



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καπνός και κίνδυνος υγείας- Διακοπή του καπνίσματος και ο ρόλος του/της νοσηλεύτη/τριας»



Σπουδάστρια:

Κωνσταντίνα-Ζωή Τσέτσινα

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:

Ευριδίκη Παπαγιαννοπούλου

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-------|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 4 |
| SUMMARY..... | 5 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 6 |
| ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ..... | 7-8 |
| ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... | 9-10 |
| Α' ΜΕΡΟΣ | |
| 1. ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΠΝΟΥ..... | 11 |
| 1.1. ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΑΥΣΗΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ..... | 12-13 |
| 2. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ..... | 14 |
| 3. ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ | 15 |
| 4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 16 |
| 4.1. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..... | 17 |
| 4.2. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ..... | 17-18 |
| 4.3. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ..... | 18 |
| 5. ΆΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ..... | 19 |
| 6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ..... | 20 |
| 6.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ..... | 20 |
| 6.2. ΑΣΘΜΑ..... | 20 |
| 6.3. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ..... | 20-21 |
| 6.4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ..... | 21 |
| 6.5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ..... | 21-22 |
| 7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ | 23-24 |
| 8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 25 |
| 9. ΩΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 26-27 |
| 10. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 28-30 |

| | |
|---|----|
| 11. ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... | 31 |
|---|----|

Β' ΜΕΡΟΣ

| | |
|--|-------|
| 1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 32-33 |
| 2. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 34 |
| 3. ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 35-36 |
| 4. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 37-38 |
| 4.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ..... | 37-38 |
| 4.2. ΓΝΩΣΤΙΚΗ –ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 39 |
| 5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 40 |
| 5.1. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ..... | 40-42 |
| 5.2. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ..... | 42-43 |
| 6. ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ | 44 |
| 7. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.... | 45 |
| 7.1. ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ..... | 45 |
| 7.2. ΥΠΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 45 |
| 8. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ | 46 |
| 8.1. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ..... | 46-47 |
| 8.2. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ..... | 47 |
| 8.3. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ..... | 47-48 |
| 9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 49-50 |
| 9.1. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (THE 5 A'S)..... | 50-51 |
| 9.2. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (THE 5 R'S) | 52 |
| 9.3. ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 53 |

Γ' ΜΕΡΟΣ

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ..... | 54-76 |
|-------------------------------------|--------------|

• ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα σήμερα χαρακτηρίζεται ως παγκόσμια επιδημία. Είναι αιτία νοσηρότητας και θνητότητας και αποτελεί μεγάλη απειλή για την δημόσια υγεία. Είτε ενεργητικό είτε παθητικό, το κάπνισμα ευθύνεται για πολλές ασθένειες οι οποίες όμως μπορούν να αποφευχθούν με διακοπή της βλαβερής συνήθειας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία στοχεύει στην ανάδειξη των επιδράσεων του καπνίσματος στην υγεία, τους λόγους που ωθούν τα άτομα να καπνίσουν, αλλά και να επισημάνει τρόπους πρόληψης, αντιμετώπισης, διακοπής και αποχής με σύμμαχο το νοσηλευτή.

Υλικό και Μέθοδος: Για την παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed. Επιλέχθηκαν άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Επίσης υλικό αποτέλεσαν και επιλεγμένα βιβλία και συγγράμματα. Τα δεδομένα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν έπειτα από λεπτομερή μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Τα άτομα που επιλέγουν την καπνιστική συνήθεια επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες με κυριότερο, τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται. Ωστόσο η επιλογή τους να καταναλώνουν προϊόντα καπνού έχει αντίκτυπο στην υγεία των παθητικών καπνιστών. Οι βλάβες του καπνίσματος όπως και τα οφέλη της διακοπής είναι πλέον γνωστά και παρέχονται επαρκείς στρατηγικές και πρακτικές για όσους την επιθυμούν. Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνότερα από όλους σε επαφή με το κοινό στις δομές υγείας και είναι οι πλέον κατάλληλοι ώστε να προάγουν την διακοπή και να ενημερώσουν την κοινωνία.

Συμπεράσματα: Ο νοσηλευτής οφείλει να λάβει ενεργό δράση στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την βλαβερή επίδραση του καπνίσματος στην υγεία. Οφείλει να βοηθήσει τους καπνιστές στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καπνίσματος στηρίζοντας τους κυρίως ψυχολογικά ώστε να επιτύχουν διακοπή και να ενημερώσει όσους επιθυμούν, να γνωρίζουν για το κάπνισμα και να το αποφύγουν. Για να γίνουν πράξη τα παραπάνω το κράτος οφείλει να μεριμνήσει για την εκπαίδευση των νοσηλευτών ώστε να εφαρμόζουν τις βέλτιστες εφικτές πρακτικές διακοπής που παρέχονται.

Λέξεις κλειδιά: Κάπνισμα, Ενεργητικό Κάπνισμα, Παθητικό Κάπνισμα, Συνέπειες Καπνίσματος, Διακοπή Καπνίσματος, Νοσηλευτής.

- **SUMMARY**

Introduction: Nowadays smoking is characterized as a global epidemic. It is a cause of morbidity and mortality and a major threat to public health. Whether active or passive, smoking is responsible for many diseases that can be avoided by quitting the harmful habit.

Objective: This study aims to highlight the effects of smoking on health, the reasons that induce people to smoke, as well as to identify ways of preventing, treating, quitting and abstaining with ally a nurse.

Material and Methods: For this dissertation, international bibliography was reviewed in Google Scholar and PubMed databases. The material consisted of selected articles published in the last fifteen years, in English and Greek. Selected books and textbooks were also included. The resulting data were used after a detailed study of the relevant literature.

Results: People who choose to smoke are affected by many factors, most commonly by the people they associate with. However, their choice to consume tobacco has an impact on the health of passive smokers. The disadvantages of smoking as well as the benefits of quitting are now well known and adequate strategies and practices are provided for those who want to quit. Nurses as health professionals are most frequently contacted by the public in health care services. They are ideally suited in order to promote smoking cessation and sensitize society.

Conclusions: Nurses should take active action to inform and raise public awareness of the harmful effects of smoking on health. They should help smokers quit smoking by supporting them -mainly psychologically- in order to achieve cessation and to inform those who wish to be notified about smoking so that they will avoid it. To make it all happen, the state must ensure that nurses are trained enough to apply the best possible cessation methods and practices provided.

Key words: Smoking, Active Smoking, Passive Smoking, Smoking Effects, Smoking Cessation, Nurse.

- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το κάπνισμα δεν είναι απλά «μία κακή συνήθεια», είναι μία εξάρτηση που έχει χαρακτηριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως η μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών. Ο ΠΟΥ έχει εκτιμήσει ότι η χρήση καπνού (παθητική ή ενεργητική) είναι σήμερα υπεύθυνη για το θάνατο περίπου οκτώ εκατομμυρίων ανθρώπων ανά τον κόσμο κάθε χρόνο, καθώς επίσης ότι πολλοί από αυτούς τους θανάτους συμβαίνουν πρόωρα. Εκτιμάται επίσης ότι μεγάλο ποσοστό πεθαίνει από τις συνέπειες του παθητικού καπνού. Παρόλο που είναι ευρέως γνωστό ότι σχετίζεται με κακή υγεία, αναπηρία και θάνατο, οι χρήστες του δεν είναι διατεθειμένοι να διακόψουν (WHO, 2015). Βασισμένοι στην ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση της νικοτίνης, οι καπνιστές συντηρούν παγκοσμίως την τεράστια κερδοφορία του καπνεμπορίου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την όλο και αυξανόμενη υιοθέτηση της βλαπτικής συνήθειας ιδίως ανάμεσα στους νέους. Η πρόληψη του καπνίσματος και η προαγωγή της υγείας στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και στην ενημέρωση της κοινότητας για τις καταστρεπτικές επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού αλλά και τα οφέλη της διακοπής. Το σημαντικότερο σημείο στη χρήση του τσιγάρου είναι η ζήτηση βοήθειας για διακοπή. Για τους καπνιστές που την επιθυμούν υπάρχουν επαρκείς πρακτικές, φαρμακευτικές και μη. Σε αυτό το δύσκολο κομμάτι της διακοπής σπουδαίο ρόλο έχει ο νοσηλευτής που είναι στο πλευρό όσων την επιθυμούν. Ενημερώνοντάς και ευαισθητοποιώντας τους καπνιστές για τις επιπτώσεις στην υγεία, στηρίζοντας τους ψυχολογικά κατά τη διαδικασία διακοπής αλλά και έπειτα, λαμβάνει ύστατο ρόλο στην μείωση του επιπολασμού αυτής της επιδημίας που αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες απειλές της δημόσιας υγείας (Rice et al., 2017).

• ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πρόκειται για την ιστορία ενός φυτού το οποίο γίνεται ευρέως γνωστό για τις πολλαπλές του χρήσεις ανά τον κόσμο. Με το πέρασμα των χρόνων το άλλοτε «ιερό φυτό» χάνει την ταυτότητα για την οποία αρχικά ήταν γνωστό και αποκτά καινούργια. Ο καπνός αναδεικνύεται ως το πιο διαδεδομένο βιομηχανικό προϊόν. Είναι το φυτό, που η ύπαρξή του συνδέθηκε με την ανακάλυψη μιας ηπείρου. Ο Χριστόφορος Κολόμβος ταυτόχρονα με την ανακάλυψη της Αμερικής (1492), ανακάλυψε και τον καπνό. Ο Κολόμβος και η συνοδεία του ήρθαν αντιμέτωποι με την «τελετουργία» του καπνίσματος μεταξύ των ιθαγενών στους νέους τόπους που ανακάλυπταν και εξερευνούσαν στην τότε Κεντρική και Νότια Αμερική. Οι γηγενείς πληθυσμοί καλλιεργούσαν και χρησιμοποιούσαν τα φύλλα του καπνού σε θρησκευτικές τελετές, στη θεραπεία ασθενειών και πληγών αλλά μασούσαν και κάπνιζαν τα φύλλα ως καθημερινή απόλαυση. Η εξάπλωση του καπνού στην Ευρώπη αρχίζει από τα μέσα του 16^{ου} αιώνα κυρίως λόγω των θεραπευτικών ιδιοτήτων που του αποδίδονται. Ισπανοί, Πορτογάλοι και αργότερα Άγγλοι θαλασσοπόροι το εισήγαγαν στα λιμάνια, έτσι τα φύλλα του καπνού έγιναν μορφή ανταλλακτικού εμπορίου. Η παράδοση θέλει πρώτο εισαγωγέα καπνού στη Γηραιά Ήπειρο τον Ισπανό ναύτη του Κολόμβου Rodrigo de Jerez ο οποίος και φυλακίστηκε κατηγορούμενος ως μάγος κατεχόμενος από δαιμόνια επειδή έβγαζε καπνούς από τη μύτη και το στόμα (Dani & Balfour, 2011).

Από νωρίς το προϊόν αυτό του φυτικού βασιλείου αποτελούσε αντικείμενο μελέτης των ιατρών. Είναι πολύ πιθανό στη διάδοσή του να συνέβαλε η βασίλισσα της Γαλλίας Αικατερίνη Μεδίκων, η οποία προκειμένου να ανακουφιστεί από τις κεφαλαλγίες της, δέχεται τον καπνό, που της στέλνει ο Jean Nicot, πρέσβης της Γαλλίας στην Πορτογαλία το 1560. Δέκα χρόνια αργότερα ο βοτανιστής Jean Liebault ονομάζει το φυτό *Nicotiana tabacum*, προς τιμή του Nicot (Αγγελή, 2007). Το 1612 ο John Rolfe άρχισε να καλλιεργεί καπνό στο Jamestown, τον πρώτο αγγλικό οικισμό στην Αμερική. Πολύ γρήγορα ο καπνός έγινε η πρωταρχική βιομηχανική καλλιέργεια και ακόμα νόμισμα των αποικιών και των πρώιμων Ηνωμένων Πολιτειών. Το πέρασμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο έγινε μόλις το 1880, όταν ο James Rousack εφηύρε την μηχανή έλασης τσιγάρων και τα εμπορικά τσιγάρα έγιναν ευρέως διαδεδομένα. Τότε ήταν που άρχισαν να δημιουργούνται οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, με τη μεγαλύτερη ακμή

τους κατά τον Α' «παγκόσμιο πόλεμο όταν οι στρατιώτες χρησιμοποιούσαν τον καπνό ως μέσο χαλάρωσης από το στρες της μάχη και σταδιακά να εθιστούν στην νικοτίνη (Dani & Balfour, 2011).

Στις αρχές του 20ου αιώνα, η χρήση τσιγάρων αυξήθηκε και η επιστημονική κοινότητα κινητοποιήθηκε. Επιδημιολογικές μελέτες που διενεργήθηκαν, συνέδεσαν το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα και άλλες ασθένειες του αναπνευστικού. Με τον τρόπο αυτό δημοσιοποιήθηκαν οι βλαβερές συνέπειες και οι κίνδυνοι του καπνού. Μετά από έναν αιώνα καθολικής αποδοχής, το κάπνισμα θα αποκτήσει πολέμιους. Ενδεικτικές οι αντικαπνιστικές καμπάνιες που αρχίζουν από τον 17ο αιώνα: στην Ιταλία οι καπνιστές αφορίζονται από τον Πάπα, στην Ρωσία τους ράβδιζαν και τους έκοβαν τη μύτη, στην Περσία τους έκοβαν τα χείλη, στην Οθωμανική αυτοκρατορία τους απαγχονίζαν. Είναι φανερό πως κανένα μέτρο δεν στάθηκε ικανό να ανακόψει την ανοδική πορεία του καπνού. Ούτε οι ποινές ούτε οι φόβοι για τις συνέπειες στην υγεία μπόρεσαν να ανακόψουν την επιθυμία των ανθρώπων για τον καπνό. Αναμφίβολα μερικά από τα μέτρα καθυστέρησαν το ρυθμό της διάδοσής του, ωστόσο σε καμία κοινωνία όπου άρχισαν να χρησιμοποιούν τον καπνό, δεν εγκατέλειψαν τελείως τη χρήση του (Clutterbuck et al., 2015).

- **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η επιδημία του καπνού είναι μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία που αντιμετώπισε ποτέ η ανθρωπότητα. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για τους θανάτους έως και των μισών από τους χρήστες του. Περισσότεροι από 8 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο πεθαίνουν, εκ των οποίων 7 εκατομμύρια θάνατοι αφορούν την άμεση χρήση του καπνού, ενώ περίπου 1,2 εκατομμύρια αφορούν τους μη καπνιστές και την έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα (WHO, 2019).

Παρόλο που το κάπνισμα είναι η μοναδική προλήψιμη αιτία θανάτου δεν παύει να αποτελεί το 10% των θανάτων ενηλίκων, περισσότερους από ότι η φυματίωση, το AIDS και η ελονοσία μαζί ενώ σχετίζεται αιτιολογικά με τις έξι από τις οκτώ πρώτες αιτίες θνησιμότητας. Ο καπνός είναι θανατηφόρος σε οποιαδήποτε μορφή του και απειλεί την υγεία των πνευμόνων όλων όσων εκτίθενται σε αυτό. Το κάπνισμα σκοτώνει ένα άτομο κάθε τέσσερα δευτερόλεπτα (GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018)

Αν και υπάρχουν πτωτικές τάσεις παγκοσμίως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει λόγο για 1,2 δισεκατομμύρια καπνιστές με το μεγαλύτερο αριθμό σε χώρες χαμηλού οικονομικού εισοδήματος και ο επιπολασμός του καπνίσματος φαίνεται να αυξάνεται στην Ανατολική Μεσόγειο και την Αφρική, με υπεροχή των αντρών, ωστόσο τελευταία παρατηρείται σημαντική αύξηση και στις γυναίκες καπνίστριες. Οι χρήστες καπνού που πεθαίνουν πρόωρα στερούν από τις οικογένειές τους το εισόδημα, αυξάνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και εμποδίζουν την οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας (WHO, 2015).

Περίπου 5.7 τρισεκατομμύρια τσιγάρα καπνίστηκαν παγκοσμίως το 2016. Αν και η συνολική κατανάλωση μειώθηκε ελαφρά τα τελευταία χρόνια, η μελλοντική πορεία του παγκόσμιου ελέγχου του καπνού εξακολουθεί να είναι αβέβαιη. Παρά τη δέσμευση ορισμένων βιομηχανιών για έναν κόσμο χωρίς καπνό, οι μεγαλύτερες εταιρείες καπνού συνεχίζουν να καταπολεμούν τις προσπάθειες ελέγχου. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία και η Βραζιλία έχουν εφαρμόσει αντικαπνιστικές παρεμβάσεις με σημαντικά ποσοστά μείωσης. Ωστόσο σε άλλες χώρες με ασθενέστερους κανονισμούς συνεχίζεται η ανεξέλεγκτη κατανάλωση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Κίνα, η οποία διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό καπνιστών από οποιαδήποτε άλλη χώρα με μέσο Δείκτη Ανθρώπινης

Ανάπτυξης. Το 2016 κατέλαβε το ποσοστό του 41,9% της παγκόσμιας κατανάλωσης με 2,350,500,000,000 τσιγάρα. Τα τελευταία χρόνια η κατανάλωση στην Κίνα έχει αρχίσει να μειώνεται με πολύ αργούς ρυθμούς, αλλά ακόμα συνεχίζει να καταναλώνει τα 2/5 των τσιγάρων ανά έτος παγκοσμίως. Ολοένα και περισσότερο, ο επιπολασμός της χρήσης του καπνού θα επιφέρει παγκόσμια επιδημία με αποτέλεσμα εκατομμύρια θανάτους. Η κατανάλωση τσιγάρων προβλέπεται να αυξηθεί σε πολλές χώρες χαμηλού και μέσου Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Η Κίνα, η Ρωσία, οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία και η Ινδονησία είναι οι 5 χώρες με την μεγαλύτερη κατανάλωση σε όλο τον πλανήτη (Euromonitor International, 2017).

Ελλάδα

Η Ελλάδα κατέχει μια απογοητευτικά υψηλή θέση στην παγκόσμια κατάταξη αλλά και στην Ευρώπη, αφού παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης προϊόντων καπνού κατά άτομο αλλά και επί του συνόλου. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016 για την κατανάλωση τσιγάρων -ανά άτομο ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των δεκαπέντε ετών, ανά έτος- τα πράγματα ήταν δραματικά. Τα τσιγάρα που αντιστοιχίστηκαν στην Ελλάδα ήταν 2.079 ανά άτομο. Στη Ρωσία ο αριθμός ήταν 2.295, στην Κίνα 2.043, και στις ΗΠΑ 1.017 τσιγάρα ανά άτομο αντίστοιχα. Συγκρίνοντας την έκταση και τον πληθυσμό που διαθέτουν αυτές οι χώρες με της Ελλάδας, γίνεται εμφανές πόσο μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας είναι το κάπνισμα στην Ελλάδα (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017). Το 58.1% των ανδρών και το 32.2% των γυναικών καπνίζουν, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά μεταξύ των νέων ηλικίας 16-24 ετών, ανέρχονται σε 46.5% των αγοριών και το 43.3% των κοριτσιών (Κουτίνου και συν, 2014). Ιδιαίτερα όμως υψηλός εμφανίζεται και ο επιπολασμός τους καπνίσματος στους εφήβους, με τους μαθητές ηλικίας 13-15 ετών -που θεωρούνται συστηματικοί καπνιστές- να αγγίζει το 32%, ενώ στην ηλικία των 16-19 ετών το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει μέχρι και το 50% (Μάτζιου – Μεγαπάνου, 2009).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Οι χρήστες καπνού εκτίθενται σε πολλά τοξικά συστατικά από τη χρήση από του στόματος καπνού (π.χ. μάσημα) ή από την εισπνοή του. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το τσιγάρο περιέχει περίπου 4.000 χημικές ενώσεις, ενώ ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να φτάσει τις 5.000. Οι μολυσματικές ουσίες που εκπέμπονται στον αέρα κατά τη διάρκεια της εισπνοής και οι μολυσματικές ουσίες που διαχέονται μέσω του χαρτιού των τσιγάρων και του στόματος μεταξύ των εισπνοών είναι ένα σύνθετο μείγμα αερίων. Το τοξικό αυτό μείγμα των χημικών ενώσεων περιλαμβάνει βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία, 40 εκ των οποίων έχουν αποδεδειγμένα καρκινογόνο δράση. Παρόλο που δεν είναι ευρέως γνωστό, τα βλαβερά χημικά υπάρχουν σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, από το φυτό έως τον ακατέργαστο καπνό και από την παρασκευή έως το κάπνισμα (Salahuddin et al, 2012).

