

ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Καπνός και κίνδυνος υγείας – Διακοπή καπνίσματος
και ο ρόλος του νοσηλευτή »**



Φοιτήτρια: Βασιλική Δρίβα

Υπεύθυνη καθηγήτρια: Λ. Ματσούλη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ
2. ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ
3. ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
 - 4.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ
 - 4.2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ
 - 4.3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΝΟΜΙΛΗΚΩΝ
 - 4.4. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ
5. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
 - 5.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
 - 5.2 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
 - 5.3 ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ
 - 5.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ
7. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Β΄ ΜΕΡΟΣ

8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ
 8. 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
 8. 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
 8. 3 . Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Γ΄ ΜΕΡΟΣ – ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. ΣΚΟΠΟΣ

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τη συνήθεια του καπνίσματος και τους κινδύνους που μπορεί αυτό να επιφέρει στην υγεία καθώς και τον ρόλο που αποκτά ο νοσηλευτής στη διακοπή αυτού. Σκοπός λοιπόν της μελέτης είναι η διερεύνηση νέων πληροφοριών όσον αφορά το κάπνισμα, τη σημαντικότητα της ενημέρωσης των πολιτών σχετικά με αυτό όπως και την σωστή ενημέρωση πρόληψης κατά του καπνίσματος και πως ο νοσηλευτής συμβάλλει σε αυτό το σημαντικό κομμάτι. Σύμφωνα με έρευνα το σημαντικότερο σημείο στη χρήση του τσιγάρου είναι η ζήτηση βοήθειας για την διακοπή του. Αυτή συνηθέστερα επιτυγχάνεται με σχετικά προγράμματα τα οποία όμως είναι αδύνατον να πραγματοποιηθούν στην Ελλάδα εξαιτίας της κακής οργάνωσης και εκμάθησης διάφορων επιστημόνων υγείας, όπως για παράδειγμα γιατρών, νοσηλευτών, φροντιστών διακοπής καπνίσματος κλπ. Για αυτό το λόγο λοιπόν απαιτείται πλήρης ενημέρωση της κοινωνίας καθώς και των πολιτών για την βλαβερότητα του τσιγάρου στον ανθρώπινο οργανισμό. Ο νοσηλευτής λαμβάνει ενεργή δράση στην θεραπευτική αντιμετώπιση στηρίζοντας τον καπνιστή ψυχολογικά προκειμένου να επιτευχθεί με επιτυχία η διαδικασία. Οι παράγοντες που ωθούν κάποιον στο κάπνισμα είναι πολλαπλές και εξαρτώνται από την ηλικία του ατόμου. Διαπιστώνεται ότι οι νέοι είναι περισσότερο επιρρεπείς στο ξεκίνημα του καπνίσματος.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, παθητικό κάπνισμα, ενεργητικό κάπνισμα, νοσηλευτική φροντίδα, συνέπειες καπνίσματος, θεραπεία καπνίσματος

ABSTRACT

This paper discusses the smoking habits and the risks they may pose to their health as well as the role the nurse has in stopping it. The aim of the study is to investigate new information on smoking, the importance of informing the public about this, as well as the proper information on smoking prevention and how the nurse contributes to this important part. According to research the most important point in the use of the cigarette is the demand for help to stop it. This is most commonly achieved through relevant programs, but it is impossible to do so in Greece due to the poor organization and learning of various health scientists, such as doctors, nurses, smoking cessation carers etc. That is why full awareness of society as well as citizens about the harmfulness of the cigarette in the human body is required. the nurse takes active action in the treatment by supporting the smoked psychologically in order to successfully achieve the procedure. The factors that drive someone to smoke are multiple and depend on the age of the person. It is found that young people are more prone to starting smoking.

Keywords: smoking, nursing care, passive smoking, active smoking, smoking effects, smoking treatment

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σημερινή εποχή η οικονομική κρίση έχει αυξήσει ραγδαία τα ποσοστά φτώχειας άγχους, stress, κατάθλιψης και τα καθημερινά προβλήματα που ταλαιπωρούν τον κόσμο όπως για παράδειγμα η ανεργία. Όλα αυτά λοιπόν παρακινούν τον άνθρωπο να διαφύγει σε ουσίες που πιστεύει ότι του προσφέρουν χαλάρωση. Μία από αυτές είναι η νικοτίνη η οποία τους βλάπτει τόσο σωματικά όσο και πνευματικά. Ωστόσο οι δύο αυτοί παράμετροι ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Παρά την άποψη τους ότι το κάπνισμα είναι αντικείμενο διαφυγής των προβλημάτων της καθημερινότητας δεν είναι γνωστοί όλοι οι κίνδυνοι που επιφέρει το τσιγάρο. Αναλύοντας τους παρακάτω είναι σημαντικό να τονιστεί το υψηλό ποσοστό αρχής του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία. Γι' αυτό το λόγο, οι κοινοτικοί νοσηλευτές, έχουν αναλάβει την ενημέρωση και την πρόληψη του καπνίσματος με σκοπό την μείωση του υψηλού ποσοστού των ατόμων που είναι εθισμένοι στο τσιγάρο.

• ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πριν από πολλούς αιώνες ξεκίνησε η ιστορία του καπνού . Η προέλευση του αρχίζει από τα βουνά των Άνδεων και οι καλλιέργεια του τοποθετείται περίπου το 500 π. Χ. Η διάδοση του καπνού και η χρήση του στην Ευρώπη έγινε από Ισπανούς εξερευνητές το 1511, κατά τη εποχή των ανακαλύψεων, και κυρίως από τον Χριστόφορο Κολόμβο . Χάρη στην παγκοσμιοποίηση και το παγκόσμιο εμπόριο τον 18^ο αιώνα εξαπλώθηκε ραγδαία ο καπνός σε όλα τα μέρη του κόσμου. Στα τέλη του 1700 ο Jean Nicot έδωσε το όνομα του στην νικοτίνη καθώς τόνισε και τις θεραπευτικές του ιδιότητες. Στην αρχή λοιπόν, ο καπνός είχε φαρμακευτική χρήση, όπως για παράδειγμα την κάθαρση φλεγμάτων. Έτσι λοιπόν άρχισε η εκμετάλλευση του καπνού σε όλο τον κόσμο ξεκινώντας από Ευρωπαίους εμπόρους (Ποντίφηκας, 2006). Παρατηρήθηκε συνεχής αύξηση τη χρήσης του καπνού είτε σε μορφή πούρου ή πίπας με μάσηση των φύλλων, είτε εισπνέοντας την σκόνη του. Έπειτα από 60 χρόνια παρά τα εξακριβωμένα αποτελέσματα ερευνών για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνού στην υγεία του ανθρώπου η ανάπτυξη της καπνοβιομηχανίας ήταν ραγδαία. Στα μέσα του 18^{ου} αιώνα χρονολογείται η πρώτη κατασκευή σιγαρέτων

στην Βραζιλία. Η μεγαλύτερη διάδοση των σιγαρέτων επιτεύχθηκε κατά την διάρκεια του 1^{ου} και 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες αποτελώντας σημαντικό προϊόν συναλλαγματικής και δημοσιονομικής σημασίας. Έμοιαζε απίθανο το ότι τα φύλλα του καπνού των Ιθαγενών στο κάπνισμα τους θα γίνονταν μία από τις αγαπημένες συνήθειες των βασιλιάδων καθώς και των Ευρωπαίων αριστοκρατών. Τα σιγαρέτα και οι διάφορες εκλεκτές ποικιλίες πούρων άρχισαν να γίνονται ένα από τα πιο συνηθισμένα πολύτιμα δώρα προσφέροντας τα μέσα σε χρυσές, αργυρές και βελούδινες θήκες (<http://el.wikipedia.org/>). Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας της Ελλάδας, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν την συνεχή αύξηση της μέσης ετήσιας κατανάλωσης του καπνού εξαιρώντας την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας (1978-1980). Οι πρώτες περιοχές της Ελλάδας στις οποίες καλλιεργήθηκε ο καπνός φερόμενος από τον Πόντο και τα παράλια της Μικράς Ασίας ήταν η Ξάνθη και η Μακεδονία, και επεκτάθηκε αργότερα στην υπόλοιπη Ελλάδα. Σημαντική άνοδος της παραγωγής καπνού στην Ελλάδα παρατηρήθηκε ιδιαίτερα μετά το 1912 αυξάνοντας τους τόνους καπνού που καλλιεργούνταν. Παράλληλα την ίδια περίοδο ο καπνός ήταν το συνηθέστερο προϊόν εξαγωγής στο εμπόριο βελτιώνοντας σε ποσοστό περίπου 50% την οικονομία της χώρας. Σύμφωνα όμως με τα ιστορικά δεδομένα ο καπνός υπήρξε διαχρονικά παραδοσιακό και σημαντικής σημασίας προϊόν για την Ελληνική γεωργία (Τσαρούχας, 2007). Μετά την Μικρασιατική καταστροφή και τον εποικισμό των προσφύγων η καλλιέργεια του καπνού παίρνει πρωταρχικό ρόλο τόσο στην οικονομία της χώρας όσο και στην κοινωνία. Βάσει ερευνών το κάπνισμα είχε και έχει ως αιτία κοινωνικούς και προσωπικούς παράγοντες και φαίνεται να οφείλεται στο δυναμικό εξάρτησης της ουσίας. Παρά την απαγόρευση του από τους νόμους, τις ηθικές αποκηρύξεις, το ακριβό τους ποσό, τις αυστηρές ποινές καθώς και την επισήμανση των κινδύνων υγείας που προκαλεί δεν κατάφεραν να μειώσουν την συνήθεια των ανθρώπων, απλώς καθυστέρησαν τον ρυθμό διάδοσης του (Chang, et al., 2015). Κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί, ότι αυτό το φυτό που προήλθε από τη γη των ιθαγενών θα γινόταν βασική συνήθεια των ανθρώπων διαδομένη μέσα στους αιώνες καταφέροντας να γίνει η μαστίγα του αιώνα μας. Με την αλλαγή των πολιτισμών οι νεότεροι στόχευσαν στην πληροφόρηση τους για τον καπνό και στη διάδοση της καταστροφής που προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό, έως και τον θάνατο, επιδιώκοντας έτσι την πρόληψη και την παύση της συνήθειας του καπνίσματος.

• ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο αριθμός των καπνιστών στην τρέχουσα εποχή αγγίζει το 1 δισεκατομμύριο παγκοσμίως, το 80% από τους οποίους ζει σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Ωστόσο ανάλογος είναι και ο αριθμός θανάτων στις χώρες αυτές εξαιτίας του καπνίσματος. Το κάπνισμα αποτελεί τη δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου, στην πρώτη θέση ανέρχεται η υπέρταση. Οι θάνατοι που σχετίζονται με το κάπνισμα, εμφάνισαν αύξηση 4,7% παγκοσμίως μεταξύ 1990-2015. Κάθε χρόνο προκύπτουν από το κάπνισμα περίπου 2 εκατομμύρια θάνατοι σε ανεπτυγμένες χώρες και 1 εκατομμύριο σε αναπτυσσόμενες. Στις χώρες μεσαίου επιπέδου κυριαρχούν οι άνδρες ενώ στις ανεπτυγμένες χώρες οι γυναίκες (Τσαρούχας, 2007). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζεται ο αριθμός των 500.000 θανάτων κάθε χρόνο. Οι νέοι καπνιστές υπολογίζονται να είναι περίπου 80-100.000 καθημερινά αυξάνοντας τις πιθανότητες αύξησης τους τα επόμενα χρόνια. Βάσει επιστημόνων υπολογίζεται ότι ο αριθμός τους θα αγγίξει τα 1,6 δισεκατομμύρια έως το 2025 αν συνεχιστεί η συνήθεια με τον ίδιο ρυθμό ανάπτυξης. Σύμφωνα με έρευνες κάθε τσιγάρο αφαιρεί πέντε λεπτά ζωής από τον καπνιστή και ανά δέκα δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος χάνει τη ζωή του εξαιτίας του τσιγάρου. Είναι αποδεδειγμένο όσον αφορά την Ευρώπη ότι το κάπνισμα παίζει σημαντικό ρόλο στον μέσο όρο ζωής του ατόμου διότι λόγω αυτού μειώθηκε κατά 20 χρόνια. Μέχρι το 2025 ο παγκόσμιος αριθμός θανάτων υπολογίζεται στα 10 εκατομμύρια (Fang et al., 2014). Συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης η Ελλάδα έχει την πρώτη θέση στον αριθμό των καπνιστών και ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά στον κόσμο. Ύστερα από έρευνες ανησυχητικά φαίνεται να είναι τα ποσοστά των καπνιστών στην νεαρή ηλικία και ειδικότερα στην εφηβεία. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες η αναλογία ανέρχεται στο 1/2 να είναι καπνιστές. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την χρονική περίοδο 2008-2012 το ποσοστό του πληθυσμού το οποίο καπνίζει περιστασιακά αγγίζει το 14%. Ένας από τους παράγοντες που παρατηρείται να επηρεάζει την συμπεριφορά των καπνιστών είναι η γεωγραφική θέση. Τα αστικά κέντρα παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό καπνιστών συγκριτικά με τις επαρχιακές περιοχές. Ένας άλλος παράγοντας φαίνεται να είναι η οικογενειακή κατάσταση. Το ποσοστό των άγαμων καπνιστών φαίνεται να υπερβαίνει τον αριθμό των έγγαμων καπνιστών και αυτό σχετίζεται με την ψυχολογία τους. Σύμφωνα με επιστήμονες ερευνητικά συμπεράσματα δείχνουν ότι το κάπνισμα κατά το έτος 2015 παρέμεινε η

κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας σε 100 χώρες. Στη χώρα μας το ποσοστό αυτό είναι 10% (Tanner., 2015).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Ως κάπνισμα ορίζεται η πρακτική εισπνοής καπνού η οποία προέρχεται από την καύση φύλλων του φυτού καπνός. Η καύση του καπνού γίνεται συνήθως σε μορφή τσιγάρου, πούρου ή με άλλους τρόπους. Η πράξη αυτή συνηθιζόταν από τους κατοίκους της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, πριν ακόμα ανακαλυφθεί από τους Ευρωπαίους (Ποντίφηκας, 2006).

Κατά την καύση του σιγαρέτου παράγονται δύο είδη καπνού διαχωριζόμενα σε δύο «φάσεις», τη σωματιδιακή και την αέρια. Η σωματιδιακή, αποτελείται από τη νικοτίνη, την πίσσα και το νερό, ενώ η αέρια, από το μονοξείδιο του άνθρακα, τα οξείδια του αζώτου, τις πτητικές N- νιτροζαμίνες, το υδροκυάνιο και την ακρολείνη. Ο καπνός του σιγαρέτου είναι τοξικός καθώς τα στοιχεία που περιέχει έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο στον ανθρώπινο οργανισμό. Ορισμένες από αυτές τις ενώσεις περιλαμβάνουν φυτοφάρμακα που ψεκάζονται κατά την καλλιέργεια του καπνού, πριν από την παρασκευή σιγαρέτων. Σύμφωνα με ιατρικές έρευνες οι σημαντικότερες ουσίες που σχετίζονται με τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου είναι τρεις, η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) (Ποντίφηκας, 2006).

- Νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι μια από τις πιο γνωστές χημικές ουσίες του σιγαρέτου και έχει πολλές ανεπιθύμητες και επικίνδυνες πλευρές. Ωστόσο ο καρκίνος δεν προκύπτει μόνο από την νικοτίνη. Όσον αφορά τη μορφή της πρόκειται για ένα υγρό άχρωμο, λιπαρό και ισχυρά δηλητηριώδες, με έντονη οσμή και ιδιαίτερα πικρή γεύση. Για τον εθισμό του ατόμου στο κάπνισμα φαίνεται να ευθύνεται η νικοτίνη εξαιτίας των ιδιοτήτων της. Μοιάζει δηλαδή να έχει κοινά χαρακτηριστικά με ναρκωτικά όπως την κοκαΐνη ή την ηρωίνη προκαλώντας εξάρτηση. Η εισαγωγή της στον οργανισμό μας γίνεται μέσω των σταγονιδίων της πίσσας κατά την εισπνοή του καπνού. Η ποσότητα της νικοτίνης που εισέρχεται στους πνεύμονες μέσω του καπνίσματος αντιστοιχεί περίπου σε 1mg ανά τσιγάρο (<http://el.wikipedia.org/>). Η απορρόφηση της επιτυγχάνεται μέσω των κυψελίδων και η διάρκεια για να φτάσει με το αίμα στον

εγκέφαλο είναι σχεδόν 7 δευτερόλεπτα. Επιπλέον όμως απορροφάται κι από τον βλεννογόνο του στόματος και του πεπτικού συστήματος, όπως επίσης και από το δέρμα αλλά με πιο αργούς ρυθμούς συγκριτικά με τους πνεύμονες. Η μέγιστη ποσότητα νικοτίνης που μπορεί να συγκεντρωθεί στο αίμα υπολογίζεται σε 25-50 mg και η διάρκεια σε 10min. Οι επιδράσεις που προκύπτουν στον οργανισμό εξαιτίας της είναι σχετικές με την ψυχολογία του ατόμου, τον τρόπο που καπνίζει, την ποσότητα καθώς και τη συχνότητα. Έτσι τα προβλήματα υγείας μπορεί να αφορούν και τον εγκέφαλο ο οποίος με τη σειρά του επιφέρει σωματικές και συμπεριφορικές/ψυχολογικές επιδράσεις, μέσω της διέγερσης των νικοτινικών υποδοχέων του εγκεφάλου. Λόγω αυτών των υποδοχέων το άτομο εθίζεται στην νικοτίνη. Ωστόσο ταυτόχρονα αυξάνεται ο ρυθμός της αναπνοής και οι παλμοί της καρδιάς (Kaufman et al, 2003). Σύμφωνα με έρευνες η νικοτίνη παρουσιάζει δύο ιδιότητες, ως διεγερτικό και ως κατασταλτικό. Ως διεγερτικό, όπου οι δόσεις της είναι μικρότερες, έχει την ικανότητα να τονώνει τη μνήμη, την προσοχή και τη διάθεση. Αντίθετα δρώντας ως κατασταλτικό και λαμβάνοντας την σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλεί συμπτώματα εκνευρισμού, ανησυχίας και επανάληψης της μηχανικής κίνησης του ανάμματος του τσιγάρου.

- Πίσσα

Η πίσσα, είναι μια παχύρρευστη σκουρόχρωμη ουσία, που σχηματίζεται κατά την ψύξη του καπνού και αποτελεί το βασικότερο προϊόν για την καύση του σιγαρέτου. Μετά την αφαίρεση του νερού και της νικοτίνης φαίνεται να είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού. Η σύνθεση της προκύπτει κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς και υδρογονάνθρακες, μεγάλος αριθμός εκ των οποίων είναι καρκινογόνοι. Το βενζοπυρένιο αποτελεί την κύρια ουσία που ευθύνεται για την πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα σε ποσοστό 90%. Ωστόσο όμως έχει αποδειχθεί ότι στους πνεύμονες του καπνιστή εκτός από την πίσσα μεταφέρονται και άλλες 4.000 περίπου χημικές ενώσεις, είτε τοξικές είτε μη (Li et al., 2015). Η πίσσα, περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών οι οποίες είναι οι εξής: βασική, όξινη, ουδέτερη, αδιάλυτη. Αρχικά έχουμε την όξινη μορφή, της οποίας οι ουσίες επιβαρύνουν το βρογχικό βλεννογόνο προκαλώντας βήχα, σπασμό των βραγχίων και παραγωγή βλέννας. Όσον αφορά την ουδέτερη μορφή στην οποία ανήκει το βενζοπυρένιο είναι η κυριότερη λόγω της καρκινογένεσης που προκαλεί. Οι τοξικές ουσίες οδηγούν σε παράλυση των κροσσών των κυλινδρικών κυττάρων του

βρογχικού επιθηλίου και εμποδίζουν με αυτό τον τρόπο την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων από τις διάφορες ερεθιστικές ουσίες. Σήμερα η περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα έχει μειωθεί περίπου κατά 25% (Marufu et al., 2015).

- Μονοξείδιο του άνθρακα

Η ποσότητα του μονοξειδίου του άνθρακα στο κάπνισμα εξαρτάται από τον τύπο του φίλτρου του τσιγάρου. Παρόλο που η νικοτίνη ευθύνεται για την ταχυκαρδία, το μονοξείδιο του άνθρακα στερεί στην καρδιά το οξυγόνο που της χρειάζεται κάνοντας την αναπνοή του ατόμου πιο γρήγορη και ρίχνοντας την θερμοκρασία του σώματος κατά ένα με δύο δέκατα. Ωστόσο θεωρείται η κύρια αιτία για τις καρδιαγγειακές παθήσεις στους καπνιστές, εξαιτίας της χημικής του συγγένειας με την αιμοσφαιρίνη (Hb). Το μονοξείδιο του άνθρακα, όπως και το διοξείδιο του άνθρακα, παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου και χαρακτηρίζονται ως δηλητηριώδεις, τοξικές ουσίες υπεύθυνες για την μειωμένη οξυγόνωση των κυττάρων. Ειδικότερα, το μονοξείδιο του άνθρακα θεωρείται πιο επικίνδυνο καθώς δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη, πρωτεΐνη του αίματος της οποίας ο φυσιολογικός ρόλος είναι να μεταφέρει το οξυγόνο στους ιστούς και να την μετατρέπει σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη (HbCO). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ύπαρξη μονοξειδίου του άνθρακα να δυσκολεύει την πρόσληψη καθώς και την μεταφορά του O₂ στους πνεύμονες, αλλά και την απόδοση του μέσω του αίματος προς όλα τα κύτταρα (Li et al., 2015).

3. ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Το κάπνισμα πλέον κατέχει βασική θέση στη ζωή του ανθρώπου. Αρχικά λοιπόν κάποιος τους διαχωρίζει σε καπνιστές και μη όπως ακριβώς έχει εφαρμοστεί και στους δημόσιους χώρους. Στη συνέχεια όμως η πιο εξειδικευμένη διάκριση γίνεται βάση του βαθμού εξάρτησης του ατόμου στην νικοτίνη. Έτσι εκτός από την διαχώριση των καπνιστών σε :

- παθητικούς (η έμμεση εισπνοή του καπνού από κάποιον που καπνίζει δίπλα μας ή η άμεση εισπνοή του καπνού από τον περιβάλλοντα χώρο)
- και ενεργούς (το άτομο που καπνίζει) (Battle et al., 2015).

παρατηρούνται και άλλοι τέσσερις τύποι καπνιστών. Αυτοί είναι:

- Οι γνώστες, εκείνοι δηλαδή οι οποίοι γνωρίζουν σχετικά με το κάπνισμα αλλά δεν έχουν αποφασίσει αν θα το ξεκινήσουν ή όχι
- Οι πειραματιζόμενοι, αυτοί δηλαδή οι οποίοι καπνίζουν περιστασιακά σε διάστημα πολλών μηνών, επηρεαζόμενοι συνήθως από την παρέα και το περιβάλλον, όπως για παράδειγμα σε ένα πάρτυ
- Οι τακτικοί, αυτοί οι οποίοι καπνίζουν τακτικά στη διάρκεια της εβδομάδας ή της ημέρας
- Οι εθισμένοι, αυτοί οι οποίοι έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και υποφέρουν από στερητικά συμπτώματα όταν δεν μπορούν να καπνίσουν. Σύμφωνα με έρευνες φαίνεται ότι για τη μετάβαση από την «κατηγορία» του γνώστη στον εθισμένο μεσολαβούν περίπου δύο χρόνια (Shafey et al., 2009)



4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο παρατηρούνται χιλιάδες άνθρωποι οι οποίοι είτε είναι εθισμένοι στο τσιγάρο είτε ξεκινούν το κάπνισμα. Η έξη των ατόμων για το τσιγάρο φαίνεται να αποδίδεται περισσότερο σε ψυχολογικούς παράγοντες (Battle et al., 2015). Μερικές λοιπόν από τις αιτίες που προκαλούν και τις δύο καταστάσεις είναι:

- περιέργεια
- άγχος, ανασφάλεια, συσσώρευση προβλημάτων
- συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν
- έκφραση επαναστατικότητας : πολλά άτομα κυρίως έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα για να αισθανθούν μεγαλύτεροι σε ηλικία. Θεωρούν ότι το κάπνισμα τους βοηθάει να εκφράσουν την καταπιεσμένη προσωπικότητα τους.
- μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος και είναι πετυχημένοι όπως στην περίπτωση των μοντέλων και των διάσημων
- ένδειξη κοινωνικής «καταξίωσης»
- έλλειψη κρατικών μέτρων
- διαφήμιση: οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν μεγάλα οικονομικά ποσά προκειμένου να πείσουν όλο και περισσότερους ανθρώπους να αγοράσουν τα προϊόντα τους.

- φίλοι και οικογένεια: νέοι που έχουν στον κύκλο τους φίλους ή συγγενείς, οι οποίοι καπνίζουν, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα συγκριτικά με νέους που δεν έχουν φίλους και συγγενείς καπνιστές.

4.1 Η προσωπικότητα

Σύμφωνα με την επιστήμη της ψυχιατρικής η προσωπικότητα ενός καπνιστή σχετίζεται με άτομα εξωστρεφή, συναισθηματικά ασταθή, με επιθετική διάθεση, όπου έρευνες δείχνουν πως αυτά τα στοιχεία συνδέονται με έναν γενετικό παράγοντα. Οι έφηβοι και άνδρες έχουν την τάση να πιστεύουν πως το κάπνισμα επιβεβαιώνει την σκληρότητα και την αυταρχικότητα του ατόμου (Wang et al., 2015). Ο κύριος λόγος που ωθείται ένα παιδί στο κάπνισμα, είναι η επιρροή που δέχεται από τους φίλους του αλλά και ο εθισμός. Ωστόσο η «απροσεξία» των γονέων, των εκπαιδευτικών, των ιατρών και γενικά των μεγαλύτερων ατόμων που συμβουλεύουν τους νέους συχνά τους ωθεί στο ξεκίνημα του καπνίσματος (Hale et al., 2015).

4.2 Η επίδραση των γονέων

Οι γονείς ως άτομα εμπιστοσύνης για έναν νέο εμφανίζουν αυξημένη επιρροή σχετικά με τις απόψεις και τις συνήθειες των εφήβων όσον αφορά το κάπνισμα. Σύμφωνα με τη στάση που έχουν οι γονείς επηρεάζουν άμεσα τον γνώμη των νέων και την επιθυμία να το δοκιμάσουν ή να αντισταθούν σε αυτό. Σύμφωνα με μελέτες αν οι καπνιστές γονείς εκφράζουν τακτικά αρνητικές απόψεις για το κάπνισμα τονίζοντας τα αρνητικά στοιχεία εμφανίζεται δυνατότητα αντιστάθμισης της επιρροής της δικής τους καπνιστικής συμπεριφοράς. (Clutterbuck et al., 2015). Πολλοί γονείς δεν πιστεύουν πως οι συμβουλές τους για την αποτροπή των παιδιών τους από το κάπνισμα θα επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα προκαλώντας την αντίδραση τους. Αποτελέσματα ερευνών όμως παρουσιάζουν αυξημένο αριθμό νέων καπνιστών εξαιτίας της μη ενημέρωσης και της ελαστικότητας των γονέων καθώς εκείνοι δεν γνωρίζουν την επίδραση που μπορούν να ασκήσουν στα παιδιά τους. Μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό εφήβων κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο προσφερόμενο από τους γονείς τους ή παρέα με αυτούς. Ποσοστό διπλάσιας πιθανότητας το παιδί να γίνει κανονικός καπνιστής ενδείκνυται στις περιπτώσεις που και οι δύο γονείς καπνίζουν και τετραπλάσια πιθανότητα στις περιπτώσεις που καπνίζει ο πατέρας ή ο μεγαλύτερος αδερφός

(Shafey et al., 2009). Υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες όταν ο νέος αρχικά έχει την ευκαιρία να καπνίσει τσιγάρο και δεύτερον εξαιτίας του γονέα και του μεγαλύτερου αδερφού που έχει ως πρότυπο το παιδί.

4.3 Η επίδραση των συνομήλικων

Η επίδραση που έχει μια ομάδα ατόμων ίδιας ηλικίας, είναι ένας από τους συνηθέστερους παράγοντες να αρχίσει ένας έφηβος το κάπνισμα. Μεγάλος αριθμός νέων και εφήβων δηλώνει ότι ξεκίνησε το κάπνισμα λόγω πίεσης που δέχτηκε από φίλους οι οποίοι ήταν ήδη καπνιστές. Συχνά στις παρέες συνομηλίκων μπορεί να αναπτυχθεί το αίσθημα της διαφορετικότητας. Προκειμένου λοιπόν να αποφευχθεί αυτό οι νέοι ξεκινούν το κάπνισμα (Lynsey et al., 2015).

