

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Ανάπτυξη Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος
στα Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου Βόλου**

12 Μελέτες Περίπτωσης

Παπαθωμά Παναγιώτα

Ψυχολόγος

Γουργουλιάνης Κ.: Καθηγητής Πνευμονολογίας

Χατζόγλου Χ: Αν. Καθ. Ιατρικής Φυσιολογίας

Κερενίδη Ν.: Λέκτορας

Λάρισα 2012

Implementing a smoking cessation program in Municipality of Volos's Community Centers

12 Case Studies

Περιεχόμενα

	σελ
Περίληψη	4
Abstract	5
1. Παράγοντες κινδύνου για την υγεία: Κάπνισμα	6
1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα	6
1.2 Νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα	9
1.3 Η επίδραση των ουσιών του καπνού στον οργανισμό – Η περιγραφή του μηχανισμού εξάρτησης από τον καπνό.	13
2 Μέθοδοι Διακοπής του Καπνίσματος.	17
2.1 Διακοπή Καπνίσματος	17
2.2 Μέθοδοι διακοπής καπνίσματος	18
2.3 Νέες τάσεις στις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος	22
3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	27
3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	29
3.2 Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος στην Ελλάδα	33
3.3 Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος και προϋποθέσεις λειτουργίας	33
3.4 Κοινοφελής Επιχείρηση Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης – Δημοτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ.), Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Παροχές στα Κοινωνικά Κέντρα του Δ. Βόλου.	35
4. Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος στα Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου Βόλου	37
5. Μελέτη Περίπτωσης	42
5.1 Μελέτη περίπτωσης 1. Η κυρία Κ.Ε	42
5.2 Μελέτη περίπτωσης 2. Ο κύριος Β.Α.	45
5.3 Μελέτη Περίπτωσης 3. Η κυρία Κ.Μ.	48
5.4 Μελέτη Περίπτωσης 4. Η κυρία Κ.Σ.	50

5.5 Μελέτη Περίπτωσης 5. Ο κύριος Π.Π.	52
5.6 Μελέτη Περίπτωσης 6. Η κυρία Π.Τ.	54
5.7 Μελέτη Περίπτωσης 7. Η κύριος Κ.Γ.	56
5.8 Μελέτη περίπτωσης 8. Ο κύριος Κ.Κ.	58
5.9 Μελέτη περίπτωσης 9. Η κυρία Π.Ν.	60
5.10 Μελέτη περίπτωσης 10. Η κυρία Χ.Α.	62
5.11 Μελέτη περίπτωσης 11. Η κυρία Δ.Ε.	64
5.12 Μελέτη περίπτωσης 12. Η κυρία Α.Σ.	66
Συζήτηση	69
Βιβλιογραφία	

Περίληψη

Το κάπνισμα παραμένει μια συμπεριφορά που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία των καπνιστών, καθώς και αυτήν των παθητικών καπνιστών. Είναι ευχάριστο ότι διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, αναγνωρίζεται πλέον ως συμπεριφορά εξάρτησης και γίνονται οι ανάλογες προσπάθειες για προγράμματα παρέμβασης.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται το «Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος» της Κοινοφελούς Επιχείρησης Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης – Δημοτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ.) του Δήμου Βόλου το οποίο βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου από διεπιστημονική ομάδα. Η μέθοδος παρέμβασης για κάθε ωφελούμενο σχεδιάστηκε σε συνεργασία μαζί του αφού καταγράφηκαν οι πραγματικές ιατρικές και κοινωνικές του ανάγκες αλλά και δυνατότητες. Παρουσιάζονται επίσης πιο αναλυτικά 12 μελέτες περίπτωσης όπου ακολουθήθηκε ο παραπάνω τρόπος παρέμβασης.

Παρά τη λεπτομερή ενημέρωση όσων προσέγγισαν τα Κοινωνικά Κέντρα για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και συγκεκριμένα για τον τρόπο με τον οποίο επιβαρύνονται τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα υγείας τους από το κάπνισμα, δεν φάνηκε να επηρεάζονται ιδιαίτερα στην απόφασή τους να διακόψουν ή όχι το κάπνισμα αποδεικνύοντας για μια ακόμα φορά ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι κυρίως θέμα πληροφόρησης αλλά πολυπαραγοντικό ζήτημα.

Η παρέμβαση όμως φάνηκε να είναι αποτελεσματική για το 25% αυτών που αποφάσισαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα διακοπής, ποσοστό επιτυχίας που θεωρείται μεγάλο σε σύγκριση με άλλα προγράμματα παρέμβασης. Για όλους όσους συνέχισαν να καπνίζουν, υπήρξε μείωση στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά η οποία ήταν μεγαλύτερη κατά το διάστημα που προσέρχονταν στο Κοινωνικό Κέντρο κάνοντας χρήση κάποιων παροχών υγείας ενώ επίσης υπήρξε αύξηση στο κίνητρο να σταματήσουν το κάπνισμα και στην πεποίθησή τους ότι κάποτε θα το πραγματοποιήσουν.

Λέξεις κλειδιά: διακοπή καπνίσματος, ολιστική προσέγγιση, διεπιστημονική ομάδα, ατομική μέθοδος παρέμβασης, κοινωνικό κέντρο

Abstract

Smoking remains a behavior that seriously endangers the health of smokers and passive smokers. It is gratifying that internationally as well as in Greece, is now recognized as an addictive behavior and efforts are made for the implementation of intervention programs.

This paper presents the "Smoking Cessation Program" that has been implemented by Benefit Enterprise Social Protection and Solidarity - Municipal Institute for Vocational Training (K.E.K.P.A. - D.I.E.K.) of the Municipality of Volos. The program is based on a holistic approach and the interdisciplinary team. The method of intervention is designed in collaboration with each client, meeting actual medical and social needs and capabilities. There is also presented 12 case studies which followed this method of intervention in detail.

Despite informing all those who approached the social center about the harmful effects of smoking and in particular the way it affects their already-existing health problems, this did not seem to affected their decision to stop smoking or not, proving once again that quitting smoking is mainly a matter of information but a multifactorial issue.

The program however, appeared to be effective at 25% of those who decided to join in order to quit smoking, a success rate which is high compared to other intervention programs. For all those who continued to smoke, there was a decrease in the number of cigarettes smoked each day. This decrease rate was higher during the period they used any other health benefit at the Social Center while there was also an increase in their motivation to quit as well as in their belief that they will succeed one day.

Keywords: smoking cessation, holistic approach, multidisciplinary team, individual intervention, social center

1. Παράγοντες κινδύνου για την υγεία: Κάπνισμα

1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε στα 6000 π.Χ. για ιατρικούς και θρησκευτικούς λόγους αλλά και για την αίσθηση της ευφορίας που προκαλεί η χρήση του. Στοιχεία για τις καρκινογόνες ιδιότητές του υπάρχουν από τα 1800, όμως μόνο τον 20 αιώνα εκτιμήθηκε αρκούντως η συμβολή του στη αύξηση των κρουσμάτων του καρκίνου του πνεύμονα και άλλων μορφών καρκίνου. Στις μέρες μας, πήρε πλέον διαστάσεις πανδημίας αποτελώντας την πιο σημαντική και δυνατό να προληφθεί αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες. [1]

Παγκόσμια, το έτος 2000 περίπου 2,83 εκατομμύρια θάνατοι αποδόθηκαν στο κάπνισμα με κύριες επιπτώσεις τα καρδιαγγειακά νοσήματα (1,69 εκατομμύρια), την Χ.Α.Π. (0,97 εκατομμύρια) και τον καρκίνο του πνεύμονα (0,85 εκατομμύρια). Το κάπνισμα φαίνεται πως προκαλεί 1 στους 10 θανάτους (περισσότερους από ότι η φυματίωση, το AIDS και η ελονοσία μαζί) και πως σχετίζεται αιτιολογικά με τις 6 από τις 8 πρώτες αιτίες θνησιμότητας. Τέλος, οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ευθύνονται για 2.000.000 θανάτους τον χρόνο στις αναπτυγμένες χώρες και για 1.000.000 θανάτους στις αναπτυσσόμενες [2].

Στην Ευρώπη, περισσότεροι από 500.000 θάνατοι ετησίως είναι αποτέλεσμα του καπνίσματος και των συνεπειών του στην υγεία, ενώ 100.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής, εξ' αιτίας του.[2] Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτιμά ότι εάν οι τρέχουσες τάσεις συνεχιστούν, ο αριθμός των καπνιστών θα αυξηθεί σε 1,6 δισεκατομμύρια έως το έτος 2025 ενώ υπολογίζεται επίσης ότι το 12,3% των Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (DALYs) που χάνονται κάθε χρόνο οφείλονται στο κάπνισμα. [2]

Τέλος, το κάπνισμα, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, αυξάνεται στο κεντρικό και το ανατολικό τμήμα της Ευρώπης, ενώ μειώνεται ή είναι σταθερό στις υπόλοιπες περιοχές της. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός, ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι νέες γυναίκες καπνίζουν ήδη περισσότερο απ' ότι οι νεαροί άνδρες, είναι πιθανό στο προσεχές μέλλον το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν να είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Αυτό συνδέεται με την μεταβαλλόμενη κοινωνική και οικονομική κατάσταση των γυναικών, τη διαφήμιση και την προώθηση των τσιγάρων. [2]

Η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στη Δυτική Ευρώπη μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών κρατών και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το έτος 2006, το 40% των Ελλήνων ανδρών και

γυναικών, είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, το 49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών άνω των 18 ετών καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά ανέρχονται στο 44,3% των Ελλήνων για τα έτη 18 έως 24, στο 50,8% των Ελλήνων για τα έτη 25 έως 34, στο 53,9% για τα έτη 35-44, στο 47% για τα έτη 45 έως 54, στο 34,7% για τα έτη 55 έως 64 και στο 16,5% για τα έτη 65 και άνω. [2]

Η πλειοψηφία των καπνιστών ξεκινά το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία και η απόφαση για τη διακοπή επέρχεται συνήθως όταν το άτομο έχει εκτεθεί στη νικοτίνη και τα καρκινογόνα χημικά συστατικά του καπνού. [2, 3]

Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η εικόνα που παρουσιάζει η καπνιστική συμπεριφορά στα νεαρά άτομα, ιδίως στην εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούν τη χρονική περίοδο 2002-2005, ένα ποσοστό 13,5% των αγοριών και ένα ποσοστό 14,1% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών καπνίζει, τουλάχιστον περιστασιακά. Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνιστικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι. [4]

Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων, το 21,1% των καθημερινών καπνιστών καταναλώνει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 38,6% καταναλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 40% καταναλώνει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (περίπου το 16% του πληθυσμού). Άρα 4 στους 10 καθημερινούς καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως. [4]

Στην Ελλάδα, διαπιστώνεται, γενικότερα, μια αύξηση του αριθμού της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων από 2,573 το 1970 σε 3,772 το 1995, ενώ μείωση παρουσιάζεται στον αριθμό αυτό (2,977) το έτος 2000. Η διερεύνηση της στάσης απέναντι στο ενδεχόμενο της διακοπής, φανερώνει πως 2 στους 3 καθημερινούς καπνιστές (64,5%) σκοπεύουν ή σκέπτονται να κόψουν το κάπνισμα. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 18-24 (70,9%) και στις ηλικίες 45-54 (69,5%) ενώ μικρές είναι οι διαφορές που παρουσιάζονται για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, με το μικρότερο ποσοστό να εμφανίζεται σε ηλικία από 65 έτη+ (50%). [4]

Τέλος, μεγάλος είναι ο αριθμός θανάτων που αποδίδεται σε νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Στη δεκαετία του 1950, το 10% των θανάτων στους άνδρες όλων των ηλικιών και το 2% των θανάτων στις γυναίκες οφείλονταν στο κάπνισμα. Στη δεκαετία του 1990, τα αντίστοιχα ποσοστά

ήταν 21% των θανάτων για τους άνδρες και 3% των θανάτων για τις γυναίκες, ενώ στη δεκαετία του 2000, τα ποσοστά αυτά εκτιμώνται σε 22% των θανάτων για τους άνδρες και 3% των θανάτων για τις γυναίκες. [4]

Η εξάρτηση από τον καπνό είναι μία σύνθετη συμπεριφορά που ενέχει τόσο περιβαλλοντικές, όσο και γενετικές επιρροές. Η νικοτίνη, είναι η ουσία που περιέχεται στο τσιγάρο και προκαλεί δόσοεξαρτώμενη εξάρτηση, κάτι το οποίο επιτείνει το πρόβλημα του ελέγχου της καπνιστικής συνήθειας για το άτομο αλλά και σε ευρύτερο επίπεδο παγκοσμίως, καθώς για να μπορέσει να ελεγχθεί και να μειωθεί η πανδημία του καπνίσματος, εκατομμύρια καπνιστές θα πρέπει να κατορθώσουν να απαλλαγούν από τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση της νικοτίνης. [2]

Κάθε μέρα, περίπου 80 - 100.000 νέοι αρχίζουν το κάπνισμα ενώ ο αριθμός των καπνιστών ξεπερνά το 1 δισεκατομμύριο παγκοσμίως.[2] Πρέπει όμως να σημειωθεί, ότι η πλειοψηφία των καπνιστών (οι 9 στους 10 σε τέσσερις χώρες: Καναδά, Η.Π.Α., Αυστραλία και Ηνωμένο Βασίλειο) δηλώνει ότι έχει μετανοήσει για την απόφαση να ξεκινήσει το κάπνισμα και πως θα ήθελε να το διακόψει. Σε μια αντιπροσωπευτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 1750 καπνιστές από τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Πολωνία τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, 73.5% των συμμετεχόντων δήλωσε πως θέλει να διακόψει το κάπνισμα. Στις Η.Π.Α. δε, η ζήτηση για αποτελεσματικές μεθόδους μείωσης του καπνίσματος είναι πολύ υψηλή, με περισσότερο από 70% των καπνιστών να έχουν εκφράσει την επιθυμία να διακόψουν και περίπου 40% να αναφέρουν ότι έχουν προσπαθήσει τουλάχιστο μια φορά μέσα στο χρόνο. [3]

1.2 Νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα

Το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για πλήθος νοσημάτων, μερικά από τα οποία είναι εξαιρετικά συχνά. Οι συνέπειες του καπνίσματος είναι δόσοεξαρτώμενες, κάτι που σημαίνει ότι όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κανείς και όσο περισσότερα χρόνια είναι καπνιστής, τόσο πιθανότερο είναι να αναπτύξει κάποιο νόσημα που σχετίζεται με τον καπνό. [5] Η ελάττωση των νοσημάτων που απορρέουν από τη χρήση του καπνού θα αποτελέσει ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της ανθρώπινης ιστορίας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας καθώς θα αλλάξει εκ θεμελίων την πρόγνωση για 1 δις θανάτους που σχετίζονται με το κάπνισμα αυτόν τον αιώνα. [6]

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας λόγω των παρακάτω νοσημάτων: [4]

α. Στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30 - 40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες. Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15 - 20% των θανάτων από τη νόσο. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων. Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10 - 20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30 - 50% μεγαλύτερη πιθανότητα (σχετικός κίνδυνος 1,24 - 1,89), αυτοί που καπνίζουν 20 - 40 τσιγάρα πιθανότητα 75% μεγαλύτερη (σχετικός κίνδυνος 1,76 - 2,15) και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές (σχετικός κίνδυνος 1,94 - 2,41). Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25 - 30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές. [7]

β. Διάφορες μορφές καρκίνου

Ο καρκίνος αποτελεί την κύρια αιτία πρόκλησης θανάτου και ανικανότητας παγκοσμίως ενώ είναι υπεύθυνος για 7,6 εκατομμύρια θανάτους ανά έτος. [8]

Υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία από μελέτες για την καρκινογένεση που προκαλείται από το κάπνισμα. Οι καρκινογόνες χημικές ενώσεις που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου έχει αποδειχτεί ότι προκαλούν κακοήθεις νεοπλασίες των πνευμόνων, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, της στοματικής και της ρινικής κοιλότητας και των παραρήνιων κόλπων, του στομάχου, του παγκρέατος, της colerectum, του συκωτιού, των νεφρών, της ουρήθρας, της ουροδόχου κύστης, των ωοθηκών καθώς και λευχαιμία του μυελού των οστών. Επίσης θετικά φάνηκε να συσχετίζεται το κάπνισμα με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Σχετικά με την εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου μετά την εμμηνόπαυση καθώς και του θυρεοειδούς αδένου υπάρχουν ενδείξεις για τη μη πρόκληση καρκινογένεσης.

Υπάρχουν επίσης ικανοποιητικά στοιχεία από μελέτες σε πειραματόζωα για την πρόκληση καρκίνου από τον καπνό του τσιγάρου καθώς και των παραγώγων του. Επίσης ικανοποιητικά είναι τα στοιχεία που στηρίζουν την καρκινογένεση στον άνθρωπο λόγω του παθητικού καπνίσματος με την πρόκληση καρκίνου του πνεύμονα, του λάρυγγα και του φάρυγγα. Τέλος τα στοιχεία συνηγορούν για την καρκινογένεση που προκαλείται λόγω της παθητικής έκθεσης των παιδιών στον καπνό από τους καπνιστές γονείς (ηπατοβλάστωμα) ενώ επίσης θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του γονικού καπνίσματος και της παιδικής λευχαιμίας, ιδίως της οξείας. [9]

Αξίζει να αναφερθεί ότι το κάπνισμα ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70 - 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50 - 75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30 - 50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20 - 25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων.

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές. Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, αλλά και διπλάσια έως τριπλάσια η πιθανότητα για καρκίνο της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος, κ.ά. [7] Περίπου κατά 1/3 αποδίδεται σε ένα μικρό αριθμό παραγόντων που

μπορούν να προληφθούν όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ μέσω παρεμβάσεων που έχουν σαν στόχο την πρόληψη. [8]

γ. Χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες

Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 80-85% των κρουσμάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα). Η κλιμάκωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε συνάρτηση με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων είναι περίπου ίδια με εκείνη που παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα. Δηλαδή, οι καπνιστές μισού, ενός, δύο ή άνω των δύο πακέτων τσιγάρων την ημέρα, έχουν αντίστοιχα 5, 10, 15 και 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα και ιδίως τα παιδιά, αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από χρόνιες πνευμονοπάθειες σε σχέση με τους μη καπνιστές. [7]

δ. Κάπνισμα και κύηση

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου. Οι κυριότερες επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στο έμβρυο είναι:

- Το χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο εμφανίζεται σε συχνότητα διπλάσια από ό,τι στις κύσεις μητέρων μη καπνιστριών.
- Η αύξηση του κινδύνου πρόκλησης εμβρυϊκού θανάτου.
- Η αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής του εμβρύου.
- Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πνευματικής καθυστέρησης.
- Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης.
- Η αύξηση της συχνότητας κρουσμάτων επιληψίας, διεγερσιμότητας κ.λπ.
- Η συνολική αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 60%.
- Αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου

Σημαντικές είναι τέλος οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση. [7]

ε. Κάπνισμα και παιδιά

Η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό ή παθητικό κάπνισμα, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των μη καπνιστών και ιδιαίτερα των παιδιών. Ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί πιστοποιημένο

καρκινογόνο και προκαλεί στον οργανισμό των παθητικών καπνιστών μεταβολές παρόμοιες με αυτές που προκαλούνται στους καπνιστές, έστω και σε μικρότερο κατά κανόνα βαθμό. Έτσι η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο βρεφικό θάνατο και μειωμένο βάρος κατά τη γέννηση, ενώ ενδέχεται να σχετίζεται με πρόωρο τοκετό και αυξημένη επίπτωση λευχαιμίας, λεμφώματος και εγκεφαλικών όγκων κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, στα παιδιά συνδέεται αιτιολογικά με παθήσεις του κατωτέρου αναπνευστικού, υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα, εκκριτική μέση ωτίτιδα και την εκδήλωση άσθματος. Η συνολική πνευμονική λειτουργία επηρεάζεται δυσμενώς, ενώ μεταξύ των παιδιών των οποίων οι γονείς καπνίζουν, συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα, όπως απόχρεμψη, βήχας και συριγμός είναι συχνότερα. Το παθητικό κάπνισμα έχει συνδεθεί στους ενήλικους με αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα, ενώ η συμβίωση με καπνιστή αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης κακοήθους νεοπλασίας του αναπνευστικού συστήματος κατά 20-30%. Επιπλέον υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ενήλικες οι οποίοι εκτίθενται στον καπνό παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα συμπτωμάτων από το αναπνευστικό και μείωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων. [7]

Ωστόσο, από επιδημιολογική οπτική, η σοβαρότερη συνέπεια του καπνίσματος είναι η αύξηση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, τα οποία αποτελούν και την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα. Το κάπνισμα προάγει την αθηροσκλήρυνση και έτσι αυξάνει την επίπτωση της στεφανιαίας νόσου, των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και των ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής. Παράλληλα προκαλεί χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νόσο που περιλαμβάνει τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα, ενώ πρακτικά όλοι οι καπνιστές είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από λοιμώξεις και να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο μετά από κάποια επέμβαση. [4]

Συνολικά, τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα κοστίζουν περισσότερα από 3 δισεκατομμύρια ευρώ το χρόνο στην ελληνική πολιτεία, ενώ αν συνυπολογιστεί και η απώλεια παραγωγικότητας το ποσοστό αυξάνει σημαντικά. [4]

Τέλος η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό συνδέεται αιτιολογικά με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 25-30% με νεότερα δεδομένα να υποδεικνύουν αύξηση έως και 80%, ενώ πιθανώς αυξάνει την επίπτωση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. [4]

1.3 Η επίδραση των ουσιών του καπνού στον οργανισμό –

Η περιγραφή του μηχανισμού εξάρτησης από τον καπνό.