Κατά την καύση ενός τσιγάρου παράγεται καπνός ο οποίος διακρίνεται σε δύο φάσεις: την αέρια και την σωματιδιακή φάση. Η σωματιδιακή αποτελείται από την νικοτίνη, την πίσσα και το νερό και η αέρια ή αλλιώς ατμώδης με κυριότερα το μονοξείδιο του άνθρακα, ακεταλδεΐδη, φορμαλδεΐδη, ακρολεΐνη, οξείδια του αζώτου και του άνθρακα. Οι τρεις βασικές ουσίες που επιφέρουν βλαβερές συνέπειες στους ανθρώπους είναι οι εξής: η πίσσα, η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα και σε αυτές επικεντρώνονται όλα τα χρόνια οι έρευνες της επιστημονικής κοινότητας (Salahuddin et al, 2012).

Προκειμένου να περιγραφεί ο προερχόμενος καπνός από την καύση του τσιγάρου έχουν επινοηθεί τρεις όροι. Κατά συνέπεια υπάρχει το κύριο ρεύμα του καπνού (δηλαδή ο καπνός που εισπνέει ο εκάστοτε καπνιστής), το πλευρικό ρεύμα (δηλαδή ο καπνός που βγαίνει από την φλεγόμενη άκρη του τσιγάρου) και ο παθητικός ή αλλιώς περιβαλλοντικός καπνός (δηλαδή ένας συνδυασμός πλευρικού ρεύματος και του εκπνεόμενου από τον καπνιστή καπνού) (Ambrose and Barua, 2014).

1.1 Βλαπτικά για την υγεία συστατικά της καύσης του τσιγάρου

Πίσσα

Πρόκειται για μια καφέ κολλώδη ουσία η οποία είναι υπεύθυνη για το χαρακτηριστικό κιτρίνισμα των δοντιών και των δακτύλων των καπνιστών. Εσωτερικά δρα λεκιάζοντας τον πνευμονικό ιστό. Η πίσσα ανήκει στους πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες οι οποίοι αποτελούν και την κύρια κατηγορία διεγερτών καρκινογένεσης με σπουδαιότερη το βενζοπυρένιο, το πρώτο καρκινογόνο χημικό που απομονώθηκε και βρέθηκε να περιέχεται στην πίσσα. Τα βλαβερά συστατικά που εμπεριέχονται σε αυτή εμποδίζουν τον βρογχικό βλεννογόνο προκαλώντας βήχα, σπασμό στα βρογχιόλια και παραγωγή βλέννας. Αυτές οι τοξικές ουσίες παραλύουν τους κροσσούς των κυλινδρικών κυττάρων του βρογχικού επιθηλίου και έτσι εμποδίζουν την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων. Κατά συνέπεια μικροοργανισμοί, σκόνη αλλά και οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού εισέρχονται με ευκολία στους πνεύμονες όπου ανενόχλητες αρχίζουν την καταστροφική τους δράση (Li et al., 2015).

Νικοτίνη

Η νικοτίνη ανήκει στα αλκαλοειδή και αποτελεί κοινή χημική ένωση που υπάρχει στα φύλλα του καπνού. Είναι υγρό άχρωμο, λιπαρό και ισχυρά δηλητηριώδες, με έντονη οσμή και ιδιαίτερα πικρή γεύση. Με θέρμανση αναδίδει ατμούς ισχυρά δηλητηριώδεις και αναφλέξιμους. 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 και φτάνει στους πνεύμονες. Αποτελεί ισχυρό διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος αφού εισερχόμενο στον οργανισμό - με τα σταγονίδια της πίσσας κατά την εισπνοή- υπερβαίνει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Έχει την ιδιότητα να καθιστά τον καπνό εθιστικό χωρίς απαραίτητα να προκαλεί άμεσα καρκίνο. Λόγω της διεγερτικότητας του, προκαλεί αύξηση των παλμών της καρδιάς και της αρτηριακής πίεσης. Επιπρόσθετα στους καπνιστές προκαλεί ζάλη και ναυτία καθώς και ανορεξία. Ο εθισμός που προκαλεί είναι ιδιαίτερα ισχυρός, καθώς μόνο ένα ποσοστό της τάξης του 20% των συστηματικά καπνιστών πετυχαίνουν οριστική διακοπή με την πρώτη προσπάθεια. Η αποχή από το κάπνισμα συνήθως προκαλεί, εκτός των συμπτωμάτων στέρησης,

αύξηση της όρεξης, με συνέπεια έντονη αύξηση σωματικού βάρους ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες της διακοπής (Picciotto and Mineur, 2014).

Μονοξείδιο του Άνθρακα

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) είναι ένα άχρωμο, άγευστο, άοσμο, μη ερεθιστικό αλλά πολύ τοξικό, ασφυκτικό αέριο που παράγεται από την ατελή καύση οποιουδήποτε υλικού περιέχει άνθρακα. Εισερχόμενο στον ανθρώπινο οργανισμό από τους πνεύμονες, συνδυάζεται προνομιακά με την αιμοσφαιρίνη -την ουσία του αίματος που μεταφέρει το οξυγόνο στους ιστούς και τα όργανα του σώματος- σχηματίζοντας ανθρακοξυαιμοσφαιρίνη (HbCO), αντικαθιστώντας το οξυγόνο και μειώνοντας την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο στους ιστούς και τα όργανα. Το αίμα έχει την τάση να ενώνεται 210 φορές περίπου πιο γρήγορα με το μονοξείδιο του άνθρακα απ' ό τι με το οξυγόνο. Έτσι σχετικά μικρές συγκεντρώσεις του αερίου στο περιβάλλον μπορεί να επιφέρουν τοξικές συγκεντρώσεις στο αίμα (Li et al., 2015).

2. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το παθητικό κάπνισμα διεθνώς αναφέρεται ως passive smoking ή second hand smoking - SHS ή environmental tobacco smoking – ETS (Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012). Είναι η εισπνοή καπνού έμμεσα από το καιόμενο άκρο των καπνιζόμενων προϊόντων καπνού, σε συνδυασμό με τον καπνό που εκλύεται από τον καπνιστή. Η εισπνοή του καπνού από τους μη καπνιστές θεωρείται ακούσιο ή παθητικό κάπνισμα (Office on Smoking and Health (US), 2006). Επιπλέον ο όρος παθητικό κάπνισμα αναφέρεται στην έκθεση αγέννητων μωρών στον καπνό της μητέρας (American Academy of Pediatrics, 2017).

Υπάρχουν τρεις τύποι παθητικού καπνίσματος. Το εισπνεόμενο κάπνισμα, δηλαδή ο καπνός που εισπνέεται και εκπνέεται από έναν καπνιστή και το μη εισπνεόμενο κάπνισμα, το οποίο διέρχεται από ένα καιόμενο τσιγάρο (National Toxicology Program, 2016). Τέλος το τριτογενές κάπνισμα, όσον αφορά τον καπνό που έχει απορροφηθεί σε ρούχα, έπιπλα και άλλες επιφάνειες (Ferrante et al, 2015).

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πραγματοποιείται κυρίως στο σπίτι (καπνιστής γονιός, αδέρφια κλπ.), σε χώρους εργασίας (καταστήματα, γραφεία, δημόσιες υπηρεσίες κλπ.), σε χώρους διασκέδασης (καφετέριες, μπαρ, εστιατόρια, νυχτερινά κέντρα κλπ.) σε οχήματα (μέσα μαζικής μεταφοράς, ιδιωτικά αυτοκίνητα κλπ.). Ωστόσο οι δύο κυριότεροι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι το σπίτι και ο χώρος εργασίας (National Cancer Institute, 2018).

Το παθητικό κάπνισμα περιλαμβάνει καρκινογόνες ουσίες που απελευθερώνονται στον αέρα από την καύση καπνού κατά τη διάρκεια του καπνίσματος. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα εισπνέουν και μεταβολίζουν παρόμοιες χημικές και καρκινογόνες ουσίες με εκείνες των καπνιστών. Οι πιο γνωστές είναι το βενζόλιο, οι νιτροζαμίνες, το βενζο(α)πυρένιο, το 1,3 βουταδιένιο, το κάδμιο, η φορμαλδεΰδη και η ακεταλδεΰδη (Rodgman and Perfetti, 2009).

3. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Προκειμένου να διαχωρίσουμε τα είδη των καπνιστών, θα ήταν εύλογο να διαχωρίσουμε τους ανθρώπους σε δύο κατηγορίες. Στους καπνιστές και στους μη καπνιστές. Στους παθητικούς καπνιστές ή μη καπνιστές συγκαταλέγονται όλοι εκείνοι οι άνθρωποι που παρόλο που έχουν επιλέξει μια ζωή χωρίς χρήση καπνού, εκτίθενται στο τοξικό μίγμα του παθητικού καπνού από την χρήση τρίτων. Αντίθετα στην μεγάλη κατηγορία των καπνιστών έχουμε τις εξής υποκατηγορίες: τους ευκαιριακούς καπνιστές, τους εθισμένους και τέλος τους εξαρτημένους καπνιστές (Su et al., 2014).

Ο ευκαιριακός καπνιστής είναι συνήθως άτομο που καπνίζει σχετικά μικρό αριθμό τσιγάρων, σπάνια, μόνο σε ορισμένες ευκαιρίες και περιστάσεις. Συνηθέστερα σε εξόδους με συνοδεία ποτού ή προκειμένου να απολαύσει μια ήρεμη στιγμή. Η περίπτωση του εθισμένου καπνιστή είναι αυτή που συναντάται συχνότερα ανά τον κόσμο. Αυτό που τον χαρακτηρίζει είναι η σταθερή ημερήσια κατανάλωση ενός αριθμού τσιγάρων, χωρίς περεταίρω ανάγκη αύξησης της ποσότητας αυτής. Ο εθισμένος καπνιστής είναι διατεθειμένος να διακόψει την βλαβερή συνήθεια όταν η ζωή του το επιτάξει (π.χ. κινδυνέψει η υγεία του ή προκύψει κάποια ασθένεια). Ωστόσο είναι δύσκολο για αυτά τα άτομα να πάρουν την απόφαση της μόνιμης διακοπής και ακόμη και αν το κάνουν, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αποτυγχάνουν και επιστρέφουν στην βλαπτική συνήθεια. Τέλος, ο εξαρτημένος καπνιστής, ο οποίος βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση ανάμεσα στα είδη των καπνιστών. Ο εξαρτημένος καπνιστής εμφανίζει συμπτώματα ανάλογα της εξάρτησης σε άλλες τοξικές ουσίες (π.χ. ναρκωτικά). Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς αυτής των καπνιστών είναι ο συνεχής πόθος για αύξηση της δόσης, απώλεια ελέγχου της συνήθειας αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις ακόμα και συμπτώματα συνδρόμου στέρησης σε τυχόν απότομη διακοπή. Τα άτομα αυτά δεν είναι διατεθειμένα να διακόψουν. Καπνίζουν το ένα τσιγάρο μετά το άλλο και οι κινήσεις τους είναι αυτοματοποιημένες. Κατά συνέπεια το κάπνισμα κυριαρχεί στη συμπεριφορά τους. Σε αντίθεση με τον εθισμένο καπνιστή, ο εξαρτημένος δεν είναι σε θέση να διακόψει ακόμη και αν απειλείται η ζωή του (Su et al., 2014).

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Έρευνες που έχουν γίνει, έχουν αποδείξει ότι ο πειραματισμός του καπνίσματος ξεκινάει κατά την πρώιμη εφηβεία. Οι νέοι δοκιμάζουν το πρώτο τους τσιγάρο πριν τα 18 έτη. Την δοκιμή ακολουθεί η χρήση καθημερινώς και τελικά σε σύντομο χρονικό διάστημα, οι νέοι καπνιστές οδηγούνται στην νικοτινική εξάρτηση. Σύμφωνα με έρευνα της HBSC, η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών, η οποία στα μεν αγόρια είναι 13,7 έτη ενώ στα κορίτσια τα 13 έτη (Currie et al. 2004). Η μακροχρόνια ερευνητική προσπάθεια ανάδειξης των παραγόντων πρόβλεψης στη νικοτινική εξάρτηση ανέδειξε τα εξής:

- Λευκή φυλή
- Γυναικείο φύλο
- Χαμηλό οικονομικό επίπεδο
- Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Πρώιμη ηλικία έναρξης
- Ταυτόχρονη χρήση και άλλων ουσιών
- Ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών
- Κάπνισμα γονέων
- Κάπνισμα συνομηλίκων
- Υψηλή ευαισθησία στην ενισχυτική δράση της νικοτίνης (δηλαδή την υποκειμενική θετική ή αρνητική εμπειρία του καπνίσματος). Τα άτομα που βιώνουν πρωταρχική εμπειρία, έντονα θετική ή έντονα αρνητική, είναι πιο πιθανόν να γίνουν εξαρτημένα, εφόσον ακόμα και η πρώτη έντονα αρνητική αντίδραση έχει αμελητέα επίδραση στην νικοτινική εξάρτηση (Javis, 2004).

4.1 Η επιρροή της οικογένειας

Η οικογένεια αποτελεί τον σημαντικότερο κοινωνικό θεσμό. Είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των ανθρώπων, ανεξάρτητα από την μορφή με την οποία εμφανίζεται κάθε φορά. Οι γονείς ως πρότυπα για τα παιδιά ασκούν μεγάλη επιρροή σχετικά με τις απόψεις και την στάση τους απέναντι σε διάφορα ζητήματα. Ένα τέτοιο μείζον ζήτημα είναι και η καπνιστική συνήθεια.

Η έναρξη του καπνίσματος σχετίζεται συχνά με το γονικό κάπνισμα και το κάπνισμα των αδελφών. Εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά τους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν συστηματικοί καπνιστές, σε σχέση με τα παιδιά των μη καπνιστών. Ακόμη ο επιπολασμός του καπνίσματος στο πληθυσμό των εφήβων δείχνει πως τα παιδιά που έχουν πατέρα και μεγαλύτερο αδελφό καπνιστή έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν κανονικοί καπνιστές, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν καπνίζει ο πατέρας και ο αδελφός τους (Marufu et al., 2015). Έχει αναφερθεί ότι τα άτομα των οποίων οι γονείς κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους, είναι πιο πιθανό να γίνουν καπνιστές σε σχέση με τα άτομα των οποίων οι γονείς δεν κάπνιζαν. Η στάση των γονέων παίζει ύστατο ρόλο στην ικανότητα των παιδιών τους να αντισταθούν ή να δοκιμάσουν να καπνίσουν. Αρκετοί γονείς θεωρούν ότι η αποτροπή των παιδιών τους από τη βλαβερή συνήθεια θα επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Εν αντιθέσει οι έφηβοι φαίνεται να αντιδράσουν και να καπνίζουν περισσότερο και πιο συχνά (Weinberger et al., 2015).

4.2 Η επιρροή των συνομηλίκων

Για το άτομα που ξεκινούν το κάπνισμα η κατανάλωση καπνού είναι μία προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της καθημερινότητας και των συγκρούσεων. Είναι μέσο προαγωγής ευχαρίστησης και αποβολής του άγχους. Σύμφωνα με δεδομένα ερευνών τα πρώτα 1-2 χρόνια της δοκιμής των τσιγάρων δεν είναι ευχάριστα. Ωστόσο ειδικά η ομάδα των νέων συνεχίζει το κάπνισμα επειδή θέλει να αποδείξει κάτι στην οικογένεια ή στον περίγυρο της. Οι παρέες των εφήβων συνήθως αποτελούνται από σύνολο ατόμων ίδιας ηλικίας με κοινά ενδιαφέροντα και ίδιους κανόνες συμπεριφοράς. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους που οι έφηβοι αρχίζουν να καπνίζουν είναι η επιρροή και η πίεση που δέχονται από τους συνομηλίκους τους. Αυτό συμβαίνει διότι θέλουν να ταιριάζουν με το περιβάλλον στο οποίο συναναστρέφονται. Είναι σίγουρο πως ανάμεσα σε μια παρέα ορισμένα

άτομα θα κληθούν από τους φίλους τους να καπνίσουν μαζί. Ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης λόγω της πιθανής άρνησης ή της διαφορετικότητας ωθούν τον νέο στην έναρξη της χρήσης προϊόντων καπνού (Lynsey et al., 2015).

4.3 Η επιρροή της διαφήμισης

Αναμφίβολα η κάθε μορφής προώθηση και προβολή των προϊόντων καπνού έχει τεράστια οικονομική σημασία για τις καπνοβιομηχανίες. Παρόλο που η ευαισθητοποίηση γύρω από τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος αυξάνεται και η νομοθεσία όλο και σκληραίνει, η αξία της επωνυμίας των τσιγάρων διατηρείται. Στόχος της προώθησης του προϊόντος είναι να ενημερώσει τις ομάδες ενδιαφέροντος για τα χαρακτηριστικά του, να τις πείσει να το αγοράσουν και να τους υπενθυμίσει την παρουσία του, επιτυγχάνοντας επαναληπτικές αγορές (Shapiro et al, 2002).

Σε μια κοινωνία που η διαφήμισή των προϊόντων καπνού επιτρέπεται χωρίς περιορισμούς, έχει ως απότοκο το κάπνισμα να κυριαρχεί παντού και οποιαδήποτε ώρα, να θεωρείται θετική συμπεριφορά και να γίνεται αποδεκτή από το ευρύ κοινό. Το 78% των μαθητών ηλικίας 13-15 ετών παγκοσμίως δηλώνουν ότι γίνονται τακτικά αποδέκτες διαφημιστικών ή άλλων προωθητικών μηνυμάτων από τις καπνοβιομηχανίες. Γίνεται προφανές ότι η πιο επιρρεπής ομάδα της διαφήμισης και των προωθητικών δραστηριοτήτων είναι οι ανήλικοι καπνιστές και τα παιδιά. Αυτό διότι δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις διαφημίσεις σε σχέση με τους ενήλικες (Clutterbuck et al., 2015).

5. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Αποφυγή άγχους

Ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν τη στενή σχέση του άγχους και της κατάθλιψης - ή και μόνο του άγχους- με το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν διότι νιώθουν ότι αποβάλλουν τα αρνητικά συναισθήματα και έτσι διαχειρίζονται τις καταστάσεις έντασης με ηρεμία (Damee et al, 2015).

Βαρεμάρα

Μπορεί το κάπνισμα να κάνει την ώρα να περνάει πιο γρήγορα αλλά ταυτόχρονα μειώνει και τον χρόνο του καπνιστή. Η διακοπή του καπνίσματος ωστόσο, μπορεί να δώσει τον χρόνο στον καπνιστή να κάνει όλες εκείνες τις δραστηριότητες που δεν έκανε πριν (Clutterbuck et al., 2015).

Απώλεια βάρους

Η εξήγηση για αυτή την δράση, σχετίζεται με την νικοτίνη και την διέγερση που προκαλεί στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα του οργανισμού, το οποίο άμεσα επηρεάζει τον μεταβολικό ρυθμό των καπνιστών. Έτσι το κάπνισμα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας, οι καπνιστές να έχουν χαμηλό σωματικό ή και φυσιολογικό βάρος. Οι καπνιστές τείνουν να έχουν πιο υγιές βάρος από τους μη καπνιστές (Wang, 2015).

Συνήθεια

Η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές στην διάρκεια της ημέρας καταλήγει στο να γίνεται με ακούσιο τρόπο. Υπολογίζεται ότι ετησίως, η κίνηση για τη διαδικασία ανάμματος ενός τσιγάρου γίνεται περίπου 10.000. Συνεπώς καταλήγει σε μια αυτόματη συμπεριφορά και ο καπνιστής τείνει να καπνίζει τσιγάρο άσχετα από το εάν ο οργανισμός του επιζητά την νικοτίνη τη συγκεκριμένη στιγμή (Clutterbuck et al, 2015).

6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

6.1 Καρκίνος του πνεύμονα

Το κάπνισμα είναι η πιο κοινή αιτία εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, προκαλώντας κατά προσέγγιση 1,2 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (Bray et al, 2018). Συγκριτικά με τους μη καπνιστές, οι καπνιστές είναι 22 φορές πιθανότερο να τον εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ακόμα και οι μη καπνιστές που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα, είτε στο σπίτι είτε στη δουλειά τους αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα σε 30%. Σύμφωνα με δεδομένα που προκύπτουν από έρευνες σε άτομα που έχουν επιτεύξει διακοπή της βλαβερής συνήθειας για 10 χρόνια, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου, μειώνεται στο μισό σε σχέση με αυτόν των καπνιστών (U.S Department of Health and Human Services, 2014).

