

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

**" Η συμβολή των νοσηλευτών στον περιορισμό της χρήσης
καπνού"**

υπό

ΧΛΕΟΥΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΤΡΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Φοιτητές Νοσηλευτικής

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Προπτυχιακού Τίτλου Σπουδών

Ηράκλειο, 2016

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης με αριθμό Πρωτοκόλλου (...) και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων και του Ιδρύματος εν γένει (Ν. 2121 /1993).

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Μαρία Ε. Ρουμπελάκη

Νοσηλεύτρια-Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	12
1. Συστατικά Καπνού.....	12
1.2 Βλαπτικά για την υγεία, συστατικά της καύσης του τσιγάρου.....	13
1.2.1 Νικοτίνη.....	13
1.2.2 Μονοξείδιο του Άνθρακα	15
1.2.3 Πίσσα.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	18
2.1 Επιπτώσεις Καπνίσματος στην υγεία.....	18
2.1.1 Καρκίνος & Κάπνισμα	18
2.1.2 Κάπνισμα & Παθήσεις Αναπνευστικού	25
2.1.3 Κάπνισμα & Καρδιαγγειακές Παθήσεις.....	31
2.2 Κάπνισμα & Κύηση.....	34
2.3 Παθητικό Κάπνισμα.....	37
3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΜΑΣΤΙΓΑ.....	40
3.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία	40
3.1.1 Διεθνώς.....	40
3.1.2 ΗΠΑ.....	42
3.1.3 ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ	43
3.1.4 ΕΛΛΑΔΑ.....	45
3.2 Οικονομικές & Κοινωνικές Επιπτώσεις Καπνίσματος.....	46
3.3 Αντικαπνιστική Εκστρατεία & Αποτελεσματικότητα αυτής.....	49
4. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	54
4.1 Ορισμός & Κριτήρια Αναγνώρισης.....	56

4.2 Εργαλεία Μέτρησης της Εξάρτησης.....	59
4.2.1 Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)	59
4.2.3 Ερωτηματολόγιο CAGE	61
4.2.2 Τεστ των 4Cs	62
4.3 Ψυχολογικοί Παράγοντες & Εξάρτηση	63
4.3.1 Κάπνισμα & Προσωπικότητα.....	65
4.3.2 Κάπνισμα & Ψυχιατρικές Συννοσορότητες.....	67
5. ΠΡΟΛΗΨΗ & ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	70
5.1 Πρόληψη	70
5.2 Κίνητρα για τη Διακοπή Καπνίσματος	72
5.3 Οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος.....	74
6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	77
6.1 Προγράμματα διακοπής καπνίσματος.....	77
6.2 Μη φαρμακευτική Προσέγγιση	81
6.3 Φαρμακευτικές Μέθοδοι Διακοπής Καπνίσματος.....	83
6.3.1 Φαρμακοθεραπείες Πρώτης Γραμμής	84
6.3.2 Φαρμακοθεραπείες Δεύτερης Γραμμής.....	89
6.4 Νέες Τεχνολογίες & Διακοπή Καπνίσματος.....	91
6.5 Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διακοπή Καπνίσματος.....	92
7. Συμβολή των νοσηλευτών στη διακοπή καπνίσματος	94
7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή	94
7.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή καπνίσματος	96
7.2.1 Αξιολόγηση της ετοιμότητας για διακοπή.....	97
7.2.2 Παρέμβαση 5 κυρίων βημάτων (5As)	98
7.2.3 Η Στρατηγική των 5Rs	100
7.3 Επιπολασμός καπνίσματος στους νοσηλευτές & επίδραση στην επιτυχία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος	102
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	107

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κάθε ταξίδι που ξεκινάει, ακόμα κι αν είναι νοητικό, εμπεριέχει κάποια στοιχεία απαρύγκλιτα. Και αυτά δεν είναι άλλα από τον προορισμό, τον κάθε σταθμό, τους συνοδοιπόρους, τις κάθε λογής δοκιμασίες, τα όρια που καλείται κανείς να υπερβεί. Προς το τέλος του ταξιδιού της ακαδημαϊκής μας πορείας, κληθήκαμε να ολοκληρώσουμε και την παρούσα εργασία, ως τελική δοκιμασία που σηματοδοτεί το τέλος των σπουδών μας και την αφετηρία της επαγγελματικής μας ζωής.

Θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε στην καθηγήτρια μας, Δρ. Μαρία Ε. Φουμπελάκη, η οποία με τις πολύτιμες συμβουλές, την αμέριστη υποστήριξη της και τη συνεχή της καθοδήγηση, αποτέλεσε το σημαντικότερο στήριγμα μας, σε αυτή μας την προσπάθεια.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ θα πρέπει να απευθύνουμε στις οικογένειες και στους φίλους μας για την υπομονή και τη στήριξη τους και κυρίως για τα ευθαρρυντικά λόγια και το χαμόγελο τους σε κάθε δύσκολη στιγμή.

Μαρία – Γιάννης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση καπνού εντοπίζεται στην ήπειρο της Αμερικής πριν από τον 6^ο π.Χ. αιώνα, οπότε οι γηγενείς το μασούσαν είτε το κάπνιζαν σε τελετές θρησκευτικής υφής. Ο πρώτος Ευρωπαίος που φέρεται να τον ανακάλυψε ήταν ο Χριστόφορος Κολόμβος, ενώ το 1531 ο καπνός καλλιεργείται για πρώτη φορά στην Ευρώπη.¹ Τα τσιγάρα με την σημερινή τους μορφή εμφανίστηκαν το 1850, ενώ κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα ιδρύονται και επεκτείνονται οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες, ενώ η χρήση του καπνού διαδίδεται ευρέως.^{1,2} Η χρήση του καπνού εκτοξεύτηκε και κατά τη διάρκεια των παγκοσμίων πολέμων, καθώς τσιγάρα μοιράζονταν μαζικά στους στρατιώτες λόγω της ήπιας ναρκωτικής τους επίδρασης και της καταστολής του αισθήματος της πείνας.^{1,2} Μέχρι και το μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα το κάπνισμα θεωρούνταν σημάδι κοινωνικής καταξίωσης, ενώ δεν θεωρούνταν επικίνδυνο για την υγεία, αν και οι εθιστικές του ιδιότητες είχαν ήδη καταγραφεί από μελετητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.^{1,2} Η κατανόηση του γεγονότος ότι ο καπνός μπορεί να προκαλέσει εθισμό αντίστοιχων διαστάσεων με την κοκαΐνη ή άλλες ναρκωτικές ουσίες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως καθυστερημένη, ενώ ο πρώτος που κατέδειξε την νικοτίνη ως καθοριστικό παράγοντα στην εθιστική του δράσης, ήταν ο Lewis Lewin το 1924. Από τη δεκαετία του 1970 και εξής, αθρόες μελέτες κατέδειξαν τον εθιστικό χαρακτήρα του καπνίσματος, το βιολογικό σύνδρομο στέρησης που συνδέεται με τη νικοτίνη, καθώς επίσης τις βλαβερές προεκτάσεις της στην υγεία του ατόμου.²

Το κάπνισμα έχει καταγραφεί ως το πλέον σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο λόγω της σοβαρής απειλής που αποτελεί για την υγεία, όσο και της ραγδαίας εξάπλωσης του. Περίπου 1 δισεκατομμύριο άνδρες και περίπου 250 εκατομμύρια γυναίκες χρησιμοποιούν προϊόντα καπνού καθημερινά, με τους περισσότερους εξ αυτών να επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.^{1,2} Ειδικότερα, το 35% και 50% των ανδρών και το 22% και 9% των γυναικών σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες αντίστοιχα, καπνίζουν.^{3,4} Ο φόρος αίματος από την κατανάλωση καπνού ανέρχεται σήμερα στα 4,9 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο, ενώ αν εξακολουθήσουν να υφίστανται οι σημερινές τάσεις κατανάλωσης, ο αριθμός των θανάτων θα αυξηθεί σε 10 εκατομμύρια έως το 2020, εκ των οποίων το 70% θα εντοπίζεται στις αναπτυσσόμενες χώρες.⁵ Πέραν τούτου, επιπολασμός της χρήσης καπνού αυξάνεται μεταξύ των γυναικών με ιδιαίτερα ανησυχητικούς ρυθμούς. Το κάπνισμα σε μητέρες αυξάνει την επιβάρυνση της υγείας τόσο για τις ίδιες, όσο και για τα παιδιά τους. Οι κίνδυνοι για τα παιδιά ενδέχεται να παρουσιαστούν τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά τη γέννηση, εφόσον το

κάπνισμα των γονέων έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί αναπνευστικά συμπτώματα και μειωμένη ανάπτυξη των πνευμόνων στα παιδιά τους.³

Η κατανάλωση καπνού εξακολουθεί να είναι σταθερά, η κύρια, αποτρέψιμη αιτία θανάτου ανά τον κόσμο. Καθώς η έρευνα και τα ευρήματα συνεχίζουν να δείχνουν τις αρνητικές συνέπειες της κατανάλωσης καπνού στην υγεία και με τον αριθμό των ατόμων που έχουν προσβληθεί να αυξάνεται, ο κατάλογος των παθήσεων που προκαλούνται από την κατανάλωση καπνού έχει αυξηθεί. Τώρα μεταξύ των παθήσεων, που προκαλούνται από το κάπνισμα συγκαταλέγονται ο καταρράκτης, η πνευμονία, η οξεία μυελογενής λευχαιμία, το κοιλιακό αορτικό ανεύρυσμα, ο καρκίνος στομάχου, ο καρκίνος του παγκρέατος, ο καρκίνος του τραχήλου, ο καρκίνος του νεφρού, η περιοδοντίτιδα και άλλες ασθένειες. Οι ασθένειες αυτές έρχονται να ενταχθούν στο γνωστό κατάλογο των ασθενειών που σχετίζονται με τον καπνό, όπως το εμφύσημα, ο καρκίνος του πνεύμονα, οι καρκίνοι διαφόρων οργάνων του σώματος (ήπαρ, ουροδόχος κύστη, οισοφάγος, λάρυγγας, στοματική κοιλότητα, φάρυγγας), χρόνιες πνευμονικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, και βλάβες στο αναπαραγωγικό σύστημα, που επιφέρουν υπογονιμότητα.⁴ Το κάπνισμα δε, αποτελεί το κύριο αίτιο των καρδιαγγειακών νοσημάτων, εφόσον του αποδίδεται το 40% αυτών, με τους καπνιστές να παρουσιάζουν διπλάσια πιθανότητα για καρδιακό επεισόδιο. Παράλληλα, έχει καταδειχθεί ότι σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο το κάπνισμα είναι ένας ιδιαίτερα ισχυρός, ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο.⁶ Το ποσοστό των καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξάνει με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο ημερησίως, καθώς και τη διάρκεια του καπνίσματος. Επιπλέον, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι ρυτίδες και η κατάθλιψη είναι κοινά χαρακτηριστικά που απαντώνται σε καπνιστές. Όταν οι καπνοβιομηχανίες καλούνται να αντικρούσουν τις κατηγορίες για τους θανάτους που αποδίδονται στον καπνό, συνήθως απαντούν ότι «πρόκειται για ενήλικη επιλογή κάποιου να καπνίζει». Παράλληλα οι καπνοβιομηχανίες πάγια υποστηρίζουν, ότι το κοινό γνώριζε πάντα τον κίνδυνο που επιφέρει το κάπνισμα για την υγεία, συνεπώς δεν θα μπορούσε κανείς να τις κατηγορήσει για εκούσια παραπλάνηση του.⁷

Ωστόσο, δεν είναι μόνο εκείνοι που χρησιμοποιούν τα προϊόντα καπνού που εκτίθενται στις αρνητικές επιδράσεις του. Εκατομμύρια άνθρωποι, το ήμισυ των παιδιών παγκοσμίως συμπεριλαμβανομένου, εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα,⁴ το οποίο ορίζεται ως η έκθεση των μη καπνιστών σε προϊόντα καύσης του καπνού σε κλειστό χώρο και το οποίο αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας για τα παιδιά.⁹ Υπάρχουν πειστικά στοιχεία που

συνδέουν το παθητικό κάπνισμα με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου του πνεύμονα και άλλων ασθενειών του αναπνευστικού, λοίμωξης των αφτιών και του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου στα παιδιά. Το παθητικό κάπνισμα είναι ένα πρόβλημα υγείας που απαιτεί την ενεργό προσπάθεια της κοινωνίας.⁴ Η χώρα μας όσον αφορά στο κάπνισμα, διεκδικεί ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη, με υψηλή κατανάλωση σε τσιγάρα τόσο συνολικά όσο και κατ' άτομο, εφόσον υπολογίζεται ότι το 40% των ενηλίκων στην Ελλάδα καπνίζει.^{8,9}

Εκτός από τις ασθένειες που προκαλούνται από την κατανάλωση καπνού και από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, η ίδια εξάρτηση από τον καπνό αποτελεί ασθένεια. Ως μια χρόνια νόσος, που συχνά σχετίζεται με υποτροπές, ο εθισμός στη νικοτίνη απαιτεί την κατάλληλη θεραπεία.⁴ Η δυσκολία στην διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ένα άλλο μείζον πρόβλημα υγείας. Η νικοτίνη, που απορροφάται μαζικά από την κυψελιδική επιφάνεια και γρήγορα διαχέεται στο πλάσμα, φθάνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπου προσδένεται σε συγκεκριμένους υποδοχείς. Αυτό εξηγεί την ψυχοδραστική φύση της νικοτίνης, που παράγει ευφορία. Επιπλέον, έχει δειχθεί ότι ο εθισμός από τη νικοτίνη, στηρίζεται αφενός στη δράση της στο νευρικό σύστημα και αφετέρου στις συνήθειες του ατόμου ή την κοινωνική συμπεριφορά.³

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός, ότι παρά τα όσα γνωρίζουμε για τον καπνό σήμερα, η κατανάλωση καπνού συνεχίζει να αυξάνεται σε όλο τον κόσμο, με την επιδημία να εξακολουθεί να επεκτείνεται, ιδιαίτερα στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Η καπνοβιομηχανία έχει μια τεράστια εν δυνάμει αγορά στις χώρες αυτές, όπου αντιμετωπίζει ασθενέστερα μέτρα ελέγχου κατά του καπνού και όπου μπορεί να βρει έναν μεγάλο αριθμό πιθανών νέων πελατών, και ιδίως μεταξύ των γυναικών.⁴ Είναι απαραίτητο να αναληφθεί δράση, προκειμένου να αποτραπεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Οι κυβερνήσεις και οι νομοθέτες έχουν σίγουρα διαδραματίσει ένα ρόλο προς αυτού την κατεύθυνση, αλλά δεν είναι οι μόνοι. Η κοινωνία στο σύνολό της πρέπει να συμμετάσχει στον αγώνα κατά του καπνίσματος και εντός της κοινωνίας, μια ομάδα επαγγελματιών καλείται να διαδραματίσει κομβικό ρόλο, εφόσον ασκούν το επάγγελμα τους σε ένα νευραλγικό τομέα- την υγεία.^{3,4}

Η πρόληψη κατά του καπνίσματος είναι ένα κρίσιμο ζήτημα και οι επαγγελματίες της υγείας, ιδιαίτερα οι ιατροί και οι νοσηλευτές, καταλαμβάνουν ένα σημαντικό ρόλο στο να βοηθήσουν τους καπνιστές να αντιληφθούν πλήρως τις συνέπειες του καπνίσματος για την υγεία τους και τη

ζωή τους.³ Απολαμβάνουν της εμπιστοσύνης του πληθυσμού, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και των ηγετών και οι φωνές τους εισακούγονται σε ένα ευρύ φάσμα πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών forum. Σε ατομικό επίπεδο, μπορούν να εκπαιδεύσουν τον πληθυσμό αναφορικά με τους κινδύνους που ελλοχεύει η χρήση καπνού και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, ενώ παράλληλα μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές να ξεπεράσουν τον εθισμό τους. Σε επίπεδο κοινότητας οι επαγγελματίες της υγείας, μπορούν να δράσουν ως εισηγητές ή υποστηρικτές κάποιων μέτρων, με το να αναμειχθούν επί παραδείγματι σε προσπάθειες για την προαγωγή των χώρων εργασίας, όπου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα ή για τη διεύρυνση της διαθεσιμότητας των πόρων για την προαγωγή της διακοπής του καπνίσματος.⁴

Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που καπνίζουν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ κάνουν και κάποιες ενέργειες προς αυτήν την κατεύθυνση. Οι διάφορες ενημερωτικές καμπάνιες μέσω των μαζικών μέσων ενημέρωσης, να μεν παρακινούν και παρέχουν κίνητρο στους καπνιστές να διακόψουν, αλλά από την άλλη εμφανίζονται σχετικά αναποτελεσματικές. Η παροχή συμβουλευτικής όμως από γενικούς ιατρούς, εμφανίζεται αποτελεσματικότερη εφόσον με απλές προσθήκες στη λεκτική παροχή συμβουλών όπως τα ενημερωτικά φυλλάδια, την επίδειξη εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα και την τσίχλα νικοτίνης μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά την επιτυχία της, αν οι προσθήκες αυτές χρησιμοποιηθούν σωστά. Συνεπώς η πρωτοβάθμια φροντίδα αναγνωρίζεται ευρέως ως ζωτικής σημασίας στην προώθηση της υγείας γενικότερα, και στη διακοπή του καπνίσματος ειδικότερα. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις και ιδιαίτερα στα πλαίσια προγραμμάτων περιορισμού του καπνίσματος σε ασθενείς νοσοκομείων, δεν είναι πλέον ο ιατρός, αλλά οι νοσηλευτές αυτοί, που προσφέρουν το μεγαλύτερο μέρος της προληπτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων ερωτήσεων και συμβουλών προς τους ασθενείς αναφορικά με το κάπνισμα, ως μέρος ελέγχων υγείας, που είναι ευρέως διαδεδομένοι.¹⁰ Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν καλύτερη ανταπόκριση σε συμβουλές που παρέχονται από επαγγελματίες της υγείας, και οι νοσηλευτές ιδιαίτερα βρίσκονται στην ιδανική θέση προκειμένου να παράσχουν συμβουλευτική για το κάπνισμα στους ασθενείς τους.¹¹ Παρόλα αυτά οι καπνιστές επαγγελματίες υγείας δίνουν ένα ασυνεπές και αντιφατικό παράδειγμα στους καπνιστές ασθενείς, υπονομεύοντας τρόπον τινά την αποτελεσματικότητα της αντικαπνιστικής συμβουλευτικής.^{3,10,11} Επιπρόσθετα, μελέτες έχουν δείξει ότι νοσηλευτές που καπνίζουν είναι περισσότερο απίθανο να συμμετέχουν σε συμβουλευτική για την προαγωγή της υγείας των

καπνιστών ασθενών τους, σε σχέση με τους συναδέλφους τους ιατρούς, που είναι μη καπνίζοντες.^{11, 12}

Δεδομένου ότι η διακοπή του καπνίσματος και οι στρατηγικές που στοχεύουν στην πρόληψη, παρέχουν πραγματικά τεράστιες δυνατότητες για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, είναι εύλογο ότι η ίδια η υγειονομική ομάδα οφείλει να εκπαιδευτεί προκειμένου να εφαρμόζει αποτελεσματικές στρατηγικές προσεγγίσεις, που πραγματικά θα βοηθούσαν τους καπνιστές όχι μόνο να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά και να παρέχουν κίνητρα και ενημέρωση στα άτομα που δεν επιθυμούν να το διακόψουν. Εντύπωση πάντως προκαλεί ότι, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα κράτη έχουν λάβει μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος, εντούτοις εκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να ταλαιπωρούνται καθημερινά από τις επιπτώσεις, που αυτό επιφέρει. Η κατάσταση αυτή πλήττει δραστικά το προσδόκιμο επιβίωσης, καθώς και την ποιότητα ζωής τους, εφόσον τα οφέλη που απορρέουν από τη διακοπή του καπνίσματος μόνο ως τεράστια θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν.¹¹Ειδικότερα στην χώρα μας δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση αναφορικά με την χρήση καπνού. Παράλληλα, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα εξαιτίας των υψηλών ποσοστών χρήσης καπνού που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους. Το εν λόγω πρόβλημα επιβαρύνεται περαιτέρω από την ελλιπή οργάνωση και ανάπτυξη του τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, πράγμα που αναπόφευκτα οδηγεί στην έλλειψη συμβουλευτικής παραίνεσης τόσο από τους ιατρούς όσο και απ' την κοινωνία.

Με δεδομένη τη σημαντικότητα του ζητήματος, σκοπός της παρούσας περιγραφικής ανασκοπικής εργασίας είναι η διερεύνηση της συμβολής των νοσηλευτών στον περιορισμό της χρήσης του καπνού. Παράλληλα, τίθενται επιμέρους στόχοι όπως η καταγραφή του περιεχόμενου ενός προγράμματος περιορισμού του καπνίσματος σε ασθενείς νοσοκομείων, η διερεύνηση των μεθόδων για επαρκή και συνεχή ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα και η υπογράμμιση της ανάγκης για επιχορήγηση της αντικαπνιστικής εκστρατείας, που είναι απαραίτητη για την ενθάρρυνση για μια ποιοτική ζωή χωρίς τσιγάρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Συστατικά Καπνού

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα τοξικό μείγμα από περισσότερες από 5.000 χημικές ενώσεις^{13,14}, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία, ενώ 40 από αυτές αποτελούν εγνωσμένες, καρκινογόνες για τον άνθρωπο, ουσίες.⁸ Ο καπνός προέρχεται από δυο πηγές, από το τσιγάρο το οποίο και καίγεται –εξαιτίας αυτού υπάρχει το μεγαλύτερο μέρος καπνού σε κλειστούς χώρους- και από τον εκπνεόμενο καπνό από τον καπνιστή. Ο καπνός του τσιγάρου, που καίγεται περιέχει 2–3 φορές περισσότερο επιβλαβείς χημικές ουσίες από τον καπνό της εκπνοής του καπνιστή, δεδομένου ότι αυτός δεν φιλτράρεται από το φίλτρο του τσιγάρου.⁸ Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα πολύπλοκο αερόλυμα, που αποτελείται από μια φάση ατμού και μια φάση σωματιδίων.^{13,14} Η σωματιδιακή φάση, ή η κοινώς λεγόμενη πίσσα ορίζεται ως το υλικό, το οποίο παγιδεύεται όταν το ρεύμα καπνού διέλθει μέσω του φίλτρου υαλοβάμβακα Cambridge, το οποίο και συγκρατεί το 99.9% όλου του σωματιδιακού υλικού με μέγεθος >0.1μm.¹⁴ Η ατμώδης φάση αποτελείται από το υλικό που διέρχεται μέσα από το φίλτρο.^{13,14} Τα κύρια συστατικά της ατμώδους φάσης περιλαμβάνουν μονοξειδίο του άνθρακα, ακεταλδεΐδη, φορμαλδεΐδη, ακρολεΐνη, οξείδια του αζώτου και διοξειδίου του άνθρακα, ενώ η νικοτίνη και διάφορα σωματίδια θέματα (συλλογικά γνωστά ως " πίσσα ") αποτελούν τα κύρια συστατικά της σωματιδιακής φάσεως του καπνού του τσιγάρου.¹³ Η σωματιδιακή φάση του τσιγάρου περιλαμβάνει >10¹⁷ ελεύθερες ρίζες/g, και η ατμώδης φάση περιέχει >10¹⁵ ελεύθερες ρίζες/ρουφηξιά. Οι ρίζες που σχετίζονται με τη σωματιδιακή φάση έχουν μακρά διάρκεια ζωής (ώρες ή μήνες), ενώ οι ρίζες που συνδέονται με την αέρια φάση έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής (δευτερόλεπτα).¹⁴

Οι όροι που χρησιμοποιούνται συχνά για να περιγράψουν τον προερχόμενο από το τσιγάρο, καπνό, είναι το κύριο ρεύμα καπνού, το πλευρικό ρεύμα καπνού και ο παθητικός ή περιβαλλοντικός καπνός. Ο καπνός που εισπνέεται μέσω του τσιγάρου στην στοματική κοιλότητα ενός ενεργητικού καπνιστή, αποτελεί το γνωστό κύριο ρεύμα καπνού. Το πλευρικό ρεύμα είναι ο καπνός που εκλύεται από το φλεγόμενο άκρο του τσιγάρου.^{13,14} Το κύριο ρεύμα καπνού εμπεριέχει 8% πίσσα και 92% αεριώδη συστατικά.¹⁴ Ο περιβαλλοντικός καπνός προέρχεται από το συνδυασμό πλευρικού ρεύματος καπνού (85%) και ένα μικρό κλάσμα εκπνεόμενου κύριου ρεύματος καπνού (15%) από τους καπνιστές. Το πλευρικό ρεύμα καπνού του τσιγάρου, χαρακτηρίζεται από μια σχετικά υψηλότερη συγκέντρωση τοξικών αεριοδών

συστατικών, από τον καπνό του κυρίου ρεύματος.^{13,14} Από όλα τα γνωστά συστατικά, η νικοτίνη, ένα συστατικό της σωματιδιακής φάσης, είναι η εθιστική εκείνη, ουσία, που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου.

1.2 Βλαπτικά για την υγεία, συστατικά της καύσης του τσιγάρου

1.2.1 Νικοτίνη

Η νικοτίνη, ένα από τα πλέον μελετημένα συστατικά του τσιγάρου, είναι ένα ισχυρό διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος, ενώ κάθε ρουφηξιά περιέχει περίπου 50 Ιg της ουσίας.¹³ Η νικοτίνη απομονώθηκε πρώτη φορά, από τον καπνό του τσιγάρου από τους Γερμανούς γιατρούς Wilhelm Heinrich Posselt και Karl Ludwig Reimann. Αποτελεί δε, ένα ισχυρό αλκαλοειδές, το οποίο στην καθαρή του μορφή είναι ένα διαυγές υγρό με χαρακτηριστική οσμή. Το χρώμα της μεταβάλλεται σε καφέ κατά την έκθεση της στον αέρα. Είναι διαλυτή στο νερό, ενώ πρόκειται για μια αμίνη που αποτελείται από δακτυλίους πυριδίνης και πυρρολιδίνης. Είναι μια διβασική ένωση, με τη διαθεσιμότητα και την απορρόφηση της στο ανθρώπινο σώμα, να εξαρτώνται από το pH του διαλύματος. Η απορρόφηση γίνεται είτε μέσω του βλεννογόνου του στόματος, των πνευμόνων, του δέρματος ή του εντέρου, ενώ απορροφάται και μεταβολίζεται από το ήπαρ και αποβάλλεται στον ιδρώτα ή τα ούρα. Μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου δείχνουν ότι η νικοτίνη αυξάνει έντονα τη δραστηριότητα στον προμετωπιαίο φλοιό και στα οπτικά συστήματα, ενώ εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για την υγεία. Αξίζει να αναφερθεί, ότι η νικοτίνη χρειάζεται μόλις 6 δευτερόλεπτα να φτάσει στον εγκέφαλο. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών, αναπνευστικών, γαστρεντερικών διαταραχών, σε συνδυασμό με μειωμένη ανοσολογική απόκριση και επιπτώσεις στην αναπαραγωγική υγεία. Επηρεάζει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, το οξειδωτικό στρες, την απόπτωση, την μετάλλαξη του DNA με διάφορους μηχανισμούς, που οδηγούν στον καρκίνο. Επίσης, επηρεάζει τον πολλαπλασιασμό και την μετάσταση των όγκων και προκαλεί αντίσταση σε θεραπευτικούς παράγοντες της χημειοθεραπείας και ραδιοθεραπείας.¹⁵

Η νικοτίνη κατά την άμεση εφαρμογή σε ανθρώπους προκαλεί ερεθισμό και αίσθηση καψίματος στο στόμα και το λαιμό, αυξημένη έκκριση σιέλου, ναυτία, κοιλιακό άλγος, εμετό και διάρροια. Οι γαστρεντερικές επιπτώσεις είναι λιγότερο σοβαρές, αλλά μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και μετά από δερματική και αναπνευστική έκθεση. Τα κυρίαρχα άμεσα αποτελέσματα, όπως προκύπτει από μελέτες σε ζώα και σε ανθρώπους, συνίστανται στην αύξηση των

καρδιακών παλμών και της αρτηριακής πίεσης. Η νικοτίνη επίσης προκαλεί μία αύξηση στα ελεύθερα λιπαρά οξέα στο πλάσμα, υπεργλυκαιμία, και την αύξηση του επιπέδου των κατεχολαμινών στο αίμα.¹⁶ Υπάρχει μειωμένη στεφανιαία ροή του αίματος, αλλά μια αυξημένη ροή αίματος των σκελετικών μυών.¹⁶ Ο αυξημένος ρυθμός της αναπνοής προκαλεί υποθερμία, μια κατάσταση υπερπηκτικότητας, μειώνει τη θερμοκρασία του δέρματος και αυξάνει το ιξώδες του αίματος. Η νικοτίνη είναι ένα από τα τοξικότερα δηλητήρια και έχει ταχεία έναρξη δράσεως. Εκτός από τις τοπικές δράσεις, τα όργανα- στόχοι είναι το περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα.¹⁵

Η νικοτίνη αποτελεί ένα από τους πλέον εθιστικούς παράγοντες. Ο Γενικός Χειρουργός των ΗΠΑ (US General Surgeon 2010) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νικοτίνη είναι τόσο εθιστική όσο η κοκαΐνη ή η ηρωίνη. Η διέγερση των nAChRs με νικοτίνη, έχει βιολογικές επιδράσεις σε κύτταρα σημαντικά για την έναρξη και την εξέλιξη του καρκίνου. Προωθεί την ογκογένεση επηρεάζοντας τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, την αγγειογένεση και διάφορα αποπτωτικά μονοπάτια. Οι οξείες αιμοδυναμικές επιδράσεις του καπνίσματος ή των προϊόντων καπνού χωρίς καύση, προκαλούνται κυρίως από την συμπαθομιμητική δράση. Η ένταση της αιμοδυναμικής δράση της είναι μεγαλύτερη με την ταχεία μεταφορά της νικοτίνης. Η νικοτίνη προκαλεί απελευθέρωση κατεχολαμινών τόσο τοπικά όσο και συστηματικά, οδηγώντας σε αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συσταλτικότητας^{13,17} και σε διέγερση του αυτόνομου συστήματος. Συνεχής διέγερση με νικοτίνη μπορεί να συμβάλλει στην στεφανιαία αγγειακή νόσο, παράγοντας οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου, ενώ με την παρουσία της στεφανιαίας νόσου, η δυσλειτουργία του μυοκαρδίου μπορεί να επιδεινωθεί. Υπάρχει αυξημένη σύνθεση γλυκογόνου λόγω διέγερσης α-αδρενεργικών υποδοχέων, πράγμα που οδηγεί σε μείωση των επιπέδων γλυκόζης νηστείας του αίματος. Προκαλεί επίσης λιπώλυση μειώνοντας έτσι το σωματικό βάρος. Η νικοτίνη επηρεάζει την αντίσταση στην ινσουλίνη και προδιαθέτει για μεταβολικό σύνδρομο. Σε μια μελέτη σε ζώα με προγεννητική έκθεση στην ουσία, αυτή εμφανίστηκε ως τοξική προς τα παγκρεατικά β-κύτταρα, οδηγώντας σε μειωμένο πληθυσμό Β κυττάρων και αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο διαβήτη.¹⁵

Οι επιδράσεις της νικοτίνης στο αναπνευστικό σύστημα είναι διττές. Η πρώτη προκαλείται απευθείας από μια τοπική έκθεση των πνευμόνων σε νικοτίνη μέσω του καπνίσματος ή εισπνεόμενη νικοτίνη, και η δεύτερη μέσω ενός κεντρικού μηχανισμού στο νευρικό σύστημα. Η νικοτίνη παίζει ένα ρόλο στην ανάπτυξη του εμφυσήματος στους καπνιστές, με τη μείωση της

ελαστίνης στο πνευμονικό παρέγχυμα και την αύξηση του κυψελιδικού όγκου. Συνεπώς, η νικοτίνη πέρα από τη θεμελιώδη αιτία εθισμού για τους καπνιστές, επηρεάζει δυσμενώς πολλά όργανα. Οι βιολογικές επιδράσεις της είναι ευρέως διαδεδομένες και επεκτείνονται σε όλα τα συστήματα του σώματος, συμπεριλαμβανομένου του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, και του αναπαραγωγικού συστήματος.¹⁵

1.2.2 Μονοξείδιο του Άνθρακα

Το CO είναι ένα άχρωμο, άοσμο αέριο που αποτελεί προϊόν ατελούς καύσεως, και που εντοπίζεται σε πολλές πηγές π.χ. στα καυσαέρια των αυτοκινήτων και στον καπνό από την καύση των προϊόντων καπνού. Όταν εισπνέεται μπορεί να είναι επικίνδυνο για την υγεία κάποιου, ωστόσο, επειδή δεν ερεθίζει τις μεμβράνες της μύτης, τα μάτια, ή δεν προκαλεί βήχα, πολλές φορές δεν μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό. Σε μικρές δόσεις είναι σχετικά ακίνδυνο, αλλά μεγάλες δόσεις προκαλούν πονοκεφάλους, ναυτία και έμετο, ενώ θα μπορούσαν επίσης να οδηγήσουν σε κώμα και θάνατο.¹⁸

Το CO που εισπνέεται από τον ατμοσφαιρικό αέρα, επί της ουσίας τροποποιεί τις φυσικές διαδικασίες της αναπνοής. Το CO έρχεται να συνδυαστεί με την αιμοσφαιρίνη στα ερυθρά αιμοσφαίρια 230 φορές ταχύτερα από ό, τι το οξυγόνο.¹⁸ Ως εκ τούτου, όταν το αέριο βρίσκεται στους πνεύμονες τα ερυθρά αιμοσφαίρια το δεσμεύουν πριν από το οξυγόνο, εμποδίζοντας έτσι, την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο στα κύτταρα του σώματος. Το κάπνισμα μειώνει σημαντικά την ποσότητα του οξυγόνου που προσλαμβάνεται από το σώμα, ενώ αυτή η έλλειψη οξυγόνου μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη σκλήρυνσης στις αρτηρίες.¹⁹ Τα συμπτώματα της έκθεσης σε μονοξείδιο του άνθρακα ενδέχεται να ομοιάζουν με αυτά της κοινής γρίπης και περιλαμβάνουν κόπωση, κεφαλαλγία, ζάλη, ναυτία και έμετο, διανοητική σύγχυση, και ταχύ καρδιακό ρυθμό. Ανάλογα με το επίπεδο της έκθεσης, το μονοξείδιο του άνθρακα μπορεί να είναι άμεσα θανατηφόρο. Μακροχρόνια, η έκθεση εγκύων σε χαμηλά επίπεδα CO δύναται να τραυματίσει το αναπτυσσόμενο έμβryo.¹⁹ Αξίζει να αναφερθεί ότι η αμεσότερη ωφέλεια που προκύπτει από την διακοπή του καπνίσματος, είναι η ραγδαία πτώση του επιπέδου του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα, εντός μόλις, 12 ωρών.¹⁸

Το μονοξείδιο του άνθρακα θεωρείται ως ο ύποπτος, που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις προκαλούμενες από το τσιγάρο καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχουν επιδημιολογικά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι, που εκτίθενται σε υψηλές συγκεντρώσεις CO εμφανίζουν

μεγαλύτερη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα, σε σχέση με το αναμενόμενο ποσοστό του πληθυσμού, ενώ παράλληλα έχει αναφερθεί μια θετική συσχέτιση μεταξύ των συγκεντρώσεων CO στον ατμοσφαιρικό αέρα και των καρδιαγγειακών περιστατικών. Ο κύριος μηχανισμός με τον οποίο το CO προκαλεί καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η παραγωγή της υποξίας. Τα αποτελέσματα του CO είναι εντονότερα στο μυοκάρδιο από ότι σε περιφερικούς ιστούς, λόγω των πολύ υψηλών επιπέδων εξαγωγής οξυγόνου από το μυοκάρδιο, όταν αυτό βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας.²⁰

Επιπρόσθετα, η έκθεση σε CO έχει εμπλακεί στη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Αρτηρίες που διαχύθηκαν με CO εμφάνισαν υψηλότερη πρόσληψη της χοληστερόλης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η βλάβη του αγγειακού τοιχώματος έχει συνδεθεί τόσο με ανώμαλη διήθηση των λιπιδίων, όσο και αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών. Είναι εγνωσμένο ότι σε ανθρώπους, το CO συνεπάγεται επιβλαβείς επιδράσεις στην παρουσία ισχαιμικής καρδιακής ή περιφερικής αγγειακής νόσου. Τα άτομα με ισχαιμική καρδιακή νόσο παρουσιάζουν μείωση στην ικανότητα άσκησης και ένα κατώτερο όριο για ισχαιμία μετά από έκθεση σε χαμηλά επίπεδα CO, που είναι συγκρίσιμα με εκείνα που παρατηρήθηκαν σε ελαφρούς έως μέτριους καπνιστές. Οι αιμοδυναμικές και ορμονικές επιδράσεις του CO είναι λιγότερο σαφείς. Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα ενισχύει τη συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων και τη θρόμβωση, αλλά τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αμφιλεγόμενα.²⁰

Η φλεγμονή φαίνεται να διαδραματίζει ένα ρόλο στην παθοφυσιολογία της στεφανιαίας νόσου.¹⁴ Η πρωτεΐνη CRP είναι ένα αντιδραστήριο οξείας φάσης, που αντανακλά τη φλεγμονώδη δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και αποτελεί προγνωστικό δείκτη του κινδύνου μελλοντικών καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ενώ το κάπνισμα συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα της.²¹ Η έκθεση σε CO, μπορεί επίσης να επηρεάσει μια φλεγμονώδη απόκριση στο κάπνισμα. Έτσι, αν και υπάρχουν πειστικά στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους ότι το CO μπορεί να επιδεινώσει την ισχαιμική καρδιακή νόσο, οι οξείες αιμοδυναμικές και ορμονικές επιδράσεις του CO είναι λιγότερο σαφείς.^{13,14,20}

1.2.3 Πίσσα

Η πίσσα, όπως προαναφέρθηκε, περιγράφει τη σωματιδιακή ύλη που εισπνέεται, όταν ο καπνιστής ρουφάει από ένα αναμμένο τσιγάρο. Κάθε σωματίδιο αποτελείται από μια μεγάλη ποικιλία οργανικών και ανόργανων χημικών που απαρτίζεται κυρίως από άζωτο, οξυγόνο,

υδρογόνο, διοξείδιο του άνθρακα, μονοξείδιο του άνθρακα, και ένα ευρύ φάσμα πτητικών και ημιπτητικών οργανικών χημικών. Στη συμπυκνωμένη μορφή της, η πίσσα είναι η κολλώδης καφέ ουσία, που μπορεί να λεκιάσει τα δάχτυλα και τα δόντια των καπνιστών με αυτό το χαρακτηριστικό κίτρινο- καφέ χρώμα, καθώς επίσης λεκιάζει τον πνευμονικό ιστό.²²

Μεταξύ των καρκινογόνων ή διεγερτών ογκογένεσης, που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου δύο είναι οι κύριες κατηγορίες: οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες και οι ειδικές προς τον καπνό νιτροζαμίνες. Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες είναι μια ομάδα, που συνιστάται από πάνω από 100 διαφορετικές οργανικές χημικές ουσίες που σχηματίζονται από την ατελή καύση οργανικών ενώσεων. Ορισμένες από αυτές έχουν αναγνωριστεί ως καρκινογόνες, μεταλλαξιογόνες ή τερατογόνες. Υψηλή έκθεση σε πολυαρωματικούς υδρογονάνθρακες κατά την κύηση έχει συσχετιστεί με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης και το παιδικό άσθμα, καθώς και ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τη γέννηση, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών δυσπλασιών και βλαβών στο DNA.²³

Το βενζοπυρένιο, είναι ένα από τα ισχυρότερα, και μάλιστα το πρώτο καρκινογόνο χημικό, που απομονώθηκε²³, ενώ είναι ένας εξέχων πολυκυκλικός αρωματικός υδρογονάνθρακας, που περιέχεται στην πίσσα.²² Υπό φυσιολογικές συνθήκες, όταν εισπνέουμε αέρα από τη μύτη και το στόμα, ο αέρας περνά από την τραχεία και τους βρόγχους στους πνεύμονες. Οι κροσσοί, οι οποίοι αποτελούνται από μικρές τρίχες και βλέννα (ένα κολλώδες υγρό που εντοπίζεται επίσης στη μύτη) βοηθούν στον καθαρισμό του αέρα, καθώς αυτός κινείται προς τα κάτω και μέσα στους πνεύμονες. Οι κροσσοί αφαιρούν μικρά κομμάτια από βρωμιά, σκόνη και πάσης φύσεως μικρόβια.^{24,25} Το βενζοπυρένιο ερεθίζει τον βρογχικό βλεννογόνο και επιφέρει σπασμό στα βρογχόλια, βήχα και παραγωγή βλέννας. Τα τοξικά συστατικά, που εμπεριέχονται στην πίσσα οδηγούν σε παράλυση των κροσσών των κυλινδρικών κυττάρων στο βρογχικό επιθήλιο, εμποδίζοντας τρόπον τινά, την απόχρεμψη και τον καθαρισμό των βρόγχων από τις διάφορες ερεθιστικές ουσίες. Με την παράλυση των κροσσωτών κυττάρων από την πίσσα, εισέρχονται με μεγαλύτερη ευχέρεια σκόνη και μικρόβια στους πνεύμονες, πράγμα που αυξάνει την εκκρινόμενη βλέννα, η οποία σταδιακά εξελίσσεται σε λοίμωξη του αναπνευστικού και νοσηρότητα στον οργανισμό του καπνιστή, εν γένει. Η πίσσα ευθύνεται περίπου για το ήμισυ των χρόνιων βρογχίτιδων.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Επιπτώσεις Καπνίσματος στην υγεία

