



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Το κάπνισμα και ο ρόλος του νοσηλευτή στη διακοπή του
καπνίσματος**



Φοιτήτρια: Μεσκέρ Αϊλήν (17288)

Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Ίρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2023

ΠΕΡΙΧΕΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
Στόχοι & Σκοποί της Εργασίας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	8
3.1 Ορισμός του Καπνίσματος.....	8
3.2 Είδη Καπνίσματος.....	8
3.3 Ιστορική Αναδρομή.....	10
3.4 Χημική Σύσταση του Καπνού	11
3.4.1 Νικοτίνη	12
3.4.2 Πίσσα	13
3.4.3 Μονοξείδιο του άνθρακα	133
3.5 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	14
3.6 Οι Επιπτώσεις του Καπνίσματος στην Υγεία	154
3.6.1 Κάπνισμα και Καρδιαγγειακές Παθήσεις.....	17
3.6.2 Κάπνισμα και Αναπνευστικές Παθήσεις.....	18
3.6.3 Κάπνισμα και Πεπτικές Παθήσεις.....	19
3.7 Οι Επιπτώσεις του Παθητικού Καπνίσματος.....	20
3.8 Οι Επιπτώσεις του Καπνίσματος στην Εγκυμοσύνη	21
3.9 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διακοπή του Καπνίσματος.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	30
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	30
4.1 Το είδος της έρευνας.	30
4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	30
4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	30
4.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	34
5.1.1 Η ανάλυση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο κάπνισμα	34
5.1.2 Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές με την παροχή υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες	34

5.1.3 Η εκπαιδευτική εμπειρία των νοσηλευτών για τη διακοπή του καπνίσματος.....	35
5.1.4 Η ανάλυση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών.....	35
5.1.5 Η επίδραση των 5As για την διακοπή του καπνίσματος	36
5.1.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διακοπή του καπνίσματος.....	36
5.1.7 Εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος	37
5.1.8 Υποστήριξη γονέων για τη δημιουργία ενός σπιτιού χωρίς καπνό με χρήση θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης.....	38
5.1.9 Απόψεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των ασθενών σχετικά με την εφαρμογή της διακοπής του καπνίσματος στη περίθαλψη της φυματίωσης.....	38
5.1.10 Μέτρηση της πιστότητας στην εφαρμογή μιας νέας παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος που ενσωματώνεται στη συνήθη φροντίδα για τη φυματίωση	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	41
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	42

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που προκαλεί σημαντικά προβλήματα υγείας όπως στο καρδιαγγειακό και στο αναπνευστικό σύστημα. Κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα έλαβε διαστάσεις πανδημίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθούν οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και να αναλυθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Επιλέχθηκαν άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Επίσης το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα επιστημονικά συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως τη σοβαρότερη αιτία ασθενειών, ανικανότητας και πρόωρων θανάτων. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρέχει πληροφορίες και συστάσεις που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε πηγές οι οποίες θα τους βοηθήσουν στη διακοπή αλλά και στην αποχή από το κάπνισμα. Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό, οι νοσηλευτές να γνωρίζουν τις φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες.

Συμπεράσματα: Το κάπνισμα είναι μια αυτοκαταστροφική συνήθεια και ένας «απολαυστικός» θάνατος. Αξίζει να τονιστεί ότι η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τις εκβάσεις της υγείας και μπορεί να αναστρέψει την εξέλιξη των διαφόρων παθήσεων που σχετίζονται με αυτό. Τέλος, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να επιτευχθεί μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, νοσηλευτής, ρόλος νοσηλευτή, νοσηλευτική διεργασία, καπνός

ABSTRACT

Introduction: Smoking, is a habit that causes major health problems such as cardiovascular and respiratory ones. During the 20th century it took on pandemic dimensions.

Purpose: The purpose of this thesis is to study the harmful effects of smoking and to analyze the role of the nurse in the cessation of smoking.

Material and Method: The method used was the research of international literature search in the online databases PubMed and Google Scholar. The articles included are published in English and Greek. Also, the material of the study is based on scientific books.

Results: Smoking is the most serious cause of disease, disability, and premature death worldwide. The nurse's role is to provide information and recommendations that will help patients access resources that will comfort them quit and stay away from smoking. It's also very important that nurses know the available pharmaceutical and non-pharmacological treatments.

Conclusions: Smoking is a self-destructive habit and a "pleasant" way to die. It is worth mentioning that smoking cessation improves health outcomes and can reverse the progression of smoke related diseases. Finally, by applying the appropriate nursing interventions reduction or even smoke cessation can be achieved in many people.

Key words: smoking, nurse, nursing procedures, nurse role, tobacco

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα εισαγωγικά στοιχεία και η δομή της εργασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Το τρίτο κεφάλαιο αποτελείται από υποκεφάλαια που αφορούν το κάπνισμα και τον ρόλο του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος. Στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας για την εύρεση των νεότερων δεδομένων σχετικά με το κάπνισμα και τον ρόλο του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος και τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και στο έβδομο κεφάλαιο παρατίθεται η βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στόχοι & Σκοποί της Εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιασθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος. Αρχικός στόχος της εργασίας είναι να μελετηθεί η ιστορία του καπνίσματος, η χημική σύσταση του καπνού, τα είδη καπνίσματος και τα επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια να ερευνηθούν και να αποτυπωθούν οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος (ενεργητικού και παθητικού) οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των καπνιστών (ασθενών) και αποτελούν την κύρια αίτια των πρόωρων θανάτων. Επιπλέον στόχο αποτελεί η ανάλυση του ρόλου του νοσηλευτή στην διακοπή του καπνίσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ορισμός του Καπνίσματος

Ενεργητικό κάπνισμα είναι η πρακτική της εισπνοής καπνού από καμένα αποξηραμένα ή ωριμασμένα φύλλα του φυτού του καπνού (Bataller et al., 2010).

Το παθητικό κάπνισμα είναι η εισπνοή τοξικών καπνών που έχουν παραμείνει στον αέρα ή στα γύρω αντικείμενα μετά το κάπνισμα (European Lung Foundation, 2021).

.

3.2 Είδη Καπνίσματος

Ο καπνός σκοτώνει περισσότερους από 8 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο. Περισσότεροι από 7 εκατομμύρια από αυτούς τους θανάτους είναι αποτέλεσμα της άμεσης χρήσης καπνού, ενώ περίπου 1,2 εκατομμύρια είναι το αποτέλεσμα της έκθεσης μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα (World Health Organization, 2022).

Το κάπνισμα οποιασδήποτε μορφής καπνικών προϊόντων είναι θανατηφόρο, είτε ο καπνιστής καπνίζει τσιγάρα (ελαφρά ή κανονικά) είτε ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρα, ναργιλές ή πίπα. Πολλοί καπνιστές επιλέγουν τα λεγόμενα «light» (ελαφρά), «mild» (ήπια) ή «lowtar» (χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα) τσιγάρα, επειδή πιστεύουν ότι αυτά τα τσιγάρα είναι λιγότερο επιβλαβή για την υγεία τους από τα κανονικά τσιγάρα. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, τα τσιγάρα αυτά δεν είναι ασφαλέστερα από τα κανονικά. Η έκθεση σε πίσσα και νικοτίνη από ένα ελαφρύ τσιγάρο μπορεί να είναι εξίσου υψηλή με εκείνη ενός κανονικού τσιγάρου, ανάλογα με τον τρόπο εισπνοής του καπνού από τον καπνιστή. Συνεπώς, τα προϊόντα καπνού αυτού του είδους αποτελούν εξίσου σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, όσο και τα κανονικά τσιγάρα (Εθνικός Οργανισμός Δημοσίας Υγείας, 2021). Όλες οι μορφές καπνού (τσιγάρο, ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρο) είναι επιβλαβείς και δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο έκθεσης στον καπνό. (World Health Organization, 2022). Πιο συγκεκριμένα:

Τσιγάρο:

Το κάπνισμα τσιγάρων είναι η πιο κοινή μορφή χρήσης καπνού παγκοσμίως (World Health Organization, 2022), Το τσιγάρο, παλιότερα σιγαρέτο, αποτελείται από μικρά

κομμάτια επεξεργασμένου καπνού που είναι τυλιγμένα σε χαρτί. Έχει κυλινδρικό σχήμα και μπορεί να έχει στο ένα του άκρο επιστόμιο με φίλτρο. Το μήκος του δεν υπερβαίνει τα 120 χιλιοστά και η διάμετρός του τα 10 χιλιοστά (Wikipedia, 2022).

Ηλεκτρονικό τσιγάρο:

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο (e-cigarettes) ανακαλύφθηκε στην Κίνα από έναν Κινέζο φαρμακοποιό, τον Hon Lik το 2003 (Odum et al., 2012). Είναι μία συσκευή χειρός που λειτουργεί με μπαταρία και προσομοιάζει με το κάπνισμα. Στην πραγματικότητα πρόκειται για άτμισμα διότι αντί καπνού εισπνέεται και εκπνέεται ατμός με τη μορφή αερολύματος (aerosol) και λειτουργεί χωρίς φυσική φλόγα, χρησιμοποιώντας μικροηλεκτρονική τεχνολογία. Για αυτόν τον λόγο οι χρήστες μερικές φορές αυτοαποκαλούνται ατμιστές αντί για καπνιστές. Συγκεκριμένα η δομή του ηλεκτρονικού τσιγάρου αποτελείται από ένα ή δυο καλώδια θέρμανσης που τροφοδοτούνται με μπαταρία και εξατμίζουν υγρό με γεύση, το οποίο μερικές φορές περιέχει νικοτίνη. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα με ή χωρίς νικοτίνη χρησιμοποιούνται από όλο και περισσότερους καταναλωτές την τελευταία δεκαετία. Οι μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι από την εισπνοή ατμών είναι άγνωστοι. Ο ατμός του ηλεκτρονικού τσιγάρου περιέχει, σε σύγκριση με τον καπνό του τσιγάρου, λιγότερες επιβλαβείς ουσίες, ποιοτικά και ποσοτικά. Τα πρώτα μοντέλα ήταν πολύ απλά και επειδή έμοιαζαν με το κανονικό τσιγάρο ονομαζόταν "cig-a-like" (Löher et al., 2019).

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία από την παρατεταμένη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι άγνωστες. Με τη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου οι καπνιστές απαλλάσσονται από τοξικές και καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται στο καπνό του τσιγάρου. Εάν όμως οι καπνιστές χρησιμοποιούν ταυτόχρονα και τα δυο είδη (διπλή χρήση) δεν θα υπάρξει μείωση σε τοξικές ουσίες (Voos et al., 2020). Παρόλο που τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν περιέχουν τις ίδιες τοξικές ουσίες με το κανονικό τσιγάρο, υπάρχουν πολλές αποδείξεις ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν είναι μια ακίνδυνη λύση (Münzel et al., 2020).

Πούρα:

Το πούρο αποτελείται από ρολό καπνού τυλιγμένο σε φύλλο καπνού ή σε κάθε άλλο υλικό που περιέχει καπνό. Υπάρχουν διάφορα είδη όπως τα λεπτά πουράκια, τα κανονικά πούρα και τα πούρα πολυτελείας. Ορισμένα λεπτά πουράκια διαθέτουν

φίλτρο και έχουν σχήμα τσιγάρου. Τα πούρα περιέχουν από 5 έως 17 γραμμάρια καπνού και μία ώρα καπνίσματός του ισοδυναμεί με το κάπνισμα ενός ολόκληρου πακέτου τσιγάρων. Στον καπνό των πούρων υπάρχουν υψηλότερες συγκεντρώσεις νιτρικού άλατος λόγω μεγάλης διάρκειας ξήρανσης και ζύμωσης των φύλλων καπνού. Ένα πουρό περιέχει περίπου 8g νικοτίνη, 1,7-5,2mg πίσσα και 90-120mg μονοξείδιο του άνθρακα. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ η κατανάλωση τσιγάρων έχει μειωθεί κατά 39% από το 2000 έως το 2015, η κατανάλωση πούρων αυξήθηκε κατά 85% (Wang et al., 2016).

3.3 Ιστορική Αναδρομή

Ο καπνός, στην Ευρώπη πρωτοεμφανίστηκε τον 15^ο αιώνα. Το 1492, ο Χριστόφορος Κολόμβος ανακάλυψε το φυτό του καπνού. Το βοτανικό του όνομα (*Nicotiana tabacum*) προήλθε από το επώνυμο του Γάλλου Πρέσβη στην Πορτογαλία, Jean Nicot de Villemain (1530-1604). Ο οποίος συνέστησε το φυτό του καπνού ως ένα θαυματουργό βότανο για τη θεραπεία όλων των πιθανών ασθενειών. Ως αποτέλεσμα αυτού, το φυτό και η καλλιέργειά του εξαπλώθηκαν αρχικά στη Γαλλία και στη συνέχεια στην Κεντρική Ευρώπη. Η χρήση του καπνού εξαπλώθηκε γρήγορα σε όλη την Ευρώπη, όταν έγινε κοινή τον 17^ο αιώνα (Micheli, 2014).