Το επισταμένο κάπνισμα, γενετικές αδυναμίες, έκθεση σε άλλα επιβλαβή χημικά συστατικά, πολλαπλές στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής και η κοινωνική ανοχή που παρέχεται στους καπνιστές, συμβάλλουν στη δημιουργία και τη συντήρηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη η οποία είναι εξίσου σωματική και ψυχολογική και συντηρείται σε ένα περιβάλλον το οποίο κάνει δύσκολη την απεξάρτηση και για τα δύο φύλα. Παρόλα αυτά, η διακοπή του καπνίσματος όσο το δυνατό πιο νωρίς, παραμένει η μόνη πιο αποτελεσματική μέθοδος για να μειώσει κανείς τον κίνδυνο από την έκθεση στον καπνό και την εξάρτηση από τη νικοτίνη. [3]

Η νικοτίνη που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου είναι και η ουσία που προκαλεί τη μεγαλύτερη εξάρτηση, κάτι το οποίο επιτείνει το πρόβλημα του ελέγχου της καπνιστικής συνήθειας για το άτομο αλλά και σε ευρύτερο επίπεδο παγκοσμίως, καθώς για να μπορέσει να ελεγχθεί και να μειωθεί η πανδημία του καπνίσματος, εκατομμύρια καπνιστές θα πρέπει να κατορθώσουν να απαλλαγούν από τη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. [2, 11]

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία. [10]

Μέσω των πνευμόνων και του κυκλοφορικού συστήματος η νικοτίνη περνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και φτάνει σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα στον εγκέφαλο όπου διεγείρει τους νικοτινικούς υποδοχείς, προκαλώντας ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος με συνακόλουθη απελευθέρωση συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών.

Στους νευροδιαβιβαστές αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

- α) η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με την πρόκληση ευχαρίστησης και ανορεξίας,
- β) η ακετυλοχολίνη, που μπορεί να επιδρά στη βελτίωση της μνήμης καθώς και
- γ) η βήτα-ενδορφίνη, που είναι πιθανό να σχετίζεται με τη μείωση του άγχους και της νευρικότητας

Οι παραπάνω νευροδιαβαστές, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση από την νικοτίνη και στην εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης.

Η νικοτίνη διεγείρει την απελευθέρωση της ντοπαμίνης στις περιοχές δράσης της στον εγκέφαλο, ενώ η επαναλαμβανόμενη πρόσληψή της έχει ως συνέπεια να επιδρά προκαλώντας επιλεκτικά ευπάθεια στην ροή της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο.

Η ακετυλοχολίνη επιδρά στους νικοτινικούς ακετυλοχολινικούς υποδοχείς (nAChRs), οι οποίοι συγκεντρώνονται κυρίως στο νευρικό σύστημα και στους μύες του ανθρώπινου οργανισμού.

Κάποιες υποκατηγορίες του νικοτινικού ακετυλοχολινικού υποδοχέα εκφράζονται σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου και του περιφερικού νευρικού συστήματος και μερικές κατηγορίες κυττάρων εκφράζουν αρκετές υποκατηγορίες των υποδοχέων.

Κάθε μία από τις υποκατηγορίες αυτές είναι σε κάποιο βαθμό διαφορετική από τις άλλες. Κάποιες είναι περισσότερο ευαίσθητες στη νικοτίνη απ' ότι άλλες, κάποιες ενεργοποιούνται ταχέως και έπειτα ελαττώνουν την ευπάθειά τους, ενώ άλλες παραμένουν ενεργές για όσο χρονικό διάστημα ο υποδοχέας είναι παρών.

Πρόσφατες έρευνες έχουν καταδείξει, ότι τόσο οι κεντρικές, όσο και οι περιφερικές κατηγορίες του νικοτινικού ακετυλοχολινικού υποδοχέα διαμεσολαβούν για την εμφάνιση των σωματικών συμπτωμάτων αποστέρησης από τη νικοτίνη, ενώ μόνο οι κεντρικές διαμεσολαβούν για την εμφάνιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων.

Η αλκαλοειδής νικοτίνη προκαλεί αλλαγές σε όλο το νευρικό σύστημα. Οδηγεί σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης, εξασθένιση της ηλεκτρικής αντίστασης του δέρματος, μείωση της θερμοκρασίας στα χέρια και αποδυνάμωση των αντανακλαστικών της επιγονατίδας.

Η άμεση επίδραση της νικοτίνης στο σώμα διαρκεί μέχρι και τριάντα λεπτά μετά την άφιξή της στον εγκέφαλο. Συγκεκριμένα, η περιεκτικότητά της στο αίμα μειώνεται κατά 50% μέσα σε μισή ώρα μετά από μια εισπνοή καπνού και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας, εξαφανίζεται δε από το αίμα σε δύο με τρεις ώρες.

Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν, διαρκεί επίσης μισή ώρα περίπου. Υπάρχουν και άλλα συστατικά του καπνού, όπως η αμμωνία, η μενθόλη, το λεβουλινικό οξύ, που ενισχύουν τη δράση της νικοτίνης μέσω της ευχάριστης επίδρασής τους στον οργανισμό, αλλά και μέσω της αύξησης του βαθμού απορρόφησης της νικοτίνης.

Από τη στιγμή όμως που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής αισθάνεται την ανάγκη να αυξήσει εκ νέου τα επίπεδά της, ενώ στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη συσσωρεύεται στον οργανισμό και η ποσότητά της είναι επαρκής ακόμα και για τις ώρες του ύπνου.

Μακροπρόθεσμα, έχει αποδειχθεί ότι η νικοτίνη καταστέλλει την ικανότητα του εγκεφάλου να βιώνει αισθήματα ευχαρίστησης, οπότε οι καπνιστές χρειάζονται μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης προκειμένου να βιώσουν το ίδιο ευχάριστο συναίσθημα. Η συνεχής έκθεση των εγκεφαλικών κυττάρων στη νικοτίνη, με την πάροδο του χρόνου, δημιουργεί σε αυτά περισσότερους νικοτινικούς υποδοχείς, με αποτέλεσμα το αίσθημα «κορεσμού» των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη να ικανοποιείται πλέον με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων.

Η κατάσταση αυτή ονομάζεται νευροπροσαρμογή και με τη σειρά της οδηγεί στην ανοχή, τη μειωμένη δηλαδή ανταπόκριση στην ίδια ποσότητα ουσίας, με αποτέλεσμα να απαιτείται περισσότερη ποσότητά της ώστε να επιτευχθεί η ίδια επιθυμητή επίδραση.

Ο ίδιος ο καπνιστής, ως άμεση συνέπεια του καπνίσματος αναφέρει τόνωση ή ηρεμία (ανάλογα με την αρχική ποσότητα νικοτίνης και την αρχική κατάσταση του οργανισμού), αύξηση της προσοχής και βελτίωση της μνήμης, υποχώρηση του αισθήματος του πόνου και της πείνας, ευκολότερη κένωση και ανακούφιση από το άγχος.

Στην πραγματικότητα, η βίωση των ευχάριστων συνεπειών που αναφέρουν οι καπνιστές μετά το άναμμα του τσιγάρου, συνδέεται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η νικοτίνη δίνει την ψευδαίσθηση ότι χαλαρώνει και βοηθάει στη συγκέντρωση διότι απομακρύνει τις δυσάρεστες αισθήσεις που βιώνει ο οργανισμός από την έλλειψή της. Όταν η νικοτίνη στο αίμα πέφτει σε χαμηλά επίπεδα εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης και ο καπνιστής αισθάνεται νευρικότητα και άγχος. Καπνίζοντας, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης, μειώνεται η νευρικότητα και το άγχος.

Επομένως, το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού. Οι μη καπνιστές δεν αισθάνονται ούτε ευχαρίστηση, ούτε δυσαρέσκεια όταν εισπνέουν νικοτίνη.

Η υπερβολική ποσότητα νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει ζαλάδα, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, φουσκάλες στο δέρμα, τάση για εμετό, κατακράτηση, ιδρώτα, ανορεξία, αρρυθμία, τρόμο, ναυτία και πτώση της πίεσης.

Από την άλλη, η έλλειψη νικοτίνης στους καπνιστές προκαλεί συμπτώματα στέρησης, όπως είναι η ευερεθιστότητα, η υπερκινητικότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης, το άγχος, το δυσφορικό ή καταθλιπτικό συναίσθημα, η πείνα, οι διαταραχές ύπνου και η έντονη επιθυμία για πρόσληψη νικοτίνης, που αποτελεί και το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα. [4,11]

Η μελέτη της απεξάρτησης από το κάπνισμα μπορεί να παράσχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη φύση της εξάρτησης και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Κάθε χρόνο περίπου 45% των συστηματικών καπνιστών στις Η.Π.Α. διακόπτουν το κάπνισμα για 24 ώρες, αλλά μόνο 5% ή λιγότεροι από αυτούς κατορθώνουν να το κόψουν. Γι' αυτό και η αντικατάσταση είναι ο πρώτος περιοριστικός παράγοντας για τη μετάβαση από τη θέση του καπνιστή σε αυτή του μη καπνιστή. Αυτό το εύρημα υποτιμά την ανάγκη να κατανοήσουμε τη φύση της υποτροπής και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. [11]

2. Μέθοδοι Διακοπής του Καπνίσματος.

2.1 Διακοπή Καπνίσματος

Έρευνες σε πολλές χώρες έχουν αποδείξει ότι οι καπνιστές μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα. Στις Η.Π.Α. η National Health Interview Survey (NHIS) το 2006 έδειξε ότι περίπου 20.8% των ενηλίκων (45.3 εκατομμύρια) ήταν καταγεγραμμένοι καπνιστές ένα σημαντικό μειωμένο ποσοστό σε σχέση με αυτό του 42% του 1964. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι η πλειοψηφία των καπνιστών το 1964 ήταν άνδρες ενώ σήμερα τα ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων είναι σχεδόν ίσα, ενώ πάνω από τους μισούς (το 50.2%, ή 45.7 εκατομμύρια) από τα 91 εκατομμύρια άτομων που έχουν καπνίσει τουλάχιστον 100 τσιγάρα στη διάρκεια της ζωής τους είναι πλέον εγγεγραμμένοι ως πρώην καπνιστές. [3]

Στοιχεία από την «Έρευνα για την χρήση του καπνού από τους ενήλικες» (Adult Use of Tobacco Survey) του 1986 και αναλύοντας τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή καπνίσματος από τους ενήλικες που προσπάθησαν να διακόψουν, σημειώνουν ότι:

- Περίπου 90% αυτών που κατόρθωσαν να διακόψουν και 80% αυτών που απέτυχαν να διακόψουν το κάπνισμα προτίμησαν να χρησιμοποιήσουν τρόπους υποβοήθησης της διακοπής οι οποίοι δεν ανήκαν σε κάποιο οργανωμένο πλαίσιο παρέμβασης.
- Οι περισσότεροι από όσους κατόρθωσαν να διακόψουν, χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της απότομης διακοπής.
- Επίσης, από την έρευνα φάνηκε ότι χρήστες των προγραμμάτων διακοπής είναι γυναίκες, μεσήλικες, όσοι είχαν προσπαθήσει επανειλημμένα να διακόψουν το κάπνισμα και ιδιαίτερα οι «βαριοί καπνιστές».
- Περισσότερο ισχυρός προγνώστης του ποσοστού επιτυχίας φάνηκε πως είναι η μέθοδος διακοπής σε σχέση με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.
- Ανάμεσα στους καπνιστές οι οποίοι είχαν προσπαθήσει να διακόψουν τα προηγούμενα 10 χρόνια 47.5% διέκοψαν χωρίς να συμμετέχουν σε πρόγραμμα διακοπής, ενώ πέτυχε τη διακοπή μόλις το 23.6% αυτών που επέλεξαν να διακόψουν με τη βοήθεια προγράμματος διακοπής.[12]

Με βάση τα παραπάνω, συμπεραίνει κανείς ότι τα προγράμματα διακοπής εξυπηρετούν ένα μικρό αλλά σημαντικό πληθυσμό καπνιστών στον οποίο συμπεριλαμβάνονται οι «βαριοί καπνιστές» οι οποίοι είναι και οι περισσότερο συνδεδεμένοι με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος.

Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί, ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία υπέρ των μακροχρόνιων παρεμβάσεων υποβοήθησης της διακοπής οι οποίες τελικά βοηθούν τους καπνιστές να ελαττώσουν αλλά όχι και να διακόψουν το κάπνισμα. [3]

Το ποσοστό ενδιαφέροντος του καπνιστή για τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος σχετίζεται περισσότερο με παράγοντες όπως η ηλικία, ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνει το άτομο στο μήνα, το κατά πόσο οι καπνιστές ήδη προσπαθούσαν για τη διακοπή τη συγκεκριμένη περίοδο και κατά πόσο προσπαθούν να διακόψουν γιατί τους το έχει συστήσει κάποιος επαγγελματίας υγείας. [13]

Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές στον τρόπο με τον οποίο τα δύο φύλα φτάνουν στη διακοπή καπνίσματος με τις γυναίκες να δυσκολεύονται περισσότερο καθώς γι' αυτές εμπλέκονται σε μεγαλύτερο βαθμό και θέματα συναισθηματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων όπως το άγχος και η κατάθλιψη απ' ότι στους άνδρες, ανησυχίες που σχετίζονται με το σωματικό βάρος, καθώς επίσης για εκείνες περισσότερο σημαντικό για την επιτυχία της προσπάθειας είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον.[13]

2.2 Μέθοδοι διακοπής καπνίσματος

Το να αποφασίσει κανείς για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος για να βοηθήσει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι δύσκολο. Τελευταία, οι ερευνητές βλέπουν τους καπνιστές σαν καταναλωτές υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος και ερευνούν ενεργά τι θα ήταν αυτό που θα τους βοηθούσε περισσότερο να διακόψουν. Οι ανάγκες και τα θέλω διαφέρουν ανάλογα με τις διάφορες υποκατηγορίες καπνιστών. [3]

Περίπου όλες οι θεωρίες σχετικές με την εξάρτηση, την αλλαγή συμπεριφοράς καθώς και σχετικά μοντέλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την υποβοήθηση της διακοπής του καπνίσματος. Πολλές από αυτές δίνουν έμφαση στις αντιλήψεις και τις στάσεις, τις συμπεριφορές και τις πράξεις που επηρεάζουν την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. [3]

Στις βιομηχανικές χώρες οι καπνιστές έχουν πολλές επιλογές μεταξύ ειδικών προγραμμάτων, προϊόντων και τεχνικών υποβοήθησης για τη διακοπή του καπνίσματος. Η υπάρχουσα αφθονία επιτρέπει στον καπνιστή να επιλέξει μεθόδους οι οποίες μοιάζουν βοηθητικές και ικανοποιητικές. Παρόλα αυτά, η επιλογή της μεθόδου διακοπής πρέπει να προέρχεται μετά από σωστή πληροφόρηση, καθώς υπάρχουν μέθοδοι οι οποίοι υποστηρίζονται εμπειρικά ενώ άλλοι όχι.

Τέλος, κάποιες κουλτούρες δίνουν έμφαση στην αναζήτηση βοήθειας από κάποιον «ειδικό», ενώ άλλες προωθούν την αναζήτηση βοήθειας σε πνευματικούς ηγέτες, ή θεραπευτές. Η διαφορετικότητα των ατόμων οδηγεί και σε διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία και υπάρχει πάντα περισσότερος από ένας τρόπος για να διακόψει κανείς το κάπνισμα επιτυχώς. Κάθε καπνιστής

πρέπει να ανακαλύψει τον πιο αποδοτικό για εκείνον τρόπο με τον οποίο θα κατορθώσει να αλλάξει την καπνιστική του συμπεριφορά. Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσει κανείς ότι όλες οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμοστούν για συγκεκριμένες υπό-ομάδες καπνιστών καθώς και για διαφορετικές κουλτούρες. [3]

Η διακοπή του καπνίσματος απαιτεί συνδυασμό κινήτρων και ικανοτήτων. Οι σύντομες συμβουλευτικές παρεμβάσεις / στρατηγικές ισχυροποίησης των κινήτρων μπορεί να είναι ικανές και να απευθύνονται επιτυχώς σε κάποιους καπνιστές, αλλά κάποιοι άλλοι δεν διαθέτουν τις δεξιότητες ή την ικανότητα να κατορθώσουν τη διακοπή και τη συνέχισή της ή να διαχειριστούν τα διάφορα ερεθίσματα που τους ωθούν να καπνίσουν. Οι τελευταίοι πιθανόν να χρειάζονται περισσότερο εντατικές παρεμβάσεις και σημαντική βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα. [3]

Παρόλα αυτά, μεγάλος αριθμός καπνιστών έχει κατορθώσει να διακόψει μόνος, με ελάχιστη βοήθεια. [14] Για το λόγο αυτό, οι προσπάθειες ελέγχου του καπνίσματος πρέπει να είναι πολυδιάστατες. [15] Επίσης, παρά το ότι κάποιοι επαγγελματίες υγείας το πιστεύουν και κάποιες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες καπνίστριες που θέλουν να διακόψουν πιθανόν να χρειαστούν μεγαλύτερη υποστήριξη ή παρεμβάσεις με έμφαση στην απόκτηση δεξιοτήτων, προς το παρόν δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία προς υποστήριξη των παραπάνω.

Στις αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την διακοπή του καπνίσματος, περιλαμβάνονται: [16]

- 1. η παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας, όπου ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να προσωποποιήσει το μήνυμα προς τον καπνιστή δίνοντας έμφαση στα άμεσα οφέλη που συνεπάγεται η διακοπή και υπογραμμίζοντας τους εξατομικευμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού.** Η παρέμβαση αυτή από τον ιατρό θεωρείται αποτελεσματική και αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι 1% με 3% των καπνιστών απέχουν από το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών μετά την παροχή σε αυτούς συμβουλευτικής παρακίνησης από κάποιον επαγγελματία υγείας
- 2. η χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας,** (φυλλάδια, ενημερωτικά δελτία, εγχειρίδια, βιντεοκασέτες, ακουστικό υλικό) η οποία είναι ενδεδειγμένη παράλληλα με την φαρμακευτική ή τη συμβουλευτική παρέμβαση
- 3. η συνέντευξη παροχής κινήτρων,** η οποία αποτελεί ένα τύπο συμβουλευτικής παρέμβασης, ώστε οι καπνιστές να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους και να διευκολυνθούν στην ανάληψη δράσης τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και για την πρόληψη της υποτροπής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διερεύνησης των αμφιθυμικών συναισθημάτων, μέσω της αξιολόγησης των θετικών και αρνητικών σημείων που συνεπάγεται η διακοπή και

μέσω της διερεύνησης των προσωπικών εμποδίων που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθεια του για την τροποποίηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Αποτελεί κλινική στρατηγική, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου και μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό σε κάθε φάση της θεραπείας της εξάρτησης. Σε διάστημα 12 μηνών από την ολοκλήρωση παρέμβασης με συνέντευξη παροχής κινήτρων, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής.

- 4. η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία**, η οποία επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση τόσο των πεποιθήσεων που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και την αντίληψή του ως εξάρτηση, όσο και αυτών που αφορούν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα καταστροφικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η αποστέρηση και η αποχή από το τσιγάρο. Οι αντιλήψεις απέναντι στο κάπνισμα και στη διακοπή του εξετάζονται διεξοδικά με τη βοήθεια γνωσιακών τεχνικών, με στόχο την τροποποίησή τους και την αντικατάστασή τους από ρεαλιστικές πεποιθήσεις.

Βάση για τις συμπεριφοριστικές τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, στόχος των οποίων είναι οι καπνιστές να μάθουν ξανά να κατευθύνουν τη συμπεριφορά τους, αποτελούν οι δύο βασικές προϋποθέσεις που συμβάλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Πρόκειται για την αυτοματοποίηση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και για τα βραχυπρόθεσμα πλεονεκτήματα τα οποία προσφέρει το κάπνισμα. Σημαντικό είναι το κομμάτι της πρόληψης υποτροπής, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των καπνιστών στην αναγνώριση, την αποφυγή ή την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου για υποτροπή.

- 5. η θεραπεία υποκατάστασης με Νικοτίνη (Φαρμακευτική Μέθοδος)**. Αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμακευτικής προσέγγισης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς:

- Μειώνει τα συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα
- Μειώνει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο
- Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου
- Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο.

