

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ
ΜΕΘΟΔΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ**

ΠΑΤΡΑ, 2010

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πολύ παλιότερα από την εποχή που ο Κολόμβος, επιστρέφοντας το 1494 από τον Νέο Κόσμο, έφερε στην Ευρώπη μερικά αποξηραμένα φύλλα ενός άγνωστου φυτού, που ανέδιδαν «ένα χαρακτηριστικό ιδιάζον άρωμα». Ανασκαφές στο Γιουκατάν του Μεξικού, αποκάλυψαν σκόνη καπνού μέσα σε πήλινα δοχεία ηλικίας 15.000 ετών. Σε άλλα, πιο πρόσφατα πήλινα αγγεία των Μάγια του Γιουκατάν εικονίζονται μορφές που καπνίζουν στριμμένα φύλλα. Αιώνες πριν από την έλευση των Ευρωπαίων, οι πολιτισμοί της Αμερικής είχαν πιθανόν αναπτύξει ποικίλες θεραπευτικές εφαρμογές του καπνού. Διακόσια χρόνια αργότερα, στην Ευρώπη πολλοί γιατροί εφάρμοζαν θεραπείες με φύλλα καπνού, ενώ το κάπνισμα θεωρούνταν ότι προφυλάσσει από την πανώλη· πέρασαν άλλα 150 χρόνια πριν ξυπνήσει η υποψία ότι μπορεί να είχε και βλαβερές συνέπειες. Όταν, ανατέλλοντας του 20ού αιώνα, οι ΗΠΑ ύψωναν τα λάβαρα της αντικαπνιστικής προπαγάνδας, φαρμακολογίες στην Ευρώπη επέμεναν ακόμα στην ευεργετική δράση του καπνού στο αναπνευστικό σύστημα!

Λίγο νωρίτερα, το 1884, οι *New York Times* χαρακτήριζαν το κάπνισμα γελοία συνήθεια, κατάλληλη για πληβείους, γυναίκες και παιδιά. Η πραγματικότητα ήταν λιγότερο αστεία: τα επόμενα είκοσι χρόνια η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων στις ΗΠΑ είχε εκτοξευθεί από τα 4 στα 8 δισεκατομμύρια, καθιστώντας το πρόβλημα διαταξικό.

Σήμερα, στην κορυφή της απειλητικής λίστας με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος φιγουράρει η πληροφορία ότι σε όλο τον κόσμο οι καπνιστές ξεπερνούν το 1 δισεκατομμύριο. Ο,τι ανατριχιαστικό ακολουθεί (με κορύφωση την πληροφορία ότι τα 4 εκατομμύρια θάνατοι τον χρόνο από το κάπνισμα, που κατέγραψε πρόσφατα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε 30 χρόνια θα φθάσουν τα 10) αξίζει να προσεχθεί το ίδιο όσο και το γεγονός ότι της παγκόσμιας αντικαπνιστικής εκστρατείας ηγούνται οι ΗΠΑ, η χώρα που παράγει από τις καλύτερες ποικιλίες καπνού, έχει μεγάλη κατανάλωση (στις ΗΠΑ το 2004 ο καπνός ήταν η αιτία για 440.000 θανάτους ή περίπου 1 στους 5) και μεγάλη κερδοφορία. Η χώρα, επίσης, όπου ενώ η αντικαπνιστική προπαγάνδα έχει αποδώσει όσο πουθενά, στο πελατολόγιο της καπνοβιομηχανίας εισάγονται κάθε χρόνο ένα εκατομμύριο έφηβοι.

Στον καπνό υπάρχουν πάνω από 4.000 ουσίες. Τουλάχιστον 43 από αυτές είναι καρκινογόνες. Αρκετές για να εξετάσει κανείς σοβαρά την πληροφορία ότι δέκα χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος ανάπτυξης βρογχοπνευμονικών νεοπλασιών μειώνεται έως και 50%.

Είναι πιθανό ότι τα εκατομμύρια των εφήβων που προστίθενται κάθε χρόνο στα δισεκατομμύρια των καπνιστών το κάνουν εξαιτίας κυρίως της διαφήμισης

και όχι επειδή ξέρουν ότι ο καπνός βοηθάει την επικοινωνία και αυξάνει τη λίμπιντο. Αφήνοντας κατά μέρος το ότι, ούτως ή άλλως, η διαφήμιση εκμεταλλεύεται και τεχνηέντως ερεθίζει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς της ανάγκης για επικοινωνία και ερωτική κοινωνία, παραμένει αίνιγμα αναπάντητο γιατί, παρόλο που η διαφήμιση έχει μειωθεί δραστικά, οι αριθμοί επιμένουν ανοδικά. Μέτρα περιστολής της ανάγκης για επικοινωνία και λιμπιντική συνάφεια; Αδίκος κόπος. Δοκιμάστηκαν ποικιλοτρόπως στο παρελθόν, για παραπλήσιους λόγους, συχνά με ζήλο και πίστη πολλή, αλλά πάντα με οικτρά αποτελέσματα: γέμισαν τα διάφορα ιδρύματα από αντικοινωνικές προσωπικότητες και τα οδοφράγματα από κοινωνικά υπερευαίσθητοποιημένες ατομικότητες.

Ορισμένα πράγματα όταν απελευθερωθούν άπαξ, η ελεύθερη πτήση τους δεν ανακόπτεται ούτε με το ζόρι. Ο καπνός είναι ένα από αυτά. Το πετρέλαιο είναι ένα άλλο. Τόσοι πόλεμοι έγιναν και γίνονται γι' αυτό. Όσο τα πρότυπα ζωής θα δυναστεύουν, ας πούμε, η επιδεικτική αυτοκίνηση, ο απερίσκεπτος κλιματισμός και ο νυχθημερόν ηλεκτροφωτισμός, η πτήση της κατανάλωσης πετρελαίου θα παραμένει ανεξέλεγκτη. Η άνοδος της τιμής του προς αποθάρρυνση της κατανάλωσης δρα σαν αερόστατο, συμπαρασύροντας στα ύψη, μαζί με τα κέρδη των εταιρειών, και την κατανάλωση. Το ότι επανειλημμένα έχει συμβεί το ίδιο με τις επιβαρύνσεις στον καπνό, από την εποχή του Ιακώβου Α' και του Λουδοβίκου ΙΔ', δεν είναι η μόνη από τις ομοιότητες ανάμεσα στο πετρέλαιο και τον καπνό, για τη διαχείριση του οποίου έχουν επίσης εξαπολυθεί κάμποσοι πόλεμοι, ανάμεσά τους και ο πόλεμος της αμερικανικής ανεξαρτησίας από το βρετανικό στέμμα. Ο καπνός, από ανεκτό «βίτσιο» των ολίγων, με την επέκταση της καπνοβιομηχανίας «εκδημοκρατίστηκε», έγινε αγαθό (και ανάγκη) για τους πολλούς, πριν αποδειχθεί παγκόσμιο πρόβλημα. Ανάλογα έχουν συμβεί και με το πετρέλαιο. Επειδή, ατυχώς για τον... παγκοσμιοποιημένο κόσμο μας, υπερβολικά πολλοί από τους κατέχοντες σοβαρά πόστα εξουσίας συγχέουν τον εκδημοκρατισμό με τη μαζοποίηση και αποδίδουν στον πρώτο τα στρεβλά της δεύτερης, δεν είναι απίθανο το μεν κάπνισμα να ξαναγίνει κάποτε το ανεκτό βίτσιο των ολίγων, το δε Ι.Χ. κάτω των 1.600 κυβικών ανάμνηση μιας «παλιάς, καλής εποχής», για την οποία θα μιλούν στα εγγόνια τους οι σημερινοί έφηβοι, δείχνοντάς τους κάτι μεγαθήρια των 4.000 κυβικών παρκαρισμένα σε μια οδό Σταδίου επιτέλους απαλλαγμένη από την κυκλοφοριακή συμφόρηση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Αυτό που θα μπορούσαμε να κάνουμε για τους καπνιστές θα ήταν να τους εμποδίσουμε να ξεκινήσουν να καπνίζουν.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπιστεί πόσο αποτελεσματική είναι η μέθοδος των ιατρικών διακοπής καπνίσματος και ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτά, αλλά και να συμβάλει στην βελτίωση των μεθόδων αυτών και να προσεγγίσει τον ρόλο του νοσηλευτή για ένα καλύτερο αποτέλεσμα για την υγεία των καπνιστών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Ειδικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Πατρών τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 2009 – Ιανουάριος 2010.

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι 133 καπνιστές, οι οποίοι προσήλθαν στο ιατρείο οικειοθελώς έπειτα από κανονισμένη συνάντηση.

Η έρευνα είναι ποσοτική και πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίου κλειστών ερωτήσεων, το οποίο συμπληρώθηκε και κατά τη διάρκεια της συνάντησης αλλά και τηλεφωνικά για κάποιους από τους καπνιστές. Με την πάροδο τουλάχιστον 3 μηνών -που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η θεραπεία της διακοπής του καπνίσματος- υπήρξε ξανά τηλεφωνική επικοινωνία με το δείγμα με σκοπό την καταγραφή του αποτελέσματος της θεραπείας. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Fagerström, η οποία μας έδειξε πόσο εξαρτημένος είναι ο κάθε καπνιστής από την νικοτίνη, καθώς υπήρξε κι ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, όπου δημιουργήθηκε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, το οποίο μας έδειξε ποιος είναι ο βαθμός θέλησής τους για διακοπή του καπνίσματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 18% των καπνιστών έκοψαν το κάπνισμα, το 11% το έκοψε για λίγο καιρό και το ξανάρχισε, στο 5% του παρουσιάστηκαν παρενέργειες, το 27% συνέχισε να καπνίζει, ενώ υπήρξαν αρκετοί που δεν ακολούθησαν την θεραπεία.

ABSTRACT

Introduction: The most valuable thing we could do in order to help smokers, it would be to have prevented them from starting smoking.

Purpose: The purpose of the research was to conclude how effective the surgeries of interruption of smoking are, as well as, the role of nurses who work in these surgeries. An additional purpose of this research was to contribute in the improvement of methods which are used for the cessation of smoking and the determination of the role of nurses in order to help with the best way smokers during the difficult period of interruption.

Material-Methodology: The present study was released in the smoking-cessation clinic which is located in Patrai's Special Hospital of Thorax Diseases. The study began in January 2009 until January 2010 and 133 respondents, who were smokers, participated in it after coming voluntarily in the clinic.

The survey is quantitative and the participants replied to a closed ended questionnaire either when they visited the surgery or by telephone communication. After at least three months -this time period is needed for the quit of smoking- I contacted again participants by phone in order to record the outcome of the therapy. For the completion of questionnaires Fagerström scale was used, which helped us to investigate how much every smoker was depended on nicotine. In addition, another questionnaire was used too in the study and was created by Hellenic Thoracic Society and the Hellenic Institute of Cardiology. This questionnaire helped us to investigate the degree of will that every participant had for the cessation of smoking.

Findings: The 18% of smokers who took part in the survey quit smoking, the 11% quit smoking for a while and they started again after this time period, the 5% faced side effects, the 27% continued smoking and the rest of the respondents did not follow the treatment.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	11
1.1. Η καλλιέργεια και η εξάπλωση του καπνού	12
1.2. Η βιομηχανία του καπνού	18
1.3. Κογκρέσο 14 Απριλίου 1994	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	
Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	22
2.1 Διεθνώς	23
2.2 Στην Ελλάδα	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	
Ο ΚΑΠΝΟΣ	27
3.1 Συστατικά καπνού	28
3.2 Η δράση της νικοτίνης στον οργανισμό	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	
ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	35
4.1. Ενεργητικό κάπνισμα	36
4.1.1 Ορισμός ενεργητικού καπνίσματος.....	36
4.1.2 Τιμές αίματος ενεργητικού καπνιστή.....	36
4.1.3 Η ψυχολογία του καπνιστή	36
4.1.4 Κίνδυνοι για την υγεία του ενεργητικού καπνιστή.....	38
4.1.4.1 Ειδικό κίνδυνο για γυναίκες.....	39
4.2 Παθητικό κάπνισμα	40
4.2.1 Ορισμός παθητικού καπνίσματος.....	40
4.2.2 Κίνδυνοι για την υγεία του παθητικού καπνιστή.....	40
4.2.3 Παθητικό κάπνισμα και παιδιά	40
4.3 Το κόστος του καπνού	41
4.3.1. Κόστος για την οικονομία	41
4.3.2. Το κόστος για τον καπνιστή.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	43
5.1. Δημόσιοι χώροι	44
5.2. Διαφήμιση	50
5.3. Ετικέτες πακέτων τσιγάρων	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	52
6.1. Μη φαρμακευτική αγωγή	53
6.1.1. Θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης.....	53
6.1.1.1. Διαδερμικό έμπλαστρο.....	53
6.1.1.2. Τσίχλες (Nicorette).....	54
6.1.1.3. Υπογλώσια δίσκια (Nicorette)	54
6.1.1.4. Συσκευή εισπνοής (Nicorette)	55
6.1.1.5. Ρινικό εκνέφωμα	56
6.1.2. Εναλλακτικές μέθοδοι.....	57
6.1.2.1. Βελονισμός.....	57
6.1.2.2. Ηλεκτρονικό Τσιγάρο	58
6.2. Φαρμακευτική αγωγή	58
6.2.1. Βουπροπρόνη SR (Zyban)	58
6.2.2. Βαρενικλίνη (Champix)	59
6.3 Ιατρεία διακοπής καπνίσματος	59
6.3.1 Δημόσιο ιατρείο διακοπής καπνίσματος- Πρόγραμμα υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος LifeREWARDS	60
6.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος	61
6.4. Διαδίκτυο	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	65
ΣΚΟΠΟΣ	66
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	66
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	67
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	83
ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χρειαζόμαστε περισσότερη τεκμηρίωση για τη βλάβη που κάνει το κάπνισμα; Το κάπνισμα είναι ένας μείζων συντελεστής για συνηθισμένες νόσους όπως μια καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειοπάθεια και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Επιπλέον, οι περισσότεροι καρκίνοι του πνεύμονα προκαλούνται από το κάπνισμα και είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για καρκίνους του μαστού και του εντέρου. Ο blogger που έγραψε το 2008 ότι η απαγόρευση του καπνίσματος ήταν ανελεύθερη και «δικαιολογείται από επιστημονική αρλούμπα»¹ θα έχει κερδίσει ελάχιστη τεκμηριωμένη υποστήριξη. Το κάπνισμα κοστίζει ζωές και ακρωτηριασμό' οι καπνιστές ακόμη ρυτιδώνονται πρόωρα.²

Η σχετική μελέτη από τους Paerson και συνεργάτες προσθέτει περισσότερα στην τεκμηρίωση. Η μεταανάλυση της επίδρασης της συνέχισης του καπνίσματος μετά από μια διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα ως επί το πλείστον σε πρώιμο στάδιο δείχνει ότι η συνέχιση του καπνίσματος αυξάνει ουσιαστικά τον κίνδυνο θανάτου και ότι ένα μεγάλο ποσοστό του αυξανόμενου κινδύνου είναι το αποτέλεσμα εξέλιξης του καρκίνου μάλλον παρά καρδιοαναπνευστικής νόσου. Η εκτιμώμενη επίδραση είναι μεγάλη, με πενταετή επιβίωση σε όσους το έκοψαν στην τάξη του 60-70% συγκριτικά με περίπου 30% εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν.³ Αυτή η πληροφορία πρέπει να δοθεί στους ασθενείς και σε εκείνους που τους φροντίζουν διότι το ενδεχόμενο όφελος είναι μεγάλο. Το πρόβλημα είναι ωστόσο, ότι λιγότεροι από ένας στους τρεις ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα επιβιώνουν ακόμη και για ένα έτος, έτσι που οι ασθενείς που είναι πιθανό να ωφεληθούν είναι πιθανώς υγιέστεροι εξαρχής.⁴

Οι ίδιοι οι καπνιστές είναι καλά πληροφορημένοι για τη βλάβη. Αναγράφεται με μεγάλα μαύρα γράμματα σε κάθε πακέτο τσιγάρων: το κάπνισμα σκοτώνει. Τότε γιατί δεν το σταματούν;

Το κάπνισμα είναι ο πιο αποδοτικός τρόμος να χορηγηθεί νικοτίνη. Φθάνει στην αριστερή πλευρά της καρδιάς διαμέσου των πνευμονικών τριχοειδών και σε δευτερόλεπτα είναι καθοδόν προς τον εγκέφαλο, πολύ ταχύτερα από μια ενδοφλέβια ένεση. Ο έμπειρος καπνιστής τιτλοποιεί την ταχύτητα ανόδου και το επιθυμητό υψίπεδο του φαρμάκου ανάλογα με το ζητούμενο αποτέλεσμα, ποικίλλοντας από βαθιές αναπνοές που ανακουφίζουν την υπερένταση ως τη νωθρή δόση που διατηρούν οι ρουφηξιές. Και δεν φαίνεται να έχει τις αρνητικές επιδράσεις άλλων φαρμακευτικών έξεων' επιτείνει μάλλον παρά παραβλέπει τη συγκέντρωση και την πνευματική επίδοση, τουλάχιστον για τον εθισμένο. Αυτό δεν είναι για να επαινέσει το κάπνισμα, αλλά σε μια μάχη

πρέπει να ξέρεις τον εχθρό σου και η ισχύς του εθισμού του καπνίσματος είναι τρομερή.

Το να ξέρεις ότι δεν πρέπει να καπνίζεις δεν είναι αρκετό. Αν θέλουμε να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα, χρειάζεται να κάνουμε παραπάνω από το να τους λέμε ότι είναι κακό γι' αυτούς. Όπως για όλες τις θεραπείες, σημαντικά είναι η εμπειρία, μια βάση γνώσεων, οι τέχνες και οι στρατηγικές.^{5,6} Για παράδειγμα, αν οι ασθενείς δεν είναι καλοί στο να προσέρχονται για βοήθεια φθάσε τους στα κινητά τηλέφωνα τους.⁷

Ακόμη καλύτερο από το να κάνουμε τους καπνιστές να σταματήσουν θα ήταν να τους εμποδίσουμε από το να αρχίσουν. Μεγάλοι αριθμοί νέων καπνίζουν. Λεγόταν συνήθως ότι μετά από 10 έτη αποχής ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα πέφτει στις βασικές τιμές. Αυτό δημιούργησε μια ψευδαίσθηση ότι κάποιος μπορούσε να καπνίζει με ατιμωρισία στα δέκα και είκοσι χρόνια του και να σταματήσει γύρω στα 30 και, καθώς σχεδόν κανένας δεν παθαίνει καρκίνο του πνεύμονα πριν από τα 40, τα 10 χρόνια θα είχαν παρέλθει και θα ήταν τότε καθαροί. Αυτό όμως δεν είναι αλήθεια- ακόμη κι αν τα καταφέρνουν οι άνθρωποι να σταματήσουν το κάπνισμα όπως προγραμματίστηκε, η κληρονομιά των τσιγάρων που έχουν καπνιστεί δεν φεύγει. Έτσι, όσο γρηγορότερα σταματήσουν, τόσο το καλύτερο, αλλά το αληθινό κέρδος θα ήταν να εμποδισθούν οι νέοι να το αρχίσουν εντελώς.⁸

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1.1. Η καλλιέργεια και η εξάπλωση του καπνού

Το κάπνισμα είναι γνωστό στον άνθρωπο τουλάχιστον από το 3000 π.Χ., όπου οι Αιγύπτιοι έκαigan γλυκά χόρτα όταν θυσιάζαν στους θεούς τους. Στην αρχαία Ελλάδα από το 700-600 π.Χ. η ιέρεια των χρησμών στους Δελφούς λέγεται ότι προφήτευε καθώς ήταν ζαλισμένη από τους ατμούς που εξέρχονταν από μια σχισμή των βράχων κάτω από τα πόδια της. Στην συνέχεια, οι Έλληνες άρχισαν να προσφέρουν λιβάνι στους βωμούς τους.

Στην αρχή της χριστιανικής εποχής, σύμφωνα με το Ρωμαίο Πλίνιο τον Πρεσβύτερο, η εισπνοή καπνού από καιόμενη γούνα λαγού συστηνόταν ως αποχρεμπτικό, ο καπνός από καιόμενο κατσικίσιο κέρατο χρησιμοποιούταν για τη διάγνωση της επιληψίας, ενώ ο εισπνεόμενος καπνός μέσω ενός καλαμιού αποξηραμένης κοπριάς βοδιού, θεωρούταν θεραπευτικός για πολλές αρρώστιες.

Είναι ευρέως γνωστό ότι η γενέτειρα του καπνού, ένα φυτό που ανήκει στο είδος *Nicotiana* -και συγκεκριμένα *Nicotiana Tabacum* και *Nicotiana Rustica*- είναι κάπου στην αμερικανική ήπειρο. Πώς και πότε το πρώτον ανακαλύφθηκε είναι άγνωστο. Πιθανώς ένας ιθαγενής μαγειρεύοντας φαγητό πάνω σε ένα φύλλο πάνω από φωτιά παρατήρησε ότι ανάδιδε ένα ιδιαίτερα ελκυστικό άρωμα και πήρε την πρώτη του εισπνοή. Στη συνέχεια είναι πιθανό να πέταξε το φαγητό μακριά και να κάπνισε κανονικά.⁹

Αυτό που είναι σίγουρο, είναι ότι το κάπνισμα του καπνού γινόταν από τους πρώτους Μάγιας πιθανότατα στην περιοχή Ταμπάσκο στο Μεξικό στα πλαίσια θρησκευτικών τελετών. Από ιστορικά στοιχεία φαίνεται ότι την εποχή του Χριστού, οι φυλές του νότιου Μεξικού κάπνιζαν πρωτόγονα τσιγάρα. Αφού δεν είχαν χαρτί τύλιγαν τον καπνό σε φύλλα φοίνικα ή καλαμποκιού και στη συνέχεια το έβαζαν σε μπαμπού ή απλώς τύλιγαν φύλλα καπνού. Στους επόμενους αιώνες το κάπνισμα φύλλων καπνού απλώθηκε σε όλη την περιοχή του Μεξικού και στις Αντίλλες. Έγινε ακόμα πιο δημοφιλές όταν οι φυλές που ήδη κάπνιζαν μετανάστευσαν βόρεια ηπειρωτικά στην κοιλάδα του Μισισσιπιή και στη Βραζιλία. Οι Ινδιάνοι ακόμα πιο βόρεια έφτιαχναν πίπες, κάποιες όμοιες με τις σημερινές, άλλες με σχήμα Υ, όπου τα άκρα τοποθετούνταν στα ρουθούνια. Επίσης, άλεθαν τον καπνό με άλλα φυτά για να ενισχύσουν τη γεύση του.

Ένας ινδιάνικος μύθος λέει ότι πολύ πριν φτάσει ο λευκός, υπήρχε μεγάλη πείνα σε όλη τη χώρα. Όλες οι φυλές συγκεντρώθηκαν σε συμβούλιο και κάλεσαν το μεγάλο πνεύμα Μανιτού για βοήθεια. Σε απάντηση ένα όμορφο και γυμνό κορίτσι κατέβηκε από τα σύννεφα. Κάθισε στο έδαφος μπροστά στους ανθρώπους και ανακοίνωσε ότι είχε έρθει για να φέρει φαγητό. Στη συνέχεια επέστρεψε στον ουρανό. Όπου είχε ακουμπήσει τη δεξιά της παλάμη,

φύτρωσε καλαμπόκι και την αριστερή της, πατάτες. Εκεί, όμως, όπου κάθισε, φύτρωσε καπνός.⁹

Στη Νότια Αμερική οι Αζτέκοι κάπνιζαν και εισέπνεαν καπνό. Στην υπόλοιπη αμερικανική ήπειρο τον καπνό τον μασούσαν, τον έτρωγαν, τον κάπνιζαν, ή έτριβαν μ' αυτόν το σώμα τους. Φυσικά, η χρήση του καπνού ήταν δημοφιλής πολύ πριν οι Ευρωπαίοι φτάσουν για να διεκδικήσουν το Νέο Κόσμο τους. Ο Μοντεζούμα ΙΙ (1446-1520 μ.Χ.), ο τελευταίος Αζτέκος αυτοκράτορας του Μεξικού λέγεται ότι συνήθιζε να καπνίζει πίπα πριν το δείπνο.⁹

Για τους Ευρωπαίους η ιστορία με τον καπνό ξεκίνησε στις 12 Οκτωβρίου 1492 όταν ο Χριστόφορος Κολόμβος έφτασε σε ένα νησί που οι κάτοικοί του το ονόμαζαν Guanahani και το οποίο στη συνέχεια ονόμασε San Salvador. Οι ιθαγενείς είπαν στον Κολόμβο για ένα ακόμα μεγαλύτερο νησί κοντά, το οποίο δεν ήταν άλλο από την Κούβα στην οποία έφτασε στις 28 Οκτωβρίου 1492. Μη γνωρίζοντας τι να περιμένει έστειλε δύο από τους συντρόφους του, τον Rodrigo de Jerez και τον Luis de Torres, να αναζητήσουν την περιοχή. Στο ημερολόγιό του ο Κολόμβος αναφέρει ότι «οι δύο Ισπανοί κονκισταδόρες συνάντησαν πολλούς άντρες και γυναίκες που περπατούσαν ενώ κρατούσαν κάτι που καιγόταν σιγά - σιγά φτιαγμένο από κάποιου είδους φυτό, του οποίου τον καπνό εισέπνεαν». Την ίδια μέρα ο Rodrigo de Jerez πήρε την πρώτη του διστακτική εισπνοή από την πρώτη έκδοση του τσιγάρου στο Νέο Κόσμο, του οποίου η διάμετρος υπολογιζόταν να είναι όσο η διάμετρος ενός αντρικού χεριού και έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής στην Ιστορία.¹⁰

Όταν ο Κολόμβος και το πλήρωμά του επέστρεψαν με μερικά φύλλα καπνού ο Rodrigo, οποίος είχε συνηθίσει να καπνίζει ένα πούρο την ημέρα έκανε το λάθος να καπνίσει δημόσια. Αμέσως μπήκε φυλακή για 3 χρόνια από την ισπανική Ιερά Εξέταση και ήταν το πρώτο θύμα των αντικαπνιστών.⁹

Το 1497 ο Romano Pane, μοναχός που συνόδευε τον Κολόμβο στο δεύτερο ταξίδι του (με την εντολή του Πάπα Αλεξάνδρου VI), έγραψε το πρώτο κείμενο για το κάπνισμα στη Ευρώπη, το «De insularium ribitus».¹¹

Το 1512 η Πορτογαλία ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που καλλιέργησε καπνό, όπου μέχρι το 1558 ο καπνός βρισκόταν στις αγορές της Λισαβώνας.⁹

Το 1519 ο Fernandez de Oviedo y Valdes φέρνει τα πρώτα φύλλα καπνού στην Ευρώπη και αναφέρει ότι: «Γνωρίζω ότι κάποιοι Χριστιανοί έχουν ήδη υιοθετήσει τη συνήθεια του καπνίσματος, ειδικά όσοι έχουν κολλήσει σύφιλη, γιατί υποστηρίζουν ότι στην κατάσταση ευφορίας που προκαλείται από τον καπνό δεν αισθάνονται πια πόνο».¹²

Για χρόνια πιστευόταν ότι ο Jean Nicot, ο Γάλλος πρέσβης στην Πορτογαλία, έφερε τα πρώτα φυτά στη Γαλλία από τη Λισαβόνα το 1559 και τα προσέφερε στον Καρδινάλιο της Λωρραίνης για τους κήπους του.⁹ Πρόσφατα, ιστορικοί άλλαξαν γνώμη και αποφάσισαν ότι στην πραγματικότητα ήταν ο επαναστάτης μοναχός Andre Thevet της Angouleme, που άρχισε να φέρνει καπνό από τη Βραζιλία το 1556. Ο Nicot είναι, όμως,

αυτός που έδωσε το όνομά του στη νικοτίνη, που αναφέρεται στα λεξικά ως «η εθιστική ουσία που περιέχεται στον καπνό».

Το 1560 περίπου, ο καπνός εισάγεται στην Ολλανδία από τη Γαλλία και φτάνει ως τη Ρώμη.

Το 1560 ο Sir John Hawkins (1532-1595), ο πρώτος Άγγλος δουλέμπορος, που έκανε τρεις εξορμήσεις στην Αφρική στα 1560 παρατήρησε στο δεύτερο ταξίδι του (1564-1565) την ύπαρξη του καπνίσματος στους ιθαγενείς της Φλόριδα. Στην Αγγλία πίστευαν ότι τον εισήγαγε ο Sir Walter Raleigh (1552-1618). Αυτό δεν είναι αληθές, το αληθές είναι ότι ο ίδιος έκανε τον καπνό δημοφιλή στην αυλή της Ελισσάβετ Ι. Εκείνη την εποχή ήταν έφηβος και δεν είχε πάει ακόμα στη θάλασσα. Όποιος και αν ήταν, όμως, υπεύθυνος για την εισαγωγή ήταν αυτή η εποχή, όπου λίγος καπνός φτάνει στην Αγγλία και τον καπνίζουν οι καπετάνιοι στους δρόμους του Λονδίνου προκαλώντας το θαυμασμό των ανθρώπων που μαζεύονταν να δουν το παράξενο θέαμα.

Το 1570 ο καπνός καλλιεργείται επιτυχώς στη Γερμανία και στην Ελβετία και σαν ιατρικό βότανο στην Αυστρία και στην Ουγγαρία.

Το 1575 η χρήση του καπνού απαγορεύεται στις εκκλησίες της Αμερικής, αν και το εκκλησίασμα και τότε όπως και τώρα, συνέχιζε να ευχαριστείται τις αναθυμιάσεις του λιβανιού.

Περίπου το 1580, ο καπνός φτάνει για πρώτη φορά στην Τουρκία και στην Πολωνία.

Το 1585 ο Sir Walter Raleigh, ένας βαρύς καπνιστής πίπας, λέγεται ότι επισκέφτηκε τον Ουίλιαμ Σέξπηρ στο σπίτι του στο Λονδίνο, αν και δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο μεγάλος συγγραφέας κάπνιζε ούτε και κάποιο από τα πρόσωπα στα έργα του.⁹

Το 1603 ο James VI, βασιλιάς της Σκωτίας από το 1567 και τώρα βασιλιάς James I της Αγγλίας ξεκίνησε στη Βρετανία την πρώτη αντικαπνιστική καμπάνια με τη διάσημη πραγματεία του “A Counterblaste to Tobacco”.¹³ Την ίδια εποχή, ο James I χρειαζόταν χρήματα και ανακάλυψε πόσο εύκολο ήταν να φορολογήσει τον εισαγόμενο καπνό. Το 1608 μείωσε το δασμό σε ένα σελίνι αναθέτοντας τη συλλογή του σε έναν εραστή του. Το 1615 έκανε την εισαγωγή του καπνού βασιλικό μονοπώλιο κατά παράβαση του νόμου που είχε αυστηρά θεσπιστεί το 1602 και μέσα σε ένα χρόνο πήρε 14000 λίρες.