Τα πρώτα 250 χρόνια στην Ευρώπη ο καπνός καπνιζόταν σε πούρα, μυριζόταν και μασιόταν. Το τσιγάρο που είναι η πιο βλαβερή μορφή της χρήσης του καπνού, εμφανίστηκε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Η εφεύρεση μιας μηχανής που κατασκεύαζε τσιγάρα στα 1880 έδωσε τη δυνατότητα αύξησης της παραγωγής. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η κατανάλωση του καπνού αυξήθηκε και έγινε διαδεδομένη μεταξύ των ανθρώπων. Το πρώτο μισό του 20ου αιώνα η πώληση των προϊόντων καπνού αυξήθηκε κατά 61% και τα τσιγάρα κυριάρχησαν στην αγορά των προϊόντων καπνού. Στις αρχές του 20ού αιώνα τα τσιγάρα αποτελούσαν μόνο το 2% της συνολικής πώλησης των προϊόντων καπνού, ενώ στα μέσα του 20ού αιώνα πάνω από το 80% (Grzybowski, 2006).

Τα πρώτα στοιχεία για την εισαγωγή του καπνού στην Ελλάδα αντλούνται από το ταξιδιωτικό σύγγραμμα του Pouqueville «Περιηγήσεις στην Ελλάδα» που εκδόθηκε το 1820. Σύμφωνα με την αφήγηση του περιηγητού, ως εισαγωγείς έρχονται δύο Γάλλοι

που μεταξύ του 1573 και 1589 καλλιεργούσαν καπνό στα περίχωρα της Θεσσαλονίκης. Αργότερα κατά τον 17ο αιώνα, οι αναφορές για καπνοκαλλιέργειες πληθαίνουν (Μανιατόπουλος, 2022).

Στην Ελληνική Εμπορική Εγκυκλοπαίδεια που εκδόθηκε το 1815 στη Βενετία, αναφέρεται ότι στη Μακεδονία, επαρχία τότε της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, οι καπνοκαλλιέργειες τον 17ο αιώνα καταλάμβαναν μεγάλες εκτάσεις. Κατά τη σύσταση του Ελληνικού Βασιλείου, σύμφωνα με το σύγγραμμα του Βαυαρού προξένου Strong που εκδόθηκε το 1842, η καλλιέργεια του καπνού στην Παλαιά Ελλάδα περιοριζόταν στις περιφέρειες Λιβαδειάς, Αργους, Καλαμών, και έφθανε τις 450.000 οκάδες. Με τις διαδοχικές προσκτήσεις νέων ελληνικών εδαφών και ιδιαίτερα μετά τους Βαλκανικούς πολέμους, όταν προσαρτώνται οι εκτενείς καπνοπαραγωγικές μακεδονικές εκτάσεις, η εμπορία του καπνού γίνεται σπουδαίος ρυθμιστικός παράγων της οικονομίας της χώρας. Ο καπνός αποτέλεσε και αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες καλλιέργειες της ελληνικής υπαίθρου. Για τη μεταποίηση των φύλλων του δημιουργήθηκε μια εύρωστη βιομηχανία και από την εποχή που φορολογήθηκε, το 1883, υπήρξε πολύτιμη πηγή εσόδων για το ελληνικό κράτος (Μανιατόπουλος, 2022).

3.4 Χημική Σύσταση του Καπνού

Το φυτό του καπνού το *Nicotiana tabacum*, πιθανότατα ευθύνεται για περισσότερους θανάτους από οποιοδήποτε άλλο βότανο. Οκτώ εκατομμύρια θάνατοι ετησίως οφείλονται στο κάπνισμα παγκοσμίως (Rajesh et al., 2022). Το τσιγάρο, όταν καίγεται ελευθερώνει ένα επικίνδυνο μείγμα από περισσότερες από 7000 χημικές ουσίες από τις οποίες 70 είναι καρκινογόνες ουσίες. Κάποιες από αυτές υπάρχουν φυσιολογικά στα φύλλα του καπνού όπως η νικοτίνη ή απορροφώνται από το έδαφος όπως τα μέταλλα, το πολώνιο 210 και τα φυτοφάρμακα. Κάποιες άλλες ουσίες όμως, όπως οι νιτροζαμίνες και οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, σχηματίζονται κατά την επεξεργασία και την καύση του καπνού (Μπεχράκης και συν., 2018). Οι τρεις βασικές ουσίες που προκαλούν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα (Voos et al., 2020).

3.4.1 Νικοτίνη

Η νικοτίνη, ένα αλκαλοειδές της ομάδας των πυριδινών που συναντάται κυρίως στα φύλλα του καπνού και δρα ως προστατευτική ουσία του φυτού έναντι των εντόμων. Είναι το κύριο εθιστικό συστατικό στα προϊόντα καπνού. Η περιεκτικότητά της ποικίλλει, ανάλογα με το είδος του καπνού και τις συνθήκες καλλιέργειας. Διαθέτει ψυχοτρόπες και εξαρτησιογόνες ιδιότητες. Είναι άχρωμο έως ελαφρά κίτρινο ελαιώδες υγρό. Αποκτά σταδιακά καστανό χρώμα κατά την έκθεση στον αέρα ή στο φως. Έχει έντονα καυστική και πικρή γεύση. Η νικοτίνη απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1828 από τους Posselt και Reimann. Μέσω της εισπνοής της νικοτίνης με τη μορφή του καπνού, η νικοτίνη επιδρά ταχύτατα, σε 5-10 δευτερόλεπτα, στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Η ενεργοποίηση των υποδοχέων ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο από τη νικοτίνη διευκολύνει την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, ανάμεσα τους η ντοπαμίνη είναι ιδιαίτερα κρίσιμης σημασίας στην ανάπτυξη εξάρτησης. Πιο αναλυτικά η νικοτίνη ενεργοποιεί την έκλυση ντοπαμίνης από τους νευρώνες του μεσομεταιχμιακού συστήματος, ξεκινώντας από την κοιλιακή καλυπτρική περιοχή και καταλήγοντας στον επικλινή πυρήνα. Η έκλυση ντοπαμίνης είναι ο ισχυρότερος νευροδιαβιβαστικός μηχανισμός εξάρτησης από τη νικοτίνη (Μπεχράκης και συν., 2018). Η ντοπαμίνη είναι ο κύριος νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται με την ευχαρίστηση και την μείωση της όρεξης (Voos et al., 2020).

Το νευρικό σύστημα διεγείρεται από μικρές δόσεις νικοτίνης και καταστέλλεται από μεγαλύτερες. Επιπλέον η νικοτίνη αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση (Charlton, 2004). Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα τσιγάρο περιέχει συνήθως κατά προσέγγιση 0,5 με 1 g καπνού και 10 mg νικοτίνης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η νικοτίνη είναι μια από τις πιο ισχυρές εξαρτησιογόνες ουσίες όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη (Μπεχράκης και συν., 2019).

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η νικοτίνη δεν βλάπτει μόνο την υγεία των καπνιστών αλλά και των καπνοπαραγωγών. Η ασθένεια του πράσινου καπνού (Green Tobacco Sickness) είναι μια οξεία δηλητηρίαση που προκαλείται από διαδερμική απορρόφηση της νικοτίνης. Επηρεάζει χιλιάδες καπνοκαλλιεργητές σε όλο τον κόσμο καθώς έρχονται σε επαφή με τα πράσινα φύλλα καπνού. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι ζάλη, πονοκέφαλος, μυϊκή αδυναμία, ναυτία και έμετος. Γενικά, δεν χορηγείται ειδική φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα υποχωρούν συνήθως από μόνα τους. Αλλά οι σοβαρές περιπτώσεις απαιτούν νοσηλεία. Εν τέλει η ασθένεια πράσινου καπνού

είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας στις καπνοπαραγωγικές χώρες (Silva et al., 2018).

3.4.2 Πίσσα

Η πίσσα είναι το υπόλειμμα των στερεών σωματιδίων από τον καπνό του τσιγάρου αφού αφαιρεθούν η νικοτίνη και η υγρασία. Έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Περιέχει βενζοπυρένια, ραδιενεργά ισότοπα, πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες και νιτροζαμίνες (Zhao et al., 2020).

Η πίσσα με τους υδρογονάνθρακες που περιέχει, θεωρείται υπεύθυνη για την καρκινογόνο ιδιότητα του καπνού. Επίσης αφήνει ένα καφεοειδές υπόλειμμα που χρωματίζει τα δόντια, τα δάχτυλα και τον πνεύμονα του καπνιστή (Μπεχράκης και συν., 2018). Το 1950 αναπτύχθηκε η ιδέα ότι τα χαμηλότερα επίπεδα πίσσας ελαττώνουν τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα. Έτσι οι καπνοβιομηχανίες άρχισαν να μειώνουν σταδιακά την πίσσα με διαφορετικούς τρόπους όπως η τοποθέτηση των φίλτρων στα τσιγάρα και η χρήση λιγότερου καπνού σε τσιγάρα του ίδιου μήκους. Τα τσιγάρα με χαμηλότερη περιεκτικότητα σε πίσσα έγιναν η προτιμώμενη επιλογή πολλών καπνιστών καθώς τα θεωρούσαν ακίνδυνα. Αυτή η αντίληψη ενισχύθηκε από την αίσθηση μειωμένης σκληρότητας και αντίστασης κατά το κάπνισμα. Στις μέρες μας, η χρήση των περιγραφών όπως «light» και «ultralight» έχουν απαγορευθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες, στον Καναδά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση λόγω των αποδείξεων ότι αυτά τα τσιγάρα δεν είναι ασφαλέστερα από τα κανονικά. Ωστόσο η χρήση φίλτρων χρησιμοποιείται σχεδόν σε όλα τα εμπορικά τσιγάρα. (Song et al., 2017). Συμπερασματικά η αύξηση του κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα είναι παρόμοια σε άτομα που καπνίζουν τσιγάρα με μέτρια πίσσα (15-21 mg), τσιγάρα χαμηλής πίσσας (8-14 mg) ή τσιγάρα με πολύ χαμηλή πίσσα (≤ 7 mg). Γυναίκες και άνδρες που καπνίζουν μη φιλτραρισμένα τσιγάρα με πίσσα ≥ 22 mg έχουν ακόμα υψηλότερο κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα (Harris et al., 2004).

3.4.3 Μονοξείδιο του άνθρακα

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) είναι ένα άχρωμο και άοσμο αέριο που μπορεί να είναι δηλητηριώδες για τον άνθρωπο δημιουργείται κατά την ατελή καύση ανθρακούχων καύσιμων υλών. Επειδή το CO είναι μη ερεθιστικό και ανεπαίσθητο στον αέρα που αναπνέουμε, η έκθεση συχνά δεν αναγνωρίζεται και η οξεία τοξικότητα του CO συνήθως υποτιμάται όμως συνεχίζει να είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας που

σχετίζεται με δηλητήρια στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο καπνός από ναργιλέ περιέχει 30 φορές περισσότερη ποσότητα CO από ένα τσιγάρο. (Levy., 2015)

Συγκεκριμένα ο εισπνεόμενος καπνός μιας συνεδρίας 60 λεπτών ναργιλέ περιέχει τουλάχιστον 145 mg μονοξειδίου του άνθρακα και μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης και πίσσας. Το CO συνδέεται γρήγορα με την αιμοσφαιρίνη σχηματίζοντας καρβοξυαιμοσφαιρίνη (COHb) στο αίμα, η οποία χρησιμοποιείται ως εργαλείο για την ανίχνευση της συγκέντρωσής του και της έκτασης της τοξικότητας (Maalem et al., 2019).

Οι καρδιαγγειακές εκδηλώσεις οξείας τοξικότητας CO περιλαμβάνουν υπόταση, αρρυθμία, ισχαιμία, έμφραγμα και καρδιακή ανακοπή ενώ η νευρολογική εμπλοκή μπορεί να εκδηλωθεί ως πονοκέφαλος, ζάλη, διαταραχή πανικού, αλλοιωμένη ψυχική κατάσταση, σύγχυση, συγκοπή, επιληπτικές κρίσεις, εγκεφαλικό επεισόδιο και κώμα. Οι ασθενείς με δηλητηρίαση του CO αρχικά παρουσιάζουν ναυτία, έμετο και λήθαργο (Levy., 2015). Τέλος, το CO διαμεσολαβεί αρκετές φυσιολογικές αποκρίσεις των φυτών, όπως η βλάστηση των σπόρων, η ανάπτυξη ριζών, η αυξημένη ανοχή στο αλάτι και στα βαρέα μέταλλα καθώς και η άμυνα των φυτών (Cheng et al., 2018).

3.5 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως την κύρια αποτρέψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Περίπου 7000 συστατικά, στερεά και αέρια, έχουν απομονωθεί στον καπνό του τσιγάρου μεταξύ των οποίων τοξικές ουσίες, καρκινογόνα (όπως N-νιτροζαμίνες, αρωματικοί υδρογονάνθρακες κ.ά.) αμμωνία, οξείδιο του αζώτου, κυανίδιο του υδρογόνου, μονοξείδιο του άνθρακα και νικοτίνη. Τουλάχιστον το 30% των θανάτων ανθρώπων ηλικίας 35-69 ετών στις αναπτυγμένες χώρες προκαλείται από το κάπνισμα. Το οικονομικό κόστος στα εθνικά συστήματα υγείας, λόγω του καπνίσματος, είναι πολύ σημαντικό. Το προσδόκιμο επιβίωσης ενός καπνιστή είναι κατά 10 χρόνια μικρότερο από έναν μη καπνιστή και το 50% των καπνιστών χάνουν 20 χρόνια υγιούς επιβίωσης, προτού χάσουν τη ζωή τους από μια νόσο σχετιζόμενη με το κάπνισμα (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών κρατών (37%) με τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατά άτομο. Υπάρχουν ενδείξεις μιας τάσης μείωσης αυτού του ποσοστού

(27%-28%) σε πρόσφατες μελέτες. Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Υπολογίζεται ότι το κάπνισμα ευθύνεται για το 82% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, το 83% όλων των θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, και 30% των θανάτων από καρκίνο συνολικά (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Στις αναπτυγμένες χώρες πάνω από 80% των ατόμων με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια έχουν καπνίσει στο παρελθόν ή είναι καπνιστές. Οι περισσότεροι καπνιστές με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ξεκινούν το κάπνισμα στην εφηβεία. Τα παιδιά από νοικοκυριά στα οποία υπάρχουν καπνιστές έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα (Currie, 2017).