Υπάρχουν έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη: το αυτοκόλλητο, η τσίχλα η ρινική και η εισπνεύσιμη μορφή χορήγησης, η υπογλώσσια μορφή και οι παστίλιες. Οι διαφορές στην ταχύτητα και στην αποτελεσματικότητα της δράσης της νικοτίνης στον οργανισμό, μέσα από τις διαφορετικές αυτές διαθέσιμες μορφές χορήγησης, επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει τη μορφή θεραπείας που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του.

- 6. η θεραπεία με Βουπροπριόνη.** Η βουπροπριόνη είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό και αρχικά αξιοποιήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών όμως διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια από το τσιγάρο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο.

Υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι για τους οποίους η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί να ωφελήσει κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος:

- η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη και η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης η νικοτίνη μπορεί να έχει κάποιες αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, οι οποίες συντηρούν τη συνέχιση του καπνίσματος.
- η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί λοιπόν να αντικαταστήσει την επίδραση αυτή από την νικοτίνη. Η χορήγηση βουπροπριόνης βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα που εμφανίζονται εξ' αιτίας της αποχής από το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να δράσει ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα νικοτίνης μειώνοντας την ανθεκτική δυνητική ενέργειά της.

Θεραπεία διάρκειας επτά εβδομάδων, σε συνδυασμό ή όχι με υποκατάστατα νικοτίνης οδηγεί σε ποσοστά διακοπής από 44-68%, διπλάσια περίπου σε σχέση με τα ποσοστά διακοπής χωρίς φαρμακευτική βοήθεια.

- 7. η θεραπεία με Βαρενικλίνη:** Η βαρενικλίνη αποτελεί ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο προορίζεται ειδικά για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπριόνη και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Παράλληλα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.

Προγράμματα χορήγησης βαρενικλίνης για διάστημα 12 εβδομάδων φαίνεται να οδηγούν σε ποσοστά διακοπής περίπου 44%.

Προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης πραγματοποιήθηκε σε δύο μελέτες συγκριτική αξιολόγηση της χορήγησης του φαρμακευτικού αυτού σκευάσματος με τη χορήγηση βουπροπριόνης και με τη χορήγηση εικονικής φαρμακευτικής θεραπείας. Έπειτα από την χορήγηση βαρενικλίνης για διάστημα 12 εβδομάδων και έπειτα από διεξαγωγή βιοχημικού ελέγχου αξιολογήθηκε η αποχή από την κατανάλωση καπνού για διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων εβδομάδων. Στην πρώτη μελέτη διαπιστώθηκε αποχή στο 44,4% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε βαρενικλίνη έναντι του 29,5% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε βουπροπριόνη και του 17,7% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε εικονική φαρμακευτική θεραπεία. Η δεύτερη μελέτη κατέδειξε σχεδόν πανομοιότυπα ποσοστά αποχής τα οποία ανέρχονταν σε 44%, 30% και 17,7% για τις τρεις συνθήκες αντίστοιχα.

8. **εναλλακτικές μέθοδοι** όπως: βελονισμός, ύπνωση, μέθοδοι που χρησιμοποιούν ενεργειακά πεδία. Οι μέθοδοι αυτές ονομάζονται θεραπείες υποβολής, επειδή η δράση τους οφείλεται κυρίως στην επίδραση του θεραπευτή, η οποία παίρνει τη μορφή υποβολής. Η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά. Η χρήση και η αποτελεσματικότητα του ηλεκτρονικού τσιγάρου το οποίο δεν περιέχει τις βλαβερές ουσίες του καπνού, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, καθώς αποτελεί νέο προϊόν στην αγορά. Γενικά, δεν αποτελεί αποτελεσματικό μέσο καταπολέμησης της ψυχολογικής εξάρτησης από το τσιγάρο καθώς συντηρεί την τελετουργία του ανάμματός του.

2.3 Νέες τάσεις στις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος

Χρήση των τηλεπικοινωνιών

- Ιστότοποι

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε ένας αριθμός ιστοτόπων όπου παρέχεται πληροφόρηση και υποστήριξη για τη διακοπή καπνίσματος. Οι ιστοτόποι αυτοί επιτρέπουν στους χρήστες να εισάγουν προσωπικές πληροφορίες και να λαμβάνουν μηνύματα που ανταποκρίνονται στις προσωπικές τους ανάγκες. [3]

Ένα παράδειγμα αποτελεί ο ιστότοπος του «Quit Net» [17] ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα στο χρήστη να έλθει σε επαφή με άλλους χρήστες καθώς και τη δυνατότητα ζωντανής συνομιλίας σε 24ωρη βάση με άλλους χρήστες σε «δωμάτια» (chat-rooms), τη δυνατότητα άμεσων μηνυμάτων

(instant messaging), καθώς και πίνακες μηνυμάτων (message boards). Μελέτη του προγράμματος «Quit Net» έδειξε ότι όσοι από τους χρήστες συνδεόταν πιο συχνά και περνούσαν περισσότερο χρόνο συνδεδεμένοι, επισκεπτόταν περισσότερες ιστοσελίδες και έκαναν χρήση των επιλογών κοινωνικής υποστήριξης πιο συχνά, είχαν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν επιτυχώς το κάπνισμα από εκείνους που δεν έκαναν τίποτα από όλα αυτά. Οφέλη παρατηρήθηκαν επίσης για εκείνους που συνέχισαν να καπνίζουν καθώς μείωσαν σημαντικά τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα. [18]

Άλλες μελέτες έχουν ερευνήσει την δυνατή αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων διακοπής αλλά καθώς η διερεύνηση του διαδικτύου είναι πολύπλοκη, χρειάζεται ακόμα πολύ δουλειά για ασφαλή συμπεράσματα. Μια τέτοια μελέτη μέτρησε τη διάρκεια της διακοπής καπνίσματος των Ευρωπαίων καπνιστών οι οποίοι αγόραζαν αυτοκόλλητα νικοτίνης και συναίνεσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. [19] Όσοι ακολουθούσαν διαδικτυακό πρόγραμμα διακοπής προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους, είχαν σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας από εκείνους που δεν ακολούθησαν κάτι τέτοιο. Άλλες πιλοτικές και μη ελεγχόμενες έρευνες επίσης δείχνουν θετικά αποτελέσματα. [15]

Επιπρόσθετα με τους ιστότοπους που παρέχουν τεχνικές και προγράμματα διακοπής καπνίσματος, υπάρχουν και ιστότοποι οι οποίοι παρέχουν on line υλικό αυτοβοήθειας.

- **Τεχνικές ανατροφοδότησης και παροχής πληροφοριών που ανταποκρίνονται στις ατομικές ανάγκες, μέσω μηνυμάτων**

Σε πολλές παρεμβάσεις, χρησιμοποιήθηκε η στρατηγική της συλλογής πληροφοριών και της ανατροφοδότησης για να εξατομικευτεί η εμπειρία του καπνιστή σχετικά με τη συμβουλευτική και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Η ανατροφοδότηση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη σε όσους θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα ιδίως όταν τα μηνύματα που τους απευθύνονται συμπεριλαμβάνουν προσωπικές πληροφορίες και πληροφορίες για τις ατομικές τους ανάγκες. [20]

Η ανατροφοδότηση παρέχεται με διάφορους τρόπους (ταχυδρομείο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, online) και μπορεί να δίνεται επανειλημμένα για να συμβουλευεί το άτομο σχετικά με την πρόοδο του και να υποστηρίζει την συνεχιζόμενη προσπάθεια διακοπής. Επίσης μπορεί να χρησιμεύσει για να θέσει τις φυσιολογικές τιμές ενός ατόμου σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας, φύλου, κουλτούρας και επικινδυνότητας. Επίσης ενθαρρύνει τον αυτο-έλεγχο, ο οποίος μπορεί να δράσει σαν μηχανισμός αλλαγής της συμπεριφοράς. [3]

Το είδος και η βαρύτητα των μηνυμάτων ανατροφοδότησης μπορεί να διαφέρει σημαντικά και να κυμαίνεται από μια απλή συμβουλή να διακόψει κανείς το κάπνισμα έως την παροχή

πληροφοριών και την παροχή συγκριτικών πληροφοριών η οποία μπορεί να εκτείνεται για κάποιους μήνες. [23, 24]

Τέτοιου είδους παρεμβάσεις έχουν αποδειχτεί επιτυχημένες με τους καπνιστές. Από όσους έλαβαν 3 μηνύματα ανατροφοδότησης (στην αρχή της παρέμβασης, στους 6 και στους 12 μήνες) σχετικές με την αλλαγή πολλαπλών συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, 25,4% προχώρησαν στη διακοπή ή τη συντήρησή της. [25] Παρόλα αυτά δεν έχουν βρει όλες οι μελέτες θετικά αποτελέσματα. [26, 27]

- **Τηλεφωνικές Γραμμές Βοήθειας για τη Διακοπή του Καπνίσματος (Quit Lines) και συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου**

Οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος (Quit Lines) και συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου σε πολλές χώρες αποτελούν τον μεγαλύτερο πάροχο διακοπής καθώς τοπικές και εθνικές οργανώσεις προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες στους πολίτες. [3]

Στους καπνιστές παρέχεται μια σειρά επιλογών για τη διακοπή, από υλικό αυτοβοήθειας και υποστήριξη μέσω διαδικτύου μέχρι πολλαπλές συνεδρίες συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπεία. Παρέχουν δωρεάν τηλεφωνική υποστήριξη για αυτούς που σκέφτονται να διακόψουν το κάπνισμα ή είναι έτοιμοι να το κάνουν. Πρόκειται για υποστήριξη εύκολα προσβάσιμη η οποία παρέχεται από εκπαιδευμένους συμβούλους. [3]

Μια ανασκόπηση του 2007 για τις τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος στον Καναδά, τις Η.Π.Α., και το Ηνωμένο Βασίλειο [27] απέδειξε την αποτελεσματικότητά τους στη διακοπή του καπνίσματος.

Στις υπηρεσίες τις οποίες προσφέρονται συμπεριλαμβάνονται συμβουλευτική κινήτρων, τηλεφωνήματα παρακολούθησης της προόδου του ατόμου, υλικό αυτο – βοήθειας το οποίο ταχυδρομείται, ηχογραφημένα μηνύματα, πρόσβαση σε φαρμακοθεραπεία αναφορές σε τοπικές πηγές για τη διακοπή του καπνίσματος και συνδυασμό των παραπάνω υπηρεσιών.

Σε πολλές μελέτες βρέθηκε ότι η παρακολούθηση της προόδου του καπνιστή μέσω τηλεφωνημάτων, οδήγησαν σε μεγαλύτερη διάρκεια διακοπής από την πρόοδο που προήλθε από παρεμβάσεις του ενός τηλεφωνήματος.

Ο αριθμός των τηλεφωνημάτων που χρειάζεται για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα βρέθηκε πως είναι 3 ή περισσότερα τηλεφωνήματα καθώς παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα από 1 ή 2, το

υλικό αυτοβοήθειας, τη βραχεία συμβουλευτική ή τη φαρμακοθεραπεία μόνη. [28] Μελέτες σε πρόσφατη μετα-ανάλυση έδειξαν ελάχιστα σημαντικές αυξήσεις με επιπρόσθετα τηλεφωνήματα (2% ή λιγότερο στα ποσοστά διακοπής). [3]

Στα πλεονεκτήματα της παρέμβασης συγκαταλέγεται το ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά ή επιπρόσθετα με άλλες παρεμβάσεις και το ότι ο πελάτης δεν χρειάζεται να φύγει από το σπίτι του. [3]

Επιπρόσθετα, η υπηρεσία γραπτών μηνυμάτων (text messaging) στα κινητά τηλέφωνα έχει χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή του καπνίσματος [29]

Σε μια μελέτη στη Ν. Ζηλανδία 1075 άτομα έλαβαν τέτοια μηνύματα ενώ βρίσκονταν κοντά στην ημερομηνία διακοπής. Έξι εβδομάδες μετά τη διακοπή, το ποσοστό διακοπής ήταν 28% για εκείνους που λάμβαναν τα μηνύματα και 13% για την ομάδα ελέγχου [30]

Στην Ελλάδα η μέθοδος παραμένει υπό-αναπτυγμένη. Έχουν αναφερθεί αποδεκτά, όχι όμως σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα ενηλίκων, οι οποίοι δέχονται άμεση βοήθεια και στήριξη μέσω της χρήσης τηλεφωνικών γραμμών. [16]

- Ομαδική θεραπεία

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι ένας ικανός και αποτελεσματικός τρόπος για την παροχή βοήθειας στη διακοπή καπνίσματος.

Σύμφωνα με μελέτες, είναι διπλάσια αποτελεσματική σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις αυτοβοήθειας. Συνήθως υλοποιείται από συμβούλους οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι στη διακοπή καπνίσματος και διαρκεί τυπικά από 4-8 εβδομάδες. Το μέγεθος της ομάδας ποικίλλει αλλά σε όλα τα μέλη πρέπει να δοθεί η δυνατότητα να μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης. [3]

Η ομαδική θεραπεία προσδίδει την ευκαιρία στον καπνιστή να μάθει γνωστικές και μηγεβιοριστικές τεχνικές, όπως δεξιότητες αντιμετώπισης της έντονης έλλειψης («πεινας») για τσιγάρο, του πώς να θέσει κανείς ημερομηνία διακοπής, πώς να αναζητήσει κοινωνική υποστήριξη και πώς να ελέγξει την περιβαλλοντική έκθεσή του στον καπνό του τσιγάρου. [3]

Για τις πολλές γυναίκες οι οποίες αναφέρουν ότι το στρες και ο εκνευρισμός είναι λόγοι υποτροπής, οι γνωσιακές τεχνικές οι οποίες διδάσκονται στις συναντήσεις της ομάδας μπορεί να βοηθήσουν τις δεξιότητες διαχείρισης αυτών των παραγόντων. [22,26]

- Ατομική συμβουλευτική και θεραπεία

Η ατομική συμβουλευτική παρέχει διπλάσια ποσοστά επιτυχίας σε σύγκριση με τους καπνιστές οι οποίοι ακολουθούν μεθόδους αυτοβοήθειας. [31] Μελέτες βρήκαν ότι όταν η ατομική συμβουλευτική παρέχεται από εκπαιδευμένο σύμβουλο, οι πιθανότητες για επιτυχημένη διακοπή ήταν αυξημένες, παρόλα αυτά όμως δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ βραχέων και πιο εντατικών μεθόδων συμβουλευτικής. [26]

Οι πληροφορίες και οι δεξιότητες που διδάσκονται στην ατομική συμβουλευτική είναι παρόμοιες με αυτές που διδάσκονται στην ομαδική θεραπεία αλλά το περιεχόμενο των συνεδριών μπορεί πιο εύκολα να τροποποιηθεί με βάση την εύρεση και απόδοση των προσωπικών στρεσογόνων παραγόντων του πελάτη, των αποτελεσματικών για εκείνον στρατηγικών και των δικών του συμπτωμάτων στέρησης.

Μπορεί επίσης να είναι περισσότερο αποτελεσματική μέθοδος για άτομα που έχουν και συνωδά ψυχολογικά προβλήματα καθώς συνήθως χρειάζονται βοήθεια για την εξάρτηση από τον καπνό αλλά και όχι μόνο. Αυτοί οι καπνιστές βρέθηκε ότι δυσκολεύονται στην αποχή από το κάπνισμα και υποτροπιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άλλους. [23,24]

- Εμβόλια

Έρευνες για 3 εμβόλια τα οποία θα βοηθούν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα είναι σε εξέλιξη. Θα βοηθούν το σώμα να παράγει αντισώματα τα οποία θα δεσμεύουν τη νικοτίνη, εμποδίζοντάς την να περάσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό μειώνοντας έτσι τα συμπτώματα της συνήθειας.[3]

Ένα γνωστό μειονέκτημα των εμβολίων είναι ότι χρειάζονται συχνές ενέσεις για να παραχθούν αρκετά αντισώματα και να διατηρηθεί η αποτελεσματικότητα του εμβολίου (4-6 εβδομάδες ενέσεων). Στις κλινικές δοκιμές, τα εμβόλια είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα από τα placebo στην επίτευξη 12μηνης αποχής από το κάπνισμα. [3]

3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί το μέσον για την παροχή σε πρώτο βαθμό των βασικών υπηρεσιών υγείας και οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο όντας το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. [32]

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα αποτελεί επίσης τον τομέα της φροντίδας υγείας όπου «παράγεται» το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας υγείας, από την πρόληψη και την αγωγή υγείας μέχρι και το πρώτο στάδιο περίθαλψης, που περιλαμβάνει τη διάγνωση και την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης και της φαρμακευτικής φροντίδας. Η χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στη διάγνωση και η αξιοποίηση της ιατρικής γνώσης στην έγκαιρη παρέμβαση είναι τα εργαλεία με τα οποία ο γιατρός θα αντιμετωπίσει ένα μεγάλο όγκο νοσηρότητας, τις περισσότερες φορές χωρίς να χρειασθεί η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο. [33]

Η Π.Φ.Υ. ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η έννοιά της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής κλινικής και φαρμακευτικής αγωγής.

Συγκεκριμένα, στην Π.Φ.Υ. λαμβάνουν χώρα ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων χωρίς να απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Το τελευταίο λαμβάνει ένα τελείως διαφορετικό ρόλο, να αποτελεί συμπλήρωμα της Π.Φ.Υ. για την αντιμετώπιση εξειδικευμένων περιπτώσεων και όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι ή σε μονάδες Π.Φ.Υ.. [34]

Οι προληπτικές δραστηριότητες μέσα από την Π.Φ.Υ. διακρίνονται σε αυτές που σχετίζονται με μέτρα για το περιβάλλον και σκοπό έχουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση τη μείωση της νοσηρότητας, και σε ατομικά μέτρα που έχουν σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Την αύξηση του επιπέδου συνειδητότητας του πληθυσμού, την ετοιμότητα και αποφασιστικότητα σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών, έρχεται να καλύψει η έννοια της Αγωγής Υγείας, που σχετίζεται στενά με την Π.Φ.Υ., με την προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας. [34] Ο σημαντικός ρόλος της Π.Φ.Υ. στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που έχουν σκοπό να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος της Π.Φ.Υ. στη αναγνώριση και φροντίδα των ατόμων με ψυχική νόσο είναι αδιαμφισβήτητη τόσο στην έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή τους σε ειδικούς όσο και στην παραμονή και φροντίδα αυτών των ατόμων στο σπίτι, στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον. [35]

Σύμφωνα με μελέτη της ΠΟΥ, η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. σχετίζεται με τη βελτίωση της έκβασης της υγείας, της περιγεννητικής θνησιμότητας, της θνησιμότητας από άλλες αιτίες (π.χ. ατυχήματα) ή την ειδική με τη νόσο θνητότητα (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά). Αυτή η σχέση είναι σημαντική για τον έλεγχο καθοριστικών παραγόντων για την υγεία σε μακροεπίπεδο (ποσοστό ηλικιωμένων, Α.Ε.Π. κατά κεφαλή, ποσοστό ιατρών ανά 1000 κατοίκους) καθώς και σε μικροεπίπεδο (Μ.Ο. εξωνοσοκομειακών επισκέψεων, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού). Αναφέρεται ακόμη ότι αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σχετίζεται θετικά με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών και μείωση των συνολικών δαπανών για την υγεία. Προσανατολισμένα στην Π.Φ.Υ. συστήματα υγείας, ακόμη και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, αναφέρεται να είναι περισσότερο δίκαια, προσιτά και προσβάσιμα υπέρ των φτωχών. Η εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών σχετίζεται θετικά με τη μείωση του κόστους και την αυξημένη ικανοποίηση των χρηστών, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, χαρακτηριστικά της Π.Φ.Υ. όπως η γεωγραφική κάλυψη, η μακροχρονιότητα, ο συντονισμός και ο προσανατολισμός προς την κοινότητα, σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. [36]

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την άμεση σχέση της Π.Φ.Υ. με την ποιότητα και την αποδοτικότητα, είναι περιορισμένη. Όμως, αναφέρεται ότι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί προάγουν τη συνέχεια και περιεκτική πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επειγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Βέβαια, για να γευτούν τα κράτη τα οφέλη της Π.Φ.Υ., οφείλουν να ικανοποιούν βασικές προϋποθέσεις, όπως υψηλή προσπελασιμότητα, ύπαρξη μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, συνεργασία με τις άλλες μορφές περίθαλψης και διατομεακή συνεργασία εντός της ομάδας Π.Φ.Υ., πλήρη δράση του οικογενειακού ιατρού.