4.4 Η επιρροή της διαφήμισης

Οι καπνοβιομηχανίες, επενδύουν τεράστια οικονομικά ποσά, με σκοπό τα προϊόντα τους να κεντρίσουν το ενδιαφέρον του καπνιστή ώστε να τα αγοράσουν. Έτσι προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ομάδες εμπειρων ανθρώπων δημιουργούν ελκυστικές και δελεαστικές διαφημίσεις με σκοπό να πείσουν τον καπνιστή οποιασδήποτε ηλικίας. Συνήθως οι διαφημίσεις με κάθε τύπο τσιγάρου, προβάλλουν κάποιον δυναμικό χαρακτήρα ή παρουσιάζουν την ανάγκη για ανεξαρτησία, δυναμισμό και ελκυστικότητα. Παρουσιάζουν στον καταναλωτή το προϊόν ως ιδανικό μέσα σε ένα όμορφο «περιτύλιγα» κεντρίζοντας του έτσι το ενδιαφέρον. Στην σημερινή εποχή το τσιγάρο δεν διαφημίζεται άμεσα αλλά παρουσιάζεται μέσω της τηλεόρασης προβάλλοντας το σε ταινίες και εκπομπές. Συχνά οι καπνοβιομηχανίες πληρώνουν παραγωγούς ταινιών για την προώθηση του προϊόντος τους (Hale et al., 2015). Τις περισσότερες φορές οι διαφημίσεις αφορούσαν ταινίες ενηλίκων αλλά υπήρχαν περιπτώσεις όπου στόχευαν σε παιδιά. Σύμφωνα με έρευνα παρατηρήθηκε ότι η διαφήμιση τσιγάρου μέσω ταινιών και ιδιαίτερα από διάσημους ηθοποιούς ανέβασε τα ποσοστά καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με μελέτες υπάρχουν διαφορετικές γνώμες σχετικά με τις αιτίες ώθησης προς το κάπνισμα, τους λόγους για τους οποίους οι καπνιστές δεν το σταματούν παρά την επιθυμία τους καθώς και για το αν οι άνθρωποι που το δοκιμάζουν εθίζονται ή όχι. Επίσημη έρευνα έδειξε ότι η κύρια επιρροή των καπνιστών να συνεχίσουν το κάπνισμα οφείλεται σε έξι παράγοντες:

1. ερεθισμός (αίσθηση υψηλής ενεργητικότητας)
2. αισθητηριακοί χειρισμοί (η ικανοποίηση να ανάβουν το τσιγάρο)
3. ευχάριστη χαλάρωση (ανταμοιβή του εαυτού τους με ένα τσιγάρο ύστερα από μια πιεστική κατάσταση)
4. συνήθεια (στις περιπτώσεις που ο καπνιστής δεν έχει διαθέσιμο τσιγάρο δεν το αναζητά αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα)
5. μείωση αρνητικών συναισθημάτων (καπνίζουν γιατί νιώθουν ότι μειώνεται το άγχος και μπορούν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις έντασης και θυμού)
6. εθισμός (καπνίζουν με σκοπό να εμποδίσουν την δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας που νιώθουν όταν δεν μπορούν να καπνίσουν) (Chang et al., 2015)

Ωστόσο τα συμπτώματα ενός καπνιστή στην προσπάθεια του να κόψει το κάπνισμα είναι πολλαπλά εξαιτίας τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής εξάρτησης του οργανισμού στον καπνό (Marufu et al., 2015). Μερικά από αυτά είναι:

- νευρικότητα
- ελαφρό τρέμουλο των χεριών
- αυξημένο αίσθημα της πείνας
- διάθεση για καβγά
- πονοκέφαλοι
- διαταραχές του ύπνου
- αυξημένο αίσθημα κόπωσης
- καταθλιπτικές τάσεις
- αυξημένη εφίδρωση
- καρδιακά άλγη
- δυσφορία
- διαταραχή του κυκλοφορικού συστήματος
- ταχυκαρδίες



5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

5.1 Καρκίνος του πνεύμονα

Αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα είδη καρκίνου που απειλούν την ανθρώπινη υγεία και έχει ως αίτιο σε ποσοστό 90% το κάπνισμα. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου σχετίζεται με τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος καθώς και με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζεται καθημερινά. Στις περιπτώσεις εθισμένων καπνιστών οι επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα είναι σοβαρές, ώστε για τη μείωση πιθανότητας εμφάνισης του καρκίνου απαιτείται η παρέλευση του σχεδόν 5 χρόνια μετά την διακοπή του καπνίσματος. Βασική αιτία του καρκίνου του πνεύμονα είναι το χρόνιο κάπνισμα καθώς το ξεκίνημα του σε παιδική ηλικία επιβαρύνει τον οργανισμό με τις καρκινογόνες ουσίες που εισπνέονται από τον καπνό (Reitzel et al., 2015).

5.2 Καρδιαγγειακές παθήσεις

Καρδιαγγειακά προβλήματα όπως αθηροσκλήρωση, αγγειακός σπασμός, χαμηλή ικανότητα του αίματος να μεταφέρει O₂, θρόμβωση και καρδιακές αρρυθμίες, θανατηφόρα και μη στεφανιαία νόσος συνήθως σχετίζονται με το ενεργητικό κάπνισμα. Δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των στεφανιαίων και μικρών περιφερικών αγγείων και έναρξη των φλεγμονώδη διαδικασιών προκαλούνται από το παθητικό

κάπνισμα καθώς προσβάλλεται το καρδιαγγειακό σύστημα πιθανόν με τους ίδιους μηχανισμούς (Quaife et al., 2015).

5.3 Χρόνιες πνευμονοπάθειες

Σύμφωνα με κάποιες έρευνες πιθανότατα το βρογχικό άσθμα και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια προκαλείται από το παθητικό κάπνισμα. Ο υψηλός αριθμός παροξύνσεων, επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ημερών απουσίας από την εργασία και με σημαντικά μεγαλύτερο περιορισμό της αναπνευστικής λειτουργίας οφείλεται στην παθητική έκθεση των ασθματικών ασθενών σε καπνό. Έπειτα από εφαρμογή απαγόρευσης του καπνίσματος στον εργασιακό χώρο των ασθματικών ασθενών είναι φανερό η καλύτερευση της κατάστασης τους σχετικά με τη συχνότητα και τη σημαντικότητα των συμπτωμάτων που αυτά έχουν στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Jong et al., 2014).

5.4 Επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με έρευνες τα ποσοστά καπνιστριών στην Ελλάδα είναι αυξημένα. Αυτό συνεπώς σημαίνει ότι οι γυναίκες συνηθίζουν να καπνίζουν ή να ξεκινούν το κάπνισμα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα στην κύηση αποτελεί μια μορφή παθητικού καπνίσματος καθώς η μητέρα υποβάλλει το έμβρυο να δέχεται όλες τις επιβλαβείς ουσίες του καπνού οδηγώντας το μέχρι και στον θάνατο. Έτσι διαμέσου της διαπλακουντικής επικοινωνίας της μητέρας με το έμβρυο, το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη περνούν στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου παρουσιάζοντας πιο αυξημένα επίπεδα από αυτά που ανιχνεύονται στο αίμα της μητέρας. Υψηλά επίπεδα νικοτίνης παρατηρούνται και στο αμνιακό υγρό. Η ανίχνευση νικοτίνης στο πλάσμα της μητέρας προκαλεί μείωση παροχής οξυγόνου προς το έμβρυο (Lynsey et al., 2015). Η μειωμένη παροχή οξυγόνου έχει ως αποτέλεσμα την γέννηση νεογνών με χαμηλότερο μήκος και βάρος και την προσπάθεια αντιμετώπισης περισσότερων θεμάτων υγείας στη διάρκεια της νεογνικής περιόδου. Συνήθως το κάπνισμα κατά την κύηση προκαλεί πρόωρο τοκετό με υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα. Σε ποσοστό 15% ανέρχεται η αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαιτίας του καπνίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και στο 15% ανέρχεται η αύξηση των πρόωρων τοκετών. Η

περιγεννητική θνησιμότητα στα νεογνά των εγκύων καπνιστριών δεν εξαρτάται από τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν καθημερινά, οφείλεται κυρίως στην προωρότητα λόγω αυξημένου ποσοστού αιμορραγιών από την αποκόλληση πλακούντα ή στην ανορεξία. Το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης φαίνεται να είναι καθοριστικό για την περιγεννητική θνησιμότητα καθώς η διακοπή του τσιγάρου σε αυτό το διάστημα μπορεί να τη μειώσει σημαντικά.

Γυναίκες οι οποίες δεν βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία εξακολουθούν να καπνίζουν προκαλώντας προβλήματα στην περίοδο της εμμηνόπαυσης. Αυτές λοιπόν οι γυναίκες παρατηρείται να έχουν χαμηλότερη οστική πυκνότητα συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ και εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο καταγμάτων στο ισχίο. Σε περιπτώσεις διαβητικών ατόμων αυξάνεται ο κίνδυνος διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας καθώς και νεφροπάθειας (Hughes et al., 2016).

Όσον αφορά το δέρμα το τσιγάρο στις γυναίκες καπνίστριες σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ προκαλεί ταχύτερη γήρανση του δέρματος επιταχύνοντας την εμφάνιση ρυτίδων στο πρόσωπο ενώ υπάρχουν πιθανότητες εμφάνισης γεροντικού καταρράκτη, νόσου Graves (με ή χωρίς οφθαλμοπάθεια), πεπτικού έλκους και χολοκυστοπάθειας. Πρόκειται για παθήσεις οι οποίες παρά το γεγονός ότι είναι ακίνδυνες για τη ζωή της γυναίκας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής της.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Εκτός από τα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα στην υγεία του ανθρώπου παρατηρείται ότι επιφέρει και οικονομικά προβλήματα τόσο στον ίδιο τον καπνιστή όσο και στην οικονομία της χώρας. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν βάσει της Παγκόσμιας Τράπεζας οι δαπάνες για την φροντίδα νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα κυμαίνεται σε ποσοστό μεταξύ 0,1% και 1,1% και ποικίλει σε διάφορες χώρες . Όσον αφορά την Ευρώπη παρατηρείται το κόστος να είναι υψηλότερο συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηπείρους (Weinberger et al., 2016).

Ο καπνιστής επιβαρύνεται οικονομικά με την αγορά των τσιγάρων. Το κάπνισμα καταλήγει να κοστίζει έως 80 ευρώ για μια μέση κατανάλωση ανά τον μήνα ή πάνω από 2,6 ευρώ την ημέρα. Συνεπώς το κόστος των τσιγάρων κατά μέσο όρο τον χρόνο ανέρχεται σε ποσό υψηλότερο από 800 ευρώ. Για τις περιπτώσεις που ο καπνιστής κάνει περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως το κόστος μοιάζει να αυξάνεται ραγδαία (Trigwell et al., 2017)

Η συνήθεια λοιπόν του καπνίσματος έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας. Συνεπώς παρατηρείται υψηλό ποσοστό απουσίας από την εργασία, χαμηλή παραγωγικότητα και μειωμένες πιθανότητες οικονομικής ανάπτυξης της χώρας. Οι δαπάνες για το κράτος και τους καπνιστές όμως δεν σταματούν εκεί. Το κράτος παρέχει ασφάλιση και κάλυψη του κόστους της θεραπευτικής αντιμετώπισης και νοσηλείας των χρόνιων καπνιστών το ποσό των οποίων είναι ιλιγγιώδες. Έτσι

υπολογίζεται στην Ελλάδα το κόστος περίθαλψης νοσημάτων που οφείλονται στο κάπνισμα να ανέρχεται σε περισσότερα από 2,14 δις ευρώ ανά έτος. Το ποσό αυτό σχετικά με τις οικονομικές δυνατότητες της χώρας φαίνεται να είναι δυσανάλογο (Tanner et al., 2015).

ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ψυχολόγος

Κάποιοι άνθρωποι προκειμένου να κόψουν το τσιγάρο ζητούν τη βοήθεια ψυχολόγου ο οποίος χρησιμοποιεί τη μέθοδο της ύπνωσης. Η μέθοδος αυτή λειτουργεί με τον εξής τρόπο: κατά τη διάρκεια της ύπνωσης ο ασθενής δέχεται υποσυνείδητα από τον ψυχολόγο είτε τα αρνητικά στοιχεία που φέρει το τσιγάρο είτε θετικά σχόλια για καλύτερη ποιότητα ζωής χωρίς αυτό. Ανεξάρτητα από την διαδικασία της ύπνωσης ο καπνιστής έχει τη δυνατότητα μέσω της συζήτησης να εντοπίσει τα αδύναμα σημεία του εαυτού του και τα αίτια που τον οδηγούν στο να καπνίζει. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να βρει τις ισορροπίες του και τρόπους που σταδιακά θα τον οδηγήσουν στην διακοπή του καπνίσματος (Marcon et al., 2018). Η μέθοδος αυτή της ψυχανάλυσης και της ψυχοθεραπείας δεν επιφέρει κάποιο κίνδυνο για τον ασθενή παρά μόνο το να έρθει αντιμέτωπος με ψυχολογικά προβλήματα τα οποία δεν γνώριζε και να κληθεί να τα λύσει και αυτά. Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να είναι βέβαιος για τον επαγγελματισμό του ψυχολόγου διότι κατά την διάρκεια της ύπνωσης κινδυνεύει να εκτεθεί σε λάθος μηνύματα. Η επιθυμία του καπνιστή να απαλλαγεί από το τσιγάρο αποτελεί το βασικότερο κομμάτι της θεραπείας και θα κρίνει μεγάλο ποσοστό της επιτυχίας της (Lynsey et al., 2015).

Τσίγλες νικοτίνης

Η τσίχλα απελευθερώνει τη νικοτίνη στη στοματική κοιλότητα, για να απορροφηθεί από το βλεννογόνο. Κάθε τσίχλα μπορεί να μασιέται περίπου για μισή ώρα. Τότε πρέπει να σταματάει το μάσημα και να συνεχίζεται αργότερα, όταν το μικρό μούδιασμα περάσει. Κάθε τσίχλα ισοδυναμεί περίπου με ένα τσιγάρο και όταν απελευθερώνει νικοτίνη αφήνει μια έντονη γεύση ή προκαλεί κάτι σαν μικρό τσουξίμο. Η τσίχλα νικοτίνης καμία φορά προκαλεί προβλήματα στα δόντια ή πόνο στα σαγόνια (από το μάσημα), αλλεργικές αντιδράσεις, ερεθισμό του στόματος και του λαιμού, γαστρεντερικές διαταραχές, όπως λόξιγκα ή φούσκωμα. Κανένα υποκατάστατο νικοτίνης δεν πρέπει να λαμβάνεται χωρίς να προηγηθεί συζήτηση με ένα γιατρό, ο οποίος να γνωρίζει τόσο το ιστορικό του καπνιστή όσο και το προϊόν που αυτός προτίθεται να χρησιμοποιήσει. Γενικά, οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να διαβάσουν με ιδιαίτερη προσοχή το φύλλο οδηγιών και να συμβουλευθούν γιατρό. Προσοχή χρειάζεται και από όσους είναι καρδιοπαθείς, όπως και από όσες εγκυμονούν. Οι τσίχλες νικοτίνης έχουν τα ίδια ποσοστά επιτυχίας και αποτυχίας με τα επιθέματα νικοτίνης, αλλά προκαλούν πιο εύκολα εθισμό (Lindsay et al., 2018).