6.2 Άσθμα

Πρόκειται για χρόνια ασθένεια των αεραγωγών των πνευμόνων η οποία προκαλεί φλεγμονή και επαναλαμβανόμενα επεισόδια δύσπνοιας και συριγμού (WHO, 2017). Όσον αφορά τα άτομα που ζουν στην καθημερινότητα τους με αυτή την πάθηση, η έκθεση στον καπνό περιορίζει τις δραστηριότητες τους, προδιαθέτει την εμφάνιση αναπηριών αλλά κυρίως αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρού άσθματος το οποίο χρήζει επείγουσας νοσοκομειακής περίθαλψης. Παιδιά σχολικής ηλικίας με γονείς καπνιστές βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Το παιδικό άσθμα είναι μη αναστρέψιμο και μπορεί να συμβάλλει σε χαμένες σχολικές ημέρες, διακοπτόμενο ύπνο και απαγορεύσεις στις δραστηριότητες. Ένας στους εννιά θανάτους από άσθμα μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμά. Είναι κοινός τόπος ότι οι ασθενείς με άσθμα μπορούν να ελέγξουν το άσθμα τους πιο αποτελεσματικά διακόπτοντας το κάπνισμα ή μειώνοντας την έκθεση τους στον καπνό (GBD, 2019).

6.3 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια ή αλλιώς ΧΑΠ, είναι μια ασθένεια των πνευμόνων που προκαλεί επεισόδια βήχα, δύσπνοιας και συνοδεύεται από παραγωγή βλέννης. Τα επεισόδια αυτά μπορούν να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και μήνες και στη χειρότερη περίπτωση να προκαλέσουν θάνατο. Το 2016 υπολογίζεται ότι πάνω από 251 εκατομμύρια άνθρωποι ζούνε με ΧΑΠ (WHO, 2017). Το κάπνισμα

είναι ο νούμερο ένα παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη ΧΑΠ, αφού προκαλεί διόγκωση και θραύση των αεροφόρων σάκων στους πνεύμονες. Αυτό συνεπάγει την μείωση της ικανότητας του πνεύμονα να ανταποκρίνεται στην απορρόφηση του οξυγόνου και στην αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα (Janson et al., 2013). Επιπροσθέτως είναι υπεύθυνο για την συσσώρευση πυώδους βλέννης στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα τον οδυνηρό βήχα και τις επώδυνες δυσκολίες στην αναπνοή. Ένας στους πέντε καπνιστές θα αναπτύξουν ΧΑΠ κατά την διάρκεια της ζωής του (Terzikhan, 2016). Σχεδόν οι μισοί από τους θανάτους από ΧΑΠ οφείλονται στο κάπνισμα. Ενήλικες που εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα κατά την παιδική τους ηλικία και είχαν συχνές λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, κινδυνεύουν να αναπτύξουν ΧΑΠ. Όπως και όσοι άρχισαν το κάπνισμα στην εφηβεία τους είναι ευάλωτοι, λόγω της μειωμένης λειτουργίας των πνευμόνων. Η αποφυγή της νόσου αυτής βασίζεται είτε στη διακοπή είτε στην πρόωρη παύση του καπνίσματος. Έτσι οι ασθενείς μπορούν να ανακτήσουν την πνευμονική λειτουργία τους (Chan et al, 2015).

6.4 Κάπνισμα και Στεφανιαία νόσος

Ο καρκίνος και οι παθήσεις του αναπνευστικού δεν είναι οι μόνες ασθένειες που κλονίζουν την υγεία και οφείλονται στο κάπνισμα. Το κάπνισμα αποτελεί σταθερά μια από τις κύριες αιτίες των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι βλάβες στο κυκλοφορικό σύστημα είναι από τις πιο σημαντικές. Το κάπνισμα ευνοεί και προάγει την ανάπτυξη και εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης. Υπάρχουν δεδομένα που αποδεικνύουν ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των τσιγάρων, τόσο πιο σοβαρές και εκτεταμένες είναι οι βλάβες που προκαλούνται στον οργανισμό του καπνιστή. Είναι υπεύθυνο για προβλήματα όπως η μειωμένη ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο, η θρόμβωση αυτού, οι καρδιακές αρρυθμίες. Σχετίζεται με θανατηφόρα και μη στεφανιαία νόσο κατά τρόπο δοσοεξαρτώμενο και αναστρέψιμο με τον σχετικό κίνδυνο να μειώνεται σημαντικά μετά τη διακοπή (Quaife et al, 2015)

6.5 Κάπνισμα και κύηση

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης θέτει σε κίνδυνο την υγεία του βρέφους καθώς και της μητέρας. Παρά την γενική άποψη που επικρατεί, το γεγονός της εγκυμοσύνης δεν είναι από μόνο του ένα σημαντικό κίνητρο για να εγκαταλείψουν το κάπνισμα για πάντα. Τα κύρια παράγωγα του καπνού που ευθύνονται για την

δυσμενή έκβαση της κύησης είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη, που μεταφέρονται μέσω του πλακούντα. Απότοκος του καπνίσματος κατά την κύηση είναι να συνδέεται μεταξύ άλλων με πρόωρο τοκετό και με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα. Κύριες αιτίες της περιγεννητικής θνησιμότητας είναι η ανοξία και η προωρότητα, οι οποίες οφείλονται σε συχνές αιμορραγίες προερχόμενες από αποκόλληση πλακούντα ή προδρομικό πλακούντα αλλά και πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων. Οι αρνητικές επιπτώσεις από την προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα δεν περιορίζονται μόνο σε βλάβες προγεννητικά, αλλά διαπιστώνονται και αμέσως μετά την γέννησή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας τα μωρά των καπνιστριών όχι μόνο παρουσιάζουν μειωμένο βάρος αλλά διαφορές στις καθιερωμένες αριθμητικές μετρήσεις των σωματομετρικών χαρακτηριστικών όπως ύψος, περίμετρο κεφαλής, θώρακος και ώμων. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι η συσχέτιση του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση με πολλές ασθένειες ιδιαίτερα στη μετανεογνική περίοδο. Τέτοιες αποτελούν το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου των βρεφών, οι χρόνιες αναπνευστικές πνευμονοπάθειες, οι συγγενείς ανωμαλίες, και ο αυτισμός. Τέλος φαίνεται ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με την ελλειμματική προσοχή των παιδιών, την υπερκινητικότητα, με αυξημένες μαθησιακές δυσκολίες αλλά και με διαταραχή της συμπεριφοράς (Jong et al, 2014).

7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία και την ζωή των παθητικών καπνιστών έχουν επιβεβαιωθεί από το 1972. Το 1982 τεκμηριώθηκε για πρώτη φορά η επικινδυνότητα του παθητικού καπνίσματος σε έρευνα που πραγματοποίησε το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σήμερα, το παθητικό κάπνισμα θεωρείται η τρίτη προλήψιμη αιτία θανάτου (Γεωργιάδης, 2008).

Μακροχρόνια έκθεση στο δευτερογενές κάπνισμα προκαλεί πολλές κοινές ασθένειες με το ενεργητικό. Η Υπηρεσία Προστασίας του Περιβάλλοντος των Η.Π.Α., το Εθνικό Πρόγραμμα Τοξικολογίας των Η.Π.Α. και ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο έχουν κατατάξει όλοι το παθητικό κάπνισμα ως γνωστό ανθρώπινο καρκινογόνο (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Εκτιμάται ότι κατά τη διάρκεια της περιόδου 2005-2009, η έκθεση σε παθητικό καπνό προκάλεσε περισσότερους από 7.300 θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα σε ενήλικες μη καπνιστές. Ορισμένες έρευνες υποδεικνύουν επίσης ότι ο παθητικός καπνός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καρκίνου του ρινικού κόλπου και ρινοφαρυγγικού καρκίνου σε ενήλικες (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Επιπλέον φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμίας, λεμφώματος και εγκεφαλικών όγκων στα παιδιά. Ο παθητικός καπνός σχετίζεται με ασθένεια και πρόωρο θάνατο σε μη καπνιστές ενήλικες και παιδιά. Η έκθεση σε παθητικό καπνό ερεθίζει τους αεραγωγούς και έχει άμεσες βλαβερές συνέπειες για την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία των παθητικών καπνιστών. Αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών παθήσεων κατά περίπου 25 έως 30% (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο παθητικός καπνός εκτιμάται ότι προκαλεί σχεδόν 34.000 θανάτους από καρδιακές παθήσεις κάθε χρόνο. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αυξάνει επίσης τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 20 έως 30% (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Η έκθεσή στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί μειωμένη γονιμότητα, επιπλοκές εγκυμοσύνης και δυσμενή έκβαση της κύησης συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της ανάπτυξης των πνευμόνων, του χαμηλού βάρους γέννησης και της πρόωρης γέννησης (National Cancer Institute, 2017).

Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου, λοιμώξεων του αυτιού, κρυολογήματος, πνευμονίας, βρογχίτιδας και σοβαρού άσθματος. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα επιβραδύνει την ανάπτυξη των πνευμόνων των παιδιών και μπορεί να τους προκαλέσει βήχα, συριγμό και αίσθημα αϋπνίας. Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο έκθεσης στον παθητικό καπνό. Ακόμα και τα χαμηλά επίπεδα παθητικού καπνού μπορεί να είναι επιβλαβή (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ιδέα της πρόληψης βασίζεται στην έγκαιρη παρέμβαση πριν την εκδήλωση του προβλήματος της εξάρτησης. Η προσέγγιση για μείωση της βλάβης από τη χρήση προϊόντων καπνού επικεντρώνεται στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Στόχος είναι η δημιουργία δραστηριοτήτων βασισμένων στην κοινότητα για την πρόληψη της χρήσης καπνού (Stanhope and Lancaster, 2009).

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας οι δραστηριότητες πρόληψης του καπνίσματος περιλαμβάνουν την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση και την εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αλλά και των ειδικών ομάδων σχετικά με το κάπνισμα, τις δυνητικά βλαβερές επιπτώσεις του αλλά και τις συμπεριφορές που καθορίζουν την υγεία. Συγκεκριμένα τα γραφεία Αγωγής Υγείας και ενημέρωσης του κοινού θα πρέπει να δρουν χρησιμοποιώντας κλασικές ενημερωτικές και εκπαιδευτικές μεθόδους, διαδραστικές παρεμβάσεις με τη συμμετοχή του κοινού και εργαλεία επικοινωνίας της υγείας, για τη διάδοση ιατρικών γνώσεων και κοινωνικών μηνυμάτων (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή, 2005).

9. ΩΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παρόλο που το κάπνισμα θεωρείται μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας και σκοτώνει πολλά από τα θύματα του, είναι πλέον αναστρέψιμος παράγοντας νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σύμφωνα με αποδείξεις πολλές από τις βλάβες που προκαλεί μπορούν να αντιστραφούν ολοκληρωτικά. Τα αποτελέσματα στην υγεία είναι άμεσα και μπορούν να έχουν μακροχρόνια ισχύ, με δεδομένο ότι ο καπνιστής θα διατηρήσει την αποχή (Χατζηλιά, 2017).

- 20 λεπτά μετά το κάπνισμα του τελευταίου τσιγάρου: η αρτηριακή πίεση και οι καρδιακοί παλμοί επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης, επανέρχεται στο φυσιολογικό η θερμοκρασία των άκρων, χεριών και ποδιών.
- 8 ώρες μετά: Το επίπεδο μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα θα μειωθεί και το επίπεδο οξυγόνου θα επιστρέψει στα κανονικά όρια.
- 12 ώρες μετά: Πλήρης αποβολή της νικοτίνης από τον οργανισμό.
- 48 ώρες μετά: Βελτίωση γεύσης και όσφρησης
- 72 ώρες μετά: Αύξηση αναπνευστικής χωρητικότητας των πνευμόνων-ευκολότερη αναπνοή.
- 5 ημέρες μετά : Αποβολή από τον οργανισμό των υπολειπόμενων υποπροϊόντων νικοτίνης.
- 2 εβδομάδες έως 3 μήνες μετά: Βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος, αύξηση αντοχής, μείωση ρινικής συμφόρησης και λαχανιάσματος, καλύτερη λειτουργία των πνευμόνων.
- 1 έτος μετά: Μείωση κινδύνου εμφάνισης επεισοδίου καρδιακής προσβολής κατά το ήμισυ.
- 5 έτη μετά: Μείωση κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο στόματος/τραχήλου.
- 10 έτη μετά: Μείωση κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα αλλά και άλλα είδη καρκίνου.
- 15 έτη: Ο κίνδυνος καρδιακών επεισοδίων θα είναι ίδιος με εκείνον ενός μη καπνιστή.

Τα πλεονεκτήματα της μόνιμης διακοπής είναι ορατά σε κάθε ηλικία και ειδικότερα σε όσα άτομα επιλέξουν τη διακοπή πριν την ηλικία των 35 ετών (Χατζηλιά, 2017).

10. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Πολλές κυβερνήσεις κάνουν πρόοδο στον αγώνα κατά του καπνού, με 5 εκ. ανθρώπους - δηλαδή 4 φορές περισσότερα άτομα από ότι πριν από μια δεκαετία.- να ζουν σήμερα σε χώρες που έχουν εισάγει αντικαπνιστικές παρεμβάσεις, γραφιστικές απαγορεύσεις στις συσκευασίες και άλλα αποτελεσματικά μέτρα για τον έλεγχο του καπνίσματος. Ωστόσο μία καινούρια έκθεση του ΠΟΥ δείχνει ότι πολλές χώρες εξακολουθούν να μην εφαρμόζουν επαρκείς πολιτικές, συμπεριλαμβανομένης της παροχής βοήθειας στους ανθρώπους να εγκαταλείψουν το κάπνισμα, το οποίο μπορεί να σώσει ζωές. Το μεγαλύτερο επίτευγμα του ΠΟΥ σχετικά με το κάπνισμα ήταν η σύναψη της Σύμβασης Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού. Πρόκειται για την πρώτη διεθνή συνθήκη υπό την αιγίδα του ΠΟΥ. Υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στις 21 Μαΐου 2003 και τέθηκε σε ισχύ δυο χρόνια αργότερα στις 27 Φεβρουαρίου 2005. Έκτοτε έγινε μια από τις ταχύτερα και ευρύτερα υιοθετούμενες συνθήκες στην ιστορία των Ηνωμένων Εθνών. Σήμερα η Σύμβαση μετράει 192 κράτη μέλη (WHO, 2015).

Η Σύμβαση αναπτύχθηκε ως απάντηση στην ραγδαία παγκοσμιοποίηση της επιδημίας του καπνού. Πρόκειται για μια συνθήκη βασισμένη σε αποδείξεις και στοχεύει στην ανάδειξη του δικαιώματος όλων των ανθρώπων στο υψηλότερο επίπεδο υγείας. Αποτελεί ορόσημο στην προώθηση της δημόσιας υγείας και παρέχει νέες νομικές διαστάσεις για την διεθνή συνεργασία στον τομέα της υγείας. Απώτερος σκοπός της Σύμβασης και τον πρωτοκόλλων της, είναι η προστασία των ανθρώπων όλου του κόσμου, όλων των ηλικιών από τις καταστρεπτικές επιπτώσεις της κατανάλωσης και της έκθεσης στον καπνό στους τομείς της υγείας, της κοινωνίας, της οικονομίας και του περιβάλλοντος. Τα κράτη μέλη οφείλουν να θέσουν σε εφαρμογή εθνικές στρατηγικές, σχέδια και προγράμματα ελέγχου του καπνού σύμφωνα με την παρούσα Σύμβαση και τα πρωτόκολλα της. Η σύμβαση χωρίζεται σε 10 ενότητες και περιλαμβάνει στο σύνολο 38 θεσπισμένα άρθρα. Επιγραμματικά επισυνάπτονται παρακάτω (WHO, 2015).

Άρθρα 1 έως 2: Αποσαφηνίζονται οι όροι καθώς και η σχέση μεταξύ της παρούσας Σύμβασης και άλλων συμφωνιών και νομικών κειμένων.

Άρθρα 3 έως 5: Καθορίζουν τους στόχους, τις κατευθυντήριες αρχές και τις γενικές υποχρεώσεις που απορρέουν από τη συνθήκη.

Άρθρα 6 έως 14: Μέτρα μείωσης της ζήτησης.

Άρθρα 15 έως 17: Μέτρα μείωσης της προσφοράς.

Άρθρο 18: Προστασία του περιβάλλοντος.

Άρθρο 19: Ευθύνη.

Άρθρα 20-22: Συνεργασία και επικοινωνία.

Άρθρα 23 έως 26: Θεσμικές ρυθμίσεις και οικονομικοί πόροι.

Άρθρο 27: Επίλυση διαφορών.

Άρθρα 28 έως 29: Ανάπτυξη της σύμβασης.

Άρθρα 30 έως 38: Τελικές διατάξεις που καλύπτουν τα νομικά θέματα όπως τα μέσα προσχώρησης στην Σύμβαση, έναρξη ισχύος και ούτω καθεξής (WHO, 2015).

Συμπερασματικά τα μέτρα και οι πρωτοβουλίες που τα κράτη μέλη πρέπει να αναλάβουν σχετίζονται με τα εξής:

- 1) Εφαρμογή τιμολογιακών και φορολογικών μέτρων για τη μείωση της ζήτησης του καπνού.
- 2) Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό στους χώρους εργασίας, στα μέσα μεταφοράς και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- 3) Έλεγχος και δοκιμή του περιεχομένου και των εκπομπών των προϊόντων καπνού.
- 4) Εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων που θα εξασφαλίζει ότι η συσκευασία και επισήμανση των προϊόντων καπνού θα φέρουν προειδοποιήσεις για την υγεία και θα περιγράφουν τις επιβλαβείς επιδράσεις της χρήσης καπνού και ταυτόχρονα θα διαβιβάζουν τα κατάλληλα μηνύματα.
- 5) Προαγωγή και ενίσχυση της ευαισθησίας του κοινού για θέματα ελέγχου του καπνού.

- 6) Θέσπιση σκληρών διατάξεων στην διαφήμιση, προώθηση και τη χορηγία καπνού.
- 7) Μέτρα μείωσης της ζήτησης όσον αφορά την εξάρτηση από τον καπνό και την παύση. Σχεδιασμός και εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, χώρους εργασίας και άθλησης καθώς και προγράμματα πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας της εξάρτησης σε νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα αποκατάστασης (WHO, 2015).

11. ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η λήψη μέτρων για τον έλεγχο του επιπολασμού του καπνίσματος ξεκίνησε το 1952. Το πρώτο βήμα έγινε με την απαγόρευση του καπνίσματος στα δημόσια Μέσα Μεταφοράς, με την εφαρμογή του μέτρου να λαμβάνει ισχύ αρκετά χρόνια αργότερα από τη θέσπιση του. Εν έτη 1979, πραγματοποιείται το επόμενο βήμα στην καταπολέμηση του καπνίσματος στην Ελλάδα, με την θέσπιση νόμου που υποτάσσει την πλήρη απαγόρευση του σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, ώστε τελικά το 1980 να απαγορευτεί σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Αυτές οι πολιτικές απαγόρευσης φαίνεται πως είχαν αντίκτυπο στη μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων. Ωστόσο στα μέσα της δεκαετίας του 1980, η καπνιστική συνήθεια των Ελλήνων προοδευτικά αυξάνεται. Για το λόγο αυτό τα έτη 1993 και 2002 εκδόθηκαν εκ νέου υπουργικές αποφάσεις σχετικά με τη νομοθεσία του καπνίσματος. Ουσιαστικότερη δράση στη στρατηγική διακοπής του καπνίσματος στην Ελλάδα έγινε με την υπογραφή της Διεθνούς Σύμβασης για τον Έλεγχο του καπνίσματος υπό την αιγίδα του ΠΟΥ, καθώς επίσης και με τη συμμετοχή της στην υλοποίηση των πολιτικών που ακολουθεί η Ευρωπαϊκή Ένωση (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

B' ΜΕΡΟΣ

1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι στρατηγικές ατομικής διακοπής του καπνίσματος συνδυάζουν συμβουλές (δηλαδή σύσταση για τη διακοπή του καπνίσματος) με φαρμακολογική θεραπεία και με γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Η συνήθης μορφή παρέμβασης αποτελείται από πολλές (τουλάχιστον τέσσερις) συνεδρίες, που διαρκούν 20-45 λεπτά σε μια περίοδο 9-12 εβδομάδων θεραπείας (Gratzίου, 2008). Η εξειδικευμένη παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος στην ατομική της μορφή είναι η συνιστώμενη προσέγγιση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό. Ένα εντατικό πρόγραμμα με εβδομαδιαίες επισκέψεις, προσωπικές διαβουλεύσεις και χρήση φαρμακοθεραπείας, μπορεί να αυξήσει το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. Αυτό ωστόσο πρέπει να παρέχεται από εξειδικευμένα κέντρα διακοπής του καπνίσματος (Stead & Lancaster, 2016).

