



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Κάπνισμα και ο ρόλος του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος»



Φοιτητές: Πετρίδης Μενέλαος (17348),

Νάσσης-Αντωνίου Παύλος (17316)

Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Ίρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ. 4
ABSTRACT	σελ. 6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
Εισαγωγή	σελ. 7
Κεφάλαιο 2ο	
Σκοποί και στόχοι της εργασίας	σελ. 8
Κεφάλαιο 3ο	
3.1 Ορισμός καπνίσματος	σελ. 9
3.2 Ιστορική αναδρομή	σελ. 9
3.3 Επιδημιολογία	σελ. 11
3.4 Είδη καπνίσματος	σελ. 13
3.5 Καπνός και συστατικά	σελ. 18
3.6 Είδη καπνιστών	σελ. 22
3.7 Παράγοντες ώθησης στο κάπνισμα	σελ.23
3.8 Επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία	σελ. 26
3.9 Νομοθεσία για το κάπνισμα	σελ. 30
3.10 Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καπνίσματος	σελ. 33
3.11 Ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία του καπνίσματος	σελ.34
3.12 Συμπεριφορά του νοσηλευτή στο νοσοκομείο	σελ.38
3.13 Γνώσεις του νοσηλευτή για τη φαρμακοθεραπεία του καπνίσματος	σελ.39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 Σκοπός	σελ. 40
4.2 Υλικό και Μέθοδος	σελ. 40
4.2.1 Στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης	σελ. 40
4.2.2 Κριτήρια επιλεξιμότητας	σελ. 41
4.2.3 Επιλογή μελετών και σύνδεση δεδομένων	σελ. 41
4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	σελ. 46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Νέα δεδομένα – Ανάλυση	σελ. 47
------------------------------	---------

Κεφάλαιο 6ο

Συμπεράσματα	σελ. 52
--------------------	---------

Βιβλιογραφία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα στις μέρες μας αποτελεί κοινή συνήθεια σε όλους τους λαούς του κόσμου, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, οικονομικής τάξης με σημαντικές βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου όπως καρκίνος, στεφανιαία νόσος, ΧΑΠ.

Σκοπός: Η ανασκόπηση των δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τον ρόλο που πρέπει να διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο στην αντιμετώπιση του καπνίσματος από τους ασθενείς του, όσο και στην πρόληψή του, μέσα από νοσηλευτικές διεργασίες.

Υλικό και μέθοδος: Έλαβε χώρα συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Pub Med, Scopus, Google Scholar και σε επιστημονικά συγγράμματα δημοσιευμένα στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε βάσει κριτηρίων επιλεξιμότητας (π.χ. περιεχόμενο, έτος δημοσίευσης) προκειμένου να πληρούν στο σκοπό και τους στόχους της παρούσας εργασίας.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν διάφοροι τύποι καπνιστών καθώς υπάρχουν ποικίλλες αιτίες που οδηγούν κάποιον στην έναρξη του καπνίσματος ή στην έκθεση του στον καπνό. Ο ρόλος του νοσηλευτή αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου, έγκειται αρχικά στην πρόληψή του. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος και σωστά εκπαιδευμένος ώστε να είναι ικανός να ενημερώνει και να μεταδίδει ένα διδακτικό υλικό αποτελεσματικό για την εκμάθηση των επιπτώσεων του καπνίσματος στον οργανισμό, με στόχο την πρόληψή του. Πρέπει να μεριμνεί για την θεραπεία της εξάρτισης από το κάπνισμα, ρωτώντας, εκτιμώντας και συμβουλεύοντας τους καπνιστές. Επιπλέον επιβάλλεται να γνωρίζει τις 5 παρεμβατικές γραμμές για την θεραπεία του καπνίσματος, γνωστών ως πλαίσιο 5α, καθώς και των διαφόρων κατηγοριών φαρμακοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Στην πρόληψη του φαινομένου αυτού, σημαντικό ρόλο κατέχουν οι σχολικοί και οι κοινοτικοί νοσηλευτές, ενώ η σωστή εκπαίδευση, ενημέρωση και συμπεριφορά των νοσηλευτών, καθώς και το πλαίσιο των 5 παρεμβατικών σταδίων για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, αποδεδειγμένα επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην απεξάρτηση απ' το τσιγάρο. Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει να συμπεριφέρεται και να

λειτουργεί κατάλληλα στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να αποτελεί παράδειγμα για τους υπόλοιπους.

Λέξεις-Κλειδιά: smoking, nurse role

ABSTRACT

Background: Smoking nowadays is common to all peoples of the world, regardless of gender, age, economic class, etc. The cigarette is a mixture of about 3,000 substances, many of which are carcinogenic. Its harmful effects on human health are very serious, such as cancer, coronary heart disease, COPD etc. Smokers are distinguished in passive and energetic.

Aim: The review of international literature on the role that nursing staff plays in treating and preventing smoking by patients through nursing processes.

Methods: A systematic review of the international system took place bibliography, in electronic databases: Pub Med, Scopus, Google Scholar and in scientific literature published in Greek and English language. Information was collected on the basis of eligibility criteria (e.g content, year of publication) in order to meet the purpose and objectives of this work.

Results: There are various types of smokers as there are various causes that lead one to start smoking or exposure to tobacco. The role of the nurse in tackling this phenomenon lies primarily in the its prevention. Then he should take care of the smoking couch, asking, evaluating and advising. In addition, it is necessary to know the 5 intervention lines for the treatment of smoking, known as frame 5a, as well as the categories of pharmacotherapy. Finally, the nurse should behave and operate properly in the healthcare area, exemplifying his patients properly.

Conclusions: Teachers and community policemen play an important role in preventing this phenomenon, while proper education, information and behavior of nurses, as well as the framework of the five intervention phases of smoking control, have shown positive results in cigarette smoking. Finally, the nurse must behave and function appropriately in the healthcare service to set an example for others.

Key words: smoking, nursing procedures, nurse role

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια και τη λίστα βιβλιογραφικών παραπομπών για την εκπόνησή της. Στο πρώτο κεφάλαιο εισάγεται ο αναγνώστης στα επιμέρους κεφάλαια της εργασίας, καθώς πραγματοποιείται και μια συνοπτική περιγραφή τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφονται οι στόχοι και οι σκοποί της εργασίας. Το τρίτο κεφάλαιο αποτελείται από υποκεφάλαια που αφορούν το κάπνισμα και τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην αντιμετώπισή του. Τα υποκεφάλαια καλύπτουν μια ευρεία γκάμα των ζητημάτων περί του καπνίσματος, όπως της ιστορική αναδρομής του, στοιχείων επιδημιολογίας του, τα είδη του καπνίσματος (τσιγάρο, ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρο, ναργιλές), τα είδη των καπνιστών (ενεργητικός, παθητικός κ.α.). Ακόμη, γίνεται ευρεία ανάλυση των συστατικών του καπνού καθώς και των βλαβερών επιπτώσεών του στην υγεία ενώ εξηγούνται επιπλέον οι παράγοντες που ωθούν τους ανθρώπους στην έναρξη του καπνίσματος. Επιπροσθέτως παρουσιάζεται το θέμα της νομοθεσίας που επικρατεί τόσο εγχώρια όσο και στο υπόλοιπο κόσμο σχετικά με το κάπνισμα. Τέλος, εξηγείται ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του καπνίσματος, μέσω της γνώσης και ενημέρωσής του για αυθεντικές (επίσημες) μεθόδους, τεχνικές και προγράμματα αντιμετώπισης του καπνίσματος. Στο τέταρτο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με το κάπνισμα και τον ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή του, εξηγούνται οι διαδικασίες αναζήτησης και επιλογής επιστημονικών άρθρων (υλικό και μέθοδος, στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης, κριτήρια επιλεξιμότητας των άρθρων κ.α.). Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται αφηγηματική ανάλυση των νέων δεδομένων. Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Τέλος, καταγράφονται οι βιβλιογραφικές παραπομπές που χρησιμοποιήθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας, πραγματοποιείται για επιστημονικούς σκοπούς στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής - Παν/μίου Ιωαννίνων κατά την περίοδο 2018-2019. Στόχοι της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και η ανάδειξη του φαινομένου του καπνίσματος (ιστορική αναδρομή, επιδημιολογία, συστατικά καπνού, επιπτώσεις στην υγεία κ.α.), καθώς και του ρόλου που είναι σε θέση να διαδραματίσει ο νοσηλευτής για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του από την κοινότητα και τους ασθενείς του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ορισμός καπνίσματος

Ο όρος «κάπνισμα», αναφέρεται στην πρακτική κατά την οποία το άτομο εισπνέει και εν συνεχεία εκπνέει κάποιο είδος καπνού με την καύση φύλλων αυτού. Η καύση του καπνού ποικίλει, καθώς αυτός μπορεί να εμφανίζεται σε διάφορες μορφές (πούρο, τσιγάρο, ναργιλές κ.α.) (Ποντίφηκας, 2006).

Ο όρος «παθητικό κάπνισμα», αναφέρεται σε αυτό το οποίο υφίστανται οι μη καπνιστές, καθώς εισπνέουν τον καπνό που αφήνουν οι καπνιστές στη γύρω ατμόσφαιρα. Προκαλεί τις ίδιες σχεδόν ασθένειες που προκαλεί και ο καπνός στους ενεργούς καπνιστές (Τσαρούχας, 2007).

3.2 Ιστορική αναδρομή

Το θρησκευτικό στοιχείο στην αρχική χρήση του καπνού απ' τους ανθρώπους, έδρασε καταλυτικά στην εξάπλωσή του. Πιο συγκεκριμένα, οι Μάγια (ιθαγενής λαός της Κεντρικής Αμερικής) έκαναν χρήση του καπνού κατά τα χρόνια της ακμής τους (2.000 π.Χ. - 900 μ.Χ.) σε μια περιοχή εγκατάστασής τους στο Μεξικό. Συνήθιζαν να καπνίζουν τον καπνό από το 1.500 μ.Χ. και έπειτα, σε μία κοιλότητα λίθου υπό τη μορφή πίπας, που περιείχε και τα φύλλα καπνού. Οι αναπαραστάσεις των θεών τους στην επιφάνεια ήταν εμφανείς. Ως προς τη χρήση του, εισέπνεαν τον καπνό και εκπνέοντάς τον παρατηρούσαν διάφορα σχήματα που δημιουργούνταν στον ουρανό, δίνοντας θεϊκή ερμηνεία στη διαδικασία αυτή, αφού θεωρούσαν θείο δώρο την απόκτηση του καπνού, συνδεδεμένοι κατ' αυτό τον τρόπο με τον Θεό. Οι έφηβοι περνούσαν στην ενηλικίωση, καπνίζοντας σε ειδική τελετουργία (Gately, 2002).

Στα τέλη του 15ου αιώνα και συγκεκριμένα το 1492, ένας νεαρός θαλασσοπόρος στην προσπάθειά του να αποδείξει την σφαιρικότητα της γης, ο Χριστόφορος Κολόμβος, φτάνει στις ακτές της Αμερικανικής ηπείρου, κάτι το οποίο έμελλε να αλλάξει τον ρου της ιστορίας. Εκεί τον υποδέχτηκαν Ινδιάνοι προσφέροντάς του αποξηραμένα φύλλα ενός

τοπικού φυτού. Οι ναύτες του πληρώματος παρακολουθούσαν τους γηγενείς να εισπνέουν τον αναμμένο καπνό κι έπειτα να τον εκπνέουν. Ένας λοιπόν από τους ναύτες θέλησε να γευτεί κι ο ίδιος την απόλαυση που αντίκριζε, κι έτσι από εκείνη τη στιγμή έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής. Με την πορεία της ιστορίας, οι Ευρωπαίοι ήρθαν σε επαφή με τον καπνό μέχρι τις αρχές του 17ου αιώνα, αποδεχόμενοι ως βότανο με θεραπευτικές ιδιότητες. Η φήμη για τις θεραπευτικές του ιδιότητες, έκανε τους Ευρωπαίους να ξεκινήσουν την καλλιέργεια καπνού. Τα πρώτα σπέρματα, μεταφέρθηκαν στην Ισπανία το 1959. Ο Ζαν Νικότ (πρεσβευτής της Γαλλίας) συνέστηνε τη χρήση του στη γαλλική Αυλή. Ο Νικότ, πιστός στις θεραπευτικές ιδιότητες του καπνού, ανέφερε την «nicotiana» ως ένα φυτό με θαυματουργά αποτελέσματα τραυμάτων, ελκών κ.α.. Μάλιστα, προσέφερε το φυτό στην Αικατερίνη των Μεδίκων, παίρνοντας εν συνεχεία το όνομα «η σκόνη της βασίλισσας». Τελικά ο καπνός διαδόθηκε και σε όλη την υπόλοιπη Ευρώπη, προωθούμενος για τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Έτσι, απ' τον 17ο αιώνα και έπειτα, ο καπνός κατέστη φυτικό είδος, και οι μάζες άρχισαν την εισπνοή του ταμπάκου με μανία. Κι όλα αυτά παρά τις έντονες και συνεχείς προειδοποιήσεις των ιατρών για τις αρνητικές του επιπτώσεις στην υγεία (Gately, 2002).

Ο Pierre Lorillard το 1760, στήνει στις Η.Π.Α. και συγκεκριμένα στη Νέα Υόρκη, την πρώτη μεγάλη εταιρεία επεξεργασίας καπνού. Ο καπνός συντέλεσε καταλυτικά μέχρι και στην Αμερικανική επανάσταση ανεξαρτησίας το 1776, αφού ξεπλήρωνε σε σημαντικό βαθμό τα δάνεια που λήφθηκαν από την Γαλλία για τη χρηματοδότηση αυτής. Μέχρι και στις ημέρες μας, η παραπάνω εταιρεία του Pierre Lorillard, παραμένει η παλαιότερη επιχείρηση καπνού στην ιστορία (Τσαρούχας, 2007).

Στην Ελλάδα ο καπνός έφτασε από τα παράλια της Μικράς Ασίας και τον Πόντο, και καλλιεργήθηκε κατά κύριο λόγο στην Μακεδονία και τη Θράκη, ενώ εν συνεχεία εξαπλώθηκε και στην υπόλοιπη επικράτεια. Ο καπνός έφτασε μάλιστα να είναι και το ισχυρότερο χαρτί στα χέρια της ελληνικής οικονομίας κατά την περίοδο του 1912 και ύστερα, αφού αποτελούσε το κυριότερο προϊόν εξαγωγής, αυξάνοντας το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν της χώρας σε υψηλά ποσοστά (Τσαρούχας, 2007).

3.3 Επιδημιολογία

Υψηλόβαθμοι ερευνητές της ιατρικής έχουν προβεί σε χαρακτηρισμούς του καπνίσματος ως επιδημία. Αναρωτούνται γιατί διάφορες κυβερνήσεις παλαιότερα, ενώ έχουν αντιμετωπίσει με επιτυχία μαστιγες (χολέρα, τυφοειδής πυρετός), οι σημερινές κυβερνήσεις δείχνουν μία σχετική αδιαφορία επί τούτης της μαστιγας, η οποία αποδεδειγμένα σκοτώνει μεγάλες μάζες λαού (Condon, 1990).

