



ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



Σπουδαστής: Κωφιάδης Σταύρος

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός: Ματσούλη Λευκοθέα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7-8
Ιστορική αναδρομή.....	9-11
Επιδημιολογία.....	12-13

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ.....	14
1.1 Το τσιγάρο.....	14-15
1.2 Το ηλεκτρονικό τσιγάρο.....	15-17
1.3 Τα πούρα.....	17-18
1.4 Τα είδη καπνιστών.....	18
2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	19-21
3. ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ Ο ΚΑΠΝΟΣ.....	22
4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ-ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ.....	23-24
4.1 Σωματική εξάρτηση.....	25
4.2 Ψυχική εξάρτηση.....	25
4.3 Σύνδρομο στέρησης.....	25-26
4.4 Αισθητηριοκινητικοί μηχανισμοί.....	26-27

4.5 Διαφήμιση και μίμηση	27
4.6 Επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό και την εμφάνιση.....	27-29
5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	29-31
5.1 Η νομοθεσία.....	31
5.2 Η δράση της πρόληψης στην Ελλάδα.....	31-32
5.3 Η δράση της πρόληψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	32-34
6. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	34-35
6.1 Φαρμακοθεραπεία.....	36-37
6.2 Διακοπή κατά την εγκυμοσύνη.....	37
6.3 Διακοπή στην εφηβεία.....	38
6.4 Διακοπή σε άτομα με ψυχικές ασθένειες.....	38
6.5 Συμβουλευτική-Ψυχική θεραπεία.....	38-39

B' ΜΕΡΟΣ

1.ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ-ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ.....	40
1.1 Μη καπνίζοντες.....	40
1.2 Ευκαιριακός καπνιστής.....	40
1.3 Εθισμένος καπνιστής.....	41
1.4 Εξαρτημένος καπνιστής.....	41
1.5 Εκτίμηση κατάστασης για το κάπνισμα στην έκβαση της κύησης.....	41-42
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	42-43

2.1 Παρέμβαση 5 κύριων βημάτων.....	43-44
3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ.....	44-45
3.1 Συμβουλές.....	45-46
3.2 Ολίσθημα.....	46
Γ' ΜΕΡΟΣ	
ΕΡΕΥΝΑ- ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	47-62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63-64
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλυθεί ο ρόλος που έχει σήμερα ο νοσηλευτής στην φροντίδα και την στήριξη ατόμων που πάσχουν από εθισμό ή εξάρτηση από το τσιγάρο, φαινόμενο που απασχολεί μία τεράστια μάζα ανθρώπων εδώ και πολλά χρόνια . Εκτός από τον ρόλο του νοσηλευτή η εργασία θέλει να τονίσει την ανεπανόρθωτη βλάβη που μπορούν να προκαλέσουν , στον οργανισμό και τον ψυχισμό του ανθρώπου, οι διάφορες μορφές καπνού όπως το τσιγάρο, το ηλεκτρονικό τσιγάρο, τα πούρα κτλ. καθώς και να επισημάνει τους τρόπους αντιμετώπισης, διακοπής και αποχής από τις βλαβερές αυτές συνήθειες.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια βιβλιογραφική έρευνα η οποία ξεκινάει με την ιστορία γύρω από την εφεύρεση και την εξάπλωση του καπνού ανάμεσα στις ηπείρους και τις χώρες, τις διάφορες μορφές και χρήσης που πραγματοποιήθηκαν ανά καιρούς και την τελική μορφή που γνωρίζουμε έως σήμερα. Με στοιχεία βασισμένα σε συγγράμματα διαφόρων ιστορικών γίνεται η ιστορική αναδρομή και έπειτα η επιδημιολογία με ακριβή στατιστικά στοιχεία και ποσοστά.

Αποτελέσματα: . Στην συνέχεια αναλύεται η παθολογία, η πρόγνωση, η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου. Δίνεται έμφαση στα αίτια που προκαλούν το ξεκίνημα του καπνίσματος, στην κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής κατά το διάστημα στο οποίο καπνίζει και τέλος στις διάφορες μορφές θεραπείας που μπορούμε να προβούμε με σκοπό την διακοπή του καπνίσματος όπως τα φάρμακα, η ψυχολογική υποστήριξη κ.α.

Συμπεράσματα: Το κάπνισμα είναι μια αυτοκαταστροφική συνήθεια των ανθρώπων και οι συνέπειες του , εάν γίνει μακροχρόνια χρήση, μπορούν να καταστούν μη αναστρέψιμες. Παρ' όλα αυτά οι νοσηλευτές, οι ιατροί, η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην σωτηρία των ατόμων που ασθενούν, με φάρμακα, στήριξη και νοσηλεία. Από την πρώτη στιγμή μέχρι και την έξοδο από την κλινική, ο ασθενής χρειάζεται δίπλα του τον νοσηλευτή ως ένα άτομο που εμπιστεύεται, που θα τον ανακουφίσει από τα αρνητικά συμπτώματα και θα επάγει την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Λέξεις κλειδιά: Κάπνισμα, Εθισμός, Αντιμετώπιση, Διακοπή, Νοσηλευτής, Φάρμακα,

SUMMARY

Purpose: The purpose of this work is to analyze the role currently played by the nurse in the care and support of people with addiction to cigarette smoking, a phenomenon that has been a huge mass of people for many years. Apart from the role of the nurse, the work wants to emphasize the irreparable damage that can cause the various forms of tobacco such as cigarette, electronic cigarette, cigars etc. to the human body and psyche, as well as to identify ways of dealing with it , stopping and abstaining from these harmful habits.

Material and method: This is a bibliographic research that begins with the history of invention and the spread of tobacco between the continents and countries, the different forms and uses that have taken place over time and the final form we know today. With evidence based on the writings of various historians, the historical retrospective and then the epidemiology with accurate statistics and percentages is made.

Results: Continuing it analyzes the pathology, prognosis, prevention and treatment of the disease. Emphasis is placed on the causes of the onset of smoking, on the clinical picture presented by the patient during the smoking period and on the various forms of treatment that can be done to stop smoking such as medicines, psychological support, etc.

Conclusions: Smoking is a self-destructive habit of people and its consequences, if made long-term use, tend to become irreversible. Nonetheless, nurses, doctors, family and friends can play a key role in saving the sick, with medication, support and hospitalization. From the first moment to the clinic exit, the patient needs the nurse next to him as a trusted person, relieving him of the negative symptoms and inducing his reintegration into the community.

Key words: Smoking, addiction, tackle, cessation, Nursing, Medicines,.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελληνική ονομασία καπνός προέρχεται από την αρχαία λέξη καπύω, που σημαίνει αναπνέω, εκπνέω. Η διαδεδομένη ξενόγλωσση ονομασία tobacco, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, προέρχεται από το Tobago, ένα μικρό νησί στην Καραϊβική. Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ονομασία προέρχεται από την Μεξικανική επαρχία Tabasco ή Tabaco. Οι δύο αυτές απόψεις δεν είναι θεμελιωμένες. Επίσης υποστηρίζεται η άποψη ότι η ονομασία προέρχεται από το Tabac, ένα εργαλείο που οι Αμερικανοί ιθαγενείς χρησιμοποιούσαν για την προετοιμασία του καπνού. Το φυτό του καπνού (Nicotiana, Tabac, Tobacco, Tabac, Tabacco) ανήκει στην οικογένεια των Στρυχνοειδών, στην οποία ανήκουν πολλά φυτά καθημερινής οικιακής χρήσης, όπως η τομάτα, η μελιτζάνα, η πιπεριά και η πατάτα. Μια από τις πέντε υποοικογένειες των στρυχνοειδών είναι οι Σολανίδες, στην οποία εντάσσονται όλα τα είδη του καπνού. Τα κυριότερα είδη καπνού είναι ο κοινός καπνός, ο μακρόφυλλος καπνός και ο ιώδης καπνός. (Γεωργόπουλος, 2014).

Κάθε τσιγάρο περιέχει περίπου 7.000 επικίνδυνες χημικές ουσίες για την υγεία μας. Μάλιστα οι 70 από αυτές είναι καρκινογόνες. Ορισμένες από αυτές τις ουσίες είναι οι εξής: ακετόνη (ισχυρό διαλυτικό), αμμωνία (χημικό που χρησιμοποιείται ως καθαριστικό), βενζόλιο (εύφλεκτο χημικό υγρό), κάδμιο (βρίσκεται στις μπαταρίες), κυάνιο (δηλητήριο), μονοξείδιο του άνθρακα (ισχυρό δηλητήριο-καυσαέριο αυτοκινήτων), υδροκυάνιο (δηλητηριώδες υγρό), φαινόλη (δηλητηριώδες χημικό), υδροξίνη (διαβρωτικό υγρό) Νικοτίνη (φυτοφάρμακο). Υπάρχουν διάφορες μορφές χρήσης προϊόντων καπνού, όπως τα τσιγάρα, ο ναργιλές, καπνός για μάσημα, τα πούρα και τα ηλεκτρονικά τσιγάρα. (Μπεχράκης, 2016)

Το κάπνισμα είναι αναμφισβήτητο η πιο διαδεδομένη ουσία στον κόσμο, η οποία έχει προκαλέσει μια τόσο μεγάλη ποικιλία βλαβερών επιδράσεων στον άνθρωπο. Οι καπνιστές παρόλο που γνωρίζουν τις βλαβερές επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στην υγεία τους, συνεχίζουν να καπνίζουν συστηματικά. Η πρώτη δημοσίευση του Αρχιάτρου των ΗΠΑ Surgeon General Report για τις συνέπειες του καπνίσματος το 1964 ήταν η αφορμή για μια παγκόσμια εκστρατεία κατά του καπνίσματος. Η εξάπλωση του τσιγάρου δεν κάνει διακρίσεις σε φύλο, κοινωνική θέση, ηλικία, χρώμα και φυλή ανθρώπου και έχει εξαπλωθεί σε όλη την οικουμένη. Σε όλο τον κόσμο 2.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που συνδέονται άμεσα με το κάπνισμα, συμβαίνει δηλαδή ένας θάνατος κάθε 13 δευτερόλεπτα. Οι επιστήμονες σε διεθνή σύσκεψη δήλωσαν ότι μισό δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν τα επόμενα 25 χρόνια από το κάπνισμα, εφόσον συνεχιστεί η εξάπλωσή του με τους ίδιους ρυθμούς. Φυσικά άμεση συνέπεια του καπνίσματος

είναι η πρόωγη θνησιμότητα που παρατηρείται, αφού η ζωή του καπνιστή ελαττώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτή του μη καπνιστή. Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος είναι πράγματι ένα μεγάλο κεφάλαιο για τον καπνιστή. Δηλαδή τι είναι αυτό που τον κάνει να συνεχίζει το κάπνισμα και τον επηρεάζει ψυχολογικά, καθώς και τον τρόπο ζωής του, παρ' όλες τις βλαβερές επιδράσεις που έχει στην υγεία του (Τριχόπουλου, 2014).

Το κάπνισμα θεωρείται ο πιο επικίνδυνος εχθρός της δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η Ελλάδα κατέχει το θλιβερό προνόμιο να είναι μια από τις πρώτες χώρες σε κατανάλωση τσιγάρων μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εκτιμάται ότι τα επόμενα 50 χρόνια το κάπνισμα θα προκαλέσει 450 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο. Εάν οι καπνιστές μειωθούν κατά 50%, θα αποφευχθούν 20-30 εκατομμύρια πρόωμοι θάνατοι κατά το πρώτο τέταρτο του αιώνα μας. Η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος στις νέες ηλικίες θα ελαττώσει σημαντικά τον αριθμό των πρόωμων θανάτων, όμως τα αποτελέσματα θα αρχίσουν να διαφαίνονται μόνο μετά από το 2050. Έτσι ο μόνος δρόμος για να επιτευχθεί η ελάττωση της θνησιμότητας που οφείλεται στο κάπνισμα του τσιγάρου είναι η διακοπή του καπνίσματος (Αθανασοπούλου, 2012).

Υπάρχει μια ευρεία ποικιλία μορφών καπνού και νικοτίνης μη τσιγάρων και η χρήση τους ποικίλλει σε περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο. Οι καπνιστικές μορφές καπνού, όπως τα πούρα, οι κρέτσες και οι σωλήνες νερού, έχουν μεγάλη δημοτικότητα και συχνά θεωρούνται λανθασμένα ως λιγότερο επικίνδυνες από τα τσιγάρα, όταν στην πραγματικότητα το υγειονομικό τους βάρος είναι παρόμοιο. Τα προϊόντα καπνού χωρίς καπνό ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό σε ολόκληρο τον κόσμο υπό τη μορφή και τους κινδύνους για την υγεία που παρουσιάζουν, με ορισμένες σαφώς τοξικές μορφές (π.χ. στη Νότια Ασία) και ορισμένες μορφές με πολύ λιγότερους κινδύνους (π.χ. στη Σουηδία). Τα συστήματα διανομής νικοτίνης που δεν εξαρτώνται άμεσα από τον καπνό εμφανίζονται επίσης (π.χ. ηλεκτρονικά συστήματα διανομής νικοτίνης). Η παρουσία τέτοιων προϊόντων παρουσιάζει προκλήσεις και ευκαιρίες για τη δημόσια υγεία. Οι μελλοντικές ρυθμιστικές δράσεις, όπως η επέκταση χώρων όπου απαγορεύεται η χρήση καπνού, οι προειδοποιήσεις για την υγεία των προϊόντων και η φορολογία, μπορούν να χρησιμεύσουν για την αύξηση ή τη μείωση της χρήσης μη καπνιστικών μορφών καπνού. Αυτοί οι κανονισμοί μπορούν επίσης να επιφέρουν αλλαγές στα ίδια τα προϊόντα καπνού μη τσιγάρων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη δημόσια υγεία επηρεάζοντας την ελκυστικότητα και την τοξικότητα (O'Connor, 2014).

Ιστορική αναδρομή

Τα κοινά φυτά καπνού του εμπορίου είχαν προφανώς χρησιμοποιηθεί για χιλιετίες από τους λαούς του δυτικού ημισφαιρίου πριν από την επαφή με τους Ευρωπαίους, η οποία ξεκίνησε το 1492. Τα φυτά καλλιεργήθηκαν από αυτόχθονες Αμερικανούς στην Κεντρική και Νότια Αμερική. Ο καπνός συχνά είχε θρησκευτικές χρήσεις, όπως απεικονίζεται στα γλυπτά των ναών της Μάγιας. Η έναρξη της εξάπλωσης του καπνού από την Αμερική στον υπόλοιπο κόσμο φαίνεται να συμβαίνει στις 11 Οκτωβρίου 1492, όταν ο Κολόμβος προσέφερε αποξηραμένα φύλλα καπνού στο House of the Agawaks και πήρε το εργοστάσιο πίσω μαζί του στην Ευρώπη. Πιθανώς, η τεχνική του καπνίσματος συλλέχθηκε ταυτόχρονα. Το εργοστάσιο ονομάστηκε «*nicotiana*» μετά τον Γάλλο πρεσβευτή στην Πορτογαλία, ο οποίος λέγεται ότι το εισήγαγε στο γαλλικό δικαστήριο. Ο καπνός που καλλιεργήθηκε στη Γαλλία και στην Ισπανία ήταν το *Nicotiana tabacum*, το οποίο προήλθε από σπόρους που προέρχονταν από τη Βραζιλία και το Μεξικό. Το πρώτο είδος που καλλιεργήθηκε στην Πορτογαλία και στην Αγγλία ήταν το *Nicotiana rustica*, από σπόρο που προέρχεται από τη Φλόριντα και τη Βιρτζίνια, αντίστοιχα. Παρόλο που ισχυρίστηκαν ότι ο καπνός είχε χρησιμοποιηθεί νωρίτερα στην Κίνα, δεν υπάρχει πειστική τεκμηρίωση για αυτό, αλλά είναι σαφές ότι ο καπνός χρησιμοποιήθηκε ευρέως και ότι ορισμένες πρώιμες κοινωνίες ανακάλυψαν τα αποτελέσματα της χορήγησης δόσης της νικοτίνης, πράγμα που σημαίνει ότι το φυτό ήταν ευρέως διανεμημένο, τουλάχιστον σε ολόκληρη την Αμερική (Taimanov et al., 2012).

Μετά την εφεύρεση του τσιγάρου 1881, οι συνέπειες του ενεργού καπνίσματος στην υγεία ήταν γνωστές μόνο το 1964. Από το 1986, τα ερευνητικά ευρήματα επιτρέπουν ολοένα και πιο ισχυρά συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, ιδιαίτερα για τον καρκίνο του πνεύμονα, τις καρδιαγγειακές και αναπνευστικές νόσους σε ενήλικες και παιδιά και το σύνδρομο ξαφνικού θανάτου του βρέφους. Η Ιρλανδία ήταν το 2004 η πρώτη χώρα παγκοσμίως που εισήγαγε μπαρ και εστιατόρια χωρίς καπνό με θετικά αποτελέσματα στη συμμόρφωση, την υγεία των εργαζομένων και των επιχειρήσεων. Κατά το πρώτο έτος μετά την εισαγωγή, αυτές οι πολιτικές έχουν οδηγήσει σε μείωση κατά 10-20% των οξέων στεφανιαίων επεισοδίων. Στην Ελβετία, οι κανονισμοί απαγόρευσης καπνού έγιναν δεκτοί με λαϊκή ψηφοφορία πρώτα το 2006 και έκτοτε το ποσοστό καπνίσματος μειώθηκε από 33% σε 27% (Brandli, 2012).

Οι ιστορικοί μπορεί κάποια μέρα να δουν την τολμηρή κίνηση της Ιρλανδίας ως σημείο ανατροπής της παγκόσμιας δημόσιας υγείας. Προηγούμενες ενέργειες σε όλο τον κόσμο προέκυψαν από την

αύξηση των επιστημονικών στοιχείων, τα οποία συνοψίζονται πιο πρόσφατα στην έκθεση του Γενικού Χειρουργού των Η.Π.Α. του 2006, επιβεβαιώνοντας ότι η έκθεση σε παθητικό καπνό οδηγεί σε πρόωρο θάνατο και ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα και της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Για παράδειγμα, το 1998, η Καλιφόρνια έγινε το πρώτο κράτος των ΗΠΑ που υιοθέτησε πολιτικές απαλλαγμένες από καπνό για όλα τα εστιατόρια και τα μπαρ. Η Νότια Αφρική θέσπισε εθνικούς νόμους το 2000 καθιστώντας τους κοινόχρηστους χώρους απαλλαγμένους από τον καπνό, μολονότι επιτρέπονται απαλλαγές για μπαρ και εστιατόρια. Πρόσφατα, η παγκόσμια πρωτοβουλία Bloomberg για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού χρηματοδοτήθηκε από τον Δήμαρχο της Νέας Υόρκης Michael Bloomberg με στόχο τη μείωση της χρήσης καπνού σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Έτσι με το πέρασμα του χρόνου, ο κόσμος έχει αρχίσει να απαιτεί καθαρό αέρα ως κοινωνικό κανόνα. Για πολύ καιρό, η βιομηχανία καπνού έχει δαπανήσει δισεκατομμύρια για να εξομαλύνει, να εμπορευτεί και να γοητεύσει μια συμπεριφορά που τώρα αναγνωρίζεται ως τραγικό εθισμό στα ναρκωτικά. Το μάρκετινγκ της βιομηχανίας έχει τροφοδοτήσει παγκόσμια κατανάλωση που υπερβαίνει τα 5 τρισεκατομμύρια τσιγάρα ετησίως, με αποτέλεσμα να φθάσουν τα 100 εκατομμύρια θανάτους τον 20ό αιώνα και ένα δισεκατομμύριο θανάτους που αναμένεται να παρουσιαστούν για τον επόμενο αιώνα. Επιπλέον, τα στοιχεία καταδεικνύουν συστηματικές αυξήσεις των αποδόσεων νικοτίνης από τα τσιγάρα που διατίθενται στην αγορά στις Ηνωμένες Πολιτείες τα τελευταία χρόνια. Βασική, για τη βιομηχανική, επιτυχία είναι η απεικόνιση του καπνίσματος ως ένας επιθυμητός τρόπος ευχαρίστησης. Τώρα, όμως, ολόκληρες χώρες έχουν αρχίσει να απομαγνητοποιούν και να εξομαλύνουν αυτή την εξάρτηση (Howard et al., 2013).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) διάλεξε για το έτος 2001 ως θέμα για την " Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος ", την 31 Μαΐου το παθητικό κάπνισμα το οποίο είναι ένα πολύ ανησυχητικό φαινόμενο, επειδή οι επιδράσεις του δεν είναι καθόλου ακίνδυνες, καθώς θεωρείται σήμερα ως η τρίτη αιτία θνησιμότητας (Δαΐκος, 2012).

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα αποτελούν μια σχετικά νέα κατηγορία προϊόντος με το μερίδιό τους στην αγορά να αυξάνεται συνεχώς. Τα απανωτά ευρήματα των επιστημόνων για την ύπαρξη περισσότερων από 4.000 καρκινογόνων ουσιών στα τσιγάρα, δημιούργησαν ένα κύμα διώξης απέναντι στο καπνό το οποίο πέρασε από την Αμερική στην Ευρώπη και έφτασε ως την Κίνα, φέρνοντας στις αρχές του 21ου αιώνα τη σταδιακή «αποψίλωση» των καπνιστών παγκοσμίως (Καφαντάρης και συν., 2014).