Στο μεταξύ οι Άγγλοι άποικοι της Βόρειας Αμερικής συνειδητοποίησαν ότι η καλλιέργεια καπνού για εξαγωγή ήταν επικερδής. Η πρώτη γνωστή εμπορική αποστολή στην Αγγλία το 1613 έτυχε αρνητικής υποδοχής, καθώς η *Nicotiana rustica* της Virginia ήταν κλάσεις κατώτερη του καπνού από τις ισπανικές φυτείες.⁹

Στη Ρωσία ο Michael Feodorovich, ο πρώτος Ρομανώφ τσάρος, διακήρυξε ότι ο καπνός είναι θανάσιμη αμαρτία και απαγόρευσε την κατοχή του για οποιαδήποτε χρήση. Ιδρύθηκε Δικαστήριο Καπνού και οι συνηθισμένες του τιμωρίες ήταν σχίσσιμο των χειλιών ή ένα τρομερό και μερικές φορές θανάσιμο μαστίγωμα. Κάποιες φορές, οι ένοχοι ευνουχίζονταν ή αν ήταν πλούσιοι

εξορίζονταν στη Σιβηρία και δημεύονταν οι περιουσίες τους. Λίγα χρόνια αργότερα στην Τουρκία, Περσία και Ινδία, η θανατική ποινή συστήνονταν ως η θεραπεία για το κάπνισμα.

Το 1618 ο Raleigh, που ανακάλυψε και ίδρυσε την αποικία καπνού στη Virginia στην Αμερική, εκτελέστηκε. Λέγεται ότι κατά την εκτέλεσή του το τσιγάρο ήταν ακόμα στο στόμα του. Το 1619 ο James I σκλήρυνε το βασιλικό του μονοπώλιο με το να απαγορεύσει την καλλιέργεια του καπνού γύρω από το Λονδίνο. Την επόμενη χρονιά επέκτεινε την απαγόρευση και για την υπόλοιπη Αγγλία. Ο Charles I, ο γιος του James, είχε την ίδια αντιπάθεια για τον καπνό με τον πατέρα του και δεν επέτρεπε σε κανέναν από τους αυλικούς του να καπνίζει παρουσία του. Αλλά λόγω των οικονομικών κερδών συνέχισε το μονοπώλιο. Το 1633 επέτρεψε την άδεια λιανικής πώλησης.

Το 1618-1648 το κάπνισμα πίπας γίνεται δημοφιλές και εξαπλώνεται από τον Τριακονταετή Πόλεμο. Το 1620 περίπου η Ιαπωνία απαγορεύει το κάπνισμα για πρώτη φορά. Σήμερα έχει ένα από τους μεγαλύτερους αριθμούς ενηλίκων καπνιστών στον κόσμο, όπως και η Ελλάδα.

Το 1622 όλο και περισσότεροι συγγραφείς εξυμνούν τον καπνό σε μια παγκόσμια συνταγή για τις αρρώστιες.

Το 1629 ο Γάλλος καρδινάλιος Richelieu (1585-1642), πάντα σε αναζήτηση νέων εσόδων, φορολόγησε τον καπνό.⁹

Το 1630 οι Σουηδοί αρχίζουν το κάπνισμα, αλλά είναι πολύ αργά για τους Βίκινγκς, που χωρίς αμφιβολία θα απολάμβαναν το κάπνισμα μετά τους βιασμούς και τις λεηλασίες μεταξύ 8ου και μέσα του 11ου αιώνα.

Το 1642 ο Πάπας Urban VIII έβγαλε παπικό ανάθεμα εναντίον του καπνίσματος στις εκκλησίες της Σεβίλλης.

Το 1648 οι αντικαπνιστές αυξάνουν στην Ευρώπη και οι περισσότεροι συγγραφείς είναι τώρα εχθρικοί απέναντι στο κάπνισμα.

Το 1650 οι Αυστριακοί αρχίζουν να καπνίζουν. Ο Πάπας Innocent V βγάζει παπικό ανάθεμα εναντίον του καπνίσματος στον Άγιο Παύλο στη Ρώμη.¹¹

Η αυξανόμενη ζήτηση του καπνού οδήγησε στην εξάπλωση της δουλείας των μαύρων. Οι περισσότεροι αρπάζονταν από την Αφρική και στέλνονταν πέρα από τον Ατλαντικό για να δουλέψουν σε τεραστίων διαστάσεων καπνοκαλλιέργειες δίνοντας τη δυνατότητα στη Virginia και στο Maryland να εξαπλασιάσουν τις εξαγωγές τους μεταξύ του 1663 και του 1699.

Το κάπνισμα, όμως εξυμνήθηκε σαν προστατευτικό για τη βουβωνική πανώλη ή Μαύρο Θάνατο, που έκανε την τελευταία και πιο εντυπωσιακή εμφάνισή της στο Λονδίνο το 1665-1666 με 70.000 θύματα από έναν πληθυσμό μόλις μισού εκατομμυρίου.⁹ Στο φημισμένο κολέγιο Eton οι μαθητές αναγκάζονταν να καπνίζουν πίπα κάθε πρωί για να προλάβουν την πανούκλα. Ένας από αυτούς αργότερα αναφέρει ότι τιμωρήθηκε όταν οι καθηγητές του ανακάλυψαν ότι δεν ακολουθούσε την καθημερινή αυτή εντολή.

Το 1689-1725 ο Ρώσος τσάρος Πέτρος ο Μέγας και κάπνιζε και δημόσια υποστήριζε το κάπνισμα.

Το 1699 στη Γαλλία ο Louis XIV και ο γιατρός του Fagon, αντιτίθενται στο κάπνισμα. Η εισπνοή του τριμένου καπνού από τη μύτη έγινε δημοφιλής πιθανόν γιατί συγκριτικά ήταν πιο διακριτική και κανείς δεν το καταλάβαινε εκτός και αν φτερνιζόσουν. Οι Πορτογάλοι εισήγαγαν το κάπνισμα στην Ινδία, Ανατολική Ασία και Ιαπωνία.

Το 1701-1740, οι πρώτοι δύο βασιλιάδες της Πρωσίας, ο Φρεδερίκος I και ο Φρεδερίκος Γουίλλιαμ I, που και οι δύο ήταν μανιώδεις καπνιστές πίπας, έκαναν τα πρώτα «πάρτυ καπνού», των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός ήταν το κάπνισμα. Το 1735 ο Φρεδερίκος Γουίλλιαμ I και ο φίλος του ο Stanislaus, ο πρώην βασιλιάς της Πολωνίας, συχνά κάπνιζαν πάνω από 30 φορές πίπα από τις 5 το πρωί μέχρι τις 2 το βράδυ.

Στα τέλη του 17ου αιώνα το κάπνισμα είχε εξαπλωθεί στη Σκωτία και στην Ιρλανδία. Το παράνομο εμπόριο καπνού άνθιζε σαν αποτέλεσμα της βαριάς φορολογίας άπληστων μοναρχών.⁹

Το 1706 η Ελβετία αποφασίζει να απαγορεύσει το κάπνισμα.

Η Γλασκώβη ήταν η πιο κοντινή στην Αμερική πόλη της Αγγλίας και η χρόνια κατάσταση πολέμου στην Αγγλία και στο μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης κατά το 18ο αιώνα σήμαινε ότι ήταν το ασφαλέστερο λιμάνι. Μέχρι το 1720 η Γλασκώβη εισήγαγε πάνω από το μισό του αμερικάνικου καπνού που ερχόταν στην Αγγλία και μέχρι το 1804 ο πληθυσμός της πόλης είχε αυξηθεί πάνω από 70000 κατοίκους. Η ανάπτυξή της βασιζόταν στο νέο αυτό εμπόριο, την εισαγωγή και επανεξαγωγή του καπνού από τις αμερικανικές αποικίες.

Το εμπόριο καπνού της Γλασκώβης ήταν τόσο επιτυχημένο που οι αγγλικοί ανταγωνιστές του (Λίβερπουλ, Μπρίστολ κτλ) συνεργάστηκαν ώστε να κηρύξουν αθέμιτο ανταγωνισμό. Όταν απέτυχαν έθεσαν το θέμα στο Κοινοβούλιο.

Η μεγάλη ανάπτυξη της Γλασκώβης λόγω του εμπορίου καπνού οδήγησε στην ανάπτυξη και άλλων κλάδων, όπως η ναυπηγική και η μηχανολογία και τελικά έκαναν τη Γλασκώβη το εμπορικό κέντρο της Σκωτίας.

Το 1725 ο Πάπας Βενέδικτος XIII επέτρεψε την εισπνοή καπνού ακόμα και μέσα στην εκκλησία του Αγίου Πέτρου.

Το 1731 ο John Cockburn ήταν ο πρώτος Άγγλος που κάπνισε πούρο φτάνοντας στις ακτές της Ονδούρας.⁹

Το 1775-1783 στη Γλασκώβη μία ομάδα αυτοδημιούργητων αντρών που έκαναν το εμπόριο καπνού μεταξύ Αμερικής και Ευρώπης έγιναν ευρύτερα γνωστοί ως οι Λόρδοι του καπνού. Ήταν μία κλειστή ομάδα που συχνά συνδέονταν εξ αίματος και εξ αγχιστείας, που είχαν κτήματα στην άλλη μεριά του Ατλαντικού και πλήρωναν για τον καπνό με το να στέλνουν αγαθά όλων των ειδών.^{9,10,11}

Στην Αγγλία ο Ιταλός εραστής Καζανόβα (1725-1798) ήταν ένας από τους πρώτους Ευρωπαίους που κάπνισε τσιγάρα. Στις Λονδρέζικες καφετέριες χωρίς μια σωστή σύσταση οι περισσότεροι άνθρωποι αγνοούσαν ο ένας τον άλλο. Αντάλλασσαν λέξεις μόνο σε ανάγκη και οτιδήποτε περισσότερο από αυτό συναντούσε δυσπιστία. Για πολλούς το κάπνισμα βοήθησε στο να αλλάξει αυτή η νοοτροπία.

Υπήρχαν διάφοροι πρόγονοι του σημερινού τσιγάρου, που θεωρούνταν φτωχός συγγενής του πούρου, που τώρα είναι δύσκολο να αναγνωριστούν, αλλά όλα είχαν το κοινό γνώρισμα ότι ήταν μικρότερα σε μέγεθος, φθηνότερα από τα πούρα και τυλίγονταν με το χέρι σε χαρτί.

Σύμφωνα με αναφορές από ιεραποστόλους και ταξιδιώτες τα στριφτά τσιγάρα ήταν γνωστά στα μέσα του 18ου αιώνα στη Νότια Αμερική, ιδιαίτερα στη Βραζιλία, όπου ονομάζονταν *parelitos*.⁹

Τα στριφτά τσιγάρα αρχίζουν να κυκλοφορούν στην Ισπανία κατά τη διάρκεια των Ναπολεόντιων πολέμων (1792-1815), αλλά δεν ήταν παρά μόνο μετά τον πόλεμο της Κριμαίας (1856) όπου το τσιγάρο κυκλοφόρησε ευρέως στην Ευρώπη μέσω των ποικίλων συμμετεχόντων στρατών (Τούρκων, Άγγλων, Γάλλων και Ιταλών), που έβρισκαν φθηνότερο να τυλίγουν οι ίδιοι τα τσιγάρα τους παρά να αγοράζουν έτοιμα πούρα.

Ο Ναπολέων I (1769-1821) κατανάλωνε 3,5 κιλά καπνό το μήνα. Είχε αναρίθμητες ταμπακιέρες συμπεριλαμβανομένου και μίας με το πορτρέτο της πολυαγαπημένης του Ζοζεφίνας στο καπάκι. Τρελαμένος όταν έσπασε την παρακάλεσε να του στείλει μία άλλη που περιείχε και μια τούφα από τα μαλλιά της.

Η εισπνοή του καπνού εισήχθει από τη Γαλλία και έγινε μόδα στην αγγλική κοινωνία από το δανδή Beau Brummel (1778-1840). Η επεξεργασία του καπνού για εισπνοή είναι μία σύνθετη, επίπονη και δύσκολη διαδικασία και είναι πλέον μια πεθαμένη τέχνη. Το 18ο αιώνα στη Σκωτία, όμως, ήταν εξαιρετικά συνηθισμένο. Λεγόταν ότι στους δύο Σκωτσέζους ο ένας εισέπνεε καπνό. Και είναι επίσης αληθινό ότι οι άντρες και οι γυναίκες στη Σκωτία στο τέλος της ζωής τους εισέπνεαν καπνό, έστω και αν δεν το έκαναν προηγουμένως.^{9,10}

Το 1830 τα πρώτα κουβανέζικα πούρα φτάνουν στο Λονδίνο στο μαγαζί του Robert Lewis. Το πρώτο καπνιστικό καφέ της Αγγλίας, το Simpson's-in-the-Strand άνοιξε στο Λονδίνο δύο χρόνια αργότερα.

Στις αμέσως επόμενες δεκαετίες τα ευρωπαϊκά τρένα είχαν βαγόνια για καπνιστές, τα ξενοδοχεία είχαν καπνιστήρια για τους πελάτες τους και σακκάκια και βελούδινα καπέλα για κάπνισμα έγιναν της μόδας για τους καπνιστές.⁹ Το πούρο μετά το δείπνο συνοδευμένο από ένα ποτήρι λικέρ ή μπράντυ για τους κυρίους, αφήνοντας τις κυρίες μόνες τους, έγινε μία παράδοση.

Τα πρώτα εμπορικά παραγόμενα τσιγάρα φτιάχτηκαν στη Γαλλία το 1843 από την Statw-run Manufacture Francaise des tabacs. Η πρώτη παρτίδα 20.000

τσιγάρων πουλήθηκε σε ένα φιλανθρωπικό μπαζαάρ που οργανώθηκε από τη βασίλισσα Marie-Amelie στο Παρίσι εκείνη τη χρονιά.

Ο Γάλλος αυτοκράτωρ Ναπολέον ο 3ος (1808-1873) βοήθησε στο να γίνει δημοφιλές το τσιγάρο στη Γαλλία με το να καταναλώνει ο ίδιος τον απίστευτο αριθμό για την εποχή των 50 τσιγάρων την ημέρα. Ο μόνος μάλιστα τρόπος να παρακολουθεί τις μάχες ήταν με το να καπνίζει βαριά κατά τη διάρκειά τους.

Το 19ο αιώνα στην Αγγλία δοκιμάστηκαν ελαφρύτερες ποικιλίες καπνού, μεταξύ αυτών και τα τούρκικα, πριν καταλήξουν στα τσιγάρα από τη Βιρτζίνια.

Όταν τα πρώτα τσιγάρα έφτασαν στα λονδρέζικα κέντρα διασκέδασης (clubs) από τους Άγγλους αξιωματικούς στην αρχή συνάντησαν έντονη αποδοκιμασία. Το 1860 οι κατασκευαστές άρχισαν να χρησιμοποιούν καλύτερο καπνό και λεπτότερο χαρτί για τύλιγμα και τα τσιγάρα έγιναν δημοφιλή στην Ευρώπη.⁹

1.2. Η βιομηχανία του καπνού

Οι πρώτοι γνωστοί καπνέμποροι που πούλησαν τσιγάρα ήταν οι Messrs H Simmons από το Piccadilly και Bacon Bros από το Cambridge που προσπαθούσαν να ασχοληθούν με αυτού του είδους την επιχείρηση από το 1851.

Το πρώτο εργοστάσιο παγκοσμίως που παρήγαγε τσιγάρα με μεθόδους μαζικής παραγωγής ήταν στην Αβάνα της Κούβας από τον Don Luis Susini που αντικατέστησε τις χειροκίνητες μηχανές με ατμοκίνητες.

Η πρώτη μάρκα τσιγάρων που κατασκευάστηκαν στη Βρετανία ήταν τα Sweet Threes, που κυκλοφόρησαν το 1859 από τον Robert Peacock Gloag, ιδιοκτήτη ενός μικρού εργοστασίου στο Deptford Lane, στο βόρειο Λονδίνο. Ο Gloag ήταν χορηγός στις τουρκικές δυνάμεις κατά τη διάρκεια του πολέμου στην Κριμαία (1853-1856), κάτι που ήταν κατά ένα πολύ μεγάλο μέρος υπεύθυνο για την δημοφιλία του τσιγάρου στην Ευρώπη.

Η πρώτη μάρκα τσιγάρων που πουλήθηκε σε κουτιά από χοντρό χαρτί με το μοντέρνο “push up” άνοιγμα ήταν τα Wills’ Three Castles το 1892. Προηγουμένως τα πακέτα των τσιγάρων ήταν γενικά χάρτινα και το περιεχόμενο εύκολα συνθλίβονταν. Το Μάιο του 1931 τα Craven A ήταν η πρώτη μάρκα τσιγάρων που πουλήθηκαν σε πακέτα τυλιγμένα με «σελοφάν».⁹

Το 1865 η Αυστριακή Regie εισήγαγε το «διπλό τσιγάρο». Ήταν τρεις φορές περίπου μεγαλύτερο από τα σημερινά τσιγάρα, καπνίζονταν και από τις δύο μεριές και κοβόταν στα δύο πριν αναφτεί. Έγινε εξαιρετικά δημοφιλές και την επόμενη χρονιά 16 εκατομμύρια πουλήθηκαν στην Αυστρία πριν ανοιχτεί ο δρόμος για το μονό τσιγάρο καλύτερης ποιότητας. Την ίδια χρονιά η Κάρμεν

του Prosper Merimee έγινε η πρώτη γυναίκα στη λογοτεχνία που κάπνιζε τσιγάρα και τα πουλούσε κιόλας.

Ένα εργοστάσιο των Wills χτίστηκε στο Bristol το 1871 και ένα των Player στο Nottingham το 1888.⁹

Η παλαιότερη σήμερα εν ζωή ελληνική καπνοβιομηχανία βρίσκεται στην Καλαμάτα, είναι η γνωστή και μεγάλη Καρέλια ΑΕ. Η ιστορία της, ή μάλλον η προϊστορία της, αρχίζει από τα τέλη του 19ου αιώνα και η εξέλιξή της δεν διαφέρει από την εξέλιξη των άλλων βιομηχανικών επιχειρήσεων του κλάδου. Η οικογένεια Καρέλια ξεκίνησε ως καπνεμπορική και στη συνέχεια ως βιοτεχνική δραστηριότητα και μετεξελίχθηκε λίγες δεκαετίες αργότερα σε καπνοβιομηχανία. Αφού λοιπόν διάβηκε όλη την ιστορική διαδρομή της ελληνικής οικονομίας του 20ού αιώνα, όλες τις καμπές και τις ανατάσεις της, κατόρθωσε όχι μόνο να επιβιώσει αλλά και να αναδειχθεί σε μια από τις ελάχιστες ακμάζουσες ελληνικές καπνοβιομηχανίες.

Το 1888 ο Γιώργος και ο Ευστάθιος Καρέλιας ιδρύουν στην Καλαμάτα μια μικρή καπνεμπορική επιχείρηση, προμηθεύοντας την πόλη και τα γύρω χωριά. «Όλα ξεκίνησαν από μια μικρή βιοτεχνία καπνού, ένα κοφτήριο, που πωλούσε κομμένο καπνό σε σακκούλες στην τοπική αγορά, όταν το βιομηχανοποιημένο τσιγάρο ήταν ένα είδος ακόμη άγνωστο στην Ελλάδα. Η μικρή οικογενειακή βιοτεχνία επεκτάθηκε σταδιακά και στο "παραγωγικό της δυναμικό" προστέθηκαν ορισμένες εργάτριες που έφτιαχναν χειροποίητα τσιγάρα. Παράλληλα η δεύτερη γενιά της οικογένειας Καρέλια, τα τέσσερα παιδιά του Γιώργου Καρέλια, ενίσχυσαν την οικογενειακή επιχείρηση».¹⁴

Το κάπνισμα των τσιγάρων που άρχισε στο Λονδίνο μιμήθηκε στη Βόρεια Αμερική, όπου η κατασκευή και η πώληση των τσιγάρων έγινε μια από τις πιο σημαντικές βιοτεχνίες στις ΗΠΑ- πολύ καιρό μετά τον επιτυχημένο γύρο των τσιγάρων στην Ευρώπη δια μέσου της Νότιας Αμερικής.

Οι πρώτες κάρτες τσιγάρων εμφανίστηκαν στην Αμερική νωρίς το 1880, φτάνοντας στη Βρετανία δέκα περίπου χρόνια αργότερα. Οι πρώτοι Αμερικάνοι κατασκευαστές ήταν μία φίρμα που ονομαζόταν Alan και Ginter ,ενώ οι πρώτοι στην Αγγλία κατασκευαστές ήταν μία φίρμα με το όνομα Glove. Στις περισσότερες περιπτώσεις κυκλοφορούσαν σε σετ των 50.⁹

1.3. Κογκρέσο 14 Απριλίου 1994

Η δεκαετία του '30 ήταν η περίοδος που άρχισαν να κάπνιζουν οι περισσότεροι Αμερικανοί και οι σημαντικότερες επιπτώσεις δεν είχαν ακόμη εμφανιστεί. Στις ιατρικές έρευνες της εποχής δεν αναφέρονται σαφείς αποδείξεις για τα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα. Όμως στα χρόνια μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι στην επιδημιολογία. Το 1947 οι Ρίτσαρντ Ντολ και Μπράντφορντ Χιλ του «British Medical Research Council» ανέπτυξαν μια εξελιγμένη στατιστική τεχνική

προκειμένου να τεκμηριώσουν τη σχέση μεταξύ των αυξημένων ποσοστών καρκίνου του πνεύμονα και του αριθμού καπνιστών.^{15,16} Τρία χρόνια αργότερα ο χειρουργός Εβαρτς Γκράχαμ και ο φοιτητής Ερνστ Ουάιντερ δημοσίευσαν ένα μνημειώδες άρθρο συγκρίνοντας την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα σε καπνιστές και μη καπνιστές ασθενείς του νοσοκομείου του Σεντ Λούις. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι «το κάπνισμα τσιγάρων, επί μια μακρά περίοδο, είναι τουλάχιστον ένας από τους σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα».¹⁷

Όπως ήταν αναμενόμενο οι καπνοβιομηχανίες και οι συνήγοροί τους χλεύασαν αυτή και άλλες μελέτες παρουσιάζοντάς τις σαν απλώς στατιστικά στοιχεία ή ανέκδοτα και όχι σαν ορισμούς αιτιότητας. Ο καθηγητής Μπραντ ερεύνησε επισταμένως τα εσωτερικά σημειώματα και τις έρευνες των καπνοβιομηχανιών και αποδεικνύει ότι αυτές γνώριζαν πολλούς από τους κινδύνους που έκρυβαν τα προϊόντα τους ήδη πριν από το 1964. Επιπλέον ο καθηγητής Μπραντ περιγράφει τις οργανωμένες εκστρατείες που διοργάνωναν οι καπνοβιομηχανίες για περισσότερα από 50 χρόνια – αποκρύπτοντας, ταυτόχρονα, επιστημονικά δεδομένα και διαδίδοντας την άποψη ότι, εφόσον ο καθένας γνωρίζει πως το κάπνισμα είναι επικίνδυνο σε κάποιο βαθμό, τότε το κάπνισμα είναι ουσιαστικά ζήτημα προσωπικής επιλογής και όχι επιλογή των βιομηχανιών.

Στη δεκαετία του '80 οι επιστήμονες απέδειξαν ότι η νικοτίνη είναι εξαιρετικά εθιστική. Οι καπνοβιομηχανίες απέρριψαν δημοσίως αυτούς τους ισχυρισμούς, παρόλο που εκμεταλλεύτηκαν την εθιστική ιδιότητα της νικοτίνης αυξάνοντας τεχνητά την περιεκτικότητά της στα τσιγάρα. Με βάση τα έγγραφα των εταιρειών αποδεικνύεται ότι οι καπνοβιομηχανίες στις διαφημιστικές καμπάνιες τους στόχευαν κυρίως τους νέους προκειμένου να εξασφαλίσουν ολόκληρη γενεά καπνιστών.

Για πολλούς Αμερικανούς η ανειλικρίνεια των καπνοβιομηχανιών έγινε αντιληπτή κατά τη διάρκεια μιας ακρόασης στο Κογκρέσο στις 14 Απριλίου του 1994. Εκείνη την ημέρα οι επικεφαλής των επτά μεγαλύτερων καπνοβιομηχανιών της Αμερικής ορκίστηκαν ότι θα πουν την αλήθεια και κατέθεσαν ότι το κάπνισμα δεν απειλεί την υγεία και ότι οι εταιρείες τους δεν αυξάνουν τεχνητά την περιεκτικότητα των τσιγάρων σε νικοτίνη.¹⁸ Τριάντα χρόνια μετά τη γνωμοδότηση του αρχίατρου των ΗΠΑ, σύμφωνα με την οποία το κάπνισμα είναι επικίνδυνο, οι διεθντές των καπνοβιομηχανιών φαίνεται ότι εξακολουθούν να είναι από τους λίγους που έχουν την αντίθετη άποψη.¹⁸

Όμως τα πράγματα δεν ήταν πάντοτε έτσι. Ο Άλαν Μπραντ, ιστορικός της Ιατρικής στο Χάρβαρντ, επιμένει στο βιβλίο «The Cigarette Century: The Rise, Fall and Deadly Persistence of the Product that Defined America» ότι η αναγνώριση των κινδύνων που προέρχονται από το κάπνισμα ήταν αποτέλεσμα μιας πνευματικής διεργασίας που διήρκεσε το μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα. Από τις αρχές του 1900 μέχρι τη δεκαετία του '60 το τσιγάρο ήταν το πολιτιστικό σύμβολο της εκλέπτυνσης, της λάμψης και του ερωτισμού

και όχι το σύμβολο του θανάτου και των ασθενειών που είναι σήμερα. Στις αρχές του 20ού αιώνα οι πολέμιοι του καπνίσματος ανησυχούσαν περισσότερο για την ηθική και όχι για την υγεία των καπνιστών, ιδίως των γυναικών που ήθελαν να καπνίσουν, παρόλο που οι γιατροί ήδη ανησυχούσαν για τις συνέπειες του καπνίσματος.¹⁹

Το 2004 ο καθηγητής Μπραντ προσλήφθηκε από το αμερικανικό Υπουργείο Δικαιοσύνης προκειμένου να καταθέσει ως ειδικός στη δίκη των καπνοβιομηχανιών και να αντικρούσει τους μάρτυρες των εταιρειών. Σύμφωνα με τις καταθέσεις τους, οι 29 ιστορικοί που κατέθεσαν υπέρ των καπνοβιομηχανιών δεν είχαν καν συμβουλευτεί τις έρευνες των ίδιων των εταιρειών ή γενικότερα τα εσωτερικά τους έγγραφα. Αντιθέτως, αυτοί οι ειδικοί επικεντρώθηκαν σε μια μικρή ομάδα ανθρώπων που αμφισβητούσε κατά τη δεκαετία του '50 ότι το κάπνισμα εγκυμονεί κινδύνους και πολλοί από τους οποίους είχαν ή θα αποκτούσαν (οικονομικούς) δεσμούς με τις καπνοβιομηχανίες.

Τελικά, η δικαστής Γκλάντις Κέσλερ συμφώνησε με τις θέσεις του καθηγητή Μπραντ και το 2006 εξέδωσε απόφαση, σύμφωνα με την οποία οι καπνοβιομηχανίες επί 40 χρόνια συνωμοτούσαν προκειμένου να εξαπατήσουν τους καπνιστές σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος. Στο αιτιολογικό της απόφασης η δικαστής αναφέρεται περισσότερες από 100 φορές στις καταθέσεις του καθηγητή Μπραντ.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σήμερα υπάρχουν 1.1 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως. Κάθε μέρα, περίπου 80-100.000 νέοι άνθρωποι παγκοσμίως αρχίζουν το κάπνισμα. Εάν οι τρέχουσες τάσεις συνεχιστούν ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σε 1,6 δισεκατομμύρια έως το έτος 2025.²⁰

2.1 Διεθνώς

Στο εξωτερικό οι αναπτυσσόμενες χώρες είναι αυτές που καπνίζουν οι άνθρωποι περισσότερο σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες. Συγκεκριμένα, οι άντρες καπνιστές σε μια υψηλού δυναμικού χώρα είναι το 35% και οι γυναίκες το 9%. Σε μια μεσαία και χαμηλών πόρων χώρα οι άντρες φτάνουν το 50% του αντρικού συνόλου και οι γυναίκες το 22% του γυναικείου συνόλου.

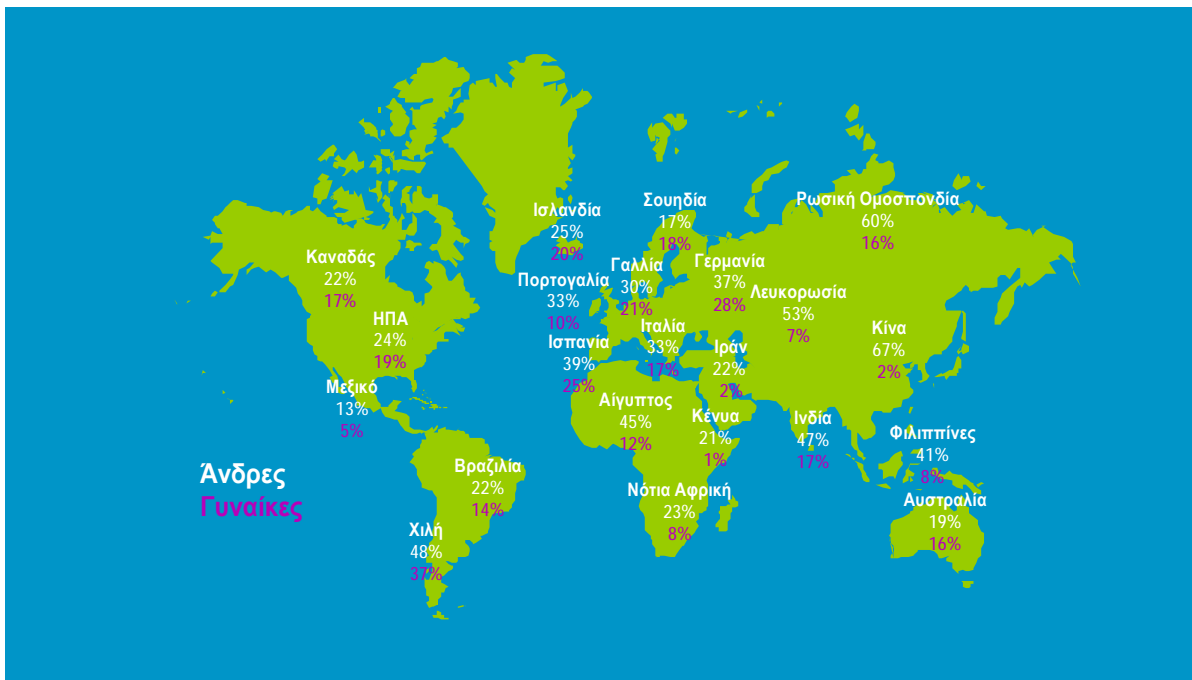
Στις ΗΠΑ το 24% των ανδρών είναι καπνιστές και το 19% γυναίκες. Στην γειτονική μας χώρα, την Ιταλία, το 33% είναι άντρες και το 17% γυναίκες, όπου παρόμοια είναι και τα ποσοστά στην Γαλλία με το 30% να αντιπροσωπεύει τον αντρικό πληθυσμό και το 21% τον γυναικείο. Στην Ισπανία 39% είναι άντρες και το 25% γυναίκες, όπως και στην Γερμανία 37% άντρες καπνιστές και 28% γυναίκες καπνίστριες. Με υψηλά ποσοστά παρουσιάζεται η Ρώσικη Ομοσπονδία με το 60% των αντρών να καπνίζουν και το 16% γυναίκες. Η Κίνα αξίζει ιδιαίτερη μνεία λόγω του τεράστιου προβλήματος του καπνού και της επικινδυνότητάς της. Σχεδόν 67% των κινέζων ανδρών είναι καπνιστές, και η χώρα καταναλώνει περισσότερο από 37% των τσιγάρων στον κόσμο. Τέλος, η Ινδία και η Αυστραλία έχουν ως εξής' 47% άνδρες και 17% γυναίκες, 19% άντρες και 16% γυναίκες αντίστοιχα.