2.1.1 Καρκίνος & Κάπνισμα

Παρά το γεγονός ότι το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αποτρέψιμη αιτία θανάτου παγκοσμίως, πραγματικά απορία προκαλεί το γεγονός ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος εξακολουθεί να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Ενδεικτικό είναι ότι το κάπνισμα ευθύνεται για το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο. Οι καπνιστές δε, δεν πεθαίνουν μόνο από τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά επίσης από καρκίνους του στοματοφάρυγγα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του παγκρέατος, του στομάχου, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως, του παχέος εντέρου, του ορθού και του αίματος (λευχαιμία).^{24,27} Οι γυναίκες που καπνίζουν πάνω από 15 τσιγάρα τη ημέρα, διπλασιάζουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Πέραν του καρκίνου του πνεύμονα, 1 στους 3 καρκίνους αποδίδεται στο κάπνισμα.²⁴ Έρευνες καταδεικνύουν ότι η χρήση καπνού, που δεν καίγεται φέρεται ως επικίνδυνη για την υγεία, ενώ μπορεί να προκαλέσει σε εθισμό στη νικοτίνη. Ο καπνός, η χρήση του οποίου δεν συνεπάγεται καύση (π.χ. μασώμενος), περιλαμβάνει τουλάχιστον 28 καρκινογόνα και προκαλεί στοματικό, παγκρεατικό και οισοφαγικό καρκίνο, ενώ οι χρήστες του παρουσιάζουν 80% υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του στόματος, και 60% υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παγκρέατος και του οισοφάγου, αντίστοιχα. Ευρήματα διάφορων ερευνών υπογραμμίζουν ότι τα επίπεδα του καρκινογόνου ΝΚΚ στα προϊόντα αυτά καπνού, είναι συγκρίσιμα με εκείνα στα τσιγάρα, και ότι οι συγκεντρώσεις νικοτίνης και τα επίπεδα νιτροζαμινών είναι υψηλότερα στους χρήστες τους, από ότι στα άτομα που καπνίζουν συμβατικά τσιγάρα.²⁷

2.1.1.1 Καρκίνος του Πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πιο κοινή αιτία θανάτων από καρκίνο στον κόσμο και 1,2 εκατομμύρια άνθρωποι διαγιγνώσκονται με αυτόν, κάθε χρόνο. Σε πληθυσμούς όπου ο καπνός έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και για πολύ καιρό (π.χ. μεταξύ των ανδρών στις αναπτυγμένες χώρες) το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 90% των περιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα. Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα αυξάνει ανάλογα με τη διάρκεια του καπνίσματος και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει σε καθημερινή βάση το άτομο. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο

για το 87% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα (90% στους άνδρες, 80% στις γυναίκες).^{24,27} Από το 1987, ο καρκίνος του πνεύμονα έχει αναρριχηθεί σε πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες, εφόσον μεταξύ 1960 και 1990, οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 500%. Πάνω από 158.000 άνδρες και γυναίκες αναμένεται να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα το 2016. Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, οι άνδρες και οι γυναίκες που καπνίζουν, έχουν 25 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα. Οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε σχετικά νεαρή ηλικία, γενικά ως έφηβοι, πριν να εκτιμήσουν πλήρως την εθιστική δύναμη των τσιγάρων και γενικά τα ζητήματα που αφορούν στη θνησιμότητα. Η νικοτίνη, ίσως σε συνέργια με άλλα συστατικά, που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, είναι εξαιρετικά εθιστική, αν και όχι καρκινογόνα. Αλλά κάθε ρουφηξιά οδηγεί στην απορρόφηση από τον οργανισμό, ενός μίγματος καρκινογόνων και τοξικών ουσιών, μαζί με τη νικοτίνη.²⁸

Τα περισσότερα καρκινογόνα στον καπνό του τσιγάρου λειτουργούν ως υποστρώματα για ένζυμα που μεταβολίζουν φάρμακα όπως τα κυτοχρώματα P450, τις S-τρανσφεράσες γλουταθειόνης, και τις τρανσφεράσες UDP- glucuronosyl, τα οποία καταλύουν τη μετατροπή τους σε πιο υδατοδιαλυτές μορφές που αποτοξινώνονται και μπορούν να αποβληθούν εύκολα. Αλλά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής, παράγονται αντιδραστικά ενδιάμεσα όπως καρβοκατιόντα ή εποξειδία και αυτές οι ηλεκτρόφιλες ενώσεις μπορεί να αντιδράσουν με πυρηνόφιλες περιοχές στο DNA, όπως το άζωτο ή άτομα οξυγόνου της δεοξυγουανωσίνης και άλλες βάσεις DNA. Το αποτέλεσμα είναι ο σχηματισμός DNA συμπλόκων, που είναι κρίσιμα στη διαδικασία της καρκινογένεσης. Γνωρίζουμε ότι τα σύμπλοκα DNA είναι σημαντικά, διότι η εξέλιξη έχει υπαγορεύσει την ανάπτυξη των ενζύμων επιδιόρθωσης του DNA, που μπορούν να επιδιορθώσουν κατεστραμμένο DNA. Άτομα με σπάνια σύνδρομα στα οποία η επιδιόρθωση του DNA είναι ανεπαρκής, όπως η Xeroderma Pigmentosum, είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε ανάπτυξη καρκίνου. Εάν τα DNA σύμπλοκα παραμένουν μη επιδιορθωμένα, μπορούν να προκαλέσουν εσφαλμένη κωδικοποίηση κατά τη διάρκεια της αντιγραφής του DNA, καθώς οι πολυμεράσες παράκαμψης καταλύουν την ένθεση λάθος βάσης απέναντι από το σύμπλοκο. Το αποτέλεσμα είναι μια μόνιμη μετάλλαξη. Εάν αυτή η μετάλλαξη συμβαίνει σε μια κρίσιμη περιοχή ενός ογκογονιδίου όπως το KRAS ή ενός ογκοκατασταλτικού γονιδίου όπως το TP53, το αποτέλεσμα είναι αναμφισβήτητα η απώλεια των φυσιολογικών μηχανισμών ελέγχου της κυτταρικής ανάπτυξης και η ανάπτυξη του καρκίνου.^{28,29,30}

Ορισμένα συστατικά του καπνού, όπως η νικοτίνη και οι ειδικές προς τον καπνό νιτροζαμίνες, προσδένονται άμεσα σε κυτταρικούς υποδοχείς χωρίς διαδικασία μεταβολικής ενεργοποίησης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ενεργοποίηση των Akt, PKA και άλλων οδών οι οποίες μπορούν να συνεισφέρουν στην διαδικασία της καρκινογένεσης. Επιπλέον, ο καπνός του τσιγάρου περιέχει ενώσεις, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονή με αποτέλεσμα ένα ενισχυμένο πολλαπλασιασμό πνευμονοκυττάρων, καθώς και συν-καρκινογόνα, προαγωγούς όγκου, επαγωγείς της οξειδωτικής βλάβης και μεθυλίωση προαγωγού γονιδίου, διαδικασίες που αναμφίβολα συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα.^{28,30}

2.1.1.2 Καρκίνος Οισοφάγου

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι μια ασθένεια, στην οποία κακοήθη (καρκινικά) κύτταρα σχηματίζονται στους ιστούς του οισοφάγου. Ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας, που κινεί τα τρόφιμα και τα υγρά από το λαιμό προς το στομάχι. Οι πιο κοινοί τύποι καρκίνου του οισοφάγου είναι το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων και το αδενοκαρκίνωμα. Το πλακώδες καρκίνωμα αρχίζει σε επίπεδα επιθηλιακά κύτταρα του οισοφάγου. Το αδενοκαρκίνωμα κάνει την εκκίνηση του στα κύτταρα, που παράγουν και απελευθερώνουν βλέννα και άλλα υγρά. Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ ως τους κύριους παράγοντες κινδύνου για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του οισοφάγου ή τον απροσδιόριστο καρκίνο του οισοφάγου, συνήθως με μια μονοτονική και ισχυρή σχέση δόσης-απόκρισης.³¹

Το κάπνισμα και η βαριά χρήση αλκοόλ, αυξάνει τον κίνδυνο οισοφαγικού καρκινώματος των πλακωδών κυττάρων. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και ο οισοφάγος Barrett ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Ο καρκίνος του οισοφάγου συχνά διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο, εφόσον δεν υπάρχουν πρώιμα σημάδια ή συμπτώματα.³²

2.1.1.3 Καρκίνος Λάρυγγα & Στοματοφάρυγγα

Ο καρκίνος του λάρυγγα εμφανίζεται όταν τα κύτταρα στα όργανα που χρησιμοποιούνται για την αναπνοή, την ομιλία και την κατάποση αρχίζουν να διαιρούνται ταχέως και ασυνήθιστα. Οι περισσότεροι καρκίνοι του φάρυγγα κάνουν την εκκίνηση τους στις φωνητικές χορδές. Αργότερα, εξαπλώνονται στο λάρυγγα στο πίσω μέρος του λαιμού, συμπεριλαμβανομένου

μέρους της γλώσσας και των αμυγδαλών ή κάτω από το λάρυγγα στην επιγλωττίδα και την τραχεία. Ένα από τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του φάρυγγα είναι η ανεξήγητη βραχνάδα στη φωνή. Οι καπνιστές διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα. Άλλα άτομα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν εκείνους που πίνουν πολύ αλκοόλ, ιδίως όταν ταυτόχρονα να καπνίζουν. Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν ταυτόχρονα καπνό και αλκοόλ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης αυτών των καρκίνων, από τα άτομα που χρησιμοποιούν είτε καπνό είτε αλκοόλ μόνο. Ο καπνός και το αλκοόλ δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τους καρκίνους των σιελογόνων αδένων. Ο νεότερος παράγοντας κινδύνου είναι η μόλυνση με ορισμένα στελέχη του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ιδιαίτερα ο HPV-16, είναι ένας παράγοντας κινδύνου για μερικούς τύπους καρκίνου και ιδιαίτερα για στοματοφαρυγγικούς καρκίνους, που περιλαμβάνουν τις αμυγδαλές ή τη βάση της γλώσσας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η συχνότητα εμφάνισης των στοματοφαρυγγικών καρκίνων, που προκαλούνται από λοίμωξη HPV αυξάνει, ενώ η συχνότητα εμφάνισης των στοματοφαρυγγικών καρκίνων που σχετίζονται με άλλες αιτίες μειώνεται.³³

Ο καρκίνος του φάρυγγα συνδέεται με άλλες μορφές καρκίνου, εφόσον ορισμένοι ασθενείς με καρκίνο του φάρυγγα, διαγιγνώσκονται με καρκίνο του στόματος, του οισοφάγου, του πνεύμονα την ίδια στιγμή. Μερικοί άνθρωποι με καρκίνο του λάρυγγα ενδέχεται να αναπτύξουν αυτές τις μορφές καρκίνου αργότερα. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με καρκίνο του φάρυγγα, επειδή το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο γι' αυτόν τον τύπο καρκίνου. Επιπρόσθετα, ο καρκίνος του φάρυγγα εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες, ίσως επειδή περισσότεροι άνδρες καπνίζουν. Αυτός ο καρκίνος είναι λιγότερο συχνός μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας κάτω των 55 ετών. Πολλοί καρκίνοι στην εν λόγω περιοχή μπορούν να θεραπευτούν με επιτυχία. Ωστόσο, η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να μιλήσει. 36% των ανθρώπων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του λάρυγγα αναμένεται να πεθάνουν μέσα σε 5 χρόνια μετά τη διάγνωση.³³

2.1.1.4 Καρκίνος Ουροδόχου Κύστεως

Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι το μεταβατικό κυτταρικό καρκίνωμα, το οποίο ξεκινάει στα ουροθηλιακά κύτταρα, που βρίσκονται στο εσωτερικό της ουροδόχου κύστης. Τα ουροθηλιακά κύτταρα είναι μεταβατικά κύτταρα, τα οποία είναι σε θέση να αλλάξουν σχήμα και να τεντώσουν, όταν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη. Αυτός ο τύπος

καρκίνου καλείται επίσης και το ουροθηλιακό καρκίνωμα. Άλλοι τύποι καρκίνου της ουροδόχου κύστης περιλαμβάνουν το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων (καρκίνος που ξεκινά σε λεπτά, επίπεδα κύτταρα κατά μήκος της ουροδόχου κύστεως) και το αδenoκαρκίνωμα (καρκίνος που ξεκινά σε κύτταρα που παράγουν και απελευθερώνουν βλέννα και άλλα υγρά). Οι καπνιστές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Η έκθεση σε ορισμένα χημικά προϊόντα και οι χρόνιες λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Η πιο κοινή ένδειξη καρκίνου της ουροδόχου κύστης είναι η παρουσία αίματος στα ούρα. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης συχνά διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο, όταν η αντιμετώπιση του καρκίνου κρίνεται ασφαλώς ευκολότερη.³⁴ Από τους καρκίνους της ουροδόχου κύστεως το 40-60% στους άνδρες και το 20-30% στις γυναίκες αποδίδεται στο κάπνισμα.²⁴

2.1.1.4 Καρκίνος Παγκρέατος

Το πάγκρεας βρίσκεται πίσω από το στομάχι και μπροστά από τη σπονδυλική στήλη. Υπάρχουν δύο είδη κυττάρων στο πάγκρεας. Τα κύτταρα του εξωκρινούς παγκρέατος παράγουν τα ένζυμα, που απελευθερώνονται στο λεπτό έντερο, προκειμένου να συνδράμουν το σώμα να αφομοιώσει τα τρόφιμα. Τα κύτταρα του νευροενδοκρινούς παγκρέατος (όπως τα κύτταρα νησιδίων) εκκρίνουν αρκετές ορμόνες, συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης και της γλυκαγόνης, οι οποίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση του επιπέδου σακχάρου στο αίμα.

Οι περισσότεροι παγκρεατικοί καρκίνοι αναπτύσσονται στα εξωκρινή κύτταρα. Αυτοί οι όγκοι δεν εκκρίνουν ορμόνες και δεν προκαλούν συμπτώματα ή σημάδια, πράγμα που καθιστά δυσχερή τη διάγνωση αυτού του τύπου του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο. Για τους περισσότερους ασθενείς με εξωκρινή παγκρεατικό καρκίνο, οι παρούσες θεραπείες δεν θεραπεύουν τον καρκίνο. Μερικοί τύποι κακοηθών νευροενδοκρινών παγκρεατικών καρκίνων, όπως οι καρκίνοι των κυττάρων των νησιδίων, έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους καρκίνους του εξωκρινούς παγκρέατος.³⁵

Σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 2011 εκτιμάται ότι, στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου το 36% των καρκίνων του παγκρέατος στους άνδρες και 39%^{36,37} στις γυναίκες συνδέονται με παράγοντες του τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα και το υπερβολικό

βάρος/ παχυσαρκία.³⁶ Μια μελέτη του 2006 εξέτασε τον κίνδυνο καρκίνου του παγκρέατος στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές σε 82 ανεξάρτητες μελέτες κατά το διάστημα 1950 - 2007. Διαπίστωσαν ότι οι καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο κατά 74% να αναπτύξουν καρκίνο του παγκρέατος, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Μια μελέτη σε πανευρωπαϊκό επίπεδο για το 2012, έδειξε ότι ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 27% για κάθε πέντε τσιγάρα που καπνίζονται ανά ημέρα. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο να προσβληθεί και να πεθάνει κανείς από καρκίνο του παγκρέατος. Ωστόσο, χρειάζεται αρκετά χρόνια μετά τη διακοπή, προκειμένου να αρχίσει να μειώνεται ο κίνδυνος του καρκίνου. Το όφελος αυτό αυξάνει όσο περισσότερο ένα άτομο παραμένει χωρίς καπνό. Ορισμένες μελέτες έχουν υπολογίσει ότι μπορεί να χρειαστεί να παρέλθουν έως και 10 χρόνια, πριν αρχίσει ο κίνδυνος να μειώνεται. Μια πανευρωπαϊκή προοπτική μελέτη το 2009, ωστόσο, έδειξε ότι ο κίνδυνος έχει μειωθεί στα επίπεδα ενός μη καπνιστή μετά από μόλις πέντε χρόνια από τη διακοπή.³⁶

2.1.1.5 Καρκίνος Τραχήλου της Μήτρας

Όταν ο καρκίνος ξεκινά στον τράχηλο, ονομάζεται καρκίνος του τραχήλου. Ο τράχηλος είναι το κατώτερο, στενό άκρο της μήτρας, που συνδέει τον κόλπο (γεννητική οδό) με το άνω τμήμα της μήτρας. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι εξαιρετικά αποτρέψιμος στις περισσότερες δυτικές χώρες, εφόσον είναι διαθέσιμες διάφορες εξετάσεις, καθώς επίσης και ένα εμβόλιο για την πρόληψη των λοιμώξεων από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Όταν ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διαγνωστεί νωρίς, είναι ιδιαίτερα θεραπεύσιμος, ενώ συνδέεται με μακρά επιβίωση και καλή ποιότητα ζωής.³⁸

Πολυάριθμες πρόσφατες μελέτες έχουν εντοπίσει άφθονες αποδείξεις περί της σύνδεσης μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι καπνίστριες εμφανίζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, με τον κίνδυνο να αυξάνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο πιο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος και όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία κατά την οποία διαγιγνώσκεται ο καρκίνος. Οι πρώην καπνίστριες εμφανίζουν χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από τις καπνίστριες. Το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ υπάρχει επίσης απόδειξη της απευθείας σύνδεσης μεταξύ του καπνίσματος και του HPV, εφόσον το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο να προσβληθεί μια γυναίκα, από λοίμωξη HPV υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, για μια γυναίκα με μια λοίμωξη HPV υψηλού

κινδύνου, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας. Τέλος, οι καπνίστριες ταλαιπωρούνται για περισσότερο χρονικό διάστημα από λοιμώξεις HPV του τραχήλου της μήτρας, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.³⁹

2.1.1.6 Λευχαιμία

Η λευχαιμία είναι καρκίνος των κυττάρων του αίματος. Τα περισσότερα κύτταρα του αίματος σχηματίζονται στο μυελό των οστών. Στη λευχαιμία, ανώριμα κύτταρα του αίματος μετατρέπονται σε καρκίνο. Αυτά τα κύτταρα δεν λειτουργούν όπως θα έπρεπε και αποκλείουν τα υγιή κύτταρα του αίματος έξω από το μυελό των οστών. Οι διαφορετικοί τύποι λευχαιμίας εξαρτώνται από τον τύπο του κυττάρου του αίματος, που μετατρέπεται σε καρκίνο. Για παράδειγμα, η λεμφοβλαστική λευχαιμία είναι ένας καρκίνος των λεμφοβλαστών (λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία καταπολεμούν τη λοίμωξη). Τα λευκά αιμοσφαίρια είναι ο πιο κοινός τύπος κυττάρων του αίματος, όπου κάνει την εκκίνηση του ο καρκίνος. Εντούτοις, τα ερυθρά αιμοσφαίρια (κύτταρα που μεταφέρουν οξυγόνο από τους πνεύμονες στο υπόλοιπο του σώματος) και τα αιμοπετάλια (κύτταρα που ευθύνονται για την πήξη στο αίμα) μπορεί επίσης να αποτελέσουν την αφετηρία του καρκίνου.⁴⁰

Λευχαιμία εμφανίζεται πιο συχνά σε ενήλικες ηλικίας άνω των 55 χρόνων, αλλά είναι επίσης η πιο κοινή μορφή καρκίνου σε παιδιά μικρότερα των 15 ετών. Η λευχαιμία μπορεί να είναι είτε οξεία ή χρόνια. Η οξεία λευχαιμία είναι μια ταχέως αναπτυσσόμενη μορφή καρκίνου, που συνήθως χειροτερεύει ραγδαία. Η χρόνια λευχαιμία είναι μια βραδείας ανάπτυξης, μορφή καρκίνου που χειροτερεύει αργά με την πάροδο του χρόνου. Η θεραπεία και η πρόγνωση για τη λευχαιμία εξαρτώνται αφενός από τον τύπο του κυττάρου του αίματος που επηρεάζεται και αφετέρου από το αν η λευχαιμία είναι οξεία ή χρόνια.⁴⁰

Υπάρχουν ορισμένοι εκτενώς περιγραφέντες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της ΟΜΛ, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται προηγούμενη έκθεση σε χημειοθεραπεία, έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, ή προϋπάρχουσες αιματολογικές διαταραχές. Συνήθως, αυτοί οι παράγοντες κινδύνου εντοπίστηκαν μόνο σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών που αναπτύσσουν την ασθένεια. Εκτός από την έκθεση σε βενζόλιο, υπάρχουν σχετικά λιγιστές περιγραφές αναφορικά με τη σχέση μεταξύ ΟΜΛ και περιβαλλοντικών εκθέσεων, και κυρίως του

καπνίσματος. Επειδή οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες μπορούν να προληφθούν, η συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της ανάπτυξης της ΟΜΛ αξίζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια μετα-ανάλυση από τους Brownson et al. έχει πραγματοποιήσει στο παρελθόν μια σύνδεση μεταξύ ΟΜΛ και καπνίσματος.⁴¹

Πρόσφατες μελέτες κούρτης και ελέγχου περιστατικών έχουν προτείνει ότι το κάπνισμα τσιγάρων μπορεί να εμπλέκεται στην αιτιολογία της λευχαιμίας. Έχουν παρατηρηθεί ανοδικές τάσεις για όλες τις λευχαιμίες, όταν η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζονται αυξηθεί. Ωστόσο, το μέγεθος της τάσης ήταν ισχυρότερο για τη μυελογενή λευχαιμία. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει προταθεί κάποιος λεπτομερής βιολογικός μηχανισμός, ο αιτιώδης συσχετισμός φαίνεται πιθανός, εφόσον υπάρχει η απόδειξη ότι οι συστηματικές επιδράσεις του καπνού του τσιγάρου και η παρουσία στον καπνό των τσιγάρων, χημικών προϊόντων (βενζίνη) και ραδιενεργών ουσιών έχουν συσχετιστεί με τον κίνδυνο λευχαιμίας. Το κάπνισμα έχει επιβλαβή επίδραση στην επιβίωση από τη λευχαιμία συντομεύοντας την διάρκεια της πλήρους αποκατάστασης και την μετέπειτα επιβίωση.⁴²

2.1.2 Κάπνισμα & Παθήσεις Αναπνευστικού

Το αναπνευστικό σύστημα εκτείνεται από τη μύτη και τον άνω αεραγωγό στην κυψελιδική επιφάνεια των πνευμόνων, όπου λαμβάνει χώρα η ανταλλαγή αερίων. Ο εισπνεόμενος καπνός που κινείται από το στόμα μέσω του άνω αεραγωγού, τελικά φθάνει στις κυψελίδες. Καθώς ο καπνός κινείται πιο βαθιά εντός της αναπνευστικής οδού, απορροφούνται περισσότερα διαλυτά συστατικά και σωματίδια εναποτίθενται στους αεραγωγούς και τις κυψελίδες. Οι σημαντικές δόσεις καρκινογόνων ουσιών και τοξινών που μεταφέρονται σε αυτές τις περιοχές, θέτουν τους καπνιστές σε κίνδυνο για κακοήθεις και μη κακοήθεις ασθένειες που αφορούν όλα τα συστατικά της αναπνευστικής οδού, συμπεριλαμβανομένου και του στόματος. Επί παραδείγματι, ένα άτομο 60 ετών με ιστορικό καπνίσματος 40-πακέτα-έτος που αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών, μέχρι την ηλικία των 60 χρόνων, θα έχει εισπνεύσει τον καπνό από περίπου 290.000 τσιγάρα και θα φέρει ένα σημαντικό κίνδυνο για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και καρκίνο του πνεύμονα. Η δόση των εισπνεόμενων τοξικών σωματιδίων και αερίων, που λαμβάνονται από κάθε ένα από αυτά τα τσιγάρα ποικίλλει ανάλογα με τη φύση του καπνού, τον όγκο και τον αριθμό των εισπνοών του καπνού που αναρροφάται από το τσιγάρο, την ποσότητα του αέρα που αναρροφάται μέσω των οπών αερισμού καθώς ο καπνός εισπνέεται, και τοπικά χαρακτηριστικά

μέσα στον πνεύμονα, που καθορίζουν την διάχυση των τοξικών αερίων και την απόθεση σωματιδίων. Λόγω αυτού του επαναλαμβανόμενου και παρατεταμένου ζημιογόνου ερεθίσματος, λαμβάνει χώρα η διαδικασία επισκευής και αναδιαμόρφωσης που θεραπεύει τον κατεστραμμένο πνευμονικό ιστό, την ίδια στιγμή που η άμυνα του πνεύμονα εξακολουθεί να ασχολείται με αυτό τον αδιάκοπο τραυματισμό.⁴³

Το 23% των θανάτων που αποδίδονται στο κάπνισμα -περισσότεροι από 110.000 θανάτους κάθε χρόνο- περιλαμβάνουν ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Το κάπνισμα είναι μια γνωστή αιτία των περισσότερων περιστατικών χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), η οποία περιλαμβάνει το εμφύσημα και τη χρόνια βρογχίτιδα, ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για σχεδόν το 80% όλων των θανάτων λόγω ΧΑΠ. Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, οι άνδρες που καπνίζουν έχουν περισσότερες από 25 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από ΧΑΠ και οι γυναίκες καπνίστριες έχουν περισσότερες από 22 φορές αντίστοιχα. Άνδρες και γυναίκες καπνιστές αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου από βρογχίτιδα και το εμφύσημα κατά 10 φορές.²⁷

2.1.2.1 ΧΑΠ

Η Παγκόσμια Πρωτοβουλία για τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (GOLD) έχει ορίσει την ΧΑΠ ως μια ασθένεια που προοδευτικά προκαλεί αναπηρία, ενώ χαρακτηρίζεται από απόφραξη των αεραγωγών που παρεμβαίνει στην φυσιολογική αναπνοή. Τα τυπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αυξημένη δύσπνοια, ένα επίμονο βήχα με φλέγμα και συχνές λοιμώξεις του θώρακα. Τα τελευταία στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι 64 εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν από ΧΑΠ σε όλο τον κόσμο, και ότι το 5% του συνόλου των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο οφείλονται στην ασθένεια. Η ΧΑΠ είναι πιο συχνή στους άνδρες από τις γυναίκες και συνδέεται με τις κοινωνικοοικονομική στέρηση, δεδομένου ότι άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης έχουν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν και να πεθάνουν από ΧΑΠ, από άτομα, που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική τάξη.⁴⁴

Οι δύο κύριοι τύποι της ΧΑΠ είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Οι άνθρωποι με χρόνια βρογχίτιδα έχουν διαλείποντα επεισόδια παρεμποδισμένης αναπνοής, κατά τη διάρκεια των οποίων οι αεραγωγοί τους φλεγμαίνουν, στενεύουν και φράσσουν με βλέννα. Το εμφύσημα αναφέρεται στην καταστροφή των κυψελίδων (θύλακες αέρα) στους πνεύμονες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανταλλαγή του οξυγόνου στο αίμα: όταν ο πνεύμονας υποστεί βλάβη χάνει την ελαστικότητά του και συνεπώς υπάρχει λιγότερη επιφάνεια του πνεύμονα, που να απορροφά

οξυγόνο. Η έναρξη της νόσου είναι πολύ σταδιακή και η δύσπνοια γίνεται ενοχλητική μόνο όταν έχει καταστραφεί περίπου το ήμισυ του πνεύμονα.^{44,45}

Εν γένει γίνεται δεκτό ότι η νόσος εμφανίζει τόσο τοπικές όσο και συστηματικές επιδράσεις, και παρά το γεγονός ότι ο μηχανισμός των επιδράσεων αυτών δεν είναι γνωστός, αποδίδεται σε αυξημένη συστηματική φλεγμονή και οξειδωτικό στρες. Η προέλευση της συστηματικής φλεγμονής στη ΧΑΠ είναι ασαφής, αλλά πιθανώς να εδράζεται σε πολλούς παράγοντες. Το κάπνισμα, η «υπερχείλιση» της πνευμονικής φλεγμονής στη συστηματική κυκλοφορία, η ενεργοποίηση φλεγμονωδών κυττάρων κατά τη διέλευσή τους από τον φλεγμαίνοντα πνεύμονα, η πνευμονική υπερδιάταση, η ιστική υποξία, η δυσλειτουργία των σκελετικών μυών, καθώς και η ανώμαλη απάντηση του μυελού των οστών, είναι μερικοί από τους δυνητικούς μηχανισμούς. Ο καπνός του τσιγάρου δεν προκαλεί μόνο φλεγμονή στους αεραγωγούς και στο παρέγχυμα, αλλά επιφέρει και συστηματική φλεγμονή, συστηματικό οξειδωτικό στρες και ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Οι επιδράσεις αυτές ενδέχεται να δημιουργήσουν ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων, μεταβολικών διαταραχών και νεοπλασιών που προκαλούνται από το κάπνισμα με συνέργια άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή και η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Παρά το γεγονός ότι ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί πλέον ένα εγνωσμένο παράγοντα κινδύνου, τόσο για τη ΧΑΠ όσο και για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, προσφάτως έχει καταδειχθεί ότι τα τελευταία εμφανίζονται σε συχνότερα σε καπνιστές που έχουν ήδη αναπτύξει ΧΑΠ.⁴⁶

Οι καπνιστές δεν έχουν μόνο ένα υψηλότερο επιπολασμό των αναπνευστικών συμπτωμάτων και ανωμαλίες της πνευμονικής λειτουργίας, αλλά και ένα υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας. Άλλες μορφές καπνού (π.χ., πούρα και σωλήνες νερού) αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο της ΧΑΠ. Τα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου το ήμισυ των καπνιστών αναπτύσσουν κάποια απόφραξη των αεραγωγών και το 20% ενδέχεται να αναπτύξουν κλινικά σημαντική ΧΑΠ. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΧΑΠ αυξάνεται εάν ένα άτομο καπνίζει από νεαρή ηλικία. Τα ευρήματα μιας αναδρομικής μελέτης κοόρτης των ενήλικων καπνιστών δείχνουν ότι οι γυναίκες επαιλούνται ιδιαίτερα από τον κίνδυνο της ΧΑΠ, αν αρχίσουν να καπνίζουν πριν από την ηλικία των 16.39. , ενώ το 80% των θανάτων από ΧΑΠ προκαλείται από το κάπνισμα.⁴⁴

2.1.2.2 ΑΣΘΜΑ

Το άσθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης ασθένεια, που επηρεάζει τους αεραγωγούς και χαρακτηρίζεται από αναπνευστικά συμπτώματα, όπως συριγμό, δύσπνοια, σφίξιμο στο στήθος και βήχα που μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και σε ένταση, σε συνδυασμό με μεταβλητό περιορισμό της ροής του αέρα της εκπνοής. Το άσθμα είναι η συχνότερη χρόνια νόσος της παιδικής ηλικίας και η κύρια αιτία της παιδικής θνησιμότητας από χρόνιες ασθένειες, όπως μετράται από τις απουσίες από το σχολείο, τις επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και τη νοσηλεία.⁴⁴

Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης άσματος, τα τοιχώματα των αεραγωγών σφίγγουν και στενεύουν, ενώ η εσωτερική επένδυση τους φλεγμαίνει και διογκώνεται. Περίπου 235 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από άσθμα, ανά την υφήλιο, με την ασθένεια να είναι πιο κοινή σε χώρες χαμηλού και χαμηλότερου μεσαίου εισοδήματος.⁴⁴ Η έκθεση σε αλλεργιογόνα και περιβαλλοντικούς ρύπους έχει από καιρό αναγνωριστεί ως παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει το άσθμα, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς. Αλλεργικές αντιδράσεις στα αντιγόνα της σκόνης ακάρεα, τις κατσαρίδες, και τις γάτες έχουν ευρέως αναφερθεί ως δυσμενείς παράγοντες στο άσθμα, και η έκθεση τόσο εξωτερική, όσο και εσωτερική στα υποπροϊόντα της καύσης έχουν συνδεθεί με περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου του άσματος.⁴³ Οι αεραγωγοί των πασχόντων από άσθμα είναι ευαίσθητοι σε μία ποικιλία παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου και του καπνού. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (άμεσα ή παθητικά) φαίνεται να προκαλεί την ανάπτυξη του άσματος και να επιδεινώνει τα συμπτώματα. Μελέτες αναφέρουν μια επιταχυνόμενη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας και σοβαρή απόφραξη της ροής του αέρα σε ασθματικούς καπνιστές.⁴⁴

Η επιδείνωση των συμπτωμάτων του άσματος και οι μεταβολές στη λειτουργία των πνευμόνων μπορεί να αντιστραφούν με τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, οι ασθματικοί ασθενείς που εξαρτώνται περισσότερο από το κάπνισμα και εμφάνισαν άσθμα στην όψιμη παιδική τους ηλικία, αλλά έκαναν πρόωμη έναρξη του καπνίσματος, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στη διακοπή. Η σοβαρότητα του άσματος φαίνεται να εξαρτάται κάπως από τη διάρκεια του καπνίσματος, με μεγαλύτερη σοβαρότητα μεταξύ εκείνων με ιστορικό 20 πακέτα-έτη. Οι ασθενείς με άσθμα που καπνίζουν, εμφανίζουν μια εξασθενημένη απόκριση στη θεραπεία. Το κάπνισμα των γονέων είναι η αιτία του άσματος στα παιδιά και ο επιπολασμός του

άσθματος αυξάνεται, όταν αυξάνονται οι καπνιστές εντός της οικίας. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με μειωμένη πνευμονική λειτουργία, αυξημένο κίνδυνο άσθματος και πρόκληση συριγμού κατά την άσκηση στους απογόνους. Τα παιδιά που υποφέρουν από άσθμα, και των οποίων οι γονείς καπνίζουν, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν. Ο συριγμός και η διάγνωση του άσθματος είναι πιο συχνή σε παιδιά που ζουν με έναν καπνιστή.⁴⁴

2.1.2.3 Εμφύσημα

Ως εμφύσημα ορίζεται η «μη φυσιολογική, μόνιμη διεύρυνση των χώρων αέρα περιφερικά του τερματικού βρογχιολίου, που συνοδεύεται από την καταστροφή των τοιχωμάτων τους, χωρίς εμφανή ίνωση». Η κατάσταση μπορεί τώρα να διαγνωστεί και να ποσοτικοποιηθεί κατά τη διάρκεια της ζωής με διάφορες τεχνικές. Postmortem εξετάσεις έχουν παράσχει έμμεσες πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό του εμφυσήματος.^{43,45}

Το εμφύσημα είναι μια χρόνια διαταραχή της κατώτερης αναπνευστικής οδού που χαρακτηρίζεται από καταστροφή των τοιχωμάτων των κυψελίδων. Όταν εμπλέκεται επαρκής αριθμός των κυψελίδων, τα προσβεβλημένα άτομα αναπτύσσουν δύσπνοια και υποξαιμία που επιδεινώνονται με την άσκηση. Η κύρια αιτία του εμφυσήματος είναι το κάπνισμα, εφόσον πληθώρα μελετών έχουν καταγράψει μια πολύ υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης του εμφυσήματος μεταξύ των καπνιστών σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, καθώς επίσης και συσχέτιση της έκτασης του εμφυσήματος με τον βαθμό του καπνίσματος. Η παθογένεση του εμφυσήματος υποτίθεται ότι προκύπτει από μια ανισορροπία των πρωτεασών και αντιπρωτεασών στην κάτω αναπνευστική οδό, έτσι ώστε το επίπεδο των πρωτεασών υπερβαίνει την προστασία των αντιπρωτεασών, επιτρέποντας την πρωτεολυτική καταστροφή της μήτρας του συνδετικού ιστού, που παρέχει την αρχιτεκτονική υποστήριξη για τα τοιχώματα των κυψελίδων. Η άποψη αυτή εξελίχθηκε ως συνέπεια των εξής δύο σημαντικών παρατηρήσεων: (α) η παρατήρηση των Laurell και Eriksson ότι η ανεπάρκεια του ενζύμου α I-αντιθρυψίνη (α LAT) «συνδέεται με την ανάπτυξη του εμφυσήματος (β) οι Gross et al. κατέδειξαν την παραγωγή του εμφυσήματος σε φυσιολογικούς αρουραίους μέσω ενδοτραχειακής ένεσης του πρωτεολυτικού ενζύμου παπαΐνη. Στους ανθρώπους, η κύρια πρωτεάση ενδιαφέροντος είναι η ουδετερόφιλη ελαστάση, ένα ένζυμο ευρέως φάσματος ικανό να διασπά όλες τις συνιστώσες πρωτεΐνες της μήτρας του συνδετικού ιστού των κυψελιδικών τοιχωμάτων. Κανονικά, η ουδετερόφιλη ελαστάση παρεμποδίζεται από 1

AT, μια γλυκοπρωτεΐνη που παράγεται από ηπατοκύτταρα και μονοπύρρηνα φαγοκυττάρα, που χρησιμεύει ως ο κύριος αναστολέας της ελαστάσης ουδετερόφιλων στο αίμα και στο κατώτερο αναπνευστικό σύστημα. Αντίθετα, σε περίπτωση ανεπάρκειας της, δεν υπάρχει επαρκής διαθέσιμη αΙΑΤ να αναστείλει το φορτίο της ελαστάσης ουδετερόφιλων που παρουσιάζεται στον πνεύμονα, με αποτέλεσμα την αργή, απρόσκοπτη καταστροφή των τοιχωμάτων των κυψελίδων.^{43,45,47}

2.1.2.4 Χρόνια Βρογχίτιδα

Η βρογχίτιδα είναι μια αναπνευστική ασθένεια κατά την οποία, η μεμβράνη της βλέννας στα περάσματα των πνευμόνων φλεγμαίνει. Καθώς η ερεθισμένη μεμβράνη διογκώνεται και γίνεται παχύτερη, στενεύει ή αποφράσσει τους μικροσκοπικούς αεραγωγούς στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα βήχα, που ενδέχεται να συνοδεύεται από φλέγμα και δύσπνοια. Η ασθένεια εμφανίζεται σε δύο μορφές: την οξεία (διαρκεί από μια έως τρεις εβδομάδες) και τη χρόνια (που διαρκεί τουλάχιστον 3 μήνες του έτους για δυο χρόνια στη σειρά). Οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα της χρόνιας βρογχίτιδας συνδέονται με μια φλεγμονώδη απόκριση που αφορά την επιφάνεια του βλεννογόνου, τους αδένες του υποβλεννογόνου, και τους αγωγούς των αδένων, ιδίως στους μικρούς βρόγχους που είναι 2 έως 4 χιλιοστά. Επιπλέον, μακροχρόνιες μελέτες της χρόνιας βρογχίτιδας σε άτομα με φυσιολογική πνευμονική λειτουργία διευκρίνισαν ότι η παρουσία της δεν προβλέπει εξέλιξη σε μια πιο σοβαρή αποφρακτική πνευμονική νόσο. Η παρουσία της χρόνιας βρογχίτιδας σε άτομα που έχουν ήδη περιορισμένη ροή αέρα, ωστόσο, είναι προβλεπτική μιας ταχύτερης μείωσης στην πνευμονική λειτουργία και υψηλότερου κινδύνου νοσηλείας, από περιπτώσεις με παρόμοιο περιορισμό της ροής του αέρα, αλλά χωρίς την παρουσία χρόνιας βρογχίτιδας.^{43,45}

Σε περίπτωση που ένας καπνιστής προσβληθεί από οξεία βρογχίτιδα, η διάρκεια της θεραπείας του θα είναι μεγαλύτερη από ότι ενός μη καπνιστή, ενώ συχνά περιστατικά οξείας βρογχίτιδας μπορεί να μεταβάλλουν την κατάσταση σε χρόνια. Σε ορισμένους βαρείς καπνιστές, η επένδυση της μεμβράνης της βλέννας στους αεραγωγούς παραμένει φλεγμένουσα και οι κροσσοί τελικά παύουν να λειτουργούν εντελώς. Εμβολισμένοι με βλέννα, οι πνεύμονες είναι συνέχεια ευάλωτοι στις ιογενείς και βακτηριακές λοιμώξεις, οι οποίες με την πάροδο του χρόνου ενδέχεται να παραμορφώσουν και να προκαλέσουν μόνιμη βλάβη των αεραγωγών των πνευμόνων, οδηγώντας, τρόπον τινά, σε ανάπτυξη της ΧΑΠ.⁴⁸

2.1.3 Κάπνισμα & Καρδιαγγειακές Παθήσεις

Ο καρκίνος και οι αναπνευστικές ασθένειες δεν είναι οι μόνοι συνδεδεμένοι, με το κάπνισμα, κίνδυνοι για την υγεία. Στις ΗΠΑ περισσότεροι άνδρες και γυναίκες έχουν πεθάνει από καρδιαγγειακές παθήσεις, που αποδίδονται στο κάπνισμα, παρά από καρκίνο του πνεύμονα.²⁷ Το κάπνισμα αποτελεί σταθερά μια από τις κύριες αιτίες των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αφού το 40% από αυτές σχετίζεται με το κάπνισμα έναντι του 24% και 31% περίπου που σχετίζεται με τη χοληστερόλη και τη διαστολική πίεση αίματος, αντίστοιχα. Οι καπνιστές έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιακό επεισόδιο, ενώ έχει υπολογιστεί ότι η μη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς, που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, καθιστά ισχυρό, ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο. Αντίθετα, οι ασθενείς που προχωρούν σε διακοπή καπνίσματος, μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτό ή την επίπτωση οξέων στεφανιαίων επεισοδίων, καθώς και μειώνουν τη θνητότητα σε ποσοστό περίπου 36% έναντι οιασδήποτε άλλης προληπτικής θεραπείας, όπως π.χ. μείωση της χοληστερίνης, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το χρόνο έναρξης της θεραπείας.⁶

Το 32% όλων των θανάτων από στεφανιαία καρδιακή νόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, οφείλονται στο κάπνισμα, ενώ ο κίνδυνος αυτός είναι έντονα δοσοεξαρτώμενος. Το κάπνισμα τριπλασιάζει τον κίνδυνο θανάτου από καρδιακή νόσο μεταξύ των μεσήλικων ανδρών και γυναικών. Τα 2/3 των θανάτων που οφείλονται σε ισχαιμική καρδιακή νόσο μεταξύ των καπνιστών οφείλονται στο κάπνισμα. Οι θάνατοι από καρδιαγγειακές παθήσεις που αποδίδονται στο κάπνισμα οφείλονται επίσης στην υπέρταση και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο κίνδυνος ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σχεδόν διπλασιάζεται από το κάπνισμα, ενώ αυτό ευθύνεται για το 11% του συνόλου των θανάτων από εγκεφαλικό επεισόδιο. Τόσο το ενεργό, όσο και το παθητικό κάπνισμα σχετίζονται με μια αύξηση στην πρόοδο της αθηροσκλήρωσης.²⁷

Ακόμη και οι άνθρωποι που καπνίζουν λιγότερα από πέντε τσιγάρα την ημέρα μπορεί να δείξουν σημάδια πρόωρης καρδιαγγειακής νόσου. Ο κίνδυνος αυξάνει με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίστηκαν ανά ημέρα, και όταν το κάπνισμα συνεχίζεται για πολλά χρόνια, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν μειώνει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρδιακές παθήσεις σε μη καπνιστές. Περισσότεροι από 33.000 μη καπνιστές πεθαίνουν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες από στεφανιαία νόσο, που προκαλείται από την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Η

έκθεση σε παθητικό κάπνισμα μπορεί επίσης να προκαλέσει καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια σε μη καπνιστές.⁴⁹

Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου συνδέεται με επιταχυνόμενη αθηροσκλήρωση και αυξημένο κίνδυνο για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριακή νόσο, αορτικό ανεύρυσμα, και αιφνίδιο θάνατο. Το κάπνισμα φαίνεται να έχει τόσο αιτιώδεις σχέσεις και πολλαπλασιαστική αλληλεπίδραση με άλλους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, συμπεριλαμβανομένων της υπερλιπιδαιμίας, υπέρτασης και σακχαρώδους διαβήτη. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος που αποδίδεται στο κάπνισμα αυξάνει απότομα σε χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης τσιγάρων και με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, ενώ τείνει να σταθεροποιηθεί σε υψηλότερα επίπεδα καπνίσματος. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει χαμηλό όριο για το αποτέλεσμα και μια σχέση μη γραμμικής δόσης-απόκρισης. Μέρος της μη γραμμικότητας της σχέσης μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα και του καρδιαγγειακού κινδύνου μπορεί να οφείλεται σε μια έλλειψη ακρίβειας, αυτής της μέτρησης για την πραγματική έκθεση στο κάπνισμα. Ωστόσο, τα στοιχεία σχετικά με τον κίνδυνο που συνδέεται με την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα δείχνουν μια πραγματική μη γραμμική σχέση μεταξύ της έκθεσης και του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Ο καρδιαγγειακός κίνδυνος δεν μειώνεται με το κάπνισμα τσιγάρων χαμηλότερης απόδοσης νικοτίνης ή πίσσας.^{13,14,43}

Τα συστατικά του καπνού που πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνα για τα καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνουν οξειδωτικά χημικά, τη νικοτίνη, το CO, και τα αιωρούμενα σωματίδια^{13,14,15}. Διάφορες οξειδωτικές χημικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων των οξειδίων του αζώτου και πολλές ελεύθερες ρίζες, τείνουν να αυξήσουν την υπεροξείδωση των λιπιδίων και να συμβάλουν σε αρκετούς πιθανούς μηχανισμούς της καρδιαγγειακής νόσου, συμπεριλαμβανομένης της φλεγμονής, της ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας, της οξείδωσης της LDL, και της ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων.^{13,14,15} Η νικοτίνη είναι ένα συμπαθητικομιμητικό φάρμακο που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό και την καρδιακή συσταλτικότητα, παροδικά αυξάνει την αρτηριακή πίεση και συστέλλει τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η νικοτίνη μπορεί επίσης να συμβάλει στην ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, στην αντίσταση στην ινσουλίνη, και στις διαταραχές των λιπιδίων. Ωστόσο, οι διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες και δεδομένα από κλινικές δοκιμές σε επιθέματα νικοτίνης, δείχνουν ότι τα χημικά προϊόντα, εκτός από τη νικοτίνη συμβάλλουν σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο. Το CO μειώνει την παροχή

οξυγόνου στην καρδιά και σε άλλους ιστούς και μπορεί να επιδεινώσει τη στηθάγχη ή την περιφερική αρτηριακή νόσο και μπορεί να μειώσει το όριο για αρρυθμίες υπό την παρουσία στεφανιαίας νόσου. Η έκθεση σε σωματίδια συνδέεται με το οξειδωτικό στρες και αυτόνομες καρδιαγγειακές διαταραχές, που ενδεχομένως να συμβάλουν σε οξεία καρδιαγγειακά συμβάματα.^{13,14,15,43}

Το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί οξεία καρδιαγγειακά περιστατικά όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου και ξαφνικό θάνατο επηρεάζοντας δυσμενώς την ισορροπία της μυοκαρδιακής ζήτησης για οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά και την στεφανιαία ροή του αίματος. Το κάπνισμα επιφέρει μειωμένη στεφανιαία ροή του αίματος και την ενίσχυση της θρομβογένεσης. Αρκετοί πιθανοί μηχανισμοί φαίνεται να συνεισφέρουν στις επιπτώσεις του καπνίσματος στην επιτάχυνση της αθηροσκλήρωσης. Οι μηχανισμοί αυτοί περιλαμβάνουν τη φλεγμονή, την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, τη μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη, και τις ανωμαλίες στα λιπίδια. Το κάπνισμα είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τον διαβήτη και επιδεινώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη σε άτομα με διαβήτη. Ο μηχανισμός φαίνεται να εμπλέκει τόσο τις επιδράσεις των οξειδωτικών χημικών ουσιών στον καπνό, όσο και τις συμπαθητικομιμητικές επιδράσεις της νικοτίνης.^{13,14,15,43}

Χημικές ουσίες στον καπνό του τσιγάρου κάνουν τα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν τα αιμοφόρα αγγεία να διογκώνονται και να αναπτύσσουν φλεγμονή. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε στένωση των αιμοφόρων αγγείων και μπορεί να οδηγήσει σε πολλές καρδιαγγειακές παθήσεις.