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο το εφηύρε έναν Κινέζος φαρμακοποιό, ονόματι Χον Λικ, το 2003. Η ιδέα του ήρθε μετά τον θάνατο του πατέρα του από καρκίνο του πνεύμονα. Όντας και ο ίδιος φανατικός καπνιστής αποφάσισε να σταματήσει τη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος με τη βοήθεια επιθεμάτων νικοτίνης. “Κάποια βράδια ξεχνούσα να τα αφαιρέσω, γεγονός που μου προκαλούσε εφιάλτες”, εξομολογείται σε συνέντευξη του. Σε έναν εφιάλτη, ο Χον Λικ είδε ότι πνιγόταν σε μια θάλασσα που ξαφνικά μετατράπηκε σε σύννεφα καπνού. Τότε ήταν που εμπνεύστηκε το ηλεκτρονικό τσιγάρο κι έγραψε μάλιστα την ιδέα του σε ένα σημειωματάριο που είχε δίπλα στο κρεβάτι του. Την επόμενη μέρα θυμήθηκε τις παλιές πίπες του οπίου και τον τρόπο που εξάτμιζαν το όπιο χωρίς να το καίνε. Συνδύασε μία επαναφορτιζόμενη μπαταρία λιθίου, μία ηλεκτρική αντίσταση και ένα σφουγγάρι μουλιασμένο σε γλυκερίνη και αρωματικές ύλες της ζαχαροπλαστικής και εφηύρε το ηλεκτρονικό τσιγάρο. (Καφαντάρης και συν., 2014).

Για την ιστορία, η ιδέα του ηλεκτρονικού τσιγάρου πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '60 στις ΗΠΑ, αλλά ο Hon Lik είναι ο μοναδικός που κατάφερε να την υλοποιήσει σε μια βιώσιμη εμπορικά εκδοχή. Στην συνέχεια αυτήν την εκδοχή την αντέγραψαν πολλές εταιρίες και μέσα σε 8 χρόνια υπήρξε μία μεγάλη τεχνολογική εξέλιξη παρόμοια με αυτή των κινητών τηλεφώνων. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι ένα νέο προϊόν το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά και μόνο σε καπνιστές. Έχει εγείρει την διχογνωμία των επιστημόνων σχετικά με την ασφάλεια του, με τους πολέμιους του να το κατηγορούν ότι πιθανά να εξομαλύνει ξανά στο μυαλό του καταναλωτή τη συνήθεια του καπνίσματος και ότι πιθανό να αποτελεί μια πύλη εισόδου για το παραδοσιακό κάπνισμα, ενώ οι υποστηρικτές το θεωρούν ως τη μεγαλύτερη καινοτομία του 21ου αιώνα που δυνητικά θα μπορούσε να σώσει εκατομμύρια ζωές. (Καφαντάρης και συν., 2014).

Δεν είναι ούτε τσιγάρο με την κλασική έννοια, αλλά ούτε και φάρμακο. Απευθύνεται και αφορά ανθρώπους που ήδη καπνίζουν και στόχος είναι, να μπορούν να «καπνίζουν» με την ελάχιστη δυνατή επιβάρυνση για τον οργανισμό τους και τους γύρω τους, πράγμα που ισχυρίζεται ότι συμβαίνει σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες (Καφαντάρης και συν., 2014).

Επιδημιολογία

Το κάπνισμα θεωρείται παγκόσμια επιδημία και έχει τεκμηριωθεί ότι μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο, αφού θεωρείται ότι είναι η βασική αιτία θανάτου 4 εκατομμυρίων ατόμων κάθε χρόνο και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020, αν δεν ληφθούν δραστικά μέτρα, ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 8,6 εκατομμύρια. Τα επόμενα 25 χρόνια ο ετήσιος αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα θα φτάσει τα 10 εκατομμύρια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκατομμύρια κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία 130 εκατομμύρια είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34%-47% ενώ στις γυναίκες είναι 20%-25%. Με βάση στοιχεία που καταθέτει ο ΠΟΥ στην έκθεσή του για τους κινδύνους της χρήσης του καπνού, έχουν καταγραφεί περίπου 1,25 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως, με τον ετήσιο αριθμό θανάτων να ανέρχεται στα 6 εκατομμύρια. Ο αριθμός των χρηστών αντιπροσωπεύει το 1/3 του πληθυσμού άνω των 15 ετών. Η πλειοψηφία των χρηστών του καπνού, όπως και των θανάτων από καπνό που προαναφέρθηκαν, διαβίει στα αναπτυσσόμενα κράτη (800 εκατομμύρια), ενώ υπερέχουν αριθμητικά οι άνδρες. Οι προβλέψεις του ΠΟΥ για την εξάπλωση της χρήσης καπνού είναι δυσοίωνες, καθώς το 2030 αναμένεται ότι ο αριθμός των θανάτων από την χρήση καπνού θα αγγίξει τα 8 εκατομμύρια, ενώ αν διατηρηθούν οι υπάρχουσες τάσεις, 250 εκατομμύρια των σημερινών παιδιών θα αποβιώσουν από συσχετισμένες με το κάπνισμα νόσους (Νάνου και συν., 2015).

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα υψηλός. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, για τις στάσεις των Ευρωπαίων σχετικά με το κάπνισμα που δημοσιεύθηκε τον Μάιο του 2012, οι Έλληνες συμμετέχοντες σημείωσαν το υψηλότερο ποσοστό (40%) αναφορικά με το κάπνισμα σε σχέση με άλλες χώρες όπως η Ισπανία (33%), η Γαλλία (28%), η Τσεχία (29%), η Μεγάλη Βρετανία (27%) και η Γερμανία (26%), ενώ την χαμηλότερη επίπτωση παρουσίασαν χώρες όπως η Πορτογαλία (23%) και η Σουηδία (13%) (Νάνου και συν., 2015).

Το κάπνισμα σε φοιτητικούς πληθυσμούς, παρουσιάζει αύξηση την τελευταία δεκαετία, με καταγραφές που ανέρχονται στο 29% στις ΗΠΑ για τις ηλικίες 18-24 καθώς και 22,9% και 19,8% για τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης αντίστοιχα. Στα στοιχεία αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η καταγεγραμμένη αδιαφορία των φοιτητών, παρά την ενημέρωσή τους, σε σχέση με τις συνέπειες που ενδέχεται να αποφέρει το κάπνισμα στην υγεία τους. Ο επιπολασμός του καπνίσματος καταγράφεται και στους φοιτητικούς πληθυσμούς με μεγαλύτερα ποσοστά στους

άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, σε μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές στη Συρία, από τους 583 συμμετέχοντες το 20,8% δήλωσαν καπνιστές με ποσοστά 26,1% για τους άνδρες και 9,5% για τις γυναίκες (Al-Kubaishy et al., 2014).

Κατά τη διάρκεια των φοιτητικών τους χρόνων, οι φοιτητές εκτίθεντο και σε παθητικό κάπνισμα, τόσο σε χώρους του πανεπιστημίου, όσο και σε χώρους εστίασης και διασκέδασης, ενώ η έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται αυξημένη (49,6%) (Inandi et al., 2013).

Οι φοιτητές παρά τα υψηλά ποσοστά έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα, τείνουν να είναι θετικοί ως προς τις πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος σε χώρους του πανεπιστημίου. Σε διαδικτυακή μελέτη επίσης, που διεξήχθη σε φοιτητές της Νέας Ζηλανδίας, υπήρχε θετική ανταπόκριση στην υποστήριξη της πολιτικής υγείας για τους ελεύθερους από καπνό χώρους (Marsh et al., 2014).

Στην Ελλάδα, οι καπνιστικές συνήθειες σε φοιτητές έχει διερευνηθεί με επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν στην ευρύτερη μελέτη των συνηθειών τους σε θέματα υγείας. Συγκεκριμένα σε φοιτητικό πληθυσμό, καταγράφηκαν 33,2% καπνιστές στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες (Κωνσταντινίδης και συν., 2014).

Παρόλο που ο επιπολασμός για το κάπνισμα στην Ελλάδα εκτιμάται υψηλός, δεν έχει καταγραφεί καμία συντονισμένη προσπάθεια προσέγγισης και επίλυσης του προβλήματος σε σχέση με άλλες χώρες. Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στο πλαίσιο του πανεπιστημίου μπορεί να ανατρέψει την υιοθέτηση των συμπεριφορών αυτών στην ενήλικη ζωή. Η αποτελεσματικότητά τους ωστόσο, εξαρτάται από τη συμμετοχή της πολιτείας και τη δραστηριοποίηση των ιθυνόντων στην κατεύθυνση της πρόληψης, καθώς και την παγίωση χώρων ελεύθερων από το κάπνισμα. Άλλωστε, όπως αποδεικνύεται και από τις προσπάθειες σε πανεπιστήμια κυρίως των ΗΠΑ, δεν μπορεί να υπάρξει κανένα θετικό αποτέλεσμα σε αυτόν τον τομέα, παρά μόνο αν γίνει συντονισμένη προσπάθεια σε ατομικό, κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο στην φοιτητική κοινότητα (Παντσίδης και συν., 2012) .

Όσον αφορά το παθητικό κάπνισμα, σχετίζεται με αρκετούς θανάτους. Είναι υπόλογο για 2.000 θανάτους στην Ελλάδα ετησίως έναντι μόνο 100 θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Νέα έρευνα που δημοσιεύθηκε στην Ιατρική Επιθεώρηση του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου ενοχοποιεί το παθητικό κάπνισμα για 53.000 θανάτους σε μη καπνιστές. Αναλυτικά, 37.000 από καρδιοπάθειες, 3.700 από καρκίνο των πνευμόνων και 12.000 από άλλες μορφές καρκίνου (Μπιλάλης, 2012).

Α' ΜΕΡΟΣ

1. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

1.1 Το τσιγάρο

Όσα περισσότερα γνωρίζει κάποιος, για το κάπνισμα, τόσο καλύτερα μπορεί να αντισταθεί, στον πειρασμό να το ξεκινήσει, ενώ αν ήδη καπνίζει, συνειδητοποιεί, ακόμα περισσότερο, την ανάγκη, για διακοπή του καπνίσματος. Είναι θλιβερό το γεγονός ότι έως το 2025 θα έχουν πεθάνει 100.000.000 άνθρωποι με αιτία το κάπνισμα, και ένα μεγάλο μέρος αυτών, θα είναι νέοι άνθρωποι. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο το κόσμο είναι 1.100.000.000. άνθρωποι και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο (10.000 την ημέρα) εξαιτίας του καπνίσματος. Η εντύπωση που υπάρχει τα τελευταία έτη ότι το κάπνισμα, προκαλεί μόνο καρκίνο του πνεύμονα είναι λανθασμένη. Από τα στατιστικά στοιχεία του Αρχιάτρου των Η.Π.Α. προκύπτει ότι σ' ένα χρόνο πέθαναν 225.000 άνθρωποι από παθήσεις καρδιάς - αγγείων, 80.000 από καρκίνο των πνευμόνων, 22.000 από άλλους καρκίνους του σώματος και 19.000 από χρόνιες πνευμονικές παθήσεις. Δηλαδή οι θάνατοι από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι τριπλάσιοι από τους θανάτους του πνεύμονα και οι εξ άλλων αιτιών θάνατοι είναι το ήμισυ στατιστικώς των θανάτων της καρδιάς. Συνεπώς πρέπει να γνωρίζουν όλοι οι καπνιστές ότι πρώτη βλάβη της υγείας είναι οι παθήσεις της καρδιάς. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι η κυρία αιτία αθηροσκληρυντικών νόσων και θεωρείται ένας από τους τρεις μείζονες παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία καρδιοπάθεια μαζί με την αρτηριακή υπέρταση και τις διαταραχές της χοληστερόλης. Το κάπνισμα λοιπόν, με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστεριναιμία αποτελούν τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του εμφράγματος του μυοκαρδίου και των λοιπών καρδιαγγειακών παθήσεων. Συνεπώς το κάπνισμα γενόμενου σύμμαχος με μια των ανωτέρω παθολογικών καταστάσεων, ευνοεί τις παθήσεις της καρδιάς περισσότερο. Πολλές μελέτες τεκμηριωμένες μάλιστα συσχετίζουν το κάπνισμα με την στεφανιαία νόσο και την αρτηριοσκλήρωση. Ο κίνδυνος αναπτύξεως της στεφανιαίας νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου αυξάνει με την αύξηση της καταναλώσεως καπνού και τα έτη καπνίσματος ανεξάρτητα από τους άλλους γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι καπνιστές στο σύνολό τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές. Όταν εκδηλωθεί η στεφανιαία ανεπάρκεια και συνεχίζεται το κάπνισμα, η ισορροπία μεταξύ

προσφοράς και ζήτησεως οξυγόνου από τον καρδιακό μυ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποίησης του οξυγόνου και μείωση της παροχής διαμέσου των στεφανιαίων αρτηριών. Επίσης το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρώσεως της αορτής και των περιφερειακών αρτηριών. Επίσης όλοι οι πάσχοντες από περιφερειακές αγγειοπάθειες είναι κατά 90% καπνιστές (Jatte, 2012).

1.2 Το ηλεκτρονικό τσιγάρο

Είναι ασφαλές το ηλεκτρονικό τσιγάρο για την υγεία; Αυτή είναι η κορυφαία απορία που απασχολεί τους καπνιστές, οι οποίοι επιθυμούν να απαλλαγούν από μία συνήθεια που έχει αποδειχθεί πέρα από κάθε αμφιβολία ότι είναι επιζήμια για την υγεία τους, χωρίς όμως να κόψουν την συνήθεια αυτή κάθε αυτή. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι τίποτε άλλο από μία ακόμη μορφή καπνίσματος, άλλοι κάνουν λόγο για ένα πιθανώς «επαναστατικό» προϊόν, το οποίο χαρίζει στον καπνιστή μια πιο ασφαλή εναλλακτική του συμβατικού καπνίσματος. Την τελική απόφαση την έχει ο καπνιστής αφού πρόκειται για την υγεία του, αφού το καλύτερο που έχει να κάνει είναι ούτως ή άλλως να μην καπνίζει. Πλήθος ερευνών και πειραμάτων έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι Έλληνες επιστήμονες είναι από τους πρώτους που μελέτησαν τις συνέπειες της χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε διάφορους τομείς της υγείας. Οι επιστήμονες, ως προς τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις του δεν είναι ούτε θετικοί ούτε αρνητικοί και όλοι συμφωνούν ότι χρειάζεται να παρέλθει διάστημα τουλάχιστον 10 ετών προτού μπορέσουν να έχουν κάποια σίγουρα συμπεράσματα για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις του (Biomed, 2014).

Αναλύθηκαν περισσότερες από 100 μελέτες σχετικά με το ηλεκτρονικό τσιγάρο αλλά και για τα επιμέρους συστατικά του. Η ανασκόπηση αυτή έδειξε ότι με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι κατά πολύ λιγότερο βλαβερό σε σύγκριση με το συμβατικό τσιγάρο. σε ότι αφορά ουσίες όπως οι νιτροζαμίνες, που είναι από τα πιο ισχυρά καρκινογόνα, οι διαφορές μεταξύ συμβατικού και ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι τεράστιες. Τα στοιχεία δείχνουν ότι σε ένα συμβατικό τσιγάρο περιέχονται νιτροζαμίνες της τάξεως των 3.000-6.500 ng (νανογραμμάρια), τη στιγμή που στο 1 ml του υγρού του ηλεκτρονικού τσιγάρου, ποσότητα που είναι συγκριτικά πολύ μεγαλύτερη αφού το 1 ml αντιστοιχεί κατά μέσο όρο στο 1/3 της ημερήσιας κατανάλωσης ενός "ατμιστή", εντοπίζονται 2-12 ng - ποσότητα αντίστοιχη με εκείνη που εντοπίζεται στα υποκατάστατα νικοτίνης όπως οι τσίγλες. Ως αποτέλεσμα αυτού, η ημερήσια πρόσληψη

νιτροζαμινών από το ηλεκτρονικό τσιγάρο υπολογίζεται ότι είναι 1.800 φορές μικρότερη από την ημερήσια πρόσληψη από το κάπνισμα (Biomed, 2014).

Αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι η ενεργητική αλλά και η παθητική χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου και του υγρού αναπλήρωσης που χρησιμοποιήθηκε δεν προκαλούν κλινικά σημαντική αποφρακτική τάση στο αναπνευστικό και δεν επηρεάζουν το σύνολο των αιματολογικών δεικτών, τόσο σε καπνιστές όσο και σε μη καπνιστές. Αντιθέτως, το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα του παραδοσιακού τσιγάρου προκαλούν εμφανή απόφραξη των αεραγωγών επηρεάζοντας τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος, αλλά επίσης προκαλούν και μια μικρής έκτασης φλεγμονή αυξάνοντας τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, τον αριθμό των λεμφοκυττάρων και τον αριθμό των πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων τόσο σε καπνιστές, όσο και σε μη καπνιστές (Biomed, 2014).

Ειδικοί των επιστημών υγείας ήδη έχουν εκφράσει την ανησυχία τους για το ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μπορεί να αυξήσουν το ποσοστό εθισμού στη νικοτίνη και τη χρήση καπνού στα νεαρά άτομα. Ο FDA ανησυχεί για την ασφάλεια αυτών των προϊόντων και τον τρόπο που διαφημίζονται στο κοινό. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο ερεθισμός του στόματος (20,6%), ο ερεθισμός του λαιμού (32,4%) και ο ξηρός βήχας (32,4%). Αυτά τα γεγονότα είναι συχνά αναφερόμενα. Είναι ενδιαφέρον ότι, το ξηρό στόμα και ο λαιμός είναι συχνή ανεπιθύμητη επίδραση του ηλεκτρονικού τσιγάρου. Επιπλέον, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μπορεί να είναι επικίνδυνα λόγω της συχνής και μακροχρόνιας εισπνοής διαιθυλενογλυκόλης προς τους πνεύμονες, νικοτίνης και άλλων τοξικών συστατικών και λόγω της διαδικασίας κατασκευής που βρίσκεται σε επίπεδο κατώτερο των προδιαγραφών, σε σχέση με τα φαρμακευτικά προϊόντα. Λόγω της ταχείας παροχής της νικοτίνης, το ηλεκτρονικό τσιγάρο έχει επίσης τη δυνατότητα να είναι εθιστικό. Επίσης, οι ανταλλακτικές φιάλες (φυσίγγια) μπορεί να είναι επικίνδυνες, δεδομένου ότι περιέχουν μέχρι και ένα γραμμάριο νικοτίνης, ενώ η θανατηφόρα δόση της υπολογίζεται ότι είναι 30 έως 60 mg για τους ενήλικες και 10 mg για παιδιά. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο προτρέπει τους καπνιστές να συνεχίσουν να «καπνίζουν» σε περιβάλλοντα χωρίς καπνό, καθυστερώντας έτσι ή προλαμβάνοντας την διακοπή σε ανθρώπους που διαφορετικά θα σταματούσαν (Etter, 2013).

Τέλος, οι γεύσεις φρούτων και σοκολάτας μπορεί να έλκουν νέους ανθρώπους και αυτό προκαλεί ανησυχίες ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ίσως να διευκολύνουν την έναρξη της εξάρτησης από τη νικοτίνη, σε νέους που δεν κάπνισαν ποτέ. Απαιτούνται μεγαλύτερες και δυνατότερες εισπνοές κατά το κάπνισμα των ηλεκτρονικών τσιγάρων συγκριτικά με τα συμβατικά, δημιουργώντας πιθανόν έναν επιπλέον κίνδυνο για την υγεία των χρηστών. Αξιολογήθηκαν οι βραχυπρόθεσμες

επιδράσεις της χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου στην πνευμονική λειτουργία σε όρους συγκέντρωσης εκπνεόμενου νιτρικού οξειδίου (FENO) που αποτελεί δείκτη βρογχικής φλεγμονής. Υπάρχει μια αυξανόμενη ανησυχία για τους πιθανούς κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με την χρήση και την έκθεση στο ηλεκτρονικό τσιγάρο. Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι περιέχει καρκινογόνες και τοξικές χημικές ουσίες όπως διαιθυλενογλυκόλη, ένα συστατικό που χρησιμοποιείται σαν υλικό απόψυξης. Αυτές οι ανησυχίες δεν μπορεί παρά να αντιμετωπιστούν επαρκώς με κατάλληλη αξιολόγηση και ρύθμιση από τις αρμόδιες εθνικές και ευρωπαϊκές αρχές (Polosa et al., 2011).

1.3 Τα πούρα

Το κάπνισμα πούρων φέρει πολλούς από τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως το κάπνισμα τσιγάρων. Οι κίνδυνοι θνησιμότητας από το κάπνισμα πούρων ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο έκθεσης, όπως μετράται με πούρα την ημέρα και το επίπεδο εισπνοής και μπορεί να είναι τόσο υψηλά όσο και υψηλότερα από αυτά του καπνίσματος (Cindy et al., 2015).

Το κάπνισμα των πούρων προκαλεί πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Ο καπνός από πούρα περιέχει πολλά από τα ίδια τοξικά συστατικά με τον καπνό τσιγάρων και έχει αποδειχθεί ότι έχει υψηλότερα επίπεδα νιτροζαμινών (TSNAs). Πολλά από αυτά τα TSNAs όπως η Ν-νιτροζονορνικοτίνη (NNN) και η νικοτίνη είναι γνωστά καρκινογόνα. Ο καπνός του πούρου έχει επίσης βρεθεί ότι έχει υψηλότερα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα και οξειδίου του αζώτου από τον καπνό τσιγάρων. Η Διεθνής Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 2004 το κάπνισμα πούρων συνδέεται με καρκίνους του πνεύμονα και του ανώτερου αεραγωγικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της στοματικής κοιλότητας, του στοματοφάρυγγα, του υποφάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου. Βρήκαν επίσης ενδείξεις ότι το κάπνισμα πούρων σχετίζεται με καρκίνους του παγκρέατος, του στομάχου και της ουροδόχου κύστης. Μια πρόσφατη ανάλυση των επιπτώσεων του καπνίσματος από το πούρο στην υγεία του πληθυσμού διαπίστωσε ότι το τακτικό κάπνισμα πούρων είναι υπεύθυνο για τουλάχιστον 9.000 θανάτους κάθε χρόνο στις ΗΠΑ και ότι ο συνολικός αριθμός των θανάτων μπορεί να είναι υψηλότερος λόγω πιθανών αυξήσεων των σχετικών κινδύνων του καπνίσματος με το πέρασμα του χρόνου, ίσως λόγω των πιο διαφοροποιημένων προϊόντων πούρων και των αλλαγών στα πρότυπα εισπνοής, καθώς και τη δυνατότητα θανάτων λόγω άλλων αιτιών που δεν έχουν συνδεθεί προηγουμένως με το κάπνισμα των πούρων (Cindy et al., 2015).