Όσον αφορά στις γυναίκες, εκείνες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν, παρουσιάζουν 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου ή καρδιαγγειακής νόσου. Ο κίνδυνος από το κάπνισμα εξαρτάται από την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, από τη συνολική διάρκεια καπνίσματος και τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Σύμφωνα με την έρευνα «Η Επιδημία του Καπνίσματος στην Ευρώπη τον 21ο αιώνα» που πραγματοποιήθηκε το 2020 στην Ολλανδία στο πανεπιστήμιο του Groningen, το ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται στο κάπνισμα προβλέπεται να μειωθεί κατά μέσο όρο 11%-15% στους άνδρες και αντιθέτως να αυξηθεί κατά μέσο όρο 16% στις γυναίκες. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, οι προβλεπόμενες υψηλές τιμές θνησιμότητας που αποδίδονται στο κάπνισμα για τις γυναίκες και η διαπίστωση ότι οι τιμές αυτές είναι υψηλότερες από ό,τι για τους άντρες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από τους ειδικούς. Η αναμενομένη αύξηση του ποσοστού που σχετίζεται με το κάπνισμα έως το 2100 είναι ανησυχητική για την ανθρώπινη υγεία (Janssen et al., 2020).

3.6 Οι Επιπτώσεις του Καπνίσματος στην Υγεία

Το κάπνισμα αποτελεί μείζον αίτιο θανάτου παγκοσμίως. Οι τέσσερις κύριες αιτίες θανάτου στο Δυτικό Κόσμο -στεφανιαία νόσος, καρκίνος (ειδικότερα του πνεύμονα) αγγειακή εγκεφαλική νόσος και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια- συνδέονται ισχυρά με το κάπνισμα. Το κάπνισμα αυξάνει, επίσης, τον κίνδυνο περιφερικής αρτηριοπάθειας και καρκίνου του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του

οισοφάγου, του παγκρέατος και της ουροδόχου κύστης. Στις εγκύους έχει συσχετιστεί με πρόωρο τοκετό, γέννηση λιποβαρών νεογνών και αύξηση του κινδύνου αποβολής. Θεωρείται επίσης σημαντική αίτια αιφνιδίου θανάτου των νεογνών (Τρυποσκιάδης, 2016).

Το κάπνισμα ευθύνεται σημαντικά για την πρόωρη γήρανση, ανικανότητα, διαταραχές στυτικής λειτουργίας, υπογονιμότητα, ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα. Στις γυναίκες σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα διαταραχών εμμήνου ρύσεως και πρώιμης εμμηνόπαυσης. Γυναίκες καπνίστριες εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα γονιμότητας. Επίσης κατά την εγκυμοσύνη αυξάνεται ο κίνδυνος αποβολής, αιμορραγίας, πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους του βρέφους και σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου του νεογνού (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ταξινομεί το κάπνισμα στις «ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές» με κωδικό F17. Η εξάρτηση από το κάπνισμα είναι μια σύνθετη συμπεριφορά που ενέχει τόσο περιβαλλοντικές, όσο και γενετικές επιρροές και μπορεί να ορισθεί ως ένα σύνολο συμπεριφορικών, γνωσιακών και φυσιολογικών φαινομένων που αναπτύσσονται μετά από επαναλαμβανόμενη χρήση και συνήθως περιλαμβάνουν μια ισχυρή επιθυμία για κάπνισμα, δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης, επιμονή στη χρήση παρά τις επιβλαβείς επιπτώσεις, αυξημένη ανοχή στην νικοτίνη και σε έλλειψη καπνού, συμπτώματα (σωματικής) στέρησης (Κοντακιώτης et al., 2020).

Όταν ένας άνθρωπος εισπνέει τον καπνό του τσιγάρου, οι τοξικές ουσίες φτάνουν στους πνεύμονες και περνούν στην κυκλοφορία του αίματος. Μέσω της κυκλοφορίας εξαπλώνονται σε όλο τον οργανισμό σε ελάχιστο χρόνο. Το κάπνισμα ευθύνεται για περισσότερους από 19.000 θανάτους ετησίως στη χώρα μας (από ένα σύνολο 150.000 θανάτων περίπου), Δηλαδή, το 18% των θανάτων στη χώρα μας σχετίζεται με το κάπνισμα (Μπεχράκης και συν., 2018).

Στα προηγούμενα πρέπει να προσθέσουμε και τα φύλλα του καπνού που θέτουν επίσης σε κίνδυνο την υγεία. Συνήθως ονομάζεται «καπνός που τον φτύνεις» και είναι σημαντική απειλή και δεν είναι ασφαλές υποκατάστατο. Τα φύλλα καπνού είναι γνωστή αιτία καρκίνου και προβλημάτων στοματικής υγείας και αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Τα φύλλα καπνού προκαλούν εθισμό στη νικοτίνη και εξάρτηση (Nies et al., 2011).

3.6.1 Κάπνισμα και Καρδιαγγειακές Παθήσεις

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιο Οργανισμού Υγείας από το 2002 εκτιμάται ότι το 20% των καρδιαγγειακών παθήσεων οφείλεται στο κάπνισμα ενώ περίπου το 35-40% των σχετιζόμενων με το κάπνισμα θανάτων οφείλεται σε καρδιαγγειακές νόσους. Μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 25, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 28% των πρώιμων θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις στους άνδρες και το 13% στις γυναίκες, για την ηλικία 35-69 ετών (Μπεχράκης και συν., 2018).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και κινδύνου στεφανιαίας νόσου ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά το 1940 σε μία μελέτη από τη Mayo Clinic και στη συνέχεια επιβεβαιώθηκε σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες. Γενικά ο σχετικός κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο στους καπνιστές είναι 2-4 φορές μεγαλύτερος από ό,τι στους μη καπνιστές. Η επίδραση του καπνίσματος στην επίπτωση της στεφανιαίας νόσου είναι δόσοεξαρτώμενη. Έτσι στη μελέτη Framingham, η καρδιαγγειακή θνητότητα αυξάνονται κατά 18% στους άνδρες και κατά 31% στις γυναίκες για κάθε 10 τσιγάρα που κάπνιζαν την ημέρα. Στις γυναίκες, οι οποίες συχνά αρχίζουν το κάπνισμα στη δεύτερη δεκαετία της ζωής, η βλαπτική αυτή συνήθεια σχετίζεται με πρόιμη εμμηνόπαυση (εμφάνιση κατά 1,5-2,0 χρόνια νωρίτερα) και μεγάλη αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι γυναίκες που καπνίζουν ακόμη και <5 τσιγάρα την ημέρα διατρέχουν περισσότερο από διπλάσιο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο από τις μη καπνίστριες, ανεξάρτητα της περιεκτικότητας των τσιγάρων σε νικοτίνη ή πίσσα. Στους πιθανούς μηχανισμούς που ενοχοποιούνται για την αύξηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου στους καπνιστές περιλαμβάνονται η αύξηση της καρδιακής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης, των επιπέδων της καρβοξυαιμοσφαιρίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα και η αύξηση του λόγου της ολικής χοληστερόλης προς την HDL χοληστερόλη, καθώς επίσης η μείωση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης. Το κάπνισμα επίσης αυξάνει τις τιμές του ολικού ινωδογόνου, του PAI-1 και τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων και προκαλεί ενδοθηλιακή βλάβη (Τρυποσκιάδης, 2016).

Σε μια μετανάλυση, ο σχετικός κίνδυνος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους καπνιστές βρέθηκε 1,5 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,4 έως 1,6). Ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος στους καπνιστές ηλικίας κάτω των 55 ετών και μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας. Η ίδια μελέτη έδειξε μια δόσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της ημερήσιας

κατανάλωσης τσιγάρων και του κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, καθώς και μείωση του κινδύνου με τη διακοπή του καπνίσματος. Ισχυρές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν, επίσης, μεταξύ καπνίσματος και θρομβωτικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, εμβολικού εγκεφαλικού επεισοδίου και υπαραχνοειδούς αιμορραγίας (Τρυποσκιάδης, 2016).

3.6.2 Κάπνισμα και Αναπνευστικές Παθήσεις

Το κάπνισμα καταστέλλει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας του αναπνευστικού συστήματος. Ο καπνός ενός και μόνο τσιγάρου μπορεί να παραλύσει τους κροσσούς για πολλές ώρες ενώ η επαναλαμβανόμενη έκθεση στον καπνό οδηγεί τελικά σε καταστροφή των κροσσών. Η αδυναμία των κροσσών να εξωθήσουν την πλούσια σε σωματίδια βλέννη επιτρέπει στα εισπνεόμενα καρκινογόνα να παραμένουν σε επαφή με την αναπνευστική οδό για πολύ χρόνο. Επιπλέον, ο καπνός του τσιγάρου καταστρέφει τα κυψελιδικά μακροφάγα. Έκτος αυτού, βλαβεροί παράγοντες καπνού ερεθίζουν τους βλεννογόνους της αναπνευστικής οδού, οδηγώντας σε υπερπαραγωγή βλέννης, η οποία μπορεί να αποφράξει τους αεραγωγούς. Ο «τσιγαρόβηχας» είναι μια προσπάθεια να απομακρυνθεί αυτή η περίσσεια ακινητοποιημένης βλέννης. Σε αυτές και σε και σε άλλες άμεσες τοξικές επιδράσεις του καπνού στον πνευμονικό ιστό οφείλεται η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στους καπνιστές καρκίνου του πνεύμονα και χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων (Sherwood et al., 2013).

Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κίνδυνου για τον καρκίνο του πνεύμονα. Μολονότι, το 85% με 90% όλων των ασθενών έχουν ιστορικό άμεσης έκθεσης στον καπνό, είναι πιθανό η αιτία του καρκίνου του πνεύμονα να είναι πολυπαραγοντική. Μια δόσοεξαρτώμενη σχέση υπάρχει μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων και του κινδύνου καρκίνου του πνεύμονα. Περισσότερο από το ήμισυ όλων των καρκίνων του πνεύμονα διαγιγνώσκεται σε ασθενείς που έχουν πρόσφατα κόψει το κάπνισμα (Marschall et al., 2009). Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στους βαρείς καπνιστές είναι τόσο μεγάλες, ώστε πρέπει να παρέλθει περίπου μια 5ετία μετά την διακοπή του καπνίσματος για να ελαττωθεί η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου (Γιωτάκη, 2014). Επιπλέον μελέτες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα είναι διαφορετικός στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και ότι φαίνεται ότι είναι μια νόσος με διαφορετική βιολογική βάση στις γυναίκες. Οι γυναίκες καπνίστριες είναι περισσότερο πιθανό σε σχέση με τους άνδρες να

παρουσιάζουν αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα και οι γυναίκες που δεν έχουν καπνίσει ποτέ έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν καρκίνο του πνεύμονα παρά οι άνδρες οι οποίοι επίσης δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Αυτές οι διαφορές οφείλονται σε ορμονικούς, γενετικούς και μεταβολικούς παράγοντες οι οποίοι μεταβάλλονται μεταξύ των φύλων (Nies et al., 2011).

Στις ανεπτυγμένες χώρες πάνω από το 80% των ατόμων με χρόνια αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) έχουν καπνίσει στο παρελθόν ή είναι καπνιστές. Το κάπνισμα είναι η κυριότερη αίτια ΧΑΠ. Οι επιδράσεις του καπνίσματος είναι σύνθετες, ωστόσο είναι γνωστό ότι ο καπνός του τσιγάρου επάγει την ανάπτυξη φλεγμονής στους βρόγχους και προκαλεί καταστροφή των κυψελιδικών τοιχωμάτων. Επίσης ασκεί βλαπτική επίδραση στα πολυμορφοπύρηνα και στα μακροφάγα, τα οποία ενεργοποιούνται και απελευθερώνουν λυτικά ένζυμα και δραστικές ρίζες οξυγόνου. Οι καταστροφικές επιδράσεις των φλεγμονωδών κυττάρων, υπό φυσιολογικές συνθήκες εξουδετερώνονται μερικώς από τη δράση της α-αντιθρυψίνης. Στην κληρονομική έλλειψη α-αντιθρυψίνης, οι συγκεκριμένοι αντιροπυστικοί μηχανισμοί δε λειτουργούν, με αποτέλεσμα τα ουδετερόφιλα και τα μακροφάγα να καταστρέφουν τους ιστούς, προκαλώντας εμφύσημα (Damjanov, 2009).

3.6.3 Κάπνισμα και Πεπτικές Παθήσεις

Κίνδυνος περίπου πέντε φορές μεγαλύτερος μεταξύ των καπνιστών, σε σχέση με τους μη καπνιστές υπάρχει για την εμφάνιση καρκίνου του οισοφάγου. Το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου, από 40% αύξηση κινδύνου για ήπιους καπνιστές μέχρι 82% αύξηση για χρόνιους καπνιστές (Μπεχράκης και συν., 2018). Σε ορισμένες μελέτες, έχει αναφερθεί ότι ο κίνδυνος γαστρικού καρκίνου αυξάνεται καθώς αυξάνεται η δόση και η διάρκεια του καπνίσματος και μειώνεται με τα χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος (Praud et al., 2018).