2.1.3.1 Αθηροσκλήρωση

Η αθηροσκλήρωση είναι μια κατάσταση, στην οποία οι αρτηρίες στενεύουν και γίνονται λιγότερο ευέλικτες, και συμβαίνει όταν το λίπος, η χοληστερόλη, και άλλες ουσίες στο αίμα σχηματίζουν πλάκα, που συσσωρεύεται στα τοιχώματα των αρτηριών. Το άνοιγμα στο εσωτερικό των αρτηριών στενεύει καθώς η πλάκα συσσωρεύεται, και το αίμα δεν μπορεί πλέον να ρέει σωστά σε διάφορα μέρη του σώματος. Το κάπνισμα αυξάνει τον σχηματισμό πλάκας στα αιμοφόρα αγγεία.^{13,14,44}

2.1.3.2 Στεφανιαία Νόσος

Η στεφανιαία νόσος εμφανίζεται όταν οι αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα στον καρδιακό μυ στενεύουν από την εμφάνιση πλάκας ή έχουν μπλοκαριστεί από θρόμβους. Οι διάφορες χημικές

ουσίες στον καπνό του τσιγάρου προκαλούν την πήξη του αίματος και το σχηματισμό θρόμβων μέσα στις φλέβες και τις αρτηρίες. Η απόφραξη από θρόμβο μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή προσβολή και αιφνίδιο θάνατο. ^{13,14,44}

2.1.3.3 Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Το εγκεφαλικό επεισόδιο συνίσταται στην απώλεια εγκεφαλικής λειτουργίας, που προκαλείται όταν η ροή του αίματος στον εγκέφαλο διακόπτεται. Τα εγκεφαλικά επεισόδια ενδέχεται να προκαλέσουν μόνιμη εγκεφαλική βλάβη ή ακόμα και θάνατο. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια, εφόσον οι θάνατοι από εγκεφαλικά επεισόδια είναι πιθανότεροι μεταξύ των καπνιστών από ό, τι μεταξύ των πρώην καπνιστών ή ατόμων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. ^{13,14,44}

2.1.3.4 Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ)

Η ΠΑΝ και η περιφερική αγγειακή νόσος εμφανίζονται όταν τα αιμοφόρα αγγεία στενεύουν και η ροή του αίματος προς τα άκρα είναι μειωμένη. Τα κύτταρα και οι ιστοί στερούνται του αναγκαίου οξυγόνου όταν η ροή του αίματος μειώνεται. Σε ακραίες περιπτώσεις, ένα μολυσμένο άκρο πρέπει να αφαιρεθεί. Το κάπνισμα είναι η πιο κοινή αποτρέψιμη αιτία της ΠΑΝ. ^{13,14,44}

2.1.3.5 Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής

Πρόκειται για ένα εξόγκωμα ή μια εξασθενημένη περιοχή που εμφανίζεται στο τμήμα της αορτής που βρίσκεται στην κοιλιακή χώρα. Η αορτή είναι η κύρια αρτηρία που μεταφέρει πλούσιο σε οξυγόνο, αίμα σε όλο το σώμα. Το κάπνισμα είναι μια γνωστή αιτία της πρόωρης βλάβης στην κοιλιακή αορτή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ανεύρυσμα. Μια ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής είναι απειλητική για τη ζωή. Σχεδόν όλοι οι θάνατοι από κοιλιακό αορτικό ανεύρυσμα προκαλούνται από το κάπνισμα. Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από ανεύρυσμα αορτής από τους άνδρες που καπνίζουν. ^{13,14,44}

2.2 Κάπνισμα & Κύηση

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση έχει αναφερθεί επανειλημμένα ως προγνωστικός δείκτης δυσμενών αποτελεσμάτων των γεννήσεων, όπως πρόωρου τοκετού και χαμηλού βάρους γέννησης, καθώς και της θνησιμότητας του εμβρύου και του βρέφους. Έρευνα, που χρονολογείται στο 1960, έχει δείξει μια άμεση αιτιώδη συνάφεια μεταξύ του καπνίσματος και

δυσμενών αποτελεσμάτων λόγω τερατογόνου δράσης στις αρχές της κύησης και μη φυσιολογική ανάπτυξη και ωρίμανση του εμβρύου στη μετέπειτα φάση της κύησης. Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί μια έμμεση σχέση μεταξύ μητρικού καπνίσματος και ανεπιθύμητων ενεργειών στο έμβρυο και στο βρέφος. Περαιτέρω, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι επίσης πιο πιθανό να εκτεθούν ή να συμμετάσχουν σε άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν σε κακή έκβαση των γεννήσεων. Επειδή το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται, ότι είναι ένας από τους πλέον αποτρέψιμους παράγοντες κινδύνου, έχουν αναπτυχθεί στην πάροδο του χρόνου, διάφορες στρατηγικές προκειμένου να βοηθήσουν στην διακοπή του καπνίσματος για τις γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία εν γένει, και τις έγκυες γυναίκες ειδικότερα.⁵⁰

Τα κύρια συστατικά του καπνού που ενδεχομένως οδηγούν σε δυσμενή έκβαση για την κύηση είναι η νικοτίνη και το CO. Εφόσον η μητέρα επικοινωνεί μέσω του πλακούντα με το έμβρυο, η νικοτίνη μπορεί να ανιχνευτεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε υψηλότερα επίπεδα, από ότι στις ίδιες τις μητέρες, ενώ τα επίπεδα νικοτίνης στο αμνιακό υγρό είναι υψηλότερα από ότι στο πλάσμα του αίματος στη μητέρα. Αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής, είναι η μείωση της παροχής οξυγόνου στο έμβρυο και συνεπώς η μη φυσιολογική ανταλλαγή των αερίων μέσα στον πλακούντα και η αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης του εμβρύου. Με παρόμοιο τρόπο το μονοξειδίο του άνθρακα διαπερνά τον πλακούντα και μπορεί να ανιχνευθεί στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου σε υψηλότερα επίπεδα από ότι στις μητέρες προκαλώντας μείωση του διαθέσιμου οξυγόνου προς το έμβρυο. Η αποστέρηση οξυγόνου οδηγεί σε γέννηση νεογνών με μικρότερο βάρος και μήκος και προβλήματα υγείας κατά τη νεογνική περίοδο. Το κάπνισμα κατά την κύηση συνδέεται μεταξύ άλλων με πρόωρο τοκετό και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.^{51,52} Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη ανέρχεται στο 150% και της αύξησης των πρόωρων τοκετών στο 15% αντίστοιχα. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη στα νεογνά των καπνιστριών εγκύων, ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα, ενώ κύριες αιτίες της είναι η ανοξία και η προωρότητα, λόγω των συχνών αιμορραγιών από αποκόλληση πλακούντα ή προδρομικό πλακούντα και πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων. Η περιγεννητική θνησιμότητα μειώνεται δραστικά όταν οι έγκυες προβούν σε διακοπή καπνίσματος κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Επιπρόσθετα, επειδή το κάπνισμα προκαλεί γήρανση στον

πλακούνται, οι καπνίστριες έγκυοι ενδέχεται να ενταχθούν σε πρόγραμμα κύησης υψηλού κινδύνου.⁵²

Όταν η έγκυος καπνίζει, το έμβρυο επί της ουσίας εξαναγκάζεται να καπνίζει και το ίδιο, αποτελώντας, παθητικό καπνιστή, με δυσοίωνες επιπτώσεις για την ανάπτυξη και την υγεία του. Σε πληθώρα μελετών έχουν εντοπιστεί διαφορές όχι μόνο στο βάρος γέννησης των νεογνών των καπνιστριών, αλλά και στα επιμέρους σωματομετρικά χαρακτηριστικά τους όπως στο ύψος, στην περίμετρο κεφαλής, θώρακος και ώμων. Το παθητικό κάπνισμα του εμβρύου δε, φέρεται να επιδρά στην ομαλή ανάπτυξη των πνευμόνων και του εγκεφάλου, προκαλώντας αναίτιες επιβαρύνσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού.⁵³

Το βάρος γέννησης του νεογνού πέρα από αντανάκλαση της εμβρυϊκής ανάπτυξης, αποτελεί έναν από τους κυριότερους δείκτες για τον καθορισμό της βρεφικής νοσηρότητας. Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίστηκε ότι ευθύνεται για το 20-30% των λιποβαρών νεογνών στις ΗΠΑ, ενώ υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης πρόωρων λιποβαρών νεογνών και του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζουν οι μητέρες. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν κατά μέσο όρο 150-250gr μικρότερου βάρους γέννησης νεογνά συγκριτικά με τις μη καπνίστριες. Τα νεογνά με μικρό βάρος γέννησης έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα υγείας, πάσχουν συχνότερα από χρόνια νοσήματα, εμφανίζουν συχνότερα μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή στη συγκέντρωση και υπερκινητικότητα.^{52,54}

Τα νεογνά των καπνιστριών κινδυνεύουν ιδιαίτερα από το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου των Βρεφών (SIDS), που ορίζεται ως ο αιφνίδιος θάνατος ενός υγιούς νεογνού μικρότερου του ενός έτους, του οποίου η αιτία θανάτου δεν μπορεί να προσδιοριστεί ούτε από το ιατρικό ιστορικό, ούτε από τη νεκροψία. Ειδικότερα, τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά την κύηση κινδυνεύουν 2,3 φορές περισσότερο από το Σύνδρομο του Αιφνιδίου Θανάτου, από ότι αυτά, των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν. Σε νεογνά που πέθαναν από το εν λόγω σύνδρομο, βρέθηκαν αυξημένες συγκεντρώσεις νικοτίνης στους πνεύμονές τους, σε σχέση με νεογνά που κατέληξαν από άλλες αιτίες.⁵² Πιθανοί λόγοι για τη σχέση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και SIDS είναι ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, με μια τάση στην κεντρική άπνοια και διαταραχή στους αναπνευστικούς μηχανισμούς ελέγχου, συμπεριλαμβανομένης μιας μειωμένης ανταπόκρισης αερισμού στην υποξία. Άλλες πιθανές

εξηγήσεις είναι μια ανώμαλη πνευμονική ανάπτυξη σε νεογνά και η προώθηση των λοιμώξεων του αναπνευστικού.⁵⁴

Υπάρχουν πειστικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα της μητέρας μειώνει την πνευμονική λειτουργία σε μικρά παιδιά, όπως παρόμοια είναι και η επίδραση του μητρικού καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και της πρώιμης μεταγεννητικής έκθεσης για την ανάπτυξη των πνευμόνων του παιδιού. Πέραν τούτου, το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση αυξάνει τον κίνδυνο για το συμπτωματικό παιδιατρικό άσθμα. Ο λόγος για τον οποίο το προγεννητικό παθητικό κάπνισμα συνδέεται με το παιδιατρικό άσθμα, μένει να διευκρινιστεί. Ενδεχομένως, η μείωση της πνευμονικής λειτουργίας, ως αποτέλεσμα του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου, καθιστά τα παιδιά πιο επιρρεπή σε αναπνευστικά συμπτώματα, και ως εκ τούτου επιτρέπει την διάγνωση του παιδιατρικού άσθματος.^{52,54}

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει ανεπαίσθητες αλλαγές στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και στη συμπεριφορά των παιδιών, όπως μειωμένη γενική νοητική ικανότητα, ελλειμματική προσοχή και εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, υπάρχει μια σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας κατά την κύηση και των ποινικών συλλήψεων και ψυχιατρικών νοσηλειών για την κατάχρηση ουσιών στους απογόνους. Οι μελέτες σε ζώα έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ της νικοτίνης και των δυσμενών αναπτυξιακών επιδράσεων είναι αιτιώδης, και ότι η προγεννητική έκθεση σε νικοτίνη προκαλεί ανωμαλίες του πολλαπλασιασμού και της διαφοροποίησης των κυττάρων, που οδηγεί σε ανεπάρκεια του αριθμού των κυττάρων και διαφοροποιημένη συναπτική δράση. Ενδεχομένως, αυτές οι λειτουργικές και δομικές αρνητικές εξελίξεις στην περιοχή του εγκεφάλου, να συμβαίνουν και στον άνθρωπο.^{52,54}

2.3 Παθητικό Κάπνισμα

Η έκθεση των καπνιστών σε προϊόντα καύσης του καπνού σε κλειστό χώρο ορίζεται ως παθητικό κάπνισμα.^{8,55,56} Μπορεί επίσης και να οριστεί ως περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου. Η εισπνοή του τσιγάρου είναι μια αναπόφευκτη συνέπεια του να βρίσκεται κανείς, σε ένα περιβάλλον γεμάτο καπνό. Το παθητικό κάπνισμα είναι ένα μίγμα από καπνό πλευρικού ρεύματος από την άκρη του τσιγάρου και από τον καπνό του κύριου ρεύματος, που εκπνέεται από τον καπνιστή. Ενώ οι αναλογίες του καπνού του κύριου και του πλευρικού ρεύματος μπορεί

να διαφέρουν, ο καπνός του πλευρικού ρεύματος είναι συνήθως το κύριο συστατικό του παθητικού καπνίσματος. Το κύριο ρεύμα καπνού, που εισπνέεται από έναν καπνιστή περιέχει πάνω από 4000 χημικές ουσίες συμπεριλαμβανομένων ερεθιστικών χημικών και σχεδόν 70 καρκινογόνων ουσιών. Το πλευρικό ρεύμα καπνού έχει μια παρόμοια σύνθεση, αλλά οι σχετικές ποσότητες των χημικών ουσιών μπορεί να διαφέρουν. Το κύριο και το πλευρικό ρεύμα καπνού περιέχουν λεπτά σωματίδια και χιλιάδες αέρια που εκλύονται από την καύση του καπνού και του χαρτιού. Η συγκέντρωση αυτών των χημικών ουσιών και σωματιδίων μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου και σε διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες. Η συγκέντρωση εξαρτάται από τον αριθμό των καπνιστών, το ρυθμό με τον οποίο πραγματοποιείται το κάπνισμα και τον όγκο του αέρα μέσα στον οποίο διανέμεται ο καπνός.⁵⁵

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, εφόσον ενδέχεται να μειώσει την πνευμονική λειτουργία, να επιδεινώσει αναπνευστικά προβλήματα, να πυροδοτήσει κρίσεις άσθματος, να μειώσει τη στεφανιαία ροή του αίματος, να ερεθίσει τα μάτια και να προκαλέσει πονοκεφάλους, βήχα, πονόλαιμο, ίλιγγο και ναυτία. Πέρα από τις άμεσες επιπτώσεις στην υγεία υπάρχουν και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, ιδιαίτερα κατόπιν συνεχούς έκθεσης σε βάθος χρόνου. Μια έκθεση του Γενικού Χειρουργού στις ΗΠΑ, που δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2006 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα. Η έκθεση αυτή προσθέτει βάρος των επιστημονικών στοιχείων, συμπεριλαμβανόμενης μιας επισκόπησης από την Επιστημονική Επιτροπή για το Κάπνισμα και την Υγεία (SCOTH) στο Ηνωμένο Βασίλειο, που δημοσιεύθηκε το 2004, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «κανένας βρέφος, παιδί ή ενήλικας δεν θα πρέπει να εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα» και ότι το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία. Ο Διεθνής Οργανισμός Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) το έχει κατατάξει ως γνωστό καρκινογόνο (κατηγορίας A) για τον άνθρωπο. Άλλες καρκινογόνες ουσίες κατηγορίας A, περιλαμβάνουν τον αμιάντο, το αρσενικό, το βενζόλιο και το αέριο ραδόνιο.^{55,56}

Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι 603.000 θάνατοι αποδόθηκαν στο παθητικό κάπνισμα το 2004, ποσοστό που αντανάκλα περίπου το 1,0% της παγκόσμιας θνησιμότητας. Αυτοί οι θάνατοι ήταν από ισχαιμική καρδιακή νόσο (379.000 θάνατοι), λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (165.000 θάνατοι), άσθμα (36.900 θάνατοι) και καρκίνο του πνεύμονα (214.000 θάνατοι).⁵⁵ Το 2003, εκτιμάται ότι περίπου 617 άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο πέθαναν από τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στο χώρο εργασίας, εκ των οποίων 54 ήταν

μακροπρόθεσμα εργαζόμενοι του κλάδου της φιλοξενίας. Επιπλέον, 11.000 θάνατοι μπορούν να αποδοθούν στην έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι σε ενήλικες ηλικίας 20 έως ≥ 65 . Αυτό αντιπροσωπεύει περίπου το 2% από όλους τους θανάτους που σχετίζονται ετησίως με το κάπνισμα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το 2005, η Υπηρεσία Προστασίας του Περιβάλλοντος της Καλιφόρνιας χρησιμοποιούνται εκτιμήσεις σχετικά με τον πληθυσμό στις ΗΠΑ για να υπολογίσει τον αριθμό των ετήσιων εκτιμώμενων θανάτων από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Για τους μη καπνιστές, ο Οργανισμός εκτιμά ότι:

- γύρω στα 3,400 άτομα θα πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα (με διακύμανση από 3,423-8,866)
- 46,000 πεθαίνουν από καρδιακές ασθένειες (με διακύμανση από 22,700 σε 69,600)
- 430 παιδιά πεθαίνουν από το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου⁵⁷

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το ήμισυ των παιδιών του κόσμου αναπνέουν ρυπογόνο αέρα, προερχόμενο από τον καπνό τσιγάρου κυρίως μέσα στα σπίτια τους. Το 80% των παιδιών δηλώνει ότι διαβιών σε σπίτι όπου ο ένας από τους δύο γονείς είναι καπνιστής. Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής είτε από το κάπνισμα των γονέων, είτε των συγγενών ή των φίλων του. Η παραμονή του παιδιού σε χώρο με καπνιστές για διάστημα μιας ώρας επιφέρει την εισπνοή τόσων επιβλαβών χημικών ουσιών, όσων θα εισέπνεε αν κάπνιζε 10 ή περισσότερα τσιγάρα. Διεθνείς μελέτες αναφέρουν ότι όταν τα τσιγάρα που καπνίζουν και οι δύο γονείς ανέρχονται σε 15–20 τσιγάρα ημερησίως, αντιστοιχεί στο να κάπνιζε το παιδί 80 τσιγάρα το χρόνο, από τα οποία τα 50 περίπου αναλογούν στη μητέρα, εφόσον παραμένει με το παιδί το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας^{8,56}

Τεκμηριωμένες μελέτες καταδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης του παιδιού στον καπνό του τσιγάρου και της αύξησης της συχνότητας εμφάνισης λοιμώξεων και νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος. Τα παιδιά, των οποίων οι γονείς είναι καπνιστές, έχουν 3–5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από αναπνευστικές λοιμώξεις (πνευμονία, βρογχίτιδα, βρογχολίτιδα, λαρυγγίτιδα) καθώς ευνοείται η μετάδοση ιογενών λοιμώξεων από τους γονείς στα παιδιά με το βήχα, σε σχέση με εκείνα που δεν καπνίζουν οι γονείς τους. Επίσης, έχουν 20–40 φορές περισσότερες πιθανότητες να εισαχθούν στο νοσοκομείο λόγω οξείας βρογχίτιδας ή πνευμονίας κατά το πρώτο έτος της ζωής τους, ενώ η συμπτωματολογία τους είναι εντονότερη και μεγαλύτερης διάρκειας. Αναμφισβήτητα, το παθητικό κάπνισμα των παιδιών αποτελεί

εκλυτικό παράγοντα αύξησης της συχνότητας του άσθματος καθώς και βαρυσήμαντη αιτία επιδείνωσης των συμπτωμάτων του. Έχει συσχετιστεί δε, με το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, με μέση ωτίτιδα με υγρό, πρόκληση οισοφαγίτιδας, βακτηριδιακή μηνιγγίτιδα και αποτελεί σημαντικό παράγοντα σχολικών απουσιών λόγω ασθένειας.^{8,56}

3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΜΑΣΤΙΓΑ

3.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία

3.1.1 Διεθνώς

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η κατανάλωση καπνού είναι κύρια, αποτρέψιμη αιτία θανάτου, με τον καπνό να φέρεται να φέρεται να έχει σκοτώσει πάνω από 100 εκατομμύρια στον 21^ο αιώνα.⁵⁸ Ο καπνός εξακολουθεί να επηρεάζει διεθνώς τα πρότυπα για την υγεία, οδηγώντας σε 5.7 εκατομμύρια θανάτους, 6.9% χρόνιας χαμένης ζωής και 5.5% χρόνια ζωής προσαρμοσμένης σε αναπηρία το 2010⁵⁹ και ευθύνεται για 1/10 θανάτους μεταξύ ενηλίκων.⁵⁸ Αν οι τρέχουσες τάσεις εξακολουθούν να επιμένουν, ο καπνός θα σκοτώσει πάνω από 8 εκατομμύρια ετησίως ανά τον κόσμο έως το 2030, με το 80% αυτών να αντιστοιχούν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Σχεδόν ένα δις. άντρες στον κόσμο –συμπεριλαμβανομένων των αδρών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και 250 εκατομμύρια γυναίκες καπνίζουν. Εάν δεν αναληφθεί άμεση δράση, 650 εκατομμύρια ζωντανοί σήμερα, καπνιστές θα πεθάνουν εντέλει από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Κάθε μέρα 80.000-100.000 νέοι ανά τον κόσμο εθίζονται στο κάπνισμα, ενώ αν οι τρέχουσες τάσεις εξακολουθούν να υφίστανται, 250 εκατομμύρια παιδιά και νέοι σήμερα θα πεθάνουν από σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες.⁵⁸

Δεδομένης της σημασίας του καπνίσματος ως κινδύνου για την υγεία, ο έλεγχος της κατανομής και της έντασης της χρήσης του καπνού, είναι ουσιώδους σημασίας για την αναγνώριση των περιοχών με προτεραιότητα για δράση και αξιολόγηση της υφιστάμενης προόδου. Από το 1980, έχουν παρατηρηθεί μεγάλες μειώσεις στον εκτιμώμενο επιπολασμό του καθημερινού καπνίσματος για άντρες και γυναίκες, αλλά λόγω της αύξησης του πληθυσμού ο αριθμός των καπνιστών έχει αυξηθεί σημαντικά. Καθώς το κάπνισμα παραμένει απειλή για τον παγκόσμιο πληθυσμό, είναι αναγκαίες οι εντατικοποιημένες προσπάθειες για τον έλεγχο του.⁵⁹

Το 2015, πάνω από 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι κάπνιζαν, με τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες. Αν και υπάρχουν πτωτικές τάσεις παγκοσμίως, ο επιπολασμός του καπνίσματος φαίνεται να αυξάνεται στην Ανατολική Μεσόγειο και την Αφρική.⁶⁰ Ολοένα και περισσότερο, ο επιπολασμός της χρήσης του καπνού είναι μεγαλύτερος σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, που αποτελούν στόχο της καπνοβιομηχανίας με διάφορες παραπλανητικές πολιτικές μάρκετινγκ. Το αποτέλεσμα είναι μια παγκόσμια επιδημία καπνού, που επιφέρει θάνατο που μπορεί να προληφθεί, ασθένεια και οικονομική ζημία για τις χώρες και τις οικογένειες.⁵⁸ Ο ΠΟΥ έχει εκτιμήσει ότι η χρήση καπνού είναι επί της παρούσης υπεύθυνη για το θάνατο περίπου 6.000.000 ανά τον κόσμο, ετησίως, με πολλούς από αυτούς τους θανάτους να είναι πρόωροι. Αυτό το σύνολο, περιλαμβάνει περίπου 600,000 άτομα, συμπεριλαμβανομένων 165,000 παιδιών⁵⁸, τα οποία εκτιμώνται ότι θα πεθάνουν από τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος. Παρόλο που συχνά συνδέεται με προβλήματα υγείας, αναπηρία και θάνατο από μη μεταδοτικές χρόνιες ασθένειες, το κάπνισμα συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο θανάτου από μεταδοτικές ασθένειες.⁶¹

Η Κίνα και η Ανατολική και Νότια Ευρώπη καταναλώνουν τα περισσότερα τσιγάρα ανά άτομο. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στον υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος, αλλά και στην υψηλή ένταση του. Περίπου 5,800,000,000 καπνίστηκαν παγκοσμίως το 2014, με την κατανάλωση καπνού να είναι σε τροχιά ανόδου. Οι αξιοσημείωτες μειώσεις στα επίπεδα καπνίσματος στο Ηνωμένο Βασίλειο, Αυστραλία, Βραζιλία και άλλες χώρες, οι οποίες όλο και περισσότερο εφαρμόζουν αυστηρές νομοθεσίες για τον περιορισμό, αντισταθμίζονται από τη συνεχόμενη αύξηση του καπνίσματος σε ένα και μόνο έθνος: την Κίνα. Η κινέζικη αγορά επί της παρούσης καταναλώνει περισσότερα τσιγάρα από όλες τις άλλες χαμηλού και εισοδήματος χώρες, με μια κατανάλωση που αγγίζει το 35% των τσιγάρων παγκοσμίως, ενώ το 53% των ανδρών καπνίζει.^{58,62} Άλλες περιοχές διαδραματίζουν ένα εξίσου, συνεχώς μεγαλύτερο ρόλο στην ανάπτυξη της παγκόσμιας επιδημίας του καπνίσματος. Η περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου παρουσιάζει τώρα το υψηλότερο ποσοστό ανάπτυξης στην αγορά των τσιγάρων, με μια αύξηση μεγαλύτερη από 1/3 της κατανάλωσης τσιγάρων από το 2000. Λόγω της πρόσφατης αύξησης της δυναμικής της οικονομικής ανάπτυξης και της συνεχούς αύξησης του πληθυσμού της, η Αφρική παρουσιάζει το μεγαλύτερο κίνδυνο όσον αφορά την μελλοντική ανάπτυξη της χρήσης του καπνού. Χωρίς τις κατάλληλες πολιτικές πρόληψης σε όλη την ήπειρο, η Αφρική, θα χάσει εκατοντάδες εκατομμύρια ζωές αυτόν τον αιώνα λόγω του καπνίσματος.⁶²

Τα μοτίβα κατανάλωσης καπνού από χώρα σε χώρα διαφέρουν παρασάγγας. Οι 5 χώρες με τη μεγαλύτερη κατανάλωση σε τσιγάρα είναι η Κίνα, η Ρωσία, οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία και η Ινδονησία.⁵⁸ Η κατανάλωση τσιγάρων εμφανίζει μεγάλες αποκλίσεις και συνδέεται με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση, ακόμα και σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Οι ανισότητες αυτές μπορούν να μειωθούν με τη χρήση στοχευμένων μέτρων ελέγχου του καπνίσματος. Για παράδειγμα, τα έσοδα από την αύξηση της φορολογίας στα τσιγάρα θα μπορούσαν να κατευθυνθούν προς τη χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος για τις μειονεκτούσες ομάδες. Η κατανάλωση άλλων προϊόντων καπνού είναι επίσης σε άνοδο. Από το 2000, η παγκόσμια κατανάλωση άλλων μορφών καπνού, όπως τα πουράκια έχει υπερδιπλασιαστεί, ενώ η κατανάλωση των στριφτών τσιγάρων έχει αυξηθεί περισσότερο από το ένα τρίτο. Η αύξηση αυτή οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι αυτά τα προϊόντα καπνού συχνά φορολογούνται με χαμηλότερους συντελεστές από ό, τι τα συμβατικά τσιγάρα και είναι, ως εκ τούτου, πιο προσιτά.⁶²

3.1.2 ΗΠΑ

Ο επιπολασμός του καπνίσματος στις ΗΠΑ είναι ιδιαίτερα υψηλός και μεταξύ των νέων ηλικιών, εφόσον το 10,8% των μαθητών λυκείου είναι καπνιστές, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 1.8 εκατομμύρια νέους. Οι άρρενες μαθητές λυκείου που καπνίζουν πούρα ανέρχονται σε 14%, ενώ οι συνομήλικοί τους που κάνουν χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου ανέρχονται στο 16.0%. Υπολογίζεται ότι 2,500 παιδιά κάτω των 18 δοκιμάζουν το κάπνισμα για πρώτη φορά, ενώ 400+ παιδιά γίνονται τακτικοί καπνιστές ημερησίως. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 40.6% των παιδιών εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα, ενώ τα πακέτα τσιγάρα που καταναλώνονται από παιδιά ετησίως ανέρχονται περίπου σε 540 εκατομμύρια (σχεδόν \$1.2 δις. ετήσιες εισπράξεις). Από πλευράς ενηλίκων, το 15,1% είναι καπνιστές, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 36.5 εκατομμύρια άτομα. Τα παιδιά κάτω των 18 σήμερα, τα οποία εκτιμάται ότι εντέλει θα πεθάνουν από το κάπνισμα ανέρχονται σε 5.6 εκατομμύρια. Τα άτομα που υποφέρουν επί της παρούσης από κάποια σχετιζόμενη με το κάπνισμα ασθένεια, υπολογίζονται στα 16 εκατομμύρια.⁶³

Ο καπνός προκαλεί περίπου 435.000 θανάτους ή 1 στους 6 θανάτους στις ΗΠΑ κάθε χρόνο, με 20.000 θανάτους από γρίπη και πνευμονία, να συνδέονται με το κάπνισμα. Κάθε χρόνο 174.000 καπνιστές θα πεθάνουν από καρδιακή νόσο, ενώ το κάπνισμα αυξάνει τον ίδιο τον

κίνδυνο θανάτου από καρδιακή προσβολή κατά 60%. Κάθε χρόνο 143.000 καπνιστές θα πεθάνουν από διαφορετικούς καρκίνους (83.000 από καρκίνο του πνεύμονα και μόνο), και 26.000 από εγκεφαλικά επεισόδια. Εξαιτίας του καπνίσματος, το 40% των ανδρών και 28% των γυναικών πεθαίνουν πρόωρα.²⁴ Το κάπνισμα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους από το αλκοόλ, το AIDS, τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, τα παράνομα ναρκωτικά, φόνους και αυτοκτονίες στο σύνολο τους. Από όλα τα παιδιά που γίνονται νέοι καπνιστές κάθε χρόνο, σχεδόν το ένα τρίτο θα πεθάνουν τελικά από το κάπνισμα. Επιπλέον, οι καπνιστές χάνουν μια δεκαετία της ζωής εξαιτίας του καπνίσματος. Για κάθε άτομο που πεθαίνει από το κάπνισμα, τουλάχιστον 30 περισσότερα υποφέρουν από σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία που προκλήθηκε από το κάπνισμα.⁶³ Σύμφωνα με την Έκθεση του Γενικού Χειρουργού το 1985: "Το κάπνισμα έχει σκοτώσει μεγαλύτερο αριθμό ατόμων στις ΗΠΑ, από τον αριθμό των Αμερικανών που σκοτώθηκαν στη μάχη ή πέθαναν από ασθένεια, που προκλήθηκε κατά τον πόλεμο, σε όλους τους πολέμους που έχει πολεμήσει το έθνος στην ιστορία του." Για την ιστορία οι συνολικές απώλειες για τις ΗΠΑ στον πόλεμο του Βιετνάμ ανήλθαν σε 58,151.²⁴

3.1.3 ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Η Γενική Διεύθυνση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία και την Ασφάλεια των Τροφίμων περιγράφει την κατανάλωση καπνού ως «τον μεγαλύτερο και μοναδικό κίνδυνο για την υγεία, που μπορεί να αποφευχθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση».⁶⁴ Μεταξύ των διαφορετικών περιοχών του ΠΟΥ, η Ευρώπη παρουσιάζει το υψηλότερο επιπολασμό καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων (28%) και έναν από τους υψηλότερους επιπολασμούς μεταξύ εφήβων. Μεταξύ των 16 κρατών μελών της ΕΕ για τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών κυμάνθηκε από 19% στη Σλοβενία, το Βέλγιο, τη Μάλτα και τη Σλοβακία έως 26% στην Κύπρο, την Εσθονία και την Ουγγαρία, τη Λετονία (28%), τη Βουλγαρία (29%) και την Ελλάδα (32%) αναφέροντας υψηλότερα ποσοστά. Μεταξύ των ανδρών, το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών κυμαινόταν από 21% στο Βέλγιο έως 40% στη Βουλγαρία, με κορύφωση στη Λετονία (46%). Μεταξύ των γυναικών, το ποσοστό κυμαινόταν από 12% στη Σλοβακία έως 22% στην Ουγγαρία, με τη Ρουμανία (9%) κάτω από αυτό το εύρος και την Ελλάδα (26%) πάνω από αυτό. Σε όλα τα 16 από αυτά τα κράτη μέλη, το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών ήταν υψηλότερο στους άνδρες από ό,τι μεταξύ των γυναικών: η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των φύλων, εκφρασμένη σε ποσοστιαίες μονάδες, ήταν στη

Λετονία, όπου το ποσοστό των καθημερινών καπνιστών μεταξύ των ανδρών (46%) ήταν 33 ποσοστιαίες μονάδες πάνω, από αυτό των γυναικών(13%). Διαφορές μεταξύ των 2 φύλων άνω των 20 ποσοστιαίων μονάδων παρατηρήθηκαν επίσης στην Εσθονία, Ρουμανία, Κύπρο και Βουλγαρία. Οι μικρότερες διαφορές των δύο φύλων ήταν στο Βέλγιο (4 ποσοστιαίες μονάδες) και τη Γερμανία (5 ποσοστιαίες μονάδες).⁶⁴

Παρόλο όμως, που η χρήση του καπνού ήταν στο παρελθόν σε μεγάλο βαθμό, ένα ανδρικό φαινόμενο, το χάσμα στον επιπολασμό μεταξύ των ενηλίκων ανδρών και γυναικών είναι πλέον πολύ μικρό (<5%) σε χώρες όπως η Δανία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Η έκθεση του ΠΟΥ για την παγκόσμια επιδημία του καπνίσματος, το 2015, δείχνει ότι το 19% των γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω, κάπνιζαν στην ευρωπαϊκή περιφέρεια το 2013. Αυτός είναι ένας υψηλός μέσος όρος σε σύγκριση με τον αντίστοιχο για τις γυναίκες στις περιφέρειες της Αφρικής, της Νοτιοανατολικής Ασίας, της Ανατολικής Μεσογείου και του Δυτικού Ειρηνικού (2-3%). Ο ΠΟΥ έχει προβλέψει ότι το επίπεδο επιπολασμού το 2025 στους άνδρες θα είναι 31% και για τις γυναίκες θα είναι 16%. Λαμβάνοντας υπόψη τα έτη 2010-2025, αυτό σημαίνει μια προβλεπόμενη σχετική μείωση της τάξης του 22% μεταξύ του ανδρικού πληθυσμού και του 25% μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού.⁶⁵

Οι βαρείς καπνιστές αποτελούσαν την πλειονότητα των καθημερινών καπνιστών στην Πολωνία, Βουλγαρία, Κύπρο και Ελλάδα, ενώ στη Γερμανία αντιπροσώπευαν μόλις το 29% του συνόλου των καθημερινών καπνιστών. Οι καθημερινοί καπνιστές αντιπροσώπευαν ένα αρκετά παρόμοιο μερίδιο του συνολικού ενήλικου πληθυσμού σε όλα τα συμμετέχοντα κράτη μέλη της ΕΕ, που κυμαίνεται από 10% στη Σλοβενία, στη Μάλτα και Κύπρο μέχρι 17% στην Εσθονία. Οι βαρείς καπνιστές αποτελούν το 1/5 του ενήλικου πληθυσμού στην Ελλάδα. Αντίθετα, το ποσοστό των βαρέων καπνιστών στον πληθυσμό των ενηλίκων ποικίλλει κάπως περισσότερο, από 7% στη Σλοβακία, τη Γερμανία και το Βέλγιο έως 16% στην Κύπρο και τη Βουλγαρία, με κορυφαίο σημείο 20% στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το γενικό πρότυπο για όλους τους καθημερινούς καπνιστές, οι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες να είναι βαρείς καπνιστές. Μεταξύ των ανδρών, το ποσοστό των βαρέων καπνιστών στον πληθυσμό των ενηλίκων ήταν μικρότερο από το 10% στο Βέλγιο και τη Γερμανία, ενώ ξεπέρασε το ¼ στη Βουλγαρία, Κύπρο και Ελλάδα. Μεταξύ των γυναικών, το ποσοστό αυτό ήταν περίπου 2% στη Σλοβακία, τη Λετονία, τη Ρουμανία και την Εσθονία και μόνο στην Ελλάδα ξεπέρασε το 7%, όπου το ποσοστό ήταν διπλάσιο σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος στο 14%⁶⁴.