Βελονισμός

Η μέθοδος του βελονισμού εξαρτάται από το ότι οι ακίδες της βελόνης επενεργούν σε συγκεκριμένα κέντρα του σώματος, δηλαδή κέντρα που ελέγχουν διάφορες δραστηριότητες του σώματος. Στόχος των βελόνων είναι τα κέντρα που αντενεργούν στη νικοτίνη και προκαλούν αίσθηση αηδίας στον καπνιστή όταν ρουφάει τον καπνό. Σύμφωνα με την τακτική του βελονισμού ο οργανισμός του καπνιστή αποτοξινώνεται εντελώς από την νικοτίνη με αποτέλεσμα την επόμενη φορά που θα πάει να καπνίσει, να νιώθει ότι και όταν πρωτοκάπνισε: ναυτία, βήχα, τάση για εμετό. Μετά από αυτή τη μέθοδο ο ανθρώπινος οργανισμός παύει να αναγνωρίζει την νικοτίνη. Αποτελεί επίσης μέθοδο αντιμετώπισης του συνδρόμου στέρησης καθώς και της πολυφαγίας. Όπως και στην περίπτωση του ψυχολόγου βασική προϋπόθεση αποτελεί η επιθυμία του ασθενή να σταματήσει το κάπνισμα και ο σκοπός του να αλλάξει συνήθειες (Papadopoulou et al., 2013). Ο χρόνος θεραπείας με τον βελονισμό αποτελείται περίπου από τρεις έως έξι συνεδρίες με διάρκεια μια ώρα έκαστη. Κάθε περίπτωση όμως είναι διαφορετική. Η επιτυχία και η ταχύτητα με την οποία θα επιτευχθεί ο στόχος εξαρτώνται τόσο από το υποκειμενικό στοιχείο του κατά πόσο είναι πραγματικά αποφασισμένος να κόψει το τσιγάρο ο καπνιστής, όσο και από το αντικειμενικό στοιχείο του πόσο βεβαρημένος είναι με νικοτίνη. Τα σημεία

τοποθέτησης των βελόνων είναι τα αυτιά, τα πόδια, τα χέρια και άλλα σημεία ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε καπνιστή και με το σύνδρομο στέρησης που αντιμετωπίζει, αν έχει δηλαδή πονοκεφάλους ή αϋπνίες, δυσκοιλιότητα, λόγω της έλλειψης νικοτίνης, η οποία κινητοποιεί το παχύ έντερο ή αν παίρνει πολλά κιλά (Lindsay et al., 2018).



Σπρέι νικοτίνης

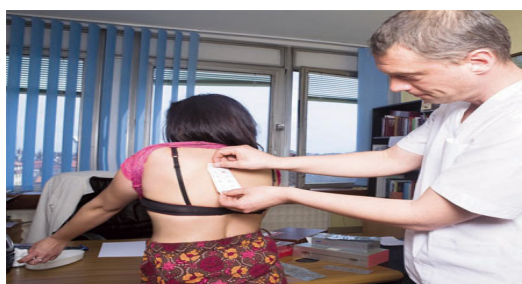
Χορηγεί στον οργανισμό νικοτίνη με τρόπο που θυμίζει το κάπνισμα, δηλαδή ο καπνιστής κινεί το χέρι προς το πρόσωπο του. Αυτό το σπρέι στις ΗΠΑ χορηγείται μόνον με ιατρική συνταγή και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για διάστημα μεγαλύτερο των 3 μηνών, επειδή προκαλεί εθισμό. Η νικοτίνη που απελευθερώνεται στον οργανισμό με 20 εισπνοές από το σπρέι (δηλαδή μια εισπνοή ανά 15 δευτερόλεπτα επί 5 λεπτά) ισοδυναμεί περίπου με ένα τσιγάρο (10 mg νικοτίνης). Το περιορισμένο διάστημα χρήσης ισχύει για όλα τα υποκατάστατα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από άτομα που πάσχουν από ιγμορίτιδα, αλλεργίες, άσθμα ή άλλες ασθένειες του ανώτερου αναπνευστικού, καθώς και από άτομα που πάσχουν από υπέρταση, έλκος, θυρεοειδή, διαβήτη, νεφροπάθειες, ηπατοπάθειες. Δεν πρέπει, επίσης, να λαμβάνεται από νεαρά άτομα. Μπορεί να προκαλέσει βήχα, ερεθισμό της μύτης, του στόματος και του λαιμού, αίσθημα, καούρας στο στομάχι και ναυτία. Από το 1996 κυκλοφορεί και ένα ρινικό σπρέι. Πρόκειται και πάλι για υποκατάστατο νικοτίνης, μόνον που εισπνέετε από τη μύτη (Papadopoulou et al., 2013). Ο καπνιστής κάνει χρήση του σκευάσματος κάθε φορά που νιώθει την ανάγκη να καπνίσει. Η συσκευασία του σπρέι περιλαμβάνει ένα μπουκαλάκι που περιέχει νικοτίνη και φυσικά, μία αντλία. Μελέτη του Αμερικανικού Οργανισμού Φαρμάκων και Τροφίμων έδειξε ότι με τον τρόπο αυτό κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα το 54% των καπνιστών που συμμετείχαν σε σχετικό πείραμα. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η χρήση του υποκατάστατου διπλασιάζει τις πιθανότητες απεξάρτησης, όπως

ακριβώς συμβαίνει και με τα έμπλαστρα νικοτίνης. Από εκείνους που συμμετείχαν στο πείραμα παίρνοντας εν αγνοία τους σπρέι placebo, δηλαδή εισέπνεαν αδρανείς ουσίες, έκοψαν το κάπνισμα μόνον οι 27 (Vincent et al., 2008).

Αυτοκόλλητα νικοτίνης

Οι παρασκευαστές των επιθεμάτων δηλώνουν ότι αυτά απελευθερώνουν νικοτίνη στον ανθρώπινο οργανισμό σταδιακά και σε αδιάκοπη ροή. Τα επιθέματα πρέπει να κολλούν σε περιοχή δέρματος που να είναι καθαρή, στεγνή και άτριχη, όπως στο μπράτσο και στο γοφό Έχουν 16ώρη διάρκεια δράσης και τοποθετούνται στο δέρμα το πρωί, για να αποκολληθούν πριν από τον ύπνο. Στην αρχή επικολλούνται επιθέματα των 15 mg νικοτίνης και μετά, περίπου στους 2 μήνες, τοποθετούνται αυτοκόλλητα των 10 mg ή των 25 mg, για να γίνει ο «απογαλακτισμός». Πρέπει να τα αποφεύγουν όσοι έχουν καρδιοπάθειες, νεφρική ανεπάρκεια, έλκος. Συνιστάται να μην να λαμβάνονται χωρίς συνεννόηση με το γιατρό και όποιος τελικά αποφασίσει να κάνει χρήση θα πρέπει να αποφεύγει την παράλληλη χρήση παρόμοιων βοηθημάτων ή το κάπνισμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάρει υπερβολική δόση και να παρουσιάσει αϋπνίες και τάση εμετού ή να πάθει και σοβαρή δηλητηρίαση (Katsiki et al., 2013). Σε γενικές γραμμές είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσουν ταχυπαλμία. Δεν πρέπει να τα χρησιμοποιούν εγκυμονούσες χωρίς συνεννόηση με το γιατρό. Όλα αυτά τα υποκατάστατα είναι πάρα πολύ επικίνδυνα για τα παιδιά και μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρα δηλητηρίαση. Μία μελέτη που έγινε σε 240 καπνιστές της τάξης του ενός πακέτου την ημέρα έδειξε ότι ο ψυχολογικός παράγοντας αποδείχτηκε ισχυρός. Έτσι το 27% εκείνων που χρησιμοποιούσαν συστηματικά τα αυτοκόλλητα επιθέματα νικοτίνης, δηλαδή έμπλαστρα διαποτισμένα με νικοτίνη, και που παράλληλα είχαν υποστήριξη από γιατρούς ή ψυχολόγους κατάφεραν να απαλλαγούν από το τσιγάρο μέσα σε διάστημα το πολύ ενός έτους. Από μία άλλη παράμετρο της ίδιας μελέτης: το τσιγάρο έκοψαν επίσης και πολλοί από εκείνους που νόμιζαν ότι έκαναν χρήση εμπλάστρων νικοτίνης, ενώ στην πραγματικότητα τους τοποθετούσαν έμπλαστρα placebo, δηλαδή επιθέματα που οι χρήστες νόμιζαν ότι περιείχαν νικοτίνη, ενώ αυτά ήταν διαποτισμένα με αδρανείς ουσίες (νερό και ζάχαρη). Το ποσοστό εκείνων που έκοψαν το κάπνισμα, ενώ έκαναν χρήση ψεύτικων

επιθεμάτων ανερχόταν στο 14% (Vincent et al., 2008). Τα ποσοστά των αποτελεσμάτων δείχνουν ότι ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ισχυρός για την επιτυχία μια τέτοιας θεραπείας αλλά σημαντικότερο ρόλο σε αυτό έχει η πρακτική βοήθεια με τα υποκατάστατα της νικοτίνης. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη τα ποσοστά επιτυχίας είναι χαμηλότερα στις περιπτώσεις που ο καπνιστής επιχειρεί να κόψει το κάπνισμα χωρίς τη βοήθεια ειδικού. Με τα υποκατάστατα νικοτίνης, ελέγχεται η αυξομείωση του βάρους του καπνιστή και το αίσθημα έλλειψης νικοτίνης από τον οργανισμό. Παρόλο αυτά δεν μπορεί να ελέγξει τη συναισθηματική ή μηχανική του εξάρτηση της συνήθειας του καπνίσματος.



Κέντρα υγιεινής διαβίωσης

Τα κέντρα υγιεινής διαβίωσης αφορούν κέντρα υγιεινού τρόπου ζωής, μοιάζουν δηλαδή με ξενοδοχεία και πολυτελείς κλινικές, που έχουν σκοπό την αποτοξίνωση των καπνιστών από το τσιγάρο προσφέροντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ασκήσεις διαλογισμού και χαλάρωσης καθώς και ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να πετύχετε την επιθυμία σας. Στην Ελλάδα είναι λιγοστά τέτοια κέντρα που είναι υπό λειτουργία και παρέχουν προγράμματα χαλάρωσης και γιόγκα. Έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις που παραπλανούν ανυποψίαστα άτομα οδηγώντας τους σε σε άλλου είδους ψυχολογικές εξαρτήσεις. Αυτές οι περιπτώσεις είναι ελάχιστες καθώς αυτού του είδους κέντρα ξεχωρίζουν και είναι δύσκολο να πέσει θύμα απάτης κάποιος (Papadopoulou et al., 2013).

ΜΕΡΟΣ Β΄

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καπνίσματος διότι είναι ικανός να περάσει σε συμβουλευτικές διαδικασίες για την ενημέρωση προκειμένου να έχουμε αποτελεσματικό χειρισμό στην αντιμετώπιση του καπνίσματος. Αρχικά, ο νοσηλευτής προβαίνει ο ίδιος στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, δηλαδή το ποσοστό εθισμού του και την προσπάθεια που θα χρειαστεί να ασκήσει για την αντιμετώπιση της συνήθειας του καπνίσματος . Μέσα από τη φυσική εξέταση, μπορεί να παρατηρηθούν από το νοσηλευτή σοβαρές βλάβες στον οργανισμό όπως για παράδειγμα το άσθμα. Πέρα από τη φυσική εξέταση, προβαίνει και σε διαδικασίες λήψης του ιστορικού του καπνιστή (Taylor et al., 2006). Με την λήψη του ιστορικού, λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τα φυσικά και τα λειτουργικά προβλήματα του, συμπεριλαμβανομένου της ηλικίας του, το χρονικό διάστημα που καπνίζει και το ποσοστό νικοτίνης στο αίμα του.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση του καπνίσματος έχει ως στόχο τη διαμόρφωση συμπεριφοράς και απόκτησης γνώσεων σχετικά με το κάπνισμα και τις βλάβες που αυτό επιφέρει στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πρόληψη αποτελεί σημαντικότερο κομμάτι ακόμη και από την θεραπεία. Η έλλειψη γνώσεων, η μη ενημέρωση και η έλλειψη ενδιαφέροντος του νοσηλευτικού προσωπικού εμποδίζει την πρόληψη μέτρων με αποτέλεσμα να μην έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του καπνίσματος (deWit, S., 2007). Σύμφωνα με έρευνα νοσηλευτές οι οποίοι παρακολούθησαν πρόσθετη εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος αντιμετώπισαν με μεγαλύτερη επιτυχία τα περιστατικά διακοπής αυτού συγκριτικά με νοσηλευτές που δεν παρακολούθησαν πρόσθετη εκπαίδευση. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να ενημερωθεί σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος μέχρι να θελήσει την αντιμετώπιση του (Papadopoulou et al., 2013).

Η επιτροπή ειδικών σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία, της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας, έδωσε κατευθυντήριες γραμμές προκειμένου να σχεδιαστούν προγράμματα αγωγής υγείας, όσον αφορά το κάπνισμα.

- Συνίσταται η εκπαίδευση σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία να μην διαχωρίζεται από την γενική εκπαίδευση των ειδικών
- Τα θετικά αποτελέσματα του μη καπνιστή, θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- Η ενημέρωση των νέων σχετικά με θέματα υγείας, θα ήταν ιδανικό να ξεκινά πρώτα από την οικογένεια και στη συνέχεια σε όλη τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας από τους εκπαιδευτικούς έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- Θα πρέπει να ενισχυθεί η ενημέρωση και να βελτιωθεί η εκπαίδευση των ατόμων του χώρου υγείας ή έστω που σχετίζονται με τον ανθρώπινο οργανισμό όπως είναι οι γιατροί, νοσηλευτές καθώς και εκπαιδευτικοί γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργάνωσης των νέων.

- Οι υγειονομικές αρχές και οι οργανισμοί, θα ήταν καλό να αποκτήσουν συνεργασία με τις εκπαιδευτικές αρχές, για να ετοιμάζουν προγράμματα και διδακτορικό υλικό σε σχέση με τους κινδύνους που προκαλεί το κάπνισμα . Συνίσταται τα προγράμματα αυτά να ενταχθούν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης τόσο των σχολείων όσο και των πανεπιστημίων και άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας , διαπιστώνεται ότι η προληπτική αγωγή παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα όταν επικεντρώνεται στους έφηβους. Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένα βήματα – κλειδιά τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην διακοπή ή την ελάττωση του καπνίσματος. Ιδανικό θα ήταν κάποια από αυτά να επαναλαμβάνονται δυο- τρεις φορές την εβδομάδα έτσι ώστε να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα. Πιθανότερη επιτυχία του σκοπού μας φέρει η συνεργασία με κάποιο άτομο και ιδανικότερα με κάποιον ειδικό. Τα βήματα είναι τα εξής:

- Αγοράζετε μόνο ένα πακέτο τσιγάρα, ώστε να μην υπάρχει απόθεμα στο σπίτι.
- Αποφεύγετε να καπνίζετε τσιγάρα που σας προσφέρονται.
- Εάν μέχρι τώρα καπνίζατε άφιλτρα τσιγάρα, αρχίστε να καπνίζετε με φίλτρο. Εάν καπνίζατε τσιγάρα με φίλτρο, τότε αρχίστε να καπνίζετε άφιλτρα.
- Να προτιμάτε διαφορετική μάρκα κάθε φορά που τελειώνει το πακέτο τσιγάρων . Διαλέγετε εκείνα που είναι περισσότερο φτωχά σε νικοτίνη και πίσσα
- Αγοράζετε τα τσιγάρα σας, όχι από το πιο κοντινό περίπτερο ή κατάστημα, αλλά κάποιο άλλο που βρίσκεται μακρύτερα.
- Καπνίζετε μόνο με το χέρι το οποίο δεν καπνίζατε ποτέ μέχρι τώρα
- Αποφύγετε να καπνίζετε όταν είστε μόνος, προτιμάτε τις ώρες που είστε με παρέα
- Μην καπνίζετε στο κρεβάτι, ούτε πριν σηκωθείτε, ούτε την ώρα που ετοιμάζεστε για ύπνο.
- Ξεκινήστε να καπνίζετε κάθε μέρα, μισή ή μία ώρα αργότερα από το συνηθισμένο.