Σύμφωνα με το νέο αυτό πρίσμα της ενίσχυσης της Π.Φ.Υ. που προτείνει η ΠΟΥ, θα πρέπει να κατευθυνθούν οι πολιτικές υγείας των κρατών. Η δομή του εκάστοτε συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με τις υγειονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές συνθήκες της χώρας που εφαρμόζεται. Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη και η διαμόρφωση της δομής του συστήματος υγείας έγινε αποσπασματικά και είναι παράλληλη με την πορεία και ανάπτυξη του ελληνικού κράτους. Θα ακολουθήσει αναφορά στην πορεία ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα καθώς και ανάλυση της σύγχρονης μορφής της. [34]

3. 1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, ο θεσμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξελίχθηκε ως εξής: [37]

Με τη σύσταση του Ελληνικού κράτους, ο πρώτος κυβερνήτης Καποδίστριας γιατρός στο επάγγελμα, δεν υλοποίησε ποτέ τα σχέδιά του για την οργάνωση του Τομέα Υγείας και την παροχή περίθαλψης στον ελληνικό πληθυσμό καθώς έφυγε από τη ζωή πρόωρα και με βίαιο τρόπο.

Στη συνέχεια, επί Όθωνα, με το Νόμο του 1834 η υγειονομική προστασία του πληθυσμού ανατέθηκε στην τοπική αυτοδιοίκηση ως έναν φορέα που βρίσκεται πολύ κοντά στον πολίτη και έτσι γνωρίζει τα προβλήματά του.

Το 1852 θεσπίστηκαν οι Επαρχιακοί Γιατροί χωρίς όμως να καλύπτονται ούτε οι στοιχειώδεις ανάγκες του πληθυσμού. Στις αστικές περιοχές η περίθαλψη παρείχεται μέσα από τα πρώτα ιδρυθέντα Νοσοκομεία της χώρας και τα μοναστήρια τα οποία ενισχύονται οικονομικά από την Εκκλησία και λειτουργούσαν ως μικρές μονάδες υγείας στελεχωμένες είτε με τους λιγιστούς γιατρούς της εποχής, είτε με πρακτικούς καθώς οι επιστήμονες γιατροί δεν επαρκούσαν. Παράλληλα έγιναν προσπάθειες οργάνωσης του Τομέα Υγείας στην ύπαιθρο με την ίδρυση δύο Περιφερειακών Ιατρείων τα οποία στελεχώνονταν με ένα γιατρό, ένα φαρμακοποιό και ένα χειρουργό και προσέφεραν δωρεάν περίθαλψη στον αγροτικό πληθυσμό.

Ακολούθησε μια περίοδος στασιμότητας από το 1846 και μετά, η οποία διήρκησε περίπου μισό αιώνα, παρά την αύξηση του αριθμού των ιατρών στους 2.500 και την ίδρυση διάφορων Ιδιωτικών, Δημοτικών και Κρατικών Νοσοκομείων.

Το 1903 ιδρύθηκε η πρώτη Πολυκλινική Αθηνών και μετά το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου έγιναν τα πρώτα βήματα για την οργάνωση Ιατρικών Υπηρεσιών στην ύπαιθρο, αποτελώντας οι υπηρεσίες αυτές μια πρώτη μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας η οποία όμως δεν καρποφόρησε.

Το 1915 με το Ν. 582 ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη το Γραφείο Δημόσιας Υγείας με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος των επιδημιών στη Μακεδονία αλλά η έλευση των προσφύγων από τη Μ. Ασία το 1922 και η ανάγκη για τη λήψη δραστικών μέτρων στον τομέα της Υγείας οδήγησε στην ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής. Υπήρξαν συντονισμένες προσπάθειες για την οργάνωση της υπαίθρου και την παροχή υπηρεσιών Υγείας χωρίς όμως να κατορθώσει να θεσπιστεί ένα οργανωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης λόγω των οικονομικών προβλημάτων της χώρας αλλά και του προσφυγικού ζητήματος.

Η πρώτη σημαντική προσπάθεια οργάνωσης ενός συστήματος παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό έγινε με την ψήφιση του νόμου 1937/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το AN965 αποτέλεσε την πρώτη μεταρρύθμιση στο υγειονομικό πρόβλημα της χώρας όπου

για πρώτη φορά ιδρύονται τα πρώτα πολυιατρεία στις πόλεις και οι υγειονομικοί σταθμοί στις αγροτικές κοινότητες.

Η ίδρυση των αγροτικών ιατρείων σε αγροτικές περιοχές συνέβαλε δραστικά στην τόνωση του αγροτικού πληθυσμού και έδειξε ότι πρόκειται για μια πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια με τις όποιες ελλείψεις είχε αυτή. Παρ' όλα αυτά η προσπάθεια του Υπουργείου Υγιεινής να επεκτείνει το θεσμό σε όλη την επικράτεια απέτυχε εξ' αιτίας της σημαντικής έλλειψης οικονομικών πόρων, κρατικής οργάνωσης και την απουσία οργανωμένης πολιτικής υγείας στη χώρα κατά τα έτη 1940-1950. Στην τριετία 1951-1953 λειτούργησαν τριάντα τρία Υγειονομικά Κέντρα.

Κατά τα επόμενα έτη ακολούθησαν μια σειρά από ΝΔ (ΝΔ 2592/1953: προβλέπεται η διαίρεση της χώρας σε 13 Υγειονομικές Περιφέρειες, η σύσταση υγειονομικών συμβουλίων και η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δημιουργία Υγειονομικών σταθμών στις αγροτικές περιοχές, Ν 3487/1955 προβλέπεται η σύσταση ενός ικανού αριθμού αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου, ΝΔ 67/68 θεσπίζεται για τους απόφοιτους των ιατρικών σχολών η υποχρεωτική ενiaύσια υπηρεσία στο ύπαιθρο) και με τη λήξη της δεκαετίας του 1970 ολοκληρώθηκε μια σημαντική προσπάθεια για την οργάνωση ενός δικτύου παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος το 1983 με το Ν. 1397 και τη σύσταση του Ε.Σ.Υ. έγινε η μεγάλη ανατροπή στο σύστημα υγείας της χώρας. Για πρώτη φορά η Ελλάδα αποκτά ένα οργανωμένο Σύστημα Υγείας, στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πολίτες πρόσβαση με ίσο τρόπο και χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν.

Επίσης, σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη για πρώτη φορά θεσπίζεται και ένα οργανωμένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας στο λαό της υπαίθρου διαμέσου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών.

Έτσι σε κάθε Νομό συστήνονται Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Παράλληλα ορίζεται η έδρα και η περιοχή ευθύνης του κάθε Κέντρου Υγείας και Περιφερειακού Ιατρείου, με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.

Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλο τον πληθυσμό, μόνιμο και μη, της περιοχής τους η νοσηλεία και η παρακολούθηση ασθενών οι οποίοι τελούν στο στάδιο της ανάρρωσης, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή τους στο Νοσοκομείο. Επιπλέον ανάμεσα στα άλλα είναι η οδοντιατρική περίθαλψη, η άσκηση προληπτικής ιατρικής, η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, η ενημέρωση

σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας κλπ (άρθρο 15)

Ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας Αστικών και μη Αστικών περιοχών. Τα πρώτα στελεχώνονται με ιατρούς ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των Νοσοκομείων καθώς και με Οικογενειακούς ιατρούς που ανήκουν στον Παθολογικό τομέα του Νοσοκομείου. Τα Κέντρα Υγείας της κατηγορίας αυτής όμως παρά την αρχική πρόβλεψη του Νομοθέτη δεν συστάθηκαν για να επιτελέσουν την αποστολή τους. Όσον αφορά τα δεύτερα αυτά είναι στελεχωμένα με *ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής και λοιπών ειδικοτήτων* που είναι καθορισμένες. Τέλος, τα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών καλύπτονται και με *επισκέπτες ιατρούς* ειδικοτήτων με τις οποίες δεν είναι στελεχωμένο το Κέντρο Υγείας και οποίοι ανήκουν στο Νοσοκομείο που είναι ενταγμένο το Κέντρο Υγείας. Παράλληλα, τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε επιστημονική διασύνδεση με το Νοσοκομείο τους. (άρθρα 17-19)

Η ψήφιση του Ν 2071/1992 (άρθρα 12-15) επέφερε βασικές αλλαγές στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο με την καθιέρωση της ιδιωτικής Π.Φ.Υ., όσο και με την αλλαγή της δομής των μονάδων αυτής, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Βέβαια, αυτή η αλλαγή δεν κατέστη δυνατόν να εφαρμοσθεί αφού η ψήφιση του Ν 2194/1994 και 2519/1997 επανέφερε ορισμένες διατάξεις του Ν 1397/1983 σε ισχύ, αλλά η αλλαγή του χαρακτήρα και της φιλοσοφίας του δημοσίου συστήματος Π.Φ.Υ. δεν αποκαταστάθηκε.

Η αλλαγή της δομής του Ε.Σ.Υ. η οποία επήλθε με το Ν 2889/2001 δεν επηρέασε ουσιαστικά το σύστημα της Π.Φ.Υ., αφού οι βασικές αρχές αυτής παρέμειναν αμετάβλητες, εκτός της υπαγωγής της διοίκησης των μονάδων της στα Π.Ε.Σ.Υ.Π. της χώρας.

Αντίθετα ο Ν3235/2004 τοποθετεί σε νέα πλαίσια την Π.Φ.Υ. και καθορίζει εκ νέου τις αρχές και τις μονάδες μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στον πολίτη. Ενώ για πρώτη φορά προβλέπεται η ενοποίηση όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) και την διοίκηση των Π.Ε.Σ.Υ.Π. και σήμερα των Δ.Υ.Π.Ε.

Τέλος, επαναπροσδιορίζεται το ζήτημα του *οικογενειακού ιατρού* ή αλλιώς του *προσωπικού ιατρού* του πολίτη ως και οι παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες. Όμως και ο Νόμος αυτός παρέμεινε ανεφάρμοστος και συνεπώς η Π.Φ.Υ. συνεχίζει να λειτουργεί με ένα νομοθετικό καθεστώς του οποίου οι διατάξεις κατά τα δυο τρίτα παραμένουν ανεφάρμοστες.

Η νέα στρατηγική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), όπως αυτή διακηρύχθηκε στην Alma-Ata το 1978, στοχεύει στον αναπροσανατολισμό των στόχων του τομέα της υγείας και τη στροφή προς την Π.Φ.Υ., η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος μιας χώρας. Η διακήρυξη βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας, και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού. [37] Η διακήρυξη της Alma-Ata αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ανάδειξη της σημασίας της Πρόληψης και της Αγωγής Υγείας σε συνδυασμό με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη για την αντιμετώπιση της ασθένειας και τη βελτίωση ή διατήρηση της υγείας του μέσα από συντονισμένη διατομεακή δράση, αναδείχθηκαν και αποτέλεσαν στη συνέχεια την πυξίδα για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών.

Σήμερα, η διεθνής εμπειρία καταδεικνύει την αναγκαιότητα της Π.Φ.Υ. ως επίκεντρο του όλου συστήματος υγείας. Οι μονάδες Π.Φ.Υ. βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της θέσης τους αποτελούν κομβικό σημείο για τη διάρθρωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο για την αποτελεσματική λειτουργία του απαιτεί εκτός από την καλή οργάνωση, την καλή συνεργασία και την αμφίδρομη σχέση-επικοινωνία με τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια).

Ο ρόλος τους είναι να αποτελούν ένα είδος «φίλτρου» (gatekeeper) των περιπτώσεων που προσέρχονται πριν αυτές προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα, με στόχο τον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών και κατ' επέκταση τον περιορισμό των δαπανών. [37,40]

3.2 Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος στην Ελλάδα

Οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη διακοπή καπνίσματος είναι αφ' ενός αποτελεσματικές και αφ' ετέρου αποδεικνύονται με χαμηλό κόστος σε σχέση με τις επιπτώσεις στην θνησιμότητα και νοσηρότητα των καπνιστών (QALY κλπ), ενώ οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να αποτελούν οργανωμένες μονάδες Κλινικών (όπως η Μονάδα Βρογχοσκοπήσεων, το Αναπνευστικό Εργαστήριο κ.ά) των Πνευμονολογικών Κλινικών όπου παρέχονται συμβουλές και ολοκληρωμένες στρατηγικές που στοχεύουν σε όλους τους καπνιστές και κυρίως σε εκείνους που ζητούν ή χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να κόψουν το κάπνισμα. [5]

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να πραγματοποιηθεί ατομικά ή σε ομάδες, με τους πνευμονολόγους εξ' ορισμού να διαδραματίζουν ενεργό και συνεχή ρόλο προς κάθε καπνιστή είτε αυτό αφορά στην κινητοποίησή του προκειμένου να σταματήσει το κάπνισμα, είτε στην παροχή της κατάλληλης στρατηγικής και θεραπευτικής αγωγής για την επίτευξη της διακοπής καπνίσματος. Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν όμως και στην παρακολούθηση του καπνιστή για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί, ώστε να αντιμετωπισθούν τόσο τα συμπτώματα στέρησης όσο και οι υποτροπές αν και όταν αυτές προκύπτουν.

Παρόλα αυτά, στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος είναι επίσης σημαντικό να συμμετέχουν πολλές ιατρικές ειδικότητες όπως γενικοί ιατροί, παθολόγοι, καρδιολόγοι αφού πολλοί καπνιστές συμβουλευονται συχνότερα αυτούς. [5]

3.3 Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος και προϋποθέσεις λειτουργίας

Στην Ελλάδα υπάρχουν πλέον δεκάδες οργανωμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, που εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές προσέγγισης ώστε να βοηθηθούν οι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. [4]

Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος και του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία ορίζει τις παρακάτω προϋποθέσεις για τη λειτουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος:

1. Ανεξάρτητος χώρος συνεντεύξεων και εξέτασης
2. Ανεξάρτητες ώρες λειτουργίας του Ειδικού Ιατρείου από άλλα (π.χ. πνευμονολογικό ή παθολογικό)
3. Συστηματική αναγνώριση καπνιστή και καταγραφή φακέλου με Δημιουργία Ιατρικού και Καπνισματικού αρχείου με συστηματική καταγραφή καπνισματικής συμπεριφοράς,

κινητοποίησης διακοπής καπνίσματος, βαθμού εξάρτησης στη νικοτίνη, στερητικών συμπτωμάτων.

4. Αξιολόγηση καπνίσματος με χρήση μεθόδων που ανιχνεύουν το κάπνισμα , όπως μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO) ή της νικοτίνης σιέλου, αίματος ή ούρων.
5. Μέτρηση σωματικού βάρους
6. Εκτίμηση αναπνευστικής λειτουργίας.
7. Διατροφική συμπεριφορά και οδηγίες.
8. Συμβουλευτική υποστήριξη – Παρακολούθηση
9. Φαρμακευτική αγωγή

Σχετικά δε με τη σύσταση της διεπιστημονικής ομάδας, αυτή πρέπει να αποτελείται από:

1. Εκπαιδευμένο Πνευμονολόγο ή Γενικό Ιατρό στη διακοπή καπνίσματος
2. Νοσηλεύτρια ή κοινωνική λειτουργό
3. Γραμματειακή υποστήριξη για τη ρύθμιση των συναντήσεων παρακολούθησης και τηλεφωνικής επικοινωνίας
4. Σύμβουλο διατροφολόγο και κλινικό ψυχολόγο

Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι κατά βάση ενταγμένα στο τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και οι καπνιστές προσέρχονται έπειτα από ραντεβού μέσω της γραμματείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος, στελεχώνονται κατά κύριο λόγο από πνευμονολόγους, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς και έχουν σαν στόχο την ενημέρωση για τους κινδύνους από την καπνιστική συμπεριφορά και την κινητοποίηση των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος.

Συγχρόνως όμως, στόχο των ιατρείων αυτών αποτελεί και η ενημέρωση για τους τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης που διατίθενται σήμερα καθώς και η εφαρμογή χρονοδιαγράμματος ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Τέλος, σε κάποια ιατρεία διακοπής καπνίσματος, κατά την έναρξη της θεραπείας γίνεται ένας πλήρης λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, ο οποίος επαναλαμβάνεται ανά 3μηνο και για διάστημα ενός έτους, καθώς και μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO), καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και του βάρους, μετρήσεις που επαναλαμβάνονται στις εβδομαδιαίες επισκέψεις των καπνιστών και ανά 3μηνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.[5]

3.4 Κοινοφελής Επιχείρηση Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης – Δημοτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ.), Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Παροχές στα Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου Βόλου.

Ο Δημοτικός Οργανισμός Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.) του Δήμου Βόλου, μέλος του Εθνικού Δικτύου Υγιών Πόλεων από το 1992, υπήρξε για χρόνια ο κύριος προνοιακός φορέας του Δήμου Βόλου και μαζί με το Κ.Α.Π.Η. και τον Οργανισμό Κέντρου Παιδιού αποτέλεσαν την εκφρασμένη πολιτική του προ - Καλλικρατικού Δήμου.

Ο Δ.Ο.Υ.Κ. λειτούργησε ως μία Αμιγής Δημοτική Επιχείρηση του Κοινωνικού Τομέα (Ν.Π.Ι.Δ.) που ιδρύθηκε το 1992, ύστερα από απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου Βόλου, με σκοπό να αναλάβει το συντονισμό και την υλοποίηση δράσεων κοινωνικής πολιτικής που δεν καλύπτονται από τον ίδιο τον Δήμο και τα άλλα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου που λειτουργούσαν εκείνη την εποχή.

Κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του, η ανάπτυξη νέων κοινωνικών υπηρεσιών από τον Δ.Ο.Υ.Κ., είχε επιπτώσεις που επηρέασαν το ευρύτερο πολεοδομικό συγκρότημα του Βόλου, αφού το παράδειγμά του ακολούθησαν σχεδόν όλοι οι δήμοι της περιοχής, ιδρύοντας παρόμοιες επιχειρήσεις και εγκαινιάζοντας δειλά στην αρχή, αλλά στην συνέχεια με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας.

Η Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Κ.Ε.Κ.Π.Α. - Δ.Ι.Ε.Κ. η οποία υφίσταται από τον Ιούνιο 2011, ανήκει στο Δήμο Βόλου και αποτελεί προϊόν συγχώνευσης των δημοτικών επιχειρήσεων της ευρύτερης περιοχής του Βόλου που συνενώθηκαν με το πρόγραμμα Καλλικράτης. Οι βασικοί σκοποί της Κ.Ε.Κ.Π.Α.-Δ.Ι.Ε.Κ. εντάσσονται στο πεδίο της Κοινωνικής Φροντίδας. Η Κ.Ε.Κ.Π.Α.-Δ.Ι.Ε.Κ. λειτουργεί προγράμματα των κοινοτικών πλαισίων στήριξης (Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Δ.ΑΠ., προγράμματα για την Αναπηρία, κτλ), προγράμματα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Interreg, Leonardo, Grundvig, κτλ) και ειδικά προγράμματα στήριξης της ενσωμάτωσης ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων (ηλικιωμένοι, νέοι και έφηβοι, Ρομά κτλ).

Τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας του Δ.Ο.Υ.Κ. ξεκίνησαν το 1995 με την δημιουργία των Κοινωνικών Κέντρων. Η λειτουργία των Κοινωνικών Κέντρων στο Δήμο Βόλου είναι ένας ιδιαίτερα πετυχημένος θεσμός που στηρίζεται στη φιλοσοφία της αποκέντρωσης των Κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας σε επίπεδο συνοικίας. Τα Κοινωνικά Κέντρα, αποτελούν μια καινοτόμα και επιτυχή μεταφορά των community centers που λειτουργούν και σε άλλες ευρωπαϊκές (και όχι μόνο) χώρες. Σκοπός τους είναι η δυνατότητα για τους ΟΤΑ και τις κοινωνικές τους υπηρεσίες να προσεγγίζουν τους κατοίκους σε επίπεδο γειτονιάς, να δίνουν τη

δυνατότητα σε ομάδες με ειδικά ενδιαφέροντα (πχ νέοι, καλλιτέχνες, ΑμεΑ, άτομα τρίτης ηλικίας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις) να οργανώσουν με ελάχιστο ή και καθόλου κόστος τις δραστηριότητές τους και να τις μοιραστούν με όσους έχουν τις ίδιες ανησυχίες.

Οι δράσεις των Κοινωνικών Κέντρων εστιάζονται σε τρεις άξονες.

1. την πρόληψη και συμβουλευτική υγείας
2. την κοινωνική μέριμνα
3. τη διαχείριση ελεύθερου χρόνου

Ο συνδυασμός των τριών παραπάνω δράσεων σε κάθε ένα Κοινωνικό Κέντρο ξεχωριστά είναι που τα κάνει ελκυστικά και χρήσιμα για τους πολίτες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους συνίσταται σε:

- Προληπτικές εξετάσεις από το προσωπικό της Ομάδας Υγείας της Κ.Ε.Κ.Π.Α.-Δ.Ι.Ε.Κ. μετά από ραντεβού (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σακχάρου, χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων με δακτυλοκέντηση).
- Σύνδεση με τη σχολική κοινότητα, στα σχολεία της περιοχής των Κοινωνικών Κέντρων και υποστήριξη των προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας που υλοποιούνται σ' αυτά.
- Ενημέρωση και ένταξη επωφελούμενων στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι".
- Συμβουλευτική υποστήριξη και παραπομπές σε κοινωνικές υπηρεσίες.
- Έκδοση παραπεμπτικών για ένταξη στο πρόγραμμα στήριξης με τρόφιμα του Δημοτικού Παντοπωλείου.
- Λειτουργία ομάδων θεραπευτικής γυμναστικής, άσκησης, χορωδίας, χορού, κ.λ.π. για όλες τις ηλικίες.
- Οργάνωση ομαδικών εκδηλώσεων και περιηγήσεων.
- Λειτουργία καθημερινού εντευκτηρίου.
- Κάλυψη αναγκών τοπικών ομάδων και συλλόγων για χρήση χώρου για συναντήσεις και συνεδριάσεις.
- Δωρεάν πρόσβαση στο διαδίκτυο στους χώρους των Κοινωνικών Κέντρων.

