

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Δυσκολίες και ηθικά διλήμματα στην εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας σε μονάδες ψυχικής υγείας

Η χρήση καπνικών και συναφών προϊόντων ενδημεί στα άτομα με ψυχική διαταραχή, καθώς, παρά τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό, δεν παρατηρείται αντίστοιχη μείωση στα άτομα με ψυχική διαταραχή. Η εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας ενέχει πολλές προκλήσεις, δυσκολίες και ηθικά διλήμματα. Ο υψηλός επιπολασμός καπνίσματος, η ισχυρή εξάρτηση από τη νικοτίνη, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας συνιστούν προκλήσεις που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Παράλληλα, η εφαρμογή ή μη της αντικαπνιστικής νομοθεσίας εγείρει μια σειρά από ηθικά διλήμματα. Αναδύονται ζητήματα σεβασμού στην αυτονομία του ατόμου το οποίο έχει το δικαίωμα της επιλογής, περιλαμβανομένης της επιλογής της χρήσης καπνικών και συναφών προϊόντων, ενώ θέτει το ερώτημα εάν ο αποκλεισμός των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τη λήψη αποφάσεων συνιστά πατερναλιστική προσέγγιση που αντιβαίνει στην προσέγγιση η οποία εστιάζει στην ανάκαμψη. Η εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας σε μονάδες ψυχικής υγείας θα μπορούσε να τεκμηριωθεί ως μέτρο προστασίας και βελτίωσης της δημόσιας υγείας, ευθυγραμμιζόμενο με το ηθικό καθήκον της ευεργεσίας. Η αρχή της δικαιοσύνης απαιτεί ίση μεταχείριση. Εν τούτοις, η μη εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας διαιωνίζει υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Μια ηθική προσέγγιση διασφαλίζει ότι οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη για τη διακοπή καπνίσματος, ενώ, παράλληλα, το προσωπικό αλλά και οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επωφελούνται από ένα περιβάλλον χωρίς καπνό, που συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας. Ο σταθερά υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος στα άτομα με ψυχική διαταραχή καταδεικνύει την επιτακτική αναγκαιότητα ενός ρυθμιστικού πλαισίου που λαμβάνει υπ' όψιν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και θα παρέχει υποστήριξη και εξατομικευμένες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στους καπνιστές με ψυχική διαταραχή.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιδημία του καπνίσματος συνιστά μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Ετησίως, καταγράφονται >8 εκατομμύρια θάνατοι συνδεδεμένοι με τη χρήση καπνικών και συναφών προϊόντων.^{1,2} Η αντικαπνιστική νομοθεσία (ΑΝ) αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας, με στόχο την προστασία της κοινωνίας από τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, τόσο για τους καπνιστές όσο και για τους παθητικούς καπνιστές. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη δη-

μόσια υγεία με την εφαρμογή της ΑΝ και των πολιτικών ελέγχου του καπνού, διαπιστώνεται ένα σημαντικό κενό στην εφαρμογή τους στις μονάδες ψυχικής υγείας (ΜΨΥ). Η μη εφαρμογή της ΑΝ και η έλλειψη παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος στις ΜΨΥ αποστερεί ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες από την απαραίτητη υποστήριξη και επιτείνει τις υπάρχουσες υγειονομικές ανισότητες.³

Η εφαρμογή ή μη εφαρμογή της ΑΝ σε ΜΨΥ συνιστά μείζον ζήτημα που εγείρει ποικίλους ηθικούς και δεοντολογικούς προβληματισμούς. Η παρούσα ανασκόπηση έχει σκοπό τον προσδιορισμό και την ανάθεση των διλημάτων

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(6):738-746
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(6):738-746

Γ. Παπαδοσηφάκη,^{1,2}
Α. Μπαρμπούνη¹

¹Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας,
Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αθήνα

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,
Χαϊδάρη, Αττική

Challenges and ethical dilemmas
of implementing anti-smoking
legislation in mental health units

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αντικαπνιστική νομοθεσία
Διακοπή καπνίσματος
Κάπνισμα
Ψυχική διαταραχή

Υποβλήθηκε 5.11.2024
Εγκρίθηκε 30.11.2024

που προκύπτουν από την εφαρμογή ή μη της αντικαπνιστικής νομοθεσίας και τους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να διευκολύνουν ή να παρεμποδίσουν την εφαρμογή της.

2. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα τελευταία έτη καταγράφηκε σημαντική μείωση στον επιπολασμό του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, ο επιπολασμός του καπνίσματος στα άτομα με ψυχική διαταραχή παραμένει σταθερά υψηλός.^{3,4} Σε πρόσφατη συγχρονική μελέτη σε 1.015 λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) διαπιστώθηκε το εντυπωσιακό ποσοστό καπνίσματος του 68,4%, ενώ το 12,3% υπήρξαν πρώην καπνιστές.⁵

Τα άτομα με μείζονα ψυχική διαταραχή έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τον γενικό πληθυσμό κατά 15–20 έτη, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στην αυξημένη θνησιμότητα από νοσήματα αιτιολογικά συνδεδεμένα με το κάπνισμα, όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νεοπλάσματα, αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα.^{2,3,6,7} Η μέση ηλικία θανάτου σε πάσχοντες από διαταραχή στο φάσμα της σχιζοφρένειας και καρδιαγγειακό νόσημα τοποθετείται 10 έτη νωρίτερα (70,5 έτη) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (80,7 έτη).⁸ Επιπρόσθετα, το κάπνισμα στους ψυχιατρικούς ασθενείς συνδέεται με σημαντικότερη αναπηρία, κακή ποιότητα ζωής⁹ και ιδιαίτερες επιπτώσεις στην οικονομική κατάσταση του ήδη ευάλωτου αυτού πληθυσμού, είτε λόγω άμεσου κόστους της αγοράς καπνικών προϊόντων είτε λόγω έμμεσου κόστους, όπως οι αυξημένες ιατρικές δαπάνες εξ αιτίας ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα.^{6,10–12}

2.1. Πιθανές ερμηνείες για τον υψηλό επιπολασμό καπνίσματος στα άτομα με ψυχική διαταραχή

