



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΤΠΝΟΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΓΕΙΑΣ -
ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΤΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ»



ΦΟΙΤΗΤΗΣ

Στέργιος Τσαΐρογλου

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

Ε. Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Έχουν περάσει πάνω από 500 χρόνια από τότε που ο Χριστόφορος Κολόμβος ανακάλυψε το φυτό *nicotianatabacum* στις Αντίλλες και έφερε τους πρώτους σπόρους στην Ευρώπη. Η καλλιέργειά του εξαπλώθηκε ραγδαία τόσο στην Ευρώπη και την Αμερική, όσο και στην Οθωμανική αυτοκρατορία και από εκεί σ' όλη την Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία. Η χρήση του καπνού που στην αρχή, λόγω κόστους, ήταν προνόμιο των πλουσίων ή οποία όμως έγινε σιγά-σιγά το μάνα των φτωχών. Η βιομηχανοποίησή του στο τέλος του 19ου αιώνα τον έκανε προσιτό σε όλους παγκοσμίως, με αποτέλεσμα τον εθισμό μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού της γης στον καπνό.

Από τη μέρα που έγινε γνωστό το κάπνισμα ως σήμερα πέρασαν δύο αιώνες, πολλά πράγματα έχουν αλλάξει στη βιομηχανία του τσιγάρου. Οι βλαβερές του συνέπειες πλέον έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά και η διακοπή του θεωρείται απαραίτητη, για την διατήρηση της καλής υγείας όχι μόνο των καπνιστών αλλά και των μη καπνιστών.

Σκοπός: Η πληροφόρηση για τις βλαπτικές ιδιότητες των προϊόντων του τσιγάρου, την ιστορία του καπνού, την προβολή του από τα Μέσα Μαζικής ενημέρωσης και τέλος τη χρησιμότητα της διακοπής του.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, και googlescholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η χρήση του καπνού ήταν γνωστή από τα αρχαία χρόνια, οι συνέπειες του καπνίσματος είχαν καταδειχθεί από παλιά τόσο στους καπνιστές, όσο και στους μη καπνιστές, η διαφήμιση έπαιξε σημαντικό ρόλο στην δημιουργία της καπνιστικής συνήθειας. Σήμερα όσο ποτέ στις κοινωνίες που ζούμε η διακοπή του κρίνεται σκόπιμη για τη διατήρηση της καλής υγείας του οργανισμού.

Συμπεράσματα: Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος όταν γίνονται από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να πετύχουν τη μείωση ή και τη διακοπή του σε μεγάλο αριθμό του πληθυσμού.

Λέξεις ευρετηρίου: καπνός, κάπνισμα, ιστορία του καπνού, διακοπή καπνίσματος, ρόλος του νοσηλευτή.

SUMMARY

It's been over 500 years since Christopher Columbus discovered the nicotianatabacum plant in the Antilles and brought the first seeds to Europe. Its cultivation spread rapidly in Europe and America, as well as in the Ottoman Empire and from there to Asia, Africa and Australia. The use of tobacco was initially a privilege for the rich due to the cost, but it was slowly becoming the mother of the poor. Its industrialization at the end of the 19th century made it accessible to everyone around the world, resulting in the addiction of a large proportion of the earth's population to tobacco.

Two centuries have passed since the day it became known that smoking has changed a lot in the cigarette industry. Its harmful effects have now been scientifically substantiated and discontinued as necessary to maintain good health not only for smokers but also for non-smokers.

Purpose: To inform about the harmful properties of cigarette products, the history of tobacco, its promotion by the media and finally the usefulness of its cessation.

Material and Method: International bibliography was reviewed on PubMed, Cinahl, and google scholar databases. The study material consisted of selected articles in English and Greek.

Results: The use of tobacco has been known since ancient times, the effects of smoking have long been demonstrated to both smokers and non-smokers, advertising has played an important role in the creation of smoking habits. Today, as ever in the societies we live in, discontinuation is considered essential for maintaining the body's good health.

Conclusions: Smoking cessation interventions by trained nursing staff can reduce or even stop smoking in a large number of the population.

Key words: tobacco, smoking, tobacco history, smoking cessation, role of nurse.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

SUMMARY

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. 1^οΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ.....1

1.1 Νικοτίνη.....1

1.2 Πίσσα.....2

1.3 Μονοξείδιο του άνθρακα2

1.4 Μονοξείδιο του αζώτου.....3

ΚΕΦ.2^οΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ.....4

ΚΕΦ.3^ο ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

ΒΑΣΗ EUROSTAT.....6

ΚΕΦ.4^οΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.....12

4.1 Ο εθισμός στο τσιγάρο.....15

4.2 Παθητικό κάπνισμα.....16

4.3 Κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.....17

4.4 Η επίδραση του καπνού στο κυκλοφορικό σύστημα.....18

4.5 Κάπνισμα και οστεοπόρωση.....19

4.6 κάπνισμα και εγκεφαλικό.....20

4.6.1 Επιπτώσεις της διακοπής του καπνίσματος και των παρεμβάσεων ελέγχου του καπνίσματος στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....23

5.1 Κάπνισμα και καρκινογένεση.....23

5.2 Καρκίνος πνεύμονα.....24

5.3 Καρκίνος λάρυγγα.....25

5.4 Καρκίνος του στόματος.....25

5.5 καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου.....26

5.6 κάπνισμα και καρκίνος του μαστού.....27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ,III ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	29
6.1 Κάπνισμα και επίδραση στη γυναικεία γονιμότητα.....	29
6.2 Επιδημιολογία του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ.....	32
7.1 Επιπτώσεις του καπνίσματος κατά την διάρκεια της κύηση.....	32
7.2 Η διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.....	34
ΚΕΦ. 8 ^ο Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ.....	35
ΚΕΦ. 9 ^ο ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	39
ΚΕΦ. 10 ^ο ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	49
10.1 Θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.....	49
10.2 Φαρμακοθεραπεία.....	49
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦ 1 ^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	54
1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	54
1.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτη στη διακοπή του καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.	55
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	
ΝΕΟΤΕΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καπνιστική συνήθεια αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας ανά τον κόσμο. Το κάπνισμα αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Στις Η.Π.Α. περίπου το 20% των ενηλίκων είναι καπνιστές ενώ παγκοσμίως περίπου 5 εκατομμύρια πρόωροι θάνατοι αποδίδονται στο κάπνισμα (Doll, et al., 2016).

Ετησίως το κάπνισμα σκοτώνει περίπου 700.000 άτομα στην Ευρώπη (μια πόλη του μεγέθους της Φρανκφούρτης), γεγονός που καθιστά την κατανάλωση καπνού τον μείζονα αποσοβήσιμο κίνδυνο για την υγεία. Εκατομμύρια ευρωπαίοι πολίτες υποφέρουν από νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και των καρδιαγγειακών και αναπνευστικών παθήσεων. Σχεδόν το 50% των καπνιστών οι πεθαίνουν πρόωρα, κατά μέσο όρο 14 έτη νωρίτερα από τους μη καπνιστές, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι οι καπνιστές, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, περνούν περισσότερα χρόνια της ζωής τους με κακή υγεία. Παγκοσμίως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι στις μέρες μας η κατανάλωση καπνού ευθύνεται σχεδόν για έξι εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο. Ο αριθμός αυτός πιθανό να ανέλθει σε οκτώ εκατομμύρια έως το 2030, αν δεν παρθούν μέτρα για να αντιστραφεί αυτή η ανησυχητική τάση (Νάνου και συν. 2015).

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην κατά κεφαλήν κατανάλωση καπνού και των προϊόντων του μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), ο πληθυσμός των καπνιστών στην Ελλάδα αυξήθηκε σταθερά κατά το 2000-2009, σε αντίθεση με την πτωτική τάση σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με την Euromonitor International, η μέση κατανάλωση ήταν 3,055 τσιγάρα ανά κάτοικο το 2008 και 2,942 το 2009. Ωστόσο, με το πέρασμα των νέων πολιτικών, συμπεριλαμβανομένων των νομοθετικών διατάξεων για καθαρό περιβάλλον και την αύξηση του ειδικού φόρου κατανάλωσης, η κατανάλωση τσιγάρων μειώθηκε σε 2.458 ανά κάτοικο το 2010, με συνολική ετήσια κατανάλωση 27,7 δισεκατομμύρια τσιγάρα για το 2010. Ωστόσο, αυτό ακόμα αποτελεί διαστάσεις επιδημίας. Όσον αφορά τη νεολαία σε μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το 2004-2005 έδειξε ότι περίπου το ένα τρίτο των μαθητών (32%) ανέφεραν ότι είχε δοκιμάσει καπνό (τουλάχιστον μία φορά, κατά το παρελθόν), ενώ 16,2% (17,1% των αγοριών και 14,4% των κοριτσιών) ανέφεραν ότι είναι σημερινοί χρήστες των προϊόντων του. Επιπλέον, 1 στους 4 από τους καπνιστές

δήλωσαν ότι άρχισαν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 10. Τα ανησυχητικό ήταν και πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν 1 στους 5 εφήβους που δεν είχαν ποτέ καπνίσει ανέφεραν ότι ανέπτυξαν ευαισθησία στην έναρξη του καπνίσματος κατά το επόμενο έτος, μαγόρια και κορίτσια να δείχνουν την ίδια ευαισθησία (Lagiou&Trihopoulos, 2011).

Το κάπνισμα κάθε αυτό, θεωρείται ως μία μορφή χημικής εξάρτησης λόγω των ουσιών που περιλαμβάνει και κυρίως της νικοτίνης, η οποία είναι εξαιρετικά εθιστική. Η έναρξη της επιβλαβούς αυτής για τον οργανισμό συνήθειας λαμβάνει χώρα κατά την εφηβεία. Στην μεταβατική αυτή περίοδο όπου οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις κυριαρχούν, ολοένα και περισσότεροι νέοι βρίσκουν «λύση» στο τσιγάρο. Ακόμα και στην ενήλικη ζωή μολονότι υπάρχει η επίγνωση των συνεπειών για την υγεία το τσιγάρο είναι συνυφασμένο με κάθε έκφανση της ζωής μας (Ιγναντιάδου-Ραγκούση, 1998)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο καπνός στον πληθυντικό τα καπνά είναι είδος του φυτού "Νικοτιανή", που οφείλει το όνομά της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νικότ (Nicot), που την εισήγαγε και τη διέδωσε στη Γαλλία το 1560 (Hanafin&Clancy, 2015).

Το 1492 ο Χριστόφορος Κολόμβος, ταυτόχρονα με την Αμερική ανακάλυψε και τον καπνό. Στα νησιά του αρχιπελάγους των Μπαχάμας, όπου αποβιβάστηκαν οι πρώτοι θαλασσοπόροι, η χρήση του φυτού του καπνού ήταν πολύ διαδεδομένη. Φύτρωνε σε άγρια μορφή και χρησιμοποιούταν από τους Ινδιάνους της Αμερικής σε θρησκευτικές τελετές και στη θεραπεία ασθενειών και πληγών. Από ανασκαφές που έγιναν στην περιοχή του Yucatan, ανακαλύφθηκε σκόνη φύλλων καπνού σε αντικείμενα που χρονολογούνται προ 15.000 ετών (Hanafin&Clancy, 2015).

Με την άφιξη των Ευρωπαίων στην Αμερικανική Ήπειρο το 15^ο αιώνα οι σπόροι του καπνού μεταφέρθηκαν με τις ισπανικές караβέλες στην Ιβηρική χερσόνησο, σχεδόν ταυτόχρονα οι Ολλανδοί ναυτικοί εισήγαγαν τον καπνό στο Βέλγιο και από εκεί ξεκίνησε η εξάπλωση του καπνού σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με ορμητήριο την Ισπανία και την Πορτογαλία. Με αυτό τον τρόπο η καλλιέργειά του καπνού εξαπλώθηκε ραγδαία στην Ευρώπη, στην Αμερική, στην Οθωμανική αυτοκρατορία και από εκεί σ' όλη την Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία (Hanafin&Clancy, 2015).

Η χρήση του καπνού που στην αρχή, λόγω κόστους, ήταν προνόμιο των πλουσίων έγινε σιγά-σιγά το μάννα των φτωχών. Το πέραςμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο έγινε μόλις τον 20^ο αιώνα, όταν με την πρόοδο της μηχανικής έγινε δυνατό να παραχθεί σε μεγάλες ποσότητες. Τότε δημιουργήθηκαν και οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, που σημείωσαν μεγάλη άνοδο στην παραγωγή τους κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν κάτω από το στρες της μάχης, οι στρατιώτες κάπνιζαν όλο και πιο πολύ, με συνέπεια να εθιστούν στη νικοτίνη (Proctor, 2012).

Από πολύ νωρίς όμως άρχισαν και οι αντιδράσεις των μη καπνιστών, οι οποίες σταδιακά κορυφώθηκαν και σε κάποιες χώρες έφθασαν σε ακραία σημεία. Το 1604 ο βασιλιάς της Αγγλίας Ιάκωβος Α' κατήγγειλε τη χρήση του καπνού ως απαίσια για τα μάτια, μισητή για τη μύτη, καταστροφική για το μυαλό και επικίνδυνη για τα πνευμόνια, στη Ρώμη ο Πάπας αφόρισε τους καπνιστές, στη Ρωσία τους επιβλήθηκε η ποινή του ραβδισμού και στην Οθωμανική αυτοκρατορία κάποιοι καπνιστές απαγονήστηκαν (Hanafin&Clancy, 2015).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες και για να μπορούν οι άντρες των ανώτερων κοινωνικών τάξεων να καπνίζουν μετά το φαγητό διαμορφώθηκαν ειδικοί χώροι, τα αποκαλούμενα *fumoirs*. Οι οικοδέσποινες όταν έβλεπαν ότι οι καλεσμένοι είχαν τελειώσει το φαγητό, τους έλεγαν για να σηκωθούν: «τώρα μπορούμε να περάσουμε στο χώρο του καπνίσματος» (on peut passer au fumoir). Οι γυναίκες φυσικά δεν κάπνιζαν όπως επίσης κανείς δεν κάπνιζε κατά τη διάρκεια του φαγητού. Έτσι, οι άνδρες μετά το φαγητό πήγαιναν στο γραφείο του οικοδεσπότη για να καπνίσουν και οι γυναίκες περνούσαν στο σαλόνι. Με την εξίσωση των δύο φύλων, εδραιώθηκαν και πολλά αρνητικά, όπως η συνήθεια του καπνίσματος και στις γυναίκες. Έτσι, ενώ πριν τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο σπάνια έβλεπε κανείς μια γυναίκα να καπνίζει, σήμερα στην Ευρώπη καπνίζουν περισσότερο οι γυναίκες από τους άνδρες (Γερούλανος, 2008).

Στην Ελλάδα, τα πρώτα καπνοπωλεία έκαναν την εμφάνισή τους αμέσως μετά την απελευθέρωση του 1821, πρώτα στο Ναύπλιο και αργότερα στην Αθήνα.

Μετά τη δεκαετία του 1860, η ζήτηση του καπνού στην Ελλάδα αυξήθηκε και το χειροποίητο «στριφτό» τσιγάρο άρχισε να επικρατεί των άλλων τρόπων καπνίσματος. Στις 27 Απριλίου 1883, επίκυβερνήσεως Τρικούπη, επιβάλλεται φορολογία στον καπνό, για να ελεγχθεί και η λαθρεμπορία του και απαγορεύεται η μέχρι τότε ελεύθερη πώληση δεσμίδων σιγαρόχαρτου. Η εμπορία του σιγαρόχαρτου μονοπωλείται από το κράτος, διατίθεται μόνον από τα δημόσια καπνοκοπήτριά και αναλογεί αυστηρά στις ποσότητες καπνού που συνοδεύει. Η φορολογία του καπνού, η οποία επιβλήθηκε διαμορφώθηκε στις τέσσερις δραχμές ανά οκά φύλλων καπνού και δημιούργησε έντονη λαϊκή δυσαρέσκεια και κοινωνική αναστάτωση. Τα πρώτα χρόνια επιβολής του φόρου παράλληλα με τις νόμιμες συναλλαγές, εφευρέθηκαν και παράνομες μορφές διακίνησης του καπνού. Το κράτος παρά τις μεγάλες προσπάθειες που κατέβαλε, δεν κατόρθωσε ποτέ να συναγωνισθεί αποτελεσματικά, σε ευρηματικότητα τους λαθρέμπορους (Γερούλανος, 2008).

Με το νέο καθεστώς εμπορίας του καπνού οι εργασίες των καπνοπωλείων αυξήθηκαν και ένα καινούργιο προϊόν παρουσιάστηκε στις προθήκες τους: το έτοιμο χειροποίητο τσιγάρο. Τα τσιγάρα αυτά ήταν χοντρά και η μισή τους σχεδόν επιφάνεια έφερε σημάδια της κόλλησης του σιγαρόχαρτου. Οι αποθηκευτικοί χώροι των καπνοπωλείων διευρύνθηκαν ή μεταφέρθηκαν και μετατράπηκαν σε βιοτεχνικούς.

Αργότερα, τα στάδια της όλης εργασίας εξειδικεύτηκαν και η «εμπορική επεξεργασία» ή διαλογή και ταξινόμηση των φύλλων καπνού γινόταν μόνο σε ειδικούς χώρους, τα καπνομάγαζα (καπναποθήκες), ενώ το κόψιμο, η δημιουργία των

χαρμανιών, η ύγρανση κ. τ.λ. γίνεται στα δημόσια καπνοκοπήρια.

Γύρω στα 1885 τα ελληνικά καπνοπωλεία διαθέτουν έτοιμα «στριφτά» τσιγάρα σε πακέτα, με σήματα (μάρκες) που συχνά παίρνουν το όνομά τους από την επωνυμία του καπνοπωλείου που τα κατασκεύαζε. Με την εφεύρεση των σιγαροποιητικών μηχανών γίνεται η μετάβαση στη βιομηχανική παραγωγή των μηχανοποίητων τσιγάρων. Στην Ελλάδα, η πρώτη απόπειρα εισαγωγής μηχανημάτων κοπής καπνού και κατασκευής τσιγάρων (που δεν λειτούργησαν ποτέ) έγινε το 1884 από το Δημόσιο. Με την άφιξη των σιγαροποιητικών μηχανών ξέσπασαν και εργατικές κινητοποιήσεις, γιατί η παρουσία τους καταργούσε το επάγγελμα του σιγαροποιού. Από τις πρώτες συμβιβαστικές λύσεις που προτάθηκαν ήταν η σιγαροποιητική μηχανή να κατασκευάζει μόνο λαϊκά τσιγάρα και να γράφεται ευκρινώς στα πακέτα η λέξη «μηχανοποιημένα» (<http://libertin.gr/>).

Η πρώτη σιγαροποιητική μηχανή που λειτούργησε εισήχθη από τον καπνοβιομήχανο Αγγελίδη το 1895. Σιγαροποιητικές μηχανές εισήγαγαν το 1909 οι βιομήχανοι Βάρκας και Καραβασίλης. Τα πρώτα μηχανοποίητα ελληνικά τσιγάρα είχαν τυπωμένο επάνω τους ως σήμα έναν πετεινό. Ονομάστηκαν «Κόκορας» και ήταν κατά πολύ φθηνότερα των χειροποίητων. Για μια εικοσαετία περίπου τα μηχανοποίητα τσιγάρα συνυπάρχουν με τα έτοιμα χειροποίητα. Το ελληνικό κράτος συντάσσει νόμους για να προστατεύει την τρυφερή ηλικία της σιγαροτοπαραγωγής και την 31 η Δεκεμβρίου του 1925 απαγορεύεται δια νόμου η πώληση κομμένου καπνού για τσιγάρα. Ενάμιση χρόνο αργότερα, την 22^α Μαΐου του 1926, καταργείται ως ιδιαίτερη κατηγορία και το «χειροποίητο σεγαρέττο» και απαγορεύεται η κυκλοφορία του (Μπέτας, 2015).

Από τα πρώτα χρόνια όμως της εμφάνισης του τσιγάρου, η Ελλάδα έπαιξε ένα πρωταγωνιστικό ρόλο στη βιομηχανία του. Ήδη στις αρχές του 20ου αιώνα οι Έλληνες εξήγαγαν τα καπνά τους στην Γερμανία, την Ολλανδία και την Αίγυπτο. Στο Μεσοπόλεμο, όταν πια η καλλιέργεια καπνού έγινε συστηματική σε πολλές γεωργικές περιοχές (Αγρίνιο, Καλαμάτα, Κατερίνη, Ξάνθη, κ.α.), χιλιάδες οικογένειες, εκατοντάδες χωριά, αλλά και ολόκληρες περιοχές επιβίωσαν χάρη στον καπνό. Οι πολυεθνικές είχαν έρθει στην Ελλάδα για να εκμεταλλευτούν το «πράσινο χρυσάφι» της χώρας μας και αμέτρητα δισεκατομμύρια δραχμών εισέρευσαν στα ταμεία του ελληνικού κράτους. Αυτή η εξάπλωση της παραγωγής καπνού στην χώρα μας, παρότι ο κύριος προορισμός της ήταν η εξαγωγή, δημιούργησε μια εγχώρια αγορά για τον καπνό (Μπράτη και συν., 2010).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

1.1 Νικοτίνη

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα τοξικό και καρκινογόνο μείγμα περισσότερων από 5.000 χημικών ουσιών (Talhout, et. al. 2011).

Η νικοτίνη είναι ένα διεγερτικό που δρα στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα, στα κύτταρα που φυσιολογικά ενεργούν με την επίδραση του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη. Στο Κεντρικό Νευρικό σύστημα η νικοτίνη λαμβάνει τη θέση της Ακετυλοχολίνης στους υποδοχείς, τόσο στο ντοπαμινεργικό όσο και στο σεροτονινικό νευρικό μονοπάτι. Αυτό προκαλεί την απελευθέρωση της ντοπαμίνης και την νορεπινεφρίνης. Το διεγερτικό νικοτίνη συνήθως αυξάνει την ετοιμότητα και τη γνωσιακή ικανότητα και μετά έχει καταθλιπτική επίδραση (Osbornetal, 2013).

Ως προς τη σύσταση του είναι υγρό άχρωμο, λιπαρό και ισχυρά δηλητηριώδες, με έντονη οσμή και ιδιαίτερα πικρή γεύση. Διαλύεται στο νερό, στην αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα) και στον αιθέρα. Με τη θέρμανση του αναδίδει ατμούς ισχυρά δηλητηριώδεις και αναφλέξιμους, ενώ σε θερμοκρασίες άνω των 55°C μπορεί να σχηματίσει με τον αέρα εκρηκτικά μίγματα. Το γεγονός ότι η νικοτίνη καίγεται στον αέρα είναι αυτό που κάνει δυνατό το κάπνισμα, καθώς από τα 20 mg περίπου που περιέχει ένα τσιγάρο μόνο το 1 mg περίπου εισπνέεται. Η νικοτίνη, όπως όλα τα αλκαλοειδή, είναι βάση και σχηματίζει άλατα με τα οξέα. Η νικοτίνη, όταν εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του κυκλοφορικού συστήματος, απορροφάται ταχέως και υπερβαίνει τον αιματεγκεφαλικόφραγμό. Η ημιπερίοδος ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι περίπου δύο ώρες. Είναι ένα ψυχοενεργητικό διεγερτικό συστατικό του καπνού. Οι συμπεριφορικές και ψυχολογικές επιδράσεις της νικοτίνης συχνά οδηγούν στον εθισμό, η εύρεση αυτού του νόμιμου φαρμάκου από του ενηλίκους θέτει σε κίνδυνο και αυτούς που δεν είναι στη νόμιμη ηλικία καπνίσματος (Osbornetal, 2013).

Σε περιπτώσεις δηλητηρίασης από νικοτίνη (έχει παρατηρηθεί σε υπερκατανάλωση καπνού από άτομα που δεν κάπνιζαν συστηματικά, αλλά και σε χρήστες της ουσίας ως εντομοκτόνου), εμφανίζεται σιελόρροια, καυστική γεύση στο στόμα και στο λαιμό, ναυτία, εντερικοί πόνοι, έμετος και διάρροια. Εμφανίζεται, επίσης, και

απώλεια νευρικού συντονισμού ή ακόμη σε περιπτώσεις λήψης μεγάλων δόσεων εμφανίζεται λιποθυμία ή κώμα, δύσπνοια, κυάνωση και τελικά θάνατος. Οι εκθέσεις σε χαμηλές δόσεις νικοτίνης, πολύ λιγότερο από ένα τσιγάρο ή μερικές σταγόνες υγρού, προκαλούν ναυτία, τρόμο, γρήγορο καρδιακό ρυθμό και υψηλή αρτηριακή πίεση. Η σοβαρή δηλητηρίαση από τη νικοτίνη προκαλεί εμετό, σύγχυση, ακανόνιστο καρδιακό ρυθμό, επιληπτικές κρίσεις και αναπνευστική ανεπάρκεια έως και θάνατος (Mishra, et. al., 2015).

