



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση στάσεων και απόψεων για το κάπνισμα ασθενών με ψυχικά νοσήματα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης»

Νικόλαος Δημόπουλος

Νοσηλευτής

ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση στάσεων και απόψεων για το κάπνισμα ασθενών με ψυχικά νοσήματα
στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης»**

Νικόλαος Δημόπουλος

Νοσηλευτής

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Αγγελική Ρόδη Μπουριέλ, Καθηγήτρια

ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Νικόλαος Δημόπουλος, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Νικόλαος Δημόπουλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σοφία Ζυγά

Γεώργιος Πανουτσόπουλος

Αγγελική Ρόδη – Μπουριέλ

Περιεχόμενα

Περίληψη	7
Abstract	9
1 Ψυχικές Διαταραχές.....	10
1.1 Ορισμός ψυχικής διαταραχής.....	10
1.2 Επίπτωση ψυχικών διαταραχών	11
1.3 Συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές	12
1.4 Άλλες μη ψυχωσικές διαταραχές	13
1.4.1 Ψυχαναγκαστική διαταραχή.....	13
1.4.2 Μετα-τραυματικό στρες	13
1.4.3 Διατροφικές διαταραχές	14
1.5 Ψυχωσικές διαταραχές	15
1.5.1 Σχιζοφρένεια.....	15
1.5.2 Διπολική διαταραχή.....	16
1.6 Διαταραχή προσωπικότητας.....	17
1.7 Άνοια.....	19
2. Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές.....	20
2.1 Εισαγωγή.....	20
2.2 Επιδημιολογία καπνίσματος και ψυχικών διαταραχών.....	21
2.2.1 Κάπνισμα και εκδήλωση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής	21
2.2.2 Κάπνισμα και αναπτυξιακές και συναισθηματικές διαταραχές	22
2.2.2.1 Σύνθετες συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές	22
2.2.2.2 Εσωτερίκευση και εξωτερίκευση προβλημάτων.....	23
2.2.2.3 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα	23
2.2.2.4 Εναντιωματική συμπεριφορά	24
2.2.2.5 Διαταραχή συμπεριφοράς.....	24
2.2.3 Κάπνισμα και διπολική διαταραχή.....	25
2.2.4 Κάπνισμα και σχιζοφρένεια	25
2.2.5 Κάπνισμα και αγχώδεις διαταραχές	26
2.2.6 Κάπνισμα και διατροφικές διαταραχές	27
2.2.7 Κάπνισμα και κατάθλιψη	27
2.2.7.1 Κάπνισμα και έναρξη κατάθλιψης	27
2.2.7.2 Κατάθλιψη και έναρξη καπνίσματος.....	28

2.2.8 Κάπνισμα και άνοια.....	29
2.2.9. Κάπνισμα και αύξηση της θνησιμότητας και νοσηρότητας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.....	30
2.3 Μηχανισμοί εθισμού της νικοτίνης.....	30
2.4 Μοντέλα συσχέτισης καπνίσματος και ψυχικών διαταραχών	32
2.4.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες	32
2.4.2. Κοινωνικοί και ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί	33
2.5 Κατάθλιψη και άγχος	34
2.5.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες	34
2.5.2 Μελέτες σε ανθρώπους.....	35
2.6. Σχιζοφρένεια	37
2.6.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες	37
2.6.2 Στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους	38
2.7 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα.....	39
2.7.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες	39
2.7.2 Στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους	40
2.8 Κάπνισμα και άνοια	42
3. Σκοπός.....	44
4. Μεθοδολογία.....	45
5. Αποτελέσματα.....	48
6. Συζήτηση	66
Συμπεράσματα	70
Βιβλιογραφία	71

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επίπτωση του καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η συσχέτιση αυτή αυξάνεται με τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής, ενώ υψηλότερη επίπτωση του καπνίσματος έχει βρεθεί σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων και στάσεων των ασθενών με ψυχική νόσο για τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη, η οποία διεξήχθη στο κέντρο ψυχικής υγείας Τρίπολης. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καπνίσματος Smoking in psychiatric hospitals – a survey of patients' views.

Αποτελέσματα: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 151 άτομα ηλικίας $47,2 \pm 10,6$ έτη, εκ των οποίων 79 (52,3%) ήταν άνδρες ηλικίας $48,9 \pm 10,2$ έτη και 72 (47,7%) γυναίκες ηλικίας $45,4 \pm 10,9$ έτη). Συνολικά, 23 (15,2%) συμμετέχοντες είχαν διαγνωσθεί με μικτή αγχώδη καταθλιπτική διαταραχή και 20 (13,2%) με καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ 77 (51%) ασθενείς ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα και 45 (29,8%) ελάμβαναν συνδυασμό νευροληπτικών, αντιμανιακών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Επιπλέον, 140 (92,7%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν καπνίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ τη στιγμή της έρευνας κάπνιζαν 120 (85,7%) συμμετέχοντες. Η ηλικία έναρξης του καπνίσματος ήταν $19,3 \pm 5,6$ έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες κάπνιζαν τσιγάρα φίλτρου (64, 53,3%), ενώ ο μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα ήταν $19,8 \pm 8,4$. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν ότι δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσουν το κάπνισμα (77,5%) και ότι δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσουν το κάπνισμα (73,3%). Οι μισοί, περίπου, θεωρούν το άγχος ως εμπόδιο διακοπής του καπνίσματος, ενώ 101 (84,2%) άτομα υποστήριξαν ότι θα χρειαζόντουσαν βοήθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι πρέπει στο προσωπικό να επιτρέπεται να καπνίζει στην εργασία (50,4%) και ότι το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα (91,4%).

Συμπεράσματα: Οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και γνωρίζουν ότι είναι επιβλαβές για την υγεία τους. Σημαντικό ρόλο θεωρούν και

πρέπει να παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο πρώτα πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να προσεγγίσει σωστά και να επιλέγει τη μέθοδο εκείνη διακοπής του καπνίσματος ή οποία είναι ιατρικά αποδεκτή και σέβεται τις προτιμήσεις των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, διακοπή, ψυχική νόσος, στάσεις, απόψεις.

Abstract

Introduction: The incidence of smoking is significantly higher among people with mental disorders than the general population. This association increases with the severity of the mental disorder, while a higher incidence of smoking has been found in hospitalized psychiatric patients.

Aim: The aim of this study was to investigate the opinions and attitudes of patients with mental illness for their smoking habits.

Methodology: This is a prospective cross-sectional study, conducted at the Tripoli Psychological Center. The Smoking Questionnaire was used in psychiatric hospitals - a survey of patients' views.

Results: The study sample consisted of 151 subjects aged 47.2 ± 10.6 years, of which 79 (52.3%) were males aged 48.9 ± 10.2 years old and 72 (47.7%) women aged 45.4 ± 10.9 years. Overall, 23 (15.2%) participants were diagnosed with mixed anxiety depressive disorder and 20 (13.2%) with a depressive episode, while 77 (51%) received antidepressant drugs and 45 (29.8%) received a combination of neuroleptics, anti-manic and antiepileptic drugs. In addition, 140 (92.7%) participants reported smoking at some point in their lives, while 120 (85.7%) participants smoked at the time of the survey. The starting age for smoking was 19.3 ± 5.6 years. Most participants smoked filter cigarettes (64, 53.3%), while the average number of cigarettes per day was 19.8 ± 8.4 . Most participants disagree that there is not enough information to stop smoking (77.5%) and that there is not enough encouragement from staff to quit smoking (73.3%). About half of them consider stress as an obstacle to smoking cessation, while 101 (84.2%) people claimed they would need help stopping smoking. Most participants agree that staff should be allowed to smoke at work (50.4%) and that staff should encourage smokers to stop or reduce smoking (91.4%).

Conclusions: Most patients want to stop smoking and they know that it is harmful to their health. The nursing staff plays important role, and must be trained in order to choose the appropriate for each patient method of smoking cessation.

Key words: smoking, quit, mental illness, attitudes, opinions

1 Ψυχικές Διαταραχές

1.1 Ορισμός ψυχικής διαταραχής

Οι διαταραχές στην ψυχική υγεία ή ψυχικές διαταραχές είναι συνηθισμένες στο γενικό πληθυσμό και περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, το άγχος και τις ψυχωσικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή και συναφείς διαταραχές όπως σχιζοσυναισθηματική ψύχωση). Οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από διαφορετικά συμπτώματα και ορίζονται λιγότερο από την εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων (υποκειμενικά παράπονα) ή σημείων (συμπεριφορές) και περισσότερο από τη σοβαρότητά τους για το βαθμό που προκαλεί διαταραχή ή σύγχυση με την προσωπική λειτουργία (WHO, 1992). Η διάκριση της κατάθλιψης από τη συνηθισμένη θλίψη ή της σχιζοφρένειας από τις παρανοϊκές παραληρητικές σκέψεις και ακουστικές ψευδαισθήσεις που συμβαίνουν σε ποσοστό έως το 8% των υγιών ανθρώπων, είναι κάπως αυθαίρετη, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε άλλους τομείς της ιατρικής, π.χ. ο προσδιορισμός των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης ή του σακχάρου στο αίμα που ορίζουν την υπέρταση ή το σακχαρώδη διαβήτη. Στην ψυχιατρική χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες αυτοαναφοράς των συμπτωμάτων με συγκεκριμένες τιμές – όρια, οι οποίες χρησιμοποιούνται για τη διάκριση των καθόλου μέχρι ήπιων έως και σοβαρών διαταραχών (Van Os & Kapur, 2009).

Για τις ψυχικές διαταραχές, το κύριο διεθνώς αναγνωρισμένο διαγνωστικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται σήμερα είναι η Διεθνής ταξινόμηση των νόσων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η 10^η έκδοση (ICD-10) (WHO, 1992) και το Αμερικανικό Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση (DSM-IV). Και τα δύο βρίσκονται υπό αναθεώρηση και ενημερώνονται (σε ICD-11 και DSM-V, αντιστοίχως). Ο όρος «ψυχική διαταραχή» σε αυτές τις ταξινομήσεις περιλαμβάνει επίσης διαταραχή της προσωπικότητας, την άνοια (μία εκφυλιστική διαταραχή που αντιμετωπίζεται συνήθως στο πλαίσιο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας), τις διαταραχές από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και την εξάρτηση από τη νικοτίνη (APA, 2000).

1.2 Επίπτωση ψυχικών διαταραχών

Περίπου το ένα τέταρτο του πληθυσμού βιώνει κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, συνήθως ήπια και αυτοπεριοριζόμενη κατάθλιψη ή άγχος (McManus et al., 2009). Οι ψυχωσικές διαταραχές είναι πολύ λιγότερο συνηθισμένες. Μία συστηματική ανασκόπηση ανέφερε ότι περίπου το 0,4% του πληθυσμού είχε ενεργό ψυχωσική διαταραχή στο παρελθόν (Kirkbride et al., 2012).

Όλες οι ψυχικές διαταραχές, αλλά κυρίως οι διαταραχές της διάθεσης και η σχιζοφρένεια, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών (Department of health, 2001). Οι ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται κοινωνικά και, ως εκ τούτου, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, ιδίως εκείνα με σοβαρές παθήσεις, μπορεί να υφίστανται διακρίσεις και να αισθάνονται άσχημα, αποφεύγοντας για αυτό το λόγο την κοινωνία (Thornicroft, 2009). Αυτό το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε εξαθλίωση, κοινωνική περιθωριοποίηση και χαμηλή ποιότητα ζωής (Thornicroft et al., 2009), καθώς και διακρίσεις στην πρόσβαση και ποιότητα των υπηρεσιών για σωματική υγεία (Howard et al., 2010). Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι επίσης πιο πιθανό να ζουν σε συνθήκες κοινωνικοοικονομικής στέρησης, εν μέρει ως αποτέλεσμα της στέρησης που παίζει σημαντικό ρόλο στο αιτιώδες μονοπάτι της διαταραχής (μοντέλο άγχους-ευπάθειας) και εν μέρει επειδή η ίδια η διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της απασχόλησης, της στέγασης και του εισοδήματος. Η σχετική σημασία αυτών των μοντέλων κατεύθυνσης διαφέρει μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, με τη στέρηση, για παράδειγμα, να εμφανίζεται ως ισχυρή αιτία της κατάθλιψης (Lorant et al., 2003), ενώ η συσχέτιση με τη σχιζοφρένεια οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ίδια τη νόσο που οδηγεί σε επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων (Muntaner et al., 2004). Αυτή η σχέση με τη στέρηση είναι επίσης πιθανό να επηρεάσει την επίπτωση του καπνίσματος σε άτομα με ψυχικές διαταραχές, επειδή το κάπνισμα σχετίζεται στενά με την κοινωνικοοικονομική στέρηση.

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων όσον αφορά τη σωματική τους υγεία, στο βαθμό που τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο έχουν σημαντικά χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής. Μια μελέτη που διεξήχθη στο Λονδίνο διαπίστωσε ότι τα άτομα που έχουν ψυχιατρική διάγνωση σχετίζονται με απώλεια τουλάχιστον 8 ετών ζωής για τους άνδρες και 10 για τις γυναίκες, με ιδιαίτερα υψηλές μειώσεις για τους άνδρες που

πάσχουν από σχιζοφρένεια (14,6 χαμένων ετών) και για τις γυναίκες με σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές (17,5 χαμένων ετών) (Chang et al., 2011). Αυτή η απώλεια της ζωής φαίνεται να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε καρδιαγγειακή νόσο (Osborn et al., 2007), όπου το κάπνισμα είναι ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου (Hennekens et al., 2005). Το κάπνισμα είναι ένα συνηθισμένο, μη θεραπεύσιμο και μη αναγνωρίσιμο πρόβλημα σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών (Aubin et al., 2012).

1.3 Συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές

Η κατάθλιψη και το άγχος είναι κοινές ψυχικές διαταραχές, με επίπτωση για το σύνολο της ζωής τουλάχιστον 25% (McManus et al., 2009). Η κατάθλιψη, που ορίζεται ως διαταραχή εάν τα συμπτώματα υπάρχουν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, είναι η πιο συνηθισμένη. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα θλίψης ή ευερέθιστου τις περισσότερες φορές, απώλεια της ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος για πράγματα που χρησιμοποιούνται για ευχαρίστηση, σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους, που είναι άσχετη με σωματική ασθένεια ή εγκυμοσύνη, δυσκολία στον ύπνο ή υπερβολικό ύπνο, αίσθημα ανησυχίας ή κόπωσης, αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής και δυσκολίες συγκέντρωσης, μνήμης και δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Μπορεί να υπάρχουν σκέψεις αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας. Οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορεί επίσης να σχετίζονται έντονα με συμπτώματα άγχους. Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, την παιδική κακοποίηση και την ενδοοικογενειακή βία (Nanni et al., 2012).

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν φοβίες, όπως αγοραφοβία (φόβος και αποφυγή του πλήθους, δημόσιους χώρους ή να ταξιδεύουν μακριά από το σπίτι), κοινωνική φοβία (φόβος του να είναι το επίκεντρο της προσοχής, φόβος του να συμπεριφέρεται με έναν τρόπο που θα είναι ενοχλητικός και σημαντική αποφυγή καταστάσεων στις οποίες υπάρχει ο φόβος της συμπεριφοράς με ένα δυσάρεστο τρόπο), διαταραχή πανικού (επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού) και διαταραχή γενικευμένου άγχους (τουλάχιστον 6 μήνες προφανής ένταση, ανησυχία και συναισθήματα ανησυχίας για καθημερινά γεγονότα και προβλήματα, με συμπτώματα

άγχους). Τα συμπτώματα άγχους περιλαμβάνουν συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος (π.χ. αίσθημα παλμών, εφίδρωση, τρέμουλο, ξηροστομία), δυσκολία στην αναπνοή και φόβος του να πεθάνει ή να χάσει τον έλεγχο (WHO, 1993).

Η μελέτη ψυχιατρικής νοσηρότητας ενηλίκων του 2007 (APMS) στην Αγγλία διαπίστωσε ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να έχουν κάποια ψυχική διαταραχή (19,7% και 12,5% αντίστοιχα), και ότι αυτό ισχύει για όλες τις κατηγορίες εκτός από την κρίση πανικού και τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές (McMannus et al., 2009). Η κατάθλιψη και το άγχος τείνουν να είναι επαναλαμβανόμενες ή επίμονες στους περισσότερους ασθενείς (Tyter et al., 2004).

1.4 Άλλες μη ψυχωσικές διαταραχές

1.4.1 Ψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) χαρακτηρίζεται από την παρουσία εμμονών (ανεπιθύμητες ενοχλητικές σκέψεις, εικόνες ή προτροπές, οι οποίες κατ'επανάληψη εισάγονται στο μυαλό του ατόμου) ή καταναγκασμών (επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις που αισθάνεται το άτομο ότι καθοδηγείται να εκτελέσει, όπως να ελέγχει συνέχεια εάν οι βρύσες είναι κλειστές ή να καθαρίζει συνέχεια) και συνήθως και από τα δύο. Η ψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζεται σε περίπου 1% των ανθρώπων (Hogwath & Weissman, 2000), με παρόμοια ποσοστά σε άνδρες και γυναίκες, και μπορεί να ακολουθήσει οξεία, επεισοδιακή ή χρόνια πορεία. Σε μία μελέτη παρακολούθησης 40 ετών, μόνο το 20% των ασθενών παρουσίασαν πλήρη ύφεση, αν και περίπου το 60% εμφάνισαν σημάδια γενικής βελτίωσης (Skoog & Skoog, 1999). Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν βρει καλύτερα αποτελέσματα (Stewart et al., 2004). Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα της ζωής και το οικογενειακό ιστορικό (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

1.4.2 Μετα-τραυματικό στρες

Η διαταραχή μετα-τραυματικού στρες (PTSD) αναπτύσσεται μετά από έκθεση του ατόμου σε τραύμα και περιλαμβάνει το εκ νέου βίωμα των συμπτωμάτων, τις

αναδρομές που νιώθει το άτομο σαν να επαναλαμβάνεται το συμβάν, εφιαλτών, υπερδιέγερση, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, προβλήματα ύπνου και αποφυγή του τραύματος. Το 3% των τραυματιών εμφανίζουν PTSD χωρίς να παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν προηγούμενο προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό διαταραχών άγχους ή συναισθηματικών διαταραχών, νεύρωση, χαμηλή νοημοσύνη, το γυναικείο φύλο και ιστορικό προηγούμενου τραύματος (Ozer et al., 2003).

1.4.3 Διατροφικές διαταραχές

Πρόσφατες ταξινομήσεις έχουν συμπεριλάβει τρεις τύπους διατροφικών διαταραχών: τη νευρική ανορεξία, η οποία χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά χαμηλό σωματικό βάρος και το φόβο αύξησης του βάρους με περιορισμό της τροφής. Τη νευρική βουλιμία, η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση και άλλες διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων της αδηφαγικής διαταραχής χωρίς να λαμβάνονται μέτρα αντιμετώπισης και ως εκ τούτου συνδέεται με παχυσαρκία (WHO, 1993). Στους ενήλικες, η επικράτηση των διατροφικών διαταραχών είναι περίπου 0,6% για τη νευρική ανορεξία, 1% για τη νευρική βουλιμία και 3% για την αδηφαγική διαταραχή. Οι γυναίκες είναι τρεις φορές πιο πιθανό να επηρεαστούν από αυτές τις διαταραχές σε σχέση με τους άνδρες, ενώ η επίπτωση μειώνεται με την ηλικία.

Η νευρική ανορεξία συνήθως διαρκεί για περίπου 6 χρόνια, με περίπου το 50% των ασθενών να αναρρώνουν πλήρως (Treasure et al., 2010). Οι παράγοντες που σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα (συμπεριλαμβανομένου του θανάτου) περιλαμβάνουν την παρουσία άλλων ψυχολογικών συμπτωμάτων και διαταραχών, φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα, μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου και κατάχρηση ουσιών (Berkman et al., 2007). Για τη νευρική βουλιμία οι προοπτικές είναι καλύτερες, με υποχώρηση των συμπτωμάτων στους περισσότερους ασθενείς και καμία εμφανή αύξηση της θνητότητας (Keel et al., 1999). Παράγοντες που σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, τη χρήση ουσιών και τη φτωχή υποκίνηση (Berkman et al., 2007). Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές είναι το γυναικείο φύλο, η εθνικότητα (λευκό χρώμα), η πρώιμη διατροφή στην παιδική ηλικία και τα

γαστρεντερικά προβλήματα, οι ανησυχίες για την αύξηση του βάρους και το σχήμα, η αρνητική αυτό-εκτίμηση, η σεξουαλική κακοποίηση και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες και η γενική ψυχιατρική νοσηρότητα (Jacobi et al., 2004). Ωστόσο, οι πιο ισχυροί παράγοντες κινδύνου φαίνεται να είναι τα σχόλια για την κατανάλωση από ένα δάσκαλο, προπονητή ή τα αδέρφια και το ιστορικό κατάθλιψης (Jacobi et al., 2011).

1.5 Ψυχωσικές διαταραχές

1.5.1 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από θεμελιώδεις και χαρακτηριστικές στρεβλώσεις της σκέψης και της αντίληψης, και μια ακατάλληλη ή έλλειψη συναισθηματικής ανταπόκρισης. Συνήθως διατηρείται σαφής συνείδηση και διανοητική ικανότητα, αν και μπορεί να αναπτυχθούν γνωστικά ελλείμματα (δυσκολίες στη μνήμη, την προσοχή και την εκτελεστική λειτουργία) με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν αυταπάτες και παραισθησιογόνες φωνές που απευθύνονται στον ασθενή, αποδιοργανωμένη ομιλία και αρνητικά συμπτώματα (συμπεριλαμβανομένης της σημαντικής απάθειας, της ένδειας λόγου και της άμβλυνης ή δυσαρμονίας των συναισθηματικών αντιδράσεων, οι οποίες συνήθως οδηγούν σε κοινωνική αποξένωση και μείωση των κοινωνικών επιδόσεων). Η διάθεση μπορεί, επίσης, να επηρεαστεί με καταθλιπτικά ή μανιακά συμπτώματα, αν και οι ασθενείς οι οποίοι έχουν λίγα αρνητικά συμπτώματα και υψηλό επίπεδο διάθεσης (κατάθλιψη ή μανία) διαγιγνώσκονται συνήθως με ψυχωσική κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή. Όταν συμβαίνουν στο ίδιο επεισόδιο σχιζοφρένεια και διαταραχή της διάθεσης, συνήθως τίθεται η διάγνωση της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής. Η πρόγνωση είναι καλύτερη για τη μανιοκαταθλιπτική διαταραχή σε σχέση με τη σχιζοφρένεια και χειρότερη από τις διαταραχές της διάθεσης (McGrath et al., 2008).

Η συχνότητα εμφάνισης της σχιζοφρένειας είναι περίπου 15/100.000 άτομα ανά έτος, με μεγαλύτερη εμφάνιση στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (αναλογία εμφάνισης 1,4:1) (McGrath et al., 2008). Η εμφάνιση μπορεί να είναι ύπουλη με μικρές μεταβολές στη συμπεριφορά (μερικές φορές γνωστή ως πρόδρομος) ή μπορεί να είναι αιφνίδια με ποικίλα συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων των παραληρητικών ιδεών ή/και παραισθήσεων, των διαταραχών στον ύπνο και της ταχείας επιδείνωσης

της κοινωνικής λειτουργικότητας. Υπάρχει σημαντική ετερογένεια στην έκβαση με περίπου το 15% των ασθενών να εμφανίζουν ένα επεισόδιο της ασθένειας, 20-30% να βιώνει μια επεισοδιακή πορεία και άλλοι να αντιμετωπίζουν σοβαρό χρόνιο κοινωνικό ή πνευματικό έλλειμμα ή/και χρόνια συνεχή ψυχωτικά συμπτώματα. Οι άνδρες τείνουν να έχουν χειρότερη έκβαση και αυτό σχετίζεται με την έναρξη της νόσου σε μικρή ηλικία, συνήθως στην εφηβεία ή στα 20 έτη. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν φάρμακα (αντιψυχωτικά) για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, αυτά στοχεύουν στη θεραπεία των «θετικών» συμπτωμάτων, όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις, αντί για την απενεργοποίηση (μακροπρόθεσμα) των «αρνητικών» συμπτωμάτων, όπως απάθεια και κοινωνική αποξένωση. Η θεραπεία της σχιζοφρένειας δε φαίνεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μακροπρόθεσμη έκβαση (Van Os & Kapur, 2009).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις μιας γενετικής συνιστώσας στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν, η ανατροφή σε ένα αστικό περιβάλλον, οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία, η εθνικότητα των μεταναστών (ιδίως εκείνοι που ζουν σε μια περιοχή με χαμηλή εθνοτική πυκνότητα ή μια περιοχή όπου υπάρχουν λιγότεροι άνθρωποι της ίδιας ομάδας μεταναστών) και τη χρήση κάνναβης. Υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία για τη γενετική μετριοπάθεια των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην εμφάνιση της νόσου (Van Os & Kapur, 2009).

Εκτός από τη σχιζοφρένεια, άλλες ψυχωσικές διαταραχές περιλαμβάνουν τη διπολική διαταραχή, την ψυχωτική κατάθλιψη, τη μανιοκατάθλιψη και το παραλήρημα. Στοιχεία δείχνουν ότι το 2 έως 3% του πληθυσμού θα αντιμετωπίσει κάποια ψυχωτική διαταραχή σε κάποιο σημείο της ζωής του (Van Os & Kapur, 2009).

