβλήματα υγείας, όπως αδυναμία (Sanderson, 2004).

Οι άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα ή περισσότερο κάθε μέρα, έχουν 39% πιο πολλές πιθανότητες να είναι σεξουαλικά ανίκανοι λόγω στυτικών δυσλειτουργιών σε σύγκριση με άνδρες που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα μικραίνει τη διάρκεια της ζωής. Προκαλεί αθηρωμάτωση και αρτηριοσκλήρυνση στις αρτηρίες. Είναι αιτία καρδιακών παθήσεων, στηθάγχης, εμφράγματος και καρκίνου. Οι αρτηρίες που υφίστανται βλάβες δεν είναι μόνο οι στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς. Και οι υπόλοιπες αρτηρίες στον οργανισμό (όπως για παράδειγμα στον εγκέφαλο, κάτω μέλη, νεφρούς, γεννητικά όργανα και αλλού) παθαίνουν βλάβες με απρόβλεπτες συνέπειες. Στους άνδρες η καλή κατάσταση των αρτηριών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για καλή, αποτελεσματική στύση. Η αθηρωμάτωση και στένωση των αρτηριών αυτών προκαλεί στυτικές δυσλειτουργίες (Medlook, 2006).

Είναι γνωστή επίσης, η επίδραση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης. Έχουν παρατηρηθεί διαταραχές στην κύηση και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα, των οποίων η παθογένεια παραμένει ασαφής. Πιθανώς, ευθύνεται η υποξαιμία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση και οι ορμονικές διαταραχές των εγκύων γυναικών που καπνίζουν (Μαρσέλος, 1997). Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά υπερκινητικότητας, διαταραχές έλλειψης προσοχής και σύνδρομο αιφνίδιου παιδικού θανάτου (Sanderson, 2004).

Το παθητικό κάπνισμα είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, ειδικά για τα βρέφη και τα παιδιά. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι το 43% των παιδιών ηλικίας 2 μηνών ως 11 ετών ζουν σε ένα σπίτι όπου τουλάχιστον ο ένας γονιός καπνίζει. Το παθητικό κάπνισμα είναι η κύρια αιτία για αναπνευστικά προβλήματα στα παιδιά, περιλαμβάνοντας την πνευμονία και την βρογχίτιδα. Η έκθεση τους, επίσης, στον καπνό αυξάνει τον κίνδυνο και την ανάπτυξη παιδικού άσθματος και αυξάνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Υπολογίζεται ότι στην Αμερική 700 αιφνίδιοι θάνατοι παιδιών οφείλονται στην χρήση καπνού από τη μητέρα (Sanderson, 2004).

Νέα δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες που δεν καπνίζουν και των οποίων ο σύζυγος καπνίζει, έχουν μέχρι 47% μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο σε σύγκριση με γυναίκες που είναι παντρεμένες με άνδρα που δεν κάπνισε ποτέ. Ο κίνδυνος για εγκεφαλικό επεισόδιο στις γυναίκες καπνιστών αυξάνεται με τον αριθμό των τσιγάρων που ο σύζυγος καπνίζει κάθε μέρα. Επίσης η απειλή στις γυναίκες για εγκεφαλικό επεισόδιο, μεγαλώνει με την αύξηση της χρονικής περιόδου κατά την οποία ο άντρας είναι καπνιστής. Τα πιο πάνω συμπεράσματα προκύπτουν από μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε 60.337 γυναίκες στην Κίνα. Είναι στοιχεία που προστίθενται στον αυξανόμενο όγκο

επιστημονικών αποδείξεων που τεκμηριώνουν τις δηλητηριώδεις επιπτώσεις του περιβαλλοντικού καπνού και του παθητικού καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα (Medlook, 2005).

Οι γυναίκες ,πάλι, που καπνίζουν κινδυνεύουν περισσότερο από τους άνδρες καπνιστές να παρουσιάσουν καρκίνους που προκαλούνται από το κάπνισμα. Παλαιότερες μελέτες είχαν δείξει ότι οι γυναίκες που εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων έχουν ψηλότερο κίνδυνο παρά οι άνδρες καπνιστές να παρουσιάσουν καρκίνο των πνευμόνων. Σημερινές μελέτες δείχνουν ότι πιθανόν αυτό ν' αληθεύει και για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι ο έκτος πιο συχνός καρκίνος στις αναπτυγμένες χώρες. Οι συχνότερες αιτίες που προκαλούν τον δύσκολο αυτό καρκίνο είναι το κάπνισμα και οι καρκινογόνες ουσίες αριλαμίνες (arylamines). Οι ουσίες αυτές βρέθηκαν να είναι πιο αυξημένες στις γυναίκες καπνίστριες παρά στους άνδρες καπνιστές (Medlook, 2001).

Η απώλεια των δοντιών, τέλος, αποτελεί σοβαρή συνέπεια του καπνίσματος. Επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, μειώνει το αίσθημα αυτοπεποίθησης και αλλοιώνει τη σωματική εικόνα. Όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει κάποιος και όσο πιο νωρίς στη ζωή του έχει αρχίσει να καπνίζει, τόσο πιο πολλές πιθανότητες έχει να χάσει τα δόντια του λόγω του καταστροφικού αυτού εθισμού. Η απώλεια των δοντιών είναι ακόμη μια συνέπεια που επηρεάζει τη σωματική εικόνα, την ελκυστικότητα και την αυτοπεποίθηση λόγω καπνίσματος (Medlook, 2005).

1.2 Παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα.

Η καθιέρωση της συνήθειας του καπνίσματος μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα ενός αρχικού πειραματισμού με τα τσιγάρα, ο οποίος επαναλήφθηκε αρκετά συχνά, ώστε να γίνει μια συνήθεια. Μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην έναρξη του καπνίσματος είναι η κοινωνική πίεση και μίμηση των συνομηλίκων και η επίδραση των μελών της οικογένειας που καπνίζουν. Οι ακόλουθες μεταβλητές επηρεάζουν την απόφαση των νέων να καπνίσουν: η πίεση των συνομηλίκων, οι καλύτεροι φίλοι που είναι καπνιστές, οι γονείς και τα αδέρφια που καπνίζουν, η εφηβική επανάσταση, η μίμηση της ενήλικης

συμπεριφοράς και οι παρερμηνείες σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος (Καραδήμας, 2005). Οι έφηβοι, επίσης, μπορούν να ξεκινήσουν το κάπνισμα στην προσπάθειά τους να δείξουν περισσότερο ώριμοι, μεγαλύτεροι και με κύρος. Οι διασημότητες, όπως ηθοποιοί, αθλητές και ρόκ στάρς, μπορούν να γίνουν μοντέλο μίμησης για τους νέους (Sanderson, 2004).

Τα Μ.Μ.Ε ,από την άλλη πλευρά, ενισχύουν και αυτά την συνήθεια του καπνίσματος, παρουσιάζοντας το ως κάτι το γοητευτικό και πολύ της μόδας. Αυτή η αναπαράσταση του καπνίσματος ως κάτι το επιθυμητό και καλό, που απαντάται στις ταινίες, στην συνέχεια γίνεται στόχος για τα μικρά παιδιά. Σε μία πρόσφατη έρευνα που έγινε από το περιοδικό Journal of the American Medical Association, ερευνήθηκε η παρουσία προϊόντων καπνού σε 50 ταινίες κινουμένων σχεδίων για παιδιά. Η χρήση τσιγάρων απεικονιζόταν στο 56% των ταινιών. Σ'αυτές οι "καλοί χαρακτήρες" χρησιμοποιούσαν τσιγάρα όπως και οι "κακοί χαρακτήρες". Επιπλέον, μετά την έκθεσή τους στο κάπνισμα στις ταινίες, οι έφηβοι έβλεπαν τους καπνιστές να καταλαμβάνουν την ανώτερη κοινωνική θέση και η τάση τους για χρήση τσιγάρων αυξήθηκε (Sanderson, 2004).

1.2.1 Οικογένεια και κάπνισμα

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας 1990 υπήρξε μικρή πτώση στα ποσοστά των νέων που κάπνιζαν στην Ευρώπη. Πρόσφατες έρευνες, όμως, έχουν δείξει ότι σε διάφορες χώρες η χρήση καπνού στους νέους έχει αυξηθεί τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια (Griesbach et al, 2003). Πραγματικά σε ορισμένες χώρες το ποσοστό του καπνίσματος στα κορίτσια 15 ετών έχουν διπλασιαστεί, κατά την περίοδο αυτή. Οι λόγοι για την έλλειψη μείωσης του καπνίσματος στην εφηβεία δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένοι. Ωστόσο, είναι πιθανόν, να περιλαμβάνεται ένας συνδυασμός από παράγοντες, οι οποίοι ξεκινούν από την διαφήμιση και την βιομηχανία του καπνού μέχρι την έλλειψη αποτελεσματικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο σχολείο για το κάπνισμα.

Μια από τις σημαντικότερες, όμως, κοινωνικές αλλαγές που έχουν συμβεί στην Ε.Ε., τις τελευταίες δεκαετίες, είναι η αύξηση στους αριθμούς των παιδιών που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή σε ανάδοχες οικογένειες (Griesbach et al, 2003). Αυτό απεικονίζει μια αύξηση στα ποσοστά των διαζυγίων και της δημιουργίας καινούργιας οικογένειας από τους δύο πρώην συζύγους, καθώς επίσης και την αύξηση των παιδιών που γεννιούνται σε μονογονεϊκές οικογένειες, ιδιαίτερα στις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες.

Παραδείγματος χάρη, στην Μεγάλη Βρετανία ενώ η πλειοψηφία των παιδιών μεγαλώνει ακόμη σε μια οικογένεια όπου υπάρχουν και οι δύο γονείς, η αναλογία που ζει σε μονογονεϊκές οικογένειες έχει αυξηθεί σημαντικά. Το 1998 παιδιά ηλικίας 11-15 ετών βίωσαν την εμπειρία του χωρισμού των γονιών τους σε διπλό ποσοστό σε σχέση με τα παιδιά ίδιας ηλικίας το 1978. Στην Ε.Ε. οι δείκτες διαζυγίου έχουν τριπλασιαστεί μεταξύ 1960 και 1992 και το ποσοστό γεννήσεων εκτός γάμου έχει αυξηθεί από 8,8% το 1980 σε 20% το 1992 (Griesbach et al, 2003).