Αν η είσοδος έχει γίνει μέσω του πεπτικού συστήματος, συνιστάται η πλύση στομάχου και η χορήγηση ενεργού άνθρακα. Επειδή η είσοδος της είναι δυνατή και μέσω του δέρματος, συνιστάται στην περίπτωση αυτή η πλύση με άφθονο νερό. Σε περιπτώσεις εισπνοής της χορηγούνται ατροπίνη ή διαζεπάμη (Mishra, et. al., 2015).

1.2 Πίσσα

Ανάμεσα στις 4.800 ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, η πίσσα είναι από τις πλέον βλαβερές. Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους τους στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων. Η **πίσσα** μέχρι πρότινος θεωρείτο ως η μόνη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα. Περιέχει πολλούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι. Σ' αυτή τη θεωρία εστιάστηκε μέχρι τώρα η έρευνα και η κατασκευή των συνήθων φίλτρων καπνού από acetat (Γερούλανος, 2006).

1.3 Μονοξειδίο του άνθρακα

Είναι ένα άχρωμο και χωρίς οσμή αέριο που βρίσκεται στον καπνό του τσιγάρου και παράγεται κατά την ατελή καύση των φύλλων του καπνού. Το μονοξειδίο του άνθρακα έχει μεγαλύτερη χημική συγγένεια, περίπου 200 φορές, με την αιμοσφαιρίνη από ότι το οξυγόνο, με συνέπεια να συνδέεται με αυτή και να σχηματίζει ανθρακυλαιμοσφαιρίνη (Γερούλανος, 2008). Το **μονοξειδίο του άνθρακα (CO)** είναι καθαρά τοξικό. Προσκολλάται στην αιμοσφαιρίνη, στη θέση που μεταφέρεται το οξυγόνο και μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει επαρκές οξυγόνο στο σώμα. Σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση (Γερούλανος, 2006)

1.4 Μονοξείδιο του αζώτου

Μαζί με τα άλλα οξειδία του αζώτου ενεργοποιούν τα μονοκύτταρα στον πνεύμονα, τα οποία παράγουν ελεύθερες ρίζες, που στη συνέχεια τον καταστρέφουν. Αποφρακτική πνευμονοπάθεια και εμφύσημα είναι τα φυσικά επακόλουθα. Οι ελεύθερες ρίζες όμως δεν καταστρέφουν μόνο τον πνεύμονα του καπνιστή αλλά και του παθητικού καπνιστή. Ο λόγος είναι ότι ο καπνιστής εκπνέει 106 περισσότερες ελεύθερες ρίζες στο χώρο, τις οποίες, εισπνέει άθελά του ο παθητικός καπνιστής. Αν ένας μη καπνιστής παραμείνει στο ίδιο δωμάτιο με καπνιστές επί 1 ώρα, εισπνέει το ίδιο σχεδόν ποσοστό καρκινογόνων ουσιών με αυτόν που κάπνισε αρκετά τσιγάρα με φίλτρο(Γερουλάνος, 2006).

Η Σύμβαση-Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τον έλεγχο του καπνού παρέχει ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για τις παγκόσμιες προσπάθειες ελέγχου του καπνού. Η σύμβαση αυτή καλύπτει όλες τις πτυχές του ελέγχου του καπνού, συμπεριλαμβανομένης της ρύθμισης των προϊόντων καπνού, της διαφήμισης, των προειδοποιήσεων για την υγεία, των τιμών και των φορολογικών ζητημάτων, του παράνομου εμπορίου (λαθρεμπόριο) και των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Το άρθρο 9 της σύμβασης αυτής αφορά τη ρύθμιση του περιεχομένου των προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένων των εκπομπών τους. Η εφαρμογή του άρθρου 9 απαιτεί μέτρα ρύθμισης των προϊόντων με βάση τις εμπειρικές δοκιμές των προϊόντων καπνού χρησιμοποιώντας τυποποιημένες μεθόδους. Φυσικά δεν είναι εφικτό να μετρηθούν και οισχεδόν 5.000 ουσίες που περιέχει ο καπνός του τσιγάρου.Ως εκ τούτου, πρέπει να επιλεγεί ένας κατάλογος συστατικών καπνού με αρκετά ευρύ χημικό, τοξικολογικό και φαρμακολογικό προφίλ (Talhout, et. al. 2011).

2.ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

Η ιστορία της διαφήμισης των τσιγάρων είναι βασισμένη απλώς στην προϋπόθεση της δημιουργίας μιας ζήτησης εκεί που δεν υπάρχει. Ιδιαίτερα αφού το κάπνισμα είναι μια επίκτητη προτίμηση. Παρ' όλο που είναι πολύ εθιστικό, δεν υπάρχει μια έμφυτη τάση ή ανάγκη στον ανθρώπινο οργανισμό για αυτό. Η διαφήμιση των τσιγάρων βασίστηκε σε αυτή την ανάγκη που προκαλεί το τσιγάρο και ξεκίνησε με εύκολα αναγνωρίσιμα λογότυπα εμπορικών σημάτων και καταχωρίσεις σε εφημερίδες, σε διαφημιστικές πινακίδες αλλά και υποστήριξη των εταιριών από διάσημους της εποχής (Ευσταθίου,2012).

Η εικόνα του cowboy που είναι γνωστή σε προηγούμενες γενιές, πρόσφατων και μελλοντικών εφήβων μας ταξιδεύει σε προηγούμενες πιο ρομαντικές εποχές. Οι χαρακτήρες των κινουμένων σχεδίων, επίσης, όπως ο Ποπάϊτο ναυτάκι που κάπνιζε πίπα, αποδείχτηκαν ιδιαίτερος επιτυχείς στο παρελθόν στο marketing του καπνού στους νέους, έχουν περάσει πλέον ανεπιστρεπτή. (Μπράτη και συν., 2010)

Παρότι η διαφήμιση των τσιγάρων αρχικά ήταν ανδρική υπόθεση, δεν ήταν ασυνήθιστο να εμφανίζονται ωραίες γυναίκες σε διαφημίσεις τσιγάρων που προορίζονταν για άνδρες. Η πρώτη διαφήμιση, πάντως, που έκανε την εμφάνιση της στις ΗΠΑ, δείχνοντας μια γυναίκα να καπνίζει, έγινε το 1919. Ωστόσο, η ευρεία διάδοση της καπνιστικής συνήθειας έλαβε χώρα στη διάρκεια του 2ου παγκοσμίου πολέμου, κυρίως χάρη στις ηρωίδες της μεγάλης οθόνης, όπως η Laureen Bacall, η Marlen Dietrich κ.ά., οι οποίες έδωσαν ιδιαίτερη λάμψη και γοητεία στο κάπνισμα (Μπελετσιώτη-Στίκα,2006).

Στην Ελλάδα η **ΗΜαρίκα Κοτοπούλη** διαφήμιζε τα τσιγάρα Καραβασίλη με τα λόγια: *«Για κάθε άνθρωπο και ιδίως για τον ηθοποιό η ποιότης του καπνού παίζει μεγάλο ρόλο στη φωνή. Ομολογώ ότι με τα τσιγάρα Z-Καραβασίλη η φωνή μου δεν επηρεάσθη καθόλου και ο λαιμός μου βρήκε την ανάπαυσή του».*

Όμως και η μεγάλη ηθοποιός **Κατερίνα Ανδρεάδη** είπε: *«Μα κύριε Καραβασίλη ήταν ανάγκη να κυκλοφορήσετε ένα τόσο καλό σιγαρέτο, ώστε να με κάνετε να γίνω και εγώ καπνίστρια.»*

Το κυρίαρχο μήνυμα ήταν και συνεχίζει να είναι: «υιοθετείστε το κάπνισμα, γιατί σας δίνει λάμψη, γοητεία, επιβράβευση, στυλ, sexappeal, κοινωνική διάκριση και, πιο πρόσφατα, επαγγελματική καταξίωση και χειραφέτηση». Το 1999, η Philip Morris οργάνωσε μια διαφημιστική καμπάνια ύψους 40×106 \$, στοχεύοντας στις γυναίκες

και κυρίως στις μειονότητες, με το σύνθημα «βρείτε τη φωνή σας». Το μήνυμα που περνούσε από την καμπάνια ήταν ότι το κάπνισμα συνδέεται με τη γυναικεία χειραφέτηση και απελευθέρωση (Μπελετσιώτη-Στίκα,2006).

Μέχρι την εφαρμογή του περιορισμού των διαφημίσεων σε εφημερίδες και περιοδικά, που τέθηκε σε ισχύ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) από τις 28 Δεκεμβρίου του 1990, διεθνώς τα τσιγάρα ήταν τα πλέον πολυδιαφημιζόμενα προϊόντα σε όλα τα δημοφιλή γυναικεία περιοδικά, προξενώντας διπλό κακό, γιατί τα συγκεκριμένα έντυπα δεν έκαναν καμία νύξη για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, περνώντας ταυτόχρονα νέα πρότυπα τρόπου ζωής, κυρίως στις νεαρές ηλικίες (Μπελετσιώτη-Στίκα,2006).

Σήμερα τη θέση των διαφημίσεων έχουν πάρει πιο πολύπλοκες και εξεζητημένες καμπάνιες, οι οποίες ενώ φαινομενικά έχουν ως στόχο να μειώσουν το επίπεδο του άμεσου marketing στους εφήβους, τελικά διατηρούν την δεξιοτεχνία να προσελκύουν εφήβους καταναλωτές μέσα από προσεκτικό χειρισμό αντικαπνιστικών μηνυμάτων. Όλες οι αντικαπνιστικές καμπάνιες δεν είναι ίδιες. Ο Matthew Farrelly και οι συνεργάτες του (2002), σύγκριναν την «πραγματική» καμπάνια που χρηματοδότησε το «Master Settlement Agreement» με την καμπάνια «Σκέψου. Μην καπνίζεις.» που χορήγησε η Αμερικάνικη Philip Morris. Τελικά τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η έκθεση στις «αληθινές διαφημίσεις» ήταν συσχετισμένη με μία μείωση σε αντικαπνιστικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις, ενώ οι νέοι που ήταν εκτεθειμένοι στις διαφημίσεις της καμπάνιας «Σκέψου. Μην καπνίζεις» ήταν πιο πιθανό να είναι ανοιχτοί στην ιδέα να καπνίσουν (Μπράτη και συν, 2010).

Έτσι αντί μιας επιλογής μεταξύ μηνυμάτων που προωθούν τον καπνό και αντικαπνιστικών μηνυμάτων, οι νέοι είναι τώρα αναγκασμένοι να αντιληφθούν την διαφορά μεταξύ αντικαπνιστικών μηνυμάτων που σχεδιάστηκαν να αποτρέψουν το κάπνισμα και αντικαπνιστικών μηνυμάτων που είναι σχεδιασμένα να ενθαρρύνουν το κάπνισμα ανάμεσα στους νέους (Μπράτη και συν, 2010).

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΒΑΣΗ EUROSTAT(ec.europa.eu, 2014)

Από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία [1], το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών κυμαίνεται από 8,7% στη Σουηδία έως 27,0% στην Ελλάδα και 27,3% στη Βουλγαρία (βλ. Πίνακα 1).

	Total	Men	Women	Gender difference (percentage points)
	(%)			
EU-28 (*)	18.4	21.9	15.1	6.8
Belgium (*)	16.8	18.5	15.3	3.2
Bulgaria	27.3	35.4	19.9	15.5
Czech Republic	21.2	27.1	15.6	11.5
Denmark	12.3	12.6	11.9	0.7
Germany	15.0	16.4	13.6	2.8
Estonia	22.7	31.8	15.0	16.8
Ireland	:	:	:	:
Greece	27.0	33.3	21.3	12.0
Spain	22.2	26.2	18.5	7.7
France	20.5	22.9	18.3	4.6
Croatia	24.5	28.8	20.5	8.3
Italy	17.4	21.6	13.4	8.2
Cyprus	25.2	37.3	14.0	23.3
Latvia	24.1	36.0	14.5	21.5
Lithuania	20.2	33.6	9.2	24.4
Luxembourg	13.8	15.6	12.0	3.6
Hungary	25.8	31.6	20.7	10.9
Malta	18.9	21.4	16.5	4.9
Netherlands	17.2	18.9	15.6	3.3
Austria	23.9	26.0	22.0	4.0
Poland	21.9	27.8	16.6	11.2
Portugal	16.3	22.7	10.7	12.0
Romania	19.8	32.2	8.3	23.9
Slovenia	18.0	20.6	15.6	5.0
Slovakia	22.6	30.0	15.6	14.4
Finland	11.6	12.7	10.5	2.2
Sweden	8.7	7.5	9.8	-2.3
United Kingdom	13.7	14.4	13.1	1.3
Norway	12.5	12.7	12.3	0.4
Turkey	27.2	41.7	13.1	28.6

(*) Estimates.

(*) Data with low reliability.

Πίνακας 1: Ποσοστό καθημερινών καπνιστών τσιγάρων, 2014(% ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω)
Μεταξύ των ανδρών, το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών κυμαίνεται από 7,5% στη Σουηδία έως 37,3% στην Κύπρο, ενώ μεταξύ των γυναικών το ποσοστό κυμαίνεται από 8,3% στη Ρουμανία έως 22,0% στην Αυστρία. Σε 26 από αυτά τα κράτη μέλη το ποσοστό των ημερησίων καπνιστών ήταν υψηλότερο μεταξύ των ανδρών από ό, τι μεταξύ των γυναικών, με τη Σουηδία ως την μόνη εξαίρεση, με

περίπου 2 ποσοστιαίες μονάδες λιγότερο άνδρες καπνιστές σε σύγκριση με τους καπνιστές. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των φύλων, σε ποσοστιαίες μονάδες, ήταν στη Λιθουανία και τη Ρουμανία, όπου η αναλογία καπνιστών ημερησίως μεταξύ των ανδρών ήταν περίπου 24 μονάδες πάνω από το ποσοστό που καταγράφηκε μεταξύ των γυναικών. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων πέραν των 20 μονάδων παρατηρήθηκαν επίσης στην Κύπρο και τη Λετονία. Οι μικρότερες διαφορές φύλου παρατηρήθηκαν στη Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία.

Σε γενικές γραμμές, σε επίπεδο ΕΕ, το προφίλ ηλικίας των ημερησίων καπνιστών ήταν παρόμοιο για τους άνδρες και τις γυναίκες: το ποσοστό αυξήθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 15-24 και 25-34 · για τις ηλικιακές ομάδες 25-34 έως 45-54, η αναλογία των καθημερινών καπνιστών παρέμεινε γενικά υψηλή. Στη συνέχεια, τα ποσοστά έπεσαν, με το χαμηλότερο ποσοστό των καπνιστών ημερησίως μεταξύ των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων. Τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ ακολούθησαν αυτό το ευρύ πρότυπο, με τις μεγαλύτερες αναλογίες να αναφέρονται μεταξύ των ηλικιών 25 και 54 ετών και τις χαμηλότερες στις ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών (βλ. Πίνακα 2).

	Total	Men (years)							Total	Women (years)						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥ 75
EU-28 (*)	21.9	17.5	29.7	28.0	25.9	22.3	12.2	5.5	15.1	13.5	19.2	19.0	20.6	16.8	8.4	3.2
Belgium (†)	18.5	:	23.4	24.5	21.0	20.3	12.2	5.7	15.3	17.9	11.3	18.6	20.7	20.3	12.1	1.7
Bulgaria	35.4	24.2	44.7	47.6	47.8	36.8	16.3	5.9	19.9	15.9	28.8	35.5	30.8	15.1	5.6	1.0
Czech Republic	27.1	23.3	35.5	29.1	31.4	27.6	19.4	10.6	15.6	6.1	16.8	21.1	20.7	21.9	9.9	3.5
Denmark	12.6	9.7	12.7	14.5	15.8	14.7	9.5	8.6	11.9	9.8	10.5	10.9	14.4	19.5	10.7	5.1
Germany	16.4	12.4	24.4	21.5	19.6	17.7	7.3	3.8	13.6	11.9	17.3	16.8	20.3	13.9	6.8	3.9
Estonia	31.8	26.9	31.8	34.7	43.6	36.9	18.6	11.8	15.0	14.9	18.3	18.5	22.0	18.6	7.5	2.1
Ireland	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Greece	33.3	22.6	44.7	44.5	41.9	34.6	20.7	9.0	21.3	13.3	27.8	32.1	31.8	22.4	9.4	4.2
Spain	26.2	20.7	34.3	32.0	32.3	25.7	14.4	6.3	18.5	15.4	24.7	24.3	26.2	20.8	6.7	1.2
France	22.9	24.3	35.1	31.1	28.1	17.5	7.4	3.1	18.3	20.1	25.3	27.3	23.1	14.3	7.7	2.0
Croatia	28.8	23.0	34.2	36.2	35.4	32.1	16.8	7.2	20.5	17.6	27.2	28.3	33.3	19.1	8.7	4.4
Italy	21.6	15.1	31.0	29.7	24.5	21.9	14.7	6.6	13.4	11.2	17.0	14.9	17.4	18.1	10.3	3.7
Cyprus	37.3	33.0	49.3	41.8	38.8	36.8	27.2	9.4	14.0	9.1	24.6	17.2	13.9	11.7	5.0	3.3
Latvia	36.0	23.8	42.7	48.3	41.6	37.3	26.6	8.1	14.5	15.3	17.0	21.7	21.1	14.2	9.2	1.7
Lithuania	33.6	18.6	42.0	39.8	43.8	40.2	25.0	7.0	9.2	8.5	16.3	15.4	11.9	8.8	2.1	0.2
Luxembourg	15.6	17.0	18.1	17.1	17.9	14.2	9.8	4.2	12.0	10.9	12.2	15.4	17.2	13.5	3.9	3.6
Hungary	31.6	32.9	40.6	36.0	33.7	28.2	20.9	11.9	20.7	21.2	25.4	22.4	31.3	26.0	10.0	2.5
Malta	21.4	18.1	26.2	25.5	26.0	18.8	17.4	6.8	16.5	12.2	22.5	21.0	24.7	18.4	6.8	1.0
Netherlands	18.9	17.8	26.2	21.3	20.4	20.5	11.3	5.4	15.6	16.9	16.8	14.9	19.1	17.3	12.6	7.7
Austria	26.0	29.6	34.1	32.9	31.0	20.9	10.9	5.4	22.0	23.8	30.4	28.6	26.8	23.2	9.6	2.4
Poland	27.8	17.2	29.9	29.9	36.9	32.5	22.7	10.2	16.6	9.2	15.6	17.7	25.6	25.4	11.8	3.1
Portugal	22.7	18.0	32.9	28.4	31.5	22.2	9.7	3.0	10.7	12.0	17.7	16.2	12.6	10.6	3.4	0.3
Romania	32.2	15.0	43.9	41.3	42.7	32.0	19.4	6.0	8.3	5.4	16.3	12.0	11.6	5.2	2.5	0.6
Slovenia	20.6	15.2	28.0	23.0	27.4	20.5	7.8	7.7	15.6	15.6	18.5	20.7	21.1	19.4	6.2	1.8
Slovakia	30.0	22.7	35.9	36.5	32.9	31.5	17.3	9.6	15.6	13.5	21.3	19.4	19.2	17.3	6.7	1.1
Finland	12.7	12.3	16.7	10.7	15.2	16.6	10.4	1.3	10.5	10.9	14.2	11.5	11.9	13.5	6.9	2.5
Sweden	7.5	7.6	7.5	7.6	7.9	9.6	6.7	4.5	9.8	7.2	7.0	8.7	15.3	13.1	10.3	6.4
United Kingdom	14.4	13.2	20.4	18.0	14.7	14.9	7.9	4.5	13.1	13.5	17.2	13.2	15.5	14.2	9.7	4.8
Norway	12.7	5.9	11.5	13.4	17.6	19.7	12.6	5.1	12.3	4.1	8.7	12.2	17.8	20.5	14.1	6.7
Turkey	41.7	31.4	51.1	49.8	48.6	37.9	22.4	8.7	13.1	5.7	18.8	19.7	16.5	10.2	3.4	2.4

(*) Estimates.

(†) Data with low reliability.

Πίνακας 2: Ποσοστό καθημερινών καπνιστών τσιγάρων ανά φύλο και ηλικία, 2014

(% ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω)

Περισσότερο από το 45% των ανδρών ήταν καθημερινοί καπνιστές στη Βουλγαρία στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 35 και 54 ετών, καθώς και στην Κύπρο στην ηλικιακή ομάδα 25 και 34 ετών και στη Λετονία στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 35 και 44 ετών.

Γενικά, η διαφορά φύλου στο καθημερινό κάπνισμα ήταν μεγαλύτερη σε ποσοστιαίες μονάδες στις ηλικιακές ομάδες με τον υψηλότερο επιπολασμό των καπνιστών. Ένα αξιοσημείωτο παράδειγμα ήταν η Λιθουανία, όπου το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών ήταν 35 φορές υψηλότερο στους άνδρες (7%) από ό, τι στις γυναίκες (0,2%). Κατά μέσο όρο, παρατηρήθηκαν οι μικρότερες σχετικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στη νεότερη ηλικιακή ομάδα (15-24 ετών). Για μερικές ηλικιακές ομάδες σε μερικά από τα συμμετέχοντα κράτη μέλη της ΕΕ, ο επιπολασμός του καθημερινού καπνίσματος μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν παρόμοιος ή ακόμη υψηλότερος μεταξύ των γυναικών, για

παράδειγμα στη Σουηδία, στις ηλικιακές ομάδες άνω των 35 ετών, στη Δανία 55-64 και 65-74 ετών) και στην Αυστρία στην ηλικιακή ομάδα 55-64 ετών.

Το ποσοστό των καπνιστών ημερησίως των τσιγάρων ήταν γενικά υψηλότερο μεταξύ των ατόμων που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση, αν και υπήρχαν εντελώς διαφορετικά πρότυπα για τους άνδρες και τις γυναίκες

Από το σχήμα 2 προκύπτει ότι ο επιπολασμός του καθημερινού καπνίσματος ήταν γενικά χαμηλότερος μεταξύ των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση και υψηλότερος μεταξύ των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Στην Ελλάδα, την Κύπρο και τη Ρουμανία, ο χαμηλότερος επιπολασμός αναφέρθηκε για τα άτομα που ολοκλήρωσαν την κατώτερη εκπαίδευση. Μια παρόμοια ανάλυση παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, αλλά με ξεχωριστά δεδομένα για τους άνδρες και τις γυναίκες.

	Men			Women		
	ISCED levels 0–2	ISCED levels 3 and 4	ISCED levels 5–8	ISCED levels 0–2	ISCED levels 3 and 4	ISCED levels 5–8
EU-28 (*)	24.4	25.1	13.7	14.0	18.5	11.1
Belgium (*)	23.4	23.4	9.6	17.4	21.7	8.4
Bulgaria	34.8	38.6	26.6	13.2	25.0	19.9
Czech Republic	26.1	30.9	11.9	16.0	17.9	6.5
Denmark	20.6	13.7	7.1	14.5	14.4	9.0
Germany	19.4	19.9	11.0	13.1	16.4	8.4
Estonia	42.4	35.0	18.8	16.6	19.5	10.6
Ireland	:	:	:	:	:	:
Greece	31.8	37.4	30.2	15.3	28.4	21.5
Spain	28.0	28.8	20.4	16.1	23.2	19.9
France	22.8	25.6	18.2	15.5	22.9	15.5
Croatia	29.3	31.8	20.0	13.6	26.2	16.7
Italy	22.8	21.7	17.2	12.1	16.1	11.4
Cyprus	33.6	42.4	33.1	7.1	16.1	18.2
Latvia	36.0	40.9	22.1	12.2	18.7	8.6
Lithuania	25.8	42.4	19.8	4.3	12.0	8.2
Luxembourg	21.7	18.3	7.8	13.5	15.1	7.5
Hungary	41.2	34.4	14.5	21.8	24.6	12.2
Malta	24.7	19.3	13.7	18.5	14.1	11.2
Netherlands	23.9	20.7	10.7	18.9	17.8	7.8
Austria	29.6	30.2	15.2	24.6	24.3	13.0
Poland	26.6	32.4	13.7	12.5	21.3	9.9
Portugal	23.9	22.2	18.0	8.0	17.6	12.9
Romania	25.7	36.0	29.2	5.1	9.7	12.3
Slovenia	24.4	20.7	8.2	15.0	18.6	9.9
Slovakia	28.3	33.8	17.7	17.4	16.9	9.9
Finland	16.2	15.5	7.3	9.4	15.5	7.4
Sweden	10.9	7.7	3.4	13.9	12.1	4.3
United Kingdom	21.9	16.9	7.0	16.2	17.0	6.7
Norway	17.7	14.8	4.8	19.6	13.2	7.0
Turkey	43.9	44.1	33.9	12.9	19.4	16.9

Note: ISCED levels 0–2 (Pre-primary, primary and lower secondary education)
ISCED levels 3 and 4 (Upper secondary and post-secondary non-tertiary education)
ISCED levels 5–8 (Tertiary education)

(*) Estimates.