1.5.2 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (παλαιότερα γνωστή ως μανιοκατάθλιψη) χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα επεισόδια έντονων συναισθηματικών καταστάσεων στις οποίες η διάθεση και η δραστηριότητα διαταράσσονται σημαντικά. Σε κάποιες περιπτώσεις η διάθεση είναι αυξημένη και αυξάνεται η ενέργεια και η δραστηριότητα (γνωστή ως υπομανία) ή όταν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά η ασθένεια περιγράφεται ως μανιακό επεισόδιο. Σε άλλες περιπτώσεις μειώνεται η διάθεση και παράλληλα

μειώνεται η ενέργεια και η δραστηριότητα (κατάθλιψη). Επαναλαμβανόμενα επεισόδια μανίας ή υπομανίας ταξινομούνται ως διπολική διαταραχή I και II αντίστοιχα. Η επικράτησή τους είναι 1% για τη διπολική διαταραχή I και 1,1% για τη διπολική διαταραχή II (Merikangas et al., 2007). Η διπολική διαταραχή είναι εξίσου διαδεδομένη μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, με εξαίρεση τον γρήγορο κύκλο, το οποίο είναι μια σοβαρή και δύσκολα θεραπεύσιμη παραλλαγή της διαταραχής στην οποία συμβαίνουν τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια κατά τη διάρκεια 12 μηνών και συμβαίνει ως επί το πλείστο στις γυναίκες (Muller-Oerlinghausen et al., 2002).

Η διπολική διαταραχή είναι μια χρόνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υποτροπές. Έως και το ένα τρίτο των ασθενών κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια αυτοκτονίας (Muller-Oerlinghausen et al., 2002). Ωστόσο, οι σταθεροποιητές της διάθεσης μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικοί στην πρόληψη της υποτροπής. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη γενετική ευπάθεια (Craddock & Jones, 2001), τη μαύρη φυλή και τις μειονοτικές εθνικότητες (Lloyd et al., 2005) και τους ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως η παιδική ηλικία κακοποίησης ή παραμέληση, η οποία μπορεί επίσης να προβλέψει κακή έκβαση (Daruy-Filho et al., 2011).

1.6. Διαταραχή προσωπικότητας

Η έννοια της διαταραχής της προσωπικότητας αναφέρεται σε προσωπικότητες που συνδέονται με λειτουργική ανεπάρκεια. Ως εκ τούτου, ο όρος αναφέρεται σε χαρακτηριστικά, διαρκή και διάχυτα πρότυπα της εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφορών που αποκλίνουν σημαντικά από το πολιτισμικά αναμενόμενο και αποδεκτό εύρος (ή «κανόνα»). Ωστόσο, η κατηγορική φύση της διάγνωσης απλοποιεί τη μονοδιάστατη φύση των υποκείμενων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τύποι της διαταραχής της προσωπικότητας, οι οποίοι κατατάσσονται κατά ICD-10 ως παρανοϊκοί, σχιζοειδοί, αντικοινωνικοί, συναισθηματικά ασταθείς (με υποτύπους παρορμητικοί και οριακοί), οιστριονικοί, αγχώδεις και εξαρτώμενοι. Πολλοί άνθρωποι έχουν χαρακτηριστικά από περισσότερους από έναν τύπο (WHO, 1993).

Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι συνηθισμένες, με την επικράτησή τους στο Ηνωμένο Βασίλειο να είναι 4,4% (Coid et al., 2006). Εξ ορισμού, περιορίζουν σημαντικά την προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα, με σημαντικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας, το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης και το άτομο (Kendall et al., 2009). Οι διαταραχές προσωπικότητας σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και νοσηρότητα και θνησιμότητα, ειδικά από καρδιαγγειακή νόσο (Samuels, 2011). Από τους υποτύπους της διαταραχής προσωπικότητας, η οριακή και η αντικοινωνική διαταραχή είναι οι πιο σημαντικές στην ιατροδικαστική και στην ψυχιατρική (Kendall et al., 2009). Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από ασταθείς σχέσεις, ασταθή αυτοεκτίμηση, ασταθή διάθεση και αυθορμητισμό με συχνούς αυτοτραυματισμούς. Η αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από το τακτικό σπάσιμο των κανόνων, από εγκληματική συμπεριφορά και μια ισχυρή τάση να είναι το άτομο απερίσκεπτο, ανεύθυνο και δόλιο. Οι άνθρωποι και με τις δύο διαταραχές συχνά αναφέρουν ιστορικό σοβαρών οικογενειακών προβλημάτων, ενδοοικογενειακή βία, κακοποίηση και συχνά βίαιες τιμωρίες στην παιδική ηλικία. Οι διαταραχές προσωπικότητας συχνά σχετίζονται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη ή κατάχρηση ουσιών. Η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας μπορεί επίσης να συμβεί με άλλες ψυχωσικές διαταραχές και κυρίως τις διατροφικές διαταραχές και το μετατραυματικό στρες (Kendall et al., 2009). Στο παρελθόν, οι διαταραχές προσωπικότητας θεωρούνταν συχνά ανίατες, αλλά αν και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι μακροχρόνια, δεν είναι απαραίτητα μόνιμα. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι χρήσιμες. Διάφοροι τύποι παρεμβάσεων έχουν μελετηθεί για διαφορετικές διαταραχές της προσωπικότητας, με τις περισσότερες έρευνες να εστιάζουν στην οριακή διαταραχή της προσωπικότητας και την αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας. Η πιο ισχυρή απόδειξη μέχρι σήμερα δείχνει ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, όπως η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία διανοητικοποίησης για την οριακή διαταραχή της προσωπικότητας είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση της διάθεσης και τη μείωση της αυτοκαταστροφής (Dixon-Gordon et al., 2011).

1.7 Άνοια

Η άνοια είναι μια προοδευτική επιδείνωση της ανώτερης γνωστικής λειτουργίας σε βαθμό που παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες. «Ανώτερη γνωστική λειτουργία» σημαίνει τις λειτουργίες του εγκεφάλου όπως η μνήμη, η γλώσσα, η συγκέντρωση και η συλλογιστική (σε αντίθεση με τις «κατώτερες» λειτουργίες όπως αυτές που ελέγχουν την κίνηση, την αναπνοή ή το μεταβολισμό). Έτσι, η άνοια είναι ένα «σύνδρομο» (δηλαδή ένα σύνολο συμπτωμάτων) και όχι μία συγκεκριμένη νόσος. Υπάρχουν πολλές ασθένειες που προκαλούν άνοια και η άνοια μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Ωστόσο, οι πιο κοινές μορφές εμφανίζονται σε μεγάλη ηλικία και προκύπτουν κατά κύριο λόγο από τη νόσο του Alzheimer, τις αγγειακές διαταραχές και την παρουσία σωματίων Lewy. Η νόσος Alzheimer είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων και ειδικότερα από ανωμαλίες στον εγκέφαλο που μπορεί να δει κανείς μόνο στο μικροσκόπιο. Τείνει να επηρεάζει αρχικά τη λειτουργία της μνήμης, με τις υπόλοιπες λειτουργίες του εγκεφάλου να χάνονται καθώς εξελίσσεται η νόσος. Η αγγειακή άνοια περιγράφει μία απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας που οφείλεται σε εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλες διαταραχές της εγκεφαλικής παροχής αίματος και λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα, αλλά συχνά σε συνδυασμό με τη νόσο του Alzheimer, ιδιαίτερα όταν εξελίσσεται η άνοια στα τέλη του γήρατος. Η άνοια των σωματίων Lewy είναι μια πιο πρόσφατα αναγνωρισμένη νόσος που χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες ανωμαλίες στον ιστό του εγκεφάλου και ανιχνεύεται μόνο με το μικροσκόπιο. Παρόμοια με την αγγειακή άνοια, εμφανίζεται συνήθως σε συνδυασμό με άλλες αιτίες και συμπίπτει με τη νόσο του Parkinson (Verghese et al., 2011).

Ο επιπολασμός της άνοιας σχετίζεται με την ηλικία. Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο εκτίμησε ότι επλήγησαν το 1% των ατόμων ηλικίας 65-69 ετών και το 33% των ανθρώπων ηλικίας 95 ετών και άνω (Knapp et al., 2007). Η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας αυξάνεται από περίπου 1 ανά 1.000 ανά έτος στις ηλικίες 65-69 έτη σε 20 ανά 1.000 ανά έτος στις ηλικίες 80-84 έτη (Ott et al., 1997). Ωστόσο, ως αποτέλεσμα της συσχέτισης της άνοιας και της αύξησης της ηλικίας, καθώς και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής στους περισσότερους πληθυσμούς στον κόσμο, η άνοια είναι όλο και πιο συχνή. Το 2007 εκτιμήθηκε ότι υπήρχαν περίπου 680.000 άτομα με άνοια στο Ηνωμένο Βασίλειο και ότι το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί σε 940.000 άτομα το 2021. Η άνοια είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας και αποτελεί σημαντικό οικονομικό

κόστος για την κοινωνία, τόσο λόγω της ανάγκης για επίσημες υπηρεσίες υποστήριξης και ιδρυματική φροντίδα σε άτομα με πιο προχωρημένη νόσο, καθώς και λόγω του συχνά κρυφού κόστους για τα μέλη της οικογένειας ή άλλους φροντιστές (Knapp et al., 2007).

Παρόμοια με πολλές κοινές χρόνιες διαταραχές, η άνοια έχει και γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Αρκετές γενετικές ανωμαλίες έχουν βρεθεί για τη σπάνια πρόιμη έναρξη της άνοιας και ένα γονίδιο, η απολιποπρωτεΐνη E, έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τον κίνδυνο της πιο συνηθισμένης καθυστερημένης έναρξης (Verghese et al., 2011). Οι κύριοι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι εκείνοι που επηρεάζουν τον αγγειακό κίνδυνο, όπως η υψηλή πίεση του αίματος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης, η κακής ποιότητας διατροφή και το κάπνισμα, παράγοντες οι οποίοι έχουν προταθεί να είναι παράγοντες κινδύνου όχι μόνο για την αγγειακή άνοια, αλλά και για τη νόσο Alzheimer. Η άνοια σχετίζεται επίσης με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αν και ο μηχανισμός αυτής της συσχέτισης δεν είναι απολύτως κατανοητός. Το φύλο δεν είναι παράγοντας κινδύνου για την άνοια, αλλά λόγω της μεγαλύτερης γυναικείας μακροζωίας τείνουν να υπάρχουν περισσότερες γυναίκες με άνοια. Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τον τραυματισμό στο κεφάλι, την κατάχρηση αλκοόλ και την κατάθλιψη (Stewart, 1998).

2. Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές

2.1 Εισαγωγή

Υπάρχουν πολλά στοιχεία από Διεθνείς μελέτες που δείχνουν ότι η επίπτωση του καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η συσχέτιση αυτή αυξάνεται με τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής, ενώ υψηλότερη επίπτωση του καπνίσματος έχει βρεθεί σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς.

2.2 Επιδημιολογία καπνίσματος και ψυχικών διαταραχών

Είναι γνωστό ότι η επικράτηση του καπνίσματος και τα επίπεδα της εξάρτησης από το κάπνισμα, είναι υψηλότερα μεταξύ των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το 2007 σύμφωνα με τη National Health Survey Interview σε 23.393 μη ιδρυματοποιημένους ενήλικες, η επικράτηση των βαρέων καπνιστών (>25 τσιγάρα / ημέρα) ήταν 10,3% σε εκείνους που δεν είχαν καμία ψυχική διαταραχή και 15,1% στα άτομα με διπολική διαταραχή, 17,8% σε εκείνα με σχιζοφρένεια, 19,8% σε εκείνα με φοβίες και 28,8% σε άτομα με σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές (McClave et al., 2010). Ωστόσο, καθώς η φύση αυτής της συσχέτισης παραμένει αβέβαιη, δεν είναι σαφές αν το κάπνισμα ως ανεξάρτητος παράγοντας αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ή μια ψυχική διαταραχή αυξάνει τον κίνδυνο να γίνει κάποιος καπνιστής. Μία κοινή άποψη είναι ότι η νικοτίνη συμβάλλει στην ικανοποίηση και ανακούφιση από το άγχος και άλλων συμπτωμάτων που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, είναι πιθανόν ότι τα συμπτώματα της εξάρτησης από τη νικοτίνη αποδίδονται εσφαλμένα ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών (McClave et al., 2010).

2.2.1 Κάπνισμα και εκδήλωση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής

Τρεις μελέτες εντοπίστηκαν κατά την αναζήτηση της βιβλιογραφίας που σχετίζονται με το κάπνισμα και την εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής (διαταραχές της διάθεσης, του άγχους και χρήση ουσιών) για μια περίοδο 12 μηνών (Cuijpers et al., 2007, Smiley et al., 2007, Larson et al., 2009). Σε μία από αυτές τις μελέτες σε 2.726 ενήλικες από την Ολλανδία, το κάπνισμα σχετίστηκε με σημαντική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής (Cuijpers et al., 2007), αλλά στη δεύτερη, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και συμπεριέλαβε 651 ενήλικες με μαθησιακές δυσκολίες, δεν υπήρξε σημαντική επίδραση στην επίπτωση των ψυχικών διαταραχών (Smiley et al., 2007). Στην τρίτη μελέτη, το κάπνισμα αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαγνώσεων σε 6442 Αμερικανούς πεζοναύτες που συμμετείχαν σε εμπόλεμες ζώνες (Larson et al., 2009).

2.2.2 Κάπνισμα και αναπτυξιακές και συναισθηματικές διαταραχές

Αρκετές μελέτες έχουν αξιολογήσει τη συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και των αναπτυξιακών και συναισθηματικών διαταραχών (Boyle et al., 1993, Pine et al., 1997, Voorhees et al., 2002, Clark et al., 2004, Rohde et al., 2004, Spein et al., 2004, Galera et al., 2005, Burke et al., 2007, Fuemmeler et al., 2007, Niemela et al., 2009, Galera et al., 2010, Goodman et al., 2010), εκ των οποίων δύο χρησιμοποίησαν την ίδια ομάδα συμμετεχόντων (Galera et al., 2005, 2010). Όλες αυτές οι μελέτες αξιολόγησαν την επίδραση των αναπτυξιακών ή/και συναισθηματικών διαταραχών στον κίνδυνο να γίνει κάποιος καπνιστής. Μόνο μία μελέτη εξέτασε την επίδραση του καπνίσματος στον κίνδυνο εμφάνισης αναπτυξιακών διαταραχών (Goodman, 2010). Οι συγκεκριμένες μελέτες διεξήχθησαν στη Βόρεια Αμερική, στην Ευρώπη και στην Αυστραλία.

Το φάσμα των αναπτυξιακών διαταραχών που αξιολογήθηκαν συμπεριέλαβαν τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (ADHD) (Boyle et al., 1993, Clark et al., 2004, Rohde et al., 2004), τη διαταραχή της συμπεριφοράς (Boyle et al., 1993, Pine et al., 1997, Voorhees et al., 2002, Clark et al., 2004, Galera et al., 2005, Burke et al., 2007, Niemela et al., 2009, Galera et al., 2010), την απροσεξία (Burke et al., 2007, Fuemmeler et al., 2007), την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα (Burke et al., 2007, Galera et al., 2010), την υπερκινητικότητα (Galera et al., 2005, Fuemmeler et al., 2007, Niemela et al., 2009, Goodman et al., 2010), την αντιθετική προκλητική διαταραχή (Clark & Cornelius, 2004, Galera et al., 2005, Burke et al., 2007), τη διαταραχή της εσωτερίκευσης (Spein et al., 2004, Goodman, 2010), τη διαταραχή της εξωτερίκευσης (Spein et al., 2004) και σύνθετες συμπεριφορικές (Niemela et al., 2009, Goodman, 2010) και συναισθηματικές διαταραχές (Boyle et al., 1993).

2.2.2.1 Σύνθετες συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές

Μια μετα-ανάλυση τριών μελετών έδειξε ότι τα παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς ήταν σε σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς διαταραχές συμπεριφοράς (Niemela et al., 2009). Επιπλέον, μια μετα-ανάλυση δύο μελετών διαπίστωσε ότι τα άτομα με διαταραχές συμπεριφοράς ήταν σχεδόν περισσότερο από δύο φορές πιθανό να γίνουν καθημερινοί/τακτικοί καπνιστές

σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν διαταραχές συμπεριφοράς (Goodman, 2010). Δεδομένα από μία περαιτέρω μελέτη έδειξαν ότι οι συναισθηματικές διαταραχές δε σχετίστηκαν σημαντικά με την εμφάνιση καπνίσματος (Boyle et al., 1993).

2.2.2.2 Εσωτερίκευση και εξωτερίκευση προβλημάτων

Δύο μελέτες ανέφεραν τη συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της εσωτερίκευσης ή εξωτερίκευσης προβλημάτων (Spein et al., 2004, Goodman, 2010). Η εσωτερίκευση προβλημάτων δεν σχετίστηκε σημαντικά με την έναρξη ή τη χρήση του καπνίσματος (Spein et al., 2004, Goodman, 2010) ή με το καθημερινό ή τακτικό κάπνισμα (Spein et al., 2004). Οι άνθρωποι με εξωτερίκευση των προβλημάτων δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα, αλλά ήταν ελαφρώς πιο πιθανό να καπνίζουν τακτικά (Spein et al., 2004). Μία μελέτη έδειξε ότι το κάπνισμα δεν ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας αυξημένου κινδύνου της εσωτερίκευσης προβλημάτων (Goodman, 2010).

2.2.2.3 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα

Μια μετα-ανάλυση πέντε μελετών (Rohde et al., 2004) έδειξε ότι τα άτομα με ADHD είχαν περισσότερες πιθανότητες να αρχίσουν το κάπνισμα σε σχέση με εκείνα που δεν είχαν τη συγκεκριμένη διαταραχή. Μία επιπλέον μελέτη ανέφερε σημαντική τριπλάσια αύξηση του κινδύνου εμφάνισης του καθημερινού/τακτικού καπνίσματος σε αυτή την κατηγορία ασθενών (Clark & Cornelius, 2004), ενώ άλλη μελέτη δε βρήκε κάποια σημαντική συσχέτιση (Boyle et al., 1993).

Κατά την εξέταση των υποτύπων της ADHD, διαπιστώθηκε ότι η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα δε συσχέτιστηκε σημαντικά με την έναρξη του καπνίσματος (Burke et al., 2007, Galera et al., 2010). Όμως, η έναρξη του καπνίσματος ήταν σημαντικά αυξημένη σε εκείνους με διαταραχή προσοχής (Burke et al., 2007, Fuemmeler et al., 2007) και ιδιαίτερα σε εκείνους τόσο με έλλειψη προσοχής όσο και με υπερκινητικότητα (Fuemmeler et al., 2007). Υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η υπερκινητικότητα από μόνη της μπορεί να σχετίζεται με την έναρξη του καπνίσματος (Fuemmeler et al., 2007, Niemela et al., 2009), την έναρξη του καθημερινού/τακτικού καπνίσματος (Goodman, 2010) και τη

διάρκεια του καπνίσματος (Galera et al., 2005), αλλά κανένα από αυτά τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό.

2.2.2.4 Εναντιωματική συμπεριφορά

Τρεις μελέτες αξιολόγησαν τη συσχέτιση μεταξύ της εναντιωματικής συμπεριφοράς και του καπνίσματος (Clark & Cornelius, 2004, Galera et al., 2005, Burke et al., 2007). Μία βρήκε σημαντική αύξηση στο διπλάσιο για την έναρξη του καθημερινού καπνίσματος (Clark & Cornelius, 2004), ενώ οι άλλες δύο μελέτες δε διαπίστωσαν σημαντική συσχέτιση με την έναρξη του καπνίσματος (Burke et al., 2007) και τη διάρκεια του καπνίσματος ή το καθημερινό κάπνισμα (Galera et al., 2005).

2.2.2.5 Διαταραχή συμπεριφοράς

Σε μια μετα-ανάλυση πέντε μελετών (Burke et al., 2007, Niemela et al., 2009, Galera et al., 2010) τα άτομα με διαταραχή συμπεριφοράς είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Μία από αυτές τις μελέτες έδειξε επίσης ότι τα παιδιά με υψηλά συμπτώματα και των διαταραχών συμπεριφοράς και με υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα είχαν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να αρχίσουν το κάπνισμα σε σχέση με τα παιδιά με χαμηλές βαθμολογίες συμπτωμάτων για τη διαταραχή συμπεριφοράς και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (Galera et al., 2010). Ακόμη, τα δεδομένα από μια άλλη μελέτη έδειξαν σημαντική αύξηση στην έναρξη του καθημερινού καπνίσματος σε άτομα με διαταραχή συμπεριφοράς (Clark & Cornelius, 2004). Τα άτομα με διαταραχή συμπεριφοράς είχαν, επίσης, σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να γίνουν καθημερινοί/τακτικοί και δια βίου καπνιστές σε σχέση με εκείνους χωρίς την πάθηση (Galera et al., 2005). Άλλη μία μελέτη ανέφερε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής της συμπεριφοράς και της χρήσης του καπνού στα 9 έτη παρακολούθησης (Pine et al., 1997), μία ανέφερε σημαντική αύξηση κατά 61% στον κίνδυνο της χρήσης του καπνού στα 4 έτη παρακολούθησης (Boyle et al., 1993) και άλλη μία μελέτη σε κορίτσια έδειξε ότι μία σημαντική μείωση κατά 40% στην έναρξη του καθημερινού καπνίσματος είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση στις βαθμολογίες της διαταραχής της συμπεριφοράς, όπου

χαμηλότερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει φτωχότερες συμπεριφορές (Voorhees et al., 2002).

2.2.3 Κάπνισμα και διπολική διαταραχή

Δύο μακροχρόνιες μελέτες διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της διπολικής διαταραχής σε εφήβους και ενήλικες και βρήκαν μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της εμφάνισης διπολικής διαταραχής σε ενήλικες (Guijpers et al., 2007), αν και το δείγμα ήταν μικρό, μόλις 9 περιπτώσεις. Αντικρουόμενα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν για την επίπτωση της διπολικής διαταραχής στην έναρξη του καπνίσματος στην εφηβεία, όπου μία μελέτη έδειξε σημαντική αύξηση κατά επτά φορές στην έναρξη των βαρέων καπνιστών σε εφήβους, αλλά καμία σημαντική συσχέτιση με την έναρξη ήπιου/ μέτριου καπνίσματος σε εφήβους (Ajdacic-Gross et al., 2009).

2.2.4 Κάπνισμα και σχιζοφρένεια

Σε μία μελέτη με νεαρούς άνδρες νεοσύλλεκτους από το Ισραήλ αναφέρθηκε σχεδόν διπλάσιος κίνδυνος εμφάνισης σχιζοφρένειας στους καπνιστές (Weiser et al., 2004), ενώ σε μία παρόμοια μελέτη στη Σουηδία, στην οποία όμως συμμετείχε πολύ μεγαλύτερο δείγμα (48.772 έναντι 14.248) και αριθμό περιπτώσεων περιστατικών σχιζοφρένειας (350 έναντι 44), δε βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος (Zammit et al., 2003). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι ο χρόνος μεταξύ της έναρξης του καπνίσματος και της εμφάνισης της ψυχικής ασθένειας ήταν πολύ μικρότερος για τη σχιζοφρένεια σε σχέση με τις άλλες ψυχώσεις (Riala et al., 2005). Μια πιο πρόσφατη μελέτη σε γυναίκες από τη Δανία διαπίστωσε ότι οι καπνιστές είχαν κατά περίπου 40% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας, με κάποιες ενδείξεις ότι ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα. Η ίδια μελέτη ανέφερε επίσης αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικών διαταραχών σε εκείνους που κάπνιζαν (Sorensen et al., 2011). Σε μία άλλη μελέτη με 48 συμμετέχοντες ηλικίας 12-30 ετών με πρόδρομα συμπτώματα (και συνεπώς σε κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας) στο πρόγραμμα Γνωστική Εκτίμησης και Αξιολόγησης Κινδύνων

(CARE), η χρήση νικοτίνης συσχετίστηκε σημαντικά με την εμφάνιση της σχιζοφρένειας (Kristensen et al., 2007).

Μία συστηματική ανασκόπηση που περιλαμβάνει 42 μελέτες από 20 χώρες και διερευνά την εμφάνιση σχιζοφρένειας σε σχέση με το κάπνισμα έδειξε ότι ο λόγος πιθανοτήτων για το κάπνισμα μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ήταν 7,2 και 3,3 στους άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα. Στην ίδια μελέτη ο λόγος πιθανοτήτων για το κάπνισμα μεταξύ των ατόμων με σχιζοφρένεια σε σχέση με τους ασθενείς με άλλες ψυχικές νόσους (επειδή τα χαρακτηριστικά μεταξύ αυτών των δύο ομάδων έχουν περισσότερα κοινά χαρακτηριστικά από ότι μεταξύ εκείνων με σχιζοφρένεια και του γενικού πληθυσμού) υπολογίστηκε σε 2,3 για τους άνδρες και 1,8 για τις γυναίκες (de Leon & Diaz, 2005).

2.2.5 Κάπνισμα και αγχώδεις διαταραχές

Τα αποτελέσματα των μελετών που διερευνούν τη σχέση του καπνίσματος στα άτομα με αγχώδεις διαταραχές είναι αντικρουόμενα (Voorhees et al., 2002, Rohde et al., 2004, Johnson & Novak, 2009, Pedersen & von Soest, 2009, Marmorstein et al., 2010, Swendsen et al., 2010). Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν μία σαφή θετική συσχέτιση (Voorhees et al., 2002, Marmorstein et al., 2010, Swendsen et al., 2010), άλλες που βρήκαν μη σημαντικές θετικές συσχετίσεις (Woodward & Fergusson, 2001, Rohde et al., 2004, Pedersen & von Soest, 2009) και μία που βρήκε μειωμένο κίνδυνο (Johnson & Novak, 2009). Από αυτές, δύο βρήκαν ισχυρές αυξήσεις στον κίνδυνο (Swendsen et al., 2010), ενώ τρεις βρήκαν μέτριες ή μη σημαντικές συσχετίσεις (Rohde et al., 2004, Marmorstein et al., 2010).