Οι πιθανές ερμηνείες για τον υψηλό επιπολασμό είναι γνωστές. Σύμφωνα με την υπόθεση της αυτοθεραπείας, το κάπνισμα ανακουφίζει από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας, βελτιώνει την προσοχή και τη μνήμη εργασίας και περιορίζει τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα που προκαλούνται από αντιψυχωσικά, είτε άμεσα είτε έμμεσα, ελαττώνοντας τα επίπεδα των αντιψυχωσικών φαρμάκων.^{13–15} Η νικοτίνη δεσμεύεται στους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης (nicotinic acetylcholine receptors, nAChRs) μιμούμενη τη δράση της ακετυλοχολίνης. Σε χαμηλές δόσεις η νικοτίνη ασκεί αγχολυτική επίδραση ενεργοποιώντας τους nAChRs, κυρίως τους β2 nAChRs. Η ενεργοποίησή τους οδηγεί σε αυξημένη απελευθέρωση

νευροδιαβιβαστών, όπως η ντοπαμίνη, η οποία ενισχύει το αίσθημα ανταμοιβής και ευεξίας, μειώνοντας έτσι τα συμπτώματα άγχους.¹⁶ Οι α7 και β2 nAChRs εμπλέκονται στα γνωστικά, στα συναισθηματικά και στα αρνητικά συμπτώματα της νόσου, τα οποία παρουσιάζουν μικρότερη ανταπόκριση στην αντιψυχωσική θεραπεία και μειώνονται με τη χρήση νικοτίνης.¹³

Το κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί αιτιώδης παράγοντας για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, ειδικά στους νέους.¹⁷ Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί δύο φορές συχνότερα στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.^{18–21} Επιπρόσθετα, το κάπνισμα θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχής στο φάσμα της σχιζοφρένειας.^{15,20,22–24} Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση 148 μελετών υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και των ψυχικών διαταραχών. Ωστόσο, δεν αποσαφηνίστηκε η κατεύθυνση της εν λόγω σχέσης: εάν, δηλαδή, η κατάθλιψη ή το άγχος συσχετίζονται με μεταγενέστερη συμπεριφορά καπνίσματος ή αν η έκθεση στο κάπνισμα συνδέεται με μεταγενέστερη κατάθλιψη ή άγχος.²⁵

Τέλος, γενετικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση συννοσηρότητας καπνίσματος και διαταραχών στο φάσμα της σχιζοφρένειας. Έχουν καταγραφεί 128 ανεξάρτητες συσχετίσεις οι οποίες συμβάλλουν στον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής στο φάσμα της σχιζοφρένειας,^{26,27} γονίδια, όπως *PRKCZ*, *ARHGEF3* και *CDKN1A*, αλλά και διάφοροι πολυμορφισμοί μονονουκλεοτιδίων που συνδέονται με την εμφάνιση συννοσηρότητας καπνίσματος και σχιζοφρένειας.²⁸ Επί πλέον, η δυσλειτουργία των α7 και β2 νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης ενδέχεται να λειτουργεί ως κοινός παράγοντας ευαλωτότητας για την εξάρτηση από τον καπνό και τη σχιζοφρένεια.²⁹

Η Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control) είναι η πρώτη διεθνής συνθήκη υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) με πολιτικές για την αντιμετώπιση της επιδημίας του καπνού. Η σύμβαση-πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού συνιστά ορόσημο στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, αφού διαμορφώνει ένα πλαίσιο με μέτρα ελέγχου του καπνού που καθίστανται εφαρμοστέα σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο, αποσκοπώντας στην ελαχιστοποίηση τόσο της ζήτησης όσο και της προσφοράς του καπνού, στην προστασία της υγείας και στη μείωση των επιπτώσεων του καπνού στην κοινωνία, στο περιβάλλον και στην οικονομία.³⁰

Στην Ελλάδα, τα ψυχιατρικά ιδρύματα είχαν εξαιρεθεί από την εφαρμογή της ΑΝ σύμφωνα με την υπ' αριθμό 88202/2009 Υπουργική Απόφαση στο ΦΕΚ

1286/B/30.6.2009. Μετά την παρέλευση ενός έτους, η προαναφερθείσα Υπουργική Απόφαση καταργήθηκε βάσει του Ν 3868/2010, αλλά, απ' όσο είναι γνωστό, η απαγόρευση του καπνίσματος δεν εφαρμόστηκε ποτέ στις ΜΨΥ.

3. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας στις ΜΨΥ παρουσιάζει μια σειρά από δυσκολίες και ιδιαίτερες προκλήσεις, οι οποίες απορρέουν από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πλαισίου. Το ψυχιατρικό προσωπικό είναι τρεις φορές πιθανότερο να αντιταχθεί στην εφαρμογή της ΑΝ στον χώρο εργασίας του σε σύγκριση με το προσωπικό γενικού νοσοκομείου (29% έναντι 10%).³¹ Σε μελέτη που εκπονήθηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ) στην Αυστραλία, διαπιστώθηκε ότι μόλις το 25,5% συμφωνούσε με την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος.³² Η κύρια ανησυχία του προσωπικού αφορούσε σε ενδεχόμενη αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης συμβάντων με σωματική βία.^{33,34} Εν τούτοις, στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχει καταγραφεί αύξηση της σωματικής βίας μετά την εφαρμογή της ΑΝ. Αντίθετα, κατόπιν εφαρμογής της ΑΝ σημειώθηκε μείωση των σωματικών επιθέσεων ανά μήνα κατά 39%^{34,35} και φάνηκε ότι οι πολιτικές κατά του καπνίσματος θα μπορούσαν να εντάσσονται στις ευρύτερες πολιτικές μείωσης της βίας σε ΜΨΥ.³⁴ Μια ανασκόπηση 26 διεθνών μελετών κατέδειξε ότι η εφαρμογή της ΑΝ δεν επέφερε αύξηση της επιθετικότητας, χρήση της απομόνωσης ή αύξηση της φαρμακευτικής αγωγής.³⁵ Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε ΕΨΥ και σε λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αναφορικά με την εφαρμογή της ΑΝ, προέκυψε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων εκλάμβαναν ως πρόβλημα την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος.³³ Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης συνάδουν με τα αποτελέσματα και άλλων μελετών.^{32,34,36}