(*) Data with low reliability.

Πίνακας 3: Ποσοστό καθημερινών καπνιστών τσιγάρων ανά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης, 2014 (% ατόμων ηλικίας 15 ετών και άνω)

Τα χαμηλότερα ποσοστά καπνιστών ημερησίως στους άνδρες καταγράφηκαν για όσους έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, η μόνη εξαίρεση μεταξύ των συμμετεχόντων κρατών μελών της ΕΕ καταγράφεται στη Ρουμανία.

Για τις γυναίκες, το πρότυπο ήταν κάπως διαφορετικό, καθώς σχετικά χαμηλές αναλογίες καθημερινών καπνιστών αναφέρθηκαν όχι μόνο για τις γυναίκες που ολοκλήρωσαν την τριτοβάθμια εκπαίδευση αλλά και για τις γυναίκες που ολοκλήρωσαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, σε 19 κράτη μέλη της ΕΕ, το υψηλότερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών μεταξύ των γυναικών

καταγράφηκε μεταξύ εκείνων που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ομοίως, στην Τσεχική Δημοκρατία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρθηκε σχετικά χαμηλό ποσοστό καθημερινών καπνιστών για τις γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, τουλάχιστον κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες χαμηλότερο από το μέσο όρο των γυναικών σε οποιαδήποτε από τις δύο άλλες κατηγορίες.

4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Το κάπνισμα προκαλεί περισσότερους από 480.000 θανάτους κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Αυτό αποτελεί ε σχεδόν έναν στους πέντε θανάτους.

Το κάπνισμα προκαλεί περισσότερους θανάτους κάθε χρόνο από ό, τι οι παρακάτω αιτίες σε συνδυασμό:

- Ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)
- Η χρήση ναρκωτικών
- Η χρήση αλκοόλ
- Τροχαία ατυχήματα
- Πυροβολισμοί.

Δέκα φορές περισσότεροι κάτοικοι των ΗΠΑ, χάνουν τη ζωή τους πρόωρα από το κάπνισμα από ό, τι έχασαν τη ζωή τους για την πατρίδα τους κατά τη διάρκεια της ιστορίας.

Το κάπνισμα προκαλεί περίπου το 90% (ή 9 στους 10) όλων των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και στις γυναίκες. Περισσότερες γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα κάθε χρόνο από ό, τι από καρκίνο του μαστού.

Περίπου το 80% (ή 8 από 10) του συνόλου των θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) προκαλείται από το κάπνισμα (Bonnie, Stratton&Kwan, 2015).

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από όλες τις αιτίες στους άνδρες και τις γυναίκες.

Ο κίνδυνος θανάτου από το κάπνισμα έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία 50 χρόνια σε άνδρες και γυναίκες στις ΗΠΑ.

Οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους μη καπνιστές να αναπτύξουν καρδιακή νόσο, να πάθουν εγκεφαλικό επεισόδιο και καρκίνο του πνεύμονα.

Το κάπνισμα εκτιμάται ότι αυξάνει τη κινδύνων

- Για στεφανιαία νόσο κατά 2 έως 4 φορές
- Για εγκεφαλικό επεισόδιο κατά 2-4 φορές
- Στους άντρες να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα κατά 25 φορές
- Στις γυναίκες να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα κατά 25,7 φορές.

Το κάπνισμα προκαλεί μειωμένη γενική υγεία, αυξημένες απουσίες από την εργασία, και η αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με συνέπεια αύξηση του κόστους.

Οι καπνιστές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ασθένειες που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία.

Το κάπνισμα προκαλεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή στεφανιαία νόσο, η οποία είναι από τις κύριες αιτίες θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Ακόμη και οι άνθρωποι που καπνίζουν λιγότερα από πέντε τσιγάρα την ημέρα μπορεί να αναπτύξουν τα πρώτα συμπτώματα της καρδιαγγειακής νόσου.

Το κάπνισμα προκαλεί βλάβες στα αγγεία της καρδιάς με αποτέλεσμα να δημιουργούνται στενώσεις. Με αποτέλεσμα ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής και δημιουργία θρόμβων. Οι θρόμβοι μπορεί να δημιουργήσουν εγκεφαλικό και περιφερική αγγειοπάθεια.

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει πνευμονική νόσο καταστρέφοντας τους αεραγωγούς και τις κυψελίδες των πνευμόνων.

Οι ασθένειες του πνεύμονα που προκαλούνται από το κάπνισμα περιλαμβάνουν, το εμφύσημα και τη χρόνια βρογχίτιδα. Το κάπνισμα προκαλεί τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα. Σε περίπτωση άσθματος ο καπνός χειροτερεύει την κατάσταση. Τέλος οι καπνιστές έχουν 12 έως 13 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από ΧΑΠ από τους μη καπνιστές (Bonnie, Stratton & Kwan, 2015).

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο σχεδόν οπουδήποτε στο σώμα όπως:

- Στην κύστη
- Στο αίμα (οξεία μυελοειδή λευχαιμία)
- Στον τράχηλο της μήτρας
- Στο παχύ έντερο και το ορθό του
- Στον οισοφάγος
- Στους νεφρού και τον ουρητήρα
- Στο λάρυγγα
- Στο συκώτι
- Στον στοματοφάρυγγα
- Στο πάγκρεας
- Στο στομάχι

Στην τραχεία, τους βρόγχους και τους πνεύμονες (Bonnie, Stratton & Kwan, 2015).

Το κάπνισμα αυξάνει επίσης τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο και άλλες ασθένειες σε ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο και σε επιζώντες από αυτόν. Αν κάποιος δεν

κάπνιζαν, ένας στους τρεις θανάτους από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν θα είχε συμβεί.

Το κάπνισμα βλάπτει σχεδόν κάθε όργανο του σώματος και επηρεάζει τη συνολική υγεία ενός ατόμου. Το κάπνισμα κατά την κύηση μπορεί να επηρεάσει την υγεία του μωρού τόσο πριν όσο και μετά τη γέννηση. Το κάπνισμα αυξάνει τους κινδύνους για:

- Πρόωρη γέννηση
- Θνησιγένεια
- χαμηλό βάρος γέννησης
- σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου
- έκτοπη κύηση
- Λαγόχειλο(Bonnie, Stratton&Kwan, 2015).

Το κάπνισμα μπορεί επίσης να επηρεάσει το σπέρμα των ανδρών, το οποίο μπορεί να μειώσει τη γονιμότητα και επίσης να αυξήσει τους κινδύνους για γενετικές ανωμαλίες και αποβολές.

Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει και τα οστά. Οι γυναίκες που στο παρελθόν έχουν τεκνοποιήσει και καπνίζουν έχουν πιο αδύνατα οστά από τις γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάγματα

Το κάπνισμα επίσης επηρεάζει την υγεία των δοντιών και των ούλων και μπορεί να προκαλέσει απώλεια των δοντιών. Μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καταρράκτη και την εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Αποτελεί επίσης μια από τις αιτίες του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που δύσκολα μπορεί να ελεγχθεί. Ο κίνδυνος ανάπτυξης διαβήτη είναι 30-40% υψηλότερη για τους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Προκαλεί επίσης μειωμένη ανοσολογική ανταπόκριση. Τέλος αποτελεί μια από τις αιτίες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (CDC, 2016).

Οι πρώτες εργασίες που έδειχναν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και κυρίως στον πνεύμονα, εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1930. Ήδη, το 1929 οΚαθηγητής E. Uehlinger δημοσίευσε τρεις περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα που είχαν εμφανιστεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης και τις οποίες συνδύασε με το κάπνισμα. Τότε ήταν δύσκολο να τον πιστέψουν. Τριανταπέντε χρόνια μετά, στο Ινστιτούτο Παθολογικής Ανατομίας της Ζυρίχης, εξετάσαμε περίπου 200 ασθενείς το χρόνο, οι οποίοι είχαν πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα.Ο συσχετισμός ήταν πια ολοφάνερος. Ενδιάμεσα, όμως, είχαν γίνει γνωστές και οι

επιδράσεις του καπνίσματος στην αρτηριοσκλήρυνση και το εμφύσημα και αυτό όχι μόνο στους καπνιστές αλλά και τους παθητικούς καπνιστές(Γερουλάνος, 2008).

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα που διατηρεί ο μη κερδοσκοπικός αντικαπνιστικός οργανισμός “nosmoke.gr”, το κάπνισμα είναι μια συνήθεια ξένη προς τις φυσιολογικές, βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Γι’ αυτόν ακριβώς τον λόγο, μέχρι να την υιοθετήσει, καταπονείται και δυσκολεύεται καθώς του προκαλεί κάποια αναστάτωση. Δεν αποτελεί μια λειτουργία που έχει προβλέψει η φύση, αλλά μια απλή συνήθεια που επινόησε ο άνθρωπος από την εποχή που ζούσε ακόμη σε σχεδόν πρωτόγονη κατάσταση(www.nosmoke.gr).

Το κάπνισμα προκαλεί σοβαρή εξάρτηση και ο καπνιστής δεν μπορεί να το διακόψει χωρίς βοήθεια, ακόμα κι όταν το θέλει. Αλλά ακόμα και με τους πολλούς τρόπους βοήθειας που υπάρχουν, ίσως 1 στους 4 να τα καταφέρει (Γερουλάνος, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως(W.H.O, 2007).

4.1 Ο εθισμός στο τσιγάρο

Συνήθεια: (εθισμός) σημαίνει ένα είδος υποχρεωτικής συμπεριφοράς με ταυτόχρονη αδυναμία της προσωπικότητας να ελέγξει ή να κατευθύνει την συμπεριφορά αυτή. Στη περίπτωση που η "**συνήθεια**" αναπτύσσεται πάνω στο έδαφος ψυχολογικών κενών που "**καλύπτονται**" από αυτή, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης **εξάρτησης** είναι μεγάλος. Με αυτή την έννοια, η συνήθεια (ή εθισμός) θεωρείται σαν πρόδρομος της εξάρτησης, που χαρακτηρίζεται από διαταραχή ολόκληρης της προσωπικότητας, όσο και διαταραχή αυτής στη σχέση της με το περιβάλλον. Εξάρτηση στην ολοκληρωμένη μορφή της σημαίνει ότι η ουσία καθορίζει πια το σύνολο της συμπεριφοράς του εξαρτημένου, που έχει απολέσει κάθε ουσιαστικό έλεγχο στη χρήση της. Ο χρόνος που θα χρειαστεί ένα άτομο για να αναπτύξει πλήρη εξάρτηση από κάποια ουσία, θα εξαρτηθεί, όπως είναι φανερό και από το "**τρίγωνο εξάρτησης**",

τόσο από κοινωνικούς παράγοντες, όσο και από τις ψυχοτρόπους ιδιότητες της ουσίας (Παπαγεωργίου, 2009).

Η **νικοτίνη**, μαζί με το συχνά προστιθέμενο **βενζόλιο**, είναι οι βασικοί παράγοντες εθισμού. Χωρίς αυτές τις ουσίες, εύκολα θα μπορούσε ένας καπνιστής να κόψει το κάπνισμα. Σήμερα υπάρχουν πάρα πολλοί τρόποι να εξαλειφθεί η νικοτίνη. Για να μη συμβεί αυτό και να παραμείνει ο καπνιστής εξαρτημένος, έχουν επινοηθεί 400 διαφορετικές πατέντες που αυξάνουν τελικά την ποσότητά της στον εισπνεόμενο καπνό. Η νικοτίνη αυτή απορροφάται άμεσα από τη στοματική κοιλότητα και τον πνεύμονα, προκαλεί έκκριση κατεχολαμινών, αύξηση της πίεσης, ταχυκαρδία, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία. Βασικά θεωρείται υπεύθυνη για τα οξέα καρδιακά επεισόδια που αποδίδονται στο κάπνισμα (Γερούλιανος, 2008).

Ο εθισμός που προκαλεί στους καπνιστές είναι ιδιαίτερα ισχυρός, καθώς μόνο το 20% των συστηματικά καπνιστών καταφέρνουν να κόψουν το κάπνισμα με την πρώτη προσπάθεια. Η αποχή από το κάπνισμα συνήθως προκαλεί, εκτός των συμπτωμάτων στέρησης, ισχυρή αύξηση της όρεξης, με συνέπεια οι καπνιστές να εμφανίζουν σωματική πάχυνση.

4.2 Παθητικό κάπνισμα

Σε αντιδιαστολή με το ενεργητικό ή εκούσιο κάπνισμα υπάρχει και το παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα, που αναφέρεται στην έκθεση μη καπνιστών στον καπνό που εκπέμπεται από τα τσιγάρα ή εκπνέεται από καπνιστές, κυρίως σε κλειστούς χώρους. Στους παθητικούς καπνιστές, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα έχει υπολογιστεί ότι είναι περίπου 30% μεγαλύτερος από εκείνον των μη καπνιστών. Αν και η αύξηση του κινδύνου κατά 30% από το παθητικό κάπνισμα είναι πολύ μικρότερη από την αύξηση του κινδύνου από το ενεργητικό κάπνισμα, εντούτοις μεταφράζεται σε μεγάλο αριθμό προσβαλλομένων, καθώς οι παθητικά εκτιθέμενοι στο κάπνισμα είναι πάρα πολλοί. Το παθητικό κάπνισμα έχει επίσης μελετηθεί και σε σχέση με καρκίνους άλλων εντοπίσεων, αλλά τα δεδομένα είναι πολύ λιγότερα. Εκτιμάται ότι περί το 10 % των θανάτων που οφείλονται στο κάπνισμα μπορεί να αποδοθούν σε παθητική έκθεση (Malhotra et al., 2016).

4.3 Κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Η ΧΑΠ είναι μια σημαντική αιτία χρόνιας νοσηρότητας / θνησιμότητας και αποτελεί την τέταρτη κύρια αιτία θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο. Η ΧΑΠ χαρακτηρίζεται

από έναν επίμονο περιορισμό της ροής του αέρα που προκαλείται από χρόνιες φλεγμονώδεις απαντήσεις σε επιβλαβή σωματίδια ή αέρια. Το κάπνισμα είναι ο συνηθέστερος και άμεσα αναγνωρίσιμος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της Χ.Α.Π., που εξελίσσεται στο $\approx 15\%$ των καπνιστών. Η ΧΑΠ είναι 3-5 φορές πιο πιθανή σε καπνιστές απ' ό,τι σε μη καπνιστές.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει ≈ 4.700 χημικά συστατικά και μπορεί να αυξήσει την παραγωγή ενδογενών αντιδράσεων του οξυγόνου σε πληθυσμούς των κυττάρων στόχων. Ωστόσο, οι υποκείμενοι μοριακοί μηχανισμοί για τη σημαντική μεταβλητότητα στην ανάπτυξη Χ.Α.Π σε σχέση με το κάπνισμα δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη πνευμονικής φλεγμονής, όπου ουδετερόφιλα, μακροφάγα και λεμφοκύτταρα που διεισδύουν στον πνευμονικό ιστό. Αυτά τα κύτταρα απελευθερώνουν προ-φλεγμονώδεις μεσολαβητές. Ένα σύνθετο δίκτυο φλεγμονής που περιλαμβάνει διάφορα φλεγμονώδη κύτταρα και μεσολαβητές μπορεί να οδηγήσει σε βλάβη της πνευμονικής αρχιτεκτονικής. Η ανισορροπία μεταξύ των οξειδωτικών/ αντιοξειδωτικών παραγόντων, η ανισορροπία πρωτεάσης / αντι-πρωτεάσης, η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος και βλάβη στα χολινεργικά νεύρα επιδεινώνουν περαιτέρω την πνευμονική φλεγμονή και την περιορισμένη ροή αέρα που προκαλείται από τη Χ.Α.Π. Η συνέχιση του καπνίσματος συνδέεται με αυξημένο οξειδωτικό στρες, συχνή νοσηλεία και μειωμένη ποιότητα ζωής.

Ωστόσο δεν είναι σαφές ποιοι παράγοντες (π.χ. το ποσοστό του καπνίσματος, ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται σε μία ημέρα, η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, ο χρόνος καπνίσματος και ο χρόνος και η ηλικία διακοπής του καπνίσματος) επηρεάζουν την πρόγνωση των ασθενών με ΧΑΠ (Bai, et. al., 2017).

4.4 Η επίδραση του καπνού στο κυκλοφορικό σύστημα

Περίπου 1 δισεκατομμύριο άνδρες και 250 εκατομμύρια γυναίκες χρησιμοποιούν σήμερα καπνό και η κατανάλωση του όλο και αυξάνεται. Η άνοδος των πωλήσεων καπνού στην Κίνα και μόνο έχει αντισταθμίσει τις μειώσεις στη Βόρεια Αμερική, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τη Βραζιλία. Σήμερα, το 80% των καπνιστών παγκοσμίως ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα.

Το κόστος της απώλειας ανθρώπινης ζωής είναι εκπληκτικό. Το κάπνισμα παραμένει η κύρια αιτία πρόληψης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, πάνω

από 6 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως αποδίδονται στη χρήση καπνού, ενώ οι μαζικές απώλειες αναμένεται να φθάσουν το 1 δισεκατομμύριο μέχρι το τέλος του 21ου αιώνα. Οι μισοί από τους μακροχρόνιους καπνιστές πεθαίνουν από ασθένειες που σχετίζονται με τον καπνό και οι καρδιακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου σε αυτούς(Prochaska&Benowitz, 2015).

Οι αρνητικές συνέπειες του τσιγάρου είχαν αναφερθεί από το 1964 στις ΗΠΑ. Η περυσινή επετειακή έκθεση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος τα τελευταία 50 χρόνια - από το μισό περίπου των αμερικανών και το ένα τρίτο των γυναικών στο 20,5% και το 15,3%, αντίστοιχα, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην πτώση της καρδιαγγειακής νόσου στις ΗΠΑ. Το κάπνισμα προκαλεί ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, αποφράσει τα αιμοφόρα αγγεία, ενεργοποιεί τα αιμοπετάλια, δημιουργεί μια χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση και προκαλεί δυσλιπιδαιμία. Αυτές οι επιδράσεις επιταχύνουν την αθηροσκλήρωση, αποσταθεροποιούν τις πλάκες της στεφανιαίας αρτηρίας και προκαλούν οξεία στεφανιαία επεισόδια και αιφνίδιο θάνατο. Μεταξύ των περίπου 85.000 μετα-εμμηνοπαυσιακών γυναικών στην Πρωτοβουλία για την Υγεία των Γυναικών που παρακολουθήθηκαν για πάνω από μια δεκαετία ζωής, το κάπνισμα ήταν ένας από τους ισχυρότερους καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας. Η διακοπή του καπνίσματος παρέχει άμεσα οφέλη για την καρδιαγγειακή υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο υποτροπής των στεφανιαίων επεισοδίων σε σχέση με τον μη καπνιστή μέσα σε 3 χρόνια και μειώνοντας τη θνησιμότητα μετά από καρδιακή προσβολή κατά το ήμισυ πάνω από 3 έως 5 χρόνια. Σε ασθενείς με συμπτωματική περιφερική αρτηριακή νόσο, η διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με βελτιωμένα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη βελτίωση των προσβεβλημένων άκρων και τη συνολική επιβίωση (Prochaska&Benowitz, 2015).

4.5 Κάπνισμα και οστεοπόρωση

Έρευνες οι οποίες έγιναν πρόσφατα στην Αυστραλία, επιβεβαιώνοντας άλλες προηγούμενες, καταδεικνύουν ότι το κάπνισμα συμβάλλει στην οστεοπόρωση και στην αύξηση της ευθραυστότητας των οστών, μειώνοντας την οστική πυκνότητα πιθανότατα λόγω της επίδρασής του στα οιστρογόνα (Bijelic, Milicevic&Balaban, 2017).

Η μέγιστη οστική πυκνότητα επιτυγχάνεται στην αρχή της τέταρτης δεκαετίας της ζωής, μετά από την οποία παρατηρείται προοδευτική απώλεια οστικής μάζας, περίπου 0,5% ετησίως. Περιβαλλοντολογικοί και γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τη μέγιστη οστική μάζα και το ρυθμό απώλειας οστού. Ως παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση έχουν αναγνωριστεί το φύλο (υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες), η ηλικία, η έλλειψη οιστρογόνων και η λευκή φυλή. Ο κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος αυξάνεται με την ηλικία και είναι πιο έκδηλος στις εμμηνόπαυσιες γυναίκες. Το κάπνισμα έχει αρνητική επίδραση στην οστική μάζα. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για οστεοπόρωση διότι μειώνει την παραγωγή οιστρογόνων, συμβάλλει στην πρόκληση πρόωμης εμμηνόπαυσης και δρα τοξικά στις οστεοβλάστες, μειώνοντας έτσι την οστική μάζα (Bijelic, Milicevic & Balaban, 2017). Έτσι οι γυναίκες, που καπνίζουν μετά την εμμηνόπαυση έχουν ακόμη μεγαλύτερη πιθανότητα καταγμάτων, ενώ και οι νεότερες καπνίστριες, που δεν έχουν έμμηνο ρύση για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουν επίσης υψηλότερο κίνδυνο απώλειας των οστών και οστεοπόρωσης.

Το κάπνισμα στην εμμηνόπαυση, συνδέεται με ελάττωση της οστικής πυκνότητας (περίπου 2% για κάθε 10 έτη προόδου της ηλικίας) και σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο για κάταγμα ισχίου. Εντούτοις, στις προεμμηνόπαυσιες γυναίκες, το κάπνισμα δε συνδέεται με μειωμένη οστική πυκνότητα. Αυτή η διαφορά στις γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να αποδοθεί είτε στην αθροιστική βλαπτική επίδραση του καπνού στα οστά, στις μεγαλύτερες σε ηλικία καπνίστριες, είτε σε αυξημένη ευαισθησία για απώλεια οστικής μάζας μετά την εμμηνόπαυση ή με την πρόοδο της ηλικίας. Αξιοσημείωτο είναι ότι πρώην καπνίστριες και γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ δεν παρουσιάζουν διαφορές στην οστική μάζα. Αυτό σημαίνει ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προλάβει την περαιτέρω απώλεια οστού και να μειώσει τον κίνδυνο για κατάγματα μετά την εμμηνόπαυση. Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στα οστά μπορεί κατά ένα μέρος να αποδοθεί στην αρνητική δράση του στο μεταβολισμό των στεροειδών και στην επακόλουθη ελάττωση των οιστρογόνων. Επιπλέον, η νικοτίνη έχει ενοχοποιηθεί για άμεση τοξική δράση στα οστά. Επίσης, στην παθογένεια φαίνεται πως συμβάλλει η ελάττωση των επιπέδων της βιταμίνης D και της απορρόφησης του ασβεστίου, στις γυναίκες που καπνίζουν. Τέλος, τουλάχιστον μέρος της αρνητικής επίδρασης μπορεί να αποδοθεί σε διαφορές στο σωματικό βάρος και τη φυσική δραστηριότητα των καπνιστριών, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν (Bijelic, Milicevic & Balaban, 2017).

4.6 κάπνισμα και εγκεφαλικό

Η χρήση του καπνού και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνουν τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι παράγοντες κινδύνου για το εγκεφαλικό επεισόδιο μπορούν να διαιρεθούν σε μη τροποποιήσιμους και τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Οι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την ηλικία, τα γονίδια, τη φυλή και την εθνικότητα. Άλλοι μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι οι διάφορες μορφές καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως η κολπική μαρμαρυγή και η καρδιακή ανεπάρκεια (Mackay&Mensah, 2004). Οι σημαντικότεροι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου για το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση και το κάπνισμα. Η σύνδεση μεταξύ καπνίσματος και εγκεφαλικού επεισοδίου είναι καλά εδραιωμένη. Ένας μεγάλος αριθμός καπνιστών αναπτύσσει καρδιακή νόσο και καρκίνο του πνεύμονα, ενώ το κάπνισμα μπορεί να διπλασιάσει τον κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Εκτιμάται ότι το 7% των συνολικών θανάτων από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια οφείλονται στο κάπνισμα, ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 17,6% των **πρόωρων θανάτων** λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους ενήλικες ηλικίας 30-60 ετών (W.H.O, 2015). Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου δύο έως τέσσερις φορές, τόσο μεταξύ ανδρών όσο και γυναικών. Καταδεικνύεται επίσης από έρευνες ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου. Από το 1964, αρκετές εκθέσεις από γιατρούς Γενικής Χειρουργικής του Ηνωμένου Βασιλείου για το κάπνισμα περιγράφουν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και εγκεφαλικού επεισοδίου και έχουν επισημάνει αρκετές βασικές σχέσεις:

- ✓ Το κάπνισμα συνδέεται σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Ακόμη και μετά την πρόληψη άλλων παραγόντων κινδύνου, οι καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου και υψηλότερη θνησιμότητα από αυτό.
- ✓ Το κάπνισμα συνδέεται με την αύξηση του κινδύνου διαφόρων τύπων ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.
- ✓ Το κάπνισμα συνδέεται με την αύξηση του κινδύνου υποαραχνοειδούς αιμορραγίας.