- Χωρίστε κάθε τσιγάρο σε τρία τμήματα και καπνίστε τα κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Καπνίζετε κάθε τσιγάρο μόνο μέχρι την μέση.
- περιορίστε τις ώρες καπνίσματος κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Καθιερώστε μία μέρα την εβδομάδα στην οποία δε θα καπνίζετε καθόλου.
- Πλύνετε τα χέρια σας πάντα πριν καπνίσετε ένα τσιγάρο.
- Μην καπνίζετε όταν οδηγείτε αυτοκίνητο ή όταν ταξιδεύετε με το τρένο ή κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο.
- Εάν συνηθίζετε να οδηγείτε μεγάλες αποστάσεις, προτιμάτε να καπνίζετε μόνο όταν σταματάτε για ξεκούραση
- Για κάθε τσιγάρο που καπνίζετε βάλτε 2,5 ή 10 ευρώ μέσα σε ένα ποτήρι.
- Πίνετε πριν από κάθε τσιγάρο ένα ποτήρι χυμό, νερό, τσάι ή γάλα.
- Πηγαίνετε πριν από κάθε τσιγάρο στο παράθυρο και αναπνεύστε βαθιά, όπως όταν καπνίζετε. Κρατήστε τον αέρα για λίγο στους πνεύμονες σας και βγάλτε τον αέρα όπως ακριβώς φυσάτε τον καπνό του τσιγάρου. Επαναλάβετε τις αναπνοές αυτές πέντε φορές.
- Αδειάζετε μετά από κάθε τσιγάρο το τασάκι.
- Σταματήστε το κάπνισμα μπροστά στη σύζυγό σας, στον σύζυγο ή τα παιδιά.
- Δώστε την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζετε καθημερινά σε ένα κοντινό σας πρόσωπο (σύζυγο, παιδιά, φίλο, συνεργάτη κλπ.) έτσι ώστε να είσατε αναγκασμένοι να ζητήσετε ένα τσιγάρο όταν θελήσετε να καπνίσετε
- Μην καπνίζετε αμέσως πριν ή αμέσως μετά το φαγητό
- Πετάξτε τους αναπτήρες και τα σπέρτα, ώστε για κάθε τσιγάρο να είσατε αναγκασμένος-η, να ζητήσετε φωτιά.
- Σταματήστε να εισπνέετε τον καπνό στους πνεύμονες.
- Μην καπνίζετε πια στο δωμάτιο του σπιτιού όπου περνάτε τον περισσότερο χρόνο σας, στον καναπέ ή στην πολυθρόνα όπου συνηθίζατε να καθόσαστε, το ίδιο ισχύει και για το γραφείο σας.
- Σβήστε κάθε τσιγάρο μετά από δύο ρουφηξιές και ξανάνάψτε το λίγο αργότερα
- Μην καπνίζετε κατά την διάρκεια μιας προσωπικής συζήτησης ή συζήτησης εργασίας.

- Μην καπνίζετε όταν τηλεφωνείτε.
- Μην καπνίζετε για τουλάχιστον δυο ώρες μετά από κάποια άθληση ή σωματική εξάσκηση.



3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι κοντά στον καπνιστή στηρίζοντας τον ψυχολογικά , κατά την διάρκεια της θεραπείας του υπενθυμίζοντας του τα οφέλη που θα αποκομίσει αφότου διακόψει το κάπνισμα, αλλά και να του υπενθυμίζει τις βλαβερές συνέπειες που προκαλεί τόσο στον τον οργανισμό του όσο και στους γύρω του (πρωτογενής πρόληψη). Θα πρέπει να τον ενημερώσει ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί λύση για τα καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζει ούτε έχει μυοχαλαρωτικές δράσεις. Ωφέλιμη είναι η παρότρυνση του να εντάξει τον υγιεινό τρόπο τρόπος ζωής και άσκησης στην καθημερινότητα του τονίζοντας τα θετικά που θα του παρέχει π.χ βελτιωμένη υγεία, καλύτερη λειτουργία του οργανισμού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, όπως επίσης εκτόνωση και χαλάρωση από το stress. (Lemone, P. & Burke, K., 2004). Επίσης ο νοσηλευτής, θα πρέπει να αξιολογήσει τις ανάγκες του καπνιστή και να καταγράψει το βαθμό εξάρτησης, έτσι ώστε ο καπνιστής συγκρίνει και να κατανοήσει τα θετικά και τα αρνητικά προβλήματα που προκαλεί στο

κοινωνικό περιβάλλον. Σε συνεργασία με τον νοσηλευτή, που όπως αναφέρθηκε παραπάνω η συνεργασία με έναν ειδικό επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα, θα βρουν κοινές λύσεις σχετικά με την θεραπεία από την εξάρτηση (δευτερογενής πρόληψη). Τέλος, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει και να συμβουλευτεί το οικογενειακό περιβάλλον του καπνιστή έτσι ώστε να κατανοήσουν την διαδικασία στη οποία υποβάλλεται ο καπνιστής και να τον στηρίζουν ψυχολογικά χωρίς να τον προκαλούν, όπως δηλαδή να καπνίζουν μπροστά του (deWit, S., 2007). Θα πρέπει και η οικογένεια του να του επαναλαμβάνει καθημερινά τα θετικά αποτελέσματα που έχει η προσπάθεια που κάνει να σταματήσει το κάπνισμα.

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Το κάπνισμα επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του καπνιστή είτε σε ψυχολογικό επίπεδο, είτε σε σωματικό, είτε σε οικονομικό. Αρχικά το κόστος θεραπείας για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καπνιστές φαίνεται να είναι αυξημένο και στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η μείωση του ποσοστού αυτού προκειμένου να μειωθεί και το κόστος θεραπείας (Taylor., 2006). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες και την υποστήριξη στον καπνιστή. Μεγάλος αριθμός καπνιστών εκδηλώνει τον φόβο και το άγχος για την μέθοδο θεραπείας αλλά και για την εξέλιξη της. Τα συναισθήματα ενός καπνιστή ποικίλουν ανάλογα με την αντίληψη του, την προσωπικότητα του καθώς και από την ψυχολογία του. Ο φόβος, το άγχος και η νευρικότητα είναι μερικά από τα συναισθήματα που μπορεί να κατακλύζουν έναν καπνιστή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του όλα αυτά και να συζητά με καπνιστή προσπαθώντας να τον κάνει να τα αποβάλλει. Ο καπνιστής αφήνεται να απαντήσει ελεύθερα σε ερωτήσεις σχετικά με τα αισθήματα του και αυτό είναι κάτι που τον βοηθά. Στη διάρκεια θεραπείας ο νοσηλευτής

ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον του καπνιστή σχετικά με την εξέλιξη της θεραπείας και τι είναι αυτά που πρέπει να προσέξουν ώστε να μην τον αποθαρρύνουν. Η κατανόηση και η υπομονή είναι δύο σημαντικά στοιχεία που πρέπει το οικογενειακό του περιβάλλον να έχει υπόψη του.



Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός: είναι η ενημέρωση των πολιτών για το κάπνισμα, τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του καθώς και το σύνολο των προβλημάτων που δημιουργούν στην υγεία και στην ποιότητα ζωής του καπνιστή.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Internurse και Iatrotek. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Δεν τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων

και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν άρθρα δημοσιευμένα σε αγγλική και ελληνική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής: smoking, nursing care, passive smoking, active smoking, smoking effects, smoking treatment

1. Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: A retrospective cohort study

Abstract

BACKGROUND:

Tobacco consumption is the largest avoidable health risk. Understanding changes of smoking over time and across populations is crucial to implementing health policies. We evaluated trends in smoking initiation between 1970 and 2009 in random samples of European populations.

METHODS:

We pooled data from six multicentre studies involved in the Ageing Lungs in European Cohorts consortium, including overall 119,104 subjects from 17 countries (range of median ages across studies: 33-52 years). We estimated retrospectively trends in the rates of smoking initiation (uptake of regular smoking) by age group, and tested birth cohort effects using Age-Period-Cohort (APC) modelling. We stratified all analyses by sex and region (North, East, South, West Europe).

RESULTS:

Smoking initiation during late adolescence (16-20 years) declined for both sexes and in all regions (except for South Europe, where decline levelled off after 1990). By the late 2000s, rates of initiation during late adolescence were still high (40-80 per 1000/year) in East, South, and West Europe compared to North Europe (20 per 1000/year). Smoking initiation rates during early adolescence (11-15 years) showed a marked increase after 1990 in all regions (except for North European males) but

especially in West Europe, where they reached 40 per 1000/year around 2005. APC models supported birth cohort effects in the youngest cohorts.

CONCLUSION:

Smoking initiation is still unacceptably high among European adolescents, and increasing rates among those aged 15 or less deserve attention. Reducing initiation in adolescents is fundamental, since youngsters are particularly vulnerable to nicotine addiction and tobacco adverse effects.

1. Τάσεις στην έναρξη του καπνίσματος στην Ευρώπη για 40 χρόνια: Αναδρομική μελέτη κοόρτης.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η κατανάλωση καπνού είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την υγεία που μπορεί να αποφευχθεί. Η κατανόηση των αλλαγών του καπνίσματος με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ των πληθυσμών είναι ζωτικής σημασίας για την εφαρμογή των πολιτικών μέτρων για την υγεία. Αξιολογήσαμε τις τάσεις στην έναρξη του καπνίσματος μεταξύ 1970 και 2009 σε τυχαία δείγματα ευρωπαίων πληθυσμών.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Συγκεντρώσαμε δεδομένα από έξι πολυκεντρικές μελέτες που εμπλέκονται στην κοινοπραξία "Γήρανση των πτηνών", συμπεριλαμβανομένων συνολικά 119.104 ατόμων από 17 χώρες (μέση ηλικία μεταξύ των μελετών: 33-52 έτη). Εκτιμήσαμε αναδρομικά τις τάσεις των ποσοστών της έναρξης του καπνίσματος (πρόσληψη κανονικού καπνίσματος) ανά ηλικιακή ομάδα και δοκιμάστηκαν τα αποτελέσματα της κοόρτης των γεννήσεων χρησιμοποιώντας μοντέλα Age-Period-Cohort (APC). Διαμορφώσαμε όλες τις αναλύσεις ανά φύλο και περιοχή (Βόρεια, Ανατολική, Νότια, Δυτική Ευρώπη).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η έναρξη του καπνίσματος κατά την εφηβική ηλικία (16-20 ετών) μειώθηκε και στα δύο φύλα και σε όλες τις περιοχές (εκτός από τη Νότια Ευρώπη, όπου η μείωση έγινε μετά το 1990). Στα τέλη της δεκαετίας του 2000, τα ποσοστά εκκίνησης κατά την εφηβεία ήταν ακόμα υψηλά (40-80 ανά 1000 / έτος) στην Ανατολική, Νότια και Δυτική Ευρώπη σε σύγκριση με τη Βόρεια Ευρώπη (20 ανά 1000 / έτος). Τα ποσοστά έναρξης του καπνίσματος κατά την πρώιμη εφηβεία (11-15 ετών) παρουσίασαν σημαντική αύξηση μετά το 1990 σε όλες τις περιοχές (εκτός από τους άντρες της Βόρειας Ευρώπης), αλλά κυρίως στη Δυτική Ευρώπη, όπου έφθασαν τα 40 ανά 1000 / έτος περίπου το 2005. επιπτώσεις στις νεώτερες ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Η έναρξη του καπνίσματος εξακολουθεί να είναι απαράδεκτα υψηλή στους ευρωπαίους εφήβους, ενώ οι αυξανόμενοι ρυθμοί σε άτομα ηλικίας 15 ετών και κάτω αξίζουν προσοχή. Η μείωση της έναρξης στους εφήβους είναι θεμελιώδης, καθώς οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στον εθισμό στη νικοτίνη και στις καπνικές επιπτώσεις.

Influence of cigarette smoking on the human duodenal mucosa-associated microbiota.

Abstract

BACKGROUND:

Cigarette smoking is a known risk factor in a number of gastrointestinal (GI) diseases in which the microbiota is implicated, including duodenal ulcer and Crohn's disease. Smoking has the potential to alter the microbiota; however, to date, the impact of smoking on the mucosa-associated microbiota (MAM), and particularly that of the

upper GI tract, remains very poorly characterised. Thus, we investigated the impact of smoking on the upper small intestinal MAM. A total of 102 patients undergoing upper GI endoscopy for the assessment of GI symptoms, iron deficiency, or Crohn's disease, but without identifiable lesions in the duodenum, were recruited. Smoking status was determined during clinical assessment and patients classified as current (n=21), previous smokers (n=40), or having never smoked (n=41). The duodenal (D2) MAM was profiled via 16S rRNA gene amplicon sequencing.

RESULTS:

Smoking, both current and previous, is associated with significantly reduced bacterial diversity in the upper small intestinal mucosa, as compared to patients who had never smoked. This was accompanied by higher relative abundance of Firmicutes, specifically *Streptococcus* and *Veillonella* spp. The relative abundance of the genus *Rothia* was also observed to be greater in current smokers; while in contrast, levels of *Prevotella* and *Neisseria* were lower. The MAM profiles and diversity of previous smokers were observed to be intermediate between current and never smokers. Smoking did not impact the total density of bacteria present on the mucosa.

CONCLUSIONS:

These data indicate the duodenal MAM of current smokers is characterised by reduced bacterial diversity, which is partially but not completely restored in previous smokers. While the precise mechanisms remain to be elucidated, these microbiota changes may in some part explain the adverse effects of smoking on mucosa-associated diseases of the GI tract. Smoking status requires consideration when interpreting MAM data.

Επίδραση του καπνίσματος στο ανθρώπινο δωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Το κάπνισμα είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου σε έναν αριθμό γαστρεντερικών (GI) ασθενειών στις οποίες εμπλέκεται το μικροβιακό, συμπεριλαμβανομένου του δωδεκαδακτυλικού έλκους και της νόσου του Crohn. Το κάπνισμα έχει τη δυνατότητα να μεταβάλει την μικροβιακή ουσία. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, ο αντίκτυπος του καπνίσματος στη μικροβιοτική που σχετίζεται με τους βλεννογόνους (MAM), και ιδιαίτερα εκείνη της ανώτερης οδού GI, παραμένει πολύ κακώς χαρακτηρισμένος. Έτσι, ερευνήσαμε τον αντίκτυπο του καπνίσματος στο ανώτερο λεπτό εντερικό MAM. Συνολικά 102 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση ανώτερου GI για την εκτίμηση των συμπτωμάτων GI, ανεπάρκειας σιδήρου ή ασθένειας του Crohn, αλλά χωρίς αναγνωρίσιμες αλλοιώσεις στο δωδεκαδάκτυλο, προσλήφθηκαν. Η κατάσταση καπνίσματος προσδιορίστηκε κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης και οι ασθενείς ταξινομούνται ως ρεύμα ($n = 21$), προηγούμενοι καπνιστές ($n = 40$) ή που δεν καπνίζουν ποτέ ($n = 41$). Το MAM του δωδεκαδακτύλου (D2) κατατομήθηκε μέσω αλληλουχίας αλληλουχίας γονιδίου 16S rRNA γονιδίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το κάπνισμα, τόσο πρόσφατα όσο και στο παρελθόν, σχετίζεται με σημαντικά μειωμένη βακτηριακή ποικιλομορφία στον ανώτερο λεπτό εντερικό βλεννογόνο, σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Αυτό συνοδεύτηκε από υψηλότερη σχετική αφθονία των Firmicutes, συγκεκριμένα *Streptococcus* και *Veillonella* spp. Η σχετική αφθονία του γένους *Rothia* παρατηρήθηκε επίσης ότι είναι μεγαλύτερη στους σημερινούς καπνιστές, ενώ αντίθετα, τα επίπεδα της *Prevotella* και *Neisseria* ήταν χαμηλότερα. Τα προφίλ MAM και η ποικιλομορφία των προηγούμενων καπνιστών παρατηρήθηκε ότι ήταν ενδιάμεσα μεταξύ των σημερινών και των μη καπνιστών. Το κάπνισμα δεν επηρέασε τη συνολική πυκνότητα των βακτηρίων που υπάρχουν στον βλεννογόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι το δωδεκαδακτυλικό MAM των σημερινών καπνιστών χαρακτηρίζεται από μειωμένη βακτηριακή ποικιλομορφία, η οποία εν μέρει αλλά όχι πλήρως έχει αποκατασταθεί στους προηγούμενους καπνιστές. Ενώ οι ακριβείς μηχανισμοί παραμένουν να διασαφηνιστούν, αυτές οι αλλαγές μικροβίων μπορούν σε κάποιο βαθμό να εξηγήσουν τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνίσματος στις σχετιζόμενες με το βλεννογόνο ασθένειες της γαστρεντερικής οδού. Η κατάσταση καπνίσματος απαιτεί προσοχή κατά την ερμηνεία των δεδομένων MAM.

