



ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

της

Σταματίας Γρατσάνη

Διδακτορική Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του διδακτορικού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Υγεία» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας

Τρίκαλα

2015

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Γιάννης Θεοδωράκης, Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων: Βασιλική Ζήση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

3^{ος} Επιβλέπων: Μάριος Γούδας, Καθηγητής

Σύνθεση επταμελούς επιτροπής:

1. Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
2. Ζήση Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΣΕΦΑΑ, ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
3. Γούδας Μάριος, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
4. Παπαϊωάννου Αθανάσιος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ, Μέλος
5. Γουργουλιάνης Κων/νος, Καθηγητής στο Τμήμα Ιατρικής, ΠΘ, Μέλος
6. Χασάνδρα Μαρία, Επίκουρος Καθηγήτρια στο University of Jyvaskyla, Μέλος
7. Ζουρμπάνος Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής στο ΤΕΦΑΑ, ΠΘ, Μέλος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σταματία Γρατσάνη: Συμβουλευτική υποστήριξη σε ενήλικες για τη διακοπή καπνίσματος
(Υπό την επίβλεψη του Γιάννη Θεοδωράκη)

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που εμπειρεύει συμβουλευτική και παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης, σε συνδυασμό με ένταξη ή αύξηση φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα και προσανατολισμό προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής, καθώς επίσης και η αξιολόγηση της αποδοχής και της αποτελεσματικότητάς του. Συμμετείχαν 76 άτομα, εκ των οποίων τα 48 αποτελούσαν την ομάδα παρέμβασης. Από αυτά, 30 ολοκλήρωσαν την παρέμβαση (14 άντρες και 16 γυναίκες, με ΜΟ ηλικίας τα 40 έτη), ενώ τα υπόλοιπα 28 αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου (13 άντρες και 15 γυναίκες, με ΜΟ ηλικίας τα 36.5 έτη). Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της παρέμβασης βασίστηκαν κυρίως στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής, με το κάθε στάδιο να αποτελεί σημείο συνάντησης καθορισμού στόχων και ψυχολογικών τεχνικών, που απορρέουν από το θεωρητικό πλαίσιο πέντε θεωριών και τριών ψυχολογικών προσεγγίσεων, που συνιστούν τη βάση της συμβουλευτικής υποστήριξης του προγράμματος. Στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε δομημένη συνέντευξη μέσω της οποίας καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες της καπνιστικής συμπεριφοράς αρχικά, ενώ στο τέλος διεξήχθη αξιολόγηση του προγράμματος. Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου και για την οργάνωσή τους χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo. Από τις αναφορές των συμμετεχόντων προέκυψε ότι α) η ικανοποίηση και η χρησιμότητα της συμβουλευτικής υποστήριξης και των ψυχολογικών παρεμβάσεων ήταν υψηλές, β) η φυσική δραστηριότητα αυξήθηκε κατά την παρέμβαση και διατηρήθηκε μετά το πέρας της παρέμβασης, γ) το 53.3% των συμμετεχόντων διέκοψαν το κάπνισμα και διατήρησαν την αποχή μέχρι το τέλος της παρακολούθησης, η οποία κράτησε 12 μήνες, δ) οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους τα άτομα καπνίζουν είναι η ευχαρίστηση που αντλείται από το τσιγάρο, η χαλάρωση που προσφέρει το κάπνισμα, η διαχείριση του άγχους, η συντροφιά / παρέα, η συνήθεια και η βοήθεια που προσφέρει το τσιγάρο στη συγκέντρωση, ε) οι μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα στη διακοπή του καπνίσματος είναι οι δύσκολες και αγχωτικές καταστάσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν, το στρες που βιώνουν, η ευχαρίστηση που απορρέει από το κάπνισμα και την οποία δε θέλουν να χάσουν,

η έλλειψη απόφασης και θέλησης για διακοπή, το περιβάλλον και η έλλειψη υποστήριξης από τους σημαντικούς άλλους και την οικογένεια, ο εθισμός, η μοναξιά και η έλλειψη συμπαράστασης, η έλλειψη ενδιαφερόντων, οι συνήθειες που είναι συνδεδεμένες με το τσιγάρο, οι βραδινές ώρες κατά τις οποίες η επιθυμία για τσιγάρο αυξάνει, η έλλειψη ενθάρρυνσης και υποστήριξης, η πεποίθηση ότι τα λίγα τσιγάρα δεν κάνουν κακό, ο χώρος εργασίας, στ) οι επιμέρους στρατηγικές που βοήθησαν περισσότερο τα άτομα να διακόψουν το κάπνισμα ήταν η επικοινωνία, η σχέση, η συνεργασία και οι σταθερές συζητήσεις με τον σύμβουλο, η προσωπική θέληση, η ένταξη της άσκησης και κίνησης στην καθημερινότητα, ο καθορισμός στόχων σε εβδομαδιαία βάση και η δέσμευση σε αυτούς, οι τεχνικές αντίστασης και διαχείρισης της επιθυμίας για τσιγάρο, η ενημέρωση και η απόκτηση γνώσεων, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι δραστηριότητες, οι ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του προγράμματος, η προσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες του κάθε ατόμου, η διάρκεια, η συνέπεια και η σταθερότητα του προγράμματος, η σταδιακή αλλαγή καθημερινών συνηθειών, η υποστήριξη από το περιβάλλον, τα θέματα υγείας που έπαιξαν έναν κινητοποιητικό ρόλο, ζ) τα δυνατά σημεία του προγράμματος ήταν η οργανωμένη ψυχολογική υποστήριξη στη βάση μιας εξατομικευμένης συμβουλευτικής προσαρμοσμένης στις ανάγκες του κάθε ατόμου, η ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα, η συνέπεια και η σταθερότητα του προγράμματος και του συμβούλου, οι διαδικασίες προσωπικής ανάπτυξης και η εκπαίδευση σε δεξιότητες προς την κατεύθυνση της αλλαγής συνηθειών και καθιέρωσης υγιεινών συμπεριφορών, καθώς και την οργάνωση ενός ποιοτικά αναβαθμισμένου τρόπου ζωής, η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους, η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και της αυτοπεποίθησης. Τέλος, με βάση τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό τόσο στη διακοπή καπνίσματος και τη διατήρηση της αποχής από αυτό όλο το διάστημα παρακολούθησης, όσο και στην ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα των ατόμων και την υιοθέτηση ενός υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

Λέξεις-κλειδιά: πρόγραμμα, φυσική δραστηριότητα, ψυχολογική παρέμβαση

ABSTRACT

Stamatia Gratsani: Counseling intervention for smoking cessation in adults

(Under the supervision of Professor Yannis Theodorakis)

The purpose of the present study was the design, implementation and evaluation of a smoking cessation program based on counseling and supportive psychological interventions, combined with enhancement of physical activity in daily life, and orientation to a healthier way of living. It was also aimed the evaluation of the reception and the effectiveness of this smoking cessation program. The participants were 76. The experimental group consisted of 48 participants, of which 30 completed the program (14 men, 16 women, mean age = 40 years). The control group consisted of 28 participants (13 men, 15 women, mean age = 36.5 years). The design and implementation of the intervention was mainly based on the Transtheoretical Model. Every stage of change was the meeting point of setting goals and psychological techniques arising from the theoretical context of five theories and three psychological approaches that formed the basis of the program's supportive counseling. In the beginning and at the end of the intervention, a structural interview was used to record demographic data, smoking behavior and also for the program evaluation. The data, derived from the interviews, were organized using the Qualitative Software Package N Vivo, following content analysis. From the results of this analysis emerged that a) the satisfaction and the utility of the supportive counseling and the psychological interventions were high, b) physical activity was increased during the intervention and maintained until the end, c) 53.3% of the participants quit smoking and maintained the abstention until the end of follow-up that lasted 12 months, d) the main reasons why people smoke is pleasure alleging cigarette, relaxation that smoking offers, stress management, companionship, habit and help offered by the cigarette in concentration, e) the biggest challenges faced by people in smoking cessation is the difficult and stressful situations they have to face, the stress they experience, the pleasure derived from smoking which they do not want to lose, the lack of decision and will to stop smoking, the environment and the lack of support from significant others and family, the addiction, the loneliness and the lack of support, the lack of interesting hobbies, all the habits connected with smoking, the evening hours where the craving increases, the lack of encouragement and support, the belief that a few cigarettes do not harm, the workplace, f) the main strategies that have helped people to stop smoking was the communication, connection, cooperation and constant discussions with the consultant, the

personal will, the integration of exercise and movement in everyday life, the setting of goals on a weekly basis and the commitment to them, the desire resistance and management techniques for cigarette, the information and knowledge, the relaxation techniques, the activities, exercises, questionnaires and tools used during the program, the program's adaptation to the needs of each individual, the duration, consistency and stability of the program, the gradual change of daily habits, the support from the environment, the health issues that played a motivational role, g) the strengths of the program was the organized psychological support based on a personalized counseling tailored to the needs of each person, the incorporation of exercise in daily life, the consistency and stability of the program and the consultant, the personal development processes and the training for skills towards the change of habits and the establishment of healthy behaviors, as well as the organization of an enhanced quality of life, the development of stress management skills, the increase of self-efficacy and self-confidence. Finally, based on the results, it seems that the program was effective in smoking cessation and maintaining abstinence from it throughout the follow up period, as well as in the integration of physical activity in the daily life of individuals and the adoption of a healthy and qualitative lifestyle.

Keywords: program, physical activity, psychological intervention

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστώ τον καθηγητή μου κ. Γιάννη Θεοδωράκη για την ευκαιρία που μου έδωσε να συνεισφέρω στον τομέα της διακοπής του καπνίσματος, για τις γνώσεις που μου προσέφερε, αλλά και την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπό μου και την κατανόηση όλο αυτό το διάστημα.

Ευχαριστώ με ιδιαίτερη αγάπη και σεβασμό την καθηγήτριά μου κα Βασιλική Ζήση για την καθοδήγησή της, τη στήριξή της και τη βοήθεια, που μου προσέφερε με την άρτια επιστημονική κατάρτιση και γνώση της. Επίσης, την ευχαριστώ από καρδιάς για την υποστήριξη που απλόχερα μου έδωσε, την αισιοδοξία και την καλοσύνη της.