Πρακτικά, τα Κοινωνικά Κέντρα, ενσωματώνουν μονάδες Βοήθεια στο Σπίτι και Προαγωγής Υγείας, απευθυνόμενα έτσι και σε Κοινωνικές Ομάδες που δεν διαθέτουν ικανοποιητική πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.

4. Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος στα Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου Βόλου

Περιγραφή – Σκοπός του Προγράμματος

Το «Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος» της Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ. του Δήμου Βόλου, προέκυψε σε μια προσπάθεια του Τμήματος Ποιότητας Ζωής, Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Κ.Ε.Κ.Π.Α. να ενισχύσει τον πολίτη του Δ. Βόλου στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η υγεία, η οποία ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας [38] αποτελεί συνάρτηση διαφόρων παραγόντων, που έχουν σχέση με τη γενετική, τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφική συμπεριφορά, οδική συμπεριφορά κ.λ.π.) και το περιβάλλον (ατμοσφαιρική ρύπανση, εργασιακός χώρος, τόπος κατοικίας κ.λ.π.).[39]

Στο πλαίσιο των δράσεων Αγωγής και Προαγωγής Υγείας του Τμήματος «Ποιότητας Ζωής, Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας» και σε συνεργασία με την Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και το Τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Άσκησης (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ορίστηκαν το πλαίσιο και η λειτουργία του εν λόγω προγράμματος με στόχο την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου για την υγεία και την ενίσχυση της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος μέσω της ολιστικής προσέγγισης από τη διεπιστημονική ομάδα.

Υλικό – Μέθοδος

Όλες οι εξαρτήσεις, όπως και η εξάρτηση από τη νικοτίνη όπως έχει ήδη αναφερθεί, χαρακτηρίζονται από δύο διακριτούς παράγοντες και από την αλληλοεπίδραση τους: τον παράγοντα της σωματικής εξάρτησης και τον παράγοντα της ψυχολογικής εξάρτησης.

Μακροπρόθεσμα, ο τελευταίος, είναι και ο δυσκολότερος στην αντιμετώπιση του. Κάθε θεραπευτική παρέμβαση για απεξάρτηση, για να έχει κάποια πιθανότητα επιτυχίας, είναι απαραίτητο να απευθύνεται ταυτόχρονα στη σωματική και στην ψυχολογική εξάρτηση. Ειδικά, η πιθανότητα υποτροπής είναι μεγάλη. Για τους παραπάνω λόγους η προσέγγισή μας είχε διπλό στόχο: τους παράγοντες της φυσιολογίας του ατόμου αλλά και τους γνωστικούς και συμπεριφοριστικούς παράγοντες.

Στους πολίτες του Δ. Βόλου οι οποίοι λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας στα Κοινωνικά Κέντρα της Κ.Ε.Κ.Π.Α. γίνεται αρχικά λήψη της «Κάρτας Υγείας» και του «Κοινωνικού Ιστορικού» σε μια προσπάθεια ανίχνευσης των ιατροκοινωνικών αναγκών τους και σχεδιασμού ατομικής παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στα πλαίσια της λήψης της «Κάρτας Υγείας», ανιχνεύονται και οι καπνιστές στους οποίους παρέχονται:

- Ατομική ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος
- Η ενημέρωση που στοχεύει στη σύνδεση των ειδικών προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν με τις επιπτώσεις του καπνίσματος σε αυτά
- Η ενημέρωση για το «Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος» που λειτουργεί και τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν σ' αυτό

Οι ατομικές παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση της ψυχολογικής εξάρτησης από το κάπνισμα είναι βασισμένες στη θεωρία της συμπεριφοράς η οποία δίνει έμφαση και μελετά αυτές τις συμπεριφορές του ατόμου που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν, δηλαδή τις εξωτερικές συμπεριφορές, καθώς και όλους τους παράγοντες του περιβάλλοντος που διατηρούν-ενισχύουν αυτές τις συμπεριφορές καθώς και τη γνωστική-συμπεριφοριστική θεωρία η οποία δίνει επίσης έμφαση στη διαδικασία της μάθησης και τις επιρροές του περιβάλλοντος, αλλά ταυτόχρονα υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα των γνωστικών λειτουργιών (πώς δηλαδή το άτομο αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις, πώς τις αξιολογεί και πώς επεξεργάζεται τις πληροφορίες και πώς αυτές οι διαδικασίες συμβάλλουν στη διατήρηση συμπεριφορών, προσαρμοστικών ή μη) .

Η Γνωστική-Συμπεριφοριστική Θεραπεία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αλλαγή αρνητικών ή δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και σκέψεων. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές θεωρούνται προϊόντα μάθησης. Εφόσον είναι προϊόντα μάθησης, σύμφωνα με τα αξιώματα της θεωρίας της μάθησης, είναι δυνατόν είτε να ενισχυθούν, είτε να εξαλειφθούν.

Με βάση λοιπόν αυτή τη θεώρηση, το κάπνισμα είναι μία συμπεριφορά που οφείλεται στη μάθηση, η οποία επαναλαμβάνεται διότι ενισχύεται μέσα από πολύπλοκες διαδικασίες που έχουν σχέση με παράγοντες στο περιβάλλον. Στην παρέμβαση σκοπός είναι να διακοπούν αυτές οι διεργασίες, ώστε να σταματήσει ο αυτοματισμός της συμπεριφοράς του καπνίσματος.

Έτσι, η εφαρμογή της γνωστικής-συμπεριφοριστικής παρέμβασης στην εξάλειψη του καπνίσματος εστιάστηκε στο να αναγνωρίσει ο καπνιστής τους παράγοντες του περιβάλλοντος που προάγουν το κάπνισμα και να τους αλλάξει, με τρόπο ώστε η συμπεριφορά του καπνίσματος να αποσυνδεθεί από αυτούς

Ασκήσεις που συμπεριλήφθηκαν στις ατομικές παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν περιελάμβαναν:

- ο το να μετρήσει και να παρακολουθήσει τη συμπεριφορά του καπνίσματος, ώστε ο καπνιστής να ανακαλύψει τη σχέση της με τα ερεθίσματα-καταστάσεις και τα σημεία που την πυροδοτούν στον ίδιο
- ο το να εξαλείψει αυτά τα ερεθίσματα – σημεία από το περιβάλλον, όπως π.χ. τα σταχτοδοχεία, τα σπύρτα, τους αναπτήρες, από την οικία, το γραφείο, το αυτοκίνητο
- ο το να εντοπίσει ποιες είναι οι συνθήκες και τα συναισθήματα που ενισχύουν την ευχαρίστηση στο κάπνισμα, όπως π.χ. παρέα με φίλους που καπνίζουν, διάλειμμα στη δουλειά
- ο το να εντοπίσει τις συνθήκες όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για κάπνισμα, όπως μετά τα γεύματα, πίνοντας ένα οινοπνευματώδες ποτό, οδηγώντας ή μιλώντας στο τηλέφωνο
- ο το να εντοπίσει τις συναισθηματικές συνθήκες π.χ. άγχος, εκνευρισμό, ανία, που προηγούνται άμεσα και οδηγούν στη συμπεριφορά του καπνίσματος
- ο το να ανακαλύψει τρόπους για να αλλάξει η ίδια η συμπεριφορά του καπνίσματος, όπως να χρησιμοποιήσει τρόπους καθυστέρησης, π.χ. αύξηση του χρόνου μεταξύ τσιγάρων, ή καθυστερώντας μερικά λεπτά από την ώρα της επιθυμίας μέχρι το άναμα του τσιγάρου
- ο το να αντικαταστήσει το κάπνισμα με άλλες συμπεριφορές. Π.χ συστήνεται κάθε φορά που επιθυμεί τσιγάρο να πίνει ένα ποτήρι νερό, ή μετά το φαγητό να σηκώνεται αμέσως από το τραπέζι
- ο το να γίνει αλλαγή τρόπου σκέψης σε σχέση με το κάπνισμα. Π.χ. σαν άσκηση στο σπίτι δόθηκε το να καταγράψει το άτομο πέντε λόγους για τους οποίους θέλει να σταματήσει το κάπνισμα, ή να γράψει τι ακριβώς θα κάνει αν νιώσει πολύ μεγάλη επιθυμία για κάπνισμα και συστήνεται να φέρει αυτό τον κατάλογο πάντα μαζί του.

Ουσιαστικά, η γνωστική-συμπεριφοριστική παρέμβαση έχει σαν στόχο να παρέμβει ταυτόχρονα και άμεσα σε όλους τους παράγοντες-ερεθίσματα, δηλαδή στα συναισθήματα, στις σκέψεις και τις συνθήκες που συνδέονται με το κάπνισμα και αποκόπτει τις συνδέσεις μεταξύ τους.

Οι συναντήσεις του Προγράμματος πραγματοποιήθηκαν στα πέντε Κοινωνικά Κέντρα του Δ. Βόλου περιφερικά του κέντρου της πόλης αλλά και σε χώρο του Δήμου κεντρικά (δ/ση Μαυροκορδάτου με Γαλλίας). Πρόκειται για δημοτικούς χώρους όπου στεγάζονται διαφορετικού τύπου ομαδικές δραστηριότητες των μελών της κοινότητας, παρέχεται κοινωνική υποστήριξη, ενημέρωση και εκπαίδευση ανάλογα με τις διαπιστωμένες ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Τα Κοινωνικά Κέντρα βρίσκονται στις αντίστοιχες συνοικίες Νεάπολης, Αγ. Αναργύρων, Ν. Δημητριάδας, Αγ. Παρασκευής - Αγ. Γεωργίου και Αλυκών.

Μια από τις πρωτοτυπίες του Προγράμματος αποτέλεσε και η μεγάλη του ευελιξία καθώς υπήρξε η δυνατότητα οι συναντήσεις να ορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες σε:

- Τόπο (στο Κοινωνικό Κέντρο που εξυπηρετεί καλύτερα, ανάλογα με τη δ/ση κατοικίας)
- Συχνότητα (από 1 φορά την εβδομάδα έως και 1 φορά το μήνα, ανάλογα με την πρόοδο που πραγματοποιείται)
- Χρόνο (πρωινές ή απογευματινές συναντήσεις, αριθμός συνεδριών από μια έως και 20)
- Διάρκεια της συνεδρίας (από 45-90 λεπτά)

Αποτελέσματα

Για τους σκοπούς της παρούσης εργασίας, συμπεριλήφθηκαν στοιχεία από συνολικά 97 «Κάρτες Υγείας» πολιτών του Δ. Βόλου οι οποίοι έχουν προσεγγίσει τα Κοινωνικά Κέντρα των περιοχών Ν. Δημητριάδας και Αγ. Αναργύρων με μέσο όρο ηλικίας τα 58,37 έτη (εύρος 25 – 91).

Στατιστικά, το 58,8% από αυτούς είναι συνταξιούχοι, το 34% εργαζόμενοι και 5,2% άνεργοι.

Συνολικά προκύψανε 86 καπνιστές (88,7%) και 11 (11,3%) πρώην καπνιστές. Από αυτούς, το 46,4 % ήταν άνδρες και το 53,6 % γυναίκες.

Τα έτη χρήσης για το σύνολο των καπνιστών φτάνουν κατά μέσο όρο τα 30,27 έτη (εύρος: 2-67 έτη) και η ηλικία έναρξης κατά μέσο όρο τα 23,05 έτη (εύρος 9 - 69 έτη).

Οι προαναφερθέντες καπνιστές, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή κάπνιζαν κατά μέσο όρο 19,61 τσιγάρα (εύρος 1-50) και είχαν έως τώρα 0,83 προσπάθειες διακοπής (εύρος 0-9).

Από αυτούς, το 26,8% λάμβανε κάποια φαρμακευτική αγωγή ενώ το 72,2% όχι.

Πιο αναλυτικά από τη μελέτη του ιατρικού ιστορικού προκύπτει ότι η φαρμακευτική αγωγή αφορούσε:

- συμπτώματα του αναπνευστικού / Χ.Α.Π: 5,2%
- κάποιας μορφής καρκίνο: 4,1%
- καρδιολογικά προβλήματα / προβλήματα του κυκλοφορικού: 36,1%
- παχυσαρκία: 2,1%

- κατάθλιψη: 8,2%
- άγχος / κρίσεις πανικού: 6,2%
- άλλα προβλήματα υγείας: 58,8%

Τα παραπάνω άτομα προσήλθαν στο Κοινωνικό Κέντρο για ιατρικές προληπτικές εξετάσεις και συμβουλευτική υγείας με διαφορετική συχνότητα, ανάλογα με το ατομικό σχέδιο ατομικής παρέμβασης που συναποφασίστηκε με τον ωφελούμενο.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι για το διάστημα για το οποίο δεχόντουσαν υπηρεσίες υγείας στο Κοινωνικό Κέντρο, ο Μ.Ο. των καταναλισκόμενων τσιγάρων έπεσε στο 9,29 (εύρος 0-40) ενώ με τη λήξη της παρακολούθησής τους ανήλθε στα 12,08 (εύρος: 0-40).

Μελέτη περίπτωσης 1.

Η κυρία Κ.Ε.

Ηλικία: 47 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 28 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 19

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 20-30

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: καμία

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: οικονομικοί λόγοι και καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: όχι κάτι συγκεκριμένο, περιστασιακή λήψη αγχολυτικών στα πολύ δύσκολα (π.χ. θάνατος πατέρα)

Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: άνεργη

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 10

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Κ.Ε., προσέγγισε το Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος στα 47 της χρόνια, με την απόφαση να διακόψει κυρίως για οικονομικούς λόγους καθώς τα δύο της παιδιά το ένα στην 3^η Λυκείου στη διαδικασία των Πανελλαδικών εξετάσεων και το άλλο διδακτορική φοιτήτρια σε Παν/μιο της Αθήνας απορροφούσαν μεγάλο μέρος από τα εισοδήματα της οικογένειας.

Άνεργη τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, εργαζόταν χρόνια σαν δακτυλογράφος στον ιδιωτικό τομέα, το μεγαλύτερο διάστημα χωρίς ένσημα. Τα κύρια εισοδήματα της οικογένειας προερχόταν από

το σύζυγο. Η ίδια ήταν επίσης επιφορτισμένη με τη φροντίδα της καρκινοπαθούς θείας της, κάτι το οποίο όπως δήλωσε της προσέθετε ένα επιπλέον άγχος.

Η κ. Κ.Ε. ξεκίνησε το κάπνισμα από φιλική παραίνεση, «από χαζομάρα» όπως η ίδια δήλωσε. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά 10 συναντήσεις σε διάφορα χρονικά διαστήματα τα οποία ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες που προέκυψαν.

Στη διάρκεια των συναντήσεων αυτών, έγινε αρχικά λήψη της «Κάρτας Υγείας» και ενημέρωση για τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις σύμφωνα με το φύλο και την ηλικία. Η κ. Κ.Ε. ενημερώθηκε για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και τα θετικά της διακοπής, καθώς επίσης και τους τρόπους βοήθειας. Αν και προσήλθε με σκοπό να ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή (champrix) για τη διακοπή, αποφάσισε τελικά να προσπαθήσει εντάσσοντας την άσκηση στη ζωή της. Εντάχθηκε και ολοκλήρωσε το πρόγραμμα «Τέρμα το Κάπνισμα και ώρα για Άσκηση», ενώ παράλληλα ξεκίνησε να χρησιμοποιεί και την τσίγλα νικοτίνης. Επέλεξε το βάδισμα ως τρόπο άσκησης και αρχικά μείωσε τον αριθμό των τσιγάρων από τα 25 στα 20. Την ίδια χρονική περίοδο εντάχθηκε επίσης σε πρόγραμμα του Οργανισμού για την ενδυνάμωση και προετοιμασία για την αγορά εργασίας με τίτλο: «Συνοδευτικές Υποστηρικτικές Υπηρεσίες». Ο αριθμός των τσιγάρων μειώθηκε στα 18 και τότε αποφασίστηκε από κοινού να οριστεί ημερομηνία οριστικής διακοπής ενώ είχε φτάσει στα 18.000 βήματα. Ο στόχος αυτός δεν κατέστη εφικτός μείωσε όμως στα 16 τσιγάρα χωρίς τη χρήση αυτοκόλλητων και τσίγλας νικοτίνης. Την ίδια περίοδο έληξε και το πρόγραμμα Σ.Υ.Υ..

Η φροντίδα της καρκινοπαθούς θείας της η οποία παρουσίασε επιπλοκές, δημιούργησε στην κ. Κ.Ε. υπερβολικό στρες. Αισθάνθηκε ότι δεν αντέχει να επιβαρυνθεί με το βάρος της προσπάθειας για τη διακοπή, δηλώνει: *«Θέλω να ηρεμήσω και δεν μπορώ»* και ζήτησε να επανέλθει στο πρόγραμμα όταν αισθανθεί ξανά έτοιμη. Πράγματι, όταν αποφορτίστηκε από αυτό το κομμάτι, επανήλθε και ορίστηκε νέα ημερομηνία για την οριστική διακοπή. Και αυτή η προσπάθεια όμως απέτυχε. Όπως είπε η ίδια: *«Τίποτα δεν έκανα, παρήγγειλα τα αυτοκόλλητα... περπατάω 6-8-17000 βήματα». «Αν βρω δουλειά, πιστεύω θα το έκοβα την άλλη μέρα.» «Δεν χρειάζεται να είμαι εξαρτώμενη από πουθενά!»* Η συζήτηση που ακολούθησε ανέδειξε την ανάγκη για τη μεσολάβηση περισσότερου χρόνου έως τον ορισμό ημερομηνίας διακοπής καθώς η ίδια έκρινε πως τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή είχε μεγαλύτερη ανάγκη στήριξης για την αντιμετώπιση μιας οικογενειακής κρίσης η οποία αφορούσε το ζευγάρι.

Στο ραντεβού που ακολούθησε δήλωσε *«Δεν έκανα τίποτα, ξεμπερδεψα από διάφορα... απέκτησα ξανά την αυτοεκτίμησή μου»*. Ένα μήνα αργότερα συνέχισε: *«Είμαι στη φάση που πρέπει να κόψω το τσιγάρο. Πρέπει να το κόψω τώρα, τώρα αισθάνομαι έτοιμη γι αυτό. Αρχίζω να χαλαρώνω. Στα*

προσωπικά είναι πολύ πιο ήρεμα τα πράγματα. Όχι φασαρία, όχι νοσοκομεία. Έπαθα ένα black-out. Δεν περίμενα ότι θα βγω από αυτό. Πολύ δύσκολα ήταν. Τώρα κρατάω πισινές. ΔΕΝ είμαι το παιδάκι. Δεν τρέφω ελπίδες. Ξεκαθάρισα ένα πραγματάκι και βλέποντας και κάνοντας. Βασικό η εργασία. Τα παιδιά γνωρίζουν: «η απόφαση δική σου, προκειμένου να πάθεις κάτι εσύ...» Τώρα δεν παίρνω τίποτα από φάρμακα, ούτε για το άγχος ούτε για τον ύπνο. Κάνω ένα περίπου πακέτο όπως παλιά». Χρειάζομαι ψυχολογική στήριξη και όχι για το κάπνισμα σε αυτή τη φάση.» Ξεκίνησε εκ νέου προσπάθεια για έλεγχο των τσιγάρων - μέτρηση και μείωση.

Δύο χρόνια μετά, επανήλθε δηλώνοντας ότι συνεχίζει να κάνει «περίπου ένα πακέτο τσιγάρα αλλά αυτή τη φορά οι συνθήκες στο σπίτι είναι πολύ καλύτερες και πολύ πιο ήρεμα τα πράγματα. Τώρα κρατάω πιο πολλά χαρτιά, δεν δίνω τον εαυτό μου να τον πατήσουν. Άλλαξα. Πρέπει να το κόψω μαχαίρι! Υπάρχουν και οικονομικοί λόγοι...»

Η κ. Κ.Ε. διέκοψε το κάπνισμα και παραμένει άκαπνη περίπου 3 χρόνια τώρα. Η παρέμβαση που έλαβε χώρα είχε αρχικά σαν στόχο την ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και την αντικατάσταση της βλαβερής συνήθειας με την υγιεινή της άθλησης.