Effects of salivary thiocyanate levels on oral mucosa in young adult smokers: A biochemical and cytological study.

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVES:

Cigarette smoking is one of the major global health issues. Accurate measurement of smoking is essential for accepting patterns of adolescent smoking behavior and for the evaluation of health education programs aimed at reducing or preventing the habit. The aim of the present study was to estimate and compare the salivary thiocyanate levels in young adult smokers and nonsmokers and also to evaluate and correlate the cellular and nuclear changes in cytological smears with salivary thiocyanate levels.

MATERIALS AND METHODS:

The study included a total of 70 individuals in the age range of 18-25 years comprising of 35 smokers and 35 nonsmokers. A volume of 2 ml unstimulated whole saliva samples were collected by spitting method and were carried in a vaccine carrier with ice pack to the laboratory to avoid biochemical changes. Each sample was analyzed on the same day of collection by spectrophotometric method. In addition, cytospreads were prepared using Cytobrush® plus and stained with rapid Papanicolaou stain for cytological evaluation.

RESULTS:

Salivary thiocyanate levels were significantly higher in smokers than nonsmokers. When these levels were compared with pack-years, there was a progressive significant increase in salivary thiocyanate levels as the pack-years increased. Duration of habit showed no statistically significant effect on salivary thiocyanate levels. Cytological evaluation revealed increase in nuclear-cytoplasmic area ratio and number of micronuclei in smokers than nonsmokers. The correlation between salivary thiocyanate levels and cytological changes showed insignificant result.

CONCLUSION:

Salivary thiocyanate levels were significantly higher in smokers than controls and showed significant correlation with the number of pack years. Although the present study failed to reveal any significant correlation between salivary thiocyanate level and cytological alterations, few early alterations in the oral mucosa even in the absence of clinical manifestations were detected by exfoliative cytology. Salivary thiocyanate determination is a safe, inexpensive, noninvasive method to differentiate early smokers from nonsmokers.

Επιδράσεις των επιπέδων θειοκυανιούχων σιαλικών στο βλεννογόνο του στόματος σε νέους ενήλικες καπνιστές: Μια βιοχημική και κυτταρολογική μελέτη.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ:

Το κάπνισμα είναι ένα από τα σημαντικότερα παγκόσμια ζητήματα υγείας. Η ακριβής μέτρηση του καπνίσματος είναι απαραίτητη για την αποδοχή των προτύπων της συμπεριφοράς του καπνίσματος σε εφήβους και για την αξιολόγηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης για την υγεία με στόχο τη μείωση ή την αποτροπή της συνήθειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθούν και να συγκριθούν τα επίπεδα θειοκυανικού σιαλιού σε νεαρούς καπνιστές ενηλίκους και μη καπνιστές και

επίσης να αξιολογηθούν και να συσχετιστούν οι κυτταρικές και πυρηνικές μεταβολές στα κυτταρολογικά επιχρίσματα με τα επίπεδα θειοκυανικού σιαλίου.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η μελέτη περιελάμβανε συνολικά 70 άτομα ηλικίας 18-25 ετών, αποτελούμενα από 35 καπνιστές και 35 μη καπνιστές. Ένας όγκος 2 ml μη διεγερμένων ολόκληρων δειγμάτων σάλιου συλλέχθηκαν με φουσκωτή μέθοδο και μεταφέρθηκαν σε φορέα εμβολίου με παγοκύστη στο εργαστήριο για να αποφευχθούν βιοχημικές μεταβολές. Κάθε δείγμα αναλύθηκε την ίδια ημέρα συλλογής με φασματοφωτομετρική μέθοδο. Επιπλέον, τα κυτταρομερή παρασκευάστηκαν χρησιμοποιώντας Cytobrush® plus και βάφτηκαν με ταχεία βαφή Papanicolaou για κυτταρολογική αξιολόγηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα επίπεδα θειοκυανικού σιαλίου ήταν σημαντικά υψηλότερα στους καπνιστές από ό,τι στους μη καπνιστές. Όταν αυτά τα επίπεδα συγκρίθηκαν με τα έτη συσκευασίας, παρατηρήθηκε μια σταδιακή σημαντική αύξηση των επιπέδων θειοκυανικού σιαλίου, καθώς τα έτη συσκευασίας αυξήθηκαν. Η διάρκεια της συνήθειας δεν έδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα θειοκυανικού σάλιου. Η κυτταρολογική αξιολόγηση αποκάλυψε αύξηση της αναλογίας πυρηνικοκυτταροπλασματικής περιοχής και του αριθμού μικροπυρήνων στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων θειοκυανικού σιελολόγνου και των κυτταρολογικών αλλαγών έδειξε ασήμαντο αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Τα επίπεδα θειοκυανικού σιελολόγνου ήταν σημαντικά υψηλότερα στους καπνιστές από τους μάρτυρες και έδειξαν σημαντική συσχέτιση με τον αριθμό των ετών συσκευασίας. Παρόλο που η παρούσα μελέτη απέτυχε να αποκαλύψει οποιαδήποτε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου θειοκυανικού σιελολόγνου και των κυτταρολογικών μεταβολών, λίγες πρώιμες μεταβολές στον βλεννογόνο του

στόματος ακόμη και εν απουσία κλινικών εκδηλώσεων ανιχνεύθηκαν με αποφολιδωτική κυτταρολογία. Ο προσδιορισμός του θειοκυανικού σάλιου είναι μια ασφαλής, φθηνή, μη επεμβατική μέθοδος για τη διαφοροποίηση των πρώιμων καπνιστών από τους μη καπνιστές.

Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study

Summary

The objective of this study was to examine the associations between active and passive smoking in different periods of pregnancy and changing smoking habits during pregnancy, with low birthweight and preterm birth. The study was embedded in the Generation R Study, a population-based prospective cohort study from early fetal life onwards in Rotterdam, The Netherlands. Active and passive smoking were assessed by questionnaires in early, mid- and late pregnancy. Analyses were based on 7098 pregnant women and their children.

Active smoking until pregnancy was ascertained and was not associated with low birthweight and preterm birth. Continued active smoking after pregnancy was also recorded and was associated with low birthweight (adjusted odds ratio 1.75 [95% CI 1.20, 2.56]) and preterm birth (adjusted odds ratio 1.36 [95% CI 1.04, 1.78]). The strongest associations were found for active maternal smoking in late pregnancy. Passive maternal smoking in late pregnancy was associated with continuously measured birthweight (P for trend <0.001). For all active smoking categories in early pregnancy, quitting smoking was associated with a higher birthweight than continuing to smoke. Tendencies towards smaller non-significant beneficial effects on mean birthweight were found for reducing the number of cigarettes without quitting completely. This study shows that active and passive smoking in late pregnancy are associated with adverse effects on weight and gestational age at birth. Smoking in early pregnancy only, seems not to affect fetal growth adversely. Health care strategies for pregnant women should be aimed at quitting smoking completely rather than reducing the number of cigarettes.

Ενεργό και παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι κίνδυνοι χαμηλού βάρους γέννησης και πρόωρης γέννησης: η μελέτη Generation R

Περίληψη

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις συσχετίσεις μεταξύ ενεργού και παθητικού καπνίσματος σε διαφορετικές περιόδους εγκυμοσύνης και μεταβαλλόμενες συνήθειες καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση και πρόωρο τοκετό. Η μελέτη ενσωματώθηκε στη μελέτη Generation R, μια δημογραφική μελέτη πληθυσμιακής μελέτης από την πρώιμη εμβρυϊκή ζωή στο Ρότερνταμ της Ολλανδίας. Το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα αξιολογήθηκαν με ερωτηματολόγια στην πρώιμη, μέση και όψιμη εγκυμοσύνη. Οι αναλύσεις βασίστηκαν σε 7098 εγκύους και τα παιδιά τους.

Το ενεργό κάπνισμα μέχρι την εγκυμοσύνη διαπιστώθηκε και δεν συσχετίστηκε με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση και πρόωρο τοκετό. Συνεχής ενεργό κάπνισμα μετά την εγκυμοσύνη καταγράφηκε και συσχετίστηκε με χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανότητας 1,75 [95% CI 1,20, 2,56]) και πρόωρο τοκετό (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανότητας 1,36 [95% CI 1,04, 1,78]). Οι ισχυρότερες συσχετίσεις βρέθηκαν για το ενεργό κάπνισμα της μητέρας στην πρόσφατη εγκυμοσύνη. Το παθητικό μητρικό κάπνισμα στην ύστερη εγκυμοσύνη συνδέθηκε με το συνεχές μετρούμενο βάρος γέννησης (P για τάση <0,001). Για όλες τις ενεργές κατηγορίες καπνίσματος στην αρχή της εγκυμοσύνης, η διακοπή του καπνίσματος συνδέθηκε με υψηλότερο βάρος κατά τη γέννα από το να συνεχίζει να καπνίζει. Οι τάσεις προς μικρότερες μη σημαντικές ευεργετικές επιδράσεις στο μέσο βάρος γέννησης βρέθηκαν για τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων χωρίς διακοπή εντελώς. Αυτή η μελέτη δείχνει ότι το ενεργό και παθητικό κάπνισμα στην πρόσφατη εγκυμοσύνη σχετίζεται με δυσμενείς επιπτώσεις στο βάρος και την ηλικία κύησης

κατά τη γέννηση. Το κάπνισμα μόνο στην αρχή της εγκυμοσύνης, φαίνεται να μην επηρεάζει δυσμενώς την ανάπτυξη του εμβρύου. Οι στρατηγικές υγειονομικής περίθαλψης για τις έγκυες γυναίκες πρέπει να στοχεύουν στην πλήρη διακοπή του καπνίσματος παρά στη μείωση του αριθμού των τσιγάρων.

Long-Term Health and Medical Cost Impact of Smoking Prevention in

Adolescence

ABSTRACT

Purpose: To estimate smoking progression probabilities from adolescence to young adulthood and to estimate long-term health and medical cost impacts of preventing smoking in today's adolescents.

Methods: Using data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health), we first estimated smoking progression probabilities from adolescence to young adulthood. Then, using the predicted probabilities, we estimated the number of adolescents who were prevented from becoming adult daily smokers as a result of a hypothetical 1 percentage point reduction in the prevalence of ever smoking in today's adolescents. We further estimated lifetime medical costs saved and quality-adjusted life years (QALYs) gained as a result of preventing adolescents from becoming adult daily smokers. All costs were in 2010 dollars.

Results: Compared with never smokers, those who had tried smoking at baseline had higher probabilities of becoming current or former daily smokers at follow-up regardless of baseline grade or sex. A hypothetical 1 percentage point reduction in the prevalence of ever smoking in 24.5 million students in 7th-12th grades today could prevent 35,962 individuals from becoming a former daily smoker and 44,318 individuals from becoming a current daily smoker at ages 24-32 years. As a result,

lifetime medical care costs are estimated to decrease by \$1.2 billion and lifetime QALYs is estimated to increase by 98,590.

Conclusions: Effective smoking prevention programs for adolescents go beyond

reducing smoking prevalence in adolescence; they also reduce daily smokers in young adulthood, increase QALYs, and reduce medical costs substantially in later life. This finding indicates the importance of continued investment in effective youth smoking prevention programs.

Μακροπρόθεσμη επίδραση της πρόληψης του καπνίσματος στην υγεία και το ιατρικό κόστος στην εφηβική ηλικία

Σκοπός: Να εκτιμηθούν οι πιθανότητες εξέλιξης του καπνίσματος από την εφηβεία στη νεαρή ενηλικίωση και να εκτιμήσει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της αποτρέποντας το κάπνισμα στους σημερινούς εφήβους.

Μέθοδοι: Με τη χρήση δεδομένων από την Εθνική Διαχρονική Μελέτη Εφηβικής Υγείας (Add Health), εκτιμήσαμε πρώτα τις πιθανότητες εξέλιξης του καπνίσματος από εφηβεία σε νεαρή ενηλικίωση. Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τις προβλεπόμενες πιθανότητες, εκτιμήσαμε τον αριθμό των εφήβων που εμποδίστηκαν να γίνουν ενήλικες καπνιστές ημερησίως ως αποτέλεσμα μιας υποθετικής μείωσης κατά 1 εκατοστιαίο ποσοστό της επιπολασμού του καπνίσματος στους σημερινούς εφήβους. Υπολογίσαμε περαιτέρω τη διάρκεια ζωής τα εξοικονομηθέντα ιατρικά έξοδα και τα έτη ζωής (QALYs) που έχουν προσαρμοσθεί κατά την ποιότητα ως αποτέλεσμα της εμποδίζοντας τους εφήβους να γίνουν ενήλικες καπνιστές ημερησίως. Όλα τα έξοδα αναλογούσαν σε 2010 δολάρια.

Αποτελέσματα: Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές με αυτούς που είχαν δοκιμάσει το κάπνισμα η βασική γραμμή είχε υψηλότερες πιθανότητες να γίνει παρούσα. Οι πρώην καπνιστές παρακολουθούνταν καθημερινά ανεξάρτητα από το βαθμό ή το φύλο της βασικής γραμμής. Μια υποθετική ποσοστιαία μονάδα είναι η μείωση του

επιπολασμού του καπνίσματος σε 24,5 εκατομμύρια φοιτητές. Σήμερα θα μπορούσε να αποτρέψει 35.962 άτομα να γίνουν πρώην καθημερινοί καπνιστές και 44.318 άτομα από το να γίνουν καθημερινοί καπνιστές σε ηλικία 24 με 32 ετών. Ως αποτέλεσμα, εκτιμάται ότι οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης σε όλη τη ζωή θα μειωθούν από τα 1,2 δισεκατομμύρια δολάρια και τα QALY κατά τη διάρκεια της ζωής εκτιμάται ότι θα αυξηθεί κατά 98.590.