Επίσης, υπήρχαν μελέτες που εξέτασαν την υπόθεση εάν οι καπνιστές χωρίς ψυχική νόσο είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους αγχώδεις διαταραχές (Clark & Cornelius, 2004, Cuijpers et al., 2007, Van der Velden et al., 2007, Pedersen & von Soest, 2009). Οι περισσότερες μελέτες περιελάμβαναν στο δείγμα τους εφήβους και λιγότερες ενήλικες ηλικίας 18 έως 64 ετών. Οι λόγοι πιθανοτήτων για την εμφάνιση του άγχους αυξήθηκαν στις περισσότερες μελέτες (Cuijpers et al., 2007, Van der Velden et al., 2007). Ακόμη, το κάπνισμα φαίνεται να έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μετα-τραυματικού στρες (Van der Velden et al., 2007). Μόνο μία μελέτη ανέφερε μειωμένο κίνδυνο που

σχετίζεται με το καθημερινό κάπνισμα, χωρίς όμως αυτή η επίδραση να είναι στατιστικά σημαντική (Clark & Cornelius, 2004).

2.2.6 Κάπνισμα και διατροφικές διαταραχές

Όλες οι μελέτες που διερευνούν τη συσχέτιση του καπνίσματος και των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνουν στο δείγμα τους εφήβους ηλικίας 11 έως 15 ετών και τους παρακολουθούν για χρονικό διάστημα ενός έτους. Σε μία από τις μελέτες, η άμεση λήψη τροφής δεν σχετίστηκε σημαντικά με την έναρξη του καπνίσματος σε κανένα από τα δύο φύλα (Field et al., 2002). Ωστόσο, σε άλλες δύο μελέτες, ο κίνδυνος έναρξης του καπνίσματος βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη δυσαρέσκεια με το σώμα ή/και την παθολογική και άμεση λήψη τροφής (Stice & Shaw, 2003), καθώς και στις γυναίκες με υψηλή βαθμολογία συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών αλλά όχι στα αγόρια (French et al., 1994). Μία μελέτη, επίσης, αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της έναρξης των διατροφικών διαταραχών και δε βρήκε καμία σαφή συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της άμεσης κατανάλωσης φαγητού στις γυναίκες (Field et al., 2002).

2.2.7 Κάπνισμα και κατάθλιψη

Υπάρχουν πολλές μελέτες που διερευνούν τη συσχέτιση του καπνίσματος με την κατάθλιψη. Για λόγους κατανόησης θα γίνει αναφορά σε δύο υποκεφάλαια.

2.2.7.1 Κάπνισμα και έναρξη κατάθλιψης

Έχει βρεθεί ότι το τακτικό ή καθημερινό κάπνισμα αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης κατά 52% με ελαφρά μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Van Gool et al., 2006, Van der Velden et al., 2007). Όμως, υπάρχει μία μελέτη με αντικρουόμενα αποτελέσματα μιας και αναφέρει ότι δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ του καθημερινού καπνίσματος και της έναρξης μίας καταθλιπτικής διαταραχής (Clark & Cornelius, 2004). Στις προαναφερθείσες μελέτες

σε δευτερογενή ανάλυση βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της έναρξης της κατάθλιψης και σε εφήβους και σε ενήλικες.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι πρώην καπνιστές δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη από τους μη καπνιστές (Flensburg-Madsen Trine et al., 2011, Tanaka et al., 2011), ενώ μία μελέτη δεν διαπίστωσε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των πρώην καπνιστών και του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης σε σύγκριση με τους καπνιστές (Van Gool et al., 2006).

Επίσης, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση και μάλιστα διπλή αύξηση του κινδύνου μεταξύ του καπνίσματος και της εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ήταν καπνίστριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη σε σχέση με εκείνες που δεν κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (McCoy et al., 2008).

2.2.7.2 Κατάθλιψη και έναρξη καπνίσματος

Η κατάθλιψη σχετίζεται σημαντικά με την έναρξη του καπνίσματος κατά 43% (Ajdacic-Gross et al., 2009). Συγκεκριμένα, έχει αναφερθεί σημαντική αύξηση κατά 30% στην έναρξη του καπνίσματος σε άτομα με υψηλή βαθμολογία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Escobedo et al., 1998). Μία μελέτη, από την άλλη μεριά, σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας δε βρήκε καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της έναρξης του καπνίσματος. Η ίδια μελέτη, όμως, ανέφερε μέτρια σημαντική αύξηση της έναρξης του καπνίσματος σε αγόρια με καταθλιπτικά συμπτώματα (Killen et al., 1997).

Η κατάθλιψη έχει σχετιστεί σημαντικά με αύξηση του κινδύνου κατά 34% για έναρξη καθημερινού/τακτικού καπνίσματος (Rohde et al., 2004). Ωστόσο, μια μελέτη, δε βρήκε καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανά μονάδας αύξησης στη βαθμολογία της κατάθλιψης και της έναρξης καπνίσματος σε τακτική βάση ένα έτος μετά (Kandel et al., 2004).

2.2.8 Κάπνισμα και άνοια

Το 2007, οι Anstey et al (2007) ανέφεραν μια ανασκόπηση και μία μετα-ανάλυση 19 μελετών που δημοσιεύθηκαν πριν από τον Ιούνιο 2005, οι οποίες περιελάμβαναν δεδομένα από περισσότερους από 26.000 συμμετέχοντες που παρακολούθηθηκαν από την ηλικία 2 ετών μέχρι την ηλικία 30 ετών αναφορικά με την εμφάνιση άνοιας ή/και γνωστικού ελλείμματος. Ο σχετικός κίνδυνος για την ανάπτυξη άνοιας εκτιμήθηκε σε 1,27 στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και οι αντίστοιχοι σχετικοί κίνδυνοι για τη νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια ήταν 1,79 και 1,78 αντίστοιχα (Anstey et al., 2007). Μία άλλη συστηματική ανασκόπηση και μία μετα-ανάλυση που δημοσιεύθηκαν το 2008, ανέφεραν παρόμοια ευρήματα, με το συγκεντρωτικό λόγο για τους καπνιστές και τη νόσο του Alzheimer να είναι 1,59. Οι τέσσερις μεγαλύτερες μελέτες διαπίστωσαν θετική συσχέτιση μεταξύ των καπνιστών και της άνοιας (ή υποτύπων) και περιλάμβαναν 1064 συμμετέχοντες ηλικίας 65 ετών και άνω με 4 έτη παρακολούθησης (Aggarwal et al., 2006), 2820 συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω με 2 έτη παρακολούθησης (Juan et al., 2004), 6870 άτομα ηλικίας τουλάχιστον 55 ετών με κατά μέσο όρο περίοδο παρακολούθησης 2,1 χρόνων (Ott et al., 1998), ενώ μία μελέτη βρήκε συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της εμφάνισης Αλτσχάιμερ σε 3734 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας περίπου 77 ετών (Tyas et al., 2003). Σε δύο μελέτες αναφέρθηκε ότι ο κίνδυνος της άνοιας αυξήθηκε με την αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων (Tyas et al., 2003, Juan et al., 2004).

Ωστόσο, οι μεγάλες μελέτες οι οποίες δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του αυξημένου κινδύνου άνοιας περιλαμβάνουν την канаδική Μελέτη Υγείας και Γήρανσης (Lindsay et al., 2002) και τη μελέτη γνωστικής λειτουργίας και γήρανσης MRC (Yip et al., 2006). Ο λόγος για αυτή την ετερογένεια δεν είναι σαφής, αν και οι δύο μελέτες είχαν σχετικά μεγάλες περιόδους παρακολούθησης και τα αποτελέσματα της μελέτης Rotterdam έδειξαν μείωση του κινδύνου εμφάνισης άνοιας από 2.2 σε περίπου 2 έτη (Ott et al., 1998) και από 1,5 σε περίπου 7 έτη (Reitz et al., 2007). Επίσης, άλλες μελέτες ανέφεραν θετικές συσχετίσεις μεταξύ του καπνίσματος και της άνοιας στο χώρο του νοσοκομείου (Rusanen et al., 2011) και μία άλλη μελέτη ανέφερε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα στη μέση ηλικία και στον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας στην τρίτη ηλικία σε 1449 άτομα ηλικίας 65-79 ετών (Rusanen et al., 2010). Τέλος, μία ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μελέτες που χρηματοδοτούνται από τις βιομηχανίες

καπνού είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν μια προστατευτική επίδραση και λιγότερο πιθανό να αναφέρουν κάποιου βαθμού κίνδυνο (Cataldo et al., 2010).

2.2.9. Κάπνισμα και αύξηση της θνησιμότητας και νοσηρότητας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ή σημαντική νοσηρότητα, λόγω των ψυχικών διαταραχών τους ή λόγω της υψηλής επίπτωσης καπνίσματος. Ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου ή νοσηρότητας μεταξύ εκείνων με ψυχικές διαταραχές έχει μελετηθεί αρκετά. Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου, ακόμη και μετά την προσαρμογή για το κάπνισμα (ποτέ, πρώην και νυν). Μπορεί να υπάρχει κάποιος επιπλέον κίνδυνος καρδιαγγειακού θανάτου λόγω της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής (Ray et al., 2001). Δεν υπήρχαν ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο μεταξύ των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης γιατί το κάπνισμα έχει σημαντικές επιπτώσεις σε διάφορες κοινές μορφές καρκίνου. Μια μελέτη σε 4825 αμερικανούς ασθενείς συνέκρινε τα ποσοστά θανάτου προσαρμοσμένα στην ηλικία (με πρόβλεψη για άλλους παράγοντες σύγχυσης) σε άτομα με ή χωρίς ψυχικές διαταραχές σε σχέση με το κάπνισμα. Η αναλογία κινδύνου για τον καρκίνο μεταξύ των καπνιστών με χρόνια κατάθλιψη ήταν 2,80 ενώ για τους ψυχικά υγιείς ήταν 1,96 (Penninx et al., 1998).

2.3 Μηχανισμοί εθισμού της νικοτίνης

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η νικοτίνη είναι το κύριο εθιστικό συστατικό του καπνού. Συμπεριφορικές μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι η νικοτίνη έχει τις ιδιότητες συμπεριφοράς των φαρμάκων που προκαλούν εξάρτηση, επειδή η νικοτίνη χρησιμεύει στις μελέτες ως ενισχυτής της «αυτό-χορήγησης» (Corrigall & Coen, 1989) και η αιφνίδια διακοπή μετά από μια περίοδο συνεχούς έγχυσης προκαλεί σύνδρομο στέρησης, το οποίο αντιστρέφεται από την επαναχορήγηση νικοτίνης (Epping-Jordan et al., 1998). Νευροβιολογικές μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι η νικοτίνη δρα στις νευρικές οδούς εντός του εγκεφάλου που έχουν ενοχοποιηθεί για

την ανταμοιβή και την ενίσχυση. Σε πειραματόζωα, ενέσεις νικοτίνης που χορηγούνται είτε χωρίς επίγνωση (δηλαδή από έναν πειραματιστή) ή αυτοβούλως (ιδία χρήση) διεγείρουν την απελευθέρωση της ντοπαμίνης σε ολόκληρο τον εγκέφαλο (Lecca et al., 2006). Η επαναλαμβανόμενη καθημερινή χορήγηση του φαρμάκου έχει ως αποτέλεσμα την ευαισθητοποίηση της επίδρασης της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο (Iyaniwura et al., 2001). Ωστόσο, η επαναλαμβανόμενη αυτοχορήγηση της νικοτίνης σε ολόκληρη τη διάρκεια της ημέρας οδηγεί, επίσης, σε ευαισθητοποίηση της επίδρασης της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο (Lecca et al., 2006). Η ευαισθητοποίηση αυτών των μονοπατιών είναι μια ιδιότητα των φαρμάκων που προκαλούν εξάρτηση από διαφορετικές φαρμακολογικές ομάδες και έχει ενοχοποιηθεί για τη μετάβαση από την απλή ενίσχυση μέχρι την ψυχαναγκαστική αναζήτηση ναρκωτικών και τη συμπεριφορά λόγω της χρήσης ναρκωτικών που χαρακτηρίζει την εξάρτηση (Di Chiara & Bassareo, 2007).

Αν και είναι σαφές ότι η νικοτίνη έχει τις νευροβιολογικές και συμπεριφορικές ιδιότητες ενός φαρμάκου εξάρτησης, σε σύγκριση με πολλά φάρμακα εξάρτησης που χρησιμοποιούνται παράνομα, οι ενισχυτικές της ιδιότητες είναι αδύναμες και θεωρούνται ανεπαρκείς για να δικαιολογηθεί η ισχυρή εξάρτηση που βιώνουν συνήθως οι καπνιστές. Επιπλέον, τα θεραπευτικά σκευάσματα νικοτίνης που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι πολύ αποτελεσματικά, ούτε όμως μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο κατάχρησης (Balfour, 2009).

Υπάρχουν πολλά συστατικά του καπνού που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τις εθιστικές ιδιότητες της νικοτίνης. Μερικές από αυτές αναστέλλουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση, η οποία μεταβολίζει τη ντοπαμίνη στον εγκέφαλο, βελτιώνοντας έτσι τις επιπτώσεις της επιβράβευσης που προκαλούνται από την απελευθέρωση αυτού του μονοαμινιδίου (Fowler et al., 2003). Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν επιβεβαιώσει ότι η αναστολή της μονοαμινοξειδάσης ενισχύει την αυτοχορήγηση της νικοτίνης (Villegier et al., 2007). Άλλες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο ρόλο των μη φαρμακολογικών παραγόντων όπως τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που συνδέονται με τη χορήγηση νικοτίνης, τα οποία είναι επίσης σημαντικά στην ενίσχυση της αυτοχορήγησης της νικοτίνης (Chaudhri et al., 2006). Τα αισθητοκινητικά ερεθίσματα είναι, επίσης, σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της εξάρτησης από τον καπνό (Rose et al., 2000), ιδιαίτερα σε βαριά καπνιστές (Brauer et al., 2001). Αυτές οι

παρατηρήσεις έχουν οδηγήσει τον Rose (2006) στο συμπέρασμα ότι οι μη-νικοτινικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξάρτηση από τον καπνό.

2.4 Μοντέλα συσχέτισης καπνίσματος και ψυχικών διαταραχών

Ένας πιθανός μηχανισμός σύνδεσης μεταξύ του καπνίσματος και των ψυχικών διαταραχών είναι το μοντέλο της αυτοθεραπείας (self-medication model), σύμφωνα με το οποίο το κάπνισμα χρησιμοποιείται για να ανακουφίσει τα συμπτώματα, ιδιαίτερα εκείνων που επηρεάζουν αρνητικά και μειώνουν τη γνωστική λειτουργία (Khantzian, 1997) π.χ. άτομα με αρνητικές επιπτώσεις μπορούν να στραφούν στη χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένων του καπνού, για να ανακουφίσουν τη συναισθηματική δυσφορία, ενώ άτομα με ελλείμματα προσοχής και μάθησης μπορούν να χρησιμοποιούν τον καπνό για να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν αυτούς τους περιορισμούς. Οι πολιτιστικές και κοινωνικές πεποιθήσεις, π.χ. μια πεποίθηση ότι το κάπνισμα είναι αποτελεσματικό αγχολυτικό ή αντικαταθλιπτικό, ακόμη και σε περίπτωση απουσίας μιας πραγματικής επίδρασης, μπορούν επίσης να συμβάλουν στη διαδικασία αυτή. Εναλλακτικά, το κάπνισμα θα μπορούσε να είναι ένας αιτιώδης παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχικής νόσου, αν και μπορεί επίσης η συσχέτιση αυτή να οφείλεται σε σύγχυση με άλλους παράγοντες, π.χ. γενετικά χαρακτηριστικά, που επηρεάζουν ανεξάρτητα τόσο το κάπνισμα όσο και την ψυχική νόσο. Επιπλέον, είναι πιθανό η φύση της συσχέτισης να αλλάζει με τη χρονιότητα της έκθεσης (Khantzian, 1997).

2.4.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες

Μελέτες σε διδύμους έχουν από μακρού χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της γενετικής και περιβαλλοντικής επίδρασης σε διάφορες καταστάσεις στον άνθρωπο, όπως το κάπνισμα, επειδή μπορούν να διακριθούν μεταξύ τους διάφοροι γενετικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί παράγοντες που είναι κοινοί και στα δύο δίδυμα και περιβαλλοντικοί παράγοντες που είναι μοναδικοί σε κάθε ένα δίδυμο χωριστά. Επειδή τα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι περισσότερο όμοια το ένα με το άλλο σε σχέση με τα διζυγωτικά δίδυμα, οι γενετικές επιρροές είναι πιθανό να είναι ένας σημαντικός παράγοντας σε αυτούς τους φαινοτύπους. Μια απλή διμεταβλητή επέκταση αυτού

του πρότυπου μοντέλου διδύμων επιτρέπει στους ερευνητές να διερευνήσουν κατά πόσο το κάπνισμα σχετίζεται γενετικά ή/και περιβαλλοντικά με άλλες διαταραχές. Αυτή η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ποσοτικοποίηση των κοινών γενετικών παραγόντων και μπορεί να ακολουθείται από μοριακές γενετικές μελέτες που αποσκοπούν στον εντοπισμό συγκεκριμένων γονιδίων ή παραλλαγών που βρίσκονται πίσω από το λανθάνων παράγοντα (Khantzian, 1997, Chassin et al., 2008).

2.4.2. Κοινωνικοί και ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου για τη χρήση καπνού μεταξύ των καπνιστών με ψυχική διαταραχή είναι σημαντικοί και συχνά παραμελημένοι σε σχέση με τους βιολογικούς παράγοντες. Οι θεωρίες ψυχοκοινωνικών κινδύνων για τη χρήση του καπνού στηρίζονται σε τέσσερις τομείς ανάλογα με το αν είναι ενδοπροσωπικοί (π.χ. σχετίζονται με τη διάθεση), διαπροσωπικές (τόσο της οικογένειας όσο και των συγγενών), της συμπεριφοράς (π.χ. επαναστατικότητα, παρορμητικότητα) ή οργανωτική (π.χ. πολιτισμικοί παράγοντες, οργανωτικά πρότυπα και πρακτικές). Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλοί γνωστοί ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου για τον εθισμό στον καπνό στο γενικό πληθυσμό, που συνδέονται επίσης με την ψυχική νόσο, όπως το χαμηλό εισόδημα, η περιορισμένη εκπαίδευση, η ανεργία, τα χειρωνακτικά και ανειδίκευτα επαγγέλματα και να είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι. Αυτοί οι γενικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου περιπλέκουν την απομόνωση των ατόμων που μπορεί να είναι επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών ποικίλης σοβαρότητας, φαρμακευτικής αγωγής και συν-νοσηρότητας, και ως εκ τούτου υπάρχουν πολλές υποκατηγορίες εντός της ευρείας κατηγορίας των ψυχικών διαταραχών (Chassin et al., 2008).

Προοπτικές μελέτες των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων στο γενικό πληθυσμό έχουν εντοπίσει αρκετούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την έναρξη της χρήσης καπνού και της κλιμάκωσης στην τακτική του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης των αντιλαμβανόμενων οφελών της χρήσης του καπνού σε σχέση με τους κινδύνους, τα χαμηλά επίπεδα της γονικής υποστήριξης και παρακολούθησης, τη χρήση του καπνού από τους γονείς, τα κοινωνικά δίκτυα για τη χρήση του καπνού και η κακή σχολική απόδοση. Ωστόσο, πολύ λίγοι από αυτούς

τους παράγοντες κινδύνου έχουν εξεταστεί σε μελέτες συσχέτισης μεταξύ της χρήσης καπνού και της ψυχικής νόσου (Chassin et al., 2008).

2.5 Κατάθλιψη και άγχος

Η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης καπνού και της κατάθλιψης και σε μικρότερο βαθμό η συσχέτιση με το άγχος, είναι ευρέως αναγνωρισμένη. Υπάρχουν αρκετά στοιχεία από διάφορες πηγές.

2.5.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες

Μια μελέτη ενός δείγματος με βάση τον πληθυσμό σε δίδυμες γυναίκες που γεννήθηκαν στη Βιρτζίνια, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, διαπίστωσε ότι το κάπνισμα καθόλη τη διάρκεια ζωής και η μείζονα κατάθλιψη σχετίστηκαν γενετικά (Kendler et al., 1993). Δεν εντοπίστηκε καμία περιβαλλοντική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης. Ομοίως, οι Korhonen et al. (2007) σε ένα δείγμα διδύμων στη Φιλανδία, ανέφεραν μέτρια γενετική συσχέτιση και μια πιο μέτρια μη κοινή περιβαλλοντική συσχέτιση που δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Είναι ενδιαφέρον ότι η γενετική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της εξάρτησης από τον καπνό εμφανίζει συχνά ισχυρότερη σχέση από τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του καπνίσματος. Για παράδειγμα, οι Lyons et al. (2008) ανέφεραν μέτρια γενετική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της τακτικής χρήσης του καπνού και ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της εξάρτησης από τον καπνό στους άνδρες. Μια άλλη μελέτη, επίσης, ανέφερε μέτριες γενετικές συσχετίσεις μεταξύ της τακτικής χρήσης του καπνού και της κατάθλιψης, αλλά ελαφρώς υψηλότερες συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και της εξάρτησης του καπνού. Σημαντικές περιβαλλοντικές συσχετίσεις διαπιστώθηκαν και για τους δύο φαινοτύπους που σχετίζονται με το κάπνισμα. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι, αν και η αιτία για την έναρξη του καπνίσματος είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη από την αιτία για την κατάθλιψη, εφόσον έχει αρχίσει το κάπνισμα, ο βαθμός εξάρτησης του ατόμου σχετίζεται με το γενετικό αίτιο της κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, τα άτομα με ιστορικό (ή οικογενειακό ιστορικό) κατάθλιψης θα μπορούσαν να βιώσουν

υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης και θα διέκοπταν το κάπνισμα πιο δύσκολα σε σχέση με τους άλλους (Edwards et al., 2011).

Αν και τα αποτελέσματα διαφέρουν μεταξύ των μελετών, τα περισσότερα ευρήματα υποστηρίζουν την ύπαρξη μέτριου βαθμού γενετικών συσχετίσεων μεταξύ της μείζονας κατάθλιψης (ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων) και του καπνίσματος ή/και της εξάρτησης από τον καπνό. Μοριακές γενετικές μελέτες μπορούν να σχεδιαστούν για την αναγνώριση των γονιδίων τα οποία είναι υπεύθυνα και για τους δύο φαινοτύπους. Τέτοια γονίδια θα μπορούσαν να σχετίζονται με το είδος της προσωπικότητας (π.χ. τόπος του ελέγχου, νεύρωση) ή τα νευρικά συστήματα όπως ντοπαμινεργικοί ή γλουταμινεργικοί νευροδιαβιβαστές, τα οποία εμπλέκονται και τα δύο στην κατάθλιψη και τη δημιουργία ή διατήρηση εξάρτησης του καπνού (Lajtha & Sershen, 2010).

2.5.2 Μελέτες σε ανθρώπους

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει την επίδραση της χορήγησης νικοτίνης στη διάθεση (Kalman, 2002). Ο Kalman (2002) βρήκε λίγα στοιχεία που να αφορούν την ευεργετική επίδραση της νικοτίνης με τη διάθεση, τα οποία ήταν ανεξάρτητα από τα συμπτώματα στέρησης. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί αλληλεπιδράσεις μεταξύ της νικοτίνης και άλλων μεταβλητών με τη διάθεσή συμπεριλαμβανομένων της ψυχιατρικής διάγνωσης και της υποκλινικών συναισθηματικών συνδρόμων. Σε μια σειρά από μικρές εργαστηριακές μελέτες οι οποίες περιελάμβαναν άτομα με μείζονα κατάθλιψη, οι Salin-Pascual et al. (1998) βρήκαν ότι ένα μέτριας έντασης αυτοκόλλητο επίθεμα νικοτίνης που εφαρμόστηκε για αρκετές ημέρες βελτίωσε τη διάθεση σε σχέση με το εικονικό φάρμακο όχι μόνο στους μη καπνιστές με κατάθλιψη, αλλά και σε εκείνους που δεν είχαν κατάθλιψη. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη σε μη καπνιστές με μείζονα κατάθλιψη, οι Cox et al. (2003) διαπίστωσαν βελτιώσεις στη διάθεση μεταξύ των συμμετεχόντων τόσο σε εκείνους που είχαν αυτοκόλλητο νικοτίνης όσο και εικονικό φάρμακο. Οι McClellon et al. (2006) διαπίστωσαν ότι ένα αυτοκόλλητο νικοτίνης το οποίο έχει παραμείνει για 4 εβδομάδες σε καπνιστές με υποκλινική κατάθλιψη, βελτίωσε τη διάθεση τις τρεις πρώτες εβδομάδες της μελέτης, ενώ στους συμμετέχοντες που είχε τοποθετηθεί αυτοκόλλητο με εικονικό φάρμακο δεν παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στη διάθεση.