Ευχαριστώ θερμά την κα Δέσποινα Λεοντάρη, που στάθηκε όλο το διάστημα της προσπάθειάς μου δίπλα μου ως άριστη συνεργάτιδα, εξαιρετική συνάδελφος και σπάνια φίλη.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Χαράλαμπο Κρομμύδα, που ήταν δίπλα μου στο ξεκίνημα και μου προσέφερε την πολύτιμη βοήθειά του.

Ευχαριστώ επίσης τους συνεργάτες μου κα Σταυρούλα Σούλιου, κα Μάρτα Ρένκας και κ. Ιωαννίδη για την σημαντική βοήθειά τους.

Αφιερώνω τη διδακτορική μου διατριβή στον Κώστα Φώλια.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ABSTRACT	iv
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	vi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	4
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	5
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	7
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	7
ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	7
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	9
ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	9
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	10
ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	12
ΓΕΩΓΡΑΦΙΑ	13
ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	20
ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΗ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	24
ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ	29
<i>Πληθυσμιακές Πολιτικές</i>	30
<i>Αύξηση της φορολογίας</i>	30
<i>Σχέση Κόστους-Αποτελεσματικότητας της πολιτικής διακοπής του καπνίσματος</i>	31
<i>Πολιτικές μείωσης του παθητικού καπνίσματος</i>	32
<i>Εκστρατεία μέσω ΜΜΕ και μείωση της προβολής του καπνίσματος</i>	33
<i>Κοινωνικά προγράμματα παρέμβασης και εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος</i>	34
<i>Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με την Ηλικία</i>	36
<i>Παιδιά</i>	37
<i>Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με το Φύλο</i>	46
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	49
<i>Ατομικές και Ομαδικές Παρεμβάσεις: Συμβουλευτική</i>	53
<i>Τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης και Διαδίκτυο</i>	64
<i>Μηνύματα Πειθούς-Απώλειας</i>	68
<i>Φαρμακοθεραπεία</i>	70

<i>Συνδυασμός Προγραμμάτων</i>	74
<i>Άλλες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος</i>	79
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ	84
<i>Φυσική Άσκηση και Υγεία</i>	85
<i>Επιπολασμός Ανεπαρκούς Φυσικής Δραστηριότητας</i>	87
<i>Φυσική Δραστηριοποίηση και Νέοι</i>	89
<i>Φυσική Δραστηριοποίηση και Ηλικιωμένοι</i>	92
<i>Παράγοντες Επηρεασμού Φυσικής Δραστηριοποίησης</i>	93
<i>Στρατηγική Αντιμετώπισης Φυσικής Υποκινητικότητας</i>	94
<i>Οδηγίες Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας</i>	97
<i>Αποτελεσματικότητα της άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος</i>	99
<i>Άσκηση, κάπνισμα και καρδιοπάθεια</i>	103
<i>Αύξηση Βάρους</i>	105
<i>Πιθανοί μηχανισμοί που συμβάλλουν στη σχέση διακοπής καπνίσματος-άσκησης</i>	106
<i>Επιδράσεις της Άσκησης μετά τη διακοπή καπνίσματος</i>	108
<i>Έφηβοι και διακοπή καπνίσματος</i>	109
<i>Γυναίκες και διακοπή καπνίσματος</i>	111
<i>Η άσκηση ως στρατηγική μείωσης του κινδύνου από το κάπνισμα</i>	113
ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΒΑΣΙΣΤΗΚΕ Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	115
<i>Αυτοαποτελεσματικότητα</i>	138
ΠΑΡΑΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	139
ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	144
ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ –ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ	150
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	155
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	155
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	155
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	156
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	166
<i>1. Παρακινητική συνέντευξη (Miller & Rollnick, 2002)</i>	166
<i>2. Γνωστική Συμπεριφορική προσέγγιση (Beck, 1995),</i>	170
<i>3. Προσωποκεντρική θεωρία,</i>	173
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	174
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΒΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	177
<i>α) Αρχική Αξιολόγηση - Πρώτη συνεδρία (2^ο ή 3^ο στάδιο αλλαγής)</i>	177

<i>β) Βήμα 1^ο - Δεύτερη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)</i>	180
<i>γ) Βήμα 2^ο - Τρίτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)</i>	183
<i>δ) Βήμα 3^ο - Τέταρτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)</i>	186
<i>ε) Βήμα 4^ο - Πέμπτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)</i>	189
<i>στ) Βήμα 5ο - Έκτη συνεδρία (3ο στάδιο αλλαγής)</i>	190
<i>ζ) Βήμα 6^ο - Έβδομη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)</i>	192
<i>η) Βήμα 7^ο - Ογδοη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)</i>	196
<i>θ) Βήμα 8^ο - Ένατη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)</i>	197
<i>ι) Βήμα 9^ο - Δέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)</i>	199
<i>κ) Βήμα 10^ο - Ενδέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)</i>	201
<i>λ) Τελική Αξιολόγηση - Δωδέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)</i>	203
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	203
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	204
ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	204
<i>Προσωπικά στοιχεία</i>	204
<i>Ενημέρωση για το πρόγραμμα</i>	205
<i>Οικογενειακό ιστορικό</i>	205
<i>Προσωπικές πληροφορίες</i>	206
<i>Λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος</i>	207
<i>Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και υποτροπή</i>	207
<i>Παρούσα καπνιστική κατάσταση</i>	208
<i>Διάρκεια καπνίσματος</i>	209
<i>Λόγοι καπνίσματος</i>	209
<i>Λόγοι διακοπής</i>	210
<i>Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση</i>	211
<i>Στάση-άποψη για το κάπνισμα</i>	212
<i>Τι βοήθησε στο παρελθόν ως προς τη διακοπή καπνίσματος</i>	212
<i>Πιθανά εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος</i>	214
<i>Προσδοκίες</i>	214
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	215
<i>Παρούσα καπνιστική κατάσταση</i>	215
<i>Επίτευξη του στόχου της διακοπής του καπνίσματος</i>	215
<i>Λόγοι καπνίσματος</i>	216
<i>Λόγοι διακοπής</i>	217

<i>Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση.....</i>	218
<i>Στάση-άποψη για το κάπνισμα.....</i>	220
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	220
ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	243
<i>Προσωπικά στοιχεία.....</i>	243
<i>Τωρινή καπνιστική κατάσταση.....</i>	246
<i>Διάρκεια καπνίσματος.....</i>	246
<i>Λόγοι καπνίσματος.....</i>	246
<i>Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση.....</i>	247
<i>Στάση-άποψη για το κάπνισμα.....</i>	248
<i>Τι βοήθησε στο παρελθόν ως προς τη διακοπή καπνίσματος.....</i>	248
<i>Πιθανά εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος.....</i>	249
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ	249
<i>Τωρινή καπνιστική κατάσταση.....</i>	249
<i>Λόγοι καπνίσματος.....</i>	249
<i>Λόγοι διακοπής.....</i>	249
<i>Τι βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος.....</i>	250
<i>Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση.....</i>	250
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΣΥΖΗΤΗΤΗΣΗ	256
ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	287
ΣΧΟΛΙΑ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ	292
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	294
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	295
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	296
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ	299
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII. Βιβλιογραφία	300
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	348
Παράρτημα 1: Τεστ Σταδίου Ετοιμότητας	
Παράρτημα 2: Τα τρία Μαγικά Σημεία	
Παράρτημα 3: Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο εθισμός	
Παράρτημα 4: Αυτοαποτελεσματικότητα-1	
Παράρτημα 5: Ατομικό Προφίλ	
Παράρτημα 6: Καρτέλα Προόδου	
Παράρτημα 7: Συμφωνητικό	
Παράρτημα 8: Δες την αλήθεια όπως πραγματικά είναι	

- Παράρτημα 9: Τι ακριβώς συμβαίνει στον οργανισμό
Παράρτημα 10: Ποιες είναι οι γνώσεις σου για το κάπνισμα
Παράρτημα 11: Τι θα συμβεί μόλις κόψω το κάπνισμα
Παράρτημα 12: Κάρτα πεδόμετρου
Παράρτημα 13: Γενική Λίστα Επιβράβευσης
Παράρτημα 14: Ώρα για άσκηση-1
Παράρτημα 15: Σφυγμοί
Παράρτημα 16: Ώρα για χαλάρωση
Παράρτημα 17: Αναπνοές-1
Παράρτημα 18: Εβδομαδιαίοι στόχοι
Παράρτημα 19: Τεχνική της Πίτας
Παράρτημα 20: Γιατί καπνίζω
Παράρτημα 21: Άλλοι λόγοι – Εναλλακτικές
Παράρτημα 22: Θέλεις να τι κόψεις;
Παράρτημα 23: Άλλοι λόγοι – Κέρδος
Παράρτημα 24: Κόστος καπνίσματος
Παράρτημα 25: Αρνητικές σκέψεις
Παράρτημα 26: Λόγοι για να καπνίζεις – Λόγοι για να το διακόψεις
Παράρτημα 27: Ουσίες
Παράρτημα 28: Διατροφή-1
Παράρτημα 29: Αναπνοές-2
Παράρτημα 30: Αυτό-διάλογος
Παράρτημα 31: Επιλογή
Παράρτημα 32: Θετικά και Δυσκολίες
Παράρτημα 33: Ημέρα Διακοπής
Παράρτημα 34: Καλές ιδέες
Παράρτημα 35: Ώρα για άσκηση-2
Παράρτημα 36: Ημερήσιο Ημερολόγιο Καπνίσματος
Παράρτημα 37: Διατροφή-2
Παράρτημα 38: Τεχνικές κατά του πειρασμού I
Παράρτημα 39: Όταν θες πολύ ένα τσιγάρο
Παράρτημα 40: Φρόντισε τον εαυτό σου
Παράρτημα 41: Δέσμευση
Παράρτημα 42: Διατροφή-3
Παράρτημα 43: Καλές Στρατηγικές
Παράρτημα 44: Ακόμη ένας λόγος
Παράρτημα 45: Ανάπτυξη Αυτοπεποίθησης
Παράρτημα 46: Υπενθύμιση και Ενίσχυση
Παράρτημα 47: Πλάνο αλλαγής
Παράρτημα 48: Ώρα για άσκηση-3
Παράρτημα 49: Διατροφή-4