Το κάπνισμα έχει ενσωματωθεί στην κουλτούρα των ΜΨΥ ως νόρμα αποδεκτή από τους ΕΨΥ και τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θεωρούμενο ως ατομικό δικαίωμα/επιλογή που διευκολύνει τις κοινωνικές συνδέσεις μεταξύ των καπνιστών με ψυχική διαταραχή.³⁷⁻³⁹ Τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος παρατηρούνται στους νοσηλευόμενους σε κλειστές δομές σε σύγκριση με τους εξωτερικούς ασθενείς που διαμένουν στην οικία τους, ενώ συχνά η έναρξη καπνίσματος καταγράφεται κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική.⁴⁰

Στους ΕΨΥ φαίνεται ότι κατά μεγάλο ποσοστό επικρατούν λανθασμένες αντιλήψεις/παράνοησεις, όπως ότι οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή δεν ενδιαφέρονται να

διακόψουν το κάπνισμα ή ότι δεν ενδείκνυται η διακοπή του καπνίσματος για τον συγκεκριμένο πληθυσμό.^{38,41} Ωστόσο, μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή έχουν εξ ίσου ή περισσότερα κίνητρα να διακόψουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τους καπνιστές χωρίς ψυχική διαταραχή.⁴²⁻⁴⁵ Οι ΕΨΥ θεωρούν ότι το κάπνισμα συμβάλλει στην ευχερέστερη διαχείριση των ασθενών, στην κοινωνικοποίηση, στη διαχείριση της πλήξης και στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Ως εκ τούτου, συχνά χρησιμοποιείται ως ανταμοιβή ή κίνητρο συμπεριφοράς.^{36,38,39,41}

Οι στάσεις και οι συμπεριφορές των ΕΨΥ προς τα καπνικά και συναφή προϊόντα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της ΑΝ. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός του καπνίσματος των ΕΨΥ τείνει να είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού, δυσχεραίνοντας την εφαρμογή της ΑΝ,⁴⁶ αφού οι καπνιστές ΕΨΥ είναι λιγότερο πιθανό να ευθυγραμμιστούν με την ΑΝ ή να υποστηρίξουν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος.^{38,47,48} Επιπρόσθετες ανησυχίες εγείρει η καπνιστική συνήθεια των ΕΨΥ, οι καπνιστές οποίοι λειτουργούν συχνά ως πρότυπο (role model) για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ κώλυμα στην εφαρμογή της ΑΝ συνιστά και η διαφανόμενη σύγκρουση μεταξύ προσωπικών συνθηκών και επαγγελματικών καθηκόντων των ΕΨΥ.³⁵ Επίσης, οι καπνιστές ΕΨΥ ή οι ΕΨΥ που είναι εξοικειωμένοι με τη μακροχρόνια πρακτική της αποδοχής/κανονικοποίησης του καπνίσματος στις ΜΨΥ είναι πιο πιθανό να είναι αρνητικοί ή και περισσότερο ελαστικοί στην εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ.³⁵ Τα μέλη του προσωπικού έχουν συχνά ανάμεικτα συναισθήματα αναφορικά με την εφαρμογή της ΑΝ, εξισορροπώντας την επιθυμία για προαγωγή της υγείας με τα θεωρούμενα οφέλη του καπνίσματος στους καπνιστές με ψυχική διαταραχή.^{36,49}

Η υποστελέχωση των νοσοκομείων, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και, κατ' επέκταση, η έλλειψη χρόνου των ΕΨΥ καταγράφονται ως περαιτέρω προσκόμματα, καθώς η παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος συχνά αμελείται ή αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς.⁵⁰ Αφ' ενός η έλλειψη χρόνου οδηγεί τους ΕΨΥ σε υπερβολική επιβάρυνση και αφ' ετέρου οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή ενδέχεται να εκλαμβάνουν την απαγόρευση καπνίσματος ως τιμωρητική όταν δεν συνοδεύεται από επαρκή υποστήριξη και εκπαίδευση.⁵¹ Η έλλειψη εξειδικευμένης κατάρτισης δημιουργεί στους ΕΨΥ αίσθημα ανεπάρκειας ως προς την υποστήριξη των ασθενών στη διακοπή του καπνίσματος, λειτουργώντας ανασταλτικά στην εφαρμογή της ΑΝ.^{37,52,53}

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται αντίστροφα με το κάπνισμα. Συνεπώς, ο επιπολασμός του

καπνίσματος διαφαίνεται σημαντικά υψηλότερος στις ομάδες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το ανεπαρκές μορφωτικό υπόβαθρο, η περιθωριοποίηση, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και το ισχνό εισόδημα των ατόμων με ψυχική διαταραχή λειτουργούν ανασταλτικά στην πρόσβαση σε διαθέσιμα προγράμματα και θεραπείες διακοπής καπνίσματος.^{4,44,56}

Ως τροχοπέδη έχει επίσης επισημανθεί η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα των καπνιστών με ψυχικές διαταραχές, καθώς τους δυσκολεύει να διακόψουν το κάπνισμα και να συμμορφωθούν με τις πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος. Η αυτοαποτελεσματικότητα συνιστά καθοριστικό παράγοντα για την αλλαγή συμπεριφοράς, περιλαμβανομένης της διακοπής του καπνίσματος, ενώ συχνά είναι πολύ χαμηλότερη σε άτομα με ψυχικές διαταραχές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης, η βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής και η ύπαρξη συννοσηρών καταστάσεων συγκαταλέγονται μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα.^{39,43,44,56,57}

Ένα επί πλέον πρόσκομμα που ενδέχεται να επιδρά ανασταλτικά στη δυνατότητα λήψης ενημερωμένων αποφάσεων εντοπίζεται στα γνωστικά ελλείμματα⁵⁸ και στη χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας των ατόμων με ψυχική διαταραχή,⁵⁹ καθώς δυσκολεύονται να συνειδητοποιήσουν τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνίσματος στη σωματική/ψυχική υγεία και τα οφέλη της διακοπής.⁵⁶ Ενδεχομένως η αντίσταση στην απαγόρευση του καπνίσματος να είναι μικρότερη εάν κατανοήσουν το σκεπτικό της απαγόρευσης ή τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος.