Δεδομένης της δημόσιας υγείας, είναι εξαιρετικά επίκαιρο και σημαντικό να έχουμε ακριβείς και ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις των προϊόντων αυτών στην υγεία. Το κάπνισμα πούρων φέρει πολλούς από τους ίδιους κινδύνους για την υγεία όπως το κάπνισμα τσιγάρων, πράγμα που συμβαδίζει με το γεγονός ότι τα δύο προϊόντα μοιράζονται παρόμοια επίπεδα πολλών από τα ίδια επιβλαβή συστατικά. Οι κίνδυνοι θνησιμότητας από το κάπνισμα πούρων ποικίλλουν ανάλογα με το επίπεδο έκθεσης που μετράται με πούρα ανά ημέρα και επίπεδο εισπνοής. Παρατηρείται ότι ορισμένοι κίνδυνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα πούρων μπορεί να είναι τόσο υψηλοί ή υψηλότεροι από αυτούς που σχετίζονται με το κάπνισμα τσιγάρων, ειδικά στις υψηλότερες δόσεις και επίπεδα εισπνοής για κάπνισμα πούρων. Ωστόσο, ακόμη και όταν δεν γίνεται κανονική ή καθόλου εισπνοή καπνού, οι κίνδυνοι θανάτου από καρκίνους της ανώτερης αεροδιαδρομικής οδού (στοματική κοιλότητα, λάρυγγα, οισοφάγος) εξακολουθούν να είναι πολύ υψηλοί (Cindy et al., 2015).

1.4 Τα είδη καπνιστών

Τα είδη των καπνιστών είναι τα εξής : ο εξαρτημένος καπνιστής, ο ευκαιριακός καπνιστής, ο συνήθης ή ο εθισμένος καπνιστής, ο μη καπνίζον ή ο παθητικός καπνιστής, ο αισθησιακός ή κινήσιακός τύπος, ο συγκαταβατικός καπνιστής, κάπνισμα καταπραϋντικό, κάπνισμα διεγερτικό, κάπνισμα που έχει γίνει μόνιμη συνήθεια και κάπνισμα αυτοματισμένο (Παπαγεωργίου, 2014).

Ο εξαρτημένος καπνιστής βρίσκεται στη χειρότερη κατάσταση από όλα τα άλλα είδη καπνιστών. Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και σε άλλες εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες. Με άλλα λόγια βρίσκουμε την τάση για αύξηση της δόσης, απώλεια ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος και ατομικά και κοινωνικά επακόλουθα. Η αύξηση της δόσης αυξάνει μέχρι να ικανοποιήσει τον καπνιστή όπου και παραμένει σε αυτό το σημείο για πολλά χρόνια. Ο εξαρτημένος καπνιστής καπνίζει συνεχώς, δεν γνωρίζει πόσα τσιγάρα καπνίζει την ημέρα και δεν είναι σε θέση να μειώσει την καθημερινή ποσότητα έστω για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Ακόμα, καπνίζει το ένα μετά το άλλο για αυτό και οι κινήσεις του είναι σχεδόν αυτοματοποιημένες και το κάπνισμα κυριαρχεί στην συμπεριφορά του. Τώρα σε περίπτωση πάντοτε αναγκαστικής διακοπής έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης και συνήθως μεταφορά της εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες όπως καραμέλες και γλυκά. Δυστυχώς, οι εξαρτημένοι καπνιστές δεν είναι σε θέση να διακόψουν το κάπνισμα ακόμα και όταν τα συμπτώματα μιας ασθένειας έχουν γίνει έκδηλα και η συνέχισή του απειλεί ακόμα και τη ζωή τους. Δεν είναι επιρρεπής στα ερεθίσματα του καθημερινού περιβάλλοντος όπως οι διαφημίσεις (Παπαγεωργίου, 2014).

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα από όταν πρωτοεμφανίστηκε μέχρι σήμερα έχει συνδεθεί άρρηκτα με την κοινωνία, τον πολιτισμό αλλά και την οικονομία μας. Για να σπάσει αυτός ο δεσμός θα πρέπει να καταπολεμηθούν οι αιτίες και όχι τα αποτελέσματα, όπως είναι το σύνηθες μέχρι τώρα, γιατί το κόστος είναι δυσβάσταχτο, τόσο κοινωνικά όσο και οικονομικά. Έχουν γίνει προσπάθειες για να κατανοηθεί η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυτή η σύνδεση και αλληλεπιδρά μέσω μηχανισμών που περιλαμβάνουν υλικούς, ψυχοκοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. Μάλιστα οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται πως είναι πιο σημαντικοί για τον καθορισμό της στάσης των ατόμων προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία παρά μια προσωπική συμπεριφορά. Ο σημαντικότερος όμως παράγοντας φαίνεται πως είναι η φτώχεια. Το χαμηλό εισόδημα μπορεί να επηρεάσει την υγεία άμεσα, π.χ. λόγω οικονομικής αδυναμίας αγοράς πλήρως θρεπτικής και υγιεινής διατροφής, αλλά και έμμεσα μέσω ψυχοκοινωνικής επίδρασης της στέρησης, που οδηγεί σε αυτοκαταστροφικές τάσεις για την υγεία όπως μέσω του καπνίσματος. Πάντως η συμπεριφορά δεν είναι μόνο θέμα προσωπικής επιλογής, αλλά επηρεάζεται και από παράγοντες όπως η αστικοποίηση, η τεχνολογική πρόοδος, το marketing. Ο καπνός και η φτώχεια διαμορφώνουν έναν φαύλο κύκλο. Ο καπνός είναι μια ειδική περίπτωση αποτρέψιμου κίνδυνου που έχει δυσανάλογες επιπτώσεις για τους φτωχούς. Τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα είναι πιθανότερο να καπνίσουν καθημερινά και να καπνίσουν μεγαλύτερες ποσότητες. Αρχικά οι φτωχοί ξεκινούν το κάπνισμα για να ξεχάσουν ή να ελέγξουν την πείνα τους. Από τη στιγμή όμως που θα εξαρτηθούν από αυτό θα διαθέσουν ότι μπορούν για να θρέψουν την εξάρτησή τους αυτή. Οι δαπάνες για τον καπνό αφαιρούν το διαθέσιμο εισόδημα για τα τρόφιμα, την εκπαίδευση και την υγειονομική περίθαλψη της οικογένειας. η αμάθεια και η αδυναμία πρόσβασης στη γνώση για τις συνέπειες του καπνίσματος που υπάρχει στα φτωχά κοινωνικά στρώματα, οι δυνάμεις της αγοράς που κρατούν φθηνά τα τσιγάρα και εύκολα διαθέσιμα, αλλά και το επιθετικό marketing από τις καπνοβιομηχανίες ακόμα και προς ανηλίκους αυξάνοντας έτσι την αντιλαμβανόμενη αξία του καπνού και οδηγώντας στο δρόμο της εξάρτησης. Αυτή η δράση ενισχύεται από την ανικανότητα των κρατών, ιδίως των φτωχών ή αναπτυσσόμενων, να αντιληφθούν το μακροχρόνιο κόστος από το κάπνισμα ώστε να λάβουν τα απαραίτητα αντικαπνιστικά μέτρα. Ένας άλλος παράγοντας που ευνοεί την εξάπλωση του καπνίσματος είναι η μίμηση, ιδιαίτερα ανάμεσα στους ανηλίκους αλλά

και στους νεαρούς ενηλίκους. Σε μία σχετική έρευνα βρέθηκε πως σημαντικότερο ρόλο στην έναρξη του καπνίσματος παίζει η μιμητική τάση των ανηλίκων προς άλλους συνομηλίκους τους παρά η συμβουλή ή παρότρυνση από ενεργούς καπνιστές να το ξεκινήσουν (Ευσταθίου, 2014).

Σύμφωνα με έρευνα, όπου 438 άνθρωποι κάθε ηλικίας πήραν μέρος, ρωτήθηκαν και απάντησαν για το εάν έχουν άτομα στην οικογένεια τους οι οποίοι καπνίζουν και ακόμη ποιο ήταν το κίνητρο που τους έκανε να ξεκινήσουν. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω στοιχεία, η έρευνα αποκάλυψε πως όσον αφορά τα μέλη των οικογενειών, 362 άτομα δήλωσαν πως είτε ένας είτε περισσότερα άτομα στην οικογένειά τους καπνίζουν, ενώ τα υπόλοιπα 76 δεν έχουν κάποιον καπνιστή στην οικογένεια. Οι ερωτήσαντες απαντούν για το πιο ήταν το κίνητρό τους ώστε να ξεκινήσουν το κάπνισμα και οι απαντήσεις είναι οι εξής :

Το 42.9% απάντησε πως ξεκίνησε το κάπνισμα λόγο κάποιου φίλου. Το 3.2% είπε πως επηρεάστηκε από τον δάσκαλό του στο σχολείο. Το 7.8% είπε πως κύριος λόγος έναρξης του καπνίσματος ήταν ότι επηρεάστηκαν από διαφημίσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Ένα 12.3% ανέφερε πως βασικός λόγος ήταν οι οικογένειες τους όπου υπήρχαν καπνιστές, όπως η μητέρα, ο πατέρας, ο αδερφός ή η αδερφή. Τέλος το 33.8% δήλωσε πως ο λόγος δεν ήταν συγκεκριμένος (Mukhtiar, 2016).

Η έρευνα επίσης έδειξε ενδιαφέροντες λόγους για τη συνέχιση στο κάπνισμα. Περίπου το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (37,20%) παραδέχτηκε ότι το κάπνισμα τους βοηθά στην ανακούφιση των εντάσεων και τις ανησυχίες της ζωής, το 28,80% των συμμετεχόντων συνεχίζουν το κάπνισμα μόνο για την ανακούφιση της πλήξης στη ζωή, το 12,10% ήταν της γνώμης ότι τους παρέχει μια ευχαρίστηση, το 12.30% δήλωσαν ότι επιτυγχάνουν μεγαλύτερη συγκέντρωση σε μελέτες με τη βοήθεια του καπνίσματος. Μια μικρή ομάδα (9,60%) υποστήριξαν ότι συνέχισαν για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης (Mukhtiar, 2016).

Τα νεαρά άτομα εξειδικεύουν ως επί το πλείστον τους πρεσβύτερους τους στην οικογένεια και εάν κάποιος από τους πρεσβύτερους είναι καπνιστής η πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος είναι πολύ υψηλή. Η παρουσία ενός καπνιστή στην οικογένεια έχει πολύ ισχυρή κίνητρο για τα νεαρά άτομα να ξεκινήσουν το κάπνισμα (Mandil et al., 2014).

Το κάπνισμα είναι σχετικά πιο κοινό σε οικογένειες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ομοίως, ο κοινωνικός κύκλος και ένας φίλος είναι η κύρια πηγή έμπνευσης για το ξεκίνημα του καπνίσματος όταν τα αγόρια εισέρχονται σε κολέγια ενώ και οι πειρασμοί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης περιλαμβάνουν σοβαρό κίνητρο (So, 2015).

Τόσο η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων, όσο και η πολιτική που εφαρμόζουν στο σπίτι σχετικά με το κάπνισμα, έχουν σημαντικά αποτελέσματα στο εφηβικό κάπνισμα. Οι έφηβοι με γονείς καπνιστές ή πρώην καπνιστές βρίσκονται εκτεθειμένοι σε μεγαλύτερο κίνδυνο μύησης στο κάπνισμα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους των οποίων οι γονείς δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Είναι αποδεδειγμένο από πολλούς ερευνητές ότι οι γονείς μπορούν να διαδραματίσουν μια πολύ σημαντική επιρροή στην καπνιστική συμπεριφορά των παιδιών τους (Χριστοφόρου, 2015).

Ο καπνός όταν καίγεται παράγει 4.000 ουσίες περίπου, από τις οποίες οι 50 είναι οι πιο βλαπτικές για τον οργανισμό. Με το κάπνισμα σχηματίζονται τρία διαφορετικά ρεύματα καπνού: ο καπνός που εισπνέει ο καπνιστής, ο πλευρικός καπνός που βγαίνει από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου και ο καπνός που εκπνέει ο καπνιστής. Τα δύο τελευταία είναι υπεύθυνα για το παθητικό κάπνισμα. Η ακούσια όμως αυτή έκθεση ατόμων στο περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έδειξε από αναλύσεις που έγιναν στα ούρα και στο αίμα τους ότι βρέθηκαν οι ίδιες ακριβώς ουσίες που ανιχνεύονται και στους καπνιστές, δηλαδή η νικοτίνη, η κοτινίνη (προϊόν μεταβολής της νικοτίνης) και διάφορες καρκινογόνες ουσίες. Το φαινόμενο αυτό του αναγκαστικού καπνίσματος των μη καπνιστών, παρατηρείται σε κλειστούς χώρους διασκεδάσεων, σε εστιατόρια και καφενεία αλλά ακόμη και στα σπίτια είτε κατά τα γεύματα είτε κατά τη διαβίωση (Δαϊκος, 2012).

Το κάπνισμα αποτελεί μια επιζήμια συνήθεια των φοιτητών. Αρκετοί φοιτητές ξεκινούν την τριτοβάθμια εκπαίδευση έχοντας συνήθως αρχίσει το κάπνισμα νωρίτερα, από τα εφηβικά τους χρόνια. Υπάρχει όμως και ένα σημαντικό ποσοστό φοιτητών που δηλώνει ότι άρχισε το κάπνισμα κατά την περίοδο των φοιτητικών του χρόνων. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη, αλλά και στη διατήρηση της συνήθειας του καπνίσματος κατά την περίοδο της φοιτητικής ζωής διακρίνονται σε ατομικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς. Εν συντομία, οι παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη του καπνίσματος κατά τη φοιτητική ζωή είναι οι: α) ατομικοί παράγοντες: προσωπικότητα, βίαιη συμπεριφορά, έλλειψη δραστηριοτήτων, έλλειψη αυτοπεποίθησης και στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών, β) οικογενειακοί παράγοντες: γονείς καπνιστές, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα συνοχής της οικογένειας, ανεργία γονέων και γ) Κοινωνικοί παράγοντες: καπνιστικές συνήθειες συνομηλίκων και ευρεία αποδοχή του καπνιστή από τον κοινωνικό του περίγυρο, υψηλή διαθεσιμότητα καπνικών προϊόντων και ελλιπής έλεγχος του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους από την πολιτεία (U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

3. ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΕΙ Ο ΚΑΠΝΟΣ

Μεγάλη σημασία έχουν τα συστατικά του καπνού, τα οποία επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των καπνιστών. Όταν καίγεται το τσιγάρο είναι σαν να δουλεύει ένα εργοστάσιο από το οποίο παράγονται περίπου 4.000 ουσίες-ενώσεις υπό στερεά υγρά και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 900 βαθμούς Κελσίου. Πολλά από τα παραγόμενα αυτά είναι τοξικά, δραστικά, μεταλλαξιογόνα και καρκινογόνα. Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγράψει μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυαρωματικά, υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, N-νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ενώσεις και ραδιενεργά στοιχεία. Κατά την καύση διακρίνουμε: α) την φάση των αερίων και β) την φάση των σωματιδίων. Μερικές από τις ουσίες της αέριας φάσης, όπως το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, υδροκυάνιο, προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι τρεις βασικές ουσίες που επιφέρουν βλαβερές συνέπειες στον άνθρωπο είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα. Το μείγμα του καμένου τσιγάρου αποτελείται αναλυτικά από: 8% σωματίδια νικοτίνης, 59% άζωτο, 14% διοξείδιο του άνθρακα, 3% μονοξείδιο του άνθρακα, 13% οξυγόνο, 2% άλλα αέρια, 1 % ατμούς. Ακόμη περιέχει σε ελάχιστη ποσότητα πίσσα, ύδωρ και περίπου άλλες 500 βλαβερές ουσίες. Οι περισσότερες από αυτές είναι καρκινογόνες και διακρίνονται σε: καρκινογόνες ουσίες, μη καρκινογόνες ουσίες (initiators), μη καρκινογόνες ουσίες που βοηθούν στην ανάπτυξη της βλάβης του αναπνευστικού συστήματος (Δαϊκος, 2012).

Με το κάπνισμα σχηματίζονται τρία διαφορετικά ρεύματα καπνού: ο καπνός που εισπνέει ο καπνιστής, ο πλευρικός καπνός που βγαίνει από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου και ο καπνός που εκπνέει ο καπνιστής. Τα δύο τελευταία είναι υπεύθυνα για το παθητικό κάπνισμα. Η ακούσια όμως αυτή έκθεση ατόμων στο περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έδειξε από αναλύσεις που έγιναν στα ούρα και στο αίμα τους ότι βρέθηκαν οι ίδιες ακριβώς ουσίες που ανιχνεύονται και στους καπνιστές, δηλαδή η νικοτίνη, η κοτινίνη (προϊόν μεταβολής της νικοτίνης) και διάφορες καρκινογόνες ουσίες. Το φαινόμενο αυτό του αναγκαστικού καπνίσματος των μη καπνιστών, παρατηρείται σε κλειστούς χώρους διασκεδάσεων, σε εστιατόρια και καφεενεία αλλά ακόμη και στα σπίτια είτε κατά τα γεύματα είτε κατά τη διαβίωση (Δαϊκος, 2012).

4. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ- ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΗΣΗ

Είναι γνωστές οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος και το γεγονός ότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και χρόνιες για την υγεία παθήσεις. Επομένως μπορούμε να εξετάσουμε ορισμένες από τις καταστάσεις που μπορεί να βρεθεί ένας καπνιστής:

Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη αιτία πρόκλησης του καρκίνου. Μπορεί να προληφθεί εάν σταματήσει έγκαιρα η νοσηρή αυτή συνήθεια. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που καπνίζουν κινδυνεύουν ακόμη περισσότερο. Από πολυάριθμες μελέτες των 30 τελευταίων χρόνων, προκύπτει ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αναπνευστικών οδών, που αργότερα μπορούν να εξελιχθούν και να οδηγήσουν σε αποφρακτική πνευμονοπάθεια των καπνιστών, δηλαδή σε χρόνια βρογχίτιδα, σε εμφύσημα και γενικά σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Το κάπνισμα επίσης οδηγεί και σε πολυάριθμες παθοφυσιολογικές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλοιώσεων των κεντρικών και περιφερειακών αεροφόρων οδών, των κυψελίδων και των τριχοειδών όπως και του συστήματος ανοσίας (Παπαγεωργίου, 2013).

Πρόκληση του καρκίνου. Μπορεί να προληφθεί εάν σταματήσει έγκαιρα η νοσηρή αυτή συνήθεια. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που καπνίζουν κινδυνεύουν ακόμη περισσότερο. Από πολυάριθμες μελέτες των 30 τελευταίων χρόνων, προκύπτει ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αναπνευστικών οδών, που αργότερα μπορούν να εξελιχθούν και να οδηγήσουν σε αποφρακτική πνευμονοπάθεια των καπνιστών, δηλαδή σε χρόνια βρογχίτιδα, σε εμφύσημα και γενικά σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Το κάπνισμα επίσης οδηγεί και σε πολυάριθμες παθοφυσιολογικές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλοιώσεων των κεντρικών και περιφερειακών αεροφόρων οδών, των κυψελίδων και των τριχοειδών όπως και του συστήματος ανοσίας (Παπαγεωργίου, 2013).

Καρκίνος του πνεύμονα. Είναι ένας από τους σοβαρότερους καρκίνους που απειλούν τον άνθρωπο και σχετίζεται κατά 90% με το κάπνισμα. Ο κίνδυνος για τους καπνιστές είναι ανάλογος

με τη διάρκεια του καπνίσματος και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στους βαρείς καπνιστές είναι τόσο μεγάλες, ώστε πρέπει να παρέλθει περίπου μία 5ετία μετά τη διακοπή του καπνίσματος για να ελαττωθεί η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Η ποσότητα των καρκινογόνων ουσιών στον καπνό που εισπνέουν οι μη- καπνιστές είναι μικρή. Ωστόσο, η πρόωμης έναρξης (ήδη από την παιδική ηλικία) και μεγάλης διάρκειας έκθεσης στο χρόνιο κάπνισμα, καθιστούν το παθητικό κάπνισμα, έναν δυνητικά καρκινογόνο παράγοντα (Trigwell J., 2015).

Καρδιαγγειακές παθήσεις. Είναι γνωστό, ότι το ενεργητικό κάπνισμα, προάγει την αθηροσκλήρωση, προκαλεί αγγειακό σπασμό, μειώνει την ικανότητα του αίματος για μεταφορά O₂, προδιαθέτει σε θρόμβωση και καρδιακές αρρυθμίες. Σχετίζεται θετικά με θανατηφόρα και μη στεφανιαία νόσο κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο και αναστρέψιμο με τον σχετικό κίνδυνο, να μειώνει ταχέως μετά την διακοπή του καπνίσματος. Το παθητικό κάπνισμα, επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα, πιθανότατα με τους ίδιους μηχανισμούς, προκαλώντας δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των στεφανιαίων και μικρών περιφερικών αγγείων και κινητοποιώντας φλεγμονώδεις διαδικασίες (Trigwell J., 2015).