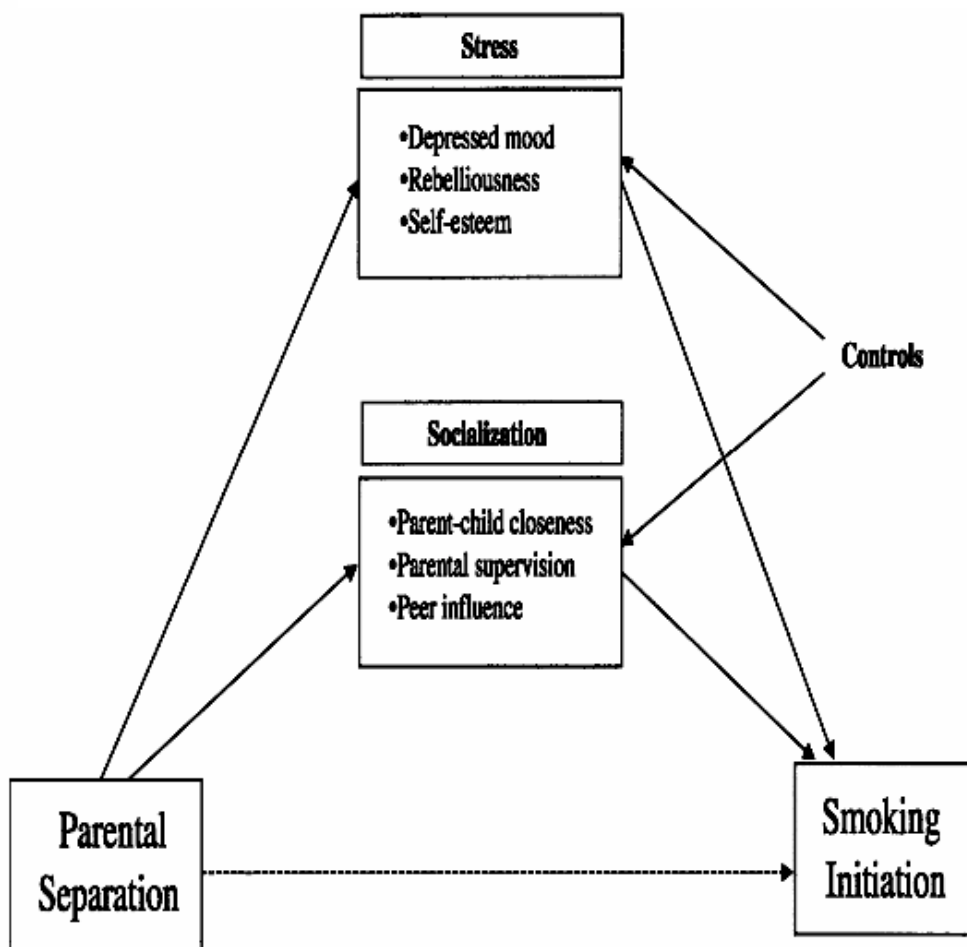
Έχει υποστηριχτεί ότι οι νέοι που ζουν σε μονογονεϊκές ή αναδοχές οικογένειες είναι πιθανόν να υποφέρουν από περισσότερα μειονεκτήματα σε σχέση με αυτούς που ζουν σε μια κανονική οικογένεια. Μία έκθεση της Eurostat για την European Commission βρήκε ότι οι οικογένειες με έναν γονέα στις χώρες της Ε.Ε. ήταν τρεις φορές πιθανόν να ζουν με χαμηλότερα εισοδήματα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Eurostat, 2000). Έρευνες, κυρίως στην Ευρώπη και της Η.Π.Α, έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε πολλές αρνητικές πιθανότητες και τρόπους ζωής, οι οποίοι είναι συνδεδεμένοι με την εφηβεία και προέρχονται από οικογένειες με υιοθετημένα παιδιά ή μονογονεϊκές. Ο Sweeting και οι συνεργάτες του (Griesbach et al, 2003), σε μια αναθεώρηση της βιβλιογραφίας διαπίστωσαν, ότι οι έφηβοι από τις παραπάνω οικογένειες διατρέχουν τον κίνδυνο για μικρή εκπαιδευτική πρόοδο, για μεγάλα ποσοστά εγκατάλειψης του σχολείου σε νεαρή ηλικία, παρεκκλίνουσα ή προβληματική συμπεριφορά όπως η εγκληματική δραστηριότητα και το σκασιαρχείο από το σπίτι, καθώς επίσης και υψηλότερα ποσοστά για επικίνδυνες σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος. Διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι αυτοί οι νέοι έχουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Έχει υποστηριχτεί ότι αυτές οι αρνητικές “εκβάσεις” μπορούν να προκύψουν από τις διαφορές στα οικογενειακά περιβάλλοντα και ειδικότερα από τις οικογενειακές σχέσεις που μετρούν την γονική υποστήριξη και τον γονικό έλεγχο και την οικογενειακή σύνδεση. Για παράδειγμα σε μία έρευνα παιδιών ηλικίας 12 έως 16 ετών διαπιστώθηκε ότι εκείνα που είχαν αντιληφθεί ότι οι γονείς τους είναι αυταρχικοί (χαμηλή υποστήριξη και υψηλός έλεγχος) ή τα παραμελούν (χαμηλή υποστήριξη και χαμηλός έλεγχος) ήταν πιθανότερο να καπνίζουν και να πίνουν σε σύγκριση με τους εφήβους των οποίων οι γονείς ήσαν επιεικείς (υψηλή υποστήριξη και χαμηλός έλεγχος) ή θερμοί - καθοδηγητικοί (υψηλή υποστήριξη και υψηλός έλεγχος) (Griesbach et al, 2003). Ο Dornbusch και οι συνεργάτες του έχουν προτείνει ότι τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στους εφήβους που ζουν με την μητέρα τους οφείλονται στα χαμηλά επίπεδα γονικής επιτήρησης ή κοινωνικής υποστήριξης (Dornbusch, 1985). Ομοίως, μία έρευνα παιδιών 11 έως 14 χρόνων

παρουσίασε ότι η οικογενειακή δομή έχει έμμεση επίδραση στην εφηβική συμπεριφορά καπνίσματος, η οποία συνδέεται με την οικογενειακή σύνδεση, που βρέθηκε να έχει μια άμεση επίδραση στη χρήση τσιγάρων (Sokol- Katz et al, 1997). Η έρευνα του Dornbusch και των συνεργατών του σε χώρες της Ε.Ε. έδειξε ότι υπάρχει μια σημαντική σύνδεση μεταξύ της οικογενειακής δομής και της οικογενειακής ευημερίας σε όλες τις χώρες. Σε όλες τις χώρες, επίσης, υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική αναλογία μεταξύ μονογονεϊκών ή ανάδοχων οικογενειών και εφηβικού καπνίσματος. Τα παιδιά των οικογενειών αυτών ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν σε σχέση με αυτά των κανονικών οικογενειών.

Κρίσιμη προσπάθεια να μειωθεί το εφηβικό κάπνισμα, είναι η κατανόηση του ρόλου της οικογένειας. Είναι ευρέως γνωστό ότι η γονική συμπεριφορά επηρεάζει την υιοθέτηση ποικίλων συμπεριφορών από τα παιδιά, τόσο υγιών όσο και μη υγιών. Όσον αφορά την χρήση του καπνού, το γονικό κάπνισμα αποτελεί προάγγελο του καπνίσματος παιδιών. Κατά τον Bandura η πιο κοινή ερμηνεία για αυτή τη σύνδεση είναι ότι οι γονείς που καπνίζουν χρησιμεύουν ως πρότυπα για την άμεση μίμηση των παιδιών τους (Paterson et al, 2005). Σύμφωνα με την θεωρία του Bandura, κάθε γονέας μπορεί να παρέχει μια μοναδική επιρροή στη συμπεριφορά του παιδιού. Στις οικογένειες με δύο γονείς, υπάρχουν ενδεχομένως τρεις γονικές καταστάσεις - πρότυπα διαμόρφωσης στις οποίες το παιδί μπορεί να εκτεθεί: 1) 2 μη καπνίζοντα πρότυπα (και οι δύο γονείς δεν καπνίζουν), 2) ένα μη καπνίζον πρότυπο σε συνδυασμό με ένα καπνίζον πρότυπο (ο ένας γονέας καπνίζει ενώ ο άλλος όχι) , και 3) 2 καπνίζοντα πρότυπα (και οι δύο γονείς καπνίζουν) (Paterson et al, 2005).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (KIRBY, 2002)



Στις οικογένειες, όπου ένας γονέας καπνίζει, ενώ ο άλλος όχι, αυξάνεται ο κίνδυνος το παιδί να καπνίζει μελλοντικά, έναντι των οικογενειών όπου κανένας γονέας δεν καπνίζει. Εναλλακτικά, είναι πιθανόν το μη καπνίζον πρότυπο του ενός γονέα να είναι επαρκές να προστατέψει το παιδί από το αρνητικό πρότυπο του καπνίζοντος γονέα. Σχετικά με τον κίνδυνο που παρουσιάζεται, όταν και οι δύο γονείς καπνίζουν, ουσιαστικά αυξάνονται οι πιθανότητες για μελλοντικό κάπνισμα του παιδιού, σε σύγκριση με τις οικογένειες όπου ο ένας γονέας μόνο καπνίζει. Εναλλακτικά είναι δυνατόν, ότι, εάν ο ένας γονέας καπνίζει ήδη, η προσθήκη ενός δεύτερου καπνίζοντος γονέα δεν θα θέσει κανέναν πρόσθετο κίνδυνο το παιδί.

Ο καθορισμός του βαθμού στον οποίο ο αριθμός καπνίζοντων γονέων προβλέπει το κάπνισμα των παιδιών μπορεί να βοηθήσει στην μελέτη των μηχανισμών με τους οποίους οι γονείς επηρεάζουν τα παιδιά τους.

Σε μια έρευνα που έγινε, όπου συμμετείχαν 3962 παιδιά και οι γονείς τους τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: στις οικογένειες, όπου ο ένας γονέας είναι καπνιστής, ο κίνδυνος για το παιδί να γίνει καθημερινός καπνιστής είναι αρκετά μεγάλος, εφόσον δεν υπάρχει ικανοποιητική προστασία. Επιπλέον, τα δεδομένα έδειξαν ότι, όταν υπάρχει ένας γονέας που καπνίζει, δεν βάζει ένα ανώτατο όριο στον κίνδυνο. Η προσθήκη ενός ακόμα γονέα που καπνίζει αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο του παιδιού. Κατά συνέπεια, η παρουσία δύο γονέων, που καπνίζουν, βάζει το παιδί σε κίνδυνο για καθημερινό κάπνισμα, που είναι περισσότερο από 2,5 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τα παιδιά, των οποίων κανένας γονέας δεν καπνίζει. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική επιρροή από τους γονείς είναι δυνατή: μια αναλογία πιθανοτήτων 1,90 για τις οικογένειες στις οποίες καπνίζει ο ένας γονέας και 2,65 για τις οικογένειες που καπνίζουν και οι δύο γονείς (Paterson et al, 2005).

Σύμφωνα με την Pomerleau και τους συνεργάτες της (2005) τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν μια ακριβή αναφορά σχετικά με το γονικό κάπνισμα. Σε μια έρευνα που έκαναν σε δείγμα 116 γονέων και 151 ενήλικων παιδιών σχετικά με τη θέση του καπνίσματος στους γονείς και σε αυτά δείχθηκε ότι όλοι οι γονείς που κάπνιζαν και αυτοί που ήταν πρώην καπνιστές ταξινομήθηκαν σωστά ως “πάντα” καπνιστές, από τα παιδιά τους. Από τα 97 παιδιά που χαρακτήρισαν ως μη καπνίζοντες τους γονείς τους, τα 88 έδωσαν αληθή χαρακτηρισμό. Κατά συνέπεια, η ευαισθησία των παιδιών για την ανίχνευση των “πάντα” καπνιστών γονέων ήταν 100%.

Προς επίρρωση της παραπάνω θέσης μια άλλη έρευνα έδειξε ότι, ακόμα και αν οι γονείς καπνίζουν σε διάφορες περιπτώσεις και στιγμές της ημέρας και δεν είναι πάντα ορατοί από τα παιδιά τους, τα παιδιά είναι ακόμα ικανά να κατονομάσουν το επίπεδο καπνίσματος των γονέων (Harakeh et al 2005).

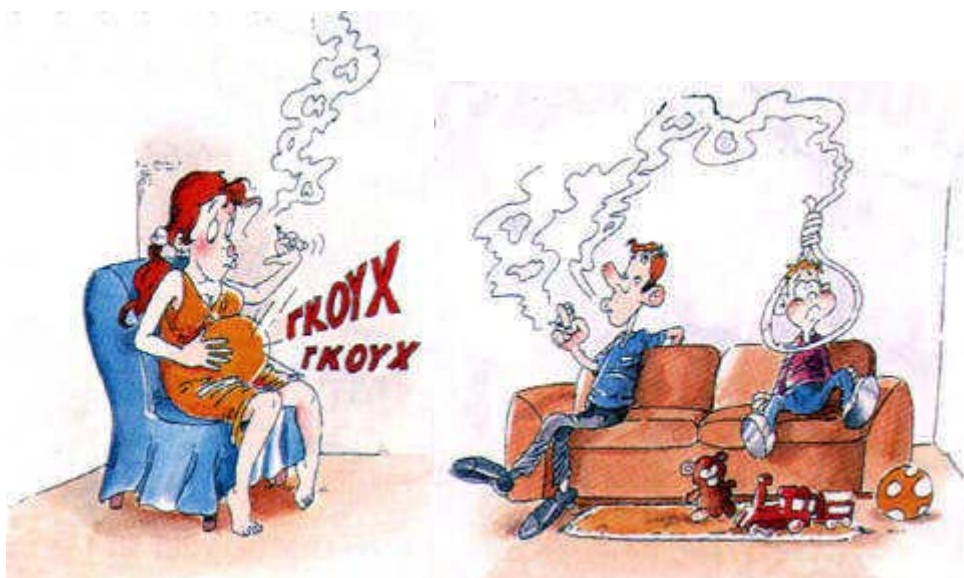
Σε αντίθεση με τα παιδιά, σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, οι γονείς δεν ήταν ικανοί να δώσουν αξιόπιστες απαντήσεις σχετικά με το εάν τα παιδιά τους καπνίζουν ή όχι. Οι γονείς συχνά νομίζουν ότι τα παιδιά τους ποτέ δεν δοκίμασαν να καπνίσουν ή ότι δεν είναι καπνιστές. Αυτή η λάθος αντίληψη, μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη ελέγχου των δραστηριοτήτων των παιδιών τους ή στο ότι δεν υπάρχει εμπιστοσύνη ανάμεσα σε γονείς και παιδιά.

Σε μελέτη των Glendinning et al (1997), δείχθηκε ότι το κάπνισμα των γονέων, η απώλεια σχέσεων με την γειτονιά, η οικογενειακή δομή και η οικογενειακή συνοχή αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για την πιθανότητα καπνίσματος από το παιδί. Επιπλέον, τα δεδομένα έδειξαν ότι μη υποστηρικτικό περιβάλλον με ελάχιστους ελέγχους μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες πιθανότητες εφηβικού καπνίσματος.

Οι γονικές προσδοκίες, επίσης, έχουν παρουσιαστεί να επηρεάζουν το εφηβικό κάπνισμα. Έφηβοι, οι οποίοι βιώνουν ισχυρή γονική αποδοκιμασία για την χρήση καπνού έχουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να μην καπνίσουν. Με την καθιέρωση σαφών προσδοκιών για το κάπνισμα οι γονείς ανταγωνίζονται τις άλλες κοινωνικές επιρροές και τα Μ.Μ.Ε που προάγουν το κάπνισμα και ο γονικός έλεγχος μπορεί να προάγει άμεσα και αθροιστικά αποτελέσματα που παρέχουν μακροπρόθεσμες, έμμεσες επιδράσεις στην συμπεριφορά των νέων (Stanton et al, 2005).