Παράρτημα 50: Νοερή Απεικόνιση	
Παράρτημα 51: Τεχνικές κατά του πειρασμού II	
Παράρτημα 52: Ετοιμάσου για...	
Παράρτημα 53: Μου αξίζει	
Παράρτημα 54: Επιβράβευση	
Παράρτημα 55: Εβδομαδιαίο πρόγραμμα	
Παράρτημα 56: Ώρα για άσκηση-4	
Παράρτημα 57: Διατροφή-5	
Παράρτημα 58: Διαχείριση χρόνου	
Παράρτημα 59: Ημερολόγιο για διαχείριση χρόνου	
Παράρτημα 60: Στόχοι για διαχείριση χρόνου	
Παράρτημα 61: Τεχνικές κατά του πειρασμού III	
Παράρτημα 62: Ώρα για άσκηση-5	
Παράρτημα 63: Διατροφή-6	
Παράρτημα 64: Έλεγχος βάρους	
Παράρτημα 65: Διατροφικές πληροφορίες	
Παράρτημα 66: Θερμίδες	
Παράρτημα 67: Πρόταση Διατροφής	
Παράρτημα 68: Πρόληψη Υποτροπής	
Παράρτημα 69: Στο δρόμο χωρίς τσιγάρο	
Παράρτημα 70: Αν ξαναρχίσεις το κάπνισμα	
Παράρτημα 71: Επικίνδυνη κατάσταση	
Παράρτημα 72: Μάθε να λες ΟΧΙ	
Παράρτημα 73: Stress	
Παράρτημα 74: Προσευχή της γαλήνης	
Παράρτημα 75: Τεχνική Focusing	
Παράρτημα 76: Αυτοαποτελεσματικότητα-2	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη ανά φύλο, επάγγελμα και κοινωνική ομάδα (Eurobarometer, 2009).....	15
Πίνακας 2. Τύποι υποκατάστατων νικοτίνης εγκεκριμένοι από τον FDA.....	70
Πίνακας 3. Ποσοστά αποχής στις κύριες παρεμβατικές επιλογές (WHO Europe-μετανάλυση από διαφορετικούς πληθυσμούς).	75
Πίνακας 4. Κύρια σημεία του Μοντέλου Πιστεύω Υγείας και Παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος.....	159
Πίνακας 5. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.....	204
Πίνακας 6. Οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης..	205
Πίνακας 7. Προσωπικές πληροφορίες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.....	206

Πίνακας 8. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης και υποτροπή.	208
Πίνακας 9. Παρούσα κατάσταση καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.....	208
Πίνακας 10. Διάρκεια καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.....	209
Πίνακας 11. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.....	209
Πίνακας 12. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	211
Πίνακας 13. Στάση και άποψη για το κάπνισμα των ατόμων της ομάδας παρέμβασης πριν από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.....	212
Πίνακας 14. Τι βοήθησε στο παρελθόν τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	213
Πίνακας 15. Πιθανά εμπόδια διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	213
Πίνακας 16. Προσδοκίες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης από το πρόγραμμα.....	214
Πίνακας 17. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.....	216
Πίνακας 18. Λόγοι καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	217
Πίνακας 19. Λόγοι διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.....	217
Πίνακας 20. Λόγοι διακοπής καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	218
Πίνακας 21. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.	219
Πίνακας 22. Στάση και άποψη των ατόμων της ομάδας παρέμβασης για το κάπνισμα μετά την παρέμβαση.	220
Πίνακας 23. Ερωτήσεις της συνέντευξης αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.....	220
Πίνακας 24. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;».....	222
Πίνακας 25. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;».....	224
Πίνακας 26. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;».....	225
Πίνακας 27. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;».....	228
Πίνακας 28. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του συμμετέχοντα σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και ποιά είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση)».....	229
Πίνακας 29. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς ένιωθε το σώμα του ο συμμετέχοντας, όταν κάπνιζε κανονικά; Πώς νιώθει μετά την παρέμβαση;».....	230
Πίνακας 30. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;».....	232
Πίνακας 31. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν η σχέση του συμμετέχοντα με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πώς εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του;)».....	234

Πίνακας 32. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς βλέπει τον εαυτό του ο συμμετέχοντας μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα; Πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά); ».....	235
Πίνακας 33. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τι από τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ);».....	237
Πίνακας 34. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης».	240
Πίνακας 35. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι θα ήθελες να πεις ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;».....	242
Πίνακας 36. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων της ομάδας ελέγχου.....	244
Πίνακας 37. Προσωπικές πληροφορίες των ατόμων της ομάδας ελέγχου.....	244
Πίνακας 38. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου και υποτροπή.	245
Πίνακας 39. Τωρινή κατάσταση καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου.....	246
Πίνακας 40. Διάρκεια καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.....	246
Πίνακας 41. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.....	247
Πίνακας 42. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας ελέγχου... ..	247
Πίνακας 43. Στάση και άποψη των ατόμων της ομάδας ελέγχου για το κάπνισμα πριν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.....	248
Πίνακας 44. Τι βοήθησε στο παρελθόν τα άτομα της ομάδας ελέγχου.	248
Πίνακας 45. Πιθανά εμπόδια διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.	249
Πίνακας 46. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.....	250
Πίνακας 47. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας ελέγχου μετά την προσπάθειά τους για διακοπή του καπνίσματος.	250
Πίνακας 48. Αποτελέσματα πριν και μετά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου.	251
Πίνακας 49. Ανοιχτές ερωτήσεις μετά την προσπάθεια διακοπής των ατόμων της ομάδας ελέγχου.	252
Πίνακας 50. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;».....	253
Πίνακας 51. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα; Πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά); ».....	254
Πίνακας 52. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;».....	254
Πίνακας 53. Συνοπτικά συμπεράσματα για την άσκηση.	292

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Αποτελεσματικότητα του προγράμματος –Στόχοι που επιτεύχθηκαν	220
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει κατατάξει το κάπνισμα στις εξαρτήσεις (Σύνδρομο στέρησης από τον καπνό: Κατάταξη F17.2) στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών, Δέκατη Αναθεώρηση [ICD-10]. Ένα από τα κριτήρια διάγνωσης του ICD-10 για εξάρτηση από ουσίες, είναι ότι η χρήση ουσιών συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι το επίμονο ή περιοδικό σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα είναι πιθανό να δημιουργείται ή να επιδεινώνεται από την ίδια την ουσία (ΠΟΥ, 1997). Το κάπνισμα συνδέεται με 4.9 εκατομμύρια θανάτους ετησίως – θάνατοι που οφείλονται σε ασθένειες, οι οποίες σχετίζονται με τη χρήση καπνού (World Health Organisation, 2002, 2003). Στη μελέτη των Κοσμίδου και Θεοδωράκης (2007) αναφέρεται ότι στην Ελλάδα το 41% του πληθυσμού πάνω από 14 ετών καπνίζει και σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2009) η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών ανάμεσα στις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες. Στην έρευνα των Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2000) αναφέρεται ότι το κάπνισμα συνδέεται με σοβαρές ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος (φάρυγγα, στομάχου, πνευμόνων, παγκρέατος) και η στεφανιαία νόσος.

Θεωρώντας εκ των ων ουκ άνευ την ανάγκη για ανάπτυξη και εφαρμογή διαδικασιών και προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, η οποία γίνεται κυρίαρχο μέλημα και αντικείμενο ερευνών στη σύγχρονη επιστημονική κοινότητα, η δημιουργία τέτοιων προγραμμάτων παρέμβασης είναι απαραίτητο να λαμβάνει υπόψη αρκετές από τις παραμέτρους, που σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος. Στην εργασία ανασκόπησης των Θεοδωράκης, Γιώτη, και Ζουρμπάνος (2005) γίνεται αναφορά στους μηχανισμούς, που εμπλέκονται στην καπνιστική συνήθεια των ατόμων και στις θεωρίες, που επιχειρούν να εξηγήσουν τη δημιουργία κινήτρων, που οδηγούν στο κάπνισμα. Αυτό που, σε γενικές γραμμές, προκύπτει, από τη συγκεκριμένη έρευνα, είναι ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων που επηρεάζουν τους καπνίζοντες κατά τρόπο εξατομικευμένο. Σε αυτή τη διαπίστωση καταλήγει και η μελέτη των Lujic, Reuter, και Netter (2005). Πολλές έρευνες, με διαφορετικές αφετηρίες ως προς τον επιστημονικό κλάδο, είχαν ως αντικείμενο τη

διερεύνηση των λόγων που τα άτομα καπνίζουν. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα και την πολυπαραγοντική διάσταση, που χαρακτηρίζει την αναζήτηση των αιτιών, που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια. Συνοπτικά και σε αδρές γραμμές, οι λόγοι, που από τις μέχρι τώρα έρευνες προέκυψε ότι επιδρούν στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος, θα μπορούσαν να συσχετισθούν με παράγοντες α) κοινωνικούς (Lujic et al., 2005; Otten et al., 2011; Wetterer & Von Troschke, 1986), β) διαπολιτισμικούς (Unger et al., 2003), γ) ψυχολογικούς (Lujic et al., 2005; Wetterer & Von Troschke, 1986), δ) νευροχημικούς, διέγερσης και καταπράυνσης (Le Houezec, 1998; Lujic et al., 2005), ε) αισθητηριοκινητικούς, αυτοματισμού και εξάρτησης (Lujic et al., 2005).

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκαν διάφορες τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, είτε με τη χρήση συμπεριφοριστικής συμβουλευτικής και την παροχή υποκατάστατων νικοτίνης, είτε με την οργάνωση ψυχολογικής υποστήριξης, όπως αναφέρεται στην έρευνα των Lujic και συν. (2005). Πολλές από τις παρεμβάσεις στηρίχτηκαν σε μεθόδους, όπως αλλαγή στάσεων, εκμάθηση ψυχολογικών δεξιοτήτων, καθορισμός στόχων, παροχή ενημέρωσης με κατάλληλο υλικό. Σύμφωνα με την έρευνα των Murray-Johnson και συν. (2002) τα πιο αποτελεσματικά παρεμβατικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος έχουν βασιστεί στις εξής θεωρίες: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία της θέσπισης στόχων, θεωρία της αυτοδιάθεσης, μοντέλο πιστεύω υγείας και διαθεωρητικό μοντέλο.

Πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει την αποτελεσματικότητα της ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος σε θεραπευτικά, κοινοτικά και εργασιακά πλαίσια (Fiore et al., 2008; Moher, Hey, & Lancaster, 2003), κάποιες ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα της τηλεφωνικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος (Fiore et al., 2008; Stead, Lancaster, & Perera, 2003), ενώ άλλες ανέφεραν θετικά αποτελέσματα για προγράμματα διακοπής καπνίσματος στο διαδίκτυο (Etter, 2005; Rabinus, Pike, Wiatrek, & McAlister, 2008; Strecher, Shiffman, & West, 2005; Swartz, Noell, Schroeder, & Ary, 2006). Οι Taylor και Ussher (2005) καταλήγουν στην έρευνά τους ότι η τεχνικές συμβουλευτικής μπορούν να βοηθήσουν όσους προσπαθούν να το κόψουν να βρουν υγιεινές εναλλακτικές συνήθειες και επίσης μπορούν να συμβάλουν στη διαχείριση της επιθυμίας για τσιγάρο.

Η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος δεν είναι ξεκάθαρη, αφού τα αποτελέσματα των μελετών είναι μικτά, όπως διαπιστώνουν στο άρθρο τους ο McCarthy και οι συνεργάτες του (2010). Για παράδειγμα, οι μετα-αναλύσεις που

διεξήχθησαν από τους Fiore και συν. (2008), Lancaster και Stead (2005), Stead και Lancaster (2005) και Stead, Perera και Lancaster (2006), δείχνουν ότι η συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος, είτε παρεχόμενη ατομικά, είτε ομαδικά, είτε τηλεφωνικά, περίπου διπλασιάζει την απόδοση όσον αφορά τη διακοπή. Ακόμα και η σχετικά βραχεία συμβουλευτική, σύμφωνα με τους Fiore και συν. (2008) και MacLeod και συν. (2003), έχει ικανοποιητικά αποτέλεσμα στην αποχή από το κάπνισμα. Βέβαια, ο βαθμός της επίδρασης που έχει η συμβουλευτική στην αποχή από το κάπνισμα, με τον καιρό φθίνει (Irvin & Brandon, 2000) και κάτι τέτοιο, όπως φαίνεται από τις μελέτες των Hughes και Brandon (2003) και Warner και Burns (2003), δεν μπορεί να αποδοθεί σε ξεκάθαρους και συγκεκριμένους λόγους. Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Fiore και συν. (2008) επίσης φάνηκε ότι η συμβουλευτική έχει χαμηλή επίδραση όταν παρέχεται παράλληλα με φαρμακευτική αγωγή, σε σχέση με όταν παρέχεται ως η μοναδική θεραπεία.

Αναφορικά με το συνδυασμό της συμβουλευτικής υποστήριξης και της χρήσης της άσκησης ως επιπλέον βοήθημα για την πρόληψη και διακοπή των ανθυγιεινών συμπεριφορών του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ, η έρευνα των Theodorakis, Goudas, Zourbanos, Hatzigeorgiadis και Jamurtas (2014) καταλήγει στη χρησιμότητα συνύπαρξης προγραμμάτων άσκησης και συμβουλευτικής, εμπλουτισμένης με ψυχολογικές παρεμβάσεις και συναισθηματική υποστήριξη, ώστε να επιτευχθεί η υιοθέτηση της άσκησης και να αποθαρρυνθεί η χρήση καπνού και αλκοόλ.

Η αναγκαιότητα ενσωμάτωσης της άσκησης στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος επικυρώνεται από πλείστες έρευνες, που υποστηρίζουν ότι η κατάλληλη άσκηση βοηθάει στο να ελεγχθούν και να μετριαστούν ως ένα βαθμό τα αρνητικά συμπτώματα, που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος, όπως κατάθλιψη (Craft & Landers, 1998), ανησυχία (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991), διαταραχές ύπνου (Kubitz, Landers, Petruzzello, & Han, 1996), γνωστικές δυσλειτουργίες (Tomporowski & Ellis, 1986), χαμηλή αυτοεκτίμηση (McAuley, Milhalko, & Bane, 1997) και επιπλέον σωματικό βάρος (DiPietro, 1997). Επιπροσθέτως, οι έρευνες των Abrantes και συνεργατών (2009) και Bock και συνεργατών (2010) αναδεικνύουν τη συμβολή της άσκησης στην υγεία και τη συνεισφορά της στην πρόληψη και θεραπεία ασθενειών σωματικών και ψυχικών.

Ο Θεοδωράκης και οι συνεργάτες του (2005) κατέληξαν ότι αρκετές έρευνες υποστηρίζουν την επιχειρηματολογία της θετικής επίδρασης της άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Ussher, West, Taylor και McEwen (2000) προκύπτει ότι η άσκηση μπορεί να συμβάλει θετικά στη διακοπή του καπνίσματος. Από την έρευνα των Ussher, West, McEwen, Taylor και Septoe (2003) προκύπτει ότι η άσκηση

αφενός μπορεί να μειώσει τον εθισμό στη νικοτίνη και αφετέρου να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα (ψυχολογικά), που προέρχονται από τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, από την ανασκόπηση του Godin (1989) προκύπτει ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση και τη διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια, αυτό που τονίζουν οι Θεοδωράκης και συν. (2005) είναι ότι η άσκηση προτείνεται περισσότερο ως αποτελεσματικός τρόπος μετακίνησης του ενδιαφέροντος σε άλλες συνήθειες από τις καπνιστικές, ως βήμα προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου διαβίωσης και ως μια ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη, υπό την έννοια της ενασχόλησης με ζητήματα από τα οποία μπορεί κανείς να αντλεί ευχαρίστηση. Στις έρευνες των Hassandra, Zourbanos, Kofou, Gourgoulianis και Theodorakis (2013) και των Hassandra και συν. (2012) καταδεικνύεται η συμβολή της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος τόσο στη διακοπή καθεαυτή όσο και στην ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα των ατόμων. Στην εργασία των Μπεμπέτσος και συν. (2000) αναφέρεται πως από σχετική έρευνα (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης, & Λαπαρίδης, 1998) προκύπτει ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα, που επιχειρούν να ελαττώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Από την ίδια εργασία (Μπεμπέτσος et al., 2000), αλλά και από την έρευνα των Θεοδωράκης, και Χασάνδρα (2005) προκύπτει ότι οι θετικές στάσεις απέναντι στην άσκηση συνδέονται με αρνητικές στάσεις απέναντι στην καπνιστική συνήθεια, με αποτέλεσμα η άσκηση να αποτρέπει τα άτομα από άσχημες και ανθυγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα. Άλλωστε, η μελέτη των Κοσμίδου και Θεοδωράκης (2007) έδειξε ότι οι στάσεις για το κάπνισμα είναι ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης, ανεξάρτητα από την ηλικία. Τέλος, στην έρευνά τους οι Everson-Hock, Taylor, Ussher και Faulknera (2010) καταλήγουν ότι η φυσική δραστηριότητα θα μπορούσε να αποτελέσει τόσο ένα σημαντικό βοήθημα στη διακοπή του καπνίσματος όσο και αναπόσπαστο κομμάτι ενός γενικότερου υγιεινού τρόπου ζωής.

Προσδιορισμός του προβλήματος

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων μείωσης και διακοπής του καπνίσματος αποτελούν σήμερα μια αναγκαιότητα, δεδομένων των στοιχείων που προκύπτουν από έρευνες αναφορικά με τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος πρωτίστως στην υγεία (επιπτώσεις που σχετίζονται με βλάβες, σοβαρές ασθένειες και θανάτους) και δευτερευόντως σε άλλους τομείς, όπως οικονομία, σχέσεις, ψυχολογική ανάπτυξη, ευεξία και ποιότητα ζωής.

Η μέχρι τώρα υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος ή για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό αναφέρεται σε μια σειρά τεχνικών, οι οποίες περιλαμβάνουν κινητοποίηση, παροχή συμβουλών και καθοδήγησης, ενημέρωση με κατάλληλο υλικό, συμπεριφοριστική συμβουλευτική, υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου, υποκατάστατα νικοτίνης και φαρμακευτική βοήθεια. Η επιτυχία αυτών των τεχνικών συνήθως εξαρτάται από τον κατάλληλο συνδυασμό τους και την ενσωμάτωσή τους σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα παρέμβασης.

Σημασία της έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη την αναγκαιότητα να δημιουργηθούν και να δοκιμαστούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης του καπνίσματος (μείωση / διακοπή / διατήρηση αποχής), η παρούσα διατριβή αφορά την εφαρμογή μιας παρέμβασης διακοπής καπνίσματος, η οποία συνδυάζει: α) τη συμβουλευτική υποστήριξη, στηριζόμενη σε πέντε θεωρίες συμπεριφοράς και έχοντας ως βάση της για τη διαδικασία της υποστήριξης το θεωρητικό πλαίσιο και τις τεχνικές τριών προσεγγίσεων συμβουλευτικής, β) την εξατομικευμένα σχεδιασμένη και εβδομαδιαίως επαναξιολογούμενη καθημερινή άσκηση και γ) την οργάνωση και παρακολούθηση ενός συνολικά υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, που περιλαμβάνει σωστή διατροφή, ύπνο, συνήθειες, διαχείριση άγχους, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, προσωπική ανάπτυξη και οργάνωση της καθημερινότητας.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με το κομμάτι της συμβουλευτικής υποστήριξης, αξιοποιήθηκαν οι εξής θεωρίες: κοινωνική γνωστική θεωρία με έμφαση σε διαδικασίες που αφορούν σε δέσμευση, προβολή προτύπων και αλλαγή περιβάλλοντος και προσδοκιών (Bandura, 1986; Butler, 2002), θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, με έμφαση στις προθέσεις, τον έλεγχο του ατόμου και την επιρροή σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο (Ajzen, 1988), θεωρία των στόχων, με έμφαση στη θέσπιση στόχων (Lock & Latham, 1990), μοντέλο «πιστεύω» υγείας, με έμφαση στην ενημέρωση και την κατανόηση των ωφελειών των υγιεινών συνηθειών (Rosenstock, 1974) και το διαθεωρητικό μοντέλο, με έμφαση στα στάδια αλλαγής που ακολουθούν τα άτομα προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα (Pochaska & DiClemente, 1983). Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης ακολούθησε τις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης (Miller & Rollnick, 1991), της γνωστικής συμπεριφορικής κατεύθυνσης (Beck, 1995) και της προσωποκεντρικής προσέγγισης (Μουλαλούδης & Κοσμόπουλος, 2003; Μπρούζος, 2004) και περιελάμβανε ποικιλία τεχνικών, όπως: ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, προσδιορισμό και αξιολόγηση

στόχων, παροχή πληροφόρησης σχετικά με το κάπνισμα (τι συμβαίνει στον οργανισμό), τις επιπτώσεις του (σύνδεσή του με άγχος, αισθητική, πνευματική διαύγεια, φυσική κατάσταση), τα μειονεκτήματα της συνέχισης και τα οφέλη της διακοπής, γνωσιακή αναδόμηση και τροποποίηση των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων, αυτοπαρατήρηση, δέσμευση, στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και υιοθέτηση νέων πιο υγιεινών συμπεριφορών και διατήρησή τους, οργάνωση εναλλακτικών δραστηριοτήτων και χρόνου, αυτο-ομιλία και καλλιέργεια θετικών σκέψεων έναντι αρνητικών, υποστήριξη από άλλους, τροποποιήσεις στο περιβάλλον, ανάπτυξη κατάλληλων προτύπων (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005).