Χρόνιες πνευμονοπάθειες. Το παθητικό κάπνισμα, έχει συσχετισθεί με το βρογχικό άσθμα και την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αν και τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών, δεν είναι πάντα σαφή. Η παθητική έκθεση σε καπνό ασθματικών ασθενών, σχετίζεται με αυξημένο αριθμό παροξύνσεων, επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ημερών απουσίας από την εργασία και με σημαντικά μεγαλύτερο περιορισμό της αναπνευστικής λειτουργίας. Εξάλλου, ασθματικοί ασθενείς, παρουσιάζουν σαφή βελτίωση της κατάστασής τους , σε ότι αφορά στη συχνότητα και βαρύτητα των συμπτωμάτων και στην ποιότητα ζωής, μετά από την εφαρμογή απαγόρευσης του καπνίσματος, στον εργασιακό τους χώρο (Trigwell J., 2015).

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Η παθητική έκθεση στον καπνό, είτε στον οικιακό, είτε στον εργασιακό χώρο, έχει συσχετισθεί με τρόπο δόσοεξαρτώμενο με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ. Υπάρχουν κάποια στοιχεία, που δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ ενεργητικού καπνίσματος και σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και μεταξύ παθητικού καπνίσματος και διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη. Ωστόσο, οι σχέσεις αυτές, δεν είναι τεκμηριωμένα αιτιολογικές. Οφθαλμικές παθήσεις, όπως εκφύλιση της ώχρας κηλίδας, η οφθαλμοπάθεια Graves και ο καταρράκτης, έχουν περιστασιακά μελετηθεί, σε σχέση με το παθητικό κάπνισμα, αλλά τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να επιβεβαιώσουν κάποια συσχέτιση (Trigwell J., 2015).

4.1. Σωματική εξάρτηση

Τα 2/3 περίπου των καπνιστών επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα, πολύ λιγότεροι όμως τα καταφέρνουν. Ο κύριος λόγος της αποτυχίας αυτής οφείλεται στην εξάρτηση από την νικοτίνη. Το κάπνισμα δεν είναι μια απλή συνήθεια, αλλά αποτελεί γνήσια φαρμακολογική εξάρτηση μικτού τύπου, δηλαδή σωματική και ψυχολογική με χαρακτηριστικά ίδια με εκείνα που χαρακτηρίζουν εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει ότι η νικοτίνη ανήκει στις εξαρτησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες με διπλή εξάρτηση: Η νικοτίνη απορροφάται γρήγορα από τη στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες. Σε καθαρή μορφή είναι ιδιαίτερα τοξική και λίγες μόνο σταγόνες μπορούν να σκοτώσουν έναν ενήλικα. Η νικοτίνη είναι υπεύθυνη για την εξάρτηση από το τσιγάρο. Όταν τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα μειώνονται, εμφανίζεται το αίσθημα της στέρησης, δηλαδή η ακατανίκητη παρόρμηση για το άναμμα ενός τσιγάρου. Ο καπνιστής καταναλώνει με τέτοιο τρόπο τα τσιγάρα του, ώστε να διατηρεί σε συγκεκριμένα επίπεδα τη νικοτίνη στο αίμα του (Χουλής, 2012).

4.2 Ψυχολογική εξάρτηση

Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες κινήσεις (αναζήτηση πακέτου και αναπτήρα, άναμμα του τσιγάρου, εισπνοές και εκπνοές του καπνού, σβήσιμο του τσιγάρου κ.λ.π.). Οι κινήσεις αυτές που επαναλαμβάνονται 5, 10 ή 15.000 φορές το χρόνο αποκτούν ένα χαρακτήρα ιεροτελεστίας, γίνονται αυτόματα και πολλές φορές συσχετίζονται ασυνείδητα με ορισμένες ειδικές καταστάσεις όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, κ.λ.π. (Χουλής, 2012).

4.3 Σύνδρομο στέρησης

Η συνήθεια του καπνίσματος προκαλεί εξάρτηση και η διακοπή πρόσληψης της νικοτίνης προκαλεί στερητικό σύνδρομο, γεγονότα που συνθέτουν μια τέλεια "νικοτινομανία". Είναι δηλαδή το πάθος για ένα τσιγάρο το οποίο όταν το στερηθεί ο οργανισμός, ο καπνιστής το αναζητά παθιασμένα. Είναι κάτι ανάλογο με ότι συμβαίνει κατά τη στέρηση κάποιου ναρκωτικού, οπότε προκύπτει η εκδήλωση του ψυχικού και σωματικού συνδρόμου στέρησης. Το σύνδρομο αυτό προκαλεί τα εξής : νευρικότητα, τάση για καυγά, εσωτερική ανησυχία, κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη, αύξηση του αισθήματος της πείνας, διαταραχές της γεύσης, ελαφρές αγχώδεις καταστάσεις, γενική δυσφορία, καταθλιπτικές τάσεις, αϋπνία, ανικανότητα συγκέντρωσης, υπερβολική ευερεθιστότητα και αυξημένα συναισθήματα θυμού (Χουλής, 2012).

Η διάρκεια του συνδρόμου στέρησης ποικίλλει από λίγες ημέρες μέχρι αρκετές εβδομάδες και η ένταση των συμπτωμάτων αναγκάζει πολλούς πρώην καπνιστές να ξαναρχίσουν το κάπνισμα.

Συνήθως τα περισσότερα συμπτώματα φθάνουν σε μέγιστη ένταση 24 με 48 ώρες μετά την παύση και η έντασή τους ελαττώνεται προοδευτικά κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο εβδομάδων. Άλλα συμπτώματα όπως κάποια επιθυμία για κάπνισμα, ειδικά σε καταστάσεις ψυχικής έντασης, συνεχίζονται επί μήνες μετά την παύση του τσιγάρου. Το σύνδρομο της στέρησης διαφέρει από άτομο σε άτομο ως προς τα συμπτώματα, αποτελεί όμως ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση του καπνίσματος και για το λόγο αυτό η διακοπή του καθίσταται δύσκολη ιδιαίτερα στους βαρείς καπνιστές (Χουλής, 2012).

Από το 1970 έως σήμερα, πληθώρα δημοσιεύσεων αποδεικνύουν ότι οι φανατικοί καπνιστές έχουν ισχυρή εξάρτηση και δυσκολεύονται να διακόψουν το κάπνισμα, σε βαθμό παρόμοιο με τους χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης. Έρευνες έδειξαν ότι η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο με παρόμοιο τρόπο που δρα και η ηρωίνη και κοκαΐνη, προκαλώντας συμπεριφορικές επιδράσεις αλλά και βιολογική ορμή για επανάληψη της συμπεριφοράς (Krebs et al., 2013).

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει βιολογικό σύνδρομο στέρησης της νικοτίνης με νοητική δυσλειτουργία, έντονη επιθυμία για νικοτίνη και άλλα συμπτώματα. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χρόνια χρήση, η βιολογική ανοχή, η σωματική εξάρτηση και το σύνδρομο στέρησης/απόσυρσης κατά τη διακοπή της ουσίας αποτελούν σαφή στοιχεία εθισμού (World Health Organization, 2015).

4.4 Αισθητηριοκινητικοί μηχανισμοί

Η εξάρτηση της συμπεριφοράς στηρίζεται στο γεγονός ότι η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές καταλήγει στο να γίνεται αυτόματα. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου απαιτεί μια σειρά κινήσεων που επαναλαμβανόμενες χιλιάδες φορές το χρόνο καταλήγουν στο να γίνονται με τρόπο αυτόματο. Η αυτόματη αυτή συμπεριφορά πολύ συχνά συσχετίζεται και με άλλες δραστηριότητες όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, το τσιγάρο με τον καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους. Έτσι, όταν συνδυάσει το άναμμα του τσιγάρου, ο καπνιστής ανάβει τσιγάρο ασχέτως αν έχει ανάγκη για νικοτίνη εκείνη τη στιγμή. Για τον λόγο αυτό ένας καπνιστής δυσκολεύεται να διακόψει το κάπνισμα αφού σχετίζεται με λειτουργίες της καθημερινής του ζωής. Απαραίτητη είναι η γνωστοποίηση της διακοπής του καπνίσματος στο κοινωνικό περιβάλλον του καπνιστή προκειμένου να μην παρασύρεται στην συνέχεια της βλαβερής αυτής συνήθειας. Έτσι, λοιπόν, εκτός από την εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη σημαντικό ρόλο στον εθισμό από το τσιγάρο παίζουν και μερικές καθημερινές συνήθειες οι οποίες τις περισσότερες φορές γίνονται αυτόματα από τον καπνιστή.

Αυτές οι κινήσεις, που αλλιώς ονομάζονται "αισθητηριοκίνητοι μηχανισμοί", περνούν συνήθως απαρατήρητες από τον καπνιστή (Ντάβου, 2016).

4.5 Διαφήμιση και μίμηση

Τα εκατομμύρια των καπνιστών αποτελούν έναν από τους κύριους στόχους των διαφημιστικών εταιρειών αποκομίζοντας έτσι τεράστια οφέλη κάθε χρόνο. Στις διαφημίσεις τσιγάρων συχνά λαμβάνουν μέρος πολλοί διάσημοι από όλο τον κόσμο. Οι διαφημίσεις αυτές όμως δεν είναι τόσο αθώες όσο πιστεύουμε γιατί πολλοί από τους πρωταγωνιστές αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας από το κάπνισμα. Διάσημοι ηθοποιοί που έχουν συμμετάσχει σε διαφημίσεις τσιγάρων πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα. Η διαφήμιση του τσιγάρου αφήνει απροστάτευτο τον παιδικό πληθυσμό σε όλα τα διαφημιστικά μηνύματα που προβάλλουν το τσιγάρο σαν ένα εισιτήριο στον κόσμο των μεγάλων, σαν ένα κομψό τρόπο ζωής, που αγγίζει τα βασικά σύμβολα των ενηλίκων και συνήθως τα ονομάζουμε ωριμότητα. Οι διαφημίσεις τσιγάρων συχνά προσπαθούν να μειώσουν τους φόβους γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Έτσι, συνδυάζουν το κάπνισμα με καλή υγεία, αθλητική ζωντάνια και κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία. Οι διαφημίσεις σαν ευφύεστατη μέθοδος προώθησης κάθε προϊόντος αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της κοινωνίας, στην περίπτωση όμως του τσιγάρου αποσιωπούν τις βλαβερές συνέπειες προκειμένου να επιτύχουν μεγαλύτερες πωλήσεις του προϊόντος τους, αδιαφορώντας για τις επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου (Ντάβου, 2016).

4.6 Επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό και την εμφάνιση

Α) Σεξουαλική ζωή και Αναπαραγωγή

Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα γυναικών και ανδρών, τη σεξουαλική λειτουργία των ανδρών, την υγεία των εγκύων, την υγεία των εμβρύων, των νεογνών και των μικρών παιδιών. Εκτιμάται ότι η γονιμότητα των γυναικών που καπνίζουν μπορεί να μειωθεί κατά 28% σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανικανότητας των ανδρών κατά 50%. Το κάπνισμα σε συνδυασμό με τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών αυξάνει στο 10πλάσιο τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιοαγγειακών παθήσεων. Το κάπνισμα επηρεάζει το γενετικό υλικό, το DNA, των σπερματοζωαρίων (Cindy, 2015).

Σε άνδρες που υποφέρουν από στειρότητα και τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, οι πιθανότητες επιτυχίας των μεθόδων αντιμετώπισης της στειρότητας μειώνονται στους άνδρες οι

οποίοι καπνίζουν. Εάν σε ένα ζευγάρι καπνίζουν και ο άνδρας και η γυναίκα τότε οι αρνητικές επιδράσεις για την τεκνοποίηση είναι μεγαλύτερες. Τα προβλήματα εστιάζονται τόσο σε δυσκολίες στη σύλληψη αλλά και για την ανάπτυξη του εμβρύου. Μεγάλος κίνδυνος Τερατογέννεσης. Επίσης, το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης για μια γυναίκα κατά 40%, ενώ οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν ελλιποβαρές νεογνό (Παπαγεωργίου, 2013).

Β) Επίδραση του καπνίσματος στην εμφάνιση

Το κάπνισμα προσβάλλει σοβαρά όχι μόνο τα εσωτερικά όργανα αλλά και την εμφάνιση (παρουσιαστικό) του καπνιστού αλλοιώνοντας το δέρμα, το ατομικό βάρος και τη μορφή (Cindy, 2015).

Γ) Κάπνισμα και δέρμα

Το κάπνισμα επιδρά στο δέρμα με δύο τρόπους: Το περιβάλλον με καπνό τσιγάρου έχει ξηραντική επίδραση επί της επιδερμίδας. Το κάπνισμα μειώνει τη ροή του αίματος προς το δέρμα, περιορίζοντας το οξυγόνο με αποτέλεσμα να του στερεί τις ουσιαστικές θρεπτικές ουσίες. Επίσης επηρεάζει το δέρμα δημιουργώντας ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα και κιτρινίλα στα δάχτυλα, νύχια και δόντια (Cindy, 2015).

Δ) Κάπνισμα και σωματικό βάρος

Όταν κάποιος διακόψει το κάπνισμα αυξάνει το βάρος του κατά 2 - 3 κιλά. Η ακριβής αιτία του φαινομένου αυτού είναι άγνωστη, αλλά μπορεί εν μέρει να συνδεθεί με το ότι το κάπνισμα αυξάνει το μεταβολισμό. Άλλωστε, η νικοτίνη δρα ως κατασταλτικό της όρεξης. Οι καπνιστές φαίνεται να συγκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους, οδηγούμενοι σε αυξημένο κίνδυνο για διαβήτη, καρδιοαγγειακά νοσήματα, υψηλή πίεση, προβλήματα χοληδόχου κύστης και καρκίνο της μήτρας (Cindy, 2015).

Ε) Θνησιμότητα

Ένας στους δύο μακροχρόνιους καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα εξ αιτίας του καπνίσματος και οι μισοί από αυτούς σε μέση ηλικία. Οι περισσότεροι πεθαίνουν από μία εκ των τριών ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (βρογχίτιδα και εμφύσημα) και οι χρόνιες καρδιακές παθήσεις (Cindy, 2015).

Z) Λειτουργίες που υποβαθμίζονται στους καπνιστές

Εκσπερμάτωση (απώλεια όγκου), μείωση ποσότητας σπέρματος, γονιμότητα, μείωση κινητικότητας σπέρματος, ανοσοποιητικό σύστημα, μικρότερη ικανότητα σπέρματος να εισχωρήσει στο ωάριο, εμμηνόπαυση (πρόωρη έναρξη), αυξάνουν οι σπερματικές ανωμαλίες (Cindy, 2015).

Η) Το κάπνισμα είναι συχνή αιτία τύφλωσης. Όσο πιο νωρίς αρχίζει κάποιος να καπνίζει και όσο περισσότερα τσιγάρα ή άλλα προϊόντα του καπνού καπνίζει, τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος για να καταστρέψει την όρασή του και να τυφλωθεί. Σε έρευνες που συμπεριέλαβαν 12.468 ασθενείς βρέθηκε ότι περισσότερες από 25% των περιπτώσεων εκφυλισμού της ώχρας κηλίδας οφείλονται στο κάπνισμα. Σε αυτούς που σταμάτησαν να καπνίζουν ο κίνδυνος τύφλωσης μειώνεται δραστικά.

Θ) Η απώλεια της μνήμης και το κάπνισμα. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν πως το κάπνισμα προκαλεί Σοβαρότατη απώλεια μνήμης. Στις έρευνες αποδείχθηκε πως οι καπνιστές παρουσιάζουν έως και 20% μικρότερη λειτουργία του εγκεφάλου και απώλεια Ευφυΐας κατά το ίδιο ποσοστό. Μια υποψία είναι ότι η επιτάχυνση της απώλειας της μνήμης που παρατηρείται στους καπνιστές, μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της πίεσης που προκαλεί το κάπνισμα. Η αύξηση της πίεσης αλλοιώνει τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό μπορεί να συμβάλλει σε μειωμένη προσφορά προς τον εγκέφαλο θρεπτικών ουσιών που με τη σειρά τους να προκαλούν μακροχρόνια προβλήματα στη μνήμη.

5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η έννοια της πρόληψης αναφέρεται στο σύνολο των δράσεων πριν την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς, στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και στην ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν, συμβάλλοντας στην αποφυγή ή στην αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών και την εμφάνιση της εξάρτησης. Στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας, τα προληπτικά μέτρα έχουν ως στόχο τόσο την έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση του κόσμου, όσο και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, της κριτικής στάσης απέναντι στην πληροφόρηση, της διεκδίκησης σε θέματα δημόσιας υγείας, και ταυτόχρονα του

σεβασμού της γνώμης των άλλων (Λιακοπούλου, 2013).

Οι πρώτες προληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν αφορούσαν την παροχή πληροφοριών για τους κινδύνους του καπνίσματος είτε μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης είτε μέσω συνεδρίων και ερευνητικών μελετών για την ψυχική υγεία. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτών των προληπτικών προσπαθειών έδειξαν ότι η απλή ενημέρωση του κόσμου δεν αρκεί για να πείσει τον καπνιστή να σταματήσει να προβαίνει σε αυτή τη συμπεριφορά. Στην πορεία, τα προληπτικά μέτρα άρχισαν να βασίζονται σε έρευνες γύρω από τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλουν στο κάπνισμα, σε μια ευρύτερη προσπάθεια να διδαχθούν οι καταναλωτές - και κυρίως τα νέα παιδιά - τον τρόπο που πρέπει να αντιμετωπίζουν και να ενισχύουν τις άμυνες τους στα διαφημιστικά προϊόντα, αλλά και στις πιέσεις των συνομηλίκων τους (Λιακοπούλου, 2013).

Τα σύγχρονα προληπτικά μέτρα απευθύνονται σε τρεις τομείς πρόληψης: την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση των μη καπνιστών (και κυρίως των εφήβων) για την αποτροπή τους από το κάπνισμα και για την αλλαγή των στάσεών τους απέναντι σε αυτό, ενώ η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στη μείωση ή την διακοπή του καπνίσματος των καπνιστών. Η τριτογενής πρόληψη απευθύνεται στους συστηματικούς ή εξαρτημένους χρήστες του καπνού, καθώς παράλληλα με τη θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που χρειάζεται σε αυτές τις περιπτώσεις, γίνεται και επιπλέον παρέμβαση για την αποφυγή υποτροπής. Στα πλαίσια αυτά, σε αρκετούς χώρους ψυχικής υγείας υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια για τις συνέπειες του καπνίσματος, οδηγοί διακοπής του, αφίσες με αντικαπνιστικά μηνύματα, καθώς και ενημερωτικές εκπομπές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την πολιτική των καπνοβιομηχανιών και τις επιπτώσεις του καπνίσματος (Λιακοπούλου, 2013).

Ορισμένες από τις στρατηγικές της πρόληψης είναι οι εξής: α) Δικτύωση- κινητοποίηση: ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας και κινητοποίηση των μελών. β) Ενημέρωση- ευαισθητοποίηση: σε θέματα πρόληψης και αγωγής της υγείας. γ) Εκπαίδευση: μέσω σεμιναρίων και ομάδων βιωματικού χαρακτήρα δ) Συμβουλευτική: για την αντιμετώπιση διάφορων παιδαγωγικών, εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. ε) Ρυθμιστικά μέτρα: ρυθμίσεις, νόμοι και πολιτικές για τις νόμιμες ουσίες, ως στρατηγικές πρόληψης (Λιακοπούλου, 2013).

5.1 Η νομοθεσία

Η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα δείχνει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατού μέτρου για την ελάττωση του καπνίσματος. Φυσικά η Αγωγή Υγείας είναι το σπουδαιότερο μέτρο, όμως η απαγορευτική νομοθεσία βοηθάει σε πολλές περιπτώσεις. Για τον έλεγχο του καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί δύο κατηγορίες νόμων. Η πρώτη κατηγορία επιδιώκει να επηρεάσει την παραγωγή και πώληση καπνού και η άλλη επιδιώκει την αλλαγή των καπνιστικών συνηθειών. Μεταξύ των δύο αυτών μεγάλων κατηγοριών υπάρχουν οι παρακάτω υποδιαίρεσεις :

Νομοθεσία για περιορισμό στην παραγωγή καπνού και Παρασκευή και πώληση τσιγάρων :

Έλεγχος της διαφημίσεως και προαγωγής των πωλήσεων, προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη, περιορισμός των επικινδύνων ουσιών στον καπνό, περιορισμοί στις πωλήσεις σε νεαρά άτομα, οικονομικά μέτρα (φορολογία κ.λ.π.).

Νομοθεσία για αλλαγή συνηθειών των καπνιστών: Απαγορεύσεις για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, απαγορεύσεις για το κάπνισμα στους χώρους εργασίας, υποχρεωτική Αγωγή Υγείας για το κάπνισμα (Μπεχράκης, 2016).

5.2 Η δράση της πρόληψης στην Ελλάδα

Η σκληρή Αμερικανική γραμμή κατά του καπνίσματος, την οποία ακολούθησαν και πολλές Ευρωπαϊκές χώρες ακολουθείται πλέον και στη χώρα μας, με μια δέσμη εννέα μέτρων κατά του καπνίσματος, την οποία ανακοίνωσε σε συνέντευξη τύπου, ο Υπουργός Υγείας.

Τα μέτρα αυτά προβλέπουν : Την πλήρη απαγόρευση των διαφημίσεων προϊόντων καπνού από την 1/1/2003, καθώς και την μη προβολή διαφημίσεων καπνού στις κινηματογραφικές αίθουσες.

Σε όλα τα εστιατόρια, καφετέριες, ζαχαροπλαστεία απαιτείται η δημιουργία χωριστών χώρων ή και τμημάτων για μη καπνιστές σε ποσοστό που θα καταλαμβάνει το 50% του συνολικού χώρου του εστιατορίου ή της καφετέριας. Ωστόσο, η διάταξη αυτή δεν μπορεί να επιβληθεί σε κέντρα διασκέδασης και μπαρ που λειτουργούν αποκλειστικά και μόνο νυχτερινές ώρες, αλλά και στα καφενεία παραδοσιακού τύπου. Ο περιορισμός αυτός θα αποτελεί πλέον απαραίτητη προϋπόθεση για την έκδοση άδειας λειτουργίας τέτοιου είδους καταστημάτων (Τριχόπουλου και συν., 2014).