Ο καρκίνος του παγκρέατος σήμερα θεωρείται ο πλέον ανερχόμενος καρκίνος στις ανεπτυγμένες χώρες, προσβάλλοντας κυρίως νέα άτομα χωρίς διάκριση ανάμεσα στα δύο φύλα, ενώ αποτελεί την 4η αίτια θανάτου από καρκίνο, παγκοσμίως μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του μαστού στις γυναίκες (Γιωτάκη, 2014). Η χρήση καπνού είναι ο πιο καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για τον παγκρεατικό καρκίνο, αντιπροσωπεύοντας περίπου 25% των περιπτώσεων (Marschall et al., 2009). Έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης νόσου είναι τρεις έως έξι φορές

αυξημένος στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων, εξισώνεται δε με αυτόν του γενικού πληθυσμού 10 με 15 έτη μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Ο μηχανισμός με τον οποίο το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα καρκίνου του παγκρέατος πιθανώς σχετίζεται με την επίδραση των νιτροζαμινών του καπνού στο επιθήλιο των πόρων (Αλεξάνδρου και συν., 2014).

Ο καρκίνος του στόματος είναι η 18^η συχνότερη κακοήθης νεοπλασία στον παγκόσμιο πληθυσμό ενώ στην Ελλάδα βρίσκεται στην 22^η θέση. Ο κύριος παράγοντας είναι το κάπνισμα καθώς στοιχεία της καύσης του καπνού, όπως νιτροζαμίνες, βενζοπυρένια και αρωματικές αμίνες, προάγουν την καρκινογένεση δρώντας άμεσα σε κρίσιμα μοριακά μονοπάτια. Η χρονική διάρκεια του καπνίσματος και η δόση επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (Μπασδέκη και συν., 2020).

3.7 Οι Επιπτώσεις του Παθητικού Καπνίσματος

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα» ή δευτερογενές κάπνισμα και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί γνωστό καρκινογόνο για τον άνθρωπο από τον Οργανισμό Προστασίας Περιβάλλοντος των ΗΠΑ και το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του ΠΟΥ. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχουν αποδεκτά επιτρεπτά όρια. Οι κύριοι χώροι έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα είναι το σπίτι και οι χώροι εργασίας, όπου οι συγκεντρώσεις είναι ιδιαίτερα αυξημένες (30mg/m³). Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα στον χώρο εργασίας ευθύνεται για 7000 θανάτους ετησίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ η έκθεση στο σπίτι 72.000 θανάτους. Η προστασία των πολιτών από την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα είναι επιβεβλημένη. Οι υψηλότερες συγκεντρώσεις μετρήθηκαν σε μπαρ και ντισκοτέκ, όπου η τετράωρη έκθεση ισοδυναμεί με συμβίωση με καπνιστή για 1 μήνα. Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με επιδείνωση αναπνευστικών παθήσεων, αύξηση κινδύνου κατά 20-30% καρκίνου του πνεύμονα και κινδύνου στεφανιαίας νόσου 25-30%. Το παθητικό κάπνισμα έχει επιβλαβή επίδραση στη λειτουργική κατάσταση των αγγείων, η οποία διαρκεί για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά μια πεντάλεπτη έκθεση στον καπνό του τσιγάρου. Κύρια θύματα είναι τα παιδιά (700.000.000 ετησίως), εφόσον το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, πνευμονίες, παθήσεις

μέσου ωτός, πρόωρα και χαμηλού σωματικού βάρους νεογνά (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Στο πλαίσιο ανάπτυξης αλλεργικών ασθενειών, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα παίζει κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος και την ευαισθησία του οργανισμού στο άσθμα και στις αλλεργίες. Από τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε 43 χώρες, βρέθηκε ότι τα ποσοστά έκθεσης των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα ήταν 48,9% από τους χώρους της κατοικίας και 60,9% από χώρους δημόσιων εκδηλώσεων. Στην ίδια μελέτη συμμετείχε και η Ελλάδα και από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το 89,8% των παιδιών στην χώρα μας εκτίθεντο στο παθητικό κάπνισμα στην κατοικία και το 94,4% σε δημόσιους χώρους. Τα παιδιά, εκτός του ότι εκτίθενται περισσότερο χρόνο στον καπνό, είναι περισσότερο ευαίσθητα και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι της έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα μπορούν να εκτιμηθούν διαχρονικά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τους. Κάθε πέντε τσιγάρα που καπνίζει ο γονιός αυξάνουν τη συχνότητα των λοιμώξεων του αναπνευστικού στο παιδί κατά 2,5%-3,5%. Υπολογίζεται ότι το παθητικό κάπνισμα, για τα παιδιά είναι ισοδύναμο με το κάπνισμα 100 τσιγάρων ανά έτος. Οι γονείς που καπνίζουν, όχι μόνο παρέχουν εύκολη πρόσβαση σε τσιγάρα στα παιδιά τους, αλλά δρουν και σαν πρότυπο συμπεριφοράς (Μπεχράκης και συν., 2018).

3.8 Οι Επιπτώσεις του Καπνίσματος στην Εγκυμοσύνη

Παρά τις προειδοποιήσεις των ειδικών σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εδώ και δεκαετίες, το 10%-15% των εγκύων συνεχίζουν να καπνίζουν (Suter et al., 2020). Το κάπνισμα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη είναι μια αρκετά συνηθισμένη συμπεριφορά. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στην Ευρώπη το 20%-30% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας καπνίζουν. Το κάπνισμα της εγκύου ή η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα συνδέεται με διάφορες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας, στην ανάπτυξη του εμβρύου, στο νεογέννητο και στην ανάπτυξή του στην παιδική ηλικία. Η έκθεση στον καπνό σε διαφορετικά στάδια της εγκυμοσύνης προκαλεί διαφορετικές συνέπειες και ο κίνδυνος είναι δόσοεξαρτώμενος (Μπεχράκης και συν., 2018).

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει τις αυτόματες αποβολές, τις συγγενείς ανωμαλίες την περιγεννητική θνησιμότητα και τους πρόωρους τοκετούς. Συγκεκριμένα η περιγεννητική θνησιμότητα είναι 150% μεγαλύτερη εάν η μητέρα είναι καπνίστρια ενώ το κάπνισμα είναι η αιτία για το 15% των πρόωρων τοκετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος περιγεννητικής θνησιμότητας μειώνεται σε σημαντικό βαθμό εάν η μητέρα σταματήσει το κάπνισμα, έστω και το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επιδρά αρνητικά και στην υγεία της εγκύου, καθώς αυξημένη παρουσιάζεται στις καπνίστριες μητέρες η συχνότητα της αποκόλλησης του πλακούντα, του πρόδρομου πλακούντα, των αιμορραγιών και της πρόωρης ρήξης του θυλακίου. Επιπλέον το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει τις πιθανότητες γέννησης νεογνών με μικρό βάρος, μήκος σώματος και περίμετρο κεφαλής (Μπεχράκης και συν., 2018). Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη στο βάρος γέννησης αναγνωρίστηκαν στην πρώτη έκθεση του Γενικού Χειρουργού των ΗΠΑ το 1964, η οποία ανέφερε αυξημένο κίνδυνο γέννησης με βάρος μικρότερο από 2.500 γραμμάρια (Rogers, 2019). Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει το βάρος γέννησης. Το βάρος γέννησης του εμβρύου μειώνεται κατά 5% για κάθε πακέτο τσιγάρων που καπνίζεται την ημέρα με μια μέση μείωση 25-40g. Ένας μηχανισμός μέσω του οποίου ο καπνός του τσιγάρου έχει προταθεί ότι μειώνει το βάρος γέννησης είναι η χρόνια υποξία του εμβρύου. Η εν λόγω υποξία μπορεί να εκδηλώνεται από την αυξημένη αγγειακή αντίσταση του πλακούντα, τη μειωμένη ροή αίματος στη μήτρα και τα αυξημένα επίπεδα καρβοξυαιμοσφαιρίνης (COHb) της μητέρας και του εμβρύου. Επίσης το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη μειώνει και την ανάπτυξη του εγκέφαλου του εμβρύου. Καθώς η περίμετρος κεφαλής μειώνεται κατά 0,13mm την εβδομάδα. Οι μελέτες που αφορούν την επίδραση της ενδομήτριας έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου στη συμπεριφορά του παιδιού, δείχνουν μια ισχυρότερη σχέση με τις διαταραχές συμπεριφοράς. Τα παιδιά που εκτέθηκαν στον καπνό του τσιγάρου είτε στην προγεννητική είτε στη μεταγεννητική περίοδο συχνά παρουσιάζουν παραβατικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), μαθησιακές δυσκολίες και χαμηλό δείκτη νοημοσύνης (Levy, 2015). Το παιδί της καπνίστριας μητέρας γεννιέται μικρότερο από το παιδί μη καπνίστριας μητέρας. Αυτό υποδηλώνει περιορισμένη ενδομήτρια ανάπτυξη και υψηλότερο κίνδυνο υπέρβαρου ή εμφάνισης παχυσαρκίας ή διαβήτη τύπου 2 στην εφηβεία ή αργότερα στη ζωή. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας και του υπερβολικού βάρους ή της

παχυσαρκίας των παιδιών δείχνουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για τα παιδιά των μητέρων που καπνίζουν. Σύμφωνα με μια μελέτη, η συστολική αρτηριακή πίεση ενός νεογνού που εκτέθηκε στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν 5,4 mmHg υψηλότερη από εκείνη ενός νεογνού που δεν εκτέθηκε στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Rogers, 2019).

Η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό αυξάνει τη συχνότητα παθήσεων και διαταραχών του αναπνευστικού συστήματος στα βρέφη και στα παιδιά με γονείς καπνιστές. Επηρεάζεται σημαντικά η αναπνευστική λειτουργία των νεογνών, αυξάνεται η συχνότητα των αναπνευστικών νοσημάτων κατά την παιδική ηλικία και ο κίνδυνος για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κατά την ενήλικη ζωή. Η έκθεση στο μητρικό κάπνισμα έχει συσχετιστεί με αυξημένο συριγμό στα δυο πρώτα έτη της ηλικίας των παιδιών, καθώς και την εμφάνιση παιδικού άσθματος και αλλεργικών νόσων. Το βρογχικό άσθμα και σπαστική βρογχίτιδα, επιδεινώνεται στα πάσχοντα παιδιά κατά 67% από το κάπνισμα των γονέων ενώ δεν ξεπερνά το 26% όταν δεν καπνίζουν οι γονείς. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο βρεφικό θάνατο, ενώ ενδέχεται να σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση λευχαιμίας, λεμφώματος και εγκεφαλικών όγκων κατά την παιδική ηλικία (Μπεχράκης και συν., 2018). Επιπλέον το βάρος γέννησης του εμβρύου μειώνεται κατά 79 γραμμάρια στις έγκυες που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα (Levy, 2015).

Μια εγκυμοσύνη χωρίς καπνό είναι ζωτικής σημασίας τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν συμβουλές και πληροφορίες σε όλες τις εγκύους καπνίστριες κατά την πρώτη προγεννητική επίσκεψη και καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει επίσης να επεκταθεί στους πατέρες ή άλλα μέλη της οικογένειας που ζουν με την έγκυο καπνίστρια. Θα πρέπει να κατανοήσουν τις συνέπειες του καπνίσματος τους στην έγκυο γυναίκα, στο παιδί και στον εαυτό τους (Jakab, 2010).

3.9 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διακοπή του Καπνίσματος

Τυπικά οι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία, κατά τη διάρκεια της συναναστροφής τους με συνομηλίκους ή κατά τη διάρκεια περιόδων έντονου στρες, και αμέσως μετά ανακαλύπτουν ότι είναι δύσκολο να το κόψουν. Η χρήση παραγώγων του καπνού μπορεί να διακοπεί κατά τη διάρκεια αναπνευστικών παθήσεων, εισαγωγής

στο νοσοκομείο, εγκυμοσύνης και ακολουθώντας τις οδηγίες για το σταμάτημα του καπνίσματος. Είναι πολύ συνηθισμένο να επιστρέφουν στη χρήση του καπνού μετά από λίγο χρόνο. Μακροχρόνια διακοπή του καπνίσματος κυμαίνεται από 10% σε 25% συμπεριλαμβανομένων και φαρμακολογικών βοηθημάτων υποστήριξης της διακοπής (Osborn et al., 2014).

Η διακοπή του καπνίσματος είναι ένα σημαντικό βήμα για την επίτευξη βέλτιστης υγείας. Πάνω από το 70% των εν ενεργεία καπνιστών αναφέρουν ότι επιθυμούν τη διακοπή του καπνίσματος. Ο εθισμός στη νικοτίνη είναι η συνηθέστερη μορφή χημικής εξάρτησης. Η αντικατάσταση της νικοτίνης, οι φαρμακευτικές εναλλακτικές λύσεις ίσως βοηθήσουν στη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν πληροφορίες και συστάσεις να βοηθήσουν τους ασθενούς να έχουν πρόσβαση σε πηγές που θα τους βοηθήσουν στη διακοπή αλλά και στην αποχή από τον καπνό (Nies et al., 2011).