Οι ειδικοί χρησιμοποιούν τον όρο «συμβουλευτική» για να καθορίσουν τη συγκεκριμένη βοήθεια γνωσιακής συμπεριφοράς στους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για να διακόψουν το κάπνισμα. Οι συμβουλευτικές συνεδρίες έχουν το ρόλο παροχής στους καπνιστές γνώσεων σχετικά με τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος και λύσεις για να ξεπεράσουν τα εμπόδια κατά τη διάρκεια της απόπειρας διακοπής (West et al., 2014). Συνήθως παρέχεται από μια ομάδα (γιατρός, νοσηλευτής και -προαιρετικά- ψυχολόγος) που εκπαιδεύονται στο πεδίο της διακοπής του καπνίσματος. Η εξειδικευμένη παρέμβαση συνεπάγεται ότι ο ασθενής είναι ενημερωμένος, έχει προσλάβει την ανάλογη συμβουλευτική και ζητά ειδική βοήθεια. Ο γιατρός έχει τον κύριο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, δεδομένου ότι έχει την ευθύνη να ενημερώσει και να συνταγογραφήσει τη φαρμακοθεραπεία. Ο νοσηλευτής βοηθά στη συμπλήρωση της τεκμηρίωσης, στη συμπλήρωση της βάσης δεδομένων, στις εργαστηριακές εξετάσεις κ.λπ. και μπορεί ακόμη και να παρέχει σύντομη συμβουλευτική. Ο ψυχολόγος βοηθά την παρέμβαση προσθέτοντας στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης και τεχνικές γνωστικής συμπεριφοράς (Stead & Lancaster, 2016).

Κατά την πρώτη διαβούλευση, παρουσιάζονται στον ασθενή εν συντομία οι διαθέσιμες θεραπείες, ενημερώνεται σχετικά με τα συμπτώματα εξάρτησης και συμφωνεί με τις καταλληλότερες λύσεις. Η αρχική επαφή πρέπει να είναι μια

ευκαιρία για την εκτίμηση των πιθανοτήτων επιτυχίας και των κινδύνων υποτροπής. Κατά τη διάρκεια της τυπικής θεραπείας των 9-12 εβδομάδων, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που υποδεικνύεται, συνιστάται να παρακολουθούνται οι ασθενείς για παραμέτρους όπως αν ο ασθενής ακολουθεί τη θεραπεία, ή αν οι τυποποιημένες δόσεις στην περίπτωση της φαρμακοθεραπείας επαρκούν ή χρειάζεται αύξηση ή μείωση λόγω παρενεργειών. Αυτές οι επισκέψεις προσφέρουν την ευκαιρία για παροχή άμεσης υποστήριξης, ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο καπνιστής αποθαρρύνεται ή έχει μια υποτροπή (West et al., 2014).

Η τελική θεραπευτική συνάντηση λαμβάνει χώρα όταν τελειώνει η θεραπεία, συνήθως δύο έως τρεις μήνες μετά την αρχική και αποσκοπεί κυρίως στην αξιολόγηση της αποχής από το κάπνισμα ως αποτέλεσμα της θεραπείας. Με την ευκαιρία αυτή, θα πρέπει να αξιολογηθεί εκ νέου η κατάσταση του ατόμου κλινικά και βιολογικά. Αξιολογούνται τα συμπτώματα εξάρτησης και οι παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας (Stead & Lancaster, 2016).

2. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι καπνιστές όταν επιχειρούν να διακόψουν το κάπνισμα. Ως παράγοντες παρεμπόδισης διακοπής του καπνίσματος έχουν σημειωθεί:

- Ο υψηλός βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη και το ιστορικό βαρύτητας του καπνίσματος (περισσότερα από 20 τσιγάρα ανά ημέρα, σύντομο χρονικό διάστημα ανάμεσα σε κάθε τσιγάρο).
- Η έλλειψη της γνώσης των πλεονεκτημάτων της διακοπής ή της πεποίθησης ότι η δράση δεν είναι απαραίτητη.
- Η απόλαυση της νικοτίνης ή η καπνιστική συνήθεια.
- Οι ψυχολογικές ή συναισθηματικές ανησυχίες (άγχος, κατάθλιψη, ψυχιατρικές διαταραχές).
- Ο φόβος αύξησης του σωματικού βάρους.
- Ο φόβος ότι η προσπάθεια διακοπής θα είναι ανεπιτυχής.
- Η ταυτόχρονη χρήση άλλων ουσιών (αλκοόλ και άλλα φάρμακα).
- Η συμβίωση με άλλους καπνιστές.
- Οι συνθήκες που οδηγούν στον καπνιστή να δίνει ένα χαμηλό επίπεδο προτεραιότητας στη διακοπή του καπνίσματος, όπως π.χ. λόγω της φτώχειας και της κοινωνικής απομόνωσης (Richmond & Zwar, 2010).

3. ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα στάδια διακοπής της καπνιστικής διαδικασίας έχουν σαν σκοπό να αξιολογήσουν την ετοιμότητα ενός ατόμου να μεταβάλλει τη συμπεριφορά του και να ξεκινήσει τη διαδικασία διακοπής. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι όλοι οι καπνιστές βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια ετοιμότητας και αντίστοιχα πρέπει να επιδιώκεται η κατάλληλη προσέγγιση, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Τα στάδια αυτά είναι:

1. Το άτομο δεν είναι έτοιμο: Αυτοί οι χρήστες δεν εξετάζουν σοβαρά το ενδεχόμενο διακοπής για τους επόμενους έξι μήνες. Γενικά αποδέχονται τις θετικές πτυχές του καπνίσματος και δεν επιθυμούν να αναγνωρίσουν τα μειονεκτήματα ή έχουν αποθαρρυνθεί από την αποτυχία της διακοπής σε προηγούμενες προσπάθειες. Ο νοσηλευτής αρχικά πρέπει να ενθαρρύνει αυτά τα άτομα σκεφτούν την καπνιστική τους συνήθεια και στη συνέχεια να τους παράσχει γραπτές πληροφορίες σχετικά με τις μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες επιβλαβείς συνέπειες της χρήσης καπνού.
2. Το στάδιο της αβεβαιότητας: Αυτοί οι χρήστες έχουν λάβει σοβαρά υπόψη την διακοπή του καπνίσματος τους επόμενους έξι μήνες. Αυτή η ομάδα είναι ιδιαίτερα δεκτική σε σύντομες ενημερώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος και στην ενημέρωση σχετικά με τις πρακτικές διακοπής.
3. Το στάδιο της ετοιμότητας: Αυτοί οι χρήστες σχεδιάζουν να διακόψουν το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες και έχουν κάνει συνήθως μια 24-ώρη προσπάθεια αποχής από το κάπνισμα κατά το παρελθόν έτος. Αυτή η ομάδα έχει το κίνητρο να διακόψει σύντομα το κάπνισμα. Αυτοί οι ασθενείς βρίσκονται σε ένα «παράθυρο» ευκαιρίας διακοπής του καπνίσματος, το οποίο πρέπει να εκμεταλλευτεί ο επαγγελματίας υγείας.
4. Το στάδιο της δράσης: Πρόκειται για πρώην χρήστες που έχουν διακόψει το κάπνισμα κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει κίνδυνος υποτροπής. Αυτή είναι μια περίοδος όπου απαιτείται υποστήριξη και στρατηγικές για την πρόληψη της υποτροπής. Εάν εμφανιστεί υποτροπή, είναι σημαντικό αυτό να μην θεωρείται αποτυχία, αλλά ως μαθησιακή εμπειρία.
5. Το στάδιο της συντήρησης: Σε αυτό το στάδιο βρίσκονται οι χρήστες καπνού που έχουν διακόψει το κάπνισμα για περισσότερο για έξι μήνες. Η συμπεριφορά της

αποχής από το κάπνισμα δεν εμπεριέχει απειλή υποτροπής και η απειλή της χρήσης του καπνού σταδιακά μειώνεται. Οι πιθανότητες υποτροπής μειώνονται με την πάροδο του χρόνου και μόνο το 4% αυτών που διέκοψαν για περισσότερα από δύο χρόνια, τείνουν να επιστρέψουν στη χρήση καπνού (Kumar & Prasad, 2014).

4. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.1 Ψυχολογική υποστήριξη για διακοπή του καπνίσματος

Εκτός από τη φαρμακολογική θεραπεία και την παροχή συμβουλών, ο ασθενής που θέλει να σταματήσει το κάπνισμα μπορεί να επωφεληθεί από την ψυχολογική βοήθεια. Κάθε καπνιστής πρέπει να συμβουλευτεί να κάνει τη δική του προσπάθεια να σταματήσει το κάπνισμα. Εάν αυτή η προσπάθεια αποτύχει ή εάν ο καπνιστής αισθάνεται ότι δεν μπορεί να σταματήσει χωρίς βοήθεια, οι τεχνικές ψυχοθεραπείας πρέπει να χρησιμοποιούνται στην υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος (Fiore & Baker, 2011).

Τα συνιστώμενα στοιχεία της θεραπείας προέρχονται από τη συμπεριφορική θεραπεία. Τα προγράμματα διακοπής βασίζονται στο σκεπτικό ότι η ψυχολογική εξάρτηση δημιουργείται από τις διαδικασίες, τις προσωπικές αξίες και συνήθειες της κατανάλωσης του καπνού, που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνιστή. Αυτές οι παρεμβάσεις παρέχονται είτε με ομαδική θεραπεία είτε σε μεμονωμένο θεραπευτικό περιβάλλον. Ένα δημοφιλές μοντέλο, βασίζεται σε μια ομάδα διακοπής του καπνίσματος από 6 έως 12 ασθενείς, που υποβάλλονται σε αγωγή μαζί, για 6 έως 10 συνεδρίες (Lancaster & Stead, 2017).

Η ψυχολογική υποστήριξη πραγματοποιείται με συστηματική και τυποποιημένη προσέγγιση. Αρχίζει με την αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ασθενούς και βοηθά τους ασθενείς να συγκρίνουν τα οφέλη έναντι των μειονεκτημάτων με εξατομικευμένο τρόπο, καθώς και πως η εξάρτηση από τον καπνό επηρεάζει τη ζωής και την καθημερινότητά τους. Στη συνέχεια, συντάσσεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, μέσα από μια συνεργατική διαδικασία. Το πρώτο βήμα είναι να συμφωνηθεί μια ημέρα διακοπής. Από εκείνη την ημέρα, ο ασθενής δεν πρέπει να κρατά τσιγάρα στην τσέπη του, στην τσάντα, στη βαλίτσα, στο σπίτι, κλπ. Αυτό είναι απαραίτητο, καθώς υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις, που δείχνουν ότι η συντριπτική ανάγκη για το κάπνισμα διαρκεί 7 λεπτά και έπειτα, ακόμα κι αν η ανάγκη για κάπνισμα παραμένει, μπορεί να ελεγχθεί από το άτομο. Όταν οι ασθενείς δεν έχουν τσιγάρα, για τη διάρκεια των 7 λεπτών, ξεπερνούν την υπερβολική πίεση και αντιμετωπίζουν ευκολότερα την προκλητική κατάσταση (Lancaster & Stead, 2017).

Ενώ ο ασθενής καπνίζει ακόμα, αλλά έχει επίσης αρχίσει τη φαρμακολογική θεραπεία, συνιστώνται τα ακόλουθα:

- Να ανακοινώσει σε όλους τους φίλους, την οικογένεια κ.λπ. την πρωτοβουλία του να εγκαταλείψει το κάπνισμα.
- Να γράψει σε ένα κομμάτι χαρτί τους λόγους για τους οποίους θέλει να σταματήσει το κάπνισμα και να το αναρτήσει σε ένα μέρος όπου μπορεί να το δει συχνά - στην πόρτα του ψυγείου, στο μπάνιο, στην οθόνη του υπολογιστή κ.λπ.
- Να προσδιορίσει με τι θα αντικαταστήσει βέλτιστα τη χειρονομία καπνίσματος. Αυτό μπορεί να είναι ένα ποτήρι νερό, τσάι, καφές κ.λπ. ή ακόμα μπάλες κατά του στρες, τσίχλες ή φαγητό κ.λπ.
- Ο καπνιστής να ορίσει ένα άτομο υποστήριξης. Το άτομο που δεσμεύεται να επικοινωνήσει τηλεφωνικά πριν ενδεχομένως να υποτροπιάσει.
- Να προσχεδιάσει έναν τύπο αντίδρασης για τις περιπτώσεις που εμφανίζεται η επιθυμία χρήσης καπνού: νερό, περίπατος κ.λπ.
- Να αλλάξει την καθημερινή ζωή, τις συνήθειες ή το χώρο που συνδέεται με την προηγούμενη καπνιστική συνήθεια (Batra, 2015).

4.2 Γνωστική –συμπεριφορική ψυχοθεραπεία

Η γνωστική–συμπεριφορική ψυχοθεραπεία έχει τα εξής χαρακτηριστικά: ξεκινά με μια σχέση συνεργασίας μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενούς, μέσα από την αποφυγή των συγκρούσεων, την ενεργή ακρόαση, η οποία αναφέρεται στην επαναδιατύπωση του τι λέει ο ασθενής, την αποτίμηση της επιτυχίας και τη δημιουργία θετικών δεξιοτήτων εκτίμησης σχετικά με τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος. Αυτή η θεραπεία στοχεύει στην αλλαγή των μη προσαρμοσμένων συμπεριφορών των ατόμων και στην αποκατάσταση και προώθηση προσαρμοσμένων συμπεριφορών. Η χρήση της γνωστικής–συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στη διακοπή του καπνίσματος βοηθά τους καπνιστές να μάθουν να λαμβάνουν υπόψη τη συμπεριφορά τους σχετικά με το κάπνισμα και να αξιολογούν τον εαυτό τους, δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι μια μαθησιακή συμπεριφορά, η οποία στη συνέχεια διατηρείται μέσω μιας εξάρτησης, επηρεαζόμενη συνεχώς από ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Guichenez et al., 2019).

Μέσω της γνωστικής–συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας, ο καπνιστής θα μάθει πρακτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση της υποκίνησης του καπνίσματος και θα επωφεληθεί από την ψυχολογική και συμπεριφορική στήριξη. Η γνωστική–συμπεριφορική θεραπεία συμβάλλει στην αύξηση αποχής, αξιολογώντας το κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος, οικοδομώντας δεξιότητες επικοινωνίας, σε έναν θεραπευτικό διάλογο, με βάση τον σεβασμό και την κατανόηση. Οι περισσότεροι καπνιστές δεν έχουν ακριβείς γνώσεις για το τι συμβαίνει στο μυαλό τους όταν καπνίζουν και τους λόγους για τους οποίους είναι δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα, ακόμα κι αν έχουν πολύ ισχυρά κίνητρα. Μια συζήτηση με έναν ειδικό σχετικά με τις επιπτώσεις της νικοτίνης στον εγκέφαλο και την εξελικτική εξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να αυξήσει θεαματικά την πρωτοβουλία του ασθενούς για τη διακοπή του καπνίσματος (McDougal et al., 2019).

5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

5.1 ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

Επί του παρόντος είναι διαθέσιμα επτά φάρμακα πρώτης γραμμής, από τα οποία πέντε είναι με βάση τη νικοτίνη και δύο είναι μη νικοτινικά.

5.1.1 Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Ο μηχανισμός δράσης των νικοτινικών ουσιών βασίζεται στον μηχανισμό διέγερσης των νικοτινικών υποδοχέων στον εγκέφαλο και την επακόλουθη απελευθέρωση της ντοπαμίνης (Picciotto & Kenny, 2012).

Τα υποκατάστατα νικοτίνης που κυκλοφορούν διεθνώς ως προϊόντα είναι:

- Διαδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης 5mg, 10mg, 15mg για 16 ώρες το 24ωρο και 7mg, 14mg, 21mg το 24ωρο
- Μασώμενες τσίγλες νικοτίνης 2mg, 4mg
- Υπογλώσσσιες ταμπλέτες νικοτίνης 2mg
- Χάπια νικοτίνης 1mg
- Συσκευή επιστομίων με επιστόμιο για νικοτίνη 10mg
- Ρινικό σπρέι νικοτίνης με 0,5mg ανά ψεκάσμο
- Χάπια νικοτίνης 2mg και 4mg (Κουτίνου & Κουτουλάκη, 2015).

Αυτά που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι οι τσίγλες νικοτίνης και τα αυτοκόλλητα νικοτίνης. Οι καπνιστές με συγκεκριμένα προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά νοσήματα, υπερθυρεοειδισμό, σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρή νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια και πεπτικό έλκος) συμβουλεύονται να χρησιμοποιούν υποκατάστατα νικοτίνης μόνο μετά από σοβαρό υπολογισμό των κινδύνων και του οφέλους και μετά από συζήτηση με κάποιον ειδικό ιατρό. Παρόμοια συμβουλή πρέπει να δίνεται και στις καπνίστριες που είναι έγκυες ή θηλάζουν. Συνήθως τα υποκατάστατα νικοτίνης χορηγούνται σε καπνιστές άνω των 18 ετών, ενώ σε μικρότερη ηλικία κατόπιν σύστασης ιατρού. Σε καπνιστές με προβλήματα υγείας συστήνονται αυτά τα παράγωγα, μετά από εκτίμηση των κινδύνων και των ασφαλειών της θεραπείας. Η θεραπεία με υποκατάστατα πρέπει να διακόπτεται μόλις ξαναρχίσει το κάπνισμα. Η χρήση των υποκατάστατων αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε βάθος χρόνου (Κουτίνου & Κουτουλάκη, 2015).

5.1.2 Βουπροπιόνη

Η βουπροπιόνη είναι ένα αντι-καταθλιπτικό φάρμακο με δράση ως αναστολέας της νευρωνικής επαναπρόσληψης ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης. Παρατηρήθηκε ότι οι καταθλιπτικοί που λάμβαναν θεραπεία με βουπροπιόνη σταμάτησαν αυθόρμητα το κάπνισμα. Οι ντοπαμινεργικές και νοραδρενεργικές ιδιότητες της υδροχλωρικής βουπροπιόνης παρέχουν ένα θεωρητικό όφελος στην παύση του καπνίσματος, στη θεραπεία των νευροχημικών μεταβολών που οφείλονται στον εθισμό και στην απόσυρση της χρήσης νικοτίνης. Η υδροχλωρική βουπροπιόνη έχει το πλεονέκτημα ότι είναι μια από του στόματος θεραπεία χωρίς νικοτίνη. Η βουπροπιόνη είναι εξίσου αποτελεσματική στους καπνιστές με ή χωρίς ιστορικό κατάθλιψης, εντούτοις, αυτό το φάρμακο θα μπορούσε να είναι μια καλύτερη επιλογή στους καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης (García-Gómez et al., 2019).

Η βουπροπιόνη είναι χημικά άσχετη με τη νικοτίνη ή άλλους παράγοντες που χρησιμοποιούνται σήμερα στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η θεραπεία με βουπροπιόνη ξεκινά ενώ ο ασθενής εξακολουθεί να καπνίζει και η ημερομηνία στόχου για διακοπή του καπνίσματος καθορίζεται εντός 2 εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας. Αυτό γίνεται για να επιτραπεί ο χρόνος για επαρκή επίπεδα πλάσματος της βουπροπιόνης και επομένως, για να αρχίσει να λειτουργεί αποτελεσματικά το φάρμακο. Η αρχική δόση θα πρέπει να είναι 150 mg ημερησίως για 3 ημέρες, αυξάνοντας τα 150 mg δύο φορές την ημέρα σε ένα κύκλο 2 μηνών (μέγιστο μήκος θεραπείας 9-12 εβδομάδες). Η διάρκεια της θεραπείας για τη διακοπή της χρήσης καπνού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η σοβαρότητα του εθισμού και η παρουσία ή η απουσία συννοσηρότητας. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να ολοκληρώσουν το πλήρες πρόγραμμα θεραπείας που έχει συνταγογραφηθεί για να μεγιστοποιήσουν την πιθανότητα μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα (Aubin et al., 2014).