Σε μια μελέτη μη καπνιστών ενηλίκων με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα, η νικοτίνη μείωσε τη βαθμολογία της κατάθλιψης 15 ημέρες μετά την έναρξη της χορήγησης (Levin et al., 2001). Σε μια μελέτη με τη χρήση συλλογής δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, οι Jamner et al. (1999) διαπίστωσαν ότι και οι καπνιστές και οι μη-καπνιστές με υψηλά επίπεδα θυμού, ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα θυμού και μεγαλύτερη ευημερία φορώντας ένα αυτοκόλλητο νικοτίνης, αλλά όχι όταν φόρεσαν ένα αυτοκόλλητο με εικονικό φάρμακο. Οι μη καπνιστές που φορούσαν ένα αυτοκόλλητο με εικονικό φάρμακο ανέφεραν ότι βίωσαν οργή για το 23% της διάρκειας της ημέρας, σε σύγκριση με εκείνους που έφεραν αυτοκόλλητο νικοτίνης και βίωσαν οργή στο 14% της ημέρας. Για τους καπνιστές, τα ποσοστά ήταν 55% και 32% αντίστοιχα. Σε μια εργαστηριακή μελέτη, οι Kassel και Unrod (2000) επιβεβαίωσαν την υπόθεσή τους ότι το κάπνισμα έχει ηρεμιστική ή αντι-στρεσογόνο επίδραση μόνο (ή κυρίως) μεταξύ των εξαιρετικά ανήσυχων καπνιστών και μόνο σε συνδυασμό με ένα ερέθισμα που τους αποσπά από την πηγή άγχους. Στο σύνολό τους, αν και περιορισμένες σε αριθμό, αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν ότι οι επιδράσεις της διάθεσης της νικοτίνης μπορεί να είναι περισσότερο εμφανείς σε ψυχιατρικά διαταραγμένες υποομάδες καπνιστών, συμπεριλαμβανομένων των υποκείμενων στρεσογόνων και άλλων καταστάσεων.

Μελέτες του αρνητικού συναισθήματος ως παράγοντας κινδύνου για τη χρήση του καπνού έχουν επίσης διερευνηθεί ως πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου. Οι έφηβοι με αρνητικά συναισθήματα ή άγχος είναι πιο πιθανό να συνδέονται με συνομήλικους τους που καπνίζουν (Fergusson et al., 2003, Audrain-McGovern et al., 2009), το οποίο με τη σειρά του προβλέπει την έναρξη και τη συχνότητα του καπνίσματος (Kobus, 2003). Προβλήματα επαφής με τους γονείς (συμπεριλαμβανομένης της κακής επικοινωνίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των γονέων και των παιδιών) και δυσμενείς εμπειρίες και βιώματα κατά την παιδική ηλικία (όπως χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή σωματική κακοποίηση), σχετίζονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και χρήσης καπνού (Fergusson et al., 2003).

Προοπτικές μελέτες συσχέτισης μεταξύ κατάθλιψης και έναρξης και συχνότητας καπνίσματος δείχνουν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει και προηγείται της έναρξης του καπνίσματος, αν και τα στοιχεία είναι κάπως αναμεμιγμένα και η σχέση μπορεί να είναι αμφίδρομη (Munafò & Araya, 2011). Για παράδειγμα, οι Audrain-

McGovern et al. (2009) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης και άγχους είχαν αυξημένο κίνδυνο έναρξης καπνίσματος και ότι τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης συσχετίστηκαν με την έναρξη του καπνίσματος. Αντιθέτως, καμία σχέση δεν αναφέρθηκε από τους Wang et al (1999). Σε μια μελέτη, οι Whalen et al. (2001) διαπίστωσαν ότι τα αρνητικά συναισθήματα επηρέαζαν τις καθημερινές συνήθειες του καπνίσματος. Στους νεαρούς ενήλικους καπνιστές, οι Breslau et al (1993) βρήκαν ότι το ιστορικό της μείζονας κατάθλιψης προέβλεπε την εξέλιξη και τη σοβαρότητα της εξάρτησης. Ωστόσο, δεν συνέβαινε το ίδιο με το ιστορικό διαταραχής άγχους. Αυτοί οι ερευνητές βρήκαν επίσης ότι το ιστορικό εξάρτησης από τον καπνό προέβλεπε την έναρξη της μείζονος κατάθλιψης. Οι McKenzie et al. (2010) διαπίστωσαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους προέβλεπαν την εξέλιξη της εξάρτησης από τον καπνό στην αρχή της ενηλικίωσης (Wang et al., 1999), ενώ οι Audrain-McGovern et al (2009) βρήκαν ότι το τακτικό κάπνισμα σχετίστηκε με μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη έχουν βρεθεί να έχουν αυξημένη ευπάθεια σε υποτροπή για διαταραχή της διάθεσης κατά τη διάρκεια της αποχής από το κάπνισμα, ιδιαίτερα εκείνα με ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κατάθλιψης (Ziedonis et al., 2008). Ωστόσο, το ιστορικό κατάθλιψης δεν φαίνεται να επηρεάζει την πιθανότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος (Hitsman et al., 2003).

2.6. Σχιζοφρένεια

Ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια, όπως και τα επίπεδα της εξάρτησης από τον καπνό σε αυτή την ομάδα ασθενών, είναι εξαιρετικά υψηλός (Dalack et al., 1998).

2.6.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες

Η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της σχιζοφρένειας δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς σε γενετικό επιδημιολογικό πλαίσιο. Έτσι, παραμένει ασαφές εάν η συσχέτιση αυτή οφείλεται σε κάποιο γενετικό ή/και περιβαλλοντικό παράγοντα. Μια μελέτη διδύμων έδειξε ότι τα δίδυμα που δεν είχαν σχιζοφρένεια ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν, να παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα στέρησης και λιγότερο πιθανό να διακόψουν

επιτυχώς το κάπνισμα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Lyons et al., 2002). Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι οικογενειακοί παράγοντες - που περιλαμβάνουν και γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες - συνέβαλαν στη φαινοτυπική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της σχιζοφρένειας. Μοριακές γενετικές μελέτες δείχνουν ότι η διακύμανση εντός της 15q13-Q14 χρωμοσωμικής περιοχής, η οποία περιλαμβάνει μια υπομονάδα του nAChR, σχετίζεται τόσο με τη σχιζοφρένεια όσο και με την εξάρτηση από τον καπνό (Stephens et al., 2012). Αυτές οι ενώσεις διαμεσολαβούνται ενδεχομένως από αισθητικά ελλείμματα που παρατηρούνται σε άτομα με σχιζοφρένεια (Clementz et al., 1997) και η νικοτίνη ομαλοποιεί αυτά τα ελλείμματα (Adler et al., 1993). Θα πρέπει να διεξαχθούν πρόσθετες μελέτες διδύμων και οικογενειών για να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίο η γενετική συμβάλλει σε αυτή τη συσχέτιση.

2.6.2 Στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους

Οι Wing et al (2011) διερεύνησαν την αλλαγή της γνωστικής απόδοσης μεταξύ των καπνιστών και μη καπνιστών με σχιζοφρένεια. Βρήκαν ότι οι μη καπνιστές είχαν μικρότερη βαθμολογία όσον αφορά τη συνεχή προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας και την αναστολή απάντησης. Δύο πειραματικές μελέτες δοκίμασαν την υπόθεση ότι η νικοτίνη μπορεί να βελτιώσει τη γνωστική λειτουργία σε άτομα με σχιζοφρένεια (Depatie et al., 2002, Levin & Rezvani, 2002). Σε μια μελέτη των Depatie et al. (2002) τα αυτοκόλλητα νικοτίνης βελτίωσαν την ικανότητα των συμμετεχόντων να συμμετάσχουν σε εργασίες που απαιτούν συνεχή προσοχή σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, ευρήματα που συνάδουν με έρευνες που δείχνουν ότι οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια έχουν μειωμένη ικανότητα να φιλτράρουν τα άσχετα χαρακτηριστικά που αντιλαμβάνονται στο περιβάλλον και ότι η νικοτίνη, μέσω της δράσης της στην ανασταλτική νευροδιαβίβαση στον ιπόκαμπο, μπορεί να διορθώσει αυτό το έλλειμμα (Adler et al., 1993). Οι Levin et al (2006) δεν μπόρεσαν να αποδείξουν την επίδραση της νικοτίνης στην επιλεκτική προσοχή σε καπνιστές με σχιζοφρένεια. Οι Depatie et al (2002) δείχνουν ότι οι διαφορές στα αποτελέσματα αυτών των δύο μελετών μπορεί να υποδεικνύουν ότι η νικοτίνη έχει διαφορετικές επιδράσεις στις δύο διαφορετικές διαστάσεις της προσοχής.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων με σχιζοφρένεια αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την έναρξη της ψύχωσης (Kelly & McCreadie, 1999). Οι Weiser et al (2004) διερεύνησαν την υπόθεση ότι οι ασθενείς που θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια στο μέλλον έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος πριν από την εκδήλωση, τη διάγνωση και θεραπεία της σχιζοφρένειας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Περισσότεροι από 14.000 συμμετέχοντες από το Ισραήλ που ήταν στο τέλος της εφηβείας συμμετείχαν στη μελέτη και παρακολούθηθηκαν κατά μέσο όρο 10 χρόνια. Αυτοί οι ερευνητές βρήκαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ήταν μεγαλύτερος μεταξύ των καπνιστών από τους μη καπνιστές και ότι μεταξύ των καπνιστών αυτή η επίδραση σχετίστηκε με την έκθεση. Σε μια σουηδική μελέτη με περισσότερους από 50.000 νέους ενήλικες, οι Zammit et al (2003) διαπίστωσαν ότι το κάπνισμα σχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης σχιζοφρένειας. Αυτοί οι ερευνητές θεώρησαν ότι η νικοτίνη μπορεί να έχει μέτρια νευροπροστατευτική δράση για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας, μέσω της επίδρασης της νικοτίνης στα nAChRs και στη ντοπαμίνη στον εγκέφαλο. Μια άλλη μελέτη, στην οποία το προ-νοσηρές κάπνισμα σχετίστηκε με τη μεταγενέστερη έναρξη της σχιζοφρένειας, υποστήριξε τα προαναφερθέντα στοιχεία (Ma et al., 2010). Τα άτομα με σχιζοφρένεια φαίνεται να έχουν αυξημένη ένταση στερητικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων μετά από μία απόπειρα διακοπής (George et al., 2002). Ωστόσο, πολλές μελέτες έκβασης στις οποίες τα άτομα με σχιζοφρένεια διακόπτουν το κάπνισμα δε βρίσκουν μακροπρόθεσμη επιδείνωση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας ή αυξημένες ψυχωτικές υποτροπές (Ziedonis et al., 2008).

2.7 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα

Η συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητας (ADHD) και του καπνίσματος έχει τεκμηριωθεί επανειλημμένα, ακόμα και μεταξύ των εφήβων με υποκλινικά χαρακτηριστικά ADHD (Fuemmeler et al., 2007).

2.7.1 Στοιχεία από γενετικές μελέτες

Η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της ADHD είναι πολύπλοκη, με τη μητέρα που καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τα

παιδιά με ADHD (Thapar et al., 2003). Επιπλέον, ορισμένες μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει ότι η συσχέτιση είναι λιγότερο ισχυρή από ότι εθεωρείτο μέχρι σήμερα (D'Onofrio et al., 2008). Ωστόσο, οι μελέτες αυτές δεν έχουν διερευνήσει εάν οι φαινότυποι σχετίζονται γενετικά ή περιβαλλοντικά με τους απογόνους. Παρόλα αυτά, υπάρχουν προτάσεις γενετικής συσχέτισης στη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, μία μελέτη με έφηβους διδύμους ανέφερε υψηλά επίπεδα γενετικών και μέτρια έως υψηλά επίπεδα περιβαλλοντικών συσχετίσεων μεταξύ ενός γενικού παράγοντα και της χρήσης νικοτίνης, ενώ οι ADHD δεν μετρήθηκαν άμεσα (Hicks et al., 2010).

Λίγες μοριακές γενετικές μελέτες έχουν διερευνήσει τις επιδράσεις των συγκεκριμένων γενετικών παραλλαγών με την εξάρτηση από το κάπνισμα/καπνό και στις ADHD. Ωστόσο, τα στοιχεία από ένα μοντέλο αρουραίου με ADHD, το οποίο εμφανίζει ελλείμματα στο νικοτινικό υποδοχέα σε σχέση με τα ζώα άγριου τύπου (Wigstrand et al., 2011), δείχνουν ότι υπάρχουν ορισμένες τέτοιες παραλλαγές. Μελέτες συσχέτισης στο ευρύ γονιδίωμα της ADHD ανέφεραν μέτρια συσχέτιση με την παραλλαγή (συμπεριλαμβανομένων των επαναλήψεων) στον ανθρώπινο υποδοχέα της ίδιας υπομονάδας (Williams et al., 2012). Παρά το γεγονός ότι δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί πλήρως η ακριβής φύση της σχέσης, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι το κάπνισμα της μητέρας και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της εγκυμοσύνης, είναι αρκετά ισχυροί δείκτες εμφάνισης ADHD.

2.7.2 Στοιχεία από μελέτες σε ανθρώπους

Μελέτες έχουν στηρίξει την υπόθεση ότι η νικοτίνη βελτιώνει τις γνωστικές λειτουργίες σε άτομα με ADHD (Conners et al., 1996, Levin et al., 1996, Bekker et al., 2005, Gehricke et al., 2006, Gehricke et al., 2009). Οι Gehricke et al (2006) βρήκε ότι το αυτοκόλλητο νικοτίνης σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, βελτιώνει την προσοχή και τη συγκέντρωση σε νεαρούς ενήλικες με ADHD που κάπνιζαν. Οι καπνιστές είχαν τα αυτοκόλλητα για 2 ημέρες και ηλεκτρονικά ημερολόγια για να καταγράφουν τα συμπτώματα των ADHD κατά τη φυσιολογική καθημερινή τους ρουτίνα. Χρησιμοποιώντας παρόμοιο σχεδιασμό, οι Gehricke et al (2009) διερεύνησαν τις επιπτώσεις της νικοτίνης σε νεαρούς καπνιστές και μη καπνιστές ενήλικες με ADHD και βρήκαν σε καπνιστές με ADHD ότι τα επιθέματα νικοτίνης βελτίωσαν την προσοχή και μείωσαν τη δυσκολία συγκέντρωσης σε σύγκριση με το

εικονικό φάρμακο. Όπως προαναφέρθηκε, οι μελέτες επίδρασης της νικοτίνης σε μη καπνιστές είναι σημαντικές για τη διάκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της προσοχής που προκύπτουν από την αντιστροφή των γνωστικών συμπτωμάτων στέρησης με βάση τη νικοτίνη (π.χ. μειωμένη συγκέντρωση) και τις ευεργετικές επιδράσεις που είναι ανεξάρτητες από την αναστροφή των συμπτωμάτων στέρησης. Σε μία εργαστηριακή μελέτη που διερευνήθηκαν οι επιδράσεις της νικοτίνης στα συμπτώματα ADHD, οι Levin et al (1996) διαπίστωσαν ότι το αυτοκόλλητο νικοτίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου αύξανε την προσοχή τόσο στους καπνιστές όσο και στους μη-καπνιστές (η επίδραση ήταν μεγαλύτερη στους μη-καπνιστές), ενώ η συγκέντρωση ενισχύθηκε μόνο στους καπνιστές. Παρόμοια αποτελέσματα για τη νικοτίνη σε σχέση με το εικονικό φάρμακο στις γνωστικές λειτουργίες βρέθηκαν σε μια μελέτη μη καπνιστών με ADHD (Levin et al., 2001). Αντίθετα, οι Connors et al (1996) βρήκαν επίδραση στους καπνιστές, αλλά όχι στους μη καπνιστές.

Σε μία τετραετή προοπτική μελέτη σε εφήβους, οι Milberger et al (1997) βρήκαν ότι τα συμπτώματα ADHD σχετίζονται σημαντικά με την έναρξη του καπνίσματος. Κατά την παρακολούθηση, το 19% των συμμετεχόντων με ADHD είχαν ξεκινήσει κάπνισμα έναντι το 11% χωρίς ADHD. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με ADHD είχαν μικρότερη ηλικία έναρξης, 71% των καπνιστών με ADHD άρχισαν το κάπνισμα πριν την ηλικία των 17 ετών σε σύγκριση με το 27% των καπνιστών χωρίς ADHD. Η έναρξη του καπνίσματος σχετίστηκε, επίσης, σημαντικά με την ψυχιατρική συννοσηρότητα. Ο επιπολασμός του καπνίσματος τσιγάρων ήταν 10% στους συμμετέχοντες με μόνο ADHD και 27% στα άτομα με μία ή περισσότερες επιπλέον ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. διαταραχή συμπεριφοράς, διαταραχή άγχους). Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ ADHD και έναρξης καπνίσματος παρέμεινε σημαντική μετά τον έλεγχο της επίδρασης της συννοσηρότητας. Οι Fuemmeler et al (2007) διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα ADHD σχετίστηκαν με την έναρξη του καπνίσματος και την τακτική χρήση του καπνού. Όταν οι ερευνητές αξιολόγησαν τις ξεχωριστές επιδράσεις των συμπτωμάτων της απροσεξίας, του παρορμητισμού και της υπερκινητικότητας, μόνο το τελευταίο σχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με την έναρξη και πρόοδο του καπνίσματος. Οι Whalen et al (2003) διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι με ADHD που δεν ελάμβαναν θεραπεία είχαν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε σχέση με εκείνους με ADHD που ελάμβαναν θεραπεία. Επιπλέον,

κάπνιζαν περισσότερο τακτικά (1998). Τέλος, οι καπνιστές με ADHD φαίνεται να διατρέχουν κίνδυνο για σοβαρή εξάρτηση από καπνό (2008).

Οι διαταραχές στην προσοχή και στη συγκέντρωση σε άτομα με ADHD σχετίζονται συχνά με προβλήματα στη ρύθμιση του συναισθήματος και της διέγερσης, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και της διαχείρισης του θυμού (Coger et al., 1996). Σε μια μελέτη που περιγράφηκε προηγουμένως, οι Gehricke et al (2009) διερεύνησαν τις επιπτώσεις της νικοτίνης στη διάθεση των ενηλίκων με ADHD. Παρά το γεγονός ότι οι διαφορές ήταν μέτριες, οι συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα αρνητικού συναισθήματος (νευρικότητα, άγχος, θυμό) στη νικοτίνη σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Παρόμοιες διαφορές βρέθηκαν και στους καπνιστές και στους μη καπνιστές. Οι Bekker et al (2005) ανέφεραν παρόμοια αποτελέσματα σε καπνιστές με ADHD. Άλλες μελέτες έδειξαν μικρές βελτιώσεις στη διάθεση των μη καπνιστών με ADHD μετά τη χορήγηση νικοτίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου (Conners et al., 1996, Levin et al., 1996).

2.8 Κάπνισμα και άνοια

Ο γονότυπος της απολιποπρωτεΐνης E έχει αναφερθεί ότι τροποποιεί την επίδραση κάποιων εκθέσεων στην άνοια. Ωστόσο, ο ρόλος της ως παράγοντα κινδύνου για το κάπνισμα παραμένει αμφιλεγόμενος, με μια μεγάλη μελέτη να δείχνει ισχυρότερες συσχετίσεις μεταξύ του καπνίσματος και των περιστατικών άνοιας σε απουσία του αλληλόμορφου ε4 (Ott et al., 1998). Άλλη μελέτη βρήκε ισχυρότερες ενώσεις σε παρουσία αυτού του αλληλόμορφου (Rusanen et al., 2010) και μία τρίτη μελέτη δε βρήκε καμία διαφορά (Tyas et al., 2003). Τέλος, η επίδραση της βελτίωσης διαφόρων τρόπων ζωής στον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας προτυποποιήθηκε πρόσφατα και εκτιμάται ότι για κάθε 5% μείωση στον επιπολασμό του καπνίσματος, ο κίνδυνος της άνοιας θα μειώνεται κατά 2% (Nepal et al., 2011). Από πλευράς δυνητικών υποκείμενων μηχανισμών, σε μία μεγάλη νευροπαθολογική μελέτη αναφέρθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του καπνίσματος και των νευρικών πλακών προτείνοντας άμεσες επιδράσεις στην εξέλιξη της νόσου του Alzheimer (Tyas et al., 2003). Ωστόσο, η επίδραση του καπνίσματος στην εγκεφαλική αιμάτωση και εγκεφαλική αγγειακή νόσο σε γενικές γραμμές είναι επίσης πιθανό να είναι σημαντική (Siennicki-Lantz et al., 2008).

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος και του κινδύνου ανάπτυξης άνοιας έχει αλλάξει δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες. Μετα-αναλύσεις έχουν βρει μια συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου άνοιας και του καπνίσματος αλλά δεν έχουν βρει καμία σχέση με τους πρώην καπνιστές (Peters et al., 2008). Μια μελέτη ανέφερε επίσης μια συσχέτιση μεταξύ του παθητικού καπνίσματος και του αυξημένου κινδύνου άνοιας (Barnes et al., 2010) με στοιχεία που να συσχετίζουν το παθητικό κάπνισμα και τη γνωστική δυσλειτουργία (Llewellyn et al., 2009).

3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων και στάσεων των ασθενών με ψυχική νόσο για τις καπνιστικές τους συνήθειες.

Επιμέρους στόχοι ήταν:

- Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για το κάπνισμα.
- Η διερεύνηση των στάσεων των ασθενών για τις καπνιστικές τους συνήθειες.
- Η διερεύνηση του ρόλου του προσωπικού στις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών
- Η διερεύνηση του ρόλου των επισκεπτών-συνοδών στις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών
- Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για τις παρεμβάσεις με στόχο τη διακοπή καπνίσματος.
- Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών με τις αναφερόμενες απόψεις τους

4. Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία προοπτική συγχρονική μελέτη.

Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 151 ασθενείς που προσέρχονται για παρακολούθηση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης

Κριτήρια ένταξης

Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη:

- ήταν ενήλικες,
- είχαν διαγνωσμένο ψυχικό νόσημα κατά ICD-10
- συναίνεσαν με τους σκοπούς και την ηθική της μελέτης

Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι ασθενείς οι οποίοι:

- αρνήθηκαν για οποιοδήποτε λόγο να υπογράψουν το έντυπο συναίνεσης
- δεν ολοκλήρωσαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για οποιοδήποτε λόγο.
- είχαν κάποια μορφή νοητικής στέρησης
- είχαν κάνει χρήση τοξικών ουσιών
- είχαν χρόνια ψυχική νόσο με βαριά διαταραγμένη διανοητική λειτουργία

Μεθοδολογία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή. Η προσέγγιση των ασθενών έγινε προσεκτικά, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους και η ψυχική τους ακεραιότητα. Αρχικά, οι ασθενείς ενημερώνονταν για τους σκοπούς της μελέτης και έδιναν τη συγκατάθεσή τους γραπτά. Στη συνέχεια, δινόταν το ερωτηματολόγιο και ο ερευνητής ήταν παρών σε όλη τη διαδικασία συμπλήρωσης είτε για να διαβάσει τις ερωτήσεις και να καταγράφει τις δοθείσες απαντήσεις ή για να δίνει σχετικές διευκρινίσεις. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 20 λεπτά.

Εργαλείο

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καπνίσματος Smoking in psychiatric hospitals – a survey of patients’ views (Dickens και συν, 2005). Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, οι οποίες διερευνούν το ιστορικό των καπνιστικών συνηθειών, τις απόψεις και στάσεις των καπνιστών και το κάπνισμα και την υγεία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνική διδακτορική διατριβή (Κουράκος, 2015). Επίσης, δόθηκε ειδικό αυτοσχέδιο από τον ερευνητή έντυπο για τη συλλογή των δημογραφικών δεδομένων, τα οποία περιελάμβαναν την ηλικία, το φύλο, τον τόπο γέννησης, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και το εισόδημα των ασθενών. Επίσης καταγράφηκαν στοιχεία από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών όπως η πρωτοπαθής ψυχική νόσος κατά ICD-10 και η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν.

Ηθική και Δεοντολογία

Κατατέθηκε αίτηση για λήψη ειδικής άδειας διεξαγωγής του πρωτοκόλλου της μελέτης από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Μόλις εγκρίθηκε από την προαναφερθείσα επιτροπή, το πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης κατατέθηκε στο επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης.

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε άδεια μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (27/11/2016) από το Διδάκτορα κ. Κουράκο και την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Κούκια. Η άδεια δόθηκε από τον κ.Κουράκο την 30/11/2016.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS for Windows (version 21) statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL).

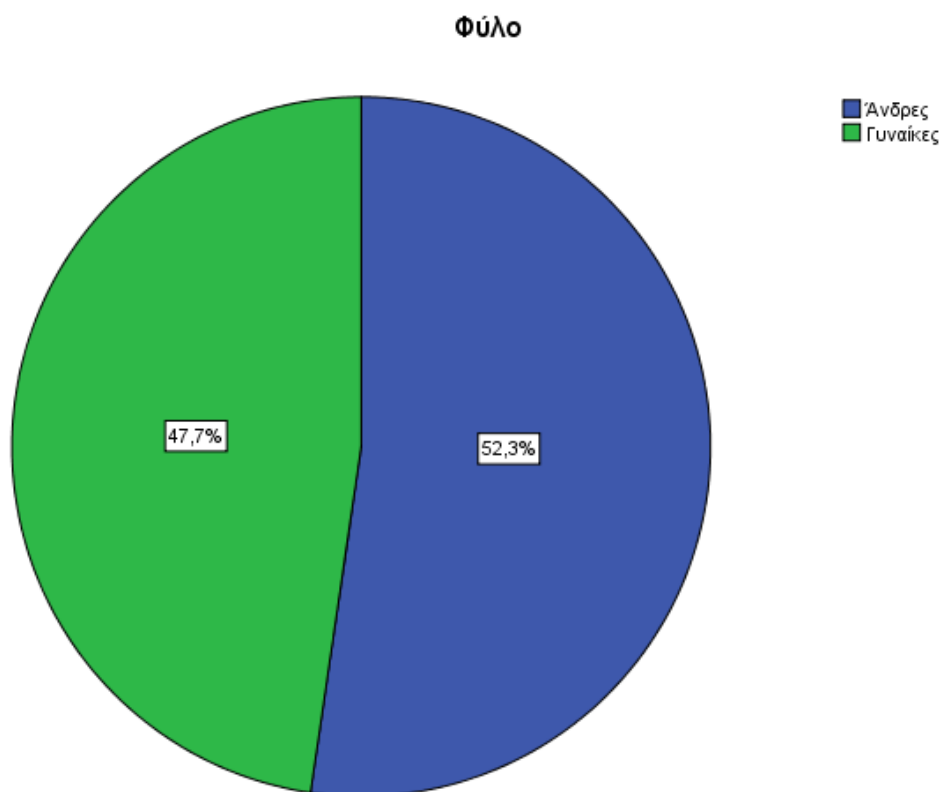
Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα περιγραφικά αποτελέσματα όπου υπολογίστηκαν τα ποσοστά σε κάθε κατηγορία που αντιστοιχούσαν σε ποιοτική μεταβλητή. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε το ποσοστό αντρών και γυναικών, το

ποσοστό του τόπου γέννησης, το ποσοστό κάθε κατηγορίας της οικογενειακής κατάστασης, το ποσοστό κάθε κατηγορίας του επιπέδου εκπαίδευσης, το ποσοστό κάθε κατηγορίας του επαγγέλματος, το ποσοστό κάθε κατηγορίας του εισοδήματος, το ποσοστό κάθε κατηγορίας της διάγνωσης και το ποσοστό κάθε κατηγορίας της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, υπολογίστηκε το ποσοστό κάθε απάντησης που δόθηκε από τους ασθενείς στις ερωτήσεις. Οι ποσοτικές μεταβλητές, όπως η ηλικία και ο αριθμός παιδιών υπολογίστηκαν ως μέσος όρος±τυπική απόκλιση.