Το κάπνισμα έρχεται δεύτερο στις αιτίες θανάτου διεθνώς, μετά την υπέρταση. Στις Η.Π.Α. καταναλώνονται κάθε χρόνο 635 δις τσιγάρων. Ο Αμερικάνος καπνίζει περίπου 2.680 τσιγάρα ανά έτος. Το κάπνισμα είναι περισσότερο διαδεδομένο σε άτομα που ασκούν χειρωνακτικές εργασίες παρά σε υπάλληλους γραφείου ή ελεύθερους επαγγελματίες (Condon, 1990). Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο παγκόσμιος αριθμός καπνιστών ανέρχεται σε 1,25 δισεκατομμύρια, ενώ ο αριθμός θανάτων ανά έτος εξαιτίας της μαστιγας του καπνίσματος είναι έξι εκατομμύρια. Οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) είναι αποθαρρυντικές και για το μέλλον καθώς εκτιμάται ότι στις επόμενες δύο δεκαετίες, ο αριθμός των θανάτων ετησίως λόγω του καπνίσματος, θα αυξηθεί στα 10 εκατομμύρια. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως το 80% των καπνιστών είναι άτομα από κράτη χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Σε αναπτυσσόμενες χώρες οι θάνατοι ανέρχονται σε ένα εκατομμύριο, ενώ σε ανεπτυγμένες δύο εκατομμύρια ανά έτος. Αξιοσημείωτο είναι να επισημανθεί ότι οι εθισμένες γυναίκες είναι περισσότερες σε χώρες του ανεπτυγμένου κόσμο (Τσαρούχας, 2007). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι θάνατοι ανέρχονται σε 500.000 ανά έτος. Η Ελλάδα στον Ευρωπαϊκό χώρο βρίσκεται στην πρώτη θέση των καπνιστών. Σύμφωνα με στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περιστασιακά καπνίζει το 14% των καπνιστών. Τα αστικά κέντρα σε αντίθεση με τις επαρχίες έχουν μεγαλύτερο αριθμό καπνιστών, ενώ επίσης παρουσιάζεται και το φαινόμενο καπνιστές να είναι περισσότερο άγαμοι παρά έγγαμοι άνθρωποι, λόγω της ψυχολογικής τους κατάστασης (Stanhope & Lancaster, 2014).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ένας στους πέντε θανάτους, προέρχεται από το κάπνισμα. Τα Κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών (Centers of Disease Control and Prevention), εκτιμούν ότι 443.000 θάνατοι ανά έτος, οφείλονται σε

επιπλοκές του καπνίσματος. Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι άνω μόλις των 12 ετών, 70 περίπου εκατομμύρια Αμερικάνοι ήρθαν είτε ενεργητικά είτε παθητικά σε επαφή με τον καπνό σε μόλις ένα μήνα (ποσοστό μεγαλύτερο του 27% του γενικού πληθυσμού). Σε ποιοτικότερη απόδοση του είδους καπνίσματος, 58,3 εκ. Αμερικάνων κάπνισαν τσιγάρα, 13,2 εκ. κάπνισαν πούρα, 8,9 εκ. χρησιμοποίησαν προϊόντα άκαπνου καπνού και 2,2 εκ. κάπνισαν πίπα. Τα ενθαρρυντικά πάντως στοιχεία είναι ότι τα ποσοστά καπνίσματος μειώθηκαν κατά τρεις ποσοστιαίες μονάδες, από 30,4 % το 2002, σε 27,4 το 2010. Ένα ακόμη πιο ενθαρρυντικό στοιχείο είναι πως στα νέα άτομα ηλικίας 12 έως 17 ετών που κάπνιζαν τσιγάρα, μειώθηκε από το 12% το 2004 σε 8,3% το 2010. Όσον αφορά ένα άλλο σοβαρό θέμα του καπνίσματος, αυτό του παθητικού καπνίσματος, με βάση μία εκτίμηση από τα Κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών (Centers of Disease Control and Prevention), 3000 ετησίων θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, ευθύνονται στο παθητικό κάπνισμα, ενώ ακόμη σοβαρότερα, ποσοστό υψηλότερο από ένα εκατομμύριο ασθένειες παιδιών, σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με το κάπνισμα των κηδεμόνων τους (Stanhope & Lancaster, 2014). Στην Ελλάδα, το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για 2000 θανάτους ανά έτος, ενώ μία εκτίμηση από τα Κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών (Centers of Disease Control and Prevention) καθιστά ένοχο το τσιγάρο για περίπου 53.000 απώλειες ζωών σε μη καπνιστές (Nies & McEwen, 2011).

Ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των καρκίνων του πνεύμονα στους άρρενες, και περισσότερο από 80% στις γυναίκες, οφείλεται στο τσιγάρο, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο, να έχει περισσότερη απήχηση σε ενήλικες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και κάτω από το όριο της φτώχειας. Επί παραδείγματι, πολιτείες όπως το Κεντάκι, η Δυτική Βιρτζίνια, η Οκλαχόμα και το Μισισσιπή, αναδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά καπνιστών συγκριτικά με άλλες όπως η Γιούτα, η Καλιφόρνια κ.α.. Οι επιπτώσεις είναι επίσης οικονομικές, καθώς υπολογίζεται πως ξοδεύονται 97,2 δις δολάρια κάθε χρόνο στην υγειονομική περίθαλψη και την απώλεια παραγωγικότητας (Nies & McEwen, 2011).

Ενώ είναι σχετικά δύσκολο να γίνει υπολογισμός οικονομικού και κοινωνικού κόστους στους ανθρώπους, εντούτοις έχει υπολογιστεί ότι μόνο στη Μεγάλη Βρετανία

περίπου 50 εκατομμύρια εργάσιμες ημέρες χάνονται ανά έτος, λόγω αδιαθεσιών που προκαλούνται από τη χρήση καπνού (Condon, 1990).

Το κάπνισμα στους φοιτητικούς πληθυσμούς ανά τον κόσμο, παρουσιάζει ανησυχητικά ποσοστά, αφού οι καταγραφές ανέρχονται σε 29% στις Η.Π.Α., 22,9% στη Κεντρική Ευρώπη και 19,8% στην Ανατολική Ευρώπη. Τα ποσοστά στα νέους φοιτητές είναι απ' ότι στις φοιτήτριες. Μία έρευνα που έλαβε χώρα στη Συρία, το ποσοστό καπνιστών φοιτητών ήταν 20,8% (αγόρια 26,1%, κορίτσια 9,5%). Η έκθεση φοιτητών στο παθητικό κάπνισμα ανέρχεται στο υψηλό ποσοστό του 50 περίπου τις εκατό (49,6) στη Συρία (Νάνου και συν., 2015).

Όσον αφορά τον ελληνικό φοιτητικό πληθυσμό, το ποσοστό των καπνιστών είναι 33,2% στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες, με γενικό φοιτητικό κόσμο πρωτοετών καπνιστών σε ποσοστό 32,4%. Ακόμη, σε μία έρευνα που αφορούσε φοιτητές της νοσηλευτικής σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, το 36,8% ανέφερε συστηματικό κάπνισμα. Μία μεγάλη πλειοψηφία από αυτούς (74%), εξήγησε ότι ήταν προσωπική επιλογή η έναρξη του καπνίσματος, αλλά υπάρχει η διάθεση για διακοπή του. Κατ' αποκλειστικότητα ωστόσο (σε ποσοστό 98%), δεν προέβησαν σε βοήθεια ή υποστήριξη για την ανεύρεση λύσης με τη διακοπή του (Νάνου και συν., 2015).

3.4 Είδη καπνίσματος

Κατά κύριο λόγο η καλλιέργεια καπνού αφορά το είδος «*nicotiana tabacum*». Τα διάφορα είδη που συναντώνται δεν είναι ποικιλίες βοτανικού χαρακτήρα, αλλά βασίζονται σε εμπορικές έννοιες. Επί παραδείγματι οι διάφορες ονομασίες εξαρτώνται από τον τόπο της προέλευσής τους ή του τρόπου της επεξεργασίας τους. Ο καλλιεργούμενος καπνός ταξινομείται ποικίλος σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι κυριότεροι τύποι είναι οι εξής: Virginia, Burley, Maryland, Ανατολικά, καπνά πούρων, καθώς και ξεχωριστές μορφές καπνού τοπικής και όχι τόσο σημαντικής οικονομικής αξίας. Οι ελληνικές ποικιλίες ανήκουν στις εξής κατηγορίες: Virginia, Burley, Μυρωδάτα Σμύρνης, Μη κλασικά Καμπά - Κουλάκ, Τσεμπέλια και Μαύρα, Μπασμάς, Κατερίνη και

κοινές ποικιλίες, Κλασικά Καμπά - Κουλάκ, Ελασσόνας, Μυρωδάτα Αγρινίου και Ζιχνομυρωδάτα (Τσαρούχας, 2007).

Τα ανατολικού τύπου καπνά χαρακτηρίζονται ιδιαίτερα για τη μυρωδιά τους (μυρωδάτα). Σε αυτά ανήκουν τα Μπασμάς, καμπά - κουλάλ, τουμπεκί. Αποτελούν αρκετές φορές όμως τον ίδιο κατ' ουσίαν καπνό που η ονομασία τους μεταβάλλεται λόγω του τόπου προέλευσής τους. Την ποικιλία Τουμπεκί την επέλεξαν κατά κύριο λόγο οι Τούρκοι, η οποία και καλλιεργούνταν απ' τους ίδιους στο Ναύπλιο. Η συγκεκριμένη ωστόσο ποικιλία έχει υποχωρήσει στις μέρες μας, καθώς χαρακτηριζόταν για την πολύ υψηλή περιεκτικότητά της σε νικοτίνη, ενώ στην εποχή μας και μετά την διάδοση των γνώσεων για τις βλαβερές επιπτώσεις της νικοτίνης, οι αγορές στράφηκαν σε καπνούς με όσο το δυνατόν μικρή περιεκτικότητα στη χημική ουσία της νικοτίνης. Οι ποικιλίες Μπασμάς (περισσότερο εκλεκτή ποικιλία της Ελλάδος), Κατερίνης και Καμπά - Κουλάκ, μυρωδάτα Σμύρνης, Αγρινίου και οι ποικιλίες Ελασσόνας, είναι οι πιο εκλεκτές ποικιλίες καπνού υψηλής ποιότητας. Χαρακτηρίζονται από ένα ιδιαίτερο φυσικό άρωμα το οποίο προκαλείται από τις ξεχωριστές εδαφικές κλιματικές συνθήκες. Τέλος, άλλες ποικιλίες καπνού όπως τα τσεμπέλια και τα μαύρα που είναι ανατολικού τύπου, χαρακτηρίζονταν ανέκαθεν χαμηλής ποιότητας με περιορισμένη καλλιέργεια (Τσαρούχας, 2007).

Τα δυτικού χαρακτήρα καπνά είναι ποικιλίες όπως της Virginia και τα Burley. Στην Ελλάδα αλλά και γενικότερα στη βαλκανική έφτασαν μετά το 1950. Στην Ελλάδα καλλιεργούνται κυρίως οι αμερικανικές ποικιλίες, με πρώτη σε έκταση της Virginia και δεύτερη (και σε παγκόσμιο επίπεδο) της Burley. Άλλες ποικιλίες σε μικρότερο βαθμό διεθνώς είναι το Αμαρέλλο και τα Κεντάκι (Τσαρούχας, 2007).

3.4.1 Τσιγάρο

Το σιγαρέτο ή κοινώς τσιγάρο απαρτίζεται από πολύ μικρά τμήματα καπνού τα οποία εμπεριέχονται σε κομμάτια χαρτιού τυλιγμένα. Η μορφή είναι κυλινδρική. Στο ένα άκρο, από το οποίο και ο καπνιστής εισπνέει τον αναμμένο καπνό, τοποθετείται ένα φίλτρο. Από την άλλη άκρη δεν υπάρχει φίλτρο και αναφλέγεται ο καπνός, εισπνεόμενος από τον καπνιστή. Κατά την διαδικασία ρουφηξιάς του καπνού, προκαλείται μια πίεση

αέρα από την καύτρα του ενός άκρου προς το άλλο, και καταλήγοντας στο στόμα του καπνιστή. Το τμήμα του τσιγάρου που σταδιακά καίγεται, παίρνει τη μορφή στάχτης, η οποία και συνηθίζεται να τινάζεται από τον καπνιστή. Το κύριο προϊόν της καύσης είναι η πίσσα. Πέραν ωστόσο αυτού μετά τη διαδικασία καπνίσματος ενός τσιγάρου, έχουν αποδεδειγμένα βρεθεί χιλιάδες χημικές τοξικές ή μη ουσίες (Cabreza, 2005).

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί μείγμα 3.000 ουσιών, πολλών απ' των οποίων είναι καρκινογόνες. Το κυριότερο παράδειγμα είναι η «βενζοπυρήνη», η οποία κατά τη διάρκεια του μεταβολισμού είναι δυνατόν να μεταβληθεί σε περισσότερες από 40 διαφορετικές ουσίες που μπορούν να επιφέρουν ακόμη και μεταλλάξεις στο DNA. Το βασικό όμως συστατικό του καπνού που αποτελεί αντικείμενο για πολλές μελέτες, είναι η νικοτίνη. Η νικοτίνη είναι αυτή η οποία κατά κύριο λόγο προκαλεί εθισμό και επιδρά στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα του καπνιστή. Οι άνθρωποι που μεταβολίζουν τις ουσίες αυτές, είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στην ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλες ουσίες είναι η ακετόνη (διαλυτικό), η αμμωνία (χημικό καθαριστικό), βενζόλιο (εύφλεκτο χημικό υγρό), κυάνιο (δηλητήριο), μονοξείδιο του άνθρακα (καυσαέριο αυτοκινήτων), κάδμιο (εντοπίζεται στις μπαταρίες), υδροκυάνιο και φαινόλη (δηλητηριώδη υγρά) κ.α. (Μπεχράκης, 2016).

3.4.2 Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο αποτελεί μία ηλεκτρονική συσκευή, αποτελούμενη από νικοτίνη, που λειτουργεί με μπαταρία. Έχει την δυνατότητα να μετατρέπει ένα υγρό αποτελούμενο από νικοτίνη, σε ατμό ο οποίος εν συνεχεία εισπνέεται απ' τον καπνιστή ηλεκτρονικού τσιγάρου. Η εφεύρεσή του βασίστηκε στις βλέψεις για έναν άλλο τύπο τσιγάρου, ο οποίος θα ήταν λιγότερο επιβλαβής απ' το τσιγάρο για την υγεία του ανθρώπου. Πληθώρα διαφημίσεών του, το παρουσιάζουν ως το κατάλληλο εργαλείο καπνίσματος, το οποίο δεν θα επιφέρει κανένα είδος εξάρτησης, βοηθώντας κατ' αυτό τον τρόπο και τον καπνιστή να φτάσει στη μετέπειτα διακοπή του. Η μορφή του από όλες σχεδόν τις εταιρείες παραγωγής του είναι κοινή. Απαρτίζεται από έναν σωλήνα πλαστικής κατασκευής, έναν στοιχείο θέρμανσης ηλεκτρονικό, μία «αποθηκούλα» νικοτίνης, προπυλενική γλυκόλη και νερό, θάλαμο δημιουργίας ατμού και μια μορφή

μεμβράνης για την αποβολή διάφορων άχρηστων ουσιών. Το σημαντικότερο στοιχείο κάθε ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι τα επίπεδα νικοτίνης που διαθέτει. Τα επίπεδα νικοτίνης από τις διάφορες εταιρείες ξεκινούν από καθόλου έως και 16-18 mg ανά φυσίγγιο, ενώ ακόμα γίνεται προσθήκη χημικών και αρωμάτων (σοκολάτα, καφές κ.α.). Η προπυλενική γλυκόλη, χρησιμοποιείται για τη δημιουργία τεχνητού καπνού (Πατάκα & Αργυροπούλου, 2012).

Οι αναφορές και οι έρευνες για την ασφάλεια του ηλεκτρονικού τσιγάρου πραγματικά ποικίλουν. Ενδεχομένως το ηλεκτρονικό τσιγάρο να είναι λιγότερο επιβλαβές για την υγεία του ατόμου απ' ό,τι το κανονικό τσιγάρο, εντούτοις καθίσταται περισσότερο επικίνδυνο λόγω της εισπνεόμενης νικοτίνης. Η κατασκευή των ηλεκτρονικών τσιγάρων δεν είναι σίγουρα η ίδια με αυτή της υψηλής ποιότητας στα υποκατάστατα νικοτίνης. Ίσως να περιέχει και σημαντικά βλαβερές χημικές ουσίες επιπρόσθετες, κάτι που αποδεικνύει τρανά και μια μελέτη κατά την οποία η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου για πέντε λεπτά από υγιείς ενήλικες καπνιστές, επέφερε επιπτώσεις στη πνευμονική λειτουργία αλλά και στην εκπνοή μονοξειδίου του αζώτου, παρόμοιες με αυτές του κοινού τσιγάρου. Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των Η.Π.Α., (United States Food and Drug Administration, FDA), ανέδειξε ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο μπορεί να περιέχει καρκινογόνες ουσίες, όπως νιτροζαμίνες, αλλά και άλλες πολλές σοβαρά βλαβερές ουσίες, όπως αναβασίνη, β-νικοτυρίνη, διεθυλινική αλκοόλη (χρησιμοποιείται σε αντιψυκτικά). Επιπροσθέτως, η νικοτίνη αρκετές φορές είναι αγνώστου και αμφιβόλου προέλευσης, δίχως να τοποθετείται φαρμακευτικού τύπου νικοτίνη (Πατάκα & Αργυροπούλου, 2012).