5.1.3 Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη είναι ένα ανάλογο της κυτυσίνης, που αναφέρεται ότι επιδρά θετικά στη διακοπή του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη έχει υψηλή και εκλεκτική δράση στον υποδοχέα $\alpha 4$ - $\beta 2$, με αποτέλεσμα να διατηρεί ένα μέτριο επίπεδο απελευθέρωσης ντοπαμίνης, το οποίο μειώνει τα συμπτώματα της επιθυμίας για κάπνισμα κατά τη διάρκεια της αποχής. Η βαρενικλίνη είναι το φάρμακο που περιέχει νικοτίνη και έχει

αναπτυχθεί με σκοπό τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Η συνιστώμενη θεραπεία αρχίζει 1-2 εβδομάδες πριν από την ημερομηνία διακοπής. Για τις πρώτες 3 ημέρες χορηγείται ημερήσια δόση 0,5 mg και την 4η ημέρα η δόση αυξάνεται στα 0,5 mg δύο φορές την ημέρα έως και την 7η ημέρα. Η δόση αυξάνεται περαιτέρω την 8η ημέρα σε 1 mg δύο φορές την ημέρα έως το τέλος των 12 εβδομάδων. Μια περαιτέρω θεραπεία για άλλες 12 εβδομάδες με 1 mg δύο φορές την ημέρα συνιστάται για την πρόληψη υποτροπής (Boutwell et al., 2014).

Η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης έχει αποδειχθεί σε διάφορες κλινικές δοκιμές. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η ναυτία, ο πονοκέφαλος, ο εμετός, ο μετεωρισμός, η αϋπνία και τα ανήσυχα όνειρα, είναι γενικά ήπιας φύσης και μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η βαρενικλίνη έχει βρεθεί ότι έχει σημαντική αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της μακροπρόθεσμης υποτροπής (Aubin et al., 2014).

5.2 ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

5.2.1 Κλονιδίνη

Η κλονιδίνη χρησιμοποιείται κυρίως ως αντι-υπερτασικό φάρμακο, αλλά μειώνει τη δραστηριότητα του κεντρικού συμπαθητικού συστήματος, αφού καταστέλλει αποτελεσματικά τα οξέα συμπτώματα από τη διακοπή της νικοτίνης, όπως εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, άγχος, επιθυμία για κάπνισμα, ανησυχία. Η κλονιδίνη δεν έχει εγκριθεί ως φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος και αποτελεί φάρμακο δεύτερης γραμμής (Gourlay et al., 2004).

5.2.2 Νορτριπυλίνη

Η νορτριπυλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που έχει αποδειχθεί ότι είναι τόσο αποτελεσματικό όσο η βουπροπιόνη και η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η δράση της νορτριπυλίνης στη διακοπή καπνίσματος είναι ανεξάρτητη από την αντικαταθλιπτική της δράση, επομένως η χρήση της δεν περιορίζεται σε άτομα με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διακοπή καπνίσματος (Herman & Sofuoglu, 2010).

5.2.3 Κυτισίνη

Η κυτισίνη είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές που δρα με παρόμοιο τρόπο με τη βαρενικλίνη. Οι μελέτες αναφέρουν την κυτισίνη ως μία εναλλακτική λύση από τα προϊόντα βασισμένα στη νικοτίνη και τα αντικαταθλιπτικά, ειδικά σε ομάδες χαμηλού ή μεσαίου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε περιοχές που χρησιμοποιούνται ευρέως τα φυτικά φάρμακα (Walker et al., 2018).

6. ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μπορεί να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στη μείωση των βλαβών που προκαλούνται στην υγεία από την κλασσική καπνιστική συνήθεια. Χωρίς αμφιβολία τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι τουλάχιστον κατά 95% λιγότερο επιβλαβή για την υγεία από το κλασσικό κάπνισμα. Επίσης τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν γίνει το πιο δημοφιλές βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος, για άτομα που δεν επιθυμούν να ζητήσουν επίσημη υποστήριξη για διακοπή του καπνίσματος από επαγγελματίες υγείας (Notley et al., 2018).

Ωστόσο, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων για τη διακοπή του καπνίσματος, και ιδιαίτερα η μακροπρόθεσμη χρήση και οι συνέπειες αυτής, παραμένουν αμφιλεγόμενα. Οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην υγεία από τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι άγνωστες και μπορεί να μην αναγνωριστούν σαφώς για πολλά χρόνια. Αυτό με δεδομένο ότι οι περισσότεροι χρήστες του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι πρώην καπνιστές και, ως εκ τούτου, ο διαχωρισμός των βλαβών της υγείας από το κλασσικό κάπνισμα είναι δύσκολος (Sæbø & Scheffels, 2017).

Οι υποστηρικτές των ηλεκτρονικών τσιγάρων επιμένουν ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι πιο υγιεινό από τα παραδοσιακά προϊόντα καπνού και είναι αποτελεσματικό εργαλείο διακοπής του καπνίσματος. Επίσης υποστηρίζουν ότι αυτές οι συσκευές επιδρούν θετικά στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με τον καπνό. Άλλοι, ωστόσο, εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη γνώσης σχετικά με τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του ηλεκτρονικού τσιγάρου, την τοξικότητα των ουσιών που περιέχει, την αυξανόμενη χρήση του στους νέους και ζητήματα σχετικά με την προστασία του καταναλωτή και την ποιότητα τους προϊόντος (Ioakeimidis et al., 2016).

7. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

7.1 Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι μια παραδοσιακή κινεζική θεραπεία, κατά την οποία λεπτές βελόνες εισάγονται μέσω του δέρματος σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Οι βελόνες μπορούν να διεγερθούν με το χέρι ή με ηλεκτρικό ρεύμα (ηλεκτροθεραπεία). Ο σκοπός αυτών των θεραπειών είναι να μειώσουν τα συμπτώματα στέρησης που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι όταν προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Προς το παρόν δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την εφαρμογή του βελονισμού ως μεθόδους διακοπής του καπνίσματος (White et al., 2014).

7.2 Υπνοθεραπεία

Η υπνοθεραπεία συνίσταται σε μια τεχνική επαγωγής, που φέρνει τον ασθενή σε ένα δεκτικό επίπεδο, που γίνεται πιο προσεκτικός και προσκολλημένος στις προτάσεις του θεραπευτή. Η υπνοθεραπεία χρησιμοποιείται στον ιατρικό τομέα για να θεραπεύσει το άγχος και τις καταθλιπτικές διαταραχές, και επίσης μπορεί να είναι αποτελεσματική στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος. Όταν ο ασθενής είναι υπνωτισμένος, ο θεραπευτής υποδηλώνει ότι το κάπνισμα είναι βλαβερό και ότι ο ασθενής είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την διακοπή. Δεδομένου ότι ο ασθενής είναι υπνωτισμένος και υποθετικά προσκολλημένος στις προτάσεις αυτές, μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα συμπτώματα διακοπής. Απαιτούνται τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για την αξιολόγηση αυτής της παρέμβασης (Tahiri et al., 2012).

8. ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

8.1 Διακοπή του καπνίσματος και ψυχιατρική συννοσηρότητα

Η συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές είναι 2 έως 4 φορές υψηλότερη από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι επίσης πιθανότερο να είναι καπνιστές και να υποφέρουν από σοβαρότερα συμπτώματα στέρησης. Το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει σημαντικά την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα σε άτομα με ψυχικές ασθένειες σε συνδυασμό με την αύξηση του σωματικού βάρους που προκαλείται από τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα και την επακόλουθη συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (Minichino et al., 2013).

Δεν υπάρχει συναίνεση αν τα άτομα με ψυχική διαταραχή δεν επηρεάζονται από την καπνιστική συνήθεια ή δεν επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Μια άποψη παρουσιάζει ότι οι ψυχικά ασθενείς ανήκουν σε μια κατηγορία των λεγόμενων «βαριών» καπνιστών, που ορίζονται ως καθημερινοί, μακροχρόνιοι καπνιστές οι οποίοι, παρά την εκτεταμένη γνώση των κινδύνων για την υγεία και της ουσιαστικής κοινωνικής πίεσης να σταματήσουν το κάπνισμα, είναι πλήρως απρόθυμοι ή ανίκανοι να το πράξουν (Siru et al., 2009).

Από την μια πλευρά, υπάρχει πράγματι ένα μέτριο ποσό αποδεικτικών στοιχείων που υποδηλώνουν ότι οι ψυχικά ασθενείς θεωρούν δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα, πράγμα που μπορεί να εξηγηθεί από ένα αριθμό παραγόντων. Σε ορισμένους ασθενείς, το κάπνισμα προσφέρει μια αίσθηση ελέγχου των συμπτωμάτων και της ελευθερίας σε ένα περιβάλλον ελέγχου. Το κάπνισμα δίνει επίσης την αίσθηση της ταυτότητας των ασθενών και την ενθάρρυνση της φιλίας, αφού αποτελούν μια κοινωνικά απομονωμένη και συχνά στιγματισμένη ομάδα (Du Plooy et al., 2016).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι τα ψυχικά νοσούντα άτομα πρέπει να παρακινηθούν εξίσου με τα φυσιολογικά άτομα, να διακόψουν το κάπνισμα και να επωφεληθούν από τις θεραπείες διακοπής του καπνίσματος, όσο και ο γενικός πληθυσμός. Επίσης αρκετές μελέτες υποδεικνύουν ότι οι φαρμακολογικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος που χρησιμοποιούνται στον γενικό πληθυσμό μπορούν να είναι όμοια αποτελεσματικές μεταξύ αυτών με καταθλιπτική συννοσηρότητα. Γενικά οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν ότι η διακοπή του

καπνίσματος στους καπνιστές με ψυχιατρική συννοσηρότητα μπορεί να γίνει με οποιοδήποτε φάρμακο που αποδείχθηκε αποτελεσματικό στον γενικό πληθυσμό, εκτός εάν η χρήση του φαρμάκου αντενδείκνυται (Bailey et al., 2016).

8.2 Διακοπή καπνίσματος και εγκυμοσύνη

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία πρόωρου τοκετού (γέννηση <37 εβδομάδες κύησης) και συνδέεται ετησίως με το 5-8% των πρόωρων γεννήσεων. Οι γυναίκες που καπνίζουν είναι πιο πιθανό να έχουν απώλεια του εμβρύου, πρόωρη ρήξη των μεμβρανών και πρόδρομο πλακούντα. Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει ενοχοποιηθεί για συγγενείς ανωμαλίες του στόματος και του προσώπου και συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες βλαβών στην καρδιά, τη σπονδυλική στήλη και το γαστρεντερικό σωλήνα. Το κάπνισμα αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο χαμηλού βάρους γέννησης (Ion & Bernal, 2015). Στα παιδιά των καπνιστών έχουν παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών που περιλαμβάνουν αναπνευστικές λοιμώξεις, αντιδραστικές ασθένειες των αεραγωγών, μέση ωτίτιδα, βρογχιολίτιδα, χαμηλό ανάστημα, υπερκινητικότητα, παχυσαρκία και μειωμένες ακαδημαϊκές επιδόσεις. Επιπλέον, μέχρι το 34% των αιφνίδιων απροσδόκητων θανάτων σε βρέφη αποδίδεται στο κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη (Hawsawiet al., 2015).

Παρά τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο αριθμός των εγκύων γυναικών που καπνίζουν παραμένει υψηλός. Η χρήση θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει εγκριθεί σε ορισμένες χώρες. Η χρήση θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι αμφιλεγόμενη διότι έχει αποδειχθεί ότι η νικοτίνη εμφανίζει τοξικότητα σε ζωικά μοντέλα. Επιπλέον, οι προηγούμενες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες δεν κατέληξαν στο συμπέρασμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια τους. Λόγω της έλλειψης τυχαιοποιημένων, επαρκώς τροφοδοτούμενων, ελεγχόμενων μελετών μεταξύ των εγκύων καπνιστών, ούτε η βουπροπιόνη ούτε η βαρενικλίνη ενδείκνυται για διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Scherman et al., 2018).

8.3 Διακοπή του καπνίσματος και εφηβεία

Δεδομένου ότι η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται έντονα με τον πρόωρο θάνατο και ότι πάνω από το 80% των εξαρτημένων καπνιστών αρχίζουν να καπνίζουν πριν από την ηλικία των 18 ετών, ο εθισμός στο κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί ως νεανική

διαταραχή που επεκτείνεται στην ενηλικίωση. Η έρευνα έχει δείξει ότι δεν υπάρχει σημαντική αποτελεσματικότητα της φαρμακολογικής θεραπείας σε εφήβους. Κατά συνέπεια, δεν μπορούν να γίνουν συστάσεις σχετικά με τη χρήση της φαρμακοθεραπείας για διακοπή του καπνίσματος σε αυτόν τον πληθυσμό καπνιστών (Kim et al., 2011).

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι συμβουλές για την διακοπή του καπνίσματος και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας, στη συνολικότερη προσπάθεια απεξάρτησης από την καπνιστική συνήθεια. Οι νοσηλευτές πρέπει να δημιουργούν ένα περιβάλλον ενθαρρυντικό σε όλες τις δομές υγείας, όπως νοσοκομεία, οδοντιατρεία, φαρμακεία, αλλά επίσης σε χώρους εκτός της υγείας, όπως χώροι εργασίας, φυλακές, σχολεία, κοινωνικές δομές κ.λπ.. (Bonevski et al., 2011).

Όλοι οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος, σε ένα περιβάλλον που να βασίζεται σε παράγοντες όπως η πρόσβαση, και όχι η επαγγελματική πειθαρχία. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και την παροχή κινήτρων στους καπνιστές καθώς και στην αξιολόγηση της εξάρτησής τους από τη νικοτίνη και τέλος στην παροχή βοήθειας για τη διακοπή της συνήθειας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναγνωρίζουν συστηματικά τους καπνιστές, να αξιολογήσουν το καθεστώς καπνίσματος τους και να τους προσφέρουν συμβουλές και ενημέρωση σε κάθε ευκαιρία (Rice et al., 2017).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες όπως αυτές του NICE (National Institute for Health and Care Excellence) σε πολλά οργανωμένα συστήματα υγείας συνιστούν ότι κάθε νοσηλεύτης-τρια θα πρέπει να συμβουλευεί τους ασθενείς για την διακοπή του καπνίσματος. Αυτός είναι ένας σημαντικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, αλλά για εκπληρωθεί, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν κατανοήσει τα κίνητρα και τα εμπόδια που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος (Carlebach & Hamilton, 2009).

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και μέσα από το ρόλο τους έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών και κυρίως εκείνους με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μεταξύ των οποίων τα ποσοστά καπνίσματος παραμένουν τα υψηλότερα. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας είναι κατάλληλος για την παροχή ευκαιριακών, σύντομων συνομιλιών για την προαγωγή της υγείας (Hajek et al., 2012).

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αγωγής υγείας που το νοσηλευτικό προσωπικό διδάσκει στους πολίτες. Ωστόσο οι νοσηλευτές-τριες έχουν

εκφράσει την άποψη ότι δεν διαθέτουν τις ειδικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος με τους ασθενείς τους. Σημειώνεται επίσης ότι οι νοσηλευτές-τριες της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα πληθυσμού και συναντούν συχνά άτομα που καπνίζουν. Επομένως αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που μπορούν να εντοπίζουν τους καπνιστές και να ξεκινήσουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Khalaf et al., 2017).

Σαφείς αλλά σύντομες συμβουλές διακοπής του καπνίσματος που παρέχονται από οποιονδήποτε πάροχο υπηρεσιών υγείας, θεωρείται ότι αυξάνει σημαντικά το κίνητρο του ασθενούς να σταματήσει και το κάπνισμα. Οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του χρόνου επαφής με τον ασθενή, πρέπει να αξιοποιούν ελάχιστο χρόνο (3-5 λεπτά) για την παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτές οι σύντομες επαφές με τους ασθενείς φαίνεται να κινητοποιούν κάποια άτομα και να αυξάνουν τις προσπάθειες διακοπής του ασθενούς (Aveyard et al., 2012).

9.1 Υποστηρικτική διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (the 5 A's)

Η υποστηρικτική διαδικασία διακοπής καπνίσματος αναφέρεται στην προσέγγιση του ατόμου που επιθυμεί τη διακοπή του καπνίσματος και ιδιαίτερα σε άτομα που είναι αποφασισμένοι να διακόψουν το κάπνισμα. Τα στάδια αυτά εφαρμόζονται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διακοπή του καπνίσματος. Τα στάδια αυτά αναφέρονται και ως πέντε άλφα (the 5 A's) από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) (NICE, 2012). Η προσέγγιση των 5A (πέντε συστατικά αποτελεσματικής συμβουλευτικής για την παύση του καπνίσματος) παρέχει στους επαγγελματίες υγείας ένα τεκμήριο για τη διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος, εντοπίζοντας όλους τους καπνιστές και προσφέροντας υποστήριξη (Larzelere & Williams, 2012). Ειδικότερα τα βήματα της διαδικασίας υποστήριξης αναλύονται ως εξής:

- *Ask*: Σε αυτό το στάδιο γίνονται ερωτήσεις σχετικά με την καπνιστική συνήθεια και επίσης γίνεται αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς: «Έχετε ποτέ καπνίσει ή χρησιμοποιούσατε άλλα προϊόντα καπνού; Χρησιμοποιείτε καπνό τώρα; Πόσο;» (Larzelere & Williams, 2012).

- **Advise:** Σε αυτό το στάδιο παρέχονται συμβουλές και ενημέρωση. Ο νοσηλευτής συζητά με τον ασθενή για το πώς το κάπνισμα έχει επηρεάσει την υγεία του, τα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας, το κοινωνικό και οικονομικό κόστος του καπνίσματος και την ετοιμότητα του ασθενούς να διακόψει το κάπνισμα. Οι συμβουλές προς τους ασθενείς πρέπει να είναι σαφείς (άμεση έκφραση της ανάγκης για διακοπή του καπνίσματος), ισχυρές (υπογραμμίζοντας τη σημασία της παύσης), και εξατομικευμένες (συνδέονται με τους στόχους υγείας για τον ασθενή): «Νομίζω ότι το κάπνισμα είναι πολύ βλαβερό για εσάς λόγω του άσθματος σας. Θέλω να κανονίσουμε μια συνάντηση, ώστε να μπορέσουμε να μιλήσουμε για αυτό περισσότερο» (Larzelere & Williams, 2012).
- **Assess:** Σε αυτό το στάδιο προσδιορίζονται τα κίνητρα διακοπής. Αξιολογείται η επιθυμία του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα και αναζητούνται τα εμπόδια, καθώς και το ιστορικό καπνίσματος και το σημερινό επίπεδο κατανάλωσης της νικοτίνης: «Προσπαθήσατε ποτέ να μειώσετε ή να σταματήσετε το κάπνισμα; Είστε πρόθυμοι να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα; Τι σας εμποδίζει να διακόψετε το κάπνισμα; Πόσο σύντομα μετά την έγερση από τον πρωινό ύπνο έχετε την ανάγκη ενός τσιγάρου;» (Larzelere & Williams, 2012).
- **Assist:** Παρέχεται βοήθεια για τη διακοπή. Ορίζεται ημερομηνία διακοπής, ιδανικά εντός δύο εβδομάδων από την επίσκεψη. Ο νοσηλευτής-τρια ζητά την ενθάρρυνση και την υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους. Ο νοσηλευτής-τρια βοηθά τους ασθενείς να προβλέπουν τις δυσκολίες (NICE, 2012).
- **Arrange:** Καθορίζεται ένα πλάνο τακτικής παρακολούθησης. Θα πρέπει να καθοριστούν σχέδια παρακολούθησης. Είναι σημαντικό το άτομο να αποκομίσει τα οφέλη της διακοπής και να συμβουλευτεί να μπορεί να προβλέψει προβλήματα και καταστάσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή. Οι συναντήσεις πρέπει επίσης να χρησιμοποιούνται για να αναπροσαρμόσουν οι δοσολογίες των θεραπευτικών παραγόντων. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων πρέπει να επιβραβεύεται ο ασθενής. Εάν ο ασθενής υποτροπιάσει, εξετάζονται οι λόγοι και παραπέμπεται για πιο εντατική θεραπεία (NICE, 2012).