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (διμεταβλητή ανάλυση). Ως παράδειγμα αναφέρεται η συσχέτιση της ηλικίας έναρξης καπνίσματος ή της διάρκειας καπνίσματος με το φύλο. Μεταξύ δύο μεταβλητών που ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε t-test, ενώ αν δύο συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Όταν επρόκειτο να συγκριθούν περισσότερες από δύο μεταβλητές, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εφαρμοζόταν ANOVA ανάλυση και εάν οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εφαρμοζόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (P) ορίστηκε στο 0.05. Έτσι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ($P \leq 0.05$) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

5. Αποτελέσματα

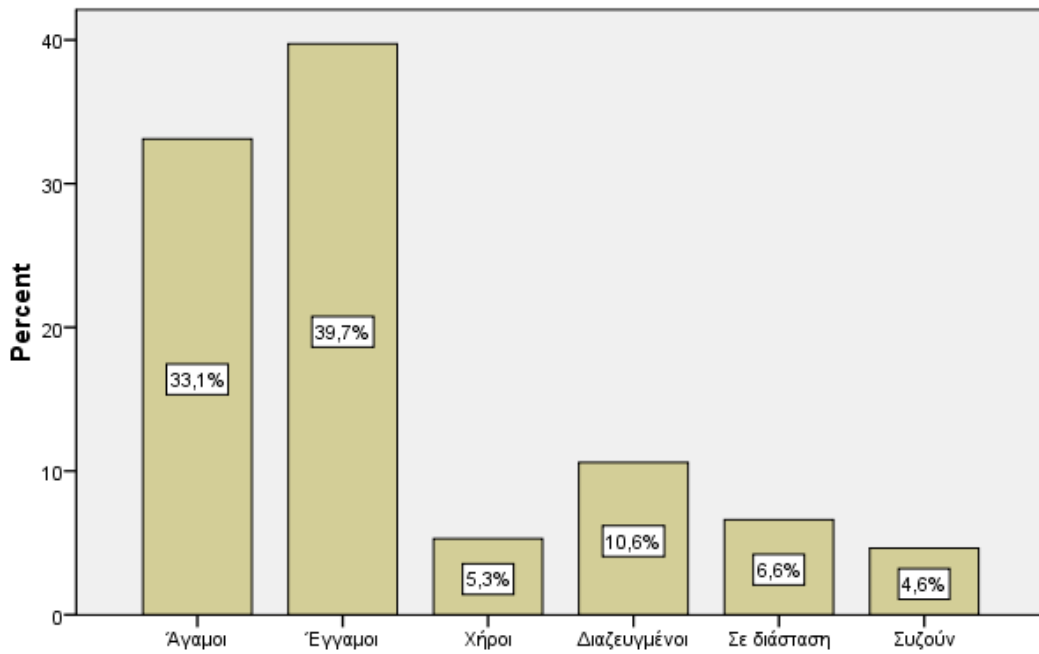
Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 151 άτομα ηλικίας $47,2 \pm 10,6$ έτη, εκ των οποίων 79 (52,3%) ήταν άνδρες ηλικίας $48,9 \pm 10,2$ έτη και 72 (47,7%) γυναίκες ηλικίας $45,4 \pm 10,9$ έτη (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Ποσοστιαία κατανομή φύλου συμμετεχόντων.

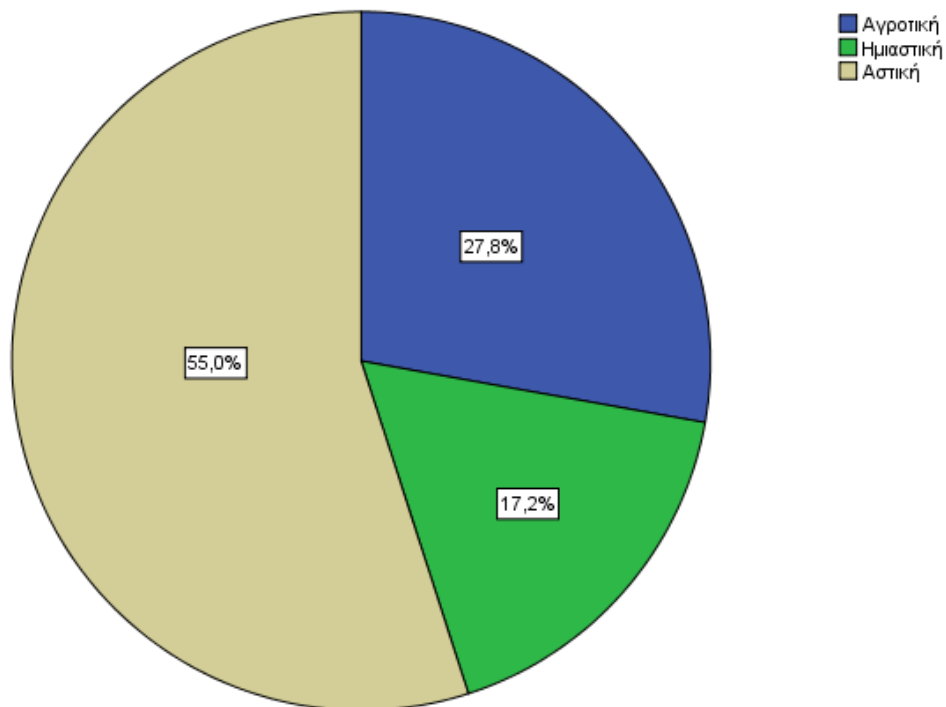
Συνολικά, 60 (39,7%) συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, 50 (33,1%) άγαμοι, 16 (10,6%) διαζευγμένοι, 10 (6,6%) σε διάσταση, 8 (5,3%) χήροι και 7 (4,6%) συζούσαν (σχήμα 2). Επίσης, 83 (55%) άτομα γεννήθηκαν σε αστική περιοχή, 42 (27,8%) σε αγροτική και 26 (17,2%) σε ημιαστική (σχήμα 3).

Οικογενειακή Κατάσταση



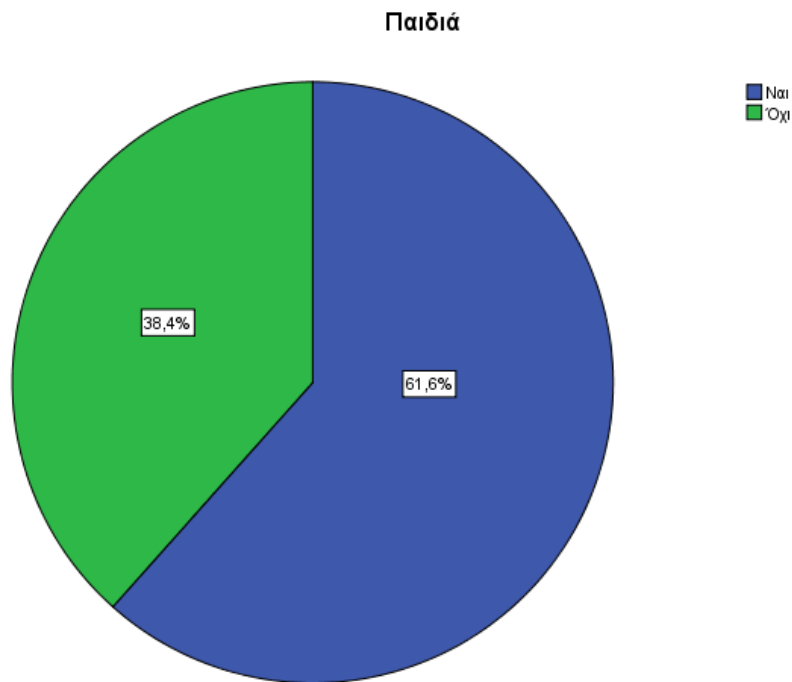
Σχήμα 2. Ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης συμμετεχόντων.

Τόπος Γέννησης



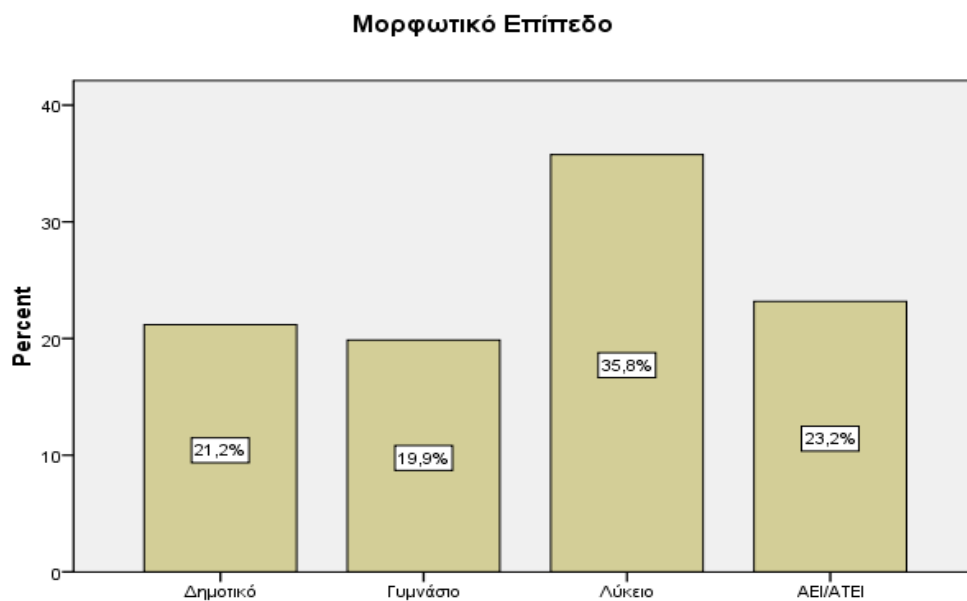
Σχήμα 3. Ποσοστιαία κατανομή τόπου γέννησης συμμετεχόντων.

Παιδιά είχαν 93 (61,6%) άτομα με μέσο $1,12 \pm 1,1$, ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη τιμή 4 παιδιά (σχήμα 4).



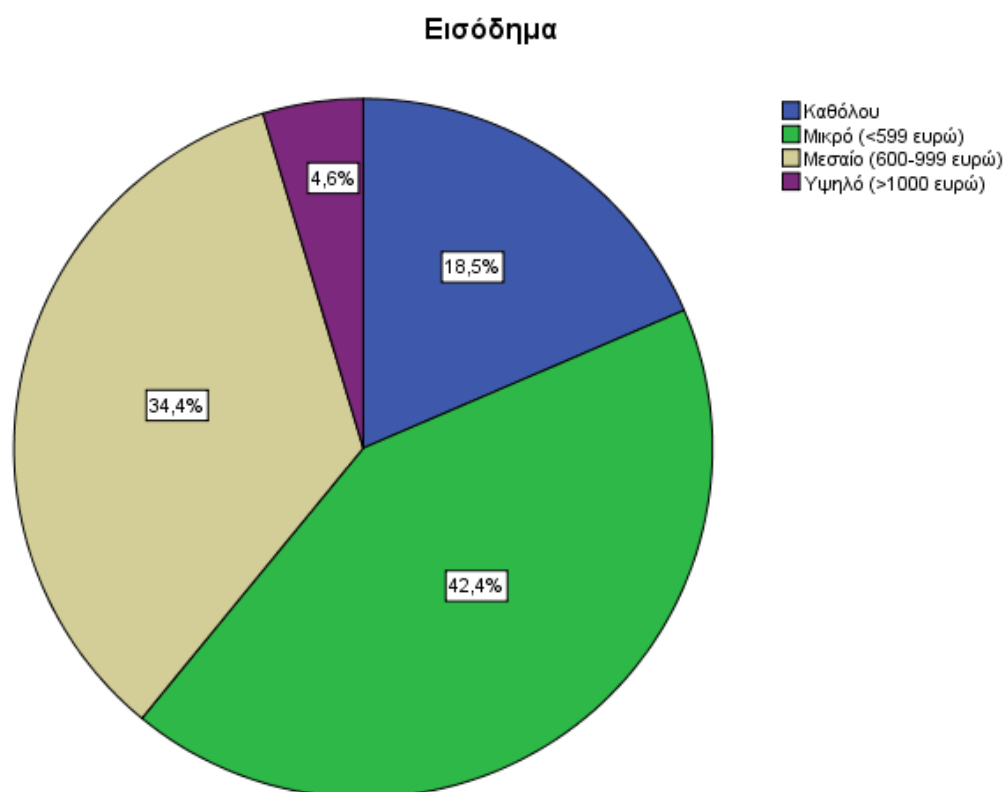
Σχήμα 4. Ποσοστιαία κατανομή παιδιών συμμετεχόντων.

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, 54 (35,8%) άτομα ήταν απόφοιτοι λυκείου, 35 (23,2%) προέρχονταν από τριτοβάθμια εκπαίδευση, 32 (21,2%) απόφοιτοι δημοτικού και 30 (19,9%) απόφοιτοι γυμνασίου (σχήμα 5).



Σχήμα 5. Ποσοστιαία κατανομή μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων.

Από το σύνολο του δείγματος, 64 (42,4%) είχαν μικρό εισόδημα, 52 (34,4%) μεσαίο εισόδημα, 28 (18,5%) άτομα δεν είχαν καθόλου εισόδημα και 7 (4,6%) είχαν υψηλό εισόδημα (σχήμα 6).

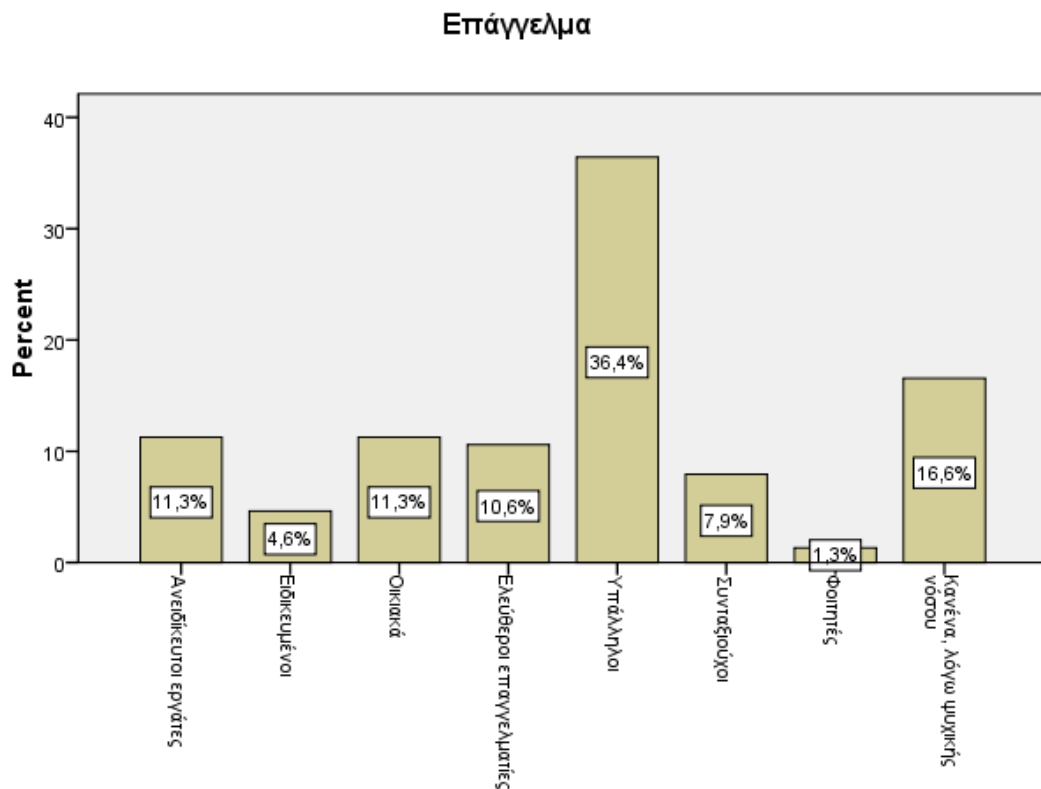


Σχήμα 6. Ποσοστιαία κατανομή εισοδήματος συμμετεχόντων.

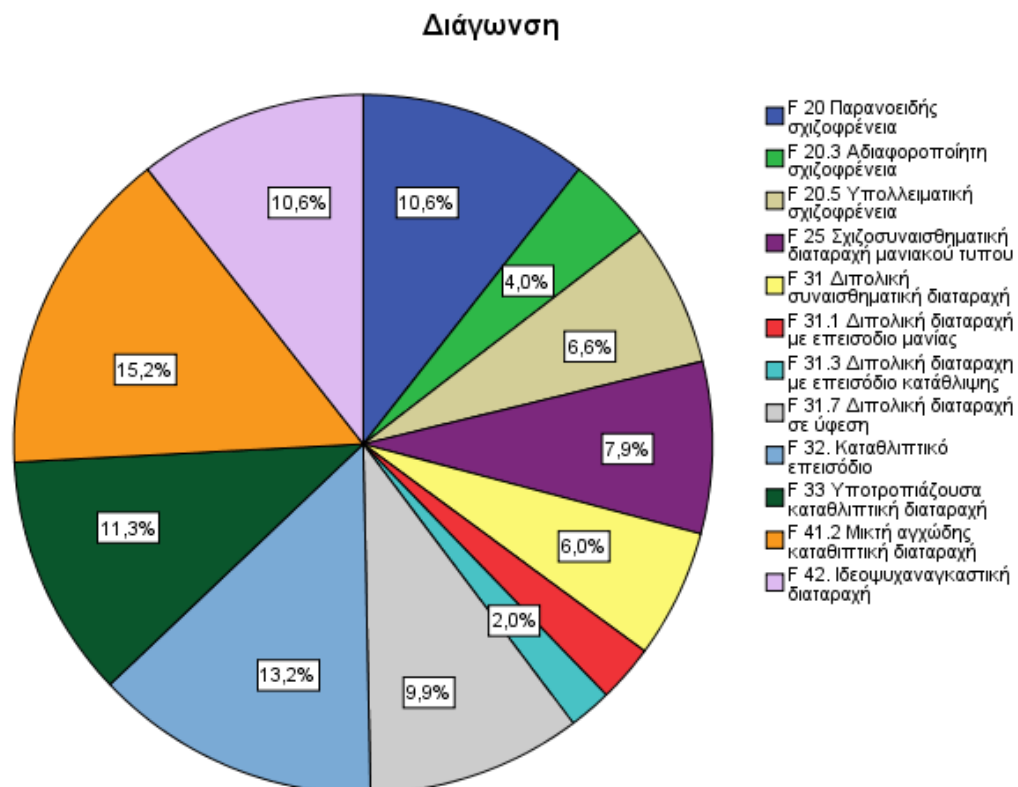
Ακόμη, 55 (36,4%) συμμετέχοντες ήταν υπάλληλοι, 25 (16,6%) δεν εργάζονταν λόγω ψυχικής νόσου, 17 (11,3%) ήταν ανειδίκευτοι εργάτες, 17 (11,3%) είχαν ασχολία τα οικιακά, 16 (10,6%) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, 12 (7,9%) ήταν συνταξιούχοι, 7 (4,6%) ήταν ειδικευμένοι εργάτες και 2 (1,3) ήταν φοιτητές (σχήμα 7).

Επιπλέον, 23 (15,2%) συμμετέχοντες είχαν διαγνωσθεί με μικτή αγχώδη καταθλιπτική διαταραχή, 20 (13,2%) με καταθλιπτικό επεισόδιο, 17 (11,3%) με υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, 16 (10,6%) με παρανοειδή σχιζοφρένεια, 15 (9,9%) με διπολική διαταραχή σε ύφεση, 12 (7,9%) με σχιζοσυναισθηματική διαταραχή μανιακού τύπου, 10 (6,6%) με υπολειμματική σχιζοφρένεια, 9 (6%) με διπολική συναισθηματική διαταραχή, 6 (4%) με αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια, 4

(2,6%) με διπολική διαταραχή με επεισόδιο και 3 (2%) άτομα με διπολική διαταραχή με επεισόδιο κατάθλιψης (σχήμα 8).

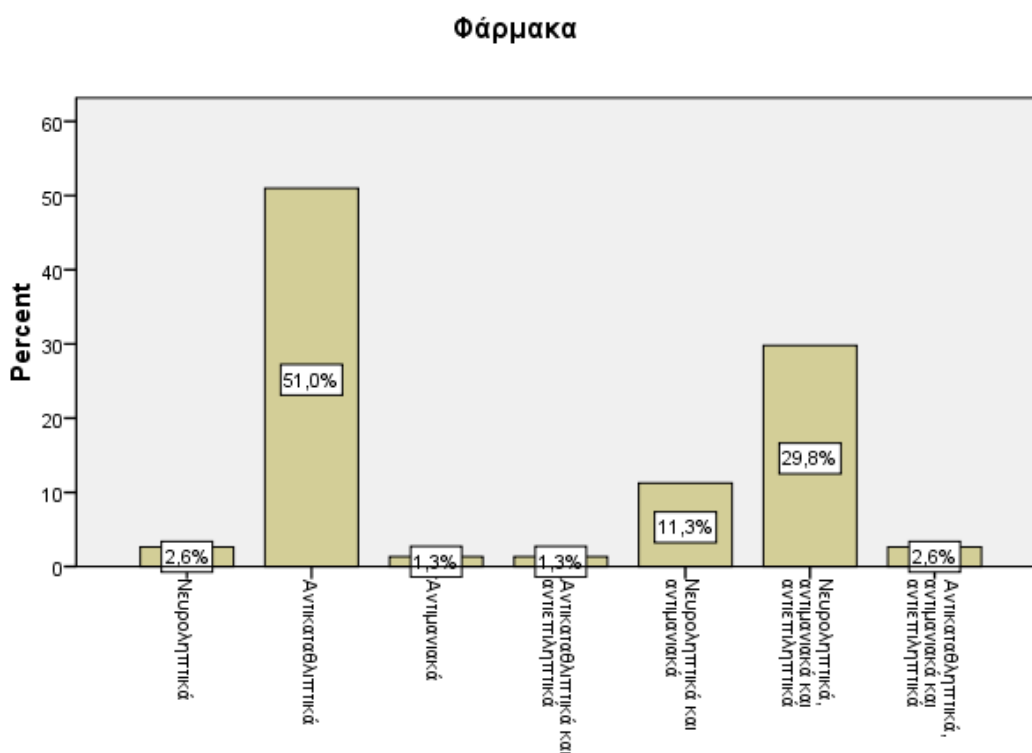


Σχήμα 7. Ποσοστιαία αναλογία επαγγέλματος συμμετεχόντων.



Σχήμα 8. Ποσοστιαία κατανομή διάγνωσης συμμετεχόντων κατά ICD-10.

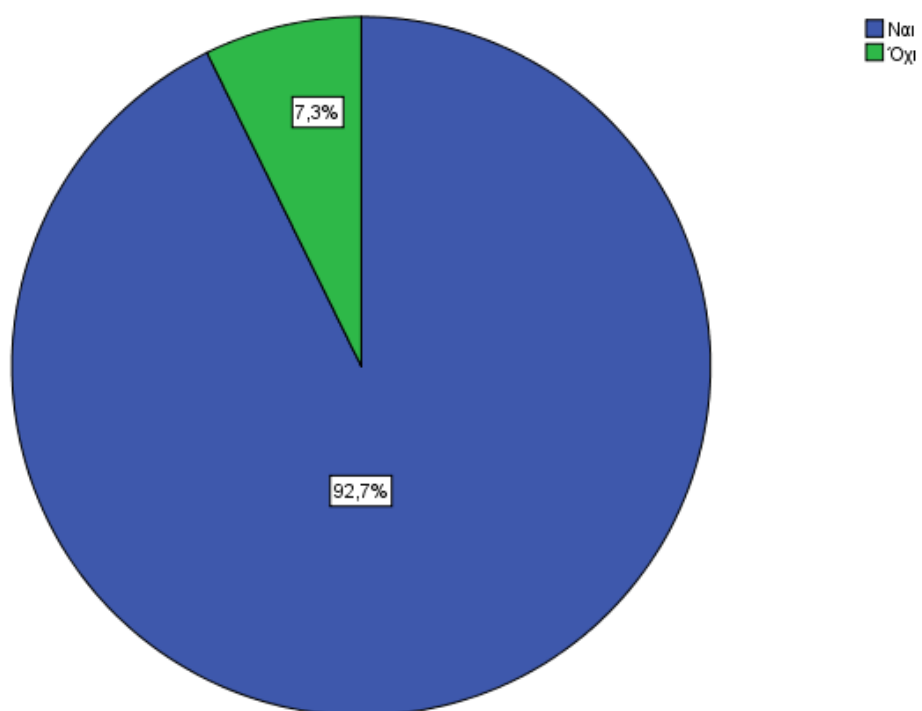
Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 77 (51%) ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, 45 (29,8%) ελάμβαναν συνδυασμό νευροληπτικών, αντιμανιακών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων, 17 (11,3%) συνδυασμό νευροληπτικών και αντιμανιακών φαρμάκων, 4 (2,6%) νευροληπτικά, 4 (2,6%) συνδυασμό αντικαταθλιπτικών, αντιμανιακών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων, 2 (1,3%) αντιμανιακά και 2 (1,3%) συνδυασμό αντικαταθλιπτικών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων (σχήμα 9).