Η διακοπή του καπνίσματος γίνεται σε αυτές τις χώρες, εδώ και δεκαετίες, εξαιρετικά αργά ενώ ο καπνός σκοτώνει περίπου 5 εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο.

Αν οι γυναίκες του κόσμου αρχίζουν το κάπνισμα με τον ίδιο ρυθμό με τους άνδρες, θα είναι μια αμετρίαστος παγκόσμια δημόσια υγειονομική καταστροφή. Η αποτροπή της αύξησης του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες, θα έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο για την παγκόσμια υγεία από οτιδήποτε άλλο.

Επιπτώσεις από την χρήση του καπνού αποδεδειγμένα είναι πολλές, μία εκ των οποίων είναι και ο θάνατος. Στις ΗΠΑ περισσότερο από το 25% των θανάτων που έχουν υπάρξει μπορού να αποδοθούν στην χρήση του καπνού, όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισπανία και την Ρωσική Ομοσπονδία. Στη σειρά μπαίνει η Αυστραλία με 20%-24%. και η Κίνα με 10%.²¹

Επιπολασμός Καπνίσματος με Βάση το Φύλο σε Ολόκληρο τον Κόσμο



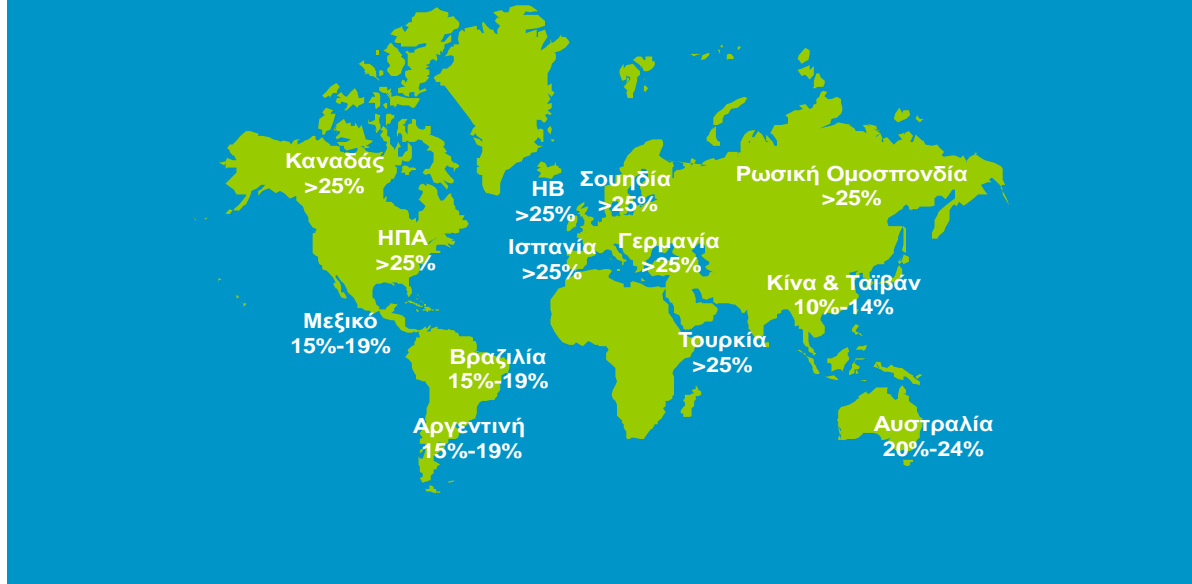
Επιπολασμός του Καπνίσματος σε Ενηλίκους και Νέους: Οι Νέοι Βρίσκονται Επίσης σε Κίνδυνο

1,1 δισεκατομμύρια καπνιστές σε ολόκληρο τον κόσμο



Ετήσιοι Θάνατοι που Μπορούν να Αποδοθούν στον Καπνό: Εκτιμήσεις σε Παγκόσμια Κλίμακα

% των Συνολικών Θανάτων που Μπορούν να Αποδοθούν στον Καπνό*



2.2 Στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των καπνιστών είναι το υψηλότερο στην Ευρώπη και ένα από τα υψηλότερα στον κόσμο. Οι ανώτερες τάξεις στην Ελλάδα καπνίζουν περισσότερο από τις κατώτερες, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην υπόλοιπη δυτική Ευρώπη, όπου το κάπνισμα είναι διαδεδομένο στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Σύμφωνα με την Πανελλαδική Έρευνα Hellas Health I, που πραγματοποιήθηκε το 2007, το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν καθημερινά. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά ανέρχονται στο 44,3% των Ελλήνων για τα έτη 18 έως 24, στο 50,8% των Ελλήνων για τα έτη 25 έως 34, στο 53,9% για τα έτη 35-44, στο 47% για τα έτη 45 έως 54, στο 34,7% για τα έτη 55 έως 64 και στο 16,5% για τα έτη 65 και άνω. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στις νεότερες ηλικίες τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν υψηλά.²⁰ Συγκεκριμένα, το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών καπνίζουν καθημερινά, υποδηλώνοντας την αποτυχία ή αδιαφορία της υπεύθυνων φορέων να προστατέψουν τη νέα γενιά από την επιδημία του καπνίσματος μέσω προγραμμάτων και πολιτικών προαγωγής και αγωγής υγείας.

Στην Ελλάδα, διαπιστώνεται, γενικότερα, μια αύξηση του αριθμού της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων από 2,573 το 1970 σε 3,772 το 1995, ενώ μείωση παρουσιάζεται στο αριθμό αυτό (2,977) το έτος 2000. Σύμφωνα με την Hellas Health I, ως προς την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων, το 21,1% των καθημερινών καπνιστών καταναλώνει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 38,6% καταναλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 40% καταναλώνει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (περίπου το 16% του πληθυσμού). Άρα 4 στους 10 καθημερινούς καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως

Σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας και όσον αφορά στη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%).²⁰ Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι. Ως προς το παθητικό κάπνισμα, το 31,5% των μη καθημερινών καπνιστών εκτίθεται καθημερινά στον καπνό των άλλων στο σπίτι και το 38,1% εκτίθεται καθημερινά στον καπνό άλλων εκτός σπιτιού.

Σύμφωνα με στοιχεία της Hellas Health I, 2 στους 3 καθημερινούς καπνιστές (64,5%) σκοπεύουν ή σκέπτονται να κόψουν το κάπνισμα. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 18-24 (70,9%) και στις ηλικίες 45-54 (69,5%), ενώ μικρές είναι οι διαφορές που παρουσιάζονται για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, με το μικρότερο ποσοστό να εμφανίζεται σε ηλικία από 65 έτη+ (50%). Τα ποσοστά των καπνιστών που σκοπεύουν ή σκέπτονται να διακόψουν το κάπνισμα είναι ελαφρώς μεγαλύτερα στα αστικά κέντρα (67,5%) σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές (53,2%). Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των καπνιστών, τα ποσοστά αυτά είναι ελαφρώς μεγαλύτερα στους άγαμους σε σχέση με τους έγγαμους (70,8% και 61,8% αντίστοιχα).²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

Ο ΚΑΠΝΟΣ

3.1 Συστατικά καπνού

Ο καπνός του τσιγάρου έχει 4.000 τοξικές ουσίες που περιέχονται στα φύλλα του καπνού μερικές από τις οποίες έχουν εθιστική ιδιότητα' και 250 ουσίες που παράγονται κατά την καύση του καπνού. 50 συστατικά που είναι γνωστά, είναι καρκινογόνα, και έχουν προστεθεί από τις καπνοβιομηχανίες. Μερικές από αυτές τις ουσίες είναι οι εξής: η ακετόνη, η αμμωνία, το αρσενικό, το βουτάνιο, το κάδμιο, το μονοξειδίο του άνθρακα, το υδροκυάνιο, το μεθάνιο, η ναφθαλίνη, το χλωριούχο βινύλιο, η ακετιλίνη, η βενζίνη, ο μόλυβδος, η νικοτίνη, η φαινόλη, το πολώνιο, η προπυλενογλυκόλη, το αρυλαμίδιο και το DDT.^{22,23}

Αναλυτικότερα:

Ακετόνη: Είναι οργανική ένωση με το τύπο $OC(CH_3)$. Είναι άχρωμο και εύφλεκτο υγρό. Λόγω της ιδιότητάς της να αναμιγνύεται με νερό χρησιμεύει ως σημαντικός διαλύτης, διαλύτης της επιλογής, για τον καθαρισμό στο εργοστάσιο. Επίσης, γίνεται οικιακή χρήση της ακετόνης, όπως είναι το ενεργό συστατικό του ασετόν για το ξέβαμμα των νυχιών και σαν διαλυτικό χρωμάτων.²⁴

Αμμωνία: Η αμμωνία (ή αζάνιο ή αζίδιο του υδρογόνου) είναι ένωση αζώτου και υδρογόνου με χημικό τύπο NH_3 . Στις κανονικές συνθήκες απαντά ως άχρωμο αέριο, με χαρακτηριστική καυστική και αποπνικτική οσμή. Το κατιόν αμμωνίου (NH_4^+) αποτελεί σημαντικό αζωτούχο λίπασμα για τα φυτά. Χρησιμοποιείται ακόμη ως διορθωτικό της οξύτητας σε τρόφιμα. Αποτελεί, επίσης, άμεσα ή έμμεσα, προϊόν για συνθέσεις διαφόρων χημικών ή φαρμακευτικών προϊόντων. Παρόλη την ευρύτατη χρήση της είναι καυστική, διαβρωτική και δηλητηριώδης. Η καθαρή αέρια αμμωνία συχνά αποκαλείται «άνυδρη αμμωνία», σε αντιδιαστολή με το υδατικό διάλυμά της, που συχνά παριστάνεται με τον τύπο NH_4OH , που είναι ισοδύναμο με τον $NH_3(aq)$, και αποκαλείται «οικιακή αμμωνία». Επειδή η άνυδρη αμμωνία ζει στους $-33.34\text{ }^\circ C$, συχνά φυλάσσεται υγροποιημένη υπό πίεση ή και υπό ψύξη. Η «οικιακή αμμωνία» συνήθως διατίθεται στο εμπόριο σε διαλύματα 5-16% κατά βάρος σε αμμωνία.

Υγροποιείται εύκολα και έχει μεγάλη θερμότητα εξαέρωσης και χρησιμοποιείται στα ψυγεία και στην παρασκευή πάγου. Αποτελεί δηλητήριο και μπορεί να προκαλέσει, όταν εισπνέεται, ακόμη και θάνατο. Εάν εξεταστεί χημικά, η αμμωνία συμπεριφέρεται σαν ασθενής βάση και σαν ήπιο αναγωγικό μέσο. Οι χρήσεις της αμμωνίας είναι πολλές. Υδατικό διάλυμα αμμωνίας χρησιμοποιείται σαν αντιδραστήριο στη Χημεία, στην Ιατρική και για επαλείψεις σε τσιμπήματα εντόμων. Ακόμη για εισπνοές σε περιπτώσεις λιποθυμιών και μέθης, σαν αναλγητικό, αλλά και για τον καθαρισμό υφασμάτων, για την παρασκευή λιπασμάτων, στα ψυγεία και για παρασκευή πάγου. Επίσης για την παρασκευή νιτρικού οξέος.²⁵

Αρσενικό: Το χημικό στοιχείο Αρσενικό, με σύμβολο As, είναι ένα μεταλλοειδές στοιχείο με ατομικό αριθμό 33 και ατομικό βάρος 74,9216. Είναι άοσμο, χωρίς ιδιαίτερη γεύση, γεγονός που καθιστά την ανίχνευση του πολύ δύσκολη. Είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα δηλητήρια και, σε μεγάλες ποσότητες, μπορεί να σκοτώσει ακαριαία τον ανθρώπινο οργανισμό. Αντίθετα, η συνεχής μακροχρόνια έκθεση στο αρσενικό προκαλεί αργό θάνατο και άλλες ασθένειες όπως καρκίνο, διαβήτη, ασθένειες του ήπατος, πεπτικά προβλήματα και πάχυνση του δέρματος. Στο νευρολογικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει απώλεια ακοής και απώλεια της αίσθησης στα μέλη.²⁶

Βουτάνιο: Το βουτάνιο είναι το τέταρτο μέλος της ομόλογης σειράς των αλκανίων, δηλαδή άκυκλος κορεσμένος υδρογονάνθρακας, με χημικό τύπο C₄H₁₀. Είναι το δεύτερο απλούστερο αλκάνιο που είναι υγροποιήσιμο με συμπίεση αέριο και το τελευταίο της σειράς που είναι αέριο στις συνηθισμένες συνθήκες. Αποτελεί το κύριο συστατικό του υγραερίου προερχόμενο από διύλιση κλασμάτων του πετρελαίου, του φυσικού αερίου και των προϊόντων πυρόλυσης αυτών. Είναι άχρωμο και άοσμο εύφλεκτο αέριο και γι' αυτόν το λόγο προστίθενται στο υγραέριο ίχνη αιθανοθειόλης για να έχει τη γνωστή χαρακτηριστική μυρωδιά, με σκοπό την αποφυγή ατυχημάτων από διαρροή του.²⁷

Κάδμιο: Το Κάδμιο είναι χημικό στοιχείο του περιοδικού πίνακα, με σύμβολο Cd και ατομικό αριθμό 48, ατομικό βάρος 112,41. Είναι ένα σχετικά σπάνιο, μαλακό (σκληρότητα 2), ελαφρώς γαλάζιο, τοξικό μέταλλο. Ανακαλύφθηκε από τον Στρόμαγιερ το 1817 σε σκόνη ψευδαργύρου. Χρησιμοποιείται ευρύτατα σε κράματα (επικαδμίωση μετάλλων) και στις μπαταρίες (ηλεκτρόδια καδμίου).²⁸

Μονοξείδιο του άνθρακα: Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι χημική ένωση με τύπο CO. Είναι άχρωμο, άοσμο, άγευστο και πολύ τοξικό αέριο. Το μονοξείδιο του άνθρακα παράγεται με μερική καύση άνθρακα ή ανθρακούχων ενώσεων σε περιβάλλον σχετικά φτωχό σε οξυγόνο. Γι' αυτό το λόγο μπορεί να καεί στον αέρα, ολοκληρώνοντας την οξείδωση, με χαρακτηριστική γαλάζια φλόγα, σχηματίζοντας διοξείδιο του άνθρακα. Σχηματίζει σταθερές ενώσεις συναρμογής (σύμπλοκα). Το μονοξείδιο του άνθρακα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη χημική βιομηχανία σε πάρα πολλά προϊόντα της. Είναι, ωστόσο, παραπροϊόν της καύσης ανθρακούχων καυσίμων (βενζίνης, πετρελαίου, γαιανθράκων), με αποτέλεσμα να μολύνει σημαντικά την γήινη ατμόσφαιρα. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου χρησιμοποιήθηκε ως ασφυξιογόνο στους θαλάμους αερίων των Ναζιστικών στρατοπέδων εξόντωσης, στα οποία παραγόταν από τη λειτουργία πετρελαιοκινητήρων.²⁹

Υδροκυάνιο: Το υδροκυάνιο είναι χημική ένωση με μοριακό τύπο HCN. Το υδροκυάνιο έχει χαρακτηριστική έντονη οσμή πικραμύγδαλου την οποία 20 % - 40 % των ανθρώπων δε μπορούν να αντιληφθούν εξαιτίας γενετικών αιτιών.³⁰ Είναι άχρωμο, εξαιρετικά δηλητηριώδες και πολύ πτητικό υγρό που

βράζει σχεδόν σε θερμοκρασία δωματίου (26°C). Έχει ασθενώς όξινο χαρακτήρα με $pK_a = 9.2$ και σε υδατικό διάλυμα ιοντίζεται εν μέρει αποδίδοντας, εκτός των κατιόντων υδροξονίου (H_3O^+), ανιόντα κυανίου, CN^- . Τα άλατα του υδροκυανίου είναι γνωστά ως κυανιούχα άλατα. Το υδροκυάνιο χρησιμοποιείται ευρύτατα στην παρασκευή πολλών χημικών ενώσεων, πολυμερών, φαρμάκων αλλά και πολεμικών όπλων.³⁰

Μεθάνιο: Το Μεθάνιο είναι το απλούστερο αλκάνιο, δηλαδή άκυκλος κορεσμένος υδρογονάνθρακας, με χημικό τύπο CH_4 . Είναι αέριο άχρωμο και άοσμο, ελάχιστα διαλυτό στο νερό. Διαλύεται ευκολότερα σε οργανικούς διαλύτες. Η ύπαρξή του δεν ανιχνεύεται εύκολα, ενώ με τον αέρα σχηματίζει εκρηκτικά μίγματα. Αυτός είναι ο λόγος που συχνά αναφέρονται εκρήξεις σε ανθρακωρυχεία. Είναι επίσης το κύριο συστατικό του φυσικού αερίου (70-90%).³¹

Ναφθαλίνη: Το ναφθαλίνο ή ναφθαλίνη είναι ένας λευκός κρυσταλλικός αρωματικός στερεός υδρογονάνθρακας με χημικό τύπο $C_{10}H_8$. Κυκλοφορεί στο εμπόριο κυρίως σε μορφή σφαιριδίων. Εξαχνώνεται εύκολα, ακόμη και στις συνθήκες δωματίου, σχηματίζοντας εύφλεκτο ατμό, με χαρακτηριστική οσμή που ανιχνεύεται με την όσφρηση από το μέσο άνθρωπο.³²

Ακετυλίνη: Το αιθίνιο ή ακετυλένιο ή ακετυλίνη είναι το πρώτο μέλος της ομόλογης σειράς των αλκινίων, δηλαδή ένας ακόρεστος, άκυκλος υδρογονάνθρακας με ένα τριπλό δεσμό. Ο χημικός της τύπος είναι: C_2H_2 . Είναι ένα άχρωμο αέριο που χρησιμοποιείται ευρύτατα ως καύσιμο (ιδιαίτερα οξυγονοκόλλησης) και ως σημαντικότερη πρώτη ύλη σύνθεσης άλλων οργανικών ενώσεων.³³

Βενζίνη: Η βενζίνη είναι ένα ελαφρύ υγρό, πτητικό και εύφλεκτο, που προέρχεται κυρίως από την κλασματική απόσταξη του πετρελαίου. Χρησιμοποιείται ως καύσιμο υλικό (βενζίνη αυτοκινήτων, αεροσκαφών κλπ.) στη βιομηχανία για την κατεργασία των υφαντικών ινών, για τις απολιπάνσεις, για την παρασκευή κόλλας με βάση το καουτσούκ κ.ά. και ως διαλύτης (βενζίνη εκχύλισης, αποκηλίδωσης).³⁴

Μόλυβδος: Το χημικό στοιχείο μόλυβδος είναι ένα μέταλλο με ατομικό αριθμό 82. Το χημικό του σύμβολο είναι Pb. Ο μόλυβδος εφόσον εκτεθεί στην φύση και έρθει σε επαφή με τον άνθρωπο, μπορεί να προκαλέσει βλάβες σε νεφρά, συκώτι, αίμα, δερματίτιδες - αλλεργίες, βλάβη σε πνεύμονες - μόνιμα αναπνευστικά προβλήματα και καρκινογενέσεις. Γι' αυτό τα υλικά τα οποία περιέχουν μόλυβδο, όπως οι ηλεκτρικές και ηλεκτρονικές συσκευές, επιβάλλεται να ανακυκλώνονται. Όταν κόβεται έχει κυανόλευκο χρώμα, αλλά εξασθενεί σε γκρι όταν βρίσκεται στον αέρα και σε γυαλιστερό ασημί όταν βρίσκεται σε υγρό. Ο μόλυβδος εξάγεται από το γαληνίτη. Χρησιμοποιείται σε μονώσεις, στις μπαταρίες αυτοκινήτων στον ηλεκτρικό και ηλεκτρονικό εξοπλισμό και σε διάφορα κράματα. Θεωρείται αξιόλογο προστατευτικό απέναντι στη ραδιενέργεια. Λόγω της ανθεκτικότητάς του στη διάβρωση χρησιμοποιείται εκτενώς στην οικοδόμηση κτιρίων.³⁵

Φαινόλη: Η φαινόλη ή υδροξυβενζόλιο ή φαινικό οξύ (παλιό εμπειρικό όνομα) ή καρβαλικό οξύ (παλιό εμπειρικό όνομα) ή βενζενόλη (παλιό εμπειρικό όνομα) είναι άχρωμο κρυσταλλικό στερεό, με χαρακτηριστική γλυκιά και πισσώδη οσμή, πολύ καυστική γεύση, λίγο διαλυτό στο νερό και υγροσκοπικό. Έχει αντισηπτικές ιδιότητες, είναι δηλητηριώδες και προκαλεί λευκές κηλίδες και εγκαύματα στο δέρμα.³⁶

Πολώνιο: Το χημικό στοιχείο Πολώνιο είναι ένα μεταλλοειδές με ατομικό αριθμό 84 και ατομικό βάρος 209. Το Πολώνιο -210 είναι ένα από τα 25 εξαιρετικά ραδιενεργά και τοξικά ισότοπα του μεταλλικού στοιχείου Πολώνιο. Ακόμη κι ένα μικρογραμμάριο του Πολωνίου -210 είναι εξαιρετικά επικίνδυνο, κι έτσι επιβάλλεται ειδικός εξοπλισμός και αυστηρές διαδικασίες χειρισμού. Τα σωμάτια που εκπέμπονται από το Πολώνιο απορροφούνται από τον οργανισμό και μπορούν εύκολα να καταστρέψουν όλες τις λειτουργίες του.³⁷

Προπολενογλυκόλη: Είναι μια οργανική ένωση με τον τύπο $C_3H_8O_2$ ή $HO-CH_2-CHOH-CH_3$. Είναι ένα άχρωμο, σχεδόν άοσμη, σαφές, παχύρρευστο υγρό με ελαφρώς γλυκιά γεύση, υγροσκοπικό και αναμειγνύεται με νερό, ακετόνη και χλωροφόρμιο. Χρησιμοποιείται ως διαλύτης σε φαρμακευτικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένου του στόματος, ενέσιμα και τοπικά σκευάσματα. Ως ενυδατικό πρόσθετο τροφίμων, εφόσον επισημαίνονται ως E αριθμός E1520, σε καλλυντικά, τρόφιμα, οδοντόκρεμες, την περιποίηση των μαλλιών. Ως συστατικό σε έλαια μασάζ, σε αντιβακτηριακές λοσιόν, και αλατώδη διαλύματα. Σε μηχανές καπνού να κάνει τεχνητό καπνό που προορίζεται για τους πυροσβέστες κατάρτιση και θεατρικές παραγωγές. Ως συστατικό, μαζί με κερί και η ζελατίνη. Ως φέρον ρευστό σε υδραυλικά πιεστήρια.³⁸

Νικοτίνη: Είναι ένα άχρωμο έως απαλό κίτρινο, ελεύθερα διαλυτό στο νερό, ισχυρά αλκαλικό, λιπαρό, πτητικό, υγροσκοπικό υγρό που λαμβάνεται από το φυτό του καπνού. Η νικοτίνη έχει μια χαρακτηριστική έντονη οσμή και γυρίζει καφέ κατά την έκθεση στον αέρα ή το φως. Είναι η κυρίαρχη μορφή του καπνού. Η ελεύθερη αλκαλοειδές απορροφάται γρήγορα μέσω του δέρματος, των βλεννογόνων, καθώς και το αναπνευστικό σύστημα. Λειτουργεί ως χημικό με ιδιαίτερη εξειδίκευση στα έντομα. Η ουσία δρα ως διεγερτικό σε θηλαστικά και αποτελεί τον κύριο παράγοντα για την εξάρτηση που σχηματίζουν ιδιότητες του καπνίσματος.³⁹

Χλωριούχο βινύλιο: Το χλωριούχου βινυλίου με τον τύπο $CH_2:CHCl$. Καλείται, επίσης, μονομερές βινυλοχλωρίδιο, ή VCM. Αυτό το άχρωμο ένωση αποτελεί σημαντικό βιομηχανικό χημικό που χρησιμοποιείται κυρίως για την παραγωγή του πολυμερούς πολυβινυλοχλωρίδιο (PVC). Κατά την πίεση του περιβάλλοντος και της θερμοκρασίας, χλωριούχο βινύλιο είναι ένα αέριο με ένα ασθενικό γλυκιά οσμή. Είναι εξαιρετικά τοξικό, εύφλεκτο και καρκινογόνες.⁴⁰

Ακρυλαμίδιο: Το ακρυλαμίδιο (ή ακρυλικό αμίδιο) είναι μια χημική ένωση με το χημικό τύπο C_3H_5NO . Πρόκειται για ένα λευκό άοσμο κρυσταλλικό στερεό, διαλυτό στο νερό, αιθανόλη, αιθέρα και χλωροφόρμιο. Το ακρυλαμίδιο είναι ασυμβίβαστη με οξέα, βάσεις, οξειδωτικά, σιδήρου, άλατα σιδήρου. Αποσυντίθεται μη θερμικά σε μορφή αμμωνίας, και τη θερμική αποσύνθεση παράγει μονοξείδιο του άνθρακα, διοξείδιο του άνθρακα και οξειδίων του αζώτου.⁴¹

DDT: Το DDT είναι ένα οργανοχλωριωμένα, με δομή παρόμοια με το εντομοκτόνο και ακαρεοκτόνο. Είναι μια εξαιρετικά υδροφοβικό, άχρωμο, κρυσταλλικό στερεό με μια αδύναμη και χημική οσμή. Δυναμικοί μηχανισμοί δράσης στους ανθρώπους είναι γονιδιοτοξικότητα και ενδοκρινικές διαταραχές. DDT μπορεί να είναι άμεσα γονιδιοτοξική, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει τα ένζυμα για την παραγωγή άλλων ενδιάμεσων γονοτοξική και ενώσεις προσθήκης του DNA.⁴²

Τα αέρια και τα υπόλοιπα δηλητήρια που εμπεριέχεται στα τσιγάρα, παρ' όλο που δεν υπάρχουν σε τεράστιες ποσότητες, αρκούν ώστε να προκαλέσουν με την πάροδο του χρόνου προβλήματα υγείας.²² Δεν είναι λίγες οι φορές που σχετίζονται με το θάνατο όπως αναφέρθηκε και στο European tobacco control report, που κατατάσσει το κάπνισμα δεύτερο στη σειρά πιο επικίνδυνο παράγοντα για την υγεία με ποσοστό 12,3%.⁴³

3.2 Η δράση της νικοτίνης στον οργανισμό

Η νικοτίνη είναι εξαιρετικά ισχυρή όσον αφορά στις ψυχοδραστικές και τροποποιητικές συμπεριφορές δράσης της και, όπως ήδη αναφέραμε, είναι το κυριότερο συστατικό του καπνού. Πώς λοιπόν φτάνει η νικοτίνη στον εγκέφαλο;

Για να φτάσει η νικοτίνη στο εγκέφαλο θα πρέπει να διασχίσει έναν αριθμό κυττάρων και μεμβράνες όπως αυτές που χωρίζει τους πνεύμονες από το αίμα και το αίμα από τον εγκέφαλο. Η νικοτίνη πετυχαίνει το ταξίδι της, γιατί οι μεμβράνες είναι αρκετά διαπερατές. Η μορφή όμως, που δραστηριοποιείται στα κύτταρα έχει ένα τέλος διότι περιέχει ένα πρωτόνιο (H^+). Αυτό είναι και ένα κοινό θέμα με τα ναρκωτικά -την κατάχρηση της μορφίνης, της ηρωίνης, της κοκαΐνης- και τη θεραπεία αυτών. Δηλαδή, με την είσοδό τους στο κυκλοφορία του αίματος και φτάνοντας στον εγκέφαλο αρκετά γρήγορα, στη συνέχεια παίρνει μια ελαφρώς διαφορετική μορφή -συνήθως με την απόκτηση ενός πρωτονίου. Αυτό συμβαίνει προκειμένου να ενεργήσει κάθε φάρμακο για συγκεκριμένο αριθμό υποδοχέων στον εγκέφαλο. Αν το νικοτινικό μόριο αποκτούσε ένα πρωτόνιο πολύ νωρίς, δεν θα ήταν σε θέση να περάσει μέσω των πνευμόνων και στο αίμα.⁴⁴

Οι κατασκευαστές του τσιγάρου το γνωρίζουν αυτό. Ένα τυπικό Marlboro, για παράδειγμα, έχει πολλά συστατικά σε αντίθεση από τον καπνό (συμπεριλαμβανομένων τα γλυκόριζα και το κακάο), καθώς και μία πρόσθετη ύλη, το υδροξείδιο του αμμωνίου, που αυξάνει το pH του στρώματος του υγρού στο εξωτερικό των πνευμόνων. Αυτό εμποδίζει το μέσο νικοτινικό μόριο να γίνει πρωτόνιο κρατώντας το φορτισμένο για τη διέλευση του από τους πνεύμονες.

Η συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα (και κατά πάσα πιθανότητα στον εγκέφαλο) αυξάνεται κατά λεπτά μετά από λίγες ρουφηξιές, και μειώνεται ραγδαία αμέσως μετά το κάπνισμα. Με τρόπους που δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί πλήρως, η ταχυκαρδία που δημιουργεί η νικοτίνη είναι πιθανώς σημαντική για κάποια μεταγενέστερα συμβάντα, συμπεριλαμβανομένου του εθισμού.⁴⁴ Το έμπλαστρο της νικοτίνης δεν είναι εθιστικό επειδή απελευθερώνει μια σταθερή, πολύ χαμηλότερη συγκέντρωση. Αν και η δόση από την νικοτίνη είναι μικρή, εμφανίζεται με μια αρκετά υψηλή συγκέντρωση κατά τη διάρκεια που διαπερνούν τα κύτταρα και πραγματοποιώντας τις συνάψεις.