3.4.3 Πούρα

Το κάπνισμα του πούρου εμφανίζεται πρώτη φορά σε βασιλικές οικογένειες της Ισπανίας και της Πορτογαλίας κατά τον 16ο αιώνα, ενώ το πρώτο πούρο όπως είναι γνωστό με τη σημερινή του μορφή κάνει την εμφάνισή του στη πόλη Σεβίλλη το 1676. Εν συνεχεία, ο βασιλιάς της Ισπανίας Φερδινάνδος Ζ', εξαιτίας της φθοράς που είχε υποστεί ο καπνός κατά την υπερατλαντική μεταφορά του, άνοιξε το δρόμο για τη κουβανική παραγωγή πούρων με την ισπανική όμως συνταγή. Από εκείνη έτσι τη στιγμή

ξεκινά η καλύτερη παραγωγή πούρων σε παγκόσμιο επίπεδο, η οποία είναι γνωστή μέχρι και σήμερα για την προέλευσή της από την Κούβα (Cabrera, 2005).

Για πολλούς καπνιστές, η διαφορά μεταξύ τσιγάρου και πούρου είναι ευκόλως αντιληπτή. Υπολογίζεται ότι ένα και μόνο πούρο ισούται με πέντε τσιγάρα. Εντούτοις, στις τάξεις των καπνιστών, είναι λανθασμένα δεδομένο ότι το κάπνισμα ενός πούρου είναι περισσότερο υγιές απ' ότι ενός τσιγάρου. Η χρήση πούρου αυξάνεται σημαντικά σε νέους ενήλικες, εφήβους αλλά και γυναίκες (Τσαρούχας, 2007).

Πληθώρα μελετών αναδεικνύουν αξιοσημείωτα στοιχεία για τη χρήση και διάδοση του πούρου, σύμφωνα με τις οποίες βρίσκεται σε συνεχή ανάπτυξη, καθιστώντας το κατά κάποιο τρόπο, της μόδας. Ακόμη, το κάπνισμα ενός πούρου από αυτό ενός τσιγάρου, δεν μειώνει τα ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη. Ο κίνδυνος θανάτου είναι περίπου ο ίδιος με αυτόν από το κάπνισμα ενός τσιγάρου, ενώ το πιο σοβαρό στοιχείο είναι ότι ο καπνός ενός πούρου εμφανίζει στον καπνιστή του μεγαλύτερες συγκεντρώσεις τοξικών και καρκινογόνων ενώσεων. Επίσης, ο καπνός ενός πούρου μολύνει σε πολύ σημαντικό βαθμό τον αέρα ενός εσωτερικού χώρου, δημιουργώντας μικροσκοπικά νοσηρά λεπτά σωματίδια αιωρούμενα, αλλά και μονοξειδίο του άνθρακα, που είναι ιδιαίτερα επιβλαβή για την υγεία από την εισπνοή του. Συγκεκριμένα οι επιπτώσεις από την εισπνοή ενός πούρου στην υγεία έχουν ως εξής: καρκίνος του πνεύμονα, άνω αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος, βλάβες στο αγγειακό σύστημα και στο ενδοθήλιο των αρτηριών, μειώνοντας την ελαστικότητά τους και την ικανότητα διαστολής τους όταν είναι αναγκαίο (Τσαρούχας, 2007).

3.4.3 Ναργιλές

Ο ναργιλές ή αργιλές αποτελεί μία συσκευή καπνίσματος ασιατικής προέλευσης. Ο καπνός που εκπέμπει, ψύχεται προηγουμένως σε ύδωρ. Ο ναργιλές, όπως και το πούρο, τα τελευταία χρόνια καθίσταται όλο και περισσότερο της μόδας, βρίσκοντας απήχηση κυρίως σε νέους κατά βάση ανθρώπους. Η χρήση του ήταν μεγάλη αρχικά σε Αραβικές χώρες, Πακιστάν, Τουρκία και Ινδία (Cabrera, 2005).

Τον ναργιλέ απαρτίζουν διάφορα τμήματα. Ο καπνός ή τμήματα καπνού, καίγονται υπό τη βοήθεια κάρβουνου μέσα σε ένα πήλινο δοχείο που ονομάζεται λουλάς. Αρκετές φορές ενυπάρχουν φρούτα, αλκοόλ, ναρκωτικά κ.α.. Ο καπνός διαπερνά μία φιάλη νερού για την ψύξη και φιλτράρισμά του. Ύστερα συνεχίζει σε έναν μακρύ σωλήνα που ονομάζεται μαρκούτσι και οδηγεί τον καπνό στο στόμα του καπνιστή (Τσαρούχας, 2007).

Και με τον ναργιλέ όπως και με το πούρο, υπάρχει η πεποίθηση στις τάξεις των καπνιστών ότι οι επιπτώσεις του δεν είναι και ιδιαίτερα σοβαρές για την υγεία τους, όσο αυτές που επιφέρει το τσιγάρο. Ο καπνός ωστόσο του ναργιλέ αποτελείται από περισσότερη νικοτίνη, πίσσα, μονοξειδίο του άνθρακα και βαριά μέταλλα, ενώ οι διάφορες τοξικές χημικές ουσίες, δεν φιλτράρονται επαρκώς κατά το πέρασμά τους από το νερό του ναργιλέ (Τσαρούχας, 2007).

3.5 Καπνός και συστατικά

Ο καπνός χαρακτηρίζεται συχνά ως ένα κοκτέιλ με θανατηφόρες επιπτώσεις, αποτελούμενο από περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες, εκ των οποίων περίπου 50 με 70 είναι καρκινογόνες, ενώ άλλες 100 είναι τοξικές. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως αν έστω και μία από τις παραπάνω ουσίες τύχει να βρεθούν σε κάποιο τρόφιμο ή σε ποτό, τότε αυτό θα αποσύρονταν από την αγορά με συνοπτικές διαδικασίες. Ακολούθως, τίθεται το ερώτημα, πως ένα τέτοιου είδους λοιπόν προϊόν με αυτά τα χαρακτηριστικά δεν αποσύρεται από την αγορά εδώ και 400 περίπου χρόνια, όπως θα γινόταν και με κάποιο τρόφιμο ή ποτό. Στη φαρμακολογία είναι ευρέως γνωστά ως τοξικά, καρκινογόνα ακόμη και μεταλλαξιογόνα, τα παραγόμενα συστατικά κατά την καύση του καπνού. Τα καρκινογόνα συστατικά αποτελούνται από υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, N-νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ραδιενεργά στοιχεία. Περίπου 30, και κυρίως οι νιτρώδεις ενώσεις, χαρακτηρίζονται κατά κύριο λόγο ως καρκινογόνες (Τσαρούχας, 2007).

Οι τρεις ουσίες στις οποίες δίνεται έμφαση από την ιατρική έρευνα, είναι αυτές της νικοτίνης, της πίσσας και του μονοξειδίου του άνθρακα. Λίγο ύστερα από την έναρξη

παραγωγής τσιγάρων από βιομηχανίες, ξεκίνησε και η ελάττωση της περιεκτικότητάς τους σε καπνό. Επί παραδείγματι, τα τσιγάρα της δεκαετίας του 30', είχαν πολλαπλάσια περιεκτικότητα σε καπνό, από αυτά της δεκαετίας του 60'. Ακόμη, με την τοποθέτηση του φίλτρου στο ένα εκ των άκρων του τσιγάρου, ξεκίνησε η περαιτέρω κατακράτηση ουσιών επιβλαβών, που φτάνουν στον οργανισμό του ατόμου που καπνίζει. Στις μέρες μας, ένα τσιγάρο, αποδίδει στον καπνιστή του περίπου το ¼ της πίσσας και της νικοτίνης που έδιναν τα τσιγάρα της δεκαετίας του 30'. Πιο συγκεκριμένα, μια λεπτομερέστερη ανάλυση χημική του καιγόμενου τσιγάρου, ανέδειξε τα εξής ποσοστά: 8% σωματίδια νικοτίνης, 59% άζωτο, 14% διοξείδιο του άνθρακα, 3% μονοξείδιο του άνθρακα, 13% οξυγόνο, 2% άλλα αέρια και 1% ατμό (Τσαρούχας, 2007).

Άλλες ουσίες είναι η βενζοπυρήνη, η οποία κατά τη διάρκεια του μεταβολισμού είναι δυνατόν να μεταβληθεί σε περισσότερες από 40 διαφορετικές ουσίες που μπορούν να επιφέρουν ακόμη και μεταλλάξεις στο DNA, η ακετόνη (διαλυτικό), η αμμωνία (χημικό καθαριστικό), βενζόλιο (εύφλεκτο χημικό υγρό), κυάνιο (δηλητήριο), κάδμιο (εντοπίζεται στις μπαταρίες), υδροκυάνιο και φαινόλη (δηλητηριώδη υγρά) κ.α. (Μπεχράκης, 2016).

3.5.1 Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι η τρίτη στη κατάταξη των χημικών ουσιών με τη μεγαλύτερη εθιστική δύναμη, μετά την κοκαΐνη και την ηρωίνη (Τσαρούχας, 2007). Αποτελεί το κύριο αλκαλοειδές του καπνού, ενώ συναντάται σε όλα τα μέρη του φυτού, κατά κύριο λόγο στα φύλλα. Αξιοσημείωτο είναι να τονιστεί ότι αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ουσίες στις οποίες ανήκουν και τα γνωστά: κοκαΐνη, μορφίνη. Είναι ο πυρήνας αρκετών εντομοκτόνων αποτελώντας ουσία ιδιαίτερος τοξική (δηλητήριο). Παραλαμβάνεται απ' τα φύλλα του καπνού, έχοντας υφή ελαιώδη, οσμή άσχημη, πικρή γεύση και καυστική. Είναι άχρωμη, ωστόσο αν απελευθερωθεί στον αέρα ή επιδράσουν πάνω της ηλιακές ακτινοβολίες, τότε αφήνει κίτρινα στοιχεία οξειδωσης. Χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη λιποδιαλυτότητα, κάτι που της δίνει τη δυνατότητα διαπέρασης του φράγματος του δέρματος, καταστρέφοντας την λεία και στιλπνή, ροδόχρωμη επιδερμίδα. Απορροφάται πολύ εύκολα απ' τον βλεννογόνο που έρχεται σε επαφή, ιδιαίτερος με το βρογχικό

επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων, κάτι το οποίο και εξηγεί γιατί το τσιγάρο καθίσταται αμέσως αντιληπτό από τον καπνιστή. Καθώς περνάει στη κυκλοφορία του αίματος, η νικοτίνη που έχει απορροφηθεί, καταστρέφεται εν πολλοίς από το συκώτι, το υπόλοιπο ποσοστό νικοτίνης από διάφορα άλλα αμυντικά όργανα, ενώ ύστερα αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Επίσης, ένα τμήμα της νικοτίνης καταστρέφεται από την αυξημένη θερμοκρασία της καύσης του καπνού, ένα άλλο μέρος απομακρύνεται με τον καπνό λόγω πτητικότητας, ενώ όμως το μεγαλύτερο μέρος μένει στον καπνό που δεν έχει καταναλωθεί (Παπασωτηρίου, 1999).

Σε κάθε τσιγάρο, το ποσοστό της νικοτίνης δεν ανέρχεται ψηλότερα από το 2%. Ωστόσο, 5 μόλις εκατοστόγραμμα νικοτίνης, αρκούν για να επιφέρουν τον θάνατο λόγω αναπνευστικής και κυκλοφορικής παράλυσης. Πιο συγκεκριμένα, επιφέρει παράλυση του νευρικού συστήματος και μια επικίνδυνη μείωση του καρδιακού ρυθμού. Μετά από αλληπάλληλες και έντονες πιέσεις εξαιτίας της νικοτίνης, τα αιμοφόρα αγγεία καταλήγουν να χάνουν την ελαστικότητά τους και να φθείρονται, εξηγώντας γιατί δεν σπανίζουν στους καπνιστές, οι κυκλοφοριακές καρδιαγγειακές διαταραχές. Πρακτικά όμως, η ένταση των δυσχερειών αυτών, εξαρτάται και από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου-καπνιστή. Έτσι, κάποιοι καπνιστές απορροφούν υψηλότερες ποσότητες νικοτίνης χωρίς να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις, κυρίως λόγω του ότι διαθέτουν ένα υψηλό απόθεμα ενζύμων, που βρίσκεται στη θέση να «χωνέψει» ταχύτατα τα αλκαλοειδή. Αντιθέτως, κάποιοι καπνιστές με προδιάθεση σε αναπνευστικά νοσήματα, δεν έχουν την ικανότητα να αντιδράσουν αποτελεσματικά, ακόμα και στη μικρότερη ποσότητα της νικοτίνης. Συνεπώς και αυτό εξηγεί, γιατί ασθενείς όπως ασθματικοί, εμφυσηματικοί κ.α. πρέπει να αποφεύγουν οπωσδήποτε το κάπνισμα (Παπασωτηρίου, 1999).

3.5.2 Πίσσα

Η πίσσα είναι ένα μείγμα αρκετών ουσιών, προερχόμενων από την καύση του καπνού. Μέσα στη χημική αυτή ουσία εμπεριέχονται πλήθος καρκινογόνων ουσιών, επιδρώντας στον ανθρώπινο οργανισμό άμεσα ή έμμεσα. Άμεσα, στα κύτταρα των βλεννογόνων του αναπνευστικού συστήματος, ενώ έμμεσα ύστερα από την απορρόφησή

τους απ' το αίμα. Έχει χρώμα καφέ, μορφή σιροπιού, και αποτελεί την καρκινογόνο ουσία στους πνεύμονες και στο αναπνευστικό σύστημα. Είναι η ουσία η οποία δημιουργεί μια σκουρόχρωμη μαύρη επικάλυψη στις κυψελίδες και στους βρόγχους των πνευμόνων, αλλοιώνοντας το φυσιολογικό χρώμα των πνευμόνων σε σκουρόχρωμο. Αυτή η επικάλυψη δεν υποχωρεί και για αρκετά χρόνια αφότου ο καπνιστής απέχει από το κάπνισμα. Είναι η κύρια αιτία για τους καρκίνους ουροδόχου κύστης, λάρυγγα και τραχείας (Τσαρούχας, 2007).

3.5.3 Μονοξείδιο του άνθρακα

Το μονοξείδιο του άνθρακα περιλαμβάνεται στα αέρια. Αποτελεί ένα αέριο ιδιαίτερα βλαβερό, καθώς είναι δυνατόν να επιφέρει ακόμα και τον θάνατο σε πιθανότητα δηλητηρίασης. Για να επιβιώσει ένας άνθρωπος χρειάζεται οξυγόνο, αλλά όχι μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι σε έναν μη καπνιστή, τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα είναι μόλις 1%, ενώ τα επίπεδα σε έναν καπνιστή είναι 6%. Έχει την ικανότητα να μειώνει τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα, αφού φτάνει στους πνεύμονες εύκολα μαζί με τον καπνό, δεσμεύεται στην αιμοσφαιρίνη των ερυθρών αιμοσφαιρίων ακόμα και πιο εύκολα απ' ότι το οξυγόνο (Τσαρούχας, 2007).

Η παραγωγή του γίνεται κατά τη καύση του καπνού, σε υψηλό βαθμό μειώνει τη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς του οργανισμού, αφού απορροφάται από τους πνεύμονες. Η χρόνια δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα, προκαλεί αγγειακές βλάβες που караδοκούν για την παρουσία στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και εγκεφαλικών επεισοδίων. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται σχηματισμός ανθρακοαιμοσφαιρίνης, εμποδίζοντας τη δημιουργία οξυγονοαιμοσφαιρίνης (συστατικό που μεταφέρεται από το οξυγόνο), κάνοντας το να ζει κατά μεταφορικό τρόπο στη υψηλό υψόμετρο όπου απουσιάζει το οξυγόνο, μειώνοντας την ενέργειά του (Τσαρούχας, 2007).

3.6 Είδη καπνιστών

Ο όρος «καπνιστής» δεν περιλαμβάνει μόνο το άτομο το οποίο έρχεται σε άμεση επαφή με το τσιγάρο, εισπνέοντας τον καπνό του. Καπνιστής κατ' ουσίαν είναι κι ο άνθρωπος ο οποίος έρχεται σε έμμεση επαφή με τα συστατικά του καπνού. Η κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε καπνιστές και μη καπνιστές, έγινε με βάση τη διάκριση και τη δράση τους στο δημόσιο χώρο. Πέραν ωστόσο αυτού, η κατηγοριοποίησή τους προχώρησε ένα βήμα παραπέρα, αναλόγως με τα επίπεδα εξάρτησής τους, από την νικοτίνη (κύρια εξαρτησιογόνα χημική ουσία). Έτσι, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες καπνιστών:

A) ενεργητικοί καπνιστές (το άτομο το οποίο καπνίζει)

B) παθητικοί καπνιστές (έμμεση εισπνοή των συστατικών του καπνού από τυχόν ενεργό καπνιστή στον περιβάλλοντα χώρο) (Battle et al., 2015).