Θα πρέπει, όμως, να λάβουμε υπόψη μας και το παθητικό κάπνισμα, ως παράγοντα επικινδυνότητας. Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας τα όργανα και οι λειτουργίες του οργανισμού αναπτύσσονται γρήγορα και η έκθεσή τους στον περιβαλλοντικό καπνό μπορεί να συνδεθεί με ένα αυξανόμενο κίνδυνο σοβαρών προβλημάτων υγείας σε αυτό το στάδιο ζωής, όπως χρόνια άσθμα, βρογχίτιδες (kaneita et al, 2005). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η πρόωρη έκθεση των νηπίων στον καπνό, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εθισμού τους στον καπνό, λόγω της εξάρτησης που προκαλεί η νικοτίνη και να τα οδηγήσει στο μόνιμο κάπνισμα, όταν γίνουν έφηβοι. Το ενεργό κάπνισμα της μητέρας έχει επιπτώσεις στην εμβρυϊκή ανάπτυξη και συνδέεται: 1)χαμηλότερο βάρος γέννησης, 2)μικρότερα μωρά από την κυητική ηλικία (gestational age), 3)αυξανόμενες πιθανότητες πρόωρου τοκετού και 4)αυξήσεις σε όλες τις περιπλοκές της εγκυμοσύνης (Stanton, 2005). Παιδιά των γυναικών που καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 1,5 φορές πιθανότερο να αναπτύξουν άσθμα έναντι των παιδιών των μη καπνιστών. Εάν και η μητέρα και η γιαγιά κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι αυξήσεις κινδύνου είναι 2,6 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με τα παιδιά των μη καπνιστών. Το κάπνισμα στην περίοδο της εγκυμοσύνης προκαλεί, επίσης, σημαντικές αλλαγές στην σεξουαλικότητα των αγοριών. Τα αγόρια αυτά, στην ενηλικίωση, έχουν μείωση στην συγκέντρωση σπέρματος, μικρότερη στύση και λιγότερα κύτταρα σπέρματος (Stanton, 2005). Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει ότι στα σπίτια, που δεν καπνίζει κανείς, τα παιδιά εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να πειραματιστούν με το τσιγάρο. Επίσης, βρέθηκε ότι η έφηβοι που ζουν σε σπίτια χωρίς καπνό έχουν 1,8 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με εκείνους που διαβιούν σε σπίτια χωρίς κανέναν περιορισμό στο κάπνισμα (Stanton, 2005).

ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Ωστόσο δε θα πρέπει, στο σημείο αυτό, να παραβλέψουμε και τον ρόλο των γιατρών. Σε έρευνα των Grange και των συνεργατών του (2006) διαπιστώθηκε ότι μόνο το 76% των γυναικών, που κάπνιζε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ρωτήθηκε από τον γιατρό τους, εάν κάνουν χρήση καπνού ενώ το 16% ρωτήθηκε για την προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ένα 7% κλήθηκε να λάβει μέρος σε εξειδικευμένες συνεδρίες ενώ μόνο το ένα τρίτο έλαβε μέρος. Το 76% των γυναικών που απέτυχαν να σταματήσουν το κάπνισμα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είχαν ένα σύντροφο που κάπνιζε σε σχέση με το 63% των γυναικών που το διέκοψαν.

Τέλος, είναι απαραίτητο να αναφερθεί και η σχέση μεταξύ των φύλων των γονιών που καπνίζουν και της απόκτησης της συνήθειας από τα παιδιά. Οι Oechsli και Seltzer (1984) εξέτασαν 688 μητέρες, των οποίων η θέση για το κάπνισμα ήταν γνωστή στην εγκυμοσύνη και κατά την διάρκεια της εφηβικής ανάπτυξης των παιδιών τους. Από αυτές το 56% δεν κάπνιζε σε καμία από τις 2 παραπάνω περιπτώσεις, το 25% κάπνιζε και στις 2 περιπτώσεις, το 13% κάπνιζε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά διέκοψε το κάπνισμα καθώς τα παιδιά μεγάλωναν και το 6% δεν κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά όταν οι κόρες τους είχαν γίνει έφηβες. Φάνηκε, λοιπόν, ότι το ποσοστό των μητέρων που κάπνιζαν, όταν οι κόρες τους ήταν έφηβες, είχε περισσότερη επιρροή στο εφηβικό κάπνισμα των κοριτσιών. Το ποσοστό των καπνιστών μεταξύ κοριτσιών και μητέρων που είχαν υιοθετήσει το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη (29%) ήταν τόσο μεγάλο, όσο και αυτό, όπου οι μητέρες κάπνιζαν και στις δύο περιπτώσεις (28%). Το ποσοστό των κορών που κάπνιζαν, ενώ η

μητέρα είχε σταματήσει την συνήθεια, ήταν λιγότερο (18%), αλλά, εντούτοις ήταν μεγαλύτερο το ποσοστό των κοριτσιών που κάπνιζαν, ενώ η μητέρα δεν είχε καπνίσει ποτέ 10%. Μεταξύ των αγοριών το 16% κάπνιζε, όταν κάπνιζαν και οι δύο γονείς, ενώ το 6% κάπνιζε, όταν δεν κάπνιζε κανένας γονιός

2. Κάπνισμα και Stress

Ιδιαίτερος σημαντικός είναι και ο ρόλος του στρες, οπότε το κάπνισμα χρησιμοποιείται, αρχικά τουλάχιστον, ως τρόπος διαχείρισης του. Αργότερα, βέβαια, εξελίσσεται σε μια ισχυρότατη συνήθεια, ενώ ρόλο σ' αυτό διαδραματίζει και η νικοτίνη. Η ουσία αυτή φτάνει σύντομα στον εγκέφαλο και συντελεί στην απελευθέρωση ακετυλοχολίνης και νορεπινεφρίνης, που βοηθούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της ευχαρίστησης, κάτι που λειτουργεί ως ισχυρότατος ενισχυτής για τη διαίωσιση της συνήθειας.

Από έρευνες που έχουν γίνει έχει αποδειχτεί ότι το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με το στρες που προκαλεί η συζυγική ζωή. Ο/η σύζυγος είναι πιθανώς το σημαντικότερο πρόσωπο σε ένα δίκτυο παντρεμένων ατόμων. Οι σύζυγοι αλληλεπιδρούν, ελέγχοντας ο ένας την συμπεριφορά του αλλού και υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλο σε καθημερινή βάση, μοιράζονται τις συγκινήσεις, τις εμπειρίες και διάφορες πληροφορίες. Τα παντρεμένα άτομα σημειώνουν γενικά υψηλότερες βαθμολογίες σε κλίμακες ψυχολογικής ευημερίας (Nystedt, 2006). Από αυτήν την προοπτική φαίνεται φυσικό ότι ένας σταθερός γάμος αποτρέπει το κάπνισμα και μειώνει την τάση των συζύγων για χρήση καπνού. Προφανώς, η απώλεια ενός συζύγου και η χηρεία ή το διαζύγιο αποτελεί σημαντικούς παράγοντες δημιουργίας στρες και συναισθηματικής αστάθειας, που έχουν επιπτώσεις σε όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής. Αυτό το ψυχο-κοινωνικό στρες είναι ο επεξηγηματικός παράγοντας που οδηγεί στο κάπνισμα.

Από την άλλη πλευρά, οι αρνητικές οικονομικές εκβάσεις είναι κοινό φαινόμενο σε χήρες και διαζευγμένες γυναίκες, προκαλώντας σ' αυτές οικονομικό στρες. Σε συνδυασμό με το ότι το οικονομικό στρες έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στην τάση των γυναικών για κάπνισμα, προτείνεται ότι οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη επίδραση από τον χωρισμό, που οδηγεί στο κάπνισμα (Nystedt, 2006).

Σε έρευνα του Nystedt, στην Σουηδία, φάνηκε ότι ο γάμος είναι προστατευτικός ενάντια στο κάπνισμα για τους άντρες και τις γυναίκες. Τα παντρεμένα άτομα είναι λιγότερο

πιθανοί καπνιστές σε σχέση με τα διαζευγμένα, τα οποία είναι οι πιο πιθανοί καπνιστές. Για τους άντρες, η διαδικασία διακοπής του καπνίσματος συνδέεται έντονα με την παρουσία ενός συνεργάτη. Για τις γυναίκες, όμως, η παρουσία ενός συνεργάτη έχει λιγότερη σπουδαιότητα και οι πρόσφατα διαζευγμένες γυναίκες έχουν το χαμηλότερο ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. Στην έρευνα αυτή παρουσιάστηκαν ως σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για κάπνισμα η απώλεια ενός συντρόφου που είναι απαραίτητος και το διαζύγιο που έχει μεγαλύτερη επίδραση από το συζυγικό πένθος. Για τις γυναίκες, μάλιστα, τα αποτελέσματα αυτών ήταν ισχυρότερα. Ως εκ τούτου, εκτιμάται ότι η μακροπρόθεσμη παρουσία ενός συντρόφου, η συζυγική επιρροή και υποστήριξη προβλέπουν γενικά επιτυχή διακοπή του καπνίσματος ενώ το αγχοτικό γεγονός του χωρισμού είναι αυτό που συνδέεται με την υποτροπή ή την αρχή της συνήθειας του καπνίσματος. Τέλος, η έρευνα αυτή έδειξε ότι μεγάλη επίδραση στο κάπνισμα έχει και η κοινωνικό-οικονομική θέση των συζύγων.

Βεβαίως, το κάπνισμα δεν έχει συνδεθεί μόνο με τα στρεσογόνα γεγονότα, που οφείλονται στην οικογενειακή ζωή. Έχει συνδεθεί, επίσης, και με το μετατραυματικό στρες. Μια πιθανή εξήγηση της σύνδεσης αυτής είναι η παρουσία της νικοτίνης, η οποία ανακουφίζει τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Η νικοτίνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μειώσει την φυσιολογική διέγερση, ή αντιθέτως να υποκινήσει κάποιον που βιώνει απρόσφορα συναισθήματα μούδιασματος και αποσύνδεσης. Μεταξύ βετεράνων που είχαν διαγνωστεί με μετατραυματικό στρες η βαριά θέση του καπνίσματος (heavy smoking) συσχετίστηκε θετικά με τα συνολικά συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, καθώς επίσης και με τα συμπτώματα αποφυγής/ μούδιασματος (Thorndike et al, 2006). Μάλιστα σε έρευνα του Thorndike και των συνεργατών του βρέθηκε μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης νικοτίνης και μετατραυματικού στρες μεταξύ των αντρών αλλά όχι των γυναικών.

Από την άλλη πλευρά και το εφηβικό στρες έχει συνδεθεί με το κάπνισμα. Σήμερα, το στρες είναι τεκμηριωμένο συστατικό του καθιερωμένου εφηβικού καπνίσματος. Η ψυχοκοινωνική πίεση που βιώνουν οι έφηβοι στο σχολείο και την εκπαιδευτική διαδικασία έχει συνδεθεί άμεσα με το κάπνισμα. Σε έρευνα που έγινε σε 1400 μαθητές, το 31% των αγοριών και το 37% των κοριτσιών είχαν καπνίσει, έστω μία φορά, και το 6,6% των αγοριών και λιγότερο από το 1% των κοριτσιών ήσαν καπνιστές. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το κάπνισμα συνδεόταν με τον κίνδυνο αύξησης συμπεριφορικών προβλημάτων, αλλά ο κίνδυνος αυτός μειωνόταν μετά τον έλεγχο των επιδράσεων των στρεσογόνων γεγονότων. Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, οι καπνιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερο στρες σε σχέση με τους μη καπνίζοντες εφήβους. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και στρεσογόνων γεγονότων

είναι αμφίδρομη: τα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο εθισμού στο κάπνισμα, αλλά, και το κάπνισμα ενδέχεται να προκαλεί περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα (Liu, 2003).

Αν και οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες της εξάρτησης νικοτίνης μπορούν να μην είναι τόσο αποδιοργανωτικές όπως εκείνες που συνδέθηκαν με την εξάρτηση οινοπνεύματος, αφορούν όμως τα αισθήματα ανησυχίας των καπνιστών, που αφορούν τον αντίκτυπο του καπνίσματος στην υγεία τους αλλά και στην υγεία αυτών που μένουν μαζί τους. Τους διακατέχει θυμός και απογοήτευση για τις άκαρπες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος και μια διαπροσωπική ασυμφωνία συνδεδεμένη με τις συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές εκδηλώσεις της απόσυρσης νικοτίνης (Thomas et al, 2006).