Τελικά φαίνεται ότι μέσα από μια χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία, η κ. Κ.Ε. επαναπροσδιόρισε τη θέση και τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και τον ευρύτερο χώρο της, με αποτέλεσμα τη μετακίνηση και αλλαγή της στάσης της απέναντι σε διάφορα θέματα. Η κρίση ανάμεσα στο ζευγάρι που καλέστηκε να αντιμετωπίσει της έθεσε θέμα αυτοσεβασμού και προσωπικής αξιοπρέπειας ενώ το αίσθημα της μη αναγνώρισης της προσφοράς της στην οικογένεια για την οποία η ίδια αισθανόταν ότι είχε αφιερωθεί ολοκληρωτικά την ώθησε να «ελευθερωθεί» από αυτές τις δεσμεύσεις ως ένα σημείο και να συνειδητοποιήσει πως έπρεπε να θέσει η ίδια σε προτεραιότητα τον εαυτό της μια που κανείς άλλος δεν θα το έκανε γι αυτήν. Η οικονομική εξάρτηση από το σύζυγο και οι υποχρεώσεις της προς τα παιδιά δεν ήταν πια αρκετές για να παραμείνει αμετακίνητη, έτσι επέστρεψε μεν, αλλά με τους δικούς της όρους. Μέσα από όλα αυτά, συνειδητοποίησε ότι ήταν μόνο στη δική της ευχέρεια να αποδεσμευτεί από κάτι ακόμα και να κερδίσει έτσι ένα σημαντικό κομμάτι από τη χαμένη της αυτοεκτίμηση, να μην επιτρέψει μια ακόμα καταπίεση και εξάρτηση, μια ακόμα προσβολή του είναι της. Σ' αυτή την προσπάθεια ενισχύθηκε και τελικά κατόρθωσε να διακόψει.

Μελέτη περίπτωσης 2.

Ο κύριος Β.Α.

Ηλικία: 64 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 13 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 51 έτη

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο /μέρα: 55-70

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μέτρια εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: όπως ο ίδιος αναφέρει, «άπειρες»

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: προβλήματα υγείας

Προβλήματα υγείας: αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσος, έμφραγμα του μυοκαρδίου και αποκατάσταση με by-pass προ 34 ετών, δυσλιπιδαιμία, βρογχικό άσθμα. Στα συμπτώματα από το αναπνευστικό αναφέρει πρωινό παραγωγικό βήχα με κίτρινα πτύελα για πάνω από 2 χρόνια, συριγμό και δύσπνοια για το ίδιο διάστημα.

Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: χήρος προ 20ετίας, 2 παιδιά

Εργασία: συνταξιούχος οικοδόμος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 15

Μέθοδος παρέμβασης

Ο κύριος Β.Α. προσέγγισε το πρόγραμμα απογοητευμένος και δύσπιστος σχετικά με την πιθανότητα να κατορθώσει να διακόψει το κάπνισμα. Παρόλα αυτά αποφάσισε να κάνει ακόμα μια προσπάθεια διακοπής λόγω της επιβαρημένης του υγείας. Αντιμετωπίζοντας εκ νέου το ενδεχόμενο η αθηροσκλήρωση να τον οδηγήσει σε καρδιακό επεισόδιο, καθώς παρά τη φαρμακευτική αγωγή οι

τιμές στις μικροβιολογικές εξετάσεις δεν ήταν ικανοποιητικές, θορυβήθηκε και προσήλθε για να διακόψει έχοντας κατά νου τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής.

Χήρος προ 20ετίας καθώς η σύζυγος είχε νοσήσει και απεβίωσε από καρκίνο, είχε μεγαλώσει μόνος του δύο παιδιά, μια κόρη και ένα γιο. Είχε αποκτήσει ήδη δύο εγγόνια από την κόρη του, πρόσφατα όμως απέκτησε και ένα αγοράκι από το γιο του το οποίο μάλιστα θα έφερε το όνομά του. Με τη φροντίδα του μικρού είχε επιφορτιστεί και ο ίδιος έως ένα σημείο.

Καθώς ο γιος του ανήκε στο εμπορικό ναυτικό και έλειπε για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αποτελούσε εν μέρη το πρότυπο του άνδρα - πατέρα στο σπίτι όντας και ο μοναδικός παππούς της οικογένειας. Ο ίδιος αναφέρει: *«ε, αισθάνομαι άσχημα... μυρίζουν τα ρούχα, η ανάσα... και να έχεις το μωρό αγκαλιά...»*.

Ο κ. Β.Α. έμενε μόνος και σχεδόν καθημερινά έτρωγε έτοιμο φαγητό. Επισκεπτόταν συχνά με τις παρέες του τσιπουράδικα, ενώ δηλώνει ότι πήγαινε για κρασάκι 6-7 φορές το μήνα. Οργανωμένος πολιτικά από χρόνια αν κατάφερνε να διακόψει θα μπορούσε επιτέλους να υπηρετήσει απόλυτα τις ιδέες του καθώς ιδεολογικά οι αδυναμίες τύπου *«κάπνισμα»* αποτελούν παράδειγμα προς αποφυγή για το χώρο: *«Δεν πίνεις, δεν καπνίζεις, άρα κανείς για το κόμμα»*. Επρόκειτο για ζήτημα τιμής το οποίο εκκρεμούσε χρόνια και υπήρχε πλέον τρόπος και υποστήριξη για να το παλέψει.

Με την ένταξή του στο πρόγραμμα, αρχικά συμπληρώθηκε η «Κάρτα Υγείας» για τη λήψη ιατρικού ιστορικού και μετά από εκτίμηση των τιμών των πιο πρόσφατων μικροβιολογικών εξετάσεων σε συνάρτηση με τις διατροφικές συνήθειες, συναποφασίστηκε να ξεκινήσει η προσπάθεια για βελτίωση των τιμών με την υιοθέτηση πιο υγιούς διαίτας, άσκησης και ελέγχου του καπνίσματος, μειώνοντας αρχικά τα τσιγάρα στο μέτρο που ήταν εφικτό.

Σε διάστημα ενός μηνός, ο κ. Β.Α. κατάφερε να μειώσει κατά 20-22 τσιγάρα και δύο μήνες μετά κατά 15 επιπλέον. Παράλληλα είχε ξεκινήσει και την άσκηση με τη μορφή βάδισης (περίπου 5000 βήματα δηλ. 1 ώρα / μέρα). Τον τέταρτο μήνα από την ένταξή του στο πρόγραμμα κ. Β.Α. και με τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής ανέκτησε φυσιολογικές τιμές στους δείκτες χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων. Έξι μήνες μετά, έφτασε στα 10-12 τσιγάρα με τη βοήθεια τσίγλας νικοτίνης μετά από εκπαίδευση για τη σωστή χρήση της. Στον ένατο μήνα παρακολούθησης αναφέρει λιγότερο λαχάνιασμα, καθόλου φλέματα, μείωση βάρους κατά 2 κιλά, βελτίωση της αίσθησης της όσφρησης και γεύσης.

Ο κ. Β.Α. διέκοψε το κάπνισμα οριστικά. Παρόλα αυτά δεν μπόρεσε να αποφύγει ένα δεύτερο by-pass καθώς ήταν ήδη αρκετά επιβαρημένος. Καθόλη τη διαδικασία της επέμβασης υποστηρίχτηκε από την Ομάδα Υγείας. Η αποκατάσταση μετά στη δεύτερη αυτή επέμβαση αποδείχτηκε πολύ πιο

γρήγορη και ικανοποιητική από ότι σε αυτή που είχε πραγματοποιήσει στην ηλικία των 30 ετών. Επίσης αποδείχτηκε πολύ πιο εύκολο να συμμορφωθεί με τις οδηγίες των γιατρών σε σχέση με τη διατροφή και την άσκηση. Όπως είπε χαρακτηριστικά: *«την πρώτη φορά, περίμενα να βγω από το νοσοκομείο για να αρχίσω να καπνίζω...»* Αυτή τη φορά ήταν ήδη μη καπνιστής.

Μελέτη Περίπτωσης 3.

Η κυρία Κ.Μ.

Ηλικία: 39 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 14 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 25 έτη

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο /μέρα: 25-30

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μέτρια εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: με απότομη διακοπή, 2-3 φορές συνολικό διάστημα διακοπής 1 έτος

Προβλήματα υγείας: διάγνωση ψύχωσης, φοβίες

Εκπαίδευση: Ανώτερη

Οικογενειακή κατάσταση: Διαζευγμένη

Εργασία: τραπεζική υπάλληλος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 18

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Κ.Μ. προσέγγισε το πρόγραμμα διακοπής μετά από πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο, αναζητώντας βοήθεια από τους ειδικούς για να διακόψει το κάπνισμα και σχεδιάζοντας να λάβει τη σχετική φαρμακευτική αγωγή. Με τη λήψη της «Κάρτας Υγείας» διαπιστώθηκε ότι ήταν ψυχιατρική ασθενής (είχε εκδηλώσει και λάμβανε φαρμακευτική αγωγή για ψύχωση).

Η κ. Κ.Μ. προσήλθε στο πρόγραμμα μετά από ένα πρόσφατο διαζύγιο. Με πολύ κόπο, πόνο και φόβο για το μέλλον χώρισε από το σύντροφό με τον οποίο ήταν μαζί από την εφηβεία ακόμα. Ο σύντροφός της την κακοποιούσε συστηματικά για χρόνια και αφορμή για το χωρισμό στάθηκε μια πολύ έντονη σκηνή κατά την οποία ένωσε να απειλείται η έτσι κι αλλιώς εύθραυστη ισορροπία της:

«όταν ήρθε πίσω μου, με άρπαξε από το σβέρκο και μου χτύπησε το κεφάλι στον τοίχο, ένιωσα πως τρελαίνομαι...».

Υποστηρίχθηκε για τη διακοπή με σταδιακή μείωση ενώ εκπαιδεύτηκε σε εναλλακτικές τεχνικές για τη μείωση της έντονης επιθυμίας. Σταδιακά κατόρθωσε να διακόψει οριστικά.

Φαίνεται πως τόσα χρόνια αισθανόταν καλά στην ασφάλεια της σχέσης καθώς έτσι μπορούσε να αντιμετωπίσει την ανασφάλεια και το φόβο που αισθανόταν λόγω της ασθένειάς της, αντιπαρερχόμενη το γεγονός της κακοποίησης. Το παραπάνω συμβάν ήταν όμως καταλυτικής σημασίας καθώς την έκανε να συνειδητοποιήσει όχι μόνο την αδυναμία του θεσμού αλλά και την αδυναμία του συντρόφου της να τη σεβαστεί και να την υποστηρίξει ως άνθρωπο πάνω από όλα.

Οικονομικά ανεξάρτητη, εξαρτώμενη όμως από τη σχέση της η οποία επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την κατάσταση της υγείας της. Αφήνοντας το σύντροφό της, αποφάσισε να αφήσει πίσω και ότι άλλο ήταν συνδεδεμένο με το παρελθόν και της έκανε κακό. Είχε έρθει η στιγμή να διακόψει το κάπνισμα στο οποίο είχε μνηθεί από αυτόν και είχε συνοδεύσει όλα τα χρόνια τη σχέση αυτή. Κατάφερε να διακόψει το κάπνισμα, ενώ ρύθμισε και την αντιψυχωσική αγωγή της. Ένα τελευταίο οχυρό παραμένει: τα αντικαταθλιπτικά. *«Αυτό μην μου το ζητάς... δεν θα τα κόψω ποτέ... ποτέ διότι μπαίνω σε κρίση πανικού...»*

Μελέτη Περίπτωσης 4.

Η κυρία Κ.Σ.

Ηλικία: 45 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 23 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 22

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 15-25

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μέτρια εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: απότομη διακοπή, 1 φορά για 30 ημέρες.

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: οικονομικοί λόγοι και καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: Συμπτώματα αναπνευστικού: βήχας, δύσπνοια

Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: ιδιωτική υπάλληλος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 12

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Κ.Σ. αποφάσισε να διακόψει το κάπνισμα με στόχο τη βελτίωση της υγείας της και έχοντας επίσης κατά νου τη μελέτη της διαδικασίας διακοπής «εκ των έσω». Εντάχθηκε στο πρόγραμμα «*Τέρμα το Κάπνισμα και Ώρα για Άσκηση*» και πραγματοποίησε 10 συναντήσεις κατά τις οποίες κατόρθωσε να μειώσει στα 5 τσιγάρα εντάσσοντας στην καθημερινότητά της και το βόδισμα.

Επιτυχημένη στην εργασία της, όπου και κατόρθωσε να διακριθεί χωρίς να έχει καν τα τυπικά προσόντα, στην πορεία των συναντήσεων αποκαλύφθηκε ότι η ίδια ζούσε μια πλέον φθαρμένη σχέση

στην οποία περιείχετο και το στοιχείο της κακοποίησης. Το ιδιαίτερα απαιτητικό ωράριο της δουλειάς της σε χώρους εργασίας όπου δεν απαγορεύεται το κάπνισμα κάθε άλλο παρά βοηθούσαν στη μείωση του καπνίσματος. Οι πολλές ώρες δουλειάς και το νυχτερινό ωράριο, πυροδότησαν τη ζήλια του συντρόφου ο οποίος ασκούσε συχνά βία. Μόνη απόλαυση πια στη ζωή, τα τσιγάρα, τα γλυκά, ο καφές και το επάγγελμά της.

Η διαδικασία της διακοπής τη βοήθησε να αναρωτηθεί και να αναθεωρήσει σχετικά με όλα όσα βλάπτουν την υγεία. Κατόρθωσε να επιβληθεί στον εαυτό της σχετικά με τη διατροφή και υιοθετήσει μια πιο υγιεινή διαίτα, να εντάξει την άσκηση στη ζωή μέσα από το περπάτημα και να διακόψει το κάπνισμα. *«Αφού κατάφερα αυτό...»* Πλέον δεν της έφτανε μόνο η καριέρα, είχε ανοίξει ο δρόμος για πολύ περισσότερα.

Τώρα καπνίζει περιστασιακά από 0 -10 τσιγάρα, 1 φορά την εβδομάδα όταν βγαίνει έξω. Τις υπόλοιπες μέρες, μπορεί να είναι και εντελώς άκαπνη. Τα παιδιά πλέον μεγάλωσαν, σπουδάζουν και τα πράγματα είναι πιο ήρεμα στο σπίτι. Προσέχει επίσης τη διαίτά της και θρέφεται σωστά ενώ συνεχίζει στην εργασία της και πηγαίνει καλά. *«Το μόνο κακό, η μείωση των αποδοχών στο 50%...»*

Μελέτη Περίπτωσης 5.

Ο κύριος Π.Π.

Ηλικία: 61 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 20 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 41

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 10

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μέτρια εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: 6 μήνες με τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: για καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: αρτηριακή υπέρταση, δύσπνοια και άσπρα πτύελα καθόλη τη διάρκεια των ετών που καπνίζει

Φαρμακευτική Αγωγή: για την αρτηριακή υπέρταση

Εκπαίδευση: Ανώτατη

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος, 2 παιδιά

Εργασία: συνταξιούχος εκπαιδευτικός

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 13

Μέθοδος παρέμβασης

Ο κ. Π.Π., κάπνιζε 1 ½ περίπου πακέτο την ημέρα για 41 χρόνια και προσέγγισε το πρόγραμμα ενώ είχε ήδη κατορθώσει να μειώσει στα 10. Αισθάνθηκε πως χρειάζεται βοήθεια για να μπορέσει να απαλλαγεί οριστικά από τη συνήθεια. Παντρεμένος χρόνια, ζούσε μαζί με τη σύζυγο με τη φροντίδα της οποίας ήταν επιφορτισμένος καθώς εκείνη έπασχε από κατάθλιψη. Αν και υπό αγωγή στην επίσκεψη που πραγματοποίησε η ίδια στο Κοινωνικό Κέντρο και στη συνάντηση με τη γ. Γιατρό

και την ψυχολόγο της Ομάδας Υγείας, έδωσε την εντύπωση ενός ανθρώπου από τον οποίο λίγα πια θα μπορούσε να πάρει οκ. Π.Π.. Η συμβίωση φάνηκε σχεδόν τυπική. Τα παιδιά, ήδη μεγάλα πια, ζούσαν σε διαφορετικές πόλεις. Σε μια περίοδο της ζωής του όπου δεν αισθάνεται πια ενεργός, δίχως τη συντροφιά ουσιαστικά της συμβίας του και τη ρουτίνα της καθημερινότητας στη δουλειά η οποία τον γέμιζε κατά κάποιο τρόπο, το τσιγάρο αποτελούσε για εκείνον υπολογίσιμη συντροφιά.

Η συμμετοχή του κ. Π.Π. στο πρόγραμμα αποτέλεσε ένα είδος ρουτίνας και συναλλαγής με ανθρώπους από τους οποίους έπαιρνε «υλικό» για να γεμίσει και να σπάσει τη μοναξιά του. Εντάχθηκε και ολοκλήρωσε το πρόγραμμα «Τέρμα το Κάπνισμα και Ώρα για Άσκηση» και έβαλε ενεργά την άσκηση στη ζωή του με τη μορφή της βόδισης. Διέκοψε το κάπνισμα αποδεχόμενος την κατάσταση και θέτοντας ως στόχο τη βελτίωση της υγείας του. Άλλωστε, «η ζωή συνεχίζεται...»

Μελέτη Περίπτωσης 6.

Η κυρία Π.Τ.

Ηλικία: 51 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 18 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 33

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 25

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: με σταδιακή μείωση, 2 φορές και συνολικό διάστημα διακοπής 2 μήνες

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: λόγοι υγείας

Προβλήματα υγείας: 1980 διάγνωση καρκίνου θυρεοειδή και χειρουργική επέμβαση, πτύελα καθόλη τη διάρκεια της ημέρας άσπρα και καφέ, συριγμός, δύσπνοια πάνω από δύο χρόνια

Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: Σύμβουλος Διαιτολόγου

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 4

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Π.Τ., προσέγγισε το πρόγραμμα θέλοντας να διακόψει το κάπνισμα κυρίως για λόγους υγείας. Είχε ήδη κατορθώσει να μειώσει στο μισό (ένα από δύο πακέτα) από όσο κάπνιζε τα προηγούμενα χρόνια και να χάσει κάποια από τα περιττά της κιλά. Επέτρεπε στον εαυτό της ένα ποτό την εβδομάδα ενώ είχε ξεκινήσει γυμναστήριο και περπάτημα. Ξεκίνησε το κάπνισμα «όταν περίμενα τα παιδιά στην ιππασία» και από τότε «κάθε εκνευρισμός και τσιγάρο...». Στη δεύτερη συνάντηση εκμυστηρεύτηκε ότι «στις 2-3 ρουφηξιές, το πετάω» και αναρωτήθηκε «αν μου λείψει το πακέτο τι θα

κάνω; Όλη μου η ζωή παρέα με αυτό... ο καπνός του με κάλυπτε μέχρι τώρα...». Εκπαιδεύτηκε σε τεχνικές αναπνοής για την καλύτερη αντιμετώπιση του εκνευρισμού και ξεκίνησε και περπάτημα.

Με τη δεύτερη συνάντηση αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί υποκατάστατο νικοτίνης (αυτοκόλλητο και τσίγλα) και να προσπαθήσει για να μειώσει στα 20 τσιγάρα. Στην επόμενη συνάντηση όμως, εξομολογήθηκε ότι *«δεν έκανα τίποτα... από 11:30 έως 12:00 την επόμενη μέρα έμεινα άκαπνη, αλλά μόνο για μια μέρα. Μετά τα ίδια...».*

Στη συζήτηση διαπιστώθηκε ότι δεν αισθανόταν έτοιμη να διακόψει. Η ίδια είπε: *«Είναι σα να πετάω τη νιότη και την εφηβεία μου.»* και δεν είναι ίσως τυχαίο το γεγονός ότι την περίοδο εκείνη έμπαινε στην κλιμακτήριο. Αποφασίστηκε να βγει από το πρόγραμμα και να οριστεί επόμενη συνάντηση όταν θα αποφασίσει η ίδια πως είναι έτοιμη για να διακόψει. Δεν επικοινωνήσε ποτέ ξανά καθώς θεώρησε ότι την *«πετάξαμε έξω από το πρόγραμμα».* Στη συνέχεια διέκοψε μόνη της και ένα χρόνο μετά, άκαπνη, εξομολογήθηκε ότι αυτή η *«απόρριψη»* της ήταν η αιτία. Συνειδητοποίησε ότι είναι δική της ευθύνη και μόνο, όχι των ειδικών. Πήρε το χρόνο της και συνειδητοποίησε ότι περνάει σε άλλη φάση της ζωής της.

Έκτοτε, συμμετείχε σε σεμινάρια αυτογνωσίας και γέμισε το χρόνο της με δραστηριότητες εθελοντικού χαρακτήρα. Για την αντιμετώπιση των αλλαγών λόγω της κλιμακτηρίου καθώς και των στερεοτικών συμπτωμάτων λόγω του καπνίσματος, ακολούθησε πρακτικές της μεθόδου ρέικι. Εφόσον είχε πλέον την πληροφόρηση και τρόπους αντιμετώπισης των αλλαγών ήταν στο χέρι της να κάνει κάτι για να βοηθηθεί, όπως και έκανε.

Μελέτη Περίπτωσης 7.

Η κύριος Κ.Γ.