Σχήμα 9. Ποσοστιαία αναλογία φαρμακευτικής αγωγής συμμετεχόντων.

Επιπλέον, 140 (92,7%) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν καπνίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους (σχήμα 10), ενώ τη στιγμή της έρευνας κάπνιζαν 120 (85,7%) συμμετέχοντες (σχήμα 11). Επίσης, 102 (84,3%) άτομα ανέφεραν ότι προσπάθησαν κάποια στιγμή να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές ανέφεραν ότι καπνίζουν $25,7 \pm 9,7$ έτη με ελάχιστο 3 έτη και μέγιστο 45 έτη, ενώ η ηλικία έναρξης του καπνίσματος ήταν $19,3 \pm 5,6$ έτη με ελάχιστο τα 11 έτη και μέγιστο τα 53 έτη.

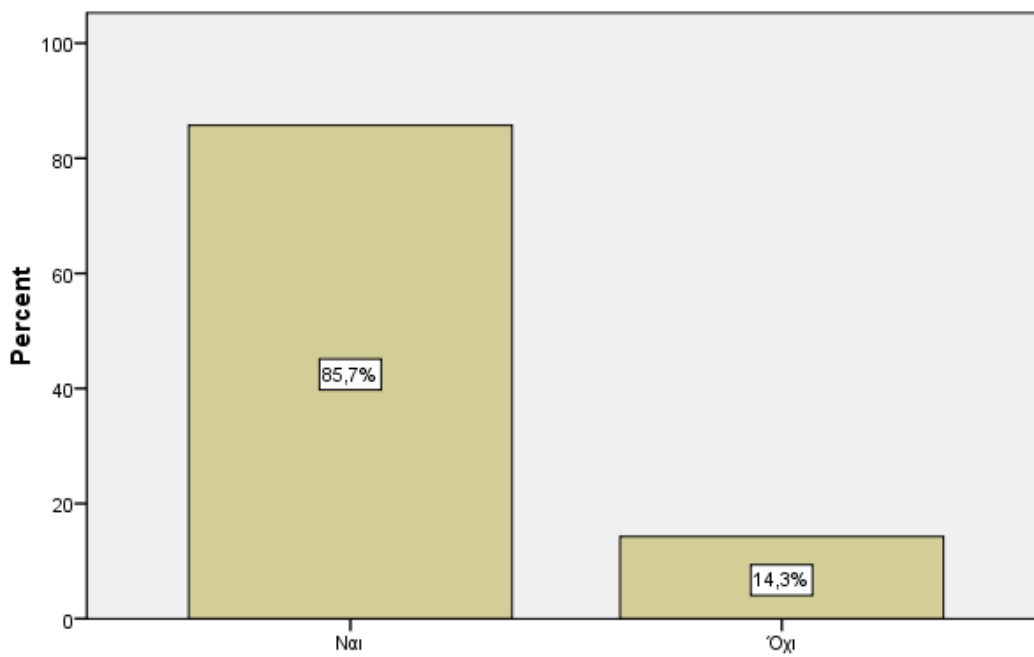
Έχετε καπνίσει ποτέ;



Σχήμα 10. Ποσοστιαία αναλογία καπνιστών.

0

Αυτή την περίοδο καπνίζετε;



Σχήμα 11. Ποσοστιαία αναλογία συμμετεχόντων που καπνίζουν τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας.

Αναφορικά με τις αιτίες έναρξης καπνίσματος, 36 (29,8%) άτομα ανέφεραν από περιέργεια, 25 (20,7%) επειδή κάπνιζαν οι περισσότεροι φίλοι τους, 17 (14%) λόγω έντονου άγχους και προσωπικών προβλημάτων, 17 (14%) από περιέργεια και επειδή κάπνιζαν οι περισσότεροι φίλοι τους, 15 (12,4%) από περιέργεια και λόγω έντονου άγχους, 6 (5%) επειδή ήταν της μόδας και 5 (4,1%) για άλλο λόγο (σχήμα 12).



Σχήμα 12. Ποσοστιαία αναλογία αιτιών έναρξης του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες κάπνιζαν τσιγάρα φίλτρου (64, 53,3%), ενώ 53 (44,2%) κάπνιζαν στριφτά και 3 (2,3%) άφιλτρα (σχήμα 13). Ο μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα ήταν $19,8 \pm 8,4$ με ελάχιστο 4 και μέγιστο 60 τσιγάρα. Το 25% των καπνιστών υποστήριξε ότι τους συμβούλευσε κάποιος ιατρός να σταματήσουν το κάπνισμα αμέσως, ενώ 110 (91,7%) συμμετέχοντες πιστεύουν ότι το κάπνισμα βλάπτει πολύ την υγεία τους, 8 (6,7%) βλάπτει λίγο και 2 (1,7%) θεωρούν ότι το κάπνισμα δεν βλάπτει καθόλου την υγεία τους (σχήμα 14).



Σχήμα 13. Ποσοστιαία αναλογία είδους τσιγάρων.



Σχήμα 14. Ποσοστιαία αναλογία απαντήσεων συμμετεχόντων στην ερώτηση: Πόσο πιστεύετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία σας.

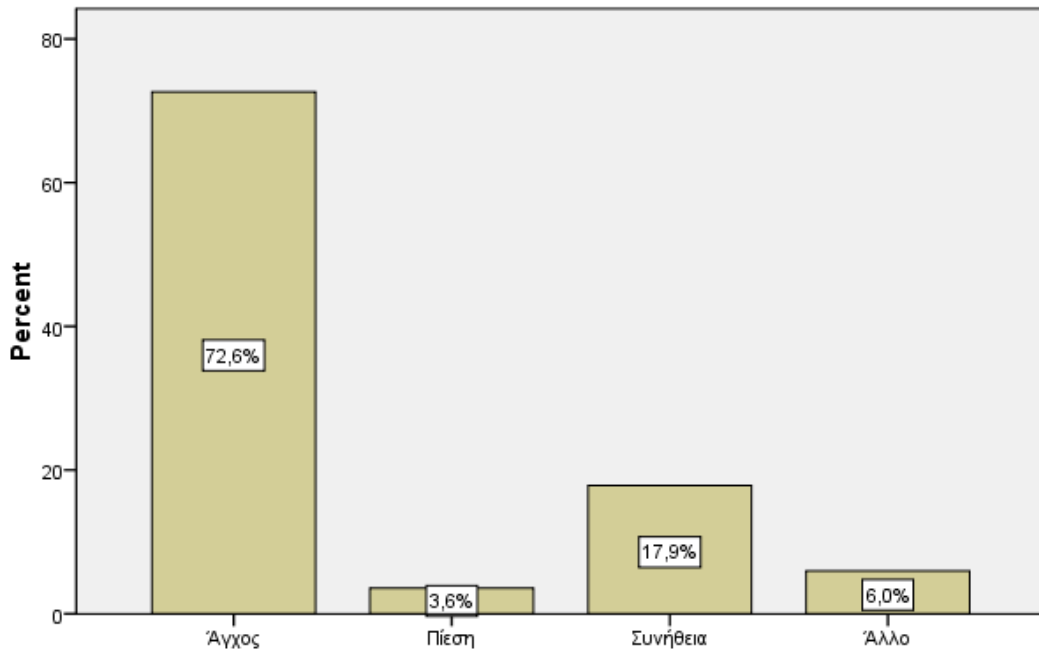
Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν ότι δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσουν το κάπνισμα (77,5%) και ότι δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσουν το κάπνισμα (73,3%), ενώ συμφωνούν με τις προτάσεις ότι η ατμόσφαιρα με καπνό θα τους δυσκολέψει να σταματήσουν το κάπνισμα (49,1%), ότι βλέποντας άλλους ασθενείς να καπνίζουν θα τους δυσκολέψουν να σταματήσουν το κάπνισμα (46,6%), ότι βλέποντας το προσωπικό να καπνίζει θα τους δυσκολέψει να σταματήσουν το κάπνισμα (46,7%) και ότι είναι πολύ δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα (92,5%). Οι απαντήσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Απαντήσεις στις ερωτήσεις περί διακοπής καπνίσματος.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	34 (28,3%)	59 (49,2%)	9 (6%)	15 (12,5%)	3 (2,5%)
Δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	21 (17,5%)	67 (55,8%)	12 (10%)	19 (15,8%)	1 (0,8%)
Η ατμόσφαιρα με καπνό θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	4 (3,3%)	20 (16,7%)	37 (30,8%)	55 (45,8%)	4 (3,3%)
Βλέποντας άλλους ασθενείς να καπνίζουν θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	3 (2,5%)	21 (17,5%)	40 (33,3%)	52 (43,3%)	4 (3,3%)
Βλέποντας το προσωπικό να καπνίζει θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	3 (2,5%)	23 (19,2%)	38 (31,7%)	53 (44,2%)	3 (2,5%)
Είναι πολύ δύσκολο να σταματήσω το κάπνισμα, n (%)	1 (0,8%)	7 (5,8%)	1 (0,8%)	57 (47,5%)	54 (45%)

Ακόμη, 84 (70%) άτομα υποστήριξαν ότι υπάρχει κάτι άλλο που τους εμποδίζει να σταματήσουν το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, 61 (40,4%) απάντησαν το άγχος ως εμπόδιο διακοπής του καπνίσματος, 15 (17,9%) τη συνήθεια. 5 (6%) «άλλο» και 3 (3,6%) την πίεση. Τα αποτελέσματα των εμποδίων διακοπής του καπνίσματος απεικονίζονται στο σχήμα 15.

Εάν ναι, τι;

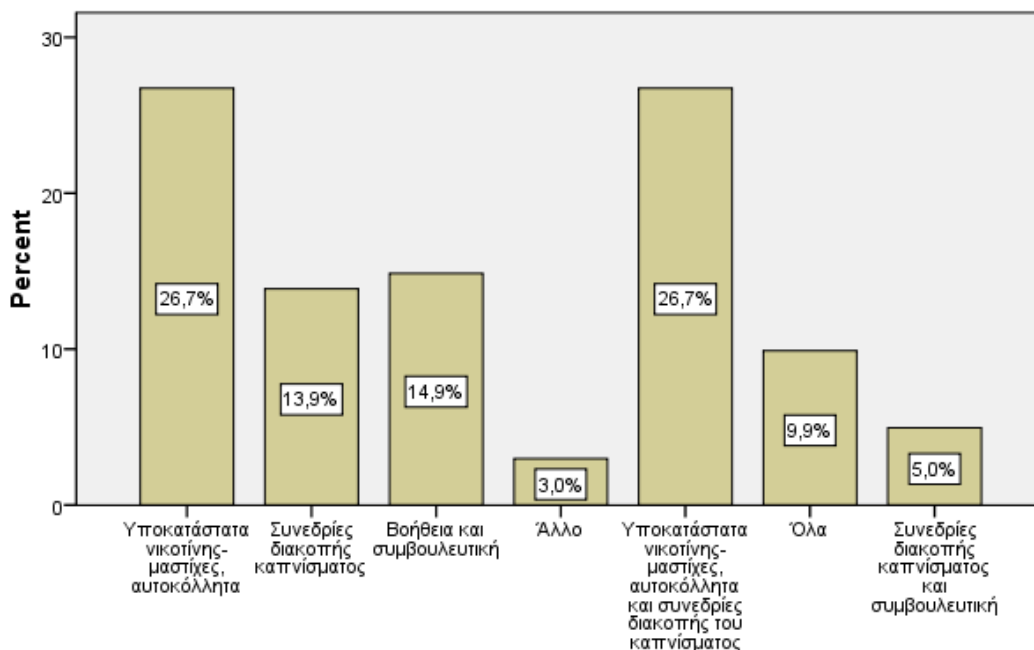


Σχήμα 15. Ποσοστιαία αναλογία εμποδίων διακοπής καπνίσματος.

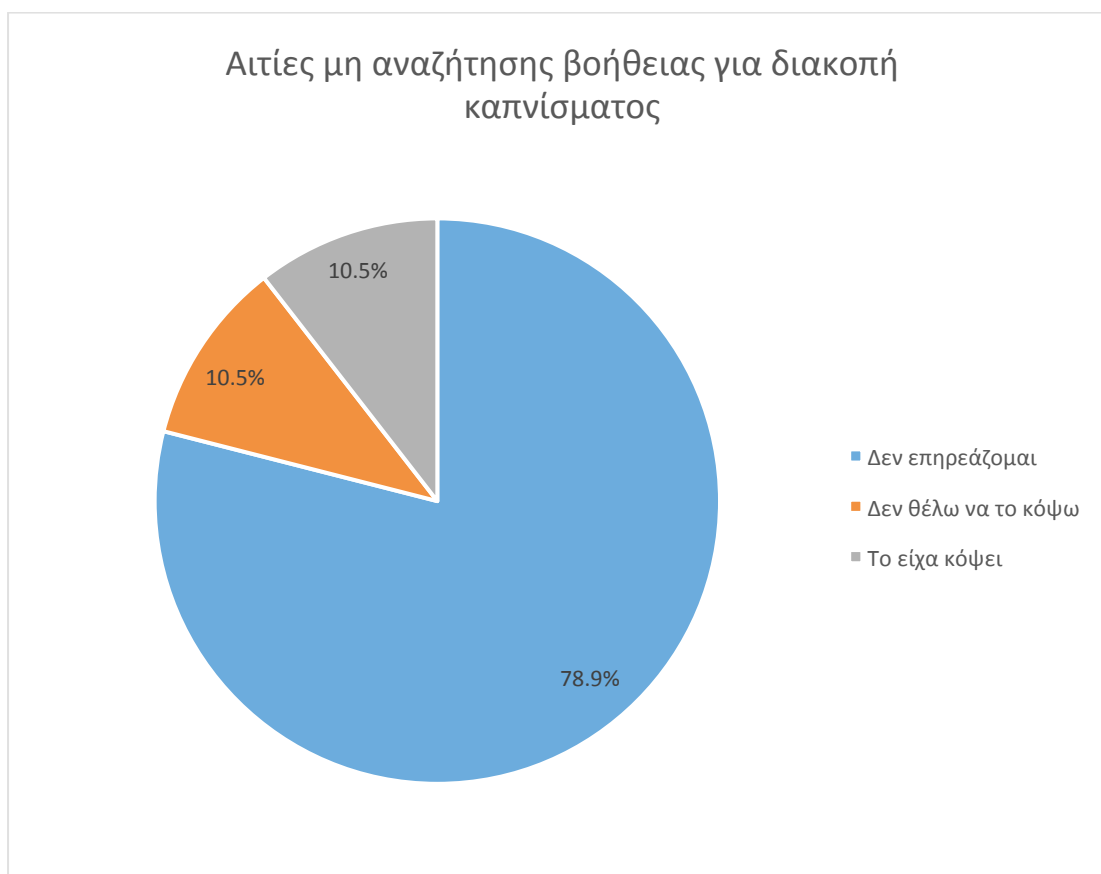
Από τους καπνίζοντες, 101 (84,2%) άτομα υποστήριξαν ότι θα χρειάζονταν βοήθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα. Όσον αφορά τη βοήθεια, 27 (26,7%) συμμετέχοντες απάντησαν τα υποκατάστατα νικοτίνης-μαστίχες και αυτοκόλλητα, 27 (26,7%) τα υποκατάστατα νικοτίνης-μαστίχες και αυτοκόλλητα και συνεδρίες διακοπής του καπνίσματος, 15 (14,9%) βοήθεια και συμβουλευτική, 14 (13,9%) συνεδρίες διακοπής του καπνίσματος, 10 (9,9%) όλα τα παραπάνω, 5 (5%) συνεδρίες διακοπής του καπνίσματος και συμβουλευτική και 3 (3%) «άλλο» (σχήμα 16).

Από την άλλη μεριά 19 άτομα υποστήριξαν ότι δεν χρειάζονται βοήθεια. Συγκεκριμένα, 15 (78,9%) απάντησαν ότι δεν επηρεάζονται, 2 (10,5%) ότι δεν θέλουν να το κόψουν και (10,5%) ότι το είχαν κόψει (σχήμα 17).

Εάν ναι, ποια θα σας βοηθήσουν περισσότερο;

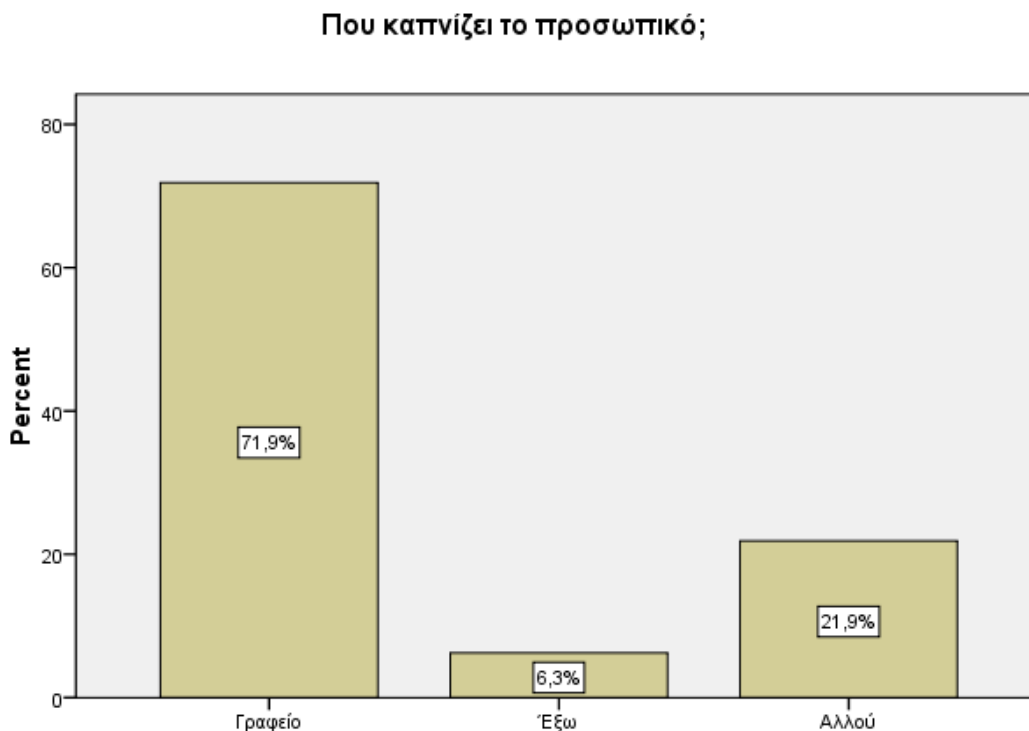


Σχήμα 16. Ποσοστιαία αναλογία βοηθημάτων διακοπής του καπνίσματος.



Σχήμα 17. Ποσοστιαία αναλογία απαντήσεων στην ερώτηση: γιατί θεωρείτε ότι δεν χρειάζεστε βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος.

Από το σύνολο του δείγματος, 32 (21,2%) άτομα υποστήριξαν ότι βλέπουν το προσωπικό τους να καπνίζει στην εργασία και οι χώροι που αναφέρθηκαν ήταν το γραφείο (71,9%), έξω (6,3%) και αλλού (21,9%). Τα αποτελέσματα απεικονίζονται στο σχήμα 18.



Σχήμα 18. Ποσοστιαία κατανομή τοποθεσίας καπνίσματος προσωπικού.

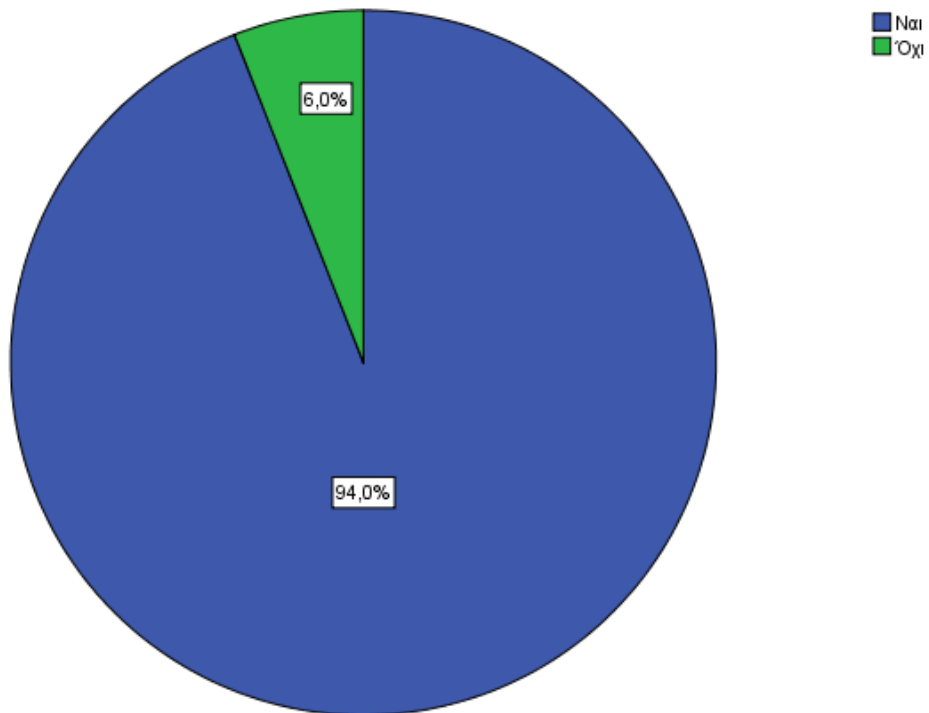
Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν με τις προτάσεις ότι πρέπει στο προσωπικό να επιτρέπεται να καπνίζει στην εργασία (50,4%), ότι οι κανόνες στο τμήμα για το κάπνισμα είναι σωστοί (90,8%), ότι το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα (91,4%) και ότι είναι σημαντικό για τα μέλη του προσωπικού να δίνουν το καλό παράδειγμα στους ασθενείς αποφεύγοντας οι ίδιοι να καπνίζουν (90%). Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες διαφωνούν με τις προτάσεις ότι πρέπει να επιτραπεί στο προσωπικό να καπνίζει με τους ασθενείς (90,1%) και ότι θα πρέπει να επιτρέπεται στους επισκέπτες να καπνίζουν μαζί με τους ασθενείς (92,7%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Απαντήσεις στις ερωτήσεις περί καπνίσματος του προσωπικού

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει στην εργασία; n (%)	10 (6,6%)	43 (28,5%)	22 (14,6%)	67 (44,4%)	9 (6%)
Εάν ναι, πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει μαζί με τους ασθενείς; n (%)	27 (17,9%)	109 (72,2%)	9 (6%)	4 (2,6%)	2 (1,3%)
Θα πρέπει να επιτρέπεται στους επισκέπτες να καπνίζουν μαζί με τους ασθενείς; n (%)	31 (20,5%)	109 (72,2%)	4 (2,6%)	5 (3,3%)	2 (1,3%)
Οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί; n (%)	3 (2%)	4 (2,6%)	7 (4,6%)	75 (49,7%)	62 (41,1%)
Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα; n (%)	3 (2%)	4 (2,6%)	6 (4%)	119 (78,8%)	19 (12,6%)
Είναι σημαντικό για τα μέλη του προσωπικού να δίνουν το καλό παράδειγμα στους ασθενείς αποφεύγοντας οι ίδιοι να καπνίζουν; n (%)	-	6 (4%)	9 (6%)	114 (75,5%)	22 (14,5%)

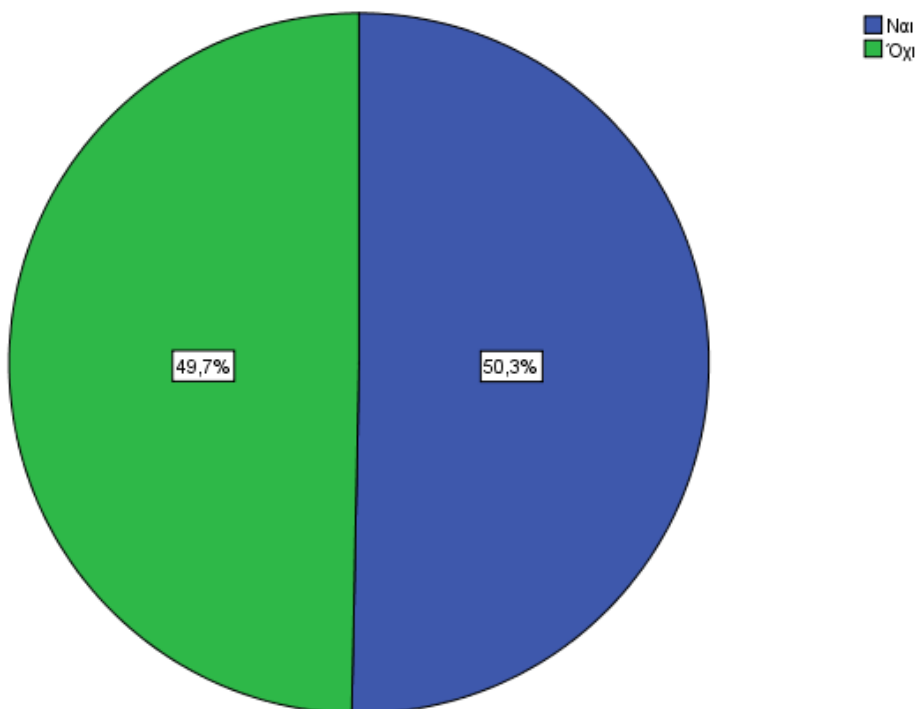
Συνολικά, 142 (94%) άτομα γνώριζαν ποιο ήταν το πρόσωπο αναφοράς τους (σχήμα 19) και 76 (50,3%) απάντησαν θετικά ότι το πρόσωπο αναφοράς τους καπνίζει (σχήμα 20).