Στο εξής θα ελέγχεται αυστηρότατα η απαγόρευση του καπνίσματος που ήδη ισχύει σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους ενώ πλέον απαγορεύεται ρητά το κάπνισμα και στους χώρους που οι άνθρωποι μένουν για πολλές ώρες όπως τα αεροδρόμια, οι σιδηροδρομικοί σταθμοί, οι σταθμοί λεωφορείων κ.λ.π. Ωστόσο, προβλέπεται να διαμορφωθούν και εκεί ειδικοί χώροι για καπνιστές. Με ιδιαίτερη αυστηρότητα θα τηρείται η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους που παρέχονται υπηρεσίες υγείας όπως τα νοσοκομεία, οι ιδιωτικές κλινικές, τα κέντρα υγείας, τα φαρμακεία, προνοιακά ιδρύματα, κ.λ.π. (Τριχόπουλου και συν., 2014).

Ρητή είναι η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς ακόμη και στα ταξί. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας εντατικοποιεί την ενημέρωση των μαθητών για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος με στόχο τη δημιουργία ενός σχολείου ελεύθερο από καπνό. Από την πλευρά του το Υπουργείο Παιδείας με εγκύκλιό του απαγόρευσε το κάπνισμα στα σχολικά κτίρια στα οποία θα υπάρχουν ειδικοί χώροι για τους καπνίζοντες εκπαιδευτικούς (Τριχόπουλου και συν., 2014).

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ξεκινά επίσης εκστρατεία ευαισθητοποίησης των καπνιστών με στόχο όχι μόνο να αντιληφθούν οι ίδιοι τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, αλλά και να σκεφτούν τους άλλους. Γι' αυτό και ζητά στενή συνεργασία με επιστημονικούς φορείς, ιατρικούς συλλόγους αλλά και την εκκλησία προκειμένου να επιτύχει να πείσει τους καπνιστές να περιορίσουν τη χρήση του καπνού σε χώρους όπου υπάρχουν μη καπνιστές (Τριχόπουλου και συν., 2014).

Αναβαθμίζονται τα εξωτερικά ιατρεία απεξάρτησης από το κάπνισμα στα Νοσοκομεία "Παπανικολάου" της Θεσσαλονίκης και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, ενώ δημιουργούνται ανάλογα ιατρεία στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός της Αθήνας και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λαρίσης (Τριχόπουλου και συν., 2014).

Το Υπουργείο Υγείας θα επιδιώξει μέσω του Εθνικού Ραδιοτηλεοπτικού Συμβουλίου να σταματήσει η άμεση όσο και η έμμεση διαφήμιση καπνού σε κάθε ραδιοτηλεοπτική εκπομπή (Τριχόπουλου και συν., 2014).

5.3 Η δράση της πρόληψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Το θέμα του ελέγχου του καπνίσματος, αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα, το οποίο απασχολεί, τον τελευταίο καιρό, την Ευρωπαϊκή Ένωση. Δυόμισι εκατομμύρια άνθρωποι, στον

κόσμο, θυσιάζονται, κάθε χρόνο, στο βωμό του καπνίσματος. Κάθε 13 δευτερόλεπτα, 1 άνθρωπος πεθαίνει, εξ αιτίας του καπνίσματος. Το κάπνισμα αποτελεί μια νοσηρή συνήθεια, για πολλούς λόγους. Το κάπνισμα αποτελεί το κυριότερο αποφεύξιμο αίτιο θανάτου και ασθένειας στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Περισσότεροι από 650.000 Ευρωπαίοι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα, και 13 εκατομμύρια υποφέρουν από προβλήματα υγείας επειδή καπνίζουν (Rowland, 2015).

Ένα σημαντικό στοιχείο και ανασταλτικός παράγοντας περιορισμού του καπνίσματος, καθώς και μείωσης του αριθμού των καπνιστών είναι οι αυξημένοι φόροι που επιβάλλονται. Συγκεκριμένα, ο καπνός είναι ένα πολύ βαριά φορολογημένο προϊόν, στα περισσότερα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το μέτρο αποδεικνύεται σωστό, δεδομένου ότι βοηθά στην αποθάρρυνση της κατανάλωσης καπνού, ειδικά μεταξύ των νέων ανθρώπων, οι οποίοι δε διαθέτουν υψηλό εισόδημα. Τρεις Οδηγίες, για τη φορολογία των προϊόντων καπνού, υιοθετήθηκαν το 1992. Αυτές καθορίζουν τη δομή της φορολογίας, για τα προϊόντα του καπνού. Έτσι, οι φόροι, στα τσιγάρα, πρέπει να αντιπροσωπεύουν τουλάχιστον το 70% της τελικής λιανικής τιμής (57% για το φόρο και 13% για το Φ.Π.Α.) (Rowland, 2015).

Ακόμη, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει υιοθετήσει ένα ψήφισμα σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος, σε όλους τους δημόσιους, κλειστούς χώρους. Παρόλα αυτά, τα ψηφίσματα δεν είναι δεσμευτικά για τα κράτη - μέλη. Υπάρχει, όμως, μια Οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία απαιτεί, από τις καπνοβιομηχανίες, να αποκαλύπτουν τις λεπτομέρειες των πρόσθετων ουσιών, στα προϊόντα του καπνού (κι αυτό, γιατί πολλές από τις ουσίες, που βρίσκονται στον καπνό, είναι καρκινογόνες - ακόμη και το χαρτί, που περιβάλλει τον καπνό, είναι επικίνδυνο) και, συγχρόνως, απαγορεύει τις παραπλανητικές επιγραφές, όπως "ελαφριά" (light) και "ήπια" (mild). Οι προειδοποιήσεις, για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού, πρέπει να καλύπτουν το 50% της επιφάνειας των πακέτων. Η περιεκτικότητα των τσιγάρων, σε πίσσα και νικοτίνη, πρέπει να μειωθεί (Rowland, 2015).

Ένας ακόμη τρόπος, για τον έλεγχο των προϊόντων του καπνού, είναι ο συνεχής έλεγχος της παράνομης εισαγωγής των προϊόντων αυτών και η άμεση κατάργηση των αφορολόγητων - παράνομων πωλήσεων, καθώς και η απαγόρευση της πώλησης μεμονωμένων τσιγάρων (κυρίως σε μαθητές) (Rowland, 2015).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει μια τάση απολυτοποίησης των αντικαπνιστικών νομοθεσιών. Ωστόσο, είναι αρκετές οι χώρες εκείνες που εφαρμόζουν ένα σύνθετο νομικό καθεστώς, το οποίο επιτρέπει τις διαβαθμίσεις και τις αμοιβαίες εξισορροπήσεις των συγκρουόμενων συμφερόντων.

Κομβικά στοιχεία των νομοθεσιών αυτών είναι η ύπαρξη ειδικών χώρων για καπνιστές με ενισχυμένο εξαερισμό, η πρόβλεψη ότι στους χώρους αυτούς δεν θα σερβίρεται φαγητό ή ποτό, η ισχύς μερικής απαγόρευσης στα εστιατόρια για συγκεκριμένες ώρες, η ύπαρξη ιδιωτικών λεσχών καπνιστών και τέλος, η ύπαρξη εργοδοτικής υποχρέωσης να εξασφαλίζεται η προστασία της υγείας των μη καπνιστών (ΕΡΗΑ, 2016).

Τα τελευταία τριάντα χρόνια η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έχει σημειώσει ουσιαστική πρόοδο στην πολιτική κατά του καπνίσματος. Η νομοθεσία που αφορά στα προϊόντα καπνού, και περιλαμβάνει την παρασκευή, την παρουσίαση και τις πωλήσεις, τη διαφήμιση και τις χορηγίες, και τις προειδοποιήσεις υγείας, υιοθετήθηκε και εφαρμόζεται από όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ (Rowland, 2015).

Το 1992, τα Κράτη Μέλη της ΕΕ συμφώνησαν για τη δημιουργία του Κοινοτικού Ταμείου Καπνού, με άμεση χρηματοδότηση από ενίσχυση που χορηγείται για την παραγωγή ακατέργαστου καπνού, στο πλαίσιο της κοινής αγροτικής πολιτικής. Το ταμείο συστάθηκε για τη χρηματοδότηση έργων σε δύο βασικούς τομείς: Ανάπτυξη νέων ποικιλιών καπνού και νέων μεθόδων καλλιέργειας, εναλλακτικές χρήσεις του ακατέργαστου καπνού και εναλλακτικές καλλιέργειες (ως το 2001) και έργα για την ενίσχυση των καπνοκαλλιεργητών, ώστε να στραφούν σε άλλες καλλιέργειες ή δραστηριότητες (από το 2002). Βελτίωση της ευαισθητοποίησης του κοινού για τις επιβλαβείς επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού μέσα από την εκπαίδευση και την πληροφόρηση (Rowland, 2015).

Η καταβολή των επιδοτήσεων καπνού από την ΕΕ στους παραγωγούς αναθεωρήθηκε από το Συμβούλιο των Υπουργών το 2004. Έτσι, οι επιδοτήσεις στους καπνοπαραγωγούς θα καταργηθούν σταδιακά και, συνεπώς, το Ταμείο Καπνού θα διακόψει το έργο του πριν το τέλος της δεκαετίας (Rowland, 2015).

6. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σχετικά με τα μέτρα και τις πολιτικές για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, η δημιουργία νομοθετικών ρυθμίσεων για την εφαρμογή και διατήρηση κλειστών δημόσιων χώρων, στους οποίους θα απαγορεύεται το κάπνισμα, θεωρείται ως το κύριο μέτρο αντιμετώπισης τους προβλήματος της αυξημένης κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα. Πολλά

πανεπιστήμια των ΗΠΑ, αλλά και της Ευρώπης, έχουν θεσπίσει την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς χώρους και σε κάποια έχει προχωρήσει η απαγόρευση και στους εξωτερικούς χώρους. Εντούτοις, υπάρχει η ένδειξη ότι με την απαγόρευση του καπνίσματος προκαλείται το αντίθετο αποτέλεσμα από τα επιθυμητά χαμηλά ποσοστά και αύξηση της παραβατικότητας. Συμπληρωματικό μέτρο στην κατεύθυνση αυτή είναι και η μείωση της διαθεσιμότητας των προϊόντων καπνού (CDC, 2014).

Σύμφωνα με έρευνα, όπου 438 άνθρωποι κάθε ηλικίας πήραν μέρος, ρωτήθηκαν και απάντησαν για το ποιος είναι ο λόγος που δεν διακόπτουν το κάπνισμα και οι απαντήσεις ήταν οι εξής : Υπάρχει έλλειψη θέλησης (26%), άλλοι είπαν ότι τους αρέσει πάρα πολύ (11%), ακόμη ένας λόγος ήταν πως οι άνθρωποι γύρω τους καπνίζουν (22.6%), το άγχος στο σπίτι ή στην εργασία παίζει σημαντικό ρόλο (15.3%) και τέλος πολλοί ανέφεραν πως δεν υπάρχει λόγος (25.1%). Παρά τη μείωση του επιπολασμού της χρήσης καπνού στις ανεπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα παραμένει η πιο κοινή προληπτική αιτία ασθενειών και θανάτων στον κόσμο σήμερα. Οι συμβουλές σχετικά με την παύση του καπνίσματος από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα ποσοστά εγκατάλειψης και τονίζουν τα οφέλη της διακοπής, κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενθαρρύνει τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (Nicholas et al., 2014).

Την περασμένη δεκαετία σημειώθηκαν πρόοδοι στην επιστήμη και στην πρακτική της στήριξης της διακοπής του καπνίσματος. Αυτά περιλαμβάνουν νέα φάρμακα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από νικοτίνη, νέους τρόπους χρήσης των υπαρχόντων φαρμάκων και αυξανόμενη χρήση τεχνολογίας για την υποστήριξη της αλλαγής της συμπεριφοράς. Αυτή η ανασκόπηση παρέχει μια ενημέρωση σχετικά με τις προσεγγίσεις που βασίζονται σε τεκμηρίωση για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης από καπνό (Nicholas et al., 2014).

Οι περισσότεροι καπνιστές θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα και περίπου το 40% προσπαθούν να σταματήσουν τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Μόνο το 3-5% των προσπαθειών είναι επιτυχείς 6-12 μήνες αργότερα. Σύντομες συμβουλές από τους γιατρούς σε μια διαβούλευση διάρκειας έως 20 λεπτών και μέχρι μία επίσκεψη παρακολούθησης αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής κατά δύο τρίτα (Nicholas et al., 2014).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι και παράγοντες θεραπείας για τα άτομα που επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι πιο σημαντικοί από αυτούς είναι: τα παρεμβατικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος, οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, τα προγράμματα αυτό-βοήθειας, τα προγράμματα άσκησης, τα προγράμματα συμβουλευτικής, η ατομική

συμβουλευτική, η συμβουλευτική μέσω διαδικτύου, η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου, τα προγράμματα παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους, η παρακινητική ή κινητοποιητική συνέντευξη, η ομαδική συμβουλευτική και τα παρεμβατικά προγράμματα ομαδικής συμβουλευτικής (Alpert, 2011).

6.1 Φαρμακοθεραπεία

Σε αναλύσεις τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, αρκετές θεραπείες φαρμάκων έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος. Η φαρμακοθεραπεία είναι κατάλληλη σε ασθενείς που διαπιστώνεται ότι εξαρτώνται από τη νικοτίνη. Τα φάρμακα είναι πιο αποτελεσματικά όταν χορηγούνται σε συνδυασμό με υποστήριξη συμπεριφοράς. Οι πιο ευρέως διαθέσιμες προτιμώμενες επιλογές φαρμακοθεραπείας είναι η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης, η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη. Όλα αυτά τα φάρμακα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά σε μια σειρά πληθυσμών ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των καπνιστών με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και καρδιακές και αναπνευστικές ασθένειες (Nicholas et al., 2014).

Υποκατάσταση νικοτίνης: Η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης είναι διαθέσιμη σε μορφή μακράς δράσης (επιθέματα νικοτίνης) και σε αρκετά προϊόντα βραχείας δράσης (κόμμι νικοτίνης, εισπνοή, στόμα ψεκάσμου, παστίλιδο, μικροσκοπικό δισκίο, ρινικό σπρέι). Άλλες μορφές βρίσκονται σε εξέλιξη. Μια συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης αποτελεί αποτελεσματικό βοήθημα για μακροχρόνια διακοπή και η αποτελεσματικότητα είναι παρόμοια μεταξύ όλων των διαθέσιμων μορφών. Συνδυασμένη θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης με μορφή ταχείας χορήγησης θα πρέπει να συνιστάται στους καπνιστές που δεν μπορούν να σταματήσουν ή που παρουσιάζουν πόνο ή συμπτώματα απόσυρσης με μονοθεραπεία. Η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης είναι γενικά ασφαλής και καλά ανεκτή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ναυτία, κεφαλαλγία και ζάλη, είναι γενικά ήπιες και βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Τα επιθέματα νικοτίνης μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του δέρματος και διαταραγμένο ύπνο και τα από του στόματος παρασκευάσματα μπορεί να προκαλέσουν λόξιγκα, πονόλαιμο και καούρα. Η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε άτομα με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο (Nicholas et al., 2014).

Βαρενικλίνη: Η βαρενικλίνη είναι ένας μερικός συναγωνιστής της νικοτίνης που δρα κεντρικά για να ανακουφίσει τους πόθους και τα συμπτώματα απόσυρσης, καθώς και να μειώσει την επίδραση του καπνίσματος. Μια μετά-ανάλυση διαπίστωσε ότι υπερδιπλασίασε τα ποσοστά παρατεταμένης

αποχής μετά από έξι μήνες παρακολούθησης. Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ναυτία, αλλά αυτό είναι ήπιο έως μέτριο και οδηγεί σε διακοπή της θεραπείας μόνο σε περίπου 3% . Η ναυτία μειώνεται με σταδιακή αύξηση της τιτλοποίησης της δόσης και με λήψη του φαρμάκου με τροφή. Έχουν υπάρξει αναφορές κατάθλιψης, διέγερσης, αλλαγές στη συμπεριφορά και αυτοκτονικό ιδεασμό, αν και δεν έχει διαπιστωθεί αιτιώδης συνάφεια με τη βαρενικλίνη (Nicholas et al., 2014).

Βουπροπιόνη: Η βουπροπιόνη αναπτύχθηκε αρχικά ως αντικαταθλιπτικό. Μειώνει τόσο την επιθυμία να καπνίσει όσο και τα συμπτώματα απόσυρσης της νικοτίνης. Μία μετά-ανάλυση διαπίστωσε ότι αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας έναντι του εικονικού φαρμάκου. Υπάρχει μια περαιτέρω μέτρια αύξηση στην αποτελεσματικότητα όταν συνδυάζεται με θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης. Η βουπροπιόνη αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων και διαταραχών διατροφής και σε ασθενείς που λαμβάνουν αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε άτομα που παίρνουν φάρμακα όπως αντικαταθλιπτικά και από του στόματος υπογλυκαιμικά μέσα (Nicholas et al., 2014).

Άλλες επιλογές θεραπείας και διακοπής του καπνίσματος είναι η τρικυκλική αντικαταθλιπτική νορτριπυλίνη και η κυστίμη. Η τρικυκλική αντικαταθλιπτική νορτριπυλίνη διπλασιάζει τα ποσοστά διακοπής σε σύγκριση με τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο σε έξι μήνες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ναυτία, καταστολή και πονοκεφάλους. Η νορτριπυλίνη δεν διαθέτει άδεια για διακοπή του καπνίσματος. Είναι επικίνδυνο στην υπερδοσολογία και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αρρυθμίας σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις. Η κυστίμη είναι ένας φθηνός φυτικός παράγων μερικού συναγωνιστή νικοτίνης που είναι διαθέσιμος για διακοπή του καπνίσματος σε μέρη της ανατολικής Ευρώπης αλλά δεν έχει άδεια στο Ηνωμένο Βασίλειο (Nicholas et al., 2014).

6.2 Διακοπή κατά την εγκυμοσύνη

Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στο έμβρυο και αυξάνει τις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού βάρους γέννησης, της πρόωρης γέννησης, της αποβολής και της αποβολής του πλακούντα. Μια συστηματική ανασκόπηση διαπίστωσε ότι οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνουν το ποσοστό των γυναικών που συνεχίζουν να καπνίζουν στην πρόσφατη εγκυμοσύνη κατά περίπου 6% . Δεν υπάρχουν αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και

αντενδείκνυται και άλλες μορφές φαρμακοθεραπείας . Εάν χρησιμοποιείται θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης, τα οφέλη και οι κίνδυνοι πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή. Μολονότι η νικοτίνη θεωρείται ότι παρουσιάζει κάποιο κίνδυνο, οι κλινικές δοκιμές θεραπευτικής νικοτίνης δεν έχουν γενικά αναφέρει δυσμενείς επιδράσεις στο έμβρυο. Τα διαθέσιμα δεδομένα και η γνώμη των εμπειρογνομόνων δείχνουν ότι είναι λιγότερο επιβλαβής από το συνεχιζόμενο κάπνισμα. Συνιστάται γενικά θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης καθώς αυτό παρέχει μια χαμηλότερη συνολική δόση νικοτίνης (Nicholas et al., 2014).

6.3 Διακοπή στην εφηβεία

Η εφηβεία είναι η πρωταρχική στιγμή κατά την οποία οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν και η μετάβαση από τον πειραματισμό στην εξάρτηση συμβαίνει. Σήμερα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να καθοριστεί εάν η φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματική για τους καπνιστές εφήβων. Ωστόσο, είναι λογικό να προσφέρουμε θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης και υποστήριξη συμπεριφοράς μετά την αξιολόγηση της εξάρτησης από την νικοτίνη και δίνουμε κίνητρα για διακοπή του καπνίσματος. Σε πολλές χώρες η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης τώρα έχει άδεια χρήσης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Nicholas et al., 2014).

6.4 Διακοπή σε άτομα με ψυχικές ασθένειες

Το ποσοστό του καπνίσματος σε άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι περίπου διπλάσιο από το ποσοστό σε άτομα χωρίς ψυχική ασθένεια. Σε γενικές γραμμές, όσο πιο σοβαρή είναι η ψυχιατρική διάγνωση, τόσο υψηλότερος είναι ο επιπολασμός του καπνίσματος. Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες επίσης καπνίζουν περισσότερο από τους άλλους καπνιστές, εξαρτώνται περισσότερο από τη νικοτίνη και ενδέχεται να χρειάζονται πιο εντατική ή παρατεταμένη υποστήριξη για να σταματήσουν. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα αυτά έχουν τα ίδια κίνητρα να εγκαταλείψουν το κάπνισμα όπως και ο γενικός πληθυσμός. Οι δόσεις φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης και των ψυχωσικών διαταραχών μπορεί επίσης να απαιτούν προσαρμογή μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Σε αντίθεση με τις συνήθειες αντιλήψεις, η διακοπή του καπνίσματος δεν συνδέεται με την επιδείνωση των ψυχιατρικών ασθενειών και στην πραγματικότητα η βελτίωση είναι συχνότερη (Nicholas et al., 2014).