Πέραν ωστόσο αυτού, υπάρχει διάκριση και των ενεργών καπνιστών, με βάση τη διάσταση εξάρτησής του απ' τη κυριότερη ουσία του τσιγάρου, την νικοτίνη. Αυτή η διάκριση έχει ως εξής:

A) εθισμένοι καπνιστές (πλήρως εθισμένοι στην ουσία της νικοτίνης με παράλληλο «στερητικό σύνδρομο» εφόσον βρεθούν σε απόσταση από αυτήν για κάποιο χρονικό διάστημα).

B) τακτικοί καπνιστές (κάπνισμα ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά το διάστημα της εβδομάδας)

Γ) πειραματιζόμενοι καπνιστές (περιστασιακό κάπνισμα, συνήθως λόγω της περιστασης, όπως πάρτι, παρέα κ.α.)

Δ) γνώστες καπνιστές (είναι ενημερωμένοι για όλες τις πτυχές του καπνίσματος, ωστόσο αμφιταλαντεύονται για τη διακοπή του ή όχι (Shafey et al., 2009).

3.7 Παράγοντες ώθησης στο κάπνισμα

Στις μέρες μας, όλοι σχεδόν είναι γνώστες των συνεπειών του καπνίσματος για την υγεία τους, καθώς και των επικίνδυνων και βλαβερών ουσιών που περιέχει ο καπνός. Εντούτοις κάτι τέτοιο δεν δείχνει να τους πτοεί ιδιαίτέρως από το γεγονός να ανάψουν το επόμενο τους τσιγάρο ή πούρο. Για κανέναν καπνιστή δεν είναι όσο απλό φαντάζει, να απαντήσει στο εύλογο ερώτημα «γιατί καπνίζεις;» (Παπασωτηρίου, 1999).

Η μεγάλη πλειοψηφία των καπνιστών παγκοσμίως, συμφωνεί στο ότι καπνίζει αψηφημένα, χωρίς να σκέφτεται το τι προκαλεί στην υγεία του, το τι ουσίες περιέχει το προϊόν που δέχεται, τον λόγο που ανάβει το τσιγάρο. Απλά από συνήθεια, χωρίς καν να τους προκαλεί όπως αναφέρουν κάποιο αίσθημα απόλαυσης ή ικανοποίησης. Επικρατεί κατά το άναμα του τσιγάρου μια αρνητική ευχαρίστηση, αφού ανάβεται απλώς από συνήθεια. Αυτό γίνεται ακόμα και από μικρά παιδιά στην ηλικία των 11 ή των 12, είτε για να μιμηθούν τους μεγαλύτερους τους ηλικιακά, εκπληρώνοντας την πεποιθήσή τους ότι ωριμάζουν κατ' αυτό τον τρόπο ή δείχνουν απλά μεγαλύτεροι, είτε για να νιώσουν κάποιο κύρος. Κυρίως όμως οι άνθρωποι μέσω του καπνίσματος νιώθουν ή τουλάχιστον νομίζουν ότι καταπολεμούν στεναχώριες, άγχη, δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις, πιέσεις. Άλλοι έχει αναδειχθεί ότι καπνίζουν για μεγαλύτερη συγκέντρωση, κάποιοι άλλοι βλέπουν το τσιγάρο ως χαλαρωτικό μέσο, ενώ από αρκετούς καπνιστές προκύπτει ότι η επιλογή τους οφείλεται στην «ιεροτελεστία», δηλαδή στο να βγάλουν το τσιγάρο από το πακέτο του, να το ακουμπήσουν στο στόμα τους και να νιώσουν το άναμμά του. Στις τάξεις των εφήβων αποτελεί ένα σύμβολο επαναστατικότητας, απελευθέρωσης και ανεξαρτησίας. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι αρκετοί άνθρωποι ενώ στην καθημερινότητά τους δεν αποτελούν κανονικούς καπνιστές, εντούτοις όταν βρεθούν ανάμεσα σε μία παρέα ή σε μία οποιαδήποτε συνάντηση ανθρώπων, τότε αυτομάτως επιλέγουν ασυναίσθητα το άναμμα ενός τσιγάρου. Κι αυτό διότι έτσι αποκτούν μια μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ανάμεσα σε πολλούς, τους δίνει την δυνατότητα να πουν την άποψή τους με μεγαλύτερη επιθετικότητα. Εν τέλει, το μόνο ασφαλές συμπέρασμα για τα αίτια του καπνίσματος, είναι η εξαρτησιογόνος χημική ουσία της νικοτίνης, που καθιστά το άτομο ανήμπορο να το αποχωριστεί, όπως ακριβώς δρουν και οι ναρκωτικές ουσίες (Παπασωτηρίου, 1999).

Τα αίτια ώθησης στο κάπνισμα πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως εξής (Dal Maso et al., 2015):

- περιέργεια
- άγχος, στεναχώρια, πίεση
- αίσθημα του «ανήκειν» σε μία παρέα
- αίσθημα επαναστατικότητας, ανεξαρτησίας, ωριμότητας (από τους εφήβους)
- μίμηση συμπεριφοράς προτύπων κ.α.
- αίσθημα κύρους
- απουσία κρατικής παρέμβασης για τον περιορισμό του καπνίσματος
- διαφήμιση και ΜΜΕ (κύριος ρόλος των καπνοβιομηχανιών μέσω υπέρογκων χρηματικών ποσών για την προβολή των προϊόντων τους)
- κινηματογράφος και ταινίες

3.7.1 Διαφήμιση

Ο κυριότερος ίσως παράγοντας που παρακινεί τους ανθρώπους στο κάπνισμα, είναι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και η διαφήμιση. Η διαφήμιση θεωρείται πιο ισχυρός παράγοντας επιρροής ακόμη και από το περιβάλλον του μικρόκοσμου (οικογένεια) και του μεγάλου κόσμου (κοινωνία). Ερωτηθέντες σχετικά με τη διαφήμιση των τσιγάρων, εξήγησαν ότι καταφέρνουν και περνούν μια θετική εικόνα του καπνίσματος, χαρακτηρίζοντας το χαλαρωτικό και ευχάριστο ως συνήθεια. Οι καπνοβιομηχανίες που ποντάρουν τεράστια χρηματικά ποσά στη προβολή των προϊόντων τους, τελικά κερδίζουν τα πολλαπλάσια, βρίσκοντας απήχηση στους νέους, εκπληρώνοντας κατ' αυτό τον τρόπο τον σκοπό τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι τα ποσά που ποντάρουν οι καπνοβιομηχανίες στη διαφήμιση των προϊόντων τους, αγγίζουν το συγκλονιστικό ποσό των 2,5 δις δολάρια ανά έτος. Οι διαφημίσεις έχουν την ικανότητα να ρίχνουν εύκολα στην παγίδα νέους καπνιστές, μεταδίδοντάς τους έμμεσα (έμμεσες διαφημίσεις), ότι το τσιγάρο θα τους φέρει σε μεγαλύτερη καταξίωση, πιο κοντά στο ερωτικό τους απωθημένο κ.α.. (Παπασωτηρίου, 1999).

Ένας μύθος ο οποίος λαμβάνει χώρα στις τάξεις των διαφημίσεων με διακινητή τις γνωστές καπνοβιομηχανίες, είναι και η παραπλάνηση περί υγιέστερων light τσιγάρων.

Μύθος ο οποίος απαντάται από πολλές επιστημονικές μελέτες που αναδεικνύουν ότι τα light τσιγάρα, σε ουδεμία περίπτωση δεν είναι περισσότερο υγιή από τα κανονικά. Μάλιστα στην Αυστραλία, το θέμα έφτασε μέχρι και στα δικαστήρια, και το αποτέλεσμα ήταν ο καταδικασμός περί παραπλανητικής διαφήμισης (Τσαρούχας, 2007).

Στην δεκαετία του 1960 και έπειτα, οι κυβερνήσεις ξεκίνησαν έναν έλεγχο στις διαφημίσεις των τσιγάρων. Αποτέλεσμα ήταν οι καπνοβιομηχανίες να βρουν μία λύση με το πατρονάρισμα, έναν έμμεσο δηλαδή τρόπο διαφήμισης. Αφού προμοδότησαν μια τεράστια γκάμα από αθλήματα (αγώνες αυτοκινήτων, τένις, κρίκετ, μπιλιάρδο κ.α.), κατάφεραν εν τέλει να πετύχουν τον σκοπό τους ακόμη και με μεγαλύτερη μάλιστα επιτυχία. Συνδύασαν κατ' αυτό τον τρόπο την νομιμότητα με την προβολή των προϊόντων τους, μέσω της έμμεσης διαφήμισης. Επιπλέον οι καπνοβιομηχανίες έπειτα συνειδητοποίησαν ότι η έμμεση διαφήμιση μέσω αυτών των μεθόδων, τους απέφερε μεγαλύτερο κέρδος αφού το κόστος της έμμεσης διαφήμισης αποδείχθηκε πολύ μικρότερο από αυτή της άμεσης, με τα ίδια αποτελέσματα (Condon, 1990).

3.7.2 Κινηματογράφος και ταινίες

Ένας άλλος χώρος που διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο ώστε να καταστεί μόδα το τσιγάρο ήταν ο κινηματογράφος. Μάλιστα το τσιγάρο έκανε πληθώρα ταινιών επιτυχημένες. Έκανε τις γυναίκες πρότυπα με αυτό στο χέρι και τους άντρες σκληρούς. Το φαινόμενο, μεγάλοι ηθοποιοί στις οθόνες να ανάβουν τσιγάρα, είναι σύνηθες. Έρευνες απέδειξαν ότι η διαφήμιση του τσιγάρου κατ' αυτό τον τρόπο από τους ηθοποιούς, αύξησε τα ποσοστά καπνίσματος κυρίως στις εφηβικές ηλικίες. Η επίδραση της εικόνας στην διαμόρφωση της συνείδησης είναι καταλυτική. Οι νέοι άνθρωποι επηρεασμένοι από την εικόνα των μεγάλων σταρ του κινηματογράφου, των προτύπων τους, του μεγαλείου τους στην οθόνη με τα ιδιαίτερα αμάξια οι άντρες και με το στυλ τους οι γυναίκες, κρατώντας ένα τσιγάρο στο στόμα, οδηγεί τους ευάλωτους κυρίως εφήβους να τους μιμηθούν σε αυτό το οποίο έχουν την δυνατότητα, δηλαδή στο τσιγάρο (Παπασωτηρίου, 1999).

Πριν από την απαγόρευση του τσιγάρου σε διαφημίσεις, ο χρόνος που εμφάνιζε ηθοποιούς να χρησιμοποιούν τσιγάρο στον κινηματογράφο ήταν 1% της διάρκειας κάθε ταινίας. Μετά την απαγόρευση της παρουσίας καπνού στις διαφημίσεις, ο χρόνος παρουσίας τσιγάρου στις ταινίες ενδεκαπλασιάστηκε από αυτόν του 1%. Η έμμεση διαφήμιση στις ταινίες είχε πραγματικά απήχηση στον σκοπό της. Ερευνητές από τις Η.Π.Α. ανέδειξαν ότι το 4% του χρόνου μιας αμερικανικής ταινίας κατά την περίοδο 1991-1996 ήταν δοσμένος στο κάπνισμα. Κατά συνέπεια, όλες οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες, απαντώντας στις απαγορεύσεις των διαφημίσεων, πριμοδοτούν πακτωλούς χρημάτων σε κινηματογραφικές παραγωγές για την έμμεση προβολή των προϊόντων, γνωστή και ως γκριζα διαφήμιση (Τσαρούχας, 2007).

3.8 Επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία

Οι αρνητικές επιπτώσεις των συστατικών του είναι γνωστές για τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι θάνατοι που σχετίζονται άμεσα με τα συστατικά του τσιγάρου, είναι 2.000.000 τον χρόνο, ήτοι ένας θάνατος ανά 13 δευτερόλεπτα. Εφόσον η εξάπλωσή του συνεχιστεί με κοινούς ρυθμούς, υπολογίζεται ότι 10 εκατομμύρια άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους στα επόμενα 25 χρόνια. Η ζωή του καπνιστή ελαττώνεται περίπου 8-10 έτη από αυτή του μη καπνιστή (Nies & Melanie, 2011). Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου αφορά πλήθος νοσημάτων σε πεπτικό, νευρικό, αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα. Επιπτώσεις υπάρχουν ακόμη στην ανδρική και γυναικεία γονιμότητα, διαταραχές της μνήμης κ.α. (Τσαρούχας, 2007).

3.8.1 Επιπτώσεις στο πεπτικό σύστημα

Οι δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος, κάνουν την εμφάνισή τους στο όργανο του στομάχου. Με το κάπνισμα η νικοτίνη επιδρά στο στομάχι, ενώ σε πολλές περιπτώσεις καπνιστών είναι συχνές οι εμφανίσεις έλκους ή καρκίνου του οισοφάγου, του φάρυγγα, ή έλκους του δωδεκαδαχτύλου. Υπάρχουν και άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης των παραπάνω, αλλά το κάπνισμα με βάση έρευνες, θεωρείται ο

κυριότερος παράγοντας. Ακόμη το κάπνισμα δυσχεραίνει τη διαδικασία χώνεψης των τροφών (Παπασωτηρίου, 1999).

Από το κάπνισμα προσβάλλεται και το ήπαρ, το οποίο αποτελεί το χημικό εργαστήριο του οργανισμού του ανθρώπου, καθώς έχει την ικανότητα να «φιλτράρει» το αίμα, και να εξουδετερώνει τοξικές (δηλητηριώδεις) ουσίες του αίματος. Ο καπνός, με τη συνεχή εναπόθεση δηλητηριωδών ουσιών στο συκώτι, το αναγκάζει να υπερ-εργάζεται, με αποτέλεσμα να επέλθει υπερτροφία, ένα είδος κόπωσης και διαταραχές της λειτουργίας του. Η πάθηση στο ήπαρ, αποδεικνύεται από τη κιτρινωπή χροιά του δέρματος των καπνιστών, που είναι αποτέλεσμα δηλητηρίασης του αίματός τους. Καθιστώντας το ανίκανο να εξουδετερώσει όλες τις τοξικές ουσίες του τσιγάρου, τις αφήνει να διαπεράσουν στο αίμα, προκαλώντας εν τέλει καρκίνο του ήπατος, κάτι το οποίο αν επέλθει, δεν μπορεί να αναστρέψει οποιαδήποτε πιθανότητα επιβίωσης του πάσχοντα (Παπασωτηρίου, 1999).

Οι παθήσεις του εντέρου, δεν εκλείπουν απ' τις επιπτώσεις του καπνίσματος. Οι παθήσεις εκδηλώνονται κυρίως το πρωί με συχνές διάρροιες, συνηθέστερα με χρόνια δυσκοιλιότητα κάτι το οποίο οδηγεί το έντερο σε ερεθισμό και μόλυνση. Αυτό ανοίγει το δρόμο σε σοβαρότερες καταστάσεις, όπως σκωληκοειδίτιδα, καρκίνος ορθού του εντέρου κ.α. (Παπασωτηρίου, 1999).

Τέλος, οι επιπτώσεις βρίσκουν τόπο και στη στοματική κοιλότητα του καπνιστή. Συγκεκριμένα, η γλώσσα του καπνιστή που καταναλώνει κάθε μέρα περισσότερα από 20 τσιγάρα, εμφανίζει παθολογικές μεταβολές στις μυκητώδεις θηλές της γλώσσας με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η γεύση του καπνιστή και να υπάρχει ερεθισμός της στοματικής του κοιλότητας. Επιπλέον, στα δόντια παρουσιάζεται μια κιτρινωπή ουσία η οποία είναι ανθεκτική κατά την καθαριότητα των δοντιών, ευνοώντας την τερηδόνα (Παπασωτηρίου, 1999).

3.8.2 Επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα

Το κάπνισμα επηρεάζει τα νεύρα, και συντελεί στην αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του εγκεφάλου. Η κύρια βλαβερή ουσία του τσιγάρου, η νικοτίνη, διεγείρει το

κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας αρκετές νευρικές διαταραχές. Παρατηρείται λοιπόν στους καπνιστές: αϋπνία, συχνοί εφιάλτες, έντονος εκνευρισμός, άγχος, υποχονδρία (ακοινωνητο άτομο), εξασθένηση διανοητικότητας και θέλησης, απώλεια μνήμης. Η νικοτίνη επηρεάζει νευρικά κύτταρα, και αυτός είναι ο λόγος που οι καπνιστές που επιδιώκουν το άναμμα ενός τσιγάρου όταν θέλουν να νιώσουν κάποιο είδους τόνωσης (Παπασωτηρίου, 1999).