Γνωρίζεις ποιος είναι το πρόσωπο αναφοράς σου;



Σχήμα 19. Ποσοστιαία αναλογία στην ερώτηση: γνωρίζεις ποιο είναι το πρόσωπο αναφοράς σου.

Το πρόσωπο αναφοράς σου καπνίζει;



Σχήμα 20. Ποσοστιαία αναλογία στην ερώτηση: καπνίζει το πρόσωπο αναφοράς σου.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν με την πρόταση ότι θα εμπιστευόταν περισσότερο ένα πρόσωπο αναφοράς που δεν καπνίζει παρά ένα που καπνίζει (67,6%) και ότι μπορούν να συνεργαστούν καλύτερα με πρόσωπο αναφοράς που καπνίζει παρά με κάποιον που δεν καπνίζει (66,2%). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Απαντήσεις στις ερωτήσεις περί προσώπων αναφοράς.

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Θα εμπιστευόμουν περισσότερο ένα πρόσωπο αναφοράς που δεν καπνίζει παρά ένα που καπνίζει; n (%)	24 (15,9%)	78 (51,7%)	29 (19,2%)	15 (9,9%)	5 (3,3%)
Μπορώ να συνεργαστώ καλύτερα με πρόσωπο αναφοράς που καπνίζει παρά με κάποιον που δεν καπνίζει n (%)	16 (10,6%)	84 (55,6%)	31 (20,5%)	13 (8,6%)	7 (4,6%)

Συσχετίσεις

Φύλο

Οι άνδρες κάπνιζαν σημαντικά περισσότερα έτη ($29,2 \pm 9,3$ έναντι $21,2 \pm 8,3$, $p < 0,05$), είχαν σημαντικά μικρότερη ηλικία έναρξης καπνίσματος ($18,1 \pm 3,8$ έναντι $21,1 \pm 7,1$, $p < 0,05$), διαφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με την πρόταση ότι δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό να σταματήσουν το κάπνισμα ($2,5 \pm 1,1$ έναντι $1,9 \pm 0,7$, $p < 0,05$) και ότι είναι πολύ δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα ($4,5 \pm 0,7$ έναντι $4,1 \pm 0,9$, $p < 0,05$) και υποστήριζαν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ότι τα υποκατάστατα νικοτίνης-μαστίχες και αυτοκόλλητα θα τους βοηθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα (15,8% έναντι 40,9%, $p < 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις με το φύλο.

Μεταβλητή	Άνδρες	Γυναίκες	P
Έτη καπνίσματος	29,2±9,3	21,2±8,3	0,001
Ηλικία έναρξης καπνίσματος (έτη)	18,1±3,8	21,1±7,1	0,004
Συχνότητα καπνίσματος (τσιγάρα/ημέρα)	22,3±8,8	16,6±6,6	0,001
Δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό να σταματήσω το κάπνισμα (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα)	2,5±1,1	1,9±0,7	0,003
Είναι πολύ δύσκολο να σταματήσω το κάπνισμα (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα)	4,5±0,7	4,1±0,9	0,027
Τι θα σας βοηθήσει περισσότερο για να διακόψετε το κάπνισμα; (Υποκατάστατα νικοτίνης-μαστίχες, αυτοκόλλητα)	9 (15,8%)	18 (40,9%)	0,024

Τόπος Γέννησης

Οι συμμετέχοντες που γεννήθηκαν σε αγροτική περιοχή έπασχαν σημαντικά λιγότερο από κατάθλιψη ($p<0,05$), ελάμβαναν σημαντικά λιγότερο αντικαταθλιπτικά φάρμακα ($p<0,05$), κάπνιζαν σημαντικά περισσότερα έτη ($p<0,05$), προτιμούσαν τσιγάρα με φίλτρο σημαντικά περισσότερο ($p<0,05$), συμφωνούσαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό ότι οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί ($p<0,05$) και ότι το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα ($p<0,05$).

Οι ασθενείς που γεννήθηκαν σε αστική περιοχή είχαν σε σημαντικά μικρότερο βαθμό σχιζοφρένεια ($p<0,05$) και σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη ($p<0,05$), ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ($p<0,05$), είχαν σημαντικά λιγότερα έτη καπνίσματος ($p<0,05$) και προτιμούσαν τα τσιγάρα φίλτρου σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό ($p<0,05$).

Τα άτομα που γεννήθηκαν σε ημιαστική περιοχή έπασχαν σημαντικά περισσότερο από σχιζοφρένεια ($p<0,05$), συμφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με την πρόταση ότι δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσουν το

κάπνισμα ($p < 0,05$) και διαφωνούσαν σημαντικά περισσότερο με την πρόταση ότι το προσωπικό θα πρέπει τα ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα ($p < 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάλογα με τον τόπο γέννησης.

	Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	P
Προτιμώμενα τσιγάρα (φίλτρου)	21 (70%)	13 (50%)	30 (44,1%)	0,048
Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσω το κάπνισμα (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα)	2,2±1,2	1,6±0,8	2,2±0,9	0,030
Οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα)	3,9±1,1	4,4±0,7	4,4±0,6	0,01
Το προσωπικό θα πρέπει τα ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα (1=συμφωνώ απόλυτα, 5=διαφωνώ απόλυτα)	3,7±0,8	4,2±0,5	4,1±0,6	0,038

6. Συζήτηση

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με ψυχικές διαταραχές που στην πλειοψηφία τους ήταν καπνιστές. Υπήρχε ποικιλομορφία ως προς τον τόπο γέννησης των ασθενών, προερχόμενοι από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελούνταν από άνδρες, έγγαμους με παιδιά, οι οποίοι ήταν κυρίως απόφοιτοι λυκείου και μικρού εισοδήματος.

Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Οι περισσότεροι ασθενείς έπασχαν από μικτή αγχώδη καταθλιπτική διαταραχή, ενώ συχνά ήταν τα καταθλιπτικά επεισόδια και η σχιζοφρένεια. Οι μισοί συμμετέχοντες ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ενώ το ένα τρίτο έκανε χρήση συνδυασμού νευροληπτικών, αντιμανιακών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ασθενών που βρέθηκε να καπνίζει ήταν πολύ υψηλό, 85,7%. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν στη βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία το ποσοστό καπνιστών με ψυχικές διαταραχές που δε νοσηλεύονται σε κάποια δομή αλλά είναι εξωτερικοί ασθενείς ποικίλλει από 39% (Morris et al., 2006) έως και 77,1% (Dickens et al., 2005, Lineberry et al., 2009).

Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος ήταν τα 19 έτη, αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με της βιβλιογραφίας (Baker et al., 2007). Ο μέσος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα ήταν 20. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές είναι βαριά καπνιστές καπνίζοντας 30 τσιγάρα ανά ημέρα (Baker et al., 2007). Τα τσιγάρα θεωρούνται από τους ανθρώπους ως εργαλείο κοινωνικοποίησης. Το τσιγάρο είναι ένας «φίλος» που προσφέρει ηρεμία, άνεση και είναι ένα μέσο που προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα και τις πιέσεις που σχετίζονται με τις ψυχικές νόσους (Snyder et al., 2008, Singer et al., 2011, Ashton et al., 2013).

Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι περισσότεροι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία τους και πολλοί ασθενείς αισθάνονται πιο υγιείς όταν νοσηλεύονται σε ένα νοσοκομείο στο οποίο υποστηρίζεται από πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος (Shmueli et al., 2008). Οι ασθενείς θεωρούν ότι είναι πιο εύκολο να διακόψουν το κάπνισμα όταν δεν καπνίζει κανείς γύρω τους. Δύο μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι νοσηλευτές είναι λιγότερο πιθανό σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας να

υποστηρίζουν την υπηρεσία διακοπής του καπνίσματος (McNally et al., 2006, Essentmacher et al., 2009), λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και έλλειψης εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μία μελέτη έδειξε ότι οι καπνιστές είναι πολύ δύσκολο να διακόψουν το κάπνισμα και ακόμη θεωρούν ότι όταν βλέπουν το προσωπικό να καπνίζει τότε τους αποτρέπει να διακόψουν το κάπνισμα (Dickens et al., 2005).

Ένα εύρημα της παρούσας μελέτης είναι οι θετικές στάσεις των ατόμων με ψυχικές νόσους για τη διακοπή του καπνίσματος. Στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν είτε θετικά ή αρνητικά τα άτομα με ψυχικές νόσους για να διακόψουν το κάπνισμα (Snyder et al., 2008, Singer, 2011).

Επίσης, έχει γίνει εκτεταμένη αναφορά για την αποτελεσματικότητα της υποστήριξης των ασθενών με ψυχική νόσο για τη διακοπή του καπνίσματος μέσα από τις ίδιες τις δομές ψυχικής υγείας, εκτός από την παραπομπή αυτών των ατόμων σε εξειδικευμένες θεραπείες διακοπής (Hall & Prochaska, 2009, Hitsman et al., 2009, McFall et al., 2010). Η υποστήριξη κατά τη διαχείριση της ψυχικής νόσου περιλαμβάνει α) την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διακοπή του καπνίσματος, β) τα πρωτόκολλα φαρμακευτικής αγωγής που επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να επιλέγουν τις μεθόδους που ικανοποιούν τόσο τις ιατρικές ανάγκες όσο και τις προσωπικές προτιμήσεις των ατόμων με ψυχική νόσο, γ) τη συστηματική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ως μέρος του πλάνου για τη διακοπή του καπνίσματος, δ) εκτεταμένη αξιολόγηση των ασθενών από τη χρήση καπνού και του βαθμού εξάρτησης από τον καπνό και ε) εκπαίδευση, γνωστική συμβουλευτική συμπεριφοράς, συνέντευξη κινητοποίησης και υλικά αυτοβοήθειας στ) βοήθεια για τον προσδιορισμό των κοινωνικών υποστηρίξεων και η) πρόσθετα μέτρα παρακολούθησης για την υποστήριξη της πρόληψης της υποτροπής της αλλαγής συμπεριφοράς (Hall & Prochaska, 2009, Hitsman et al., 2009, McFall et al., 2010). Η ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη διακοπή του καπνίσματος στα άτομα με ψυχικές διαταραχές απαιτεί την απαραίτητη παρακολούθηση για τη συμμόρφωση στη συσταθείσα θεραπεία (Lawn & Pols, 2005).

Τα υποπροϊόντα των υδρογονανθράκων του καπνού έχουν αντίκτυπο στο μεταβολισμό μερικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, μειώνοντας τις συγκεντρώσεις τους και την ικανότητά τους να βοηθήσουν στη μείωση ή διαχείριση των ψυχιατρικών

συμπτωμάτων του ατόμου (de Leon, 2004). Ως εκ τούτου, τα άτομα με ψυχική νόσο τα οποία μειώνουν ή σταματούν το κάπνισμα ενδέχεται να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα ορισμένων ψυχιατρικών φαρμάκων στο αίμα τους, με αποτέλεσμα να χρήζουν συχνής παρακολούθησης και επαναξιολόγησης της δόσης για την επίτευξη ασφαλών επιπέδων (CAN-ADAPTT, 2011). Έτσι, η συχνότητα επαφής του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τους ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητα αυτής της προσπάθειας (Hitsman et al., 2009).

Ο Camann (2010) τονίζει το ρόλο των ψυχιατρικών νοσηλευτών στην παροχή βοήθειας σε ασθενείς με ψυχικές νόσους για να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις τους για την υγεία, τις επιλογές του τρόπου ζωής, τη δύναμη και τη νόσο. Αυτοί οι επαγγελματίες παρέχουν βοήθεια στη δημιουργία μιας προσωπικής εικόνας ανάκτησης της ευεξίας που υποστηρίζεται από αυτοδιάθεση και επιλογή (Camann, 2010). Η υποστηρικτική φροντίδα των νοσηλευτών θεωρείται αναπόσπαστο μέρος της ολοκληρωμένης προσέγγισης και ερμηνεύεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για τη διακοπή του καπνίσματος (BPG) της Ομοσπονδίας Νοσηλευτών του Οντάριο (RNAO). Οι οδηγίες περιγράφουν συστάσεις για εντατικές παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος και συμβουλευτική προσαρμοσμένη στις ανάγκες των διαφόρων πληθυσμών και συχνή παρακολούθηση για την πρόληψη των υποτροπών (RNAO, 2007). Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι νοσηλευτές είναι η κατηγορία εκείνη των επαγγελματιών υγείας που είναι περισσότερο αφοσιωμένοι στο να προτρέψουν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα (Sarna et al., 2014). Επιπλέον, έχει αναγνωριστεί η θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, η οποία περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, το σεβασμό, την επαγγελματική οικειότητα, την ενσυναίσθηση και τη δύναμη για υποστήριξη (CNO, 2013). Κάθε μία από αυτές τις στρατηγικές θα βοηθάει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να δημιουργήσουν ρεαλιστικά, οικονομικά προσιτά σχέδια για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπως α) ψυχίατροι, β) ψυχολόγοι, γ) κοινωνικοί λειτουργοί, δ) υπεύθυνοι θεραπευτές ασθενών, ε) προσωπικοί βοηθοί και στ) νοσηλευτές που ενσωματώνουν ένα μοντέλο αποκατάστασης της εξάρτησης από τον καπνό στην υπάρχουσα εργασία τους, βοηθούν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα (Bradshaw, 2006). Η υποστήριξη με αυτό τον τρόπο παρέχει συνέπεια με τη στρατηγική διακοπής και υποστηρίζει τη συνεχή αξιολόγηση των

βραχυπρόθεσμων στόχων που αναπτύσσει την αυτο-αποτελεσματικότητα. Τα άτομα με ψυχική νόσο αναζητούν υποστήριξη από τον επαγγελματία φροντιστή τους, ώστε να αισθάνονται ότι κάποιος συμπάσχει μαζί τους βοηθώντας τους να διατηρήσουν την προοπτική και την ελπίδα και να στηρίξουν την επιτυχία τους (Bradshaw et al., 2006).

Συμπεράσματα

Το ποσοστό των ασθενών με ψυχικές διαταραχές που καπνίζουν βρέθηκε πολύ υψηλό. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Αρκετοί έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν να το διακόψουν, χωρίς όμως να υπάρχει θετικό αποτέλεσμα. Οι περισσότεροι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία τους. Σημαντικό ρόλο θεωρούν και πρέπει να παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο πρώτα πρέπει να εκπαιδευτεί ώστε να προσεγγίσει σωστά και να επιλέγει τη μέθοδο εκείνη διακοπής του καπνίσματος η οποία είναι ιατρικά αποδεκτή και σέβεται τις προτιμήσεις των ασθενών. Επίσης, είναι σημαντικό να ενταχθεί ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος στα πλαίσια της παρακολούθησης των ασθενών και να γίνεται ανατροφοδότηση κάθε φορά που οι ασθενείς επισκέπτονται το κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης είτε για παρακολούθηση ή για συνταγογράφηση φαρμάκων ή για συμβουλευτική.

Βιβλιογραφία

Adler, L.E., Hoffer, L.D., Wiser, A., & Freedman, R. (1993). Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1856–61.

Aggarwal, N.T., Bienias, J.L., Bennett, D.A., Wilson, R.S., Morris, M.C., Schneider, J.A., Shah, R.C., & Evans, D.A. (2006). The relation of cigarette smoking to incident Alzheimer's disease in a biracial urban community population. *Neuroepidemiology*, 26, 140–6.

Ajdacic-Gross, V., Landolt, K., Angst, J., Gamma, A., Merikangas, K.R., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2009). Adult versus adolescent onset of smoking, How are mood disorders and other risk factors involved? *Addiction*, 104, 1411–19.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association.

Anstey, K.J., von Sanden, C., Salim, A., & O'Kearney, R. (2007). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline, a meta-analysis of prospective studies. *American Journal Epidemiology*, 166, 367–78.

Ashton, M., Rigby, A., & Galletly, C. (2013). What do 1000 smokers with mental illness say about their tobacco use? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 631-636.

Aubin, H.J., Rollema, H., Svensson, T.H., & Winterer, G. (2012). Smoking, quitting, and psychiatric disease, a review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 271–84.

Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., & Kassel, J.D. (2009). Adolescent smoking and depression, evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104, 1743–56.

Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T.J., Carr, V.J., Taylor, R.L., Jansons, S., & Wilhelm, K. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1934-1942.

- Balfour, D.J. (2009). The neuronal pathways mediating the behavioral and addictive properties of nicotine. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 192, 209–33.
- Barnes, D.E., Haight, T.J., Mehta, K.M., Carlson, M.C., Kuller, L.H., & Tager, I.B. (2010). Secondhand smoke, vascular disease, and dementia incidence, findings from the cardiovascular health cognition study. *American Journal of Epidemiology*, 171, 292–302.
- Bekker, E.M., Bocker, K.B., Van Hunsel, F., van den Berg, M.C., & Kenemans, J.L. (2005). Acute effects of nicotine on attention and response inhibition. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 82, 539–48.
- Berkman, N.D., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders, a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293–309.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., Fleming, J.E., Szatmari, P., & Links, P.S. (1993). Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder, results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 34, 535–44.
- Bradshaw, W., Roseborough, D., & Armour, M. (2006). Recovery from severe mental illness, The lived experience of the initial phase of treatment. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10, 123-131.
- Brauer, L.H., Behm, F.M., Lane, J.D., Westman, E.C., Perkins, C., & Rose, J.E. (2001). Individual differences in smoking reward from denicotinized cigarettes. *Nicotine and Tobacco Research*, 3, 101–9.
- Breslau, N., Kilbey, M.M., & Andreski, P. (1993). Nicotine dependence and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31–5.
- Burke, J.D., Loeber, R., White, H.R., Stouthamer-Loeber, M., & Pardini, D.A. (2007). Inattention as a key predictor of tobacco use in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 249–59.

Camann, M. A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 532-536.

CAN-ADAPTT. (2011). Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada, Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health.

Ανάκτηση από,
<https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx>

Cataldo, J.K., Prochaska, J.J., & Glantz, S.A. (2010). Cigarette smoking is a risk factor for Alzheimer's Disease, an analysis controlling for tobacco industry affiliation. *Journal of Alzheimer's Disease*, 19, 465–80.

Chang, C.K., Hayes, R.D., Perera, G., Broadbent, M.T., Fernandes, A.C., Lee, W.E., Hotopf, M., & Stewart, R. (2011). Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One*, 6.

Chassin, L., Presson, C., Seo, D.C., Sherman, S.J., Macy, J., Wirth, R.J., & Curran, P. (2008). Multiple trajectories of cigarette smoking and the intergenerational transmission of smoking, a multigenerational, longitudinal study of a Midwestern community sample. *Health Psychology*, 27, 819–28.

Chaudhri, N., Caggiula, A.R., Donny, E.C., Palmatier, M.I., Liu, X., & Sved, A.F. (2006). Complex interactions between nicotine and non-pharmacological stimuli reveal multiple roles for nicotine in reinforcement. *Psychopharmacology*, 184, 353–66.

Clark, D.B., & Cornelius, J. (2004). Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking. A prospective survival analysis in children at high risk for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 29, 837–841.

Clementz, B.A., Geyer, M.A., & Braff, D.L. (1997). P50 suppression among schizophrenia and normal comparison subjects, a methodological analysis. *Biological Psychiatry*, 41, 1035-44.

- Coger, R.W., Moe, K.L., & Serafetinides, E.A. (1996). Attention deficit disorder in adults and nicotine dependence, psychobiological factors in resistance to recovery? *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 229–40.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423–31
- College of Nurses of Ontario, (2013). *Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised 2006*. Toronto, Ontario. Ανάκτηση από: www.cno.org
- Conners, C.K., Levin, E.D., Sparrow, E., Hinton, S.C., Erhardt, D., Meck, W.H., Rose, J.E., & March, J. (1996). Nicotine and attention in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 67–73.
- Corrigall, W.A., & Coen, K.M. (1989). Nicotine maintains robust self-administration in rats on a limited-access schedule. *Psychopharmacology*, 99, 473–8.
- Cox, L.S., Patten, C.A., Krahn, L.E., Hurt, R.D., Croghan, I.T., Wolter, T.D., Schroeder, D.R., Tri, D., & Offord, K.P. (2003). The effect of nicotine patch therapy on depression in nonsmokers, a preliminary study. *Journal of Addictive Disease*, 22, 75–85.
- Craddock, N., & Jones, I. (2001). Molecular genetics of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 178, S128–33.
- Cuijpers, P., Smit, F., ten Have, M., & de Graaf, R. (2007). Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders, a prospective population-based study. *Addiction*, 102, 1303–9.
- D’Onofrio, B.M., Van Hulle, C.A., Waldman, I.D., Rodgers, J.L., Harden, K.P., Rathouz, P.J., & Lahey, B.B. (2008). Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems, an exploration of genetic and environmental confounds. *Developmental Psychopathology*, 20, 139–64.
- Dalack, G.W., Healy, D.J., Meador-Woodruff, J.H. (1998). Nicotine dependence in schizophrenia, clinical phenomena and laboratory findings. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1490–501.

Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 427- 34.

de Leon, J., & Diaz, F.J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76, 135–57.

de Leon, J. (2004). Atypical antipsychotic dosing, The effect of smoking and caffeine. *Psychiatric Services*, 55, 491-493.

Department of Health. (2001). *Safety First, Five-year report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*. London, Department of Health.

Depatie, L., O’Driscoll, G.A., Holahan, A.L., Atkinson, V., Thavundayil, J.X., Kin, N.N., & Lal, S. (2002). Nicotine and behavioral markers of risk for schizophrenia, a double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *Neuropsychopharmacology*, 27, 1056–70.

Di Chiara, G., & Bassareo, V. (2007). Reward system and addiction, what dopamine does and doesn’t do. *Current Opinion in Pharmacology*, 7, 69–76.

Dickens, G., Stubbs, J., Popham, R., & Haw, C. (2005). Smoking in a forensic psychiatric service, a survey of inpatients' views. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 12, 672-8, quiz 678.

Dixon-Gordon, K.L., Turner, B.J., & Chapman, A.L. (2011). Psychotherapy for personality disorders. *International Review of Psychiatry*, 23, 282–302.

Edwards, A.C., Maes, H.H., Pedersen, N.L., & Kendler, K.S. (2011). A population-based twin study of the genetic and environmental relationship of major depression, regular tobacco use and nicotine dependence. *Psychological Medicine*, 41, 395–405.

Epping-Jordan, M.P., Watkins, S.S., Koob, G.F., & Markou, A. (1998). Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. *Nature*, 393, 76–9.

Escobedo, L.G., Reddy, M., & Giovino, G.A. (1998). The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*, 93, 433–40.

- Essenmacher, C., Karvonen-Gutierrez, C., Lynch-Sauer, J., & Duffy, S.A. (2009). Staff's attitudes toward the delivery of tobacco cessation services in a primarily psychiatric Veterans Affairs hospital. *Archives of psychiatric nursing*, 23, 231-42.
- Fergusson, D.M., Goodwin, R.D., & Horwood, L.J. (2003). Major depression and cigarette smoking, results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 33, 1357-67.
- Field, A.E., Austin, S.B., Frazier, A.L., Gillman, M.W., Camargo, C.A., & Colditz, G.A. (2002). Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors, in which order are the behaviors adopted? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 846-53.
- Flensburg-Madsen Trine, T., Bay von Scholten, M., Flachs, E.M., Mortensen, E.L., Prescott, E., & Tolstrup, J.S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 143-9.
- Fowler, J.S., Logan, J., Wang, G.J., & Volkow, N.D. (2003). Monoamine oxidase and cigarette smoking. *Neurotoxicology*, 24, 75-82.
- French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R., & Fulkerson, J.A. (1994). Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents, a prospective study. *American Journal of Public Health*, 84, 1818-20.
- Fuemmeler, B.F., Kollins, S.H., & McClernon, F.J. (2007). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1203-13.
- Galéra, C., Bouvard, M., Melchior, M., Chastang, J.F., Lagarde, E., Michel, G., Encrenaz, G., Messiah, A., & Fombonne, E. (2010). Disruptive symptoms in childhood and adolescence and early initiation of tobacco and cannabis use, The Gazel Youth study. *European Psychiatry*, 25, 402-8.
- Galéra, C., Fombonne, E., Chastang, J.F., & Bouvard, M. (2005). Childhood hyperactivity-inattention symptoms and smoking in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 101-8.

Gehricke, J.G., Hong, N., Whalen, C.K., Steinhoff, K., & Wigal, T.L. (2009). Effects of transdermal nicotine on symptoms, moods, and cardiovascular activity in the everyday lives of smokers and nonsmokers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology of Addictive Behavior*, 23, 644–55.

Gehricke, J.G., Whalen, C.K., Jamner, L.D., Wigal, T.L., & Steinhoff, K. (2006). The reinforcing effects of nicotine and stimulant medication in the everyday lives of adult smokers with ADHD, A preliminary examination. *Nicotine and Tobacco Research*, 8, 37–47.

George, T.P., Vessicchio, J.C., Termine, A., Sahady, D.M., Head, C.A., Pepper, W.T., Kosten, T.R., & Wexler, B.E. (2002). Effects of smoking abstinence on visuospatial working memory function in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 26, 75–85.

Gilbert, D.G., Robinson, J.H., Chamberlin, C.L., & Spielberger, C.D. (1989). Effects of smoking/nicotine on anxiety, heart rate, and lateralization of EEG during a stressful movie. *Psychophysiology*, 26, 311–20.

Goodman A. Substance use and common child mental health problems, examining longitudinal associations in a British sample. *Addiction* 2010,105,1484–96.

Hall, S.M., & Prochaska, J.J. (2009). Treatment of smokers with co-occurring disorders, Emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 409-431.

Hennekens, C.H., Hennekens, A.R., Hollar, D., & Casey, D.E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 150, 1115–21.

Hicks, B.M., Schalet, B.D., Malone, S.M., Iacono, W.G., & McGue, M. (2010). Psychometric and genetic architecture of substance use disorder and behavioral disinhibition measures for gene association studies. *Behavior Genetics*, 41, 459–75.