Το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, έκρινε απαραίτητη την ύπαρξη συμβουλευτικής υποστήριξης, αφού αφενός η δυσκολία ή αδυναμία διακοπής του καπνίσματος, κατά μεγάλο μέρος οφείλεται σε παράγοντες ψυχολογικούς (Piasecki et al., 2000) και αφετέρου οι τεχνικές της συμβουλευτικής μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της επιθυμίας για τσιγάρο (Taylor & Ussher, 2005). Άλλωστε, η χρήση εγχειριδίων αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος -χωρίς παράλληλη συμβουλευτική υποστήριξη- δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική, αφού τα άτομα με δυσκολία εφαρμόζουν τις ασκήσεις και τις δραστηριότητες που προτείνονται στα εγχειρίδια (Glasgow, Schafer, & O'Neil, 1981; Gritz et al., 1988).

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος η συμβουλευτική υποστήριξη συνδυάστηκε με την άσκηση, όχι απαραίτητα την εντατική, αλλά την ήπια, όπως είναι το περπάτημα, για όσους και όσες δεν είχαν συνηθίσει να έχουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους.

Η άσκηση αποτέλεσε αναπόσπαστο κομμάτι των εβδομαδιαίων συνεδριών του προγράμματος διακοπής καπνίσματος και αντικείμενο συζήτησης και καθημερινού σχεδιασμού. Ο σύμβουλος λάμβανε υπόψη τις επιθυμίες, τις δυνατότητες, την υπάρχουσα φυσική κατάσταση και τις ανάγκες του συμμετέχοντα και οργάνωνε σε συνεργασία με το άτομο ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης, το οποίο αξιολογούνταν και επαναπροσδιορίζονταν εβδομαδιαίως. Στους συμμετέχοντες δόθηκε πεδόμετρο, το οποίο λειτούργησε κυρίως παρακινητικά και επέτρεπε την αξιολόγηση της επίδοσης του ατόμου.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση αποτελεί προαγωγή της μέχρι τώρα έρευνας σχετικά με τη δημιουργία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, γιατί λαμβάνοντας υπόψη τις παραμέτρους, που σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος, ενσωματώνει στη μεθοδολογία της τη βασική παραδοχή ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών, σωματικών και κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν με

ιδιαίτερο τρόπο το κάθε άτομο και υποδεικνύει μια δομημένη, αλλά ταυτόχρονα και εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία χαρακτηρίζεται από την ενδεικνυόμενη κάθε φορά επιλογή τεχνικών και μεθόδων με κατάλληλους και αποτελεσματικούς συνδυασμούς.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που εμπειρείχε συμβουλευτική και παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης, σε συνδυασμό με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και ένταξή της στην καθημερινότητα και προσανατολισμό προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής, καθώς επίσης και η αξιολόγηση της αποδοχής και αποτελεσματικότητας του προγράμματος.

Ερευνητικές υποθέσεις

Με την παρούσα έρευνα εξετάστηκαν οι ακόλουθες υποθέσεις:

1. Ικανό ποσοστό των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης θα έχει διακόψει το κάπνισμα με το πέρας της παρέμβασης.
2. Το ποσοστό των ατόμων, που θα διακόψει το κάπνισμα, θα είναι μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου.
3. Ικανό ποσοστό εκείνων που θα διακόψουν το κάπνισμα, θα διατηρήσει αποχή από αυτό μέχρι και το τέλος της παρακολούθησης (follow-up), δηλαδή για 12 μήνες.
4. Από εκείνους, που δεν θα διακόψουν το κάπνισμα, στην ομάδα παρέμβασης, σημαντικό ποσοστό θα το μειώσει μέχρι το πέρας της παρέμβασης.
5. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα από το εάν πετύχει ή όχι τη διακοπή καπνίσματος, θα αυξήσει τη φυσική δραστηριότητα μέχρι το πέρας της παρέμβασης.
6. Η φυσική δραστηριότητα θα βοηθήσει στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος.
7. Μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.
8. Η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν την παρέμβαση, θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος.

Οριοθέτηση της έρευνας

Ο συνολικός αριθμός ατόμων, που δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, ήταν σαράντα οκτώ (48). Τα τριάντα (30) άτομα, που ολοκλήρωσαν το

πρόγραμμα, αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν εικοσιοκτώ (28) άτομα.

Περιορισμοί της έρευνας

Περιορισμό της παρούσας έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι το δείγμα απαρτιζόταν από άτομα διαμένοντα στο νομό Τρικάλων της Περιφέρειας Θεσσαλίας, κάτι που ενδεχομένως καθιστά δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε αστικά κέντρα, όπου ο ρυθμός ζωής και οι ανάγκες των ατόμων διαφέρουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II:

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Διακοπή του καπνίσματος

Σύμφωνα με το Κέντρο Έλεγχου και Πρόληψης ασθενειών (CDC), οι εκτιμήσεις του 2006 δείχνουν ότι το 21% των ενήλικων παγκοσμίως ήταν ενεργοί καπνιστές και καπνίστριες (Musich, Charman, & Ozminkowski, 2009), σημειώνοντας τεράστια πρόοδο στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος από το 1964, όπου περίπου το 30% των ενηλίκων δηλώνονταν ως καπνιστές. Παρ' όλη όμως τη δραματική μείωση στα ποσοστά καπνίσματος, ελάχιστες αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί από το 1998, όταν με παγκόσμιο επιπολασμό του καπνίσματος στο 24% η οργάνωση Healthy People 2010 έθεσε ως προτεραιότητά της τη μείωση της χρήσης καπνού παγκοσμίως στην επόμενη δεκαετία στο 12% (Healthy People, 2010).

Το σκεπτικό πίσω από την πολιτική διακοπής του καπνίσματος λαμβάνει υπ' όψιν ότι η πλειοψηφία από τους αναμενόμενους θανάτους την επόμενη 25ετία θα είναι μεταξύ των ανθρώπων, που είναι ενεργοί καπνιστές ή χρησιμοποιούν προϊόντα καπνού. Έτσι, ο αριθμός των θανάτων θα αυξηθεί αν δε σημειωθεί διακοπή του καπνίσματος από τους ενήλικες, ή δεν παρατηρηθεί μείωση της έναρξης του καπνίσματος από τους νέους, το οποίο καθιστά αναγκαία την διακοπή του καπνίσματος για να βελτιωθεί η δημοσία υγεία σχετικά γρήγορα (WHO-Europe, 2004). Επιπλέον, το κάπνισμα θα πρέπει να θεωρείται ως χρόνια ασθένεια με πιθανές επεισοδιακές ανακάμψεις, και όχι ως μια οξεία κατάσταση από την οποία, αν κάποιος το διακόψει, θα συνεχίσει να απέχει. Χρειάζονται πολλαπλές προσπάθειες με επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις για να είναι επιτυχής η διακοπή. Το πιο δύσκολο κατόρθωμα, όμως, είναι η μάχη της μόνιμης αποχής από το κάπνισμα, καθώς υπάρχουν πλέον δεδομένα, που υποδηλώνουν ότι πρώην καπνιστές μπορεί να ξαναρχίσουν το κάπνισμα, ακόμα και μετά από αποχή ετών (Alpert, 2009).

Επιπτώσεις στην υγεία

Κάθε χρόνο 1 στα 5 άτομα θα πεθάνει εξαιτίας του καπνίσματος, το οποίο μεταφράζεται σε 435000 θανάτους το χρόνο. Το κάπνισμα σκοτώνει περισσότερους Αμερικανούς από ό,τι το άθροισμα των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, δολοφονίες, αυτοκτονίες, φωτιές, AIDS και σε δηλητηρίαση από φάρμακα. Οι καπνιστές είναι πιθανότερο να πεθάνουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, δευτερογενή του εμφυσήματος, από διάφορους καρκίνους (νεφρών, στομάχου, μήτρας, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης, οισοφάγου, λάρυγγα, πνευμόνων, του στόματος και λευχαιμία), νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό και καρδιαγγειακή ασθένεια, ενώ το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει επίσης σε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και το έμβryo (αναπαραγωγικά προβλήματα, σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου) και ασθένειες όπως καταρράκτης, πνευμονία, ουλίτιδα και άσθμα (Ramsey et al., 2005). Η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο επιδείνωσης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και αυτή η μείωση σχετίζεται με το χρονικό διάστημα της αποχής (Au et al., 2009). Οι μεγαλύτερες βλάβες, που προκαλούνται από το κάπνισμα, οφείλονται στο συνδυασμό κατανάλωσης του μονοξειδίου του άνθρακα και περισσότερων από 60 καρκινογόνων χημικών πρόσθετων, που βρίσκονται στον καπνό (Alpert, 2009; Roophandani, Singhvi, & Kar, 2008). Κάποια από τα δηλητηριώδη συστατικά του καπνού είναι το υδροκυάνιο, η φορμαλδεΐδη, η ακρολεΐνη, το αρσενικό, η αμμωνία, το υδροθειικό άλας, το οξικό οξύ, το νικέλιο, το κάδμιο, η ακετόνη, η ανιλίνη, η ναφθαλίνη, κυανιούχες ενώσεις, το προπάνιο, το μεθάνιο, το μυρμηγκικό οξύ, λευκαντικές ουσίες, η μενθόλη, το λεβουλνικό οξύ και το βενζόλιο (Θεοδωράκης, Γούδας, & Χασάνδρα, 2006).