Η σύνδεση μεταξύ της χαμηλής κοινωνικό-οικονομικής θέσης και η υψηλή επικράτηση του καπνίσματος είναι καθιερωμένη. Οικογένειες με χαμηλή μόρφωση και χαμηλό εισόδημα έχουν χαμηλές πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με αυτές με υψηλή εκπαίδευση και υψηλό εισόδημα. Ένας λόγος για αυτήν τη διαφορά είναι τα διαφορετικά επίπεδα στρες που βιώνουν οι οικογένειες αυτές. Η παραπάνω θέση αποδείχθηκε εμπειρικά και από έρευνα των Siahpush et al (2005) σε δείγμα 9973 ατόμων. Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι το ποσοστό εγκατάλειψης του καπνίσματος όχι μόνο είναι μικρότερο και το ποσοστό επικράτησης υψηλό στα χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα αλλά και η διάρκεια του καπνίσματος είναι μεγαλύτερη. Παρουσιάστηκε επίσης υψηλή συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και οικιακού οικονομικού στρες. Παραδείγματος χάριν, οι πιθανότητες βίωσης οικονομικών προβλημάτων, που οδηγούν σε αυξανόμενο στρες, όπως να αγοράζουν μεταχειρισμένα ρούχα ή να μη πηγαίνουν διακοπές λόγω έλλειψης χρημάτων, είναι 1,5 φορές μεγαλύτερες και οι πιθανότητες της αυστηρής οικονομικής πίεσης, όπως να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στα έξοδα θέρμανσης, είναι 2 φορές μεγαλύτερες για τις οικογένειες των καπνιστών σε σχέση με τον μη καπνιστών. Επιπλέον, το φορτίο από το μακροχρόνιο κάπνισμα των γονέων μπορεί να έχει δυσμενείς συνέπειες, καθώς τα παιδιά που μεγαλώνουν σε καπνίζουσες οικογένειες χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού υποβάθρου είναι πιο πιθανό να μεγαλώσουν σε στερημένες συνθήκες. Είναι πιθανότερο να εκτεθούν στον καπνό για μακρά διάρκεια και ως αποτέλεσμα, υφίστανται περισσότερες δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους.

Υπάρχουν, σήμερα, στοιχεία που παρουσιάζουν τα αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη και η ανησυχία, να συνδέονται με δυσμενείς εκβάσεις στην υγεία των ανθρώπων. Οι διαχρονικές μελέτες, που έχουν γίνει, έχουν καθιερώσει σχέσεις των παραπάνω

αρνητικών συναισθημάτων με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, τον διαβήτη, την πρόοδο της ανικανότητας και την πρόωρη θνησιμότητα (Steptoe & Weirldle, 2005).

Επιδημιολογικές μελέτες προτείνουν ότι η αρχή του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών όπως η διαταραχή πανικού, και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Επιπλέον, η παρουσία ορισμένων αγχώδων διαταραχών όπως η κοινωνική φοβία, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης εξάρτησης της νικοτίνης (Morissette et al, 2005). Ο Johnson και οι συνεργάτες του (2000) κατέδειξαν ότι το βαρύ κάπνισμα, κατά την διάρκεια της εφηβείας, αυξάνει τον κίνδυνο για την ανάπτυξη της διαταραχής πανικού, αγοραφοβίας και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, κατά την διάρκεια της πρώιμης ενηλικίωσης, ενώ η παρουσία κάποιας αγχώδους διαταραχής δεν προβλέπει την χρόνια χρήση καπνού από τους εφήβους. Εκείνοι, μάλιστα, με την εξάρτηση νικοτίνης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αγχώδεις διαταραχές, οι πιθανότητες των οποίων αυξάνονται ανάλογα με τα επίπεδα εξάρτησης από την νικοτίνη.

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να εξηγήσουν, γιατί οι καπνιστές με τις αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν χειρότερα συναισθηματικά συμπτώματα και επίπεδα στρες από τους μη καπνιστές, αντίστοιχα. Κατ' αρχήν, οι κίνδυνοι υγείας που συνδέονται με το κάπνισμα είναι ευρέως γνωστοί και εκτείνονται στην φυσική (π.χ. καρδιακές ασθένειες, πνευμονικές διαταραχές, καρκίνος) και στην ψυχολογική (π.χ. υψηλά επίπεδα στρες) σφαίρα, οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν την υπάρχουσα διαταραχή και τις αρνητικές της συνέπειες. Δεύτερον, οι άμεσες φαρμακολογικές επιδράσεις της νικοτίνης χρησιμεύουν στο να αυξήσουν τα αυτόνομα συμπτώματα (π.χ. καρδιά) τα οποία στη συνέχεια επιδεινώνουν τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής και τις αρνητικές της επιπτώσεις (Morissette et al, 2005).

Στα διαβητικά άτομα, από την άλλη πλευρά, το κάπνισμα συμβάλλει στην ανάπτυξη και την πρόοδο της διαβητικής ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης της νεφροπάθειας και της πάθησης του αμφιβληστροειδούς του ματιού και ενός ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου, την καρδιαγγειακή πάθηση (Kim et al, 2005). Παρά την αρνητική, όμως, επίπτωση του καπνίσματος στο διαβητικό άτομο, το 30% των διαβητικών αναφέρει ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη λόγω του στρες και επειδή το κάπνισμα μειώνει το στρες. Επίσης, το 53% των διαβητικών είχε αρχίσει να καπνίζει κατόπιν διάγνωσης. Ένας λόγος που οδηγεί στα παραπάνω είναι ότι, συχνά, οι διαβητικοί βιώνουν δυσκολίες και απογοήτευση στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν τον διαβήτη. Κάτι το οποίο συμβάλει στην έναρξη ή την συνέχιση-υποτροπή στο κάπνισμα.

Όπως είναι γνωστό, το στρες αυξάνει τις αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες ανεβάζουν τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος, με την απελευθέρωση αντιρυθμιστικών ορμονών. Κατά τη διάρκεια των στρεσογόνων γεγονότων υπάρχει ένας υπερβολικός έλεγχος του μεταβολισμού από τις ορμόνες του στρες. Η δράση αυτών αδρανοποιείται με την χρήση της ινσουλίνης. Επιπλέον, το αίσθημα της πίεσης μπορεί να αναστατώσει τον διαβητικό έμμεσα και στην διατροφή του, την άσκηση και γενικά τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Σύμφωνα, λοιπόν, με τους ερευνητές, το κάπνισμα μπορεί να αναστείλει την χρησιμότητα της ινσουλίνης. Ωστόσο, οι διαβητικοί καπνιστές πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους βοηθά να ηρεμήσουν και να διαχειριστούν την ασθένειά τους (Kim et al, 2005).

Το στρες, όμως, συνδέεται και με τις γυναίκες που κυοφορούν. Οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αντιλαμβάνονται περισσότερη πίεση και στρες στις ζωές τους, από εκείνες που εγκαταλείπουν το κάπνισμα (Bullock et al, 2001). Το κάπνισμα μπορεί να χρησιμεύσει ως μηχανισμός άμυνας για αυτές τις γυναίκες. Έχει βρεθεί μια θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ενός αυξανόμενου αριθμού παιδιών στο σπίτι, μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενός μη εργαζόμενου συντρόφου, εμπειρίας στρεσογόνων γεγονότων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατάθλιψης και της αίσθησης μη ελέγχου της ζωής. Οι έγκυες καπνίστριες αναφέρουν συχνά την έκφραση “έλεγχος διάθεσης” (στρες, βαρεμάρα, αίσθημα λύπης) ως αιτία που δεν θα διέκοπταν το κάπνισμα. Επιπλέον, μια προϊστορία με κατάθλιψη είναι συνδεδεμένη με την αύξηση της εξάρτησης της νικοτίνης και της μειωμένης δυνατότητας εγκατάλειψης του καπνίσματος. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι δημογραφικά στοιχεία, όπως το κοινωνικό-οικονομικό στρώμα της εγκύου, το μορφωτικό της επίπεδο, το εάν ζει μόνη και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη αποτελούν παράγοντες συνέχισης του καπνίσματος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (Bullock et al, 2001). Τέλος, ένας άλλος λόγος συνέχισης του καπνίσματος είναι η σωματική κακοποίηση της γυναίκας την περίοδο της εγκυμοσύνης μέσα στο σπίτι της.

3. Οικογένεια και Stress

Όλοι μας βιώνουμε στρες κατά καιρούς. Η σημερινή κοινωνία με τους πολύ γρήγορους ρυθμούς της δημιουργεί στρες σε πολλούς από εμάς. Βρισκόμαστε συνεχώς υπό πίεση να επιταχύνουμε όλο και περισσότερα σε όλο και λιγότερο χρόνο. Καθένας από εμάς, όμως, βιώνει τα γεγονότα με έναν μοναδικό τρόπο. Γεγονότα που βρίσκει κάποιος ως στρεσογόνα,

για κάποιον άλλο δεν είναι. Παρόμοια, σε μια οικογένεια μερικές από τις δραστηριότητες των παιδιών μπορούν να είναι αιτίες στρες για τους γονείς. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε αρκετές πηγές δημιουργίας στρες όπως : Σημαντικά γεγονότα ζωής, περιβαλλοντικό στρες, εργασιακές συνθήκες και κοινωνικές συνθήκες. Σε όλες τις περιπτώσεις, θα πρέπει να σημειώσουμε, ότι δεν είναι μόνο το γεγονός καθ' αυτό αλλά και η αποτίμηση του προσώπου για το γεγονός αυτό, που οδηγεί στο στρες.

Ποια επίδραση έχουν τα σημαντικά γεγονότα ζωής, όπως η αλλαγή δουλειάς, η απόκτηση παιδιού, η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, στην ποιότητα της ζωής μας; Στο τέλος της δεκαετίας του 1950 οι ψυχίατροι Thomas Holmes και Richard Rahe συνέβαλαν σημαντικά στην κατανόηση του πως τα γεγονότα της ζωής μας επηρεάζουν την υγεία μας. Σύμφωνα με τους Holmes και Rahe (Atkinson et al,2004), οποιαδήποτε αλλαγή στη ζωή μας, η οποία απαιτεί πολυάριθμες προσαρμογές μπορεί να θεωρηθεί στρεσογόνος. Σε μια προσπάθεια να μετρήσουν τον αντίκτυπο των αλλαγών της ζωής, ανέπτυξαν την Κλίμακα Γεγονότων Ζωής που παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. Η κλίμακα ταξινομεί τα γεγονότα της ζωής από τα πλέον στρεσογόνα (θάνατος συζύγου) έως τα λιγότερο στρεσογόνα (ασήμαντες παραβάσεις του νόμου). Για να καταλήξουν στην κλίμακα αυτή, οι ερευνητές εξέτασαν περισσότερες από 5000 συνεντεύξεις και ιατρικά ιστορικά, ώστε να εντοπίσουν τα είδη των γεγονότων που οι άνθρωποι θεωρούν πως προκαλούν στρες (Straub, 2002). Επειδή ο γάμος φαινόταν να είναι κρίσιμος για πολλούς ανθρώπους τοποθετήθηκε στο κέντρο της κλίμακας και του αποδόθηκε, αυθαίρετα, η τιμή 50 (κοίτα πίνακα 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ (Από Atkinson et al,2004)

ΓΕΓΟΝΟΣ	ΤΙΜΗ
Θάνατος συζύγου	100
Διαζύγιο	73
Συζυγική διάσταση	65
Φυλάκιση	63
Θάνατος αγαπημένου συγγενούς	63
Προσωπικός τραυματισμός ή ασθένεια	53
Γάμος	50
Απόλυση από την εργασία	47
Συζυγική συμφιλίωση	45
Σύνταξη	45

Αλλαγή της κατάστασης της υγείας μέλους της οικογένειας	44
Εγκυμοσύνη	40
Σεξουαλικές δυσκολίες	39
Απόκτηση νέου μέλους στην οικογένεια	39
Εργασιακή αναπροσαρμογή	39
Μεταβολή της οικονομικής κατάστασης	38
Θάνατος στενού φίλου	37
Αλλαγή του είδους εργασίας	36
Κατάσχεση υποθήκης	30
Αλλαγή των ευθυνών στην εργασία	29
Ο γιος ή η κόρη φεύγει από το σπίτι	29
Πρόβλημα με τα πεθερικά	29
Εξέχον προσωπικό επίτευγμα	28
Η σύζυγος αρχίζει ή σταματά να εργάζεται	26
Αρχή ή τέλος του σχολείου	26
Μεταβολή των συνθηκών ζωής	25
Αναθεώρηση των προσωπικών συνηθειών	24
Πρόβλημα με το αφεντικό	23
Αλλαγή κατοικίας	20
Αλλαγή σχολείου	20
Αλλαγή ψυχαγωγίας	19
Αλλαγή θρησκευτικών δραστηριοτήτων	19
Αλλαγή κοινωνικών δραστηριοτήτων	18
Αλλαγή συνηθειών ύπνου	16
Αλλαγή συνηθειών φαγητού	15
Διακοπές	13
Χριστούγεννα	12
Ασήμαντες παραβάσεις του νόμου	11

Πρωταρχικά , λοιπόν, η οικογένεια είναι η αρένα στην οποία σχηματίζονται οι σχέσεις στη γέννηση και συνεχίζουν μέσω της ολότητας της ζωής. Οι σχέσεις που αρχίζουν με την ίδια τη ζωή και τερματίζονται μόνο με τον θάνατο, ενισχύουν δυνατούς συναισθηματικούς κινδύνους . Συνεπώς , οι άνθρωποι είναι πιθανόν να διαταράσσονται

από πράγματα που πάνε άσχημα στην οικογένεια . Αντίστοιχα οι οικογενειακές σχέσεις που πάνε καλά είναι πιθανόν να είναι πηγή έντονης ανταμοιβής. Όποια και αν είναι η περίπτωση, οι οικογενειακοί δεσμοί που δημιουργούνται τόσο νωρίς και δοκιμάζονται μέσα σε τόσο μακρά περίοδο χρόνου, δεν βιώνονται με συναισθηματική αδιαφορία .