Η έλλειψη χρηματοδότησης συνιστά ένα επιπρόσθετο εμπόδιο στην εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ. Η αντιμετώπιση της εν λόγω πρόκλησης απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση που θα περιλαμβάνει επαρκή χρηματοδότηση για προγράμματα διακοπής καπνίσματος, επιμόρφωση του προσωπικού και εξατομικευμένες παρεμβάσεις για την υποστήριξη κατά τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και την αποζημίωση/κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία των θεραπειών διακοπής καπνίσματος, όπως φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική και θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη (nicotine replacement therapy).⁶⁰

Τέλος, η απουσία σαφών κατευθυντήριων γραμμών/πλαισίου και συνεπούς ηγεσίας παρακωλύει την απρόσκοπτη εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ καθώς οδηγεί σε ασυνεπείς πρακτικές και σύγχυση στους ΕΨΥ και στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Η συνεκτική ηγεσία είναι μείζονος σημασίας στον καθορισμό προτεραιοτήτων και στην παρακίνηση/υποστήριξη των ΕΨΥ.^{36,39,47,52,61}

4. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Η εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ εγείρει μια σειρά από ηθικά διλήμματα αναφορικά με την προαγωγή της δημόσιας υγείας, του σεβασμού της αυτονομίας, της ελαχιστοποίησης της βλάβης (μη αδικοπραξίας) και της δικαιοσύνης.

Σε πρόσφατη μελέτη, αξιολογώντας τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος, διερευνήθηκε η εφαρμογή ή μη της ΑΝ στις ΜΨΥ με βάση τις τέσσερις κύριες αρχές της ιατρικής δεοντολογίας.⁶² Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας, τα άτομα πρέπει να διαθέτουν την ελευθερία λήψης αποφάσεων, περιλαμβανομένης της επιλογής να καπνίσουν, ενώ ο αποκλεισμός τους από τη λήψη αποφάσεων συνιστά πατερναλιστική προσέγγιση, η οποία αντιβαίνει στην προσέγγιση που εστιάζει στην ανάκαμψη.⁶³ Προκύπτει, ωστόσο, εύλογα το ερώτημα αν η χρήση καπνικών και συναφών προϊόντων είναι όντως επιλογή ή απόρροια εθισμού, οπότε και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως οι άλλες εξαρτήσεις, π.χ. εξάρτηση από το αλκοόλ.⁵²

Η επιλογή του καπνίσματος ως ανθρώπινο δικαίωμα σύμφωνα με το άρθρο 8 «Δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής» της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου έχει απορριφθεί από τις δικαστικές αρχές. Το Νοσοκομείο Rampton στο Retford, Nottinghamshire είναι ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο υψίστης ασφαλείας που φιλοξενεί άτομα με ψυχική διαταραχή. Νοσηλευόμενοι στο Νοσοκομείο Rampton προσέφυγαν στη δικαιοσύνη τον Μάρτιο του 2008 υποστηρίζοντας ότι η απαγόρευση του καπνίσματος στο νοσοκομείο καταστράτηγούσε τα ανθρώπινα δικαιώματά τους. Το δικαστήριο έκρινε ότι η απαγόρευση του καπνίσματος δεν επέφερε αξιοσημείωτη αρνητική επίδραση στη σωματική ή στην ηθική ακεραιότητα των ασθενών. Αντίθετα, δεδομένου ότι προάγει τη δημόσια υγεία, θεωρήθηκε απαραίτητη για την προστασία της υγείας τόσο των ασθενών όσο και του προσωπικού.⁶³ Η συγκεκριμένη απόφαση συνιστά ορόσημο για την κύρωση της νομιμότητας εφαρμογής της ΑΝ σε ΜΨΥ και την προστασία από το δευτερογενές και το τριτογενές κάπνισμα.

Θεωρείται, ωστόσο, ανθρώπινο δικαίωμα για τους ΕΨΥ να εργάζονται ή και για τους μη καπνιστές λήπτες υπηρεσιών υγείας να λαμβάνουν υπηρεσίες σε ένα καθαρό και υγιές περιβάλλον; Το καθολικό ανθρώπινο δικαίωμα σε ένα καθαρό, υγιές και βιώσιμο περιβάλλον αναγνωρίστηκε από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) το 2022.⁶⁴ Μήπως η μη εφαρμογή της ΑΝ παραβιάζει το ανθρώπινο δικαίωμα στον καθαρό αέρα; Σε πρόσφατη μελέτη διερευνήθηκε το δευτερογενές κάπνισμα σε ΜΨΥ

και το συμπέρασμα ήταν ότι οι ΜΨΥ με εσωτερικούς χώρους καπνιστών επιβαρύνονται κατά 2–5 φορές πάνω από τα συνιστώμενα επίπεδα αιωρούμενων σωματιδίων (PM_{2,5}) στους χώρους των μη καπνιστών. Η μακροχρόνια έκθεση σε υψηλά επίπεδα PM_{2,5} συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών και καρδιαγγειακών νοσημάτων.⁶⁵

Άραγε είναι άδικο η εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ λόγω του υψηλού επιπολασμού καπνίσματος ή μήπως απαιτείται ίση μεταχείριση, βάσει της αρχής της δικαιοσύνης, αφού η μη εφαρμογή της διαιωνίζει υγειονομικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες; Μια ηθική προσέγγιση διασφαλίζει ότι οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ το προσωπικό αλλά και οι λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας επωφελούνται από ένα περιβάλλον χωρίς καπνό, το οποίο συνεισφέρει στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας.^{33,62}

Σύμφωνα με την αρχή της ευεργεσίας, οι ΕΨΥ οφείλουν να σταθμίζουν τον κίνδυνο έναντι της ωφέλειας, ώστε να επιλέγουν την πλέον επωφελή παρέμβαση για τους λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η εφαρμογή της ΑΝ αποβλέπει στην προστασία των ΕΨΥ και των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η εφαρμογή της ΑΝ σε ΜΨΥ μπορεί, επομένως, να τεκμηριωθεί ως μέτρο προστασίας και βελτίωσης της δημόσιας υγείας, ευθυγραμμιζόμενο με το ηθικό καθήκον της ευεργεσίας.^{4,6} Οι υπέρμαχοι της μη εφαρμογής της ΑΝ θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι ένα εργαλείο αυτορρύθμισης (υπόθεση αυτοθεραπείας) για τους καπνιστές με ψυχική διαταραχή και αμφισβητούν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος.⁶⁶