Η χρήση καπνού στους εφήβους αυξάνεται στην ΕΕ, και ιδιαίτερα σε ορισμένες χώρες (π.χ. Τσεχική Δημοκρατία, Λετονία ή Λιθουανία) η χρήση καπνού μεταξύ των νέων είναι πολύ παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2014, το ποσοστό των αγοριών που κάπνιζαν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα σε ηλικία 15 ετών κυμαίνεται από το χαμηλό 5% στην Αρμενία έως το υψηλό 51% στη Γροιλανδία. Το ποσοστό των κοριτσιών που κάπνιζαν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα σε ηλικία 15 ετών κυμαίνεται από 1% στην Αρμενία σε 53% στη Γροιλανδία. Ο μέσος όρος για όλες τις χώρες που εκπροσωπούνται στην έκθεση ήταν 12% για τα αγόρια και 11% για τα κορίτσια. Σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο, η Ευρώπη έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά των θανάτων που αποδίδονται στη χρήση καπνού, εφόσον ο ΠΟΥ έχει υπολογίσει ότι η χρήση του καπνού είναι σήμερα υπεύθυνη για το 16% όλων των θανάτων σε ενήλικες άνω των 30, με πολλούς από αυτούς τους θανάτους να συμβαίνουν πρόωρα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις χώρες της Αφρικής ή της Ανατολικής Μεσογείου, με ποσοστό θανάτων που αποδίδεται στο κάπνισμα να ανέρχεται σε 3% και 7%, αντίστοιχα, καθώς και με τον παγκόσμιο μέσο όρο του 12%.⁶⁵

3.1.4 ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα διεκδικεί μια αρνητική πρωτιά στο κάπνισμα, εφόσον παρουσιάζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη, που αφορούν υψηλή κατανάλωση σε τσιγάρα τόσο κατά άτομο, όσο και επί του συνόλου, με άμεσο αποτέλεσμα το ποσοστό θανάτων που αποδίδονται στο κάπνισμα, να είναι επίσης ιδιαίτερα υψηλό.^{2,8,9,12} Ειδικότερα υπολογίζεται, ότι στην Ελλάδα σήμερα το 58.1% των ανδρών (το υψηλότερο στην ευρωπαϊκή ήπειρο) και το 32.2% των γυναικών καπνίζουν, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά μεταξύ των νέων ηλικίας 16-24 ετών, ανέρχονται σε 46.5% των αγοριών και το 43.3% των κοριτσιών.¹² Ιδιαίτερα όμως, υψηλός εμφανίζεται και ο επιπολασμός τους καπνίσματος στους εφήβους με τους μαθητές ηλικίας 13-15 ετών, που είναι συστηματικοί καπνιστές να αγγίζει το 32%, ενώ στην ηλικία των 16-19 ετών το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει μέχρι και το ποσοστό του 50%.⁸ Συνολικά ορώμενα, τα ποσοστά αυτά εμφανίζονται ως τα υψηλότερα στην Ευρώπη, με το πρόβλημα του καπνίσματος να λαμβάνει διαστάσεις σοβαρού προβλήματος για την δημόσια υγεία, πράγμα που επαληθεύεται αν προσμετηρηθούν οι σχετιζόμενες με αυτό, ασθένειες τα τελευταία χρόνια.¹²

Σε διεθνές επίπεδο και αναφορικά με το γενικό πληθυσμό, η Ελλάδα εξακολουθεί να καταλαμβάνει μια από τις υψηλότερες θέσεις στα ποσοστά καπνίσματος διεθνώς, με 38.2% στα

άτομα 15 ετών και άνω και 16.4% στα άτομα κάτω των 15 ετών.² Μια πανελλαδική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007, κατέδειξε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 40% του ελληνικού πληθυσμού είναι καπνιστές και δη καπνίζουν καθημερινά >20 τσιγάρα, μεγέθη που κατατάσσουν τη χώρα ανάμεσα στις πρώτες διεθνώς.⁹ Τα ακριβή ποσοστά καπνιστών φαίνονται να διαφοροποιούνται με βάση την περιοχή κατοικίας και άλλα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά. Έρευνα, που διεξήχθη το 2003, κατέληξε στο ότι οι κάτοικοι αστικών περιοχών, όπως της Αθήνας, είναι καπνιστές σε μεγαλύτερο ποσοστό (51% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες) σε σύγκριση με των κατοίκων των αγροτικών περιοχών της χώρας. Σε έρευνα αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες Ελλήνων φοιτητών που φοιτούσαν σε περιφερειακό πανεπιστήμιο, το 65.9% αυτών ήταν καπνιστές, ενώ σε παλαιότερη έρευνα για τους φοιτητές του Πανεπιστημίου Κρήτης το ποσοστό αυτό άγγιζε το 30.39%. Επιπρόσθετα, σε έρευνα που διεξήχθη πρόσφατα, το ποσοστό των καπνιστών φοιτητών παρουσιάζεται ελαφρώς αυξημένο σε 32.4%. Τέλος, σε μια συγκριτική μελέτη που διενεργήθηκε από τους Filippidis et al., και που επιχειρεί μια σύγκριση μεταξύ των ποσοστών καπνίσματος κατά το 2010, εντοπίστηκε μια μείωση της συχνότητας του καπνίσματος, ιδιαίτερα στους νέους ενήλικες από 48% σε 36%.²

3.2 Οικονομικές & Κοινωνικές Επιπτώσεις Καπνίσματος

Το κάπνισμα επιβάλλει δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνία, τόσο μέσω της απώλειας της ζωής και παραγωγικών χρόνων, όσο μέσω της οικονομικής επιβάρυνσης που υφίστανται οι καπνιστές, οι οικογένειές τους, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, οι ασφαλιστικές εταιρείες, και οι εργοδότες τους. Ως κόστος του καπνίσματος, ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ της υγειονομικής περίθαλψης ή άλλων εξόδων, που οφείλονται στο κάπνισμα και του κόστους που θα είχε προκύψει αν δεν υπήρχε το κάπνισμα. Δηλαδή, το κόστος του καπνίσματος στηρίζεται σε μια προσέγγιση περίσσειας κόστους. Με βάση το συμβατικό κόστος της προσέγγισης της ασθένειας, το οικονομικό κόστος του καπνίσματος διακρίνεται μεταξύ άμεσων και έμμεσων δαπανών. Οι άμεσες δαπάνες αποτελούνται από αγαθά ή υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν μια χρηματική ανταλλαγή στην αγορά. Οι έμμεσες δαπάνες αντιπροσωπεύουν ζημιές για τις οποίες δεν έχουμε χρηματικές ανταλλαγές χέρι με χέρι, αλλά παρ' όλα αυτά συνεπάγονται απώλεια πόρων. Οι έμμεσες δαπάνες περιλαμβάνουν την αξία του χρόνου που χάθηκε από δραστηριότητες λόγω ασθένειας και αναπηρίας, καθώς και την αξία των ζωών που χάνονται πρόωρα από ασθένειες, που σχετίζονται με το κάπνισμα.⁶⁶

Οι άμεσες δαπάνες αντιπροσωπεύουν τη χρηματική αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που αναλώνονται ως αποτέλεσμα του καπνίσματος και των ασθενειών σχετίζονται με το κάπνισμα, και για τις οποίες καταβάλλονται πληρωμές. Μερικές άμεσες δαπάνες προκύπτουν από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ άλλες έχουν σχέση με το κόστος μη υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να αναφερθεί, ότι υπάρχουν δυο προσεγγίσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί το άμεσο κόστος του καπνίσματος: η προσέγγιση του ετήσιου κόστους και η προσέγγιση του κόστους ζωής. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει νοσηλείες, υπηρεσίες ιατρού, νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι, τα φάρμακα, και τις υπηρεσίες άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης λόγω της θεραπείας ασθενειών σχετιζόμενων με το κάπνισμα. Επίσης, ενδέχεται να περιλαμβάνονται τα κόστη για φυτικές θεραπείες, συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, και παραδοσιακούς θεραπευτές. Άλλες σχετικές δαπάνες περιλαμβάνουν ιατρικές προμήθειες και εξοπλισμό.⁶⁶

Τα έξοδα μη υγειονομικής περίθαλψης του καπνίσματος περιλαμβάνουν εκείνα για τη μεταφορά στους παρόχους υγείας, τη φροντίδα από μη επαγγελματίες όπως τα μέλη της οικογένειας που παρέχονται στους αρρώστους καπνιστές, οι απώλειες της ιδιοκτησίας από πυρκαγιές που προκαλούνται από το κάπνισμα, ο καθαρισμός του αέρα και των ρούχων από τον καπνό, επαγγελματικά έξοδα για την πρόσληψη και εκπαίδευση αντικαταστατών για τους άρρωστους καπνιστές, καθώς και τα ασφάλιστρα για πυρκαγιά και ατύχημα. Το κόστος νοσηρότητας είναι ένα έμμεσο κόστος, που αντιπροσωπεύει την αξία της χαμένης παραγωγικότητας από πρόσωπα που είναι άρρωστα ή ανάπηρα λόγω ασθενειών, που προκλήθηκαν από το κάπνισμα. Ένα άρρωστο άτομο μπορεί να είναι σε θέση να εργαστεί στη συνήθη εργασία του ή να εκτελέσει τις συνήθεις δραστηριότητες καθαριότητας και φροντίδας των παιδιών του. Τα έξοδα νοσηρότητας υπολογίζονται με τον προσδιορισμό του τι θα ήταν ένα άτομο σε θέση να κερδίσει με την εκτέλεση αμειβόμενης εργασίας, αλλά και με την εκτίμηση μιας τεκμαρτής αξίας για την απώλεια των υπηρεσιών οικιακής παραγωγής⁶⁶.

Οι καπνιστές έχουν αυξημένη πιθανότητα θανάτου από έναν αριθμό ασθενειών, που έχουν αιτιακή σχέση με το κάπνισμα. Η αξία των ζώων που χάνονται είναι γνωστή ως το κόστος θνησιμότητας. Ένα μέτρο της αξίας της ζωής βασίζεται στην ανάθεση μιας χρηματικής αξίας σε μια ζωή. Αυτό μπορεί να γίνει με τη χρήση της προσέγγισης του ανθρώπινου κεφαλαίου, η οποία εκτιμά τη ζωή ανάλογα με το τι παράγει ένα άτομο, ή η προσέγγιση της προθυμίας για πληρωμή,

η οποία εκτιμά τη ζωή, στη βάση του τι θα ήταν κάποιος διατεθειμένος να πληρώσει για να αποφύγει την ασθένεια ή το θάνατο.⁶⁶

Ένα άλλο μέτρο της αξίας των ζώων που χάνονται πρόωρα, είναι ο αριθμός των ετών δυνητικής ζωής που χάθηκαν. Το μέτρο αυτό υποδηλώνει τον αριθμό των ετών, που θα μπορούσε να ζήσει ένα άτομο, αν δεν είχε πεθάνει από τη νόσο, που του προκάλεσε το κάπνισμα και καθορίζεται από τον αριθμό των ετών του προσδόκιμου ζωής που απομένουν στην ηλικία του θανάτου. Τα έτη ζωής, προσαρμοσμένα στην αναπηρία (DALYs) ενσωματώνουν από κοινού τις επιπτώσεις της ασθένειας στην αναπηρία και στον πρόωρο θάνατο, δηλαδή, τις ποιοτικές και ποσοτικές πτυχές της ασθένειας, ενοποιώντας τις σε ένα μέτρο. Τα έτη ζωής που χάνονται λόγω της διαβίωσης με αναπηρία, είναι το γινόμενο του αριθμού των περιστατικών της νόσου, της διάρκειας της κάθε περίπτωσης, και το βάρος της αναπηρίας, η οποία αντανακλά το βαθμό της αναπηρίας.⁶⁶

Η χρήση καπνού εκτιμάται ότι συνεπάγεται παγκοσμίως, ένα κόστος της τάξης των \$500 δισεκατομμυρίων ετησίως σε δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, απώλεια παραγωγικότητας, πυρκαγιά και άλλα έξοδα. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης που συνδέεται με ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι εξαιρετικά υψηλό. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η σχετιζόμενη με το κάπνισμα, ετήσια υγειονομική περίθαλψη ανέρχεται σε 96\$ δισεκατομμύρια, στη Γερμανία 7\$ δισεκατομμύρια, στην Αυστραλία, 1\$ δισεκατομμύριο. Οι ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα και την πρόωρη θνησιμότητα επιβάλλουν υψηλό κόστος παραγωγικότητας για την οικονομία, λόγω των άρρωστων εργαζομένων και εκείνων που πεθαίνουν πρόωρα κατά τη διάρκεια των ετών εργασίας τους. Οι χαμένες οικονομικές ευκαιρίες σε πυκνοκατοικημένες αναπτυσσόμενες χώρες θα είναι ιδιαίτερα σοβαρές, καθώς η χρήση καπνού είναι υψηλή και αυξάνεται σε αυτές τις περιοχές. Οι χώρες που είναι καθαροί εισαγωγείς των φύλλων καπνού και προϊόντων καπνού χάνουν εκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε ξένα χρηματιστήρια. Οι ζημιές από πυρκαγιά και οι σχετικές δαπάνες είναι σημαντικές. Το 2000, περίπου 300.000 ή 10% όλων των θανάτων σε πυρκαγιά σε όλο τον κόσμο, προκλήθηκαν από το κάπνισμα και το εκτιμώμενο συνολικό κόστος των πυρκαγιών που προκαλούνται από το κάπνισμα ήταν 27 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ. Η παραγωγή και χρήση καπνού βλάπτουν το περιβάλλον και οδηγούν στην κατάληψη των γεωργικών εκτάσεων, που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την καλλιέργεια τροφίμων.⁶³

Η σχέση μεταξύ φτώχειας και καπνού, έχει ήδη μελετηθεί εκτεταμένα, καθώς το σχήμα καπνός και φτώχεια φαίνεται να τροφοδοτούν ένα φαύλο κύκλο. Δεν είναι μόνο οι φτωχότεροι πληθυσμοί αυτοί που καταναλώνουν περισσότερο καπνό, αλλά ο καπνός με τη σειρά του αυξάνει τη φτώχεια. Η επιδημία του καπνίσματος κινείται προς τους φτωχότερους και λιγότερο μορφωμένους σε όλο τον κόσμο. Η καπνοβιομηχανία στοχεύει σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου αντιμετωπίζουν μικρότερη αντίσταση στο να εισάγουν τα προϊόντα τους και να έχουν μια τεράστια δυνητική νέα αγορά, ιδίως μεταξύ των γυναικών και της νεολαίας. Αυτές οι χώρες, οι οποίες δαπανούν ανεπαρκείς πόρους για την υγεία και εξακολουθούν να υποφέρουν από το βάρος μεταδοτικών ασθενειών, δεν θα είναι σε θέση να αντέξουν οικονομικά τη θεραπεία του πληθυσμού, που υποφέρει από τις συνέπειες της κατανάλωσης καπνού. Η επίδραση της κατανάλωσης και της παραγωγής καπνού εκτείνεται πέρα από τους τομείς της υγείας και της φτώχειας, υπό την αυστηρή έννοια του όρου. Το κάπνισμα έχει επίσης αρνητικό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς, που αντανακλούν τη φτώχεια, όπως τη μητρική υγεία, την παιδική θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και την περιβαλλοντική βιωσιμότητα.⁴

3.3 Αντικαπνιστική Εκστρατεία & Αποτελεσματικότητα αυτής

Το κάπνισμα αποτελεί εξέχοντα, παγκόσμιο παράγοντα κινδύνου, και συνεπώς η κατανόηση των τάσεων, που αφορούν στον επιπολασμό και την κατανάλωση του είναι κριτικής σημασίας. Το 1964, Ο Γενικός Χειρουργός στις ΗΠΑ με την έκθεση του κατέληξε ότι: «το κάπνισμα αποτελεί ένα κίνδυνο για τη δημόσια υγείας, βαρύνουσας σημασίας στις ΗΠΑ, τέτοιο ώστε να εγγυάται την ανάγκη για ανάληψη επανορθωτικής δράσης».³⁰ Από το 1980 και εφεξής, παρατηρήθηκε μεγάλη πτώση του εκτιμώμενου επιπολασμού του καπνίσματος σε καθημερινή βάση, τόσο στο ανδρικό όσο και στο γυναικείο φύλο, αλλά λόγω της ραγδαίας αύξησης του πληθυσμού της γης, ο αριθμός των καπνιστών έχει αυξηθεί σημαντικά. Με το κάπνισμα να εξακολουθεί να υφίσταται ως απειλή κατά της υγείας, οι εντατικοποιημένες προσπάθειες για τον έλεγχο του, κρίνονται αν μη τι άλλο, επιβεβλημένες⁵⁹.

Η εκστρατεία εναντίον της προώθησης των προϊόντων καπνού είναι, κατά μία έννοια, ένα υβρίδιο για τη δημόσια υγεία. Είναι εν μέρει ένα κίνημα για τη δημόσια υγεία, όπως τα αντίστοιχα που προσανατολίζονται να εξασφαλίσουν ότι τα τρόφιμα και τα φάρμακα είναι ασφαλή και τα κινήματα, που επιδιώκουν να εξασφαλίσουν τη βελτίωση της συλλογικής παροχής ενός υγιεινού περιβάλλοντος. Ωστόσο, επειδή η εκστρατεία για τη μείωση του

καπνίσματος απαραίτητα επιδιώκει να αλλάξει την προσωπική συμπεριφορά, γίνεται από ορισμένους αντιληπτή, ως ένα ηθικό μεταρρυθμιστικό κίνημα. Η σύγχρονη εκστρατεία για τη μείωση του καπνίσματος, όπως και ορισμένα στοιχεία των πρώτων προσπαθειών του 20ου αιώνα, έχει τροφοδοτηθεί από την ιατρική έρευνα και, πιο πρόσφατα, από τις αποκαλύψεις σχετικά με την επιπρόσθετη, αλλά και μυστική ιατρική έρευνα, που διεξάγεται από τις ίδιες τις εταιρείες καπνού αναφορικά με τη νικοτίνη και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες. Αλλά η ηγεσία έχει τόσο ιατρικό όσο και μη ιατρικό προσανατολισμό, αποσκοπώντας σε συμβατικούς μηχανισμούς δημόσιας πολιτικής και όχι στην ηθική αναμόρφωση. Όπου το ευρύτερο κίνημα για τη σύγχρονη υγεία διαθέτει ένα αμφίσημο προσανατολισμό προς την επιστήμη και την τεχνολογία, το κίνημα για τη μείωση του καπνίσματος ενστερνίζεται σταθερά την ιατρική έρευνα. Το κίνημα υιοθετώντας συχνά, εφευρετικές και έξυπνες στρατηγικές, έχει συνήθως αποφύγει τις ιδεολογικές ακρότητες και έχει αντ'αυτού εργαστεί προς την κατεύθυνση συγκεκριμένων, συμπαγών στόχων δημόσιας πολιτικής. Από αυτή την άποψη, είναι συνειδητά πολιτικό, υιοθετώντας ένα ύφος που σήμερα συναντάται σε πολλά κινήματα για την υγεία.⁶⁶

Η αποτελεσματικότητα των προσπαθειών για τη μείωση του καπνίσματος, ανεξάρτητα από άλλες κοινωνικές αλλαγές που ξεκινούν στις αρχές του 20ου αιώνα, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Οι μελετητές του κινήματος της εγκράτειας του 19^{ου} αιώνα, για παράδειγμα, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι, αν και οι προσπάθειες για μετριοπάθεια πιθανόν επιτάχυναν την προπολεμική μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η μείωση αυτή ενδέχεται να συνδέεται βαθύτερα με συνδεδεμένη με ανεξάρτητες μεταβολές στο μοτίβο της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Η αντικαπνιστική εκστρατεία των αρχών του 20ου αιώνα, παρά την προσωρινή επιτυχία της, είχε μικρή επίδραση μακροπρόθεσμα στην αναχαίτιση της ραγδαίας ανάπτυξης του καπνίσματος.⁶⁶

Το κίνημα κατά του καπνίσματος στη σύγχρονη εποχή αναπτύχθηκε απευθείας από τις προηγούμενες προσπάθειες για τον έλεγχο της χρήσης του καπνού και την απαγόρευση της πώλησης τσιγάρων. Συγκεκριμένα, οι κοινοί δεσμοί μεταξύ του έργου οργανισμών όπως ο Σύνδεσμος κατά του Τσιγάρου της Αμερικής (1899-1930) και των μετέπειτα προσπαθειών, που αρχίζουν στη δεκαετία του 1950, ήταν το κίνημα της μετριοπάθειας και οι διάφορες στρατηγικές που αναπτύχθηκαν με βάση την χριστιανική ηθική. Ενώ η κατανόηση των ομοιοτήτων με τις προηγούμενες σταυροφορίες αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της εξέτασης της εμφάνισης του σύγχρονου ακτιβισμού κατά του καπνίσματος, σημαντικότερη είναι η κατανόηση των διαφορών

-συγκεκριμένα ότι η ηθική εκστρατεία κατά του καπνίσματος που προέκυψε κατά τη μεταπολεμική εποχή, τροφοδοτούνταν πλέον με επιστημονικά στοιχεία για να υποστηρίξει ισχυρισμούς που διατυπώνονται για τη συσχέτιση (και αργότερα την αιτιώδη συνάφεια) μεταξύ της χρήσης του καπνού και των δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία. Έως την δεκαετία του 50', ο πληθυσμός των καπνιστών στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες ήταν καθ' οδόν προς το ζηνίθ του, παρά το γεγονός ότι η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, ήδη είχε ξεκινήσει δυο δεκαετίες πριν, να υπογραμμίζει το σύνδεσμο μεταξύ καπνίσματος και διάφορων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του πνεύμονα. Οι αρχές του 50' ήταν μια καθοριστική περίοδο στην ιστορία της αντικαπνιστικής εκστρατείας, υπό την έννοια ότι σημαντικές μελέτες που εμφανίζονταν στην ιατρική βιβλιογραφία, οδήγησαν σε ευρεία δημοσιότητα από τα μέσα ενημέρωσης.⁶⁷

Παρά το γεγονός ότι το 50' ήταν κατεξοχήν η δεκαετία της συνεχούς ανακάλυψης και συσσώρευσης επιστημονικών στοιχείων κατά του καπνίσματος, ήταν επίσης και μια περίοδος δοκιμασίας και λάθους για το αναδυόμενο αντικαπνιστικό κίνημα, εφόσον αυτή η επιστημονική γνώση δεν μεταφράστηκε αυτόματα σε ένα συντονισμένο, αποφασιστικό πλάνο δράσης από τις κρατικές, υγειονομικές αρχές.⁶⁷ Σημείο τομής αποτέλεσε η έκδοση της έκδοσης του Γενικού Χειρουργού στις ΗΠΑ το 1964 για τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.^{59,67} Τα συμπεράσματα της έκθεσης οδήγησαν σε περεταίρω έρευνα αναφορικά τόσο με τις επιπτώσεις του καπνού, όσο και τις πιθανές παρεμβάσεις για τη μείωση του επιπολασμού και της κατανάλωσης του καπνού.⁵⁹

Από την αρχή του 60' και κατά τη διάρκεια του 70' και του 80' η αντικαπνιστική εκστρατεία άρχισε να αναπτύσσεται σε ένα πιο ποικιλόμορφο κίνημα, με μια ευρεία σύνθεση που αποτελείται από παραδοσιακές οργανώσεις δημόσιας υγείας (κυβερνητικές, εθελοντικές, ιατρικούς και επιστημονικούς φορείς) και την ανάδυση συνεργατικών προσπαθειών. Η τάση αυτή περιελάμβανε την προτεραιότητα της υποστήριξης της ανάγκης για μια νέα πολιτική και ρύθμιση σε όλα τα επίπεδα, όπως περιορισμούς στη διαφήμιση τσιγάρων, προειδοποιητικές ετικέτες στα πακέτα των τσιγάρων και στις διαφημίσεις των τσιγάρων, αυξήσεις των ειδικών φόρων κατανάλωσης των τσιγάρων και τη νομοθεσία για απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους. Ωστόσο κατά τη δεκαετία του 70', η δράση των κρατικών φορέων δεν ταυνίζονταν με τις προτεραιότητες που ετίθεντο από τους ιδιώτες και τις διάφορες οργανώσεις. Έτσι κατά τις δεκαετίες 70' και 80', το αντικαπνιστικό κίνημα πραγματοποίησε μια μετακίνηση

της εστίασης του από τη συμπεριφορά του καπνιστή, εναντίον της συμπεριφοράς της καπνοβιομηχανίας, η οποία έγινε πλέον στόχος με την άσκηση των πρώτων προσφυγών εναντίον της. Στη δεκαετία του 90' παρατηρήθηκε επίσης μια δραματική αύξηση της ασκήσεως προσφυγών, ως σημαντικής στρατηγικής κατά του καπνίσματος με τη συμμετοχή σημαντικών πολιτικών παραγόντων.⁶⁷ Πλέον είναι διαθέσιμη μια ευρεία γκάμα αποτελεσματικών παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένων της αύξησης των τιμών και τις απαγορεύσεις διαφήμισης, προώθησης, πώλησης σε ανηλίκους και καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.⁵⁹

Ένας άλλος σταθμός στην πορεία της αντικαπνιστικής εκστρατείας, ήταν η υιοθέτηση της Σύμβασης Πλαισίου για τον Έλεγχο του Καπνού (FCTC) από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 2003 και η μετέπειτα επικύρωσή της από 177 χώρες, που αναμφίβολα αντικατοπτρίζει τις αυξανόμενες παγκόσμιες προσπάθειες για τον έλεγχο του καπνού.^{59,68} Η εξάπλωση της επιδημίας του καπνού διευκολύνεται μέσα από μια ποικιλία σύνθετων παραγόντων με διασυνοριακές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της απελευθέρωσης του εμπορίου και των άμεσων ξένων επενδύσεων. Άλλοι παράγοντες, όπως η παγκόσμια αγορά, η διακρατική διαφήμιση των προϊόντων καπνού, η προώθηση και η χορηγία από πλευράς καπνοβιομηχανίας, καθώς και το διεθνές κίνημα του λαθρεμπορίου και της παραποίησης τσιγάρων έχουν επίσης συμβάλει στην εκρηκτική αύξηση της χρήσης του καπνού.⁶⁸

Από την πρώτη εισαγωγική παράγραφο, η οποία αναφέρει ότι τα «μέρη της παρούσας σύμβασης είναι αποφασισμένα να δώσουν προτεραιότητα στο δικαίωμά τους για την προστασία της δημόσιας υγείας», η WHO FCTC είναι μια παγκοσμίως πρωτοπόρα σύμβαση. Οι διατάξεις πυρήνα για τη μείωση της ζήτησης στην FCTC περιέχονται στα άρθρα 6-14: και αφορούν σε τιμές και φορολογικά μέτρα για τη μείωση της ζήτησης του καπνού, και μη τιμολογιακά μέτρα για τη μείωση της ζήτησης του καπνού, ήτοι:

- Προστασία από την έκθεση στον καπνό
- Ρύθμιση των συστατικών που περιέχονται στα τσιγάρα
- Κανονισμός για τις γνωστοποιήσεις σε προϊόντα καπνού
- Συσκευασία και σήμανση των προϊόντων καπνού
- Εκπαίδευση, επικοινωνία, και ευαισθητοποίηση του κοινού
- Διαφήμιση, προώθηση και χορηγία προϊόντων καπνού και

- Μέτρα για τη μείωση της ζήτησης σχετικά με την εξάρτηση από τον καπνό και τη διακοπή.⁶⁸

Οι διατάξεις πυρήνα για τη μείωση της προσφοράς προϊόντων καπνού στην FCTC περιέχονται στα άρθρα 15-17 και αφορούν στο παράνομο εμπόριο προϊόντων καπνού, στις πωλήσεις προς και από ανηλίκους και στην παροχή υποστήριξης για οικονομικά βιώσιμες εναλλακτικές δραστηριότητες. Ένα άλλο νέο χαρακτηριστικό της Σύμβασης είναι η συμπερίληψη μιας διάταξης η οποία εξετάζει ζητήματα που άπτονται αστικής ευθύνης, ενώ οι μηχανισμοί για την επιστημονική και τεχνική συνεργασία και την ανταλλαγή των πληροφοριών, περιέχονται στα άρθρα 20-22.⁶⁸

Η εφαρμογή της FCTC έχει κλιμακωθεί σε πολλές χώρες με διάφορα μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των απαγορεύσεων της διαφήμισης, της απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, της αύξησης της φορολογίας του καπνού, καθώς και άλλες στρατηγικές. Η FCTC είναι πολλά υποσχόμενη εφόσον σε ορισμένες χώρες, όπως η Νέα Ζηλανδία, όπου τα ποσοστά επικράτησης του καπνίσματος παρουσιάζουν σταθερά πτωτική πορεία. Παρά το γεγονός ότι τα προκαταρκτικά στοιχεία της επίδρασης της συντονισμένης δράσης της πολιτικής, σε ορισμένες χώρες είναι ενθαρρυντικά, η επιβράδυνση στη μείωση της επικράτησης του καθημερινού καπνίσματος σε παγκόσμιο επίπεδο από το 2006, αποτελεί αιτία ανησυχίας και τονίζει την κρίσιμη σημασία της προσεκτικής και έγκαιρης παρακολούθησης των μεταβολών στην επίπτωση του καπνού. Το μοτίβο του υψηλού επιπολασμού και των συγκριτικά λίγων τσιγάρων ανά καπνιστή ημερησίως, που παρατηρούνται στη Νότια και τη Νοτιοανατολική Ασία είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο. Ενώ το κάπνισμα χαμηλής έντασης συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο για την υγεία σε σύγκριση με το κάπνισμα υψηλής έντασης, η βλάβη εξακολουθεί να είναι σημαντική. Σε χώρες με χαμηλή κατανάλωση πρέπει να καταβληθούν αυξημένες προσπάθειες, ώστε να εξασφαλίζεται ότι αυτή παραμένει σε χαμηλά επίπεδα. Παρά τις όποιες προσπάθειες, ο καπνός συνεχίζει να επηρεάζει δυσμενώς τα παγκόσμια πρότυπα για την υγεία, οδηγώντας σε 5,7 εκατομμύρια θανάτους, 6,9% χαμένα έτη ζωής, και 5,5% έτη ζωής προσαρμοσμένα σε αναπηρία (DALYs) το 2010. Δεδομένης της σημασίας του καπνού, ως κινδύνου για την υγεία, η παρακολούθηση της διανομής και της έντασης χρήσης του καπνού είναι ζωτικής σημασίας για τον προσδιορισμό των τομέων προτεραιότητας για την ανάληψη δράσης και την αξιολόγηση της προόδου. Από το 1980, τέσσερις χώρες έχουν επιτύχει μειώσεις μεγαλύτερες από 50% στον επιπολασμό του καπνίσματος σε άνδρες και γυναίκες: ο Καναδάς, η

Ισλανδία, το Μεξικό και η Νορβηγία. Λεπτομερέστερες αναλύσεις των επιπτώσεων της εφαρμογής των αποδεδειγμένων στρατηγικών, που θεσπίστηκαν στις χώρες αυτές, θα μπορούσαν να παράσχουν πολύτιμες πληροφορίες για τον έλεγχο του καπνού.⁵⁹

Οι παρεμβάσεις, που μπορούν να μειώσουν τον επιπολασμό του καπνίσματος στους ενήλικες είναι σημαντικές για τον περιορισμό της πανδημίας των ασθενειών, που σχετίζονται με το κάπνισμα. Ωστόσο, η αξιολόγηση των επιπτώσεων των πολιτικών ελέγχου του καπνού και των παρεμβάσεων των μέσων μαζικής ενημέρωσης ως προς τους πληθυσμούς είναι δύσκολη. Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν λίγοι συγκρίσιμοι πληθυσμοί ελέγχου, για τους οποίους δεν έχουν πραγματοποιηθεί παρεμβάσεις μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης ή κρατικών πολιτικών. Οι πολιτικές παρεμβάσεις κατά του καπνίσματος και οι διάφορες εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης συχνά συνυπάρχουν, περιπλέκοντας την αξιολόγηση της σχετικής συμβολής των μεν και των δε. Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες στις οποίες ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι το μέτρο έκβασης, βασίζονται σε ετήσιες έρευνες πληθυσμού για να παρακολουθήσουν την αλλαγή με την πάροδο του χρόνου, παρά στις διάφορες παρεμβάσεις, που υλοποιούνται γενικά όλο το χρόνο, σε σχέση με το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Μικρές ή παροδικές επιπτώσεις στον επιπολασμό του καπνίσματος είναι δύσκολο να ανιχνευθούν, ενώ ενδέχεται να υποτιμηθούν.⁶⁹

4. ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, τα εγκεφαλικά κύτταρα των καπνιστών και ειδικότερα οι υποδοχείς των κυττάρων του εγκεφάλου- έχει αποδειχθεί ότι έχουν λιγότερους υποδοχείς ντοπαμίνης. Οι υποδοχείς των εγκεφαλικών κυττάρων είναι μόρια, που κάθονται στο εξωτερικό του κυττάρου και που αλληλεπιδρούν με τα μόρια που χωρούν στον υποδοχέα, σαν μια κλειδαριά και το κλειδί. Οι υποδοχείς (κλειδαριές) είναι σημαντικοί επειδή φυλάσσουν και διαμεσολαβούν τις λειτουργίες του κυττάρου. Επί παραδείγματι, όταν το κατάλληλο μόριο (κλειδί) έρχεται να ξεκλειδώσει τον υποδοχέα, ξεκινάει μια αλυσίδα γεγονότων για την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης λειτουργίας των κυττάρων. Ειδικοί υποδοχείς διαμεσολαβούν διαφορετικές δραστηριότητες των κυττάρων. Οι καπνιστές έχουν λιγότερους υποδοχείς ντοπαμίνης, ενός ειδικού υποδοχέα κυττάρου που βρίσκεται στον εγκέφαλο, που πιστεύεται ότι παίζει ένα ρόλο στον εθισμό. Η ντοπαμίνη συνήθως απελευθερώνεται φυσικά, όταν ο οργανισμός εμπλέκεται σε σε ορισμένες συμπεριφορές όπως το φαγητό, το ποτό και τη συνουσία. Η απελευθέρωση της ντοπαμίνης πιστεύεται να δίνει μια αίσθηση ανταμοιβής. Μια από τις επικρατέστερες υποθέσεις

σχετικά με τον μηχανισμό του εθισμού, εικάζει ότι η έκθεση στη νικοτίνη αυξάνει αρχικά τη μετάδοση ντοπαμίνης, αλλά στη συνέχεια μειώνει τη λειτουργία των υποδοχέων της ντοπαμίνης και τον αριθμό τους. Η αρχική αύξηση της δραστηριότητας της ντοπαμίνης από τη νικοτίνη αρχικά οδηγεί σε ευχάριστα συναισθήματα για τον καπνιστή, αλλά η επακόλουθη μείωση της ντοπαμίνης αφήνει τον καπνιστή με μια λαχτάρα για περισσότερα τσιγάρα. Νέες μελέτες σε ζώα έχουν δείξει, ότι η χημεία του εγκεφάλου και των υποδοχέων μπορεί να μεταβληθεί νωρίς στη διαδικασία του καπνίσματος.⁷⁰ Αυτές οι αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου μπορεί να είναι μόνιμες. Επιπλέον, επειδή ο ρόλος των υποδοχέων σε άλλες γνωστικές λειτουργίες, όπως τη μνήμη και τη νοημοσύνη, είναι άγνωστος, το πώς το κάπνισμα μεταβάλλοντας τη χημεία του εγκεφάλου, επιδρά στις υπόλοιπες λειτουργίες του εγκεφάλου, είναι άγνωστο.²⁵

Η νικοτίνη είναι ένα διεγερτικό, εφόσον επιταχύνει τα πράγματα, κάνει την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, αυξάνει την πίεση του αίματος και κάνει τους καπνιστές να αισθάνονται σε διέγερση. Μετά από περίπου 45 λεπτά, όταν το επίπεδο νικοτίνης στο αίμα πέφτει, αρχίζουν να εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης. Οι καπνιστές ενδέχεται να αισθάνονται κουρασμένοι και ευερέθιστοι (θυμό, ανυπομονησία, νευρικότητα). Οι καπνιστές αυξάνουν σταδιακά τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν, προκειμένου να αποτρέψουν τα συναισθήματα της αποχής. Συνεχίζουν την αύξηση του αριθμού των τσιγάρων μέχρι να φτάσουν σε ένα ορισμένο επίπεδο νικοτίνης στο αίμα τους. Συνήθως θα ανάψουν ένα τσιγάρο πριν αρχίσουν να αισθάνονται οποιαδήποτε συμπτώματα στέρησης. Οι άνθρωποι που καταναλώνουν τσιγάρα χαμηλής πίσσας και νικοτίνης θα πρέπει να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα, προκειμένου να φτάσουν το επίπεδο συντήρησής τους. Μετά τον ύπνο, το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα είναι χαμηλότερο από ό, τι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ως εκ τούτου, οι βαρείς καπνιστές θα αρχίσουν συνήθως την ημέρα τους με ένα τσιγάρο πολύ σύντομα μετά το ξύπνημα. Η νικοτίνη θα τους τονώσει και θα τους κάνει να αισθάνονται ξύπνιοι. Μπορεί κανείς να πει πόσο εθισμένο είναι ένα άτομο από το πόσο σύντομα ανάβει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας μετά το ξύπνημα.²⁴

Ενδεχομένως ένας από τους ισχυρότερους δείκτες της επίδρασης της νικοτίνης, που εισπνέεται μέσα από τον καπνό του τσιγάρου είναι η διαφορά μεταξύ της επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος και των τελικών ποσοστών επιτυχίας. Οι έρευνες καταδεικνύουν σταθερά ότι η πλειοψηφία των καπνιστών (περίπου τα δύο τρίτα) θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ το ποσοστό των επιτυχόντων κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Μια έρευνα που διεξήχθη το 2008/09 διαπίστωσε ότι το 26% των καπνιστών προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα κατά το

προηγούμενο έτος, ενώ το 21% των καπνιστών είχε κάνει τρεις προσπάθειες μόνο κατά το προηγούμενο έτος. Ωστόσο, μόνο 8% κατάφερε να διακόψει για δύο ή περισσότερα χρόνια. Δεδομένα από μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, δείχνουν ότι το 2015, το 6,2% των καπνιστών δήλωσαν ότι έχουν σταματήσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, ενώ το 32,5% είχε προσπαθήσει να το πράξει. Οι περισσότεροι καπνιστές επιχειρούν αρκετές προσπάθειες να σταματήσουν το κάπνισμα, πριν το καταφέρνουν τελικά.⁷¹

4.1 Ορισμός & Κριτήρια Αναγνώρισης

Ο εθισμός ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «επαναλαμβανόμενη χρήση ψυχοτρόπου ουσίας ή ουσιών, στο βαθμό που ο χρήστης:

- Βρίσκεται περιοδικά ή χρονίως υπό την επήρεια
- δείχνει ένα καταναγκασμό προκειμένου να πάρει την προτιμώμενη ουσία (εξ)
- έχει μεγάλη δυσκολία στην εκούσια παύση ή την τροποποίηση της χρήσης ουσιών
- επιδεικνύει αποφασιστικότητα στην απόκτηση ψυχοδραστικών ουσιών με σχεδόν κάθε μέσο
- η ανοχή είναι εμφανής και εμφανίζεται συχνά ένα σύνδρομο στέρησης, όταν η χρήση της ουσίας διακοπεί»

Το Royal College of Physicians (Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών) παραθέτει τα ακόλουθα κριτήρια για τον εθισμό:

- μια ισχυρή επιθυμία για την κατανάλωση της ουσίας
- η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερες από τις επιδιωκόμενες ποσότητες
- δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης
- μεγάλο χρονικό διάστημα προορίζεται στην απόκτηση, χρήση και την ανάκαμψη από τις επιπτώσεις της ουσίας
- δίδεται υψηλότερη προτεραιότητα στη χρήση της ουσίας, παρά σε άλλες δραστηριότητες και υποχρεώσεις
- συνεχής χρήση παρά τις βλαπτικές επιδράσεις

- ανοχή
- στέρηση^{2,71}

Σημαίνοντα ρόλο στην αναγνώριση της νικοτίνης, ως της υπεύθυνης ουσίας για τον εθισμό στο κάπνισμα, αποτέλεσε η έκθεση του Surgeon General of the United States το 1988, όπου συνέπραξαν όλες οι ιθύνουσες αρχές υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ΠΟΕ, του Royal College of Physicians και του Αμερικανικού Συλλόγου Ψυχιάτρων (APA) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα:

1. Τα τσιγάρα και οι διάφορες μορφές καπνού είναι εθιστικά.
2. Η νικοτίνη είναι η εθιστική ουσία, που εμπεριέχεται στον καπνό.
3. Οι φυσιολογικές και συμπεριφορικές διεργασίες που καθορίζουν την εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι παρόμοιες με εκείνες που καθορίζουν την εξάρτηση από την ηρωίνη και την κοκαΐνη.^{2,72}

Όλες οι μορφές καπνού ενδέχεται να είναι εθιστικές, επειδή όλες εμπεριέχουν νικοτίνη, αλλά τα τσιγάρα είναι τα αποτελεσματικότερα στη διάδοση της νικοτίνης στο σώμα. Ο εθισμός είναι ένας όρος που συνήθως εφαρμόζεται σε δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά αναζήτησης ναρκωτικών, και συχνά εκτελείται παρά τη γνώση των αρνητικών συνεπειών για την υγεία. Η νικοτίνη πληροί τα καθορισμένα κριτήρια μιας ουσίας, που προκαλεί εθισμό, συγκεκριμένα, εξάρτηση και στέρηση. Και ο ΠΟΥ στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών (International Classification of Diseases -ICD)⁷³ και ο APA στο εγχειρίδιο Diagnostic and Statistical Manual⁷⁴ έχουν εκδώσει διαγνωστικά κριτήρια για την αξιολόγηση της εξάρτησης και της στέρησης.^{2,72} Τόσο ο ΠΟΥ και ο APA αναγνωρίζουν ως εξάρτηση, στην ουσία, την επαναλαμβανόμενη και καταναγκαστική χρήση ναρκωτικών. Η στέρηση είναι ένα σύνδρομο συμπτωμάτων που εμφανίζονται όταν ένας τακτικός χρήστης απότομα σταματά τη χρήση. Η στέρηση και η εξάρτηση από τη νικοτίνη θεωρούνται ως ξεχωριστές, αν και συνδεόμενες διαταραχές, η καθεμία από τις οποίες διαθέτει συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια. Ο εθισμός και η εξάρτηση χρησιμοποιούνται συχνά ως συνώνυμα τόσο από τον ΠΟΥ και τον APA. Με την εξάρτηση, συχνά κάνει την εμφάνιση της η ανοχή σε ένα φάρμακο –ήτοι η μειωμένη απάντηση σε μια επαναλαμβανόμενη δόση του φαρμάκου-. Στην ουσία, περισσότερη νικοτίνη είναι απαραίτητη για να παράγει τα ίδια αποτελέσματα που κάποτε παράγονταν από χαμηλότερες δόσεις. Η νευροπροσαρμογή συμβαίνει όταν ο εγκέφαλος έχει προσαρμοστεί στην παρουσία της νικοτίνης και

χρειάζεται νικοτίνη για να λειτουργήσει κανονικά. Όταν η νικοτίνη δεν είναι διαθέσιμη, η λειτουργία του εγκεφάλου ενδέχεται να διαταραχθεί, με αποτέλεσμα τη στέρηση.⁷²

Τα διαγνωστικά κριτήρια για ουσίες, που παράγουν εξάρτηση δίνονται στον Πίνακα 1. Μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με χαμηλότερο κίνητρο για διακοπή του καπνίσματος, δυσκολία και αποτυχία στην προσπάθειά διακοπής του καπνίσματος, καθώς και με το κάπνισμα του πρώτου τσιγάρου νωρίτερα μέσα στην ημέρα και περισσότερων τσιγάρων την ημέρα.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά Κριτήρια για την Εξάρτηση από τη Νικοτίνη

Η εξάρτηση είναι ένα δυσπροσαρμοστικό μοτίβο χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή δυσχέρεια, όπως εκδηλώνεται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, που συμβαίνουν σε οποιαδήποτε στιγμή κατά την ίδια περίοδο 12 μηνών:

1. Ανοχή

- μια ανάγκη σημαντικά αυξανόμενων ποσοτήτων της ουσίας για την επίτευξη της επιθυμητής επίδρασης
- σημαντικά μειωμένη επίδραση με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας ουσίας.