Ηλικία: 40 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 22 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 18 έτη

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 21-18

Κλίμακα Fagerstrom: 9, καπνιστής με μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: απότομη διακοπή 3 με διάρκεια 7 μέρες, σταδιακή μείωση έως 10-15 τσιγάρα

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: οριακή απόφραξη αεραγωγών, αυξημένα ένζυμα στο συκώτι, αγγειακά προβλήματα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις

Εκπαίδευση: Δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος, 1 παιδί 3 ετών

Εργασία: Ζαχαροπλάστης

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 10

Μέθοδος παρέμβασης

Ο κ. Κ.Γ. προσήλθε στο πρόγραμμα μετά από πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο στην προσπάθειά να βρει βοήθεια και να καθοδηγηθεί ώστε να μπορέσει να διακόψει επιτυχώς το κάπνισμα. Κάπνιζε από τα 22 χρόνια 2 πακέτα την ημέρα και είχε ήδη διαγνωσθεί με οριακή απόφραξη των αεραγωγών. Βρισκόταν υπό παρακολούθηση από πνευμονολόγο ο οποίος και του είχε εξηγήσει τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην κατάστασή του και τον είχε προτρέψει να το διακόψει.

Επαγγελματίας ζαχαροπλάστης, περνούσε πολλές ώρες όρθιος στο εργαστήριο και ώρες που η μόνη συντροφιά ήταν το τσιγάρο. Απόρροια της συνεχούς ορθοστασίας και των περιττών κιλών ήταν και οι πόνοι στα πόδια λόγω αγγειακών αλλοιώσεων.

Στη συζήτηση που ακολούθησε αποφασίστηκε λόγω των αυξημένων ηπατικών ενζύμων, να μην δοθεί φαρμακευτική αγωγή και να ενταχθεί στο πρόγραμμα «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση». Επίσης δόθηκαν οδηγίες για την ανακούφιση από τους πόνους των ποδιών (περισσότερο καθιστός, τα πόδια πιο ψηλά κλπ).

Πατέρας ενός κοριτσιού 1 έτους, ξεκίνησε με 21-18 τσιγάρα αρχικά και στο δεκαπενθήμερο έφτασε στα 15 από τα οποία 10 κάπνιζε στο μαγαζί και 5 στο σπίτι. Την επόμενη εβδομάδα έφτασε στα 11-13, τη μεθεπόμενη στα 6-11 και έθεσε μόνος του σαν στόχο να διακόψει εντελώς. Δεν το κατόρθωσε, και αποφασίστηκε σε συνεργασία να χρησιμοποιήσει τσίγλα νικοτίνης. Με την τσίγλα σταθεροποιήθηκε στα 9-11 τσιγάρα και την κράτησε έως την επόμενη εβδομάδα όπου και την άλλαξε ώστε να μην έχει γεύση μέντα και εθιστεί πλέον στην τσίγλα... Διέκοψε καθώς το ωράριό του ήταν πολύ απαιτητικό και δεν μπορούσε να παρακολουθεί σε αυτή τη συχνότητα. Άλλοτε, όπως είπε ο ίδιος «τελικά... όλα στο μυαλό είναι...». Σε τηλεφωνική επικοινωνία που ακολούθησε, πληροφορηθήκαμε ότι έφτασε στα 4-5 τσιγάρα και αργότερα στα 1-3 κάτι που διατηρεί ένα χρόνο μετά.

Μελέτη περίπτωσης 8.

Ο κύριος Κ.Κ.

Ηλικία: 51 ετών

Έναρξη καπνίσματος: ετών 18

Αριθμός ετών που καπνίζει: 32

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 40

Κλίμακα Fagerstrom: μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: μια φορά με απότομη διακοπή η οποία είχε διάρκεια 4 ημέρες και μια φορά με σταδιακή μείωση η οποία είχε διάρκεια 7 ημέρες.

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: λόγοι υγείας

Προβλήματα υγείας: Σακχαρώδης Διαβήτης με χρήση ινσουλίνης, Αρτηριακή Υπέρταση, Χ.Α.Π., Βρογχικό άσθμα, Από συμπτώματα του αναπνευστικού αναφέρει πρωινό έντονο βήχα, παραγωγικό, καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, με κίτρινα πτύελα το πρωί, συριγμό και δύσπνοια τα τελευταία 2 χρόνια

Εκπαίδευση: Ανώτατη

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος, παιδιά

Εργασία: Δημοτικός Υπάλληλος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 10

Μέθοδος παρέμβασης

Ο κ. Κ.Κ. προσήλθε στο Πρόγραμμα Διακοπής έχοντας δοκιμάσει όπως είπε «τα πάντα». Ο βασικός του λόγος για τη διακοπή τα σοβαρά προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε και τα οποία δεν μπορούσε επίσης να ρυθμίσει αποτελεσματικά.

Σε συνεργασία, έγινε αρχικά προσπάθεια για τη ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και των τιμών ζαχάρου. Παράλληλα με τη σταθεροποίηση των τιμών, έγινε προσπάθεια για την ελάττωση του καπνίσματος με τη μέθοδο της ηλεκτροθεραπείας καθώς ο ίδιος θεωρούσε ότι θα τον βοηθούσε αποτελεσματικά. Πράγματι, με τη μέθοδο της ηλεκτροθεραπείας διέκοψε το κάπνισμα και συνέχισε άκαπνος για περίπου 1 ½ χρόνο. Στη συνέχεια, προέκυψε ένα οικογενειακό θέμα, με συνέπεια να ξεκινήσει να καπνίζει αρχικά 2-3, μετά 5 και τώρα 19-20 τσιγάρα την ημέρα. Υπόσχεται πως θα επανέλθει με νέα προσπάθεια αλλά όχι τώρα. Δηλώνει ότι *«Η υγεία μου είναι καλά μπροστά στα άλλα συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζω αυτό το διάστημα...»*

Μελέτη περίπτωσης 9.

Η κυρία Π.Ν.

Ηλικία: 55 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 25 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 30

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 1 ½ πακέτο

Κλίμακα Fagerstrom: καπνιστής με μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: μείωση στην εγκυμοσύνη στα 11

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: Σακχαρώδης Διαβήτης, παχυσαρκία, νεφρολιθίαση χειρ. Επέμβαση. Στα συμπτώματα του αναπνευστικού αναφέρει βήχα ξηρό καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, συριγμό και δύσπνοια για πάνω από δύο χρόνια. Παχυσαρκία.

Εκπαίδευση: δευτεροβάθμια

Οικογενειακή κατάσταση: χήρα, 1 κόρη

Εργασία: συνταξιούχος διοικητικός υπάλληλος στο στρατό

Τρόπος προσέγγισης: ωφελούμενη ομάδας θεραπευτικής άσκησης της Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ.

Αριθμός συναντήσεων: 20

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Π.Ν. προσέγγισε το πρόγραμμα για να διακόψει το κάπνισμα για λόγους υγείας καθώς ήδη νοσούσε από ζαχαρώδη διαβήτη. Έγινε αρχικά προσπάθεια για τη ρύθμιση του διαβήτη και στη συνέχεια εντάχθηκε στο πρόγραμμα «Τέρμα το Κάπνισμα και ώρα για Άσκηση». Η μέθοδος άσκησης που επιλέχθηκε ήταν η συμμετοχή στις ομάδες θεραπευτικής γυμναστικής των Κοινωνικών Κέντρων.

Η ίδια μένει μόνη της καθώς η κόρη σπουδάζει σε άλλη πόλη. *«Το βράδυ με πειράζει η μοναξιά. Όταν δεν βγαίνω έξω, τρώω το βράδυ. Περίπου 40 τσιγάρα αλλά όχι όλα ολόκληρα...»*

Την απασχολεί η κατάσταση της κόρης της η οποία είναι επίσης υπέρβαρη και καπνίστρια. Πρέπει η ίδια να αποτελέσει το παράδειγμα. Παραπονιέται για το οικονομικό: *«Εγώ δεν φτιάχνω τα δόντια και στερούμαι και αυτή διασκεδάζει...»*. Πρέπει να διακόψει και για οικονομικούς λόγους.

Κατόρθωσε να μειώσει στο μισό (20τσιγάρα) ενώ μετράται για το ζάχαρο στο Κ.Κ. το οποίο και ρύθμισε με τη βοήθεια της άσκησης αλλά και της διατροφής για την οποία έλαβε οδηγίες. Με το τέλος του προγράμματος έφτασε στα 10 τσιγάρα και μείωσε τις μονάδες ινσουλίνης.

Σήμερα συνεχίζει να καπνίζει το ανώτερο 2 πακέτα, μένει μαζί με την κόρη της και έχουν επικεντρωθεί και οι δύο στο να χάσουν βάρος. Η μητέρα έχασε τελευταία 5 και η κόρη 7 κιλά. Η κόρη συνεχίζει να καπνίζει (καπνό) 20 τσιγάρα την ημέρα αλλά προσπαθεί μόνο για το βάρος.

Μελέτη περίπτωσης 10.

Η κυρία Χ.Α.

Ηλικία: 48 ετών

Έναρξη καπνίσματος: ετών 40

Αριθμός ετών που καπνίζει: 8

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 25

Κλίμακα Fagerstrom: 7, καπνιστής με μεγάλη εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: 3 με απότομη διακοπή με διάρκεια από 3 μήνες έως και 2 χρόνια, με υποκατάστατο νικοτίνης, και με βουπροπριόνη

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: καλύτερη υγεία

Προβλήματα υγείας: Χ.Α.Π., Βρογχικό άσθμα, συμπτώματα από το αναπνευστικό βήχας, παραγωγικός για πάνω από 2 χρόνια με πτύελα καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, συριγμό και δύσπνοια για το ίδιο διάστημα.

Εκπαίδευση: Ανωτάτη

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: εκπαιδευτικός

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 12

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Χ.Α. προσήλθε για να βοηθηθεί να διακόψει το κάπνισμα λέγοντάς μας «*Με συγκλόνησε ο θάνατος φίλου συνάδελφου από καρκίνο του πνεύμονα. Μαζί ήμασταν την προηγούμενη, τα λέγαμε... καπνιστής κι αυτός χρόνια...*»

Με το θάνατο του συναδέλφου, η κ. Χ.Α. συνειδητοποίησε την εξάρτησή της από το τσιγάρο. Αποφάσισε ότι είναι πολύ υποτιμητικό για την ίδια σαν άνθρωπο ενώ γνωρίζει τις συνέπειες του καπνίσματος να συνεχίσει να καπνίζει. Τα οφέλη ήταν πολύ λίγα σε σχέση με το τίμημα που έπρεπε να πληρώσει κανείς. Ο θάνατος «δικού της» ουσιαστικά ανθρώπου, φίλου και συνταξιδιώτη στη ζωή αποδείχτηκε για την ίδια μια αφυπνιστική εμπειρία η οποία τη βοήθησε να οριστικοποιήσει την απόφασή της και να την κάνει πράξη. Θύμωσε με το αμετάκλητο του θανάτου και θύμωσε και με τον εαυτό της για το ότι τον είχε καταστήσει εξαρτώμενο από κάτι που οδηγούσε σε αυτόν.

«Κουράστηκα να εξαρτώμαι από αυτό. Θέλω να είμαι ελεύθερη. Θέλω να μπορώ να χαρώ χωρίς να πρέπει να περάσω πρώτα από το περίπτερο, να κλάψω χωρίς να σκέφτομαι πού θα πρέπει στάζω τις στάχτες μου, να νευριάσω και να μπορώ να χτυπήσω τα χέρια μου δυνατά στο τραπέζι, να οδηγήσω με κλειστά τα παράθυρα...»

Εντάχθηκε στο πρόγραμμα «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση» και κατόρθωσε να διακόψει 2 μήνες μετά. Όπως δήλωσε: *«τώρα πια, απασχολώ το μυαλό μου με άλλα πράγματα... ξεκίνησα το κολυμβητήριο...»*

Μελέτη περίπτωσης 11.

Η κυρία Δ.Ε.

Ηλικία: 50 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 19 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 31

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 20

Κλίμακα Fagerstrom: 4, καπνιστής μέτρια εξάρτηση

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: 3, για 2 έτη στις κησείες και 8 μήνες

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: την ενοχλούσε η μυρωδιά, παιδί στην εφηβεία που ξεκίνησε να καπνίζει, σταμάτησε ο σύζυγος

Προβλήματα υγείας: Βήχας, παραγωγικός, πτύελα μόνο το πρωί, συριγμός, δύσπνοια Λαχάνιασμα όταν βιάζεται σε επίπεδο έδαφος ή όταν ανεβαίνει μικρή ανηφόρα.

Εκπαίδευση: Ανώτερη

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: Δικηγόρος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 20

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Δ.Ε. προσήλθε στο πρόγραμμα για να διακόψει το κάπνισμα με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Τα προηγούμενα χρόνια κάπνιζε περίπου 28 τσιγάρα την ημέρα, ενώ τον τελευταίο χρόνο είχε μειώσει στα 20. Είχε δοκιμάσει όπως είπε τα πάντα. Ξεκίνησε λοιπόν με κάτι που δεν είχε δοκιμάσει άλλη φορά, τη φαρμακευτική αγωγή. Οι παρενέργειες του χαπιού (ναυτία, ζαλάδες) ήταν τόσο έντονες που εμποδίζανε την καθημερινότητά της σε τέτοιο βαθμό που την καθιστούσαν μη λειτουργική. Παρά τη μείωση της δοσολογίας, και πάλι δεν μειώθηκαν σε

ικανοποιητικό βαθμό. Μετά από συζήτηση, και επεξήγηση ότι έτσι και αλλιώς το χάπι θα μπορούσε να το παίρνει το πολύ για 3 μήνες και μόνο για να προετοιμαστεί να διακόψει, αποφασίστηκε να χρησιμοποιήσει τα αυτοκόλλητα και τις τσίγλες νικοτίνης. Στη συνέχεια μπήκε στο πρόγραμμα «*Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση*», ως μέσο άσκησης επέλεξε το περπάτημα ενώ εντάχθηκε και σε ομάδες γιόγκα. Επιπλέον, παρακολούθησε εκπαίδευση για τη σωστή αναπνοή.

Η κ. Δ.Ε τελικά διέκοψε το κάπνισμα και κατέληξε ότι: *«όλα με βοήθησαν: εναλλακτικές, ηλεκτροθεραπεία, γιόγκα... όλα συνετέλεσαν για να γίνει αυτό που έπρεπε... όλα είναι στο μυαλό...»*

Μελέτη περίπτωσης 12.

Η κυρία Α.Σ.

Ηλικία: 40 ετών

Έναρξη καπνίσματος: 20 ετών

Αριθμός ετών που καπνίζει: 20

Μ.Ο. αριθμού τσιγάρων που καπνίζει τον τελευταίο χρόνο / μέρα: 20

Κλίμακα Fagerstrom: 6

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής: 2 στις εγκυμοσύνες

Λόγος που δηλώνει για την απόφαση διακοπής: λόγοι υγείας

Προβλήματα υγείας: προ εξαμήνου εμφάνισε καρκίνο στη γλώσσα για τον οποίο και χειρουργήθηκε

Εκπαίδευση: ΑΕΙ

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, 2 παιδιά

Εργασία: δημ. υπάλληλος

Τρόπος προσέγγισης: πληροφόρηση από τον τοπικό τύπο

Αριθμός συναντήσεων: 10

Μέθοδος παρέμβασης

Η κ. Α.Σ. προσήλθε για συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με μεγάλη παρότρυνση από και μαζί με την παιδιόθεν αδελφική φίλη και κουμπάρα της. Η Α.Σ., παντρεμένη με δυο παιδιά, μια κόρη στα 23 και ένα γιο στα 10, αποφάσισε κάποια στιγμή μετά περίπου ένα μήνα άμα τη εμφανίσει, να ασχοληθεί *«με το σπυράκι που έβγαλα στη γλώσσα»*.

Μιλώντας γι' αυτό πρώτα στην κουμπάρα της, εκείνη κινητοποιήθηκε άμεσα και μαζί της την ακολούθησε και τη στήριξε στην όλη διαδικασία. Όπως δηλώνουν και οι δύο οικογενειακά αλλά κυρίως προσωπικά είναι όσο πιο δεμένες μπορεί να είναι. Πρακτικά όπως η ίδια δηλώνει ήταν η μόνη η οποία συμπαραστάθηκε ουσιαστικά στην Α.Σ. τις δύσκολες ώρες του χειρουργείου, κάτι το οποίο

φαίνεται να αληθεύει καθώς ο σύζυγος αμέσως μετά την επέμβαση αποφάσισε να φύγει από το σπίτι και να συγκατοικήσει με μια άλλη γυναίκα με την οποία όπως φαίνεται σχετιζόταν αρκετό καιρό πριν.

Παρά την επιμονή της κουμπάρας κυρίως να παρακολουθήσουνε μαζί τη συνεδρία, τελικά την ίδια μέρα πραγματοποιήθηκαν δυο διαφορετικές συναντήσεις με κάθε μια από τις δυο χωριστά. Στην κουμπάρα για να βοηθηθεί σχετικά με τη διαχείριση της Α.Σ. και στην Α.Σ. για να βοηθηθεί σχετικά με τη διαχείριση του εαυτού και της νόσου της. Το μεγάλο τους δέσιμο είχε σαν αποτέλεσμα η Α.Σ. να παρακάμπτεται εντελώς και από τις δυο. Η κουμπάρα διαχειριζόταν τη νόσο σαν καλή μητέρα η οποία φροντίζει το κρυολόγημα του ανήλικου παιδιού της, της κ. Α.Σ. Η τελευταία δεν είχε και μεγάλη ευθύνη για τα όσα της συνέβαιναν. Για το λόγο αυτό όπως δήλωσε η κουμπάρα *«την έσυρα στο γιατρό, κάναμε την επέμβαση και τώρα την έφερα για να το κόψει...» «δε μπορεί να το έχω κόψει εγώ για να τη βοηθήσω και να μην τη βάζω σε πειρασμό, να καθόμαστε μαζί να πίνουμε καφέ και να της λέω να μην καπνίζει και αυτή να καπνίζει...»*

Το διάστημα πριν εκδηλωθεί η ασθένεια, η κ. Α.Σ. δήλωσε πως πέρασε μια πολύ δύσκολη περίοδο λόγω των δυσκολιών που περνούσε ο γάμος της. Εκείνο το διάστημα κάπνιζε και έπινε πολύ, τρεφόταν άσχημα, δεν κοιμόταν ικανοποιητικά και όπως δηλώνει *«γενικά είχα παραιτηθεί»*. Η ίδια είχε διακόψει και στο παρελθόν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης των δύο της παιδιών. Όταν ξεκίνησε η συμμετοχή της στο πρόγραμμα είχε ήδη μειώσει μόνη της στα 8 τσιγάρα το μέγιστο. Το μεγάλο στοίχημα ήταν να το σταματήσει εντελώς.

Ο σύζυγος, μετά από μια περίοδο απουσίας είχε επιστρέψει στο σπίτι και στην οικογένεια και οι συνθήκες ήταν αυτή τη φορά πολύ καλύτερες μεταξύ τους. Η επικοινωνία τους είχε βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό και προσπαθούσαν και οι δύο πλέον γι αυτό έχοντας αποδώσει στην απουσία της τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στη σχέση τους. Οι πολλές ώρες εργασίας και των δύο δεν βοήθησαν επίσης.

Αρχικά δόθηκαν οδηγίες για την υγιεινή της χειρουργημένης περιοχής από την γιατρό της Ομάδας Υγείας και στην πορεία των συναντήσεων η κ. Α.Σ. έφτασε αρχικά στα 0-3 τσιγάρα, άλλαξε συνήθειες που της προκαλούσαν έντονη την επιθυμία για τσιγάρο όπως (π.χ. έπινε πια μόνο έναν καφέ κι αυτόν όχι στο σπίτι αλλά στο γραφείο όπου οι συνθήκες δεν ευνοούσαν το κάπνισμα) και συμφώνησε με το σύζυγο και την κόρη της να μην καπνίζει κανείς μέσα στο σπίτι. Με αφορμή εκείνη, μείωσε το κάπνισμα και ο σύζυγος στο 1 πακέτο και η κόρη το περιόρισε στα 5 ημερησίως. *«Όχι καφέ στο σπίτι αλλά καφέ στη δουλειά και ένα τσιγάρο, ένα πριν πάω σπίτι και ένα αν βγω στη βεράντα το βράδυ αλλά όχι πάντα... Νιώθω ότι πάω καλά, έχω νικήσει κατά κάποιο τρόπο τον εγκέφαλο... την Κυριακή δεν έκανα καθόλου...»* Επίσης ξεκίνησε άσκηση (περπάτημα) και εντάχθηκε σε ομάδες γιόγκα της Κοινωφελούς από τις οποίες δηλώνει ότι ωφελήθηκε πολύ.

Στις επόμενες συναντήσεις, η κ. Α.Σ. έφτασε στα «πέντε τσιγάρα αλλά όχι ολοκληρωμένα» καθώς πλέον καλείται να αντιμετωπίσει εκ νέου τα προβλήματα της καθημερινότητας (πολύ φορτωμένο πρόγραμμα εργασίας), οικογενειακά προβλήματα (δεσμός της κόρης που δεν εγκρίνει καθώς «πρόκειται για μεγάλο αλήτη»).

«Το έχω συνδέσει το τσιγάρο με την ηρεμία, με ηρεμεί». Επαναπροσδιορίζεται εκ νέου ο στόχος στα τρία τσιγάρα «Φοβάμαι μήπως κάνω μετάσταση και έχω το βάρος ότι την προκάλεσα εγώ με τα πέντε τσιγάρα...» Όπως η κόρη έτσι και η μάνα έχουν την ευθύνη των πράξεών τους.