Οι νοσηλευτές μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικοί ως πρώτη γραμμή θεραπείας, λόγω του περισσότερου χρόνου που αφιερώνουν στους ασθενείς. Επίσης μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά παρέχοντας υποστήριξη και ενθάρρυνση. Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία μπορεί να είναι μια χρυσή ευκαιρία για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς υπάρχουν κανονισμοί που απαγορεύουν το κάπνισμα εντός του νοσοκομείου και ο ρόλος των νοσηλευτών στο θέμα αυτό είναι σημαντικός (Kazemzadeh et al., 2016). Οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη επιρροή στη στάση των ασθενών απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και όταν απλώς τους μιλούν. Επιπλέον, οι καπνιστές που λαμβάνουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας έχουν περισσότερες πιθανότητες να κόψουν το κάπνισμα (Bryant, 2008).

Οι νοσηλευτές πρέπει να εφαρμόζουν ενεργά τις τεκμηριωμένες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος. Όπως τα 5A (Ask: Ρώτησε, Assess: Αξιολόγησε, Advice: Συμβούλεψε, Assist: Βοήθησε, Arrange: Προγραμματίσε) για την υποστήριξη του καπνιστή στη διακοπή του καπνίσματος. Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής, πρέπει να ρωτήσει τον ασθενή για την καπνιστική του κατάσταση κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού ύστερα να τον συμβουλέψει για τη διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια πρέπει να παρέχει σαφείς, ισχυρές και εξατομικευμένες συμβουλές έτσι ώστε να παροτρύνει τον ασθενή για να διακόψει το κάπνισμα. Επιπλέον η σύντομη παρέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει τα 5R για την κινητοποίηση του καπνιστή που δεν

επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, τα οποία είναι *Relevance*: Ατομική κινητοποίηση, *Risks*: Επισήμανση κινδύνων, *Rewards*: Αναφορά στα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος, *Roadblocks*: Συζήτηση προβλημάτων, *Repetition*: Πρόληψη υποτροπής. Στη συνέχεια πρέπει να αξιολογήσει την κινητοποίηση και την εξάρτηση από τη νικοτίνη και να βοηθήσει τον ασθενή στην προσπάθεια διακοπής. Τέλος, πρέπει να διευθετήσει τους επανελέγχους και την επικοινωνία (Bryant, 2008).

Εφόσον το κάπνισμα θεωρείται νόσος, θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να θεραπεύεται όπως και τα υπόλοιπα χρόνια νοσήματα. Συστήνεται όλοι οι επαγγελματίες υγείας να προσεγγίζουν τους καπνιστές ως ασθενείς πάσχοντες από μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, την εξάρτηση από το κάπνισμα και να τους αντιμετωπίζουν με τις κατάλληλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η άμεση έναρξη θεραπείας αποτελεί σωστή κλινική πράξη. Οι καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν πρέπει να ενημερώνονται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στους ίδιους αλλά και του παθητικού καπνίσματος κυρίως στα παιδιά τους. Σε ετησία βάση ποσοστό περίπου 70% των ενηλίκων καπνιστών αναφέρουν πως έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά μόνο το 35% έχει κάνει προσπάθεια διακοπής και μόνο το 3% επιτυγχάνει απόχρη από το κάπνισμα για ένα έτος (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Δύο προσεγγίσεις έχουν ένδειξη ισχυρής αποτελεσματικότητας για τη διακοπή του καπνίσματος: η συμβουλευτική παραίνεση και η φαρμακευτική αγωγή. Ο συνδυασμός των δύο προσεγγίσεων βρέθηκε πως επιτυγχάνει τα υψηλότερα ποσοστά στη διακοπή του καπνίσματος (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Συμβουλευτική παραίνεση

Τρεις παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνονται: οι παρεμβάσεις αυτοβοήθειας, οι σύντομες συμβουλές και η συμβουλευτική υποστήριξη. Και οι τρεις είναι αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος. Η συμβουλευτική παραίνεση μπορεί να παρέχεται είτε με την άμεση επαφή επαγγελματία υγείας-καπνιστή στο ιατρείο είτε τηλεφωνικά, μέσω του διαδικτύου ή ομαδικής θεραπείας (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Όλες οι εξαρτήσεις και κυρίως αυτή από τη νικοτίνη χαρακτηρίζονται από δύο διακριτούς παράγοντες και από την αλληλοεπίδραση τους, τον παράγοντα της σωματικής εξάρτησης και τον παράγοντα της ψυχολογικής εξάρτησης. Μακροπρόθεσμα ο τελευταίος είναι και πιο δύσκολος στην αντιμετώπισή του. Κάθε θεραπευτική παρέμβαση για απεξάρτηση, για να έχει κάποια πιθανότητα επιτυχίας,

είναι απαραίτητο να απευθύνεται ταυτόχρονα στη σωματική και στη ψυχολογική εξάρτηση. Ειδικά, η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγάλη. Η ανάπτυξη της θεωρίας της συμπεριφοράς και των μεθόδων της συμπεριφοριστικής θεραπείας και η ανάπτυξη της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας, είναι δύο θεωρητικά θεραπευτικά μοντέλα ιδιαίτερα χρήσιμα για την κατανόηση και την παρέμβαση στις συμπεριφορές εξαρτήσεων. Η θεωρία της συμπεριφοράς δίνει έμφαση και μελετά αυτές τις συμπεριφορές του ατόμου που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν, δηλαδή τις εξωτερικές συμπεριφορές καθώς και όλους τους παράγοντες του περιβάλλοντος που διατηρούν – ενισχύουν αυτές τις συμπεριφορές (Μακρή, 2008).

Η γνωσιακή προσέγγιση προσπαθεί να θέσει σε διαφορετικές βάσεις τον τρόπο που σκέφτεται ο καπνιστής για το κάπνισμα καθώς επίσης να του διδάξει τεχνικές αντιμετώπισης των στερητικών συμπτωμάτων όπως τεχνικές χαλάρωσης, απόσπασης της προσοχής του από το τσιγάρο κ.α. Η συμπεριφοριολογική παρέμβαση με τη σειρά της κυρίως μαθαίνει στον ασθενή να αποφεύγει συμπεριφορές συνδεδεμένες με την καπνιστική συνήθεια ή άλλες που «προκαλούν» το κάπνισμα. Τέτοιες είναι, για παράδειγμα, η κατανάλωση αλκοόλ ή καφέ, η συναναστροφή με καπνιστές και οι στρεσογόνες καταστάσεις. Η εντατικοποιημένη συμβουλευτική αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (22%) ενώ ακόμα και μίνιμαλ προσεγγίσεις (< 3 λεπτών) καταφέρνουν ποσοστά της τάξης του 13% (Ανδρούτσος και συν., 2009).

Φαρμακευτική αγωγή

Σε όλους τους καπνιστές που δεν μπορούν να κόψουν το κάπνισμα αυτοβούλως και δεν έχουν άλλες αντενδείξεις είναι δυνατό να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τη δυσκολία διακοπής, για τη βαρύτητα των στερητικών συμπτωμάτων και για την ανάγκη θεραπευτικής αγωγής. Μετά τη διακοπή του καπνίσματος σε 1-12 ώρες αρχίζουν τα στερητικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, νευρικότητα, ανησυχία, δυσφορία ή κατάθλιψη, δυσκολία συγκέντρωσης, έντονη επιθυμία για κάπνισμα, διαταραχές ύπνου, αυξημένη όρεξη και βραδυκαρδία. Αυτά κορυφώνονται την πρώτη εβδομάδα και διαρκούν έως και 8-12 εβδομάδες. Αύξηση του σωματικού βάρους γίνεται τους 3 πρώτους μήνες (Κοντακιώτης και συν., 2020).

Τα φάρμακα πρώτης επιλογής είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικά και ασφαλή για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη και τη διακοπή του καπνίσματος και σε αυτά περιλαμβάνονται τα υποκατάστατα νικοτίνης, η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης και η βαρενικλίνη. Τα φάρμακα δεύτερης επιλογής είναι λιγότερο αποτελεσματικά, δεν έχουν γίνει αποδεκτά από τους διεθνείς οργανισμούς φαρμάκων και συσχετίζονται με σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, συγκριτικά με τα φάρμακα πρώτης επιλογής. Φάρμακα δεύτερης επιλογής είναι η νορτριπτυλίνη και η κλονιδίνη (Μπεχράκης και συν., 2018).

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine replacement therapy, NRT) είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη φαρμακευτική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής κατά περίπου 40% (τσίκλα νικοτίνης) με 100% (ρινικό εκνέφωμα). Η NRT εξάγει τα αποτελέσματα της αντικαθιστώντας την παροχή νικοτίνης στο άτομο μειώνοντας έτσι την επιθυμία, χωρίς έκθεση στα τοξικά συστατικά των τσιγάρων, πολλοί καπνιστές πιστεύουν λανθασμένα ότι η νικοτίνη είναι τοξική. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης διατίθεται σε πολλές διαφορετικές μορφές. Αν και κάποιες μορφές NRT (τσίκλα, εισπνεόμενη, ρινικό σπρέι ή παστίλιες) προσφέρουν νικοτίνη ταχύτερα από άλλες (δερμικά έμπλαστρα) όλες παρέχουν μια χαμηλότερη συνολική δόση και την απελευθερώνουν στον εγκέφαλο πιο αργά απ' ό,τι ένα τσιγάρο. Πιο χρήσιμη είναι η θεραπεία συνδυασμού με ένα δερμικό έμπλαστρο για να παρέχονται συνεχή επίπεδα νικοτίνης και ένα ταχύτερα δραστικό προϊόν όπως τσίκλα, εισπνεόμενη, ρινικό σπρέι ή παστίλιες για χρήση πριν από τους συνηθισμένους χρόνους τσιγάρων και άλλες περιόδους έντονης επιθυμίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ναυτία, δυσάρεστη γεύση, λόξυγκας και δυσπεψία, φαρυγγαλγία, αίσθημα παλμών, ρινικός ερεθισμός(με ρινικό εκνέφωμα) αϋπνίες κ.α. Σε ασθενείς με σχετικές αντενδείξεις όπως η καρδιαγγειακή νόσος ή η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι συνετό να χρησιμοποιηθούν χαμηλότερες δόσεις σκευασμάτων με σχετικά βραχεία δράση. Η θεραπεία συνιστάται γενικά για 10-12 εβδομάδες αλλά οι καπνιστές μπορούν να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν την NRT για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ένα αισθάνονται ότι τη χρειάζονται. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι η σταδιακή απόσυρση της NRT είναι καλύτερη από την απότομη απόσυρση, αν και η προηγούμενη μέθοδος είναι συνήθως προτιμότερη (Currie, 2017).

Η βουπροπιόνη αποτελεί το πρώτο μη νικοτινικό φάρμακο, που αποδείχθηκε ότι είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Είναι αντικαταθλιπτικό

φάρμακο που αναστέλλει την επαναπρόσληψη νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης από τους νευρώνες. Η παρατήρηση ότι αρκετοί καπνιστές με ψυχικά νοσήματα, για τα οποία ελάμβαναν βουπροπιόνη, διέκοπταν ακούσια το κάπνισμα, οδήγησε σε περαιτέρω μελέτες, που ανέδειξαν το ρόλο της βουπροπιόνης στη θεραπεία για τη διακοπή καπνίσματος (Μπεχράκης και συν., 2018). Η βουπροπιόνη συμβάλλει στην πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους που συμβαίνει συχνά με τη διακοπή του καπνίσματος. Η σημαντικότερη ανεπιθύμητη ενέργεια που αναγνωρίζεται με τη βουπροπιόνη είναι η συσχέτιση της με επιληπτικούς σπασμούς. Το φάρμακο επομένως αντενδείκνυται σε άτομα με ιστορικό επιληψίας και επιληπτικών κρίσεων. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ξηροστομία, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, διαταραχή γεύσης, ζάλη, πονοκέφαλος, φαγούρα, εξάνθημα κ.α. Σε αντίθεση με την NRT η οποία συνήθως αρχίζει ταυτόχρονα με τη διακοπή του καπνίσματος, η έναρξη της βουπροπιόνης συνιστάται να γίνεται 1 ή 2 εβδομάδες πριν από την ημερομηνία διακοπής. Η θεραπεία συνήθως συνεχίζεται για 8 εβδομάδες και συνήθως ημερήσια δόση είναι 300mg. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι ο συνδυασμός βουπροπιόνης με NRT προσδίδει περαιτέρω πλεονέκτημα στα ποσοστά διακοπής. Η συγχορήγησή τους μπορεί να οδηγήσει σε υπέρταση και αϋπνία (Currie, 2017).