- ✓ Εντός τεσσάρων έως πέντε ετών διακοπής του καπνίσματος, ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνεται σε σχέση με τους μη καπνιστές (www.surgeongeneral.gov, 2014).

4.6.1 Επιπτώσεις της διακοπής του καπνίσματος και των παρεμβάσεων ελέγχου του καπνίσματος στο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Μεταξύ των ασθενών που επέζησαν μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε περιπτώσεις 30 εκατομμυρίων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, περίπου το ένα τρίτο των ασθενών ζει με μέτρια έως σοβαρή αναπηρία. Έτσι, γίνεται εύκολα αντιληπτό το μέγεθος της οικονομικής επιβάρυνσης αλλά και το κόστος της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών γενικότερα (W.H.O. 2011).

Η διακοπή του καπνίσματος και η μείωση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Μελέτη έδειξε ο κίνδυνος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε πρώην καπνιστές μειώθηκε σημαντικά κατά 34% σε σύγκριση με τα άτομα που εξακολουθούν να καπνίζουν. Τα άτομα που είχαν σταματήσει το κάπνισμα για δύο έως τέσσερα χρόνια είχαν σχεδόν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου όπως οι μη καπνιστές κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Lin, et. al., 2013).

5· ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

5.1 Κάπνισμα και καρκινογένεση

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας το τσιγάρο περιέχει περίπου 4.000 χημικές ενώσεις, ενώ ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να φτάσει τις 5.000 .

Από αυτές τουλάχιστον 10 ανήκουν σύμφωνα με την IARC στην κατηγορία ενώσεων που είναι γνωστό πως προκαλούν καρκίνο ενώ κοντά στις 100 ενώσεις είναι τοξικές και είναι πιθανό να προκαλούν καρκίνο(Ευσταθίου,2012).

Το κάπνισμα λοιπόν είναι υπεύθυνο για καρκινογένεσεις λόγω αρκετών καρκινογόνων και μεταλλαξογόνων ουσιών που περιέχει ή δημιουργούνται κατά τη καύση του τσιγάρου. Τέτοιες ουσίες είναι τα αιωρούμενα σωματίδια, το μονοξειδίο του άνθρακα, τα οξείδια του αζώτου, το βενζόλιο, χλωριούχο βινύλιο, βενζο(α)ανθρακένιο, το 4-αμινοδιφαινύλιο, η 2-ναφθιλαμίνη, το βενζο(α)πυρένιο, πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες (ΠΑΥ), νίτρο-ΠΑΥ, νιτροζαμίνες, N-ετεροκυκλικέςαμίνες, ραδιενεργά στοιχεία (πολώνιο-210, μόλυβδος-210 και ραδόνιο), βενζόλιο, σταθερές ελεύθερες ρίζες κινονών, ακεταλδεΐδη, 2-νιτροπροπάνιο, υδροκυάνιο, κατεχόλες, βαρέα μέταλλα (σίδηρο, κάδμιο, νικέλιο, χρώμιο, κ.λπ.), φλουορανθένια, κινόνες, πολυάριθμες πτητικές ενώσεις (αλκοόλες, κινόνες, αμίνες, αλδεΐδες), ανόργανα άλατα, κλπ(Jethwa& Khariwala, 2016).

Αλλά το πιο επικίνδυνο συστατικό του καπνού είναι τα εξαιρετικά μικρού μεγέθους ανθρακούχα σωματίδια που διεισδύουν και εγκλωβίζονται στις κυψελίδες των πνευμόνων. Τα σωματίδια είναι πορώδη και στους πόρους διεισδύουν και παρακρατούνται βαρέα μέταλλα, οργανικές και ανόργανες ενώσεις. Στις κυψελίδες, τα σωματίδια, ανάλογα με τις συνθήκες, το pH και το βιολογικό υπόστρωμα στο οποίο επικάθονται, εκλύουν αργά τις τοξικές, καρκινογόνες και μεταλλαξιγόνες ουσίες. Αν και ο βλεννοκροσώτος μηχανισμός έκπλυσης των πνευμόνων εκκαθαρίζει πολλές ουσίες και τις αποβάλλει με τις εκκρίσεις, τα σωματίδια αυτά είναι συχνά σταθερά προσδεμένα στις κυτταρικές μεμβράνες και το λιπαρό τμήμα των πνευμονικών ιστών. Η συσσώρευση αυτών των τοξικών και καρκινογόνων ουσιών προκαλεί μεταλλάξεις στο DNA των κυττάρων. Η μοριακή επιδημιολογία έχει διαπιστώσει σημαντική αύξηση μεταλλάξεων και προσθέτων (adducts) στους κλώνους του DNA των

πνευμονικών κυττάρων των καπνιστών. Οι περισσότερες βλάβες στα νουκλεοτίδια των χρωμοσωμάτων οφείλονται σε μηχανισμούς ελευθέρων ριζών(Ευσταθίου, 2012).

5.2 Καρκίνος πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από κακοήγη νόσο τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Κίνα. Στην Αυστραλία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, τις Σκανδιναβικές Χώρες, την Ισπανία και το Ηνωμένο βασίλειο ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και η δεύτερη ή η τρίτη στις γυναίκες. Η επίπτωση του είναι ιδιαίτερα ανησυχητική αν λάβουμε υπόψη πως στο ξεκίνημα του 20ου αιώνα ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν μισπάνια κακοήθεια(Malhotraet.al., 2016).

Το κάπνισμα θεωρείται έως τώρα ο πιο σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του πνεύμονα. Η συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στον καρκίνο του πνεύμονα επισημάνθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1940 και στην συνέχεια τεκμηριώθηκε με επιδημιολογικές έρευνες τη δεκαετία του 1950. Η πρώτη Αναφορά περί Καπνίσματος και Υγείας του SurgeonGeneralτων Η.Π.Α. δημοσιεύθηκε το 1964 και το συμπέρασμά της ήταν πως υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στον καρκίνο του πνεύμονα.

Η πιθανότητα ενός καπνιστή να εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη την πιθανότητα κάποιου που δεν έχει καπνίσει ποτέ και ο κίνδυνος γίνεται 20-25 φορές μεγαλύτερος όταν η κατανάλωση των τσιγάρων ξεπερνά το ένα πακέτο την ημέρα(Malhotraet.al., 2016).

Οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνουν:

- Το κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένου και του παθητικού.
- Τις βλαβερές ουσίες που μας περιβάλλουν στο χώρο εργασίας ή τον οικιακό χώρο (π.χ. αέριο ροδονίου).
- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά (όπως το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του πνεύμονα)(Malhotraet.al., 2016).

5.3 Καρκίνος λάρυγγα

Μία από τις βασικότερες αιτίες για την εκδήλωση του καρκίνου του λάρυγγα, η οποία συναντάται στις περισσότερες νεοπλασματικές ασθένειες είναι η κατάχρηση του καπνίσματος. Περισσότεροι από 95% των ασθενών που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα, είναι καπνιστές. Το κάπνισμα είναι επιβαρυντικός παράγοντας στην ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα διότι δημιουργεί μεταλλάξεις στα γονίδια των κυττάρων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εξασθενεί η άμυνα του οργανισμού με συνέπεια να μην μπορεί να καταπολεμήσει τα νεοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα (Χριστοφίδου& συν., 2009).

5.4 Καρκίνος του στόματος

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί ένα νεόπλασμα που μπορεί να επηρεάσει όλη τη στοματική κοιλότητα, η οποία ξεκινά από τα χείλη και τελειώνει στους πρόσθιους πυλώνες των βλεφαρίδων. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο καρκίνος του στόματος αναφέρεται ως ο όγδοος συχνότερα διαγνωσμένος καρκίνος με ετήσια επίπτωση > 300.000 περιπτώσεις. Η συχνότητα εμφάνισης και η θνησιμότητα των ΚΠ είναι υψηλότερες στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Η παγκόσμια επικράτηση του δείχνει μεγάλη διαφορά στη γεωγραφική κατανομή. Για παράδειγμα, ο επιπολασμός του καρκίνου του στόματος στην ινδική υποήπειρο αποτελεί το 25% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου. Σημειώθηκε αξιοσημείωτη αύξηση του επιπολασμού του συγκεκριμένου καρκίνου σε ορισμένες βιομηχανικές χώρες (δηλαδή το Ηνωμένο Βασίλειο, τις Κάτω Χώρες και τη Δανία), ενώ άλλες βιομηχανικές χώρες (όπως: η Γερμανία, η Γαλλία, η Ιταλία, το Χονγκ Κονγκ και οι ΗΠΑ) ανέφεραν μείωση της επικράτησης των μορφών του καρκίνου του στόματος. Το 2010, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ανέφερε ποσοστό θνησιμότητας για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του στόματος σε ποσοστό περίπου 2 ανά 100.000 στη Μέση Ανατολή, που είναι μικρότερη από εκείνη που αναφέρθηκε στην Ινδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Το καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα αποτελεί το 90-95% όλων των κακοηθειών των καρκίνων του στόματος. Στο περιφερικό καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων (OSCC), η περιφερειακή μετάσταση κυριαρχεί σε τουλάχιστον 30% των περιπτώσεων. Αναπτύσσεται κυρίως μεταξύ της έκτης και της έβδομης δεκαετίας ζωής και η εμφάνιση του στους νεότερους ανθρώπους (<40

ετών) είναι σπάνια. Το καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα στο στόμα αντιπροσωπεύει το 4% από όλες τις κακοήθειες σε άνδρες και το 2% στις γυναίκες. Οι υψηλότερες αναλογίες του περιφερικού καρκίνου από πλακώδη κύτταρα, πέραν της ανησυχητικής αύξησης της συχνότητας εμφάνισης στους νέους, τεκμηριώνονται παγκοσμίως. Οι πιο συχνά επηρεαζόμενες περιοχές του καρκίνου της γλώσσας στις δυτικές χώρες είναι οι πλευρές της γλώσσας και της βάσης του στόματος, αντιπροσωπεύοντας περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων. Αντιστρόφως, στο νοτιοανατολικό τμήμα της ασιατικής ηπείρου, ο καρκίνος της γλώσσας είναι σημαντικά υψηλότερος στο στοματικό βλεννογόνο και στην κοιλιακή χώρα. Αυτό οφείλεται άμεσα στη χρήση μη επεξεργασμένου καπνού, που μασάει ή κρατιέται στο στόμα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η αιτιολογία καρκίνου της γλώσσας είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει γενετικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες στη γένεση του καρκίνου της γλώσσας είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος (Al-Jaber, Al-Nasser & El-Metwally, 2016).

5.5 καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου

Ο καρκίνος της κεφαλής και του τραχήλου είναι η έκτη πιο κοινή μορφή καρκίνου παγκοσμίως. Το 2016, εκτιμάται ότι 61.760 ασθενείς διαγνώστηκαν με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε όλο τον κόσμο διαγιγνώσκονται 550.000 άνθρωποι και περίπου 380.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από αυτόν. Η χρήση καπνού σχετίζεται έντονα με καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων κεφαλής και τραχήλου. Συγκεκριμένα, αυτό περιλαμβάνει όγκους της στοματικής κοιλότητας, ρινοφάρυγγα, στοματοφάρυγγα, υποφάρυγγα και λάρυγγα. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σταθερή κατανόηση των καρκινογόνων συστατικών που περιέχονται στα προϊόντα καπνού, καθώς και οι ρόλοι τους στη δημιουργία συγκεκριμένων όγκων.

Ο καρκίνος κεφαλής και τραχήλου είναι ένας από τους πολλούς καρκίνους που συνδέονται στενά με τη χρήση καπνού. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη του στους καπνιστές είναι περίπου 10 φορές υψηλότερος από αυτόν των μη καπνιστών και αποτελεί το 70-80% των νέων διαγνώσεων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού και οινοπνεύματος. Τα προϊόντα καπνού έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και αιώνες, όμως μόνο τα τελευταία 60-70 χρόνια έχουμε κατανοήσει τις επιζήμιες επιπτώσεις τους.

Αυτή η σχετικά πρόσφατη κατανόηση έχει δημιουργήσει εκπαιδευτικές προσπάθειες που αποσκοπούν στη μείωση της χρήσης καπνού. Η κατανόηση των καρκινογόνων συστατικών των προϊόντων καπνού και του τρόπου με τον οποίο οδηγούν στην ανάπτυξη καρκίνου κεφαλής και τραχήλου είναι κρίσιμη για τη λήψη μέτρων και τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών. Μέχρι σήμερα, οι νιτροζαμίνες και άλλοι καρκινογόνοι παράγοντες που υπάρχουν στα προϊόντα καπνού έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη του καρκίνου. Η διάσπαση της δομής του DNA μέσω του σχηματισμού προσθήκης DNA θεωρείται ότι είναι μια κοινή μεταλλαξιογόνος οδός πολλών καρκινογόνων. Οι εντατικές μελέτες σχετικά με τα συστατικά των προϊόντων του καπνού και τη χρήση του έχουν οδηγήσει σε μειωμένη χρήση σε ορισμένα μέρη του κόσμου. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει πολύ δουλειά, καθώς ο καπνός εξακολουθεί προκαλεί σημαντικές βλάβες και συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου κεφαλής και τραχήλου παγκοσμίως (Jethwa&Khariwala, 2017).

5.6 Κάπνισμα και καρκίνος του μαστού

Το χρόνιο κάπνισμα συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την πρώτη τους εγκυμοσύνη, σύμφωνα με μια μελέτη του 2011 στο *Archives of Internal Medicine*. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη του μαστού ολοκληρώνεται κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας. Σε αυτό το σημείο, τα κύτταρα μαστού μιας γυναίκας μπορεί να είναι λιγότερο ευάλωτα στα καρκινογόνα συστατικά του καπνού (Xue, et. al., 2011).

Επιπλέον, ορισμένες γυναίκες μπορεί να είναι πιο ευάλωτες στις επιπτώσεις του καπνίσματος στο στήθος από άλλες γυναίκες, με βάση το γενετικό τους υλικό. Αυτό σημαίνει ότι η ύπαρξη ενός συγκεκριμένου γονιδίου ή γονιδίων μπορεί να θέσει μια γυναίκα σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του μαστού όταν εκτίθεται σε καπνό (Xue, et. al., 2011).

Η σχέση μεταξύ του παθητικού καπνού και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι λίγο πιο αμφιλεγόμενη - αλλά τα επιστημονικά δεδομένα το υποδηλώνουν, οπότε πρέπει να αποφεύγεται και το παθητικό κάπνισμα.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το κάπνισμα μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να μειώσει ελαφρώς τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη γυναίκα,

σύμφωνα με τη μελέτη του 2011 στο Archives of Internal Medicine. Οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι το κάπνισμα ενδεχομένως έχει μικρό αντί-οιστρογόνο αποτέλεσμα. Αυτό το φαινόμενο είναι πολύ μικρό για να παρατηρηθεί σε γυναίκες που έχουν προεμμηνοπαυσιακές εξετάσεις, οι οποίες έχουν υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων, αλλά είναι πιο σημαντικές σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, οι οποίες έχουν ήδη χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων (Xue, et.al., 2011).

Τέλος, σύμφωνα με μια μελέτη του 2001 στο Chest, το κάπνισμα μπορεί να προάγει τη μετάσταση ή την εξάπλωση του καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες μιας γυναίκας (Murin&Inciardi, 2001).

6. ΚΑΠΝΙΑΣΜΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με το ενημερωτικό πρόγραμμα της Βρετανικής υπηρεσίας προαγωγής και αγωγής της υγείας που αφορά στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το τελευταίο συνεχίζει να αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας για τους ενήλικες που όμως μπορεί να αποφευχθεί. Η υπηρεσία δημόσιας υγείας των ΗΠΑ υπολογίζει ότι αν όλες οι έγκυες γυναίκες σταματούσαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα εμφανιζόταν μια μείωση της τάξεως του 10% στο θάνατο των νεογέννητων. Η ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος και η έκθεση στον καπνό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε κάθε περίπτωση επιφυλάσσει κινδύνους πολλών προβλημάτων.

Όταν η έγκυος καπνίζει, το έμβryo εξαναγκάζεται να καπνίζει με αποτέλεσμα να είναι ο πρώτος παθητικός καπνιστής με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη του (Λουκοπούλου, Ευαγγελοπούλου & Μπεχράκης, 2010).

Η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και άλλα τοξικά κατάλοιπα του καπνού, που είναι γνωστά καρκινογόνα διέρχονται διαμέσου του πλακούντα στο έμβryo και επηρεάζουν άμεσα την παροχή οξυγόνου σ' αυτό, μειώνουν τον καρδιακό ρυθμό και τις αναπνευστικές κινήσεις του, ενώ ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα όσων θηλάζουν. Αυτόματες αποβολές, έκτοπες κύσεις, καθώς και επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, εμφανίζονται συχνότερα στις καπνίστριες (Μπελετσιώτη-Στίκα, 2006).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα βλάπτει τις ωοθήκες τους. Αναμφισβήτητα ο βαθμός βλάβης που προκαλείται στις ωοθήκες, εξαρτάται όχι από την ποσότητα των τσιγάρων αλλά και από τα χρόνια τα οποία μια γυναίκα καπνίζει. Οι χημικές ουσίες που περιέχονται μέσα στον καπνό του τσιγάρου όπως η νικοτίνη και το βαρύ μέταλλο κάδμιο, έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν το μεταβολισμό των κυττάρων των ωοθηκών. Επηρεάζουν αρνητικά την παραγωγή οιστρογόνων και βλάπτουν τα ωάρια τα οποία γίνονται περισσότερο ευπαθή στο να παρουσιάσουν γενετικές ανωμαλίες. Το κάπνισμα ασκεί αρνητικές επιδράσεις σε πολλούς ανεξάρτητους παράγοντες της αναπαραγωγικής ικανότητας των γυναικών, όπως στη λειτουργία της σάλπιγγας και των ωοθηκών, καθώς και στην παραγωγή ωοκυττάρων (Abrahamet. al., 2017).

Κλινική επίπτωση των παραπάνω είναι ο αυξημένος κίνδυνος για έκτοπη κύηση και αυτόματη έκτρωση, ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες. Ο κίνδυνος για έκτοπη κύηση

είναι σχεδόν διπλάσιος στις γυναίκες που καπνίζουν. Μελέτες σε ζώα δείχνουν πως η νικοτίνη επιδρά στην κινητικότητα της σάλπιγγας και αυτό μπορεί να συμβάλει στην αυξημένη πιθανότητα για έκτοπη κύηση (Abraham, et, al., 2017).

Ως αποτέλεσμα η γονιμότητα των γυναικών μειώνεται, διότι υπάρχει αυξημένη απώλεια ωαρίων και απώλεια της λειτουργίας των ωοθηκών με πρόωρη εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης.

Επιπρόσθετα πριν από την εμμηνόπαυση, οι ωοθήκες, είναι περισσότερο ανθεκτικές στην απελευθέρωση υγιών ωαρίων. Όπως διαφαίνεται από έρευνες οι επιδράσεις αυτές του καπνίσματος είναι υπεύθυνες για καθυστερήσεις στη σύλληψη και για αυξημένο κίνδυνο αποβολών (Abraham, et, al., 2017).

Οι γυναίκες φαίνεται ότι είναι πιο ευαίσθητες στις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος. Τοξικές ουσίες που περιέχονται στον καπνό, καθώς και οι μεταβολίτες αυτών, φαίνεται να συγκεντρώνονται στο ωοθυλακικό υγρό και να επηρεάζουν την ικανότητα του ωαρίου για γονιμοποίηση και ομαλήεμβρυϊκή ανάπτυξη. Οι γυναίκες καπνίστριες που υποβάλλονται σε εξωσωματικήγονιμοποίηση έχουν χαμηλότερα ποσοστά επιτυχούς γονιμοποίησης. Ακόμη, το χρόνιο κάπνισμα είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία των ωοθηκών και να επηρεάσει ορμονικά τις γυναίκες αυτές (Μπάτρη, Σταυρουλάκη &Τοπάλη, 2010).

Εάν σε ένα ζευγάρι καπνίζουν και ο άνδρας και η γυναίκα τότε οι αρνητικές επιδράσεις για την τεκνοποίηση είναι μεγαλύτερες. Τα προβλήματα εστιάζονται τόσο σε δυσκολίες στη σύλληψη αλλά και για την ανάπτυξη του εμβρύου. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος τερατογέννησης επίσης το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης για μια γυναίκα κατά 40%. Μελέτες έχουν δείξει ότι το κάπνισμα των γονέων στη διάρκεια της κύησης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παιδικών καρκίνων, ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του μητρικού καπνίσματος στο παιδί, που περιλαμβάνουν νοητική βραδύτητα και υστέρηση στα συμπεριφορικά και φυσικά χαρακτηριστικά. ενώ οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν ελλιποβαρές νεογνό ((Μπάτρη, Σταυρουλάκη &Τοπάλη, 2010) (Μπελετσιώτη-Στίκα, 2006).

6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν τα ακριβή ποσοστά καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι τρέχουσες πρακτικές παρακολούθησης καταδεικνύουν ότι τα ποσοστά καπνίσματος που δηλώνονται υποτιμούν τον επιπολασμό και υπερεκτιμούν τα ποσοστά διακοπής κατά την εγκυμοσύνη. Παρ' όλα αυτά, οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι μία στις τέσσερις γυναίκες καπνίζει πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μία στις οκτώ συνεχίζει το κάπνισμα (Prady, et, al., 2012).

Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται στενά με το βιοτικό επίπεδο. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που διαβιώνουν σε ευνοϊκές συνθήκες, οι γυναίκες σε λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης έχουν τετραπλάσιες πιθανότητες να καπνίζουν πριν από την εγκυμοσύνη και τις μισές πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες διαβίωσης είναι μεγαλύτερη η πιθανότητα να υφίσταται η εγκυμονούσα παθητικό κάπνισμα. Μελέτες δείχνουν ότι το 70% των ατόμων από το περιβάλλον των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε ποσοστό 70% δεν εγκαταλείπουν ποτέ τη συνήθεια αυτή. Υπογραμμίζοντας το ρόλο των συντρόφων, το κάπνισμα αυτών κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με δυσκολίες στη σχέση με τον σύντροφο. Έτσι αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 50% των εγκύων καπνιστών έχει κατάθλιψη ή άλλη κοινή ψυχική διαταραχή. Δεδομένου ότι το 80% περίπου των γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν τουλάχιστον ένα μωρό, η εγκυμοσύνη είναι μια ευκαιρία να αποφασίσουν οι γυναίκες με την κατάλληλη βοήθεια να διακόψουν το κάπνισμα μόνιμα. Η διακοπή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει επίσης την πιθανότητα ένα παιδί να μεγαλώνει με γονείς που καπνίζουν με αποτέλεσμα να έχει λιγότερες πιθανότητες να γίνει στο μέλλον καπνιστής (Prady, et, al., 2012).

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει σημαντικές δυσάρεστες επιπτώσεις όπως: αύξηση του κινδύνου αποβολής, πρόωρο τοκετό, και χαμηλό βάρος γέννησης. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει επίσης την παιδική θνησιμότητα κατά 40% ενώ εκτιμάται ότι αντιστοιχεί σε 150 θανάτους βρεφών στη Βρετανία κάθε χρόνο. Επιπλέον, το 5% όλων των εισαγωγών

στο νοσοκομείο τους πρώτους 8 μήνες της ζωής ενός βρέφους οφείλεται στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν διπλάσιο κίνδυνο να διαγνωσθούν με άσθμα και βρογχολίτιδα και άλλες σοβαρές αναπνευστικές ασθένειες όπως η πνευμονία σε ποσοστό 25% συχνότερα από ό, τι σε παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο διαταραχών υπερκινητικότητας και διαταραχής της συμπεριφοράς στα παιδιά ενώ παρατηρείται και επιβλαβές αποτέλεσμα στις εκπαιδευτικές επιδόσεις. Ο κίνδυνος παχυσαρκίας και διαβήτη στα παιδιά αυτά επίσης αυξάνεται (Flemming, et. al, 2015).