Η νικοτίνη εισέρχεται σχεδόν σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου, αλλά τα κύτταρα του εγκεφάλου είναι αυτά που καλούνται για την ευχαρίστηση στο πλαίσιο του μεσεγκεφάλου. Ορισμένες από αυτές τις περιοχές, τα ντοπαμινεργικά κύτταρα, απαντούν στην ακετυλοχολίνη ή νικοτίνη με την απελευθέρωση της ντοπαμίνης.

Στον εγκέφαλο οι ώσεις κινούνται στο κενό δίο νευρικών κυττάρων, μεταξύ του προσυναπτικού και του μετασυναπτικού νευρώνα, που ονομάζεται σύναψη. Η αγωγιμότητα είναι ηλεκτρική, επομένως μεταξύ των νευρικών κυττάρων υπάρχουν κυτταρικές γέφυρες χαμηλής αντιστάσεως που επιτρέπουν την εύκολη μεταφορά ιόντων. Σε ορισμένες περιπτώσεις η μεταβίβαση είναι μεικτή (ηλεκτρική και χημική). Οι τελικοί κλάδοι του νευράξονος δημιουργούν καλάθι ή δίκτυο γύρω από το σώμα του μετασυναπτικού κυττάρου όπως συμβαίνει στα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις διαπλέκονται με τους δενδρίτες απευθείας με αυτούς.

Η ακετυλοχολίνη είναι φυσικός μεταβιβαστής που χρησιμοποιείται σε πολλές συνάψεις του εγκεφάλου, και έχει ληφθεί από υποδοχείς ακετυλοχολίνης στο μετασυναπτικό νευρώνα. Έτσι ξεκινά η εκτόξευση ενός ηλεκτρικού σήματος, και ενεργοποιεί την απελευθέρωση της ντοπαμίνης. Για να γίνει επαναπόλωση της μεμβράνης θα πρέπει ν' απομακρυνθεί η ακετυλοχολίνη από το συναπτικό χάσμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό της υδρολύεται με την βοήθεια της χολινεστεράσης.⁴⁴

Το μόριο της νικοτίνης μιμείται την ακετυλοχολίνη και συνδέεται με τους ίδιους υποδοχείς. Επειδή όμως δεν μπορεί να διασπάσει την ακετυλοχολινεστεράση, παραμένει στη σύναψη για μερικά λεπτά, αντί για χιλιοστά του δευτερολέπτου, και διεγείρει μετασυναπτικά νευρώνες γρήγορα

για μεγάλα χρονικά διαστήματα, απελευθερώνοντας μεγάλες ποσότητες ντοπαμίνης. Αυτό προκαλεί ένα αίσθημα ευχαρίστησης (που αυτό είναι όλο το κάπνισμα).

Αυτή τη σύναψη την μιμούνται και πολλά άλλα φάρμακα, όπως είναι τα ναρκωτικά και τα ψυχογενή. Οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη (που χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς λόγους όπως είναι το Prozac) δρουν ως μεταφορείς νευροδιαβιβαστών. Όμοια, η καφεΐνη και το αλκοόλ δρουν σε αυτή την περιοχή του εγκεφάλου. Η νικοτίνη ενεργεί σαν νευροδιαβιβαστής - υποδοχέας που ενεργοποιείται με τον νικοτινικό υποδοχέα της ακετυλοχολίνης - επειδή η ακετυλοχολίνη είναι η συνήθης πομπός- και η νικοτίνη μπορεί να την μιμηθεί.^{44,45}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:
ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.1. Ενεργητικό κάπνισμα

4.1.1 Ορισμός ενεργητικού καπνίσματος

Ενεργητικό κάπνισμα είναι η εισπνοή του καπνού του τσιγάρου που φτάνει μέχρι τις πνευμονικές κυψελίδες όπου συλλέγεται η νικοτίνη και φεύγει με το αίμα από την πνευμονική φλέβα και επιστρέφει στην καρδιά. Με αυτόν τον τρόπο η νικοτίνη εισέρχεται στην συστηματική κυκλοφορία του αίματος.

4.1.2 Τιμές αίματος ενεργητικού καπνιστή

Οι καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές έχουν διακριτές διαφορές σε ό,τι αφορά στη βιοχημεία του αίματός τους. Έτσι παρατηρείται μικρή αύξηση του αιματοκρίτη και των αιμοπεταλίων. Έχουν υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, λιπιδίων (αυξημένη LDL), κατεχολαμινών και ανθρακυλαιμοσφαιρίνης (COH_β). Μείωση καταγράφεται στις τιμές του ουρικού οξέος, της HDL χοληστερίνης και στις λευκωματίνες του αίματος. Η παρατηρούμενη αύξηση του αιματοκρίτη συσχετίζεται με τα κυκλοφορούντα αυξημένα επίπεδα της COH_β, τα οποία κυμαίνονται από 2%-15%, αναλόγως του αριθμού των τσιγάρων, που καταναλώνει καθημερινά ο καπνιστής.⁴⁶

4.1.3 Η ψυχολογία του καπνιστή

Οι περισσότεροι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα στην εφηβεία, στην προσπάθειά τους για ανεξαρτησία, ωριμότητα και ενηλικίωση, κυρίως από την προτροπή ή την μίμηση των συνομήλικών τους και την περιέργεια. Στη συνέχεια λόγω του εθισμού συνεχίζουν να καπνίζουν. Παιδιά ή έφηβοι με φίλους ή γονείς που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Σημαντικό ρόλο με μεγάλη επίδραση, στην έναρξη του καπνίσματος, έχουν οι καπνοβιομηχανίες που δαπανούν μεγάλα ποσά στις διαφημίσεις ώστε να παρουσιάσουν το κάπνισμα ως συναρπαστική, λαμπερή και υγιή δραστηριότητα τύπων ενηλίκων που μπορούν να λειτουργήσουν σαν πρότυπα.⁴⁷

Ήδη από το 1987 περίπου ο Άγγλος μελετητής Ράσελ διαχώρησε σε επτά κατηγορίες τους τύπους καπνιστών:

A. Ψυχοκοινωνικό κάπνισμα

Ο καπνιστής αυτής της κατηγορίας καπνίζει για να βλέπουν πως καπνίζει. Εδώ υπάγονται κυρίως οι έφηβοι για τους οποίους το κάπνισμα έχει χαρακτήρα συμβολικό, είναι δείγμα ενηλικίωσης και ανδρισμού. Ο νεαρός ή η νεαρή που θα κάνουν στα κλεφτά στο διάλειμμα το πρώτο τους τσιγάρο σπρώχνονται από περιέργεια στον κυκεώνα μιας καταστροφικής συνήθειας, έχοντας την ψευδαίσθηση πως το τσιγάρο τους κάνει «μεγάλους» και δυναμικούς.

B. Αισθησιακός, κινησιακός τύπος

Για τον καπνιστή αυτής της κατηγορίας το τσιγάρο αποτελεί στην κυριολεξία «φετίχ». Το κάπνισμα είναι γι' αυτόν ιεροτελεστία κι η σχέση με το πακέτο σχεδόν ερωτική. Απολαμβάνει την αίσθηση του τσιγάρου στο χέρι ή στα χείλη, αφήνεται στην διαδικασία του ανάμματος, της εισπνοής.

Γ. Συγκαταβατικός τύπος

«Ελέγχει» τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσει σε μια μέρα και δεν θα ξεπεράσει το πακέτο την ημέρα. Ανάβει τσιγάρο την ώρα της ανάπαυλας για να χαλαρώσει και δεν νιώθει ποτέ την επιτακτική ανάγκη να καπνίσει. Αποφεύγει μάλιστα το κάπνισμα όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα τσιγάρα.⁴⁸

Δ. Καταπραϋντικό κάπνισμα

Στη κατηγορία αυτή υπάγονται οι νευρικοί, γεμάτο άγχος καπνιστές. Γι' αυτούς το τσιγάρο είναι μέσο διοχέτευσης του στρες, τους βοηθά όπως πιστεύουν να μειώσουν την ένταση της ημέρας. Σε αντίθεση με τους συγκαταβατικούς, οι καπνιστές της κατηγορίας αυτής έχουν άμεση ανάγκη, εξάρτηση από το τσιγάρο και το χρησιμοποιούν για να εκτονώσουν έντονες συγκινησιακές τους καταστάσεις, υποφέρουν από έντονα συμπτώματα νεύρωσης και στέρησης, όταν ξεμείνουν από πακέτο.

Ε. Διεγερτικό κάπνισμα

Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι τις περισσότερες φορές και εργασιομανής. Καπνίζει για να δουλεύει και να αποδίδει όσα γίνεται πιο πολύ. Χρησιμοποιεί τις διεγερτικές ικανότητες της νικοτίνης για να ελαττώνει την κόπωση μιας εξαντλητικής μέρας, να διατηρεί τη σκέψη του νηφάλια και σε εγρήγορση. Ρουφά γι' αυτό βαθιά τον καπνό, εισπνέει άφθονη νικοτίνη και καταναλώνει αμέτρητα τσιγάρα σε κρίσιμες, οριακές καταστάσεις.

ΣΤ. Το κάπνισμα μόνιμη συνήθεια

Όταν ο καπνιστής ζει για να καπνίζει, καπνίζει για να ζει! Δεν μπορεί να μείνει είκοσι λεπτά χωρίς τσιγάρο κι έτσι καπνίζει για να αποφύγει ή να μειώσει τα συμπτώματα της στέρησης. Ο τύπος αυτός του καπνιστή δεν καπνίζει μόνο όταν κοιμάται.⁴⁸

Z. Αυτοματισμένο κάπνισμα

Πρόκειται για την κατηγορία των αλυσιδωτών καπνιστών που ανάβουν το ένα τσιγάρο μετά το άλλο ή ενώ καπνίζουν το προηγούμενο. Η πράξη του ανάμματος είναι ασυνείδητη και ακόμα πιο έντονος ο φόβος και η ανασφάλεια μήπως μείνουν από τσιγάρα και στερηθούν την παρουσία του πακέτου από το οποίο εξαρτώνται ολοκληρωτικά.⁴⁸

4.1.4 Κίνδυνοι για την υγεία του ενεργητικού καπνιστή

Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών, πολλές από τις οποίες μπορούν να προληφθούν, να καθυστερήσουν ή να ελαττωθούν με τη διακοπή του καπνίσματος. Έρευνες έχουν δείξει ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο ασθενειών που σχετίζονται με τον καπνό, έτσι ώστε οι περισσότεροι από τους θανάτους να μπορούν πιθανώς να προληφθούν μέσω παρεμβάσεων για την διακοπή του καπνίσματος.⁴⁷

Σχεδόν όλοι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα, του στόματος, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου,⁴⁹ της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος, του τραχήλου, του στομάχου, και μερικές λευχαιμίες.

Το κάπνισμα επίσης αυξάνει τον κίνδυνο να πάθει κάποιος ασθένειες των πνευμόνων, όπως το εμφύσημα και η χρόνια βρογχίτιδα. Αυτές οι ασθένειες συγκεντρώνονται υπό τον όρο ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια). Η ΧΑΠ προκαλεί σε εξέλιξη (χρόνια) ασθένειες ή διανοητικές αναπηρίες, και να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου – και μερικές φορές γίνεται θανατηφόρα. Το εμφύσημα και η χρόνια βρογχίτιδα μπορεί να βρεθεί σε άτομα ηλικίας μόλις 40, αλλά βρίσκονται συνήθως αργότερα στη ζωή τους, όταν τα συμπτώματα χειροτερέψουν. Μακροχρόνιοι καπνιστές έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης για σοβαρή ΧΑΠ.^{49,50}

Βλάβες που μπορούν επίσης να υποστούν οι καπνιστές είναι τα εμφράγματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια, και οι ασθένειες των αιμοφόρων αγγείων. Έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από καρδιακές προσβολές μιας και το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για περιφερική αγγειακή νόσο, στένωση των αιμοφόρων αγγείων που μεταφέρουν το αίμα προς τα κάτω άκρα και τους μύες του βραχίονα. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης τους τοίχους των σκαφών που μεταφέρουν το αίμα στον εγκέφαλο (καρωτίδες αρτηρίες), η οποία μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικά επεισόδια. Οι άνδρες που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν στυτική δυσλειτουργία (ανικανότητα), λόγω της νόσου των αιμοφόρων αγγείων.

Το κάπνισμα προκαλεί αυξημένο κίνδυνο εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, μια από τις πιο κοινές αιτίες της τύφλωσης στους ηλικιωμένους. Επίσης προκαλεί

πρόωρο ζάρωμα του δέρματος, κακή αναπνοή, προβλήματα στα, άσχημη οσμή στα ρούχα και τα μαλλιά και κιτρίνισμα στα νύχια και στα δόντια.^{47,49,50,51,52}

4.1.4.1 Ειδικοί κίνδυνοι για γυναίκες

Κάπνισμα και αντισυλληπτικό χάπι

Ο κίνδυνος θανάτου από καρδιαγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής προσβολής και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, έχει αυξηθεί τουλάχιστον 4 φορές για τις γυναίκες καπνίστριες άνω των 35 ετών, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά από το στόμα.

Γονιμότητα

Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες που καπνίζουν παρουσιάζουν μειωμένη γονιμότητα. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι οι καπνίστριες εμφανίζουν περίπου το 72% της γονιμότητας των μη καπνιστριών και ότι είναι 3,4 φορές πιθανότερο να χρειαστούν περισσότερο από ένα χρόνο για να συλλάβουν σε σχέση με τις μη καπνίστριες, όταν οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί.

Έμμηνος ρύση και εμμηνόπαυση

Οι καπνίστριες βιώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα δευτεροπαθούς αμηνόρροιας και διαταραχών στον κύκλο τους. Επιπλέον, στις γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία εμμηνόπαυσης, το κάπνισμα προκαλεί έναρξη της εμμηνόπαυσης 1–2 χρόνια νωρίτερα, γεγονός που οφείλεται πιθανότατα στην τοξική έκθεση των ωοθηκών στα κατάλοιπα του καπνού ή στα εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων που εμφανίζουν οι καπνίστριες, όπως έχει δειχθεί σε πολλές μελέτες.

Γυναικολογικοί καρκίνοι

Οι γυναίκες που καπνίζουν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου. Συγκεκριμένα, για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας η σχέση φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενη, με τις βαριές καπνίστριες να εμφανίζουν κατά 80% αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.^{53,54}

4.2 Παθητικό κάπνισμα

4.2.1 Ορισμός παθητικού καπνίσματος

SHS είναι ο καπνός που εκπνέεται από τον καπνιστή (ονομάζεται καπνός mainstream) ή που εκπέμπεται από την άκρη ενός αναμμένου τσιγάρου (ονομάζεται Sidestream καπνού). Η αναπνοή σε SHS είναι γνωστή ως παθητικό κάπνισμα.⁵⁵

4.2.2 Κίνδυνοι για την υγεία του παθητικού καπνιστή

Το SHS είναι ένας συνδυασμός από δηλητηριώδη αέρια, υγρά και σωματίδια που είναι επιβλαβείς για την υγεία.⁵⁵

Περίπου 3.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα και 35.000 με 40.000 θάνατοι από καρδιαγγειακή νόσο αποδίδονται κάθε χρόνο στο παθητικό κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να επιδεινώσει το άσθμα και να προκαλέσει αναπνευστικά νοσήματα όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, να προκαλέσει ερεθισμό των ματιών, πονοκέφαλο, ναυτία και ζάλη.⁴⁷

4.2.3 Παθητικό κάπνισμα και παιδιά

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα μισά παιδιά του κόσμου αναπνέουν αέρα ρυπογόνο από καπνό τσιγάρου κυρίως μέσα στα σπίτια τους. Το 80% των παιδιών δηλώνει ότι ζουν σε σπίτι όπου ο ένας από τους δύο γονείς καπνίζει. Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα των γονέων, των συγγενών ή των φίλων του. Η παραμονή του παιδιού σε χώρο με καπνιστές για μία ώρα έχει ως αποτέλεσμα την εισπνοή τόσων επιβλαβών χημικών ουσιών όσων θα εισέπνεε αν κάπνιζε 10 ή περισσότερα τσιγάρα.

Τα παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από άσθμα, πνευμονία, βρογχίτιδα, λαρυγγίτιδα, λοιμώξεις του αυτιού, αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικών συμπτωμάτων όπως βήχας, δύσπνοια, φλέγμα και συριγμός και έχουν το υψηλότερο ποσοστό μηνιγγιτιδοκοκκικής λοίμωξης.^{56,57}

4.3 Το κόστος του καπνού

4.3.1. Κόστος για την οικονομία

Η τεράστια ζήτηση καπνού ενήργησε ως μοχλός ανάπτυξης και οικονομικής ευεξίας. Σε αυτό στηρίζονται οι εταιρείες καπνού που συχνά προσπαθούν να πείσουν τις κυβερνητικές αρχές και το κοινό ότι το κάπνισμα έχει οικονομικά οφέλη. Υποστηρίζουν ότι μέτρα για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού θα μειώσουν τα φορολογικά έσοδα και θα αυξήσουν την ανεργία, καθώς και ότι το κάπνισμα μειώνει την οικονομική επιβάρυνση για τις εθνικές οικονομίες από την επίσπευση του θανάτου των εξαρτώμενων ηλικιωμένων!^{21,46}

Στην πραγματικότητα, ο καπνός επιβάλλει τεράστιο οικονομικό κόστος για την κάθε χώρα, το οποίο επεκτείνεται πέρα από το άμεσο κόστος του, που σχετίζεται με το θάνατο και τις σχετικές απώλειες παραγωγικότητας. Περιλαμβάνει τις δαπάνες υγείας για ενεργητικούς και παθητικούς καπνιστές, των απουσιών των εργαζομένων και τη μειωμένη παραγωγικότητα της εργασίας, των ζημιών από πυρκαγιές λόγω των απρόσεκτων καπνιστών, καθώς και τις δαπάνες εκτεταμένης περιβαλλοντικής βλάβης από μεγάλης κλίμακας αποψίλωση των δασών.

Ο καπνός είναι μια σημαντική συγκομιδή μετρητών σε πολύ λίγες χώρες. Η σύμβαση-πλαίσιο για την διακοπή του καπνίσματος συνιστά στις χώρες γεωργίας καπνού την απομάκρυνσή τους από την καλλιέργειά του, σε άλλες οικονομικά βιώσιμες εναλλακτικές λύσεις. Δηλαδή, ενθαρρύνουν τους γεωργούς του καπνού και των εργαζομένων που εμπλέκονται στην παραγωγή και τη διανομή τσιγάρων για τη μετάβαση σε άλλες βιομηχανίες, οι οποίες θα βελτιώσουν την συνολική δημόσια υγεία και της ευημερίας χωρίς να θυσιάζει κανείς απ' αυτούς τους πόρους διαβίωσης του.²¹

4.3.2. Το κόστος για τον καπνιστή

Οι καπνιστές ξοδεύουν υπέρογκα ποσά για ένα προϊόν που βλάπτει την υγεία τους. Οι πόροι αυτοί θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη βασικών αναγκών, όπως είναι η τροφή, η στέγη, ο ρουχισμός, η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση. Σε φτωχές κοινωνίες, όπου το κόστος των τροφίμων αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού των νοικοκυριών, οι δαπάνες για τον καπνό μπορεί να κάνει τη διαφορά μεταξύ μιας επαρκούς διατροφής και του υποσιτισμού για την οικογένεια του καπνιστή.

Οι καπνιστές και οι οικογένειές τους εκτίθενται σε σοβαρές οικονομικές απώλειες όταν αυτές γίνουν αναπηρία ή πεθαίνουν από τις ασθένειες που σχετίζονται με τον καπνό. Κι επειδή το ένα τέταρτο των καπνιστών πεθαίνουν

και πολλοί περισσότεροι αρρωσταίνουν κατά τη διάρκεια της πιο παραγωγικής τους ηλικίας, η απώλεια εισοδήματος είναι σημαντική. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας συχνά επενδύουν χρόνο και πόρους για να φροντίζουν τους συγγενείς που ασθενούν λόγω αυτής της συνήθειας. Σε πολλές χώρες χαμηλού δυναμικού, η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να απορροφήσει την αποταμίευση ζωής μιας οικογένειας, και μια επίσκεψη στο νοσοκομείο μπορεί να συνεπάγεται ημέρες ταξιδιού και επαχθείς δαπάνες.

Οι καπνιστές εκθέτουν τα σπίτια τους και τους χώρους εργασίας σε περιττούς κινδύνους πυρκαγιάς, με αποτέλεσμα να πληρώνουν συχνά υψηλότερα ασφάλιστρα για την υγεία και την ασφάλιση της περιουσίας τους.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

5.1. Δημόσιοι χώροι

Αναγνωρίζοντας τα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα, ο καπνός και τα παράγωγά του ήρθε σε λύση από την Ευρωπαϊκή Ένωση η απαγόρευση του καπνίσματος. Έτσι θέσπισε διάφορους κανόνες στην προσπάθειά της να ελέγξει τα προϊόντα του καπνού απαγορεύοντας το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους είτε ολοκληρωτικά –όπως στις υπηρεσίες και τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης- είτε διαχωρίζοντας κάποια μέρη στο χώρο σε καπνιστών και μη καπνιστών. Η αύξηση των τιμών, οι εκστρατείες κατά του καπνίσματος και οι υπηρεσίες που σε βοηθούν να διακόψεις αυτή την συνήθεια ανήκουν στα μέτρα που έχει λάβει η Ε. Ε. και κατ' επέκταση η κάθε χώρα.^{57,58}

Δεν είναι λίγοι εκείνοι που πιστεύουν πως εάν υπάρχει εξαερισμός στον χώρο, τότε είναι και ικανός να κρατήσει την ατμόσφαιρα καθαρή με αποτέλεσμα να αγνοείται η νομοθεσία πρώτα από τους επιχειρηματίες και στη συνέχεια από τους πελάτες/επισκέπτες. Κάτι τέτοιο βέβαια δεν υφίσταται, διότι όπως αναφέρεται και από τον Π.Ο.Υ. για να καθαρίσει ο αέρας ενός εσωτερικού χώρου από τα τοξικά και τα καρκινογόνα που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, απαιτείται δύναμη ροής αέρα τόση όση διαθέτει και ένας ανεμοστρόβιλος.²¹

Με την απαγόρευση του καπνίσματος σίγουρα δεν οφελούνται μόνο οι μη καπνιστές, οι οποίοι σε ποσοστό 70% εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο της εργασίας τους, και σε ποσοστό 95% στα μπαρ, εστιατόρια και ταβέρνες.⁵⁹ Οφελούνται και οι ίδιοι οι καπνιστές, οι οποίοι ασυνείδητα καπνίζουν λιγότερο και μπορεί να σκεφτούν πιο σοβαρά το ενδεχόμενο της διακοπής του. Κερδισμένοι βγαίνουν και οι εργοδότες, οι επιχειρηματίες μιας και οι εργαζόμενοι που βρίσκονται σε ένα καθαρό περιβάλλον δεν αρρωσταίνουν συχνά, εφόσον δεν βρίσκεται αιτία να υποφέρουν από παθήσεις- συμπτώματα που δυσχαιρένουν την υγεία, όπως αποδείχθηκε σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα τον Απρίλιο του 2009.²¹ Εργαζόμενοι καπνιστές σε κέντρα εστίασης και διασκέδασης παρουσιάζουν σε πολύ μεγαλύτερη συχνότητα συμπτώματα όπως βήχα (41,8%), συριγμό κατά την αναπνοή (27,5%), φλέγμα (48,2%) και λαχάνιασμα (53,4%) απ' ότι μη καπνιστές εργαζόμενοι στα κέντρα αυτά. Βέβαια και τα αντίστοιχα ποσοστά των μη καπνιστών εργαζόμενων (24,7%, 7,2%, 32,6%) είναι υψηλά λόγω της πολύωρης έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα. Παράλληλα, θα μειώνεται και ο κίνδυνος τυχαίας πυρκαγιάς.⁵⁹

Στην Ελλάδα για την αιτία της πυρκαγιάς το 1856, η Βασίλισσα Αμαλία, ενεργώντας εξ ονόματος του Βασιλιά Όθωνα, υπέγραψε βασιλικό διάταγμα που απαγόρευε το κάπνισμα σε όλα τα δημόσια γραφεία και καταστήματα της χώρας:

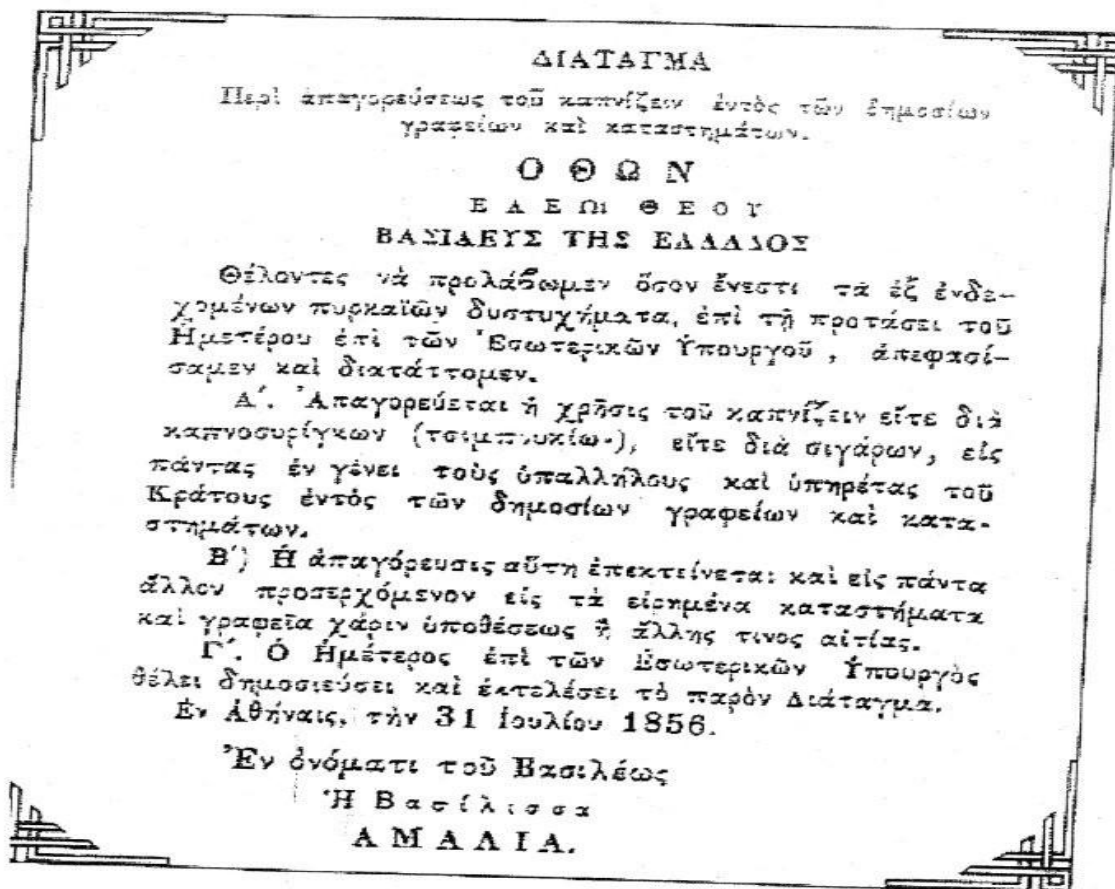
«Θέλοντες να προλάβωμεν ὅσον ἐνεσσι τα ἐξ ἐνδεχομένων πυρκαϊῶν δυστυχήματα, ἐπὶ τῇ προτάσει τοῦ Ἡμετέρου ἐπὶ τῶν Ἐσωτερικῶν Ὑπουργοῦ, ἀπεφασίσαμεν καὶ διατάττομεν:

Α. Ἀπαγορεύεται ἡ χρῆσις τοῦ καπνίζεῖν εἴτε διὰ καπνοσυρρίγγων (τσιμπουκίων), εἴτε διὰ σιγάρων, εἰς πάντας ἐν γένει τοὺς ὑπαλλήλους καὶ ὑπηρετάς τοῦ Κράτους ἐντὸς τῶν δημοσίων γραφείων καὶ καταστημάτων.

Β. Ἡ ἀπαγόρευσις αὕτη ἐπεκτείνεται καὶ εἰς πάντα ἄλλον προσερχόμενον εἰς τα εἰρημένα καταστήματα καὶ γραφεῖα χάριν υποθέσεως ἢ ἄλλης τινος αἰτίας.

Γ. Ὁ Ἡμέτερος ἐπὶ τῶν Ἐσωτερικῶν Ὑπουργός θέλει δημοσιεύσει καὶ ἐκτελέσει το παρὸν Διάταγμα.

Ἐν Ἀθήναις, τὴν 31 Ἰουλίου 1856». ⁶⁰



Από τότε στην Ελλάδα έχουν δημιουργηθεί διάφοροι νόμοι λόγω ανεπάρκειας περιεχομένου των προηγούμενων ή άγνοιας αυτών στην προσπάθειά της για την διακοπή του καπνίσματος. Σήμερα, ισχύει η Υπουργική Απόφαση υπ' αριθ. 88202/25.06.2009, οποία ορίζει:

«Στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος της περίπτωσης β της παραγράφου 1 του αρθ. 3 του Ν. 3730/2008 «Προστασία των ανηλίκων από τον καπνό, τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 262/2008),

επιτρέπεται να δημιουργηθεί χώρος για καπνίζοντες πελάτες στις ακόλουθες περιπτώσεις και βάσει των εξής προϋποθέσεων:⁶¹

Εφ' όσον η συνολική επιφάνεια του καταστήματος, όπως προκύπτει από το μισθωτήριο συμβόλαιο ή άλλο ισοδύναμο έγγραφο, έχει μικτό εμβαδόν μέχρι 70 τ.μ., (παρ. 3 αρθ. 3), η επιχείρηση δύναται να επιλέξει να λειτουργήσει αποκλειστικά, ως χώρος καπνιζόντων, με δήλωση του κατά νόμου υπευθύνου του καταστήματος στην αρμόδια για την χορήγηση της άδειας λειτουργίας του Δημόσια Αρχή.

Για τη λειτουργία του καταστήματος ως χώρου καπνιζόντων θα πρέπει να τροποποιηθεί η άδεια λειτουργίας του. Η τροποποίηση αυτή προϋποθέτει, με την επιφύλαξη όλων των ισχυουσών διατάξεων τα κάτωθι:

Το κατάστημα πρέπει να διαθέτει ή να εξοπλιστεί, με κατάλληλα και επαρκή μηχανήματα εξαερισμού και καθαρισμού του εσωτερικού αέρα. Η καταλληλότητα των μηχανημάτων κρίνεται από τις κατά τόπους αδειοδοτούσες Αρχές βάσει παγίων οδηγιών της Ειδικής Υπηρεσίας Προστασίας από τον καπνό και το αλκοόλ σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Πρέπει να αναρτηθεί από τον υπεύθυνο λειτουργίας στην πρόσοψη, αλλά και στο εσωτερικό ειδικό σήμα, που θα αναφέρει ότι «το κατάστημα είναι χώρος για καπνίζοντες».