Επιπλέον, οι άνθρωποι, που πάσχουν από διάφορες ασθένειες, είναι πιο πιθανό να καπνίζουν σε σχέση με τους υγιείς (CDC, 2006) και η κατάστασή τους μπορεί να επιδεινωθεί από αυτό (Friend, Levy, & Mernoff, 2005), αλλά, αν διακόψουν το κάπνισμα, βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους (Mitra, Chung, Wilber, & Walker, 2004). Τα ποσοστά καπνίσματος διαφέρουν, ανάλογα με το είδος της ασθένειας: οι πάσχοντες από χρόνιες παθήσεις είναι πιθανότερα πρώην καπνιστές (Brawarsky, Brooks, Wilber, Gertz, & Walker, 2002), ενώ οι πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές είναι πιθανότερα ενεργοί καπνιστές. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές καπνίζουν σε ποσοστό 45%, εκείνοι με γνωστικές και μαθησιακές δυσκολίες 11% και με οφθαλμικές διαταραχές 12% (CDC, 2006). Η διάγνωση ασθένειας σε συνδυασμό με την χαμηλή ποιότητα ζωής θεωρείται συνθήκη, που διευκολύνει τη διακοπή καπνίσματος. Παρ' όλα αυτά όμως, πολλοί ασθενείς συνεχίζουν το κάπνισμα.

Ένας πιθανός λόγος για αυτό είναι ο ρόλος της καταθλιπτικής διάθεσης. Οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπείς στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα, αλλά και να βρίσκουν πιο δύσκολη την διακοπή του (Becker and Brown, 2008). Η πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος αυξάνεται όσο χειροτερεύει η ποιότητα ζωής, αλλά μόνο για αυτούς με καθόλου ή μικρή καταθλιπτική διάθεση. Ωστόσο, παρά την καταθλιπτική διάθεση, η πιθανότητα για διακοπή αυξάνεται, αν κάποιος έχει τη δύναμη, την ενέργεια και το κίνητρο για να πραγματοποιήσει μια προσπάθεια δοκιμής (Haug et al., 2010).

Υπάρχουν, επίσης, επαρκή στοιχεία, που συσχετίζουν το κάπνισμα με τη φυματίωση (TB) και ένα μεγάλο ποσοστό των φυματικών ασθενών είναι ενεργοί καπνιστές, χρεώνοντας ένα σημαντικό ποσοστό της παγκόσμιας φυματίωσης στο κάπνισμα (Pai et al., 2007). Σε μελέτη φυματικού πληθυσμού, που έγινε στη Μαλαισία, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των ενεργών και πρώην καπνιστών ήταν υψηλός, (54,22%), ενώ οι φυματικοί ασθενείς αποδείχθηκε πως είχαν ελλείψεις γνώσεις, τόσο όσον αφορά τη χρήση του καπνού, αλλά και τις συνέπειες, που αποφέρει στην υγεία, αντίθετα, είχαν θετική γνώμη ως προς τη χρήση του μη εισπνεόμενου καπνού. Είναι σημαντικό λοιπόν να γίνουν προσπάθειες για να μειωθεί η χρήση του καπνού σε αυτόν το πληθυσμό, εξαιτίας της αρνητικής επίπτωσης στα αποτελέσματα θεραπείας της φυματίωσης (Awaisu et al., 2010).

Το κάπνισμα είναι επιπρόσθετα γνωστός προδιαθεσιακός παράγοντας και για τον Διαβήτη τύπου 2, αλλά τα αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος στον κίνδυνο για διαβήτη γενικά δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς. Οι Yeh, Duncan, Schmidt, Wang and Brancati (2010) ερεύνησαν 10842 μεσήλικες, που αρχικά δεν είχαν διαβήτη, για 9 χρόνια. Μετά από το πέρας της μελέτης, επιβεβαιώθηκε ότι το κάπνισμα προκαλεί διαβήτη τύπου 2, αφού οι καπνιστές παρουσίασαν 42% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διαβήτη στο πέρας της δεκαετίας. Όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, βρέθηκε ότι προκαλεί μεγαλύτερο παροδικό κίνδυνο (στην 3ετία, αλλά όχι στη 10ετία) για διαβήτη τύπου 2, κυρίως εξαιτίας της προκαλούμενης από τη διακοπή του καπνίσματος αύξησης του βάρους. Γι αυτό το λόγο, για τους καπνιστές με κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη, η οργανωμένη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει να συνδυάζεται με στρατηγικές για την πρόληψη του διαβήτη.

Ακόμα, το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ανεπιθύμητες ενέργειες σε πληθυσμούς οροθετικών HIV ατόμων. Στην αντίστοιχη έρευνα των Goldberg και συν. (2010) για τη διακοπή καπνίσματος σε αυτό το πληθυσμό, συμμετείχαν 747 γυναίκες (537 ενεργές και 210 μη ενεργές) με follow-up 10 ετών. Το 16%

των γυναικών ανέφεραν διατήρηση της διακοπής από το κάπνισμα τον 10^ο χρόνο, ενώ η διακοπή του καπνίσματος ήταν σημαντικά μικρότερη σε νυν και πρώην χρήστες ναρκωτικών. Γενικά οι οροθετικές HIV γυναίκες είχαν υψηλά ποσοστά καπνίσματος, μεγάλο κίνδυνο από παρενέργειες και χαμηλά ποσοστά διακοπής, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη να αυξηθούν οι προσπάθειες και να ξεπεραστούν τα εμπόδια, ώστε να βοηθηθούν αυτές οι γυναίκες να σταματήσουν το κάπνισμα.

Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος έχει μεγάλα και άμεσα οφέλη για την υγεία κι όσο νωρίτερα κόψει κάποιος το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος. Για παράδειγμα, τα άτομα που κόβουν το κάπνισμα πριν την ηλικία των 50 ετών μειώνουν στο ήμισυ τον κίνδυνο θανάτου κατά τα επόμενα 15 έτη, σε σύγκριση με αυτούς, που συνεχίζουν να καπνίζουν. Όταν κάποιος κόψει το κάπνισμα, τα οφέλη ξεκινούν μέσα σε λίγα κιόλας λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο:

Στα πρώτα 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι παλμοί μειώνονται και η θερμοκρασία των χεριών και των ποδιών αυξάνεται.

Στις 8 ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στα φυσιολογικά επίπεδα και το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Στις 24 ώρες, η πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου μειώνεται.

Στις 48 ώρες, οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται ξανά και η ικανότητα οσμής και γεύσης βελτιώνεται.

Μετά από τρεις μήνες: Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το βάδισμα γίνεται ευκολότερο και η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται.

Μετά από εννέα μήνες: Ο βήχας, η ρινική συμφόρηση, η κόπωση και η δύσπνοια μειώνονται σημαντικά.

Μετά από 1 έτος: Ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο έχει μειωθεί στο ήμισυ του κινδύνου που έχει ένας καπνιστής.

Μετά από 5 έτη: Ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου έχει μειωθεί στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ.

Μετά από 10 έτη: Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο ήμισυ του κινδύνου των καπνιστών που συνεχίζουν το κάπνισμα - ο κίνδυνος για καρκίνο του στόματος, του λαιμού, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού και του παγκρέατος μειώνεται επίσης.

Μετά από 15 έτη: Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι τώρα παρόμοιος με τον κίνδυνο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ και ο κίνδυνος θανάτου έχει επιστρέψει σχεδόν στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ (WHO-Europe, 2004).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας 50χρονος που θα κόψει το κάπνισμα θα κερδίσει 3,44 χρόνια ζωής, ενώ οι επιτυχημένες θεραπείες για το κάπνισμα θα κοστίσουν κατά κεφαλή \$118946 δολάρια. Η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί σταδιακά να βελτιώσει την υγεία των ηλικιωμένων και παρ' όλη την αύξηση στη διάρκεια ζωής, αυτές οι βελτιώσεις μπορούν να επιτευχθούν τελικά χωρίς, ή με μικρό επιπρόσθετο ιατρικό κόστος εφ' όρου ζωής (Goldman et al., 2009).

Γεωγραφία

Έχει σημειωθεί τεράστια πρόοδος τις τελευταίες 4 δεκαετίες σχετικά με την οργάνωση, ενεργοποίηση και την υποστήριξη της καμπάνιας της διακοπής του καπνίσματος παγκοσμίως. Ο αριθμός των καπνιστών μειώθηκε κατά 50%, με τον επιπολασμό του καπνίσματος να μειώνεται παγκόσμια από 30% το 1960 σε 23% το 1997. Πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι περίπου 21% των Αμερικανών καπνίζουν, που μεταφράζεται σε 45 εκατομμύρια ενήλικους καπνιστές και καπνίστριες. Γεωγραφικά, ο επιπολασμός του καπνίσματος εμφανίζει διαφοροποιήσεις ανά χώρα (WHO-Europe, 2004), και υπάρχουν ειδικές ομάδες του γενικού πληθυσμού, που εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη τάση προς το κάπνισμα. Αυτές οι ομάδες περιλαμβάνουν:

- α) Άτομα που ζουν μέσα στο όριο φτώχειας (33,3% επιπολασμός).
- β) Άτομα με κατώτερη της λυκειακής εκπαίδευσης.
- γ) Συγκεκριμένες εθνικές ομάδες (π.χ. μη Ισπανόφωνοι Καυκάσιοι, μη- Ισπανόφωνοι Μαύροι, και Γηγενείς Ινδιάνοι της Αμερικής).
- δ) Έφηβοι (4,2 εκατομμύρια έφηβοι καπνιστές μεταξύ των ηλικιών 12 και 17).
- ε) Άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων και αυτών με συμπεριφορές εξάρτησης (Alpert, 2009).