9.2 Υποστηρικτική διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (the 5 R's)

Μια διαφορετική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος επικεντρώνεται στην αύξηση του κινήτρου του καπνιστή. Το βασικό στοιχείο σε αυτή τη μέθοδο είναι μια προσέγγιση προσανατολισμένη στον πελάτη με μια εμφατική επικέντρωση στην προαγωγή της αυτο-ιδέας και αυτο-αντίληψης. Οι καπνιστές μπορεί να μην επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα λόγω παραπληροφόρησης, ανησυχίας σχετικά με τις συνέπειες της διακοπής ή της αποθάρρυνσης λόγω προηγούμενων ανεπιτυχών προσπαθειών διακοπής. Επομένως, εφαρμόζεται μια μεθοδολογία, που αρχικά συμβουλεύει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα, εκτιμώντας την προθυμία του, σε ένα πλαίσιο παροχής κινήτρων (Catley et al., 2012). Αυτή η μέθοδος είναι χτισμένη γύρω από τα 5 Rs (the 5 R'S), από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων (WHO, 2012):

- **Relevance:** Ατομική κινητοποίηση.
- **Risks:** Επισήμανση κινδύνων.
- **Rewards:** Αναφορά στα οφέλη διακοπής.
- **Roadblocks:** Συζήτηση προβλημάτων.
- **Repetition:** Πρόληψη υποτροπής.

Τα "5 R" αναφέρονται σε ζητήματα που πρέπει να συζητηθούν κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης, με σκοπό την ενίσχυση των κινήτρων διακοπής του καπνίσματος σε έναν απρόθυμο ασθενή. Η ατομική κινητοποίηση αναφέρεται στη διασύνδεση της καπνιστικής συνήθειας και της υγείας, της οικογένειας, της ασθένειας ή άλλων χαρακτηριστικών. Στην επισήμανση των κινδύνων ο ασθενής εντοπίζει πιθανές συνέπειες του καπνίσματος. Εάν ο ασθενής δεν γνωρίζει τους κινδύνους που συνδέονται με αυτό, είναι μια καλή ευκαιρία για να παρασχεθούν πολύτιμες πληροφορίες. Οι "ανταμοιβές" συνδέονται με τα οφέλη από την παύση του καπνίσματος. Οι ασθενείς μπορεί να γνωρίζουν ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να βελτιώσει την αναπνευστική λειτουργία, να αποφέρει εξοικονόμηση χρημάτων, να βελτιώσει την οσμή ή τη γεύση ή την όψη των δοντιών. Το τέταρτο "R" αναφέρεται στα εμπόδια. Αναζητούνται οι λόγοι που παρεμποδίζουν τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα. Αυτό θα βοηθήσει στην επιλογή σωστής θεραπείας για ασθενείς που μπορεί να χρειαστούν φάρμακα. Τέλος εξετάζει η πρόληψη της υποτροπής (Schellack & Bronkhorst, 2014).

9.3 Ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος

Αποτελεί πλέον γεγονός ότι στη χώρα μας υπάρχει οργανωμένη δυνατότητα βοήθειας στο καπνιστή που θέλει να κόψει το κάπνισμα. Αυτό μπορεί να γίνει με επιτυχία μέσα από τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος. Τα Ειδικά Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος λειτουργούν σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας της χώρας μας εδώ και χρόνια, με το πρώτο ιατρείο να λειτουργεί στην Αθήνα το 2002, στη Μονάδα Νοσημάτων Θώρακος του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι Έλληνες καπνιστές που ζητούν βοήθεια συνήθως είναι βαρύτερα εξαρτημένοι. Τα ιατρεία στελεχώνονται από γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και όποια άλλη ειδικότητα θεωρείται ότι πρέπει να επέμβει για να επιτύχει ο καπνιστής την διακοπή. Η προσέγγιση του καπνιστή ξεκινάει με τη λήψη ιστορικού για να εκτιμηθεί ο βαθμός κατανάλωσης καπνού, οι υπάρχουσες νόσοι ακόμα και η θέληση του για πραγματική μόνιμη διακοπή. Στη συνέχεια πραγματοποιούνται ειδικές εξετάσεις και γενική ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη της διακοπής καθώς και τις δυσκολίες που τυχόν θα αντιμετωπίσει π.χ. σύνδρομο στέρησης. Σκοπός όλων των παραπάνω είναι η δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος διακοπής βασισμένο στις ανάγκες του εκάστοτε καπνιστή. Πλέον στην Ελλάδα λειτουργούν 81 δημόσια Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος με δωρεάν πρόσβαση για όλους τους πολίτες (moh.gov.gr, 2018).

Γ' ΜΕΡΟΣ

1. ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός: Η διερεύνηση των προβλημάτων που δημιουργεί το κάπνισμα είτε ενεργητικό είτε παθητικό στην υγεία και στην ποιότητα ζωής.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκαν βιβλιογραφικές αναζητήσεις στην βάση δεδομένων PubMed με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: active smoking, passive smoking, health impact, smoking effects. Ως κριτήρια ένταξης των μελετών θεωρήθηκαν τα εξής: Να είναι είτε ερευνητικές μελέτες είτε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, δημοσιευμένες την τελευταία πενταετία, στην αγγλική γλώσσα και να έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση του καπνού στην υγιή διαβίωση.

Effects of environmental tobacco smoke on the oral health of preschool children

N.N. Hasmun, B.K. Drummond, T. Milne, M.P. Cullinan, A.M. Meldrum, D. Coates

Aims This study investigated the association between the prevalence of oral health problems (caries, gingivitis, mucosal pigmentation and enamel defects) in one to 5-year-old children exposed and not exposed to environmental tobacco smoke before and/or after birth. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) in childhood may have significant health effects.

Methods A structured questionnaire was used to collect data on a child's current and previous illnesses, oral health behaviours, dietary habits, parental smoking behaviours and parents' dental history. The intraoral examination recorded dental caries (dmfs), enamel defects, gingival health, melanin pigmentation and soft tissue health. Stimulated saliva was collected. Total sIgA levels were quantified using indirect competitive ELISA with a Salimetrics™ kit.

Results The 44 children (aged 15–69 months) recruited were divided into two groups: ETS and non-ETS (control). There were 22 children in each: 16 who were exposed to ETS during and after gestation were identified as the ETSB subgroup. Participants exposed to ETS were more likely to have had upper respiratory tract and middle ear infections during the neonatal period and had higher mean dmft, mean dmfs, mean percent of surfaces with demarcated opacities and mean GI than the non-ETS participants. The children exposed to ETS before and after birth had the highest occurrence of enamel opacities, showed a higher risk for dental caries even though more children in this group used the recommended fluoride toothpaste (1000 ppm fluoride). Mothers who smoked either never breastfed their children or breastfed their children for less than the recommended period of 6 months. Children exposed to ETS were shown to have higher mean total sIgA (lg/ml) than the children in the control group.

Conclusions Associations between ETS exposure before and after gestation and oral health, including salivary changes in young children were shown in the present study. Dental health professionals should include a question about household smoking in children's dental histories, which would allow opportunities to discuss the impact of smoking on child oral health. Longitudinal oral health studies should include a history of maternal smoking during pregnancy and afterwards.

Επιδράσεις του περιβαλλοντικού καπνού στην στοματική υγεία των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Στόχος Η συγκεκριμένη μελέτη ερευνά τη συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης των προβλημάτων στοματικής υγείας (τερηδόνα, ουλίτιδα, χρώση των βλεννογόνων και ελαττώματα σμάλτου) σε παιδιά ηλικίας από ένα έως πέντε ετών που εκτίθενται και δεν εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων του περιβάλλοντος πριν και/ή μετά τη γέννηση. Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος στην παιδική ηλικία μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία.

Μέθοδος Η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις τρέχουσες και προηγούμενες ασθένειες του παιδιού, τις συμπεριφορές στοματικής υγιεινής, τις διατροφικές συνήθειες και τη καπνιστική συμπεριφορά των γονέων, έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Από ενδοστοματική εξέταση των παιδιών αξιολογήθηκαν και καταγράφηκαν εξής: τερηδόνα, ελαττώματα σμάλτου, υγεία των ούλων, μελάγχρωση μελανίνης και υγεία των μαλακών ιστών. Συλλέχθηκε και σίελος. Τα επίπεδα της σιαλικής ανοσοσφαιρίνης A (sIgA) ποσοτοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας την τεχνική ELISA με κιτ σιελομέτρησης (Salimetrics TM).

Αποτελέσματα Τα 44 παιδιά (ηλικίας 15-69 μηνών) χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Σε αυτά που εκτίθενται στον περιβαλλοντικό καπνό και σε αυτά που δεν εκτίθενται. Τα δεύτερα αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Στην κάθε ομάδα συμμετείχαν 22 παιδιά. Από αυτά 16 είχαν εκτεθεί στον παθητικό καπνό κατά τη διάρκεια ή μετά την κύηση. Τα παιδιά που εκτέθηκαν στον παθητικό καπνό είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού και του μέσου ώτος κατά τη νεογνική περίοδο. Τα παιδιά που εκτέθηκαν στον παθητικό καπνό είχαν μεγαλύτερη εμφάνιση αδιαφάνειας σμάλτου αλλά και μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας, παρόλο που χρησιμοποιούσαν τη συνιστώμενη οδοντόκρεμα για φροντίδα των δοντιών. Οι καπνίστριες μητέρες της ομάδας, είτε δεν είχαν θηλάσει ποτέ τα παιδιά τους είτε τα θήλασαν για μικρότερη από τη συνιστώμενη περίοδο των 6 μηνών. Τα παιδιά που εκτέθηκαν στο περιβαλλοντικό κάπνισμα αποδείχθηκε ότι είχαν υψηλότερη μέση συνολική σιελική ανοσοσφαιρίνη A σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα Στην παρούσα μελέτη παρουσιάστηκε η συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στο περιβαλλοντικό κάπνισμα -πριν και μετά την κύηση- και της στοματικής

υγείας των μικρών παιδιών. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως, οι επαγγελματίες οδοντίατροι θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν στο ιστορικό που παίρνουν ερωτήσεις σχετικά με την καπνιστική συνήθεια που επικρατεί στο σπίτι. Αυτό θα ήταν χρήσιμο ώστε να γίνουν συζητήσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη υγεία του στόματος των παιδιών. Μετέπειτα μελέτες για την στοματική υγεία θα πρέπει να συμπεριλάβουν στην έρευνα τους πληροφορίες σχετικά με την καπνιστική συνήθεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και έπειτα.

Smoking is a major preventable risk factor for multiple sclerosis

AK. Hedström, T. Olsson, L. Alfredsson

Background: Both smoking and exposure to passive smoking have repeatedly been associated with increased multiple sclerosis (MS) risk, but have never before been studied together. We assessed the public health impact of these factors.

Methods: In a Swedish population-based case-control study (2455 cases, 5336 controls), we calculated odds ratios of developing MS associated with different categories of tobacco smoke exposure, together with 95% confidence intervals, by using logistic regression. The excess proportion of cases attributable to smoking and passive smoking was calculated as a percentage.

Results: Both smoking and exposure to passive smoking contribute to MS risk in a dose-dependent manner. At the population level, 20.4% of all cases were attributable to smoke exposure. Among subjects carrying the genetic risk factor HLA-DRB1*15 but lacking HLA-A*02, 41% of the MS cases were attributable to smoking.

Conclusions: From a public health perspective, the impact of smoking and passive smoking on MS risk is considerable. Preventive measures in order to reduce tobacco smoke exposure are, therefore, essential. In particular, individuals with a history of MS in the family should be informed regarding the impact of smoking on the risk of MS, and the importance of preventing their children from being exposed to passive smoke.

Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ιστορικό: Τόσο το πρωτογενές αλλά και το παθητικό κάπνισμα έχουν επανειλημμένα συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πολλαπλής σκλήρυνσης, ωστόσο ποτέ πριν δεν έχουν μελετηθεί μαζί. Στην παρούσα μελέτη έγινε εκτίμηση των παραγόντων αυτών και των επιπτώσεων που έχουν στην δημόσια υγεία.

Μέθοδος: Σε μία σουηδική πληθυσμιακή μελέτη περιπτώσεων (2455 περιπτώσεις, 5336 έλεγχοι) υπολογίστηκαν οι αναλογίες της αναπτυσσόμενης σκλήρυνσης που σχετίζονται με διαφορετικές κατηγορίες έκθεσης καπνού. Η αναλογία των περιπτώσεων που οφείλονται στο παθητικό και στο πρωτογενές κάπνισμα υπολογίστηκαν ως ποσοστό.

Αποτελέσματα: Τόσο το πρωτογενές όσο και το παθητικό κάπνισμα συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης σκλήρυνσης κατά πλάκας κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο. Σε πληθυσμιακό επίπεδο, το 20,4 % όλων των περιπτώσεων οφειλόταν στην έκθεση στον καπνό (παθητικό και μη). Σε άτομα με γενετικούς παράγοντες κινδύνου HLA-DRB1 * 15 και απουσία HLA-A * 02, το 41% (23-55) των περιστατικών σκλήρυνσης κατά πλάκας αποδόθηκε στο κάπνισμα.

Συμπεράσματα: Όσον αφορά τη δημόσια υγεία, το αντίκτυπο του καπνίσματος (παθητικού και ενεργητικού) στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι σημαντικό. Συγκεκριμένα τα άτομα με ιστορικό σκλήρυνσης στην οικογένεια πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τον κίνδυνο που επιφέρει ο καπνός στην εμφάνιση της νόσου αλλά και αναφορικά με τη σημασία της πρόληψης των παιδιών τους από την έκθεση σε αυτόν.

The association between smoking or passive smoking and cardiovascular diseases using a Bayesian hierarchical model: based on the 2008-2013 Korea Community Health Survey

Whanhee Lee, Sung-Hee Hwang, Hayoung Choi, Ho Kim

OBJECTIVES: Smoking and passive smoking have been extensively reported as risk factors of cardiovascular morbidity and mortality. Despite the biological mechanisms underlying the impact of hazardous chemical substances contained in tobacco in cardiovascular diseases (CVD), studies investigating the association between smoking and passive smoking with morbidity are at an inchoate stage in Korea. Therefore, this study aimed to estimate the risks of smoking and passive smoking on cardiovascular morbidity at the national and regional levels.

METHODS: This study calculated sex-standardized and age-standardized prevalence of CVD and smoking indices in 253 community health centers (si/gun/gu) in Korea using the 2008-2013 Korea Community Health Survey data. Furthermore, a Bayesian hierarchical model was used to estimate the association of smoking and passive smoking with the prevalence of CVD from the national and regional community health centers.

RESULTS: At the national level, smoking was significantly associated with stroke (relative risk [RR], 1.060) and hypertension (RR, 1.016) prevalence, whilst passive smoking at home and work were also significantly associated with prevalence of stroke (RR, 1.037/1.013), angina (RR, 1.016/1.006), and hypertension (RR, 1.010/1.004). Furthermore, the effects of smoking and passive smoking were greater in urban-industrial areas than in rural areas.

CONCLUSIONS: The findings of this study would provide grounds for national policies that limit smoking and passive smoking, as well as regionally serve as the basis for region-specific healthcare policies in populations with high CVD vulnerability.

Η συσχέτιση μεταξύ του συμβατικού καπνίσματος ή του παθητικού καπνίσματος και των καρδιαγγειακών παθήσεων χρησιμοποιώντας το Μπεϋζιανό ιεραρχικό μοντέλο: Βασισμένη στην έρευνα της Κορέας το 2008-2013 για την υγεία της κοινότητας.

Στόχοι: Το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα έχουν χαρακτηριστεί ως παράγοντες κίνδυνου καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Πάρα τους βιολογικούς μηχανισμούς που τονίζουν τις επιπτώσεις -των βλαβερών χημικών ουσιών που περιέχονται στο καπνό- στην καρδιαγγειακή νόσο, μελέτες που ερευνούν την σχέση μεταξύ ενεργητικού ή παθητικού καπνίσματος και νοσηρότητας στην Κορέα είναι υποτυπώδεις. Συνεπώς αυτή η μελέτη έχει σκοπό να υπολογίσει τα ρίσκα του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος στην εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

Μέθοδοι: Η μελέτη αυτή υπολόγισε τον επιπολασμό της καρδιαγγειακής νόσου και τους καπνιστικούς δείκτες σε 253 κοινοτικά κέντρα υγείας στην Κορέα, χρησιμοποιώντας τα στοιχεία της Έρευνας για την Υγεία της κοινότητας, τα έτη 2008-2013. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε η Μπεϋζιανή συμπερασματολογία για την εκτίμηση της συσχέτισης του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος με την συχνότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου από τα εθνικά και περιφερειακά κέντρα υγείας της κοινότητας.

Αποτελέσματα: Σε εθνικό επίπεδο το κάπνισμα συσχετίστηκε σημαντικά με κίνδυνο εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου, υπέρτασης ενώ το παθητικό κάπνισμα στο σπίτι ή στην δουλειά συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, στηθάγχης και υπέρτασης. Επιπλέον οι επιπτώσεις του καπνίσματος σε οποιαδήποτε μορφή ήταν μεγαλύτερες στις αστικοβιομηχανικές περιοχές σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτής της μελέτης παρείχαν τις βάσεις για τις εθνικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης που θα ελαττώσουν το κάπνισμα (παθητικό ή ενεργητικό) και συνεπώς την υψηλή ευπάθεια σε καρδιαγγειακή νόσο σε περιφερειακό επίπεδο.

A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis

Miriam Abraham, Salem Alramadhan, Carmen Iniguez, Liesbeth Duijts, Vincent W. V. Jaddoe, Herman T. Den Dekker, Sarah Crozier, Keith M. Godfrey, Peter Hindmarsh, Torstein Vik, Geir W. Jacobsen, Wojciech Hanke, Wojciech Sobala, Graham Devereux, Steve Turner

Background Maternal smoking during pregnancy is linked to reduced birth weight but the gestation at onset of this relationship is not certain. We present a systematic review of the literature describing associations between maternal smoking during pregnancy and ultrasound measurements of fetal size, together with an accompanying meta-analysis.

Methods Studies were selected from electronic databases (OVID, EMBASE and Google Scholar) that examined associations between maternal smoking or smoke exposure and antenatal fetal ultrasound measurements. Outcome measures were first, second or third trimester fetal measurements.

Results There were 284 abstracts identified, 16 papers were included in the review and the metaanalysis included data from eight populations. Maternal smoking was associated with reduced second trimester head size (mean reduction 0.09 standard deviation (SD) [95% CI 0.01, 0.16]) and femur length (0.06 [0.01, 0.10]) and reduced third trimester head size (0.18 SD [0.13, 0.23]), femur length (0.27 SD [0.21, 0.32]) and estimated fetal weight (0.18 SD [0.11, 0.24]). Higher maternal cigarette consumption was associated with a lower z score for head size in the second (mean difference 0.09 SD [0, 0.19]) and third (0.15 SD [0.03, 0.26]) trimesters compared to lower consumption. Fetal measurements were not reduced for those whose mothers quit before or after becoming pregnant compared to mothers who had never smoked.

Conclusions Maternal smoking during pregnancy is associated with reduced fetal measurements after the first trimester, particularly reduced head size and femur length. These effects may be attenuated if mothers quit or reduce cigarette consumption during pregnancy.

Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση και των εμβρυακών μετρήσεων.

Ιστορικό Το μητρικό κάπνισμα κατά την κύηση είναι συνδεδεμένο με μειωμένο βάρος γέννησης, ωστόσο η εμφάνιση της σχέσης αυτής κατά την περίοδο της κυοφορίας δεν είναι σίγουρη. Παρουσιάζεται μια συστηματική ανασκόπηση συνοδευόμενη από μετα-ανάλυση, της βιβλιογραφίας περιγράφοντας τις σχέσεις μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης και των υπερηχογραφικών μετρήσεων του μεγέθους του εμβρύου.

Μέθοδοι Επιλέχθηκαν μελέτες από ηλεκτρονική βάση δεδομένων (OVID, EMBASE και Google) που εξέταζαν τη σχέση μεταξύ μητρικού καπνίσματος αλλά και την έκθεση της μητέρας στο παθητικό κάπνισμα και του προγεννητικού υπερηχογραφικού ελέγχου για μέτρηση των διαστάσεων του εμβρύου.