6.5 Συμβουλευτική-Ψυχική θεραπεία

Όταν μιλάμε για εξάρτηση από τη νικοτίνη αναφερόμαστε τόσο στην ψυχολογική εξάρτηση όσο και στη σωματική. Για αυτό το λόγο αναπτύχθηκαν διάφορων ειδών ψυχολογικές τεχνικές οι οποίες είχαν ως στόχο να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος. Η συμβουλευτική θα πρέπει να προσεγγίζεται τόσο από πρακτικής όσο και από κοινωνικής πλευράς. Η «πρακτική» συμβουλευτική βοηθάει τους καπνιστές να αναπτύξουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που θα βοηθήσουν στο να αντιμετωπίσει δυσκολίες και προβλήματα π.χ. ο καπνιστής να αναγνωρίζει τις καταστάσεις κατά τις οποίες έχει έντονη επιθυμία για τσιγάρο και ο σύμβουλος να τον βοηθήσει στο πως μπορεί να αποφύγει αυτές τις καταστάσεις ή στο πως μπορεί να φανεί δυνατός και να τις αντιμετωπίσει. Όσον αφορά στη συμβουλευτική από κοινωνικής πλευράς αναφερόμαστε στην εμπλοκή των «σημαντικών άλλων» στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το άτομο θα πρέπει να τους ενημερώσει για το σχέδιό του σχετικά με τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και να ζητήσει την υποστήριξή τους σε αυτό. Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής μπορούν να χωριστούν σε δυο ευρύτερες κατηγορίες τις ατομικές παρεμβάσεις και τις ομαδικές παρεμβάσεις (Alpert, 2011).

B' ΜΕΡΟΣ

1. ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ-ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Το κάπνισμα, έχει εισχωρήσει τόσο πολύ στην ζωή μας, ώστε αν κάποιος θέλει να περιγράψει το ανθρώπινο είδος, θα μπορούσε να αρχίσει με την διάκριση των ανθρώπων, σε καπνιστές και μη καπνιστές. Το διαχωρισμό αυτόν, τον έχουμε αρχίσει εμείς οι ίδιοι χωρίζοντας πολλούς από τους κοινωνικούς χώρους, σε αυτούς που επιτρέπεται το κάπνισμα και σε αυτούς που δεν επιτρέπεται. Θα ήταν όμως επιπόλαιο, να χαρακτηρίσουμε κάθε καπνιστή σαν εξαρτημένο. Έχει οπωσδήποτε διαφορά στον βαθμό εξάρτησης του, αυτός ο οποίος δεν πολύ-ενδιαφέρεται και μπορεί να ταξιδέψει, για παράδειγμα, με τους μη καπνίζοντες στον σιδηρόδρομο, από αυτόν ο οποίος δεν μπαίνει μέσα στο βαγόνι, αν δεν βεβαιωθεί πρώτα ότι θα μπορέσει να καπνίσει το τσιγάρο του, στο δεκάλεπτο της διαδρομής. Γι' αυτό το λόγο, θα άξιζε η προσπάθεια χαρακτηρισμού διαφόρων τύπων εξάρτησης από το κάπνισμα. Στο διαχωρισμό αυτό, θα πρέπει να αρχίσουμε από τους μη καπνίζοντες, για το λόγο ότι και αυτοί δεν μένουν άμοιροι των συνεπειών του καπνού. Οπότε διαχωρίζονται ως εξής:

1.1 Μη καπνίζοντες

Οι μη καπνίζοντες, παρόλο που για οποιονδήποτε λόγο, δεν κάνουν χρήση καπνού, είναι υποχρεωμένοι να μοιραστούν μέρος από τα βλαβερά επακόλουθα της χρήσης του, από τα άλλα άτομα. Είναι γεγονός, ότι μόνο 25% του εισπνεόμενου καπνού περνάει σε ανταλλαγή με τα άλλα αέρια στις αναπνευστικές οδούς του καπνιστή, περισσότερο από το 50% του καπνού επανέρχεται αυτούσιο στο περιβάλλον και αναπνέεται φυσικά από αυτόν (Su et al., 2015).

1.2 Ευκαιριακός καπνιστής

Ευκαιριακοί καπνιστές, είναι τα άτομα που καπνίζουν ένα μικρό αριθμό τσιγάρων και μόνο σε ορισμένες ευκαιρίες ή συνθήκες. Συνήθως, καπνίζουν ένα τσιγάρο μετά το φαί, ίσως για να απολαύσουν μια ήρεμη στιγμή, ακούγοντας μουσική ή όταν βρεθούν σε ένα πάρτι. Η χρήση του τσιγάρου, γίνεται δηλαδή ασυνείδητα. Πολλοί από αυτούς, μπορούν να καπνίζουν χωρίς να ρουφάνε τον καπνό στους πνεύμονες (Su et al., 2015).

1.3 Εθισμένος καπνιστής

Ο τύπος αυτός του καπνιστή, είναι και ο συχνότερος. Ένα χαρακτηριστικό του τύπου αυτού, είναι ότι παραμένει συνήθως για όλη του τη ζωή σε μια σχετικά ανεκτή ποσότητα τσιγάρων την ημέρα (συνήθως ένα πακέτο), χωρίς τάσεις αύξησης της ποσότητας αυτής. Ο εθισμένος καπνιστής, είναι σε θέση να σταματήσει το κάπνισμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, όταν αυτό είναι αναγκαίο (π.χ. ασθένεια). Ο βαθμός εξάρτησης όμως γίνεται φανερός, όταν θα πρέπει να παρθεί απόφαση για μόνιμη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι, πολύ μεγάλο ποσοστό των εθισμένων καπνιστών, δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μια τέτοια απόφαση και επανέρχεται αργά ή γρήγορα στις συνήθειες του (Su et al., 2015).

1.4 Εξαρτημένος καπνιστής

Στον εξαρτημένο καπνιστή, βρίσκουμε σε αναλογία όλα τα συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες. Βρίσκουμε δηλαδή, την τάση για αύξηση συχνότητας καπνίσματος (αύξηση της δόσης), απώλεια του ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος. Οι εξαρτημένοι καπνιστές, καπνίζουν συνήθως σε μια μορφή αλυσίδας, πολλές φορές ανάβουν το επόμενο τσιγάρο, με την κάφτρα του προηγούμενου. Οι εξαρτημένοι καπνιστές, δεν είναι σε θέση να διακόψουν το τσιγάρο, ακόμα και όταν τα συμπτώματα μιας ασθένειας έχουν γίνει έκδηλα και η συνέχιση του καπνίσματος, απειλεί ακόμα και τη ζωή τους (Su et al., 2015).

1.5 Εκτίμηση κατάστασης για το κάπνισμα στην έκβαση της κύησης

Τα κύρια παράγωγα του καπνού, που ευθύνονται για τη δυσμενή του επίδραση στην έκβαση κύησης, είναι το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη. Μέσω της διαπλακουντικής επικοινωνίας, της μητέρας με το έμβρυο, η νικοτίνη ανιχνεύεται στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, σε υψηλότερα επίπεδα από τη νικοτίνη, που ανιχνεύεται στις ίδιες τις μητέρες, κατά $1,12 \pm 0,30$. Επίσης, τα επίπεδα νικοτίνης που ανιχνεύτηκαν στο αμνιακό υγρό, είναι υψηλότερα από εκείνα που ανιχνεύτηκαν στο πλάσμα του αίματος των μητέρων, κατά 1,54. Με αποτέλεσμα, η νικοτίνη να μειώνει την παροχή του οξυγόνου προς το έμβρυο, συντελώντας στη μη φυσιολογική ανταλλαγή των αερίων μέσα στον πλακούντα. Ως εκ τούτου, η έκθεση αυτή, οδηγεί στην αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης του εμβρύου. Ομοίως, το μονοξειδίο του άνθρακα, διαπερνά τον πλακούντα και μπορεί να ανιχνευτεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, σε επίπεδα άνω του 15% των επιπέδων του μονοξειδίου του άνθρακα και ανιχνεύονται στις μητέρες, προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου οξυγόνου προς το έμβρυο. Αποτέλεσμα της στέρησης οξυγόνου, είναι τα

νεογνά αυτά να γεννιούνται με μικρότερο βάρος και μήκος και να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας, κατά την νεογνική περίοδο. Αποτέλεσμα του καπνίσματος κατά την κύηση, είναι να συνδέεται μεταξύ άλλων, με πρόωρο τοκετό και με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα (Jong et al., 2015).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι κοντά στον καπνιστή, κατά την διάρκεια της θεραπείας του και να τον στηρίζει ψυχολογικά, θυμίζοντας του τα οφέλη που θα αποκομίσει από την διακοπή του καπνίσματος, αλλά και να του υπενθυμίζει τις βλαβερές συνέπειες που έχει το κάπνισμα για τον οργανισμό του (πρωτογενής πρόληψη). Το κάπνισμα, δεν δίνει λύση στα καθημερινά προβλήματα και το stress, απλά τα καλύπτει. Όμως ένας υγιεινός τρόπος ζωής και η εφαρμογή της άσκησης στην καθημερινότητα, παρέχουν μια βελτιωμένη υγεία, καλύτερη λειτουργία του οργανισμού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, καθώς προσφέρει εκτόνωση και χαλάρωση από το stress. Σε δεύτερο επίπεδο, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να αξιολογήσει τις ανάγκες του καπνιστή και να καταγράψει την βαθμίδα εξάρτησης, με σκοπό ο καπνιστής να κατανοήσει τα θετικά, τα αρνητικά και τα προβλήματα που προκαλεί στο κοινωνικό περιβάλλον και μαζί με τον νοσηλευτή, να βρουν λύσεις για την θεραπεία από την εξάρτηση (δευτερογενής πρόληψη). Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλευτεί το οικογενειακό περιβάλλον του καπνιστή (γονείς, αδέρφια, σύζυγο, φίλους), για την διαδικασία στη οποία υποβάλλεται ο καπνιστής, με σκοπό να μην του δίνουν ερείσματα (να μην καπνίζουν μπροστά του) και να του προσφέρουν την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη που χρειάζεται. Ακόμη, θα πρέπει να στηρίζουν την προσπάθεια του καπνιστή και να του υπενθυμίζουν τα οφέλη που θα έχει από αυτήν την προσπάθεια να διακόψει το κάπνισμα (Sobinoff et al., 2014).

Ο Οργανισμός για την Έρευνα στον τομέα της Υγείας και η Οδηγία για την Ποιότητα των Κλινικών Πρακτικών απαριθμεί τους νοσηλευτές ως έναν από τους πολυάριθμους παρόχους από τους οποίους οι συμβουλές για το σταμάτημα του καπνίσματος θα μπορούσαν να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής. Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA 2012) δηλώνει ότι οι νοσηλευτές έχουν τεράστιες δυνατότητες να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος και να προωθήσουν τους στόχους μείωσης της χρήσης καπνού που πρότεινε το Healthy People 2020 και σημειώνουν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι εξοπλισμένοι για να βοηθήσουν στην παύση του καπνίσματος, και να προωθήσουν στρατηγικές για τη μείωση της έκθεσης στον παθητικό καπνό (Rice et al., 2014).

Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να συμβουλευσει τον ασθενή να διακόψει, να αξιολογήσει την ετοιμότητα του προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς και να τον συνδράμει είτε προσωπικά, είτε να τον παραπέμψει σε κάποια εξειδικευμένη υπηρεσία (Rice et al., 2014).

Τα στάδια της πράξης του νοσηλευτή είναι η προαντιμετώπιση (ο καπνιστής δεν έχει κάποια πρόθεση να διακόψει), αντιμετώπιση (ο χρόνος κατά τον οποίο ο καπνιστής σκέπτεται να διακόψει), προετοιμασία (ο καπνιστής σχεδιάζει να διακόψει εντός 30 ημερών), δράση (επιτυχής διακοπή έως 6 μήνες) και συντήρηση (αποφυγή υποτροπής για πάνω από 6 μήνες). Θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα σε όλους τους καπνιστές ανεξάρτητα από το αν έχουν ή όχι κίνητρα να διακόψουν το κάπνισμα, ως εξής: Για τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται να τους παρέχεται φαρμακοθεραπεία και γνωστική συμπεριφορική συμβουλευτική άμεσα. Για τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται η χρήση της στρατηγικής της παρακινητικής συνέντευξης, προκειμένου να: ενθαρρυνθεί ο καπνιστής και να του δοθούν κίνητρα για τη λήψη της απόφασης για την διακοπή του καπνίσματος, το συντομότερο δυνατόν στο εγγύς μέλλον (Rice et al., 2014).

2.1 Παρέμβαση 5 κύριων βημάτων

Ερώτηση: Ρωτάμε τον ασθενή αν είναι καπνιστής και αξιολογούμε τη βαρύτητα.

Συμβουλή: Στη συνέχεια συμβουλευόμαστε τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος με τρόπο κατηγορηματικό και σαφή, ενώ παράλληλα διαβεβαιώνει τον καπνιστή ότι όλη η νοσηλευτική ομάδα είναι σε θέσει να τον συνδράμει για κάτι τέτοιο. Εποικοδομητική είναι και η σύνδεση με την ασθένεια, τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος και το οικονομικό βάρος.

Εκτίμηση: Προβαίνουμε σε εκτίμηση της ετοιμότητας του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα.

Βοήθεια: Παρέχουμε στήριξη στον ασθενή, σε συνεννόηση με τον οποίο, καθορίζουμε μια ημερομηνία διακοπής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παράσχει συμβουλευτική και να στηρίξει τον ασθενή να διαχειριστεί ζητήματα που αφορούν συμπτώματα στέρησης και ενδεχόμενη αύξηση βάρους, ενώ θα πρέπει να συστήνει και αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του εγχειρήματος, προκειμένου να αποφευχθεί κάποια υποτροπή. Παράλληλα, παρέχεται μέσω ιατρικής καθοδήγησης κάποια ενδεδειγμένη φαρμακοθεραπεία για τη διασφάλιση της επιτυχίας.

Προσύμφωνο: Παρακολουθούμε και προγραμματίζουμε να επανελέγξουμε τον ασθενή είτε τηλεφωνικώς, είτε στο νοσοκομείο. Σε περίπτωση αποχής ο νοσηλευτής θα πρέπει να ανταμείβει τον ασθενή, ενώ σε περίπτωση υποτροπής θα πρέπει να τον στηρίζει ψυχολογικά και να τον ενθαρρύνει για μια μελλοντική απόπειρα (Newhouse, 2013).

3. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ

Η αποκατάσταση του ασθενή αμέσως μετά την διακοπή του καπνίσματος έρχεται σταδιακά και χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια από το ίδιο το άτομο που διακόπτει έτσι ώστε η ολοκλήρωση και έκβασή της να είναι επιτυχημένη. Στον τομέα της αποκατάστασης, ο ασθενείς αντιμετωπίζει τις περισσότερες φορές δυσκολίες και ανάγκες οι οποίες έχουν να κάνουν κυρίως με τον ψυχισμό και την προσωπικότητα του αρρώστου. Τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος είναι τα συμπτώματα στέρησης, η έντονη επιθυμία για τσιγάρο, το άγχος, οι εναλλαγές της διάθεσης, ο βήχας και ο έλεγχος του βάρους. Ας αναλύσουμε τα παραπάνω συμπτώματα για να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι ψυχικές υπερβάσεις που πρέπει να πραγματοποιήσουν οι καπνιστές στο στάδιο της αποκατάστασης (Λιονής, 2015).

Συμπτώματα στέρησης Είναι φυσιολογικό να υπάρχουν συμπτώματα στέρησης όταν διακόψετε το κάπνισμα. Τα πιο συνήθη συμπτώματα είναι: πονοκέφαλος, ζάλη, ελαφριά σύγχυση, άγχος ή νευρική κατάσταση, δυσκολία συγκέντρωσης ή αλλαγές στην διάθεση. Η φαρμακοθεραπεία βοηθάει στην μείωση ή την εξαφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης (Λιονής, 2015).

Έντονη επιθυμία για τσιγάρο Το αίσθημα της έντονης επιθυμίας για τσιγάρο είναι επίσης πολύ συνηθισμένο. Η ένταση της επιθυμίας αυτής συνήθως μειώνεται μετά από 2-3 εβδομάδες. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η έντονη επιθυμία συνήθως διαρκεί 3-5 λεπτά. Προσπαθούμε να κρατήσουμε τον εαυτό μας απασχολημένο για αυτό το διάστημα και η έντονη επιθυμία θα περάσει (Λιονής, 2015).

Το άγχος Το άγχος αποτελεί κομμάτι της καθημερινής ζωής. Πολλοί άνθρωποι καπνίζουν πιστεύοντας ότι το κάπνισμα τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν το άγχος. Η αλήθεια είναι ότι το κάπνισμα αυξάνει το άγχος καθώς αυξάνει τους καρδιακούς παλμούς και την πίεση του αίματος (Λιονής, 2015).

Αλλαγές διάθεσης Καθώς το σώμα προσαρμόζεται σε μια ζωή χωρίς τσιγάρο, μπορεί να νιώσετε άγχος, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση ή δυσκολία συγκέντρωσης. Να είστε υπομονετικοί

με τον εαυτό σας τις πρώτες εβδομάδες από την διακοπή. Αν εσείς ή η οικογένειά σας αντιληφθείτε αίσθημα ταραχής, καταθλιπτική διάθεση, αλλαγές στην συμπεριφορά ή αλλεργική αντίδραση, σταματήστε να παίρνετε την φαρμακευτική αγωγή και επικοινωνήστε με τον γιατρό σας άμεσα (Λιονής, 2015).

Βήχας Πολλοί καπνιστές αναφέρουν ότι βήχουν περισσότερο τις πρώτες εβδομάδες από την διακοπή. Αυτό συμβαίνει γιατί οι πνεύμονες καθαρίζουν. Πρέπει να θεωρηθεί ως ένα σημάδι υγείας (Λιονής, 2015).

Έλεγχος βάρους Η αυξημένη διάθεση για φαγητό κατά την διακοπή είναι κάτι πολύ συνηθισμένο. Κάποιοι άνθρωποι παίρνουν 2 με 3 κιλά κατά τους πρώτους μήνες από την διακοπή. Αλλαγές στον τρόπο διατροφής και άσκησης μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο του βάρους και την αυξημένη όρεξη. Το περπάτημα είναι ένας καλός τρόπος για να μειωθεί το άγχος αλλά και η έντονη επιθυμία και τα συμπτώματα στέρησης από την νικοτίνη. Οι περίπατοι βοηθούν στον έλεγχο του βάρους μετά την διακοπή του καπνίσματος. Κάθε μέρα χωρίς τσιγάρο θα γίνεται ευκολότερη και τα συμπτώματα στέρησης και η έντονη επιθυμία θα εξασθενούν (Λιονής, 2015).

3.1 Συμβουλές

Όταν ο ασθενείς σκέφτεται ότι θέλει να καπνίσει πρέπει να θυμάται 7 πράγματα:

Αναβολή: Η έντονη επιθυμία διαρκεί συνήθως 3-5 λεπτά

Νερό: Η κατανάλωση νερού βοηθά στην αποβολή χημικών και τοξινών από τον οργανισμό.

Αντιπερισπασμός: Απασχολήστε τον εαυτό σας με κάτι για να αποφύγετε να σκέφτεστε το τσιγάρο.

Βαθιές αναπνοές: Οι βαθιές αναπνοές βοηθούν στην ηρεμία και διώχνουν την έντονη επιθυμία για κάπνισμα. Εισπνεύστε βαθιά για μερικά δευτερόλεπτα και στη συνέχεια εκπνεύστε αργά.

Αποστασιοποίηση: Συνειδητά προσπαθήστε να μην είστε κοντά σε καπνιστές.

Απασχόληση: Κρατήστε τον εαυτό σας απασχολημένο τα διαστήματα που συνηθίζατε να καπνίζετε. Κρατάτε μαζί σας πράγματα για να απασχολείτε το στόμα σας όπως τσίχλες ή οδοντογλυφίδες.

Υποκατάστατα: Χρησιμοποιήστε εισπνεόμενο, τσίχλα ή σπρέι κατά τα διαστήματα έντονης

επιθυμίας για κάπνισμα.

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να φέρνει άγχος κατά τις πρώτες μέρες. Αφιερώστε λίγο χρόνο για τον εαυτό σας. Προσπαθήστε να αποφύγετε στρεσογόνες ή δύσκολες καταστάσεις. Η διακοπή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ηρεμία (Λιονής, 2015).

3.2 Ολίσθημα

Είναι σύνηθες οι καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το τσιγάρο πολλές φορές να υποκύπτουν στις ανάγκες τους και να κάνουν τουλάχιστον ένα τσιγάρο κατά την θεραπεία και αποκατάσταση. Παρ' όλα αυτά, ακόμα και αν συμβεί αυτό θα πρέπει οι ασθενείς να έχουν εξαρχής κάτι προσχεδιασμένο. Να έχουν δηλαδή ένα πλάνο για την συνέχεια ώστε να μην επαναληφθεί η ίδια διαδικασία ξανά. Ο καπνιστής θα πρέπει να αλλάξει την κατάσταση την οποία βρίσκεται . Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το να σταματήσουμε να καπνίζουμε αμέσως , να αλλάξουμε δωμάτιο, να πετάξουμε τα τσιγάρα και να συνεχίσουμε την προσπάθεια διακοπής. Ο ασθενής πρέπει να σκέφτεται θετικά για τον εαυτό του. Πρέπει να θυμάται την προσπάθεια που έχει κάνει , τα όσα έχει καταφέρει και να εμπνυχώνει τον εαυτό του. Θα πρέπει να λάβει κάποια δράση. Είναι σημαντικό να βρεθεί μια νέα ασχολία κατά την οποία θα είναι δύσκολο να καπνίσει. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να δοκιμάσει να κάνει ένα μπάνιο , να ασκηθεί ή να μασήσει μια τσίχλα μέντας. Τέλος ο ασθενής μπορεί να ζητήσει βοήθεια. Είναι καλό να υπάρχει κάποιος με τον οποίο μπορούμε να μιλήσουμε για να μας αποσπάσει την προσοχή και να μας ενθαρρύνει (Λιονής, 2015).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ- ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Abstract 1

Genetics and smoking.

Regular smoking is the major risk factor for cardiovascular disease and cancers, and thus is one of the most preventable causes of morbidity and mortality worldwide. Intake of nicotine, its central nervous system effects, and its metabolism are regulated by biological pathways; some of these are well known, but others are not. Genetic studies offer a method for developing insights into the genes contributing to those pathways. In recent years, large genome-wide association study (GWAS) meta-analyses have consistently revealed that the strongest genetic contribution to smoking-related traits comes from variation in the nicotinic receptor subunit genes. Many other genes, including those coding for enzymes involved in nicotine metabolism, also have been implicated. However, the proportion of phenotypic variance explained by the identified genetic variants is very modest.