Η αρχή μη αδικοπραξίας εστιάζει στην αποφυγή ή στην ελαχιστοποίηση της βλάβης, με στόχο την προαγωγή της υγείας. Η μη εφαρμογή της ΑΝ σε ΜΨΥ έχει υποστηριχθεί ότι βασίζεται στην προσέγγιση ελαχιστοποίησης της βλάβης, επειδή ενδέχεται να αποτρέψει καπνιστές με ψυχική διαταραχή να προσέλθουν στις ΜΨΥ, να επιδεινώσει τα ψυχιατρικά συμπτώματα ή να αυξήσει την επιθετικότητα.^{52,62} Μολαταύτα, όπως έχει προαναφερθεί, πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι τα οφέλη από την εφαρμογή της ΑΝ υπερτερούν σε σχέση με τις πιθανές συνέπειες από τη μη εφαρμογή αυτής και τις μη αναστρέψιμες επιπτώσεις του καπνίσματος στη σωματική υγεία.^{34,35} Επιπρόσθετα, πρόσφατη μετα-ανάλυση 102 μελετών κατέδειξε ότι μακροπρόθεσμα δεν παρατηρήθηκε επιδείνωση στη διάθεσή τους, αλλά παρουσίασαν βελτίωση στην ψυχική τους υγεία, όπως μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.^{67,68}

Συνοψίζοντας, υφίσταται στενή συσχέτιση μεταξύ της

εφαρμογής της ΑΝ στις ΜΨΥ και της κοινωνικής δικαιοσύνης, αφού, αντιμετωπίζοντας το κάπνισμα, σημειώνεται πρόοδος προς μια πιο δίκαιη κοινωνία. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και η κοινωνική δικαιοσύνη είναι ισχυρά επιχειρήματα που συνηγορούν υπέρ της εφαρμογής της ΑΝ.⁶⁹

5. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Στη διεθνή βιβλιογραφία αρκετές μελέτες αναδεικνύουν παράγοντες οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχή εφαρμογή της ΑΝ στις ΜΨΥ.

Αρχικά, ζωτικής σημασίας είναι η σαφής, συνεπής και ορατή ηγεσία και η συγκρότηση μιας ομάδας με εκπροσώπους από όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη (stakeholders) για τη χάραξη πολιτικών και τη δημιουργία ενός σχεδίου αλλαγής και ενός χρονοδιαγράμματος υλοποίησης που θα είναι αποτελεσματικό και θα σέβεται τις ανάγκες του πλαισίου και των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η συμμετοχή των ΕΨΥ και των ληπτών υπηρεσιών υγείας στον σχεδιασμό αυξάνει την αποδοχή και τη συμμόρφωση στην ΑΝ, καθώς γίνεται κατανοητό ότι η εφαρμογή της προστατεύει τους μη καπνιστές από την έναρξη καπνίσματος και τους πρώην καπνιστές από καπνιστική υποτροπή.^{4,40,71}

Ο επαρκής χρόνος σχεδιασμού είναι εξ ίσου σημαντικός παράγοντας, καθώς οι ΜΨΥ που προετοίμασαν την εφαρμογή της ΑΝ για διάστημα 6–12 μηνών είχαν μεγαλύτερη επιτυχία από εκείνες που χρειάστηκαν λιγότερο ή περισσότερο χρόνο.⁵⁰ Επίσης, καλή πρακτική θεωρείται η συνέπεια στην εφαρμογή της πολιτικής μεταξύ των μελών του προσωπικού και η διασύνδεση των νοσοκομειακών και των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ολοκληρωμένη υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος.⁴⁰ Επιπρόσθετα, θεμελιώδη αρωγή θα μπορούσε να παράσχει ένα σύστημα τεχνολογίας πληροφοριών υγείας (health information technology), το οποίο θα υποστηρίζει την καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας και θα προτρέπει τους κλινικούς ιατρούς να παραπέμπουν σε εξειδικευμένο σύμβουλο διακοπής καπνίσματος.^{4,72}

Οι καπνιστές με ψυχική διαταραχή αντιλαμβάνονται το κάπνισμα ως εμπειρία που παρέχει ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση και κοινωνικές συνδέσεις. Κεφαλαιώδους σημασίας κρίνεται η συμμετοχή των καπνιστών με ψυχική διαταραχή σε θεραπευτικές ομάδες για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και σε ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες για την αναγνώριση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων από τη στέρηση της νικοτίνης.^{4,40,62}

Η εξειδικευμένη επιμόρφωση του προσωπικού αναφορικά με το κάπνισμα και τις ψυχικές διαταραχές είναι

επίσης καίριας σημασίας για την ανάπτυξη αποτελεσματικών δεξιοτήτων σχετικά με τη διαχείριση των πρόσθετων ευθυνών που συνεπάγεται η εφαρμογή της ΑΝ για τους ΕΨΥ.^{47,73} Η παρέμβαση 5A's (Ask/ρωτήστε, Advise/συμβουλευτέ, Assess/αξιολογήστε, Assist/βοηθήστε, Arrange/προγραμματίστε) συνοψίζει όλα τα βήματα που ενδείκνυνται να ακολουθεί ένας ΕΨΥ για να βοηθήσει έναν χρήστη καπνικών και συναφών προϊόντων ο οποίος είναι έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα, ώστε να δεσμευτεί σε ένα σχέδιο δράσης με συγκεκριμένους στόχους, μεθόδους και χρονοδιαγράμματα. Παράλληλα, η παρέμβαση 5R's (Relevance/συνάφεια, Risks/κίνδυνοι, Rewards/ανταμοιβές, Roadblocks/εμπόδια, Repetition/επανάληψη) κινητοποιεί ή παρακινεί τους καπνιστές που δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, αγνοούν πλήρως ή έχουν περιορισμένη επίγνωση του προβλήματος ή δεν συνειδητοποιούν τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους. Η παρέμβαση 5R's εστιάζει στην αναγνώριση των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος, αλλά και στα οφέλη που επιφέρει η διακοπή του καπνίσματος, με στόχο την ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγή της συμπεριφοράς.^{73,74}