Φυσικά , η δύναμη της οικογένειας δεν εξαρτάται απλά στην πρωιμότητα ή διάρκεια των σχέσεων της . Είναι επίσης κεντρική στη ζωή των ανθρώπων, επειδή είναι το μέρος, όπου ουσιώδεις ανάγκες και δημιουργούνται και ικανοποιούνται. Είναι ο χώρος, όπου οι αντιλήψεις του εαυτού για το πως είμαστε και πως θα θέλαμε να είμαστε, αρχίζουν να διαμορφώνονται . Είναι , επίσης, η οικογένεια , στην οποία στρεφόμαστε για επιδοκιμασία και έγκριση του τι είμαστε και τι γινόμαστε.

Συνεπώς , η οικογένεια είναι σημαντική για το στρες επειδή είναι σημαντική για την ίδια την κοινωνική και συναισθηματική ζωή . Αν και μοιράζεται την επιρροή της με άλλους θεσμούς κανένας άλλος δεν επηρεάζει τα μέλη του τόσο διαχυτικά. Η οικογένεια στέκεται ως σημαντική δύναμη σε κάθε μέρος κατά τη διαδικασία του στρες. Πρώτον, συνιστά μια γόνιμη πηγή άγχους για τους ανθρώπους . Έπειτα η οικογένεια δεν υπάρχει σε απομόνωση από άλλα θεσμικά περιβάλλοντα. Τα μέλη της δουλεύουν έξω από την οικογένεια, έχουν φίλους , πάνε στο σχολείο, συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες και αλληλεπιδρούν με γείτονες. Στην πορεία της ενέργειας σε αυτούς τους πολλαπλούς εξωτερικούς ρόλους, τα μέλη της οικογένειας είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που είναι στρεσογόνες και αυτές οι εξωτερικές πιέσεις, με τη σειρά τους , ίσως καταφέρουν να περάσουν στο χώρο της οικογένειας . Έτσι , η οικογένεια ίσως ενεργήσει ως αγωγός για πιέσεις καθώς και ως πρωταρχική πηγή του άγχους .

3.1 Η οικογένεια ως πηγή άγχους

Είναι περίεργο που στα πρόσφατα χρόνια πολύ περισσότερη προσοχή έχει δοθεί στη διαμεσολάβηση του άγχους παρά στις κοινωνικές απαρχές του. Ως αποτέλεσμα, ίσως ξέρουμε λιγότερα για τη φύση και πηγή των στρεσογόνων στις ζωές των ανθρώπων από το πώς αντιμετωπίζουν ή ωφελούνται από τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης . Αυτό δεν σημαίνει ότι τίποτα δεν είναι γνωστό για τους οικογενειακούς αγχωτικούς παράγοντες. Αντίθετα, θα ήταν πιθανόν να συγκεντρώσουμε μια μακρά λίστα τέτοιων αγχωτικών παραγόντων που έχουν αναγνωριστεί σε μια ποικιλία ερευνών (Kasl & Cooper, 1987) Η απώλεια της λειτουργίας της οικογένειας εξαιτίας απώλειας εργασίας , εκρηκτικές κρίσεις,

όπως ο πρόωρος θάνατος ενός μέλους της οικογενείας , κοινωνικές ανισότητες μεταξύ συζύγων και η διάλυση των συζυγικών δεσμών δεν είναι παρά λίγα παραδείγματα οικογενειακών στρεσογόνων. Γενικά , υπάρχουν δύο τύποι στρεσογόνων οι οποίοι προκύπτουν μέσα στα όρια μιας οικογένειας. Ο ένας χαρακτηρίζεται από αλλαγή, γεμάτη γεγονότα, και τις απαιτήσεις που επιβάλλει για επαναϊσορροπία και προσαρμογή. Ο άλλος χαρακτηρίζεται από τις πιο επίμονες , χρόνιες εντάσεις που είναι ριζωμένες στις σχετικά ανεκτές συνθήκες της ζωής των ανθρώπων (Kasl & Cooper, 1987). Ανάμεσα στις αλλαγές που είναι ενσωματωμένες σε γεγονότα της ζωής, υπάρχουν εκείνα τα γεγονότα που προκύπτουν από προγραμματισμένες μεταβάσεις και αλλά , πολύ διαφορετικά , που είναι απρογραμμάτιστα, πιο εκρηκτικά και συχνά ανεπιθύμητα. Ανάμεσα στις προγραμματισμένες μεταβάσεις είναι τέτοια γεγονότα όπως ο γάμος, η γέννηση παιδιών, η συνταξιοδότηση και η χήρευση. Με την εξαίρεση του « χρονικά σωστού » θανάτου ενός συζύγου, αυτές οι προγραμματισμένες αλλαγές δεν έχουν αποκαλυφθεί ως οι ισχυρές πηγές άγχους . Αυτό είναι λίγο περίεργο , γιατί κάποιες από τις προγραμματισμένες οικογενειακές μεταβάσεις συνεπάγονται μια μάλλον θεμελιώδη επαναδόμηση της οικογένειας. Η γέννηση ενός πρώτου παιδιού , για παράδειγμα , είναι σπάνια ένα γεγονός που περνάει απαρατήρητο από τους γονείς . Γιατί τότε συμβαίνει οι προγραμματισμένες μεταβάσεις στην οικογένεια τυπικά να μην οδηγούν σε άγχος που μπορεί να ανιχνευθεί με τον χρόνο ;

Έχουν δοθεί δύο εξηγήσεις . Η μία είναι ότι ο πολύ προσδοκώμενος χαρακτήρας τους καθιστά τους ανθρώπους δυνατούς να αρχίζουν να προετοιμάζονται για τις αλλαγές. Επειδή αυτές μεταβάσεις είναι προγραμματισμένες , κάποιος μπορεί να αρχίσει να τις προσαρμόζει πολύ πιο πριν την πραγματική του πραγματοποίηση. Αυτή η εξήγηση φαίνεται πιθανή και όντως, ίσως είναι η αιτία για το ελάχιστο άγχος που δημιουργείται από προγραμματισμένα μεταβατικά γεγονότα .

Στην πραγματικότητα, όμως, η σχέση ενός γεγονότος και των αγχωτικών του επιδράσεων ποικίλουν ευρέως ανάμεσα στους ανθρώπους που το βιώνουν .Οι ίδιες οι προγραμματισμένες μεταβάσεις που εμφανίζονται ως αβλαβής , ίσως στην πραγματικότητα, να έχουν αγχωτικές συνέπειες υπό κάποιες συνθήκες . Το κύριο σημείο είναι ο ότι πρέπει να είμαστε σε ετοιμότητα για τις συνθήκες που διαμορφώνουν το νόημα της αλλαγής και γι' αυτό επηρεάζουν, είτε βιώνεται αυτή ως ανταμοιβή είτε ως τιμωρία. Δεν είναι από μόνη της η προγραμματισμένη μετάβασή που καθορίζει αν θα είναι αγχωτική αλλά το αν η μετάβαση βιώνεται ως απώλεια ή κέρδος (Kasl & Cooper, 1987).

Αν και το βάρος της τρέχουσας απόδειξης δεν αποκαλύπτει τις προγραμματισμένες οικογενειακές μεταβάσεις ως αξιόλογους προδρόμους ψυχολογικού άγχους , δεν συμβαίνει

το ίδιο μετά πιο απρογραμμάτιστα , εκρηκτικά γεγονότα που μπορούν να προκύψουν μέσα στην οικογένεια . Αλλαγές που ωθούνται από γεγονότα τέτοιου τύπου συχνά έχουν παρατηρηθεί να έχουν επιζήμιες συνέπειες. Η σοβαρή αρρώστια ή ο τραυματισμός ενός παιδιού, για παράδειγμα , συνοδεύεται από αξιολογημένη συναισθηματική αναστάτωση . Δεν υπάρχει κανένα γεγονός κανενός τύπου που να ξεπερνά το θάνατο ενός παιδιού και τις αγχωτικές συνέπειες του . Η διάσταση και το διαζύγιο , ο πρόωρος θάνατος ενός συζύγου, η αρρώστια ή ο τραυματισμός ενός συζύγου ή του ίδιου του εαυτού, η επιστροφή στο σπίτι ενός παιδιού και η αλλαγή της οικογενειακής κατοικίας είναι όλα απρογραμμάτιστα γεγονότα, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να προκαλούν αξιολογούμενες στρες (Atkinson et al, 2004).

Πώς φτάνουν αυτά τα απρογραμμάτιστα οικογενειακά γεγονότα να επιφέρουν τέτοια αποτελέσματα ; Σε κάποιες περιπτώσεις η απάντηση σε αυτή την ερώτηση είναι αυταπόδεικτη. Ο ξαφνικός θάνατος ενός συζύγου , για παράδειγμα, επιφέρει την απώλεια μιας σχέσης που μπορεί να ενσωματωθεί βαθιά στη συνείδηση κάποιου . Μια άλλη , πιο γενική ,ερμηνεία των επιδράσεων των γεγονότων υποστηρίζει ότι στην αλλαγή μέσω αλλαγής, ειδικά εκείνη που είναι ανεπιθύμητη, υποβόσκει άγχος. Απρογραμμάτιστα γεγονότα , με άλλα λόγια, μπορούν να μετασχηματιστούν σε χρόνιες εντάσεις και αυτές οι εντάσεις είναι που αργότερα δίνουν αύξηση στο άγχος . Για να καταλάβουμε λοιπόν το οικογενειακό στρες είναι απαραίτητο να κοιτάμε, όχι μόνο τα γεγονότα που συμβαίνουν στην οικογένεια , αλλά επίσης και το πώς τα γεγονότα διαπλέκονται με τις συνθήκες που υπερσχύουν μέσα σε αυτήν.

Ένας πολύ κοινός τύπος αγχωτικού παράγοντα, κάποιος που μπορεί να εμπλέξει όλα τα μέλη μιας οικογένειας , αφορά την διαπροσωπική σύγκρουση (Kasl & Cooper, 1987). Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η οικογένεια αντιπροσωπεύει αυτό που ονομάζεται σύνολο ρόλων, ένα αριθμό στενά συνδεδεμένων ρόλων. Μια μητέρα δε μπορεί να είναι μητέρα χωρίς να υπάρχει παιδί και ένας σύζυγος πρέπει να έχει σύζυγο για είναι σύζυγος. Η ίδια η κατανόηση του ρόλου υπονοεί ένα συνδεδεμένο ρόλο. Επειδή οι ρόλοι είναι συνδεδεμένοι σημαίνει ότι οι πράξεις και τα προβλήματα κάποιου επηρεάζουν εκείνα των άλλων σε αυτό το σύνολο ρόλων. Οι αναπόφευκτες ταλαντεύσεις που ξεκινούν οι πράξεις σε ένα σύνολο ρόλων δημιουργούν μια πιθανότητα για σύγκρουση στους συμμετέχοντες του. Αυτό ίσως είναι έτσι κυρίως στην περίπτωση των οικογενειακών ρόλων , γιατί εδώ η αλληλεπίδραση μπορεί να είναι ευρεία στη σκοπιά της, πολύ συνεχής και έντονη.

Υπάρχουν τέσσερις περιοχές συζυγικής σύγκρουσης. Η μία αφορά την έλλειψη εγγύτητας , μια κατάσταση όπου ο σύζυγος ή η σύζυγος επαινεί τις συνεισφορές του /της

στις σχέσεις ως μεγαλύτερες από εκείνες του / της συζύγου . Η σύγκρουση έτσι περιστρέφεται γύρω από την έλλειψη ισότητας στο γάμο. Δεύτερη είναι η έλλειψη στοργικής συναναστροφής , που βρέθηκε σε περιπτώσεις όπου ο ένας σύντροφος νιώθει είτε ότι υπάρχει ανεπαρκής στοργή προς αυτόν / αυτήν από τον/ την σύζυγο ή ότι ο / η σύζυγος δεν δέχεται τη στοργή που ο άλλος σύντροφος προσφέρει. Μια τρίτη διάσταση διαπροσωπικής σύγκρουσης στο γάμο συνδέεται με τον εαυτό . Ειδικά, μπορεί να υπάρξει μια αποτυχία πιστοποίησης του εαυτού , μια κατάσταση όπου η επιθυμητή εικόνα του εαυτού ενός ανθρώπου δεν επιβεβαιώνεται στα μάτια του συντρόφου . Έτσι ,είναι μια αποξενωτική εμπειρία , όπου τα στοιχεία του εαυτού κάποιου δηλώνονται ως ατελώς αναγνωρισμένα από τον άλλο. Μια τελική συζυγική ένταση είναι η σύγχυση των προσδοκιών των ρόλων. Οι σύζυγοι έχουν συνήθως ένα σύνολο προσδοκιών από τον άλλον , που πολλές από αυτές σχετίζονται με τον καταμερισμό της εργασίας του σπιτιού . Όπου υπάρχει αποτυχία εκ μέρους ενός ή και των δύο να εκπληρώσουν αυτές τις προσδοκίες, η απογοήτευση και η σύγχυση μπορεί να προκύψουν. Αυτές οι τέσσερις διαστάσεις συζυγικής έντασης σίγουρα δεν περιγράφουν όλη τη σύγκρουση που μπορεί να προκύψει στον γάμο. Παρόλα αυτά, πολύ από τη συζυγική σύγκρουση που προκαλεί άγχος εμφανίζεται να συγκεντρώνεται γύρω από τη μια η την άλλη απ' αυτές .