Ακόμη, επηρεάζει και την λειτουργία της όρασης, αφού αγγειογραφικές έρευνες απέδειξαν ότι επιφέρει σκλήρυνση των αγγείων του αμφιβληστροειδή, οδηγώντας χρόνο με τον χρόνο σε μείωση της όρασης. Καπνιστές ιδίως των κλειστών χώρων, υποφέρουν περισσότερο από επιπεφυκίτιδες και βλεφαρίτιδες (Παπασωτηρίου, 1999).

3.8.3 Επιπτώσεις στο αναπνευστικό σύστημα

Η κυριότερη και πιο επικίνδυνη συνέπεια του καπνίσματος όσον αφορά το αναπνευστικό σύστημα, είναι ο καρκίνος των πνευμόνων. Ο κάθε καπνιστής βρίσκεται αντιμέτωπος με τυχόν άμεση και ακαριαία προσβολή από καρκίνο των πνευμόνων. Αίτια είναι φυσικά η νικοτίνη, αλλά περισσότερο οι καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες (παράγονται κατά τη διάρκεια της καύσης του τσιγάρου και ιδίως απ' το τσιγαρόχαρτο). Η νικοτίνη αρχικά, αρκεί και μόνο μία ενδοφλέβια έγχυση στον άνθρωπο 2-3 τσιγάρων αθροιστικά, για να οδηγήσει σε ακαριαίο θάνατο. Το συστατικό που είναι κατά κύριο λόγο ανήσυχο στη περίπτωση του καρκίνου των πνευμόνων, είναι οι καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες. Ο πιο βλαβερός είναι το βενζοπυρήνιο. Η ουσία έχει δοκιμαστεί σε πειραματόζωα και επέφερε καρκίνο στους πνεύμονες. Πέραν ωστόσο του καρκίνου των πνευμόνων, το κάπνισμα προκαλεί και εμφύσημα, χρόνια βρογχίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενώ συντελεί αρνητικά όταν υπάρξει προδιάθεση εμφάνισης άσθματος.

Ο καπνιστής στις περισσότερες των περιπτώσεων καθίσταται η φωνή του βραχνή και βαριά καθώς τα στοιχεία του καπνού επιδρούν στον βλεννογόνο της μύτης, έπειτα στον λάρυγγα, την τραχεία και τους βρόγχους. Ο καπνιστής εμφανίζει πάντα βαθύ βήχα

με συνύπαρξη συνεχών πτυέλων. Ακόμη έχει αποδειχτεί ότι ευνοεί την εμφάνιση φυματίωσης (Παπασωτηρίου, 1999).

3.8.4 Επιπτώσεις στο κυκλοφορικό σύστημα

Το κάπνισμα αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα καρδιαγγειακών παθήσεων. Είναι βασικός κίνδυνος για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου που αποτελεί την πρώτη αιτία πρόωρου θανάτου παγκοσμίως. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα όπου ένας άνθρωπος που υπέστη οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (κυριότερη εκδήλωση στεφανιαίας νόσου), ο γιατρός του απαγορεύει οπωσδήποτε κάθε επαφή με το τσιγάρο (παθητική ή ενεργή) εάν επιθυμεί την επιβίωσή του. Αξιοσημείωτο είναι το στατιστικό στοιχείο κατά το οποίο οι καπνιστές έχουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από αιφνίδιο θάνατο λόγω καρδιακών αιτιών, από τους μη καπνιστές.

Το κάπνισμα ακόμη συντελεί στην άνοδο της αρτηριακής πίεσης (υπέρταση). Είναι δυνατόν να προκαλεί σύσπαση των αγγείων της καρδιάς, κάτι το οποίο οδηγεί σε στένωση των αρτηριών και έμφραγμα μυοκαρδίου (Παπασωτηρίου, 1999).

3.8.5 Επιπτώσεις στη γονιμότητα

Η χρήση φύλλων καπνού, έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη προσπάθεια κάθε ζευγαριού να τεκνοποιήσει. Το κάπνισμα είναι γνωστός εχθρός της γονιμότητας και της αναπαραγωγικής λειτουργίας. Έρευνες καταλήγουν σε βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στις ωοθήκες των γυναικών αναλόγως με τον βαθμό εξάρτησής τους από το τσιγάρο. Επέρχεται επιρροή στην παραγωγή των οιστρογόνων και καθιστούν τα ωάρια περισσότερο ευπαθή σε γενετικές ανωμαλίες. Η πρόωρη εμμηνόπαυση σχετίζεται άμεσα με την χρήση καπνού απ' τις γυναίκες. Μετά ωστόσο και από την σύλληψη, το κάπνισμα απαγορεύεται, καθώς οι επιπτώσεις του αφορούν και την υγεία του εμβρύου.

Στον ανδρικό πληθυσμό οι σχέσεις καπνίσματος και στείρωσης δεν είναι στον ίδιο βαθμό εμφανής. Οι άνδρες καπνιστές δύο ή τριών πακέτων ανά ημέρα, παρουσιάζουν αυξημένες ανωμαλίες στη κινητικότητα και το σχήμα των

σπερματοζωαρίων. Πέραν αυτού, κάθε άνδρας καπνιστής ενός ή περισσότερου πακέτων τσιγάρα ανά ημέρα, εμφανίζουν ένα ποσοστό του 39% περισσότερες πιθανότητες από έναν μη καπνιστή, για σεξουαλική ανικανότητα λόγω στυτικής δυσλειτουργίας (Τσαρούχας, 2007).

3.8.6 Επιπτώσεις στην οικονομία

Το κάπνισμα πέρα από τις επιπτώσεις στην υγεία κάθε ατόμου, έχει και στα οικονομικά του. Το κάπνισμα καταλήγει να στοιχίζει αθροιστικά κάθε μήνα, έτος ή χρόνια υπέρογκα ποσά. Ποσά τα οποία θα καταλήξουν να αφήνουν ακάλυπτες βασικές ανάγκες του ανθρώπου (οικογενειακές κ.α.), εξαιτίας μιας εξάρτησής του. Χαρακτηριστικός είναι ο μέσος υπολογισμός ενός καπνιστή, ο οποίος αναδεικνύει το ποσό των 800 ευρώ ανά έτος για τις αγορές τσιγάρων, ήτοι ένας μέσος μηνιαίος μισθός (Τσαρούχας, 2007).

Οι επιπτώσεις συναντούν και την οικονομία κάθε κράτους. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, η κρατική φροντίδα για τα νοσήματα που προκαλούνται απ' το κάπνισμα, ανέρχεται σε ποσοστό 0,1-1,1%. Κατ' επέκταση, παρατηρείται εξαιτίας του καπνίσματος απουσία απ' την εργασία, άρα μειωμένη παραγωγική δύναμη, και εξασθένηση της κρατικής οικονομίας (Τσαρούχας, 2007).

3.9 Νομοθεσία για το κάπνισμα

Οι λόγοι που πραγματικά επήλθε μια αντικαπνιστική νομοθεσία ανά τα κράτη του κόσμου, δεν είναι κατά βάση οι βλαβερές επιπτώσεις που έχει ο καπνός στην υγεία των καπνιστών. Επί παραδείγματι, στην Ελλάδα από το 1856 (πριν την έναρξη παραγωγής βιομηχανοποιημένων τσιγάρων) και υπό τον βασιλέα Όθωνα, μπήκε υπογραφή στο Βασιλικό Διάταγμα, που επέφερε την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα δημόσια γραφεία και σε όλων των ειδών τα καταστήματα. Ο λόγος για αυτό ήταν ο γνωστός κίνδυνος της πυρκαγιάς που ελλοχεύει το τσιγάρο, καθώς σύμφωνα και με την

Πυροσβεστική Υπηρεσία, αποτελεί το κύριο αίτιο πυρκαγιάς στον χώρο της Ελλάδας (Γερουλάνος, 2008). Σε πολλές μάλιστα βιομηχανίες ιδιαίτερα σήμερα, το κάπνισμα απαγορεύεται ρητώς, καθώς υπάρχει σοβαρός και άμεσος κίνδυνος πυρκαγιάς. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι εξαιρετικά προσεκτικές στην τήρηση της νομοθεσίας σε υψηλού κινδύνου για πυρκαγιές βιομηχανίες, όπου υπάρχουν δηλαδή εύφλεκτες χρωστικές και χημικές ουσίες. Ένα θλιβερό γεγονός του κινδύνου πυρκαγιάς λόγω του τσιγάρου, αποτελεί ένα τραγικό συμβάν τον Μάιο του 1985 στο ποδοσφαιρικό γήπεδο της Bradford City, όπου λόγω ενός πεταμένου αναμένου τσιγάρου, αποτέλεσμα ήταν ο θάνατος 56 ατόμων, από πρόκληση μιας τρομερής πυρκαγιάς ολόκληρης της εξέδρας (Condon, 1990).

Νόμοι που αφορούν την απαγόρευση του τσιγάρου, υπάρχουν περίπου 150 χρόνια. Νόμοι που υφίστανται μέχρι και στις μέρες μας από το μακρινό 1856, -όπως απαγόρευση καπνίσματος σε κάθε είδους μεταφορικό μέσο, απαγόρευση καπνίσματος σε νοσηλευτικά ιδρύματα και σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, απαγόρευση καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς χώρους αλλά και σε όλους τους δημόσιους χώρους- απλά αγνοήθηκαν. Ως εξαίρεση, μόνο ο νόμος για απαγόρευση σε αεροπορικές πτήσεις τηρήθηκε πιστά. Ο λόγος ήταν οι ξένες εταιρείες που εφάρμοσαν αυστηρά τον νόμο, κι αυτό διότι η συνεχής αλλαγή φίλτρων στα αεροπλάνα, τους κόστιζε υπερβολικά χρηματικά ποσά (Γερουλάνος, 2008).

Το κράτος θα μπορούσε να υποπτευτεί ο καθένας ότι πράττει μια ηθελημένη σιγή στην αντικαπνιστική νομοθεσία, κι αυτό διότι τα έσοδα που εισπράττει από το τσιγάρο και τη κατανάλωσή του είναι πραγματικά υπέρογκα. Αξίζει να αναφερθεί οτι τα τσιγάρα μαζί με το πετρέλαιο, αποτελούν τα υψηλότερα έσοδα απ' τη φορολογία του κράτους μας, με ένα ποσό 300-400% της φορολογίας σε σχέση με το ψωμί και άλλα τρόφιμα που είναι το 6%. Πέραν ωστόσο αυτού, θα πρόκυπτε από την πλήρη διακοπή του, ένα κοινωνικό πρόβλημα, καθώς υπάρχουν πληθώρα επαγγελμάτων που βασίζονται στον καπνό (αγρότες, εργάτες, μεταφορείς, βιομηχανίες καπνού και χαρτιού, συσκευασιών κ.α.). Η λύση που βλέπει το κράτος είναι να θέτει συνεχώς αυξήσεις φόρων, με αποτέλεσμα να επέρχεται περιορισμός στη χρήση καπνού αλλά παράλληλα να εισπράττει τα ίδια ποσά φόρων. Στατιστικά, τα ποσά ημερησίως σε προπληρωμένη φορολογία,

ανέρχονται σε 2,5 εκατομμύρια ευρώ μόνο στην Ελλάδα, και ανά έτος 1 δις ευρώ. Ήδη μάλιστα στα κράτη της Ευρώπης, η τιμές είναι σχεδόν διπλάσιες, αφού κυμαίνονται από 5 έως 8 ευρώ ανά πακέτο (Γερουλάνος, 2008).

Στις Η.Π.Α., τα πράγματα αληθινά διαφέρουν ριζικά. Στην Αμερική σύμφωνα με τα λεγόμενα πλέον όλων των επισκεπτών, η νομοθεσία και η τήρησή της, έχει οδηγήσει τους λίγους καπνιστές σε δημόσιους χώρους να είναι ένα προϊόν υπό πλήρη υποτίμηση, αφού είναι απομονωμένοι σε ελάχιστα σημεία στα οποία επιτρέπεται να καπνίσουν. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Καλιφόρνια, στην οποία κυριολεκτικά δεν επιτρέπεται το κάπνισμα πουθενά, παρά μόνο στο σπίτι του καπνιστή όπου έχει την ελευθερία να κάνει ο, τι επιθυμεί προσωπικά. Στις Η.Π.Α., η νομοθεσία περί απαγόρευσης του καπνίσματος είναι σε τέτοιο βαθμό αυστηρή, ώστε μεγάλες καπνοβιομηχανίες, έρχονται αντιμέτωπες με μεγάλα και εξοντωτικά πρόστιμα, και ευρύτερα ένα «κυνηγητό» από τις κυβερνήσεις και τα αμερικανικά δικαστήρια. Αίτια είναι συνήθως η παραπλάνηση του καταναλωτικού κοινού, και η έλλειψη σωστής ενημέρωσής του για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος (Τσαρούχας, 2007).

Στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, τα δεδομένα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Στην Γαλλία, από το 2007, οι δημόσιοι χώροι είναι άνευ καπνού δια νόμου. Οι απαγορεύσεις έχουν να κάνουν με όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους που απαρτίζονται από άτομα ή χώρους εργασίας, όλων των ειδών μέσα μεταφοράς, όλους τους χώρους σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια σχολεία. Σύμφωνα με έρευνες στη Γαλλία μάλιστα, 3 στους 4 ενήλικους, βρίσκονται στο πλευρό των παραπάνω νόμων. Στη Γερμανία υπάρχει συμφωνία από τον Μάρτιο του 2007, για γενική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα εστιατόρια, με μόνη εξαίρεση τα σε μεγάλη κλίμακα ευρύχωρα κτίρια, όπου κι εκεί όμως οι καπνιστές είναι απομονωμένοι σε ξεχωριστούς χώρους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα πράγματα είναι ακόμη πιο αυστηρά. Η απαγόρευση αφορά όλα τα δημόσια μέρη, ωστόσο όσοι δεν τηρούν τον νόμο, έρχονται αντιμέτωποι με τσουχτερά χρηματικά πρόστιμα ύψους 50 λιρών. Ακόμη, σε επιχειρήσεις, μπαρ, εστιατόρια, καφέ κ.α. τα πρόστιμα φτάνουν τις 2.500 λίρες (Τσαρούχας, 2007).

3.10 ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καπνίσματος

Οι επαγγελματίες υγείας και κατά κύριο λόγο οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να βρίσκονται σε πλήρη ενημέρωση για όλες τις πτυχές του καπνίσματος, γνωρίζοντας συνάμα τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθήσουν απέναντι στους ασθενείς του για την αντιμετώπισή του. Ο κοινοτικός δε νοσηλευτής, χρειάζεται να κατέχει εκπαιδευτικό ρόλο, ώστε να καθίσταται ικανός να πραγματοποιεί συνέδρια και ημερίδες για την ενημέρωση και την διδασκαλία των πολιτών. Επιπροσθέτως, κάτι το οποίο είναι ο βασικότερος παράγοντας για την αποτροπή τέτοιου είδους φαινομένων όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση το κάπνισμα, είναι η πρόληψη πριν την εμφάνιση του φαινομένου. Αυτή η πρόληψη μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια του σχολικού νοσηλευτή, ο οποίος θα δρα στο χώρο του σχολείου, μέσα από μία μεθοδική και σχεδιασμένη ενημέρωση προς τους μαθητές για τις αρνητικές και βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος για την υγεία και τη ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Η δράση του σχολικού νοσηλευτή θα πρέπει να είναι ενεργητική και όχι παθητική, δίνοντας το παρόν σε καμπάνιες ενημέρωσης των πολιτών καθώς και σε μέσα μαζικής ενημέρωσης (Nikolaou, 2014). Οι σχολικοί είναι σε θέση να επέμβουν για την αποτροπή χρήσης καπνού. Οι άνθρωποι αποδεδειγμένα, ξεκινούν το κάπνισμα κατά τα χρόνια του γυμνασίου. Είναι λοιπόν απαραίτητες οι κατάλληλες ενέργειες σ' αυτόν το χρόνο για την μετέπειτα αποτροπή και πρόληψη του φαινομένου, από τις στοχευμένες παρεμβάσεις του σχολικού νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον (Nies & McEwen, 2011).