OBJECTIVE: This review intends to cover progress made in genetics and genetic epidemiology of smoking behavior in recent years, and focuses on studies revealing the nicotinic receptor gene cluster on chromosome. Evidence supporting the involvement of a novel pathway in the shared pathophysiology of nicotine dependence and schizophrenia is also briefly reviewed. A summary of the current knowledge on gene-environment interactions involved in smoking behavior is included.

CONCLUSION: The progress made in recent years in understanding the genetic epidemiology of non-communicable diseases, and of many normal human and animal traits, has deepened our understanding of the underlying intricate genetic architecture, while providing insights into the interplay of genes and environment in normal and abnormal development of organisms. Projected deaths from tobacco-induced diseases are estimated to reach hundreds of millions this century unless prevention and treatment can be made much more effective. Using genetics to improve our knowledge of the neurobiology and neuropathology of nicotine and other tobacco components is essential in building the knowledge base necessary for action (Loukola et al., 2014).

Περίληψη 1

Γενετικές και κάπνισμα.

Το τακτικό κάπνισμα είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και καρκίνους και ως εκ τούτου αποτελεί μία από τις πιο προληπτικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Η πρόσληψη νικοτίνης, οι επιδράσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και ο μεταβολισμός της ρυθμίζονται από βιολογικές οδούς, ορισμένα από αυτά είναι γνωστά, αλλά άλλα όχι. Οι γενετικές μελέτες προσφέρουν μια μέθοδο για την ανάπτυξη ιδεών για τα γονίδια που συμβάλλουν σε αυτά τα μονοπάτια. Τα τελευταία χρόνια, μεγάλες μετά-αναλύσεις μελέτης συσχέτισης με το γονιδίωμα (GWAS) έχουν αποκαλύψει ότι η ισχυρότερη γενετική συμβολή στα γνωρίσματα που σχετίζονται με το κάπνισμα προέρχεται από τη μεταβολή των γονιδίων υπομονάδας νικοτινικού υποδοχέα. Πολλά άλλα γονίδια, συμπεριλαμβανομένων αυτών που κωδικοποιούν για ένζυμα που εμπλέκονται στο μεταβολισμό της νικοτίνης, έχουν επίσης εμπλακεί. Ωστόσο, το ποσοστό φαινοτυπικής διακύμανσης που εξηγείται από τις αναγνωρισμένες γενετικές παραλλαγές είναι πολύ περιορισμένο.

ΣΚΟΠΟΣ: Αυτή η επισκόπηση σκοπεύει να καλύψει την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη γενετική και τη γενετική επιδημιολογία της συμπεριφοράς καπνίσματος τα τελευταία χρόνια και επικεντρώνεται σε μελέτες που αποκαλύπτουν τη συστοιχία γονιδίων νικοτινικού υποδοχέα στο χρωμόσωμα. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποστηρίζουν τη συμμετοχή μιας νέας οδού στην κοινή παθοφυσιολογία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Περιλαμβάνεται μια περίληψη των σημερινών γνώσεων σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις γονιδίου-περιβάλλοντος που εμπλέκονται στη συμπεριφορά καπνίσματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια στην κατανόηση της γενετικής επιδημιολογίας των μη μεταδοτικών ασθενειών και πολλών φυσιολογικών ανθρώπινων και ζωικών χαρακτηριστικών, έχει εμβαθύνει την κατανόησή μας για την υποκείμενη περίπλοκη γενετική αρχιτεκτονική, παρέχοντας παράλληλα πληροφορίες για την αλληλεπίδραση των γονιδίων και του περιβάλλοντος σε φυσιολογικές και μη φυσιολογικές αναπτύξεις οργανισμών. Οι προβλεπόμενοι θάνατοι από τις ασθένειες που οφείλονται στον καπνό υπολογίζεται ότι φθάνουν εκατοντάδες εκατομμύρια τον αιώνα, εκτός εάν η πρόληψη και η θεραπεία μπορούν να γίνουν πολύ πιο αποτελεσματικές. Η χρήση της γενετικής για τη βελτίωση των γνώσεών μας σχετικά με τη νευροβιολογία και τη νευροπαθολογία της νικοτίνης και άλλων συστατικών καπνού είναι απαραίτητη για την οικοδόμηση της βάσης γνώσεων που είναι απαραίτητη για δράση.

Abstract 2

Skeletal Effects of Smoking.

Smoking is a leading cause of preventable death and disability. Smoking has long been identified as a risk factor for osteoporosis, with data showing that older smokers have decreased bone mineral density and increased fracture risk compared to nonsmokers, particularly at the hip. The increase in fracture risk in smokers is out of proportion to the effects on bone density, indicating deficits in bone quality. Advanced imaging techniques have demonstrated microarchitectural deterioration in smokers, particularly in the trabecular compartment. The mechanisms by which smoking affects skeletal health remain unclear, although multiple pathways have been proposed. Smoking cessation may at least partially reverse the adverse effects of smoking on the skeleton.

CONCLUSION: The number of smokers worldwide continues to increase. We must expect an increased disease burden attributable to smoking, including an increased number of osteoporotic fractures. Smoking increases fracture risk not only by decreasing bone density but also through deleterious effects on bone quality, mediated by direct and indirect effects of nicotine and other toxins on osteoblasts and osteoclasts. Reassuringly, the effects of smoking on the skeleton have been shown to be at least partially reversible. Further research is necessary to elucidate the mechanisms by which smoking causes skeletal deterioration to improve fracture risk prediction in smokers and to potentially identify targets for intervention (Cusano, 2015).

Περίληψη 2

Σκελετικές επιδράσεις του καπνίσματος

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία πρόληψης του θανάτου και της αναπηρίας. Το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί εδώ και πολύ καιρό ως παράγοντας κινδύνου για την οστεοπόρωση, με δεδομένα που δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι καπνιστές έχουν μειωμένη οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο κατάγματος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ιδιαίτερα στο ισχίο. Η αύξηση του κινδύνου θραύσης στους καπνιστές είναι δυσανάλογη προς τις επιδράσεις στην οστική πυκνότητα, γεγονός που υποδεικνύει ελλείψεις στην ποιότητα των οστών. Οι προηγμένες τεχνικές απεικόνισης έχουν επιδείξει μικροαρχιτεκτονική επιδείνωση στους καπνιστές, ιδιαίτερα στο δοκιδωτό διαμέρισμα. Οι μηχανισμοί με τους οποίους το κάπνισμα επηρεάζει την υγεία του σκελετού παραμένουν ασαφείς, παρότι έχουν προταθεί πολλαπλές οδοί. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί

τουλάχιστον εν μέρει να αναστρέψει τις ανεπιθύμητες ενέργειες του καπνίσματος στον σκελετό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ο αριθμός των καπνιστών παγκοσμίως συνεχίζει να αυξάνεται. Πρέπει να αναμένουμε αυξημένη επιβάρυνση της νόσου που οφείλεται στο κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένου αυξημένου αριθμού οστεοπορωτικών καταγμάτων. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο θραύσης όχι μόνο μειώνοντας την οστική πυκνότητα αλλά και μέσω των επιβλαβών επιδράσεων στην ποιότητα των οστών, που προκαλούνται από τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις της νικοτίνης και άλλων τοξινών στους οστεοβλάστες και τους οστεοκλάστες. Δυστυχώς, οι συνέπειες του καπνίσματος στον σκελετό έχουν αποδειχθεί ότι είναι τουλάχιστον εν μέρει αναστρέψιμες. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να διασαφηνιστούν οι μηχανισμοί με τους οποίους το κάπνισμα προκαλεί επιδείνωση του σκελετικού συστήματος για τη βελτίωση της πρόβλεψης του κινδύνου θραύσης στους καπνιστές και για τον ενδεχόμενο προσδιορισμό στόχων για παρέμβαση.

Abstract 3

Smoking while driving and public support for car smoking bans.

OBJECTIVE: To analyse the prevalence and correlates of smoking in cars as well as attitudes towards the extension of smoking bans in private vehicles among Italian adults.

METHODS: We used data from two surveys conducted in 2011 and 2012 on an overall sample of 6167 individual representative of the Italian population aged ≥ 15 years.

RESULTS: The prevalence of smoking while driving was 65.5% among adult smokers. There was a negative trend with age and a positive one with education level. Smoking while driving was more prevalent among men, heavy smokers and smokers who believe there is little or no increased risk of accidents from smoking while driving. Among smokers who smoke while driving, 20.9% smoke in cars carrying children. Overall, 79.6% of Italians (88.2% non-smokers and 48.8% current smokers) support a ban on smoking in cars, and 92.5% (95.0% non-smokers and 83.5% current smokers) support such a ban in cars carrying children.

CONCLUSIONS: Despite the high percentage of smokers who smoke in private vehicles, the majority of the Italian population (including smokers) support the introduction of a smoking ban in cars, particularly in cars carrying children. Smoke-free laws should therefore be extended to private vehicles, particularly if they are carrying children. Moreover, warning labels on cigarette packages should include information on the increased risk of accidents when smoking while driving. Mass media campaigns should also consider targeting this topic (Jose et al., 2014).

Περίληψη 3

Το κάπνισμα κατά την οδήγηση και η δημόσια υποστήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος στα αυτοκίνητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Να αναλύσει τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις του καπνίσματος στα αυτοκίνητα, καθώς και τις στάσεις απέναντι στην επέκταση των απαγορεύσεων του καπνίσματος στα ιδιωτικά οχήματα μεταξύ ενηλίκων.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα από δύο έρευνες που διεξήχθησαν το 2011 και το 2012 σε ένα συνολικό δείγμα 6167 ατόμων αντιπροσωπευτικών του ιταλικού πληθυσμού ηλικίας ≥ 15 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά την οδήγηση ήταν 65,5% στους ενήλικες καπνιστές. Υπήρξε μια αρνητική τάση με την ηλικία και μια θετική με το επίπεδο εκπαίδευσης. Το κάπνισμα κατά την οδήγηση ήταν πιο διαδεδομένο μεταξύ των ανδρών, των βαριών καπνιστών και των καπνιστών που πιστεύουν ότι υπάρχει μικρός ή καθόλου αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων από το κάπνισμα κατά την οδήγηση. Μεταξύ των καπνιστών που καπνίζουν κατά την οδήγηση, 20,9% καπνίζουν στα αυτοκίνητα που μεταφέρουν παιδιά. Συνολικά, το 79,6% των Ιταλών (88,2% μη καπνιστές και 48,8% σημερινοί καπνιστές) υποστηρίζουν την απαγόρευση του καπνίσματος στα αυτοκίνητα και το 92,5% (95,0% μη καπνιστές και 83,5% καπνιστές) υποστηρίζουν μια τέτοια απαγόρευση στα αυτοκίνητα που μεταφέρουν παιδιά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρά το υψηλό ποσοστό καπνιστών που καπνίζουν σε ιδιωτικά οχήματα, η πλειονότητα του ιταλικού πληθυσμού (συμπεριλαμβανομένων των καπνιστών) υποστηρίζει την εισαγωγή απαγόρευσης του καπνίσματος στα αυτοκίνητα, ιδιαίτερα στα αυτοκίνητα που μεταφέρουν παιδιά. Συνεπώς, οι νόμοι απαγόρευσης καπνού πρέπει να επεκταθούν στα ιδιωτικά οχήματα, ιδιαίτερα εάν μεταφέρουν παιδιά. Επιπλέον, οι προειδοποιητικές ετικέτες στις συσκευασίες των τσιγάρων θα πρέπει να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων για το κάπνισμα κατά την οδήγηση. Οι εκστρατείες μαζικών μέσων ενημέρωσης θα πρέπει επίσης να εξετάσουν τη στόχευση αυτού του θέματος.

Abstract 4

Smoking outside: the effect of the Irish workplace smoking ban on smoking prevalence among the employed.

In March 2004, Ireland became the first country to introduce a nationwide workplace smoking ban. The primary aim of the ban was to reduce people's exposure to second-hand smoke. A 95% compliance rate among employers suggests this aim was achieved. By prohibiting smoking in the majority of indoor working places, an effect of the ban was to increase the non-monetary cost of smoking.

OBJECTIVE: The aim of this paper is to examine whether the extra non-monetary cost of smoking was concentrated on the employed. A difference-in-differences approach is used to measure changes in smoking behaviour among the employed relative to the non-working population following the introduction of the workplace smoking ban.

CONCLUSION: The research finds that the workplace smoking ban did not induce a greater reduction in smoking prevalence among the employed population compared with the non-working population. In fact, the evidence suggests a significantly larger decrease in smoking prevalence among the non-workers relative to the employed. Changes in the real price of cigarettes and changes in attitudes to risk are discussed as possible causes for the pattern observed (Savage, 2014).

Περίληψη 4

Το κάπνισμα στον εξωτερικό χώρο: η επίδραση της ιρλανδικής απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας στην εξάπλωση του καπνίσματος μεταξύ των απασχολουμένων.

Το Μάρτιο του 2004, η Ιρλανδία έγινε η πρώτη χώρα που εισήγαγε μια εθνική απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας. Ο πρωταρχικός στόχος της απαγόρευσης ήταν να μειωθεί η έκθεση των ανθρώπων στον παθητικό καπνό. Ένα ποσοστό συμμόρφωσης 95% μεταξύ των εργοδοτών υποδηλώνει ότι αυτός ο στόχος επιτεύχθηκε. Με την απαγόρευση του καπνίσματος στην πλειονότητα των εσωτερικών χώρων εργασίας, αποτέλεσμα της απαγόρευσης ήταν η αύξηση

του μη χρηματικού κόστους του καπνίσματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός του παρόντος εγγράφου είναι να εξετάσει κατά πόσον το επιπλέον μη χρηματικό κόστος του καπνίσματος επικεντρώθηκε στους απασχολούμενους. Για την μέτρηση των μεταβολών στη συμπεριφορά καπνίσματος μεταξύ των απασχολούμενων σε σχέση με τον μη ενεργό πληθυσμό, μετά την εισαγωγή της απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, χρησιμοποιείται μια προσέγγιση διαφοράς στις διαφορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έρευνα διαπιστώνει ότι η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας δεν προκάλεσε μεγαλύτερη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ του απασχολούμενου πληθυσμού σε σύγκριση με τον μη ενεργό πληθυσμό. Στην πραγματικότητα, τα στοιχεία δείχνουν μια σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ των μη εργαζομένων σε σχέση με τους απασχολούμενους. Οι μεταβολές στην πραγματική τιμή των τσιγάρων και οι αλλαγές στις στάσεις έναντι του κινδύνου συζητούνται ως πιθανές αιτίες για το πρότυπο που παρατηρείται.

Abstract 5

Home smoking bans may increase the risk of smoking onset in children when both parents smoke.

INTRODUCTION: Our objective was to determine if there is effect modification by home smoking bans in the association between parental smoking and cigarette smoking onset in children.

METHODS: Data on smoking onset, number of parents who smoke, and home smoking rules were collected from children who had never smoked in self-report questionnaires in grades 5, 7, 9, and 11. The association between number of parents who smoke and smoking onset in children was tested in pooled logistic regression in 2 groups defined by the presence or absence of a complete home smoking ban.

RESULTS: In homes without a complete ban and relative to participants with no parents who smoke, the odds ratio (95% confidence interval [OR (95% CI)] for smoking onset was 1.5 (1.1-1.9) when one parent smoked and 1.4 (1.0-2.1) when both parents smoked. In homes with a complete ban, the OR (95% CI) was 1.6 (1.1-2.3) if one parent smoked, but 4.9 (2.4-9.9) if both parents smoked.

CONCLUSION: The association between number of parents who smoke and smoking onset in

children was modified by the presence of a complete home smoking ban. In homes with a complete smoking ban in which both parents smoke, it may be prudent those parents communicate clearly with their children about their reasons for implementing the ban as well as about their reasons for continuing to smoke (Loughlin et al., 2014).

Περίληψη 5

Οι απαγορεύσεις του καπνίσματος στο σπίτι μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καπνίσματος στα παιδιά όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στόχος μας ήταν να διαπιστώσουμε εάν υπάρχει τροποποίηση των επιπτώσεων από τις απαγορεύσεις του καπνίσματος στο σπίτι στη σχέση μεταξύ του γονικού καπνίσματος και της έναρξης του καπνίσματος στα παιδιά.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα δεδομένα σχετικά με την έναρξη του καπνίσματος, τον αριθμό των γονέων που καπνίζουν και τους κανόνες για το κάπνισμα από τα παιδιά συλλέχθηκαν από παιδιά που δεν είχαν καπνίσει ποτέ σε ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης στους βαθμούς 5, 7, 9 και 11. Η σχέση μεταξύ του αριθμού των γονέων που καπνίζουν και του καπνίσματος στα παιδιά δοκιμάστηκε σε συγκεντρωτική διοικητική παλινδρόμηση σε 2 ομάδες που καθορίστηκαν από την παρουσία ή την απουσία πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος στο σπίτι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στα σπίτια χωρίς πλήρη απαγόρευση και σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς γονείς που καπνίζουν, ο λόγος πιθανότητας (διάστημα εμπιστοσύνης 95% [OR (95% CI)] για την έναρξη του καπνίσματος ήταν 1,5 (1,1-1,9) όταν ένας γονέας καπνίστηκε και 1,4 Όταν οι γονείς κάπνιζαν, τα OR (95% CI) ήταν 1,6 (1,1-2,3) αν ένας γονέας καπνίζει, αλλά 4,9 (2,4-9,9) εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των γονέων που καπνίζουν και της εκδήλωσης του καπνίσματος σε παιδιά τροποποιήθηκε από την ύπαρξη πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος σε κατοικίδια ζώα. Σε σπίτια με πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος στην οποία καπνίζουν και οι δύο γονείς, μπορεί να είναι συνετό οι γονείς να επικοινωνούν σαφώς με τα παιδιά τους σχετικά με τους λόγους για τους οποίους εφαρμόζουν την απαγόρευση καθώς και σχετικά με τους λόγους για τους οποίους συνεχίζουν να καπνίζουν.

Abstract 6

Smoking behaviours of adolescents, influenced by smoking of teachers, family and friends.

BACKGROUND: Smoking tobacco is a global health problem, and this study highlights adolescent smoking in Taiwan. Smoking was completely banned on campuses under the Tobacco Hazards Prevention Act and School Health Regulations. Few have investigated the association between personnel smoking/school smoking policies and adolescent smoking in Taiwan. The smoking rate has gradually increased for senior high school students in Taiwan from 10.7% in 1994 to 14.7% in 2011.

AIM: This study examined the influence of family and friends' smoking on the association between the presence of teachers smoking and each stage of adolescents' smoking behaviour. METHODS: A cross-sectional survey was conducted in nine high schools (n = 921). Logistic regression analysis was used to examine the association between smoking stage, father smoking, mother smoking, sibling smoking, friends smoking and the presence of smoking teachers.

RESULTS: After adjusting for gender, school type and grade, fathers', siblings' and friends' smoking were significantly associated with adolescents' ever and current smoking behaviours, but mothers' smoking was only associated with adolescents' current smoking behaviours. Friends' smoking was strongly associated with being a smoker. While there was an interaction between friends' smoking and the presence of smoking teachers on current smoking behaviours indicating the effect of the presence of smoking teachers was increased when friends did not smoke.

DISCUSSION: The results suggest that teachers smoking on school may increase the likelihood of being a current smoker as their friends do not smoke. Family and friends smoking are associated with adolescent smoking.

CONCLUSION: The Taiwanese government has regulated a comprehensive smoking ban in schools to prohibit both student and staff smoking on all school premises. To achieve this, schools should make tobacco control communication efforts. Nurses could address the combined influence of family and friends as well as the effect of school smoking restrictions to help prevent adolescents from smoking (Huang et al., 2014).

Περίληψη 6

Οι συμπεριφορές καπνίσματος των εφήβων, που επηρεάζονται από το κάπνισμα των δασκάλων, της οικογένειας και των φίλων.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο καπνός καπνίσματος είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, και αυτή η μελέτη υπογραμμίζει το εφηβικό κάπνισμα στην Ταϊβάν. Το κάπνισμα απαγορεύτηκε πλήρως στις πανεπιστημιούπολεις δυνάμει του νόμου για την πρόληψη των κινδύνων καπνίσματος και των κανονισμών υγείας των σχολείων. Λίγοι έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ των πολιτικών σχετικά με το κάπνισμα / σχολείο του καπνίσματος και το κάπνισμα των εφήβων στην Ταϊβάν. Ο ρυθμός του καπνίσματος αυξήθηκε σταδιακά για τους ανώτερους μαθητές λυκείου στην Ταϊβάν από 10,7% το 1994 σε 14,7% το 2011.