Όσον αφορά τις εντάσεις που γονέα- παιδιού έχει βρεθεί ότι η φύση αυτών των συγκρούσεων εξαρτάται στενά από την ηλικία του παιδιού. Από τις ηλικίες των πέντε ή έξι ως τα δεκαέξι, οι γονείς είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν μια ποικιλία περιστάσεων που είναι πιθανόν αγχωτικές: να αντιμετωπίζονται ασεβώς από τα παιδιά τους , να αγνοούνται ως πηγές καθοδήγησης και συμβολής , να μην υπακούονται. Οι γονείς επίσης συχνά ενδιαφέροντα για τους φίλους των παιδιών τους και την επιρροή τους σε αυτά, ότι τα παιδιά αποτυγχάνουν να αποκτήσουν τις κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες για την ηλικία τους, ότι δεν αφιερώνουν αρκετή προσπάθεια στη σχολική εργασία ή ότι δεν χρησιμοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους κατάλληλα.

Ο τρίτος τύπος έντασης που μπορεί να προκύψει μέσα στα όρια της οικογένειας είναι η εμπλοκή/ περιορισμός ρόλου. Εν συντομία, ο περιορισμός ρόλου υπάρχει και εκεί όπου οι άνθρωποι δεσμεύονται σε έναν ρόλο ενώ προτιμούν έναν άλλο . Μέσα στα συμφοραζόμενα της οικογένειας, αυτή η ένταση τυπικά εμφανίζεται στις γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες . Συνεπώς, υπάρχουν πολλές γυναίκες που είναι σύζυγοι , μητέρες και νοικοκυρές που θα ήθελαν να είναι και να κάνουν άλλα πράγματα στη θέση αυτών που κάνουν ή επιπρόσθετα. Όμως , συνεχίζουν να παίζουν το ανεπιθύμητο ρόλο επειδή δεν μπορούν, για μια ποικιλία λόγων, να τον αλλάξουν

Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί για έναν τελικό τύπο έντασης οικογενειακού ρόλου, αυτού που συνεπάγεται την επαναδόμηση των εγκατεστημένων συνόλων οικογενειακών ρόλων. Η επαναδόμηση μπορεί να συνεπάγεται τον εντοπισμό προηγούμενων προσδοκιών από καινούργιες αλλαγές σε μοτίβα υποχώρησης ή αλλαγές σε αξιώσεις δικαιωμάτων και προνομίων (Kasl & Cooper, 1987). Οι αλλαγές αυτές μπορούν να σταθούν πιθανές πηγές σοβαρού άγχους και εντάσεων.

3.2 Οι επιδράσεις εξωγενών παραγόντων στρες στην οικογένεια

Ως τώρα επικεντρωθήκαμε σε εκείνους τους παράγοντες στρες που προκύπτουν άμεσα μέσα από την οικογένεια και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα γεγονότα τα θεωρήσαμε προγραμματισμένα και συμβαίνουν μέσα στην οικογένεια. Όμως σίγουρα η οικογένεια δεν είναι αποκομμένη από τους γύρω. Αντίθετα, οι πολλαπλοί ρόλοι των μελών της είναι τα κανάλια μέσω των οποίων η οικογένεια ενσωματώνεται και επηρεάζεται από άλλους κοινωνικούς θεσμούς. Οι συνθήκες που οι άνθρωποι βιώνουν εκτός της οικογένειας μπορεί να έχουν σαφείς επιδράσεις στη διαδικασία άγχους μέσα στην οικογένεια. Χρειάζεται να σκεφτούμε πως οι καταστάσεις εκτός οικογένειας έχουν ως αποτέλεσμα την ανάδυση παραγόντων άγχους μέσα στην οικογένεια. Οποιοσδήποτε τομέας κοινωνικής ζωής μπορεί νοητά να είναι πηγή στρες. Πώς όμως οι στρεσογόνοι που αντιμετωπίζονται σε έναν τομέα, όπως η εργασία, μεταμορφώνονται σε οικογενειακοί στρεσογόνοι;

Ο θυμός, η σύγχυση, η αγωνία, τα προβλήματα που παράγονται στον χώρο εργασίας δημιουργούν μια ένταση στις οικογενειακές σχέσεις. Αυτές οι νέες τεταμένες σχέσεις, με τη σειρά τους, γίνονται δευτερεύουσες αλλά ανεξάρτητες πηγές άγχους. Με αυτόν τον τρόπο, το άγχος του εργάτη επιδεινώνεται και παράγει στρες για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Karapete & Sokmen, 2006). Σύμφωνα με έρευνα των Kasl & Cooper μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων έδειξε, ότι επιχειρεί να διαχωρίσει το άγχος που προκύπτει στο χώρο εργασίας από τον χώρο εργασίας. Μερικοί από τους λόγους που δόθηκαν είναι: οι άνθρωποι νιώθουν ότι οι δικές τους αναστατώσεις θα αναστατώνουν τους συζύγους τους και έπειτα θα τοποθετούνταν στη θέση του να πρέπει να ηρέμησαν τον άλλον, κάτι που δεν ήθελαν. Άλλοι φοβούνταν ότι σύζυγοι τους θα τους κατηγορούσαν για το πρόβλημα, με αποτέλεσμα να αποσύρεται η εκτίμηση. Κάποιοι προσδοκούσαν ότι σύζυγοι τους θα τους έδιναν ανεπιθύμητη ή ακατάλληλη συμβουλή την οποία θα έπρεπε να

απορρίψουν ,εγείροντας έτσι σύγκρουση. Οι σύζυγοι είναι ήδη υπό άγχος για άλλους λόγους και θα επιφορτίζονταν περαιτέρω χωρίς ανάγκη ή το άτομο ήθελε να επεξεργαστεί το πρόβλημα πριν το συζητήσει . Έτσι , υπάρχει ένας αριθμός λόγων που οι άνθρωποι επιχειρούν να εμποδίσουν από το χώρο της οικογένειας την αναστάτωση που γεννιέται αλλού .

Όμως, σπάνια , αν ποτέ, πετυχαίνουν. Κατά κανόνα, οι σύζυγοι μπορούν να ξεχωρίσουν πότε ο σύντροφος τους είναι ταραγμένος, άσχετα με το αν ο σύντροφός το συζητά. Η διάθεση αλλάζει, παρατηρούνται αλλαγές στις δραστηριότητες και άλλα στοιχεία της συμπεριφοράς επαγρυπνούν τον σύζυγο στο ότι ο σύντροφος του/ της βασανίζεται, αν και δεν ξέρουν το γιατί . Αρκετά σύνηθες, όμως, είναι το ότι ο απληροφόρητος σύζυγος αναρωτιέται για το αν αυτός ή αυτή έχει εν άγνοια του προκαλέσει την αναστάτωση ή για το αν αυτός / αυτή αποτυγχάνει να κάνει κάτι που θα τον ηρεμήσει. Έτσι, η αβεβαιότητα που δημιουργείται από τέτοιες προσπάθειες μπορεί από μόνη της να επιβάλλει ένταση στις συζυγικές σχέσεις.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο οι αγχωτικοί παράγοντες της οικογένειας διαπλέκονται με εξωτερικούς ρόλους είναι μέσω του ανταγωνισμού ή της ασυμβατότητας μεταξύ των πολλαπλών ρόλων που παίζονται από τα μέλη της οικογένειας. Κάποιες από τις συγκρούσεις που στηρίζονται στις ανταγωνιστικές απαιτήσεις των πολλαπλών ρόλων είναι ενδοπροσωπικές. Δηλαδή, αφήνουν το άτομο μετέωρο σε ένα τρέχον δίλημμα ταυτόχρονης αφοσίωσης σε δύο ή περισσότερους ρόλους. Η ικανοποίηση μιας αφοσίωσης είναι αναπόφευκτα σε βάρος άλλης. Γυναίκες που εργάζονται εκτός σπιτιού είναι, σε κάποιες περιστάσεις, υποκείμενες σε αυτό το είδος της ενδοπροσωπικής σύγκρουσης. Μια σύγκρουση που τυπικά προκύπτει από επένδυση στην εργασία από την μια, και υποχρέωση προς τα παιδιά και το νοικοκυριό από την άλλη (Perry- Jenkins et al, 2000).

Ως εδώ έχουμε εξετάσει δύο τρόπους με τους οποίους οι πολλαπλοί ρόλοι των μελών της οικογένειας μπορούν να δημιουργήσουν αγχωτικές συνθήκες στις οικογενειακές σχέσεις . Η υπάρχει όμως και ένας τρίτος τρόπος με τον οποίο οι οικογενειακοί στρεσογόνοι αναδύονται σε ανταπόκριση με εξωτερικές καταστάσεις. Αυτός είναι όταν εξωτερικές συνθήκες θέτουν άμεση απειλή στη λειτουργία των οικογενειακών σχέσεων .

Ίσως η πιο καλή απεικόνιση τέτοιων απειλών αφορά την ανοικιοθελή απώλεια εργασίας από κάποιον που φέρνει τα προς το ζην στο σπίτι. Η απώλεια εργασίας μπορεί να προκύψει με διαφορετικούς τρόπους : μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας γενικής οικονομικής πτώσης, η συνέπεια κλεισίματος ενός εργοστασίου ή η εκτόπιση εργασίας από άλλο άτομο . Όπου κάποιος είναι άνεργος για μια περίοδο χρόνου και προοπτικές για

μελλοντική εργασία είναι ασαφείς, συγκεκριμένες διαδικασίες κινητοποιούνται και μπορούν να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις οικογενειακές σχέσεις. Το άνεργο άτομο, συνήθως ο πατέρας, ίσως νιώσει ότι απογοητεύσε την οικογένειά του και ότι δεν αξίζει πια τον σεβασμό τους. Κάποιες από τις λειτουργίες και εξουσίες του ίσως αλλάξουν προς την σύζυγο, ειδικά αν αυτή εργάζεται, ή τα μεγαλύτερα παιδιά του. Παρατεταμένη και σοβαρή οικονομική απώλεια ακόλουθη της απώλειας εργασίας μπορεί φανερά να έχει βαθύ αποτέλεσμα σε οικογενειακές σχέσεις, μετατρέποντας την οικογένεια σε αποθήκη δευτερευόντων στρεσογόνων.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η έκθεση σε αυτούς τους ποικίλους στρεσογόνους και οι αγχωτικές αποκρίσεις σε αυτούς ποικίλλουν ανάλογα με την κοινωνική θέση, την εθνικότητα, το φύλλο και την ηλικία. Όσον αφορά το φύλλο υπάρχει μια ένδειξη ότι οι γυναίκες ίσως βιώνουν τους στρεσογόνους πιο έντονα σε σχέση με τους άνδρες. Επειδή οι γυναίκες ίσως έχουν μεγαλύτερη ανάμειξη στα οικογενειακά ζητήματα, γίνονται πιο ευαίσθητες όχι μόνο σε δυσμενή γεγονότα που βιώνουν άμεσα αλλά και σε εκείνα που έχουν δυσμενή αποτελέσματα σε άλλα μέλη της οικογένειας (Kasl & Cooper, 1987). Η ενεργή δέσμευσή τους σε ένα ιστό οικογενειακών σχέσεων και ο συναισθηματικός κίνδυνος που αναπτύσσεται στην αρμονική λειτουργία αυτών των σχέσεων σημαίνει ότι είναι απίθανο να διατηρηθούν παθητικοί μάρτυρες στα προβλήματα ζωής των μελών της οικογένειας. Πράγματι, ακόμη και αν προτιμούν να παραμείνουν αμέτοχες στα προβλήματα των άλλων ίσως είναι δύσκολο, γιατί είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να αναζητηθούν ως κοινωνική στήριξη. Υπάρχει τότε, κάποια ένδειξη ότι οι γυναίκες ίσως είναι πιο επιρρεπείς στον αντίκτυπο των αγχωτικών παραγόντων που επηρεάζουν τα μέλη της οικογένειας. Αν και η αντίληψη ότι οι γυναίκες ίσως είναι πιο ευάλωτες σε προβλήματα της ζωής από τους άνδρες, δεν στηρίζεται καλά, εμφανίζεται ότι η σχέση της οικογένειας ως άμεση πηγή ή ως κανάλι η εξωτερικούς στρεσογόνους δεν είναι ίδια για άνδρες και γυναίκες. Οι άνδρες και γυναίκες έχουν πολύ διαφορετικούς ρόλους την οικογένεια, έρχονται σε αυτήν με διαφορετικές προσδοκίες, κοιτάνε το μέλλον με κάπως διαφορετικά όνειρα, πληγώνονται από διαφορετικά πράγματα και απαντούν στον πόνο τους με κάπως διαφορετικούς τρόπους. Έτσι, η διαδικασία του στρες, είτε στο περιβάλλον της οικογένειας είτε σε άλλους θεσμούς μπορεί να είναι διαφορετική για άνδρες και γυναίκες.