Hitsman, B., Borrelli, B., McChargue, D.E., Spring, B., & Niaura, R. (2003). History of depression and smoking cessation outcome, a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 657–63.

Hitsman, B., Moss, T., Montoya, I., & George, T. (2009). Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 368-78.

- Horwath, E., & Weissman, M.M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 493–507.
- Howard, L.M., Barley, E.A., Davies, E., Rigg, A., Lempp, H., Rose, D., Taylor, D., & Thornicroft, G. (2010). Cancer diagnosis in people with severe mental illness, practical and ethical issues. *Lancet Oncology*, 11, 797–804.
- Iyaniwura, T.T., Wright, A.E., & Balfour, D.J. (2001). Evidence that mesoaccumbens dopamine and locomotor responses to nicotine in the rat are influenced by pretreatment dose and strain. *Psychopharmacology*, 158, 73–9.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S.W., Wilfley, D., Kraemer, H.C., & Taylor, C.B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41, 1939–49.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders, application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- Jamner, L.D., Shapiro, D., & Jarvik, M.E. (1999). Nicotine reduces the frequency of anger reports in smokers and nonsmokers with high but not low hostility, an ambulatory study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 454–63.
- Johnson, E.O., & Novak, S.P. (2009). Onset and persistence of daily smoking, The interplay of socioeconomic status, gender, and psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(suppl 1), S50–7.
- Juan, D., Zhou, D.H., Li, J., Wang, J.Y., Gao, C., & Chen, M. (2004). A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European Journal of Neurology*, 11, 277–82.
- Kalman, D. (2002). The subjective effects of nicotine, methodological issues, a review of experimental studies, and recommendations for future research. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, 25–70.

- Kandel, D.B., Kiros, G-E., Schaffran, C., & Hu, M-C. (2004). Racial/ethnic differences in cigarette smoking initiation and progression to daily smoking, a multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 94, 128–35.
- Kassel, J.D., & Unrod, M. (2000). Smoking, anxiety, and attention, support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 161–6.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., & Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63–9.
- Kelly, C., & Mc Creadie, R.G. (1999). Smoking habits, current symptoms, and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1751–7.
- Kendall, T., Pilling, S.T., Tyrer, P., Duggan, C., Burbeck, R., Meader, N., & Taylor, C. (2009). Guideline Development Groups.. Guideline Development Groups. Borderline and antisocial personality disorders, summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 338, b93.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C.J., Heath, A.C., Eaves, L.J., & Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression. A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36–43.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders, a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–44.
- Killen, J.D., Robinson, T.N., Haydel, K.F., Hayward, C., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Litt, I.F., & Taylor, C.B. (1997). Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1011–16.
- Kirkbride, J., Errazuriz, A., Croudace, T., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., Murray, R.M., & Jones, P.B. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950–2009, A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 7(3).
- Knapp M, Prince M, Albanese E. (2007). *Dementia UK*. London, Alzheimer's Society.
- Kobus, K. (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction*, 98(suppl 1), 37–55.

- Korhonen, T., Broms, U., Varjonen, J., Romanov, K., Koskenvuo, M., Kinnunen, T., & Kaprio, J. (2007). Smoking behaviour as a predictor of depression among Finnish men and women, a prospective cohort study of adult twins. *Psychological Medicine*, 37, 705–15.
- Kristensen, K., & Cadenhead, K.S. (2007) Cannabis abuse and risk of psychosis in a prodromal sample. *Psychiatry Research*, 151, 151–4.
- Lajtha, A., & Sershen, H. (2010). Nicotine, alcohol reward interactions. *Neurochemical Research*, 35, 1248–58.
- Lambert, N.M., & Hartsough, C.S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 533–44.
- Larson, G.E., Booth-Kewley, S., Highfill-McRoy, R.M., & Young, S.Y.N. (2009). Prospective analysis of psychiatric risk factors in marines sent to war. *Military Medicine*, 174, 737–44.
- Lawn, S., & Pols, R. (2005). Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 866-885.
- Lecca, D., Cacciapaglia, F., Valentini, V., Gronli, J., Spiga, S., & Di Chiara, G. (2006). Preferential increase of extracellular dopamine in the rat nucleus accumbens shell as compared to that in the core during acquisition and maintenance of intravenous nicotine self-administration. *Psychopharmacology*, 184, 435–46.
- Levin, E.D., Conners, C.K., Silva, D., Canu, W., & March, J. (2001). Effects of chronic nicotine and methylphenidate in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 83–90.
- Levin, E.D., Conners, C.K., Sparrow, E, Hinton, S.C., Erhardt, D., Meck, W.H., Rose, J.E., & March, J. (1996). Nicotine effects on adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, 123, 55–63.
- Levin, E.D., McClernon, F.J., Rezvani, A.H. (2006). Nicotinic effects on cognitive function, behavioral characterization, pharmacological specification, and anatomic localization. *Psychopharmacology*, 184, 523–39.

- Levin, E.D., & Rezvani, A.H. (2002). Nicotinic treatment for cognitive dysfunction. *Current Drug Targets CNS Neurological Disorders*, 1, 423–31.
- Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G.B., & McDowell, I. (2002). Risk factors for Alzheimer's disease, a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. *American Journal of Epidemiology*, 156, 445–53.
- Lineberry, T.W., Allen, J.D., Nash, J., & Galardy, C.W. (2009). Population-based prevalence of smoking in psychiatric inpatients, A focus on acute suicide risk and major diagnostic groups. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 526-532.
- Llewellyn, D.J., Lang, I.A., Langa, K.M., Naughton, F., & Matthews, F.E. (2009). Exposure to secondhand smoke and cognitive impairment in non-smokers, national cross sectional study with cotinine measurement. *British Medical Journal*, 338, b462.
- Lloyd, T., Kennedy, N., Fearon, P., Kirkbride, J., Mallett, R., Leff, J., Holloway, J., Harrison, G., Dazzan, P., Morgan, K., Murray, R.M., & Jones, P.B. AESOP study team. (2005). Incidence of bipolar affective disorder in three UK cities, results from the AESOP study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 126–31.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression, a meta analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.
- Lyons, M., Hitsman, B., Xian, H., Panizzon, M.S., Jerskey, B.A., Santangelo, S., Grant, M.D., Rende, R., Eisen, S., Eaves, L., & Tsuang, M.T. (2008). A twin study of smoking, nicotine dependence, and major depression in men. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 97–108.
- Lyons, M.J., Bar, J.L., Kremen, W.S., Toomey, R., Eisen, S.A., Goldberg, J., Faraone, S.V., & Tsuang, M. (2002). Nicotine and familial vulnerability to schizophrenia, a discordant twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 687–93.
- Ma, X., Li, C., Meng, H., Du, L., Wang, Q., Wang, Y., Deng, W., Liu, X., Hu, X., Murray, R.M., Collier, D.A., & Li, T. (2010). Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178, 461–6.

- Marmorstein, N.R., White, H.R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predictor of age at first use of substances and progression to substance use problems among boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 211–24.
- McClave, A.K., McKnight-Eily, L.R., Davis, S.P., & Dube, S.R. (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses, results from the 2007 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 100, 2464–72.
- McClernon, F.J., Hiott, F.B., Westman, E.C., Rose, J.E., & Levin, E.D. (2006). Transdermal nicotine attenuates depression symptoms in nonsmokers, a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychopharmacology*, 189, 125–33.
- McCoy, S.J.B., Beal, J.M., Saunders, B., Hill, E.N., Payton, M.E., & Watson, G.H. (2008). Risk factors for postpartum depression, a retrospective investigation. *Journal of Reproductive Medicine*, 53, 166–70.
- McFall, M., Saxon, A., Malte, C., Chow, B., Bailey, S., Barker, D., & Lavori, P., (2010). Integrating Tobacco Cessation Into Mental Health Care for Posttraumatic Stress Disorder, A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 304, 2485-2493.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia, a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiological Reviews*, 30, 67–76.
- McKenzie, M., Olsson, C.A., Jorm, A.F., Romaniuk, H., & Patton, G.C. (2010). Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood, findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction*, 105, 1652–9.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., & Jenkins, R. (2009). Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. Results of a household survey. The NHS Health & Social Care Information Centre, Social Care Statistics. www.ic.nhs.uk/pubs/
- McNally, L., Oyefeso, A., Annan, J., Perryman, K., Bloor, R., & Freeman, S. (2006). A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *Journal of Public Health (Oxf)*, 28, 192-6.

Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M., Petukhova, M., & Kessler, R.C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64, 543–52.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 37–44.

Morris, C.D., Giese, A.A., Turnbull, J.J., Dickinson, M., & Johnson-Nagel, N. (2006). Predictors of tobacco use among persons with mental illnesses in a statewide population. *Psychiatric Services*, 57, 1035-1038.

Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359, 241–7.

Munafò, M.R., & Araya, R. (2011). Cigarette smoking and depression, a question of causation. *British Journal of Psychiatry*, 196, 425–6.

Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R., & O’Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiological Reviews*, 26, 53–62.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavourable course of illness and treatment outcome in depression, A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141–51.

National Institute for Health and Clinical Excellence – The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. NICE CG31 Obsessive compulsive disorder, Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder. London, NICE, 2006.

Nepal, B., Brown, L., & Ranmuthugala, G. (2011). Modelling the impact of modifying lifestyle risk factors on dementia prevalence in Australian population aged 45 years and over, 2006–2051. *Australasian Journal of Ageing*, 29, 111–16.

Niemelä, S., Sourander, A., Pilowsky, D.J., Susser, E., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Tamminen, T., & Almqvist, F. (2009). Childhood antecedents of being a cigarette smoker in early adulthood. The Finnish ‘From a Boy

to a Man' Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50, 343–51.

Osborn, D.P., Levy, G., Nazareth, I., Petersen, I., Islam, A., & King, M.B. (2007). Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Archives of General Psychiatry*, 64, 242–9.

Ott, A., Slooter, A., Hofman, A., van Harskamp, F., Witteman, J.C., Van Broeckhoven, C., van Duijn, C.M., & Breteler, M.M. (1998). Smoking and the risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study, the Rotterdam Study. *The Lancet*, 351, 1840–3.

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults, a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.

Pedersen, W., & von Soest, T. (2009). Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults, A 13-year population-based longitudinal study. *Addiction*, 104, 129–37.

Penninx, B.W., Guralnik, J.M., Pahor, M., Ferrucci, L., Cerhan, J.R., Wallace, R.B., & Havlik, R.J. (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1888–93.

Peters, R., Poulter, R., Warner, J., Beckett, N., Burch, L., & Bulpitt, C. (2008). Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatrics*, 8, 36.

Pine, D.S., Cohen, P., Brook, J., & Coplan, J.D. (1997). Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood, a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 87, 1303–10.

Ray, W.A., Meredith, S., Thapa, P.B., Meador, K.G., Hall, K., & Murray, K.T. (2001). Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1161–7.

Registered Nurses' Association of Ontario (2007). *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice (Revised)*. Toronto, Canada. Ανάκτηση από: www.rnao.ca

- Reitz, C., den Heijer, T., van Duijn, C., Hofman, A., Breteler, M.M. (2007). Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease, the Rotterdam Study. *Neurology*, 69, 998–1005.
- Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Pouta, A., & Rasanen, P. (2005). Is initiation of smoking associated with the prodromal phase of schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 26–32.
- Rohde, P., Kahler, C.W., Lewinsohn, P.M., & Brown, R.A. (2004). Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking, II. Associations with progression to daily smoking. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, 119–32.
- Rose, J.E., Behm, F.M., Westman, E.C., & Johnson, M. (2000). Dissociating nicotine and nonnicotine components of cigarette smoking. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 67, 71–81.
- Rose, J.E. (2006). Nicotine and nonnicotine factors in cigarette addiction. *Psychopharmacology*, 184, 274–85.
- Rusanen, M., Kivipelto, M., Quesenberry, C.P.J., Zhou, J., & Whitmer, R.A. (2011). Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of Internal Medicine*, 171, 333–9.
- Rusanen, M., Rovio, S., Ngandu, T., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2010). Midlife smoking, apolipoprotein E and risk of dementia and Alzheimer's disease, a population-based cardiovascular risk factors, aging and dementia study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 277–84.
- Salin-Pascual, R.J., & Drucker-Colin, R. (1998). A novel effect of nicotine on mood and sleep in major depression. *NeuroReport*, 9, 57–60.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders, *Epidemiology and public health issues*. *International Review of Psychiatry*, 23, 223–33.
- Sarna, L.P., Bialous, S.A., Kraliková, E., Kmetova, A., Felbrová, V., Kulovaná, S., Brook, J.K. (2014). Impact of a smoking cessation educational program on nurses' interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 314-321.
- Shmueli, D., Fletcher, L., Hall, S.E., Hall, S.M., & Prochaska, J.J. (2008). Changes in psychiatric patients' thoughts about quitting smoking during a smoke-free

hospitalization. *Nicotine & tobacco research, official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 10, 875-81.

Siennicki-Lantz, A., Reinprecht, F., Wollmer, P., & Elmstahl, S. (2008). Smoking-related changes in cerebral perfusion in a population of elderly men. *Neuroepidemiology*, 30, 84–92.

Singer Solway, E., (2011). The lived experiences of tobacco use, dependence, and cessation, Insights and perspectives of people with mental illness. *Health & Social Work*, 36, 19-32.

Skoog, G., & Skoog, I. (1999). 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121–7.

Smiley, E., Cooper, S.A., & Finlayson, J. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities, prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313–19.

Snyder, M., McDevitt, J., & Painter, S. (2008). Smoking cessation and serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 297-304.

Sorensen, H.J., Mortensen, E.L., Reinisch, J.M., & Mednick, S.A. (2011). A prospective study of smoking in young women and risk of later psychiatric hospitalization. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 3–8.

Spein, A.R., Sexton, H., & Kvernmo, S. (2004). Predictors of smoking behaviour among indigenous Sami adolescents and non-indigenous peers in North Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 118–29.

Stephens, S.H., Franks, A., Berger, R., Palionyte, M., Fingerlin, T.E., Wagner, B., Logel, J., Olincy, A., Ross, R.G., Freedman, R., & Leonard, S. (2012). Multiple genes in the 15q13-q14 chromosomal region are associated with schizophrenia. *Psychiatric Genetics*, 22, 1–14.

Stewart, R. (1998). Cardiovascular factors in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 65, 143–7.

Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S.V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder, a meta-

analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4–13.

Stice, E., & Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls, how Virginia slims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 129–35.

Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R., Sampson, N., & Kessler, R.C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence, Results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105, 1117–1128.

Tanaka, H., Sasazawa, Y., Suzuki, S., Nakazawa, M., & Koyama, H. (2011). Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults, A seven year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry*, 11, 20.

Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H., Harold, G., & Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1985–9.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia, a cross-sectional survey. *The Lancet*, 31, 408–15.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned, Discrimination against people with mental illness*. Oxford, Oxford University Press.

Treasure, J., Claudino, A.M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375, 583–93.

Tyas, S.L., White, L.R., Petrovitch, H., Webster Ross, G., Foley, D.J., Heimovitz, H.K., & Launer, L.J. (2003). Mid-life smoking and late-life dementia, the Honolulu-Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging*, 24, 589–96.

Tyrer, P., Seivewright, H., & Johnson, T. (2004). The Nottingham Study of Neurotic Disorder, predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 34, 1385–94.

- Van der Velden, P.G., Grievink, L., Olf, M., Gersons, B.P.R., & Kleber, R.J. (2007). Smoking as a risk factor for mental health disturbances after a disaster, a prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 87–92.
- van Gool, C.H., Kempen, G.I., Bosma, H., van Boxtel, M.P., Jolles, J., & van Eijk, J.T. (2006). Associations between lifestyle and depressed mood, Longitudinal results from the Maastricht Aging Study. *American Journal of Public Health*, 97, 887–94.
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374, 635–45.
- Verghese, P.B., Castellano, J.M., & Holtzman, D.M. (2011). Apolipoprotein E in Alzheimer's disease and other neurological disorders. *The Lancet Neurology*, 10, 241–52.
- Villegier, A.S., Lotfipour, S., McQuown, S.C., Belluzzi, J.D., & Leslie, F.M. (2007). Tranylcypromine enhancement of nicotine self-administration. *Neuropharmacology*, 52, 1415–25.
- Voorhees, C.C., Schreiber, G.B., Schumann, B.C., Biro, F., & Crawford, P.B. (2002). Early predictors of daily smoking in young women, the national heart, lung, and blood institute growth and health study. *Preventive Medicine*, 34, 616–24.
- Wang, M.Q., Fitzhugh, E.C., Green, B.L., Turner, L.W., Eddy, J.M., & Westerfield, R.C. (1999). Prospective social-psychological factors of adolescent smoking progression. *Journal of Adolescent Health*, 24, 2–9.
- Weiser, M., Reichenberg, A., Grotto, I., Yasvitzky, R., Rabinowitz, J., Lubin, G., Nahon, D., Knobler, H.Y., & Davidson, M. (2004). Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia, a historical-prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1219–23.
- Whalen, C.K., Jamner, L.D., Henker, B., & Delfino, R.J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions, evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20, 99–111.
- Whalen, C.K., Jamner, L.D., Henker, B., Gehricke, J.G., & King, P.S. (2003). Is there a link between adolescent cigarette smoking and pharmacotherapy for ADHD? *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 332–5.

Wigstrand, M.B., Mineur, Y.S., Heath, C.J., Fonnum, F., Picciotto, M.R., & Walaas, S.I. (2011). Decreased alpha4beta2 nicotinic receptor number in the absence of mRNA changes suggests post-transcriptional regulation in the spontaneously hypertensive rat model of ADHD. *Journal of Neurochemistry*, 119, 240–50.

Wilens, T.E., Vitulano, M., Upadhyaya, H., Adamson, J., Sawtelle, R., Utzinger, L., & Biederman, J. (2008). Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatrics*, 153, 414–9.

Williams, N.M., Franke, B., Mick, E., et al. (2012). Genome-wide analysis of copy number variants in attention deficit hyperactivity disorder, the role of rare variants and duplications at 15q13.3. *American Journal of Psychiatry*, 169, 195–204.

Wing, V.C., Bacher, I., Sacco, K.A., & George, T.P. (2011). Neuropsychological performance in patients with schizophrenia and controls as a function of cigarette smoking status. *Psychiatry Research*, 188, 320–6.

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva, WHO, 1992.

Yip, A.G., Brayne, C., & Matthews, F.E. (2006). Risk factors for incident dementia in England and Wales, The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. A population-based nested case-control study. *Age and Ageing*, 35, 154–60.

Zammit, S., Allebeck, P., Dalman, C., Lundberg, I., Hemmingsson, T., & Lewis, G. (2003). Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2216–21.

Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J.C., Zvolensky, M., Adler, L.E., Audrain-McGovern, J., Breslau, N., Brown, R.A., George, T.P., Williams, J., Calhoun, P.S., & Riley, W.T. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders, National Institute of Mental Health report. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 1691–715.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλο:	Ανδρας	Γυναίκα	Ηλικία:	
Τόπος Γέννησης:	Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος	Έγγαμος	Χήρος	
	Διαζευγμένος	Σε διάσταση	Συζεί	
Έχετε παιδιά;	Ναι	Όχι	Αριθμός παιδιών:	
Μορφωτικό επίπεδο:	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ/ΤΕΙ
Επάγγελμα:	Ανειδίκευτος εργάτης	Ειδικευμένος	Οικιακά	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	Υπάλληλος	Συνταξιούχος	
	Φοιτητής	Κανένα λόγω ψυχικής νόσου		
Εισόδημα:	Καθόλου	Μικρό (<599 ευρώ)	Μεσαίο (600-999)	Υψηλό (>1000)
Διάγνωση:				
Φάρμακα:	Νευροληπτικά	Αντικαταθλιπτικά	Αντιμανιακά	Αντιεπιληπτικά

Ερωτήσεις για το Κάπνισμα

1. Έχετε καπνίσει ποτέ; (εάν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 21) Ναι Όχι
2. Αυτή την περίοδο καπνίζετε; (εάν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 21) Ναι Όχι
3. Προσπαθήσατε ποτέ να σταματήσετε το κάπνισμα; Ναι Όχι
4. Πόσα χρόνια καπνίζετε;
5. Από ποια ηλικία έχετε αρχίσει το κάπνισμα;
6. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους αρχίσατε το κάπνισμα;
 - a. Από περιέργεια
 - b. Κάπνιζαν οι περισσότεροι φίλοι μου
 - c. Λόγω έντονου άγχους και προσωπικών προβλημάτων
 - d. Ήταν «της μόδας»
 - e. Άλλο
7. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
8. Ποια τσιγάρα προτιμάτε; Φίλτρου Αφίλτρα Στριφτά

9. Σας συμβούλευσε κάποιος γιατρός να σταματήσετε το κάπνισμα αμέσως; Ναι Όχι
10. Πόσο πιστεύετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία σας; Πολύ Λίγο Καθόλου

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
11. Δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για να σταματήσω το κάπνισμα					
12. Δεν υπάρχει αρκετή ενθάρρυνση από το προσωπικό για να σταματήσω το κάπνισμα					
13. Η ατμόσφαιρα με καπνό θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα					
14. Βλέποντας άλλους ασθενείς να καπνίζουν δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα					
15. Βλέποντας το προσωπικό να καπνίζει θα με δυσκολέψει να σταματήσω το κάπνισμα					
16. Είναι πολύ δύσκολο να σταματήσω το κάπνισμα					

17. Υπάρχει κάτι άλλο που σας εμποδίζει να σταματήσετε το κάπνισμα; Ναι Όχι

Εάν ναι, τι;

18. Εάν προσπαθήσετε να σταματήσετε το κάπνισμα, πιστεύετε ότι θα χρειάζοσασταν βοήθεια για τη διακοπή του; Ναι Όχι

19. Εάν ναι, ποια θα σας βοηθήσουν περισσότερο;

- Υποκατάστατα νικοτίνης-μαστίχες, αυτοκόλλητα
- Συνεδρίες διακοπής καπνίσματος
- Βοήθεια και συμβουλευτική
- Άλλο. Σημειώστε:

20. Εάν όχι, γιατί θεωρείτε ότι δεν χρειάζεστε βοήθεια; Πως θα επιτευχθεί αυτό;

Τώρα θα σας κάνω κάποιες ερωτήσεις για το κάπνισμα στο νοσοκομείο.

21. Βλέπετε το προσωπικό να καπνίζει στην εργασία; Ναι Όχι

22. Εάν ναι, που; Καπνιστήριο Γραφείο Έξω Αλλού:

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
23. Πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει στην εργασία;					
24. Εάν ναι, πρέπει να επιτρέπεται στο προσωπικό να καπνίζει μαζί με τους ασθενείς;					
25. Θα πρέπει να επιτρέπεται στους επισκέπτες να καπνίζουν μαζί με τους ασθενείς;					
26. Οι κανόνες για το κάπνισμα στο τμήμα είναι σωστοί;					
27. Το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα που καπνίζουν να σταματήσουν ή να μειώσουν το κάπνισμα;					
28. Είναι σημαντικό για τα μέλη του προσωπικού να δίνουν το καλό παράδειγμα στους ασθενείς αποφεύγοντας οι ίδιοι να καπνίζουν;					

29. Γνωρίζεις ποιος είναι το πρόσωπο αναφοράς σου;

Ναι

Όχι

30. Το πρόσωπο αναφοράς σου καπνίζει;

Ναι

Όχι

	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Δεν έχω γνώμη	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
31. Θα εμπιστευόμουν περισσότερο ένα πρόσωπο αναφοράς που δεν καπνίζει παρά ένα που καπνίζει;					
32. Μπορώ να συνεργαστώ καλύτερα με πρόσωπο αναφοράς που καπνίζει παρά με κάποιον που δεν καπνίζει;					

From: michail kourakos

Sent: Wednesday, November 30, 2016 9:35 AM

To: Ζυγά Σοφία UOP

Subject: Απ:

Αγαπητή κα Ζυγά και με τη συμφωνη γνώμη της κας Κούκια, σας χορηγούμε την άδεια χρήσης του ερευνητικού εργαλείου και καλη επιτυχία στη μελέτη σας.

Θα ήταν ιδιαίτερη χαρά για εμας, να μας κοινοποιήσετε τα αποτελέσματα της μελέτης σας.

Με εκτίμηση

Michael I. Kourakos, RN, MSc, PhD

Director of nursing

General Hospital "Asklepieio" Voulas

V. Pavlou 1, 16673 Voula Attikis, Greece



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6^η Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Τρίπολη 21 / 02 / 2017
Αριθμ. Πρωτ.: 832


ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού
Τρίπολη - 22100
Πληροφορίες: Κ. Καπλάνης
Τηλέφωνο: 2713 601704
FAX: 2710 238173

Π Ρ Ο Σ:
Τον κ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟ ΝΙΚΟΛΑΟ
Νοσηλευτή Κέντρου Ψυχικής Υγείας
Ψ.Τ. Π.Γ.Ν. Τρίπολης

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδείας για εκπόνηση ερευνητικής μελέτης στο Νοσοκομείο μας»

Σε απάντηση της υπ'αριθμ. 832/13-01-2017 αίτησής σας, σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου και διεξαγωγής ερευνητικής μελέτης στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Ψυχιατρικού Τομέα, ευθύνης του Γ.Π.Ν. Τρίπολης στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών σας, με θέμα: «Διερεύνηση στάσεων και απόψεων για το κάπνισμα, ασθενών με ψυχικά νοσήματα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης», σας κοινοποιούμε το υπ'αριθμ. 91/01-02-2017 έγγραφό του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, σύμφωνα με το οποίο εγκρίνεται το αίτημά σας.

Επίσης, σας γνωρίζουμε ότι έχετε την σύμφωνη γνώμη της Διοίκησης και σας επισημαίνουμε ότι κατά τη εκπόνηση της εν λόγω εργασίας, έχετε την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και τη δέσμευση ότι δεν θα επιβαρύνετε οικονομικά και εργασιακά το Νοσοκομείο μας.

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

Ζαμπαλάς Παναγιώτης