Το μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει επίσης σημαντικές επιπτώσεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), καθώς αυξάνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης που αφορά στη θεραπεία των γυναικών για ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα και τις επιπλοκές εγκυμοσύνης αλλά και τη θεραπεία των βρεφών τους για μια σειρά προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2019, το συνολικό επιπλέον κόστος στο ΕΣΥ που προκαλείται από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι £ 8.1-64M για τη θεραπεία των μητέρων και £ 12-23.5M για τη θεραπεία των βρεφών (ηλικίας 0-12 μηνών) (Flemming, et. al, 2015).

6.1 Διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η μείωση του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί πολιτική προτεραιότητα σε πολλές χώρες. Στην Αγγλία, για παράδειγμα, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αλληλεγγύης (NICE) το 2010 υπογράμμισε τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και έθεσε στόχους για τη μείωση του καπνίσματος. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας υπήρξαν σημαντικές επενδύσεις στην παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος με βάση τεκμηριωμένες πληροφορίες για την υποστήριξη εγκύων γυναικών που δυσκολεύονται να σταματήσουν. Για παράδειγμα, η εθνική στρατηγική StopSmokingServices (SSSs) στο Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρει συμπεριφορική υποστήριξη από εκπαιδευμένους

συμβούλους, σε κλινικά περιβάλλοντα, στο σπίτι αλλά και τηλεφωνικά, μαζί με την πρόσβαση σε φάρμακα διακοπής του καπνίσματος και σε θεραπεία αντικατάστασης με νικοτίνη (NRT) για καπνιστές που έχουν κίνητρο να εγκαταλείψουν. Η στήριξη με τη θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τις έγκυες γυναίκες να σταματήσουν το κάπνισμα τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα αλλά μόνο μια μικρή μειοψηφία γυναικών δέχεται την προσφορά βοήθειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό. Οι περισσότερες κάνουν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος χωρίς επαγγελματική βοήθεια με αποτέλεσμα η πλειονότητα αυτών να αποτυγχάνει. Μεταξύ εκείνων των γυναικών που διέκοψαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχεδόν όλες επιθυμούν να παραμείνουν στην αποχή και μετά τη γέννηση του μωρού τους, ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία εντός 12 μηνών από τη γέννηση το ξαναρχίζει. Δεν υπάρχουν αρκετά αποτελέσματα ερευνών που να αποδεικνύουν ότι η θεραπεία της συμπεριφοράς είναι αποτελεσματική για την πρόληψη της υποτροπής και μετά τη γέννηση. Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και τα ποσοστά του καπνίσματος μετά τον τοκετό εξακολουθούν να είναι υψηλά, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που ζουν σε δυσκολότερες συνθήκες διαβίωσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτή η ομάδα καπνιστών αντιμετωπίζει ιδιαίτερους κοινωνικούς και οικονομικούς φραγμούς οι οποίοι ενδεχομένως να παρεμποδίσουν την ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση στην υποστήριξη ή / και να σταματήσουν το κάπνισμα. Η κατανόηση αυτών των εμποδίων προσφέρει περιθώρια για τον εντοπισμό άλλων τρόπων μείωσης του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και της στήριξης των γυναικών έτσι ώστε να παραμείνουν στη διακοπή του καπνίσματος χωρίς να υποτροπιάζουν μετά τον τοκετό (Bauld, et. al., 2017).

7. Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 2013, κάλεσε τις κυβερνήσεις για σε μια προσπάθεια για τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κατά περίπου ένα τρίτο έως 2025, η οποία θα μπορούσε να βοηθήσει στην αποφυγή περισσότερων από 200 εκατομμύρια θανάτους από το κάπνισμα κατά την υπόλοιπη διάρκεια του αιώνα. Η τιμή των τσιγάρων εκτιμάται ότι είναι ο καθοριστικός παράγοντας της πρόσληψης και διακοπής του καπνίσματος. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μείωση του στο περίπου ένα τρίτο θα μπορούσε να επιτευχθεί με τον διπλασιασμό του πληθωρισμού προσαρμοσμένο τιμή των τσιγάρων, τα οποία σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος θα μπορούσε να επιτευχθεί με τριπλασιασμό του ειδικού φόρου κατανάλωσης του καπνού. Το ζήτημα του περιορισμού του καπνίσματος, αποτελεί ζωτικό αίτημα και για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όπου και αυτός με άλλες παρεμβάσεις όπως η Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού, θα μπορούσε επίσης να συμβάλει στη μείωση της κατανάλωσης του και θα μπορούσε να βοηθήσει να γίνουν σημαντικές αυξήσεις στον ειδικό φόρο κατανάλωσης του καπνού που να είναι και πολιτικά αποδεκτός. Χωρίς μεγάλες αυξήσεις των τιμών, η μείωση του καπνίσματος κατά το ένα τρίτο θα είναι δύσκολο να επιτευχθεί (Jha&Peto, 2013).

Ο ΠΟΥ επίσης κάλεσε όλες τις χώρες να επιτύχουν μια μείωση κατά 25% μεταξύ 2008 και 2025 στην πιθανότητα θανάτου από μη μεταδοτικές ασθένειες στις ηλικίες μεταξύ 30 και 70 ετών. Η εκτεταμένη διακοπή του καπνίσματος είναι ο πιο σημαντικός τρόπος για να βοηθήσει στην επίτευξη αυτού του στόχου, επειδή το κάπνισμα σε όλη την ενήλικη ζωή αυξάνει σημαντικά τη θνησιμότητα από διάφορες σημαντικές μη μεταδοτικές ασθένειες (και από φυματίωση)(Jha&Peto, 2013).

Για την αποτελεσματικότερη επίτευξη της μείωσης του καπνίσματος στη δεκαετία του 2010-2020, οι κυβερνήσεις, οι επαγγελματίες υγείας, οι δημοσιογράφοι και όλοι όσοι εμπλέκονται στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης θα πρέπει να ενημερώνουν για την ενδεχόμενη επικινδυνότητα από το κάπνισμα στην πρώιμη ενήλικη ζωή, τα σημαντικά οφέλη από τη διακοπή του σε διάφορες ηλικίες, το ενδεχόμενο μέγεθος της επιδημίας του καπνού και σε πόσους θανάτους αυτό αναλογεί, αν συνεχιστούν οι

σημερινές συνήθειες καπνίσματος, καθώς και την αποτελεσματικότητα των φορολογικών αυξήσεων και άλλες παρεμβάσεις για τη μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων (Jha&Peto, 2013).

Καθολικά αποδεκτό είναι το γεγονός ότι όσο νωρίτερα εγκαταλείψει κάποιος τη συνήθεια του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποιο νόσημα και να επιμηκύνει έτσι σημαντικά τη διάρκεια ζωής του. Η διακοπή, εξάλλου, του καπνίσματος σε κάθε ηλικία συνεπάγεται ελάττωση της επικινδυνότητας για πρόωρο θάνατο (Αποστολάκη, Ποδαρά&Σαρρίδου, 2009).

Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τους κινδύνους για την υγεία. Γενικά, μετά από 10-15 χρόνια, ο κίνδυνος θνησιμότητας προσεγγίζει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν όσοι δεν κάπνισαν ποτέ. Το κάπνισμα συνδέεται με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, πνευμονοπαθειών, πεπτικού έλκους, κακοήθειας, οστεοπόρωσης και διαταραχών αναπαραγωγής. Η αποχή από το κάπνισμα σχετίζεται με την μείωση του κινδύνου εμφάνισης των παραπάνω νοσημάτων. Για παράδειγμα ο κίνδυνος στεφανιαίου νοσήματος μειώνεται κατά το ήμισυ τουλάχιστον μετά από 1 χρόνο, ενώ η διακοπή του καπνίσματος επιβραδύνει την εξασθένηση της λειτουργίας των πνευμόνων. Έτσι η λειτουργία των πνευμόνων του καπνιστή, μετά από την πάροδο 3-4 ετών διακοπής του καπνίσματος, προσεγγίζει τη λειτουργία των πνευμόνων όσων δεν κάπνισαν ποτέ και μετά από 10 χρόνια, μειώνεται ο κίνδυνος καρκίνου των πνευμόνων κατά ένα τρίτο έως και ένα δεύτερο (ΥΥΚΑ, 2012)

Η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσες και μακροπρόθεσμες ωφέλειες για τα άτομα όλων των ηλικιών. Συγκεκριμένα:

- Είκοσι λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος, η αρτηριακή πίεση και η συχνότητα των σφυγμών επανέρχονται στο κανονικό και η κυκλοφορία βελτιώνεται.
- Οχτώ ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα επανέρχονται στο κανονικό.
- 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται, φτάνοντας εκείνα των μη καπνιστών, ενώ οι πνεύμονες αρχίζουν ν' αποβάλλουν τη βλέννα και άλλα υπολείμματα του ουσιών που εμπεριέχονται στον καπνό.

- Εντός 48 ωρών από τη διακοπή του καπνίσματος, η νικοτίνη δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη στον οργανισμό και οι αισθήσεις της γεύσης και της οσμής βελτιώνονται.
- 72 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η αναπνοή γίνεται ευκολότερη καθώς χαλαρώνουν οι βρόγχοι και τα επίπεδα ενέργειας αυξάνονται.
- Δύο με 12 εβδομάδες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος, η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, διευκολύνοντας το τις σωματικές δραστηριότητες.
- Τρεις με εννέα μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα προβλήματα αναπνοής, όπως ο βήχας, η δύσπνοια και ο συριγμός κατά την αναπνοή βελτιώνονται. Συνολικά, η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται κατά 5-10%.
- Ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή και θανάτου, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής, ενώ μειώνεται κατά 50% ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα ή θάνατο κατά την χρονική πορεία των ετών που έπονται ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.
- 10 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής. Ο κίνδυνος θανάτου, από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου που σχετίζεται με το κάπνισμα, μειώνεται σημαντικά 5 χρόνια μετά τη διακοπή του. Αν και η μείωση του κινδύνου είναι πιο βαθμιαία για τους ανθρώπους μεγαλύτερη ηλικίας, τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εμφανή σε διάστημα 5-10 έτη μετά από τη διακοπή.
- 15 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος θανάτου, από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, μειώνεται και ισοδυναμεί με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος, ο οποίος δεν έχει καπνίσει ποτέ.
- Μακροπρόθεσμα, μειώνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρωσης και συσχετιζόμενων ασθενειών, ο κίνδυνος οστεοπόρωσης, καθώς και ο κίνδυνος επιπλοκών σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (Jhaet. al., 2013).

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στα οφέλη που αποκομίζει μια έγκυος γυναίκα ή μια γυναίκα που σκοπεύει να αποκτήσει παιδί. Με τη διακοπή του καπνίσματος πριν την έναρξη της κύησης ή κατά τους τρεις πρώτους μήνες, μειώνεται ο κίνδυνος αποβολής, πρόωρου τοκετού και η αποφυγή γέννησης ελειποβαρούς νεογνού.

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα οφέλη αφορούν κυρίως τη Δημόσια Υγεία και τη μείωση του οικονομικού κόστους εξαιτίας του καπνίσματος. Είναι δε σημαντικό το ότι οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος εμφανίζονται να είναι από τις πιο συμφέρουσες από άποψη κόστους-αποτελεσματικότητας, ειδικά αν συγκριθούν με άλλες προληπτικές παρεμβάσεις κατά του καρκίνου.

Σε καθαρά εργασιακά πλαίσια, οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος επιφέρουν ελάττωση της συχνότητας των απουσιών και αύξηση της παραγωγικότητας, μειώνοντας ταυτόχρονα τη νοσηρότητα (λιγότεροι τραυματισμοί και ατυχήματα εν ώρα εργασίας), τη θνησιμότητα και το οικονομικό κόστος λόγω χαμένων εργατοωρών (Ευσταθίου, 2012).

8. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Καταβάλλοντας ιδιαίτερες προσπάθειες αλλά και ξέροντας ότι τα οικονομικά συμφέροντα είναι ισχυρά στις καπνοβιομηχανίες, ο Π.Ο.Υ. πέτυχε το 2003 τη σύναψη μιας παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, σύμφωνα με την οποία 192 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, υπέγραψαν με σκοπό να περιορίσουν αυτή την παγκόσμια μάστιγα, που προκαλεί κάθε χρόνο εκατομμύρια θανάτους. Η Συνθήκη αυτή καλεί τις χώρες όλου του κόσμου σε έναν κοινό αγώνα για την αντιμετώπιση του προβλήματος και έδωσε το έναυσμα για μια σειρά μέτρων και πρωτοβουλιών σε όλο τον κόσμο (ΥΥΚΑ, 2008).

Το ευρωπαϊκό κοινοβούλιο ψήφισε νέα, πιο αυστηρά μέτρα εναντίον του καπνίσματος, σε μία προσπάθεια να μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών κατά 2,4 εκατομμύρια. Από τα κυριότερα μέτρα είναι η τοποθέτηση στα πακέτα χαρακτηριστικών, αληθινών φωτογραφιών για τις συνέπειες του καπνίσματος, που θα καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της πρόσθιας και οπίσθιας πλευράς. Επιπλέον, ψηφίστηκε η απαγόρευση των τσιγάρων με γεύσεις, όπως η μέντα.

Η αύξηση των φόρων στα τσιγάρα είναι μια μοναδική πολιτική παρέμβαση που μειώνει τον επιπολασμό του καπνίσματος, δημιουργεί πρόσθετα φορολογικά έσοδα και οδηγεί σε σημαντική εξοικονόμηση κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Ahmad & Franz, 2008).

Η νέα νομοθεσία, που ψηφίστηκε με 514 ψήφους υπέρ, 66 κατά και 58 αποχές, αναμένεται να τεθεί σε ισχύ από τον προσεχή Μάιο και θα πρέπει να εφαρμοστεί σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ εντός διετίας.

Στους κανόνες της νέας οδηγίας για τα προϊόντα καπνού που ψηφίστηκε συμπεριλαμβάνονται:

- * Γραφικές φωτογραφίες με προειδοποιήσεις, που θα καλύπτουν το 65% του πρόσθιου και οπίσθιου τμήματος κάθε πακέτου τσιγάρων, καθώς και πρόσθετες προειδοποιήσεις στο πάνω τμήμα του.

- * Απαγόρευση στα λεπτά και «κομψά» πακέτα τσιγάρων που προορίζονται για τις γυναίκες. Όλα τα πακέτα πρέπει να περιέχουν τουλάχιστον 20 τσιγάρα, για να υπάρχει χώρος για τις προειδοποιήσεις.

- * Ο καπνός για τα στριφτά τσιγάρα θα διαθέτει παρόμοιες φωτογραφίες και προειδοποιήσεις.

* Απαγόρευση στις προωθητικές αναφορές, όπως «αυτό το προϊόν δεν περιέχει πρόσθετα» ή είναι λιγότερο επιβλαβές από άλλες μάρκες

* Απαγόρευση στα τσιγάρα με γεύσεις, όπως μέντα, φρούτα και βανίλια

*Καθορισμός μέγιστης συγκέντρωσης νικοτίνης στα ηλεκτρονικά τσιγάρα

* Αυστηρότεροι έλεγχοι για να αντιμετωπιστεί το λαθρεμπόριο τσιγάρων.

Στην **Αλβανία** από το 2006 το κάπνισμα έχει απαγορευθεί σε όλους τους δημόσιους χώρους, ενώ στην **Βουλγαρία** από το 2005 και στο **Βέλγιο** ένα χρόνο μετά σε όλους τους χώρους εργασίας το κάπνισμα είναι απαγορευμένο (www.enet.gr). Στην **Αυστρία** προβλέπεται πλήρης απαγόρευση σε δημόσιους χώρους και κτίρια, σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσιες μεταφορές και από το τέλος του 2007 και στα εστιατόρια, με την πρόβλεψη όμως ειδικών χώρων για καπνιστές. Δεν απαγορεύεται όμως στους εργασιακούς χώρους (www.yyka.gov.gr). Στη **Μ.Βρετανία** από τον Ιούλιο του 2007, και ένα μήνα νωρίτερα στην **Ισλανδία**, απαγορεύτηκε πλήρως σε δημόσιους, εργασιακούς αλλά και χώρους διασκέδασης.

Στην γειτονική **Κύπρο** τώρα, με το νομοσχέδιο του 2002-2004 απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους διασκέδασης σε όλα τα κυβερνητικά κτίρια, τα μέσα μαζικής μεταφοράς αλλά ακόμη και στα ιδιωτικά οχήματα αν μέσα βρίσκεται επιβάτης κάτω των 16 ετών. Στην **Γερμανία** παρόλο που η απαγόρευση καπνίσματος για δημόσιους και εργασιακούς χώρους ισχύει από το 2002, δεν ισχύει κάτι αντίστοιχο για συγκοινωνίες και ορισμένα δημόσια κτίρια. Στους περισσότερους δημόσιους εργασιακούς χώρους είναι απαγορευμένο το κάπνισμα στην **Λετονία**, ενώ οι τοπικές αρχές διατηρούν το δικαίωμα να επεκτείνουν την απαγόρευση και σε εξωτερικούς δημόσιους χώρους. Στους χώρους διασκέδασης το κάπνισμα είναι επιτρεπόμενο, εφόσον υφίστανται χώροι για μη καπνιστές. Στο **Λουξεμβούργο** τώρα, ισχύει πλήρης απαγόρευση στην διαφήμιση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα δεν επιτρέπεται σε συγκεκριμένους δημόσιους χώρους. Για τους εργασιακούς χώρους οι εργοδότες καλούνται να διασφαλίσουν ότι οι εργαζόμενοι προστατεύονται από το παθητικό κάπνισμα. Στην **Πορτογαλία** ενώ οι απαγορεύσεις είναι κοινές με την πλειοψηφία των αντικαπνιστικών μέτρων για δημόσια κτίρια, γραφεία, υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης, όπως και για τους εσωτερικούς χώρους εργασίας, στα θέατρα και τους κινηματογράφους επιβάλλεται η ύπαρξη ξεχωριστών χώρων για τους καπνιστές. Από το 2006 έχει μπει σε ισχύ η απαγόρευση σε χώρους εργασίας στην **Ισπανία**. Για μπαρ και εστιατόρια μεγαλύτερα των 100 τ.μ. προβλέπονται ξεχωριστοί χώροι καπνιστών και μη καπνιστών. Για χώρους μικρότερους καλείται να πάρει ο

ιδιοκτήτης την απόφαση αν ο χώρος θα λειτουργεί ως χώρος καπνιστών ή μη καπνιστών. Στην περίπτωση που δεν ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος δεν επιτρέπεται η είσοδος σε άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει τα 18 τους χρόνια. Στη **Σουηδία** ισχύει πλήρης απαγόρευση σε χώρους εργασίας, σε μπαρ, εστιατόρια και κλαμπ. Προβλέπονται και εκεί χώροι για καπνιστές αλλά μόνο το 2 % επί του συνόλου των χώρων διασκέδασης διαθέτει την επιλογή. Στην **Ελβετία** ισχύει μόνο μερική απαγόρευση του καπνίσματος και μόνο στους εσωτερικούς χώρους (www.enet.gr).

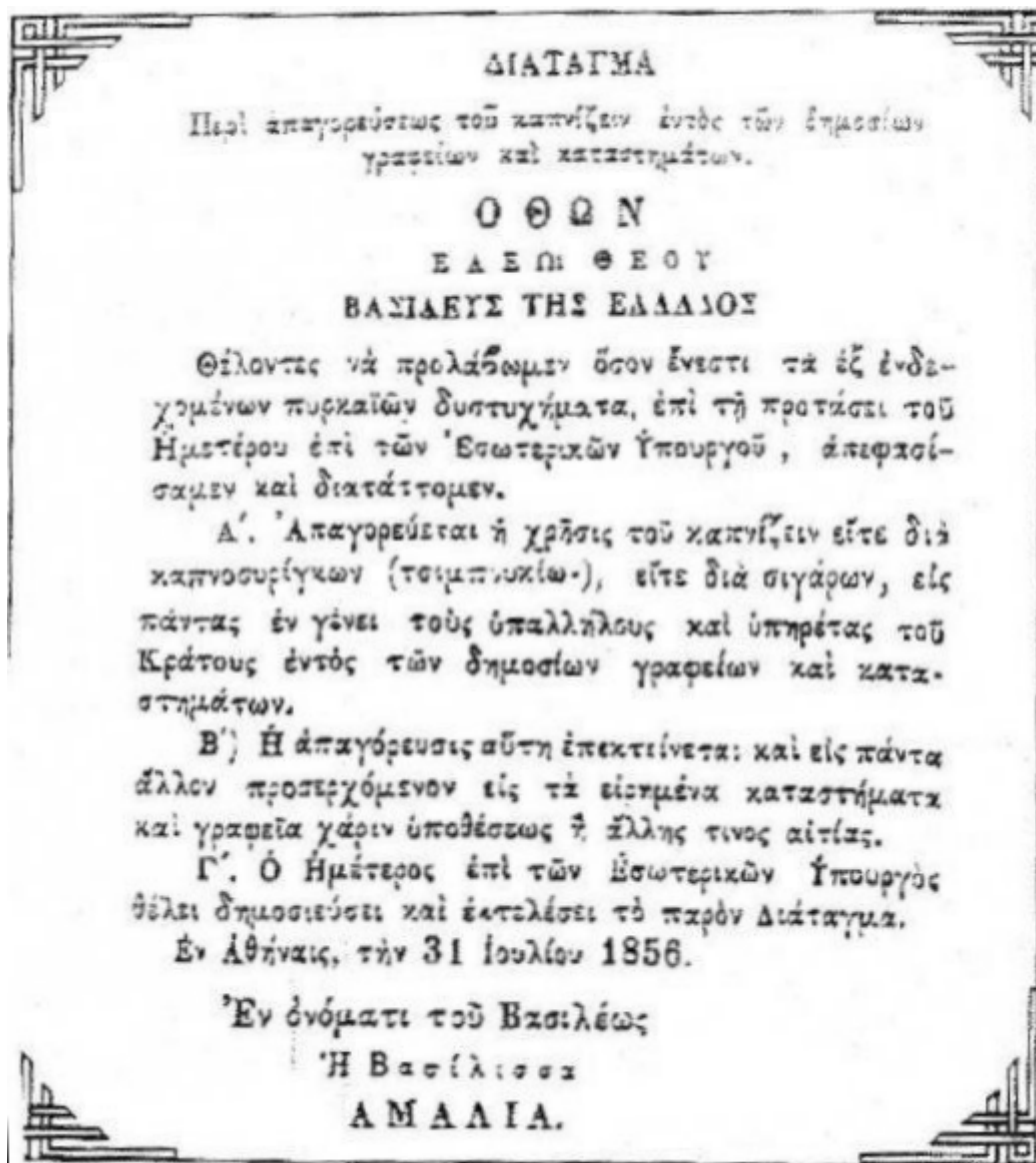
Σε αρκετές χώρες, μέσα σε αυτές και η **Βραζιλία** υπάρχει απαγόρευση διαφήμισης του καπνού και των προϊόντων αυτού σε αφίσες μέσα στα καταστήματα, ενώ σε κάποιες άλλες επιβάλλεται στους ιδιοκτήτες να κρατούν τα προϊόντα καπνού εκτός κοινής θέας του μαγαζιού. Η Βραζιλία επίσης, είναι μία από τις χώρες που έχει επιβάλει πρόστιμα στους παραβάτες του αντικαπνιστικού νόμου, ενώ οι κυρώσεις ισχύουν ακόμα και για τα δημόσια sites τα οποία απειλούνται με κλείσιμο την δεύτερη φορά που θα παραβιάσουν το νόμο. Σε πολλά κράτη όπως η **Ολλανδία** και σε κάποιες από τις **πολιτείες του Καναδά**, επιτρέπεται η ύπαρξη χώρου καπνιστών μέσα στον κοινό χώρο ενός καταστήματος, εφόσον βέβαια αυτό έχει ξεχωριστό σύστημα εξαερισμού από το υπόλοιπο κατάστημα και ενώ καλύπτει ένασυγκεκριμένο έδαφος αυτού, ωστόσο δεν επιτρέπεται η παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον ξεχωριστό χώρο (π.χ. το σερβίρισμα τροφής ή ποτών) (www.enet.gr).