Η βαρενικλίνη είναι νεότερο φάρμακο πρώτης επιλογής για τη διακοπή καπνίσματος που έλαβε έγκριση για αυτό το σκοπό το 2006. Η βαρενικλίνη είναι το πρώτο μη νικοτινικό φάρμακο που αναπτύχθηκε για αποκλειστική χρήση στη διακοπή του καπνίσματος (Μπεχράκης και συν., 2018). Πρόκειται για έναν μερικό αγωνιστή των $\alpha 4\beta 2$ νικοτινικών χολινεργικών υποδοχέων, τους οποίους αρχικά διεγείρει προκαλώντας τελικά απελευθέρωση ντοπαμίνης στους μετασυναπτικούς D2 υποδοχείς του επιχέλιου συστήματος, με μικρότερη όμως ένταση απ' ότι η νικοτίνη. Ταυτόχρονα δεσμεύει τους υποδοχείς, εμποδίζοντας τη δράση της νικοτίνης σε αυτούς, με συνέπεια το άτομο να μην αισθανθεί ευχαρίστηση εάν καπνίσει. Η δόση της βαρενικλίνης τιτλοποιείται σε ένα διάστημα 8 ημερών. Ημέρες 1-3: 0,5mg άπαξ ημερησίως, ημέρες 4-7: 0,5mg δις ημερησίως, ημέρες 8-τέλος θεραπείας: 1mg δις ημερησίως. Η διάρκεια της θεραπείας είναι 12 εβδομάδες, με συνέχιση επί άλλες 12 εβδομάδες για σταθεροποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Επί αποτυχίας ή υποτροπής απαιτείται αναζήτηση και αντιμετώπιση των παραγόντων που σχετίζονται με την αποτυχία, πριν επαναληφθεί η θεραπεία (Ζαχαράκης, 2008). Είναι μια αποτελεσματική

θεραπεία διακοπής του καπνίσματος η οποία αυξάνει την πιθανότητα διακοπής περίπου κατά 2,3 φορές και είναι ελαφρώς πιο αποτελεσματική από την NRT ή τη βουπροπιόνη. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι ο συνδυασμός βαρενικλίνης με άλλες θεραπείες φαρμάκων είναι πιο αποτελεσματικός από τη λήψη μόνο βαρενικλίνης. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει είναι η ξηροστομία, διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, διαταραχές ύπνου και μη φυσιολογικά όνειρα, ζάλη κ.α. Επίσης έχουν αναφερθεί κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός με τη λήψη βαρενικλίνης για αυτό το λόγο εάν παρατηρηθεί οποιαδήποτε πτώση της διάθεσης, ο ασθενής πρέπει να διακόψει αμέσως το φάρμακο (Currie., 2017).

Εναλλακτικές λύσεις

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η ύπνωση, ο βελονισμός ή θεραπεία με λέιζερ έχουν οποιαδήποτε επίδραση στη διακοπή του καπνίσματος. Η ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων ανά ημέρα έχει αμφισβητηθεί ως πιθανή εναλλακτική λύση της πλήρους διακοπής σε καπνιστές που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων ελαττώνει τον κίνδυνο από καρδιαγγειακά νοσήματα, αφού η έκθεση, ακόμη και σε χαμηλά επίπεδα καπνού αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι καπνιστές που μείωσαν τον αριθμό των τσιγάρων κατά 50% δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στη θνησιμότητα, σε αντίθεση με εκείνους που διέκοψαν τελείως που παρουσίασαν μείωση της θνησιμότητας. Πιθανώς οι καπνιστές αυτοί που μείωσαν τον αριθμό των τσιγάρων να αυξάνουν τον αριθμό των εισπνοών, το βάθος και τη διάρκεια τους, ώστε να διατηρήσουν την πρόσληψη νικοτίνης και να αποφύγουν τα συμπτώματα στέρησης. Επιπλέον δεν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της αύξησης του αριθμού των τσιγάρων και της συχνότητας καπνίσματος για ένα σύντομο διάστημα ώστε να επέλθει η απέχθεια του καπνίσματος. (Aversive therapy) Η πλήρης διακοπή του καπνίσματος είναι αυτή που συστήνεται. (Κοντακιώτης και συν., 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Το είδος της έρευνας.

Η έρευνα που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας είναι δευτερογενής και σχετίζεται με τις γνώσεις, τους ρόλους και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από 10 επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία είναι δημοσιευμένα τα πέντε τελευταία χρόνια στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed.

4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας.

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed προκειμένου να βρεθούν οι νεότερες πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και τον ρόλο του νοσηλευτή στην διακοπή του καπνίσματος. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την προηγμένη αναζήτηση χρησιμοποιώντας τον τελεστή «AND» και τις λέξεις κλειδιά «nurse role» «smoking cessation» Συγκεκριμένα ακολουθήθηκε ο αλγόριθμος nurse role and smoking cessation με αποτέλεσμα να προκύψουν 415 άρθρα. Με τη χρήση του φίλτρου της χρονολογίας (5years) προέκυψαν 46 άρθρα. Επίσης με τη χρήση του φίλτρου των ελευθέρων και ολοκληρωμένων κειμένων (free full text) προέκυψαν 19 άρθρα. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών σχετίζονται με το περιεχόμενο των άρθρων. Ειδικότερα αποκλείστηκαν τα άρθρα που δεν έδειχναν με σαφήνεια τον ρόλο του νοσηλευτή και τα άρθρα που δεν σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Από το σύνολο των 19 άρθρων αποκλείστηκαν τα 9 άρθρα και

περιλήφθηκαν 10 άρθρα βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού και κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

4.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

α/α	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	(Maniscalco et al., 2021), Palermo, Italy	Ποσοτική μελέτη σε 77 νοσηλευτές από το νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Καρδιολογίας, Καρδιολογικής Εντατικής Θεραπείας και Χειρουργικής Ογκολογίας 2 τριτοβάθμιων νοσοκομείων.	Η μελέτη είχε ως στόχο να εξετάσει τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι η γνώση συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος αναφέρθηκε ότι ήταν υψηλότερη στους νοσηλευτές της Καρδιολογικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας σε σύγκριση με τους νοσηλευτές της Χειρουργικής Ογκολογίας
2	(Derksen et al., 2019), Amsterdam Netherlands	Ποιοτική μελέτη με ημι δομημένες συνεντεύξεις	Η μελέτη είχε ως στόχο να εντοπίσει τα εμπόδια στην παροχή υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ένα Ολλανδικό πρόγραμμα.	Η μελέτη μεταξύ νοσηλευτών έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στους ρόλους τους όπως η μη ικανοποιητική εκπαίδευση για υποστήριξη διακοπής και μέθοδοι υποστήριξης που δεν ταιριάζουν στις ανάγκες των πελάτων τους.
3	(Lee et al., 2021) Republic of Korea	Ποσοτική μελέτη με ανώνυμο ερωτηματολόγιο	Η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει εάν η εμπειρία στην εκπαίδευση παρέμβασης στο κάπνισμα επηρεάζει τη στάση απέναντι στο κάπνισμα και να αναλύσει την τρέχουσα στάση των νοσηλευτών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος.	Η μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές με εκπαιδευτική εμπειρία από παρεμβάσεις καπνίσματος τείνουν να αντιλαμβάνονται πιο σοβαρά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χωρίς εκπαιδευτική εμπειρία.

4	(LeBlanc et al., 2020), Ontario, Canada	Ποσοτική μελέτη με ερωτηματολόγιο	Η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις του καπνίσματος μεταξύ νοσηλευτών.	Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν είναι τωρινοί καπνιστές, λίγοι ανέφεραν ότι καπνίζουν περιστασιακά και οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι είναι καθημερινή καπνιστές.
5	(Zhang et al., 2019), Chongqing, China	Ποσοτική μελέτη με ερωτηματολόγιο	Η μελέτη είχε ως στόχο να αναλύσει το ποσοστό απόδοσης των 5As και ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά, αντιλήψεις για το κάπνισμα και γνώση προέβλεπαν υψηλότερη απόδοση των 5As .	Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι φοιτητές πρακτικής ασκήσεις νοσηλευτικής αντιλήφθηκαν ότι το ιατρικό προσωπικό πρέπει να εκτελεί το 5As τακτικά για να βοηθήσει τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα.
6	(Magdelaine et al., 2018), Paris, France	Ποσοτική μελέτη με ερωτηματολόγιο	Η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τον ρόλο του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος.	Η μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι καπνιστές θεώρησαν χρήσιμη την νοσηλευτική υποστήριξη.
7	(Tsemach et al., 2022), Tel Aviv, Israel	Ποσοτική μελέτη με ερωτηματολόγιο	Η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει ένα πρόγραμμα παρέμβασης για το υγειονομικό προσωπικό ενός ουρολογικού τμήματος σχετικά με την παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος.	Η μελέτη έδειξε ότι το προσωπικό δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στον αντιληπτό ρόλο του ως σύμβουλος.
8	(O'Donnell et al., 2020), Edinburgh, Scotland	Ποιοτική μελέτη δύο φάσεων	Ο στόχος ήταν να διερευνήσουν προσαρμοσμένες προσεγγίσεις για τη δημιουργία ενός σπιτιού χωρίς καπνό και να αναπτύξουν και να δοκιμάσουν μια παρέμβαση με βάση τις απόψεις και τις προτιμήσεις τους.	Οι γονείς που ζουν σε μειονεκτικές συνθήκες μπορεί να επωφεληθούν από την πρόσβαση σε NRT ώστε να προστατεύσουν τα παιδιά τους από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα
9	(Boeckmann et al., 2019), Duesseldorf, Germany	Ποιοτική μελέτη με ημι δομημένες συνεντεύξεις	Η μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τα εμπόδια και τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή της υποστήριξης της συμπεριφοράς διακοπής του καπνίσματος σε κλινικές φυματίωσης στο Μπαγκλαντές και στο Πακιστάν.	Τα συστημικά εμπόδια στην εφαρμογή θα πρέπει να αντιμετωπιστούν δημιουργικά για να βελτιστοποιηθεί η υποστήριξη της συμπεριφοράς με στόχο τη βιωσιμότητα και την κλιμάκωση.

10	(Boeckmann et al., 2021), Bielefeld, Germany	Ποσοτική μέθοδος, συγχρονική μελέτη	Ο στόχος ήταν να κατανοηθεί ο ρόλος των παρόχων και των ρυθμίσεων στην εφαρμογή των μηνυμάτων υποστήριξης της συμπεριφοράς για τη φυματίωση και τη διακοπή του καπνίσματος.	Η πιστότητα στην υλοποίηση της παρέμβασης σύμφωνα με τον σκοπό που είχε τεθεί διαπιστώθηκε ότι ήταν υψηλή για τα μηνύματα που αφορούσαν τη φυματίωση, αλλά όχι για τα μηνύματα που αφορούσαν τη διακοπή του καπνίσματος.
----	--	-------------------------------------	---	--

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.1 Η ανάλυση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στο κάπνισμα

Στην ερευνά των Maniscalco et al., (2021) στην Ιταλία οι ερευνητές εξέτασαν τις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα ήταν από την Καρδιολογική κλινική (Cardiology, CU), Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Cardiac Intensive Care, CICU), και από την Χειρουργική Ογκολογική Μονάδα (Surgical Oncology Units, SOU) των δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Η μελέτη περιλάμβανε 77 νοσηλευτές (σύνολο προσωπικού 86, ποσοστό ανταπόκρισης 89,5%). Η γνώση της συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος αναφέρθηκε ότι ήταν υψηλότερη για τους νοσηλευτές της CICU σε σύγκριση με τους νοσηλευτές της SOU. Όσον αφορά τις προσωπικές τους απόψεις σχετικά με τη συσχέτιση ορισμένων χρόνιων ασθενειών με το κάπνισμα, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά για μερικές ασθένειες. Οι καρδιακές και αγγειακές παθήσεις και τα γαστρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη συσχετίστηκαν με το κάπνισμα περισσότερο από νοσηλευτές της CU και της CICU παρά από της SOU. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στη μελέτη ανέφερε ότι οι τρεις πιο σημαντικές χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι ο καρκίνος, οι αναπνευστικές παθήσεις και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Συμπερασματικά τα αναδυόμενα στοιχεία δείχνουν ότι μια από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνει συμβουλές και φροντίδα από επαγγελματίες υγείας ιδίως αν παρέχονται από νοσηλευτές που υπηρετούν στην πρώτη γραμμή της θεραπείας, καθώς περνούν πολύ χρόνο με τους ασθενείς.

5.1.2 Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές με την παροχή υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες

Στην Ευρώπη, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στις κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούσες γυναίκες. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα όταν παρέχουν υποστήριξη. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την παροχή υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας, όπως η εκπαίδευση, η εμπειρία, η αντίληψη των

καθηκόντων και ο διαθέσιμος χρόνος. Στην ερεύνα τους οι Derksen et al., (2019) στην Ολλανδία εξέτασαν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που παρέχουν υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος σε νεαρές γυναίκες κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη. Στην ερεύνα συμμετείχαν 16 από τους 36 νοσηλευτές (ποσοστό συμμετοχής 44%) οι οποίοι εργάζονταν σε ένα ολλανδικό πρόγραμμα προληπτικής φροντίδας (VoortZorg) και είχαν τουλάχιστον 6μηνη εμπειρία. Η ερεύνα με ημι δομημένες συνεντεύξεις έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στους ρόλους τους όπως μη ικανοποιητική εκπαίδευση για υποστήριξη διακοπής και μέθοδοι υποστήριξης που δεν ταιριάζουν στις ανάγκες των καπνιστών. Επίσης ανέφεραν ότι οι κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούσες γυναίκες είχαν ελάχιστα κίνητρα για να σταματήσουν το κάπνισμα καθώς πολλές από αυτές τις γυναίκες αντιλαμβάνονται το κάπνισμα ως ανακούφιση από τους καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες. Τέλος, μια ανησυχία που εκφράστηκε από τους νοσηλευτές της μελέτης ήταν πως οι έγκυες γυναίκες ισχυρίζονταν ότι μερικοί επαγγελματίες υγείας τις επέτρεπαν να καπνίζουν 1-2 τσιγάρα την ημέρα.