2. Στέρηση

- τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης για την ουσία
- η ουσία λαμβάνεται προκειμένου να ανακουφιστούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα

3. Η λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων της ουσίας ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό, τι είχε προβλεφθεί

4. Μια επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για τη διακοπή της χρήσης ουσιών

5. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου, δαπανάται σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση ή τη χρήση μιας ουσίας

6. Εγκατάλειψη ή μείωση των σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της κατάχρησης ουσιών^{2,72}

Η στέρηση παράγει ένα συνδυασμό των συμπτωμάτων, που οι χρήστες καπνού ενδέχεται να αντιμετωπίσουν όταν σταματούν τη χρήση (βλέπε πίνακα 2. για μια λίστα κριτηρίων για την στέρηση νικοτίνης). Τα συμπτώματα στέρησης ποικίλλουν, αλλά περιλαμβάνουν μια επιθυμία για νικοτίνη, ευερεθιστότητα, απογοήτευση ή θυμό, άγχος, κατάθλιψη, δυσκολία συγκέντρωσης, ανησυχία, και αυξημένη όρεξη (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους). Τα περισσότερα συμπτώματα εμφανίζονται σε μέγιστη ένταση 24 έως 48 ώρες μετά τη διακοπή και, στη συνέχεια, σταδιακά ελαττώνονται κατά τη διάρκεια μιας περιόδου μερικών εβδομάδων. Μερικά συμπτώματα στέρησης, όπως δυσφορία, ήπια κατάθλιψη, ανηδονία, και αυξημένη όρεξη, μπορεί να διαρκέσουν για μήνες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η απόσυρση δεν είναι ούτε αναγκαία ούτε επαρκής για την ανάπτυξη της εξάρτησης. Για παράδειγμα, οι διαλείποντες καπνιστές, οι κοινωνικοί καπνιστές και οι μη καθημερινοί καπνιστές μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για την εξάρτηση από τη νικοτίνη, χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για τη διαταραχή στέρησης.⁷²

Πίνακας 2. Διαγνωστικά Κριτήρια για Στέρηση από τη Νικοτίνη

A. Καθημερινή χρήση νικοτίνης για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες

B. Απότομη διακοπή χρήσης νικοτίνης ή μείωση της χρησιμοποιούμενης ποσότητας νικοτίνης, ακολουθείται από 4 (ή και περισσότερα) από τα ακόλουθα σημάδια εντός 24ώρου:

1. δυσφορία ή καταθλιπτική διάθεση 2. αϋπνία 3. ευερεθιστότητα, απογοήτευση ή θυμό 4. άγχος 5. δυσκολία συγκέντρωσης 6. ανησυχία 7. μειωμένο καρδιακό ρυθμό 8. αυξημένη όρεξη ή αύξηση σωματικού βάρους

Γ. Κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ή άλλο σημαντικό τομέα λειτουργικότητας

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε μια γενική ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα από κάποια ψυχική διαταραχή.

Η στέρηση και η εξάρτηση μπορεί να συνδέονται, εφόσον πρόσωπα που εμφανίζουν σημάδια εξάρτησης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα στέρησης εάν διακόψουν το κάπνισμα. Τα συμπτώματα στέρησης έχουν επίσης σχέση με τη σοβαρότητα της εξάρτησης, και μπορεί να αυξήσουν τους πειρασμούς να καπνίσει κάποιος προκειμένου να ανακουφίσει την απόσυρση, ιδιαίτερα εντός των πρώτων 30 ημερών μετά τη διακοπή. Τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να είναι παρόντα, αν και σε πιο ήπια μορφή, όταν ένας καπνιστής μειώνει τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζε ή στρέφεται σε τσιγάρα με χαμηλότερη νικοτίνη.⁷²

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με ασθενείς που κάνουν κατάχρηση άλλων ουσιών και που ξεκάθαρα είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και αντιλαμβάνονται ότι η καθημερινή χρήση της ουσίας δημιουργεί τη στέρηση αυτή, οι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη δεν αναγνωρίζουν ότι χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως θεραπεία για τη στέρηση νικοτίνης που αισθάνονται πολλές φορές εντός της ημέρας.²

4.2 Εργαλεία Μέτρησης της Εξάρτησης

4.2.1 Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Ο βαθμός εξάρτησης από τον καπνό μπορεί να εκτιμηθεί από μια σειρά μετρήσεων. Αυτές περιλαμβάνουν τη συχνότητα και την ποσότητα καπνού που καταναλώνεται, βιοχημικούς δείκτες (όπως τα επίπεδα κοτινίνης, ένα υποπροϊόν του μεταβολισμού της νικοτίνης, στο σίελο), και τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφερόμενης συμπεριφοράς του καπνίσματος.⁷⁵

Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι το τεστ Fagerström για την Εξάρτηση από τη Νικοτίνη, που είναι ένα πρότυπο μέτρο για την αξιολόγηση της έντασης της βιολογικής εξάρτησης στη νικοτίνη. Περιέχει έξι στοιχεία που αξιολογούν την ποσότητα της κατανάλωσης

τσιγάρων, τον εξαναγκασμό στη χρήση, και την εξάρτηση.^{2,75,76} Το εργαλείο ρωτάει τους καπνιστές ένα αριθμό ερωτήσεων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3. Κατά το σκοράρισμα του FTND, οι απαντήσεις ναι / όχι σκοράρουν 0-1 και οι απαντήσεις πολλαπλής επιλογής σκοράρουν από 0 έως 3. Τα στοιχεία αθροίζονται για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία των 0-10.⁷⁶ Όσο υψηλότερο είναι το τελικό σκορ Fagerström, τόσο εντονότερη είναι η σωματική εξάρτηση του ασθενούς από τη νικοτίνη.^{2,76} Ένα σκορ από 5 και πάνω θεωρείται ένδειξη υψηλής βιολογικής εξάρτησης⁷⁵, πράγμα που υποδηλώνει ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης, συνήθως με κάποια μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, θα αποτελέσει έναν κεντρικό παράγοντα κατά τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς.^{2,77}

Πίνακας 3. Το ερωτηματολόγιο Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).

1.	Πόσο σύντομα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;	
	Μετά από 60 min	1
	Μετά από 31-60 min	2
	Μετά από 6-30 min	3
	Μέσα σε 5 min	4
2.	Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;	
	Όχι	0
	Ναι	1
3.	Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;	
	Το πρώτο πρωινό	0
	Οποιοδήποτε	1
4.	Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	
	10 ή λιγότερα	0
	11-20	1
	21-30	2

	31 ή περισσότερα	3	
5.	Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;	Όχι	0
		Ναι	1
6.	Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;	Όχι	0
		Ναι	1

Βαθμολόγηση:

7-10 βαθμοί: Πολύ εξαρτημένος

4-6 βαθμοί: Μέτρια εξαρτημένος

Λιγότεροι από 4 βαθμοί: Ελάχιστα εξαρτημένος

4.2.3 Ερωτηματολόγιο CAGE

Μια άλλη δοκιμασία ελέγχου (screening test) είναι το CAGE, ένα ερωτηματολόγιο που αρχικά χρησιμοποιούνταν για την αξιολόγηση ατόμων με εθισμό στο αλκοόλ και στη συνέχεια τροποποιήθηκε με προσανατολισμό το κάπνισμα. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τέσσερις ερωτήσεις και οφείλει το όνομα του στις τέσσερις λέξεις-κλειδιά κάθε ερώτησης, δηλαδή μείωση (Cut-down) ή έλεγχος (Control) του καπνίσματος, ενόχληση (Annoyed), ενοχή (Guilty) και πρωινό κάπνισμα (Eye-opener, με το που ανοίγουν τα μάτια). Δύο απαντήσεις «ναι» υποδηλώνουν θετική την δοκιμασία ελέγχου.^{2,77}

Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο CAGE για την καπνιστική συμπεριφορά.

1.	Έχεις νιώσει ποτέ την επιθυμία να μειώσεις ή να ελέγξεις το κάπνισμά σου αλλά αντιμετώπισες δυσκολία να το κάνεις;
2.	Έχεις νιώσει ποτέ ενοχλημένος ή θυμωμένος με ανθρώπους που κριτικάρουν το κάπνισμά σου ή σου λένε ότι πρέπει να το διακόψεις;
3.	Έχεις νιώσει ποτέ ένοχος για το κάπνισμά σου ή για κάτι που έκανες όσο κάπνιζες;
4.	Καπνίζεις ποτέ μέσα σε μισή ώρα από τη στιγμή που ξυπνάς;

4.2.2 Τεστ των 4Cs

Οι ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και σύμβουλοι για θέματα εθισμού βασίζονται στα κριτήρια που τίθενται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση (DSM-IV) για τη διάγνωση της εξάρτησης από μια ουσία. Τα κριτήρια αυτά ισχύουν για όλες τις εθιστικές ουσίες (π.χ., αλκοόλ, οπιοειδή, κάνναβη, αμφεταμίνες) και μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες που αρχίζουν με το γράμμα “C”:

- 1. Καταναγκασμός (Compulsion):** η ένταση με την οποία η επιθυμία για χρήση μιας ουσίας κατακλύζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και την κρίση του ασθενούς
- 2. Έλεγχος (Control):** ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής μπορεί (ή δεν μπορεί) να ελέγξει τη χρήση της ουσίας, αφοτου την ξεκινήσει
- 3. Μείωση (Cutting down):** τα αποτελέσματα της μείωσης της χρήσης της ουσίας, συμπτώματα απόσυρσης
- 4. Συνέπειες (Consequences):** άρνηση ή αποδοχή της ζημιάς που προκαλείται από την ουσία

Το τεστ των Cs μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντίστοιχα και για τη μέτρηση της εξάρτησης του ασθενούς από τη νικοτίνη (Πίνακας 4). Οι οικογενειακοί ιατροί, που νιώθουν μεγαλύτερη άνεση να συζητήσουν τις ψυχολογικές πτυχές του ζητήματος με τους ασθενείς τους, ενδέχεται να προτιμούν αυτή την προσέγγιση.^{2, 77}

Πίνακας 4. Αξιολόγηση της Εξάρτησης στη Νικοτίνη με τη Χρήση του Τεστ των 4 Cs

Compulsion/Καταναγκασμός
Καπνίζετε ποτέ περισσότερο από όσο σκοπεύετε?
Έχετε ποτέ αμελήσει κάποια ευθύνη επειδή καπνίζατε ή επειδή μπορούσατε να καπνίσετε?
Control/ Έλεγχος
Έχετε ποτέ αισθανθεί την ανάγκη να ελέγξετε το πόσο καπνίζετε, αλλά δεν μπορέσατε να το πραγματοποιήσετε εύκολα?
Έχετε ποτέ υποσχεθεί ότι θα διακόψετε το κάπνισμα και αγοράσατε τσιγάρα την ίδια μέρα?
Cutting down (and withdrawal symptoms)/Μείωση (και συμπτώματα στέρησης)
Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα? Πόσες φορές? Για πόσο καιρό?

Είχατε ποτέ κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα, όταν μείνατε για λίγο χωρίς τσιγάρο: διέγερση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, εναλλαγές της διάθεσης; Αν ναι, το σύμπτωμα υποχώρησε όταν καπνίσατε ένα τσιγάρο?
Consequences/Συνέπειες
Πόσο καιρό γνωρίζετε ότι το κάπνισμα βλάπτει το σώμα σας?

4.3 Ψυχολογικοί Παράγοντες & Εξάρτηση

Η εξάρτηση στη νικοτίνη χαρακτηρίζεται ως μια χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος. Παρά το γεγονός ότι το 75% -85% των καπνιστών θα ήθελαν να σταματήσουν το κάπνισμα, και το ένα τρίτο να κάνει τουλάχιστον τρεις σοβαρές προσπάθειες στη ζωή του, λιγότερο από το 50% των καπνιστών καταφέρουν να διακόψουν πριν από την ηλικία των 60 ετών⁷⁸ και, από αυτούς που τελικά επιτυγχάνουν, οι περισσότεροι χρειάζονται πάνω από 5 προσπάθειες πριν να απαλλαχθούν οριστικά.⁷⁹ Πρόκειται για μια σύνθετη διαταραχή, που είναι δύσκολο να ξεπεραστεί, ενώ τα κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελούν κλειδί για την επιτυχία και είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με μια ποικιλία κληρονομικών, φυσιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών μεταβλητών. Εκτός από τα κίνητρα, ο καπνιστής θα πρέπει να αντιμετωπίσει μερικούς παράγοντες που καθιστούν αυτή τη διαδικασία δύσκολη, όπως την ένταση του συνδρόμου στέρησης, που είναι μία από τις κύριες αιτίες που συμβάλλουν στη διατήρηση της συνήθειας. Τα συμπτώματα ποικίλουν σε ένταση μεταξύ των καπνιστών, και γενικά αρχίζουν μέσα σε λίγες ώρες μετά τη διακοπή, αυξάνοντας κατά το πρώτο 12ωρο και φθάνοντας στο ανώτερο σημείο την τρίτη ημέρα. Η δυσφορία αυξάνεται νωρίς το βράδυ, και τα πιο σημαντικά συμπτώματα αφορούν την αύξηση του ψυχαναγκασμού, ευερεθιστότητα, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, διέγερση, και μια αίσθηση υπνηλίας ή νωθρότητας, καθώς και εχθρικές αντιδράσεις. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να παρατηρηθούν για 30 ημέρες ή περισσότερο. Ωστόσο, τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα μπορεί να επιμείνουν για πολλούς μήνες ή χρόνια.⁷⁹ Το επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη και η ψυχολογική δυσφορία αποτελούν συναφείς και σύνθετους παράγοντες, που συμβάλλουν στην παρατεταμένη κατανάλωση τσιγάρων, και εμπλέκονται έντονα στην κλινική διαχείριση των καπνιστών. Αν και οι διάφορες φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον εντοπισμό των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη διακοπή του καπνίσματος και την υποτροπή. Μεταξύ άλλων, οι ψυχοδραστικές επιδράσεις της

νικοτίνης, οι συνειρμικές διαδικασίες μάθησης, η περιβαλλοντική κουλτούρα (συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης και της διαθεσιμότητας των προϊόντων καπνού, και των γονεϊκών προτύπων), τα ατομικά χαρακτηριστικά (δηλαδή, τα γενετικά χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα), και η κληρονομικότητα (μελέτες διδύμων υποδηλώνουν μια γενετική συνεισφορά περίπου 50% στον επιπολασμό του καπνίσματος, τη δυνατότητα διακοπής καπνίσματος, και τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα) φαίνεται να συμβάλλουν στην έναρξη και τη διατήρηση της κατανάλωσης τσιγάρων. Ωστόσο, η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η ψυχολογική δυσφορία που παρατηρείται κατά τη διακοπή, αναγνωρίζονται ευρέως ως ιδιαίτερα σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της διακοπής του καπνίσματος.⁷⁸

Ένα άλλο μεγάλο εμπόδιο είναι ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη. Οι βαρείς καπνιστές καπνίζουν γενικά το πρώτο τσιγάρο έως και 30 λεπτά μετά το ξύπνημα. Επιπλέον, αντιλαμβάνονται τη δυσκολία να διακόψουν και παρουσιάζουν μειωμένη αυτοπεποίθηση. Μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων για τους ασθενείς αυτούς, μπορούμε να επισημάνουμε την ανάγκη να ενισχυθούν τα κίνητρα, χωρίς τα οποία, οι ασθενείς αυτοί δεν θα είναι σε θέση να σταματήσουν το κάπνισμα. Πολλοί από αυτούς αναφέρουν ότι θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα, ωστόσο, στην πραγματικότητα, η προφορική έκφραση της επιθυμίας τους δεν μεταφράζει πιστά τα πραγματικά συναισθήματά τους σχετικά με το κάπνισμα, δεδομένου ότι δεν είναι δεόντως έτοιμοι να το πράξουν.⁷⁹

Η αύξηση του βάρους είναι επίσης ένας παράγοντας που καθιστά δύσκολη την αποβολή αυτής της συνήθειας. Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι οι καπνιστές ζυγίζουν λιγότερο από τους μη καπνιστές, ενώ παρατηρείται αύξηση του σωματικού βάρους, όταν σταματήσουν το κάπνισμα. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η χρήση νικοτίνης καταλήγει σε μια περίοδο απώλειας βάρους. Επιπρόσθετα, η διακοπή της χρήσης της ουσίας οδηγεί σε μια σε μια οξεία αύξηση βάρους. Η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους ακολουθείται γενικά από αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα, ενώ συχνά εκδηλώνεται κατάθλιψη, αυτοτιμωρία, ευερεθιστότητα, και επιθετικότητα. Η αύξηση του βάρους, σε συνδυασμό με το αυξημένο στρες, ενισχύει την ώθηση του ατόμου προς την υπερφαγία, διαιωνίζοντας τον φαύλο κύκλο. Προς το παρόν, οι τρεις πιο ευρέως αποδεκτές θεωρίες για την επεξήγηση της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος και του σωματικού βάρους είναι οι εξής: α) αυξημένο μεταβολικό ρυθμό, με μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας από τους καπνιστές β) διαφορές στην ποιότητα και την

ποσότητα της πρόσληψης τροφής από τους καπνιστές γ) απώλεια της όρεξης, μέσω της νικοτίνης.⁷⁹

4.3.1 Κάπνισμα & Προσωπικότητα

Οι περισσότερες μελέτες αναφορικά με τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τις τελευταίες δεκαετίες, πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο που προτάθηκε το 1967.⁸⁰ Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, υπάρχουν τρεις κυρίαρχες διαστάσεις του χαρακτήρα ή της προσωπικότητας που υποτίθεται ότι σχετίζονται με το κάπνισμα: η εξωστρέφεια, η νεύρωση, και ο ψυχωτισμός.⁷⁹

Η διάσταση της εξωστρέφειας περιλαμβάνει παράγοντες όπως η κοινωνικότητα, η αυτοπεποίθηση, τα θετικά συναισθήματα, η ζωντάνια, και το επίπεδο δραστηριότητας. Έχει υποτεθεί ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ εξωστρέφειας και καπνίσματος.^{80,81} Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία, τα εξωστρεφή και εσωστρεφή άτομα διαφέρουν ως προς το επίπεδο της αναγκαίας διέγερσης για την ευεξία τους. Σε ισοδύναμα επίπεδα διέγερσης, οι εξωστρεφείς θα χαρακτηρίζονταν από χαμηλή διέγερση του φλοιού, και οι εσωστρεφείς από υψηλή διέγερση του φλοιού. Σε μέσο επίπεδο διέγερσης, κατά το οποίο συμβαίνουν οι περισσότερες καθημερινές δραστηριότητες, οι εξωστρεφείς είναι πιο πιθανό να αισθάνονται λίγο διεγερμένοι, ενώ οι εσωστρεφείς θα αισθάνονται πολύ τονωμένοι. Από τη στιγμή που λειτουργούν κάτω από το ιδανικό τους επίπεδο διέγερσης, οι εξωστρεφείς ενδέχεται να προσπαθήσουν να αλλάξουν το εξωτερικό τους περιβάλλον μέσω της αύξησης της δραστηριότητας, ή της πρόσληψης ουσιών, όπως η νικοτίνη κτλ. Μια από τις υποθέσεις είναι ότι αυτή η διαφορά στα επίπεδα διέγερσης του φλοιού προκύπτει από τη γενετική κληρονομιά.^{79,80}

Ομοίως, ίχνη νευρωτισμού ενδέχεται να καθιστούν τους καπνιστές ευαίσθητους στις ιδιότητες της νικοτίνης.⁸¹ Οι άνθρωποι που παίρνουν υψηλές βαθμολογίες σε τεστ προσωπικότητας που αξιολογούν τη διάσταση αυτή, ενδεχομένως, να λαμβάνουν μεγαλύτερη ενίσχυση σε αγχωτικές καταστάσεις, λόγω των αγχολυτικών επιδράσεων της νικοτίνης. Η διάσταση του νευρωτισμού περιλαμβάνει υποδιαστάσεις της προσωπικότητας, όπως άγχος, κατάθλιψη, ψυχολογική ευπάθεια, εχθρότητα, και θυμό, και σχετίζεται με την κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.^{79,81,82,83} Το νευρωτικό άτομο παρουσιάζει υψηλή συχνότητα και ένταση αρνητικών συναισθημάτων, που προκύπτουν από ένα αναποτελεσματικό αυτορυθμιζόμενο μηχανισμό για τη στοργή και τη ρύθμιση της διέγερσης και, ως εκ τούτου, χρησιμοποιεί το τσιγάρο για να

διευκολύνει την εσωτερική ομοιοστάση. Η υπόθεση είναι ότι το κάπνισμα επιτρέπει τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων στα άτομα αυτά.⁷⁹

Η διάσταση του ψυχωτισμού περιλαμβάνει τις πτυχές του χαρακτήρα όπως την παρορμητικότητα, τον κυνισμό, την ψυχρότητα, τις αντικοινωνικές τάσεις, τη μειωμένη τερπνότητα/συμμόρφωση, τις μειωμένες αναστολές, την αναζήτηση για διεγερτικές ή συναρπαστικές αισθήσεις, και χαμηλή ευσυνειδησία.^{79,81}

Η συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της εξωστρέφειας έχει μειωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, πιθανώς επειδή το κάπνισμα έχει γίνει μια κοινωνικά ανεπιθύμητη, συνήθεια σε πολλές χώρες. Τα δεδομένα στη βιβλιογραφία είναι επίσης ασυνεπή, όσον αφορά τον παράγοντα νεύρωση. Πολυάριθμες μελέτες που δημοσιεύθηκαν σε προηγούμενες δεκαετίες έδειξαν μια σχέση μεταξύ καπνίσματος και νεύρωσης. Τα άτομα που είναι πιο «νευρωτικά» φαίνονται λιγότερο διατεθειμένα να σταματήσουν το κάπνισμα, ακόμα και όταν έρχονται αντιμέτωπα με κοινωνική πίεση και μπορούν να αισθάνονται μεγαλύτερη ενίσχυση από τις επιδράσεις της νικοτίνης, σε σύγκριση με τα άτομα που είναι πιο συναισθηματικά σταθερά.^{79,81} Η αντιφατικότητα μεταξύ των ερευνών σχετικά με τη σχέση καπνίσματος και παραγόντων όπως η εξωστρέφεια και η νεύρωση παραμένει, και κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στο γεγονός, ότι οι καπνιστές δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα. Οι άνθρωποι καπνίζουν για διαφορετικούς λόγους και, ως εκ τούτου, μπορεί να επηρεαστούν, ταυτόχρονα, από επιμέρους μεταβλητές και περιστασιακούς παράγοντες.^{79,81}

Υπάρχουν επίσης πολυάριθμες μελέτες στη βιβλιογραφία που έχουν επικεντρωθεί σε άλλες προσεγγίσεις. Υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της κατανάλωσης καπνού και ενός παράγοντα της προσωπικότητας, που χαρακτηρίζεται ως η ανάγκη να βιώσουν διεγερτικές αισθήσεις. Η αίσθηση αυτή, μπορεί να οριστεί ως η «αναζήτηση νέων, ποικίλων, σύνθετων και έντονων αισθήσεων και εμπειριών, σε συνδυασμό με την προδιάθεση να τεθεί κανείς σε φυσικούς, κοινωνικούς, νομικούς και χρηματοοικονομικούς κινδύνους, προκειμένου να αποκτήσει τέτοιες εμπειρίες. Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει πτυχές όπως την έλλειψη της αναστολής, την αναζήτηση για ενθουσιασμό, την ανάγκη για περιπέτεια, την ανάγκη για νέες εμπειρίες, και την ευαισθησία στην πλήξη. Αυτό το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας έχει συνδεθεί με συμμετοχή σε επικίνδυνες εμπειρίες, ριψοκίνδυνα αθλήματα, εγκληματικές δραστηριότητες, επαγγελματικές επιλογές, επικίνδυνα σεξουαλική συμπεριφορά, κάπνισμα,

αλκοολισμό, χρήση και κατάχρηση παράνομων ναρκωτικών, και τυχερά παιχνίδια. Υποτίθεται ότι τα άτομα, που φέρουν έντονα το χαρακτηριστικό, παρουσιάζουν χρονίως μειωμένη διέγερση και ως εκ τούτου, τείνουν να είναι ευαίσθητα στη νικοτίνη.⁷⁹

4.3.2 Κάπνισμα & Ψυχιατρικές Συννοσηρότητες

Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα, περισσότερο από το 40% των καπνιστών αναφέρουν κάποια πρόσφατη ψυχιατρική διαταραχή και το 60% μια χρόνια.⁷⁸ Η νικοτίνη παρεμβαίνει με τη λειτουργία των συστημάτων νευρομεταφοράς και ασκεί διάφορες νευροενδοκρινείς επιδράσεις, οι οποίες, μαζί με άλλες επιδράσεις της νικοτίνης, ενδέχεται να επηρεάσουν το ψυχοπαθολογικό προφίλ και την ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία.⁷⁹ Η νικοτίνη ενδέχεται να χρησιμεύσει ως θεραπεία για ψυχιατρικά συμπτώματα. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι το κάπνισμα αναστέλλει τις μονοαμινοξειδάσες, η απελευθέρωση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης που επάγεται από τη νικοτίνη είναι παρόμοια με εκείνη που εμφανίζεται στο άτομο υπό θεραπεία με αντικαταθλιπτικά αναστολέα της μονοαμινοξειδάσης. Με βάση τα αποτελέσματα από μετα-αναλύσεις, οι αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάρτηση από τη νικοτίνη στο γενικό πληθυσμό, λειτουργούν επίσης σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές ασθένειες και δεν επιδεινώνουν την ψυχική τους κατάσταση, αν πάσχουν από σταθερές ψυχιατρικές παθήσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρουσία ψυχιατρικών συννοσηροτήτων θα πρέπει πάντα να αξιολογείται κατά τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, λόγω των συνεπειών της στην ψυχολογική ή φαρμακολογική υποστήριξη που χρειάζεται για να συμπληρώσει το πρόγραμμα υποβοηθούμενης διακοπής του καπνίσματος.^{78,79, 82,83}

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις της συννοσηρότητας μεταξύ του καπνίσματος και καταθλιπτικών διαταραχών. Η πιθανότητα της διακοπής του καπνίσματος είναι μειωμένη σε ασθενείς με διαταραχές κατάθλιψης. Οι καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης είναι πιο επιρρεπείς σε υποτροπές κατά την περίοδο της αποχής, σε σύγκριση με τους καπνιστές χωρίς παρόμοιο ιστορικό. Σε καπνιστές με ιστορικό καταθλιπτικών διαταραχών, η διακοπή του καπνίσματος είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την διατήρηση του κλινικού προφίλ ή την ανάπτυξη ενός νέου καταθλιπτικού ξεσπάσματος. Υπάρχουν διάφορες υποθέσεις σχετικά με τη φύση της εν λόγω συσχέτισης. Το κάπνισμα μπορεί να βοηθήσει ως ένα είδος αυτοθεραπείας για να ανακουφίσει τα συναισθήματα της θλίψης ή της αρνητικής διάθεσης. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση της νικοτίνης έρχεται σε επαφή με νευροχημικά συστήματα, τα οποία, με τη σειρά τους, επηρεάζει

νευρωνικά κυκλώματα, όπως ενισχυτικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με τη ρύθμιση της διάθεσης. Έχει επίσης υποτεθεί ότι, η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης είναι περισσότερο από μονόδρομος, εφόσον φαίνονται να αλληλοεπηρεάζονται. Οι καταθλιπτικοί καπνιστές μπορούν να καπνίζουν για να ανακουφίσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα. Ωστόσο, μετά την παύση της κατανάλωσης, οι καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ένα νέο καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο μπορεί να αυξήσει την προδιάθεσή τους για υποτροπή. Τέλος, μια τέταρτη υπόθεση έχει υποβληθεί από ορισμένους ειδικούς: μια σειρά κοινών μεταβλητών, όπως η γενετική και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, συμβάλλουν στην έκφραση και των δύο (κάπνισμα και η κατάθλιψη).^{78,79, 82,83}

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις της σύνδεσης μεταξύ του καπνίσματος και του άγχους, αν και η σχέση αυτή είναι ακόμα λιγότερο συνεπής, σε σύγκριση με τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης. Έχει υποτεθεί ότι η φύση της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος και του άγχους ποικίλλει ανάλογα με τη διάγνωση της διαταραχής άγχους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι χαμηλότερος σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) από ό, τι στο γενικό πληθυσμό ή σε άλλους ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Λόγω συμπτωμάτων όπως η υπερβολική προσοχή, ο λεπτομερής σχεδιασμός, η ανησυχία, η υπερβολική ανησυχία, το αίσθημα ευθύνης, η έλλειψη αυθορμητισμού, τα ελεγχόμενα συναισθήματα, καθώς και οι τελετές φροντίδας και καθαριότητας, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί μια διαταραχή έντονης μεταβολικής δραστηριότητας του μετωπιαίου φλοιού. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε αντίθεση με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό είναι μειωμένη σε άτομα με σχιζοφρένεια. Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε άτομα με σχιζοφρένεια και σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή φαίνεται να αντιπροσωπεύουν τα δυο άκρα του ίδιου συνεχούς.^{78,79, 82,83}

Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε άτομα με σχιζοφρένεια τείνει να είναι υψηλότερος σε σχέση με τον πληθυσμό εν γένει, καθώς και σε σχέση με άλλους ψυχιατρικούς πληθυσμούς. Παρά το γεγονός ότι η κατανάλωση καπνού μειώνεται στον πληθυσμό εν γένει, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια συνεχίζουν να καπνίζουν σε ανησυχητικούς αριθμούς και να υπόκεινται τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Μια ποικιλία μηχανισμών θα μπορούσε να δημιουργεί αυτή τη συσχέτιση. Η υπόθεση της χρήσης του καπνού ως αυτοθεραπεία ξεχωρίζει. Τα άτομα με σχιζοφρένεια αναφέρουν ότι το κάπνισμα είναι χαλαρωτικό, μειώνει το άγχος και ελαχιστοποιεί τις παρενέργειες των φαρμάκων. Επιπλέον, η κατανάλωση καπνού μπορεί να

βελτιώσει τη συγκέντρωση, τη μείωση της δυσάρεστης υπερδιέγερσης που βιώνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια, και να προάγει μια από τις λίγες διαθέσιμες απολαύσεις για πολλά άτομα με τη νόσο. Επιπλέον, η νικοτίνη είναι δυνατόν να μειώνει τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η ανία, και τα συναισθήματα που σχετίζονται με το σύνδρομο στέρησης, ενώ βελτιώνει την προσοχή και τη συγκέντρωση.^{79, 82,83}

Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και διαταραχών που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ ή την εξάρτηση. Ο επιπολασμός του αλκοολισμού είναι περίπου 10 έως 14 μεγαλύτερος σε καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές, και οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ο αλκοολισμός προηγείται του καπνίσματος. Μελέτες που επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ γενετικών παραγόντων και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας μπορεί να αποτελέσουν μια βάση για τις έρευνες που αποσκοπούν στον εντοπισμό των γονιδίων, που σχετίζονται με ένα πολύπλοκο δίκτυο ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η επιθετικότητα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς και με ψυχικές διαταραχές, όπως τη σχιζοφρένεια, προκειμένου να βελτιωθούν τα υφιστάμενα προγράμματα θεραπείας.⁷⁹

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η γνώση των ψυχολογικών/ψυχιατρικών παραγόντων που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι σημαντική για πρακτικούς λόγους και μπορεί να ενσωματωθεί στη θεραπεία του εξαρτημένου από τη νικοτίνη ατόμου. Ειδικότερα, πριν από την έναρξη της διαδικασίας της διακοπής του καπνίσματος, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς το προφίλ της προσωπικότητας τους και την παρουσία ή απουσία ορισμένων συναφών ψυχιατρικών διαταραχών, δεδομένου ότι η έλλειψη της νικοτίνης μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και ακόμη και να ευνοήσει την εμφάνιση ή επιδείνωση ψυχιατρικών ασθενειών. Η στενή διασύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και του ψυχοπαθολογικού προφίλ υπογραμμίζει τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών, που εργάζονται σε προγράμματα θεραπείας για την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Αποδίδεται μεγάλη έμφαση στον κρίσιμο ρόλο της ψυχολογικής/ψυχιατρικής αξιολόγησης και παρακολούθησης της αξιολόγησης του ασθενούς καθ' όλη τη θεραπευτική διαδικασία.⁷⁹

5. ΠΡΟΛΗΨΗ & ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΙΣΜΑΤΟΣ

5.1 Πρόληψη

Το κάπνισμα είναι μία από τις μεγαλύτερες αιτίες θνησιμότητας στον κόσμο, ενώ ο επιπολασμός του ανέρχεται σε πάνω από 1 δισεκατομμύριο, με το μεγαλύτερο μέρος των καπνιστών να προέρχεται από χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος. Πρόκειται για μια σοβαρή πρόκληση για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως, εφόσον έχει προσλάβει επιδημικές διαστάσεις με αποτέλεσμα εκτεταμένη αναπηρία, ασθένεια και θάνατο. Στη χρήση του καπνού αποδίδονται περισσότεροι από 5 εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο παγκοσμίως. Περαιτέρω, με τους σημερινούς ρυθμούς, ο αριθμός των θανάτων αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2020. Η χρήση του καπνού δεν είναι μόνο επιζήμια για την προσωπική υγεία, αλλά επίσης οδηγεί σε σοβαρές κοινωνικές δαπάνες, όπως μειωμένη παραγωγικότητα και επιβάρυνση της υγειονομικής περίθαλψης, φτώχεια των οικογενειών, και περιβαλλοντική καταστροφή.⁸⁴

Παρά τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία, ένας σημαντικός αριθμός ανθρώπων σε όλο τον κόσμο εξακολουθεί να καπνίζει. Είναι γνωστό ότι τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας για τους καπνιστές είναι 60-80% υψηλότερα από ό, τι για τους μη καπνιστές. Ο βαθμός της καταστροφής που επιβαρύνει το άτομο και την κοινωνία εν γένει, ξεπερνά τα οφέλη που προκύπτουν από την παραγωγή και την κατανάλωση καπνού ως προς τα έσοδα και την απασχόληση. Καθώς η ευαισθητοποίηση για τους κινδύνους που επιφέρει η εξάπλωση του καπνού, διάφορες χώρες σε όλο τον κόσμο αποφάσισαν τη δημιουργία μιας εκστρατείας και την κατάρτιση ενός στρατηγικού σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση της απειλής. Ορισμένες χώρες πέτυχαν τη μείωση του καπνίσματος και της σχετιζόμενης νοσηρότητας και θνησιμότητας, μέσω πρωτοβουλιών για την προώθηση της υγείας και αποτελεσματικών πολιτικών για την καταπολέμηση της χρήσης του καπνού. Τέτοιες μέθοδοι περιλαμβάνουν τη φορολόγηση του καπνίσματος, τις διαφημιστικές εκστρατείες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, προγράμματα εκπαίδευσης, την κινητοποίηση της κοινότητας, τις προειδοποιήσεις για την υγεία στα προϊόντα καπνού, τους περιορισμούς εμπορίας, καθώς και την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες, η συχνότητα εμφάνισης του καπνίσματος εξακολουθεί να αυξάνει.⁸⁴

Η προαγωγή της υγείας είναι ζωτικής σημασίας στην προσπάθεια μείωσης του αυξανόμενου βάρους των χρόνιων ασθενειών σε όλο τον κόσμο, λόγω του καπνίσματος. Η ολοκληρωμένη και ενεργή ευαισθητοποίηση του πληθυσμού μέσω των στρατηγικών προώθησης της υγείας είναι το

βασικότερο εργαλείο για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος. Η δημόσια εκπαίδευση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των προσπαθειών για την πρόληψη της έναρξης χρήσης του καπνίσματος και την ενθάρρυνση της διακοπής του. Αυξημένες προσπάθειες προαγωγής της υγείας αναφορικά με τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία μπορεί να οδηγήσουν σε υψηλότερα επίπεδα ευαισθητοποίησης σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, πράγμα που με τη σειρά του θα μπορούσε να αυξήσει τις προσπάθειες διακοπής μεταξύ των καπνιστών. Καθοριστικό ρόλο όμως, μπορούν να διαδραματίσουν και οι επαγγελματίες, οι οποίοι με τις πολύτιμες γνώσεις τους μπορούν να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν τη μεγάλη πλειοψηφία των καπνιστών που επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα.⁸⁴

Οι μέθοδοι προαγωγής της υγείας που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος ποικίλουν, ενώ από την αξιολόγηση τέτοιων παρεμβάσεων προκύπτει μια θετική επίδραση τους, στην μείωση του καπνίσματος. Οι εν λόγω παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη διακοπή πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν μια κλιμακούμενη προσέγγιση 3 σταδίων. Η προσέγγιση του ευρύτερου κοινού μέσω του κοινωνικού μάρκετινγκ και των διάφορων παρεμβάσεων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, του ατόμου μέσα από συνεντεύξεις ενθάρρυνσης και της κοινότητας μέσω κινητοποίησης της τοπικής κοινότητας και η αλλαγή του περιβάλλοντος μέσα από την υπεράσπιση στα μέσα και την χάραξη παρεμβάσεων, που να ανταποκρίνονται στις εκάστοτε συνθήκες, φαίνεται να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι για τη διακοπή και πρόληψη. Αυτές οι μέθοδοι ενσωματώνουν τις αρχές της αλλαγής σε ατομικό επίπεδο, μια αλλαγή στις κοινωνικές νόρμες στην κοινότητα και κοινωνικο-πολιτικές προσπάθειες για την προώθηση της υγείας του πληθυσμού. Η υλοποίηση των παρεμβάσεων θα ήταν αποτελεσματικότερη, αν επικεντρώνονταν στην κοινωνική συμπεριφορά και τις περιβαλλοντικές αλλαγές, πριν να γίνει κάποια απόπειρα επηρεασμού της ατομικής συμπεριφοράς, η οποία είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Μόνο με καινοτόμες προσεγγίσεις, που να εξασφαλίζουν τη συνεργασία του πληθυσμού σε διάφορα επίπεδα, μπορούν να τεθούν στέρεες βάσεις για αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Κατά τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει εμφανής η σημασία κινητοποίησης του πληθυσμού και των ενδιαφερόμενων μερών, για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής και βιώσιμης, συνεργατικής σχέσης για την προαγωγή της υγείας. Η ικανότητα δε, του πληθυσμού να αντιμετωπίζει την αλλαγή και η ετοιμότητα είναι οι βασικοί παράγοντες-κλειδιά, προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές οι αναληφθείσες πρωτοβουλίες για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος.⁸⁴

5.2 Κίνητρα για τη Διακοπή Καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε απώλεια των θετικών και ευχάριστων επιδράσεων της νικοτίνης και παράγει τα αρνητικά συμπτώματα στέρησης της. Επιπλέον, υπάρχει μια σημαντική επίδραση στις καθημερινές συνήθειες του πρώην καπνιστή δεδομένου ότι το κάπνισμα συνδέεται με μια ποικιλία από μαθημένες και κοινωνικές συμπεριφορές. Για τους λόγους αυτούς, η εξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση στην οποία το προσωπικό κόστος της διακοπής μπορεί να είναι εξαιρετικά υψηλό (δηλαδή, είναι κάτι άβολο ή αλλοιώνει σημαντικά τη λειτουργία του ατόμου). Το αν ένας καπνιστής καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ των κινήτρων του ατόμου (δηλαδή, τα αναμενόμενα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος) και τον βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη.⁷⁸