Συμπεράσματα: Αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος για εφήβους ξεπερνούν μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κατά την εφηβεία. Μειώνουν επίσης τους καθημερινούς καπνιστές σε νεαρή ενηλικίωση, με σκοπό να αυξήσουν τα QALY και να μειώσουν σημαντικά τα ιατρικά έξοδα στη μετέπειτα ζωή. Η διαπίστωση αυτή δείχνει τη σημασία της συνέχισης των επενδύσεων στα αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος των νέων.

Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality

Abstract Background: Cigars are a growing public health concern, given the changes in cigar use patterns in the US and elsewhere since the 1960s. We conducted a systematic review of published studies on current cigar smoking and all-cause and cause-specific mortality risks to inform potential regulatory approaches and future research that would strengthen the body of evidence.

Methods: Using 3 different databases and hand searching, we identified epidemiological studies published prior to June 2014 that examined the association between cigar smoking and all-cause mortality and smoking-related mortality. Detailed study characteristics as well as association-level characteristics, including effect estimates and 95% confidence intervals, were abstracted or calculated from each selected study.

Results: A total of 22 studies from 16 different prospective cohorts were identified. Primary cigar smoking (current, exclusive cigar smoking with no history of previous cigarette or pipe smoking) was associated with all cause-mortality, oral cancer,

esophageal cancer, pancreatic cancer, laryngeal cancer, lung cancer, coronary heart disease (CHD), and aortic aneurysm. Strong dose trends by cigars per day and inhalation level for primary cigar smoking were observed for oral, esophageal, laryngeal, and lung cancers. Among primary cigar smokers reporting no inhalation, relative mortality risk was still highly elevated for oral, esophageal, and laryngeal cancers.

Conclusions: In summary, cigar smoking carries many of the same health risks as cigarette smoking. Mortality risks from cigar smoking vary by level of exposure as measured by cigars per day and inhalation level and can be as high as or exceed those of cigarette smoking. The body of evidence would be strengthened by future studies that focus on the health effects of primary cigar smoking and incorporate more contemporary and diverse study populations to better reflect the current patterns of cigar use in the US. Ideally, these studies would also collect detailed information on cigar type, exposure level, and biomarkers of exposure and potential harm.

Συστηματική ανασκόπηση του καπνίσματος του πούρου και της θνησιμότητας όλων των αιτιών και του καπνίσματος

Αφηρημένο υπόβαθρο: Τα πούρα αποτελούν μια αυξανόμενη ανησυχία για τη δημόσια υγεία, δεδομένων των αλλαγών στα πρότυπα χρήσης των πούρων στις ΗΠΑ και αλλού από τη δεκαετία του 1960. Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση των δημοσιευμένων μελετών σχετικά με τον τρέχοντα καπνό και τον κίνδυνο θνησιμότητας εξαιτίας κάθε αιτίας για την ενημέρωση των πιθανών κανονιστικών προσεγγίσεων και των μελλοντικών ερευνών που θα ενισχύσουν το σύνολο των αποδεικτικών στοιχείων.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιώντας 3 διαφορετικές βάσεις δεδομένων και μια έρευνα εντοπίσαμε επιδημιολογικές μελέτες που δημοσιεύθηκαν πριν από τον Ιούνιο του 2014 και εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της θνησιμότητας όλων των αιτιών και της θνησιμότητας λόγω καπνίσματος. Λεπτομερή χαρακτηριστικά μελέτης

καθώς και χαρακτηριστικά επιπέδου σύνδεσης, συμπεριλαμβανομένων των εκτιμήσεων των επιπτώσεων και των διαστημάτων εμπιστοσύνης 95%, υποβλήθηκαν ή υπολογίστηκαν από κάθε επιλεγμένη μελέτη.

Αποτελέσματα: Συνολικά αναγνωρίστηκαν 22 μελέτες από 16 διαφορετικές υποψήφιες ομάδες. Πρωταρχικό κάπνισμα πούρων (τρέχον, αποκλειστικό κάπνισμα πούρων χωρίς ιστορικό του προηγούμενου καπνίσματος τσιγάρων ή σωληναρίων) συσχετίστηκε με όλες τις αιτίες θνησιμότητας, ο καρκίνος του στόματος, ο καρκίνος του οισοφάγου, ο παγκρεατικός καρκίνος, ο λαρυγγικός καρκίνος, ο πνεύμονας καρκίνο, στεφανιαία νόσο (ΚΝΣ) και ανεύρυσμα αορτής. Ισχυρές τάσεις δόσεων με πούρα ανά ημέρα και επίπεδο εισπνοής για το κύριο κάπνισμα πούρων για στοματικούς, οισοφαγικούς, λαρυγγικούς και πνευμονικούς καρκίνους. Μεταξύ των πρώτων καπνιστών πούρων χωρίς αναφορές στην εισπνοή, ο σχετικός κίνδυνος θνησιμότητας εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά αυξημένος για από του στόματος, οισοφάγου και λαρυγγικού καρκίνου.

Συμπεράσματα: Συνοπτικά, 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 ανά ημέρα και επίπεδο εισπνοής και μπορεί να είναι τόσο υψηλό όσο υπερβαίνουν εκείνα του καπνίσματος. Το σύνολο των αποδεικτικών στοιχείων θα ενισχυθεί από μελλοντικές μελέτες που επικεντρώνονται στις επιπτώσεις της υγείας από το πρωτογενές κάπνισμα και από τον καπνό, ενσωματώνουν πιο σύγχρονους και διαφορετικούς πληθυσμούς μελέτης για να αντανάκλουν καλύτερα τα σημερινά πρότυπα χρήσης πούρων στις ΗΠΑ. Στην ιδανική περίπτωση, αυτές οι μελέτες θα ήταν επίσης συλλογή λεπτομερών πληροφοριών σχετικά με τον τύπο του πούρου, το επίπεδο έκθεσης και τους βιοδείκτες του έκθεσης και πιθανή βλάβη.

Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and metaanalysis

Abstract Background: Smoking in pregnancy is known to be associated with a range of adverse pregnancy outcomes, yet there is a high prevalence of smoking among pregnant women in many countries, and it remains a major public health concern. We have conducted a systematic review and meta-analysis to provide contemporary estimates of the association between maternal smoking in pregnancy and the risk of stillbirth.

Methods: We searched four databases namely MEDLINE, EMBASE, Psych Info and Web of Science for all relevant original studies published until 31st December 2012. We included observational studies that measured the association between maternal smoking during pregnancy and the risk of stillbirth.

Results: 1766 studies were screened for title analysis, of which 34 papers (21 cohorts, 8 case controls and 5 cross sectional studies) met the inclusion criteria. In meta-analysis smoking during pregnancy was significantly associated with a 47% increase in the odds of stillbirth (OR 1.47, 95% CI 1.37, 1.57, $p < 0.0001$). In subgroup analysis, smoking 1-9 cig/day and ≥ 10 cig/day was associated with an 9% and 52% increase in the odds of stillbirth respectively. Subsequently, studies defining stillbirth at ≥ 20 weeks demonstrated a 43% increase in odds for smoking mothers compared to mothers who do not smoke, (OR 1.43, 95% CI 1.32, 1.54, $p < 0.0001$), whereas studies with stillbirth defined at ≥ 24 weeks and ≥ 28 weeks showed 58% and 33% increase in the odds of stillbirth respectively.

Conclusion: Our review confirms a dose-response effect of maternal smoking in pregnancy on risk of stillbirth. To minimise the risk of stillbirth, reducing current smoking prevalence in pregnancy should continue to be a key public health high priority.

Το μητρικό κάπνισμα και ο κίνδυνος της συνεχούς γέννησης: συστηματική ανασκόπηση και μετα-αναλύσεις

Αφηρημένο υπόβαθρο: Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη είναι γνωστό ότι συνδέεται με μια σειρά ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων εγκυμοσύνης, αλλά σε πολλές χώρες υπάρχει υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των εγκύων γυναικών και εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Διεξήγαμε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση για να παράσχουμε σύγχρονες εκτιμήσεις της συσχέτισης μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και του κινδύνου θνησιγένειας.

Μέθοδοι: Ερευνήσαμε τέσσερις βάσεις δεδομένων, δηλαδή MEDLINE, EMBASE, Psych Info και το Web of Science για όλες τις σχετικές πρωτότυπες μελέτες που δημοσιεύθηκαν μέχρι την 31^η Δεκεμβρίου 2012. Περιελάβαμε μελέτες παρατήρησης που μετρήθηκαν σε συσχετισμό μεταξύ του μητρικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του κινδύνου θνησιμότητας.

Αποτελέσματα: 1766 μελέτες εξετάστηκαν για ανάλυση τίτλου, εκ των οποίων 34 έγγραφα (21 κοόρτες, 8 περιπτώσεις ελέγχου και 5 μελέτες εγκάρσιας τομής) πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης. Στη μετα-ανάλυση το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέθηκε σημαντικά με το α 47% αύξηση στις πιθανότητες θνησιμότητας (OR 1.47, 95% CI 1.37, 1.57, $p < 0.0001$). Σε ανάλυση υποομάδων, το κάπνισμα 1-9 cig / ημέρα και το ≥ 10 cig / day συσχετίστηκαν με μια αύξηση 9% και 52% στις πιθανότητες θνησιμότητας αντίστοιχα. Στη συνέχεια, μελέτες ο προσδιορισμός της θνησιμότητας σε ≥ 20 εβδομάδες κατέδειξε αύξηση των αποδόσεων κατά 43% οι μητέρες που καπνίζουν σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν καπνίζουν, (H 1,43, 95% CI 1,32, 1,54, $p < 0,0001$), ενώ μελέτες με θνησιμότητα που ορίστηκαν σε ≥ 24 εβδομάδες και ≥ 28 εβδομάδες εμφάνισαν αύξηση 58% και 33% στις πιθανότητες θνησιμότητας αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Η επισκόπησή μας επιβεβαιώνει την επίδραση δόσης-απόκρισης του καπνίσματος στη μητέραεγκυμοσύνη σε κίνδυνο θνησιγένειας. Για να ελαχιστοποιήσετε τον κίνδυνο θνησιμότητας, μειώστε το ρεύμα ο επιπολασμός του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη θα πρέπει να εξακολουθήσει να αποτελεί βασική δημόσια υγεία προτεραιότητα.

Smoking is associated with pessimistic and avoidant beliefs about cancer: results from the International Cancer Benchmarking Partnership

Background: Smoking cessation is the key cancer prevention behavior for smokers; nonetheless, smokers can still benefit from earlier diagnosis of cancer. However, fewer smokers participate in screening despite their increased risk, which may reflect different beliefs about cancer.

Methods: A UK population-representative sample of X50 year-olds (n ¼ 6965) was surveyed using the Awareness and Beliefs about Cancer measure. These analyses examine six items on cancer beliefs (e.g., ‘cancer can often be cured’), and four on help seeking barriers (e.g., ‘I would be too embarrassed’).

Results: Smokers were more likely to hold pessimistic cancer beliefs than never-smokers or former-smokers on four of six items. For example, 34% agreed ‘a cancer diagnosis is a death sentence’, compared with 24% of non/former-smokers (Po0.001). More smokers (18%) than non/former-smokers (11%) would not want to know if they had cancer (Po0.01). The only barrier to symptomatic help-seeking differing by smoking status was ‘worry about what the doctor might find’ (36% vs 28%, Po0.01). Associations were independent of demographics, self-rated health and cancer experience.

Conclusions: Smokers held more pessimistic and avoidant beliefs about cancer, which could deter early-detection behavior. A better understanding of these beliefs is needed to increase engagement in early diagnosis by this high-risk group.

Το κάπνισμα συνδέεται με απαισιόδοξες και αποφευχθείσες πεποιθήσεις για τον καρκίνο: αποτελέσματα από τη διεθνή σύμπραξη συγκριτικής αξιολόγησης του καρκίνου

Ιστορικό: Η διακοπή του καπνίσματος είναι η βασική συμπεριφορά πρόληψης του καρκίνου. Οι καπνιστές; Παρόλα αυτά, οι καπνιστές μπορούν ακόμα να επωφεληθούν από την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Ωστόσο, λιγότεροι καπνιστές συμμετέχουν στον έλεγχο παρά τον αυξημένο κίνδυνο τους, που μπορεί να αντικατοπτρίζουν διαφορετικές αντιλήψεις για τον καρκίνο.

Μέθοδοι: Ένα δείγμα αντιπροσωπευτικού πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου ηλικίας 50 ετών ($n = 6965$) ερευνήθηκε χρησιμοποιώντας το μέτρο της ευαισθητοποίησης και των πεποιθήσεων σχετικά με τον καρκίνο. Αυτά τα οι αναλύσεις εξετάζουν έξι στοιχεία σχετικά με τις πεποιθήσεις για τον καρκίνο (π.χ. "ο καρκίνος μπορεί συχνά να θεραπευθεί"), και τέσσερα σχετικά με τη βοήθεια που αναζητούν εμπόδια (π.χ. «θα ήμουν πολύ ντροπή»).

Αποτελέσματα: Οι καπνιστές ήταν πιο πιθανό να κρατούν απαισιόδοξες πεποιθήσεις από ό, τι οι μη καπνιστές ή πρώην καπνιστές σε τέσσερα από έξι είδη. Για παράδειγμα, το 34% συμφώνησε «η διάγνωση του καρκίνου είναι μια θανατική ποινή», σε σύγκριση με το 24% των μη / διαμορφωτών ($P < 0.001$). Περισσότεροι καπνιστές (18%) από τους μη / πρώην καπνιστές (11%) δεν θέλουν να ξέρουν εάν είχαν καρκίνο ($P < 0.01$). Το μόνο εμπόδιο στα συμπτώματα η αναζήτηση βοήθειας που διαφέρει από το καθεστώς καπνίσματος ήταν «ανησυχούν για το τι μπορεί να κάνει ο γιατρός (36% έναντι 28%, $P < 0.01$). Οι ενώσεις ήταν ανεξάρτητες από δημογραφικά στοιχεία, αυτο-εκτιμημένη υγεία και την εμπειρία του καρκίνου.

Συμπεράσματα: Οι καπνιστές είχαν πιο απαισιόδοξες και αποφευχθείσες πεποιθήσεις για τον καρκίνο, η οποία θα μπορούσε να αποτρέψει τη συμπεριφορά έγκαιρης ανίχνευσης. Μια καλύτερη κατανόηση αυτών οι πεποιθήσεις είναι απαραίτητες για την αύξηση της εμπλοκής στην έγκαιρη διάγνωση από αυτόν τον υψηλού κινδύνου ομάδα.

Smoking and vascular risk: are all forms of smoking harmful to all types of vascular disease?

Abstract

Smoking, both active and passive, is an established vascular risk factor. The present narrative review considers the effects of different forms of smoking (i.e. cannabis, cigar, pipe, smokeless tobacco and cigarette) on [cardiovascular risk](#). Furthermore, the impact of smoking on several vascular risk factors [e.g. [hypertension](#), [diabetes mellitus](#) (DM), [dyslipidaemia](#) and haemostasis] and on [vascular diseases](#) such as [coronary heart disease](#) (CHD), peripheral [arterial disease](#) (PAD), [abdominal aortic aneurysms](#) (AAA) and [carotid](#) arterial disease, is discussed.