Τα καταστήματα τα οποία, δεν έχουν λάβει τον χαρακτηρισμό ως καταστήματα καπνιζόντων, με την ανωτέρω διαδικασία υπόκεινται στην πλήρη απαγόρευση καπνίσματος, από την 1η Ιουλίου 2009.

Τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος με συνολική επιφάνεια από 70 τ.μ. έως και 300 τ.μ., δύνανται να δημιουργήσουν χώρο καπνιζόντων. Για τη δημιουργία του χώρου αυτού απαιτείται προηγούμενη αίτηση του υπεύθυνου λειτουργίας της επιχείρησης στην αρμόδια Δημόσια Αρχή, που χορηγεί την άδεια λειτουργίας του καταστήματος και υποβολή όλων των αναγκαίων, σύμφωνα με τους όρους της παρούσης, δικαιολογητικών.

Ο χώρος καπνιζόντων πρέπει:

- § Να έχει κατά μέγιστο εμβαδό ίσο με το 30 % του ωφέλιμου χώρου του καταστήματος.
- § Να είναι πλήρως διαχωρισμένος από το υπόλοιπο κατάστημα.
- § Να είναι εξοπλισμένος με τα κατάλληλα για τον εξαερισμό του και τον καθαρισμό του εσωτερικού του αέρα μηχανήματα. Η καταλληλότητα των μηχανημάτων κρίνεται από τις κατά τόπους αδειοδοτούσες Αρχές βάσει παγίων οδηγιών της Ειδικής Υπηρεσίας Προστασίας από τον Καπνό και το Αλκοόλ σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- § Να έχει εμφανή επιγραφή τόσο στο εσωτερικό του, όσο και στην εξωτερική επιφάνεια του διαχωριστικού του από το υπόλοιπο κατάστημα, ότι πρόκειται για χώρο καπνιζόντων.⁶¹ Σε όλο το

υπόλοιπο κατάστημα πρέπει να αναρτηθούν σε εμφανή σημεία επιγραφές ότι απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα.

Για τη χορήγηση της αιτούμενης άδειας δημιουργίας χώρου καπνιζόντων, πρέπει να υποβληθούν στην αρμόδια Δημόσια Αρχή, σχετική μελέτη για την κατασκευή και τον εξοπλισμό του χώρου καπνιζόντων, καθώς και πλήρης κάτοψη και τοπογραφικό του καταστήματος.

Σε κάθε περίπτωση απαγορεύεται η είσοδος, παραμονή και η οποιασδήποτε μορφής απασχόληση ανηλίκων στους χώρους καπνιζόντων. Επίσης απαγορεύεται η είσοδος και παραμονή των ανηλίκων στους ως άνω χώρους ακόμα και στις περιπτώσεις ιδιωτικών εκδηλώσεων, ανεξάρτητα εάν συνοδεύονται από ενήλικες.

Κέντρα διασκέδασης, με ζωντανή έγχορδη μουσική, άνω των τριακοσίων τετραγωνικών μέτρων (300 τ.μ.) δύνανται να δημιουργούν χώρο για καπνίζοντες, με εμβαδό ίσο, κατά μέγιστο, με το 40% του συνολικού χώρου του καταστήματος. Ο χώρος καπνιζόντων διαχωρίζεται από το υπόλοιπο κατάστημα με διαχωριστικό που έχει ελάχιστο ύψος δύο (2) μέτρα.⁶¹

Ο εξαιρισμός του χώρου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τους όρους των περιπτώσεων γ, δ και ε της παραγράφου 2 της παρούσης. Εκτός του χώρου καπνιζόντων ο υπεύθυνος λειτουργίας του κέντρου πρέπει να λάβει όλα τα μέτρα όπως η τοποθέτηση επιγραφών, η μη ύπαρξη σταχοδοχείων και η ενημέρωση από το προσωπικό για να τονιστεί ότι απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα. Η χορήγηση της άδειας για τη δημιουργία χώρου καπνιζόντων, με επακριβή καθορισμό αυτού, γίνεται από την αρμόδια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας του Δημόσιας Αρχής, κατόπιν αιτήσεως του υπεύθυνου λειτουργίας του κέντρου, υποβολής των δικαιολογητικών και βάσει των όρων που αναφέρονται στην περίπτωση ε της παραγράφου 2 της παρούσης.

Οι επιχειρήσεις καζίνο, διέπονται από το Ν.2206/1994 και οι όροι σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στις αίθουσες παιχνιδιού, θα καθορισθούν κατόπιν διαβούλευσης με το Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών και το Υπουργείο Τουριστικής Ανάπτυξης.

Στους υπόλοιπους χώρους και στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, που λειτουργούν μέσα στο καζίνο, καθώς και στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος που λειτουργούν σε ξενοδοχεία, πλοία και τρένα, εφαρμόζονται τα προβλεπόμενα από τις παραγράφους 1, 2 και 3 της παρούσης, ως προς τους όρους εφαρμογής της πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος. Στους κοινόχρηστους χώρους και τους χώρους υγιεινής των καζίνο και του συνόλου των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, ανεξαρτήτως εμβαδού, είδους παρεχομένων υπηρεσιών και αρχής χορήγησης της άδειας λειτουργίας τους, απαγορεύεται το κάπνισμα.⁶¹

Τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ανεξαρτήτως εμβαδού, είδους παρεχομένων υπηρεσιών και αρχής χορήγησης της άδειας λειτουργίας τους, που δεν έχουν άδεια δημιουργίας χώρου καπνιζόντων, υπάγονται στην απαγόρευση χρήσης προϊόντων καπνού.

Στο πεδίο εφαρμογής της απαγόρευσης του νόμου, δεν εμπίπτουν οι εξωτερικοί χώροι ανάπτυξης τραπεζοκαθισμάτων των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, όπως οι χώροι αυτοί περιγράφονται στην άδεια λειτουργίας τους, ακόμη και αν καλύπτονται με σκέπαστρο.

Οι υπεύθυνοι λειτουργίας των καταστημάτων είναι υποχρεωμένοι να αναρτούν σε εμφανή σημεία του καταστήματος επιγραφές για την απαγόρευση του καπνίσματος, να αποσύρουν το σύνολο των σταχτοδοχείων, να ενημερώνουν τους πελάτες για την απαγόρευση και να λαμβάνουν όλα τα μέτρα για την απομάκρυνση των πελατών που παραβιάζουν τις απαγορεύσεις.

Αρμόδια αρχή, πέραν των όσων καθορισθούν από την Κοινή Υπουργική Απόφαση της παρ. 3 του άρθρου 6 του Ν. 3730/ 2008, για τον έλεγχο των παραβάσεων που αφορούν στη κατανάλωση προϊόντων καπνού σε χώρους που εμπίπτουν στην απαγόρευση του καπνίσματος, είναι ο Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας). Τους Επιθεωρητές συνδράμουν στο έργο τους οι αστυνομικές και λιμενικές αρχές, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.3730/ 2008.⁶¹

Οι Αρμόδιες αρχές για τον έλεγχο, την βεβαίωση των παραβάσεων και την επιβολή των κυρώσεων στους κατά νόμο υπεύθυνους, θα καθορισθούν με την προβλεπόμενη από την παρ. 3 του άρθρου 6 του Ν.3730/ 2008, Κοινή Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Ανάπτυξης και Υγείας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού.

Στους χώρους των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα και στους χώρους των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, κάθε βαθμίδα, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα. Εξαιρούνται τα ψυχιατρικά ιδρύματα και οι μονάδες ψυχικής υγείας, καθώς για τους ασθενείς τους αποκλειστικά, δύναται να επιτραπεί το κάπνισμα κατόπιν έγγραφης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού για θεραπευτικούς και μόνο λόγους.

Στους εργασιακούς χώρους του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, επιτρέπεται η δημιουργία χώρων για καπνίζοντες, υπό τους ακόλουθους όρους και προϋποθέσεις:

Η δημιουργία χώρου για καπνίζοντες επιτρέπεται, εφόσον υπάρχει σχετικό αίτημα από το αρμόδιο όργανο των εργαζομένων μόνο στις περιπτώσεις των δημοσίων υπηρεσιών και των ιδιωτικών επιχειρήσεων που απασχολούν περισσότερους από 50 (πενήντα) εργαζόμενους.⁶¹

Οι χώροι για καπνίζοντες, σε καμία περίπτωση δεν είναι χώροι εργασίας και θα είναι πλήρως διαχωρισμένοι από τους εργασιακούς χώρους και τους χώρους εξυπηρέτησης των συναλλασσόμενων και των επισκεπτών της δημόσιας υπηρεσίας ή της ιδιωτικής επιχείρησης. Το εμβαδό των χώρων καπνιζόντων θα καθορισθεί για τους χώρους της δημόσιας υπηρεσίας με απόφαση της διοίκησης μετά από συμφωνία με το αρμόδιο όργανο εκπροσώπησης των εργαζομένων και για τους χώρους της ιδιωτικής επιχείρησης κατόπιν

συμφωνίας εργοδοτών και εκπροσώπων των εργαζομένων. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας ή της ιδιωτικής επιχείρησης.

Οι χώροι για καπνίζοντες θα διαθέτουν επαρκή εξοπλισμό και κατάλληλα μηχανήματα για τον καθαρισμό του εσωτερικού τους αέρα, σύμφωνα με την εισήγηση της Ειδικής Υπηρεσίας Προστασίας από τον Καπνό και το Αλκοόλ βάσει των σχετικών κατευθυντήριων οδηγιών της Διεύθυνσης Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οι χώροι για καπνίζοντες θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά από το προσωπικό της δημόσιας υπηρεσίας ή της κατά περίπτωση ιδιωτικής επιχείρησης και δεν αποτελούν ούτε δύνανται να περιλάβουν τμήμα των κοινόχρηστων χώρων ή των χώρων υγιεινής.

Στους χώρους καπνίζόντων πρέπει να υπάρχουν στην είσοδο αλλά και στο εσωτερικό εμφανείς επιγραφές, ότι επιτρέπεται το κάπνισμα και δεν επιτρέπεται σε αυτούς η είσοδος ανηλίκων.

Στις περιπτώσεις που δημόσιες υπηρεσίες, ή ιδιωτικές επιχειρήσεις δεν διαμορφώσουν χώρο καπνίζόντων, θα υπάγονται στην πλήρη απαγόρευση χρήσης προϊόντων καπνού.»⁶¹

Το 95% των μη καπνιστών πανελλαδικά, αλλά και το 62% των καπνιστών θεωρούν θετικά τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Οι δε εργαζόμενοι σε εστιατόρια και ταβέρνες θεωρούν θετικά τα μέτρα αυτά σε ποσοστό 86%.

Μπορεί να υποστηριχτεί αυτό και στην πράξη; Το 94% των μη καπνιστών και το 73,5% των καπνιστών θεωρούν τα ισχύοντα μέτρα σε εστιατόρια και ταβέρνες ανεπαρκή.⁵⁹

Στο περιοδικό *Tobacco Induced Diseases* δημοσιεύτηκε έρευνα που έγινε σε νοσοκομείο της Ελλάδας και αποδεικνύει για μια ακόμα φορά πως επαγγελματίες που πρέπει να είναι πρότυπα για την δημόσια υγεία δείχνουν απροθυμία να εκπληρώσουν το ρόλο τους. Ιδίως, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που δε δείχνει να υποστηρίζει το μέτρο της απαγόρευσης του καπνίσματος.⁶² Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στο Ηνωμένο Βασίλειο,⁶³ καθώς άλλες μελέτες δείχνουν ότι προτιμάται μερική απαγόρευση του καπνίσματος και όπως ανέφερα ήδη, την απροθυμία του προσωπικού να αμφισβητήσει το προσωπικό, τους επισκέπτες και τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα στο χώρο του νοσοκομείου.^{64,65,66}

5.2. Διαφήμιση

Στην προσπάθεια απαγόρευσης του καπνίσματος απαγορεύεται και η διαφήμιση του καπνού, παρά μόνο στα σημεία πώλησης σύμφωνα με το άρθρο 13 της Συνεδρίας για την καταπολέμηση του καπνίσματος.

Η διαφήμιση του καπνού αυξάνει την κατανάλωση τσιγάρων και σαγηνεύει νέους καπνιστές στον εθισμό, με αποτέλεσμα να ακυρώνει τις προσπάθειες δημόσιας υγείας και τον έλεγχο του καπνού, διότι έχει την ικανότητα να ωραιοποιεί καταστάσεις και να παραπλανεί αποκρύπτοντας κινδύνους, οι οποίοι έχουν αντίκρουσμα στην υγεία.²¹

Στις δεκαετίες του '30, '40 και '50 η βιομηχανία του καπνού με την βιομηχανία του θεάματος είχαν ιδιαίτερη σχέση όπως προέκυψε από τα αρχεία της καπνοβιομηχανίας που δημοσιοποιήθηκαν το 1994. Οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες πλήρωναν τεράστια ποσά για να εξασφαλίσουν τη διαφήμιση των τσιγάρων τους από αστέρες της χρυσής εποχής του Hollywood.⁶⁷ Έφταναν στο σημείο να πληρώνουν τα κινηματογραφικά στούντιο για να δημιουργήσουν ραδιοφωνικές εκπομπές, οι οποίες φιλοξενούσαν τις διαφημίσεις των αστέρων.

Αξιοσημείωτο είναι πως οι κλασικές ταινίες αυτών των δεκαετιών εδραίωναν περισσότερο την εικόνα του αινιγματικού αστέρα με το τσιγάρο στα χείλη και της μοιραίας καλλονής που κρύβεται πίσω από ένα σύννεφο καπνού.⁶⁸

Όλα αυτά είχαν ως στόχο τους νέους, εξαιτίας της έμφυτης τάσης των εφήβων να μιμούνται τους μεγαλύτερους τους. Ενδεικτικά αναφέρω πως σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία το 2005 σε παιδιά 10-14 ετών βρέθηκε μεγάλος κίνδυνος να ξεκινήσουν το κάπνισμα 2,6 φορές περισσότερο όταν εκτίθενται σε πολλές ταινίες, απ' ό,τι τα υπόλοιπα που δεν παρακολουθούσαν τόσες πολλές.⁶⁹

Αναγνωρίζοντας έτσι οι κυβερνήσεις τη ζημιά που προκαλείται από τη διαφήμιση του καπνού, γίνεται ανάγκη ο περιορισμός της και η πλήρη απαγόρευσή της.

Στην Ελλάδα με οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαγορεύεται κάθε μορφής διαφήμιση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους. Επιτρέπεται μόνο στους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησης προϊόντων καπνού.⁷⁰ Αντίθετα, δημιουργούνται διαφημίσεις με στόχο να γνωστοποιήσουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, οι οποίες δεν φέρουν πάντα το επιθυμητό αποτέλεσμα, όπως αποδείχτηκε το 2009 σε έρευνα στην Ελλάδα που αξιολόγησε τις αντικαπνιστικές διαφημίσεις ο ελληνικός έφηβος πληθυσμός.⁷¹

5.3. Ετικέτες πακέτων τσιγάρων

Στα μέτρα περιορισμού του καπνίσματος είναι και τα προειδοποιητικά μηνύματα και οι εικόνες που αναφέρονται στην υγεία, τα οποία πρέπει να βρίσκονται πάνω στα πακέτα των τσιγάρων.

Αυτό ορίζεται με το άρθρο 11 της Συνεδρίας του Π.Ο.Υ, όπου απαιτείται από τις βιομηχανίες καπνού να ακολουθήσουν τα εξής:

- Πρέπει να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά μέτρα για να εξασφαλίσουν ότι οι προειδοποιήσεις για την υγεία και τα μηνύματα είναι μεγάλα, σαφή, ορατά και ευανάγνωστα.
- Η θέση και η διάταξη των προειδοποιήσεων για την υγεία και τα μηνύματα σχετικά με ένα πακέτο θα πρέπει να εξασφαλίζει τη μέγιστη ορατότητα. Τα μηνύματα θα πρέπει να τοποθετούνται και στις δύο όψεις του πακέτου. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να καλύπτει το 30-50% του συνολικού μεγέθους του πακέτου.
- Θα πρέπει να πρεσεχτεί ιδιαίτερα να μην μπορεί να αλλοιωθεί ή να καταστραφεί το μήνυμα με το άνοιγμα του πακέτου.
- Το κείμενο των προειδοποιήσεων και οι εικόνες θα πρέπει να είναι απλά και κατανοητά ώστε να μπορεί να καταλάβει είτε κάποιος αλλοδαπός, είτε κάποιος αγράμματος τις προειδοποιήσεις αυτές.
- Αν δεν υπάρχει εικόνα, ο χρωματισμός του κειμένου πρέπει να είναι ασπρόμαυρος, και τέλος
- Τα μηνύματα θα πρέπει να είναι αρκετά, αναφερόμενα πάντα στους κινδύνους της υγείας και να εναλλάσσονται μεταξύ τους.⁷²

Τα παραπάνω ισχύουν στην Ελλάδα με την Υ.Α 266/2003.

Το αποτέλεσμα βέβαια ούτε σε αυτή την περίπτωση είναι ικανοποιητικά όπως αναφέρεται στο “Journal of Experimental Social Psychology” έπειτα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε ένα χρόνο πριν. Οι προειδοποιήσεις που αναφέρουν τους κινδύνους του τσιγάρου για την υγεία εξωθούν τους καπνιστές να καπνίζουν περισσότερο. Αντίθετα, οι προειδοποιήσεις που αναφέρονταν στις αρνητικές επιπτώσεις της εξωτερικής εμφάνισης των καπνιστών ήταν πιο αποτελεσματικές και προβλημάτιζαν περισσότερο τον καπνιστή. Οι ερευνητές λένε συγκεκριμένα: «Οι καπνιστές όταν έρχονται αντιμέτωποι με μηνύματα που σχετίζονται με θάνατο ή προβλήματα υγείας αναπτύσσουν μηχανισμούς που τους παρακινούν να συνεχίζουν τη πιμοκίνδυνοι για την υγεία τους συμπεριφορά.»⁷³

Άλλες έρευνες όμως πιστεύουν πως εάν υπήρχαν οθόνες με προειδοποιήσεις και μεγαλύτερες φωτογραφίες θα αυξανόταν την αποτελεσματικότητά τους, γιατί θα γνωστοποιούσαν καλύτερα τους κινδύνους για την υγεία, και θα προκαλούσαν μεγαλύτερη συναισθηματική αντίδραση και περαιτέρω κίνητρα στους χρήστες να σταματήσουν το κάπνισμα του καπνού.^{74,75,76}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το ζήτημα του περιορισμού του καπνίσματος αποτελεί ζωτικό αίτημα για τη δημόσια υγεία. Στις νεαρές ηλικίες, κύριο μέλημα αποτελεί η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος. Αντίθετα, η διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να αποτελεί τη μόνη ριζική λύση στις περιπτώσεις εδραιωμένης καπνιστικής συμπεριφοράς. Ποιος είναι ο τρόπος όμως, που θα μπορούσε να κάνει κάτι τέτοιο πραγματικότητα;

6.1. Μη φαρμακευτική αγωγή

6.1.1. Θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης

Μπορεί η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης(NRT) να βοηθήσει τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα. Η NRT στοχεύει στη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος, αντικαθιστώντας τη νικοτίνη από τα τσιγάρα. Διατίθενται σε έμπλαστρα, τσίχλες, ρινικά σπρέι, ψεκαστήρες και δίσκια. Έχει διαπιστωθεί ότι είναι πιο πιθανό να πετύχει η διακοπή του καπνίσματος ενός ατόμου που προσπαθεί με NRT κατά 50-70%, τα οποία χορηγούνται και χωρίς γιατρό. Σε μερικές περιπτώσεις μπορούν να συνδυαστούν και δυο υποκατάστατα. Παρενέργειες που μπορούν να προκύψουν συνδέονται με τον τύπο του προϊόντος. Δηλαδή, μπορεί να είναι ερεθισμός του δέρματος, ερεθισμός στο εσωτερικό του στόματος' δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι τα NRT αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιακών προσβολών.^{77,78}

6.1.1.1. Διαδερμικό έμπλαστρο

Το διαδερμικό έμπλαστρο βοηθά να κόψουν το κάπνισμα παρέχοντας στον οργανισμό τους μια συνεχή και ελεγχόμενη δόση νικοτίνης για να αντιμετωπίσουν την έντονη επιθυμία για τσιγάρο και τα συμπτώματα στέρησης. Η νικοτίνη απορροφάται από το δέρμα για διάστημα 16 ωρών. Η απορρόφηση είναι αργή σε σύγκριση με την νικοτίνη του τσιγάρου, επομένως θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να περιμένουν λίγο περισσότερο να δράσει.^{79,80,81,82,83}

Το διαδερμικό έμπλαστρο διατίθεται σε 3 περιεκτικότητες (15mg, 10mg, 5mg), οπότε ξεκινάει ο ασθενής με τη μεγαλύτερη δόση και σταδιακά μειώνει τη λήψη της νικοτίνης. Η συνολική διάρκεια θεραπείας δε θα πρέπει να υπερβαίνει τους 3 μήνες.⁷⁹

6.1.1.2. Τσίγλες (Nicorette)

Η τσίγλα Nicorette είναι ένας γρήγορος και ευέλικτος τρόπος να αντιμετωπίζετε την ανάγκη σας για τσιγάρο. Παρέχει τη δυνατότητα να καθορίζει ο καπνιστής πόση νικοτίνη θα λαμβάνει και πόσο συχνά.^{81,82,83} Η μάζηση εκτονώνει την νευρική και κρατά απασχολημένο το στόμα.

Μπορεί να χρησιμοποιήσετε τη τσίγλα για να κόψετε το κάπνισμα είτε απότομα, είτε σταδιακά.

Καθώς μασάει την τσίγλα απελευθερώνονται στον οργανισμό ελεγχόμενες ποσότητες νικοτίνης για να αντιμετωπίσει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο και τα συμπτώματα στέρησης. Αν χρησιμοποιηθεί σωστά η τσίγλα μπορεί να διπλασιαστούν οι πιθανότητες για επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση μόνο με τη δύναμη της θέλησής του.^{81,82,83}

Αν χρησιμοποιηθεί η τσίγλα για απότομη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει:

Ø Τους 3 πρώτους μήνες: Να μασάει 1 δισκίο κάθε φορά που έχει ανάγκη για τσιγάρο.

Ø Τους 3 επόμενους μήνες: Να μειώσει σταδιακά τα δισκία, έως 2 την ημέρα και μετά διακόψει τη χρήση της τσίγλας.

Αν χρησιμοποιηθεί η τσίγλα Nicorette 2mg για σταδιακή ελάττωση του καπνίσματος με στόχο τη διακοπή, θα πρέπει:

Ø 6 πρώτες εβδομάδες: Να ελαττώσει σταδιακά τα τσιγάρα αντικαθιστώντας τα με τσίγλα Nicorette 2mg. Να μασάει 1 δισκίο κάθε φορά που έχει ανάγκη για τσιγάρο. Ιδανικά να μειώσει τον αριθμό των τσιγάρων στο μισό μέσα στις πρώτες 6 εβδομάδες.

Ø Την 7η εβδομάδα – 6 μήνες: Να συνεχίσει την ελάττωση των τσιγάρων με τη χρήση της τσίγλας Nicorette 2mg μέχρι την πλήρη διακοπή του καπνίσματος.

Ø Μετά τους 6 μήνες: Να μειώσει σταδιακά τη χρήση της τσίγλας Nicorette 2mg, έως πχ. τα 2 δισκία την ημέρα και μετά διακόψει τη χρήση της.

Η τυπική δοσολογία είναι 1 τσίγλα ανά ώρα. Δε θα πρέπει να καταναλώνονται περισσότερα από 30 δισκία των 2mg την ημέρα.⁸⁴

6.1.1.3. Υπογλώσια δίσκια (Nicorette)

Τα Υπογλώσια δίσκια Nicorette είναι ένας εύχρηστος και διακριτικός τρόπος να αντιμετωπίσει ο καπνιστής την ανάγκη του για τσιγάρο. Του δίνει τη δυνατότητα να καθορίζει ο ίδιος πόση νικοτίνη θα λαμβάνει και κάθε πότε. Διαλύεται αργά κάτω από τη γλώσσα κρατώντας το στόμα απασχολημένο.

Το υπογλώσσιο δισκίο χρησιμοποιείται για απότομη διακοπή του καπνίσματος. Απελευθερώνει σταδιακά νικοτίνη, η οποία απορροφάται από τα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας.

Η νικοτίνη ανακουφίζει αποτελεσματικά τα συμπτώματα στέρησης και την ανάγκη για τσιγάρο που μπορεί να νιώσει όταν κόβει το κάπνισμα.^{81,82,83}

Η δοσολογία έχει ως εξής:

Ø Τους 3 πρώτους μήνες: 1 δισκίο κάθε φορά που έχει ανάγκη για τσιγάρο.

Ø Τους 3 επόμενους μήνες: μειώνει σταδιακά τα δισκία, έως τα 2 την ημέρα και μετά κάνει διακοπή της χρήσης του υπογλώσσιου δισκίου.

Η δόση θα πρέπει να επιλέγεται με βάση την εξάρτησή σας από τη νικοτίνη:

- Αν καπνίζει κάποιος μέχρι 20 τσιγάρα τη μέρα, αρχίζει με 1 δισκίο κάθε 1-2 ώρες την ημέρα.

- Αν καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα τη μέρα, αρχίστε με 1 δισκίο κάθε 1 ώρα.

Δε θα πρέπει να καταναλώνονται περισσότερα από 30 δισκία την ημέρα, και η συνολική διάρκεια της θεραπείας να μην υπερβαίνει τους 6 μήνες.⁸⁵

6.1.1.4. Συσκευή εισπνοής (Nicorette)

Η συσκευή εισπνοής βοηθά τον καπνιστή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της στέρησης της νικοτίνης και αμβλύνοντας την επιθυμία τους να καπνίζουν. Η συσκευή εισπνοής βοηθά τους καπνιστές που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα προσωρινά ή που δεν μπορούν ή δεν θα σταματήσουν να καπνίζουν λιγότερο, παρέχοντας περιόδους αποχής από το κάπνισμα. Η συσκευή εισπνοών επιτρέπει στον καπνιστή να ικανοποιεί τις φυσιολογικές λαχτάρα τους για τη νικοτίνη και φτάνει ως την πλήρη αποτελεσματικότητά του μετά από περίπου 30 λεπτά. Επιτρέπει στο χρήστη να αναδημιουργήσει τη δράση του καπνίσματος και τους δίνει κάτι να κάνει με τα χέρια τους. Αυτό μπορεί να μην φαίνονται σημαντικά, αλλά ορισμένοι καπνιστές που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα πραγματικά λείπει η φυσική συνήθεια της άρσης ένα τσιγάρο από και προς το στόμα.^{81,82}

Ενώ η Nicorette συσκευή εισπνοής μπορεί να μοιάσει με ένα πλαστικό τσιγάρο, είναι εντελώς διαφορετικό. Η συσκευή εισπνοών παραδίδει τη νικοτίνη στο στόμα και να μην πάει στους πνεύμονες. Η νικοτίνη που εισέρχεται στο σύστημα μέσω αυτής της μεθόδου απορροφάται πολύ πιο αργά απ'ότι τα τσιγάρα των καπνιστών. Με τον τρόπο αυτό παρέχει αρκετή νικοτίνη στον οργανισμό και βοηθά να ξεπεράσει την δυσάρεστη κατάσταση των

συμπτωμάτων απόσυρσης νικοτίνης. Αυτά τα συμπτώματα συχνά παρουσιάζονται ως ευερεθιστότητα και η ανησυχία, ταλάντευση διάθεσης, ήπια κατάθλιψη, προβλήματα στον ύπνο ή τη συγκέντρωση. Αυτά είναι εν μέρει ο λόγος για τον οποίο πολλοί καπνιστές θεωρούν ότι είναι τόσο δύσκολο να το κόψουν.^{81,82,83,86}

Η Nicorette συσκευή εισπνοής προορίζεται να χρησιμοποιηθεί για περίοδο τουλάχιστον τριών μηνών, για να δώσει την καλύτερη ευκαιρία να σταματήσουν το κάπνισμα. Αν σταματήσει την χρήση της συσκευής εισπνοών, πριν τις 12 εβδομάδες θα βρει ακόμα το σώμα του να ποθεί τη νικοτίνη και μπορεί να συνεχίσει να αντιμετωπίζει τα συμπτώματα της στέρησης νικοτίνης. Είναι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου που είναι πιο πιθανό να αρχίσουν το κάπνισμα και πάλι.^{81,82,83,86}

Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί συσκευή εισπνοών όποτε αισθάνεται την ανάγκη να καπνίσει. Από την άποψη αυτή, μπορεί να ρουφά την συσκευή εισπνοών με τον ίδιο τρόπο που θα έκανε με ένα τσιγάρο.

Αν καπνίζουν κανονικά 20 τσιγάρα την ημέρα, τότε θα απαιτήσει κατά πάσα πιθανότητα περίπου 6 φυσίγγια ανά ημέρα. Μετά από 20 περίπου είκοσι λεπτά από τη χρήση, είτε με βαθιά εισπνοή ή σε ρηχά ξεφυσώντας, θα έχετε εξαντλήσει όλη τη νικοτίνη στην κασέτα και θα πρέπει να αντικατασταθεί. Κατανεμημένη σε κατά προσέγγιση σύνολα, αυτό είναι το ισοδύναμο περίπου 80 βαθιά εισπνοές ή 300 ρηχά εισπνοών. Δεν έχει νόημα να συνεχίσει να χρησιμοποιεί το φυσίγγιο μετά το τελειώμά του γιατί δεν θα αποκομίσουν κανένα πραγματικό όφελος από αυτό. Οι περισσότεροι χρήστες που έχουν κόψει το κάπνισμα με επιτυχία έχουν κατά μέσο όρο περίπου 6 έως 12 φυσίγγια την ημέρα. Μπορεί ο καπνιστής να αισθανθεί την ανακούφιση από τη νικοτίνη λαχτάρα περίπου μισή ώρα μετά την εκκίνηση.⁸⁶

6.1.1.5. Ρινικό εκνέφωμα

Το ρινικό εκνέφωμα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνονται ομάδες υποστήριξης, συμβουλευτικής, ή ειδικές τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς. Ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων αποκαλούμενων ενισχύσεων διακοπή του καπνίσματος. Λειτουργεί με την παροχή της νικοτίνης στο σώμα του καπνιστή για να μειώσει τα συμπτώματα στέρησης με εμπειρία, όταν το κάπνισμα διακοπεί και να μειωθεί η παρόρμηση για κάπνισμα.