Οι θεωρίες που αφορούν στη διακοπή του καπνίσματος αναφέρονται πάντα στα υφιστάμενα κίνητρα, τα οποία αποτελούν και βασική προϋπόθεση για την εκκίνηση μιας προσπάθειας διακοπής. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τα πρώην και τα νυν κίνητρα των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα. Τα τελευταία χρόνια, έχουν αναληφθεί μια σειρά από πρωτοβουλίες σε πολλές χώρες, προκειμένου να ενισχύσουν αυτά τα κίνητρα - για παράδειγμα, η αύξηση των τιμών των τσιγάρων, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, και οι εκστρατείες για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.⁸⁵

Σύμφωνα με το μετα-θεωρητικό μοντέλο, οι καπνιστές που προετοιμάζουν τις προσπάθειές τους για να διακόψουν πολύ πριν, αυξάνουν τις πιθανότητες επιτυχίας τους.⁸⁶ Έτσι, σε ένα υποβοηθούμενο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, η ώθηση για τη διακοπή θα πρέπει να είναι η προϋπόθεση για να συμμετάσχουν οι καπνιστές. Ωστόσο, σε καπνιστές που πάσχουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα και για τους οποίους η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα, έχει προταθεί μια πιο παρεμβατική προσέγγιση, με στόχο τουλάχιστον τη μείωση του καπνίσματος. Μια μετα-ανάλυση με βάση τα αποτελέσματα από τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές για παρακινητική συνέντευξη για τη διακοπή του καπνίσματος έναντι της σύντομης συμβουλής ή συνήθη φροντίδα, απέδωσε μια μικρή μεν, αλλά σημαντική αύξηση στις τιμές διακοπής.⁷⁸

Τα κίνητρα των καπνιστών για διακοπή, επίσης, φαίνεται πως αντανakλούν μια κοινωνική επίκριση του καπνίσματος, που έχει ενισχυθεί από μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση της χρήσης καπνού. Για παράδειγμα, οι προειδοποιήσεις για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος και οι εκστρατείες για την υγεία μπορεί να ευθύνονται για το γεγονός ότι οι καπνιστές αισθάνονται άβολα όταν καπνίζουν σε δημόσιους χώρους.⁸⁷ Επιπλέον, οι μη καπνιστές τείνουν να αντιμετωπίζουν τους καπνιστές ως τοξικομανείς, των οποίων συνήθεια απειλεί την υγεία τους και των γύρω τους. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ενδείξεις ότι η απομαλοποίηση του καπνίσματος είναι ένα αποτελεσματικό συστατικό των μέτρων που αποσκοπούν στη μείωση της χρήσης του καπνού.⁸⁶ Για παράδειγμα, μια διαχρονική μελέτη για την αξιολόγηση των δεδομένων από τον Καναδά, τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές είναι πιθανότερο να έχουν την πρόθεση να εγκαταλείψουν και να είναι εγκρατείς όταν έχουν σημαντικές πεποιθήσεις περί κοινωνικής απομαλοποίησης του καπνίσματος, ήτοι αίσθημα αποδοκιμασίας για το κάπνισμα, που καθιστά δυσάρεστο το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους και παρότρυνση από τους οικείους τους να σταματήσουν το κάπνισμα.⁷⁸ Όσον αφορά τα κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος, τους λόγους για υποτροπή, καθώς και τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος, το κύριο εύρημα είναι ότι η απαγόρευση του καπνίσματος στο σπίτι, στην εργασία, και στους δημόσιους χώρους, όντως παρακινεί τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα. Επιπλέον, πρώην καπνιστές επεσήμαναν ότι η αύξηση της τιμής των τσιγάρων επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την απόφασή τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Αυτό επιβεβαιώνει την ορθότητα των πολιτικών για επέκταση των χώρων μη καπνιστών και για αύξηση των τιμών των τσιγάρων μέσω της φορολογίας, προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών. Λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και στους χώρους εργασίας, οι οποίες έχουν σταδιακά εδώ και πολλά χρόνια υιοθετηθεί, υπάρχουν όλο και λιγότερες περιοχές καπνίσματος. Οι καπνιστές ανέφεραν ότι δυσκολεύονται περισσότερο να τηρούν τους κανόνες, όταν είναι καπνιστές, και, ως εκ τούτου, κάνουν προσπάθειες διακοπής.⁸⁵

Τα κίνητρα φαίνονται επίσης στενά συνδεδεμένα με το πώς αντιλαμβάνεται κανείς τον εαυτό του. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι έφηβοι θεωρούν τους εαυτούς τους ως καπνιστές, αλλά λίγοι πιστεύουν ότι είναι εξαρτημένοι και, αν και πολλοί ενδιαφέρονται για τη διακοπή, συνήθως δεν τη θεωρούν ως προτεραιότητα.⁸⁸ Τα εμπόδια για τη διακοπή συχνά περιστρέφονται, τουλάχιστον στους εφήβους, γύρω από την κοινωνική τους εικόνα. Το κάπνισμα θεωρείται ως

κοινωνική συμπεριφορά και ένας σημαντικός μηχανισμός για τη διατήρηση και την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών. Ο συγχρωτισμός με φίλους καπνιστές ενισχύει το κάπνισμα και έχει αρνητικό αντίκτυπο στις προσπάθειες διακοπής. Έτσι, αυτή η υποομάδα των καπνιστών φαίνεται να είναι απρόθυμη να αποταθεί στις παραδοσιακές υπηρεσίες παύσης καπνίσματος.⁷⁸

5.3 Οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος

Υπάρχουν τόσο άμεσα, όσο και βραχυπρόθεσμα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος, εφόσον λαμβάνουν χώρα αλλαγές, ευεργετικές για την υγεία:

- εντός 20 λεπτών ο καρδιακός ρυθμός και η πίεση του αίματος μειώνονται,
- εντός 12 ωρών το επίπεδο μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα πέφτει σε φυσιολογικό επίπεδο,
- εντός 2-12 εβδομάδων η κυκλοφορία βελτιώνεται και η πνευμονική λειτουργία αυξάνει,
- εντός 1-9 μηνών ο βήχας και η δύσπνοια μειώνονται.⁸⁹

Οι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα αυξάνουν σημαντικά το προσδόκιμο ζωής τους. Το κατά πόσο μειώνεται ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου με τη διακοπή εξαρτάται από μια σειρά από μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένων των ετών καπνίσματος, των αριθμών τσιγάρων ανά ημέρα και την παρουσία ή απουσία κάποιας ασθένειας το διάστημα διακοπής. Τα δεδομένα από διάφορες έρευνες δείχνουν, για παράδειγμα, ότι τα άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 50 ετών έχουν το μισό κίνδυνο θανάτου μέσα στα επόμενα 15 χρόνια σε σύγκριση με τους καπνιστές που συνεχίζουν. Η διακοπή του καπνίσματος αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, επειδή μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από συγκεκριμένες ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα.⁹⁰ Τα οφέλη σε σύγκριση με εκείνους που εξακολουθούν να καπνίζουν είναι:

- Στα 30: κέρδος περίπου 10 χρόνων στο προσδόκιμο ζωής.
- Στα 40: κέρδος περίπου 9 χρόνων στο προσδόκιμο ζωής.
- Στα 50: κέρδος περίπου 6 χρόνων στο προσδόκιμο ζωής
- Στα 60: κέρδος περίπου 3 χρόνων στο προσδόκιμο ζωής.⁸⁹

Μια τέτοια ασθένεια είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, η πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και στις γυναίκες. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι 22 φορές υψηλότερος στους άνδρες καπνιστές και 12 φορές υψηλότερος μεταξύ των γυναικών καπνιστών,

σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται σταθερά σε άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα. Μετά από 10 χρόνια αποχής, ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι περίπου 3-50% του κινδύνου σε σχέση με τους καπνιστές που συνεχίζουν να καπνίζουν.^{89,90}

Όσον αφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, οι καπνιστές έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ο εν λόγω επιπλέον κίνδυνος μειώνεται μεταξύ των πρώην καπνιστών κατά το ήμισυ περίπου, μετά από μόλις 1 χρόνο αποχής και μειώνεται σταδιακά εφεξής.^{89,90} Μετά από 15 χρόνια αποχής, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι παρόμοιος με των ατόμων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, οι καπνιστές έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο θανάτου από εγκεφαλικό επεισόδιο. Μετά την διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου επιστρέφει στο επίπεδο των ανθρώπων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ: σε μερικές μελέτες έχει προκύψει ότι η μείωση του κινδύνου επιτυγχάνεται εντός 5 ετών, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι απαιτούνται 15 χρόνια αποχής.^{89,90}

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ΧΑΠ επιταχύνοντας την παρακμή της πνευμονικής λειτουργίας. Με παρατεταμένη αποχή από το κάπνισμα, το ποσοστό εκφυλισμού της πνευμονικής λειτουργίας μεταξύ των πρώην καπνιστών επιστρέφει σε εκείνο των μη καπνιστών, πράγμα που συνεπάγεται μείωση του κινδύνου ανάπτυξης ΧΑΠ. Παράλληλα, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του αναπνευστικού όπως η γρίπη, η πνευμονία και η βρογχίτιδα, ενώ η διακοπή τον μειώνει.⁹⁰

Το κάπνισμα είναι μια σημαντική αιτία απόφραξης της περιφερικής αρτηρίας. Αυτή η κατάσταση προκαλεί σημαντική θνησιμότητα και νοσηρότητα, εφόσον οι επιπλοκές μπορεί να περιλαμβάνουν διαλείπουσα χωλότητα, ισχαιμία ιστών και γάγγραινα, και τελικά απώλεια του άκρου. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αποφρακτικής νόσου της περιφερικής αρτηρίας. Το ποσοστό θνησιμότητας από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι δυο έως πέντε φορές υψηλότερο σε νυν καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι τέως καπνιστές έχουν το μισό πλεονάζοντα κίνδυνο θανάτου, σε σχέση με τους τρέχοντες καπνιστές. Οι καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού έλκους, ο οποίος και μειώνεται από την διακοπή του καπνίσματος.⁹⁰

Σύμφωνα με έρευνα, το ποσοστό των καπνιστών που δηλώνουν ότι θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα είναι χαμηλότερο για τους καπνιστές ηλικίας 50 ετών και άνω (57%) από ό,τι για τους καπνιστές ηλικίας 18-29 (68%) και 30-49 (67%). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές μπορεί να έχουν μικρότερο κίνητρο να διακόψουν το κάπνισμα, διότι εκείνοι με υψηλά κίνητρα ενδέχεται να έχουν εγκαταλείψει ήδη στις νεώτερες ηλικίες, αφήνοντας μια ομάδα σκληροπυρηνικών ηλικιωμένων καπνιστών. Πολλοί μακροχρόνιοι καπνιστές μπορεί να μην έχουν κίνητρο για να σταματήσουν το κάπνισμα για άλλους λόγους. Επί παραδείγματι μπορεί να πιστεύουν ότι δεν είναι πλέον σε κίνδυνο ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, επειδή έχουν ήδη διασωθεί από το κάπνισμα για πολλά χρόνια, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι οποιαδήποτε ζημιά που μπορεί να προκληθεί από το κάπνισμα είναι μη αναστρέψιμη. Για παρόμοιους λόγους, πολλοί γιατροί μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να συμβουλευσουν ηλικιωμένους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα οφέλη από τη διακοπή επεκτείνονται ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Για παράδειγμα, ένας υγιής άνθρωπος ηλικίας 60-64 ετών που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα ή περισσότερο ανά ημέρα μειώνει τον κίνδυνο του θανάτου κατά τη διάρκεια των επόμενων 15 ετών κατά 10%, αν κόψει το κάπνισμα.^{89,90}

Πολλοί καπνιστές που έχουν ήδη αναπτύξει νόσο, σχετιζόμενη με το κάπνισμα ή συμπτώματα ενδέχεται να παρουσιάζουν μικρότερο κίνητρο για διακοπή, λόγω της πεποίθησης ότι η ζημιά έχει ήδη γίνει. Για τον ίδιο λόγο, οι γιατροί ενδέχεται να παρουσιάζουν χαμηλά κίνητρα να συμβουλευσουν τους ασθενείς αυτούς να σταματήσουν το κάπνισμα. Ωστόσο, τα στοιχεία που εξετάστηκαν αποδεικνύουν ότι η διακοπή συνεπάγεται σημαντικά για την υγεία οφέλη ακόμα και σε όσους πάσχουν ήδη από ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα. Οι άνθρωποι που σταμάτησαν το κάπνισμα μετά από μια καρδιακή προσβολή μείωσαν τις πιθανότητες τους να παρουσιάσουν νέο επεισόδιο κατά 50%.⁸⁹ Ακόμη και οι καπνιστές οι οποίοι έχουν ήδη αναπτύξει καρκίνο μπορεί να ωφεληθούν από τη διακοπή του καπνίσματος.^{89,90} Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα μετά τη διάγνωση του καρκίνου είχαν μειωμένο κίνδυνο να αποκτήσουν ένα δεύτερο πρωτοπαθή καρκίνο σε σύγκριση με τα άτομα που συνέχισαν να καπνίζουν. Παρά το γεγονός ότι τα σχετικά δεδομένα είναι λιγοστά, η επιβίωση αναμένεται μεγαλύτερη μεταξύ των καπνιστών με καρκίνο ή άλλες σοβαρές ασθένειες, εάν σταματήσουν το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης του αναπνευστικού, όπως η πνευμονία, που είναι συχνά η άμεση αιτία θανάτου σε ασθενείς με υποκείμενη χρόνια νόσο.⁹⁰

Το μητρικό κάπνισμα σχετίζεται με πολλές επιπλοκές της εγκυμοσύνης, που περιλαμβάνουν αποκόλληση πλακούντα, πρόδρομο πλακούντα, αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πρόωρη και παρατεταμένη ρήξη των μεμβρανών και πρόωρο τοκετό.⁹⁰ Το μητρικό κάπνισμα επιβραδύνει την ανάπτυξη του εμβρύου, προκαλεί μια μέση μείωση στο βάρος γέννησης κατά 100 g, και διπλασιάζει τον κίνδυνο για γέννηση ενός βρέφους χαμηλού βάρους γέννησης. Μελέτες έχουν δείξει ένα 25-50% υψηλότερο ποσοστό εμβρυϊκού και βρεφικού θανάτου μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με εκείνες που δεν το κάνουν.^{89,90} Οι γυναίκες που διακόπτουν το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη γεννούν βρέφη με ίδιο βάρος γέννησης, με εκείνα που έρχονται στον κόσμο από μητέρες που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Το ίδιο όφελος αποκομίζουν οι γυναίκες που διακόπτουν το κάπνισμα κατά τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης και οι οποίες παραμένουν εγκρατείς σε όλο το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες που διακόπτουν το κάπνισμα σε μεταγενέστερα στάδια της εγκυμοσύνης, μέχρι την 30η εβδομάδα της κύησης γεννούν βρέφη με υψηλότερο βάρος γέννησης από ό,τι οι γυναίκες που καπνίζουν σε όλη την εγκυμοσύνη.⁹⁰

Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον πλεονάζοντα κίνδυνο πολλών ασθενειών που σχετίζονται με το παθητικό κάπνισμα στα παιδιά, όπως αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. άσθμα) και λοιμώξεις του αυτιού.⁸⁹ Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να αναπτύξουν οξεία μέση ωτίτιδα και επίμονες λοιμώξεις του μέσου ωτός. Οι παθήσεις αυτές επιβάλουν ουσιαστική επιβάρυνση για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με τη μέση ωτίτιδα να αποτελεί την πιο συχνή διάγνωση που γίνεται από παιδίατρος. Περαιτέρω, η σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ του καπνίσματος των γονέων και της συχνότητας των αναπνευστικών λοιμώξεων της παιδικής ηλικίας, υποδεικνύει ότι η διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και η αποχή μετά τον τοκετό θα εξαλείψουν το μεγαλύτερο μέρος ή το σύνολο του πλεονάζοντος κινδύνου εξαλείφοντας το μεγαλύτερο μέρος, ή ολόκληρη την έκθεση.⁹⁰

6. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

6.1 Προγράμματα διακοπής καπνίσματος

Οι προσπάθειες ελέγχου του καπνίσματος είναι πιθανότερο να διατηρηθούν όταν ενσωματώνονται σε υφιστάμενες δομές υγείας σε εθνικό, κρατικό και περιφερειακό επίπεδο και

συνδέονται με τις υφιστάμενες θέσεις και διαδικασίες λογοδοσίας. Η συμμετοχή του τομέα της κυβερνητικής υγείας αναμένεται να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και να συμβάλει στην ανάπτυξη βιώσιμων προγραμμάτων ελέγχου του καπνού σε εθνικό επίπεδο. Αυτή η συστηματική προσέγγιση θα ανοίξει επίσης το δρόμο για την αποδοχή των πολυτομεακών προσπαθειών ελέγχου του καπνού σε χώρες.⁴

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε σχέση τις άλλες εξαρτήσεις, η εξάρτηση από τη νικοτίνη διαφοροποιείται ως εξής. Η αντιμετώπιση της στηρίζεται ως επί το πλείστον σε θεραπείες φαρμακευτικής υφής, από κοινού με τη συμβουλευτική σε ασθενείς που είναι δεκτικοί, ενώ η αντιμετώπιση άλλων εξαρτήσεων βασίζεται κυρίως σε παρεμβάσεις συμπεριφορικού χαρακτήρα ή κλειστά συστήματα. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οριστεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή στο μέλλον, ενώ σε άλλες εξαρτήσεις ενδέχεται η παρέμβαση να εκκινήσει άμεσα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, το άτομο με εξάρτηση από τη νικοτίνη παρουσιάζει μικρή ή καμία δυσλειτουργία στα πλαίσια του κοινωνικού και επαγγελματικού περιβάλλοντος σε σχέση με άτομα με εξαρτήσεις άλλου είδους. Παράλληλα, η ανάγκη να συμμετάσχει η οικογένεια στις διάφορες παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ πολλές από τις διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες διατίθενται σε φαρμακεία χωρίς συνταγή γιατρού.²

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το κάπνισμα, αναγκαίο κρίνεται να ληφθούν υπόψη όλες οι διαστάσεις που απαρτίζουν το άτομο ως ολότητα, ήτοι η διανοητική, κοινωνική, συναισθηματική, περιβαλλοντική και πνευματική, των οποίων η σχέση είναι συμπληρωματική και διαλεκτική, σε μια προσέγγιση που εξατομικεύει και απευθύνεται στο κατά περίπτωση άτομο. Κατά την απόπειρα διακοπής ο εθισμένος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ενιαία βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα.¹² Η θεραπεία στοχεύει αφενός στην αντιμετώπιση της σωματικής εξάρτησης στη νικοτίνη, και αφετέρου της ψυχολογικής εξάρτησης από τις επιδράσεις της νικοτίνης και των συμπεριφορικών πτυχών της χρήσης του καπνού. Αρκετές φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ενώ έχουν αναπτυχθεί τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές.⁷⁸

Σε αρχικό στάδιο οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να προβούν στην ανίχνευση και αναγνώριση των καπνιστών, και κατόπιν στην κινητοποίηση τους για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και την υποστήριξη τους, προκειμένου το εγχείρημα να στεφθεί με επιτυχία μέσω των διαθέσιμων μέσων, ήτοι τη συμβουλευτική, τη φαρμακοθεραπεία και τον επανέλεγχο (followup).^{2,91} Οι δυο

πλέον αποτελεσματικές προσεγγίσεις προς τη διακοπή είναι η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία, ενώ ο συνδυασμός αυτών φέρεται αποτελεσματικότερος. Χαρακτηριστικό είναι ότι ακόμα και μια σύντομη συνεδρία συμβουλευτικής αποδεικνύεται αποτελεσματικότερη σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής προς τον ασθενή, με τα ποσοστά επιτυχίας να διπλασιάζονται^{2,6}, ενώ από πλευράς φαρμακευτικής αγωγής υπάρχει μια πληθώρα επιλογών. Γενικά προτείνεται ότι οι ασθενείς, που καπνίζουν ημερησίως πάνω από 10 τσιγάρα και που επιθυμούν να διακόψουν, οφείλουν να λάβουν φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής, σε συνδυασμό με συμβουλές και πληροφορίες για την ορθή χρήση τους. Με τον όρο θεραπεία πρώτης γραμμής εννοείται η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή η χρήση βουπροπιόνης, από κοινού με συμπεριφορική παρέμβαση, ενώ αποτελεσματικές εμφανίζονται και οι κλονιδίνη και η νορτριπτυλίνη, οι θεραπείες δεύτερης γραμμής, που εφαρμόζονται όταν η θεραπεία πρώτης γραμμής αποτύχει.^{2,6,91, 92,93}

Οι οργανισμοί φροντίδας, που υπάγονται στα πλαίσια του εθνικού συστήματος υγείας παρέχουν ένα βασικό κανάλι για την παροχή παρεμβάσεων και προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος στον πληθυσμό. Αυτή η προσπάθεια έχει επικεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό σε προγράμματα στα πλαίσια εξωτερικών ιατρείων, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας συνήθως φροντίδας μέσω κέντρων διακοπής καπνίσματος κτλ. Πολύ μικρότερη προσοχή έχει αποδοθεί στις δομές που προσφέρουν οξεία ιατρική περίθαλψη, παρά τις ευκαιρίες που αυτές προσφέρουν, για την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου.^{92,93} Τα νοσοκομεία έχουν αρκετά δυναμικό ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος^{92,93}, εφόσον χρησιμεύουν ως πύλες εισόδου στο σύστημα υγείας για πολλούς ασθενείς, συχνά παρεμβαίνοντας για τη διάγνωση ή θεραπεία μιας οξείας κατάστασης σε ασθενείς με ασφαλιστική κάλυψη. Έτσι, τα νοσοκομεία εκπληρώνουν πολλούς πιθανούς και διαφορετικούς ρόλους για διαφορετικές ομάδες ασθενών, με κοινή συνιστώσα τη δυνατότητα να παρέμβουν στην απελευθέρωση των ασθενών από τη συνήθεια του καπνίσματος.⁹⁴ Η ασθένεια και κυρίως μια ασθένεια που σχετίζεται με τον καπνό, ενισχύει τα κίνητρα ενός καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα, πιθανώς με την αύξηση της ευαισθητοποίησης ενός καπνιστή προς τους κινδύνους της χρήσης του καπνού για την υγεία. Η ασθένεια φέρνει επίσης τους καπνιστές στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι πάροχοι έχουν την ευκαιρία να ενθαρρύνουν την παύση. Ένας νοσηλεύόμενος καπνιστής πρέπει να απέχει προσωρινά από τη χρήση του καπνού, ενώ έχει πρόσβαση σε πολλούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα μπορούσαν να του παράσχουν βοήθεια. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις κατά του

καπνίσματος, που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσοκομεία και άλλους χώρους θεραπείας ασθενών με χρόνιες ασθένειες, μπορεί να αποβούν ιδιαίτερα αποτελεσματικές, εφόσον μελέτες έχουν δείξει ότι η παραμονή στο νοσοκομείο μπορεί να προκαλέσει τη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και εν απουσία παρέμβασης, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιαγγειακή και πνευμονική νόσο ή σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση.^{92,93,94}

Τα προγράμματα διακοπής σχεδιασμένα για ασθενείς που αναρρώνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου φαίνεται πως επιδεικνύουν τα καλύτερα αποτελέσματα, εφόσον διπλασιάζουν το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος των ασθενών μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχουν αναφερθεί ποσοστά διακοπής της τάξεως του 60-70% στον ένα χρόνο, σε προσεκτικά ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Τα εντυπωσιακά ευρήματα από μελέτες μπορεί να διατηρηθούν όταν το πρότυπο πρόγραμμα διακοπής υλοποιείται σε νέο, ρεαλιστικό κλινικό περιβάλλον. Αξίζει να αναφερθεί ότι ενώ τα προγράμματα συμβουλευτικής έχουν ενισχύσει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος μετά το εξιτήριο, στο γενικό πληθυσμό, τα ποσοστά αυτά είναι σημαντικά χαμηλότερα από ότι στους καρδιοπαθείς.⁹² Σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχουν αποδειχθεί μια οικονομικά αποδοτική μέθοδος για την αύξηση των ποσοστών διακοπής σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ωστόσο, πολλά νοσοκομεία δεν παρέχουν τέτοια προγράμματα, ως μέρος της συνήθους φροντίδας.⁹⁵

Προκειμένου να είναι επιτυχημένο ένα πρόγραμμα παρέμβασης, πρέπει να εξασφαλίζει την επιβεβαιωμένη συγκατάθεση του ατόμου για τη διακοπή του καπνίσματος, την παρακολούθηση της παρέμβασης από κάποιον εξειδικευμένο νοσηλευτή ή ιατρό, ενώ ενδείκνυται το πρόγραμμα να κάνει την εκκίνηση του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και να εξακολουθεί για διάστημα 5, τουλάχιστον μηνών μετά το εξιτήριο με επικοινωνία διά τηλεφώνου ή αλληλογραφίας. Παράλληλα, μια επιτυχημένη παρέμβαση οφείλει να συμπεριλαμβάνει ενημερωτικό έντυπο υλικό, που να αποτυπώνει τις βλαβερές συνέπειες που συνεπάγεται το κάπνισμα, συμβουλευτική για την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών της διακοπής με συμμετοχή σε διάφορες ομάδες υποστήριξης, ερωτηματολόγια προκειμένου να αξιολογηθεί η ψυχική υγεία του ατόμου, ψυχολογική ενθάρρυνση και ει επιθυμητό, τη χρήση φαρμακοθεραπείας από τον 3^ο μήνα παρακολούθησης. Αναφορικά με το χρονικό διάστημα μέτρησης της αποτελεσματικότητας του προγράμματος διακοπής, κρίνεται ότι αυτή δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται νωρίτερα από

τους 6 μήνες, ενώ πρέπει να επαναλαμβάνεται στους 12 μήνες παρακολούθησης, πάντα με τη χρήση της βιοχημικής μεθόδου.^{6,92}

Τα προγράμματα διακοπής, που βασίζονται στο νοσοκομείο πρέπει να είναι ιδιαίτερα ελκυστικά στους ιθύνοντες του τομέα της περίθαλψης, επειδή είναι αποδοτικότερα από ότι τα προγράμματα διακοπής στους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, ενώ μειώνουν το κόστος ανά άτομο που διακόπτει. Επιπλέον, το κόστος που συνεπάγεται η αντιμετώπιση του καπνίσματος, αντισταθμίζεται από τις μειώσεις στο κόστος της ιατρικής περίθαλψης για ασθενείς με χρόνιες ιατρικές παθήσεις. Η πρόκληση για τους διαχειριστές της περίθαλψης είναι η διερεύνηση τρόπων για την εφαρμογή των πρότυπων προγραμμάτων παρέμβασης στα υπάρχοντα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ενδέχεται να χρειαστεί να προσαρμοστούν τα πληροφοριακά συστήματα, ώστε να επιτρέπουν την αναγνώριση των καπνιστών ασθενών κατά την εισαγωγή, ενώ ο εντοπισμός προσωπικού με χρόνο και τεχνογνωσία για την παρέμβαση του καπνίσματος μπορεί να είναι δύσκολος. Παράλληλα η παρότρυνση του προσωπικού για παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος, τόσο στο νοσοκομείο και μετά το εξιτήριο, μπορεί να είναι μια πρόκληση.⁹²

Τέλος, από πλευράς εθνικού συστήματος υγείας, κρίνεται αναγκαίος ο εντοπισμός των καπνιστών, η οργανωμένη παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος, καθώς επίσης και η καταγραφή των εν λόγω ενεργειών. Πέραν τούτου, τόσο οι ασφαλιστικές εταιρείες, όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία θα επωφελούνταν σημαντικά από την κάλυψη του κόστους αντιμετώπισης του καπνίσματος, της συμβουλευτικής και της φαρμακοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης. Πέραν όμως των σύντομων, ευκαιριακών παρεμβάσεων χωρίς κάποιο πλάνο, είναι απαραίτητη η παροχή εντατικής υποστήριξης και εξειδικευμένων υπηρεσιών στους καπνιστές, είτε σε επίπεδο ατόμου, είτε σε επίπεδο ομάδας. Μια μορφή παρέμβασης με ομαδικό χαρακτήρα, περιλαμβάνει πέντε συνεδρίες διάρκειας μιας ώρας, εντός διαστήματος ενός μήνα, που ακολουθείται από επανέλεγχο.²

6.2 Μη φαρμακευτική Προσέγγιση

Οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές, παρακινητικές ή συμπεριφορικές παρεμβάσεις και μπορεί να προσαρμοστούν σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Σε γενικές γραμμές, η εντατική υποστήριξη αυξάνει την πιθανότητα της διακοπής του καπνίσματος για παράδειγμα, το ποσοστό διακοπής χωρίς κάποια υποστήριξη που αγγίζει το 3% -5% ετησίως,

βελτιώνεται σε 7,5% με σύντομη συμβουλή γιατρού. Ομοίως, συμπεριφορικές παρεμβάσεις αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής όταν χορηγούνται μέσω τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης, ή μιας ομαδικής ή ατομικής συμβουλευτικής. Τέλος, ένας συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής είναι αποτελεσματικότερος για τη διακοπή του καπνίσματος, από την κατά μονάς χρήση των δυο παρεμβάσεων.^{78,92,93,94} Άλλωστε, η σχέση μεταξύ της συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας μπορεί να είναι συνεργιστική. Εκτός από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η παροχή συμβουλευτικής μετά το εξιτήριο μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αύξηση των ποσοστών διακοπής, μέσω της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής που ξεκίνησε εντός του νοσοκομείου.⁹³

Είναι υποχρεωτικό για όλους τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν έστω κάποιες ελάχιστες συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος, εφόσον η μη αντιμετώπιση του ζητήματος θεωρείται κακή πρακτική και επιδεινώνει την εξάρτηση του ασθενούς από το κάπνισμα. Μια σαφής, αλλά σύντομη συμβουλή περί διακοπής του καπνίσματος που παρέχεται από οποιοδήποτε ιατρικό φορέα παροχής, αυξάνει αισθητά τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα. Αναλύσεις της διάρκειας του χρόνου επαφής μεταξύ ιατρού και ασθενούς για το σκοπό αυτό, υποδηλώνουν ότι ελάχιστη παροχή συμβουλών που προσφέρεται από διάφορους κλινικούς ιατρούς αυξάνει την αναλογία της μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα. Οι ελάχιστες σύντομες συμβουλές έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία, λόγω του μεγάλου αριθμού των καπνιστών που έρχονται σε επαφή με κάποιο κλινικό ιατρό κάθε χρόνο. Στο ζήτημα εμπλέκονται όλοι οι επαγγελματίες της υγείας, δηλαδή οι οικογενειακοί ιατροί, οι ειδικευμένοι ιατροί, οι χειρουργοί, οι νοσηλευτές, οι μαίες, οι οδοντίατροι κτλ.⁹⁵

Γενικά διαπιστώνεται ότι συμβουλευτική, που αρχίζει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και παρέχει υποστηρικτικές επαφές για πάνω από 1 μήνα μετά το εξιτήριο αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος κατά 65% σε 6-12 μήνες, πέρα από αυτό που επιτυγχάνεται με την εισαγωγή στο νοσοκομείο και μόνο. Δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι λιγότερο εντατικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα εκείνες που δεν συνεχίζουν μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος. Η εντατική συμβουλευτική, παρέμβαση είναι αποτελεσματική όταν παρέχεται σε όλους τους νοσηλευόμενους καπνιστές, ανεξάρτητα από τη διάγνωση για την οποία εισήχθησαν.⁹³

Η συμπεριφορική θεραπεία επικεντρώνεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για να αντισταθούν οι πρώην καπνιστές στην υποτροπή, όπως την ανάπτυξη ασυμβίβαστων συμπεριφορών (π.χ. άσκηση), την αντιμετώπιση των σκέψεων, τις δεξιότητες άρνησης, κ.λπ. Αυτή η θεραπεία αυξάνει τα ποσοστά διακοπής κατά ένα συντελεστή 1.5 έως 2.1. Η κοινωνική υποστήριξη επικεντρώνει στον εντοπισμό ατόμων που ενθαρρύνουν τη διακοπή, δηλαδή "φίλων", οι οποίοι επίσης είτε προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα ή το έχουν πράξει κλπ. Η κοινωνική υποστήριξη αυξάνει τα ποσοστά διακοπής κατά ένα συντελεστή 1,3 έως 1,5. Οι συμπεριφορικές και υποστηρικτικές θεραπείες αναπτύχθηκαν αρχικά για χρήση σε ατομικές ή ομαδικές μορφές θεραπείας. Ωστόσο, λιγότερο από 5% των καπνιστών θα παρακολουθήσουν μια τέτοια θεραπεία. Τα έντυπα υλικά δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικά, ωστόσο, η παροχή συμπεριφορικής θεραπείας μέσω των τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης, αυξάνει τα ποσοστά διακοπής κατά ένα συντελεστή 1,2. Αν και λιγότερο αποτελεσματική, αυτή η μορφή γίνεται πολύ περισσότερο αποδεκτή, ώστε να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο από ότι η ομαδική ή ατομική συμβουλευτική.⁹⁷

6.3 Φαρμακευτικές Μέθοδοι Διακοπής Καπνίσματος

Τα φαρμακολογικά βοηθήματα συνίστανται για όλους τους καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα, εκτός από τις περιπτώσεις που ιατρικώς αντενδείκνυται ή σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία αποτελεσματικότητας (π.χ., έγκυες γυναίκες, χρήστες καπνού χωρίς καύση, ελαφριούς καπνιστές, εφήβους). Τα σκευάσματα αυτά σήμερα υποδιαιρούνται σε πρώτης γραμμής (βουπροπιόνη, νικοτίνη, βαρενικλίνη) και σε δεύτερης γραμμής (νορτριπτυλίνη, κλονιδίνη). Τα φάρμακα πρώτης γραμμής φέρονται ασφαλή και αποτελεσματικά για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ενώ για τα φάρμακα δεύτερης γραμμής έχουν βρεθεί ασθενέστερες αποδείξεις περί της αποτελεσματικότητάς τους. Αρκετές ανησυχίες εξακολουθούν να υπάρχουν σχετικά με τις παρενέργειές τους, ενώ αξίζει να αναφερθεί ότι δεν έχουν ακόμη λάβει έγκριση από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων (FDA) ως θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη.⁷⁸

Αξίζει να αναφερθεί ότι αν και τα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη, είναι κοινά και μεταξύ των νοσηλευόμενων καπνιστών, σπάνια αντιμετωπίζονται με υποκατάστατα νικοτίνης. Οι καπνιστές με αυτά τα συμπτώματα είναι πιθανότερο να καπνίσουν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, σε παραβίαση των κανονισμών, και λιγότερο πιθανό να σταματήσουν το κάπνισμα μετά το εξιτήριο. Συνολικά, το 25% των καπνιστών κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας

τους. Η φαρμακολογική θεραπεία της αποχής από τη νικοτίνη σε νοσηλευόμενους καπνιστές θα μπορούσε να αποτελέσει τρόπο, για την ταυτόχρονη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, τη βελτίωση της συμμόρφωσης του με τις πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος του νοσοκομείου, και την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο.⁹²

Παρά το γεγονός ότι οι φαρμακοθεραπείες είναι σε θέση να βελτιώσουν τα ποσοστά επιτυχίας, η πιθανότητα της διατήρησης της αποχής 1 χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος παραμένει αρκετά χαμηλή (συνολικά 20%). Για το λόγο αυτό, δοκιμάζονται νέα φάρμακα, με πρώτο το εμβόλιο νικοτίνης, το οποίο διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα για την ανάπτυξη αντισωμάτων αντι-νικοτίνης. Προκαταρκτικές μελέτες σε ανθρώπους δείχνουν ότι είναι ασφαλές και παρουσιάζει καλή ανοχή. Ένα άλλο φάρμακο που παρουσιάζει ενδιαφέρον, είναι ένας εκλεκτικός ανταγωνιστής του υποδοχέα του κανναβινοειδούς CB1, το rimonabant, το οποίο αποκαθιστά την ισορροπία του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος. Αυξάνει την πιθανότητα της διακοπής του καπνίσματος κατά περίπου 1,5 φορές, αλλά τα στοιχεία για την ικανότητά του να διατηρήσει την αποχή είναι ακόμα ασαφή. Επί της παρούσης διεξάγεται περαιτέρω έρευνα για άλλους ανταγωνιστές του υποδοχέα κανναβινοειδών. Οι φαρμακοθεραπείες φαίνονται αποτελεσματικές και αποδοτικές, ωστόσο, η έρευνα σχετικά με την κατάλληλη χρήση τους σε μη επιλεγμένους πληθυσμούς (δηλαδή, διαφορετικούς από εκείνους που συνήθως συμμετέχουν σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές) είναι αναγκαία για να αυξηθεί η εφαρμοσιμότητα και η αποτελεσματικότητά τους στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ομοίως, απαιτείται περαιτέρω έρευνα, προκειμένου να βρεθούν αποτελεσματικές θεραπείες σε συγκεκριμένους υποπληθυσμούς των καπνιστών.⁷⁸

6.3.1 Φαρμακοθεραπείες Πρώτης Γραμμής

6.3.1.1 Θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης (NRT)

Οι προτεινόμενες θεραπείες υποκατάστασης με νικοτίνη, αποτελούν τις περισσότερο ευρέως διαδεδομένες πτυχές της φαρμακοθεραπείας, προκειμένου να υποστηριχτεί μια απόπειρα διακοπής του καπνίσματος. Οι κύριες ενδεδειγμένες, διαθέσιμες μορφές είναι η τσίχλα νικοτίνης, η παστίλια, το ρινικό εκνέφωμα, η εισπνεόμενη μορφή και το αυτοκόλλητο. Οι διαφορετικές αυτές μορφές χορήγησης, παρουσιάζουν διαφορές αναφορικά τόσο με την αποτελεσματικότητα, όσο και την ταχύτητα δράσης τους, πράγμα που δίνει στον ασθενή περιθώριο επιλογής της

καταλληλότερης θεραπείας, που να είναι προσαρμοσμένη στα μέτρα και στις προτιμήσεις του.^{2,6,96,97} Οι μορφές αυτές, εμφανίζουν αποτελεσματικότητα τόσο στην ανακούφιση των στερητικών συμπτωμάτων, όσο και στη διακοπή του καπνίσματος και στα δυο φύλα. Η θεραπευτική αγωγή συνήθως προσαρμόζεται στον εκάστοτε ασθενή, ενώ συνήθως προτιμάται το αυτοκόλλητο νικοτίνης. Παράλληλα έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, είναι αποτελεσματικότερη όταν συνδυάζεται με άλλη θεραπεία π.χ. βουπροπιόνη. Είθισται η αγωγή να ξεκινάει με μεγάλες δόσεις, οι οποίες μειώνονται σταδιακά, ενώ δεν διευκρινίζεται ποια είναι η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας, η οποία συνήθως προσαρμόζεται στον επί μέρους ασθενή.²

Οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης φαίνεται να λειτουργούν επειδή ανακουφίζουν τα συμπτώματα στέρησης όπως άγχος, κατάθλιψη, δυσκολία συγκέντρωσης, αϋπνία, ανησυχία, ευερεθιστότητα και λαχτάρα για νικοτίνη. Επειδή παρέχουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα νικοτίνης από ότι το κάπνισμα και επειδή η νικοτίνη απορροφάται με βραδύτερους ρυθμούς από τα τσιγάρα, δεν φαίνεται να προκαλούν καρδιαγγειακές βλάβες, ενώ οι πιθανότητες εξάρτησης από αυτές είναι πολύ μικρές (<2%).^{96,97} Τα πλεονεκτήματα τους έγκεινται στο ότι πέραν της μείωσης των συμπτωμάτων στέρησης, ελαττώνουν την έντονη επιθυμία για κάπνισμα, αναστέλλουν την ψυχολογική εξάρτηση που σχετίζεται με το τελετουργικό του ανάμματος του τσιγάρου, αντιμετωπίζουν την επιθυμία του ατόμου για τσιγάρο σε συγκεκριμένες περιόδους, οπότε γίνεται εντονότερη.⁶ Τα μειονεκτήματα τους έγκεινται στην ανάγκη για χρήση πολλαπλών δόσεων, την ανάγκη αποφυγής των όξινων ποτών κατά τη χρήση του προϊόντος, και την πιθανή αμηχανία με τη χρήση.⁹⁶

Η τσίχλα νικοτίνης, είναι ένα σκεύασμα διαθέσιμο σε δόσεις 2 mg (καπνιστής με <25 τσιγάρα/ημέρα) και 4 mg (καπνιστής > 25 τσιγάρα/ημέρα καπνιστή). Πρόφατα άρχισαν να διατίθενται στο κοινό οι γεύσεις μέντας και εσπεριδοειδών, πράγμα που βελτίωσε σημαντικά τη γεύση της τσίχλας. Οι παρενέργειες της χρήσης της περιλαμβάνουν πόνο στο σαγόι, ναυτία και πόνο στο στομάχι.^{96,97} Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων προτείνει μέγιστη θεραπεία με μια διάρκεια 3 μηνών, ενώ η μέγιστη επιτρεπόμενη δόση ορίζεται σε 30 δισκία των 2mg ή 15 δισκία των 4mg ανά ημέρα.²

Το αυτοκόλλητο νικοτίνης, ή η διαδερμική νικοτίνη, είναι διαθέσιμο ως 24ωρο επίθεμα σε δόσεις των 21, 14, και 7 mg, και ως ένα επίθεμα 16 ωρών σε δόση 15 mg. Το κύριο πλεονέκτημα

του επιθέματος είναι ότι απαιτεί μόνο μια φορά την ημέρα χορήγηση της δόσης, ενώ είναι περισσότερο κοινωνικά αποδεκτή μέθοδος, η οποία απολαμβάνει και της μεγαλύτερης εμπιστοσύνης. Το κύριο μειονέκτημα είναι ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ξαφνική και έντονη επιθυμία. Το αν η 24ωρη έναντι της 16ωρης χρήσης του επιθέματος ή εάν η σταδιακή μείωση δόσεων βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής, είναι ασαφές. Ο ΕΟΦ προτείνει μια σταδιακή μείωση από το αυτοκόλλητο των 15mg που χορηγείται για διάστημα 8 εβδομάδων, στο αυτοκόλλητο των 10mg, που λαμβάνεται για 2 εβδομάδες και εντέλει στη χορήγηση του αυτοκόλλητου των 5mg για διάστημα άλλων 2 εβδομάδων περίπου.²Οι παρενέργειες από τη χρήση του διαδερμικού επιθέματος περιλαμβάνουν την αϋπνία και δερματικό εξάνθημα.^{96,97}

Η συσκευή εισπνοής νικοτίνης αποτελείται από ένα βύσμα εμποτισμένο με νικοτίνη, προσαρτημένο σε μια πλαστική ράβδο. Όταν ο θερμός αέρας τραβιέται μέσω της ράβδου, η νικοτίνη απορροφάται. Αν και σημασμένο ως συσκευή εισπνοής, το εν λόγω σκεύασμα όντως προσφέρει πράγματι νικοτίνη όχι όμως μέσω των πνευμόνων, αλλά μέσα από το στόμα, όπως το κόμμα. Το κύριο πλεονέκτημα της συσκευής εισπνοής είναι ότι αναπαράγει τη χαρακτηριστική συνήθεια του καπνίσματος, ενώ το κύριο μειονέκτημα είναι η ανάγκη για πολλαπλές ρουφηξιές, προκειμένου να επιτευχθεί επαρκής δόση νικοτίνης, πράγμα που δημιουργεί την κύρια παρενέργεια, ήτοι τον ερεθισμό του λαιμού.^{96,97}

Το ρινικό εκνέφωμα νικοτίνης είναι διαθέσιμο κατόπιν συνταγογράφησης, ενώ το κύριο πλεονέκτημα του ψεκασμού είναι ότι παρέχει υψηλότερη και ταχύτερη δόση νικοτίνης σε σχέση με τις άλλες θεραπείες υποκατάστασης. Ωστόσο, αυτή εξακολουθεί να είναι μικρότερη από το ένα δέκατο των επιπέδων της αρτηριακής νικοτίνης που παρατηρείται κατά το κάπνισμα τσιγάρων. Σημαντικό μειονέκτημα του είναι ότι προκαλεί ρινικό ερεθισμό, δακρύρροια, ρινίτιδα, βήχα, φτάρνισμα, και ερυθρίαση του προσώπου, συμπτώματα που αντιμετωπίζει περισσότερο από το 75% των χρηστών.^{96,97}

Τέλος, έχει γίνει διαθέσιμη ως φαρμακευτική αγωγή μια παστίλια νικοτίνης με δόση 2-mg για εκείνους που καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο περισσότερο από 30 λεπτά μετά από το ξύπνημα και δόση 4-mg για εκείνους που καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο λιγότερο από 30 λεπτά μετά από το ξύπνημα. Η παστίλια παράγει επίπεδα νικοτίνης, αποτελεσματικότητα και παρενέργειες παρόμοιες με τις τσιγλες νικοτίνης, αλλά ενδέχεται να είναι περισσότερο αποδεκτή μέθοδος διακοπής του καπνίσματος.