Ο ΠΟΥ αναφέρει ως παράδειγμα καλής πρακτικής το Γενικό Νοσοκομείο St John's Hospital στο Livingston, West Lothian της Σκωτίας, το οποίο διαθέτει ψυχιατρική κλινική, με μέσο όρο παραμονής 15 ημερών. Το 2009 εφαρμόστηκε απαγόρευση του καπνίσματος και, κατόπιν διαβούλευσης με όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη, αποφασίστηκε η αίθουσα καπνίσματος να μετατραπεί σε γυμναστήριο προς αποκλειστική χρήση των νοσηλευόμενων στην ψυχιατρική κλινική. Έπειτα από ιατρικό έλεγχο, οι νοσηλευόμενοι συμμετείχαν σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα με γυμναστές της

τοπικής κοινότητας που είχαν λάβει ειδική κατάρτιση, ενώ, κατά το εξιτήριο, γινόταν διασύνδεση με τοπικά γυμναστήρια για τη συνέχιση του προγράμματος. Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής της αντικαπνιστικής νομοθεσίας παρατηρήθηκε μεταβολή στις πεποιθήσεις και στις στάσεις των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των ΕΨΥ αναφορικά με τη χρήση καπνικών και συναφών προϊόντων.^{75,76}

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παραμέληση της υποστήριξης της διακοπής καπνίσματος σε άτομα με ψυχική διαταραχή συνιστά διάκριση και διαιωνίζει τις υγειονομικές και τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.^{3,4,33} Οι προκλήσεις είναι πολυάριθμες για την αντιμετώπιση της παραμελημένης –όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία– επιδημίας του καπνίσματος στα άτομα με ψυχική διαταραχή.^{3,4,12} Καθίσταται πλέον επιτακτική η ανάγκη για εφαρμογή πολιτικών που θα διασφαλίζουν την πλήρη εφαρμογή της Σύμβασης Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού του ΠΟΥ³⁰ και την ενσωμάτωση προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος στις ΜΨΥ με εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τη συγκεκριμένη ομάδα.

Η εφαρμογή της ΑΝ σε ΜΨΥ αποφέρει ορατά οφέλη για την υγεία όταν παρέχεται σε υποστηρικτικό περιβάλλον με πολιτικές και προσεγγίσεις που θέτουν τον λήπτη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο επίκεντρο. Η διαρκής επαναξιολόγηση και αναπροσαρμογή των πολιτικών αυτών είναι μείζονος σημασίας για την αντιμετώπιση των αναδυόμενων προκλήσεων και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητάς τους.

ABSTRACT

Challenges and ethical dilemmas of implementing anti-smoking legislation in mental health units

G. PAPADOSIFAKI,^{1,2} A. BARBOUNI¹

¹Department of Public and Community Health, School of Public Health, University of West Attica, Athens,

²Psychiatric Hospital of Attica, Haidari, Attica, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(6):738–746

Despite the smoking rate decline in the general population, no corresponding reduction has been observed in individuals with mental health conditions, with tobacco and related product use remaining prevalent among them. Implementing anti-smoking policies in this population is fraught with various challenges, complexities, and ethical dilemmas. High smoking rates, strong nicotine dependence, socioeconomic factors, low health literacy among mental health service users, and the attitudes of mental health professionals are all challenges to be addressed for effective intervention to occur. The implementation or non-implementation of anti-smoking legislation raises a series of ethical dilemmas and issues, such as respecting individual autonomy and freedom of choice, including the choice to smoke. It also poses the question of whether excluding smokers from decision-making processes reflects a paternalistic approach contravening a recovery-oriented approach. Implementing anti-smoking legislation in mental health units

can be justified as a measure consistent with the ethical duty of beneficence, proactively protecting and improving public health. Additionally, the principle of justice, which dictates fair and equal treatment, underscores that failing to enforce anti-smoking policies perpetuates health and socio-economic inequalities. An ethical approach, however, ensures that smokers with mental disorders receive the support necessary to quit smoking, while also providing a smoke-free environment that promotes overall health and well-being, beneficial to both mental health staff and clients. Concluding, the persistently high prevalence of smoking among mental health disorder sufferers highlights the urgency of a regulatory framework addressing the specific needs of mental health service users. Such a framework ought to provide tailored support and personalized smoking cessation interventions. Continuous evaluation of these interventions is deemed crucial in addressing emerging challenges and ensuring their sustainability and long-term effectiveness.

Key words: Anti-smoking legislation, Mental health disorder, Smoking, Smoking cessation

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. 4th ed. WHO, Geneva, 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>
2. CALLAGHAN RC, VELDTHUIZEN S, JEYSINGH T, ORLAN C, GRAHAM C, KAKOURIS G ET AL. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *J Psychiatr Res* 2014, 48:102–110
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco use and mental health conditions: A policy brief. WHO, Copenhagen, 2020. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-5616-45381-64939>
4. ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Smoking and mental health: A framework for action in Wales. RCPsych, Cardiff, 2024. Available at: <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/public-mental-health-implementation-centre/smoking-and-mental-health-in-wales>
5. PAPADOSIFAKI G, PSARRA V, TOULOUIMIS C, TZAVARA C, FARSALINOS K, SAKELLARI E ET AL. Perceptions and attitudes of people with severe mental disorders towards smoking in Greece. *Psychiatriki* 2024, 35:43–53
6. PROCHASKA JJ. Smoking and mental illness – breaking the link. *N Engl J Med* 2011, 365:196–198
7. TAM J, WARNER KE, MEZA R. Smoking and the reduced life expectancy of individuals with serious mental illness. *Am J Prev Med* 2016, 51:958–966
8. WESTMAN J, ERIKSSON SV, GISSLER M, HÄLLGREN J, PRIETO ML, BOBO WV ET AL. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: A 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018, 27:519–527
9. ALOSAIMI FD, ABALHASSAN M, ALHADDAD B, FALLATA EO, ALHABAD A, ALSHENQITI R ET AL. Gender differences and risk factors for smoking among patients with various psychiatric disorders in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* 2018, 12:21
10. LAWRENCE D, HAFEKOST J, HULL P, MITROU F, ZUBRICK SR. Smoking, mental illness and socioeconomic disadvantage: Analysis of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC Public Health* 2013, 13:462
11. COOK BL, WAYNE GF, KAFALI EN, LIU Z, SHU C, FLORES M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA* 2014, 311:172–182
12. SCHROEDER SA, MORRIS CD. Confronting a neglected epidemic: Tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health* 2010, 31:297–314
13. GOGOS A, SKOKOU M, FERENTINOU E, GOURZIS P. Nicotine consumption during the prodromal phase of schizophrenia – a review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019, 15:2943–2958
14. KHANTZIAN EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997, 4:231–244
15. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. Smoking and mental health. RCP & RCPsych, London, 2013. Available at: <https://www.rcp.ac.uk/improving-care/resources/smoking-and-mental-health/>
16. ANDERSON SM, BRUNZELL DH. Anxiolytic-like and anxiogenic-like effects of nicotine are regulated via diverse action at β_2^* nicotinic acetylcholine receptors. *Br J Pharmacol* 2015, 172:2864–2877
17. CLARK V, CONRAD AM, LEWIN TJ, BAKER AL, HALPIN SA, SLY KA ET AL. Addiction vulnerability: Exploring relationships among cigarette smoking, substance misuse, and early psychosis. *J Dual Diagn* 2018, 14:78–88
18. VAN DER MEER RM, WILLEMSSEN MC, SMIT F, CUIJPERS P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 8:CD006102
19. BODEN JM, FERGUSON DM, HORWOOD LJ. Cigarette smoking and depression: Tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry* 2010, 196:440–446
20. WOOTTON RE, RICHMOND RC, STUIJFZAND BG, LAWN RB, SALLIS HM, TAYLOR GMJ ET AL. Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: A Mendelian randomisation study. *Psychol Med* 2020, 50:2435–2443
21. GOODMAN E, CAPITMAN J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 2000, 106:748–755
22. GURILLO P, JAUHAR S, MURRAY RM, McCABE JH. Does tobacco use

- cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2015, 2:718–725
23. HUNTER A, MURRAY R, ASHER L, LEONARDI-BEE J. The effects of tobacco smoking, and prenatal tobacco smoke exposure, on risk of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2020, 22:3–10
 24. SCOTT JG, MATUSCHKA L, NIEMELÄ S, MIETTUNEN J, EMMERSON B, MUSTONEN A. Evidence of a causal relationship between smoking tobacco and schizophrenia spectrum disorders. *Front Psychiatry* 2018, 9:607
 25. FLUHARTY M, TAYLOR AE, GRABSKI M, MUNAFÒ MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob Res* 2017, 19:3–13
 26. SCHIZOPHRENIA WORKING GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014, 511:421–427
 27. HARTZ SM, HORTON AC, HANCOCK DB, BAKER TB, CAPORASO NE, CHEN LS ET AL. Genetic correlation between smoking behaviors and schizophrenia. *Schizophr Res* 2018, 194:86–90
 28. MA Y, LI J, XU Y, WANG Y, YAO Y, LIU Q ET AL. Identification of 34 genes conferring genetic and pharmacological risk for the comorbidity of schizophrenia and smoking behaviors. *Ag-ing (Albany NY)* 2020, 12:2169–2225
 29. PARIKH V, KUTLU MG, GOULD TJ. nAChR dysfunction as a common substrate for schizophrenia and comorbid nicotine addiction: Current trends and perspectives. *Schizophr Res* 2016, 171:1–15
 30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO framework convention on tobacco control. WHO, Geneva, 1970. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/42811>
 31. McNALLY L, OYEFEESO A, ANNAN J, PERRYMAN K, BLOOR R, FREEMAN S ET AL. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health (Oxf)* 2006, 28:192–196
 32. MAGOR-BLATCH LE, RUGENDYKE AR. Going smoke-free: Attitudes of mental health professionals to policy change. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 23:290–302
 33. JENKIN G, McINTOSH J, HOEK J, MALA K, PAAP H, PETERSON D ET AL. There's no smoke without fire: Smoking in smoke-free acute mental health wards. *PLoS One* 2021, 16:e0259984
 34. ROBSON D, SPADUCCI G, McNEILL A, STEWART D, CRAIG TJK, YATES M ET AL. Effect of implementation of a smoke-free policy on physical violence in a psychiatric inpatient setting: An interrupted time series analysis. *Lancet Psychiatry* 2017, 4:540–546
 35. LAWN S, POLS R. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry* 2005, 39:866–885
 36. RATSCHEN E, BRITTON J, DOODY GA, LEONARDI-BEE J, McNEILL A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: A survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry* 2009, 31:576–582
 37. HUDDLESTONE L, SHOESMITH E, PERVIN J, LORENCATTO F, WATSON J, RATSCHEN E. A systematic review of mental health professionals, patients, and carers' perceived barriers and enablers to supporting smoking cessation in mental health settings. *Nicotine Tob Res* 2022, 24:945–954
 38. SHEALS K, TOMBOR I, McNEILL A, SHAHAB L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction* 2016, 111:1536–1553
 39. TRAINOR K, LEAVEY G. Barriers and facilitators to smoking cessation among people with severe mental illness: A critical appraisal of qualitative studies. *Nicotine Tob Res* 2017, 19:14–23
 40. CAMPION J, LAWN S, BROWNLIE A, HUNTER E, GYNTHIER B, POLS R. Implementing smoke-free policies in mental health inpatient units: Learning from unsuccessful experience. *Australas Psychiatry* 2008, 16:92–97
 41. MORRIS CD, WAXMONSKY JA, MAY MG, GIESE AA. What do persons with mental illnesses need to quit smoking? Mental health consumer and provider perspectives. *Psychiatr Rehabil J* 2009, 32:276–284
 42. BROSE LS, BROWN J, ROBSON D, McNEILL A. Mental health, smoking, harm reduction and quit attempts – a population survey in England. *BMC Public Health* 2020, 20:1237
 43. LUBITZ SF, FLITTER A, WILEYTO EP, ZIEDONIS D, STEVENS N, LEONE F ET AL. History and correlates of smoking cessation behaviors among smokers with serious mental illness. *Nicotine Tob Res* 2020, 22:1492–1499
 44. PETROULIA I, KYRIAKOS CN, PAPADAKIS S, TZAVARA C, FILIPPIDIS FT, GIRVALAKI C ET AL. Patterns of tobacco use, quit attempts, readiness to quit and self-efficacy among smokers with anxiety or depression: Findings among six countries of the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tob Induc Dis* 2019, 16:A9
 45. SIRU R, HULSE GK, TAIT RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: A review. *Addiction* 2009, 104:719–733
 46. JOHNSON JL, MALCHY LA, RATNER PA, HOSSAIN S, PROCYSHYN RM, BOTTORFF JL ET AL. Community mental healthcare providers' attitudes and practices related to smoking cessation interventions for people living with severe mental illness. *Patient Educ Couns* 2009, 77:289–295
 47. RATSCHEN E, BRITTON J, McNEILL A. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *Br J Psychiatry* 2009, 194:547–551
 48. CERCI D. Attitudes of staff towards smoke-free environments in psychiatric hospitals in Germany. *Tob Induc Dis* 2022, 20:76
 49. KERR S, WOODS C, KNUSSEN C, WATSON H, HUNTER R. Breaking the habit: A qualitative exploration of barriers and facilitators to smoking cessation in people with enduring mental health problems. *BMC Public Health* 2013, 13:221
 50. LAWN S, CAMPION J. Factors associated with success of smoke-free initiatives in Australian psychiatric inpatient units. *Psychiatr Serv* 2010, 61:300–305
 51. STOCKINGS EA, BOWMAN JA, PROCHASKA JJ, BAKER AL, CLANCY R, KNIGHT J ET AL. The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014, 48:617–633
 52. LAWN S, CAMPION J. Achieving smoke-free mental health services: Lessons from the past decade of implementation research. *Int J Environ Res Public Health* 2013, 10:4224–4244
 53. SMITH CA, McNEILL A, KOCK L, SHAHAB L. Exploring mental health professionals' practice in relation to smoke-free policy with-