Η πρόληψη αποτελεί σημαντικότερη παράμετρο από την θεραπεία όσον αφορά τους υγειονομικούς στόχους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέσπισε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές επί τούτου, οι οποίοι συνοψίζονται ως εξής (Rowa-Dewar & Ritchi., 2015):

- η εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα, πρέπει να διδάσκεται ως μέρος του ευρύτερης εκπαίδευση της υγείας
- τα πλεονεκτήματα του μη καπνιστή, πρέπει να αναφέρονται εντονότερα από τις βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του καπνιστή

- η ενημέρωση των παιδιών για θέματα σχετικά με την υγεία, πρέπει να έχει αφετηρία κατά τα χρόνια της δημοτικής εκπαίδευσης, και να συνεχίζεται κι έπειτα, ώστε να υπενθυμίζονται συνεχώς τα μηνύματά της
- ο σχολικός νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται σωστά πριν αναλάβει την αγωγή των παιδιών επί του θέματος
- ο νοσηλευτής θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή συνεργασία με την εκπαιδευτική αρχή, ώστε να ετοιμάζουν από κοινού διδακτικό και προγραμματικό υλικό που αφορά τους κινδύνους του καπνίσματος.

3.11 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του καπνίσματος

Ο νοσηλευτής κατά την προσπάθειά του για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με τον καπνιστή και να του παρέχει ψυχολογική υποστήριξη. Πρέπει να του διευκρινίζει τα πλεονεκτήματα που θα αποκτήσει εφόσον αφήσει μακριά του το τσιγάρο. Χρειάζεται να ρωτάει στοχευμένα σχετικά με τις συνήθειες του καπνίσματος, εκτιμώντας κατ' αυτό τον τρόπο τη χρήση του, όπως: «χρησιμοποιείται καπνό;», «τί είδους καπνό (πούρα κ.α.);», «πόσο συχνά καπνίζετε;», «σας πέρασε η ιδέα της διακοπής του;». Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλευσει τον καπνιστή ως ειδικός για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, αλλά και τον οικογενειακό του περίγυρο (γονείς, φίλους κ.α.) με στόχο την παρότρυνσή του για διακοπή. Συμβουλευοντάς τον, ο νοσηλευτής χρειάζεται να του αναφέρει επί παραδείγματι ιστοσελίδες και μέσα διακοπής καπνίσματος ως υποβοήθηση, να τον ενθαρρύνει για την αποχή του από το κάπνισμα και για την ορθή του ενημέρωση (Silmerson & Hackbarth, 2017).

Πλήθος μελετών έχουν δείξει ότι ενώ οι παρεμβάσεις στον τομέα της νοσηλείας είναι πλήρως αποτελεσματικές όσον αφορά την αντιμετώπιση του καπνίσματος, εντούτοις το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι πλήρως καταρτισμένο αλλά ούτε συμμετοχικό στις διαδικασίες αντιμετώπισης του καπνίσματος. Πρέπει να ενθαρρύνονται και να εκπαιδεύονται οι νοσηλευτές για την συμμετοχή τους σ' αυτές τις διαδικασίες μέσω του πλαισίου: ρωτήστε, συμβουλευέστε, αξιολογήστε, βοηθήστε, οργανώστε. Πιο

συγκεκριμένα συνίσταται μια σειρά 5 παρεμβάσεων γνωστών ως «5α» (Mak et al., 2018):

- *Ερώτηση*: οι νοσηλευτές πρέπει να ρωτάνε με κάθε επίσκεψη στη κλινική αν είναι το άτομο/ο ασθενής καπνιστής
- *Συμβουλή*: Οι νοσηλευτές πρέπει να παροτρύνουν τον καπνιστή για απεξάρτηση από το τσιγάρο και να τον βοηθούν στον στόχο για διακοπή του καπνίσματος. Χρειάζεται να διευκρινιστούν οι βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου για τον οργανισμό και την υγεία του ασθενή και τα οφέλη που θα αποκομίσει ο ίδιος με την διακοπή του, όσον αφορά την ποιότητα της ζωής του, ακόμη και το οικονομικό βάρος που επιφέρει στην τσέπη του. Το άτομο/ο ασθενής πρέπει να διαβεβαιώνεται ότι η νοσηλευτική ομάδα θα βρίσκεται στο πλευρό καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής ώστε να μην αισθάνεται μόνος κατά την προσπάθειά του.
- *Αξιολόγηση/εκτίμηση*: Αξιολόγηση της χρήσης καπνού από το άτομο/τον ασθενή μέσα από ερωτήσεις όπως, «χρησιμοποιείται καπνό;», «τί είδους καπνό (πούρα κ.α.);», «πόσο συχνά καπνίζετε;», «σας πέρασε η ιδέα της διακοπής του;». Ο νοσηλευτής εδώ πρέπει να διερευνήσει αν έχει ή όχι σκεφτεί ο καπνιστής να διακόψει το κάπνισμα.
- *Βοήθεια*: Πρέπει να βρεθούν οι επιλογές που είναι διαθέσιμες για την απεξάρτηση από το κάπνισμα και στη συνέχεια η παρουσίασή τους. Η νοσηλευτική ομάδα θα πρέπει να μεριμνήσει για την στήριξη του ατόμου/του ασθενή σε τυχόν συμπτώματα, όπως στερητικό σύνδρομο, αύξηση σωματικού βάρους κ.α.. Επίσης με ιατρική επίβλεψη συνίσταται η λύση της φαρμακοθεραπείας.
- *Οργάνωση*: Συνεχής έλεγχος του ασθενή για τη πορεία της προσπάθειάς του. Ανταμοιβή μετά την αποχή και στήριξη κατά την υποτροπή.

Παρά όμως την παρουσία των παραπάνω 5 παρεμβατικών σημείων, έχει αποδειχθεί με βάση ποσοτικές μελέτες που συμμετείχαν νοσηλευτές, ότι εμφανίζονται φραγμοί και παρεκκλίσεις, που καθιστούν μετ' εμποδίων την επίτευξη του στόχου μέσα απ' τις παραπάνω παρεμβάσεις. Οι φραγμοί προσέγγισης και υιοθέτησης των «5α», έγκειται στον γενικότερο σκεπτικισμό των νοσηλευτών όσον αφορά την

αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και στην έλλειψη δεξιοτήτων σχετικά με την παροχή συμβουλών (Katz et al., 2016).

Για την αντιμετώπιση των εμποδίων αυτών στην πρακτική του πλαισίου 5α, έχουν θεσπιστεί κάποιες στρατηγικές κατευθυντήριες γραμμές που πρέπει να ενσωματώνονται στη ροή εργασίας των νοσηλευτών. Αυτές είναι οι εξής (Holman et al., 2013):

- Οι νοσηλευτές της μονάδας επιβάλλεται να λαμβάνουν πλήρη εκπαίδευση του πλαισίου 5α, με ακαδημαϊκές λεπτομέρειες και εξατομικευμένες οδηγίες
- Ηλεκτρονικό «σχολείο» για την εκμάθηση της χρήσης 5α
- Εξασκήσεις ρόλων
- Επιτόπου οδηγίες για έναν ή δύο νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της αποστολής τους
- Για να αυξηθεί η συνειδητοποίηση της παρέμβασης του 5Α, τοποθέτηση αφισών σε κάθε δωμάτιο νοσηλείας
- Για να διευκολυνθεί η συνταγογράφηση της φαρμακοθεραπείας που έχει εγκριθεί από τους ιατρούς του νοσοκομείου, ηλεκτρονικές «γρήγορες παραγγελίες» για τα φάρμακα αυτά (με προγεμισμένη δόση, διάρκεια και οδηγίες ασθενούς).
- Χορήγηση από τους νοσηλευτές υλικών αυτοβοήθειας σχετικά με την παύση του καπνίσματος και εν συνεχεία επικοινωνία τηλεφωνική μαζί τους 72 ώρες μετά την έξοδό τους απ' το νοσοκομείο.

Ένας σωστός νοσηλευτής επιβάλλεται να είναι γνώστης του ιστορικού του ατόμου, του περιβάλλοντός του καθώς και των προγραμμάτων περίθαλψης εθισμένων ασθενών. Κάποιες επιπλέον σύντομες παρεμβάσεις είναι ικανές να επηρεάσουν θετικά τις προσπάθειες των καπνιστών να αλλάξουν συνήθειες. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι γνωστές με το ακρωνύμιο διευκόλυνσης «FRAMES» (Stanhope & Lancaster, 2014):

- Feedback - Ανατροφοδότηση (παροχή άμεσων πληροφοριών σχετικά με τη πρόκληση φθοράς από τη χρήση)
- Responsibility - Υπευθυνότητα (αναφορά στην προσωπική ευθύνη για την εξέλιξη της αλλαγής)

- Advice - Συμβουλή (παροχή συμβουλών για την αλλαγή συμπεριφοράς)
- Menu - Προτάσεις εναλλακτικών επιλογών (παροχή πολλαπλών επιλογών σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς)
- Empathy - Εμπάθεια (αντιμετώπιση ατόμου με ειλικρινή ενδιαφέρον, κατανόηση)
- Self-efficacy - Αυτοαποτελεσματικότητα (παρότρυνση και πίστη στις ικανότητες αλλαγής)

Αφού ακολουθηθούν οι παραπάνω προσταγές, τότε το έργο του νοσηλευτή συνεχίζεται, καθώς πρέπει εποπτεύει της πορείας του ατόμου, συντονίζοντας τις παραπομπές. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να εποπτεύει και να διαχειρίζεται τυχόν δυσμενείς καταστάσεις στον οίκο του ατόμου, λόγω των συνεπειών που επιφέρουν οι αλλαγές. Τυχόν υποτροπές θα πρέπει να διαχειρίζονται ορθώς, τονίζοντας και εξηγώντας πως τέτοιου είδους επιπλοκές της αλλαγής είναι φυσιολογικές σε ασθενείς, χωρίς να πρέπει να καθιστούν εμπόδια στην συνέχεια της προσπάθειας για απεξάρτηση και αλλαγή (Stanhope & Lancaster, 2014).

Στις Η.Π.Α. ποσοστό μεγαλύτερο του 70% των καπνιστών, επιθυμεί την διακοπή του, ωστόσο ο εθισμός στη νικοτίνη που είναι η πλέον γνωστή χημική εξάρτηση δεν τους επιτρέπει την επίτευξη των επιθυμιών τους. Η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου, προτείνει κάποια στάδια για την διακοπή του καπνίσματος, τα οποία οφείλει να είναι γνώστης κάθε νοσηλευτής, ο οποίος βρίσκεται σε θέση να βοηθήσει κάποιον ασθενή εθισμένο στο τσιγάρο. Τα βήματα-συμβουλές της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου για την διακοπή του καπνίσματος είναι τα εξής (Malone et al., 2018):

A) Να λάβει την απόφαση ο καπνιστής για την διακοπή του καπνίσματος. Κάθε είδους αλλαγή είναι τρομακτική, οπότε η διακοπή του τσιγάρου αποτελεί μια ριζική τομή - αλλαγή που ενέχει μακροχρόνια δέσμευση

B) Να διαλέξει ο καπνιστής κάποια ημερομηνία κατά την οποία θα ακολουθήσει ένα πρόγραμμα (να σημειώσει την ημερομηνία στο ημερολόγιό του, να προβεί σε ενημέρωση του φιλικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος και να ζητήσει τη συμπαράσταση και την στήριξή τους, να διώξει μακριά από το σπίτι του κάθε είδους υλικό σχετικό με το κάπνισμα όπως τασάκια, τσιγάρα, προϊόντα καπνού κ.α., να αναζητήσει στοματικά

υποκατάστατα όπως τσίγλες χωρίς ζάχαρη, καραμέλες και λεπτές λωρίδες καρότου, να λάβει αποφάσεις για ένα πρόγραμμα της αρεσκείας του και να προετοιμαστεί γι' αυτό, να εξασκηθεί μέσω της φράσης «ευχαριστώ, δεν καπνίζω», να ανατρέξει στις παλαιότερες προσπάθειες διακοπής και να εξετάσει τι πήγε καλά και τί όχι, αν να λάβει bupropion, varenicline, να λάβει αγωγή καθημερινά για όλη τη βδομάδα μέχρι τη διακοπή).

Γ) Να αντιμετωπίσει ο καπνιστής στερητικά σύνδρομα που είναι κύρια επιπλοκή της όλης διαδρομής (αποφυγή πειρασμών, αλλαγή συνηθειών π.χ. περπάτημα κατά τις περιόδους άγχους ή κατά τα διαλείμματα, αν διακατέχεται από την ανάγκη ανάμματος τσιγάρου, δώστε δέκα λεπτά στον εαυτό του πριν προβεί σε κάποια λάθος ενέργεια, αφού η παρόρμηση αυτή περνάει σε αυτό ακριβώς το διάστημα).

Δ) Η αποχή από τον καπνό είναι μια μακρά διαδικασία. Αρκετοί πρώην καπνιστές αισθάνονται την επιθυμία ή την ανάγκη να καπνίσουν μετά από βδομάδες, μήνες, ακόμη και χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος. Η αντιμετώπιση αυτών των τάσεων είναι πραγματικά δύσκολη αλλά τρόποι αντιμετώπισης ή παρεμπόδισης υπάρχουν (να ανατρέξουν με τη σκέψη τους στους λόγους και τους αγώνες για τη διακοπή κατά την έναρξη, απλά καταπνίξτε κάθε επιθυμία για επαφή με το τσιγάρο).

Τέλος, τα ποσοστά καπνίσματος σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες είναι μεγαλύτερο (περίπου δύο φορές) από τα υπόλοιπα άτομα. Κατά συνέπεια εμφανίζουν πλήθος καρδιαγγειακών παθήσεων. Απαιτούνται περαιτέρω ξεχωριστές έρευνες σχετικά με παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, λόγω και της ιδιαιτερότητάς της κατάστασής τους (Malone et al., 2018).

3.12 Συμπεριφορά νοσηλεύτη στο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση του καπνίσματος

Παρά την υπάρχουσα νομοθεσία που απαγορεύει το κάπνισμα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, κάτι τέτοιο δεν υφίσταται και στη πράξη. Μελέτες απέδειξαν ότι είναι αυξημένα τα ποσοστά καπνίσματος τόσο των νοσηλευτών όσο και των γιατρών. Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του καπνίσματος από τους ασθενείς, δεν θα πρέπει να έρχονται σε επαφή με αυτό, πόσο δε σε χώρους

παροχής υπηρεσιών υγείας, ώστε να μην παραδειγματίζουν αρνητικά τους υπόλοιπους καπνιστές ή μη. (Vardavas et al., 2009).

3.13 Γνώσεις του νοσηλευτή για τη φαρμακοθεραπεία του καπνίσματος

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι αρκετές φαρμακοθεραπείες είναι αποτελεσματικές στην διακοπή του καπνίσματος. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τις κατηγορίες φαρμάκων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από την νικοτίνη. Οι πιο ευρέως γνωστές κατηγορίες είναι οι εξής (Faulkner et al., 2015):

- Υποκατάστατα νικοτίνης: τσίγλα νικοτίνης, δερματικά επιθέματα (διαθέσιμα χωρίς ιατρική συνταγή), ρινικό σπρέι, εισπνεόμενα.
- Βαρενικλίνη: μερικός συναγωνιστής της νικοτίνης που καταπολεμά τα συμπτώματα της απόσυρσης
- Βουπροπιόνη: αντικαταθλιπτικό που δρα παράλληλα, μειώνοντας τα αισθήματα απόσυρσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με το κάπνισμα και τον ρόλο που είναι σε θέση και διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπισή του από τους ασθενείς και τη κοινότητα.

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και η ανάδειξη του φαινομένου του καπνίσματος (ιστορική αναδρομή, επιδημιολογία, συστατικά καπνού, επιπτώσεις στην υγεία κ.α.), καθώς και ο ρόλος που είναι σε θέση να διαδραματίσει ο νοσηλευτής για την πρόληψη και την αντιμετώπισή του από την κοινότητα και τους ασθενείς του.

4.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

4.2.1 Στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας έλαβε χώρα ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med και Scopus . Σε όλες τις βάσεις από κοινού επιλέχθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά: smoking, nurse role..

Στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pub Med, χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος αναζήτησης: smoking AND nurse role και ανακτήθηκαν 819 αποτελέσματα. Στη συνέχεια με τη χρησιμοποίηση του φίλτρου κλινικής δοκιμής (clinical trial), τα αποτελέσματα περιορίστηκαν σε 48. Έπειτα με το φίλτρο των ελεύθερων και ολοκληρωμένων κειμένων (free full text) τα αποτελέσματα έφτασαν τα 11, και εν τέλει ως φίλτρο επιλέχθηκε μελέτες που έλαβαν χώρα τα τελευταία 10 χρόνια (10 years), περιορίζοντας ακόμη περισσότερο τα αποτελέσματα σε 8. Από αυτά απαντούσαν στο ερευνητικό μας ερώτημα 6 άρθρα.

Στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Scopus χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος αναζήτησης: smoking AND nurse role και ανακτήθηκαν 317 αποτελέσματα. Με το φίλτρο μελετών των 10 τελευταίων ετών «10 years» και συνάμα ελεύθερης πρόσβασης «open access» τα αποτελέσματα περιορίστηκαν σε 77. Από αυτά απαντούσαν στο ερευνητικό μας ερώτημα 3 άρθρα.

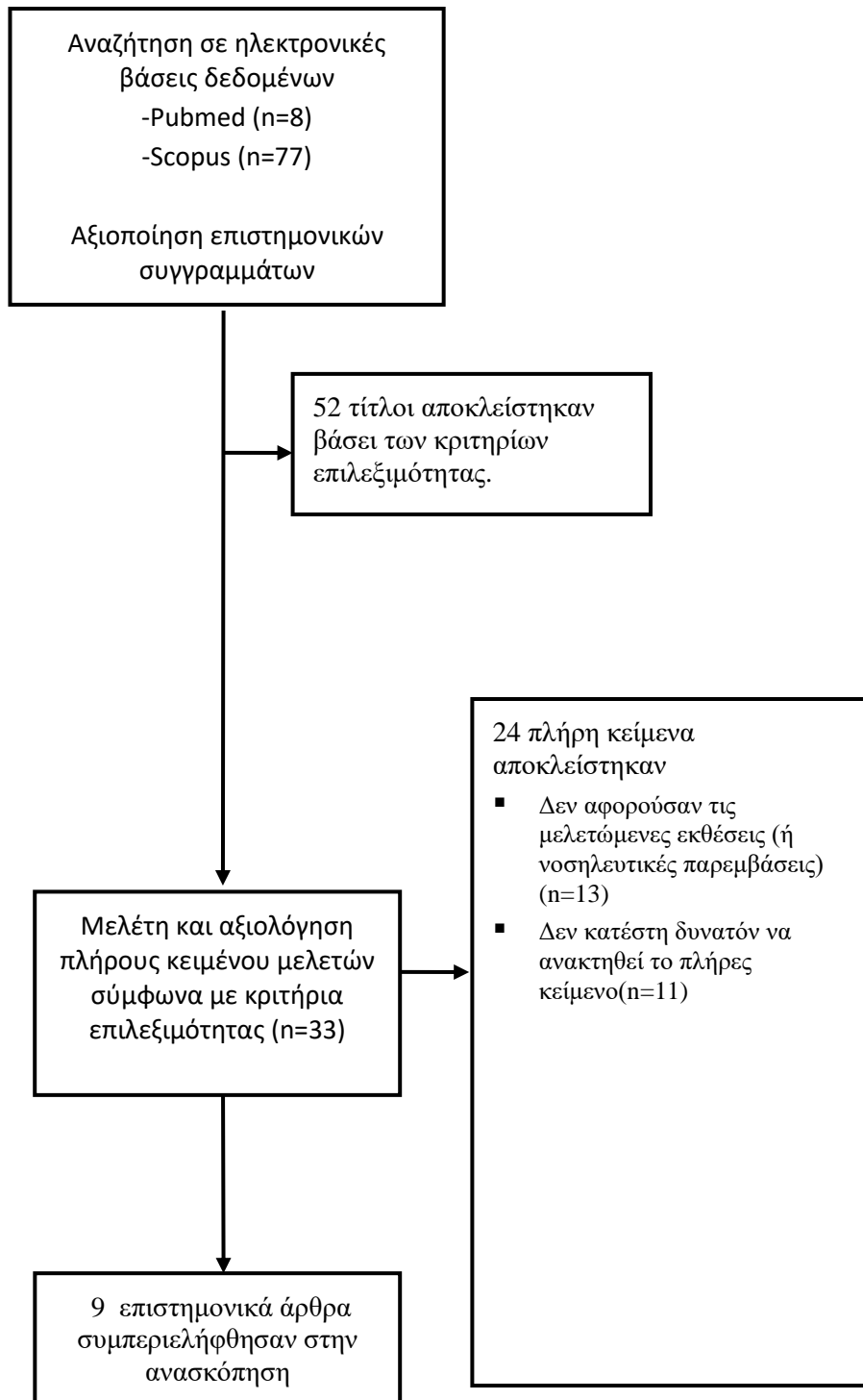
4.2.2 Κριτήρια επιλεξιμότητας

Ως κριτήρια ένταξης μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, θεωρήθηκαν να είναι άρθρα τα οποία θα δίνουν κατά κύριο λόγο έμφαση στον τρόπο κατά τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να παρεμβαίνουν και να επιδρούν στους ασθενείς οι οποίοι είναι εθισμένοι στο κάπνισμα, με στόχο την απεξάρτησή τους ή και τη πρόληψη του καπνίσματος. Αποκλείστηκαν άρθρα τα οποία δεν ήταν μελέτες των τελευταίων δέκα ετών, δεν έκαναν αναφορά στα αποτελέσματα σχετικά με την αντιμετώπιση του καπνίσματος από τους εξαρτημένους ασθενείς καθώς και στις νοσηλευτικές διεργασίες.

4.2.3 Επιλογή μελετών και σύνδεση δεδομένων

Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που βρέθηκαν, αξιολογήθηκαν σε σχέση με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Έπειτα έλαβε χώρα ανασκόπηση των πλήρων κειμένων των τίτλων που κρίθηκαν ότι συμβαδίζουν με τον σκοπό της εργασίας, βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας. Τέλος, έγινε αναφορά στα αίτια αποκλεισμού των μελετών που δεν συμπεριλήφθηκαν στην εργασία.

Η ηλεκτρονική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Pub Med και Scopus, απέδωσε σε σύνολο 85, από τα οποία 27 επιλέχθηκαν για την ανάγνωση του πλήρους κειμένου του άρθρου. Από τα 27 άρθρα αποκλείστηκαν 18, διότι δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας, και ο τελικός αριθμός επιλογής άρθρων για τους σκοπούς της εργασίας ήταν 9, βασιζόμενα στα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Από τις επιλεγμένες μελέτες, οι 9 υπήρξαν ποσοτικές, ενώ τα πλήρη χαρακτηριστικά τους, εξηγούνται στον πίνακα 1. Εν συνεχεία, έλαβε χώρα αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών, μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.



Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός της μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Katz et al., (2013), Η.Π.Α	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 205 νοσηλεύομενους καπνιστές.	Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορίσει τον αντίκτυπο μιας παρέμβασης βάσει των 5 κατευθυντήριων γραμμών, καθώς και τη στάση των νοσηλευτών απέναντι σ' αυτές.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • υπάρχουν φραγμοί και εμπόδια όσον αφορά την τήρηση των 5 παρεμβατικών πράξεων • στρατηγικές που πρέπει να ακολουθούνται για την αντιμετώπιση των παραπάνω φραγμών απ' τους νοσηλευτές.
2	Silmerson & Hackbarth. (2017), Η.Π.Α	Απλή ανασκόπηση δεδομένων για τον επιπολασμό των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.	Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνήσει τις νοοτροπίες των νοσηλευτών και τις μαθησιακές και παρεμβατικές τους ικανότητες, κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • οι ασθενείς μετά τη φυγή τους απ' το νοσοκομείο, δεν λαμβάνουν μέριμνα για τη διακοπή του καπνίσματος • τα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ήταν 17,6%, αναδεικνύοντας την ανάγκη για παρέμβαση • οι νοσηλευτές πίστευαν ότι προσέφεραν τις αναγκαίες παρεμβάσεις • μετά την εκπαίδευση που έλαβαν οι νοσηλευτές, η πλειοψηφία ένιωσε πλέον πλήρως ικανή για την παρεμβατική

				διαδικασία.
3	RowaDewar & Ritchi. (2015), ΣΚΩΤΙΑ	Συστηματική ανασκόπηση 131 άρθρων-μελετών.	Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστεί ο βαθμός κατά τον οποίο επηρεάζονται τα παιδιά σε μικρή ηλικία από άλλους καπνιστές κυρίως στο σπιτικό τους περιβάλλον, αλλά και ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στη προστασία της υγείας των παιδιών από παρόμοιες περιπτώσεις.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • έλλειψη δημόσιας προσοχής για την υγεία των παιδιών σχετικά με το κάπνισμα • ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή μπορεί να είναι καταλυτικός στην προστασία των παιδιών
4	Faulkner et al., (2015), ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 602 ασθενείς οι οποίοι να είναι: τρέχων καπνιστής, γνώστες αγγλικών, 18-75 ετών, κατοχή κινητού τηλεφώνου, δεν ανήκουν σε κάποιο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, μη χρήση φαρμάκων.	Σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξει τον βαθμό στον οποίο είναι αποτελεσματικοί οι νοσηλευτές σήμερα, όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, μέσα από δεξιότητες όπως, παροχή συμβουλών, σύσταση φαρμακοθεραπείας κ.α., με βάση εμπειρικές αποδείξεις των ασθενών.	Η μελέτη αυτή διαπίστωσε το περιεχόμενο της παρεχόμενης υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης φαρμάκων και όπως αναφέρθηκε από τους ασθενείς, είναι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση του καπνίσματος.
5	Mak et al. (2018), ΚΙΝΑ	Ποσοτική συγχρονική μελέτη 4.413 νοσηλευτών από διάφορα κλινικά τμήματα.	Σκοπός της μεγάλης αυτής μελέτης, ήταν να εξετάσει τη συμμετοχή και τις πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού σε παρεμβάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του καπνίσματος.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • η συχνότητα που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές το πλαίσιο παρέμβασης «5α» • την κατάρτιση που αποκτούν μετά από προγράμματα διακοπής του καπνίσματος • γνώσεις και πεποιθήσεις των νοσηλευτών για την παύση του καπνίσματος • μείζονα σημασία για την απεξάρτηση, αποτελεί το

				κίνητρο που θα έχει ο καπνιστής, εφόσον διακόψει το κάπνισμα.
6	Malone et al. (2018), ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	Συστηματική ανασκόπηση 15 μελετών.	Σκοπός της μελέτης είναι να διευκρινίσει τον ρόλο και τη λειτουργία που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής που εργάζεται σε τμήμα ψυχικής υγείας απέναντι σε ψυχιατρικά ασθενείς καπνιστές για την απεξάρτησή τους.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • οι ψυχιατρικά ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη θέληση για απεξάρτησή τους από το κάπνισμα, ωστόσο δηλώνουν αβοήθητοι για κάτι τέτοιο.
7	Stewart et al. (2016), Η.Π.Α	Ποιοτική μελέτη σε 33 νοσηλευτές σε 9 νοσοκομειακούς χώρους	Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστούν και να γίνουν γνωστές οι αντιλήψεις που έχουν οι νοσηλευτές σχετικά με την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών της διακοπής του καπνίσματος.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • έγιναν γνωστοί οι φραγμοί που τίθενται στην ορθή εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών • στρατηγικές επίλυσης αυτών των φραγμών από τους νοσηλευτές.
8	Vardavas et al. (2009), ΕΛΛΑΔΑ	Συγχρονική ποσοτική μελέτη σε δείγμα 100 εργαζομένων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Κρήτης.	Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνήσει τις αντιλήψεις του νοσοκομειακού προσωπικού, σχετικά με τη συμμόρφωσή τους προς τους κανονισμούς για το κάπνισμα στους νοσοκομειακούς χώρους.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Αν και η απαγόρευση καπνίσματος στους χώρους των νοσοκομείων είναι γνωστή, εντούτοις κάτι τέτοιο δεν υφίστανται και στην πραγματικότητα. • Απροθυμία νοσηλευτών και ιατρών για σωστό παραδειγματισμό.
9	Newhouse et al. (2018), Η.Π.Α.	Συγχρονική ποσοτική μελέτη σε δείγμα 844 νοσηλευτών σε 45 νοσοκομεία.	Σκοπός της μελέτης ήταν να γίνει αξιολόγηση της χρήσης των πρακτικών που βασίζονται σε αποδεικτικές πληροφορίες για τους νοσηλευτές.	Τα κύρια ευρήματα συνοψίζονται ως εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Οι πρακτικές του νοσηλευτικού προσωπικού που βασίζεται σε αποδεικτικά αποτελέσματα, έχει ευεργετικές συνέπειες στη διακοπή του καπνίσματος.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή των άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής που φαίνεται στο Σχήμα 1. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση πλήρων κειμένων των τίτλων που θεωρήθηκαν σχετικοί με το σκοπό της εργασίας βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας. Οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών καταγράφηκαν. Η αναζήτηση σε PubMed, και Scopus απέδωσε συνολικά 155 τίτλους από τους οποίους οι 27 κρίθηκαν επιλέξιμοι για ανάγνωση του πλήρους κειμένου του άρθρου. Από το σύνολο των 27 άρθρων αποκλείστηκαν τα 17 και περιλήφθηκαν οι 9 ερευνητικές μελέτες βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού. Από τις τελικά επιλεγμένες μελέτες της παρούσας εργασίας οι 9 ήταν ποσοτικές και τα κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στο πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Παράθεση των νεότερων δεδομένων σχετικά με την αντιμετώπιση ή την πρόληψη του καπνίσματος από τους νοσηλευτές σε θεματικές ενότητες.

5.1) Ανάλυση τελευταίων δεδομένων σχετικά με τα μέτρα αντιμετώπισης του καπνίσματος από τους νοσηλευτές, τις αντιλήψεις τους γι' αυτά και την αποτελεσματικότητά τους.

Δυστυχώς, μόνο η μειοψηφία των καπνιστών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, λαμβάνει πραγματικά συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος από τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της παροχής συμβουλών κατά τη διακοπή της θεραπείας (Katz et al., 2013). Παρόλο που σύμφωνα με τους Mak et al., (2018), προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις στον τομέα της νοσηλείας είναι αποτελεσματικές για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα, προς το παρόν, η συμμετοχή των νοσηλευτών στις δραστηριότητες ελέγχου του καπνού δεν είναι καθόλου ικανοποιητική καθώς υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που ενθαρρύνουν ή αποθαρρύνουν τους νοσηλευτές να βοηθήσουν και να δουλέψουν σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος.

Σύμφωνα με τους Simerson και Hackbarth (2017), οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μία σημαντική έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στην επίτευξη του στόχου τους, τη διακοπή του καπνίσματος δηλαδή από νοσηλευόμενους ασθενείς. Ακόμη, οι Stewart et al., (2016) υποστηρίζουν, ότι υπάρχουν πολλαπλοί φραγμοί και εμπόδια στην διαδικασία παροχής συμβουλών από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι φραγμοί αυτοί σχετίζονται με τη γνώση και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών συμπεριλαμβανομένου της αντιληπτής έλλειψης δεξιοτήτων στην παροχή συμβουλών υπέρ της διακοπής και του σκεπτικισμού σχετικά με την αποτελεσματικότητα των

οδηγιών περί διακοπής του καπνίσματος. Στην έρευνα τους οι νοσηλευτές, που συμμετείχαν, αναφέρουν συγκεκριμένα ότι υπάρχουν φραγμοί συμπεριφοράς και οργάνωσης για την τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών, αντίσταση από τους ασθενείς, ανεπάρκεια χρόνου και πόρων, απουσία χώρων καπνίσματος στις εγκαταστάσεις και έλλειψη συντονισμού με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Γι αυτό, οι Mak et al., (2018) θεωρούν αναγκαίο να ενθαρρύνονται οι νοσηλευτές να λάβουν εκπαίδευση σχετικά με παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος και να τους δίδονται οι σχετικές ευκαιρίες. Εξίσου σημαντικές, είναι οι στρατηγικές που θα πείσουν τους νοσηλευτές να παρέχουν παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές έχουν κίνητρα να εκτελούν παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος όταν αισθάνονται μια ισχυρότερη αίσθηση αποστολής για τον έλεγχο της χρήσης καπνού. Οι Stewart et al., (2016) λοιπόν, τονίζουν πως τα νοσοκομεία πρέπει να εκπαιδεύσουν το νοσηλευτικό προσωπικό πώς να διαπραγματεύεται τις αλλαγές συμπεριφοράς, να ενσωματώσουν την παροχή συμβουλών για την διακοπή του καπνίσματος στη ροή εργασίας των νοσηλευτών, να αναπτύξουν εναλλακτικούς μηχανισμούς παραπομπής για την παροχή συμβουλών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και να υιοθετήσουν τις κατάλληλες νοσοκομειακές πολιτικές. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών είναι καταλυτική στην θετική αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος (Simerson & Hackbarth, 2017). Μετά από την κατάλληλη εκπαίδευση, οι νοσηλευτές αισθάνονται πιο άνετα να παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς καπνιστές σε συστηματική βάση. Επομένως, οι παρεμβάσεις σύντομης διακοπής του καπνίσματος είναι εφικτές και αποδεκτές σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Μάλιστα σύμφωνα με την έρευνα, η εκπαίδευση βάσει πρωτόκολλου θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και σε άλλα τμήματα και ώστε να κατευθύνουν τις μελλοντικές προσπάθειες των νοσηλευτών να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα. Το ίδιο έχει αναφερθεί και σε προγενέστερη έρευνα των Katz et al., το 2013, όπου ότι η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα πρωτόκολλο (Ρωτήστε-Συμβουλευστε-Αξιολογήστε-Βοηθήστε-Οργανώστε), αποδείχθηκε ιδιαίτερα θετική, αφού οι περισσότεροι ασθενείς εισηγήθηκαν να σταματήσουν και βοηθήθηκαν στην διακοπή από νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών, ενώ και οι στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στις κατευθυντήριες γραμμές ενισχύθηκαν θετικά. Αποδείχτηκε επίσης, πως μια πολύπλευρη παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της ακαδημαϊκής

εκπόνησης ερευνητικών εργασιών, είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη βελτίωση της παροχής βοήθειας.