Στην Βρετανική Κολομβία (η οποία είναι η δυτικότερη επαρχία του Καναδά) τέτοιου είδους δωμάτια είναι αποδεκτά μόνο σε χώρους παροχής φροντίδας και περίθαλψης. Το καλοκαίρι που μας πέρασε, η **Κολομβία** επέκτεινε τις ήδη υπάρχουσες ρυθμίσεις της για το τσιγάρο με το να επιβάλει άμεσα όλους τους εργασιακούς και δημόσιους κλειστούς χώρους, σε χώρους απαγόρευσης καπνίσματος, ενώ παράλληλα με την χρηματοδότηση δημόσιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις θανατηφόρες συνέπειες της χρήσης του καπνού, φρόντισε ώστε να μπουν μεγάλες προειδοποιητικές εικόνες για την υγεία σε κάθε πακέτο τσιγάρων, οι οποίες μάλιστα θα καλύπτουν το 30% της επιφάνειας του πακέτου, τόσο από την μπροστινή όσο και από την πίσω πλευρά του. Σε λίγες χώρες, όπως η **Φιλανδία**, έχει επιτραπεί σε κάποια μέρη μια περίοδος προσαρμογής στα μέτρα μέχρι 2 έτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα περισσότερα κράτη, τα μέτρα κατά του καπνίσματος είναι σεβαστά από το γενικό πληθυσμό. Η **Ιρλανδία** ήταν η πρώτη χώρα σε όλο τον κόσμο που υιοθέτησε ένα ευθύ μέτρο για το κάπνισμα στους χώρους εργασίας στα τέλη Μαρτίου του 2004.

Από τότε είναι παράνομο να καπνίζεις σε όλους τους κλειστούς χώρους εργασίας, ενώ το μέτρο έχει πια επεκταθεί αυστηρά και αφορά μπαρ, εστιατόρια, clubs, γραφεία, δημόσια κτίρια, εταιρικά αυτοκίνητα, φορτηγά, ταξί, καθώς απαγορεύεται να καπνίζεις και σε ακτίνα 3 μέτρων από τις εισόδους αυτών των τοποθεσιών. Να αναφέρουμε επίσης ότι μέγιστο πρόστιμο αγγίζει τα 3000€, ενώ και η ποινή της φυλάκισης μπορεί να επιβληθεί στους παραβάτες σε μεταγενέστερη παράβαση. Η Ιρλανδία ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο που εισήγαγε τέτοια μέτρα επιβολής προστίμων. Ωστόσο ο συγκεκριμένος νόμος δεν έχει εφαρμογή στις φυλακές, στα θεραπευτήρια, στους ψυχιατρικούς θαλάμους αλλά και σε κάποια δωμάτια ξενοδοχείων. Αν πάμε στην **Ιταλία**, θα δούμε ένα “φαινόμενο” που αντιμετωπίζουμε και στην χώρα μας. Η Ιταλία ήταν η τέταρτη χώρα στον κόσμο που έθεσε ένα κρατικό αντικαπνιστικό νόμο. Είναι και εκεί απαγορευμένο το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους εσωτερικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων και των εστιατορίων, καφέ, κ.τ.λ. Ωστόσο, το κάπνισμα επιτρέπεται στους εξωτερικούς χώρους. Αν σκεφτεί κανείς ότι στην Ιταλία όπως και στην Ελλάδα- έχει ηλιόλουστο καιρό πάνω από το ήμισυ του χρόνου, οι πολίτες μπορούν να καπνίζουν και στα εστιατόρια και στα μπαρ, αρκεί αυτά να διαθέτουν εξωτερικά τραπεζάκια. Όσο για το χειμώνα, αν οι ιδιοκτήτες καλύψουν τα εξωτερικά τραπεζάκια τους με πλαστικές “τέντες” για την προστασία από το κρύο, και οι πελάτες τους επιλέξουν να καπνίζουν εκεί, νομικά είναι καλυμμένοι γιατί τα τραπέζια θεωρούνται εξωτερικός-ανοιχτός-χώρος, αν και τεχνικά είναι κλειστός και εσωτερικός!! Αυτό είναι ένα μικρό παραθυράκι στο νόμο, που αν ρίξει κάποιος μια ματιά στους δρόμους της χώρας μας, θα διαπιστώσει πως το έχουν ανακαλύψει και οι Έλληνες επιχειρηματίες (www.enet.gr). Στην **Ρωσία** δεν υπάρχει κανένας αντικαπνιστικός νόμος σε ισχύ. Στην **Ιαπωνία** τώρα δεν υπάρχουν καθόλου συναφή μέτρα από το κράτος, ενώ από την άλλη η όποια προσπάθεια ανάδειξης τέτοιων μέτρων, εμποδίζεται άμεσα από τις ισχυρές ομάδες των lobby. Υπάρχει μόνο ένας αριθμός τοπικών κανόνων που αφορούν το κάπνισμα. Για παράδειγμα σε κάποιους δρόμους που βρίσκονται υπό την κηδεμονία του **Τόκιο**, το κάπνισμα απαγορεύεται για λόγους όμως παιδικής ασφάλειας και όχι υγείας. Και ενώ το κάπνισμα απαγορεύεται στα περισσότερα μέσα μαζικής μεταφοράς και στις περισσότερες αποβάθρες σταθμών τρένου, δεν υπάρχουν μηχανισμοί επιβολής προστίμων. Στο **Μεξικό** τώρα το κάπνισμα σε νοσοκομεία και αεροδρόμια έχει απαγορευτεί εδώ και 15 χρόνια, ενώ εδώ και περίπου 6 χρόνια ισχύει η απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού από την τηλεόραση και το

ραδιόφωνο. Το πρώτο κτίριο στον κόσμο που είχε μια αντικαπνιστική πολιτική ήταν το κτίριο της παλιάς Βουλής στο Γουέλιγγκτον της **Νέας Ζηλανδίας**, το 1876. Αυτό βέβαια αφορούσε την προστασία από την φωτιά και όχι την υγεία, καθώς ήταν το δεύτερο μεγαλύτερο ξύλινο κτίριο στον κόσμο. Εκεί επίσης, ενώ δεν υπάρχει απαγόρευση καπνίσματος στα αυτοκίνητα των πολιτών, η κυβέρνηση έχει προωθήσει καμπάνιες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προβάλλουν σπίτια και αυτοκίνητα χωρίς τσιγάρα. Ακόμη μια ακτιβιστική οργάνωση¹⁰ για το κάπνισμα και την υγεία έχει ζητήσει την απόσυρση του καπνού από το εμπόριο μέχρι το 2017. Και στην **Αγγλία** όμως υπάρχει η σκέψη επέκτασης της απαγόρευσης στους εξωτερικούς χώρους, όπως αποκάλυψε η κυριακάτικη εφημερίδα «TheIndependent». Η **Ουρουγουάη** με το να επιβάλει το πρόστιμο των 1.100 δολαρίων σε όποιον γίνει αντιληπτός να καπνίζει σε μπαρ, εστιατόριο ή γραφείο, έγινε η πρώτη χώρα στη Νότια Αφρική που απαγόρευσε το κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους (www.en.wikipedia.org).

Πολιτικές που ισχύουν στην Ελλάδα



Στη χώρα μας τώρα, το Βασιλικό Διάταγμα του 1856 εισήγαγε το πρώτο μέτρο καπνίσματος στην Μοντέρνα Ελλάδα. Η απαγόρευση ίσχυε μόνο στα κρατικά κτίρια και τιμωρούνταν για την ανάγκη αποφυγής ατυχημάτων. Ο νόμος του 2002 απαγόρευε φαινομενικά το κάπνισμα, αλλά παρέμεινε από σχεδιασμού στο μεγαλύτερο μέρος ανεφάρμοστος καθώς οι διαχειριστές εργασιακών μονάδων μπορούσαν να επιτρέψουν εξαίρεση. Αφού τα μέτρα μερικής απαγόρευσης του καπνίσματος που ελήφθησαν το 2002 δεν ήταν πολύ αποτελεσματικά, ένας νέος πιο αυστηρός νόμος ψηφίστηκε.

Το 2008 λοιπόν ψηφίστηκε αυστηρότερος νόμος, που άρχισε να εφαρμόζεται την 1η Ιουλίου του 2009. Ο νόμος αυτός απαγορεύει το κάπνισμα και την κατανάλωση

προϊόντων καπνού κατά οποιονδήποτε τρόπο σε όλους τους εργασιακούς χώρους, σταθμούς μεταφοράς, ταξί και επιβατηγά πλοία (στα τρένα, τα λεωφορεία, και τα αεροπλάνα το κάπνισμα είχε ήδη απαγορευτεί), όπως επίσης και σε όλους τους κλειστούς ή στεγασμένους δημόσιους χώρους συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων, νυχτερινών κέντρων, κ.τ.λ.

Οι αρχικές αντιρρήσεις είχαν προέλθει κυρίως από τον χώρο των καταστηματαρχών, μιας και ακόμα και οι καπνιστές ήταν υπέρ του νέου μέτρου (με 62%¹). «Η Καθημερινή - Ο... ανυπότακτος λαός μπροστά στην απαγόρευση». Οι αντιρρήσεις είχαν να κάνουν κυρίως με την πρόβλεψη χαμηλότερης συχνότητας προσέλευσης στα κέντρα διασκέδασης και αναψυχής, όπως έχει γίνει σε χώρες όπως η Βρετανία, και με την επιθυμία τυχόν προβλήματα με το νόμο να μη φέρνουν σε αντίθεση τους καταστηματαρχες με τον πελάτη, αλλά τον πελάτη με το κράτος μόνο.

Ενστάσεις από καταστηματαρχες, επίσης, φέρνει η προώθηση μέτρου που θέλει τους μη καπνιστικούς χώρους να είναι και οι «καλύτεροι». π.χ. ο χώρος γύρω από το μπαρ και μπροστά σε μια πίστα να προσφέρεται στους μη καπνιστές. «TANEA - Τα μέτρα γίνονται καπνός Αυτό το επιχείρημα αποτελεί πιθανώς παράφραση αν και έχει πρακτικά δόση αληθείας, μιας και ο νόμος προβλέπει απαγόρευση σε κοινόχρηστους χώρους οι οποίοι τυχαίνει να είναι π.χ. γύρω από ένα μπαρ, και δεν εμπεριέχει σαφή διαχωρισμό «καλύτερων» ή «βολικότερων» σημείων σε ένα κατάστημα.

Μικρές ιδιοκτησίες (που αφορούν τον χώρο της διασκέδασης) κάτω από 70 τ.μ. - συνολικής έκτασης- έχουν επιλογή να δηλωθούν σαν «χώροι καπνιστών». Σε μεγαλύτερες ιδιοκτησίες, ξεχωριστά εσωτερικά δωμάτια με ειδικό κλιματισμό μπορούν να δημιουργηθούν. Μέχρι το 30% της έκτασης (ή 40% 10Action onSmokingandHealth (ASH): πρόκειται για έναν αριθμό από ομάδες πίεσης/φιλανθρωπικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο οι οποίες ζητούν να διαφημίσουν τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα και αγωνίζονται για μεγαλύτερες απαγορεύσεις στις πωλήσεις καπνού και τσιγάρου. Για τα νυχτερινά κέντρα με (ζωντανή μουσική) μπορεί να δηλωθεί ως περιοχή καπνιστών η οποία όμως θα πρέπει να διαχωρίζεται με πόρτα από το υπόλοιπο μαγαζί και να έχουν ξεχωριστά συστήματα εξαερισμού (στα νυχτερινά κέντρα με ζωντανή μουσική, η περιοχή των καπνιστών εξακολουθεί να υποχρεούται σε ξεχωριστό σύστημα κλιματισμού και εξαερισμού, αλλά ο διαχωρισμός από την μη καπνιστική περιοχή μπορεί να επιτευχθεί με ένα τοίχο ύψους 2 μέτρων και μια ειδική «κουρτίνα» ώστε ο καπνός να μην εισχωρήσει στην μη καπνιστική περιοχή).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το νομοσχέδιο, επεκτείνεται και στην απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους καθώς επίσης και στην είσοδο αυτών σε μπαρ. Μαζί με την εκτεταμένη καμπάνια στα μέσα ενημέρωσης, για την προώθηση του νόμου της 1ης Ιουλίου 2009 σχεδιάστηκε ένα ειδικό site στο διαδίκτυο www.smokestop.gov.gr ενώ δημιουργήθηκε και μια τηλεφωνική γραμμή άμεσης επικοινωνίας (1142) για την πληροφόρηση των πολιτών αλλά και την καταγγελία κάθε παράβασης του νόμου (www.en.wikipedia.org). Στο άρθρο 2 του Νόμου αναφέρονται τα νέα μέτρα απαγόρευσης και πιο συγκεκριμένα: απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους. Απαγορεύεται η τοποθέτηση προϊόντων καπνού σε καταστήματα εκτός καταστημάτων που πωλούν αφορολόγητα είδη, περιπτέρων και καταστημάτων που πωλούν αποκλειστικά καπνό. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση, αρμόδιος των ελέγχων είναι «ο Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας). Τους Επιθεωρητές συνδράμουν στο έργο τους οι αστυνομικές και λιμενικές αρχές, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.3730/ 2008» <http://el.wikipedia.org/wiki/Επιπλέον,> απαγορεύεται η κατασκευή, εμπορία, προβολή και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς επίσης και το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Απαγορεύεται επίσης, η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας, σε χώρους εκπαιδευτικών ιδρυμάτων είτε δημοσίου είτε Ιδιωτικού δικαίου, όπως επίσης και στα κυλικεία αυτών. Η απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού, αλλά και καπνίσματος, ισχύει και για χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης. Ο νόμος προβλέπει επίσης απαγόρευση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων. Με βάση το άρθρο 3 του Νόμου από την 1η Ιουλίου 2009, προβλέπεται πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους (κλειστούς ή στεγασμένους) που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εκτός των χώρων που θα προβλεφθούν για τους καπνιστές. Οι απαγορεύσεις θα εφαρμοστούν στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής, στα αεροδρόμια (εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές), στα κυλικεία, σε όλων των ειδών τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, αλλά και στα ταξί και στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών και λιμένων. Όσον αφορά τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος εμβαδού ως 70 τ.μ., υπάρχει συγκεκριμένη διάταξη του Νόμου, που προβλέπει ότι μπορούν να χαρακτηριστούν με

απόφαση του ιδιοκτήτη τους (που θα ενσωματώνεται στην άδεια λειτουργίας τους), ως καταστήματα αποκλειστικά για καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες. Για τον έλεγχο και την τήρηση του Νόμου έχει συσταθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Υπηρεσία Προστασίας Ανηλίκων από τον καπνό (και το αλκοόλ). Σε περίπτωση παράβασης, το ύψος του προστίμου φτάνει τα 1.000€ και επιβάλλεται ανάλογα με την σοβαρότητα της παράβασης, το μέγεθος και τον κύκλο εργασιών της επιχείρησης, καθώς και τα μέτρα που έχει λάβει ο κάθε υπεύθυνος διαχείρισης και λειτουργίας της για την αποφυγή της παράβασης. Σε περίπτωση υποτροπής επιβάλλεται για κάθε παράβαση, πρόστιμο έως 2.000€ (Νόμος 3730/2008).

Πρόσφατα, η εγκύκλιος με θέμα την εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας στάλθηκε προς τις Περιφέρειες της χώρας και τους φορείς του Δημοσίου από το υπουργείο Υγείας. Στόχος της εγκυκλίου είναι η διασφάλιση της δημόσιας υγείας και η σωστή τήρηση του σχετικού θεσμικού πλαισίου σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους συνάθροισης του κοινού.

Συγκεκριμένα απαγορεύεται το κάπνισμα:

- Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ).
- Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως: Νοσοκομεία, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Δημοτικά Ιατρεία, Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, Ιδιωτικά Ιατρεία, Οδοντιατρεία, Φαρμακεία, Λοιπές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).
- Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω, όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας
- Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως: Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά), Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Μετά-δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά), Πανεπιστήμια,

Τεχνολογικά Ιδρύματα και γενικά Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευση, Φροντιστήρια.

- Στα νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπου
- Σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων
- Στους κλειστούς ή στεγασμένους χώρους των χώρων παροχής υπηρεσιών διαδικτύου
- Σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας
- Στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος
- Στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής
- Στα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές
- Στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων
- Στα παντός είδους κυλικεία
- Στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων, με μετρητή (ταξί) και αγοραίων
- Στα πάσης φύσεως αυτοκίνητα, ιδιωτικής και δημοσίας χρήσης, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών(<https://www.newsbreak.gr/>).

9. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

9.1 Θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη

Η ιατρική υποστήριξη μπορεί να αυξήσει το ποσοστό επιτυχίας στην διακοπή του καπνίσματος καθώς επίσης και η συμβουλευτική ασθενών και οικογενειών. Η συζήτηση με τον ασθενή είναι το πρώτο βήμα για την παύση του καπνίσματος. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί εάν ο ασθενής είναι εξαρτώμενος από τη νικοτίνη ή όχι, η ποσότητα τσιγάρων ημερησίως, η επιθυμία να εγκαταλείψει, η ύπαρξη σχετικών ασθενειών και εφικτών τρόπων θεραπείας.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να εκτιμηθεί η εξάρτηση από τη νικοτίνη: μέσω της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD-10), του Εγχειριδίου Διάγνωσης και Στατιστικής της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV) και άλλων. Η κλίμακα Fagerström για την ανοχή της νικοτίνης και την εκτίμηση εξάρτησης έχει αγγλικά και σουηδικά πρωτότυπα και έχει προσαρμοστεί σε πολλές γλώσσες. Περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από το μηδέν έως το 11, όπου ανιχνεύεται χαμηλή εξάρτηση νικοτίνης (ήπια) όταν το σύνολο είναι κάτω από τρία. Μια βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με επτά δείχνει υψηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη (σοβαρή). Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να σταματήσει το κάπνισμα με κάθε ιατρική συμβουλή. Άλλοι καπνιστές στην οικογένεια πρέπει επίσης να ενθαρρυνθούν να μην καπνίζουν (Balbani & Montovani, 2005).

9.2 Φαρμακοθεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία ενδείκνυται για τα εξαρτώμενα από τη νικοτίνη άτομα και διαίρεται σε: θεραπεία πρώτης γραμμής (θεραπεία με βουπροπιόνη και νικοτίνη) και θεραπεία δεύτερης γραμμής (κλονιδίνη και νορτριπτυλίνη).

Θεραπεία πρώτης γραμμής:

Βουπροπιόνη: η βουπροπιόνη είναι ένα μη τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που αναστέλλει τους προ-συναπτικούς μηχανισμούς ντοπαμινεργικής και νοραδρεναλίνης. Η δράση της στις κεντρικές ντοπαμινεργικές οδούς πιστεύεται ότι είναι η ίδια με τη μείωση της επιθυμίας σε ασθενείς με αποχή από νικοτίνη. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η βουπροπιόνη ενδείκνυται για τους εξαρτημένους που

καπνίζουν 15 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα ή παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Η θεραπεία με βουπροπιόνη πρέπει να ξεκινά 7 έως 10 ημέρες πριν ο ασθενής διακόψει το κάπνισμα, καθώς αυτό το διάστημα είναι απαραίτητο για την ισορροπία των φαρμακοθεραπευτικών επιπέδων. Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 150mg / ημέρα έως την τρίτη ημέρα της θεραπείας, αυξάνεται σε 300mg / ημέρα την τέταρτη ημέρα και διατηρείται αυτή η δοσολογία από 7 έως 12 εβδομάδες. Οι κλινικές μελέτες με βουπροπιόνη έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, παρουσιάζοντας διπλάσια περίοδο αποχής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, συν τη μείωση του βάρους. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του bupropion εμφανίζονται στο 6-8% των ασθενών. Η βουπροπιόνη είναι φάρμακο κατηγορίας Β σύμφωνα με την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων, πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες σχετικά με την ασφαλή χρήση αυτού του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Balbani & Montovani, 2005).

Θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (NRT): η συνδυασμένη χρήση του NRT και της βουπροπιόνης σχεδόν διπλασιάζει το ποσοστό επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος. Στη Βραζιλία, τα μπαχαρικά νικοτίνης και τα τσίγλες είναι διαθέσιμα στην αγορά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, υπάρχει επίσης το ρινικό σπρέι νικοτίνης. Τα αυτοκόλλητα μπορούν να βρεθούν στην αγορά της Βραζιλίας σε δόσεις των 7, 14 και 21 mg / μονάδα και κάθε συσκευασία περιέχει επτά μονάδες. Διατηρούν τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα για 16 έως 24 ώρες, επομένως πρέπει να αντικαθίστανται καθημερινά. Τα αποτελέσματά τους παρατηρούνται σε διάστημα δύο έως τριών ημερών. Η μέση περίοδος θεραπείας είναι οκτώ εβδομάδες. Οι τσίγλες νικοτίνης περιέχουν 2 mg νικοτίνης / μονάδα και πωλούνται σε συσκευασίες των 12 μονάδων.

Συνιστάται η ακόλουθη δοσολογία:

α) Για τους ασθενείς που καπνίζουν <25 τσιγάρα την ημέρα:

(2 mg) σε διαστήματα 1-2 ωρών κατά τις πρώτες 4 εβδομάδες έως το μέγιστο των 20 mg ανά ημέρα

(2 mg) σε διαστήματα 2-4 ωρών από την 5η έως την 8η εβδομάδα

(2 mg) σε διαστήματα 4-8 ωρών από την 9η έως την 12η εβδομάδα

β) Για τους ασθενείς που καπνίζουν > 25 τσιγάρα την ημέρα:

(4mg) σε διαστήματα 1-2 ωρών κατά τις πρώτες 4 εβδομάδες μέχρι το πολύ 20 ανά ημέρα

(2 mg) σε διαστήματα 2-4 ωρών από την 5η έως την 8η εβδομάδα

(2 mg) σε διαστήματα 4-8 ωρών από την 9η έως την 12η εβδομάδα(Balbani&Montovani, 2005).

Οι τσίγλες πρέπει να μασιούνται έντονα έως ότου συμβεί μούδιασμα του βλεννογόνου στο στόμα ή να γίνεται αντιληπτή η γεύση του καπνού. Στη συνέχεια, ο ασθενής θα πρέπει να σταματήσει το μάσημα και να διατηρήσει την τσίγλα ανάμεσα στα μάγουλα και την περιοχή των ούλων μέχρι να εξαφανιστεί το μούδιασμα και να ξαναρχίσει το μάσημα για 30 λεπτά για να πετάξει το τσίγλα. Ο ασθενής δεν πρέπει να καταπιεί την τσίγλα.

Τα συνηθέστερα ανεπιθύμητα αποτελέσματα στην αντικατάσταση της νικοτίνης με τσίγλα είναι: ναυτία, λόξυγγας και κεφαλαλγία. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια των τσιγλών νικοτίνης είναι το εξάνθημα του στοματικού βλεννογόνου.

Οι τσίγλες νικοτίνης αντενδείκνυται σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών και σε άτομα με σοβαρές καρδιαγγειακές παθήσεις (πρόσφατο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ασταθής στηθάγχη). Η χρήση τους είναι πιθανή στις εξαρτώμενες από τη νικοτίνη έγκυες γυναίκες και κατά τη διάρκεια του θηλασμού, πρέπει να εκτιμηθούν οι κίνδυνοι και τα οφέλη της θεραπείας(Balbani&Montovani, 2005).

Θεραπεία δεύτερης γραμμής:

- Κλονιδίνη: η κλονιδίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε δόση 0,1 έως 0,75 mg ημερησίως για την ανακούφιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου αποχής από τη νικοτίνη. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η καταστολή και η ορθοστατική υπόταση. Η αιφνίδια διακοπή της κλονιδίνης μπορεί να προκαλέσει υπερτασική κρίση.

Νοτριπτυλίνη:η νοτριπτυλίνη αναστέλλει τους μηχανισμούς νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης στο ΚΝΣ, παράγοντας αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά αποτελέσματα. Βραχυπρόθεσμα, η αποτελεσματικότητά της στην διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να είναι παρόμοια με εκείνη της βουπροπιόνης(Balbani&Montovani, 2005).