Αποτελέσματα Εντοπίστηκαν 284 περιλήψεις, 16 μελέτες συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση και η μετα-ανάλυση περιλάμβανε δεδομένα από 8 πληθυσμούς. Το μητρικό κάπνισμα συνδέθηκε με μειωμένο μέγεθος κεφαλής του εμβρύου κατά το 2^ο τρίμηνο της κύησης καθώς και με μειωμένο μήκος μηριαίου οστού. Κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης παρατηρήθηκαν, μειωμένο μέγεθος κεφαλής, μειωμένο μέγεθος μηριαίου οστού καθώς και μειωμένο βάρος νεογνού. Η υψηλότερη μητρική κατανάλωση προϊόντων καπνού συνδέθηκε με τη χαμηλότερη στάνταρ βαθμολογία (z score) για το μέγεθος κεφαλής στο 2^ο και το 3^ο τρίμηνο σε σχέση με την ελάχιστη μητρική κατανάλωση. Οι μετρήσεις των εμβρύων δεν παρέκκλιναν από το φυσιολογικό για μητέρες που διέκοψαν το κάπνισμα πριν ή μετά αφότου έμαθαν για την εγκυμοσύνη τους, σε σύγκριση με των μητέρων που δεν κάπνισαν ποτέ.

Συμπεράσματα Το μητρικό κάπνισμα κατά την κύηση είναι συνδεδεμένο με μειωμένους βασικούς βιομετρικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται για να αξιολογήσουν το μέγεθος του εμβρύου. Ειδικότερα μετά την πάροδο του 1^{ου} τριμήνου και αφορούν μετρήσεις του μεγέθους της κεφαλής και του μήκους του μηριαίου οστού. Αυτές οι επιπτώσεις μπορούν να αποφευχθούν εάν οι μητέρες διακόψουν ή μειώσουν την κατανάλωση καπνού κατά την περίοδο της κύησης.

Environmental tobacco smoke and peripheral arterial disease: A review.

Nguyen NL, McEvoy M.

BACKGROUND AND AIMS: Despite worldwide reductions in active smoking, non-smokers continue to be exposed to environmental tobacco smoke, especially at home or workplace. There is a well-recognised association between active smoking and peripheral arterial disease, however, a relationship to environmental tobacco smoke exposure is less substantiated. The aims of this paper are to review the literature regarding the association between environmental tobacco smoke and peripheral arterial disease and identify the public health implications of the findings.

METHODS: Selected electronic databases (Medline, EMBASE, CINAHL, PsychINFO and Scopus) were searched for studies published up to August 2017. Key words and inclusion/exclusion criteria applied. A manual search of reference lists of studies selected for review was also performed.

RESULTS: Of the initial 150 studies identified, 12 met inclusion criteria for review. Three studies showed a positive association between environmental tobacco smoke exposure and definitive diagnosis of peripheral arterial disease, 6 studies demonstrated a positive association with features of vascular injury, and 3 studies found no significant positive or negative association.

CONCLUSIONS: An association between exposure to environmental tobacco smoke and development of peripheral arterial disease or clinically significant arterial injury in non-smokers is supported by moderate quality evidence in the literature. Larger, longitudinal observational studies addressing current limitations, including sources of bias, inconsistency and imprecision, are needed to provide more robust and consistent evidence. Regardless, evidence of potential detrimental impacts supports ongoing restrictions on freedom to smoke in public areas, including the workplace, and has implications for those exposed in the home environment.

Περιβαλλοντική έκθεση στο κάπνισμα και περιφερική αρτηριακή νόσος: Ανασκόπηση

Ιστορικό και Στόχοι: Παρά την παγκόσμια μείωση του ενεργού καπνίσματος, οι μη καπνιστές συνεχίζουν να εκτίθενται στο περιβαλλοντικό κάπνισμα, ειδικά στο σπίτι και στη δουλειά. Υπάρχει σαφής συσχέτιση ανάμεσα στο ενεργό κάπνισμα και στην περιφερική αρτηριακή νόσο, ωστόσο η συσχέτιση της με το δευτερογενές κάπνισμα είναι λιγότερο τεκμηριωμένη. Στόχοι αυτής της ανασκόπησης είναι να εξετάσει τη βιβλιογραφία σχετικά με την ύπαρξη δεδομένων που να αποδεικνύουν τη σύνδεση της έκθεσης στον περιβαλλοντικό καπνό των τσιγάρων με την ανάπτυξη περιφερικής αρτηριακής νόσου. Επιπλέον να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των ευρημάτων στην δημόσια υγεία.

Μέθοδοι: Επιλεγμένες βάσεις δεδομένων (Medline, EMBASE, CINAHL, PsychINFO και Scopus) ερευνήθηκαν για μελέτες δημοσιευμένες μέχρι τον Αύγουστο του 2017. Λέξεις κλειδιά καθώς και κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού συμπεριελήφθησαν.

Αποτελέσματα: Από τις αρχικές 150 μελέτες που εντοπίστηκαν, προέκυψαν 12 μετα-αναλύσεις με συμπερασματικά κριτήρια για να αναλυθούν. Από αυτές 3 έρευνες έδειξαν σαφή συσχέτισμό μεταξύ παθητικού καπνίσματος και καθοριστικής διάγνωσης της περιφερικής αρτηριακής νόσου, 6 έρευνες έδειξαν θετικό συσχέτισμό του παθητικού καπνίσματος με χαρακτηριστικές αγγειακές βλάβες και τέλος 3 έρευνες κατέδειξαν μη σημαντική θετική ή αρνητική συσχέτιση.

Συμπεράσματα: Συσχετισμός ανάμεσα στην έκθεση στο περιβαλλοντικό κάπνισμα και στην ανάπτυξη περιφερικής αρτηριακής νόσου ή της κλινικά σημαντικής αγγειακής βλάβης, στους παθητικούς καπνιστές είναι αντικρουόμενη στα στοιχεία που υπάρχουν στην βιβλιογραφία. Μεγαλύτερες μελέτες παρατήρησης που αντιμετωπίζουν τους τρέχοντες περιορισμούς είναι απαραίτητες για την παροχή πιο ισχυρών και συνεκτικών στοιχείων. Οι ενδείξεις πιθανών επίσημων επιπτώσεων, υποστηρίζουν τους περιορισμούς στην ελευθερία του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας και στο σπίτι.

Influence of Time and Frequency of Passive Smoking Exposure on Mucociliary Clearance and the Autonomic Nervous System

Ana Paula, CF Freire, Dionei Ramos, Marcell R Leite, Bruna SA Silva, Renata M David, Juliana S Uzeloto, Francis L Pacagnelli, Luiz Carlos M Vanderlei, and Ercy Mara C Ramos

BACKGROUND: There are still gaps in the knowledge regarding the damage to mucociliary and autonomous systems from passive exposure to cigarette smoke. Also, the influence of the frequency and duration of exposure on these systems is still unclear. The objective of this work was to verify the effects of passive smoking on mucociliary clearance and adult autonomic nervous systems and investigate the influence of frequency and time of passive exposure on these systems.

METHODS: 44 smokers (smoking group), 38 passive smokers (passive smoking group), and 38 healthy individuals (control group) were evaluated. Evaluation of lung function was performed. To analyze the autonomic nervous system, heart rate variability data were collected. Hemodynamic parameters were collected. Mucociliary clearance was evaluated using the saccharin transit time test.

RESULTS: The passive smoking group presented reduced lung function (P.02). Systolic blood pressure was significantly greater in the passive smoking group when compared with the smoking group (P.02). The passive smoking group presented significantly slower transportability time than the control group. No differences were observed between the groups for the heart rate variability data. There was a significant correlation ($P < .05$) between the frequency of exposure and diastolic blood pressure, oxygen saturation, and FEF25-75%. Correlation analyses also demonstrated a reduction of global autonomic activity according to exposure load, in addition to a reduction in vagal activity and an increase in sympathetic activity according to exposure frequency.

CONCLUSIONS: Passive smokers presented worse mucociliary clearance, and there was a correlation between passive exposure load and damage to the hemodynamic response, pulmonary function and autonomic nervous system.

Επίδραση της διάρκειας και της συχνότητας της παθητικής έκθεσης καπνίσματος στον καθαρισμό του βλεννογόνου των αεραγωγών και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Ιστορικό Υπάρχουν ακόμα κενά στις γνώσεις σχετικά με τη βλάβη των βλεννογόνων και του αυτόνομου νευρικού συστήματος από την παθητική έκθεση στον καπνό τσιγάρων. Επίσης, η επίδραση της συχνότητας και της διάρκειας της έκθεσης σε αυτά τα συστήματα δεν είναι ξεκάθαρη. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η επαλήθευση των επιπτώσεων του παθητικού καπνίσματος στην εκκένωση των βλεννογόνων και της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος των ενηλίκων και η διερεύνηση της επίδρασης της συχνότητας και του χρόνου της παθητικής έκθεσης σε αυτά.

Μέθοδοι Αξιολογήθηκαν 44 καπνιστές (ομάδα καπνιστών), 38 παθητικοί καπνιστές (ομάδα παθητικού καπνίσματος) και 38 υγιή άτομα (ομάδα ελέγχου). Αξιολογήθηκε η λειτουργία των πνευμόνων. Για την ανάλυση του αυτόνομου νευρικού συστήματος συλλέχθηκαν δεδομένα μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας. Επιπλέον συλλέχθηκαν αιμοδυναμικές παράμετροι. Η δυνατότητα αυτοκαθαρισμού των βλεννογόνων των αεραγωγών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη δοκιμή χρόνου μετάβασης σακχαρίνης (saccharin transit time test).

Αποτελέσματα Η ομάδα του παθητικού καπνίσματος έδειξε μειωμένη πνευμονική λειτουργία. Η συστολική αρτηριακή πίεση ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα του παθητικού καπνίσματος σε σύγκριση με την ομάδα των καπνιστών. Η ομάδα παθητικού καπνίσματος παρουσίαζε σημαντικά βραδύτερο χρόνο μεταφοράς από την ομάδα ελέγχου. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων, όσο αφορά τον καρδιακό ρυθμό. Υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας έκθεσης και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης, του κορεσμού οξυγόνου και της ροής εκπνοής. Οι αναλύσεις συσχέτισης κατέδειξαν επίσης μείωση της γενικής δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος σύμφωνα με το φορτίο έκθεσης καθώς και μείωση της παρασυμπαθητικής δραστηριότητας και αύξησης της συμπαθητικής δραστηριότητας σύμφωνα με τη συχνότητα έκθεσης.

Συμπεράσματα Οι παθητικοί καπνιστές παρουσίασαν μειωμένη ικανότητα αυτοκαθαρισμού του βλεννογόνου και υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του βαθμού παθητικής έκθεσης και της βλάβης της αιμοδυναμικής απόκρισης, της πνευμονικής λειτουργίας και του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Impact of smoking on fertility and age of menopause: a population-based assessment

Jean-Baptiste Oboni, Pedro Marques-Vidal, François Bastardot, Peter Vollenweider, Gérard Waeber

Background and aims: Studies in patients seeking medically assisted reproduction have shown that smoking reduces fertility, but little information is available in the general population. We assessed the associations between smoking and the number of children, childbearing planning and age at menopause in a representative sample of the population of Lausanne, Switzerland.

Methods: Data from 6711 participants (3530 women, age range 35–75years) collected between 2003 and 2006 and again in 2009 and 2012. Smoking status, number of offsprings and age of menopause were assessed.

Results: Women who currently smoke had significantly less children than former or never smokers: the number of children per women (average \pm SD) was 1.38 ± 1.05 , 1.45 ± 1.07 and 1.576 ± 1.16 , respectively ($p<0.001$). Women who currently smoke had their first child at an earlier age than the others: 26.7 ± 5.2 , 27.4 ± 5.4 and 26.9 ± 5.2 years old for current, former and never smokers, respectively, ($p=0.01$). Similar findings were found for men: number of children per men 1.475 ± 1.16 , 1.67 ± 1.13 and 1.55 ± 1.22 for current, former and never smokers, respectively ($p<0.001$); no difference was found regarding age at the first child. The difference persisted after multivariate adjustment (adjusted for age, body mass index, Caucasian origins, alcohol consumption, caffeinated drinks consumption, educational level, receiving social help and women taking contraceptives) for the age at first child among women. No association was found between Heaviness of Smoking Index and the number of children among current smokers in both genders. Women who smoke had their menopause more than 1 year prior than never-smoking women (48.9 ± 0.2 years compared with 47.8 ± 0.3 years, respectively, $p=0.002$).

Conclusions: Smoking is associated with an earlier age of having the first child and of menopause among women.

Επιπτώσεις του καπνίσματος στη γονιμότητα και την ηλικία της εμμηνόπαυσης: Αξιολόγηση βάσει πληθυσμού

Ιστορικό και στόχοι: Μελέτες σε ασθενείς που αναζητούν ιατρική βοήθεια για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, έδειξαν ότι το κάπνισμα μειώνει τη γονιμότητα, αλλά ελάχιστες πληροφορίες είναι διαθέσιμες στο γενικό πληθυσμό. Εκτιμήθηκε η συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του αριθμού των παιδιών, τον προγραμματισμό τεκνοποίησης και την ηλικία κατά την εμμηνόπαυση σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της Λωζάννης της Ελβετίας.

Μέθοδοι Στοιχεία από 6711 συμμετέχοντες (3530 γυναίκες ηλικίας 35-75 ετών) που συλλέχθηκαν μεταξύ 2003 και 2006 και πάλι το 2009 και το 2012. Αξιολογήθηκαν το κάπνισμα, ο αριθμός των απογόνων και η ηλικία της εμμηνόπαυσης.

Αποτελέσματα Οι γυναίκες που κάπνιζαν στο παρόν είχαν σημαντικά λιγότερα παιδιά συγκριτικά με πρώην ή μη καπνίστριες. Οι γυναίκες που καπνίζουν σήμερα είχαν το πρώτο τους παιδί σε μικρότερη ηλικία από τις υπόλοιπες πρώην ή μη καπνίστριες. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά όσον αφορά την ηλικία του πρώτου παιδιού. Η διαφορά εξακολούθησε να υφίσταται ακόμα και μετά από προσαρμογή παραγόντων όπως ηλικία, δείκτης μάζας σώματος, καυκάσια προέλευση, κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών, μορφωτικό επίπεδο, κοινωνική βοήθεια και λήψη αντισύλληψης. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της καπνιστικής συνήθειας και του αριθμού των παιδιών μεταξύ των σημερινών καπνιστών στα δύο φύλα. Οι γυναίκες που καπνίζουν είχαν την εμμηνόπαυση τους 1 χρόνο νωρίτερα από τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν ποτέ.

Συμπεράσματα Το κάπνισμα συνδέεται με την προγενέστερη ηλικία απόκτησης του πρώτου παιδιού και της εμμηνόπαυσης μεταξύ των γυναικών.

A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour

Isabel MR Hess, Kishen Lachireddy, Adam Capon

Objectives: Electronic cigarettes (ECs) have recently become popular around the world, and their safety is being widely discussed in the scientific literature. Previous studies have examined the chemicals in e-liquids and vapour, and demonstrated that the aerosol from ECs can contain toxic chemicals that are harmful to health. However, little is known about the potential adverse health effects of passive exposure to EC vapour. The aim of this paper is to summarise and review all studies that have examined potential adverse health effects of passive exposure from inhaling EC vapour. Specifically, our research objectives were to describe 1) the absolute impact of passive exposure from inhaling vapour when compared with background, and 2) the relative impact of passive exposure from inhaling vapour when compared with passive exposure from inhaling conventional cigarette smoke.

Methods: A systematic review was conducted to identify articles published from 1996 to 10 September 2015 from Embase, Ovid MEDLINE and PreMEDLINE. Papers eligible for inclusion had to be written in English, study health effects from passive exposure to EC vapour in animals or humans, test or analyse the EC vapour directly or in the ambient air (with an inference made about passive or second-hand vapour exposure). The review was conducted using the PRISMA guidelines for reporting on systematic reviews. We identified 312 studies, and 16 were relevant for inclusion in our review.

Results: A variety of study designs were used to investigate potential health risks from passive exposure to EC vapour. These included direct exposure studies involving humans and animals, and indirect exposure studies using volunteer EC users or smoking machines. The majority of studies determined that passive exposure to EC vapour may pose a health risk to bystanders. All papers encountered a number of limitations.

Conclusion: Our review found that the absolute impact from passive exposure to EC vapour has the potential to lead to adverse health effects. The risk from being passively exposed to EC vapour is likely to be less than the risk from passive exposure to conventional cigarette smoke.

Συστηματική ανασκόπηση των κινδύνων για την υγεία από την παθητική έκθεση στον ατμό του ηλεκτρονικού τσιγάρου.

Στόχοι: Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έγιναν πρόσφατα δημοφιλή σε όλο τον κόσμο και η ασφάλειά τους συζητείται ευρέως στην επιστημονική βιβλιογραφία. Προηγούμενες μελέτες έχουν εξετάσει τα χημικά που περιέχονται στα υγρά και τους ατμούς και απέδειξαν ότι το αερόλυμα του ηλεκτρονικού τσιγάρου μπορεί να περιέχει τοξικές χημικές ουσίες που είναι επιβλαβείς για την υγεία. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά για τις πιθανές αρνητικές συνέπειες για την υγεία από την παθητική έκθεση στους ατμούς του. Σκοπός είναι να συνοψιστούν και να επανεξεταστούν μελέτες που έχουν ερευνήσει τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της παθητικής έκθεσης στην υγεία από την εισπνοή ατμού. Συγκεκριμένα, οι ερευνητικοί μας στόχοι είναι η περιγραφή της απόλυτης επίδρασης της παθητικής έκθεσης από την εισπνοή ατμού καθώς και η σχετική επίδραση της παθητικής έκθεσης από την εισπνοή ατμών σε σύγκριση με την παθητική έκθεση από την εισπνοή καπνού συμβατικών τσιγάρων.

Μέθοδοι Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση για τον εντοπισμό άρθρων που δημοσιεύθηκαν από το 1996 έως τις 10 Σεπτεμβρίου 2015 στις βάσεις δεδομένων Embase, Ovid MEDLINE και PreMEDLINE. Συμπεριελήφθησαν άρθρα γραμμένα στα αγγλικά, που μελετούν τις επιπτώσεις στην υγεία από την παθητική έκθεση στον ατμό σε ζώα ή ανθρώπους, που δοκιμάζουν ή αναλύουν τους ατμούς της απευθείας έκθεσης ή στον ατμοσφαιρικό αέρα. Η ανασκόπηση διεξήχθη σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA για την υποβολή εκθέσεων σχετικά με τις συστηματικές αξιολογήσεις. Εντοπίστηκαν 312 μελέτες και 16 ήταν κατάλληλες για συμπερίληψη στην ανασκόπηση.

Αποτελέσματα Χρησιμοποιήθηκε μια ποικιλία σχεδίων μελέτης για τη διερεύνηση δυνητικών κινδύνων για την υγεία από την παθητική έκθεση σε ατμούς των ηλεκτρονικών τσιγάρων. Αυτές περιλαμβάνουν μελέτες άμεσης έκθεσης που αφορούν ανθρώπους και ζώα και μελέτες έμμεσης έκθεσης με χρήση εθελοντών χρηστών ηλεκτρονικού τσιγάρου ή μηχανών καπνίσματος. Η πλειονότητα των μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παθητική έκθεση σε ατμούς ηλεκτρονικού τσιγάρου μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την υγεία των πολιτών.

Συμπεράσματα Από την παραπάνω ανασκόπηση προέκυψε ότι η παθητική έκθεση στους ατμούς του ηλεκτρονικού τσιγάρου έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε

αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Ο κίνδυνος παθητικής έκθεσης σε ατμούς ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι πιθανόν να είναι μικρότερος από τον κίνδυνο παθητικής έκθεσης στον συμβατικό καπνό τσιγάρων.

Association between smoking type and prevalence of atopic dermatitis and asthma in men and women.

Moon HM, Kim Y, Kwak Y, Kim K.

AIM: This study aimed to examine the association between smoking type and the prevalence of atopic dermatitis and asthma in men and women.

BACKGROUND: Cases of allergic diseases have been steadily increasing worldwide. Smoking is associated with serious diseases. Only a few studies have assessed the association between smoking and atopic dermatitis and asthma in adults, and gender difference studies are scarce despite a significant difference in smoking rates.

METHODS: We conducted a secondary cross-sectional analysis of 17 886 adults with atopic dermatitis and 17 889 with asthma aged ≥ 19 years, using raw data from the Fifth Korea national Health and Nutrition Examination Survey (2010-2012).

RESULTS: The prevalence of atopic dermatitis in men was not associated with active or passive smoking, whereas asthma prevalence in men was associated with indoor passive smoking exposure at home. We found that atopic dermatitis prevalence in women was associated with current smoking status, whereas asthma prevalence in women was associated with the presence of an indoor daily smoker at home and indoor passive smoking exposure at home.