Οι Newhouse et al., (2018), εξηγούν ότι υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας της παροχής βοήθειας και των περιβαλλόντων εργασίας που λειτουργούν οι νοσηλευτές για τον σκοπό τους. Καθώς τα περιβάλλοντα εργασίας γίνονται πιο ευνοϊκά, εμφανίζονται συχνότερα συμβουλευτικές πρακτικές υψηλότερου επιπέδου. Σύμφωνα με τους Newhouse et al., 2018, όσο πιο ευνοϊκά καταστούν τα περιβάλλοντα όπου λειτουργούν οι νοσηλευτές από τους αρμόδιους, τόσο πιο θετικά θα είναι τα αποτελέσματα από το έργο των νοσηλευτών. Τέλος, οι Faulkner et al., (2015) αναφέρουν ότι θα μπορούσε να απελευθερωθεί σημαντικός χρόνος από το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, αν υπάρξει συνεισφορά των βοηθών νοσηλευτών, αποσκοπώντας στην παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος. Κι αυτό καθώς οι βοηθοί νοσηλευτών έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί στην παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος στους νοσηλευόμενους ασθενείς.

5.2 Προοπτικές των χρηστών (ασθενών) και του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την εξάρτηση από τον καπνό και την διακοπή του καπνίσματος: Μια μετα-σύνθεση των δημοσιευμένων ποιοτικών μελετών της ομάδας καπνού COCHRANE.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν έως και τριπλάσιες πιθανότητες να καπνίζουν και να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες προκλήσεις και λιγότερη επιτυχία όταν προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα και συνεπώς έχουν υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος. Από την άλλη, υπάρχει έλλειψη στοιχείων σχετικά με τις επιτυχείς παρεμβάσεις για τη μείωση των ποσοστών καπνίσματος σε άτομα που ζουν με ψυχικές ασθένειες. Η έρευνα απέδειξε ότι απαιτείται η τακτική εκπαίδευση για την παύση του καπνίσματος για επαγγελματίες ψυχικής υγείας και η έρευνα για καινοτόμες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος για την υποστήριξη ατόμων που ζουν με ψυχικές ασθένειες. Η ομάδα καπνού Cochrane δεν

βρήκε επαρκή άμεσα αποδεικτικά στοιχεία για υπάρχουσες παρεμβάσεις που έχουν ευεργετική επίδραση στο κάπνισμα σε άτομα που ζουν με ψυχικές ασθένειες. Με αυτό το πνεύμα, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν σε μελλοντικές έρευνες για την ανάπτυξη νέων παρεμβάσεων και να εξετάσουν καινοτόμες στρατηγικές για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών για το κάπνισμα στην πρακτική τους, να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα πολλοί άνθρωποι που ζουν με ψυχικές ασθένειες.

5.3 Ανάλυση τελευταίων δεδομένων σχετικά με τις συνήθειες καπνίσματος από εργαζόμενους των νοσοκομείων στους χώρους εργασίας τους.

Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit (Constantine I Vardavas, Izolde Bouloukaki, Manolis K Linardakis, Penelope Tzilepi, Nikos Tzanakis & Anthony G Kafatos).

Νοσοκομεία χωρίς καπνιστές στην Ελλάδα: Αντιλήψεις προσωπικού, συμμόρφωση και συνήθεια καπνίσματος.

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, τα περιβάλλοντα χωρίς καπνό στην Ελλάδα είναι σπάνια. Παρά την υπάρχουσα νομοθεσία που απαγορεύει το κάπνισμα σε όλα τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας, το κάπνισμα είναι ακόμα εμφανές. Σύμφωνα με μία έρευνα σε ένα τυχαίο δείγμα νοσοκομειακού προσωπικού, το 57,8% του νοσηλευτικού προσωπικού και το 34,5% του ιατρικού προσωπικού βρέθηκαν ως τρέχοντες καπνιστές στους χώρους του νοσοκομείου. Παρόλο που το 66% του προσωπικού δεν αντιτίθεται στην πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος στο νοσοκομείο, το 95% απάντησε ότι θα προτιμούσε να είναι μερική, με ελάχιστους, δηλαδή, χώρους, οι οποίοι θα προσφέρονταν για καπνιστές. Τα παραπάνω ευρήματα δικαιολογούν την ανάγκη να καλλιεργηθούν

προσπάθειες για τη μείωση του καπνίσματος και να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως προς το ρόλο τους ως υπόδειγμα αντικαπνιστών, τόσο για τους ασθενείς όσο και για την κοινωνία.

5.4 Ανάλυση τελευταίων δεδομένων σχετικά με τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στην καταπολέμηση του καπνίσματος σε χώρους εντός των σπιτιών από τους γονείς.

Protecting children from smoking in the home: an ethics of care perspective. (Rowa-Dewar, Ritchie D, 2014).

Προστασία των παιδιών από το κάπνισμα στο σπίτι: ηθική της προοπτικής περίθαλψης.

Δυστυχώς, παρόλο που οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι τοποθετημένοι για να βοηθήσουν στην προστασία της υγείας των παιδιών διευκολύνοντας τη δημιουργία σπιτιών χωρίς καπνό, υπάρχουν ορισμένα αντιληπτά εμπόδια που μπορεί να αφορούν τους νοσηλευτές της κοινότητας στο ρόλο τους στη στήριξη των γονέων στη δημιουργία σπιτιών χωρίς καπνό. Τα επιχειρήματα κατά της παρέμβασης στο ιδιωτικό τομέα της εστίασης επικεντρώνονται στις ανησυχίες για την προστασία της αυτονομίας των γονέων να καπνίζουν μέσα στο σπίτι τους και τη δυνατότητα στιγματισμού των γονέων που καπνίζουν, ιδιαίτερα των μητέρων. Με βάση μια προοπτική της δεοντολογίας της φροντίδας, οι συγγραφείς προτείνουν μια εναλλακτική προοπτική στην παρέμβαση σε ιδιωτικά περιβάλλοντα. Μια προοπτική περίθαλψης μπορεί να βοηθήσει και να ενθαρρύνει τους γονείς και τους νοσηλευτές της κοινότητας να συνεργαστούν για να δημιουργήσουν ένα υγιές περιβάλλον για τα παιδιά και να μειώσουν την πιθανότητα παιδιών να γίνουν καπνιστές στο μέλλον.

Κεφάλαιο 6

Συμπεράσματα

Παρόλο που στις μέρες μας υπάρχει μεγάλη γνώση και ενημέρωση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος αλλά και των συστατικών του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό εντούτοις κάτι τέτοιο δεν δείχνει να πτοεί τους καπνιστές, οι οποίοι εξακολουθούν να καπνίζουν αδιαλείπτως. Οι θάνατοι που σχετίζονται άμεσα με τα συστατικά του τσιγάρου, είναι 2.000.000. τον χρόνο, ήτοι ένας θάνατος ανά 13 δευτερόλεπτα. Εφόσον η εξάπλωσή του συνεχιστεί με κοινούς ρυθμούς, υπολογίζεται ότι ½ εκατομμύριο άνθρωποι θα χάσουν τη ζωή τους στα επόμενα 25 χρόνια. Η ζωή του καπνιστή ελαττώνεται περίπου 8-10 έτη από αυτή του μη καπνιστή.

Καθώς ο εθισμός στο τσιγάρο δεν διακρίνεται με βάση φύλο, ηλικία, φυλή, κοινωνική τάξη ή άλλους παράγοντες και πρακτικά αφορά τους πάντες, ο ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στο κάπνισμα, θα πρέπει να επικεντρώνεται τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αντιμετώπισή του. Στη πρόληψή του, ξεχωριστό ρόλο κατέχει ο κοινοτικός και ο σχολικός νοσηλευτής οι οποίοι καθίσταται αναγκαίο να είναι πλήρως ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι σε όλες τις πτυχές του καπνίσματος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και η εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα πρέπει να διδάσκεται ως μέρος της ευρύτερης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο νοσηλευτής πρέπει να τονίζει κατά κύριο λόγο τα οφέλη για έναν μη καπνιστή αλλά και από τη διακοπή του καπνίσματος για έναν καπνιστή. Η ενημέρωση κι η εκπαίδευση του πληθυσμού πρέπει να ξεκινάει από τα χρόνια της δημοτικής εκπαίδευσης, όπου ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σωστά καταρτισμένος πριν αναλάβει την αγωγή των παιδιών επί του θέματος και να βρίσκεται σε διαρκή επαφή με την εκπαιδευτική αρχή για την από κοινού ετοιμασία διδακτικού υλικού.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του καπνίσματος, ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται σε στενή επαφή με τον καπνιστή, ρωτώντας, εκτιμώντας και συμβουλευόντας τον για την απεξάρτηση από το τσιγάρο. Συνίσταται ευρέως ένα πλαίσιο 5 νοσηλευτικών παρεμβάσεων γνωστών ως «σύστημα 5α» (ερώτηση, συμβουλή, αξιολόγηση/εκτίμηση, βοήθεια, οργάνωση). Αν και πληθώρα ωστόσο μελετών απέδειξαν ότι ενώ οι παρεμβάσεις αυτές είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές, δυστυχώς δεν χρησιμοποιούνται

όσο θα έπρεπε από τους νοσηλευτές, με αποτέλεσμα την αδυναμία αντιμετώπισης του καπνίσματος. Καθώς υπάρχουν και άλλοι φραγμοί, για το λόγο αυτό έχουν θεσπιστεί κατευθυντήριες στρατηγικές για την επίλυση των φραγμών αυτών όπως πλήρης εκπαίδευση του πλαισίου 5α, εξάσκηση ρόλων, τοποθέτηση αφισών στα νοσοκομεία κ.α.. Για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει και τις κατηγορίες φαρμακοθεραπείας που υπάρχουν για το κάπνισμα, κάποιες απ' τις οποίες μάλιστα χορηγούνται δίχως ιατρική συνταγή.

Τέλος, παρά τη σχετική νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας κάτι τέτοιο δεν υφίσταται και στη πράξη, για αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να παραδειγματίζουν σωστά τους ασθενείς τους αλλά και τον υπόλοιπο πληθυσμό στο χώρο, μη προβαίνοντας στη χρήση τσιγάρου.

Βιβλιογραφία

1. Γερούλανος, Σ., 2008. Κάπνισμα και Υγεία. *Hospital chronicles*, 3 (1), σελ. 124-127.
2. Μπεχράκης, Π., 2016. Χημικά στοιχεία του τσιγάρου. *ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ*, 4, σελ. 65-71.
3. Νάνου, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ., 2015. Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8 (4), σελ. 17-28.
4. Παπασωτηρίου, Κ., 1999. *Η Διαδρομή του Καπνού: Μία αντικαπνιστική προσπάθεια*. Αθήνα: Εκδόσεις Αθήνα.
5. Πατάκα, Α. & Αργυροπούλου, Π., 2012. Ποια η αλήθεια για το ηλεκτρονικό τσιγάρο?. *Πνεύμων*, 25 (3) σελ. 268-271.
6. Ποντίφηκας, Γ., 2006. *Μάθετε για το κάπνισμα: η άγνοια σκοτώνει*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρισιάνου.
7. Τσαρούχας, Κ., 2007. *Κάπνισμα: Η απόλαυση που σκοτώνει*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλήθεια.
8. Battle, R., Cunradi, C., Moore, R. & Yerger, V., 2015. Smoking cessation among transit workers: beliefs and perceptions among an at- risk occupational group. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10 (19), p. 1-7.
9. Cabrera, G., 1995. *Holy Smoke*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Καλλιφατίδη. Ελλάδα: Εκδόσεις Libro.
10. Condon, J., 1990. *Smoking*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Φ. Λέτζη. Ελλάδα: Εκδόσεις Κέδρος.
11. Dal Maso, L., Torelli, N., Biancotto, E., Di Maso, M., Gimi, A., Franchim, G., Levi, F., La Vecchia, C., Serraino, D & Polese, J., 2015. Combined effect of tobacco smoking and alcohol drinking in the risk of head and neck cancers: are- analysis of case- control studies using bi- dimensional spline models. *European Journal of Epidemiology*, 31 (4), p. 385-393.

12. Faulkner, K., Sutton, S. Jamison J., Sloan M., Boase, S., & Naughton, F., 2015. Are Nurses and Auxiliary Healthcare Workers Equally Effective in Delivering Smoking Cessation Support in Primary Care?. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 18 (5), p. 1054-1060.
13. Gately, I., 2002. *Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization*. New York: Grove Press.
14. Katz, D., Holman, J., Johnson, S., Hillis, H., Ono, S., Stewart, K., Paez, M., Fu, S., Grant K., Buchanan L., Prochazka, A., Battaglia, C., Titler, M., & Mark W., 2013. Implementing Smoking Cessation Guidelines for Hospitalized Veterans: Effects on Nurse Attitudes and Performance. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 28 (11), p. 1420-1429.
15. Katz, D., Stewart, K., Paez, M., Holman, J., Adams, L., Battaglia, T., Joseph, N., Titler, G. & Ono, S., 2016. “Let Me Get You a Nicotine Patch”: Nurses Perceptions of Implementing Smoking Cessation Guidelines for Hospitalized Veterans. *Oxford Academic*, 181 (4), p. 373-382.
16. Mak, Y., Loke, A. & Yong, F., 2018. Nursing Intervention Practices for Smoking Cessation: A Large Survey in Hong Kong. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 15 (5), p. 1046.
17. Malone, V., Harrison, R. & Daker-White, G., 2018. Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies. *Wiley Online Library*, 25 (4), p. 270-282.
18. Newhouse, R., Bryon, D., Storkman, E. & Johantgen, M., 2018. Multisite Studies Demonstrate Positive Relationship Between Practice Environments and Smoking Cessation Counseling Evidence-Based Practices. *Sigma Global Nursing Excellence*, 15 (3), p. 217-224.
19. Nies, A. & McEwen, M., 2011. *Community/Public Health Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από μεταφραστική ομάδα εκδόσεων. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

20. Rowa-Devar, N. & Ritchie, D., 2014. Protecting children from smoking in the home: an ethics of care perspective. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 19 (5), p. 214-218.
21. Shafey, O., Eriksen, M., Ross & Mackay, J., 2009. *The tobacco atlas*. 3th edition. Atlanta: American Cancer Society.
22. Simerson, D. & Hackbarth, D., 2017. Emergency Nurse Implementation of the Brief Smoking-Cessation Intervention: Ask, Advise, and Refer. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 44 (3), p. 242-248.
23. Stanhope, M. & Lancaster, J., 2014. Community/Public Health Nursing Online for Stanhope and Lancaster: Foundations of Nursing in the Community. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Αδαμακίδου, Α. Κεφαλιάκος & Μ. Ηγουμενίδης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
24. Vardavas, C., Bouloukaki, I., Linardakis, M., Tzilepi, P., Tzanakis, N. & Kafatos, A., 2009. Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tobacco Induced Diseases*, 5 (8), p. 1-4.