Άλλες θεραπείες:

- Βελονισμός: η Acupuncture Consensus Panel των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (1998) επιβεβαιώνει ότι ο βελονισμός "μπορεί να είναι χρήσιμος ως υποστηρικτική θεραπεία ή αποδεκτή εναλλακτική λύση ή μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος στη θεραπεία της τοξικομανίας, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από νικοτίνη. Σύμφωνα με τη Συναίνεση προσέγγισης και τη θεραπεία των καπνιστών του Υπουργείου Υγείας (2001), "μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του βελονισμού και άλλων μεθόδων, όπως η αρωματοθεραπεία και η ύπωση. Συνιστάται ως μια μέθοδος επιλογής για διακοπή του καπνίσματος ", αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί" αν αυτή είναι η επιλογή του ασθενούς και αν δεν υπάρχουν αντενδείξεις χρήσης ". Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία ότι ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός στη θεραπεία της εξάρτησης από νικοτίνη παρόλο που αρκετοί ασθενείς αισθάνονται καλύτερα κατά την αποχή από το κάπνισμα.
- Θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς και αυτοσυντήρησης: Ο Marques (2001) υπογραμμίζει ότι οι αυτο-υποστηρικτικές ομάδες και η ψυχοθεραπεία ατομική ή ομαδική με συμβουλευτικές συνεδρίες είναι αποτελεσματικοί βοηθητικοί παράγοντες στη θεραπεία της εξάρτησης από νικοτίνη. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν η εξάρτηση ακολουθείται από άλλες ασθένειες, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Η συμβουλευτική συμβάλλει στον εντοπισμό καταστάσεων στις οποίες ο εθισμένος επιθυμεί ένα τσιγάρο λόγω συμπεριφοράς (μετά τα γεύματα, ένα φλιτζάνι καφέ, όταν συναντά φίλους) ή συναισθηματικούς λόγους (άγχος, αναστάτωση). Με βάση αυτό, ο εθισμένος στον καπνό μαθαίνει διάφορες στρατηγικές για να σπάσει τη σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων και την πράξη αυτόματου καπνίσματος. Η συμπεριφορική θεραπεία και η συμβουλευτική είναι η βάση της θεραπείας κατά του καπνίσματος στους εφήβους.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (INCA) διαθέτει έναν τηλεφωνικό αριθμό χωρίς χρέωση 0800-703-7033, όπου παρέχονται πληροφορίες για τις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος. Στις επιλογές του τηλεφωνικού κέντρου, η INCA ενημερώνει για τους αριθμούς τηλεφώνου των κρατικών κέντρων συντονισμού για τη θεραπεία του

καπνίσματος στο πλαίσιο του κεντρικού συστήματος υγείας (SUS). Οι καπνιστές που συμμετέχουν σε ομάδες διακοπής του καπνίσματος έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία χωρίς χρέωση (Balbani & Montovani, 2005).

10.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναγνώρισε ότι η επιδημία του καπνίσματος είναι μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία που αντιμετώπισε ποτέ ο κόσμος (W.H.O. 2019).

Σε μια έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο φάνηκε ότι το κάπνισμα είναι μια από τις αιτίες θανάτου η οποία μπορεί να προληφθεί και έτσι να σωθούν περισσότερες από 80.000 ζωές ετησίως από τον καρκίνο, τα νοσήματα του αναπνευστικού αλλά και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Εκτός από το βάρος της χρόνιας ασθένειας και θνησιμότητας, υπολογίζεται το οικονομικό κόστος από το κάπνισμα ανέρχεται σε 13,74 δισ. λίρες στην ευρύτερη κοινωνία (Nash&Featherstone, 2010). Παρόλο που ο επιπολασμός του καπνίσματος στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει μειωθεί γενικά τις τελευταίες δεκαετίες, ένας στους πέντε ενήλικες ηλικίας 16 ετών και άνω φέρεται να καπνίζει (O.N.S., 2013).

Ως απάντηση σε αυτή την απειλή για τη δημόσια υγεία έχουν αναπτυχθεί διάφορες στρατηγικές ελέγχου του καπνίσματος. Αν και η αύξηση του φόρου στα προϊόντα καπνού θεωρείται γενικά ως το πιο αποτελεσματικό μέτρο ελέγχου του καπνίσματος, τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι επίσης ένας οικονομικά σημαντικός τρόπος για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι παρεμβάσεις αυτές θεωρούνται αποτελεσματικές στη μείωση τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας που σχετίζονται με το κάπνισμα. Για παράδειγμα, η φαρμακοθεραπεία και η παροχή συμβουλευτικής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος. Από τις παρεμβατικές προσεγγίσεις, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στην επιστημονική ομάδα υγείας. Έτσι, μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε δραστηριότητες ελέγχου με την επαρκή γνώση και την ενεργό συμμετοχή τους στις προσπάθειες μείωσης του καπνίσματος μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα αυτών των προσπαθειών και να ενισχύσει επίσης την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής παρέμβασης. Η κατανόηση της σπουδαιότητας της συμμετοχής των νοσηλευτών στις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος μπορεί να χρησιμεύσει στη βελτίωση του αναλυτικού προγράμματος σπουδών και στην

ανάπτυξη προγραμμάτων για την εκπαίδευση τόσο των νοσηλευτών όσο και του κοινού σχετικά με τη σημασία του ελέγχου της χρήσης του καπνού (Mak, Loke & Wong, 2018).

Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν πρόσβαση σε ένα ευρύ πληθυσμό με αποτέλεσμα να συναντούν συχνά άτομα που καπνίζουν και κατά συνέπεια είναι ιδανικά τοποθετημένοι ώστε να εντοπίζουν τους καπνιστές που επιθυμούν να αντιμετωπίσουν τον εθισμό τους. Το Royal College of Nursing πιστεύει ότι κάθε νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει στη φροντίδα "**upstream**", όπου τα προβλήματα υγείας, όπως οι ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, αντιμετωπίζονται μέσω της πρόληψης και όχι της θεραπείας. Μια ανασκόπηση των παρεμβάσεων περί νοσηλείας για τη διακοπή του καπνίσματος από τους ακαδημαϊκούς της υγείας **RiceStead** καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν εύλογα στοιχεία που δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος που παρέχονται από νοσηλευτές είναι αποτελεσματικές για να βοηθήσουν τους καπνιστές να επιτύχουν την αποχή από το κάπνισμα (Mak, Loke & Wong, 2018).

Οι κατευθυντήριες γραμμές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Φροντίδας Υγείας (NICE) συνιστούν να υποχρεούνται όλοι οι νοσηλευτές να παρέχουν συμβουλευτική στους καπνιστές (οι οποίοι ενδιαφέρονται να κόψουν το κάπνισμα), ενημερώνοντάς τους για τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος και να συζητούν τις επιλογές των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι επιλογές μπορεί να περιλαμβάνουν παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε περιπτώσεις όπου ο καπνιστής αρνείται την υποστήριξη αυτών των υπηρεσιών, ο νοσηλευτής αναμένεται από τη NICE να περάσει πέντε με 10 λεπτά παρέχοντας σύντομες συμβουλές για την παύση του καπνίσματος με ταυτόχρονη ενθάρρυνση των ατόμων αυτών. Παρόλο που η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ημερήσιας διάταξης των νοσηλευτών, οι επαγγελματίες υγείας έχουν εκφράσει κατά καιρούς ότι δεν διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος με τους ασθενείς τους. Κατά συνέπεια, στις ρυθμίσεις γενικής πρακτικής, οι φαρμακοθεραπείες διακοπής του καπνίσματος τείνουν να χορηγούνται κατόπιν αιτήματος των ασθενών και όχι με την παρότρυνση επαγγελματιών υγείας. Έχει προταθεί ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών μπορεί να βελτιωθούν μέσω της παροχής επαρκούς κατάρτισης από ειδικά εκπαιδευτικά

προγράμματα (Mak, Loke&Wong, 2018).

B' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΟΤΕΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2016 από τους Malone, et. al., και είχε σχέση με τον προσδιορισμό των παραγόντων που διευκολύνουν τους νοσηλευτές για την παροχή συμβουλών στη διακοπή του καπνίσματος σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Συμμετείχαν 26 νοσηλευτές και οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις έπρεπε να αξιολογήσουν το ρόλο των νοσηλευτών στη διακοπή του καπνίσματος. Από τα αποτελέσματα προέκυψαν σημαντικά θέματα τα οποία ήταν: «οι αρνητικές αντιλήψεις των καπνιστών, έναντι των νοσηλευτών ως προς τις γνώσεις τους σχετικά με το κάπνισμα και την παροχή φροντίδας στη διακοπή του και η αβεβαιότητα των νοσηλευτών γύρω του ποιος είναι ο ρόλος τους στην παροχή φροντίδας στη διακοπή του καπνίσματος. Συμπερασματικά το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποκτήσει κατάρτιση, προκειμένου να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση του και να καταστεί αρμόδιο στην αντιμετώπιση του καπνίσματος στους νοσηλευόμενους ασθενείς, ως μέρος της συνήθους ιατρικής φροντίδας. Τυπικοί τρόποι για να τεκμηριωθεί το κάπνισμα των εσωτερικών ασθενών και η προσφορά υποστήριξης στη διακοπή του καπνίσματος από τους νοσηλευτές σε νοσηλευόμενους ασθενείς είναι η ενίσχυση της επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των νοσηλευόμενων ασθενών σχετικά με το κάπνισμα και τις καπνιστικές τους συνήθειες. Για τους ασθενείς που είναι ανθεκτικοί σε συμβατικές στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος, οι νοσηλευτές πρέπει να προτείνουν καινοτόμους τρόπους για τη μείωση της βλάβης που προκαλείται σε αυτούς από τη χρήση του καπνού. Έτσι, αυτό που πρέπει να παρέχετε στους νοσηλευτές με την εκπαίδευσή τους είναι η κατάρτιση γύρω από τη διακοπή του καπνίσματος, με απώτερο σκοπό την αύξηση της εμπιστοσύνης και των δεξιοτήτων για την παροχή φροντίδας στη διακοπή του καπνίσματος σε νοσηλευόμενους ασθενείς.

Μια συστηματική ανασκόπηση που διενεργήθηκε από τους Kazamzadeh, et.al., από το 1990-2015 και δημοσιεύτηκε το 2016 είχε ως στόχο να αποσαφηνίσει το ρόλο των νοσηλευτών στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Στις δεκαεennέα έρευνες που

εξετάστηκαν συστηματικά, και ασχολούνται με τις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος από τους νοσηλευτές. Βρέθηκε ότι στις 17 από αυτές οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος. Στις περισσότερες μελέτες εμπλέκονταν και άλλες μέθοδοι, όπως εγχειρίδια, φυλλάδια, φυλλάδια κατάρτισης ή έντυπο εκπαιδευτικό υλικό και η χρήση αρχείων ήχου και βίντεο. Μερικές μελέτες χρησιμοποίησαν τις μεθόδους αντικατάστασης της νικοτίνης για τους ασθενείς, όπως η διαδερμική χρήση της νικοτίνης και οι τσίχλες νικοτίνης ή βουπροπιόνης. Επιπλέον, στις 17 μελέτες που διεξήχθησαν έγινε και παρακολούθηση από το τηλέφωνο μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Μέσα από την ανασκόπηση αυτή βρέθηκε ότι οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών για τη διακοπή του καπνίσματος διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα με επιτυχία. Υπάρχει μια ποικιλία παρεμβάσεων που οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιούν ανάλογα με την κατάσταση και τη διάγνωση των ασθενών.

Η χρήση του καπνού είναι η κύρια αναστρέψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες, με αποτέλεσμα τις τεράστιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Το κάπνισμα είναι υψηλότερη στους φτωχούς, όπως και στα άτομα με ψυχική ασθένεια. Ως η μεγαλύτερη ομάδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές πρέπει να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στις προσπάθειες ελέγχου του καπνίσματος με στόχο να μειώσουν την επιβλαβή επίδραση του στην έκβαση της υγείας.

Οι ερευνητές Schwindt, et. al., χρησιμοποίησαν ένα τυχαίο δείγμα για ομάδα ελέγχου για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος εκπαίδευσης κατά του καπνίσματος του οποίου η θεωρία που βασίζεται στην αντίληψη της ικανότητας και τα εσωτερικά κίνητρα των φοιτητών (N = 134) για να συμμετάσχουν σε παρεμβάσεις διακοπής στους ασθενείς με ψυχική ασθένεια.

Οι φοιτητές που συμπλήρωσαν το πρόγραμμα ανέφεραν μια σημαντική αύξηση στην αντιληπτική ικανότητα, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που έλαβαν μόνο τυπική εκπαίδευση.

Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το πρόγραμμα βελτίωσε την αντιληπτική ικανότητα των μαθητών, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καθοριστούν οι επιπτώσεις της στην παροχή κινήτρων και τη χρησιμότητά του σε άλλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Σε άλλη μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε από τους Sarna&Bialous σε ογκολογικούς νοσηλευτές για να αναζητηθούν οι στρατηγικές για την εφαρμογή των θεραπειών για την εξάρτηση από τον καπνό στη φροντίδα του καρκίνου και το ρόλο που αυτοί διαδραματίζουν. Βρέθηκε ότι υπάρχουν πολλά οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Εφαρμογή της θεραπείας της απεξάρτησης από τον καπνό μπορεί να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών, αλλά απαιτεί αλλαγές του συστήματος. Το ηλεκτρονικό αρχείο υγειονομικής περίθαλψης, η πρόσβαση σε τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καπνίσματος, η διάθεση πόρων στους παρόχους, καθώς και αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη διευκολύνει την απόδοση της θεραπείας. Οι ογκολογικοί νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της θεραπείας από τον καπνό στη φροντίδα του καρκίνου.

Σε έρευνα που έγινε στη Τσεχία από τους Serna, et.al., βρέθηκε ότι ο καπνός είναι η κύρια αιτία καρκίνου. Περισσότερο από το ένα τρίτο του πληθυσμού άνω των 15 ετών καπνίζει, συμπεριλαμβανομένων πολλών νοσηλευτών. Οι περισσότεροι καπνιστές θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα, αλλά η έκταση της συμμετοχής των νοσηλευτών στη διακοπή του είναι άγνωστη. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να περιγράψει τη συχνότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ως προς τη βοήθεια στους καπνιστές να το σταματήσουν, να εξετάσει τις στάσεις και τις δεξιότητές τους, και να διερευνήσει τη σχέση των νοσηλευτών με το κάπνισμα σε επίπεδο παρέμβασης. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 157 νοσηλευτές, από τους οποίους το 26% απάντησε ότι «πάντα» ή «συνήθως» βοηθάνε τους ασθενείς στη διακοπή του καπνίσματος, το 22% ανέφερε ότι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, τέλος το 65% βαθμολόγησε την ικανότητά τους να βοηθήσουν τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα ως κακή. Οι νοσηλευτές που κάπνιζαν (30%) ήταν λιγότερο πιθανό να αξιολογήσουν συστηματικά το κάπνισμα ή να μεριμνήσουν για την υποστήριξη της παρακολούθησης.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι λίγοι νοσηλευτές στην Τσεχία παρέχουν σταθερή υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς, ή έχουν τις ικανότητες να το κάνουν, ή βλέπουν αυτό το ρόλο ως ένα σημαντικό μέρος του ρόλου τους.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Τσεχία από τους Serna, et. al., και δημοσιεύθηκε το 2014 με σκοπό να αξιολογήσει ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με τη

διακοπή του καπνίσματος, τη συχνότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στους καπνιστές, και το αντίκτυπο των νοσηλευτών στα αποτελέσματα.

Οι νοσηλευτές συμμετείχαν σε εκπαιδευτικά προγράμματα 1 ώρας για την βοήθεια των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι 98 νοσηλευτές που έλαβαν μέρος ήταν όλες γυναίκες, με μέση ηλικία τα 43 έτη, το 33% ήταν καπνίστριες και το 64% εργαζόταν σε χειρουργική ή ογκολογική κλινική. Στους 3 μήνες, σε σύγκριση με την αρχική τιμή, το ενδιαφέρον ήταν στατιστικά σημαντικό ($p < .05$) περισσότεροι νοσηλευτές αξιολόγησαν ότι βοήθησαν τους ασθενείς στη διακοπή του, και συνέστησαν τη χρήση της τηλεφωνικής γραμμής διακοπής καπνίσματος. Στους 3 μήνες μετά το πρόγραμμα, οι νοσηλευτές που κάπνιζαν ήταν λιγότερο πιθανό να ρωτήσουν κάτι σχετικά με την κατάσταση των ασθενών σε ποσοστό 95%, ή να τους συμβουλέψουν να σταματήσουν το κάπνισμα, ή και να τους παραπέμψουν σε τηλεφωνική γραμμή διακοπής καπνίσματος, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, παρά τη χωρίς διαφορές παρεμβάσεων κατά την έναρξη του προγράμματος.

Συμπερασματικά τρεις μήνες μετά τη φοίτηση στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που επικεντρώνεται στον ρόλο των νοσηλευτών στη στήριξη των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος, όλο και πιο πολλοί νοσηλευτές ασχολούνται με τις παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα. Ωστόσο, το πρόγραμμα ήταν λιγότερο αποτελεσματικό για τις νοσηλεύτριες που κάπνιζαν.

Η βασική εκπαίδευση της νοσηλευτικής έχει σημαντικό αντίκτυπο στις μελλοντικές επαγγελματικές πρακτικές των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι για να εκτελέσουν τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, οι νοσηλευτές παίζουν μόνο δευτερεύοντα ρόλο σε αυτόν τον τομέα. Ο στόχος αυτής της έρευνας που διενεργήθηκε από τους Lepage, et.al., ήταν να περιγράψει το περιεχόμενο της διακοπής του καπνίσματος στα βασικά προγράμματα νοσηλευτικής στο Κεμπέκ.

Η έρευνα ήταν μια μικτού σχεδιασμού (ποσοτική και ποιοτική) μελέτη και διεξήχθη ανάμεσα στους διαχειριστές του εκπαιδευτικού προγράμματος της νοσηλευτικής στο Κεμπέκ, με χρήση επικυρωμένου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι κατά μέσο όρο, ο χρόνος που αφιερώνεται για την διακοπή του καπνίσματος είναι λιγότερος από μία ώρα κατ' έτος, κατ' ουσία, σχετικά με τους φυσιολογικούς και τους παθοφυσιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατανάλωση του καπνού, κατά το θηλασμό η επαγγελματική

αξιολόγηση και η παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν σχεδόν ανύπαρκτη.

Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την ανάγκη να αυξηθεί και να βελτιωθεί ο χρόνος και το περιεχόμενο που διατίθενται για τη διακοπή του καπνίσματος στο βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Είναι επίσης σημαντικό να δομηθούν βασικά μαθήματα κατάρτισης, ώστε να βελτιώσουν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες των μελλοντικών νοσηλευτών, προκειμένου να επηρεάσουν το ρόλο τους στη διακοπή του καπνίσματος στην μελλοντική τους επαγγελματική πρακτική.

Σκοπός μιας άλλης μελέτης που διεξήχθη από τους McIlfatrick, et.al., ήταν η διερεύνηση του πραγματικού και του δυνητικού ρόλου του νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας στην πρόληψη του καρκίνου. Διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι μια σειρά από στρατηγικές μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην εμφάνιση του καρκίνου. Λόγω της συχνής πρώτης γραμμής επαφή τους με το κοινό, οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου. Παρ'όλα αυτά, υπάρχει έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τον πραγματικό και τον πιθανό ρόλο τους στην πρόληψη του καρκίνου. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στάλθηκαν ταχυδρομικά, από τα 500 τα 225 επεστράφησαν (ποσοστό ανταπόκρισης 45%)ακολουθούμενα από ημι-δομημένες συνεντεύξεις (n = 15). Οι νοσηλευτικές πρακτικές που παρέχονται διαθέτουν υψηλά επίπεδα δραστηριοτήτων για την πρόληψη του καρκίνου, αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στη διακοπή του καπνίσματος και της παχυσαρκίας. Οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι ο ρόλος της πρόληψης του καρκίνου θα μπορούσε να βελτιωθεί με την πρόσθετη κατάρτιση που βασίζονται στην πρακτική και πιο συνεργατική δια-επαγγελματική εργασία. Εντόπισαν επίσης την ανάγκη για καλύτερη κατανόηση του πώς να αλλάξουν τις στάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου. Τα στοιχεία από τη μελέτη αυτή παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις δυνατότητες του πρωτοβάθμιου νοσηλευτή να ενδυναμώσει τα άτομα να αναλάβουν την ευθύνη για τη δική τους υγεία και να κάνουν πιο συνειδητές επιλογές στον τρόπο ζωής τους.

Σε έρευνα που έγινε από τους Katz,et. al., σε μια μειοψηφία νοσηλευομένων καπνιστών που λαμβάνουν πραγματικά βοήθεια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και παροχή συμβουλών διακοπής του καπνίσματος. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να προσδιορίσει τον αντίκτυπο των παρεμβάσεων των κατευθυντήριων γραμμών που

βασίζεται στις (Συμβουλές-Αξιολόγηση-βοήθεια-Κανόνες-παρακολούθηση) σε νοσηλευόμενους καπνιστές, και στη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην παρέμβαση.

Πραγματοποιήθηκε μια δοκιμαστική εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών που περιελάμβανε 205 νοσηλευόμενους καπνιστές στις μονάδες νοσηλείας σε Αμερικάνικο ιατρικό κέντρο για βετεράνους. Η παρέμβαση περιελάμβανε: 1) ακαδημαϊκές λεπτομέρειες των νοσηλευτών κατά την παράδοση της σύντομης συμβουλευτικής για τη διακοπή, 2) τροποποίηση του εντύπου αποδοχής για να διευκολύνει την τεκμηρίωση του, και 3) την παροχή κίνητρων στους νοσηλευόμενους ασθενείς να λαμβάνουν προληπτικά τηλεφωνική παροχή συμβουλών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σε 193 καπνιστές που ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη πριν από την έξοδο, σύνθετη βαθμολογία ήταν υψηλότερη μετά την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών (3.9 έναντι 3.1). Οι περισσότεροι ασθενείς συμβουλευτήκαν πως να σταματήσουν το κάπνισμα (62 έναντι 48%) και οι νοσηλευτές τους βοήθησαν στην εγκατάλειψη της συνήθειας (70 έναντι 45%) κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά την εφαρμογή. Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στη συμβουλευτική διακοπή βελτιώθηκε μετά την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών (35.3 έναντι 32.7).

Συμπερασματικά μια πολύπλευρη παρέμβαση συμπεριλαμβανομένων των ακαδημαϊκών λεπτομερειών και την προσαρμογή του προτύπου της εισαγωγικής νοσηλευτικής είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη βελτίωση της παροχής των νοσηλευτών της σύντομης συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος στους νοσηλευόμενους.

Το κάπνισμα έχει αποδειχτεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου και η διακοπή του αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τους ασθενείς που νοσηλεύονται με καρδιαγγειακό επεισόδιο. Η παρούσα μελέτη που έγινε από τους Raupachetal., στοχεύει να αξιολογήσει μια συστημική προσέγγιση που βασίζεται στην παροχή βοήθειας στο νοσοκομείο στους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα και να εντοπίσει τα εμπόδια υλοποίησης αυτού.

Η έρευνα ήταν μια προοπτική μελέτη παρέμβασης ακολούθησε ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων του προσωπικού. Η μελέτη αυτή αξιολόγησε τις επιπτώσεις από την εφαρμογή τυποποιημένων διαδικασιών για την παροχή συμβουλών και τη φαρμακοθεραπεία σε καπνιστές που έχουν εισαχθεί σε καρδιολογική κλινική.

Επιπλέον, η ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων του προσωπικού εξέτασε τους καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς του γιατρού και νοσηλευτή και προσπάθησε να κατανοήσει τα εμπόδια όσον αφορά τα κίνητρα, την ικανότητα, και / ή την ευκαιρία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν σε ένα σύνολο 150 ασθενών που κάπνιζαν και συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (75 πριν και 75 μετά την εφαρμογή των τυποποιημένων διαδικασιών). Πριν από την εφαρμογή των διαδικασιών, το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν ότι έχουν λάβει συμβουλές διακοπή καπνίσματος από γιατρούς και νοσηλευτές ήταν 6,7% και 1,3%, αντίστοιχα. Μετά την υλοποίηση του προγράμματος, αυτές οι αναλογίες αυξήθηκαν σε 38,7% ($p < 0.001$) και 2,7% ($p = 0,56$), αντίστοιχα. Από την ποιοτική ανάλυση προέκυψε ότι η έλλειψη κινήτρων, π.χ. η ασυμφωνία των ρόλων αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο.