CONCLUSION: Asthmatic adults should be informed of the hazards of passive smoking, and women with atopic dermatitis should in particular be dissuaded from smoking.

Η σχέση μεταξύ του τύπου καπνίσματος και του επιπολασμού της ατοπικής δερματίτιδας και του άσθματος σε άνδρες και γυναίκες.

Σκοπός Η μελέτη στοχεύει να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του τύπου καπνίσματος (ενεργητικό/παθητικό) και του επιπολασμού της ατοπικής δερματίτιδας και του άσθματος σε άνδρες και γυναίκες.

Ιστορικό Οι περιπτώσεις αλλεργικών ασθενειών αυξάνονται σταθερά παγκοσμίως. Το κάπνισμα συνδέεται με σοβαρές ασθένειες παρόλα αυτά λίγες μελέτες έχουν αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της ατοπικής δερματίτιδας και του άσθματος σε ενήλικες. Οι μελέτες διαφοράς φύλου σπανίζουν παρά τη σημαντική διαφορά στα ποσοστά καπνίσματος.

Μέθοδοι Διεξήχθη μια δευτερογενής ανάλυση διατομής 17.886 ενηλίκων με ατοπική δερματίτιδα και 17.889 με άσθμα ηλικίας ≥ 19 ετών, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την 5^η Εθνική Έρευνα Υγείας και Διατροφής (2010-2012) της Κορέας.

Αποτελέσματα Ο επιπολασμός της ατοπικής δερματίτιδας στους άνδρες δεν συσχετίστηκε με ενεργό ή παθητικό κάπνισμα, ενώ ο επιπολασμός του άσθματος στους άνδρες συσχετίστηκε με παθητική έκθεση σε καπνό στο σπίτι. Διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της ατοπικής δερματίτιδας στις γυναίκες συσχετίστηκε με το τρέχον καθεστώς καπνίσματος, ενώ ο επιπολασμός του άσθματος στις γυναίκες συνδέθηκε με την παρουσία εσωτερικού καπνιστή στο σπίτι .

Συμπεράσματα Οι ασθματικοί ενήλικες θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος και οι γυναίκες με ατοπική δερματίτιδα θα πρέπει να αποτρέπονται από το κάπνισμα.

Early smoke exposure is associated with asthma and lung function deficits in adolescents

Xin Dai, Shyamali C Dharmage, Adrian J Lowe, Katrina J. Allen, Paul S. Thomas, Jennifer Perret, Nilakshi Waidyatillake, Melanie C Matheson, Cecilie Svanes, Liam Welsh, Michael J. Abramson, Caroline J Lodge.

Objective: Early life tobacco smoke exposure may influence asthma, lung function and lung function growth into adolescence. We aimed to determine the associations between perinatal smoke exposure and asthma and lung function up to 18 years of age.

Methods: We prospectively recorded perinatal parental smoking and measured respiratory outcomes at 12 and 18 years in the Melbourne Atopy Cohort Study (MACS), a longitudinal birth cohort. Multiple logistic regression was used to analyse the associations between perinatal smoke exposure and asthma at 12 (n=370) and 18 years (n=411). Multiple linear regression was used to investigate the relationship between perinatal smoking and: lung function (12 & 18 years) and lung function growth (between 12 and 18 years).

Results: At 18 years, girls exposed to parental smoking during the perinatal period had increased odds of asthma (OR: 3.45, 95%CI: 1.36, 8.77), reduced pre-bronchodilator Forced expiratory volume in one-second (FEV1) (-272ml/s; -438, -107); FEV1/ forced vital capacity (FVC) (-0.038; -0.065, -0.010); mid expiratory flow (MEF25-75) (-430ml/s; -798, -61), and reduced post-bronchodilator FEV1/FVC (-0.028, -0.053, -0.004). No associations were found for boys (pre-bronchodilator FEV1 26ml/s; -202, 255; FEV1/FVC 0.018; -0.013, 0.049).

Conclusions: Perinatal smoke may affect risk of asthma, reduce lung function and lung function growth in adolescence. Girls appear to be more susceptible than boys.

Η πρόωρη έκθεση στον καπνό σχετίζεται με άσθμα και ανεπαρκή πνευμονική λειτουργία στους εφήβους.

Στόχος: Η έκθεση στον καπνό σε πρώιμο στάδιο ζωής μπορεί να επηρεάσει το άσθμα, και τη λειτουργία των πνευμόνων κατά την εφηβεία. Στόχος της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ της περιγεννητικής έκθεσης στον καπνό και το άσθμα και τη λειτουργία των πνευμόνων έως την ηλικία των 18 ετών.

Μέθοδοι: Καταγράφηκαν το περιγεννητικό γονικό κάπνισμα και μετρήθηκε η αναπνευστική λειτουργία των εφήβων στα 12 και 18 έτη. Για την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ της περιγεννητικής έκθεσης στον καπνό και στο άσθμα χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση στα 12 (n=370) και 18 (n=411) έτη. Ενώ για την διερεύνηση του περιγεννητικού καπνίσματος σε σχέση με την λειτουργία και την ανάπτυξη των πνευμόνων ομοίως στα 12 και 18 έτη, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Στα 18 έτη τα κορίτσια που είχαν εκτεθεί στο περιγεννητικό κάπνισμα είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης άσθματος, εμφάνισαν μειωμένο προ-βρογχοδιασταλτικό όγκο, μειωμένη ζωτική χωρητικότητα και μέση εκπνευστική ροή. Συσχετισμός με τα παραπάνω δεν αποδείχθηκε για τα αγόρια.

Συμπεράσματα: Ο περιγεννητικός καπνός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης άσθματος, να μειώσει τη λειτουργία και την ανάπτυξη των πνευμόνων κατά την εφηβεία. Τα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή από τα αγόρια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, M., Alramadhan, S., Iniguez, C., Duijts, L., et al., 2017. A systematic review with meta-analysis of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements. *PLoS ONE* 12(2).
- Ambrose, A.J., Barua, S. R., 2004. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. An Update. *Journal of the American College of Cardiology*, 43.
- American Academy of Pediatrics, 2017. The Dangers of Secondhand Smoke. *Healthychildren.org* [internet] 11 September. Available at: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/tobacco/Pages/Dangers-of-Secondhand-Smoke.aspx> [Accessed 17 September 2019].
- Aubin, H., Luquiens, A., Berlin, I., 2014. Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *British Journal of Pharmacology*, 77(2), p. 324–336.
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., West, R., 2012. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), p. 1066-73.
- Bailey, M., Wye, M., Stockings, A., Bartlem, M., et al., 2017. Smoking cessation care for people with a mental illness: Family carer expectations of health and community services. *Journal of Smoking Cessation*, 12 (4), p. 221-230.
- Batra, A., 2011. Treatment of Tobacco dependence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108 (33), p. 555–64.
- Bonevski, B., Bowman, J., Richmond, R., Bryant, J., et al., 2011. Turning of the tide: changing systems to address smoking for people with a mental illness. *Mental Health and Substance Use Journal*, 4 (2) p.116–29.
- Boutwell L., Cook L., Norman K., Lindsey W. (2014). A Pharmacist’s Guide for Smoking Cessation. *Continuing Education*, 2(3):1-15.

- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., et al., 2018. Global cancer statistics. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 68 (6) p.394-424.
- Carlebach, S., Hamilton, S., 2009. Understanding the nurse's role in smoking cessation. *British Journal of Nursing*, 18 (11) p. 672-4, 676.
- Catley, D., Harris, K., Goggin, K., Richter, K. et al., 2012. Motivational Interviewing for encouraging quit attempts among unmotivated smokers: study protocol of a randomized, controlled, efficacy trial. *BMC Public Health*, 12 (456).
- Chan, JY., Stern, DA., Guerra, S., Wright, AL., et al., 2015. Pneumonia in childhood and impaired lung function in adults: a longitudinal study. *Pediatrics*. 135 (4) p. 607-16.
- Clutterbuck, A., Saadawi, R., Caruso, J., Landero-Figueroa, J., 2015. Meta-analysis for non- tobacco smoking alternatives: Steam stone fluids and smoke. *Microchemical Journal*, 122 p:205- 213
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., et al., 2004. Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey. *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, 4.
- Dai, X., Dharmage, SC., Lowe, AJ., Allen, KJ., et al., 2017. Early smoke exposure is associated with asthma and lung function deficits in adolescents. *Asthma Journal*, 54(6) p. 662-669.
- Damee, C., Shotaro, O., & Shigeki Watanuki, 2015. Does cigarette smoking relieve stress? Evidence from the event-related potential (ERP) *International Journal of Psychophysiology*, 98 (2015) p. 470–476.
- Dani, J.A., Balfour, D.J.K., 2011. Historical and current perspective on tobacco use and nicotine addiction. *Trends in Neurosciences*, 34(7) p. 383-392
- Euromonitor International. 2017 "Passport Database." London, UK. Available at: <https://tobaccoatlas.org/topic/consumption/> [Accessed 11 August 2019].
- Ferrante, G., Simoni, M., Cibella, F., Ferrara, F., et al., 2015. Third-hand smoke exposure and health hazards in children. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 79(1) p. 38-43.
- Fiore, MC., Baker, TB., 2011. Treating Smokers in the Health Care Setting. *The New England Journal of Medicine*, 365 p. 1222-31.

- Freire, AP., Ramos, D., Leite, MR., Silva, BS., et al. 2016. Influence of Time and Frequency of Passive Smoking Exposure on Mucociliary Clearance and the Autonomic Nervous System. *Respiratory Care*, 61(4) p. 453-61.
- García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz V., Riesco-Miranda JA., 2019. Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. *Revista De Investigacion Journal*, 71(1) p. 7-16.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018. ‘Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.’ *Lancet*, 392 p. 923–94.
- GBD Compare: Viz Hub. In: Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2019 Available at: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [Accessed 20 March 2019].
- Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Population Estimates 1950-2016. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Available at: <https://tobaccoatlas.org/topic/consumption/> [Accessed 11 August 2019].
- Gourlay, SG., Stead, LF., Benowitz, NL., 2004. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3.
- Gratiou, C., 2008. Review of current smoking cessation guidelines, *European Respiratory Journal*, 42 p. 35-43.
- Guichenez, P., Underner, M., Perriot, J., 2019. Behavioral and cognitive therapies in smoking cessation: What tools for the pulmonologist? *Revue des Maladies Respiratoires Journal*, 36(5) p. 600-609.
- Hajek, P., Taylor, TZ., Mills, P., 2012. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 324 (7329) p. 87–9.
- Hasmun, N.N., Drummond, B.K., Milne, T., Cullinan. M.P., 2017. Effects of environmental tobacco smoke on the oral health of preschool children. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(6), p. 393-398.

- Hawsawi, AM., Bryant, LO., Goodfellow, LT., 2015. Association between exposure to secondhand smoke during pregnancy and low birthweight: a narrative review. *Respiratory Care*, 60 p. 135–140.
- Hedström, AK., Olsson, T., and Alfredsson, L., 2017. Smoking is a major preventable risk factor for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 22(8) p. 1021-1026.
- Herman, A.Y., Sofuoglu, M., 2010. Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Current Psychiatry Reports Journal*, 12(5) p. 433-40.
- Hess, IM., Lachireddy, K., Capon, A., 2016. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Research and Practice*, 26(2).
- Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Tousoulis, D., 2016. Efficacy and Safety of Electronic Cigarettes for Smoking Cessation: A Critical Approach. *Hellenic Journal of Cardiology*, 57 p.1-6.
- Ion, R., Bernal, AL., 2015. Smoking and preterm birth. *Reproductive Sciences*, 22 p. 918–926.
- Janson, C., Marks, G., Buist, S., Gnatiuc, L., et al., 2013. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *European Respiratory Journal*, 42 (6) p. 1472-83.
- Jarvis, M., 2004. ABC of Smoking Cessation. Why people smoke. *British Medical Journal*, 328 p. 277-9.
- Jong, A., Menkveld, R., Lens, J., Nienhuis, S., et al., 2014. Effect of alcohol intake and cigarette smoking on sperm parameters and pregnancy. *First International Journal of Anthropology*, p. 112-117.
- Khalaf, IA., Abu-Moghli, F., LaRocco, SA., Al-Maharma, DY., 2017. Jordanian Nurses' Perception and Interventions Related to Promoting Smoking Cessation. *Journal of Clinical Nursing*, 13 p. 92-939.
- Kim, Y., Myung, SK., Jeon, Y.J, Lee, EH., et al., 2011. Effectiveness of pharmacologic therapy for smoking cessation in adolescent smokers: meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68 p. 219–226.
- Kumar, R., Prasad, P., 2014. Smoking Cessation: An Update. *Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences*, 56 p. 161-169.

- Lancaster, T., Stead, LF., 2017. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Library: Cochrane Reviews*, 31(3).
- Larzelere, M., Williams, D., 2012. Promoting Smoking Cessation. *American Family Physician*, 85(6) p. 591-598.
- Li, S., Fang, L., Zhou, Y., Pan, L., et al., 2014. Mediation of smoking abstinence self-efficacy on the association of nicotine dependence with smoking cessation. *European Journal of Public Health*, 25 p.200-204.
- Lynsey, B. & Malcolm, B., 2015. Thinking about smoking: A novel approach to describing cognitive style profiles. *Personality and Individual Differences*, 82 p. 76-80.
- Marufu, T., Ahankari, A., Coleman, T & Lewis, S., 2015. Maternal Smoking and the risk of still birth: Systematic review and meta- analysis. *BMC Public Health*, 15 p.239
- McDougal, JC., Ock S., Demers, LB., Sokolove, RL., 2019. Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for the Treatment of Tobacco Use Disorder in Primary Care for Resident Physicians. *MedEdPORTAL*, 15.
- Minichino, A., Bersani, F., Calò, W., Spagnoli, F., et al., 2013. Smoking Behaviour and Mental Health Disorders—Mutual Influences and Implications for Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10 p.4790-4811.
- Moon, HM., Kim, Y., Kwak, Y., Kim,K.. 2018. Association between smoking type and prevalence of atopic dermatitis and asthma in men and women. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6).
- National Cancer Institute, 2017. A Socioecological Approach to Addressing Tobacco-Related Health Disparities. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 22. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. NICE public health intervention guidance – brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: NICE, March.
- National Toxicology Program, 2016. Report on Carcinogens. Fourteenth Edition. Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- Ngu, NL., McEvoy, M., 2017. Environmental tobacco smoke and peripheral arterial disease: A review. *Atherosclerosis*, 266 p.113-120.
- Oboni, JB., Marques-Vidal, P., Bastardot, F., Vollenweider, P., et al., 2016. Impact of smoking on fertility and age of menopause: a population-based assessment. *BMJ Open*, 18;6(11).
- Picciotto, M., Kenny P., 2012. Molecular Mechanisms Underlying Behaviors Related to Nicotine Addiction. *Cold Spring Harbor Laboratory Press*, 2(33) p.13-39.
- Picciotto, MR., Mineur, YS., 2014. Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology*, 76 p. 545-53.
- Quaife, S., Mc Ewan, A., Janes, S.R., Wardle, J., 2015. Smoking is associated with pessimistic and avoidant beliefs about cancer: results from the International Cancer Benchmarking Partnership. *British Journal of cancer*, 112 p.1799-1804.
- Rice, VH., Hartmann-Boyce, J., Stead, LF., 2017. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Library: Cochrane Reviews*, 1.
- Rodgman, A., Perfetti, TA., 2009. Tobacco and/or tobacco smoke components used as tobacco ingredients. In: *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. *CRC Press*, p. 1259.
- Sæbø, G., Scheffels, J., 2017. Assessing notions of denormalization and renormalization of smoking in light of e-cigarette regulation. *International Journal of Drug Policy*, 49 p. 58–64.
- Salahuddin, S., Prabhakaram, D., Roy, A., 2012. Pathophysiological Mechanisms of Tobacco-Related CVD. *Global Heart*, 7(2) p. 113-120.
- Schellack, N., Bronkhorst, E., 2014. Smoking cessation. *South African Family Practice*, 57(1) p. 39-42.
- Scherman, A., Tolosa, G., McEvoy, E., 2018. Smoking cessation in pregnancy: a continuing challenge in the United States. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(8) p. 457–474.
- Perreault, W.D., and McCathy. E.J., 2002. *Basic marketing: A global managerial approach*. 10th Canadian ed. Toronto: McGraw-HillRyerson.

- Siru, R., Hulse, GK., Tait, RJ., 2009. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction*, 104(5) p. 719–33.
- Stead, LF., Lancaster, T., 2016. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
- Su, X., Li, L., Griffiths, S., Gao, Y., et al., 2015. Smoking behaviors and intentions among adolescents in rural China: The application of the Theory of Planned Behavior and the role of social influence. *Addictive Behaviors*, 48 p. 44-51
- Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L., et al., 2012. Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Medicine*, 125 p. 576-584.
- Terzikhan, N, Verhamme, KM., Hofman, A., Stricker, BH., 2016. Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. *European Journal of Epidemiology*, 31(8) p.785-92.
- U.S. 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, 2014. The health consequences of smoking: 50 years of progress. *A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA.
- U.S. Department of Health and Human Services, 2010. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: *U.S. 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*.
- U.S. Department of Health and Human Services, 2014. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. Atlanta, GA: *U.S. 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*.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2006. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: *U.S. Department of Health and Human*

Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health,

- Walker, N., Howe, C., Glover, M., McRobbie, H., 2014. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*, 371 (25) p.2353-62.
- Wang, Q., 2015. Smoking and body weight: evidence from China health and nutrition survey. *BMC Public Health*, 15(1238).
- Weinberger, A., Franco, C., Hoff, R., Pilver, C., 2015. Cigarette smoking, problem- gambling severity, and health behaviors in high- school students. *Addictive Behaviors Reports*, 1 p.40-48.
- West, R., McNeill, A., Britton, J., Baudl, L., 2014. Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction*, 105 p. 1867-1869.
- Whanhee, L., Sung-Hee, H., Hayoung, C., Ho, K., 2017. The association between smoking or passive smoking and cardiovascular diseases using a Bayesian hierarchical model: based on the 2008-2013 Korea Community Health Survey. *Epidemiology and Health*, 39.
- White AR., Rampes H., Liu JP., Stead LF., Campbell J. (2014). Cochrane Database of Systematic Reviews Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, Art. No.: CD000009.
- World Health Organization, 2017. *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* [fact sheet]. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)) [Accessed 20 March 2019].
- World Health Organization, 2017. *Asthma* [fact sheet]. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/asthma> [Accessed 10 August 2019].
- World Health Organisation, 2015. The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview. Available at: https://www.who.int/fctc/about/WHO_FCTC_summary_January2015.pdf?ua=1 [Accessed 11 September 2019].

- World Health Organization, 2015. Global Health Observatory (GHO) data. Prevalence of tobacco smoking. Available at: <https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/> [Accessed 10 July 2019]
- World Health Organization, 2019. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> [Accessed 10 September 2019].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγέλη, Μ.Ν., 2007. Καπνός μια ιστορία αιώνων. *Περιοδικό Ρίζα Αγρινιωτών*, Τεύχος 64.
- Γεωργιάδης, Φ., 2008. Παθητικό Κάπνισμα. *Ενατενίσεις*, (4) σ. 70-73.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Σουρτζή, Π., 2005. *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Κουτίνου, Ε., Κουτουλάκη, Γ., 2015. Διακοπή καπνίσματος. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Κουτίνου, Ε., Πατενταλάκης, Μ., Δημητριάδου, Μ., Παππά, Α., και συν., 2014. Εξάρτηση από το κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Πασχαλίδη
- Μάτζιου - Μεγαπάνου Β. (2009) 'Παθητικό Κάπνισμα των Παιδιών: Πόσο Απαραίτητη είναι η ενεργός δράση'. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 48(3), σ.245–247.
- Παθητικό κάπνισμα και οι επιπτώσεις στην υγεία: Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο. Υπουργείο Υγείας Κύπρου; 2012
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα 2008-2012. Αθήνα
- Χατζηλιά, Δ. (2017). *Εκτίμηση Ευερεθιστότητας, Άγχους, Κατάθλιψης και Ποιότητας Ζωής σε καπνιστές κατά τη θεραπεία Διακοπής Καπνίσματος*. (Μη εκδοθείσα Διδακτορική Διατριβή) ΕΚΠΑ, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Υπουργείο Υγείας (2018). Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/loipes-eksarthseis/plhrofories-gia-thn-areksarthsh-apo-to-kapnisma/5204-iatreia-diakophs-kapnismatos> [Πρόσβαση 18 Αυγούστου 2019]