Στις 5 λατινοαμερικανικές χώρες (Βραζιλία, Χιλή, Μεξικό, Ουρουγουάη και Βενεζουέλα) ο επιπολασμός του καπνίσματος κυμαίνεται από 24% στη Βραζιλία (χώρα με αντικαπνιστικό νόμο) έως 38,5% στη Χιλή. Οι άντρες και οι μεσήλικες εκεί έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καπνιστές σε όλες τις περιοχές, ενώ η σχολική εκπαίδευση δεν συσχετίζεται με το κάπνισμα. Τα μεγαλύτερα ποσοστά του καπνίσματος

παρατηρήθηκαν μεταξύ των ηλικιών 20-29, με την απαρχή του να γίνεται μεταξύ των 10 και 19 χρόνων (Menezes et al., 2009).





Στην Ασία, ο επιπολασμός του καπνίσματος εμφανίζει σημαντικές διαφοροποιήσεις, με την Κίνα και την Ιαπωνία να παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών. Στην Κίνα υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση όσον αφορά το κάπνισμα και το φύλο, με το 54% των αντρών να καπνίζουν σε σύγκριση με μόνο το 1,8% των γυναικών. Ο επιπολασμός του καπνίσματος κι εκεί αυξάνεται με την ηλικία, με χαμηλή συχνότητα στους μετανάστες, ενώ το 52% των καπνιστών έχουν τη διάθεση να το κόψουν (Hesketh, Lu, Jun, & Mei, 2007). Η Ιαπωνία προσομοιάζει τον δυτικό κόσμο στη συμπεριφορά του καπνίσματος, και οι Ιάπωνες καπνιστές προσπαθούν να το κόψουν σε μικρότερα ποσοστά από τους υπόλοιπους ασιατές καπνιστές (23% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον μια φορά κατά τη διάρκεια ενός χρόνου, και από αυτούς που έκαναν τη προσπάθεια, το 26% κατάφερε να το κόψει για μία βδομάδα επιτυχώς, και το 13,5% για τουλάχιστον έξι μήνες). Οι παράγοντες που σχετίστηκαν με τις προσπάθειες διακοπής ήταν παρόμοιοι με αυτούς, που αναφέρονται και στις δυτικές χώρες, δηλαδή ο περιστασιακός καπνιστής, μεγαλύτερα κίνητρα για τη διακοπή και προηγούμενες προσπάθειες να το κόψουν, ενώ μόνο το 13,5% χρησιμοποίησε θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (Hagimoto, Nakamura, Morita, Masui, & Oshima, 2010). Στην Ινδία και στην Ταϊβάν τα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος είναι σχετικά χαμηλά, ειδικά για τις γυναίκες, όχι όμως και στους νέους, όπου οι έφηβοι καταναλώνουν καπνό με διάφορες μορφές, με την πιο δημοφιλή να είναι η μάσηση του καπνού. Η κοινωνική πίεση των φίλων, η εύκολη προσβασιμότητα και η οικονομική προσιτότητα είναι σημαντικοί παράγοντες, που σχετίζονται εκεί με την έναρξη και τη συνέχιση της χρήσης του καπνού (Arora et al., 2010). Παρ' όλο που οι έφηβοι έχουν κάποιες γνώσεις σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνού, αυτές δεν είναι επαρκείς για να τους κινητοποιήσουν να απέχουν ή να διακόψουν, κάτι που καταδεικνύει τις προσπάθειες, που πρέπει να κάνουν εκεί τα σχολεία για να ενημερώσουν και να δημιουργήσουν κατάλληλα βοηθητικά προγράμματα για τους μαθητές που θέλουν να το κόψουν (Chen et al., 2008).

Από την άλλη, η Ευρώπη, έχοντας μόνο το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού, αντιμετωπίζει σχεδόν το 1/3 του παγκόσμιου επιπολασμού ασθενειών, που σχετίζονται με τον καπνό. Ο WHO αναφέρει ότι κάθε χρόνο 1,6 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από ασθένειες, που οφείλονται στο κάπνισμα στην Ευρώπη, ενώ μία ενεργή πολιτική μείωσης της κατανάλωσης καπνού στο μισό ανά ενεργό καπνιστή θα απέτρεπε 10 εκατομμύρια θανάτους έως το 2025 (WHO-Europe, 2004).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μία Πανευρωπαϊκή έρευνα για τη χρήση καπνού το 2009, με σκοπό να παρουσιαστεί μια εμπειριστατωμένη εικόνα της συμπεριφοράς των ευρωπαίων στη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009). Τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης ήταν τα ακόλουθα:

Περίπου το 1/3 των Ευρωπαίων πολιτών είναι ενεργοί καπνιστές τσιγάρων (29%), πίπας ή πούρων. Η Ελλάδα είναι η χώρα με το μεγαλύτερο επιπολασμό καπνίσματος (42% καπνιστές) παγκοσμίως, και ακολουθεί η Βουλγαρία (39%) και η Ουγγαρία (38%), ενώ στο αντίθετο άκρο βρίσκονται χώρες, όπως η Σουηδία και η Φινλανδία με τα μικρότερα ποσοστά 16% και 21% αντίστοιχα. Οι άντρες καπνίζουν πολύ περισσότερο από τις γυναίκες (35% vs 25%), ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος τα εμφανίζουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι μάνατζερς (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη ανά φύλο, επάγγελμα και κοινωνική ομάδα (Eurobarometer, 2009).

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΤΙΓΜΗ		
	EU27	29%
ΦΥΛΟ		
	ΑΡΕΝ	35%
	ΘΗΛΥ	25%
ΗΛΙΚΙΑ		
	15-24	35%
	25-39	37%
	40-54	35%
	55+	17%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	35%
	ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ	25%
	ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡΑΦΕΙΟΥ	32%
	ΕΡΓΑΤΕΣ	39%
	ΕΝΤΟΣ ΟΙΚΙΑΣ	27%
	ΑΝΕΡΓΟΙ	52%
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	17%
	ΦΟΙΤΗΤΕΣ-ΜΑΘΗΤΕΣ	23%
ΤΑΞΙΚΑ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΟΙ		
	ΧΑΜΗΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ (1-4)	36%
	ΜΕΣΑΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ (5-6)	29%
	ΥΨΗΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ (7-10)	26%

Τα εργοστασιακά παραγόμενα τσιγάρα είναι η πιο συχνά καταναλωμένη μορφή καπνού στην Ευρώπη, χρησιμοποιούμενα από 8 στους 10 ενεργούς καπνιστές. Η συχνότητα με την οποία τα εργοστασιακά τσιγάρα καπνίζονται είναι η υψηλότερη στις χώρες, που εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών – συγκεκριμένα η Ελλάδα, η Κροατία και η Τουρκία. Το υψηλό ποσοστό καπνίσματος στην Ελλάδα συνδυάζεται με το γεγονός ότι είναι

και η χώρα με τη μεγαλύτερη κατανάλωση τσιγάρων ανά άτομο (21 τσιγάρα/ημέρα – λίγο περισσότερο από ένα ολόκληρο πακέτο), φέρνοντάς τη στην πρώτη θέση παγκοσμίως και στην ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανά άτομο (Εικόνα 1.).

Τα στριφτά τσιγάρα καπνίζονται περίπου από 1 στους 7 ευρωπαίους καπνιστές, ποσοστό το οποίο αυξάνει σε χώρες, που βρίσκονται σε οικονομική κρίση. Τα πούρα, οι ναργιλέδες και οι πίπες χρησιμοποιούνται από μικρό ποσοστό καπνιστών και κυρίως για περιστασιακή χρήση.

Περίπου το 1/3 των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα το τελευταίο χρόνο και οι μισοί από όσους το προσπάθησαν, το έχουν ξαναπροσπαθήσει κι άλλες φορές. Οι κύριοι λόγοι που οδηγούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι πρωταρχικά η προστασία της υγείας τους (71%), δεύτερον η προτροπή / ύπαρξη της οικογένειας, του συντρόφου και των φίλων, το οικονομικό κόστος είναι η τρίτη αιτία, ενώ η επίδραση του τσιγάρου σε τρίτους αναφέρθηκε ως τέταρτος λόγος. Άλλοι εξωγενείς παράγοντες (όπως οι αντικαπνιστικοί νόμοι και περιορισμοί, η κοινωνική απόρριψη, οι προειδοποιητικές ταμπέλες και η διαφημιστικές αντικαπνιστικές καμπάνιες) παίζουν κυρίως έμμεσο ρόλο.

Το 38% των Ευρωπαίων πολιτών επιτρέπει το κάπνισμα στο σπίτι τους, ενώ το 20% επιτρέπει το κάπνισμα μέσα στο αυτοκίνητό τους. Οι καπνιστές είναι περισσότερο ανεκτικοί με τους άλλους να καπνίζουν στο προσωπικό τους περιβάλλον, για αυτό και οι χώρες, όπου το ποσοστό των καπνιστών είναι υψηλό, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Κύπρος, είναι οι πιο ανεκτικές πάνω στο θέμα. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα ήταν μεγαλύτερη στα μπαρ (45%) από ό,τι σε χώρους εστίασης, ενώ ένα 25% εκτίθεται σε κάπνισμα στο χώρο εργασίας του. Η επιλογή των τσιγάρων είναι βασισμένη στη γεύση (78%) και την τιμή (50%). Επίσης φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση όσον αφορά την αντίληψη της επικινδυνότητας των τσιγάρων, καθώς το 17% των Ευρωπαίων πιστεύουν ότι κάποια τσιγάρα είναι λιγότερο επικίνδυνα από άλλα.

Η Ελλάδα κρατάει τα πρωτεία τόσο στον επιπολασμό όσο και στην κατανάλωση τσιγάρων παγκοσμίως, με το 42% των Ελλήνων να εμφανίζονται ως ενεργοί καπνιστές. Καθώς η παλιότερη νομοθεσία δεν υπήρξε αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος, ένας καινούριος αντικαπνιστικός νόμος ήρθε σε εφαρμογή από τη 1/9/2010, που απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους χώρους εργασίας, στα μέσα μαζικής μεταφοράς, τα πλοία και τα αεροπλάνα, καθώς και στους κλειστούς χώρους διασκέδασης, επιτρέποντάς το μόνο σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους. Άρχισε συγχρόνως να λειτουργεί μια ενεργή ιστοσελίδα (www.smokestop.gov.gr) και μια τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης (1142) για

πληροφόρηση και για καταγγελία των παραπτωμάτων, καθώς και μια εκτενής διαφημιστική καμπάνια στα ΜΜΕ, όπου υποστηρίχθηκε η προσπάθεια να αλλάξει η καπνιστική κατάσταση στην Ελλάδα (Eurobarometer, 2009).