Παρόλο που οι τρέχουσες επισημάνσεις συμβουλεύουν ενάντια στο συνδυασμό των διαφόρων θεραπειών υποκατάστασης, η προσθήκη της χρήσης της τσίγλας νικοτίνης, της συσκευής εισπνοής, του ρινικού εκνεφώματος, και πιθανώς της παστίλιας σε συνδυασμό με το αυτοκόλλητο νικοτίνης, αυξάνει τα ποσοστά διακοπής χωρίς αυξημένες παρενέργειες.⁹⁷ Αξίζει να αναφερθεί, η χρήση θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης παράλληλα με το κάπνισμα αντενδείκνυται, λόγω ανεπιθύμητων και σοβαρών παρενεργειών στο καρδιαγγειακό σύστημα.²

6.3.1.2 Βουπροπριόνη

Η βουπροπριόνη (Zyban) αποτελεί ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό, το οποίο αρχικά χορηγούνταν προς αυτό το σκοπό, ενώ στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι επιφέρει απέχθεια προς το κάπνισμα, εφόσον δρα στο κέντρο του εγκεφάλου, αναφορικά με την απόλαυση του τσιγάρου.^{2,6,96} Σύμφωνα με τον ΕΟΦ, πρόκειται για ένα εκλεκτικό αναστολέα της νευρωνικής επαναπρόσληψης κατεχολαμινών με αμελητέα επίδραση στην επαναπρόσληψη ινδολαμιδών, ενώ ως θεραπεία πρώτη γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος, παρουσιάζει αποτελέσματα συγκρίσιμα με τη θεραπεία υποκατάστασης και για τα δυο φύλα.^{2,6}

Η χρήση της βουπροπριόνης οφείλει να γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση και για συγκεκριμένη περίοδο, που από τον ΕΟΦ προτείνεται στις 7-9 εβδομάδες, ενώ προτείνεται και η διακοπή της θεραπευτικής παρέμβασης σε περίπτωση που η απόπειρα δεν στεφθεί από επιτυχία εντός 7 εβδομάδων.² Αναφορικά με τη χρήση της προτείνεται η έναρξη της θεραπείας με 150mg κατά την εβδομάδα πριν από την προγραμματισμένη ημερομηνία διακοπής καπνίσματος και αύξηση της 3-4 μετά από αυτήν.² Το κύριο πλεονέκτημα της βουπροπριόνης έγκειται στο ότι πολλοί καπνιστές στρέφονται σε μια θεραπεία που να μην περιλαμβάνει νικοτίνη. Ενώ οι παρενέργειες περιλαμβάνουν κίνδυνο επιληπτικού επεισοδίου (κίνδυνος <1/1,000), ευερεθιστότητα, αϋπνία, κεφαλαλγία, γαστρεντερικά συμπτώματα², ξηροστομία, και ναυτία.⁹⁷ Ωστόσο επειδή η εν λόγω ουσία αυξάνει τη συχνότητα επιληπτικών επεισοδίων, η χρήση της δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό σπασμών με οποιαδήποτε προέλευση και σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.² Η βουπροπριόνη σε συνδυασμό με θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης φέρονται να αυξάνουν ελαφρώς τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος.⁹⁷

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών ενδείκνυται για τη διακοπή του καπνίσματος αφενός λόγω του γεγονότος ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης συμπίπτουν με τη διακοπή του καπνίσματος και την αποχή από τη νικοτίνη, και αφετέρου διότι η νικοτίνη ενδεχομένως έχει αντικαταθλιπτική

δράση, πράγμα που εν μέρει εξηγεί γιατί συνεχίζεται το κάπνισμα. Συνεπώς η χορήγηση αντικαταθλιπτικών όπως της βουπροπριόνης αντικαθιστά τη δράση της νικοτίνης και μειώνει σημαντικά τα συμπτώματα της αποχής από αυτή, ενώ η ουσία δρα ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα της νικοτίνης, μειώνοντας τη δυναμική της ενέργεια.⁶

6.3.1.3 Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη (Chantix) αποτελεί ένα νεοπαγές φαρμακευτικό σκεύασμα, στοχευμένο αποκλειστικά στην υποβοήθηση της διακοπής καπνίσματος, το οποίο βάσει ερευνών φαίνεται αποτελεσματικότερο από ότι η βουπροπριόνη ή το placebo, και τουλάχιστον το ίδιο αποτελεσματικό με τις θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης^{98,99}. Ανακουφίζει τα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη, μειώνει την επιθυμία για τσιγάρο, ενώ φαίνεται πως αναστέλλει την πιθανότητα αύξησης του βάρους, που επιφέρει συνήθως η διακοπή καπνίσματος. Σε αντίθεση με τη βουπροπριόνη, η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, ωστόσο δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και δη στους υποδοχείς της νικοτίνης.⁶ Η βαρενικλίνη συνδέεται με τη διακοπή υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με τους $\alpha 4\beta 2$ νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, όπου δρα ως μερικός αγωνιστής. Παρουσιάζει, αφενός, δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από ότι η νικοτίνη και, αφετέρου, δράση ανταγωνιστή παρουσία της νικοτίνης.²

Είθισται η χορήγηση της ουσίας να ξεκινά μια εβδομάδα πριν από την ημερομηνία διακοπής, που έχει θέσει ο ασθενής.⁹⁹ Η δοσολογία που συνιστάται εν γένει είναι 0,5mg ημερησίως τις τρεις πρώτες μέρες, ενώ αυξάνεται σε 0,5mg δύο φορές τη μέρα κατά την τέταρτη μέρα της θεραπείας. Την όγδοη ημέρα (ημέρα-στόχος), η δόση αυξάνεται σε 1mg δυο φορές ημερησίως, έως και την ολοκλήρωση της θεραπείας, η οποία προτείνεται στις 12 εβδομάδες^{12,98}. Εντούτοις το κατά πόσο είναι δυνατόν να χορηγείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, π.χ. σε βαρείς καπνιστές ή σε καπνιστές που είχαν πολλές φορές επιχειρήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν, αποτελεί επί της παρούσης, αντικείμενο έρευνας.² Βάσει ερευνών, καπνιστές οι οποίοι δεν κατάφεραν να διακόψουν την ημερομηνία που είχαν θέσει ως στόχο, αλλά που τελικώς διέκοψαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια θεραπείας τους, φαίνονται να επωφελούνται από συμπληρωματική θεραπεία 12 ακόμα εβδομάδων.⁹⁹ Ωστόσο, είναι απαραίτητη η άμεση διακοπή της χορήγησης, σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει κατάθλιψη, έντονη ανησυχία ή ακόμα και αυτοκτονικό ιδεασμό. Επίσης, αντενδείκνυται η απότομη διακοπή της χρήσης της, εφόσον

καρδαδοκεί ο κίνδυνος να υποτροπιάσει ο ασθενής, να παρουσιάσει αϋπνία και ευερεθιστότητα. Ως εκ τούτου, πριν τη χορήγηση της ουσίας, θα πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιατρικό ιστορικό, προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα και η εν συνεχεία στενή παρακολούθηση του ασθενούς.²

Σε γενικές γραμμές η βαρενικλίνη εκτιμάται πως έχει σχετικά ήπιες παρενέργειες, που σταδιακά ασθενούν εντός του πρώτου δεκαημέρου λήψης, ενώ έχει αξιολογηθεί ως ασφαλής ουσία, η οποία γίνεται καλώς ανεκτή.⁶ Η συνηθέστερη παρενέργεια είναι η ναυτία, η οποία είναι συνήθως προσωρινό και δοσοεξαρτώμενο φαινόμενο και μπορεί να αποφευχθεί με τη λήψη της βαρενικλίνης μαζί με το φαγητό και ένα ολόκληρο ποτήρι νερό.^{2,99} Αν αυτή η παρέμβαση δεν βελτιώσει τα συμπτώματα, η ημερήσια δόση μπορεί να μειωθεί, ακριβώς λόγω του ότι η ναυτία είναι δοσοεξαρτώμενη. Η ημιζωή της ουσίας είναι 17 ώρες, υποστηρίζοντας μια δόση ημερησίως. Ωστόσο, η διαίρεση της σε δυο δόσεις την ημέρα, πιστεύεται να μειώνει την ναυτία και τον έμετο, ενώ η περεταίρω διάσπαση της σε περισσότερες από 2 δόσεις την ημέρα, φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για την ανακούφιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.⁹⁹ Στις παρενέργειες συμπεριλαμβάνονται η κεφαλαλγία και οι διαταραχές ύπνου.²

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο συνδυασμός των θεραπειών με βαρενικλίνη και βουπροπιόνη φαίνεται να οδηγεί σε μια σημαντική αύξηση του ποσοστού διακοπής του καπνίσματος σε 39.8% σε σχέση με 25.9% με αγωγή αποκλειστικά με βαρενικλίνη. Η συνδυαστική αγωγή παρουσίασε μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας σε βαρείς καπνιστές (44.4%), από ότι σε καπνιστές που κάπνιζαν λιγότερο.²

6.3.2 Φαρμακοθεραπείες Δεύτερης Γραμμής

Αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος εμφανίζουν το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό νοτριπτυλίνη και το αντυπερτασικό κλονιδίνη, που αν και παρουσιάζουν αντίστοιχα αποτελέσματα με τη βουπροπιόνη και τη θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης, θεωρούνται θεραπείες δεύτερης γραμμής, λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας ανεπιθύμητων ενεργειών που συνδέονται με αυτές.^{2,96,97} Από τις δυο, η νοτριπτυλίνη φαίνεται να είναι η πλέον υποσχόμενη, εφόσον η αποτελεσματικότητά της δεν φαίνεται να προϋποθέτει συμπτώματα κατάθλιψης ή την ύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής μείζονος σημασίας.² Δεν έχουν εγκριθεί ως υποβοηθητικές για τη διακοπή του καπνίσματος, ουσίες ούτε από τον ΕΟΦ ούτε από τον

αντίστοιχο FDA στην Αμερική, οπότε η χρήση τους δεν συνίσταται ή αν παρ' όλα αυτά γίνεται, συνίσταται η φειδώ και η στενή ιατρική παρακολούθηση.^{2,96,97}

6.3.2.1 Νορτριπτυλίνη

Όπως προαναφέρθηκε, η σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και των καπνιστικών συμπεριφορών, υποδηλώνουν ότι τα αντικαταθλιπτικά ενδέχεται να διαδραματίζουν ένα ρόλο στη διακοπή καπνίσματος. Η νορτριπτυλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, που έχει αποδειχτεί το ίδιο αποτελεσματικό με τη βουπροπριόνη και τη θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη. Η δράση της νορτριπτυλίνης στη διακοπή του καπνίσματος είναι ανεξάρτητη από την αντικαταθλιπτική του δράση και ως εκ τούτου η χορήγηση του δεν περιορίζεται σε ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια διακοπής του καπνίσματος.^{2,96}

Σε σύγκριση με το placebo, η νορτριπτυλίνη κατά προσέγγιση διπλασιάζει τα επίπεδα διακοπής. Όπως κατέδειξε και μια έρευνα των A. V. Prochazka et al. κατέληξε στο ότι η ουσία οδήγησε σε ένα αυξημένο, βραχυπρόθεσμο επίπεδο διακοπής, σε σύγκριση με το placebo. Επιπρόσθετα, υπήρχε σημαντική, αλλά σχετικά μικρή υποχώρηση των ανεπιθύμητων ενεργειών όπως το άγχος, ένταση, θυμός, ευερεθιστότητα, χαμηλή συγκέντρωση και ανησυχία, από την 8^η ημέρα μετά τη διακοπή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με αυτήν, που περιλαμβάνουν αντιχολινεργικές επιδράσεις (ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων), επιδράσεις στους H1 υποδοχής ισταμίνης (υπνηλία, ζάλη, αύξηση του σωματικού βάρους) και στους α1-αδρενεργικούς υποδοχείς (ορθοστατική υπόταση), ενδέχεται να μην είναι ανεκτές σε ορισμένους ασθενείς. Δεδομένα από 17 μελέτες προτείνουν ότι η νορτριπτυλίνη σε δόσεις μεταξύ 75mg και 100mg, δεν συσχετίζεται σημαντικά με σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα, όταν χορηγείται σε ασθενείς χωρίς κάποια υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσο.^{96,97}

6.3.2.2 Κλονιδίνη

Η κλονιδίνη κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται ως ανυπερτασικό, αλλά επίσης μειώνει την κεντρική συμπαθητική δραστηριότητα, με τον ερεθισμό των α2-αδρενεργικών υποδοχέων. Ωστόσο, δεν αποτελεί εγκεκριμένη υποβοηθητική ουσία για τη διακοπή του καπνίσματος λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που επιφέρει, πράγμα που την κατατάσσει στις θεραπείες δεύτερης γραμμής. Ως εκ τούτου, η κλονιδίνη θα πρέπει να χορηγηθεί για τη διακοπή του καπνίσματος

μόνο υπό την επίβλεψη ιατρού, σε ασθενείς για τους οποίους η πρώτη γραμμής θεραπεία δεν ενδείκνυται λόγω αντενδείξεων, είτε σε ασθενείς για τους οποίους η διακοπή δεν έγινε εφικτή με τη χρήση θεραπείας πρώτης γραμμής.^{96,100}

Η κλονιδίνη καταστέλλει αποτελεσματικά τα οξεία συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης, όπως ένταση, ευερεθιστότητα, άγχος και ανησυχία. Μια έρευνα της ομάδας Cochrane αποτελούμενη από έξι κλινικές δοκιμές κατέδειξε ότι η κλονιδίνη, με χορήγηση διά του στόματος ή διαδερμικά, είναι περισσότερο αποτελεσματική από το placebo, με δύο φορές υψηλότερα ποσοστά αποχής. Φαίνεται δε, να είναι πιο αποτελεσματική σε γυναίκες καπνίστριες, αν και οι γυναίκες γενικά, ανταποκρίνονται λιγότερο ευνοϊκά σε θεραπείες διακοπής του καπνίσματος. Οι παρενέργειες της κλονιδίνης, ειδικά η υπνηλία, η κόπωση, η ορθοστατική υπόταση, ζάλη, και ξηροστομία, περιορίζουν την ευρεία χρήση της. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απότομη διακοπή της μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα όπως νευρικότητα, υπερδιέγερση και κεφαλαλγία, ενώ μπορεί να συνοδεύεται από ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αυξημένα επίπεδα κατεχολαμίνης.^{96,100}

6.4 Νέες Τεχνολογίες & Διακοπή Καπνίσματος

Μια μέθοδος διακοπής του καπνίσματος που στο εξωτερικό κυρίως έχει παρουσιάσει τρομερή δυναμική, είναι η χρήση των νέων τεχνολογιών, εφόσον τα έξυπνα τηλέφωνα, οι ιστοσελίδες, τα διάφορα ηλεκτρονικά παιχνίδια, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης όπως το Facebook ή Twitter και οι διάφορες εφαρμογές αποτελούν πρόσφορο έδαφος.² Οι διαδικτυακές παρεμβάσεις παρουσιάζουν τα πλεονεκτήματα, ότι μπορούν να γίνουν προσβάσιμες από μεγάλους πληθυσμούς καπνιστών, μπορούν να απευθύνονται σε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως τους νέους, ενώ ενέχουν χαμηλό κόστος. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μοναδική ή πρόσθετη θεραπεία, με τη συλλογή συνήθως πληροφοριών από τον ασθενή και στη συνέχεια, τη χρήση αλγορίθμων για την προσαρμογή του επανελέγχου και των συστάσεων προς τους ασθενείς.⁹⁶ Επιπρόσθετα, η πρόσβαση στο Internet, παρέχει πρόσβαση σε ιατρικές πληροφορίες και συμβουλές για αυτο-βοήθεια και είναι ιδιαίτερα σημαντική για χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, επειδή αυτές είναι λιγότερο πιθανό να έχουν κάποιο μόνιμο παθολόγο είτε εύκολη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη ή την ασφάλιση. Εδώ ακριβώς έγκειται το δυνητικό όφελος του Διαδικτύου, εφόσον επιτρέπει στα άτομα αυτά να έχουν πρόσβαση σε βέλτιστες πρακτικές, προκειμένου να κατανικήσουν τον εθισμό τους στη νικοτίνη.⁹⁴

Οι τρέχουσες εφαρμογές επιτρέπουν πολλαπλές δυνατότητες, όπως την παροχή επανελέγχου, την ανάπτυξη και παρακολούθηση ενός σχεδίου διακοπής, καθώς και παρακινητικά ηλεκτρονικά μηνύματα προς τους χρήστες.⁹⁶ Αξιοσημείωτο είναι ότι μια ανασκόπηση κατέδειξε ότι η χρήση ηλεκτρονικών μηνυμάτων για την προαγωγή της διακοπής καπνίσματος, οδήγησε σε αύξηση της διακοπής κατά 36%. Η χρήση των έξυπνων τηλεφώνων επιτρέπει την πρόσβαση του κοινού σε πλατφόρμες όπως την eHealth ή mHealth και στη χρήση ειδικά σχεδιασμένων εφαρμογών για τη διακοπή του καπνίσματος, κυρίως στις ΗΠΑ. Αναφέρεται ότι 2013 οι εφαρμογές προαγωγής της διακοπής του καπνίσματος αριθμούσαν τις 400, ενώ έχουν αναδυθεί και ηλεκτρονικά παιχνίδια όπως το Nicot ή το Lit 2 Quit, που επιτρέπουν σε καπνιστές ακόμα και να ακολουθούσουν εικονική συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος.²

Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ποσοστά επιτυχίας για διακοπή του καπνίσματος μετά από έξι μήνες ή περισσότερο, παρέχοντας περιορισμένες μόνο, ενδείξεις για τα μακροπρόθεσμα οφέλη των διαδικτυακών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Αξίζει να αναφερθεί, ότι τα διαδικτυακά προγράμματα παρέμβασης, που παρέχουν εξατομικευμένη ενημέρωση και υποστήριξη αποδεικνύονται πιο αποτελεσματικά από μια στατική ιστοσελίδα. Το Διαδίκτυο μπορεί να έχει ένα πρόσθετο όφελος, όταν χρησιμοποιείται μαζί με άλλες παρεμβάσεις, όπως NRT ή άλλη φαρμακοθεραπεία.⁹⁶ Οι καινοτόμες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος μέσω του Διαδικτύου μπορεί να είναι πιο ελκυστικές για τους νέους και τις γυναίκες που καπνίζουν, και λιγότερο ελκυστικές για τους καπνιστές που πάσχουν από κατάθλιψη. Οι διαδικτυακές θεραπείες έχουν αναδειχθεί ως μια νέα μορφή θεραπείας για ψυχικές διαταραχές και προβλήματα υγείας, ενώ έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι αφενός οι διαδικτυακές θεραπείες φέρονται αποτελεσματικές στην επίτευξη θετικών αλλαγών στη συμπεριφορά και αφετέρου ότι απαιτείται περισσότερη έρευνα για να προσδιοριστεί η συγκριτική αποτελεσματικότητα των διαφόρων διαδικτυακών θεραπειών και των επιμέρους συστατικών τους.¹⁰¹

6.5 Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διακοπή Καπνίσματος

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δημοσιευτεί σειρά κατευθυντήριων οδηγιών, που αφορούν στη διακοπή του καπνίσματος. Στις ΗΠΑ η Δράση για την Πολιτική και την Έρευνα στην Φροντίδα Υγείας (Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR), από κοινού με άλλους φορείς όπως το Κέντρο Πρόληψης & Ελέγχου Ασθενειών (CDC) και σε συνεργασία με το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών Θώρακος (American College of Chest Physicians) εξέδωσε τις

αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες, βασισμένες σε έχει 3,000 άρθρα βασισμένα στην θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό μεταξύ του 1975 και 1994. Η αναθεωρημένη έκδοση του 2000 ήρθε να προσθέσει επιπλέον 3,000 μελέτες, που δημοσιεύτηκαν κατά το διάστημα μεταξύ 1995 και 1999, ενώ η πλέον πρόσφατη έκδοση του 2008, αντικατοπτρίζει το εύρος μιας βιβλιογραφικής βάσης πάνω από 8.700 ερευνητικών κειμένων. Η παρούσα κατευθυντήρια γραμμή περιέχει τις στρατηγικές και συστάσεις που έχουν σχεδιαστεί και απευθύνονται σε κλινικούς γιατρούς, ειδικούς στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, τους μάνατζερς της υγειονομικής περίθαλψης, στους ασφαλιστές και στους καπνιστές, αναφορικά με την εφαρμογή και στήριξη των αποτελεσματικών θεραπειών για τη χρήση καπνού και την εξάρτηση.^{2,102}

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η Αρχή για την Αγωγή Υγείας (UK Health Education Authority) εξέδωσε τις πρώτες κατευθυντήριες γραμμές στο περιοδικό Thorax το 1998, προτείνοντας τρόπους με τους οποίους το βρετανικό ΕΣΥ θα μπορούσε να διαχειριστεί τον εθισμό στον καπνό, καθώς και να μειώσει το φορτίο σε θάνατο και ασθένεια, που αυτός προκαλεί. Οι επικαιροποιημένες οδηγίες του 2000, του 2009 για το γενικό πληθυσμό και 2012 για τους ασιατικής καταγωγής κατοίκους, βασίστηκαν στις προηγούμενες αλλά εμπλουτίστηκαν και με νέα στοιχεία από Cochrane μεταανασυλλήψεις, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και με εστίαση τον εθισμό στη νικοτίνη.^{2,103} Το 2002 το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία (National Institute for Clinical Excellence) εξέδωσε και το 2008 αναθεώρησε, τις κατευθυντήριες γραμμές προς τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τις φαρμακοθεραπείες με υποκατάσταση νικοτίνης και βουπροπιόνη για τη διακοπή του καπνίσματος.²

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο παγκόσμιο επίπεδο το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για το Κάπνισμα και την Πρόληψη του Καπνίσματος (European Network for Smoking and Tobacco Prevention/ ENSP), εξέδωσε το 2016 τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες για τη Διακοπή του Καπνίσματος, με χρηματοδότηση που έλαβε από την Επιτροπή.⁹⁶ Παράλληλα και υπό την επίβλεψη του ENSP, έχει εκκινήσει το TOB-G project , που επί της ουσίας συνιστά εξειδικευμένες κατευθυντήριες οδηγίες για ομάδες υψηλού κινδύνου όπως τις εγκύους, τους εφήβους με διαβήτη τύπου β' και που αποσκοπεί να αναπτύξει και να εφαρμόσει μια καινοτόμο και οικονομικά αποδοτική προσέγγιση για την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με την εξάρτηση από το κάπνισμα.¹⁰⁴ Σε διεθνές επίπεδο, ο ΠΟΥ (World Health Organization – WHO) έχει προτείνει με διάφορες πρωτοβουλίες που έχει αναλάβει, σημαίνουσες παρεμβάσεις, που κάθε χώρα οφείλει να ενσωματώσει στο σύστημα υγείας της.^{2,68}

7. Συμβολή των νοσηλευτών στη διακοπή καπνίσματος

7.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι διάφορες ομάδες των επαγγελματιών υγείας καταλαμβάνουν μια ιδανική θέση για την εφαρμογή παρεμβάσεων που αποσκοπούν στον περιορισμό της χρήσης του καπνού. Απολαμβάνοντας σεβασμό τόσο από την κυβέρνηση, όσο και από τις τοπικές κοινωνίες, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας, τόσο ατομικά, όσο και μέσω των οργανώσεών τους, μπορεί να επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην προσπάθεια να μειωθεί η χρήση του καπνού και κατά συνέπεια επιπτώσεις σημαντικές, στην υγεία και την οικονομία. Τα ζητήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα διαχέονται σε ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών κλάδων της υγείας. Ένας από τους ρόλους, που καλούνται να διαδραματίσουν οι επαγγελματίες της υγείας, είναι να εξασφαλίσουν ότι όλοι εκείνοι που επηρεάζονται από την κατανάλωση καπνού ή εκείνοι που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά στον τομέα της υγείας, είναι διατεθειμένοι να παράσχουν την υποστήριξη τους. Επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί, νοσηλευτές, μαίες, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι παρουσιάζουν τεράστιες δυνατότητες να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στην καταπολέμηση της επιδημίας του καπνού.⁴

Ειδικότερα οι νοσηλευτές έρχονται σε καθημερινή επαφή με τις επαχθείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην κοινωνία μας, σε κάθε φάσμα της άσκησης των καθηκόντων τους. Από τη φροντίδα των νεογνών, στην παρηγορητική φροντίδα, οι νοσηλευτές αποτελούν μάρτυρες της επίπτωσης της έκθεσης στον καπνό, και ως εκ τούτου βρίσκονται στην ιδανική θέση να προάγουν τη διακοπή του καπνίσματος και να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών τους.^{11, 105} Οι περισσότεροι καπνιστές επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και πολλοί μπορεί να βοηθηθούν από συμβουλές και υποστήριξη, που προέρχονται από επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, αποτελούν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης και εμπλέκονται σε όλα σχεδόν τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Μια μετα-ανάλυση κλινικών δοκιμών έχει δείξει ότι οι συμβουλές και η υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αυξήσει την επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος, ειδικά σε νοσοκομειακό περιβάλλον.¹⁰⁵ Στην πράξη, οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και ενδεχομένως να αναβαθμίσουν τις δεξιότητές τους, με το να καταστούν ειδικοί σε ζητήματα διακοπής του καπνίσματος.¹⁰⁶

Η νοσηλεία δε, είναι η κατάλληλη στιγμή για να επικεντρώσουν οι νοσηλευτές στις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, επειδή ο ασθενής διακόπτει προσωρινά λόγω των σχετικών απαγορεύσεων στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης, η νοσηλεία συνήθως αποτελεί μια διδακτική εμπειρία, εφόσον η διάγνωση ή και η επιδείνωση μιας νόσου συνήθως καθιστά τους ασθενείς δεκτικότερους (ειδικά αν η ασθένειά τους είναι συναφής με το κάπνισμα).¹⁰⁷ Ενώ οι ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, αισθάνονται να έχουν περισσότερα κίνητρα να σταματήσουν το κάπνισμα, τα κίνητρα αυτά υποχωρούν όταν λάβουν εξιτήριο, ιδιαίτερα αν δεν λαμβάνουν υποστήριξη και οι γύρω τους καπνίζουν. Οι νοσηλευτές πρέπει επομένως, να συνεργαστούν με τους ασθενείς, μεγιστοποιώντας τα κίνητρα τους και βοηθώντας τους να επικεντρωθούν στα οφέλη, που θα επιφέρει η διακοπή του καπνίσματος στην κατάστασή τους. Για ορισμένους ασθενείς, η αποχή πάντα μπορεί να φαντάζει σαν ένας ανέφικτος στόχος, αλλά η προσωρινή διακοπή μπορεί να φαίνεται δυνατή, δίνοντάς τους την ευκαιρία να γνωρίσουν τα οφέλη, να χτίσουν την εμπιστοσύνη τους και να εργαστούν προς την κατεύθυνση μιας οριστικής διακοπής.¹⁰⁸

Η πρόκληση είναι να ενσωματωθούν οι παρεμβάσεις αναφορικά με την παρακολούθηση της συμπεριφοράς και τη διακοπή του καπνίσματος, ως μέρος του προτύπου της νοσηλευτικής πρακτικής, έτσι ώστε όλοι οι ασθενείς να ερωτούνται για τη χρήση καπνού, ενώ στον καπνιστές πρέπει να δίδονται συμβουλές για τη διακοπή, από κοινού με την υποστήριξη και την περεταίρω παρακολούθηση.¹⁰⁵ Οι δραστηριότητες, που εφαρμόζονται λιγότερο συχνά από τους νοσηλευτές, απαιτούν μια εστιασμένη προσπάθεια για την ενσωμάτωσή τους στο πλαίσιο των συστημάτων περιθαλψής, καθώς οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι γνωστό ότι επηρεάζουν θετικά τη διακοπή του καπνίσματος. Σε μια συστηματική ανασκόπηση 31 μελετών, που συνέκριναν νοσηλευτικές παρεμβάσεις με μια ομάδα ελέγχου, οι παρεμβάσεις είχαν σημαντική επίδραση στις επιτυχείς προσπάθειες διακοπής των ασθενών.¹⁰⁷ Τα αποτελέσματα μιας άλλης μετα-ανάλυσης υποστηρίζουν μια μικρή αλλά θετική επίδραση για την παρέμβαση για διακοπή του καπνίσματος από νοσηλευτές, καθώς μια τέτοια παρέμβαση ήταν περισσότερο αποτελεσματική από τη συνήθη φροντίδα, οδηγώντας σε αποχή έξι μήνες ή και περισσότερο. Η κατεύθυνση της επίδρασης ήταν συνεπής σε διαφορετικές εντάσεις της παρέμβασης, σε διαφορετικά περιβάλλοντα, και σε καπνιστές με ή χωρίς ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.¹⁰⁹ Αυτά τα αποτελέσματα είναι σημαντικά, επειδή η ικανότητα για την παροχή τέτοιων παρεμβάσεων είναι ένα σήμα κατατεθέν της νοσηλευτικής επιστήμης, ενώ παράλληλα αναμένεται από τους επαγγελματίες υγείας.¹⁰⁷

Η εφαρμογή των διεπιστημονικών και πολύπλευρων πρότυπων παρεμβάσεων, βάσει στοιχείων υπήρξε αποτελεσματική στη σημαντική βελτίωση των υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος. (57% έως 86%). Χωρίς ένα ειδικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, την κατάρτιση των νοσηλευτών σχετικά με αυτό το πρόγραμμα, και χωρίς χρόνο που διατίθεται για την παροχή συμβουλών διακοπής του καπνίσματος, οι νοσηλευτές δεν θα μπορούσαν να διαθέτουν επαρκή γνώση και χρόνο για τις δραστηριότητες διακοπής του καπνίσματος. Η συμβουλευτική διακοπής του καπνίσματος διαφοροποιείται ανά δραστηριότητα, με τις χαμηλότερες επιδόσεις να παρουσιάζονται σε τομείς που απαιτούν γνώση τεκμηριωμένων πρακτικών. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η άνεση του νοσηλευτή στην παροχή συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος –και όχι τα προσωπικά του χαρακτηριστικά– είναι η μόνη μεταβλητή που εξασφαλίζει περισσότερες τέτοιες δραστηριότητες, γίνεται σαφές ότι αυτές οι περιοχές χαμηλών επιδόσεων είναι μια ευκαιρία για τους νοσηλευτές, προκειμένου να εφαρμόσουν εγνωσμένες για την επιτυχία τους παρεμβάσεις και συνεπώς να βελτιώσουν τις δυνατότητες επιτυχίας του ασθενούς. Ως εκ τούτου, τα νοσοκομεία δύνανται να βελτιώσουν τις διαδικασίες της υγειονομικής περίθαλψης και την έκταση στην οποία οι ασθενείς λαμβάνουν στήριξη, διασφαλίζοντας ότι οι νοσηλευτές είναι εξοικειωμένοι και εξοπλισμένοι με συμβουλευτικές δεξιότητες για τη διακοπή του καπνίσματος.¹⁰⁷

7.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή καπνίσματος

Η αντιμετώπιση της χρήσης καπνού στους ασθενείς πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα όλων των επαγγελματιών υγείας και δη των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό ως τμήματος της βασικής φροντίδας, καθώς θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως οποιαδήποτε άλλη χρόνια πάθηση.¹¹⁰ Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και στην παροχή κινήτρων στους καπνιστές, καθώς και στην αξιολόγηση της εξάρτησής τους από τη νικοτίνη και στην παροχή βοήθειας να σταματήσουν το κάπνισμα. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας και συνεπώς οι νοσηλευτές, θα πρέπει να εντοπίζουν τους συστηματικούς καπνιστές, να αξιολογούν τη βαρύτητα με την οποία καπνίζουν, και να τους προσφέρουν συμβουλές και θεραπεία παύσης σε κάθε ευκαιρία. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής παρουσιάζει ένα πρόβλημα που προκαλείται ή και επιδεινώνεται από το κάπνισμα, είναι ζωτικής σημασίας για τους νοσηλευτές να θέσουν το ζήτημα της διακοπής του καπνίσματος. Υπάρχει μια σειρά από τεκμηριωμένες στρατηγικές που

μπορούν να βελτιώσουν την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος. Η παροχή μιας συστηματικής προσέγγισης για τη διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα επιτυχίας. Όπου οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να προσφέρουν υποστήριξη ή θεραπεία εντός των δικών τους καθηκόντων, θα πρέπει να κατευθύνουν τους καπνιστές στους αρμόδιους.¹⁰⁶

7.2.1 Αξιολόγηση της ετοιμότητας για διακοπή

Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να συμβουλευσει τον ασθενή να διακόψει, να αξιολογήσει την ετοιμότητα του προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς και να τον συνδράμει είτε προσωπικά, είτε να τον παραπέμψει σε κάποια εξειδικευμένη υπηρεσία, σε περίπτωση που δεν διαθέτει την απαραίτητη εκπαίδευση. Πριν από 30 χρόνια είχαν προταθεί κάποια θεωρητικά μοντέλα βασισμένα σε διαφορετικά στάδια συμπεριφοράς του καπνιστή : προαντιμετώπιση (ο καπνιστής δεν έχει κάποια πρόθεση να διακόψει), αντιμετώπιση (ο χρόνος κατά τον οποίο ο καπνιστής σκέπτεται να διακόψει), προετοιμασία (ο καπνιστής σχεδιάζει να διακόψει εντός 30 ημερών), δράση (επιτυχής διακοπή έως 6 μήνες) και συντήρηση (αποφυγή υποτροπής για πάνω από 6 μήνες).

Βάσει αυτού του μοντέλου οι καπνιστές στο στάδιο της προαντιμετώπισης θα χρειάζονται διαφορετικά είδη παρεμβάσεων, σε σύγκριση με εκείνους στο πλαίσιο της προετοιμασίας ή της δράσης. Με άλλα λόγια, οι διάφορες παρεμβάσεις θα πρέπει να προσαρμόζονται στο στάδιο ετοιμότητας του ασθενούς και θα πρέπει να σχεδιαστούν ούτως ώστε να παρακινούν τους καπνιστές να διέλθουν από τα διαφορετικά στάδια προκειμένου να διακόψουν επιτυχώς το κάπνισμα. Πρόσφατες όμως μελέτες κατέδειξαν, ότι όλοι οι καπνιστές ανεξάρτητα από το στάδιο ετοιμότητας στο οποίο βρίσκονται, θα πρέπει να λαμβάνουν υποστήριξη και βοήθεια για τη διακοπή από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σαφέστατα, η παροχή πρακτικής νοσηλευτικής υποστήριξης είναι πιο αποτελεσματική από τη μη παροχή αυτής, ενώ τα αποδεικτικά στοιχεία δεν είναι υπέρ της παροχής ενθάρρυνσης και θεραπείας μόνο για εκείνους τους καπνιστές, που βρίσκονται στα στάδια προετοιμασίας ή δράσης.^{91,96,110}

Συνεπώς θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα σε όλους τους καπνιστές ανεξάρτητα από το αν έχουν ή όχι κίνητρα να διακόψουν το κάπνισμα, ως εξής:

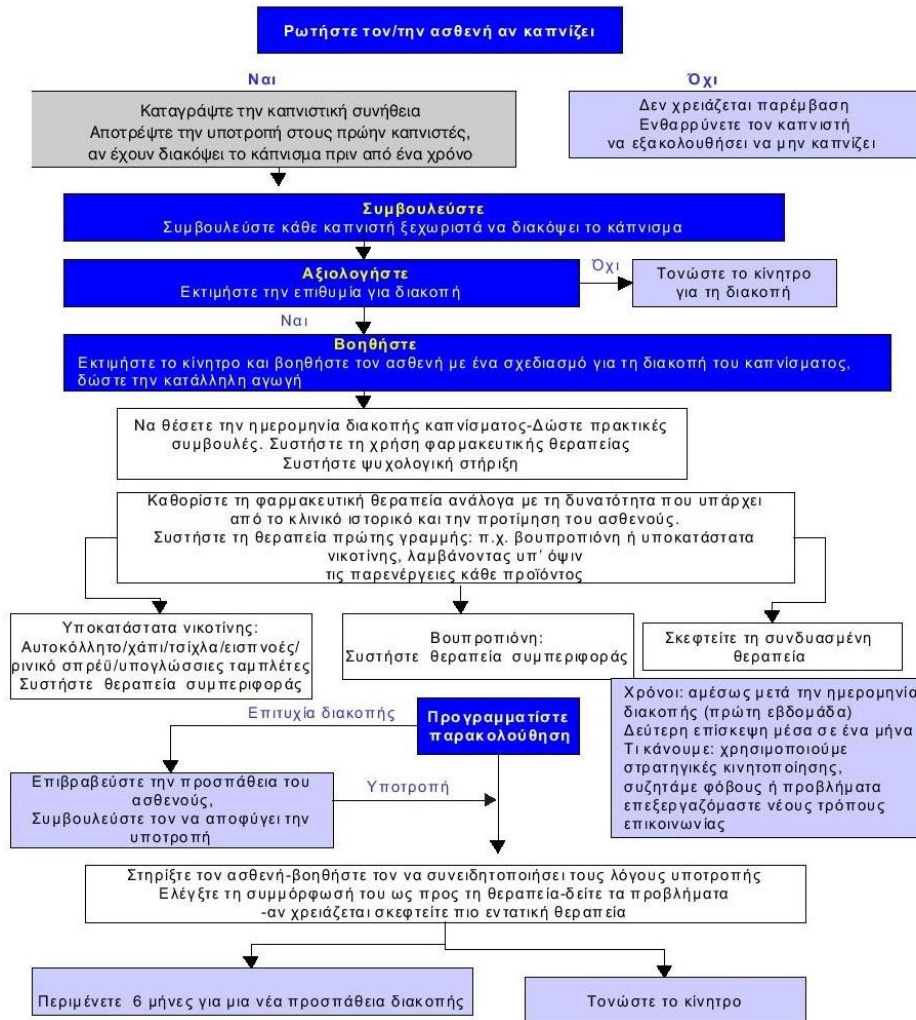
1. Για τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται να τους παρέχεται φαρμακοθεραπεία και γνωστική συμπεριφορική συμβουλευτική άμεσα.
2. Για τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται η χρήση της στρατηγικής της παρακινητικής συνέντευξης, προκειμένου να: ενθαρρυνθεί ο καπνιστής και να του δοθούν κίνητρα για τη λήψη της απόφασης για την διακοπή του καπνίσματος, το συντομότερο δυνατόν στο εγγύς μέλλον. Μια μετα-ανάλυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών έδειξε ότι, σε σύγκριση με σύντομες συμβουλές ή τη συνήθη φροντίδα, η παρακινητική συνέντευξη παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά παύσης έξι μηνών κατά περίπου 30%. Τα ποσοστά διακοπής και στις δύο μελέτες, στις οποίες συμμετείχαν γιατροί- σύμβουλοι (οι οποίοι έλαβαν τυπικά ≥ 2 ώρες εκπαίδευσης) ήταν περίπου 8% για την παρακινητική συνέντευξη, έναντι 2% για τις σύντομες συμβουλές ή τη συνήθη φροντίδα. Επίσης, τα ποσοστά διακοπής ήταν υψηλότερα αφενός αν οι καπνιστές είχαν λάβει δύο ή περισσότερες συνεδρίες συμβουλευτικής και όχι μία συνεδρία, και αφετέρου αν οι συνεδρίες διήρκεσαν περισσότερο από 20 λεπτά.^{96,110}

7.2.2 Παρέμβαση 5 κυρίων βημάτων (5As)

Η Κατευθυντήρια Οδηγία Κλινικής Πρακτικής για τη Θεραπεία της Χρήσης και Εξάρτησης από τον Καπνό (The Treating Tobacco Use and Dependence – Clinical Practice Guideline), που εκδόθηκε από το Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στις ΗΠΑ (United States Department of Health and Human Services) προτείνει την προσέγγιση των 5As⁴, ήτοι 5 απλά βήματα για την ανάπτυξη ενός πρακτικού σχεδίου δράσης και μιας βάσης για μια αποτελεσματική προσέγγιση, στα πλαίσια μιας πρότυπης στρατηγικής διακοπής καπνίσματος.^{96,110} Η μεθοδολογία των 5As έχει χρησιμοποιηθεί σε όλο το φάσμα των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος –από την αρχική, σύντομη συμβουλή σε πιο πολύπλοκες παρεμβάσεις, όπως εξειδικευμένη ατομική ή ομαδική συμβουλευτική^{96,110} και περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα παρέμβασης: Ρωτάμε, Συμβουλευόμαστε, Εκτιμούμε, Παρέχουμε στήριξη, Παρακολουθούμε και Προγραμματίζουμε:

- **Ask:** Ρωτάμε τον ασθενή αν είναι καπνιστής και αξιολογούμε τη βαρύτητα.