5.1.3 Η εκπαιδευτική εμπειρία των νοσηλευτών για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στην ερεύνα τους οι Lee et al., (2021) στην Νότια Κορέα θελήσαν να διερευνήσουν εάν η εκπαιδευτική εμπειρία για τη διακοπή του καπνίσματος επηρεάζει τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στο κάπνισμα. Η ερεύνα πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίων και συμμετείχαν 108 νοσηλευτές. Οι περισσότεροι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας, συμφώνησαν απόλυτα για τη βλαβρότητα του καπνίσματος θεώρησαν επίσης ότι όσο επικίνδυνο είναι για την υγεία το ενεργητικό κάπνισμα τόσο είναι και το παθητικό κάπνισμα. Το αποτέλεσμα της ερευνάς έδειξε ότι οι νοσηλευτές που είχαν εκπαιδευτική εμπειρία και εξειδίκευση στη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος αντιλαμβάνονται πιο σοβαρά τις επιπτώσεις του καπνίσματος σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που δεν είχαν εκπαιδευτική εμπειρία. Συμπερασματικά η ερεύνα υποδεικνύει ότι πρέπει να δοθούν περισσότερες δυνατότητες εκπαίδευσης στους νοσηλευτές για τη διακοπή του καπνίσματος.

5.1.4 Η ανάλυση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών

Στην ερεύνα τους οι LeBlanc et al., (2019) στον Καναδά μελέτησαν τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών. Η μελέτη Champlain Nurses' Study ήταν μια πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης που αξιολόγησε τα επίπεδα φυσικής

δραστηριότητας και την υγεία των νοσηλευτών στο νοσοκομείο. Στην ερευνα συμμετείχαν 406 νοσηλευτές, κατά μέσο όρο ήταν 42 ετών, είχαν περίμετρο μέσης 78,7cm και δείκτη μάζας σώματος $25,9\text{kg/m}^2$. Το 92,0% ήταν μη καπνιστές, το 4,0% ήταν περιστασιακοί καπνιστές και το 4,0% ήταν καπνιστές. Αποδεικνύεται ότι ο επιπολασμός των νοσηλευτών που καπνίζουν είναι χαμηλότερες από προηγούμενες εκτιμήσεις. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντική σχέση μεταξύ καπνίσματος και υγείας και τον κρίσιμο ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να αποτελούν σημαντικό επίκεντρο για τις πρωτοβουλίες διακοπής του καπνίσματος και άλλες πρωτοβουλίες αγωγής υγείας.

5.1.5 Η επίδραση των 5As για την διακοπή του καπνίσματος

Η παροχή μιας μικρής διάρκειας συμβουλευτικής παραίνεσης είναι πιο αποτελεσματική από την απλή συμβουλή στον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα και τριπλασιάζει το ποσοστό διακοπής συγκριτικά με τη μη παρέμβαση. Η εισαγωγή της ερώτησης της καπνιστικής συνηθείας στα ζωτικά σημεία κατά την κλινική εξέταση των ασθενών ανιχνεύει πάνω από 80% των καπνιστών που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία. Στην ερευνα τους οι Zhang et al., (2019) στην Κίνα εξέτασαν τις γνώσεις, τις στάσεις και την εκπαίδευση σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος και την εφαρμογή των 5As των φοιτητών νοσηλευτικής που πραγματοποιούσαν την πρακτική τους άσκηση. Στην ερευνα συμμετείχαν 1358 φοιτητές από 13 νοσοκομεία. Οι φοιτητές ήταν ηλικίας 16 - 32 ετών, οι 101 ήταν άνδρες (7,4%) και οι 1257 ήταν γυναίκες (92,6%). Όσον αφορά τις γνώσεις των φοιτητών περίπου το 74,6% διαφώνησε ότι τα τσιγάρα με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και χαμηλή περιεκτικότητα σε νικοτίνη είναι λιγότερο επιβλαβή για την υγεία του ανθρώπου. Επιπλέον, το 37,8% θεώρησε ότι το κάπνισμα ήταν μια χρόνια νόσος και θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται με φάρμακα. Το 10,3% γνώριζε την φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος και το 8,3% γνώριζε την ιστοσελίδα για τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ το 6,8% γνώριζε την τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης. Τέλος, περίπου το 56,3% θεώρησε ότι το ιατρικό προσωπικό θα έπρεπε να χρησιμοποιεί τα 5As τακτικά για την υποστήριξη του καπνιστή στη διακοπή του καπνίσματος.

5.1.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διακοπή του καπνίσματος

Τον Μάιο του 2014, διεξήχθη μια μελέτη σε ένα κέντρο εξάρτησης στην Γαλλία μεταξύ των 100 ασθενών που έλαβαν συμβουλές για την διακοπή του καπνίσματος από τους νοσηλευτές. Από τα 100 ερωτηματολόγια ελήφθησαν 34 απαντήσεις εντός τριών

εβδομάδων από την αποστολή του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο συγκέντρωσε μεγαλύτερο αριθμό απαντήσεων από γυναίκες παρά από άνδρες (59%). Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που ανταποκρίθηκαν ήταν 51 ετών και η πλειονότητά τους είχε υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Το 94% δήλωσαν ότι είχαν λάβει NRT (θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης). Μεταξύ των ερωτηθέντων, σχεδόν το 40% μετά την νοσηλευτική υποστήριξη για την διακοπή του καπνίσματος δεν είχε καπνίσει για τουλάχιστον οκτώ μήνες. Συνοψίζοντας, περίπου τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων είχαν μείνει ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική υποστήριξη και την θεώρησαν χρήσιμη για την έναρξη της διακοπής του καπνίσματος.

5.1.7 Εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα και η μελέτη αξιολόγησης διεξήχθησαν στο ουρολογικό τμήμα ενός μεγάλου τριτοβάθμιου νοσοκομείου στο Ισραήλ. Το ουρολογικό τμήμα περιλαμβάνει 24 κλίνες για ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος και παθήσεις του αναπαραγωγικού συστήματος. Το ποσοστό των ανδρών ασθενών είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών ασθενών. Τον Ιανουάριο του 2018, μια εσωτερική νοσοκομειακή εξέταση αποκάλυψε ότι το ποσοστό των καπνιστών μεταξύ των εσωτερικών ασθενών στην ουρολογία (20%) ήταν ένα από τα υψηλότερα στο νοσοκομείο. Με την υποστήριξη του Διευθύνοντος Συμβούλου (CEO) του νοσοκομείου, ο εκπαιδευτής νοσηλευτών του ουρολογικού τμήματος ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού του ουρολογικού τμήματος ως συμβούλων διακοπής καπνίσματος. Η αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος πραγματοποιήθηκε μέσω μιας διατομεακής μελέτης που χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στο προσωπικό σε τέσσερις χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια 18 μηνών, από τον Μάιο του 2018 έως τον Δεκέμβριο του 2019. Σε όλα τα χρονικά σημεία συμμετείχαν οι ίδιοι 29 συμμετέχοντες. Όλο το υγειονομικό προσωπικό συμμετείχε στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα: 51,7% νοσηλευτές και 48,3% γιατροί και η μέση ηλικία ήταν 42,7 έτη. Συμπερασματικά δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψη του ουρολογικού προσωπικού για τον ρόλο τους ως συμβούλων. Στο τελευταίο μετρούμενο χρονικό σημείο, αυτή η βαθμολογία ήταν υψηλότερη από ό,τι στην αρχή, αλλά η αλλαγή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Τα ευρήματά όμως υποδεικνύουν ότι, παρόλο που το προσωπικό δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στον αντιληπτό ρόλο του ως προαγωγού της υγείας, σίγουρα άλλαξε την πρόθεση συμπεριφοράς ώστε να είναι

πιο πρόθυμο να παρέχει συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς του.

5.1.8 Υποστήριξη γονέων για τη δημιουργία ενός σπιτιού χωρίς καπνό με χρήση θεραπειάς αντικατάστασης νικοτίνης

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα. Στην ερευνά τους οι O'Donnell et al., (2020) συνεργάστηκαν με γονείς που ζουν σε μειονεκτικές περιοχές του Εδιμβούργου της Σκωτίας, για να διερευνήσουν εξατομικευμένες προσεγγίσεις για τη δημιουργία ενός σπιτιού χωρίς καπνό και να αναπτύξουν και να δοκιμάσουν πιλοτικά μια παρέμβαση με βάση τις απόψεις και τις προτιμήσεις τους. Στη φάση 1 ποιοτικές συνεντεύξεις με 17 γονείς που προσλήφθηκαν από κέντρα Early Years διερεύνησαν εναλλακτικές προσεγγίσεις σε παρεμβάσεις για το σπίτι χωρίς καπνό. Στη φάση 2 μια παρέμβαση βασισμένη στις απόψεις και τις προτιμήσεις των γονέων δοκιμάστηκε πιλοτικά με γονείς που προσλήφθηκαν από κέντρα Early Years και Family Nurse Partnership. Τα ευρήματα της φάσης 1 έδειξαν ότι οι γονείς συνέδεσαν τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (NRT) με τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Στη φάση 2, 54 γονείς εξέφρασαν ενδιαφέρον για πρόσβαση σε NRT για τη δημιουργία ενός σπιτιού χωρίς καπνό, 32 συζήτησαν την επιλογή προϊόντος NRT κατά τη διάρκεια επίσκεψης στο σπίτι από σύμβουλο καπνίσματος και 20 παρέλαβαν τη δωρεάν συνταγή NRT από το φαρμακείο. Κατά τη διάρκεια ποιοτικών συνεντεύξεων οι γονείς ανέφεραν ότι δημιούργησαν με επιτυχία ένα σπίτι χωρίς καπνό, διέκοψαν το κάπνισμα και μείωσαν την κατανάλωση τσιγάρων. Η παρέμβαση ήταν αποδεκτή από τους γονείς, αλλά η διαδικασία πολλαπλών σταδίων που χρησιμοποιήθηκε για την πρόσβαση στο NRT ήταν επαχθής.

5.1.9 Απόψεις των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και των ασθενών σχετικά με την εφαρμογή της διακοπής του καπνίσματος στη περίθαλψη της φυματίωσης

Το κάπνισμα επιδεινώνει τα αποτελέσματα της φυματίωσης. Τα άτομα με φυματίωση που καπνίζουν μπορούν να επωφεληθούν από τη διακοπή του καπνίσματος. Στην έρευνά τους οι Boeckmann et al. (2019) θέλησαν να εξετάσουν τα εμπόδια και τους παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή της υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος σε κλινικές φυματίωσης στο Μπαγκλαντές και το Πακιστάν. Πραγματοποίησαν ημιδομημένες ποιοτικές συνεντεύξεις με 35 ασθενείς και 8 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας σε διάστημα 11 μηνών (2017-2018) σε

διαφορετικές χρονικές στιγμές κατά τη φάση εφαρμογής της παρέμβασης. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι ήταν πρόθυμοι να κόψουν το κάπνισμα και ότι είχαν προσπαθήσει πρόσφατα να το κόψουν. Τα κυριότερα κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν η υγεία τους και η ανάγκη να στηρίξουν οικονομικά τις οικογένειές τους. Οι προσαρμογές της συμπεριφοράς, όπως η αποφυγή της έκθεσης στο τσιγάρο και οι κοινωνικές επιρροές από φίλους, οικογένεια και συναδέλφους, ήταν τα κύρια θέματα των συνεντεύξεων. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αναφέρουν δομικά χαρακτηριστικά όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας και ο περιορισμένος χρόνος ανά ασθενή ως τα κύρια εμπόδια για την παροχή υποστήριξης συμπεριφοράς. Τέλος, τα συστημικά εμπόδια στην εφαρμογή, όπως ο φόρτος εργασίας του προσωπικού και τα κοινωνικοπολιτισμικά εμπόδια στη διακοπή της χρήσης, όπως οι σχέσεις των δύο φύλων ή οι κοινωνικές επιρροές, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν δημιουργικά για να βελτιστοποιηθεί η υποστήριξη της συμπεριφοράς με στόχο τη βιωσιμότητα και την κλιμάκωση.