Συνοψίζοντας, είναι κάπως παραπλανητικό να μιλάμε για την οικογένεια σε σχέση με την διαδικασία του στρες. Υπάρχουν πολλές οικογενειακές μορφές που ενσωματώνουν ένα ιστό από διαπλεκόμενες σχέσεις αποτελούμενες από ανθρώπους που έχουν ποικίλες δεσμεύσεις με άλλους κοινωνικούς θεσμούς και φέρουν μια πολυπλοκότητα επιτυχημένων

θέσεων. Επιπλέον, η ανάμειξη αυτών των υλικών αλλάζει καθώς η οικογένεια και τα μέλη της κινούνται από το ένα στάδιο στο άλλο κατά την πορεία της ζωής.

4. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να ερευνηθεί το πώς συνήθειες υγείας των γονέων επηρεάζουν τις συνήθειες υγείας των παιδιών τους. Συγκεκριμένα θέλαμε να ερευνήσουμε την επίδραση της συνήθειας του καπνίσματος των γονέων σε σχέση με την χρήση καπνού από τα παιδιά τους. Για τον λόγο αυτό χορηγήσαμε και στους γονείς αλλά και στα παιδιά ερωτηματολόγιο που ερευνούσε, εάν οι γονείς καπνίζουν, σε ποια ηλικία ξεκίνησαν το κάπνισμα και εάν τα παιδιά τους καπνίζουν και τότε άρχισαν την συνήθεια αυτή. Σκοπός μας ήταν να δούμε εάν το κάπνισμα των γονιών επηρεάζει την έναρξη χρήσης του από τα παιδιά. Στην συνέχεια ερευνήσαμε την σχέση καπνίσματος και στρες τόσο στους γονείς όσο και στα παιδιά. Θέλαμε να δούμε, εάν υπάρχει συσχέτιση άγχους μεταξύ των γονέων και μεταξύ γονέων και παιδιών, πάντα σε συνάρτηση με το κάπνισμα.

5. ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 167 άτομα. Από το σύνολο του δείγματος 51 άτομα ήταν οι πατέρες, 57 οι μητέρες και 59 τα παιδιά. Από το σύνολο των παιδιών τα 20 ήταν αγόρια και τα 39 κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων ήταν για τους πατέρες τα 49 έτη και για τις μητέρες τα 45 έτη, αντίστοιχα, ενώ για τα παιδιά ήταν τα 17 έτη (βλέπε πίνακα 4). Η έρευνα έγινε το έτος 2005-2006 και το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία με μόνο περιορισμό τα παιδιά να είναι μικρότερα ή ίσα των 20 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ο ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

		Ηλικία πατέρα	Ηλικία μητέρας	Ηλικία παιδιού
Δείγμα	Αποτέλεσμα	45	55	59
	Απόντες	14	4	0
Μέσος Όρος		49,2889	44,5818	17,1864
Τυπική Απόκλιση		5,8528	5,3875	3,4565

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, το 43,1% είναι υπάλληλοι, το 37,3% αυτοαπασχολούμενοι, το 2% ασχολείται με τα οικιακά, 2% είναι συνταξιούχοι, άλλο ένα 2% άνεργοι και το 13,7% ασχολούνται με κάτι άλλο. Αντίστοιχα στις μητέρες το 26,3% είναι υπάλληλοι, 19,3% αυτοαπασχολούμενες, 40,4% ασχολείται με τα οικιακά, 3,5% είναι συνταξιούχοι, 1,8% άνεργες και το υπόλοιπο 8,8% ασχολείται με κάτι άλλο.

Ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο οι γονείς παρουσιάζουν τα εξής ποσοστά: το 54% των πατεράδων δεν είχαν κάποιο πτυχίο ή ισοδύναμο επαγγελματικό προσόν, ενώ στις μητέρες το ποσοστό είναι 58,5% .

Τέλος, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των γονέων το 32,7% των μητέρων δεν είχαν εισόδημα, στο 30,8% το εισόδημα έφτανε τα 700 ευρώ, στο 9,6% τα 1000 ευρώ, στο 7,7% τα 1200 ευρώ, στο 3,8% τα 1500 ευρώ, στο 9,6% τα 2000 ευρώ και στο 5,8% το εισόδημα είναι πάνω από 2000 ευρώ. Από την πλευρά των πατέρων το 5,8% δεν είχαν εισόδημα, στο 3,8% το εισόδημα έφτανε τα 700 ευρώ , στο 13,5% τα 1000 ευρώ, στο 17,3% τα 1200 ευρώ , στο 23,1% 1500 ευρώ ,στο 11,5% τα 2000 ευρώ και στο 25% το εισόδημα ξεπερνά τα 2000 ευρώ.

5.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την εκτέλεση της έρευνας χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ατομικά-δημογραφικά στοιχεία. Για την συλλογή πληροφοριών που σχετίζονταν με την συνήθεια του καπνίσματος χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτήσεις , άμεσα σχετιζόμενες με το θέμα (βλέπε παράτημα). Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου, αναφερόμενες στο φύλο, την ηλικία, την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα (βλέπε παράτημα).

Χρησιμοποιήθηκε, επίσης, και ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε το στρες , το Perceived Stress Scale (PSS) των Cohen et al (1983). Η κλίμακα αυτή μετρά τον βαθμό στον οποίο οι καταστάσεις στη ζωή κάποιου αξιολογούνται ως αγχωτικές. Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον ρόλο των μη ειδικών στρεσογόνων παραγόντων στην αιτιολογία ασθενειών και συμπεριφορικών διαταραχών, ως αποτέλεσμα των βιωμένων επιπέδων στρες .

Οι απαντήσεις στο PSS δίνονται από τον ερωτώμενο σε μια πεντάβαθμη κλίμακα βαθμολόγησης. Οι ερωτώμενοι καλούνται να σημειώσουν την απάντησή τους σε μια

κλίμακα βαθμολόγησης που έχει την ακόλουθη διαβάθμιση: Ποτέ, Σχεδόν Ποτέ, Μερικές Φορές, Αρκετά Συχνά, Πολύ Συχνά (βλέπε παράρτημα).

Στην συνέχεια υπολογίστηκε το συνολικό άθροισμα. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ελέγχθηκαν ως προς την αξιοπιστία τους με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach α , ο οποίος κυμάνθηκε από ,78- , 89 για τις τρεις ομάδες.

5.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε στο Λύκειο Βέλου, στον νομό Κορινθίας το έτος 2005- 2006. Η ερευνήτρια έδωσε τα ερωτηματολόγια στα παιδιά της Β' και Γ' Λυκείου και τους ζήτησε να τα απαντήσουν τα ίδια και οι γονείς τους. Διευκρίνισε ότι η συμμετοχή των γονέων και των παιδιών στην έρευνα είναι ανώνυμη και ότι η έρευνα είχε ως στόχο την συλλογή δεδομένων για θέματα που αφορούσαν θέματα υγείας.

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με την χρήση του SPSS.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την στατιστική ανάλυση που έγινε βρέθηκε ότι το 46,2% των πατεράδων ήταν καπνιστές, το 25% ήταν πρώην καπνιστές, ενώ το 28,8% δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές. Όσον αφορά τις μητέρες το 25% ήταν καπνίστριες, το 8,9% πρώην καπνίστριες και το 66,1% δεν υπήρξαν ποτέ καπνίστριες. Στα παιδιά βρέθηκε ότι το 19% είναι καπνιστές, το 10,3% πρώην καπνιστές και το 70,7% δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές. Βρέθηκε, επίσης, ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος για τους πατεράδες ήταν τα 19,7 έτη, για τις μητέρες τα 22 έτη, ενώ για τα παιδιά τα 15,4 έτη (κοίτα πίνακα 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Ο Μέσος Όρος Ηλικίας έναρξης του καπνίσματος

	Ηλικία καπνίσματος πατέρα	Ηλικία καπνίσματος μητέρας	Ηλικία καπνίσματος παιδιού
Δείγμα	36	19	15
Αποτέλεσμα			
Απόντες	23	40	44
Μέσος Όρος	19,7500	22,0000	15,4000
Τυπική Απόκλιση	5,7290	7,3485	,6325

Από το T-test βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης του καπνίσματος στα κορίτσια ($M=15,7$, $SD=.7$) είναι σημαντικά υψηλότερος ($t=- 2,82$, $df= 8$, $2-tailed p=. 040$) από αυτόν των αγοριών ($M=15$, $SD=.00$).

Όσον αφορά την συσχέτιση καπνίσματος πατέρα ή μητέρας και καπνίσματος του παιδιού δεν βρέθηκε κάτι το στατιστικά σημαντικό. Στην περίπτωση καπνίσματος του πατέρα ο Pearson Chi- Square βρέθηκε .287, ενώ στην περίπτωση καπνίσματος της μητέρας .103. Ωστόσο, δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο, όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς. Σ' αυτήν την περίπτωση ο δείκτης συσχέτισης τείνει να γίνει στατιστικά σημαντικός (Pearson Chi-Square= .099).

Η στατιστική ανάλυση έδειξε επιπλέον μια σημαντική συσχέτιση στη βίωση στρες από τους συζύγους (βλέπε πίνακα 7). Δεν δείχθηκε , όμως, το ίδιο και για την σχέση στρες των γονέων και παιδιού. Στην περίπτωση στρες πατέρα- παιδιού δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστική σημαντικότητα. Το ίδιο συνέβη και στην περίπτωση μητέρας – παιδιού (βλέπε πίνακα 7).

Τέλος, στην σχέση καπνίσματος και στρες βρέθηκε ότι οι γυναίκες που καπνίζουν εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα στρες, κάτι που δεν συμβαίνει στους πατεράδες και τα παιδιά (βλέπε πίνακα 7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΣΧΕΣΗ ΣΤΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ

		Δείγμα	Συσχέτιση	Sig.
Ζευγάρι 1	Στρες πατέρα-μητέρας	48	,299	,039
Ζευγάρι 2	Στρες πατέρα-παιδιού	50	,255	,073
Ζευγάρι 3	Στρες μητέρας-παιδιού	54	,164	,235

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω θα πρέπει να γίνει αναφορά στους περιορισμούς της ερευνάς μας. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με την πρέπουσα προσοχή, διότι στα πλαίσια αυτής της προκαταρκτικής έρευνας το δείγμα ήταν μικρό και δεν αποτελείτο από ίσο αριθμό συμμετεχόντων και των τριών κατηγοριών (πατέρας-μητέρα- παιδί).

Στην έρευνα αυτή, λοιπόν, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης καπνού παρουσιάζουν οι πατέρες (46,2%) σε σχέση με τις μητέρες (25%). Ωστόσο, αυτό που μας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση είναι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος. Σήμερα, φαίνεται ότι τα παιδιά ξεκινούν το κάπνισμα σε νεαρότερη ηλικία (15,4 έτη) σε σχέση με τους γονείς τους. Επιβεβαιώνεται, επίσης, η σύγχρονη βιβλιογραφία που θέλει να υπάρχει μεγαλύτερος δείκτης επικινδυνότητας έναρξης του καπνίσματος από το παιδί, όταν στο σπίτι καπνίζουν και οι δύο γονείς. Κατά τους Paterson et al (2005) όταν υπάρχει ένας γονέας που καπνίζει, δεν βάζει ένα ανώτατο όριο στον κίνδυνο. Η προσθήκη, όμως, ενός ακόμα γονέα που καπνίζει αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο του παιδιού. Κατά συνέπεια, η παρουσία δύο γονέων, που καπνίζουν, βάζει το παιδί σε κίνδυνο για καθημερινό κάπνισμα, που είναι περισσότερο από 2,5 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τα παιδιά, των οποίων κανένας γονέας δεν καπνίζει.

Αναφορικά με την σχέση του στρες μεταξύ των μελών της οικογένειας παρατηρήθηκε μια συσχέτιση στρες μεταξύ των συζύγων. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα ευρήματα άλλων ερευνών. Όπως είδαμε πιο πάνω, σύμφωνα με τους Kasl & Cooper (1987), όταν ο ένας σύζυγος βιώνει μεγαλύτερα επίπεδα στρες από τα κανονικά, τότε επιφορτίζεται και ο άλλος σύζυγος. Κατά κανόνα, οι σύζυγοι μπορούν να ξεχωρίσουν πότε ο σύντροφος τους είναι ταραγμένος, άσχετα με το αν ο σύντροφός το συζητά. Η διάθεση αλλάζει, παρατηρούνται αλλαγές στις δραστηριότητες και άλλα στοιχεία της συμπεριφοράς επαγρυπνούν τον σύζυγο στο ότι ο σύντροφος του/ της βασανίζεται, αν και δεν ξέρουν το γιατί.

Επίσης, φάνηκε ότι οι γυναίκες που καπνίζουν παρουσιάζουν και μεγαλύτερα επίπεδα στρες. Αυτό το εύρημα είναι πολύ σημαντικό και εν μέρει εξηγεί και τον λόγο που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτές να διακόψουν το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Μόνο ένα μικρό μέρος των γυναικών αυτών καταφέρνει να διακόψει το κάπνισμα και η προσπάθεια αυτή γίνεται ακόμα δυσκολότερη, εάν ο σύζυγος καπνίζει (Grange et al, 2006). Από την

άλλη πλευρά επιβεβαιώνεται η ένδειξη που υπάρχει ότι οι γυναίκες ίσως βιώνουν τους στρεσογόνους πιο έντονα σε σχέση με τους άνδρες. Επειδή οι γυναίκες ίσως έχουν μεγαλύτερη ανάμειξη στα οικογενειακά ζητήματα, γίνονται πιο ευαίσθητες όχι μόνο σε δυσμενή γεγονότα που βιώνουν άμεσα αλλά και σε εκείνα που έχουν δυσμενή αποτελέσματα σε άλλα μέλη της οικογένειας (Kasl & Cooper, 1987) . Η ενεργή δέσμευσή τους σε ένα ιστό οικογενειακών σχέσεων και ο συναισθηματικός κίνδυνος που αναπτύσσεται στην αρμονική λειτουργία αυτών των σχέσεων σημαίνει ότι είναι απίθανο να διατηρηθούν παθητικοί μάρτυρες στα προβλήματα ζωής των μελών της οικογένειας.