The adverse effects of all forms of smoking and the interactions between smoking and established vascular risk factors highlight the importance of smoking cessation in high-risk patients in terms of both primary and secondary vascular disease prevention. Healthcare providers should discourage people (especially the young) from becoming smokers, strongly encourage all vascular patients to stop smoking and support those who decide to quit by pharmaceutical and [psychological interventions](#). In [high-risk populations](#) such as patients with CHD, DM and/or PAD, smoking cessation should always be a part of a multifactorial treatment to reduce vascular risk.

Το κάπνισμα και ο αγγειακός κίνδυνος: είναι όλες οι μορφές καπνίσματος επιβλαβείς για όλους τους τύπους αγγειακών παθήσεων;

Το κάπνισμα, τόσο ενεργό όσο και παθητικό, αποτελεί καθορισμένο παράγοντα αγγειακού κινδύνου. Η παρούσα ανασκόπηση αναλύει τα αποτελέσματα των διαφόρων μορφών καπνίσματος (δηλαδή κάνναβη, πούρο, σωλήνας, καπνός χωρίς καπνό και τσιγάρο) σε καρδιαγγειακό κίνδυνο. Επιπλέον, ο αντίκτυπος του καπνίσματος σε πολλούς παράγοντες αγγειακού κινδύνου (π.χ. η αρτηριακή υπέρταση, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης (DM), η δυσλιπιδαιμία και η αιμόσταση) και στις αγγειακές παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσο (CHD), η περιφερική αρτηριακή νόσος (PAD), τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής (AAA) και η καρωτιδική αρτηριακή νόσο.

Οι δυσμενείς επιδράσεις όλων των μορφών καπνίσματος και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του καπνίσματος και των καθιερωμένων παραγόντων αγγειακού κινδύνου υπογραμμίζουν τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς υψηλού κινδύνου όσον αφορά τόσο την πρόληψη των πρωτογενών όσο και των δευτερογενών αγγειακών νόσων. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αποθαρρύνουν τους ανθρώπους (ιδιαίτερα τους νέους) να γίνουν καπνιστές, να ενθαρρύνουν έντονα όλους τους αγγειακούς ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα και να υποστηρίξουν εκείνους που αποφασίζουν να σταματήσουν με φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις. Σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως ασθενείς με CHD, DM ή / και PAD, η διακοπή του καπνίσματος πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος μιας πολυπαραγοντικής θεραπείας για τη μείωση του αγγειακού κινδύνου.

Nicotine replacement therapy for smoking cessation

Background

The aim of nicotine replacement therapy (NRT) is to temporarily replace much of the nicotine from cigarettes to reduce motivation to smoke and nicotine withdrawal symptoms, thus easing the transition from cigarette smoking to complete abstinence.

Objectives

The aims of this review were:

To determine the effect of NRT compared to placebo in aiding smoking cessation, and to consider whether there is a difference in effect for the different forms of NRT

(chewing gum, transdermal patches, oral and nasal sprays, inhalers and tablets/lozenges) in achieving abstinence from cigarettes.

To determine whether the effect is influenced by the dosage, form and timing of use of NRT; the intensity of additional advice and support offered to the smoker; or the clinical setting in which the smoker is recruited and treated.

To determine whether combinations of NRT are more likely to lead to successful quitting than one type alone.

To determine whether NRT is more or less likely to lead to successful quitting compared to other pharmacotherapies.

Search methods

We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register for papers mentioning 'NRT' or any type of nicotine replacement therapy in the title, abstract or keywords. Date of most recent search July 2012.

Selection criteria

Randomized trials in which NRT was compared to placebo or to no treatment, or where different doses of NRT were compared. We excluded trials which did not report cessation rates, and those with follow-up of less than six months.

to 4.94). The effects were largely independent of the duration of therapy, the intensity of additional support provided or the setting in which the NRT was offered. The effect was similar in a small group of studies that aimed to assess use of NRT obtained without a prescription. In highly dependent smokers there was a significant benefit of 4 mg gum compared with 2 mg gum, but weaker evidence of a benefit from higher doses of patch. There was evidence that combining a nicotine patch with a rapid delivery form of NRT was more effective than a single type of NRT (RR 1.34, 95% CI 1.18 to 1.51, 9 trials). The RR for NRT used for a short period prior to the quit date was 1.18 (95% CI 0.98 to 1.40, 8 trials), just missing statistical significance, though the efficacy increased when we pooled only patch trials and when we removed one trial in which confounding was likely. Five studies directly compared NRT to a non-nicotine pharmacotherapy, bupropion; there was no evidence of a difference in efficacy (RR 1.01; 95% CI 0.87 to 1.18). A combination of NRT and bupropion was more effective than bupropion alone (RR 1.24; 95% CI 1.06 to 1.45, 4 trials). Adverse

effects from using NRT are related to the type of product, and include skin irritation from patches and irritation to the inside of the mouth from gum and tablets. There is no evidence that NRT increases the risk of heart attacks.

Authors' conclusions

All of the commercially available forms of NRT (gum, transdermal patch, nasal spray, inhaler and sublingual tablets/lozenges) can help people who make a quit attempt to increase their chances of successfully stopping smoking. NRTs increase the rate of quitting by 50 to 70%, regardless of setting. The effectiveness of NRT appears to be largely independent of the intensity of additional support provided to the individual. Provision of more intense levels of support, although beneficial in facilitating the likelihood of quitting, is not essential to the success of NRT.

Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης για διακοπή του καπνίσματος

Ιστορικό

Ο στόχος της θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης (NRT) είναι να αντικαταστήσει προσωρινά μεγάλο μέρος της νικοτίνης από τα τσιγάρα για να μειώσει τα κίνητρα για το κάπνισμα και τα συμπτώματα απόσυρσης της νικοτίνης, διευκολύνοντας έτσι τη μετάβαση από το κάπνισμα στην πλήρη αποχή.

Στόχοι

Οι στόχοι αυτής της ανασκόπησης ήταν:

Για να προσδιοριστεί η επίδραση του NRT σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο στην υποβοήθηση της διακοπής του καπνίσματος και να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχει διαφορετική επίδραση στις διάφορες μορφές NRT (τσίχλες, διαδερμικά έμπλαστρα, στοματικά και ρινικά σπρέι, εισπνευστήρες και δισκία / παστίλιες) αποχή από τα τσιγάρα.

Για να προσδιοριστεί εάν το αποτέλεσμα επηρεάζεται από τη δοσολογία, τη μορφή και το χρόνο χρήσης της NRT, η ένταση των πρόσθετων συμβουλών και υποστήριξης που προσφέρονται στον καπνιστή · ή το κλινικό περιβάλλον στο οποίο προσλαμβάνεται και θεραπεύεται ο καπνιστής.

Για να προσδιοριστεί κατά πόσο οι συνδυασμοί του NRT είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε επιτυχή διακοπή από έναν μόνο τύπο.

Για να προσδιοριστεί κατά πόσο το NRT είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να οδηγήσει σε επιτυχή διακοπή σε σύγκριση με άλλες φαρμακοθεραπείες.

Μέθοδοι αναζήτησης

Ερευνήσαμε το μητρώο δοκιμαστικών ομάδων του Cochrane Tobacco Group για τα έγγραφα που αναφέρουν το NRT ή οποιοδήποτε είδος αντικατάστασης νικοτίνης στον τίτλο, την περίληψη ή τις λέξεις-κλειδιά. Ημερομηνία της πιο πρόσφατης αναζήτησης Ιούλιος 2012.

Κριτήρια επιλογής

Τυχαίες δοκιμές στις οποίες το NRT συγκρίθηκε με το εικονικό φάρμακο ή χωρίς θεραπεία ή όπου συγκρίθηκαν διαφορετικές δόσεις NRT. Εξαιρέσαμε τις δοκιμές που δεν ανέφεραν ποσοστά διακοπής και εκείνες με παρακολούθηση μικρότερη των έξι μηνών.

Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Εκπονήσαμε δεδομένα εις διπλούν σχετικά με τον τύπο των συμμετεχόντων, τη δόση, τη διάρκεια και τη μορφή της θεραπείας με νικοτίνη, τα αποτελέσματα των μετρήσεων, τη μέθοδο τυχαιοποίησης και την πληρότητα της παρακολούθησης.

Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η αποχή από το κάπνισμα μετά από τουλάχιστον έξι μήνες παρακολούθησης. Χρησιμοποιήσαμε τον πιο αυστηρό ορισμό της αποχής για κάθε δοκιμή και βιοχημικά επικυρωμένα ποσοστά, αν υπάρχουν. Υπολογίσαμε τον λόγο κινδύνου (RR) για κάθε μελέτη. Όπου ενδείκνυται, πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση χρησιμοποιώντας μοντέλο σταθερού αποτελέσματος Mantel-Haenszel.

Συμπεράσματα των συγγραφέων

Όλες οι εμπορικά διαθέσιμες μορφές NRT (κόμμι, διαδερμικό έμπλαστρο, ρινικό σπρέι, εισπνευστήρας και υπογλώσσια δισκία / παστίλιες) μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους που κάνουν μια απόπειρα εγκατάλειψης για να αυξήσουν τις πιθανότητες να σταματήσουν με επιτυχία το κάπνισμα. Τα NRTs αυξάνουν το ποσοστό διακοπής κατά 50 έως 70%, ανεξάρτητα από τη ρύθμιση. Η αποτελεσματικότητα του NRT φαίνεται να είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από την ένταση της πρόσθετης υποστήριξης που παρέχεται στο άτομο. Η παροχή πιο έντονων επιπέδων υποστήριξης, αν και επωφελής για τη διευκόλυνση της πιθανότητας εγκατάλειψης, δεν είναι ουσιώδης για την επιτυχία του NRT.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Battle, R., Cunradi, C., Moore, R & Yerger, V., 2015. Smoking cessation among transit workers: beliefs and perceptions among an at- risk occupational group. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 10:19
- Chang, C., Gory, C., Rostron, B & Apelberg, B., 2015. Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality. BMC Public Health.
- Clutterbuck, A., Saadawi, R., Caruso, J & Landero-Figueroa, J., 2015. Metal analysis for non- tobacco smoking alternatives: Steam stone fluids and smoke. Microchemical Journal, 122 p.205- 213

- Dal Maso, L., Torelli, N., Biancotto, E., Di Maso, M., Gimi, A., Franchini, G., Levi, F., La Vecchia, C., Serraino, D & Polese, J., 2015. Combined effect of tobacco smoking and alcohol drinking in the risk of head and neck cancers: a re- analysis of case- control studies using bi- dimensional spline models. *Journal Epidemiology*, 10
- deWit, S., 2006. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος
- deWit, S., 2007. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος
- Gil- Lacruz, A., Gil- Lacruz, M & Leeder, S., 2015. Women and smoking- Prices and health warning messages: Evidence from Spain. *Addictive Behaviors*, 45 p. 294-300
- Hagstad, S., Bjerg, A., Ekerljung, L., Backman, H., Lindberg, A., Ronmark, E & Lundback, B., 2014. Passive smoking exposure is associated with increased risk of Coped in never smokers. *Chest*, p.1298-1304
- Hale, W., Perrotte, J., Baumann, M & Garza, R., 2015. Low self-esteem and positive beliefs about smoking: A destructive combination for male college students. *Addictive Behaviors*, 47 p. 66-69
- <http://el.wikipedia.org/>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., McHale, P., Bennett, A., Ireland, R & Pike, K., 2016. Associations between e- Cigarette access and smoking and drinking behaviors in teenagers. *BMC Public Health*, 15 p. 244
- Katsiki, N., Papadopoulou, S., Fachantidou, A., Mikhailidis, D., 2013. Smoking and vascular risk: are all forms of smoking harmful to all types of vascular disease?, *Public Health*, Pages 435-441
- Lemone, P. & Burke, K., 2004. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά την Φροντίδα του Ασθενούς*. Αθήνα: Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Li.S. Fang, L., Zhou, Y., Pan, L., Yang, X., Li, H., Wang, Q., Jang, N., Han, M & Jia, C., 2014. Mediation of smoking abstinence self-efficacy on the association of nicotine dependence with smoking cessation. *European Journal of Public Health*, 25 p.200-20

- Lindsay, F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., Lancaster, T., 2018. Nicotine replacement therapy for smoking cessation, Cochrane Library
- Lynsey, B & Malcolm, B., 2015. Thinking about smoking: A novel approach to describing cognitive style profiles. *Personality and Individual Differences*, 82 p. 76-80
- Lynsey, B & Malcolm, B., 2015. Thinking about smoking: A novel approach to describing cognitive style profiles. *Personality and Individual Differences*, 82p. 76-80
- Marcon, A., Pesce, G., Calciano, L., Bellisario, V., Dharmage, S., Garcia-Aymerich, J., Gisslasson, T., Heinrich, J., Holm, M., 2018. Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: A retrospective cohort study, *PLoS One*.
- Marufu, T., Ahankari, A., Coleman, T & Lewis, S., 2018. Maternal Smoking and the risk of still birth: Systematic review and meta- analysis. *BMC Public Health*, 15 p. 239
- Prakruthi, B., Nandini, D., Donoghue, M., Praveen, S., Kumar, K., Ashwini, R., 2018. Effects of salivary thiocyanate levels on oral mucosa in young adult smokers: A biochemical and cytological study, *J Oral Maxillofac Pathol*
- Quaife, S., McEwen, A., Janes, S & Wardle, J., 2015. Smoking is associated with pessimistic and avoidant beliefs about cancer: results from the International Cancer Benchmarking Partnership. *British Journal of Cancer*, 112 p.1799-1804
- Reitzel, L., Langon, K., Nguyen, N & Zvolensky, M., 2015. Financial strain and smoking cessation among men and women within a self- guided quit attempt. *Addictive Behaviors*, 45 p.66-69
- Shafey O. et. al. The tobacco atlas, 3rd ed. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2009.
- Tanner, T., Pakkila, J., Karjalainen, K., Kamppi, A., Jarvelin M-R., Patinen, P., Tjaderhane, L & Anttonen, V., 2015. Smoking, alcohol use, socioeconomic background and oral health among young Finnish adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 10
- Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P., 2006. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

- Trigwell, J., McGee, C., Murphy, R., Porcellato, L., Ussher, M., Garnham-Lee, K., Knowles, Z & Fowweather, L., 2017. Process evaluation of a sport- for – health intervention to prevent smoking amongst primary school children: Smoke free sports. BMC Public Health, 15 p. 347
- Vincent, W., Jaddoe, M., Troe, A., Hofman, J., Mackenbach. P., Henriette. A., 2008. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study, Paediatric and Perinatal Epidemiology
- Wang, L & Shannon, M., 2015. Long- Term Health and Medical Cost Impact of Smoking Prevention in Adolescence. Journal of Adolescent Health, 54 p. 160-166
- Ποντίφηκας, Γ., 2006. Μάθετε για το κάπνισμα – η άγνοια σκοτώνει. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παρισιάνου
- Τσαρούχας, Κ., 2007. Κάπνισμα- Η απόλαυση που σκοτώνει. Αθήνα: Εκδόσεις Αλήθεια