5.1.10 Μέτρηση της πιστότητας στην εφαρμογή μιας νέας παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος που ενσωματώνεται στη συνήθη φροντίδα για τη φυματίωση

Οι Boeckmann et al. (2021) θέλησαν να εξετάσουν την πιστότητα των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης σε μια παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος που ενσωματώθηκε στη συνήθη φροντίδα φυματίωσης. Ειδικότερα μια διατομεακή μελέτη για τη μέτρηση της πιστότητας ενσωματώθηκε σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (TB & Tobacco trial) που διερευνούσε την αποτελεσματικότητα της κυτισίνης (φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος) όταν προστίθεται σε υποστήριξη συμπεριφοράς για την επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος μεταξύ ασθενών με φυματίωση. Η παρέμβαση υποστήριξης της συμπεριφοράς για τη διακοπή του καπνίσματος αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε στη συνήθη φροντίδα φυματίωσης στο Μπαγκλαντές και το Πακιστάν. Για την ηχογράφηση των συνεδριών μεταξύ Ιουνίου 2017 και Απριλίου 2018 χρησιμοποιήθηκε μια προσέγγιση δειγματοληψίας ευκολίας. Ζητήθηκε από όλους τους παρόχους που συμμετείχαν στη μελέτη TB & Tobacco να ηχογραφήσουν 3-5 συνεδρίες υποστήριξης συμπεριφοράς για την αξιολόγηση της πιστότητας. Οι ασθενείς με φυματίωση που έλαβαν παρέμβαση υποστήριξης της συμπεριφοράς, των οποίων οι συνεδρίες συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, κλήθηκαν να δώσουν προφορικά τη συγκατάθεσή τους πριν από την καταγραφή. Τα ευρήματα

έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς έλαβαν συμβουλές σχετικά με την τήρηση των φαρμάκων κατά της φυματίωσης και για τα θετικά αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος. Εν κατακλείδι η πιστότητα στην υλοποίηση της παρέμβασης σύμφωνα με τον σκοπό που είχε τεθεί διαπιστώθηκε ότι ήταν υψηλή για τα μηνύματα που αφορούσαν τη φυματίωση, αλλά όχι για τα μηνύματα που αφορούσαν τη διακοπή του καπνίσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κάπνισμα αποτελεί μεγάλη απειλή για τη δημοσία υγεία παγκοσμίως το οποίο είναι μια ψυχολογική και σωματική εξάρτηση και με την μακροχρόνια χρήση του οι συνέπειες μπορούν να καταστούν μη αναστρέψιμες. Εφόσον δεν υπάρχει όριο, κάτω του οποίου το κάπνισμα θεωρείται ασφαλές, η πλήρης διακοπή του καπνίσματος είναι η μόνη λύση για μια υγιή ζωή. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βελτιώσει τη πορεία του νόσου που σχετίζεται με το κάπνισμα. Με την έλλειψη εμπειρίας και βασικής εκπαίδευσης στις τεχνικές διακοπής του καπνίσματος οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες ώστε να εφαρμόσουν τις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος. Αξίζει να δοθεί περισσότερη έμφαση στα εκπαιδευτικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος, αρχικά υιοθετώντας τη νοοτροπία κατά του καπνίσματος ως στάση ζωής καθώς αποτελούν πρότυπα υγείας. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην παρακολούθηση του καπνιστή για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί ώστε να αντιμετωπισθούν τόσο τα συμπτώματα στέρησης όσο και οι υποτροπές. Για την επιτυχημένη διακοπή χρειάζονται επίμονες και επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις μακροχρόνια όχι μονάχα κατά τα αρχικά στάδια αλλά μέχρι να επιτευχθεί η θεραπεία. Δυστυχώς όμως δεν αναμένεται σύντομα κάποια μεταβολή στις καπνιστικές συνήθειες στην Ελλάδα. Επομένως υπάρχει μεγάλη ανάγκη για μια αρχή προσπάθειας για τη μείωση του καπνίσματος σε πανελλήνιο επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξάνδρου Α., Γεωργόπουλος Σ., Γκρινιάτσος Ι., Διαμαντής Θ., Καραβοκυρός Γ., Κλωνάρης Χ., Κοντός Μ., Μιχαήλ Ο., Μπακογιάννης Χ., Πικουλής Ε., Ρόζενμπεργκ Θ., Τσιγκρή Χ. & Φελέκουρας Ε., 2014. *Χειρουργική* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. Ανδρούτσος Ο. & Λυσικάτου Α., 2009. Θεραπείες διακοπής του καπνίσματος: από τα πρώτα βήματα έως τα εμβόλια νικοτίνης. *Επιστημονικά Χρονικά* 14 (4) σελ. 174-179.
3. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), 2021. Προϊόντα καπνού – Πληροφορίες που μπορεί να σας ενδιαφέρουν. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/plirofories-gia-to-kapnisma-kai-ti-diakopi-toy/proionta-kapnou-plirofories-poy-mporei-na-sas-endiaferoyin/#kapnisma-22>
4. Γιωτάκη Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις Ιδιωτική Έκδοση.
5. Ζαχαράκης Κ., 2008. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η θεραπεία της. *Ιατρικά Ανάλεκτα* 2 (17) σελ. 469-471.
6. Κοντακιώτης Θ. και συν., 2020. *Πνευμονολογία Κλινική και Διαγνωστική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών University Studio Press.
7. Μακρή Ι., 2008. Ψυχολογικές παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος. *Ιατρικά Ανάλεκτα* 2 (17) σελ. 477-479.
8. Μανιατόπουλος Π., 2022. *Παλιά Ελληνικά Τσιγάρα*. Ελλάδα: Εκδόσεις Ιδιωτική Έκδοση.
9. Μπασδέκη Ε., Οικονομίδη Ε., Πάχιου Α., Θεόφилου Β. & Τόσιος Κ., 2020. Καρκινογένεση του στόματος σε χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου ή ναργιλέ. *Στοματολογία* 77 (1) σελ. 12-13.
10. Μπεχράκης Π., Κούκια Ε. & Σταθόπουλος Θ., 2018. *Κάπνισμα Νοσηλευτική Προσέγγιση*. Αθήνα.
11. Μπεχράκης Π., Ευαγγελοπούλου Β. & Τζωρτζή Α., 2019. *Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα*. Αθήνα
12. Τρυποσκιάδης Φ., 2016. *Καρδιολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
13. Bataller R. & Altamirano J., 2010. Cigarette smoking and chronic liver diseases. *The BMJ* 59 (9).
14. Boeckmann M., Dogar O., Saeed S., Majidulla A., Swami S., Khan A., Siddiqi K. & Kotz D., 2021. Measuring fidelity to delivery of a new smoking cessation

- intervention integrated into routine tuberculosis care in Pakistan and Bangladesh: Contextual differences and opportunities. *Tobacco Induced Diseases* 19 (24).
15. Boeckmann M., Warsi S., Noor M., Dogar O., Mustagfira E., Firoze., Zahid R., Readshaw A., Siddiqi K., Kotz D. & TB Tobacco Consortium., 2019. Health worker and patient views on implementation of smoking cessation in routine tuberculosis care. *Primary Care Respiratory Medicine* 29 (1).
 16. Bryant S., 2008. Smoking Cessation Strategies by Nurses in an Acute Care Setting. *Journal for Nurses in Staff Development* 24 (1) p. 31-35.
 17. Charlton A., 2004. Medicinal uses of Tobacco in History. *Journal of the Society of Medicine*. 97 (6) p. 292-296.
 18. Cheng T., Hu L., Wang P., Yang X., Peng Y., Lu Y., Chen J. & Shi J., 2018. Carbon Monoxide Potentiates High Temperature-Induced Nicotine Biosynthesis in Tobacco. *International Journal of Molecular Sciences* 19 (1).
 19. Currie G., 2017. *ABC of COPD*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κακουλλής Α. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
 20. Damjanov I., 2009. *Pathophysiology*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
 21. Derksen M., Kunst A., Jaspers M. & Fransen M., 2019. Barriers experienced by nurses providing smoking cessation support to disadvantaged, young women during and after pregnancy. *Health Soc Care Community* 27 (6) p. 1562-1573.
 22. European Lung Foundation (ELF)., 2021. Passive Smoking. Διαθέσιμο στο: <https://europeanlung.org/en/information-hub/keeping-lungs-healthy/passive-smoking/>
 23. Grzybowski A., 2006. The history of antitobacco actions in the last 500 years. Part 1. Non-Medical Actions. *National Library of Medicine*. 63 (10) p. 1126-1130.
 24. Harris J., Thun M., Mondul A. & Calle E., 2004. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *The BMJ* 10 (328).
 25. Jakab Z., 2010. Smoking and Pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 89 (4) p.416-417.
 26. Janssen F., Gewily S. & Bardoutsos A., 2020. Smoking epidemic in Europe in the 21st century. *Tobacco Control* 30 (5).
 27. Kazemzadeh Z. & Manzari Z., 2016. Nursing interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *International Nursing Review* 64 (2) p. 263-275.
 28. Lee J., Lee S., Lee M., & Kang Y., 2021. Occupational health nurses' personal attitudes toward smoking: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health* 63 (1).

29. LeBlanc A., Prince S., Reid R., Pipe A., Mullen K., Reed J., 2020. Smoking behaviour among nurses in Ontario: cross-sectional results from the Champlain Nurses' Study. *Canadian Journal of Public Health* 111 p. 134-142.
30. Levy R., 2015. Carbon monoxide pollution and neurodevelopment: A public health concern. *Neurotoxicology and Teratology* 49 p. 31-40.
31. Löher J. & Wollenberg B., 2019. Are electronic cigarettes a healthier alternative to conventional tobacco smoking? *European Oto-Rhino-Laryngology* 276 (1) p. 17-25.
32. Maalem R., Alali A. & Alqahtani S., 2019. Tobacco hookah smoking-induced carbon monoxide poisoning: A case report of non-ambient exposure. *Clinical Case Reports* 7 (6) p. 1178-1180.
33. Magdelaine C. & Le Faou., 2018. The role of the nurse in supporting smoking cessation. *Soins* 63 (823) p. 16-21.
34. Maniscalco L., Barretta S., Giuseppe P. & Matranga D., 2021. Knowledge and attitudes towards smoking cessation counselling: an Italian cross-sectional survey on tertiary care nursing staff. *PeerJ* 9.
35. Marschall R. & Andrew G., 2009. *Netter's, Internal Medicine*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Αθανασίου Β., Γούλιαρος Ν., Ευθυμιάδη Σ., Καλαϊτζή Χ., Κρεντήρης Δ., Κωστίκας Κ., Μπαρτζιώκας Κ., Παπαϊωάννου Α., Περέλας Α., Μόσα Ε., Σπυριδωνίδου Σ. & Τόγια Κ. Λευκωσία: Εκδόσεις Broken Hill Publishers Ltd.
36. Micheli A., 2014. The tobacco in the light of history and medicine. *Archivos de Cardiologia de Mexico*. 85 (4) p. 316-322.
37. Munzel T, Hahad O., Kuntic M., Keaney J., Deanfield J. & Daiber A., 2020. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *European Heart Journal* 41 (41) p. 4057-4070
38. Nies M. & McEwen M., 2011. *Community/Public Health Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από μεταφραστική ομάδα εκδόσεων. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
39. Odum L., O'Dell K. & Schepers J., 2012. Electronic Cigarettes: Do They Have a Role in Smoking Cessation. *Journal of Pharmacy Practice*. 25 (6) p. 611-614.
40. O'Donnell R., Lewis G., Lumsdaine C., Di Tano G., Swanston L., Amos G., Finnie A. & Dewar N., 2020. Supporting Parents Living in Disadvantaged Areas of Edinburgh to Create a Smoke-Free Home Using Nicotine Replacement Therapy (NRT): A Two-Phase Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (19).
41. Osborn K., Wraa C., Watson A. & Holleran R., 2014. *Medical-Surgical Nursing*. Λευκωσία: Εκδόσεις Broken Hill Publishers Ltd.

42. Praud D., Rota M., Pelucchi C., Bertuccio P., Rosso T., Galeone C., Zhang Z., Matsuo K., Ito H., Hu J., Johnson K., Yu G., Palli D., Ferraroni M., Muscat J., Lunet N., Peleteiro B., Malekzadeh R., Ye W., Song H., Zaridze D., Maximovitch D., Aragonés N., Castaño V., Vioque J., Navarrete-Muñoz E., Pakseresh M., Pourfarzi F., Wolk A., Orsini N., Bellavia A., Håkansson N., Mu L., Pastorino R., Kurtz R., Derakhshan, M., Lagiou A., Lagiou P., Boffetta P., Boccia S., Negri E. & La Vecchia C., 2018. Cigarette smoking and gastric cancer in the Stomach Cancer Pooling (StoP) Project. *European Journal of Cancer Prevention* 27 (2).
43. Rajesh N., Joshi J. & Kaliaperumal C., 2022. Smoking and degenerative spinal disease: A systematic review. *Brain and Spine*. 7 (2).
44. Rogers J., 2019. Smoking and pregnancy: Epigenetics and developmental origins of the metabolic syndrome. *Birth Defects Research* 111 (17) p. 1259-1269.
45. Sherwood L., 2013. *Introduction to Human Physiology*. Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα.
46. Silva M., Carvalho M., Moreira J., Barreto E., Farias K., Nascimento C., Silva F., Andrade T., Luiz R., Neto R. & Ribeiro F., 2018. Green Tobacco Sickness among Brazilian farm workers and genetic polymorphisms. *BioMed Central* 11 (20).
47. Song M., Benowitz N., Berman M., Brasky T., Cummings K., Hatsukami D., Marian C., O'Connor R., Rees V., Woroszylo C. & Shields P., 2017. Cigarette Filter Ventilation and its Relationship to Increasing Rates of Lung Adenocarcinoma. *Journal of the National Cancer Institute* 109 (12).
48. Suter M. & Aagaard K., 2020. The impact of tobacco chemicals and nicotine on placental development. *Prenatal Diagnosis* 40 (9).
49. Tsemach R., Izhaki A. & Aharon A., 2022. Intervention training of urology healthcare staff to counsel acute care inpatients on smoking cessation: An evaluation study. *Nursing Open* 10 (2) p. 828-837
50. Voos N., Goniewicz M. & Eissenberg T., 2019. What is the nicotine delivery profile of electronic cigarettes? *Expert Opinion on Drug Delivery*. (11) p. 1193-1203
51. Wang T., Kenemer B., Tynan M., Singh T. & King B., 2016. Consumption of Combustible and Smokeless Tobacco -United States, 2000–2015. *Centers for Disease Control and Prevention* 65 (48) p. 1357-1363
52. Wikipedia, 2022. Τσιγάρο. Διαθέσιμο στο: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A4%CF%83%CE%B9%CE%B3%CE%AC%CF%81%CE%BF>
53. World Health Organization (WHO), 2022. Tobacco. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
54. Zhang L., Chen Y., Lv Y., Yang X., Yin Q., Bai L., Luo Y., Sharma M. & Zhao Y., 2019. The Perception and Intervention of Internship Nursing Students Helping Smokers to Quit: A Cross-Sectional Study in Chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (20).

55. Zhao C., Xie Y., Zhou X., Zhang Q. & Wang N., 2020. The effect of different tobacco tar levels on DNA damage in cigarette smoking subjects. *Toxicology Research* 9 (3) p. 302-307.