Συνεπώς, θα μπορούσαμε να εκτιμήσουμε ότι η καθιέρωση της συνήθειας του καπνίσματος στα παιδιά μπορεί να θεωρηθεί αποτέλεσμα της επίδρασης των μελών της οικογένειας και της μάθησης μέσω της μίμησης αυτών. Άρα θα πρέπει να γίνει προσπάθεια κατανόησης του ρόλου της οικογένειας και επανεξέταση αυτού.

Αν και παραπάνω παρατίθενται αρκετές πληροφορίες για την συνήθεια του καπνίσματος, πρέπει να γίνει ακόμα περισσότερη έρευνα στο θέμα αυτό. Χρειαζόμαστε ακόμα περισσότερες γνώσεις στο πως γίνεται το κάπνισμα συνήθεια, στο πως αυτή η συνήθεια ισχυροποιείται και γιατί είναι τόσο δύσκολο να διακοπεί. Αυτό που απαιτείται για να επιτευχθεί η διεύρυνση των πληροφοριών είναι μια διεπιστημονική συνεργασία, η οποία υιοθετεί μεθοδολογικές προσεγγίσεις από τις βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες. Με βάση την σημερινή βιβλιογραφία και τον τομέα έρευνας του καπνίσματος οι παρακάτω εστιάσεις συστήνονται ως περιοχές προτεραιότητας για έρευνα: 1) Ο ρόλος της νικοτίνης. Μελέτες που εξερευνούν την κεντρική περιοχή της δράσης της νικοτίνης και των φαρμάκων που εμποδίζουν την δράση της είναι μεγάλου ενδιαφέροντος, αφού μπορούν να βοηθήσουν στην διακοπή του καπνίσματος με την εξεύρεση του κατάλληλου φαρμάκου. , 2) Απόσυρση. Πώς συνδέεται η απόσυρση με τα χρόνια που κάποιος είναι καπνιστής; , 3) Παράταση αποχής. Θα πρέπει να γίνει εκτενέστερη μελέτη των μεθόδων που πρέπει να χρησιμοποιήσει κάποιος , ώστε να έχει μια αποτελεσματική διακοπή του καπνίσματος. 4) Οικογένεια. Ποιος είναι ο ρόλος της στην έναρξη καπνίσματος στα παιδιά και τους εφήβους; Η οικογένεια θα πρέπει να μελετηθεί εκτενέστατα μέσα από διαχρονικές μελέτες. 5) Ο ρόλος του στρες τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο. Πως το στρες μπορεί να επηρεάσει το άτομο και αυτό με την σειρά του την οικογένεια; Πως συνδέεται το στρες με την ενίσχυση της συνήθειας του καπνίσματος;

Ωστόσο δεν πρέπει να γίνουν μελέτες μόνο για την κατανόηση του καπνίσματος. Θα πρέπει το ενδιαφέρον μας να στραφεί και στην πρόληψη του καπνίσματος. Θα πρέπει να γίνουν μελέτες και έρευνες για την εξεύρεση αποτελεσματικών μεθόδων πρόληψης και

αντίστασης απέναντι στον καπνό. Επίσης, είναι αναγκαίο να γίνεται ενημέρωση στα παιδιά από το σχολείο γι' αυτήν την συνήθεια και διαπαιδαγώγησή τους σε σωστές συμπεριφορές υγείας.

Τελικά, ίσως, η πραγματική απάντηση που καλούνται οι επιστήμονες να δώσουν είναι: γιατί οι άνθρωποι επιλέγουν εσκεμμένα να συμμετέχουν σε μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όταν ξοδεύουν το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειάς τους για συντήρηση.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Atkinson, R. L. et al. (2004) *Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
2. Bullok, L.F.C. et al. (2001) Retrospective study of the association of stress and smoking during pregnancy in rural women. *In Addictive Behaviors*, 26, 405-413.
3. Dornbusch, S. et al (1985) Single parents extended households and the control of adolescents, *In Child Development*, 56, 326-341.
4. Eurostat (2000). Social Exclusion in EU Member States. *Statistics in focus, Population and Social Conditions*, No 1/2000. Luxembourg, Eurostat.
5. Glendinning, A. et al. (1997) Family life and smoking in Adolescence. *In Social Science & Medicine*, 44(1), 93- 101.
6. Gold, M. (1995) *Tobacco*, New York: Plenum Press.
7. Grange, G. et al. (2006) Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. *In European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 125, 38-43.
8. Griesbach, D et al (2003) Adolescent Smoking and family structure in Europe, *In Social Science & Medicine*, 56, 41-52
9. Harakeh, Z et al (2005). Correspondence between proxy and self- reports on smoking in a full family study, *In Drug and Alcohol Dependence*, xxx, xxx-xxx
10. Johnson, J. G. et al. (2000) Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *In Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
11. Kaneita, Y. et al. (2005) Epidemiological study on passive smoking among Japanese infants and smoking behaviour of their respective parents: A nationwide cross-sectional survey. *In Preventive Medicine*, xx, xxx-xxx.
12. Καραδήμας, Ε. (2005) *Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα: τυπωθήτω -Γιώργος Δαρδάνος.
13. Karatepe, O, & Sokmen, A. (2006) The effects of work role and family role variables on psychological and behavioural outcomes of frontline employees. *In Tourist Management*, 27, 255-268.
14. Kasl, S. & Cooper, C. (1987) *Stress and Health: Issues in Research Methodology*, Great Britain: Wiley and Sons Ltd.
15. Kim, O. et al. (2005) Stress and cigarette in Korean men with diabetes. *In Addictive Behaviors*, xx, xxx-xxx.

16. Kirby, J. (2002) The influence of parental separation on smoking initiation in adolescents. *In Journal of Health and Social Behavior*, 43, 56-71.
17. Leatherdale, S. et al. (2005) The influence of friends, family and older peers on smoking among elementary school students: Low- risk students in high- risk schools. *In Preventive Medicine*, xx, xxx-xxx.
18. Liu, X. (2003) Cigarette Smoking, Life Stress and Behavioral Problems in Chinese Adolescents . *In Journal of Adolescent Health*, 33, 189-192.
19. Μαρσέλος, Μ. (1997) Εξαρτησιογόνες Ουσίες, Αθήνα: τυπωθήτω -Γιώργος Δαρδάνος
20. Morissete, S.B. et al. (2005) Differences between smokers and non smokers with anxiety disorders. *In Anxiety Disorders*, xxx, xxx-xxx.
21. Nystedt, P. (2006) Marital life course events and smoking behavior in Sweden 1980-2000. *In Social & Medicine*, 62, 1427-1442.
22. Oechsli, F. & Seltzer, C. (1984) Teenage Smoking and Antecedent Parental Characteristics : A Prospective Study. *In Public Health*, 98, 103-108.
23. Pery- Jenkins, M. et al. (2000) Work and family in the 1990s. *In Journal of Marriage and Family*, 62(4), 981-998.
24. Peterson, J. et al (2005) Nine- year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents, *In Addictive Behaviors*, xx, xxx-xxx.
25. Pomerleau, C. et al (2005) Differences in accuracy of offspring assessment based on parental smoking status, *In Addictive Behaviors*, 30, 437-441.
26. Sanderson, C. (2004) *Health Psychology*, United States of America: Wiley International Edition.
27. Siahpush, M. et al. (2005) Lower levels of occupation, income and education are strongly associated with a longer smoking duration: Multivariate results from the 2001 Australian National Drug Strategy Survey. *In Public Health*, 119, 1105-1110.
28. Socol- Katz, J. et al (1997) Family structure versus parental attachment in controlling adolescent deviant behaviour: A social control model, *In Adolescence*, 32, 199-215.
29. Stanton, H. et al. (2005) The impact of smoking on the family. *In Current Pediatrics*, 15, 590-598.
30. Steptoe, A. & Wardle, J. (2005) Possitive affect and biological function in every day life. *In Neurobiology of Aging*, 26, 108-112.
31. Straub, R.O. (2002) *Health Psychology*, New York : Worth Publishers.

32. Thomas, J.L. et al. (2006) Reported distress associated with concern about cigarette smoker. *In Addictive Behaviors*, xx, xxx-xxx.
33. Thordike, F. et al. (2006) Nicotine dependence, PTSD symptoms and depression proneness among male and female smokers. *In Addictive Behaviors*, 31, 223-231.

Από Ίντερνετ

1. Άνδρες, κάπνισμα και σεξουαλική ανικανότητα. (2006) Αναρτήθηκε 10 Μαΐου 2006, <http://www.medlook.net/article.asp?item id1951>.
2. Γυναίκες καπνιστών: Απειλείται ο εγκέφαλός τους. (2005) Αναρτήθηκε 10 Μαΐου 2006, <http://www.medlook.net/article.asp?item id1770>.
3. Γυναίκες που καπνίζουν παρουσιάζουν περισσότερους καρκίνους από τους άνδρες.(2001) Αναρτήθηκε 10 Μαΐου 2006, <http://www.medlook.net/article.asp?item id 1770>.
4. Πρόωρη απώλεια δοντιών λόγω καπνίσματος. (2005) Αναρτήθηκε 10 Μαΐου 2006, <http://www.medlook.net/article.asp?item id1770>.

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Πατέρας- Μητέρα: Δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία: _____ (σε έτη)

2. Τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση:		
(1) Υπάλληλος <input type="checkbox"/>	(2) Αυτοαπασχολούμενος <input type="checkbox"/>	(3) Οικιακά <input type="checkbox"/>
(4) Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>	(5) Άνεργος <input type="checkbox"/>	(6) Άλλο:

3. Έχετε πάει στο Λύκειο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ναι	Όχι
Έχετε κάποιο πτυχίο ή ισοδύναμο επαγγελματικό προσόν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ναι	Όχι

4. Το προσωπικό μηνιαίο εισόδημά σας είναι περίπου:	<input type="checkbox"/> δεν έχω εισόδημα
	<input type="checkbox"/> ως 700 ευρώ
	<input type="checkbox"/> ως 1000 ευρώ
	<input type="checkbox"/> ως 1200 ευρώ
	<input type="checkbox"/> ως 1500 ευρώ
	<input type="checkbox"/> ως 2000 ευρώ
	<input type="checkbox"/> πάνω από 2000 ευρώ

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν την υγεία σας:

1. Σημειώστε το ύψος σας σε εκατοστά: _____ cm και το βάρος σας σε κιλά: _____ kg.
2. Πόσο ζυγίζατε όταν ήσαστε 18 ετών; _____ kg.

3. Είστε καπνιστής	<input type="checkbox"/>
Είστε πρώην καπνιστής	<input type="checkbox"/>
Δεν υπάρξατε ποτέ καπνιστής	<input type="checkbox"/>
Αν είστε ή ήσαστε καπνιστής, σε ποια ηλικία αρχίσατε να καπνίζετε;	_____ ετών

Παιδί. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα , 2. Ηλικία: _____ (σε έτη)

Παρακαλώ απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν την υγεία σου:

1. Σημείωσε το ύψος σου σε εκατοστά: _____ cm και το βάρος σου σε κιλά: _____ kg.

2. Είσαι καπνιστής/τρια	<input type="checkbox"/>
Είσαι πρώην καπνιστής/τρια	<input type="checkbox"/>
Δεν υπήρξες ποτέ καπνιστής/τρια	<input type="checkbox"/>
Αν είσαι ή ήσουν καπνιστής, σε ποια ηλικία άρχισες να καπνίζεις;	_____ ετών

Ερωτηματολόγιο Στρες

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τον τελευταίο μήνα. Σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κάτι. Για να απαντήσετε, σημειώστε το κουτί που αντιστοιχεί στην καταλληλότερη για σας απάντηση.

1. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά είσαστε σε ένταση επειδή κάτι συνέβη απρόοπτα;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

2. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει αδύναμος να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

3. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει νευρικός ή «στρεσαρισμένος»;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

4. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει σίγουρος για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

5. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι τα πράγματα πάνε όπως θέλετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

6. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά βρεθήκατε να μην μπορείτε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

7. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά μπορούσατε να ελέγξετε πράγματα που προκαλούσαν εκνευρισμό;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

8. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι έχετε τον έλεγχο των πραγμάτων;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

9. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε θυμώσει εξαιτίας των πραγμάτων που ήταν έξω από τον έλεγχό σας;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------

10. Κατά τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;

Ποτέ []	Σχεδόν ποτέ []	Μερικές φορές []	Αρκετά συχνά []	Πολύ συχνά []
----------	-----------------	-------------------	------------------	----------------