Το ρινικό εκνέφωμα έρχεται ως υγρό σπρέι στη μύτη. Θα πρέπει να ακολουθηθούν οι οδηγίες στην ετικέτα συνταγών προσεκτικά. Αρχικά, ο καπνιστής ξεκινάει με 1 ή 2 δόσεις ανά ώρα. Κάθε δόση είναι δύο ψεκασμοί, μία σε κάθε ρουθούνι. Δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί περισσότερο από πέντε δόσεις ανά ώρα ή 40 δόσεις ανά ημέρα (24 ώρες).^{81,82,83,87} Αφού έχει

χρησιμοποιηθεί το ρινικό εκνέφωμα για 8 εβδομάδες και το σώμα προσαρμόζεται σε μη κάπνισμα, ο γιατρός σας μπορεί να μειώσει τη δόση σταδιακά μέσα στα επόμενα 4 έως 6 εβδομάδες, μέχρι να μην χρησιμοποιηθεί ξανά.^{81,82,83,87}

6.1.2. Εναλλακτικές μέθοδοι

6.1.2.1. Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι απλός στην εφαρμογή του. Οι βελόνες που χρησιμοποιούνται είναι μιας χρήσεως. Τοποθετούνται σε ειδικά επιλεγμένα σημεία του σώματος, χωρίς πόνο.

Για το κάπνισμα, τοποθετούνται 6-10 βελόνες στον λοβό του αυτιού, στο πρόσωπο και ίσως στα χέρια. Το πρωτόκολλο είναι συγκεκριμένο και αφορά μόνο το κάπνισμα. Δεν έχει καμία παρενέργεια. Οι βελόνες παραμένουν στη θέση τους για διάστημα 15 - 20 λεπτών και στην συνέχεια αφαιρούνται. Το αποτέλεσμα εμφανίζεται σε 6 - 8 ώρες μετά τη θεραπεία. Την επομένη ημέρα ο καπνιστής θα αισθανθεί μειωμένη επιθυμία για κάπνισμα, δεν θα υπάρχουν τα συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης, η επιθυμία, όταν υπάρχει, θα είναι ήπια, απόλυτα ελεγχόμενη και λιγότερο βασανιστική απ' ότι συνήθως συμβαίνει, ενώ δεν θα υπάρχουν τα συμπτώματα ενός καπνιστή που κόβει το κάπνισμα. Παράλληλα θα εμφανιστούν κάποια συμπτώματα απέχθειας στον καπνό, τα οποία όσο περνά ο καιρός θα είναι πιο έντονα.

Η θεραπεία επαναλαμβάνεται σε δύο περιπτώσεις:

- αν υπάρχουν βασανιστικά συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης και
- αν ο καπνιστής υποκύψει στην επιθυμία του και καπνίσει.

Μελέτη της Mayo Clinic αναφέρει ότι τα επίπεδα των τοξινών στο σώμα δεν μειώνονται, όταν "σκληροί" καπνιστές ελαττώνουν στο μισό την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων. Τα στοιχεία δείχνουν ότι δεν υπάρχει ούτε ένας καπνιστής στους εκατό που να κατάφερε να μειώσει τον αριθμό των τσιγάρων στο μισό για περισσότερο από ένα μήνα.

Ο βελονισμός μπορεί να εφαρμοστεί παράλληλα με οποιαδήποτε άλλη αγωγή, καθώς και να εφαρμοστεί και στους πέντε πρώτους μήνες εγκυμοσύνης.⁸⁸

6.1.2.2. Ηλεκτρονικό Τσιγάρο

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο - ατμοποιητής λειτουργεί χωρίς φυσική φλόγα, χρησιμοποιώντας μικροηλεκτρονική τεχνολογία, παρέχοντας στους χρήστες του την πραγματική εμπειρία του καπνίσματος χωρίς καπνό, πίσσα και χιλιάδες άλλες τοξικές ουσίες, που περιέχονται στα παραδοσιακά τσιγάρα. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο - ατμοποιητής έχει την εικόνα, την αίσθηση την γεύση και το μέγεθος (89mm) του παραδοσιακού τσιγάρου. Αποτελείται από ένα αναλώσιμο φίλτρο (cartridge) που περιέχει υγρό το οποίο αποτελείται κυρίως από γλυκόλη προπυλενίου ή φυτική γλυκερίνη ουσίες ακίνδυνες και ασφαλής που χρησιμοποιούνται ευρύτατα στα τρόφιμα και στα καλλυντικά.⁸⁹

Εισπνέοντας, ένας μικροεπεξεργαστής διοχετεύει σταγονίδια υγρού στον μηχανισμό που παράγει καπνό (ή καλύτερα, ατμό) και ο χρήστης έχει την ίδια αίσθηση και ικανοποίηση με αυτή που θα είχε από ένα κανονικό τσιγάρο, χωρίς όμως τα υπόλοιπα βλαβερά συστατικά (νικοτίνη, πίσσα, μονοξείδιο του άνθρακα κλπ) που περιέχουν τα συμβατικά τσιγάρα.

Μεγάλος αριθμός βλαβερών/καρκινογόνων ουσιών παράγεται από την καύση του τσιγάρου. Ο καπνός-ατμός που παράγει το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι προϊόν καύσης.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο-ατμοποιητής λειτουργεί με επαναφορτιζόμενη μπαταρία και ο καπνός παράγεται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο θάλαμο (atomizer). Η θερμοκρασία του καπνού που παράγεται είναι ίδια με αυτή του καπνού ενός κανονικού τσιγάρου (50-60 °C). Λόγω του ότι ο "καπνός" που παράγεται είναι στην ουσία ατμός, το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν βλάπτει τους γύρω σας. Ο ατμός διαλύεται στον αέρα σε δευτερόλεπτα και δεν μυρίζει ούτε δημιουργεί προβλήματα παθητικού καπνίσματος.⁸⁹

6.2. Φαρμακευτική αγωγή

6.2.1. Βουπροπιόνη SR (Zyban)

Η βουπροπιόνη είναι ένα μη νικοτινούχο δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι ουσία αντικαταθλιπτική, η οποία διευκολύνει τη διακοπή του καπνίσματος αφενός δια της ντοπανεργικής της δράσης, και αφετέρου επειδή δεσμεύει τους νικοτινικούς υποδοχείς. Συνήθης δόση είναι τα 300mg.^{90,91,92}

6.2.2. Βαρενικλίνη (Champix)

Πρόκειται για έναν μερικό αγωνιστή των $\alpha 4\beta_2$ νικοτινικών χολινεργικών υποδοχέων, τους οποίους αρχικά διεγείρει προκαλώντας τελικά απελευθέρωση ντοπαμίνης στους μετασυναπτικούς D_2 υποδοχείς του επιχείλιου συστήματος, με μικρότερη όμως ένταση απ'ότι η νικοτίνη. Ταυτόχρονα δεσμεύει τους υποδοχείς εμποδίζοντας τη δράση της νικοτίνης σε αυτούς, με συνέπεια το άτομο να μην αισθανθεί ευχαρίστηση εάν καπνίσει.^{93,94,95,96}

6.3 Ιατρεία διακοπής καπνίσματος

Στο European tobacco control report 2007 αναφέρεται η στρατηγική δράση για την διακοπή του καπνίσματος, στην οποία περιλαμβάνεται η ανάπτυξη και η ενσωμάτωση των βέλτιστων πρακτικών για την θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, και την πρόληψη της υποτροπής -ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτικές υπηρεσίες- στα εθνικά προγράμματα υγείας.⁹⁷ Για την πραγματοποίηση αυτών, δηλαδή για προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης για τη διάγνωση, ιατρική συμβουλή και θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό δίνοντας προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προϋποτίθεται η ύπαρξη εγκαταστάσεων.⁹⁷

Τα παραπάνω προέκυψαν εξαιτίας του γεγονότος ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση και χρειάζεται πρώτα απ' όλα ισχυρή θέληση. Για να ενδυναμωθεί η θέληση του ασθενή ή να την αποκτήσει –για λόγους υγείας- χρειάζεται κάποια βοήθεια. Αυτή τη βοήθεια την προσφέρουν τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο κατηγορίες τέτοιων κέντρων: τα ιδιωτικά, που εφαρμόζουν μεθόδους εναλλακτικής ιατρικής, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα ο βελονισμός, και τα δημόσια που παρέχουν φαρμακευτική αγωγή. Και στις δυο περιπτώσεις, στόχος της βοήθειας είναι ο περιορισμός των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης που προκαλεί η έλλειψη της νικοτίνης. Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο, θα πρέπει να υπάρξει συνδυασμός είτε της φαρμακοθεραπείας, είτε των εναλλακτικών μεθόδων με την ψυχολογική υποστήριξη.⁹⁸

Στη συνέχεια θα ασχοληθώ με τη λειτουργία ενός δημόσιου ιατρείου διακοπής καπνίσματος, το οποίο είναι πιο δημοφιλές και πιο κοντά στους πολίτες.

6.3.1 Δημόσιο ιατρείο διακοπής καπνίσματος- Πρόγραμμα υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος LifeREWARDS

Το πρόγραμμα LifeREWARDS είναι δομημένο ολόκληρο γύρω τόσο από τις συνήθειες του καπνίσματος, όσο και από τον τρόπο ζωής του καπνιστή. Είναι το δικό του πρόγραμμα και καθώς η ζωή του θα αλλάζει τις επόμενες ημέρες και εβδομάδες, θα αλλάζει μαζί του και το πρόγραμμα LifeREWARDS.

Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώσει τη θεραπεία με Champix.

Το Champix είναι μια θεραπεία 12 εβδομάδων η οποία αναπτύχθηκε ειδικά για την αντιμετώπιση του εθισμού του καπνιστή στη νικοτίνη, αλλά και για να βοηθήσει στην ανακούφιση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα, καθώς και των συμπτωμάτων στέρησης που σχετίζονται με τη διακοπή του.

Το πρόγραμμα αυτό είναι πρόγραμμα συμπεριφορικής υποστήριξης διάρκειας 16 εβδομάδων που παρέχεται δωρεάν, και εφαρμόζεται στο χρόνο και το μέρος που θα επιλέξει το κάθε άτομο.

Όποιο και να είναι το κίνητρο του καπνιστή για να διακόψει το κάπνισμα, το πρόγραμμα αυτό παρέχει συμβουλές και πληροφορίες, βοηθώντας τον παράλληλα να παραμείνει συγκεντρωμένος στην προσπάθειά του.⁹⁹

Θα ξεκινήσει ορίζοντας μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, που θα πρέπει να είναι 8-14 ημέρες μετά την έναρξη λήψης του Champix. Ο λόγος για τον οποίο ζητείται να περιμένει ωστόσο διακόψει το κάπνισμα είναι για να μπορέσει να δράσει το φάρμακο. Ιδανικά η ημερομηνία διακοπής είναι η 8^η ημέρα.

Εβδομάδα 1η- Φάση προετοιμασίας

Το πρόγραμμα LifeREWARDS ξεκινά με μια φάση προετοιμασίας μιας εβδομάδας, κατά τη διάρκεια της οποίας θα καπνίζει ο ασθενής ακόμη. Σκοπός αυτής της φάσης είναι να προετοιμάσει πλήρως τον καπνιστή για να διακόψει το κάπνισμα – κάνοντάς τον να σκεφτεί σχετικά με τις συνήθειες και το ιστορικό του καπνίσματός του και να επιβεβαιώσει τους λόγους για τους οποίους αποφάσισε να κόψει το κάπνισμα.

Εβδομάδα 2^η-12^η- Φάση διακοπής του καπνίσματος

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας που θα λαμβάνει το Champix θα φτάσει στην ημερομηνία- στόχο διακοπής του καπνίσματος- την ημέρα που θα διακόψετε το κάπνισμα για πάντα. Σε αυτή τη φάση, το LifeREWARDS θα παρέχει τις συμβουλές που απαιτούνται κατά την περίοδο των 12 εβδομάδων που θα παίρνει το Champix καθώς και μετά από αυτή.

Εβδομάδα 13^η-16^η- Φάση παρακολούθησης

Μετά από 12 εβδομάδες θα φτάσει στη φάση της παρακολούθησης διάρκειας 4 εβδομάδων κατά την οποία δεν θα λαμβάνει πλέον τα χάπια. Ωστόσο το πρόγραμμα υποστήριξης θα συνεχίζεται, αν και επισήμως θα έχει διακόψει το κάπνισμα.⁹⁹

Έχει αποδειχθεί με έρευνα στην Μασαχουσέτη πως το κάπνισμα και η διακοπή του δεν είναι προσωπική υπόθεση του καθενός, αλλά αλληλοσυνδέεται με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Ο δρ. Χρηστάκης δίνοντας ένα παράδειγμα εξηγεί πώς ισχύει κάτι τέτοιο: «Έστω ότι έχουμε τρεις καπνιστές: τον Α, τον Β και τον Γ. Ο Α και ο Β είναι φίλοι, όπως και ο Β με τον Γ. Ο Α δεν γνωρίζει τον Γ. Εάν ο Γ κόψει το κάπνισμα, τότε οι πιθανότητες να το κόψει και ο Α αυξάνονται κατά 30%, ασχέτως εάν ο κοινός φίλος Β αποφασίσει να κόψει το τσιγάρο ή να συνεχίσει να καπνίζει κανονικά.»¹⁰⁰

6.3.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος

Ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει πως η παροχή συμβουλών και θεραπείας από τους γιατρούς μπορεί να αποτελεί μείζονα παράγοντα στο κατά πόσο ένα άτομο προσπαθεί να επιτυγχάνει να διακόψει το κάπνισμα. Όμως, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και ο νοσηλευτής, διότι είναι το πρώτο άτομο που ο καπνιστής- ασθενής θα συναντήσει στο ιατρείο και θα εκφράσει όλες του τις αδυναμίες.¹⁰¹

Το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών στις Ηνωμένες Πολιτείες προτείνει για την υποβοήθηση των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα, την μέθοδο των «5Α», όπου ο τρόπος αυτός πραγματοποιείται με συνεργασία του νοσηλευτή και του γιατρού.

“Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange”! Πρώτα, Συμβούλευσε, Αξιολόγησε, Βοήθησε και Καθοδήγησε!^{102,103,104}

Ο νοσηλευτής με την προσέλευση του καπνιστή στο ιατρείο, θα πρέπει να κρατήσει αρχείο και να συμπληρώσει το ιστορικό του ώστε να έχει τη δυνατότητα μέσα στην πάροδο του χρόνου να ελέγξει την επιτυχία ή την αποτυχία, να ξανακανονίσει συνάντηση -αν χρειαστεί- ή να υποστηρίξει τα σημεία που έχουν ανάγκη ενδυνάμωσης. Έτσι θα πρέπει να τον ρωτήσει για την καπνιστική του συνήθεια. «Είναι νέος καπνιστής;», «Πόσα τσιγάρα κάνει την ημέρα;»^{104,105,106}

Στη συνέχεια, θα τον συμβουλεύσει ώστε να φύγει πιο αποφασισμένος και δυνατός, και στην επαφή του με τον γιατρό να έχει μια

άλλη δυναμική ώστε να ασχοληθούν με την ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση.^{104,105}

Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να του γνωστοποιήσει, επισημάνει και υπενθυμίσει τα οφέλη που θα έχει με την διακοπή του καπνίσματος:

Ø 1^η ημέρα (20')

Επάνοδος της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ø 8 ώρες

Μείωση κατά 50% των επιπέδων νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα και επάνοδος των επιπέδων οξυγόνου στα φυσιολογικά. Περισσότερο οξυγόνο σημαίνει περισσότερο ενέργεια.

Ø 24 ώρες

Το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται τελείως από τον οργανισμό και οι πνεύμονες αρχίζουν να αποβάλλουν τη βλέννη και τα υπολείμματα του καπνίσματος. Η αναπνοή γίνεται με μεγαλύτερη ευκολία.

Ø 1^η εβδομάδα (48 ώρες)

Δεν υπάρχει νικοτίνη στο σώμα. Ανακτάται η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης.

Ø 72 ώρες

Οι αεραγωγοί που οδηγούν στους πνεύμονες χαλαρώνουν κάνοντας την αναπνοή πιο εύκολη και αυξάνοντας τα επίπεδα ενέργειας.

Ø 2-12 εβδομάδες

Βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος. Η φυσική κατάσταση του καπνιστή θα βελτιωθεί και θα μπορεί να κάνει περισσότερα πράγματα.⁹⁹

Ø 3-9 μήνες

Η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται κατά 10% και θα παρατηρήσετε ότι έχει μειωθεί ο βήχας και ο εκπνευστικός συριγμός. Θα αισθάνεται ο καπνιστής ότι είναι σε καλύτερη φόρμα και ότι έχει περισσότερη δύναμη.

Ø 1 χρόνος

Ο κίνδυνος καρδιακής νόσου ελαττώνεται κατά 50% σε σχέση με έναν καπνιστή. Αυτό σημαίνει ότι έχει τις μισές πιθανότητες να πάθει καρδιακή προσβολή.

Ø 10 χρόνια

Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα ελαττώνεται κατά 50% σε σχέση με έναν καπνιστή.

Ø 15 χρόνια

Ο κίνδυνος εμφράγματος είναι πλέον ο ίδιος με αυτόν ενός μη καπνιστή.

Ακόμη:

- § Προλαμβάνει την ανικανότητα και βελτιώνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να έχει φυσιολογική εγκυμοσύνη και να γεννήσει ένα υγιές μωρό.
- § Ένας καπνιστής που σταματάει το κάπνισμα αισθάνεται το δέρμα και τη γενική του εικόνα να βελτιώνεται. Πχ. Τα δόντια πιο λευκά.
- § Η αναπνοή είναι δροσερή, βελτιώνεται η ποιότητα των μαλλιών ενώ εξαφανίζεται η χαρακτηριστική άσχημη οσμή από τα μαλλιά, τα ρούχα και το περιβάλλον.
- § Θα έχει περισσότερα χρήματα τα οποία θα μπορεί να ξοδέψει σε άλλα πράγματα.⁹⁹

Ευθύνη του νοσηλευτή είναι να αξιολογήσει το κατά πόσο είναι έτοιμος να κόψει το κάπνισμα τώρα και κατά πόσο εγκρατής θα είναι ώστε να μην υποκύψει στον πειρασμό να ανάψει ένα τσιγάρο.

Τον ασθενή-καπνιστή που είναι πρόθυμος να το διακόψει τώρα θα τον βοηθήσει να απευθυνθεί στον γιατρό ώστε να του δοθεί φαρμακευτική αγωγή, ενώ παράλληλα θα του παρέχει ο ίδιος την υποστήριξη που του χρειάζεται. Στον ασθενή-καπνιστή που δεν είναι πρόθυμος να το διακόψει αυτή τη στιγμή θα τον βοηθήσει ώστε να του ενδυναμώσει το «θέλω». Τέλος, στον ασθενή που έχει διακόψει το κάπνισμα μόλις λίγες ημέρες θα τον βοηθήσει να αποφύγει τις προκλήσεις ενισχύοντας την αυτοεκτίμησή του, μιας και η διακοπή καπνίσματος είναι πράξη αγάπης προς τον εαυτό του καπνιστή αφού μπαίνει σε διαδικασία βελτίωσης της υγείας του και μπορεί να αποτελέσει αφετηρία μιας σειράς και από άλλες αλλαγές στην ζωή του.

Το 5^ο βήμα είναι η συνεχής καθοδήγηση και υποστήριξη του νοσηλευτή μέχρι την επίτευξη του στόχου του καπνιστή.^{104,105}

6.4. Διαδίκτυο

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός ατόμων ενδιαφέρεται για θέματα υγείας που τον απασχολούν και αναζητά πληροφορίες από διάφορες πηγές, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και το διαδίκτυο. Η

διαθεσιμότητά του όλο το 24ωρο, το μειωμένο κόστος σύνδεσης και η αύξηση της ταχύτητας σύνδεσης το καθιστούν όλο και πιο προσιτό στο ευρύτερο κοινό. Στο διαδίκτυο έχουν αναπτυχθεί αρκετές εφαρμογές, κυρίως για διακοπή του καπνίσματος.

Μια ανασκόπηση των εφαρμογών της τεχνολογίας του διαδικτύου για τη διακοπή του καπνίσματος, που ήταν διαθέσιμες τον Ιούνιο του 2002, ανέφερε μεγάλη ποικιλία στην ποιότητα και την ευχρηστία τους. Μόνο οι 46 από τις 202 ιστοσελίδες πρόσφεραν προγράμματα διακοπής του καπνίσματος. Ανάμεσα στις καλύτερες εφαρμογές για τη διακοπή του καπνίσματος θεωρείται το «Quitnet», (στη διεύθυνση www.quitnet.org). Η εφαρμογή του άρχισε το 1995 και φαίνεται να προσελκύει πάνω από 3000 επισκέπτες ημερησίως, ενώ έχουν εγγραφεί σε αυτό πάνω από 20.000 μέλη από 160 χώρες. Το πρόγραμμα δίνει τη δυνατότητα παροχής συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος και για εξατομικευμένη αλληλεπίδραση για παροχή ανατροφοδότησης για την ετήσια δαπάνη για το κάπνισμα και το σχετιζόμενο κόστος σε όρους χρημάτων και την επίδραση στη διάρκεια ζωής (βασισμένο σε επιδημιολογικές εκτιμήσεις).¹⁰⁷ Από τη στιγμή που ο καπνιστής σταματήσει να καπνίζει, η ιστοσελίδα παρέχει τη δυνατότητα συνεχούς καταγραφής και την επισήμανση γενεθλίων, όπως 1 μήνας ή 6 μήνες από το τελευταίο τσιγάρο. Ακόμα, δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής των χρηστών σε ομάδες συζήτησης με σκοπό την αλληλοϋποστήριξη και την πρόληψη των υποτροπών. Η πρόσβαση είναι ελεύθερη, αλλά υπάρχει και η δυνατότητα πληρωμής, που παρέχει στο χρήστη πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Μια άλλη εφαρμογή είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση www.stop-tabac.ch. Ξεκίνησε το 1996 και παρέχει πληροφορίες σε 5 γλώσσες. Εκτός από εκπαιδευτικό υλικό περιέχει διαδραστικές δοκιμασίες (tests), ομάδες συζήτησης, γνωσιακές συμπεριφορικές μεθόδους προσαρμοσμένες στο κάθε άτομο και στατιστικές για το κάπνισμα.

Ένα άλλο πολλά υποσχόμενο πρόγραμμα είναι διαθέσιμο στο δίκτυο της CompuServe. Παρέχει δυνατότητα αξιολόγησης των χρηστών και συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η αναγνώριση των προσωπικών λόγων για κάπνισμα, η αλλαγή καπνισματικών συνηθειών, η διαμόρφωση αντικαπνισματικών ζωνών, η στοχοθέτηση και η αυτοαξιολόγηση. Οι παρεμβάσεις εξατομικεύονται ανάλογα με το χρήστη, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα επικοινωνίας μέσω ομάδων συζήτησης. Υπολογίστηκε μια αποχή από το κάπνισμα της τάξης του 9,4% για ένα εξάμηνο για όσους συμμετείχαν σε εξάμηνη μελέτη παρακολούθησης.¹⁰⁷ Αν υπολογιστεί ότι η CompuServe είχε περίπου 360.000 χρήστες τη στιγμή της μελέτης, οι συγγραφείς εκτίμησαν ότι προσέλκυσαν το 1,1% των πρόσφατων καπνιστών μέσα σε ένα διάστημα 3 μηνών. Αυτό σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος τύπος παρέμβασης είναι ελκυστικός και υπάρχει ζήτηση γι' αυτόν.¹⁰⁷

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εντοπιστεί πόσο αποτελεσματική είναι η μέθοδος των ιατρικών διακοπής καπνίσματος και ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτά, αλλά και να συμβάλει στην βελτίωση των μεθόδων αυτών και να προσεγγίσει τον ρόλο του νοσηλευτή για ένα καλύτερο αποτέλεσμα για την υγεία των καπνιστών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Ειδικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Πατρών τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 2009 – Ιανουάριος 2010.

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε είναι 133 καπνιστές, οι οποίοι προσήλθαν στο ιατρείο οικειοθελώς έπειτα από κανονισμένη συνάντηση.

Η έρευνα είναι ποσοτική και πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίου κλειστών ερωτήσεων, το οποίο συμπληρώθηκε και κατά τη διάρκεια της συνάντησης αλλά και τηλεφωνικά για κάποιους από τους καπνιστές. Με την πάροδο τουλάχιστον 3 μηνών -που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η θεραπεία της διακοπής του καπνίσματος- υπήρξε ξανά τηλεφωνική επικοινωνία με το δείγμα με σκοπό την καταγραφή του αποτελέσματος της θεραπείας.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Fagerström, η οποία μας έδειξε πόσο εξαρτημένος είναι ο κάθε καπνιστής από την νικοτίνη, καθώς υπήρξε κι ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, όπου δημιουργήθηκε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, το οποίο μας έδειξε ποιος είναι ο βαθμός θέλησής τους για διακοπή του καπνίσματος.

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Chi Square test εκτελεσμένο από το λογισμικό Medcalc for Windows version 11.3.0.0. bvba copyright 1993-2010.

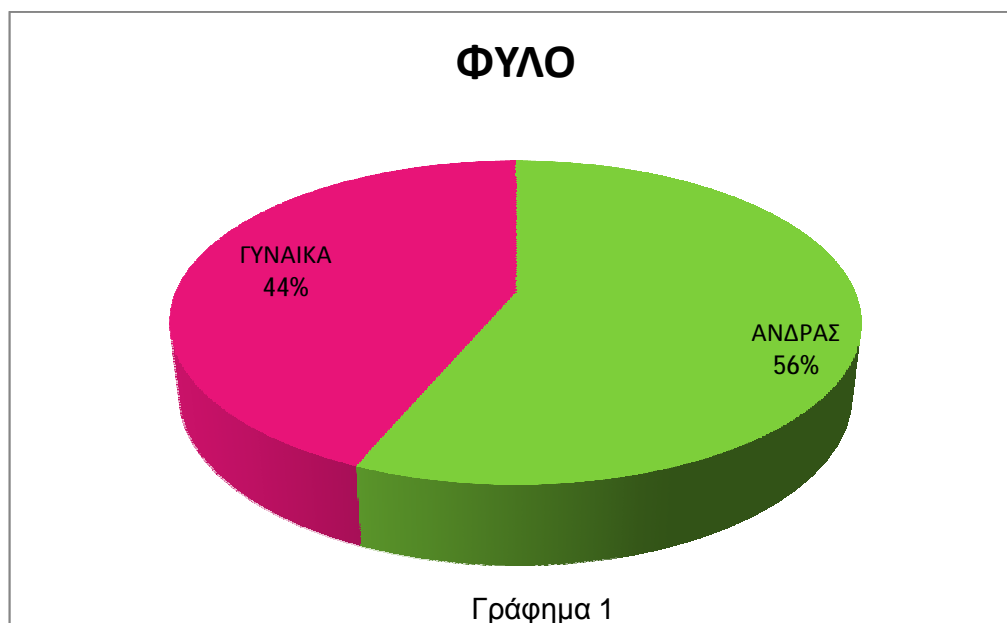
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

133 καπνιστές προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τον Ιανουάριο 2009 έως τον Ιανουάριο 2010.

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	75	56%
Γυναίκα	58	44%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

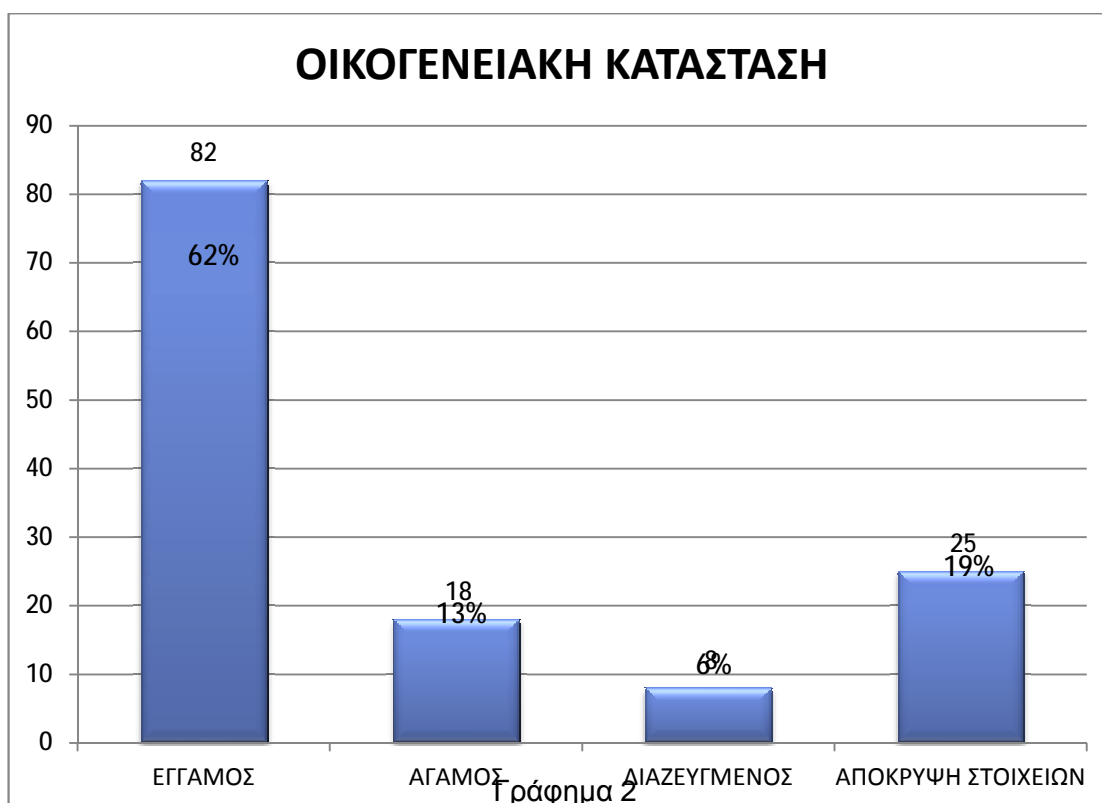
Από την καταμέτρηση του δείγματος βρέθηκε πως το 56% των καπνιστών που θέλησαν να κόψουν το κάπνισμα είναι άνδρες και το 44% γυναίκες.



Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμος	82	62%
Άγαμος	18	13%
Διαζευγμένος	8	6%
Απόκρυψη Στοιχείων	25	19%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

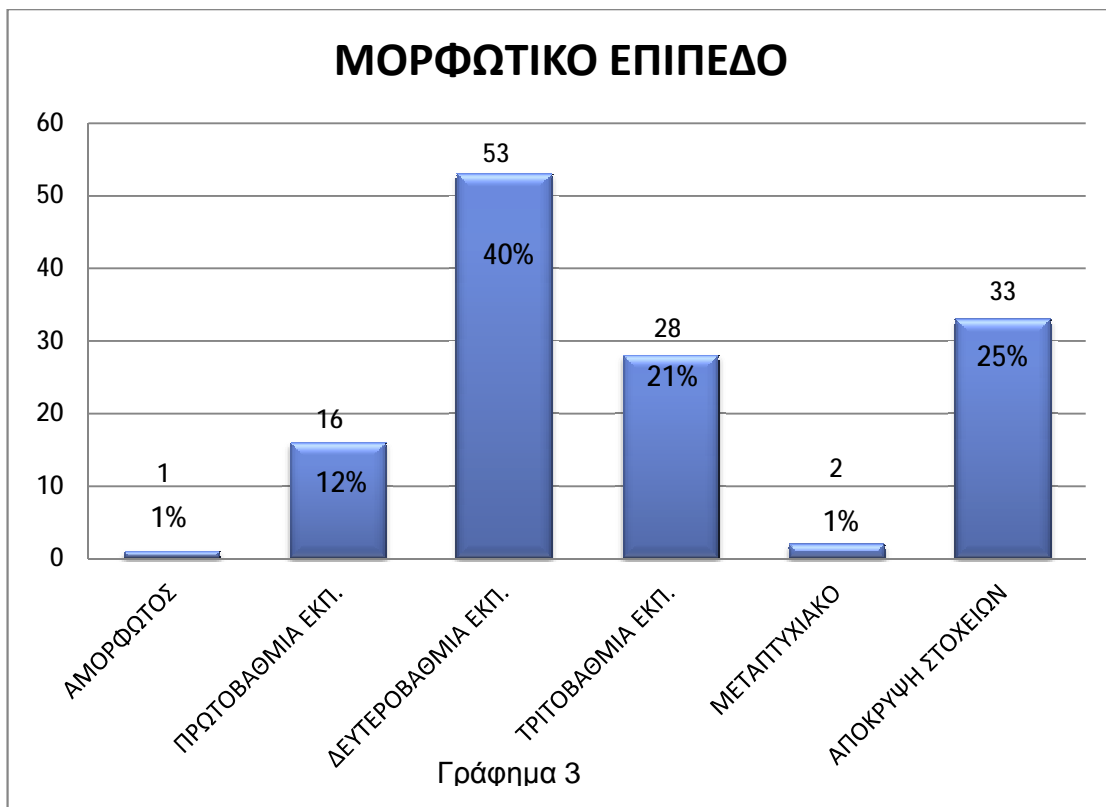
Από τους 133 καπνιστές οι 82 είναι έγγαμοι, οι 18 άγαμοι, μόλις 8 διαζευγμένοι και οι 25 θέλησαν να αποκρύψουν την οικογενειακή τους κατάσταση.



Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αμόρφωτος	1	1%
Πρωτοβάθμια Εκπ.	16	12%
Δευτεροβάθμια Εκπ.	53	40%
Τριτοβάθμια Εκπ.	28	21%
Μεταπτυχιακό	2	1%
Απόκρυψη Στοιχείων	33	25%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

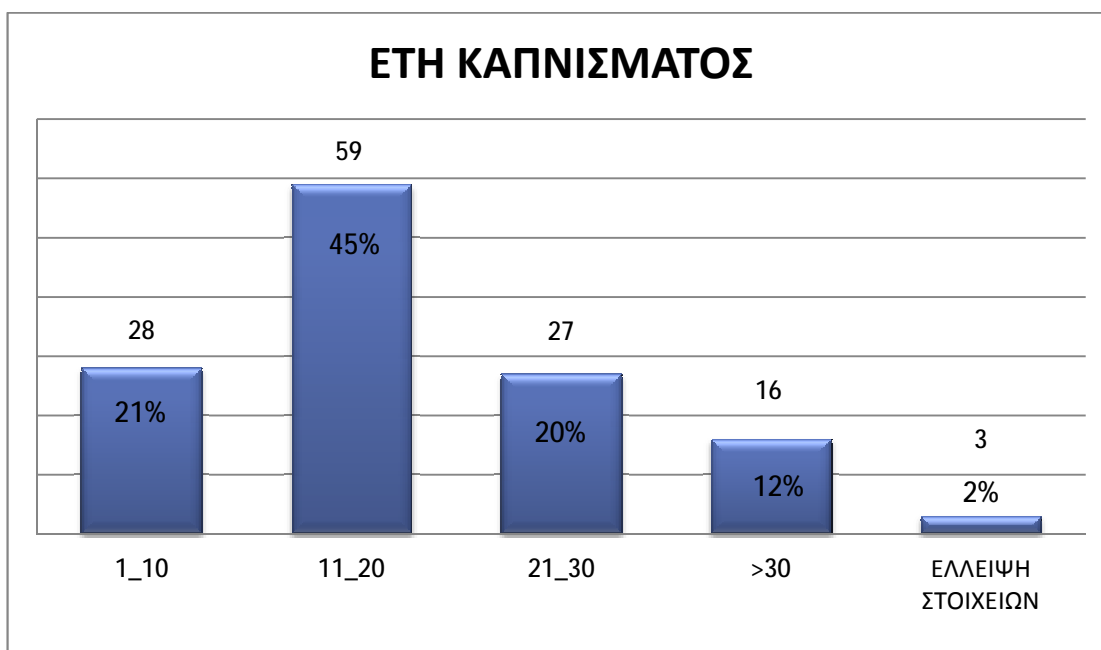
Από τους 133 καπνιστές οι 53 έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση, οι 33 δεν θέλησαν να απαντήσουν, οι 28 έχουν τριτοβάθμια κατάρτιση και μόλις 1 είναι αμόρφωτος και 2 έχουν και μεταπτυχιακό.



Πίνακας 4. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα Pack Years

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-10	28	21%
11-20	59	45%
21-30	27	20%
>30	16	12%
Έλλειψη Στοιχείων	3	2%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

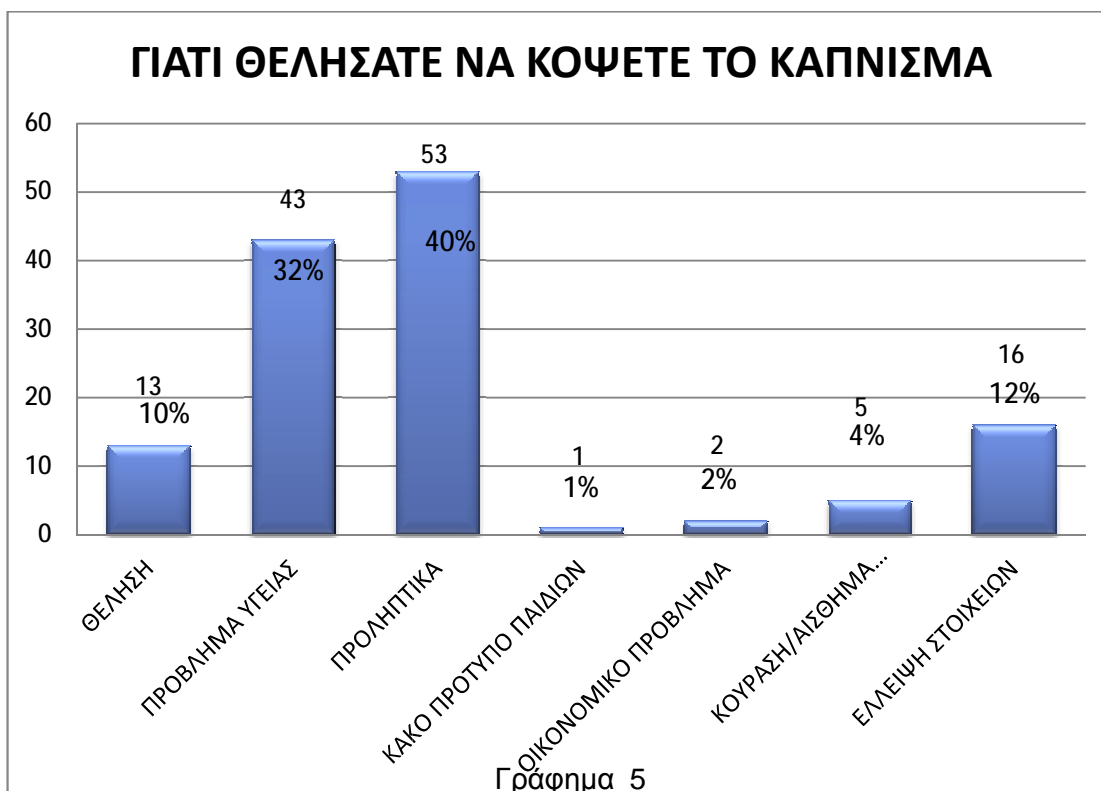
Από τους 133 καπνιστές οι πλειοψηφία αυτών (59 άτομα) έχουν pack years 11-20, οι 28 καπνιστές 1-10, οι 27 καπνιστές 21-30 pack years και τέλος 16 άτομα >30 pack years, ενώ αποτέλεσμα δεν έχουμε μόνο για 3 καπνιστές για τους οποίους έχουμε έλλειψη στοιχείων.



Πίνακας 5. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αιτία που θέλησε να κόψει το κάπνισμα

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Θέληση	13	10%
Πρόβλημα υγείας	43	32%
Προληπτικά	53	40%
Κακό πρότυπο παιδιών	1	1%
Οικονομικό πρόβλημα	2	1%
Κούραση/Αίσθημα ανεξαρτητοποίησης/Ενόχληση	5	4%
Έλλειψη στοιχείων	16	12%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

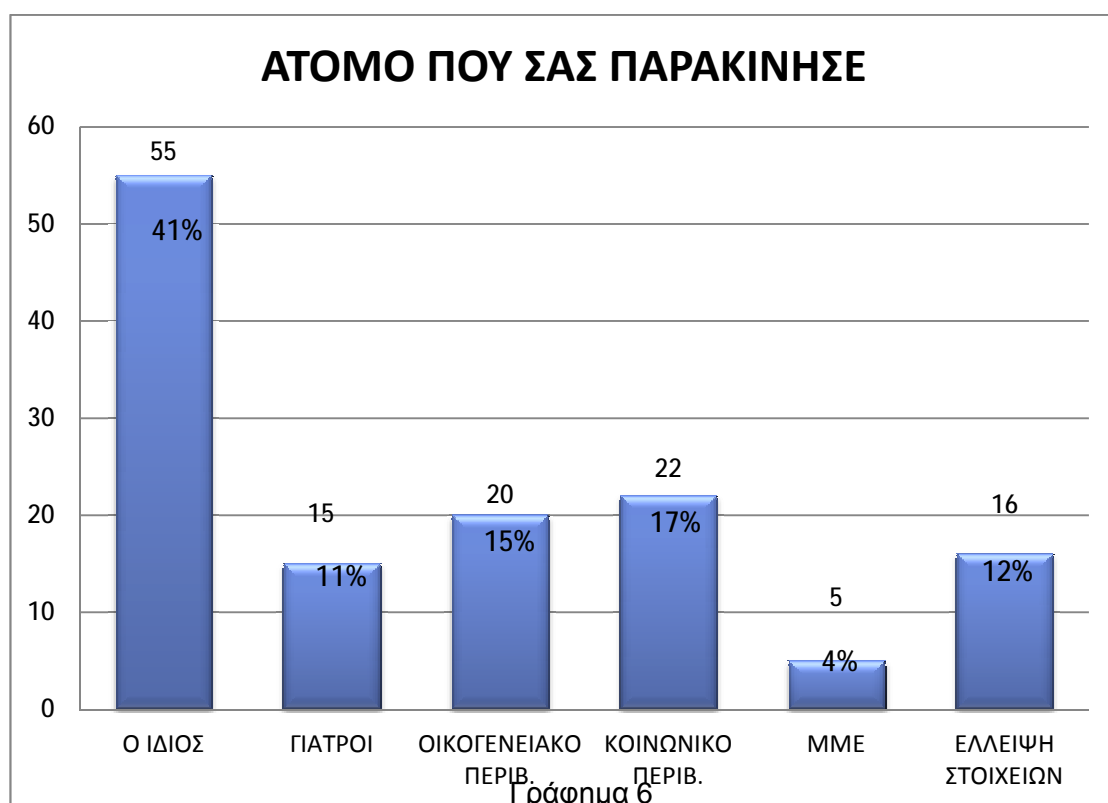
Από τους 133 καπνιστές μόλις 13 θέλησαν να κόψουν το κάπνισμα χωρίς να έχουν κάποιο πρόβλημα ή να φοβούνται για κάτι μεταγενέστερο, σε αντίθεση με 53 άτομα που επιθύμησαν την διακοπή του προληπτικά και 43 άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας. Εξαιρώντας τα 16 άτομα για τα οποία έχουμε ελλιπή στοιχεία, για τα υπόλοιπα 8 κίνητρό τους ήταν τα χρήματα που ξόδευαν κάθε μήνα για τα πακέτα των τσιγάρων, καθώς είχε αρχίσει το κάπνισμα να τους κουράζει και να τους ενοχλεί και να μην νιώθουν ότι έχουν την ανάγκη του στην καθημερινότητά τους.



Πίνακας 6. Κατανομή δείγματος ανάλογα με το ποιος τους παρακίνησε να έρθουν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ο ίδιος	55	41%
Γιατροί	15	11%
Κοινωνικό Περιβάλλον	22	17%
Οικογενειακό Περιβάλλον	20	15%
ΜΜΕ	5	4%
Έλλειψη Στοιχείων	16	12%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

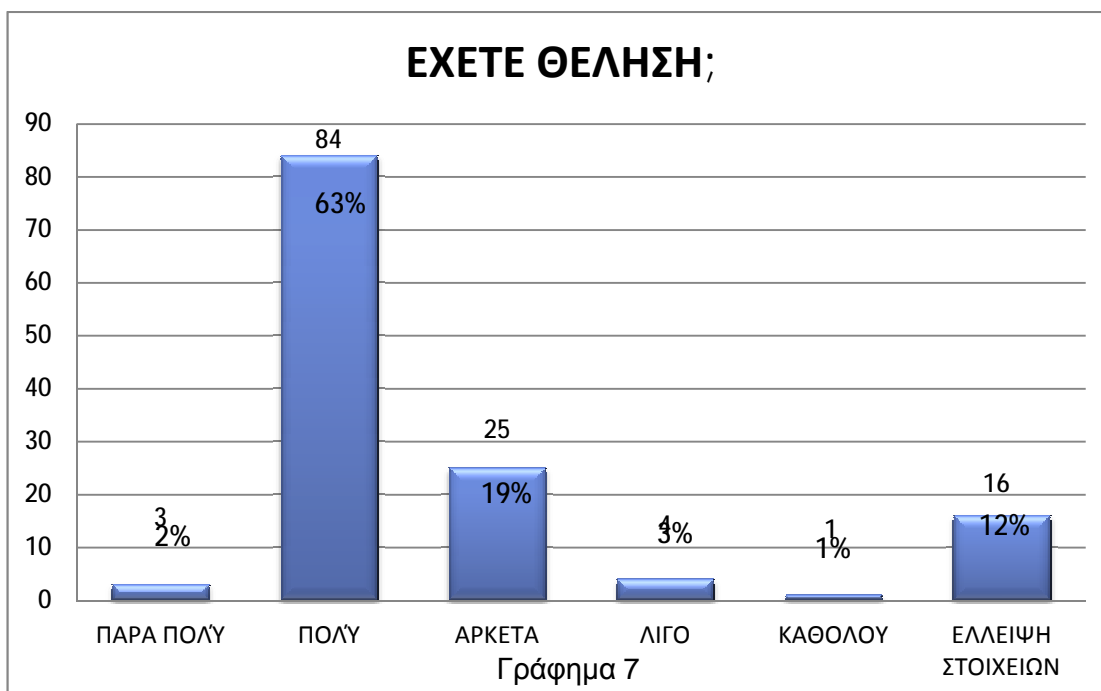
Εξαιρώντας και πάλι τους 16 καπνιστές για τους οποίους δεν έχουμε στοιχεία, οι 55 από τους 117 δεν παρακινήθηκαν από κάποιον άλλον, ενώ οι 22 από το κοινωνικό τους περιβάλλον και οι 20 από την οικογένειά τους. Τα 15 άτομα παρακινήθηκαν από τον γιατρό τους και μόλις 5 από τα ΜΜΕ.



Πίνακας 7. Κατανομή δείγματος ανάλογα με την θέλησή τους

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πάρα πολύ	3	2%
Πολύ	84	63%
Αρκετά	25	19%
Λίγο	4	3%
Καθόλου	1	1%
Έλλειψη Στοιχείων	16	12%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

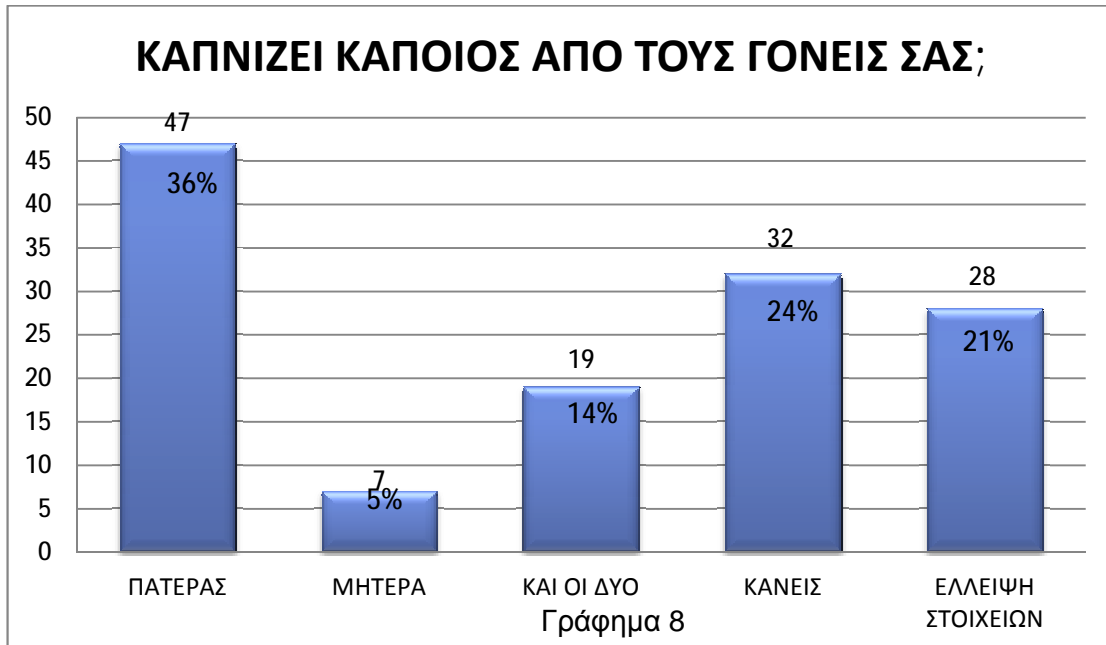
84 άτομα πίστευαν πως επιθυμούσαν πολύ να κόψουν το κάπνισμα, 25 αρκετά, ενώ μόλις 3 πάρα πολύ, 4 λίγο και 1 δεν ήθελε καθόλου. Για τους υπόλοιπους 16 καπνιστές δεν έχουμε στοιχεία.



Πίνακας 8. Κατανομή δείγματος ανάλογα με το αν καπνίζει κάποιος από τους γονείς του

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πατέρας	47	36%
Μητέρα	7	5%
Και οι δυο	19	14%
Κανείς	32	24%
Έλλειψη Στοιχείων	28	21%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

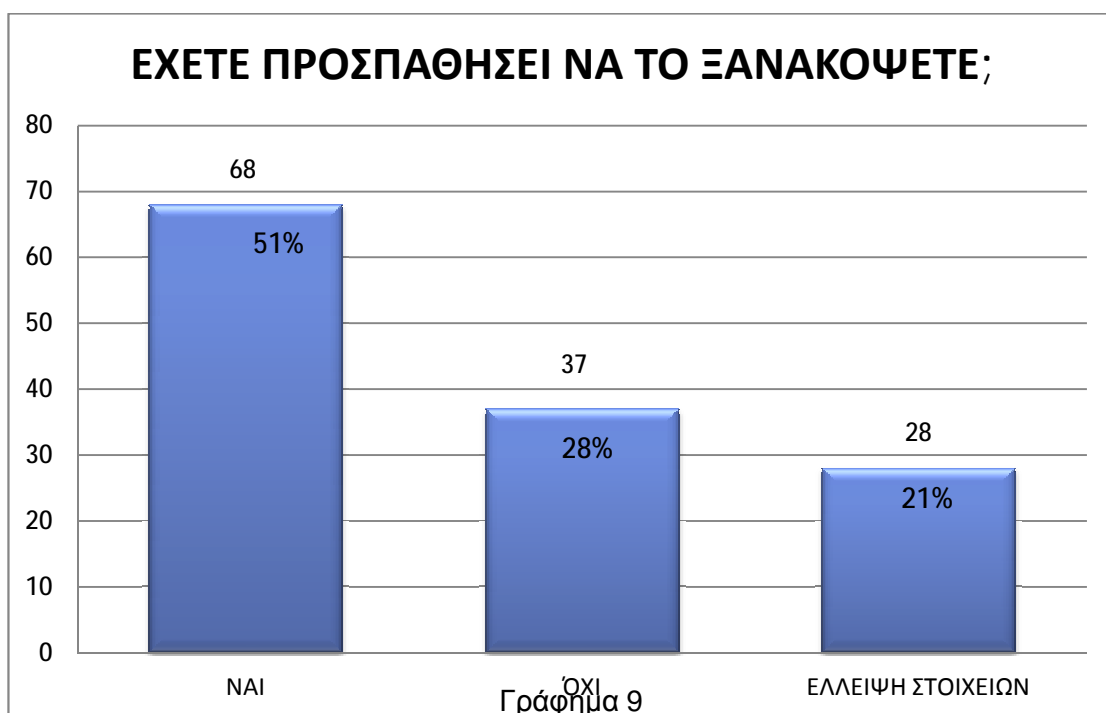
Από τα 133 άτομα που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος για τα 28 δεν έχουμε στοιχεία. Ο πατέρας των 47 ατόμων κάπνιζε ή κάπνιζει ακόμα, των 32 ατόμων κανένα από τους δυο και των 7 μόνο η μητέρα τους.



Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχει προσπαθήσει άλλη φορά να κόψει το κάπνισμα

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	68	51%
Όχι	37	28%
Έλλειψη Στοιχείων	28	21%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

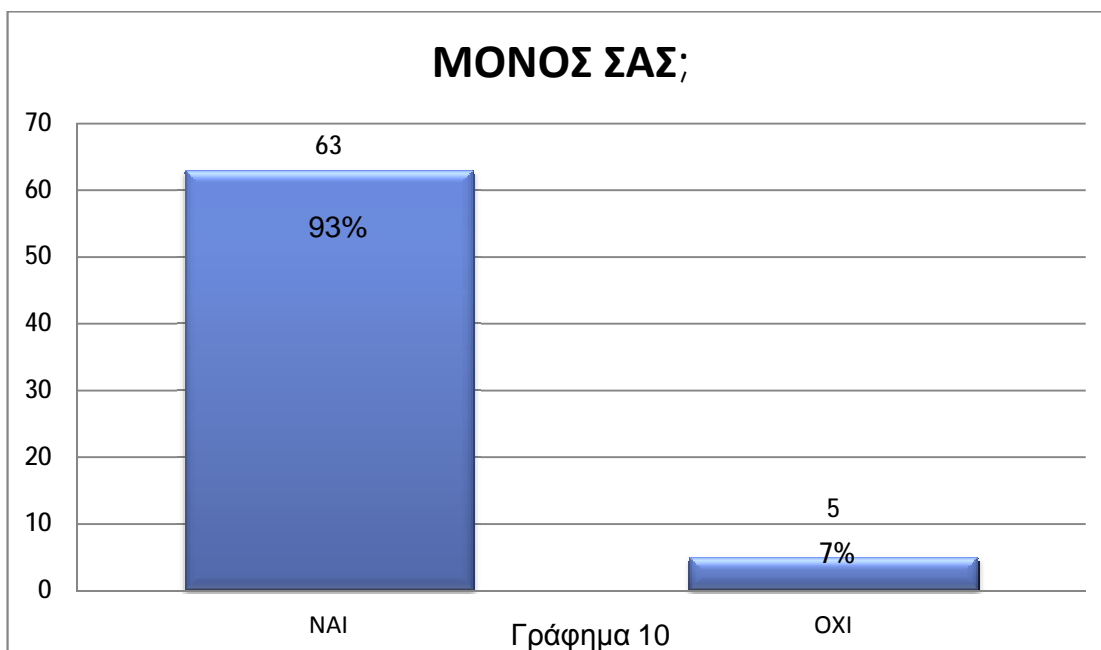
Τα 68 άτομα είχαν ξαναπροσπαθήσει να το κόψουν, ενώ τα 37 άτομα όχι. Για τους 28 καπνιστές δεν έχουμε στοιχεία.



Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν προσπάθησε να κόψει μόνος του το κάπνισμα ή με την βοήθεια κάποιου άλλου

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	63	93%
Όχι	5	7%
ΣΥΝΟΛΟ	68	

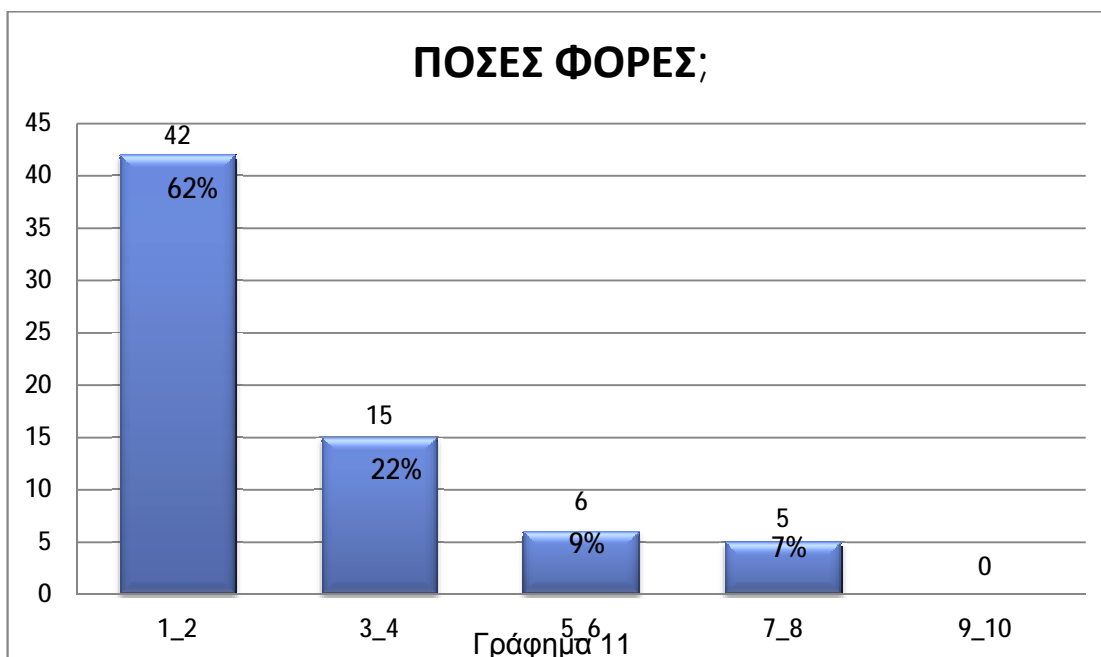
Από τους 68 καπνιστές που απάντησαν πως είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα κι άλλη φορά τα 63 προσπάθησαν μόνοι τους και μόνο τα 5 με βοήθεια.



Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές προσπάθησε να κόψει το κάπνισμα

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-2	42	62%
3-4	15	22%
5-6	6	9%
7-8	5	7%
9-10	0	-
ΣΥΝΟΛΟ	68	

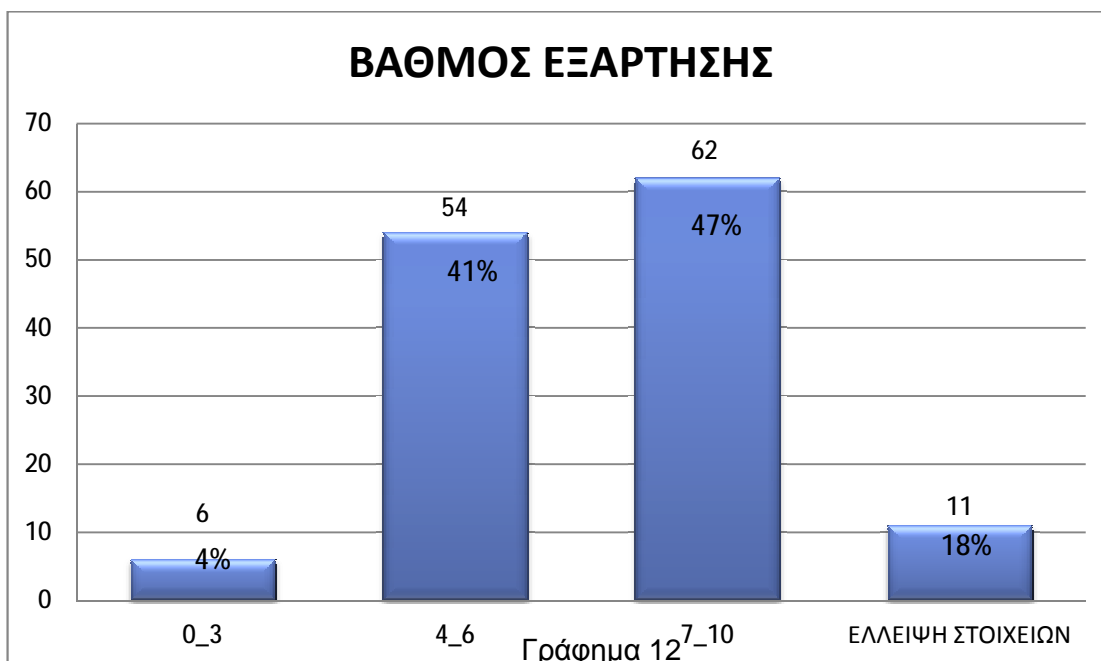
Τα 42 άτομα προσπάθησαν 1-2 φορές να κόψουν το κάπνισμα, τα 15 άτομα 3-4 φορές, ενώ οι υπόλοιποι από τα 68 άτομα από 5 έως 8 φορές.