Από τα συμπεράσματα βλέπουμε ότι η εισαγωγή ενός συνόλου τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας για την παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν αποτελεσματική όταν γινόταν από τους γιατρούς, αλλά όχι όταν γινόταν από τους νοσηλευτές. Από την ανάλυση των εμποδίων για την υλοποίηση τονίστηκε η έλλειψη κινήτρων και όχι η ικανότητα ή οι ευκαιρίες, ως σημαντικός παράγοντας που θα πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Το κάπνισμα παραμένει η μεγαλύτερη αιτία θνησιμότητας που μπορεί να αποτραπεί. Στις αγροτικές περιοχές της Αυστραλίας, όπου η επίπτωση του καπνίσματος είναι υψηλότερη, η υγεία είναι σημαντικά χειρότερη από ό, τι σε όλη τη υπόλοιπη ήπειρο. Η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη και πολλές προσπάθειες έγιναν πριν από την επιτυχία. Σε έρευνα που έγινε από τους Moxham, et. al., δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι σε προνομιακή θέση για να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά αδυνατούν να αξιολογήσουν με συνέπεια τη χρήση του καπνού και να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν. Οι νοσηλευτές οι οποίοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών της υγείας, θα πρέπει να διαδραματίσουν ένα σημαίνοντα ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και αυτοί υποχρησιμοποιούνται. Λαμβάνοντας υπόψη τη στρατηγική θέση των νοσηλευτών για την προώθηση του αντικαπνιστικού μηνύματος κατά τη διάρκεια των κλινικών αλληλεπιδράσεων, τα δεδομένα που απαιτούνται για τη μείωση των ποσοστών του καπνίσματος, καθώς και την αλλαγή σχετικά με το κάπνισμα των στάσεων και των συμπεριφορών.

Βάση αυτών σχεδιάστηκε η παρούσα έρευνα η οποία ήθελε να προσδιορίσει τα ποσοστά του καπνίσματος και της συμπεριφοράς, καθώς και τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στους νοσηλευόμενους ασθενείς στο να τους βοηθήσουν να σταματήσουν το κάπνισμα.

Η έρευνα ήταν περιγραφική και έγινε δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής (n = 153) και των μεταπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής (n = 64) από μια περιφερειακή σχολή νοσηλευτών σε ένα αυστραλιανό πανεπιστήμιο.

Η παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε τέσσερα σαφώς διαφοροποιημένα στοιχεία, τα δικαιώματα των μη καπνιστών, τις πεποιθήσεις για διακοπή, τη στάση προς τη διακοπή και τις θεραπευτικές σχέσεις. Σημαντικές διαφορές υπήρχαν στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των καπνιστών σε όλες τις κατηγορίες και ηλικίες, αλλά όχι για τους άλλους παράγοντες, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων, ούτε ήταν σημαντικές οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των επιπέδων των προσόντων της νοσηλευτικής σε όλες τις κατηγορίες, ωστόσο το κάπνισμα αποκάλυψε σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των δικαιωμάτων. Συμπερασματικά οι μεταπτυχιακοί φοιτητές γνωρίζουν ότι είναι πρότυπα και ότι έχουν σημαίνοντα ρόλο στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ασθενούς. Όταν πρόκειται για την υποβοήθηση των ασθενών να σταματήσουν τη χρήση του καπνού, η ηλικία και το κάπνισμα των ίδιων μπορεί να επηρεάσει τις ενέργειές τους. Τα νοσηλευτικά προγράμματα σπουδών πρέπει να τονίσουν το σημαντικό ρόλο νοσηλευτών στη διακοπή του καπνίσματος και να τους δώσουν τα εφόδια που χρειάζονται για να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα.

Το κάπνισμα είναι η κύρια αποτρέψιμη αιτία της πρόωρης θνησιμότητας, στην Ιρλανδία σκοτώνει περίπου 6000 άτομα στην κάθε χρόνο. Στις 29 Μαρτίου 2004, η Δημοκρατία της Ιρλανδίας έγινε η πρώτη χώρα στον κόσμο για την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ και των εστιατορίων. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε από τον O' Donovan, μετά την εισαγωγή αυτής της απαγόρευσης. Μια εισαγωγή στο νοσοκομείο παρέχει την ευκαιρία για να βοηθήσει τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα. Ο ρόλος και η ευρεία διαθεσιμότητα των νοσηλευτών τους βάζει σε προνομιακή θέση για να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα.

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει την επικράτηση του καπνίσματος μεταξύ των ειδικευμένων νοσηλευτών σε ένα μεγάλο πανεπιστημιακό νοσοκομείο στο Cork της

Νότιας Ιρλανδίας και το ρόλος τους στη διακοπή του καπνίσματος. Η έρευνα αυτή ήταν μια περιγραφική συγχρονική μελέτη χρησιμοποιώντας ένα υπολογισμένο δείγμα 430 νοσηλευτών (με ποσοστό ανταπόκρισης 70%). Χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο και από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι, το 21% (n = 63) των νοσηλευτών ήταν καπνιστές, το 23% (n = 70) ήταν πρώην καπνιστές και 56% (n = 167) ήταν μη-καπνιστές. Η υψηλότερη επικράτηση των καπνιστών βρέθηκε στις ηλικιακές ομάδες 20-25 ετών (28%, n = 17) και 26-30 ετών (34%, n = 21). Νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρική κλινική (47.4%) και καρδιολογική κλινική (33.3%) είχαν τον υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών που κάπνιζαν. Η μελέτη διαπίστωσε ότι υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των στάσεων των καπνιστών και των μη καπνιστών, το 89% (n = 211) των μη καπνιστών συμφώνησαν έντονα ότι ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο για την υγεία, σε σύγκριση με μόνο το 65% (n = 41) των καπνιστών. Μόνο το 14% (n = 43) των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν λάβει εκπαίδευση στη διακοπή του καπνίσματος. Η έλλειψη χρόνου (74%) και η έλλειψη εκπαίδευσης (65%) ήταν οι δύο κύριοι λόγοι που δόθηκαν από τους νοσηλευτές ως λόγοι για να μην την παροχή συμβουλών στη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς.

Το δυναμικό των νοσηλευτών στην πρόληψη σε θέματα υγείας σε μεγάλο βαθμό υπό-χρησιμοποιείται. Η έλλειψη χρόνου και η κατάρτιση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που αναστέλλουν το ρόλο των νοσηλευτών στη διακοπή του καπνίσματος.

Η παρούσα έρευνα που διενεργήθηκε από τους Pbert, et. al., είχε ως σκοπό να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης από τη σχολική νοσηλεύτρια στη διακοπή του καπνίσματος στο σχολείο και στην αύξηση της αποχής μεταξύ των εφήβων καπνιστών.

Η έρευνα διεξήχθη σε Τριάντα-πέντε γυμνάσια που είχαν συμφωνηθεί και τυχαία σε 1 από 2 με προϋποθέσεις, στο καθένα από αυτά επιτελέστηκαν 4 επισκέψεις από τη σχολική νοσηλεύτρια χρησιμοποιώντας (1) τη συμβουλευτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας το μοντέλο του 5 A και τις γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές, ή (2) μια προσεχτική λειτουργία ελέγχου. Οι έφηβοι (n = 1068) που ανέφεραν ότι είχαν εγκαταλείψει το κάπνισμα τις τελευταίες 30 ημέρες και έδειξαν ενδιαφέρον για τη διακοπή του κατά την έναρξη και στους 3 και 12 μήνες έδωσαν δείγματα σάλιου για βιοχημικές επικύρωση της αναφερθείσας αποχής από το κάπνισμα.

Οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να είναι εγκρατής ανά αυτο-αναφορά στους 3 μήνες (λόγος πιθανοτήτων: 1,90 [95% διάστημα εμπιστοσύνης: 01.12 - 03.24], $P = 0,017$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου, στους 12 μήνες δεν υπήρχαν διαφορές. Η διαφορά των τιμών στους 3 μήνες προήλθε από την εγκατάλειψη των άρρενων φοιτητών (15,0% [επέμβαση] έναντι 4,9% [έλεγχο]. Πιθανότητα που αναλογεί σε 3,23 [95% διάστημα εμπιστοσύνης: 1,63 - 6,43], $P = 0,001$), δεν υπήρξε καμία επίδραση της παρέμβασης στις φοιτήτριες σε κανένα χρονικό σημείο (6,6% έναντι 7,0% στους 3 μήνες και 16,6% έναντι 15,5% στους 12 μήνες) και καμία επίδραση της παρέμβαση σε άρρενες φοιτητές στους 12 μήνες (13,9% έναντι 13,2%). Το κάπνισμα μειώθηκε σημαντικά στα σχολεία παρέμβασης σε σύγκριση με τα σχολεία ελέγχου στους 3 μήνες, αλλά όχι στους 12.

Συμπερασματικά αν μια νοσηλεύτρια παραδοθεί για την παρέμβαση της διακοπής του καπνίσματος στα σχολεία θα μπορέσει να αποδειχθεί αν είναι εφικτή και αποτελεσματική στη βελτίωση της βραχυπρόθεσμης αποχή μεταξύ των εφήβων αγοριών και στις βραχυπρόθεσμες μειώσεις στην ποσότητα του και τη συχνότητα του καπνίσματος και στα δύο φύλα. Ωστόσο απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να ενισχύσει τόσο τη διακοπή όσο και να διατηρήσει την αποχή.

Η εστίαση στην επείγουσα φροντίδα, υπό την πίεση του χρόνου, και η έλλειψη πόρων παρεμποδίζει την υλοποίηση των παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Ο σκοπός αυτής της μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τους Katzetal., ήταν να 1) να προσδιοριστεί η επίδραση της νοσηλεύτριας έκτακτης ανάγκης να ξεκίνησε παρέμβαση για την παροχή συμβουλευτικής στη διακοπή του καπνίσματος με βάση το πλαίσιο (ρωτήστε-συμβουλευστε-αξιολογήστε-βοηθήστε-οργανώστε) και 2) να εκτιμήσει τις νοσηλεύτριες και τους γιατρούς των επειγόντων νοσοκόμες ως προς «τις αντιλήψεις της συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος».

Οι συγγραφείς πραγματοποίησαν μια πρό και μετά δοκιμή σε 789 ενήλικες καπνιστές (πέντε ή περισσότερα τσιγάρα / ημέρα), οι οποίοι παρουσιάστηκαν σε δύο επείγοντα περιστατικά. Η παρέμβαση επικεντρώθηκε στη βελτίωση της παροχής των 5AS από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς των επειγόντων και περιλαμβάνονται πρόσωπο με πρόσωπο εκπαίδευση και ένα διαδικτυακό σεμινάριο, η χρήση ενός εργαλείου χαρτογράφησης / υπενθύμισης, η την παραπομπή των καπνιστών στην γραμμή διακοπής του καπνίσματος για την προληπτική τηλεφωνική παροχή συμβουλών, και η

ομάδα ανατροφοδότηση για το προσωπικό των επειγόντων περιστατικών. Για την αξιολόγηση των επιδόσεων των εκτάκτων περιστατικών στη συμβουλευτική για διακοπή του καπνίσματος, πραγματοποιήθηκε μια τηλεφωνική συνέντευξη των ασθενών λίγο μετά την επίσκεψη στα επείγοντα. Από τη σχετική μελέτη αξιολογήθηκαν οι νοσηλευτές και οι γιατροί «για την αυτο-αποτελεσματικότητα, την ικανοποίηση του ρόλου τους, και τη στάση απέναντι στη συμβουλευτική διακοπή του καπνίσματος». Πολυπαραγοντική λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η επίδραση της παρέμβασης στην απόδοση των 5AS, αναπροσαρμόζοντας παράλληλα τους βασικούς συμπαραγόντες.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι 650 καπνιστές που ολοκλήρωσαν τη συνέντευξη μετά την εξέταση στα επείγοντα, το μεγαλύτερο ποσοστό είχε ερωτηθεί για το κάπνισμα από τη νοσηλεύτρια (68% έναντι 53%, προσαρμοσμένο ποσοστό πιθανότητας [OR] = 2,0, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] = 1,3 έως 2.9), αξιολογήθηκαν για την προθυμία να σταματήσουν το κάπνισμα (31% έναντι 9%, προσαρμογή OR = 4,9, 95% CI = 02.09 - 07.09), και βοήθησαν στη διακοπή (23% έναντι 6%, προσαρμοσμένη OR = 5,1, 95% CI = 2,7 έως 9,5) και είχαν ρυθμίσει για την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για τη συνέχιση της παρακολούθησης της διακοπής (7% έναντι 1%, ρυθμισμένο OR = 7.1, 95% CI = 2,3 έως 21) κατά τη διάρκεια της παρέμβασης σε σύγκριση με την περίοδο αναφοράς. Μια παρόμοια αύξηση παρατηρήθηκε και στους γιατρούς έκτακτης ανάγκης. Η αυτο-αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών και την ικανοποίηση από το ρόλο τους στην παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος βελτιώθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση. Ωστόσο, δεν υπήρξε καμία αλλαγή στάσης στα "υπέρ" και "κατά" απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος είτε στους νοσηλευτές είτε, στους γιατρούς.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί του τμήματος επειγόντων μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματικά συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε καπνιστές με ένα χρόνο-αποδοτικό τρόπο. Αυτή η έρευνα παρέχει επίσης εμπειρική υποστήριξη για τις συστάσεις των εμπειρογνομόνων που απαιτούν νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να διαδραματίσει μεγαλύτερο ρόλο στην επίτευξη των παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας στα επείγοντα περιστατικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σχεδόν οι μισοί από τους καπνιστές πεθαίνουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει αυτά τα προβλήματα. Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος περιλαμβάνουν διάφορες μεθόδους που βοηθούν τους καπνιστές σταματήσουν το κάπνισμα με επιτυχία.

Μελέτες δείχνουν ότι για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορες δομές υγείας η βοήθεια στη διακοπή του καπνίσματος είναι πρόκληση. Για να επέλθει μείωση των καρκίνων και των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα θα πρέπει να ενισχυθούν οι προσπάθειες ανάπτυξης ικανοτήτων που απαιτούνται για την ενίσχυση των δεξιοτήτων και την εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας ως προς τη διακοπή του καπνίσματος. Για την καλύτερη απόδοση των νοσηλευτών θα πρέπει να ενισχυθεί η εκπαίδευση των νοσηλευτών ως προς την παροχή βοήθειας στη διακοπή του καπνίσματος.

Από τις έρευνες που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία μας φάνηκε ότι, υπάρχει ανάγκη να αυξηθεί και να βελτιωθεί ο χρόνος και το περιεχόμενο που διατίθενται για τη διακοπή του καπνίσματος στα βασικά εκπαιδευτικά πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Είναι επίσης σημαντικό να δομηθούν βασικά μαθήματα κατάρτισης, ώστε να βελτιώσουν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες των μελλοντικών νοσηλευτών, προκειμένου να επηρεάσουν το ρόλο τους στη διακοπή του καπνίσματος στην μελλοντική τους επαγγελματική πρακτική.

Επίσης φάνηκε από τις έρευνες ότι οι φοιτητές που παρακολούθησαν ειδικά πρόγραμμα εκπαίδευσης ανέφεραν μια σημαντική αύξηση στην αντιληπτική ικανότητα, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που έλαβαν μόνο τυπική εκπαίδευση. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα προγράμματα αυτά βελτίωσαν την αντιληπτική ικανότητα των μαθητών, αλλά απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να καθοριστούν οι επιπτώσεις της στην παροχή κινήτρων και τη χρησιμότητά τους στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Εκτός, από την εκπαίδευση των νοσηλευτών ως προς τη διακοπή του καπνίσματος άλλα προβλήματα που προκύπτουν είναι η έλλειψη κινήτρων στους νοσηλευτές που θέλουν να ασχοληθούν με αυτό το κομμάτι.

Συμπερασματικά θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης και κινήτρων στους νοσηλευτές για τη διακοπή του καπνίσματος θα είναι μια σημαντικής

σημασίας κίνηση για τη δημόσια υγεία, μιας και οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη εργασιακή ομάδα στα νοσοκομεία και στην κοινότητα.

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abraham, M., Alramadhan, S., Iniguez, C., Duijts, L., Jaddoe, V., DenDekker, TH., et al. (2017). A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. *PLoS One*. 12(2):1-13

Ahmad, S., Franz, GA. (2008). Raising taxes to reduce smoking prevalence in the US: a simulation of the anticipated health and economic impacts. *Public Health*. 122(1):3-10

Al-Jaber, A., Al-Nasser, L., El-Metwally, A. (2016). Epidemiology of oral cancer in Arab countries. *Saudi Med J*. (3):249-55

Balbani, A., Montovani, J. (2005). Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 71(6):820-826

Bai, JW., Chen, XX., Liu, S., Yu, L., Xu, JF. Smoking cessation affects the natural history of COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 12:3323-3328

Bauld, L., Graham, H., Sinclair, L., Flemming, K., Naughton, F., Ford, A., et al. (2017). Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess* 21(36)

Bijelic, R., Milicevic, S., Balaban, J. (2017). Risk Factors for Osteoporosis in Postmenopausal Women. *Med Arch*. 71(1): 25–28

Bonnie, JR., Stratton, K., Kwan, YL. *Public Health Implications of Raising the Minimum Age for Purchasing Tobacco Products*. Washington (DC): National Academies Press (US)

Center for Disease Control and Prevention. (2016). *Health Effects of Cigarette Smoking*

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., et al., (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. Last updated: Jan 25, 2016. *BMJ*. 26;328(7455):1519

Flemming, K., McCaughan, D., Angus, K., Graham, H. (2015). Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *J Adv Nurs*. 71:1210–26

Hanafin, J., Clancy, L. (2015). History of tobacco production and use. *The Tobacco Epidemic*. 42: (1-18)

- Jethwa, RA., Khariwala, SS. (2016). Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev.* 36(3): 411–423
- Jethwa, RA., Khariwala, SS. (2017). Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev.* (3): 411–423
- Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., et al., (2013). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *NEngl J Med*, 368:341-50
- Jha, P., Peto P., Richard, A. (2014). Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *NEngl J Med.* 370 (1):60-8
- Katz, DA., VanderWeg, MW., Holman, J. (2012). The Emergency Department Action in Smoking Cessation (EDASC) trial: impact on delivery of smoking cessation counseling. *Acad Emerg Med.* 19(4):409-20
- Katz, DA., Holman, J., Johnson, S., et al. (2013). Implementing smoking cessation guidelines for hospitalized veterans: effects on nurse attitudes and performance. *J Gen Intern Med.* 28(11):1420-9
- Kazemzadeh, Z., Manzari, ZS., Pouresmail, Z. (2017). Nursing interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *International Nursing Review.* 64(2):263-275
- Lagou, P., Trihopoulos D. (2011). The Greek Tobacco Epidemic. *Harvard school of public health*
- Lepage M., Dumas L., Saint-Pierre C. (2014). Is smoking cessation part of the basic nursing education curriculum in Quebec? A survey of the program administrators. *Sante Publique.* 26(1):45-53
- Lin, H., Wang, H., Wu, W., Lang, L., Wang, Q., Tian, L. (2013). The effects of smoke-free legislation on acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 13:529
- Mackay, J., Mensah, G. (2004). The atlas of heart disease and stroke. Geneva, *World Health Organization*
- Mak, YW., Loke, AY., Wong, FKY. (2018). Nursing Intervention Practices for Smoking Cessation: A Large Survey in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health.* 15(5):2-14
- Malhotra, J., Malvezzi, M., Negri, E., Vecchia, LC., Boffetta, P. (2016). Risk factors for lung cancer worldwide. *European Respiratory Journal* 48: 889-902

- Malone, V., Ezard, N., Hodge, S., et al. (2016). Nurse provision of support to help inpatients quit smoking. *Health Promot J Austr.* 28(3) 251-254
- McIlfatrick, S., Keeney, S., McKenna, H., et al. (2014). Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: a mixed methods study. *Eur J Cancer Care (Engl)*.23(3):288-99
- Mishra, A., Chaturvedi, P., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P., Garg, A. (2015). Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products. Harmful effects of nicotine. *Indian J Med PaediatrOncol.* 36(1): 24–31
- Moxham, L., Dwyer T., Reid-Searl, K. (2013). Graduate nurses and nursing student's behaviour: knowledge and attitudes toward smoking cessation. *NurseEduc Today*.33(10):1143-7
- Murin, S., Inciardi, J. (2001). Cigarette Smoking and the Risk of Pulmonary Metastasis From Breast Cancer. *Chest.* 119(6):1635-40
- Nash, R., Featherstone, H. (2010). *Cough up. Balancing tobacco income and costs in society.* London: Policy Exchang
- O'Donovan, G. (2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *IntNurs Rev.* 56(2):230-6
- Office for National Statistics. (2013). *Opinions and lifestyles survey, smoking habits amongst adults, 2012.* London: Office for National Statistics
- Pbert, L., Druker, S., DiFranza, JR., et al. (2011). Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. *Pediatrics.* 128(5):926-36
- Prady, SL., Kiernan, K., Bloor, K., Pickett, KE. (2012). Do risk factors for post-partum smoking relapse vary according to marital status? *Matern Child Health J* 16:1364–73
- Prochaska, JJ., Benowitz, NL. (2015). Smoking cessation and the cardiovascular patient. *CurrOpinCardiol.* 30(5):506-11
- Proctor, RN. (2012). The history of the discovery of the cigarette-lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll. *Tob Control.* 21(2):87-91
- Raupach, T., Falk, J., Vangeli, E., et al. (2014). Structured smoking cessation training for health professionals on cardiology wards: a prospective study. *Eur J PrevCardiol.* 21(7):915-22
- Sarna L., Bialous SA., (2016). Implementation of Tobacco Dependence Treatment Programs in Oncology Settings. *SeminOncolNurs.*32(3):187-96

- Sarna, L., Bialous, SA. (2015). Tobacco Cessation Practices and Attitudes Among Nurses in the Czech Republic. *Cancer Nurs.* 38(6):E22-9
- Sarna, LP., Bialous, SA., Králíková, E., et al. (2014). Impact of a smoking cessation educational program on nurses' interventions. *J Nurs Scholarsh.* 46(5):314-21
- Schwindt, RG., McNelis, AM., Agle, J. (2016). Curricular Innovations in Tobacco Cessation Education for Prelicensure Baccalaureate Nursing Students. *J Nurs Educ.* 55(8):425-31
- Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., Bentham, JV., Wester, P. (2011). Hazardous Compounds in Tobacco Smoke. *Int J Environ Res Public Health* 8(2): 613–628
- World Health Organization (2011). World report on disability. World Health Organization/World Bank, 2011
- World Health Organization. (2015). WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva, *World Health Organization*
- Xue, F., Willet, WC., Rosner, BA., Hankinson, SE., Michels, KB. (2011). Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med.* 171(2):125-33

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γερούλανος, Σ. (2006). Κάπνισμα και υγεία - Από τα σαλόνια στα εργοστάσια, από τους χώρους εργασίας στους ειδικούς χώρους. *Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας*, 26 σελ 6-9
- Γερούλανος, Σ., (2008). Κάπνισμα και Υγεία. *HOSPITALCHRONICLES, SUPPLEMENT*: 124–127
- Ευσταθίου, Α., (2012). Κοινωνικοοικονομικές συνέπειες έναρξης και διακοπής του καπνίσματος. Διπλωματική εργασία, Πάτρα
- Λουκοπούλου, Α., Ευαγγελοπούλου, Β., Μπεχράκης, Π. (2010). Κάπνισμα και κύηση. *ΠΝΕΥΜΩΝ* 23(2): 153-159
- Μπελετσιώτη- Στίγκα, Π. (2006). Γυναίκα και κάπνισμα. *Νοσηλευτική.* 45(4):451-457
- Μπέτας, Α. (2015). “Καπνοβιομηχανία Ματσάγγος εν Βόλω, 1918-1972”. *Εργασία και επιβίωση στο Βόλο*. Διπλωματική εργασία, Βόλος
- Μπράτη, Ει., Σταυρουλάκη, Χ., Τοπάλη, Δ. (2010). *Η συνήθεια του καπνίσματος: Οι λόγοι που οδηγούν τις νέες γυναίκες να καπνίζουν*. Πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο

Νάνου, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. *Ελληνικό Περιοδικό της Παπαγεωργίου, Ε.* (2009). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος
Νοσηλευτικής Επιστήμης. 8(4):17-28

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Στιγμές της ιστορίας του τσιγάρου στην Ελλάδα <http://libertin.gr>. Ανακτήθηκε 16/9/2019
- Κάπνισμα: Ο δολοφόνος της σύγχρονης εποχής (2012). <http://socialpolicy.gr/2>. Ανακτήθηκε 10/08/2019
- A report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-yearsofprogress/full-report.pdf>. The health consequences of smoking – 50 years of progress. (2014). Ανακτήθηκε 16/09/2019
- ΝΟΜΟΣ 3730/2008 - ΦΕΚ 262/Α/23.12.2008. Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις. Διαθέσιμο στο <https://www.newsbreak.gr/wpcontent/uploads/2019/07/c085214db3f4cf0c6d8e8ec72a259edc.pdf>. Ανακτήθηκε 16/09/2019
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). Εθνικό Σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012. Διαθέσιμο στο <https://eody.gov.gr/> Ανακτήθηκε 12/08/2019