Στην επόμενη συνάντηση δηλώνει ότι *«τα οκτώ τα έχω σίγουρα, όμως με πειράζει που κάνω οκτώ... ενώ μπορώ για παράδειγμα να νηστεύω, να κάνω δίαιτα, δε με νοιάζει...»* «Βασικά θέλω να ζήσω... Δε δίνω σημασία πια στην κόρη μου, από μια μεριά γελάω γιατί την άφησα και άρχισαν τα μικροπροβληματάκια... Ε, δε θα τον παντρευτώ κιόλας! μου είπε.»

«Είμαι πολύ καλύτερα με το σύζυγο, συζητάμε για τα πάντα που μας έλειπε ο διάλογος»

«Ωρες ώρες αγχώνομαι και πιέζομαι με τη δουλειά»

«Ο μικρός με ρωτάει πόσο κακό μπορεί να σου κάνει ο καρκίνος»

«Θέλω πάρα πολύ να το κόψω...πάει η περίοδος χάριτος.... Πριν ένα περίπου μήνα έπιασα κάτι γρουμπουλάκια εδώ στην περιοχή, αλλά τελικά ήταν τα ράμματα...»

Στην τελευταία συνάντηση η οποία πραγματοποιήθηκε και με την παρουσία της γιατρού της ομάδας καθώς εκτιμήθηκε η κατάσταση του τραύματος και δόθηκαν εκ νέου οδηγίες για την περιποίηση αλλά και την αισθητική αποκατάσταση, η κ. Α.Σ. δήλωσε πως αισθάνεται πια έτοιμη να διακόψει και ότι *«πότε είναι καλό και πότε κακό παιδί»* μένοντας όμως κατά βάση στα 2-3 τσιγάρα. Έγινε το κλείσιμο, καθώς πλέον αισθάνθηκε και η ίδια ότι ήταν στο χέρι της να καταπολεμήσει τη συνήθειά της μια που *«έτυχε και μέρα να μην κάνω και κανένα»* .

Είναι πια κάτι το οποίο πιστεύει ότι μπορεί να το χειριστεί μόνη και να αποφασίσει όπως δήλωσε τις επόμενες ημέρες την οριστική διακοπή.

Συζήτηση

Κύριος στόχος της παρέμβασης συνολικά, αποτέλεσε η προτροπή για την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου για την υγεία και πιο συγκεκριμένα για το κάπνισμα. Κάθε ωφελούμενος που προσέγγισε την Ομάδα Υγείας αξιολόγησε και αξιολογήθηκε για το ποιοί από τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που έφερε έπρεπε και μπορούσε να εξαλείψει στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που προσεγγίζει τα Κοινωνικά Κέντρα της Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ. των περιοχών Ν. Δημητριάδας και Αγ. Αναργύρων και οφείλται των παροχών υγείας της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχουν ως εξής:

Ηλικιακά οι ωφελούμενοι των δύο αυτών Κοινωνικών Κέντρων βρίσκονται κατά Μ.Ο. στα 58 τους χρόνια και λίγο παραπάνω από τους μισούς από αυτούς είναι συνταξιούχοι (58,8%). Σε ποσοστό 88,7% είναι καπνιστές και οι περισσότερες γυναίκες (53,6 %). Κατά μέσο όρο καπνίζουν τα τελευταία 30 χρόνια ενώ ξεκίνησαν το κάπνισμα στην ηλικία των 23 ετών. Τη συγκεκριμένη δε χρονική στιγμή, κάπνιζαν κατά μέσο όρο 19,61 τσιγάρα και είχαν στο ενεργητικό τους λιγότερες από μια (0,83) προσπάθειες διακοπής.

Από αυτούς, το 26,8% αντιμετώπιζε προβλήματα υγείας και πιο συγκεκριμένα συνολικά το 45,4% αντιμετώπιζε προβλήματα υγείας άμεσα συνδεδεμένα με τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος (κάποιας μορφής καρκίνο: 4,1%, καρδιολογικά προβλήματα / προβλήματα του κυκλοφορικού: 36,1%, συμπτώματα του αναπνευστικού / Χ.Α.Π: 5,2%).

Παρά το ότι όλοι ενημερώθηκαν λεπτομερώς για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και επίσης ενημερώθηκαν συγκεκριμένα και για τον τρόπο με τον οποίο επιβαρύνονται τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα υγείας τους από το κάπνισμα, όπως ήταν αναμενόμενο δεν φάνηκε να επηρεάζονται ιδιαίτερα στην απόφασή τους να διακόψουν ή όχι το κάπνισμα αποδεικνύοντας για μια ακόμα φορά ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι κυρίως θέμα πληροφόρησης για τους κινδύνους από τη συνήθεια αλλά πολυπαραγοντικό ζήτημα.

Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι για το διάστημα που οι συγκεκριμένοι ωφελούμενοι προσέρχονταν στο Κοινωνικό Κέντρο κάνοντας χρήση κάποιων παροχών υγείας (ιατρικές προληπτικές εξετάσεις, συμβουλευτική υγείας, θεραπευτική άσκηση κλπ), ο Μ.Ο. των καταναλισκόμενων τσιγάρων μειώθηκε στα 9,29 από τα 19,61 τσιγάρα ενώ με τη λήξη της παρακολούθησής τους ανήλθε στα 12,08.

Αυτό σημαίνει ότι αν και δεν αποφασίσαν να δοκιμάσουν να διακόψουν το κάπνισμα, μπόρεσαν στη διαδικασία να το ελέγξουν και να μειώσουν τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζανε πιθανότατα

επηρεασμένοι από την αρχική συνάντηση κατά την οποία έγινε και η σχετική ενημέρωση. Φαίνεται όμως ότι καθόλη τη διάρκεια που ερχόταν σε επαφή με κάποιο από τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, η προσπάθεια συντηρούταν καλύτερα καθώς με τη λήξη της παρακολούθησης ο Μ.Ο. των καταναλισκόμενων τσιγάρων ανέβηκε στα 12,08 ο οποίος όμως και πάλι είναι αρκετά μειωμένος σε σχέση με τον αρχικό, πριν την ενημέρωση (19,61).

Από τον παραπάνω πληθυσμό, 40 άτομα ενδιαφέρθηκαν να ενταχθούν συγκεκριμένα στο «Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος» με στόχο να διακόψουν οριστικά το κάπνισμα. Από αυτούς 10 διέκοψαν οριστικά (1 χρόνος άκαπνοι), ενώ οι υπόλοιποι μείωσαν σημαντικά, κατά Μ.Ο. 10 τσιγάρα.

Το πρόγραμμα παρουσιάζει τα εξής πρωτότυπα χαρακτηριστικά τα οποία εκτιμούμε ότι βοήθησαν ουσιαστικά στην επιτυχία του:

1. Η ευελιξία του προγράμματος ως προς:

- το χώρο των συναντήσεων (κοντά στην κατοικία του ωφελούμενου στα 5 Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου.)
- το χρόνο στον οποίο πραγματοποιούνται οι συναντήσεις (πρωινά – απογεύματα)
- τη διάρκεια της συνεδρίας (45 – 90 min)
- τη συχνότητα των συναντήσεων (2 φορές την εβδομάδα – 1 φορά στις 2 εβδομάδες)
- τον αριθμό των συναντήσεων (10 – 20)

Όλα τα παραπάνω καθορίστηκαν για κάθε ωφελούμενο ξεχωριστά με βάση τις ατομικές ανάγκες και το ρυθμό της προόδου. Ο αριθμός των συναντήσεων ορίστηκε αρχικά στις 10, στη μεγάλη πλειοψηφία όμως των περιπτώσεων δεν τηρήθηκε το παραπάνω όριο, καθώς επίσης δεν τηρήθηκε και η αρχική συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα. Κατά μέσο όρο πραγματοποιήθηκαν 15 συναντήσεις, 1 φορά στις 10 περίπου μέρες στα Κοινωνικά Κέντρα του Δήμου Βόλου (Κ.Ε.Κ.Π.Α. – Δ.Ι.Ε.Κ.) και σε χώρο του Δήμου στο κέντρο του Βόλου (δ/νση: Γαλλίας με Μαυροκορδάτου).

- #### 2. Η ολιστική προσέγγιση του ατόμου.
- Μέσω της λήψης ιατρικού και κοινωνικού ιστορικού («Κάρτα Υγείας» και «Κοινωνικό Ιστορικό») συγκεντρώνονται πληροφορίες οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα για μια πιο σφαιρική προσέγγιση του ατόμου. Το αρχικό αίτημα για βοήθεια στη διακοπή καπνίσματος, πολλές φορές χρειάστηκε να αντιμετωπιστεί μετά από άλλα

ζητήματα τα οποία προέκυψαν από τη λήψη του ιατρικού και κοινωνικού ιστορικού και έπρεπε να επιλυθούν άμεσα (πχ ρύθμιση ζαχαρώδη διαβήτη).

3. **Το ότι οι υπηρεσίες προσφέρονται από Διεπιστημονική Ομάδα Υγείας.** Η αρχική προσέγγιση έγινε με τη γ. Γιατρό και την ψυχολόγο και στη συνέχεια ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και με τις ειδικότητες του ιατρού εργασίας, κοινωνικού λειτουργού, νοσηλεύτριας, φυσιοθεραπεύτριας). Τα μέλη της Ομάδας Υγείας τελούν υπό συνεχιζόμενη εκπαίδευση για το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής Υγείας στο άτομο και την κοινότητα («Εργαστήρι Υγιεινής» - Ιατρική Σχολή του Α.Π.Θ., Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής - Ι.Κ.Π.Ι., Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Πνευμονολογικής Κλινικής του Παν/μιακού Νοσοκομείου Λάρισας) και ενημερώνονται για τις εξελίξεις μέσω της διεθνούς βιβλιογραφίας. Επίσης έχουν συμμετάσχει σε ενημερώσεις και εκστρατείες κατά του καπνίσματος και έχουν παρουσιάσει σχετικές εργασίες σε επιστημονικά συνέδρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

4. **Ο δωρεάν χαρακτήρας του προγράμματος διακοπής καπνίσματος και οι λοιπές παροχές υπηρεσιών υγείας των Κοινωνικών Κέντρων** (προληπτικές ιατρικές εξετάσεις: μέτρηση αρτ. πίεσης, χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων, σακχάρου στο αίμα -όλα με δακτυλοκέντησι-σπιρομέτρηση, μέτρηση μονοξειδίου του άνθρακα) και η δυνατότητα συμμετοχής στις Ομάδες Θεραπευτικής Άσκησης, Ομάδες Ευεξίας, Ομάδες Αυτογνωσίας, Ψυχόγραμμα στα Κοινωνικά Κέντρα δωρεάν ή με συμβολική τιμή.

5. Το γεγονός ότι η **έμφαση** για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος δόθηκε:
 - Στην **έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση για το κάπνισμα και το παθητικό** κάπνισμα έχοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, τις δυνατότητες, το χρόνο που διαθέτει κάθε πολίτης. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι 98% αυτών που προσπάθησαν να διακόψουν με υποκατάστατα νικοτίνης, τα χρησιμοποίησαν με λάθος τρόπο.
 - Στον εντοπισμό και την **ενίσχυση των θετικών σημείων της διακοπής** και όχι στις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος.
 - Στη **σύνδεση συγκεκριμένα των θετικών σημείων της διακοπής με τα τυχόν προβλήματα υγείας** που αντιμετωπίζει το άτομο.
 - Στον **εντοπισμό των προσωπικών «αναγκών»** που καλύπτει η συνήθεια του καπνίσματος.

- Στον **εντοπισμό** και την **ενίσχυση των προσωπικών κινήτρων** για τη διακοπή.
- Στη **δυνατότητα αντικατάστασης** της βλαβερής συνήθειας του καπνίσματος με μια **άλλη υγιεινή συνήθεια** όπως η άθληση μέσω του προγράμματος «Τέρμα το κάπνισμα και Ώρα για Άσκηση» ή / και της συμμετοχής στις ομάδες θεραπευτικής άσκησης στα Κοινωνικά Κέντρα της Κ.Ε.Κ.Π.Α..
- Στην **από κοινού διαμόρφωση με τον ωφελούμενο του ατομικού σχεδίου παρέμβασης** για τη διακοπή του καπνίσματος. Η μέθοδος που επιλέγεται για τη διακοπή, αποφασίζεται σε συνεργασία με τον ωφελούμενο ανάλογα με το τι ενδείκνυται για την περίπτωση του αλλά και τη δυνατότητά του να το υποστηρίξει (φαρμακευτική αγωγή, υποκατάστατα νικοτίνης, το ολοκληρωμένο πρόγραμμα «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για Άσκηση», εναλλακτικές μέθοδοι π.χ. γιόγκα, βελονισμός, ρεφλεξιολογία, ηλεκτροθεραπεία, οραματισμός και ψυχόδραμα).
- Στη δυνατότητα κάθε ωφελούμενου **να επιλέξει τον επαγγελματία υγείας** που τον εκφράζει περισσότερο και **να επικοινωνεί τηλεφωνικά για στήριξη** καθόλη τη διάρκεια της εβδομάδας (εκτός ΣΚ).
- Στην **ενίσχυση για την επίλυση συνοδών προβλημάτων υγείας και προβλημάτων κοινωνικού χαρακτήρα**. Λόγω του ολιστικού χαρακτήρα του προγράμματος, οι ωφελούμενοι ενισχύονται στην αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων υγείας (π.χ. αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμίες, ζαχαρώδης διαβήτης κ.λ.π.) με την εκπαίδευσή τους αλλά και της οικογένειάς τους στη διαχείριση της νόσου, καθώς αυτή αποτελεί εξίσου σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την υγεία και ενισχύει το άτομο στην προσπάθειά του για τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης ενισχύονται για τη διευθέτηση κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. οικονομικά προβλήματα λόγω ανεργίας, υποαπασχόλησης, μαύρης εργασίας).
- Στο **συχνό αναπροσδιορισμό των στόχων**. Όπου χρειάστηκε έγινε επίσης ενημέρωση για εξειδικευμένα κέντρα διακοπής καπνίσματος (κόστος, χρόνος, αριθμός συναντήσεων) και διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας.

Η παρέμβαση φάνηκε να ήταν αποτελεσματική για το 25% αυτών που συμμετείχαν, ποσοστό επιτυχίας που θεωρείται μεγάλο σε σύγκριση με άλλα προγράμματα παρέμβασης. Για αυτούς που συνέχισαν να καπνίζουν, υπήρξε μείωση στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά και αύξηση στο κίνητρο να σταματήσουν το κάπνισμα και στην πεποίθησή τους ότι κάποτε θα το πραγματοποιήσουν. Στην τελευταία συνεδρία, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν τη

χρησιμότητα των διαφόρων ενοτήτων του προγράμματος και βαθμολόγησαν σαν πολύ έως πάρα πολύ χρήσιμα τα εξής:

- το ότι διδάχθηκαν τεχνικές για να αντικαταστούν το κάπνισμα με εναλλακτικές συμπεριφορές
- το ότι έμαθαν τεχνικές καθυστέρησης
- το ότι ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν ημερολόγιο καπνίσματος

Γενικά όλο το πρόγραμμα βαθμολογήθηκε ως ιδιαίτερα ενημερωτικό και χρήσιμο και συμπερασματικά φαίνεται ότι εάν ο γιατρός συστήσει στον ασθενή να σταματήσει το κάπνισμα, χωρίς να του προσφέρει τη δυνατότητα συμμετοχής σε κάποιο πρόγραμμα στήριξης για τη διακοπή, είναι σαν να αγνοεί τη φύση του προβλήματος. Είναι γεγονός ότι μικρό ποσοστό ανθρώπων σταματούν το κάπνισμα μόνοι τους, αλλά είναι επίσης γεγονός ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό επιτυγχάνουν τη διακοπή με τη βοήθεια κάποιας μορφής παρέμβασης.

Βιβλιογραφία

1. Hymowitz N. (2011) *Smoking and cancer: a review of public health and clinical implications*. J Natl Med Assoc. Aug;103(8):695-700
2. World Health Organization *WHO report on the global tobacco epidemic: implementing smoke-free environments, 2009*. Geneva, 2009
3. World Health Organization *Quitting Smoking and Beating Nicotine Addiction* http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng_Chapter8-9.pdf
4. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Περιοδικό Νέα Υγεία *Οι μέθοδοι διακοπής καπνίσματος* <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=439>
5. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία *Προδιαγραφές Ιατρικών Διακοπής Καπνίσματος* <http://www.hts.org.gr/>
6. Rodu B. (2011) *The scientific foundation for tobacco harm reduction* Harm Reduct J., Jul 29;8:19., (2006-2011).
7. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 – 2012* Αθήνα, 2008 <http://www.ygeianet.gov.gr/files.aspx?code=nationalactionplans>
8. Beaglehole R. et al, (2011) *Global cancer prevention: an important pathway to global health and development*. Public Health., University of Auckland, Dec;125(12):821-31.
9. World Health Organization, International Agency For Research on Cancer *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans* Volume 100 A Review of Human Carcinogens
Part E: Personal Habits and Indoor Combustions Lyon, 29 September–6 October 2009 <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf>
10. BeStrong.org.gr *Μείνε Δυνατός, Βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος* <http://www.bestrong.org.gr/el/health/nosmoking/smokingandhealth/23/08/2010>
11. Department of Health and Human Services, Public Health Service Office of the Surgeon General *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease A Report of the Surgeon General* 2010, Rockville, U.S., MD
12. Fiore, M.C., Novotny, T.E. Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatziandreu, E.J., Newcomb, P.A., Surawicz, T.S., Davis, R.M., *United States Journal of the American Medical Association*, Volume 263, Issue 20, 1990, Pages 2760-2765
13. Weber D et al. (2007) *Smokers' attitudes and behaviors related to consumer demand for cessation counselling in the medical-care setting*. Nicotine & Tobacco Research, 9:571–580
14. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (1989) *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD
15. World Health Organization (2005), *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva 2005
16. healthview με επίκεντρο... την υγεία *Κάπνισμα* <http://www.healthview.gr/περιεχόμενο/άρθρο/1423/κάπνισμα>
17. <http://www.quitnet.com/qnhomepage.aspx>
18. Cobb N et al. (2005) *Initial evaluation of a real-world Internet smoking cessation system*. Nicotine & Tobacco Research 7:207–216

19. Strecher VJ, Shiffman S, West R. (2005), *Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy*. *Addiction*, 100:682–688.
20. Prochaska JO et al. (1993), *Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programmes for smoking cessation*. *HealthPsychology*, 12:399–405.
21. Velicer WF, Prochaska JO. (1999) *An expert system intervention for smoking cessation*. *Patient Education and Counselling*, 36:119–129
22. Schumann A. (2008) *Computer-tailored smoking cessation intervention in a general population setting in Germany: outcome of a randomized controlled trial*. *Nicotine & Tobacco Research*, 10:371
23. Wilhelm K et al. (2003), *Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey*. *Journal of Affective Disorders*, 75:155–162.
24. Lucksted A, Dixon L, Sembly J, (2000), *A focus group pilot study of tobacco smoking among psychosocial rehabilitation clients*. *Psychiatric Services*, 51:1544–1548.
25. Prochaska JO et al. (2005) *Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms*. *Preventive Medicine*, 41:406–416
26. Fiore M et al. (2000) *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. In: *Clinical practice guideline*. Rockville, MD.
27. Stead LF, Perera R, Lancaster T. (2007) *A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines*. *Tobacco Control*, 16 (Suppl. 1):i3–i8.
28. Stead LF, Perera R, Lancaster T. (2006), *Telephone counselling for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (online), 3:CD002850.
29. Coffay AO. (2007), *Smoking cessation: tactics that make a big difference*. *Journal of Family Practice*, 56:817–824.
30. Rodgers A et al. (2005), *Do u smoke after txt? results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging*. *Tobacco Control*, 14:255–261.
31. Stead L, Lancaster T. (1998), *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001007.
32. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2008), *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα* *Νοσηλευτική*, 47(3):320–333.
33. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Επιχειρησιακό Σχέδιο Αναδιάρθρωσης Νοσοκομείων. Η πρωτοβάθμια Φροντίδα.
<http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-03-08-10-56-24/2011-03-20-18-22-54>
34. Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2008), *Ανασκόπηση: Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα* *Νοσηλευτική*, 47(3):320–333.
35. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). *Access to good primary care in mental health*. Helsinki, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 12–15 January EUR/04/5047810/B11\
36. Atun R. (2004), *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)
37. Αλεξιάδου Σ. Α., Αλεξιάδου Ε. Α., Χαμαλίδου Α., *Η Ιστορική Εξέλιξη του Θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Διοικητική Ενημέρωση http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_35/ALEXIADOU.pdf
38. Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Άλμα-Ατα, Ε.Σ.Σ.Δ., 6-12 Σεπτεμβρίου 1978

39. Κυριακόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης ΜπΠ., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Τ., (2000) «*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης*», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ. 12, τευχ. 4, σελ. 169-188)