- **Advice:** Στη συνέχεια συμβουλευόμαστε τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος με τρόπο κατηγορηματικό και σαφή, ενώ παράλληλα διαβεβαιώνει τον καπνιστή ότι όλη η νοσηλευτική ομάδα είναι σε θέση να τον συνδράμει για κάτι τέτοιο. Εποικοδομητική είναι και η σύνδεση με την ασθένεια, τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος και το οικονομικό βάρος.
- **Assess:** Προβαίνουμε σε εκτίμηση της ετοιμότητας του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα.
- **Assist:** Παρέχουμε στήριξη στον ασθενή, σε συνεννόηση με τον οποίο, καθορίζουμε μια ημερομηνία διακοπής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παράσχει συμβουλευτική και να στηρίζει τον ασθενή να διαχειριστεί ζητήματα που αφορούν συμπτώματα στέρησης και ενδεχόμενη αύξηση βάρους, ενώ θα πρέπει να συστήνει και αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια του εγχειρήματος, προκειμένου να αποφευχθεί κάποια υποτροπή. Παράλληλα, παρέχεται μέσω ιατρικής καθοδήγησης κάποια ενδεδειγμένη φαρμακοθεραπεία για τη διασφάλιση της επιτυχίας.
- **Arrange:** Παρακολουθούμε και προγραμματίζουμε να επανελέγξουμε τον ασθενή είτε τηλεφωνικά, είτε στο νοσοκομείο. Σε περίπτωση αποχής ο νοσηλευτής θα πρέπει να ανταμείβει τον ασθενή, ενώ σε περίπτωση υποτροπής θα πρέπει να τον στηρίζει ψυχολογικά και να τον ενθαρρύνει για μια μελλοντική απόπειρα.^{4, 96,110,111}



Σχήμα 1. Αλγόριθμος 5As⁹¹

7.2.3 Η Στρατηγική των 5Rs

Η στρατηγική των 5Rs, όπως εφαρμόζεται στην περίπτωση ασθενών που δεν επιθυμούν να διακόψουν άμεσα, αποτελείται από:

- **Relevance (Συνάφεια):** Όταν συζητάει με τον ασθενή ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον ρωτήσει: «Γιατί είναι το κάπνισμα σημαντικό για εσάς σε προσωπικό επίπεδο;»
- **Risks (Κίνδυνοι):** Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίσει τους εξατομικευμένους πιθανούς κινδύνους για την υγεία του καπνιστή και να κάνει διαχωρισμό μεταξύ βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων κινδύνων.
- **Rewards (Ανταμοιβή):** Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επισημάνει στον ασθενή τα προσωπικά οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.

- **Road-blocks (Εμπόδια):** Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να εντοπίσει τα εμπόδια που θα μπορούσαν να παρακωλύσουν την επιτυχία της απόπειρας διακοπής.
- **Repetition (Επανάληψη):** Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει να επιχειρούνται κατ' επανάληψη.

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση των κινήτρων για την διακοπή του καπνίσματος εμπλέκουν γενικά μεθόδους παρακινητικής συνέντευξης, όπως:

- Έκφραση της ενσυναίσθησης μέσα από ανοιχτές ερωτήσεις για τη διερεύνηση της στάσης απέναντι στο κάπνισμα («Πόσο σημαντική πιστεύετε ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι για εσάς προσωπικά;»)
- Χρήση αντανακλαστικών τεχνικών ακρόασης («Ωστε νομίζετε ότι το κάπνισμα σας βοηθά να διατηρήσετε το βάρος σας;»)
- Στήριξη δικαιώματος του ασθενούς να απορρίψει την αλλαγή («Καταλαβαίνω ότι δεν είστε έτοιμος να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα. Όταν είστε πρόθυμος να δοκιμάσετε, θα είμαστε εδώ για να σας βοηθήσουμε.»)
- Εντοπισμός αποκλίσεων μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς του ασθενούς και των προσωπικών αξιών του («Λέτε ότι οικογένειά σας έχει μεγάλη σημασία για εσάς. Πώς νομίζετε ότι το κάπνισμα επηρεάζει τη σύζυγο και τα παιδιά σας;»)
- Η οικοδόμηση της δέσμευση για αλλαγή («Θα σας βοηθήσει να αποφευχθεί μια καρδιακή προσβολή, όπως συνέβη στον πατέρα σας.»)
- Υποστηρικτική στάση («Ανησυχείτε για πιθανά συμπτώματα στέρησης;»)
- Άδεια για την παροχή πληροφοριών («Συμφωνείτε να σας ενημερώσω για μερικές στρατηγικές συμπεριφορές, που θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε τις καταστάσεις που σας κάνουν να καπνίζετε;»)
- Αναγνώριση και επιβράβευση των προηγούμενων επιτυχιών του ασθενούς.
- Παροχή απλών λύσεων λύσεις, όπως κάποια τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης χωρίς χρέωση, φυλλάδια κτλ. ^{96,110}

7.3 Επιπολασμός καπνίσματος στους νοσηλευτές & επίδραση στην επιτυχία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος

Η πρόληψη του καπνίσματος αποτελεί ένα μείζον ζήτημα για τη δημόσια υγεία, στην επίλυση του οποίου, οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα οι ιατροί και νοσηλευτές, μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο, βοηθώντας τους καπνιστές να αντιληφθούν τις συνέπειες που συνεπάγεται το κάπνισμα για τη ζωή και την υγεία τους.³ Τόσο στο κοινωνικό, όσο και στο κλινικό περιβάλλον, είναι αυτοί που κατέχουν τη γνώση αναφορικά με ζητήματα υγείας, ενώ αναμένεται από αυτούς να δρουν βάσει της γνώσης αυτής. Στις κοινότητες και κοινωνίες τους αναμένεται να αποτελούν παραδείγματα προς μίμηση για τον υπόλοιπο πληθυσμό. Και αυτό περιλαμβάνει, εν γένει, τη συμπεριφορά τους σε συναφή με την υγεία θέματα, όπως τη διατροφή και την άσκηση και ειδικότερα την κατανάλωση καπνού.⁴ Εντούτοις, οι επαγγελματίες υγείας δίνουν ένα αντιφατικό μήνυμα προς τους καπνιστές ασθενείς τους, μειώνοντας την αποτελεσματικότητα της αντικαπνιστικής συμβουλευτικής, που παρέχουν.^{3,4,11,12} Το ενδιαφέρον για το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, και ιδιαίτερα των νοσηλευτών ως δημόσια πρότυπα αναφορικά με το κάπνισμα, έχει αποτελέσει έναυσμα για έρευνες αναφορικά με τη συμπεριφορά τους ως προς το κάπνισμα σε διαφορετικές χώρες³, ιδιαίτερα καθώς οι νοσοκομικές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα του τομέα της υγείας με ένα παραδοσιακά υψηλό επιπολασμό καπνίσματος.^{4,5}

Μια αυστραλιανή μελέτη διαπίστωσε ότι οι στάσεις των νοσηλευτών για το κάπνισμα καθορίζονταν έντονα από την τρέχουσα σχέση τους με το κάπνισμα. Οι καπνιστές νοσηλευτές ήταν πιθανότερο να κρατήσουν μια στάση, που περιορίζει τη δυνατότητά τους να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα, ενώ ήταν λιγότερο πιθανό να παράσχουν συμβουλευτική περί διακοπής ή να συζητήσουν τους παράγοντες κινδύνου, που σχετίζονται με το κάπνισμα. Περαιτέρω, η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις που επιφέρει η έκθεση στο καπνό, ήταν εντονότερη στους καπνιστές, από ότι στους μη καπνιστές νοσηλευτές.⁵ Μια μελέτη 1074 τυχαία επιλεγμένων νοσηλευτών στη Βόρεια Ιρλανδία διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που καπνίζουν είναι λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν στην παροχή συμβουλών για την προαγωγή της υγείας σε ασθενείς τους, που καπνίζουν. Μια μελέτη σε 388 νοσηλευτές στην Αυστραλία διαπίστωσε ότι το 60% είχε θετική στάση στο να βοηθήσει τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά μόνο σε ασθενείς που ήθελαν να σταματήσουν το κάπνισμα. Μια

άλλη μελέτη, με τη συμμετοχή 3021 τυχαία επιλεγμένων ιατρών, και νοσηλευτών κατέδειξε ότι οι νοσηλευτές ήταν λιγότερο πιθανό από τους γιατρούς να εξετάσουν τους ασθενείς, ως προς το αν είναι δεκτικοί σε μηνύματα για τη διακοπή ή να θεωρήσουν ότι διαθέτουν τα προσόντα για να παράσχουν συμβουλές για το κάπνισμα. Ερευνητές από τις δύο αυτές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η παροχή υπηρεσιών διακοπής από τους νοσηλευτές θα μπορούσε να βελτιωθεί αν τους προσφέρονταν εκπαίδευση σε ζητήματα φροντίδας για την παύση και πρόληψη του καπνίσματος.¹¹

Επιπλέον, σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Ιορδανία προέκυψε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό του επιπολασμού του καπνίσματος στους νοσηλευτές, ενώ μόνο το 21% από αυτούς, αισθάνθηκε αρμόδιο για να συζητήσει τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος με τους ασθενείς καπνιστές. Οι νοσηλευτές που απάντησαν στην έρευνα εντόπισαν την έλλειψη κατάρτισης περί δεξιοτήτων συμβουλευτικής, ως εμπόδιο για να παράσχουν συμβουλές στους ασθενείς σχετικά με το κάπνισμα. Η εν λόγω μελέτη κατέδειξε επίσης ότι ενώ οι νοσηλευτές συμφωνούν απόλυτα με την επιβολή μιας αντικαπνιστικής πολιτικής, γενικά δεν είναι σίγουροι ως προς την αποτελεσματικότητα της παροχής συμβουλών στον ασθενή ως μέσο για την πρόληψη του καπνίσματος. Παράλληλα, οι νοσηλευτές που καπνίζουν ή που δεν είναι εκπαιδευμένοι στην παροχή συμβουλών σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας, είναι λιγότερο πιθανό να συμβουλευθούν τους ασθενείς σχετικά με το κάπνισμα. Συνεπώς η τάση των νοσηλευτών να παράσχουν συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος θα μπορούσε να ενισχυθεί, αν μειωθεί ο επιπολασμός του καπνίσματος στον κλάδο τους και αν τους παρασχεθεί η κατάλληλη κατάρτιση προς αυτή την κατεύθυνση.¹¹

Αναφορικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος στις τάξεις των νοσηλευτών, αξίζει να γίνει ειδική μνεία στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι οποίοι εκτιμάται ότι έχουν υψηλότερο ποσοστό καπνίσματος σε σχέση με άλλους νοσηλευτές. Η σχέση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας με το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό θέμα, ιδίως υπό το φως των στοιχείων που υποδηλώνουν ότι οι άνθρωποι που διαγιγνώσκονται με ψυχική ασθένεια έχουν την επιθυμία να σταματήσουν το κάπνισμα ή να μειώσουν την πρόσληψη καπνού. Εντούτοις, έχει εκτιμηθεί ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτών θίγουν το ζήτημα της διακοπής του καπνίσματος. Οι άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί με μια ψυχική ασθένεια, συνήθως αναφέρουν ελάχιστη συζήτηση με τους ψυχιάτρους για το κάπνισμα, ενώ σε περίπτωση που θίξουν το θέμα στους θεράποντες τους,

αντιμετωπίζουν συχνά μια επικριτική στάση, χωρίς συγκεκριμένη καθοδήγηση ή βοήθεια, την οποία σε τελική ανάλυση αντιλαμβάνονται ως αναποτελεσματική και αποθαρρυντική.⁵

Ιδιαίτερα όμως υψηλός είναι και ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την Ιταλία, όπου καπνίζει το 25% των φοιτητών, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη. Με δεδομένα τα αποτελέσματα του υψηλού επιπολασμού του καπνίσματος σε φοιτητές νοσηλευτικής και τον σημαντικό ρόλο αυτών των μελλοντικών επαγγελματιών του τομέα της υγείας, είναι προφανώς απαραίτητη η εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων κατά του καπνίσματος. Κατά τη διάρκεια των σπουδών νοσηλευτικής θα πρέπει να εφαρμοστούν εκπαιδευτικές δράσεις για την πρόληψη του καπνίσματος, τη θεραπεία των καπνιστών και την προώθηση της υγιούς συμπεριφοράς, εφόσον το υψηλό ποσοστό του καπνίσματος μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας μειώνει την αξιοπιστία των εκστρατειών κατά του καπνίσματος.³

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κάπνισμα έχει προσλάβει πανδημικές διαστάσεις, ενώ εντύπωση προκαλεί ότι παρά τις διάφορες αντικαπνιστικές εκστρατείες που έχουν εφαρμοστεί, ο επιπολασμός του εξακολουθεί να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, κυρίως λόγω της ευρύτερης εξάπλωσης του στον αναπτυγμένο κόσμο. Αποτέλεσμα είναι εκατομμύρια άνθρωποι να υφίστανται τις συνέπειες του καπνού στην υγεία και την ποιότητα ζωής τους είτε είναι ενεργητικοί, είτε είναι παθητικοί καπνιστές. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί μια χρόνια νόσο, για τη θεραπεία της οποίας είναι απαραίτητη μια αποτελεσματική και συντονισμένη παρέμβαση. Οι διάφορες θεραπευτικές μορφές όπως η συμβουλευτική ή η φαρμακοθεραπεία, πέραν από την κλινική αποτελεσματικότητα που εμφανίζουν, είναι εξαιρετικά συμφέρουσες από οικονομικής απόψεως σε σχέση με την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους τους καπνιστές ανεξαιρέτως, ανεξάρτητα από την ετοιμότητα τους ή όχι να διακόψουν. Προτείνεται μια επικέντρωση του ερευνητικού έργου σε ζητήματα που αφορούν τις στάσεις των ασθενών και τους παράγοντες που τους παρακινούν να διακόψουν, καθώς επίσης στην αποτελεσματικότητα των υφιστάμενων θεραπειών. Πέραν τούτου, προτείνεται οι ασφαλιστικές εταιρείες και τα ασφαλιστικά ταμεία να καλύπτουν το κόστος της θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, κάνοντας την προσιτή σε όλους τους καπνιστές, εφόσον τα κόστη για τη θεραπεία των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι μακράν μεγαλύτερα και αποτελούν μια τεράστια επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο.

Σε ελληνικό επίπεδο και δεδομένου ότι η χώρα μας επιδεικνύει μια από τις μεγαλύτερες καταναλώσεις καπνού κατά κεφαλή, με τα μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος να τα διεκδικούν οι ίδιοι οι γιατροί στο γενικό πληθυσμό, είναι επιτακτικό να καταρτιστεί ένα πλήρες πρόγραμμα ελέγχου χρήσης και πρόληψης του καπνού, στο οποίο σταθερά θα εντάσσονται παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος που εμπεριέχουν συμβουλευτική και φαρμακοθεραπείες. Πέραν όμως της ανάπτυξης μιας κεντρικής, εθνικής στρατηγικής για το κάπνισμα, θα πρέπει να αναπτυχθούν δίκτυα από επιμέρους υποστηρικτικούς θεσμούς και μονάδες και σε τοπικό επίπεδο όπως την εκκλησία, τα σχολεία, τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, ΜΚΟ, αθλητικά σωματεία κτλ. Η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας, το οποίο στην χώρα μας είναι ελλιπώς ανεπτυγμένο θα συνέβαλε σημαντικά, με μια παράλληλη καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών προκειμένου να κατανέμονται ρθολογικά οι ήδη περιορισμένοι πόροι. Ενεργή όμως

θα πρέπει να είναι και η συμμετοχή της ελληνικής κοινωνίας πολιτών, προκειμένου να επιτευχθεί μια καλύτερη ενημέρωση, η εκπαίδευση του πληθυσμού και η ενεργοποίησης, ούτως ώστε να βελτιωθεί η παρούσα κατάσταση.

Από πλευράς νοσηλευτών και προκειμένου να είναι σε θέση να διαδραματίσουν επιτυχημένα το ρόλο τους στη διακοπή καπνίσματος, θα πρέπει να αυξηθεί η άνεση τους σε σχετικές δεξιότητες, με την κατάρτιση και τη συνεχή εκπαίδευση τους. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα ενισχύσουν τις γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις για την προώθηση των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος. Η κατάρτιση θα πρέπει να περιλαμβάνει παροχή συμβουλευτικής σε συνδυασμό με φαρμακολογικές παρεμβάσεις, εγνωσμένες για την αποτελεσματικότητά τους. Αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν συνταγογραφούν φάρμακα για τους ασθενείς, μπορούν ωστόσο, να παρακινήσουν τους γιατρούς να συνταγογραφήσουν τα συγκεκριμένα φάρμακα για τους ασθενείς. Χωρίς μια ολοκληρωμένη κατάρτιση των νοσηλευτών περί διακοπής του καπνίσματος, η βελτίωση της παροχής υπηρεσιών μοιάζει απίθανο σενάριο. Παράλληλα, οι ιθύνοντες και ερευνητές θα πρέπει να εκδίδουν κατευθυντήριες γραμμές, εύκολες και εφικτές στην εφαρμογή τους. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές πρέπει να βρουν μια ισορροπία μεταξύ της επιστημονικής ορθότητας και της σκοπιμότητας. Με μια τέτοια προσέγγιση, τα νοσοκομεία θα είναι πιο πιθανό να συμβάλλουν στην εθνική προσπάθεια για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της μείωσης στα ποσοστά καπνίσματος των ασθενών. Η εστίαση σε ένα μικρό αριθμό βασικών δραστηριοτήτων διακοπής του καπνίσματος, μπορεί να είναι μια εναλλακτική λύση προκειμένου οι παρεμβάσεις να συγκεντρωθούν σε μια αποτελεσματική και υλοποιήσιμη δέσμη παρεμβάσεων. Αυτό θα επιτρέψει στους νοσηλευτές να χρησιμοποιήσουν το διαθέσιμο χρόνο τους για να επικεντρωθούν σε δραστηριότητες παροχής συμβουλών διακοπής του καπνίσματος, που είναι γνωστό ότι λειτουργούν. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αξιολογούνται για την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας τόσο από πλευράς νοσοκομείου, όσο και κοινωνίας.

Αν οι ίδιοι οι νοσηλευτές είναι καπνιστές, μπορεί επίσης να έχουν και ίδιοι ανάγκη παρεμβάσεων. Εκείνοι που καπνίζουν είναι απίθανο, να είναι άνετοι στην παροχή συμβουλών για τη διακοπή και την παραπομπή στις υπηρεσίες. Αυτοί οι επαγγελματίες είναι σε επαφή με άτομα που είναι πιο επιρρεπή σε κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα, και το παράδειγμά τους είναι δυνητικά εξαιρετικά αποτελεσματικό στην ενθάρρυνση ή αποθάρρυνση του καπνίσματος. Συνεπώς θα πρέπει με τη συμπεριφορά τους να αποτελούν καλό πρότυπο και πέραν του να συμβουλεύουν τους άλλους περί βέλτιστης πρακτικής, να την ενσαρκώνουν οι ίδιοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cancer Council NSW. A brief history of smoking. Australia. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancercouncil.com.au/31899/uncategorized/a-brief-history-of-smoking/>
2. Κουράκος Μ., Καυκία Θ., Φραδέλος Α. Εξάρτηση από την νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 2016,9(1):8-16. Που είναι διαθέσιμο στην: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2016/05/HJNS_9.1.pdf
3. Biraghi E. & Tortorano A.M. (2010) Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour. Journal of Advanced Nursing 66(1), 33–39.doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05135.x
4. WHO Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. France. 2005. Pages 8-32. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf
5. Dwyer T., Bradshaw J. and Happell B. Comparison of mental health nurses’ attitudes towards smoking and smoking behavior. International Journal of Mental Health Nursing (2009) 18, 424–433 doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00628.x
6. Τζιάλλας Δ., Καστανιώτη Α.Κ. , Σκαπινάκης Π. Συστηματική Ανασκόπηση των Παρεμβάσεων Διακοπής του Καπνίσματος σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2009, 48(1): 30–36
7. Kyriakoudes LM. Historians’ testimony on “common knowledge” of the risks of tobacco use: a review and analysis of experts testifying on behalf of cigarette manufacturers in civil litigation. Tobacco Control. 2006;15(Suppl 4):iv107-iv116. doi:10.1136/tc.2005.014076. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2001_10/VA_REV_1_09_01_10.pdf
8. Μάτζιου - Μεγαπάνου Β. Παθητικό Κάπνισμα των Παιδιών: Πόσο Απαραίτητη είναι η ενεργός δράση; ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2009, 48(3): 245–247
9. Πιερράκος Γ., Μιχοπούλου Ε., Κονδύλη Ι, Γκανάς Α. , Σαρρής Μ. Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία Καπνιστών και Μη Καπνιστών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 201 1, 50(2): 203–213

10. Sanders D., Fowler G., Mant D., Fuller A, Jones L., Marzillier J. Randomized controlled trial of anti-smoking advice by nurses in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1989, 39, 273-276.
11. Merrill RM, Madanat H, Kelley AT. Smoking prevalence, attitudes, and perceived smoking prevention and control responsibilities and practices among nurses in Amman, Jordan. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16: 624–632
12. Κουτίνου Ε., Πατενταλάκης Μ., Δημητριάδου Μ., Παππά Α., Ευαγγέλου Ε., Κουτελέκος Ι., Χατζόγλου Χ. Εξάρτηση από το κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2014;1(1): 35-46
13. Salahuddin S., Dorairaj Prabhakaran D., Roy A. Pathophysiological Mechanisms of Tobacco-Related CVD. *GLOBAL HEART, VOL. 7, NO. 2, 2012 July 2012*: 113–120. DOI: 10.1016/j.ghheart.2012.05.003. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211816012000622>
14. Ambrose A. J., Barua S. R. The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. An Update. *JACC Vol. 43, No. 10, 2004 Smoking and Cardiovascular Disease Update May 19, 2004*:1731–7. doi:10.1016/j.jacc.2003.12.047. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704004346>
15. Mishra A, Chaturvedi P, Datta S, Sinukumar S, Joshi P, Garg A. Harmful effects of nicotine. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology: Official Journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*. 2015;36(1):24-31. doi:10.4103/0971-5851.151771. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363846/>
16. Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*. 1996;16:905–8. Που είναι διαθέσιμο στην: [http://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273\(00\)80112-9?_returnURL=http%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627300801129%3Fshowall%3Dtrue](http://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273(00)80112-9?_returnURL=http%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0896627300801129%3Fshowall%3Dtrue)
17. Porchet HC, Benowitz NL, Sheiner LB, Copeland JR. Apparent tolerance to the acute effect of nicotine results in part from distribution kinetics. *Journal of Clinical*

- Investigation. 1987;80(5):1466-1471. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC442405/>
18. NYSMOKEFREE. Cigarette Smoking, Carbon Monoxide and your Health. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.nysmokefree.com/download%5CCarbon%20monoxide%20info%20sheet.pdf>
 19. Carbon Monoxide Kills. Carbon Monoxide in Cigarettes. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.carbonmonoxidekills.com/are-you-at-risk/carbon-monoxide-in-cigarettes/>
 20. Shoshana Zevin, Sandra Saunders, Steven G Gourlay, Peyton Jacob III, Neal L Benowitz, Cardiovascular effects of carbon monoxide and cigarette smoking, Journal of the American College of Cardiology, Volume 38, Issue 6, 15 November 2001, Pages 1633-1638. Που είναι διαθέσιμο στην: [http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097\(01\)01616-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097(01)01616-3).
 21. W Koenig, M Sund, M Frohlich, et al. C-reactive protein, a sensitive marker of inflammation, predicts future risk of coronary heart disease in initially healthy middle-aged men. Circulation, 99 (1999), pp. 237–242. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://circ.ahajournals.org/content/99/2/237>
 22. Tobacco in Australia. 5.1 Constituents of tobacco smoke. Victoria. 1995. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/fandi/fandi/c05s1.htm>
 23. Compound Interest. The Chemicals in Cigarette Smoke & Their Effects. 2014. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.compoundchem.com/2014/05/01/the-chemicals-in-cigarette-smoke-their-effects/>
 24. Jacobs M. FROM THE FIRST TO THE LAST ASH: The History, Economics & Hazards of Tobacco. 1995. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/Tobacco.pdf>
 25. Doe J. and DeSanto C. Smoking's immediate effects on the body. Campaign for Tobacco-Free Kids. Washington. 2009. Pages 1-9. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0264.pdf>
 26. Λαδόπουλος Σοφοκλής. Καπνός και κάπνισμα (ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα). Εκδόσεις Σταμούλης. Αθήνα. 2014 σελ. 248 - 249, 252 - 256, 263 - 271.

27. Bach L. Health Harms from Smoking and Other Tobacco Use. Campaign for Tobacco-Free Kids. Washington. 2016. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0194.pdf>
28. Hecht SS. Lung Carcinogenesis by Tobacco Smoke. International journal of cancer Journal international du cancer. 2012;131(12):2724-2732. doi:10.1002/ijc.27816. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479369/>
29. Ding L, Getz G, Wheeler DA, et al. Somatic mutations affect key pathways in lung adenocarcinoma. Nature. 2008;455 (7216):1069-1075. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694412/>
30. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. 5, Cancer. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53010/>
31. Vioque J, Barber X, Bolumar F, et al. Esophageal cancer risk by type of alcohol drinking and smoking: a case-control study in Spain. *BMC Cancer*. 2008;8:221. doi:10.1186/1471-2407-8-221. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529333/>
32. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Esophageal Cancer—Patient Version. Cancer Types. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancer.gov/types/esophageal>
33. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Head and Neck Cancers –Patient Version. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet>
34. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Bladder Cancer –Patient Version. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancer.gov/types/bladder>
35. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Pancreatic Cancer - Patient Version. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancer.gov/types/pancreatic>
36. Pancreatic Cancer Action. Causes of pancreatic cancer. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://pancreaticcanceraction.org/about-pancreatic-cancer/causes-and-risks/#rf1-120>

37. Parkin, D.M., Boyd, L., Walker, L.C. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Summary and conclusions. *Br J Cancer*, 6 Dec 2011; 105 (S2):S77-S81; doi: 10.1038/bjc.2011.489. Που είναι διαθέσιμο στην <http://www.nature.com/bjc/journal/v105/n2s/abs/bjc2011489a.html>
38. Division of Cancer Prevention and Control. Cervical Cancer. Centers for Disease Control and Prevention. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cdc.gov/cancer/cervical/index.htm>
39. Foundation for Women's Cancer. Cervical Cancer and Smoking. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.foundationforwomenscancer.org/wp-content/uploads/Foundation_Cervical_Smoking_012612-1.pdf
40. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Leukemia—Patient Version. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.cancer.gov/types/leukemia>
41. Fircanis, S., Merriam, P., Khan, N. and Castillo, J. J. (2014), The relation between cigarette smoking and risk of acute myeloid leukemia: An updated meta-analysis of epidemiological studies. *Am. J. Hematol.*, 89: E125–E132. doi:10.1002/ajh.23744. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.23744/full>
42. Thomas X1, Chelghoum Y. Cigarette smoking and acute leukemia. *Leuk Lymphoma*. 2004 Jun;45(6):1103-9. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10428190310001638904>
43. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. 7, Pulmonary Diseases. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53021/>
44. Action on Smoking and Health. Fact Sheet on Smoking and respiratory disease. United Kingdom. 2015. Pages 1-10. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_110.pdf
45. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and

- Prevention (US); 2014. 7, Respiratory Diseases. Που είναι διαθέσιμο στην:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294322>
46. Μπακάκος Π., Κωστίκας Κ., Λουκίδης Σ. ΧΑΠ και Συνοσηρότητες ΠΝΕΥΜΩΝ Τεύχος 5 , Τόμος 23 Ιανουάριος-Μάρτιος 2010. Σελ. 21-27. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.pneumon.org/839/newsid844/340/linktopdf844/1>
 47. Ogushi, F., et al. "Risk factors for emphysema. Cigarette smoking is associated with a reduction in the association rate constant of lung alpha 1-antitrypsin for neutrophil elastase." Journal of Clinical Investigation 87.3 (1991): 1060. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC329901/>
 48. Willemse B., Postma D., Timens N., Ten Hacken N. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation European Respiratory Journal Mar 2004, 23 (3) 464-476; DOI: 10.1183/09031936.04.00012704. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://erj.ersjournals.com/content/23/3/464>
 49. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and cardiovascular Diseases. USA. 2014. Που είναι διαθέσιμο στην: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/fs_smoking_CVD_508.pdf
 50. Curtin S. and Mathews T.J. Smoking Prevalence and Cessation Before and During Pregnancy: Data From the Birth Certificate, 2014. National Vital Statistics Reports, Vol. 65, No. 1, February 10, 2016. Pages 1-7. Που είναι διαθέσιμο στην: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr65/nvsr65_01.pdf
 51. Τζενάλης Α., Σωτηριάδου Χ. Αγωγή Υγείας κατά του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το βήμα του Ασκληπιού Τόμος 9: Τεύχος 1 2010. Σελ. 5-18. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2001_10/VA_REV_1_09_01_10.pdf
 52. Λουκοπούλου Α., Ευαγγελοπούλου Β., Μπεχράκης Π. Κάπνισμα και Κύηση. ΠΝΕΥΜΩΝ Τεύχος 2ο, Τόμος 23ος, Απρίλιος - Ιούνιος 2010. Σελ. 153-159. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.pneumon.org/assets/files/844/file348_22.pdf

53. United Nations. Convention of United Nations on the Rights of Child, New York, 1989.
54. Hofhuis W., de Jongste JC., Merkus M. Community child health, public health, and epidemiology: Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003;88:12 1086-1090 doi:10.1136/adc.88.12.1086. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://adc.bmj.com/content/88/12/1086.long>
55. Action on Smoking and Health. ASH research report: The health effects of exposure to secondhand smoke. United Kingdom. 2014. Pages 1-31. Που είναι διαθέσιμο στην: http://ash.org.uk/files/documents/ASH_597.pdf
56. Action on Smoking and Health. ASH Research Report: Secondhand Smoke: the impact on childre United Kingdom. 2014. Pages 1-20.Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_596.pdf
57. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Californian Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment, California 2005. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/app3exe.pdf>
58. Campaign for Tobacco-Free Kids. Washington. 2005. Pages 1-2. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0366.pdf> + oikonomika
59. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, Wollum A, Sanman E, Wulf S, Lopez AD, Murray CJL, Gakidou E. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014;311(2):183-192. doi:10.1001/jama.2013.284692. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1812960>
60. Global Health Observatory (GHO) data. Prevalence of tobacco smoking. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>
61. World Health Organization. Global Report on Trends in Tobacco Smoking 2000-2025. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>

62. Eriksen M., Mackay J., Schluger B., Gomeshtapeh F. I., Drope J. The Tobacco Atlas. Pages 1-30. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccoatlas.org/topic/cigarette-use-globally/>
63. Bach L. Toll of Tobacco in the United States of America. Campaign for Tobacco-Free Kids. 2016. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0072.pdf>
64. Eurostat Statistics Explained. Tobacco consumption statistics. Που είναι διαθέσιμο στην: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics
65. World Health Organization. Regional Office for Europe. Tobacco. Data and Statistics. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>
66. Surgeon's General Report US. Chapter 2. A Historical Review of Efforts to Reduce Smoking in the United States. 2000. Pages 49-51. Που είναι διαθέσιμο στην: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/complete_report/pdfs/chapter2.pdf
67. Blum A., Solberg E. Antismoking Movement from 1950. Tobacco in History and Culture. AN ENCYCLOPEDIA. Vol. 1. Pages: 51-57. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://csts.ua.edu/files/2015/08/Tobacco-Encyclopedia-ABES-chapter-on-anti-smoking-movement-from-1950.pdf>
68. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva. 2003. Pages v-vi. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>
69. Wakefield MA, Durkin S, Spittal MJ, et al. Impact of Tobacco Control Policies and Mass Media Campaigns on Monthly Adult Smoking Prevalence. American Journal of Public Health. 2008;98(8):1443-1450. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2446442/>
70. Trauth, JA, "An animal model of adolescent nicotine exposure: effects on gene expression and macromolecular constituents in rat brain regions," Brain Research, 867(1-2):29-39, June 2000. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10837795>

71. Action on Smoking and Health. Fact Sheet on Nicotine and Addiction. United Kingdom. 2016. Pages 1-4. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_114.pdf
72. World Health Organization. Gender, Women, and the Tobacco Epidemic: 7. Addiction to Nicotine. Pages 139-143. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/en/tfi_gender_women_addiction_nicotine.pdf
73. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992
74. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
75. Scollo, MM and Winstanley, MH. Measures of tobacco dependence. Tobacco in Australia: Facts and issues. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2016. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/6-5measures-of-dependence>
76. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 86:1119-27.
77. RUSTIN AT. University of Texas Health Science Center, Houston, Texas. Am Fam Physician. 2000 Aug 1;62(3):579-584. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.aafp.org/afp/2000/0801/p579.html>
78. Cosci F, Pistelli F, Lazzarini N, Carrozzi L. Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation. Psychology research and behavior management. 2011;4:119-128. doi:10.2147/PRBM.S14243. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3218785/>
79. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C (2007). Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 33(5), 592-601. Που είναι διαθέσιμο στην: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
80. Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield: CC Thomas; 1967. Που είναι διαθέσιμο στην:

<https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=unee8oL0OgwC&oi=fnd&pg=PR10&dq=+The+biological+basis+of+personality&ots=muYixUguze&sig=jxIjvCGY OXu1vVmP6k4M6ruthHU#v=onepage&q=The%20biological%20basis%20of%20personality&f=false>

81. Rondina RC, Botelho C, Da Silva AMC, Gorayeb R. Psychological profile and nicotine dependence in smoking undergraduate students of UFM. *J Pneumol* 2003;29(1):21-7). Που είναι διαθέσιμο στην:
<http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v29n1/15489.pdf>
82. Koç M., Çolak S., Düşünceli B, Güven N., Arıcı N., Göçet E. The Relationship between Psychological Symptoms and Nicotine Dependence Level. *International Journal of Humanities and Social Science*. Vol. 4, No. 5(1); March 2014. Που είναι διαθέσιμο στην:
http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_5_1_March_2014/11.pdf
83. Weir K. Smoking and mental illness. American Psychological Association. June 2013, Vol 44, No. 6. Που είναι διαθέσιμο στην:
<http://www.apa.org/monitor/2013/06/smoking.aspx>
84. Golechha M. Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A Comprehensive Review of Effectiveness and the Way Forward. *International Journal of Preventive Medicine*. 2016;7:7. doi:10.4103/2008-7802.173797. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755211/>
85. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S, Piszczek E. Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient preference and adherence*. 2014;8:1353-1363. doi:10.2147/PPA.S67767. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199752/>
86. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ: British Medical Journal*. 2006;332(7539):458-460. doi:10.1136/bmj.38723.573866.AE. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382540/>
87. Biener L, Hamilton WL, Siegel M, Sullivan E. Individual, Social-Normative, and Policy Predictors of Smoking Cessation: A Multilevel Longitudinal Analysis.

- American journal of public health. 2010;100(3):547-554. doi:10.2105/AJPH.2008.150078. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820058/>
88. Amos A, Wiltshire S, Haw S, McNeill A. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. Health Educ Res. 2006;21(2):181–191. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://her.oxfordjournals.org/content/21/2/181.long>
89. World Health Organization. Fact sheet about health benefits of smoking cessation. Tobacco Free Initiative. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/en/>
90. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. DHHS Publication No. (CDC) YO-K-116. 1990. Pages i-ix. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCT.pdf>
91. Ροβίνα Ν. Γκράτζιου Χ. Στρατηγικές Διακοπής Καπνίσματος. Πνεύμων. Τεύχος 3^ο, Τόμος 18^ο^ς. Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2005. Σελ. 245-260. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.pneumon.org/assets/files/384/file797-el.PDF>
92. Rigotti N. Targetting special populations for tobacco intervention in managed care: II. Smoking cessation in the hospital setting—a new opportunity for managed care: Introduction. Tob Control 2000;9:suppl 1 i54 doi:10.1136/tc.9.suppl_1.i54. Που είναι διαθέσιμο στην: http://tobaccocontrol.bmj.com/content/9/suppl_1/i54.full
93. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers: A Systematic Review. Archives of internal medicine. 2008;168(18):1950-1960. doi:10.1001/archinte.168.18.1950. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500120/>
94. Denny J., Ginsberg S., Papp D., Browne G., Morgan S., Kushins L., Solina A. Hospital Initiatives in Promoting Smoking Cessation: A Survey of Internet and Hospital-Based Programs Targeted at Consumers. CHEST. 2002;122(2). Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171852>

95. Dawood N, Vaccarino V, Reid KJ, Spertus JA, Hamid N, Parashar S, PREMIER Registry Investigators. Predictors of Smoking Cessation After a Myocardial Infarction The Role of Institutional Smoking Cessation Programs in Improving Success. Arch Intern Med. 2008;168(18):1961-1967. doi:10.1001/archinte.168.18.1961. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414515>
96. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines. Brussels. 2012. Pages: 48-158. Που είναι διαθέσιμο στην: http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/12/ENSP-ESCG_FINAL.pdf
97. Hughes JR. Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. Journal of General Internal Medicine. 2003;18(12):1053-1057. doi:10.1111/j.1525-1497.2003.20640.x. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494968/>
98. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. The BMJ. 2012;345:e7176. doi:10.1136/bmj.e7176. Που είναι διαθέσιμο στην: Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3493624/>
99. Ebbert J., Wyatt K., Hays T., Klee W., Hurt R. Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. Patient Preference and Adherence 2010;4: 355-362. Dove press Journal. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962400/>
100. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/clonidine-for-smoking-cessation.pdf>
101. Gainsbury S.M., Blaszczyński A. 2011, A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, vol. 31, no. 3, pp. 490-498/. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>
102. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

103. West R., McNeill A., Raw M. Smoking cessation update: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://thorax.bmj.com/content/55/12/987.abstract>
104. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (ENSP). Tob-G. Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups Project. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://ensp.org/tob-g/>
105. Jones M. Nurse's role in smoking cessation. Provision of NRT to patients and their W WHĀNAU. Nurses for a smoke free Aotearoa. New Zealand. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.sfc.org.nz/pdfs/nursesrole.pdf>
106. RACGP. Australia. Supporting smoking cessation. A guide for health professionals. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/smoking-cessation/the-role-of-health-professionals/>
107. Newhouse R., Dennison C., Liang Y. Smoking-cessation counseling by nurses: Description and predictors in rural hospitals. June 2011 Vol. 6 No. 6. *American Nurse Today*. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.americannursetoday.com/smoking-cessation-counseling-by-nurses-description-and-predictors-in-rural-hospitals/>
108. Peterken C. Hospital nurses' role in smoking cessation. *Nursing times* 2013 Nov 20-26;109(46):16,19. Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/smoking-cessation/hospital-nurses-role-in-smoking-cessation/5065397.article>
109. Rice VH., Hartmann-Boyce J., Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. 2013 Aug 12;(8):CD001188. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/abstract>
110. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence. Brussels. 2016. Που είναι διαθέσιμο στην: <http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf>
111. Λιονής Χ. Βοηθώντας τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα: σύντομες παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας. International Primary Care Respiratory Group. (IPCRG). Που είναι διαθέσιμο στην: <https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwjdorGyxvHRAhXD6xoKHSgaDZwQFghoMAk&url=https%3A%2F%2Fwww.theipcr.org%2Fdownload%2Fattachments%2F5866088%2FIPCRG%2520opinionsheet%2520on>

[%2520helping%2520patients%2520quit%2520smoking%2520Greek.pdf%3Fversion%3D1%26modificationDate%3D1369252144000%26api%3Dv2&usg=AFQjCNHWTBWp8X6Xf5xC-ZP5IHFVMVEtKQ&sig2=D3sLYE1H7nMeAbomomrfWQ](#)