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη αυτή εξέτασε την επιρροή του καπνίσματος της οικογένειας και των φίλων στη σχέση μεταξύ της παρουσίας του καπνιστή των εκπαιδευτικών και κάθε στάδιο της συμπεριφοράς του καπνίσματος των εφήβων.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Διεξήχθη μια συγχρονική έρευνα σε εννέα σχολεία ($n = 921$). Λογική ανάλυση παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ του σταδίου καπνίσματος, του πατέρα, του καπνίσματος, του καπνίσματος της μητέρας, του αδερφού καπνίσματος, του καπνίσματος των φίλων και της παρουσίας εκπαιδευτικών καπνιστών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά την προσαρμογή για το φύλο, τον τύπο και τη βαθμολογία του σχολείου, το κάπνισμα των πατέρων, των αδελφών και των φίλων συσχετίστηκε σημαντικά με τις συνήθειες του καπνίσματος και τις συνήθειες του καπνιστή, αλλά το κάπνισμα των μητέρων συσχετίστηκε μόνο με τις τρέχουσες συμπεριφορές καπνίσματος των εφήβων. Το κάπνισμα των φίλων συνδέθηκε στενά με το να είσαι καπνιστής. Ενώ υπήρχε αλληλεπίδραση μεταξύ του καπνίσματος των φίλων και της παρουσίας εκπαιδευτικών καπνιστών στις τρέχουσες συμπεριφορές καπνίσματος, οι οποίες δείχνουν ότι η επίδραση της παρουσίας των εκπαιδευτικών καπνίσματος αυξήθηκε όταν οι φίλοι δεν καπνίζουν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί που καπνίζουν στο σχολείο μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα να είναι καπνιστής, καθώς οι φίλοι τους δεν καπνίζουν. Η οικογένεια και οι φίλοι του καπνίσματος συνδέονται με το εφηβικό κάπνισμα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η κυβέρνηση της Ταϊβάν έχει ρυθμίσει μια ολοκληρωμένη απαγόρευση του καπνίσματος στα σχολεία για να απαγορεύει το κάπνισμα των μαθητών και του προσωπικού σε όλες τις σχολικές εγκαταστάσεις. Για να επιτευχθεί αυτό, τα σχολεία πρέπει να καταβάλλουν προσπάθειες

επικοινωνιακού ελέγχου στον καπνό. Οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τη συνδυασμένη επιρροή της οικογένειας και των φίλων καθώς και την επίδραση των περιορισμών του καπνίσματος στα σχολεία για να αποτρέψουν τους εφήβους από το κάπνισμα.

Abstract 7

E-cigarettes: a scientific review.

INTRODUCTION: Electronic cigarettes (e-cigarettes) are products that deliver a nicotine-containing aerosol (commonly called vapor) to users by heating a solution typically made up of propylene glycol or glycerol (glycerin), nicotine, and flavoring agents invented in their current form by Chinese pharmacist Hon Lik in the early 2000S.

METHODS: Initial searches conducted via PubMed using the key words electronic cigarette, e-cigarette, and electronic nicotine delivery systems yielded 151 studies. Seventy-one articles presented original data and were included. Eighty articles were excluded because they were not relevant, were not in English, or were reviews or commentaries that did not provide original data, although some are cited for background and context.

CONCLUSION: Although most of the discussion of e-cigarettes among health authorities has concentrated on the product itself, its potential toxicity, and use of e-cigarettes to help people quit smoking, the e-cigarette companies have been rapidly expanding using aggressive marketing messages similar to those used to promote cigarettes in the 1950s and 1960s. E-cigarette advertising is on television and radio in many countries that have long banned similar advertising for cigarettes and other tobacco products and may be indirectly promoting smoking conventional cigarettes (Grana et al., 2014).

Περίληψη 7

Ηλεκτρονικά τσιγάρα: επιστημονική ανασκόπηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι προϊόντα που παραδίδουν στους χρήστες μια χρήση αερολύματος που περιέχει νικοτίνη (συνήθως ονομάζεται ατμός) με θέρμανση ενός διαλύματος που συνήθως αποτελείται από προπυλενογλυκόλη ή γλυκερόλη (γλυκερίνη), νικοτίνη και γευστικούς παράγοντες και πήραν την τρέχουσα μορφή τους από τον Κινέζο φαρμακοποιό Hon Lik στις αρχές της δεκαετίας του 2000.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Οι αρχικές έρευνες που διεξήχθησαν μέσω του PubMed χρησιμοποιώντας τις βασικές λέξεις ηλεκτρονικά τσιγάρα, ηλεκτρονικό τσιγάρο και ηλεκτρονικά συστήματα χορήγησης νικοτίνης έδωσαν 151 μελέτες. Εβδομήντα ένα άρθρα παρουσίασαν αρχικά δεδομένα και συμπεριλήφθηκαν. Εξαιρέθηκαν ογδόντα άρθρα επειδή δεν ήταν σχετικά, δεν ήταν στα αγγλικά ή ήταν σχόλια ή σχόλια που δεν παρείχαν πρωτότυπα δεδομένα, αν και ορισμένα αναφέρονται για το υπόβαθρο και το πλαίσιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και το μεγαλύτερο μέρος της συζήτησης για τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μεταξύ των υγειονομικών αρχών επικεντρώθηκε στο ίδιο το προϊόν, η πιθανή του τοξικότητα και η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα, οι εταιρείες ηλεκτρονικού τσιγάρου επεκτείνονται ταχέως χρησιμοποιώντας επιθετικά μηνύματα μάρκετινγκ παρόμοια με αυτά που χρησιμοποιήθηκαν για την προώθηση των τσιγάρων στη δεκαετία του 1950 και του 1960. Η διαφήμιση ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο σε πολλές χώρες που έχουν απαγορεύσει εδώ και καιρό παρόμοιες διαφημίσεις για τσιγάρα και άλλα προϊόντα καπνού και μπορεί να προωθήσει έμμεσα το κάπνισμα συμβατικών τσιγάρων.

Abstract 8

Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking?

Electronic cigarettes (E-cigarettes) are devices that can vaporize a nicotine solution combined with liquid flavors instead of burning tobacco leaves. Since their emergence in 2004, E-cigarettes have become widely available, and their use has increased exponentially worldwide. E-cigarettes are aggressively advertised as a smoking cessation aid; as healthier, cheaper, and more socially acceptable than conventional cigarettes. In recent years, these claims have been evaluated in numerous studies.

OBJECTIVE: This review explores the development of the current E-cigarette and its market, prevalence of awareness, and use. The review also explores the beneficial and adverse effects of E-cigarettes in various aspects in accordance with recent research. The discussed aspects include smoking cessation or reduction and the health risks, social impact, and environmental consequences of E-cigarettes (Rom et al., 2016).

Περίληψη 8

Είναι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ασφαλή και καλή εναλλακτική λύση στο κάπνισμα τσιγάρων;

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα (ηλεκτρονικά τσιγάρα) είναι συσκευές που μπορούν να εξατμίσουν ένα διάλυμα νικοτίνης σε συνδυασμό με υγρές γεύσεις αντί για καύση φύλλων καπνού. Από την εμφάνισή τους το 2004, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν γίνει ευρέως διαθέσιμα και η χρήση τους έχει αυξηθεί εκθετικά παγκοσμίως. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα διαφημίζονται επιθετικά ως βοήθεια για την παύση του καπνίσματος, ως πιο υγιεινά, φθηνότερα και πιο κοινωνικά αποδεκτά από τα συμβατικά τσιγάρα. Τα τελευταία χρόνια, οι ισχυρισμοί αυτοί έχουν αξιολογηθεί σε πολυάριθμες μελέτες.

ΣΚΟΠΟΣ: Αυτή η ανασκόπηση εξετάζει την εξέλιξη του σημερινού ηλεκτρονικού τσιγάρου και την αγορά του, την επικράτηση της ευαισθητοποίησης και τη χρήση του. Η ανασκόπηση εξετάζει επίσης τις ευεργετικές και τις δυσμενείς επιπτώσεις των ηλεκτρονικών τσιγάρων σε διάφορες πτυχές, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες. Οι συζητούμενες πτυχές περιλαμβάνουν τη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος και τους κινδύνους για την υγεία, τον κοινωνικό αντίκτυπο και τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις των ηλεκτρονικών τσιγάρων.

Abstract 9

Cigar smoking among U.S. students.

BACKGROUND: Among U.S. youth overall, cigars are the most commonly used tobacco product after cigarettes. However, youth who identify their products by brand names, not general terms like "cigar," may underreport use.

PURPOSE: To examine changes in reported cigar (cigar, cigarillo, or little cigar) smoking among students following inclusion of cigar brand examples on the National Youth Tobacco Survey (NYTS).

METHODS: Data from the 2011 and 2012 NYTS and National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) were analyzed in 2013 to estimate ever and current cigar smoking, overall and by race/ethnicity. The 2012 NYTS included cigar brand examples (Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, White Owl, Phillies Blunt) in the survey instructions and ever use question, but the 2011 NYTS and 2011 and 2012 NSDUH did not.

RESULTS: NYTS ever cigar smoking was higher in 2012 (27.8%) than 2011 (19.5%) among black students overall. Current cigar smoking was 60%-70% higher among black females and students aged ≥ 17 years, in 2012 than 2011. For black females, current cigar smoking (11.5%) was two times greater than that of white females (4.3%) in 2012, whereas the prevalence among these subgroups was comparable in 2011. Similar changes were not observed among these subgroups in the 2011-2012 NSDUH.

CONCLUSIONS: This study highlights the high burden of cigar use among U.S. youth and suggests that NYTS ascertainment of cigar smoking may have improved by including brands. Disparities in cigar smoking need to be addressed to prevent and reduce all youth tobacco use (Corey et al., 2015).

Περίληψη 9

Το κάπνισμα των πούρων μεταξύ των σπουδαστών των ΗΠΑ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Μεταξύ της νεολαίας των ΗΠΑ συνολικά, τα πούρα είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο προϊόν καπνού μετά τα τσιγάρα. Ωστόσο, οι νέοι που ταυτοποιούν τα προϊόντα τους με εμπορικά σήματα, όχι γενικοί όροι, όπως το "πούρο", ενδέχεται να χρησιμοποιούν ανεπαρκώς τη χρήση τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Για να εξετάσει τις αλλαγές στο αναφερόμενο πούρο το κάπνισμα μεταξύ των μαθητών μετά την ένταξη των παραδειγμάτων μάρκας πούρων στην Εθνική Έρευνα Νέων Καπνού (NYTS).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα στοιχεία από το NYTS και την Εθνική Έρευνα για τη Χρήση και Υγεία των Ναρκωτικών (NDTS) για το 2011 και το 2012 αναλύθηκαν το 2013 για να εκτιμήσουν το κάπνισμα και το τρέχον κάπνισμα των πούρων γενικά και ανά φυλή / εθνικότητα. Το 2012 το NYTS περιείχε παραδείγματα μάρκας πούρων (Black and Mild, Swisher Sweets, Ολλανδικά Masters, White Owl, Phillies Blunt) στις οδηγίες έρευνας και πάντα χρησιμοποίησε ερώτηση, αλλά το 2011 NYTS και 2011 και 2012 NSDUH δεν το έκαναν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το NYTS καπνίζοντας πάντα το τσιγάρο ήταν υψηλότερο το 2012 (27,8%) από το 2011 (19,5%) μεταξύ των μαύρων φοιτητών συνολικά. Το τρέχον κάπνισμα πούρων ήταν 60% -70% υψηλότερο μεταξύ των μαύρων γυναικών και των μαθητών ηλικίας ≥ 17 ετών, το 2012 από το 2011. Για τα μαύρα θηλυκά, το σημερινό κάπνισμα πούρων (11,5%) ήταν δύο φορές μεγαλύτερο από αυτό των λευκών θηλυκών (4,3% Το 2012, ενώ η επικράτηση μεταξύ αυτών των υποομάδων ήταν συγκρίσιμη το 2011. Παρόμοιες αλλαγές δεν παρατηρήθηκαν μεταξύ αυτών των

υποομάδων στη NSDUH 2011-2012.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει το υψηλό βάρος της χρήσης πούρων μεταξύ των νέων των Η.Π.Α. και προτείνει ότι η διαπίστωση του καπνίσματος πούρων από τη NYTS μπορεί να έχει βελτιωθεί με τη συμπερίληψη σημάτων. Οι διαφορές στο κάπνισμα των πούρων πρέπει να αντιμετωπιστούν για την πρόληψη και τη μείωση όλων των χρήσεων καπνίσματος στους νέους.

Abstract 10

Arab-American Hookah Smokers: Pros and Cons of Hookah Use.

OBJECTIVES: To examine initiation, pros and cons of hookah tobacco smoking among Arab Americans.

METHODS: In this descriptive cross-sectional study, we recruited a community-based convenience sample of 458 adult Arab-American hookah smokers, mean age 28.4 years, who completed self-administered questionnaires.

RESULTS: Irrespective of sex, most participants initiated hookah tobacco use by young adulthood in private homes or hookah lounges influenced by friends and family. Women initiated hookah use later than men. Ever dual smokers (hookah smokers who ever smoked a cigarette) initiated hookah use later than cigarettes; however, early hookah initiators < 18 years initiated hookah and cigarettes concurrently. Participants enjoyed the flavors of hookah tobacco, and complained about coughing, dizziness, and headaches.

CONCLUSIONS: Early and late initiation of hookah tobacco use warrant prevention programs targeting the youth and older adults in communities, colleges, and middle and high schools that include health education campaigns, and encouragement of voluntary smokefree home rules. Tobacco control policies aimed to prevent initiation of hookah use should include regulation of hookah tobacco flavors, and should target the physical environments in neighborhoods, especially around schools and colleges, to reduce the proliferation of hookah lounges. Dual hookah tobacco and cigarette use warrant continuous monitoring (Kassem et al., 2015).

Περίληψη 10

Αραβο-αμερικανοί καπνιστές ναργιλέ: Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της χρήσης ναργιλέ.

ΣΤΟΧΟΙ: Για να εξετάσει την έναρξη, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του καπνίσματος ναρκωτικών καπνού μεταξύ των Αραβικών Αμερικανών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε αυτήν την περιγραφική μελέτη εγκάρσιας τομής, στρατολογήσαμε ένα δείγμα ευκολίας που βασίστηκε στην κοινότητα 458 ενηλίκων αραβοαμερικανών καπνιστών ναργιλέδων, μέσης ηλικίας 28,4 ετών, οι οποίοι ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που διενήργησαν μόνοι τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανεξάρτητα από το σεξ, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ξεκίνησαν τη χρήση καπνού ναργιλέδων από νεαρή ενηλικίωση σε ιδιωτικά σπίτια ή σε ξαπλώστρες ναργιλέ που επηρεάστηκαν από τους φίλους και την οικογένεια. Οι γυναίκες άρχισαν να χρησιμοποιούν ναργιλέ αργότερα από τους άνδρες. Παλιότεροι καπνιστές (καπνιστές ναργιλέδων που κάπνιζαν ποτέ ένα τσιγάρο) άρχισαν να χρησιμοποιούν ναργιλέ αργότερα από τα τσιγάρα. Ωστόσο, οι πρώιμοι αρχάριοι <18 ετών άρχισαν ταυτόχρονα το ναργιλέ και τα τσιγάρα. Οι συμμετέχοντες απολάμβαναν τις γεύσεις του καπνού ναργιλέ και παραπονέθηκαν για βήχα, ζάλη και πονοκεφάλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πρόωρη και η καθυστερημένη έναρξη της χρήσης ναρκωτικών καπνού χρησιμοποιεί προγράμματα πρόληψης για τους νέους και τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σε κοινότητες, κολέγια, σχολεία και γυμνάσια, που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές εκστρατείες για την υγεία και την ενθάρρυνση των εθελοντικών κανόνων για την απαγόρευση του καπνίσματος. Οι πολιτικές ελέγχου του καπνού που αποσκοπούν στην αποφυγή της έναρξης της χρήσης ναργιλέ θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη ρύθμιση των αρωμάτων καπνού ναργιλέ και θα πρέπει να στοχεύουν τα φυσικά περιβάλλοντα στις γειτονιές, ιδιαίτερα γύρω από σχολεία και κολέγια, για να μειώσουν τον πολλαπλασιασμό των ξαπλώστρων ναργιλέ. Ο διπλός καπνός ναργιλέ και η χρήση τσιγάρων δικαιολογούν συνεχή παρακολούθηση.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Alpert, P., 2011. Home Health Care. *Smoking cessation difficult but not impossible*, Plos One 2015 May 26;10(5):e0128424.
- Al-Kubaishy, W., Abdulah, N., Al-Nuqimy, H., Halawany, G. & Kurdy S., 2014. *Study on tobacco smoking among university students in Damaskus*, East MediterrHealth J. 2012 Jul;18(7):723-7.
- Biomed, 2014. *Effect of electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on smoking reduction and cessation*. BMC Public Health 2011 Oct 11;11:786
- CDC, 2014. Surgeon Generals Report : *The health consequences of smoking*. Cancer. 2014 Jul 1;120(13):1914-6.
- Cindy, M., Catherine, G., Brian, L. & Benjamin, J., 2015. *Systematic review of cigar smoking*. BMC Public Health. 2015 Apr 24;15:390.
- Correy, C., Dube, S., Ambrose, B. & King, B. 2015. American journal of preventive medicine. Am J Prev Med 2014 Aug;47(2 Suppl 1):S28-35.
- Etter, F., 2013. COPD. *Short term change in self-reported symptoms after smoking cessation in an internet sample*. Eur Respir J. 2010 Jun;35(6):1249-55.
- Grana, R., Benowitz, N. & Glantz S., 2014. *Contemporary reviews in cardiovascular medicine*. Circulation. 2014 May 13;129(19):1972-86.
- Howard, K., Luh, X. & Gregory, N., 2013. The New England journal of medicine.
- Huang, H., Lu, C., Yuang Y. & Huang, C., 2014. Int Nurs Rev. 2014 Jun;61(2):220-7.
- Inandi, T., Caman, O., Aydin, N., Onal, A., Kaypmaz, A., Turban, E., Ergurder, T. & Warren, W., 2013. *Global Health Professions Student Survey*. Cent Eur J Public Health. 2013 Sep;21(3):134-9.
- Jatte, J., 2012. *Ναρκωτικά, Τσιγάρα, Αλκοόλ*. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.

- Jong, A., Menkrelt, R., Lens, J. & Mchale, P., 2015. BMC Public Health. *Associations between e-cigarettes access and smoking and drinking behaviors*, 15, p. 244.
- Kassem, N., Jackson, S. & Daffa, R. 2015. Am J Health Behav. 2015 Nov;39(6):832-48.
- Krebs, P., Burkhalter, J. & Snow, B., 2013. JMIR Research protocols. *Development and alpha testing of quitting*, JMIR Res protoc. 2013 Sep 11;2(2):e35.
- Loughlin, J., Barry, A. & Tremblay, M., 2014. Nicotine Tob Res. 2014 Jul;16(7):1009-13.
- Loukola, A., Jenni, S., Tellerro, K., & Joakko, K. 2014. US National Library of Medicine. *National Institutes of health*.
- Mandil, A., Binsaeed, A. & Ahmad, S., 2014. Ann Thorac Med. 2014 Jul;9(3):173-8.
- Marsh, L., Robertson, L. & Cameron, C., 2014. N Z Med J. 2014 May 2;127(1393):87-98.
- Cusano, N., 2015. Curr Osteoporos Rep. 2015 Oct;13(5):302-9.
- Nicholas, A., Colin, P. & Robyn, C. 2014. BMJ. 2014 Feb 36;348:g886.
- Polosa, R., Caponnetto, P. & Marjaria, B. 2011. BMC Public Health. 2011 Oct 11;11:786.
- Rice, V., Hartman, B. & Stead, L., 2014. Cohrane Database Syst Rev. 2013 Aug 12;(8):CD001188.
- Rom, O., Pecorelli, A., Valacchi, E. & Reznich, A., 2016. Ann N Y Acad Sci. 2015 Mar;1340:65-74.
- Rowland, D., 2015. BMJ. 2014 Feb 13;348:g1151.
- So, E. & Yeo, J., 2015. Asian Nurse Res(Korean Soc Nurse Sci). 2015 Jun;9(2):115-9.
- Su, X., Li, L., Griffiths, S., Gao, Y., Lau, J. & Mo, P., 2015. Addict Behav. 2015 Sep;48:44-51. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.04.005. Epub 2015 Apr 16.
- Trigwell, J., Mcgee, C. & Murphy, R., 2015. BMC Public Health. 2015 Apr 10;15:347.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- Γεωργόπουλος, Χ., 2014. *Κάπνισμα και Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Ευσταθίου, Α., 2014. *Οι συνήθειες των καπνιστών*. Πάτρα : Εκδόσεις Νημερτής.
- Καφαντάρης, Τ. & Τσώλη, Θ., 2014. Τα πάντα γύρω από το ηλεκτρονικό τσιγάρο. 9, σελ. 6-10.
- Κουτίνου, Ε., Παντελάκης, Μ., Δημητριάδου, Μ., Παππά, Α. & Ευαγγέλου, Α., 2014. *Εξάρτηση από το κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 3(1), σελ. 35-43.
- Κωνσταντινίδης, Θ., Σκανδαλάκης, Ν. & Κριτσωτάκης, Γ., 2014. *Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής*. 53(1), σελ. 42-47.
- Λιονής, Χ., 2015. TITAN GREECE AND CYPRUS. University of Ottawa Heart Institute. Ottawa Model for Smoking Cessation copyrighted materials adapted with permission of the University of Ottawa Heart Institute.
- Μπεχράκης, Π., 2016. Χημικά στοιχεία του τσιγάρου. *ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ*, [internet] 21 Ιουνίου. Διαθέσιμο από: www.eleftheria.gr/m/.../item/19495.html
- Μπιλάλης, Π., 2012. *Κάπνισμα και Υγεία*. 3, σελ. 50.
- Νάνου, Α., Σαρίδη, Μ. & Σουλιώτης, Κ., 2015. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 45(4) , σελ. 18.
- Ντάβου, Μ., 2016. *Το κάπνισμα και η εφηβεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Παντσίδης, Γ., Παπαγεωργίου, Δ. & Μπούρος, Δ., 2012. Πνεύμων. *Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής*. 25(2), σελ. 198-207.
- Παπαγεωργίου, Ε., 2014. *Εξαρτήσεις στην ζωή μας*. Αθήνα, Β' Έκδοση.
- Παπαγεωργίου, Γ., 2013. *Κάπνισμα και εξαρτήσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Γ.Ρ. Παρισσιανός.
- Τριχόπουλου, Α. & Τριχόπουλος, Δ., 2014. *Προληπτική Ιατρική*. Αθήνα: Τεύχος 50.
- Χριστοφόρου, Ε., 2015. *Το κάπνισμα στην ζωή μας*. Κύπρος, Εκδόσεις Κτίσις.