Πίνακας 12. Κατανομή δείγματος ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-3	6	4%
4-6	54	41%
7-10	62	47%
Έλλειψη Στοιχείων	11	8%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

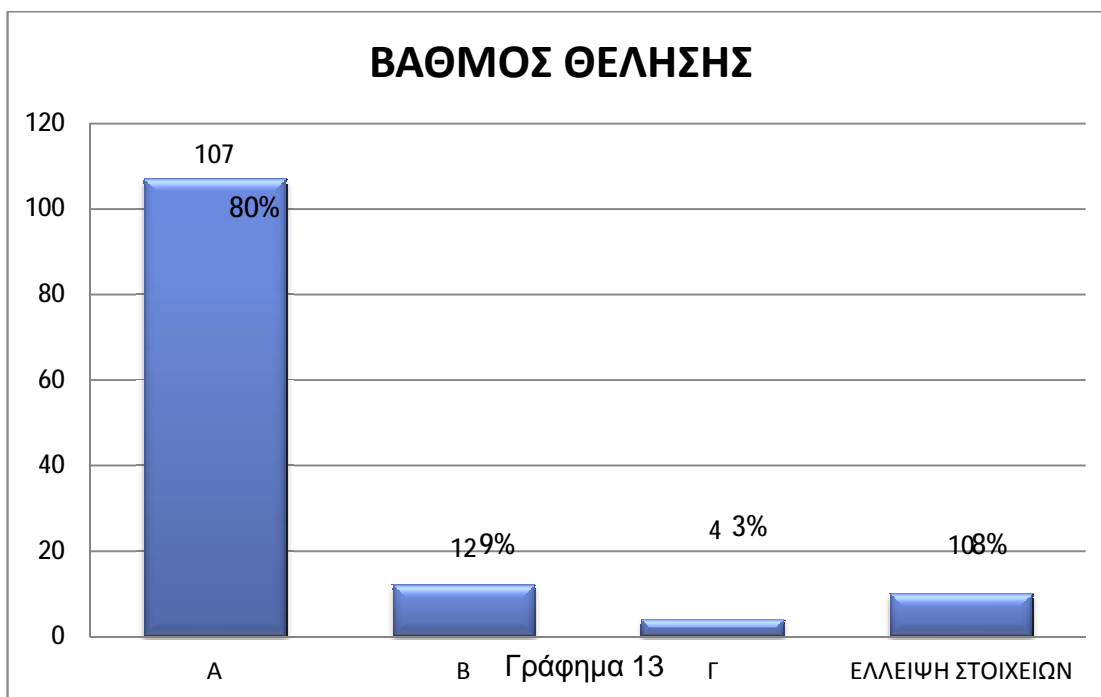
Από τους 133 καπνιστές οι 6 είναι λίγο εξαρτημένοι, οι 54 μέτρια εξαρτημένοι και οι 62 πολύ εξαρτημένοι. Για τους 11 από τους καπνιστές δεν έχουμε στοιχεία.



Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον βαθμό της θέλησης

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
A	107	80%
B	12	9%
Γ	4	3%
Έλλειψη Στοιχείων	10	8%
ΣΥΝΟΛΟ	133	

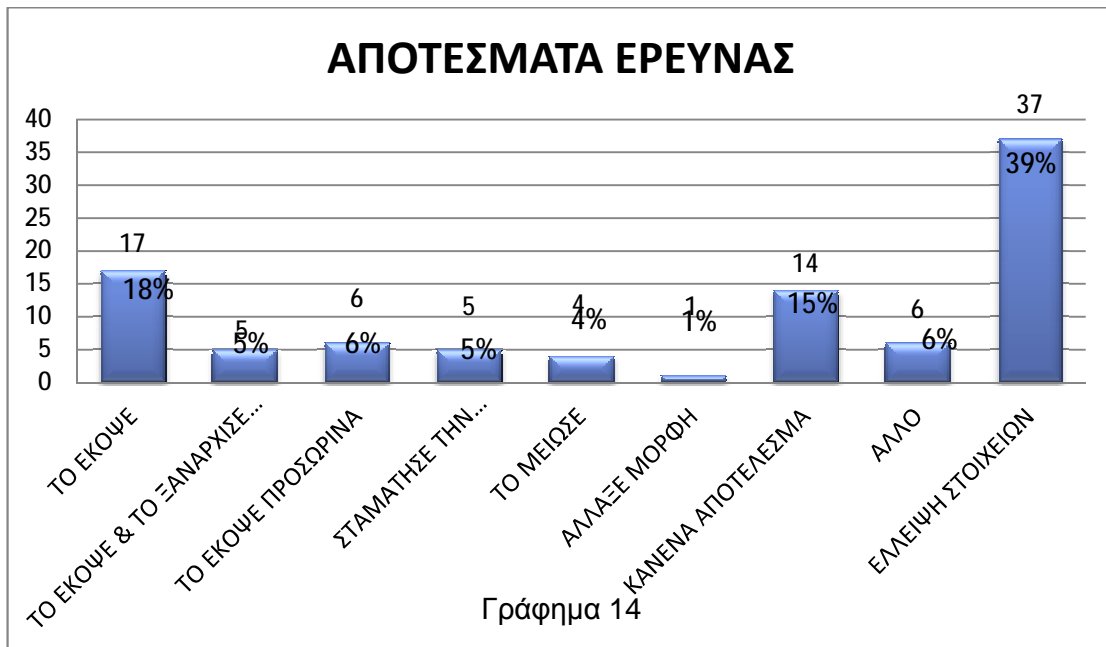
Οι 107 καπνιστές ήταν αποφασισμένοι να κόψουν το τσιγάρο. Οι 12 είχαν επεξεργαστεί αρκετά την ιδέα της διακοπής και οι 4 δεν είναι καθόλου έτοιμοι να περάσουν στην φάση της διακοπής. Για τους υπόλοιπους 10 δεν έχουμε στοιχεία.



Πίνακας 14. Κατανομή δείγματος ανάλογα με το αποτέλεσμα

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Το έκοψε	17	18%
Το έκοψε & το ξανάρχισε μετά από κάτι σημαντικό	5	5%
Το έκοψε προσωρινά	6	6%
Σταμάτησε την θεραπεία - Παρενέργειες	5	5%
Το μείωσε	4	4%
Άλλαξε μορφή	1	1%
Κανένα αποτέλεσμα	14	15%
Άλλο	6	6%
Έλλειψη Στοιχείων	37	39%
ΣΥΝΟΛΟ	95	

Από τα 95 άτομα που ακολούθησαν την θεραπεία σύμφωνα με τις υποδείξεις του ιατρού διακοπής καπνίσματος είχαν ως αποτέλεσμα οι 22 να επιτύχουν την διακοπή της συνήθειας του τσιγάρου, απ' όπου οι 5 το ξανάρχισαν ύστερα από κάποιο σημαντικό συμβάν. 6 καπνιστές το έκοψαν προσωρινά, 5 σταμάτησαν τη θεραπεία γιατί τους παρουσιάστηκαν παρενέργειες, 4 απλά το μείωσαν, ενώ 14 άτομα δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. 37 καπνιστές μας έδωσαν λάθος στοιχεία οπότε και δεν γνωρίζουμε το αποτέλεσμα και οι υπόλοιποι 6 είτε το έκοψαν μόνη τους χωρίς τα χάπια, είτε δεν πιστεύαν την θεραπεία και τη σταμάτησαν, είτε θέλησαν να χάσουν τα κιλά που πήρα ύστερα από τη διακοπή του καπνίσματος.



Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το γιατί δεν αγόρασαν τα χάπια

	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έλλειψη ισχυρής θέλησης	15	40%
Κόστος	7	18%
Φόβος	8	21%
Άλλο	8	21%
ΣΥΝΟΛΟ	38	

Αιτία των 35 καπνιστών που δεν αγόρασαν τα χάπια ώστε να ακολουθήσουν την θεραπεία ήταν ότι δεν το επιθυμούσαν τελικά πολύ -15 καπνιστές-, το κόστος της αγοράς των φαρμάκων ήταν υψηλό -7 καπνιστές-, και ο φόβος για παρενέργειες -8 καπνιστές. Από τους υπόλοιπους 8 δεν θέλησαν να απαντήσουν, ήθελαν να το διακόψουν ανώδυνα χωρίς φάρμακα, δεν τους είδε ο γιατρός γιατί έφυγαν και επειδή δεν τους έπεισαν οι πληροφορίες της θεραπείας.



ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Φύλο και αποτελέσματα έρευνας

Μελετήθηκε η σχέση του φύλου με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X ²	DF	P
Άνδρας	8	23	0.19	1	0.6629
Γυναίκα	9	17			

Δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά σχέσης ανάμεσα στο φύλο και στο αποτέλεσμα της θεραπείας.

Μορφωτικό επίπεδο και αποτελέσματα έρευνας

Συσχετίστηκε το μορφωτικό επίπεδο με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X ²	DF	P
Αμόρφωτος	0	1	5.99	4	0.1999
Πρωτοβάθμια Εκπαίδ.	2	8			
Δευτεροβάθμια Εκπαίδ.	4	16			
Τριτοβάθμια Εκπαίδ.	10	10			
Μεταπτυχιακό	0	1			

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο κάθε καπνιστή με το αν τελικά κατόρθωσε να το κόψει ή όχι.

Pack Years και αποτέλεσμα έρευνας

Συσχετίστηκαν τα Pack Years με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X²	DF	P
1-10	5	7	2.22	3	0.528
11-20	6	20			
21-30	4	11			
>30	2	2			

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη σχέση ανάμεσα στα pack years και στο αποτέλεσμα της έρευνας.

Άτομο που τους παρακίνησε και αποτέλεσμα έρευνας

Μελετήθηκε η σχέση του ατόμου που παρακίνησε τον καπνιστή με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X²	DF	P
Ο ίδιος	8	40	0.02	1	0.8875
Οι άλλοι	9	36			

Δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στο αν παρκινήθηκε ο καπνιστής-ασθενής από μόνος του ή από κάποιον άλλον.

Βαθμός εξάρτησης και αποτέλεσμα έρευνας

Συσχετίστηκε ο βαθμός εξάρτησης με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X ²	DF	P
0-3	0	4	1.36	2	0.5066
4-6	7	37			
7-10	10	37			

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σχέση του βαθμού εξάρτησης με το αν τελικά έκοψε το κάπνισμα ή όχι.

Βαθμός εξάρτησης και γιατί δεν αγόρασαν τα χάπια

Μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στον βαθμό εξάρτησης με το γιατί δεν αγόρασε κάποιος τα χάπια.

	Έλλειψη ισχυρής θέλησης	Κόστος	Φόβος	Άλλο	X ²	DF	P
0-3	0	0	1	1	9.99	6	0.1251
4-6	11	4	5	1			
7-10	4	3	2	6			

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην σχέση του βαθμού εξάρτησης με το γιατί δεν πήραν τα χάπια.

Βαθμός θέλησης και αποτέλεσμα έρευνας

Συσχετίστηκε ο βαθμός θέλησης με το αποτέλεσμα της έρευνας.

	Το έκοψαν	Δε το έκοψαν	X ²	DF	P
A	15	66	0.7	2	0.7047
B	2	8			
Γ	0	3			

Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη σχέση του βαθμού θέλησης με το αποτέλεσμα της έρευνας.

Βαθμός θέλησης και γιατί δεν αγόρασαν τα χάπια

Συσχετίστηκε ο βαθμός θέλησης με το γιατί δεν αγόρασε κάποιος τα χάπια.

	Έλλειψη ισχυρής θέλησης	Κόστος	Φόβος	Άλλο	X ²	DF	P
A	14	6	9	6	6.53	6	0.3665
B	1	1	0	0			
Γ	0	0	0	1			

Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στη σχέση του βαθμού θέλησης που έχει κάποιος καπνιστής-ασθενής να διακόψει το κάπνισμα με το γιατί δεν αγόρασε τελικά τα χάπια.

Θέληση που πιστεύει ο ίδιος ότι έχει και βαθμός θέλησης βάσει κλίμακας

Μελετήθηκε η σχέση της θέλησης που πιστεύει πως έχει ο ίδιος με την θέληση που αποδείχτηκε πως τελικά έχει βάσει κλίμακας.

	A	B	Γ	X²	DF	P
Πάρα πολύ-Πολύ	84	2	1	26,24	2	<.0001
Αρκετά	15	9	0			

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($P < 0001$) μεταξύ της σχέσης της θέλησης που πιστεύει πως έχει ο ίδιος ο καπνιστής με τον βαθμό θέλησης που αποδείχτηκε από την κλίμακα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι συνέπειες του καπνίσματος τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό αλλά και οικονομικό επίπεδο είναι τεράστιες σε πάρα πολλές χώρες. Η κατανάλωση του καπνού είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας.²¹ Με αυτό ως δεδομένο, η Ευρωπαϊκή Ένωση και στη συνέχεια οι κυβερνητικές αρχές κάθε κράτους εστιάζονται στην προσπάθεια της πρόληψης του καπνίσματος, αλλά και στην αποκατάσταση αυτής της συνήθειας με μία σειρά δράσεων ελέγχου του καπνού, και τη λειτουργία ιατρικών διακοπής καπνίσματος με στόχο να βοηθήσουν τον καπνιστή να ανεξαρτητοποιηθεί από το κάπνισμα.^{58,59,97}

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι στρατηγικές ψυχολογικής στήριξης σε συνδυασμό με την φαρμακοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά αποχής από το τσιγάρο.¹⁰⁸ Στην Αμερική το 1999 πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 205 ασθενείς, οι οποίοι είχαν σε τακτική βάση προγραμματισμένες συναντήσεις σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ύστερα από 9 μήνες υπολογίστηκε ότι το 11% δεν κάπνιζε πλέον. Σε αντίθεση έρχονται τα ιστορικά στοιχεία που έδειξαν ότι το 2% των ασθενών που είχαν παρόμοια θεραπεία ανεξάρτησης από το τσιγάρο εγκατέληψαν την προσπάθεια αυτή, διότι τα υποκατάστατα της νικοτίνης ήταν βέβαια ισχυρός προωστικός δείκτης της διακοπής, αλλά χρησιμοποιήθηκαν σπάνια λόγω κόστους.¹⁰⁹

Μελέτη του κέντρου ελέγχου καπνού έδειξε αυξανόμενη διακοπή του καπνίσματος σε μια επανεξέταση της αποτελεσματικότητας της μεθόδου διακοπής της χρήσης του. Υπάρχουν βέβαια αμφιβολίες για το κατά πόσο παρόμοια συμπεράσματα θα μπορέσουν να προκύψουν στο ΕΣΥ.¹¹⁰

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε εξετάστηκε αυτή η αμφιβολία. Πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι αυτή η μέθοδος διακοπής καπνίσματος στο ΕΣΥ, και ο ρόλος των νοσηλευτών στα ιατρεία αυτά. Αποδείχθηκε λοιπόν, πως από τα 57 άτομα που έκαναν την θεραπεία το 18% πέτυχε και την διακοπή της χρήσης του καπνού.

Στην προσπάθειά μας να εντοπίσουμε που βρίσκεται το πρόβλημα συσχέτισαμε τις διάφορες παραμέτρους, και αξιοσημείωτο είναι πως υπάρχει σημαντική διαφορά ($P<0001$) μεταξύ της σχέσης της θέλησης που πιστεύει πως έχει ο ίδιος ο καπνιστής με τον βαθμό θέλησης που αποδείχτηκε από την κλίμακα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας.

Στις υπόλοιπες συσχετίσεις δεν παρουσιάστηκε καμία σημαντική διαφορά, ούτε μεταξύ του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου, των pack years, των ατόμων που παρακίνησαν τους ασθενείς να έρθουν σε εμάς, του βαθμού εξάρτησης και θέλησης με το αποτέλεσμα. Καθώς επίσης ούτε και με τον βαθμό θέλησης και εξάρτησης με το γιατί κάποιος δεν αγόρασε τα χάπια.

Καταλήγοντας συμπερασματικά από την μελέτη για την επίτευξη του στόχου κάθε καπνιστή που έρχεται στο ιατρείο, δε θα πρέπει ο καπνιστής-

ασθενής να επαναπαύεται στην φαρμακοθεραπεία, αλλά να καλλιεργεί συνεχώς και το αίσθημα θέλησης της βελτίωσης της υγείας του.

Θα πρέπει να ζητά συνεχώς την υποστήριξη των νοσηλευτών και του γιατρού του ιατρείου διακοπής καπνίσματος και να μην του αρκεί μία μόνο συνάντηση, διότι μπορεί να μην έχει τόση θέληση όσο πιστεύει ο ίδιος. Έτσι, ερχόμενος στο ιατρείο σίγουρα η αρχική του θέληση θα ενδυναμωθεί περισσότερο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.** Spiked. London's illiberal, intolerant new rulers. 2008. Διαθέσιμο: <http://www.spiked-online.com/index.php/site/printable/5143/>
- 2.** Parsons A., Daley A., Begh R. et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *British Medical Journal*: 340, 2010.
- 3.** Cancer Research UK. Lung cancer and smoking statistics - Key facts. Διαθέσιμο: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/lung/>
- 4.** National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Systematic anti-cancer therapy: for better, for worse? 2008. Διαθέσιμο: <http://www.ncepod.org.uk/2008sact.htm>
- 5.** Aveyard P. & West R. Managing smoking cessation. *British Medical Journal*: 335: 37-41, 2007.
- 6.** West R. The Multiple Facets of Cigarette Addiction and What They Mean for Encouraging and Helping Smokers to Stop. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*: 277-283, 2009.
- 7.** Whittaker R., Borland R., Bullen C. et al Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*: 4, 2009.
- 8.** National Institute for Health and Clinical Excellence. Mass-media and point-of-sales measures to prevent the uptake of smoking by children and young people. *Nice public health guidance* 14, 2008.
- 9.** Leavey J. "A history of tobacco". *The forest guide to smoking in Scotland*, 1998.
- 10.** Vernellia R. "History of tobacco". Health care law seminar "Tobacco, Health and the law", 1999.
- 11.** Borio G. "The Tobacco timeline". Tobacco BBS website, 2007.
- 12.** Fernandez de Oviedo y Valdes. *Historia general y natural de las Indias*. Research at King's College London: "Early Modern Spain".
- 13.** King James I of England "A counterblaste to tobacco", 1672.

14. «Ιστορία του ελληνικού τσιγάρου». Ελληνικό λογοτεχνικό ιστορικό αρχείο, 1997.
15. Doll R. “Statistical Methods in Medical Research- uncovering the effects of smoking: historical perspective”. *Medical Research* 7(2):87-117,1998.
16. Doll R. & Hill Br. “Smoking and carcinoma of the lung” *British Medical Journal* 2: 739-748, 1950.
17. Wynder E. & Graham E. “Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma: A study of 684 proven cases”. *Journal of the American Association*. 143(4):329-36, 1950.
18. Howard M. “Tracing the cigarette’s path from sexy to deadly” *The New York Times*, 2007.
19. Brand A. “The cigarette century: The rise, fall and deadly persistence of the product that defined America”. *The new England journal of medicine* 356: 2116-2117, 2007.
20. Τούντας Γ. Η επιδημιολογία του καπνίσματος. Αποτελέσματα ερευνών του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγυης, 2007-2010.
21. Shafey O, Eriksen M, Ross H. & J. Mackay. *The tobacco atlas*. 3rd Edition. American Cancer Society 2009.
22. Mackay J., Jemal A., Lee N. et al. *The cancer atlas*. American Cancer Society 2009.
23. Mackay J. & M. Ericksen. *The tobacco atlas*. World Health Organization, Genova 2006.
24. Shiber L. Sticky situations: The wonders of glue. *ChemMatters* 24(4): 8-11, 2006.
25. Schogl R. Ammonia Synthesis. *Handbook of Heteogeneous Catalysis*. 2008.
26. Gentry R., McDonald Tr., Sullivan D., et al. Analysis of genomic dose-response information on arsenic to inform key events in a mode of action for carcinogenicity. *Enviromental and modecular hutagenesis* 51(1): 1-14, 2010.

27. Mears D. & A. Eastman. Hydrocarbons. Encyclopedia of chemical technology. 2005.
28. Jacobs J. & Cr. Foreman. Groundwater and cadmium: Chemical behavior and treatment. Water encyclopedia. 2005.
29. Coburn R. & H. Forman. Carbon monoxide toxicity. Comprehensive physiology, 2010.
30. Patnaik Pr. Cyanides, Inorganic. A comprehensive guide to the hazardous properties of chemical substances. 3rd edition: 317-335, 2008.
31. Hansen J. P. Nielsen. Methanol Synthesis. Handbook of Heterogeneous Catalysis. 2008.
32. Ashworth S. Polycyclic aromatic hydrocarbons. Water encyclopedia. 2005.
33. Passier P., Hefner W., Buckl K. et al. Acetylene. Ullmann's encyclopedia of industrial chemistry, 2008.
34. Goldstein B. & G. Witz. Benzene. Environmental toxicants. 3rd edition: 459-498, 2009.
35. Enghag P. Lead. Encyclopedia of the elements: 949-970, 2008.
36. Garg A., Mishra I., & Sh. Chand. Oxidative phenol degradation using non-noble metal based catalysis. Clean-Soil, air, water 38(1): 27-34, 2010.
37. Haynes D., Melen R. & J. Rawson. ChemInform Abstract: oxygen, sulfur, selenium, tellurium and polonium. ChemInform 41(27): 2010.
38. Yu D. Ethylene glycol and propylene glycol toxicity. Case studies in environmental medicine, 2007.
39. Lanea C., Grahamb N. & Ovson E. Nicotine: Risks and performance - enhancing effects. Journal of Addictive Diseases 25(S1): 17 – 31, 2006.
40. Machado H., Filho R., Assuncao R. et al. Chemical recycling of poly (vinyl chloride): application of partially dehydrochlorinated poly (vinyl chloride) for producing a chemically modified polymer. Journal of applied polymer science 115(3): 1474-1479, 2009.

41. Klaunig J. Acrylamide Carcinogenicity. American Chemical Society 56(15):5984–5988, 2008.
42. Eskenazi Br., Rosas L., Marks A. et al. Pesticide toxicity and the developing brain. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 102: 228–236, 2008.
43. Burden of disease attributable to tobacco use. The European tobacco control report. World Health Organization, 2007.
44. Lester H. Smoke gets in your brain. Engineering & Science 4: 17-18, 2002.
45. Dani JA. & R. Harris. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. Nature neuroscience 8: 1465-1470, 2005.
46. Τούντας Χ. Κάπνισμα και διαβήτη. Στρατηγικές στο σακχαρώδη διαβήτη. Εκδόσεις Ζήτα, 2008. p. 125-137
47. Μηρούσκα Ι. Καπνίζετε; Μπορούμε να σας βοηθήσουμε να το κόψετε. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία: 4-15, 2010.
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 98-100, 1987.
49. American Cancer Society. Guide to quitting smoking, 2009.
50. Carmona R. Can tobacco cure smoking? A review of tobacco harm reduction. Office of the surgeon general. The Department of Health and Human Services, 2007.
51. University of Newcastle upon Tyne. Quitting smoking could save your teeth. Science Daily, 2005.
52. Ford J. & A. Dobson. Smoking and pregnancy. The medical journal of Australia 181(5): 285-286, 2004.
53. Μπελετσιώτη- Στίκα Π. Γυναίκα και κάπνισμα. Νοσηλευτική 45(4): 450-457, 2006.
54. Ministry of Health. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. Wellington, 2007.

- 55.** Μάτζιου- Μεγαπάνου Β. Παθητικό κάπνισμα των παιδιών: Πόσο απαραίτητη είναι η ενεργός δράση; Νοσηλευτική 48(3): 245- 247, 2009.
- 56.** British Medical Association. Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health., London, 2004. p.21-23.
- 57.** Vardavas CI & A. Kafatos. Bans on smoking in public places. Policy enforcement needed? Lancet 370(9582): 133-134, 2007.
- 58.** Huss A, Kooijman C, Breuer M, et al. Fine particulate matter measurements in Swiss restaurants, cafés and bars: what is the effect of spatial separation between smoking and non-smoking areas? Indoor Air 20(1): 52-60, 2010.
- 59.** Τούντας Γ. «Η κοινή γνώμη για την απαγόρευση του καπνίσματος» Έρευνα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2009.
- 60.** Αργολική αρχειακή βιβλιοθήκη ιστορίας και πολιτισμού. «Το χρονικό του καπνού – Απαγόρευση του 1856». 26/06/2009. <http://argolikivivliothiki.gr/2009/06/26/το-χρονικό-του-καπνού---απαγόρευση-το/>. 21/11.2009.
- 61.** Νόμος 3730 «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις.» Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος Α (262): 4241-4243, 2008.
- 62.** Vardavas C, Bouloukaki I, Linardakis M, et al. Smoke- free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. Tobacco Induced Disease 5(1): 8, 2009.
- 63.** Ratschen E, Britton I, & A. McNeill. Smoke- free hospitals- the English experience: results from survey, interviews and site visits. BMC Health Services Research 8:41, 2008.
- 64.** Shipley M. & R. Allcock. Achieving a smoke- free hospital: reported enforcement of smoke- free regulations by NHS health care staff. Journal of Public Health 30(1): 2-7, 2008.
- 65.** Etter M, Khan N. & J. Etter. Acceptability and impact of partial smoking ban, followed by a total smoking ban in a psychiatric hospital. European Psychiatric 22(1): 153, 2007.

- 66.** McNally L, Oyefeso A, Annan J, et al. A survey of staff attitudes to smoking- related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *Journal of public health* 28(3): 192-196, 2006.
- 67.** Dearlove J. & St. Glantz. Tobacco industry political influence and tobacco Policy making in New York 1983-1999. Institute for Health Policy Studies School of Medicine University of California, San Francisco. 2002.
- 68.** Lum K, Polansky J. & R. Jockler. Signed, sealed and delivered: big tobacco in Hollywood, 1927-1951. *Tobacco Control* 17: 313-323, 2008.
- 69.** Sargent J, Beach M. et al. Exposure to movie smoking: Its relation to smoking Initiation among U.S. adolescents. *Pediatrics* 116: 1183-1191, 2005.
- 70.** Υπουργική απόφαση 81348. «Διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2003/33/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Τεύχος Β(1075), 2005.
- 71.** Βαρδάβας Κ, Πατελάρου Ευ, Χοχλιδάκη Μ. et al. Αξιολόγηση των αντικαπνιστικών διαφημίσεων από ελληνικό έφηβο πληθυσμό. *Νοσηλευτική* 48(3): 300-307, 2009.
- 72.** Article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control “Packaging and labeling of tobacco products” 3rd session, 2008.
- 73.** Hansen J, Winzeler S. & S. Topolinski. When the death makes you smoke: a terror management perspective on the effectiveness of cigarette on-pack warnings. *Journal of Experimental Social Psychology* 46(1): 226-228, 2010.
- 74.** Hammond D, Fong GT, Borland R, et al. Text and graphic warnings on cigarette packages: Findings from the international tobacco four country study. *American Journal of Preventive Medicine* 32: 202-209, 2007.
- 75.** O’ Hegarty M, Pederson LL, Nelson DE, et al. Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. *American Journal of Preventive Medicine* 30: 467-473, 2006.
- 76.** Shanahan P. & D. Elliott. Evaluation of the effectiveness of the graphic health warnings of tobacco product packaging 2008- executive

summary Canberra, Australia. Australian Government Department of Health and Ageing, 2009.

77. Stead LF, Perera R, Bullen C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane. Database of systematic reviews: 5, 2010.

78. Ροβίνα Ν. & Χρ. Γκράτζιου. Στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. Πνεύμων 18(3): 245-262, 2005.

79. Ένθετο συσκευασίας Nicorette Patch, Johnson & Johnson Hellas AEBE, 2009.

80. Shiffman S. & S. Ferguson. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. Addition 103(4): 557-563, 2008.

81. Silagy C., Lancaster T., Stead L. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database systematic review: 3, 2004.

82. Stead L. & T. Lancaster. Nicotine replacement therapy for smoking cessation: Cochrane systematic review. International Journal of Epidemiology 34: 1001-1003, 2005.

83. Henningfield J., Reginald F., August B. et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. A cancer journal for clinicians 55: 281-299, 2005.

84. Ένθετο συσκευασίας Τσίχλας Nicorette, Johnson & Johnson Hellas AEBE, 2009.

85. Ένθετο συσκευασίας υπογλώσσιων δισκίων Nicorette, Johnson & Johnson Hellas AEBE, 2008.

86. Ένθετο συσκευασίας Nicorette Inhaler, Pharmacia, Auckland, NZ 2005.

87. Ένθετο συσκευασίας Nicotrol NS, AHFS, 2010.

88. Καράβης Μ. Τρόπος εφαρμογής βελονισμού, 2003. Διαθέσιμο: www.iatronet.gr/article.asp?art_id=689.

89. Ένθετο συσκευασίας e-smoke, Geta Hellas, 2010.

- 90.** Ένθετο συσκευασίας Bupropion SR hydrochloride, Zyban. GlaxoSmithKline, 2009.
- 91.** Nides M. Update on pharmacologic options for smoking cessation treatment. *The American journal of medicine* 121(4,1): 20-31, 2008.
- 92.** Hughes JR., Stead L., & T. Lancaster. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane database systematic review*: 4, 2004.
- 93.** Ένθετο συσκευασίας Champix. Pfizer Ltd, Sandwich, UK. 2006.
- 94.** Hays J., Ebbert J, & A. Sood. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. *The American journal of medicine* 121 (4,1): 32-42, 2008.
- 95.** Coe J., Brooks PR., Vetelino MG. et al. Presented at the 11th Annual Meeting and 7th European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. Prague, Czech Republic, 2005.
- 96.** Dani JA & RA Harris. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. *Nature neuroscience* 8: 1465-1470, 2005.
- 97.** The European tobacco control resort. World Health Organization, Denmark 2007.
- 98.** Aveyard P. & R. West. Managing smoking cessation. *British Medical Journal* 335: 37-41, 2007.
- 99.** Ένθετο προγράμματος υποστήριξης LifeREWARDS. Pfizer, 2010.
- 100.** Christakis N. & J. Fowler. Dynamics of smoking behavior in a large social network. *New England Journal of Medicine* 358(21): 2249-2258, 2008.
- 101.** American Cancer Society. Tobacco control strategy planning, companion guide 2: Engaging doctors in tobacco control, 2003.
- 102.** Swartz SH & JT Hays. Office-based intervention for tobacco dependence. *Medical clinics of North America* 88(6): 1623-1641, 2004.
- 103.** Pisinger C., Vestbo J, Borch-Johnsen K. et al. It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. *Preventive Medicine* 40: 278-284, 2005.

- 104.** Fiore M., Jaén C., Baker T., et al. Treating tobacco use and dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Department of Health and Human Services. U.S., 2008.
- 105.** Ειδικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος, Κατευθυντήριες οδηγίες για διακοπή του καπνίσματος. Πάτρα, 2009-2010.
- 106.** New Zealand Ministry of Health Smoking Cessation Guideline, 2007.
- 107.** Σταθόπουλος Θ. & Π. Σουρτζή. Η χρήση της πληροφορικής στην πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος. Νοσηλευτική 46(4): 484-492, 2007.
- 108.** Robles G, Singh-Franco D., Ghin H. A review of the efficacy of smoking- cessation pharmacotherapies in nonwhite populations. Clinical therapeutics 30(5):800-12, 2008.
- 109.** Sippel J., Osborne M., Bjornson W. et al. Smoking cessation in primary care clinics. Journal of general internal medicine 14(11):670-6, 1999.
- 110.** MacAskill S. Testing the Feasibility of Nicotine Assisted Reduction to Stop in Pharmacies - The Redpham Study. The center for tobacco control research. University of Birmingham, 2009.