- in a mental health trust: A qualitative study using the COM-B model of behaviour. *BMC Psychiatry* 2019, 19:54
54. METSE AP, WIGGERS J, WYE P, MOORE L, CLANCY R, WOLFENDEN L ET AL. Smoking and environmental characteristics of smokers with a mental illness, and associations with quitting behaviour and motivation; a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2016, 16:332
 55. LORETAN CG, WANG TW, WATSON CV, JAMAL A. Disparities in current cigarette smoking among US adults with mental health conditions. *Prev Chronic Dis* 2022, 19:E87
 56. PROCHASKA JJ, DAS S, YOUNG-WOLFF KC. Smoking, mental illness, and public health. *Annu Rev Public Health* 2017, 38:165–185
 57. SHOESMITH E, HUDDLESTONE L, PERVIN J, SHAHAB, L, COVENTRY P, COLEMAN T ET AL. Promoting and maintaining changes in smoking behavior for patients following discharge from a smoke-free mental health inpatient stay: Development of a complex intervention using the behavior change wheel. *Nicotine Tob Res* 2023, 25:729–737
 58. SHEFFIELD JM, KARCHER NR, BARCH DM. Cognitive deficits in psychotic disorders: A lifespan perspective. *Neuropsychol Rev* 2018, 28:509–533
 59. DEGAN TJ, KELLY PJ, ROBINSON LD, DEANE FP, WOLSTENCROFT K, TURUTS ET AL. Health literacy in people living with mental illness: A latent profile analysis. *Psychiatry Res* 2019, 280:112499
 60. TSOI DT, PORWAL M, WEBSTER AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 2:CD007253
 61. FREIBURGHHAUS T, RAFFING R, BALLBÈ M, GUAL A, TÖNNESSEN H. The right to smoke and the right to smoke-free surroundings: International comparison of smoke-free psychiatric clinic implementation experiences. *BJPsych Open* 2021, 7:e1
 62. WOODWARD ER, RICHMOND R. Smoking bans in psychiatric units: An issue of medical ethics. *Front Psychiatry* 2019, 10:134
 63. ARNOTT D, WESSELY S, FITZPATRICK M. Should psychiatric hospitals completely ban smoking? *Br Med J* 2015, 351:h5654
 64. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. The human right to a clean, healthy and sustainable environment: Resolution adopted by the General Assembly. UNGA, New York, 2022. Available at: <https://digitallibrary.un.org/record/3983329?v=pdf>
 65. BALLBÈ M, SUREDA X, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ JM, SALTÓ E, GUAL A, FERNÁNDEZ E. Second-hand smoke in mental healthcare settings: Time to implement total smoke-free bans? *Int J Epidemiol* 2013, 42:886–893
 66. SHATTELL MM, ANDES M. Smoking bans in acute care psychiatric settings: A Machiavellian smoke screen? *Issues Ment Health Nurs* 2008, 29:201–203
 67. TAYLOR GM, LINDSON N, FARLEY A, LEINBERGER-JABARI A, SAWYER K, TE WATER NAUDÉ R ET AL. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, 3:CD013522
 68. TAYLOR G, McNEILL A, GIRLING A, FARLEY A, LINDSON-HAWLEY N, AVEYARD P. Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2014, 348:g1151
 69. ROMEO-STUPPY K, HUBER L, TOEBES B, YERGER V, SENKUBUGE F. Tobacco industry: A barrier to social justice. *Tob Control* 2022, 31:352–354
 70. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Smoking: Acute, maternity and mental health services: Guidance. NICE, London, 2013. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph48>
 71. PROCHASKA JJ, HALL SE, DELUCCHI K, HALL SM. Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: A randomized controlled trial. *Am J Public Health* 2014, 104:1557–1565
 72. ROBSON D, McEWEN A. Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services. NCSCT, London, 2018. Available at: [https://www.ncsct.co.uk/library/view/pdf/Smoking cessation and smokefree policies - Good practice for mental health services.pdf](https://www.ncsct.co.uk/library/view/pdf/Smoking%20cessation%20and%20smokefree%20policies%20-%20Good%20practice%20for%20mental%20health%20services.pdf)
 73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. WHO, Geneva, 2014. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/toolkit-for-delivering-5as-and-5rs-brief-tobacco-interventions-in-primary-care>
 74. GILBODY S, PECKHAM E, BAILEY D, ARUNDEL C, HERON P, CROSLAND S ET AL. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019, 6:379–390
 75. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco use and mental health. WHO, Copenhagen, 2021. Available at: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/tobacco-use-and-mental-health-\(2021\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/tobacco-use-and-mental-health-(2021))
 76. NHS HEALTH SCOTLAND. Smoke-free mental health services in Scotland: Implementation guidance. NHS Health Scotland, Edinburgh, 2011. Available at: https://www.hinetgrampian.scot.nhs.uk/wpcontent/uploads/2015/03/smoke_free_mental_health_services_scotland.pdf

Corresponding author:

G. Papadosifaki, Department of Public and Community Health, School of Public Health, University of West Attica, 196 Alexandras Ave., 115 21 Athens, Greece
e-mail: zeta.papa@gmail.com