Αντίστοιχα, σχετικά υψηλά ποσοστά στον επιπολασμό του καπνίσματος έχει και η Κύπρος και παρ' όλο που θεωρείται μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών με υψηλά ποσοστά καπνίσματος (30-35% του πληθυσμού), δεν έχουν ληφθεί σημαντικά μέτρα για τον περιορισμό του, ειδικά στους εφήβους. Συγκεκριμένα, σχετική έρευνα έδειξε ότι το 24% των μαθητών λυκείου είναι μόνιμοι καπνιστές, και ο επιπολασμός του καπνίσματος αυξάνει με την ηλικία και διαφοροποιείται ανά φύλο, αφού τα αγόρια φαίνεται να καπνίζουν περισσότερο. Αυτό συμβαδίζει με το γεγονός ότι το κάπνισμα είναι συχνό και στο οικογενειακό περιβάλλον των νέων, με τους πατέρες τους να καπνίζουν πιο πολύ. Η έκθεση στο κάπνισμα, μέσω της τηλεόρασης και των ηθοποιών, που καπνίζουν, είναι υψηλή (62-67%), ενώ σημαντικοί παράγοντες, που οδηγούσαν προς το κάπνισμα, ήταν οι φίλοι που καπνίζουν, οι χαμηλές εκπαιδευτικές βλέψεις και η έκθεση στο τσιγάρο από το οικογενειακό περιβάλλον (Karekla, Symeou, Tsangari, Kapsou, & Constantinou, 2010).

Σημαντικές διαφοροποιήσεις όμως εμφανίζονται και ανά χώρα στα ποσοστά των καπνιστών κατά τη διάρκεια των ετών, όπως επίσης και στις συμπεριφορές του καπνίσματος. Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον σε μια χώρα παράγει μια γενική κοινωνικοοικονομική ανισότητα και καθορίζει μια συγκεκριμένη δομή διάδρασης ανάμεσα στη γενική ανισότητα και στην ανισότητα στην υγεία. Οι συμπεριφορές υγείας και η ανισοκατανομή των διαφόρων προσδιοριστών υγείας επηρεάζουν τη μελλοντική επίπτωση συγκεκριμένων κοινών χρόνιων παθήσεων, κυρίως για άτομα χαμηλής εκπαίδευσης και κοινωνικής τάξης. Υψηλά ποσοστά καπνίσματος έχουν παρατηρηθεί ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες χαμηλής εκπαίδευσης στη βόρεια Ευρώπη και κυρίως σε άτομα μικρότερα των 44 ετών. Αυτό συνεπάγεται ότι οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες θα αυξηθούν σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Για παράδειγμα, στη Δανία το συνολικό κλάσμα απόδοσης στην χαμηλή βαθμίδα εκπαίδευσης για το καθημερινό κάπνισμα ήταν 36% για τους άνδρες και 35% για τις γυναίκες (Eek et al., 2010). Παρόμοια, στην Ισπανία, έρευνα των συμπεριφορών καπνίσματος σε 33532 καπνιστές από το 1965 έως το 2000 έδειξε ότι ο επιπολασμός της διακοπής του καπνίσματος στις ηλικίες 20-50 έχει αυξηθεί από 0,8% το 1965 σε 5% το 2000, ενώ για αυτούς άνω των 50 ετών από 3,5% σε 8,8%, και η διακοπή του καπνίσματος είναι μεγαλύτερη μεταξύ αυτών με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Schiaffino et al., 2007).

Πολύ παραγωγικό ρόλο στη σταθεροποίηση, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις, στη μείωση των ενεργών καπνιστών συνετέλεσε και η εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων

και μέτρων ανά χώρα την τελευταία δεκαετία. Το Μάρτιο του 2004 η Ιρλανδία έγινε η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα, που καθιέρωσε τον αντικαπνιστικό νόμο, κάτι που οδήγησε σε μείωση 8% του καπνίσματος μέσα σε ένα χρόνο, ποσοστό όμως που αντιστράφηκε μετά από 3 χρόνια. Παρ' όλα αυτά, ο Ιρλανδικός αντικαπνιστικός νόμος ήταν αποτελεσματικός στη μείωση του παθητικού καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους και στα νοσοκομεία, βελτιώνοντας έτσι την υγεία των νοσοκομειακών εργαζόμενων (Fong et al., 2006b).

Δεύτερη χώρα που εφάρμοσε τον αντικαπνιστικό νόμο ήταν η Νορβηγία την 1^η Ιουνίου 2004. Το εθνικό ποσοστό των καπνιστών πριν την εφαρμογή του νόμου ήταν 27,3%, το οποίο έπεσε στο 24,6% το 2006. Επιπλέον, περίπου 900 επαγγελματίες υγείας ανέφεραν μείωση στα συμπτώματα του καπνίσματος πέντε μήνες μετά την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου (Skogstad et al., 2006)

Ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει ακόμη παρατηρηθεί να διαφοροποιείται και ανά πολιτεία των ΗΠΑ, καθώς στην Καλιφόρνια, η οποία ήταν η πρώτη πολιτεία που καθιέρωσε την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας το 1994, μέσα στη δεκαετία 1990-2000 τα ποσοστά του καπνίσματος μειώθηκαν 22%, σε σύγκριση με το 14% των υπολοίπων Ηνωμένων Πολιτειών (Gilpin et al., 2003).

Μείωση στον επιπολασμό του καπνίσματος από 32% το 1990 σε 24,3% το 2006 (Gallus, Schiaffino, La Vecchia, Townsend, & Fernandez, 2006), είναι το συνδυασμένο αποτέλεσμα από διάφορα αντικαπνιστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν στην Ιταλία από το 1970 και έπειτα, το τελευταίο από τα οποία ήταν ο αντικαπνιστικός νόμος, που εφαρμόστηκε τον Ιανουάριο του 2005 (Gorini, Costantini, & Paci, 2007). Συνδυασμένες πρακτικές αύξησης της τιμής των τσιγάρων από το 1990 και μετά συνετέλεσαν σε αυτό το αποτέλεσμα, το οποίο έχει επιβεβαιωθεί και πανευρωπαϊκά, καθώς εκτιμάται ότι η κατανάλωση τσιγάρων στην Ευρώπη μειώνεται 5-7% για κάθε 10% αύξηση της τιμής των τσιγάρων (Gallus et al., 2006). Σε χώρους εργασίας, όπου απαγορευόταν το κάπνισμα, υπήρξε μείωση 3,8% του καπνίσματος μεταξύ των εργαζομένων, με 3,1 κατά μέσο όρο τσιγάρα να καπνίζονται την ημέρα για κάθε καπνιστή (Fichtenberg and Glantz, 2002).

Ο Σκωτσέζικος αντικαπνιστικός νόμος το 2006 συνοδεύτηκε με μια αύξηση στα ποσοστά διακοπής του τσιγάρου στην τρίμηνη περίοδο πριν την εφαρμογή του. Τα συνολικά ποσοστά διακοπής το χρόνο, που εφαρμόστηκε η νομοθεσία και το επόμενο έτος, επιβεβαίωσαν τη σταδιακή αύξηση των ποσοστών διακοπής πριν την εφαρμογή του νόμου. Το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των καπνιστών δεν συσχετίστηκε με τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά τα άτομα από πιο πλούσιες περιοχές εμφανίστηκαν πιο θετικοί απέναντι στην εφαρμογή του νόμου (Fowkes, Stewart, Fowkes, Amos, & Price, 2008). Στη

γενικότερη περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου φαίνεται ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος συνεχίζει να μειώνεται, αλλά η επιπλέον μείωση είναι εξαιρετικά δύσκολη. Η αντικαπνιστική πολιτική έχει στοχεύσει επιτυχώς αυτούς, που θέλουν να το κόψουν, αλλά περαιτέρω μειώσεις θα πρέπει να στραφούν σε πιο δύσκολους καπνιστικούς πληθυσμούς, που δεν έχουν τέτοια πρόθεση. Βρέθηκε ότι οι διαφοροποιήσεις στη διάθεση και την ευκολία για διακοπή του καπνίσματος σχετίζονται με προσωπικούς παράγοντες, όπως η ένταση του καπνίσματος, η καπνιστική κατάσταση των γονέων, ο χρόνος ως καπνιστής, το μηνιαίο εισόδημα και το είδος της παρεμβατικής μεθόδου υποστήριξης (Twigg, Moon, Szatkowski, & Iggulden, 2009).

Στην Ελβετία τα ποσοστά του καπνίσματος παρέμειναν σταθερά μέσα στη δεκαετία 1996-2006 (28%), όπου και εφαρμόστηκε ο αντικαπνιστικός νόμος. Σταθερά παρέμειναν επίσης τα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη καθώς και η συχνότητα των προσπαθειών διακοπής, αλλά αυξήθηκε η κινητοποίηση των καπνιστών να το κόψουν (Etter, 2010).

Μεγάλη σημασία όμως παίζει και η εφαρμογή της πολιτικής ενάντια στο κάπνισμα, που υιοθετεί κάθε χώρα, για παράδειγμα, παρ' όλο που οι όμορες σκανδιναβικές χώρες Σουηδία και Φινλανδία μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά στις κοινωνικές υπηρεσίες και παροχές υγείας, διαφέρουν όσον αφορά την εφαρμογή της πολιτικής ενάντια στο κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένης και της νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος. Μεταξύ των αντρών, τα ποσοστά καθημερινής χρήσης προϊόντων καπνού είναι μεγαλύτερα στη Σουηδία από ό,τι στην Φινλανδία, ενώ για τις γυναίκες δε φαίνεται να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα ρυθμιστικά μέτρα περιορισμού του καπνού έφεραν σημαντικά αποτελέσματα στις γυναίκες της Σουηδίας και λιγότερο της Φινλανδίας, ενώ για τους άντρες μέσα στην τελευταία 15ετία φαίνεται να αυξήθηκε η χρήση καπνού εξαιτίας κυρίως των μασημένων προϊόντων καπνού (Patja, Hakala, Bostrom, Nordgren, & Haglund, 2009). Τα αποτελέσματα από τη μελέτη στους Σουηδούς δεν επιβεβαιώνονται και στις Ηνωμένες πολιτείες, καθώς τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες καπνίστριες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης του καπνίσματος σε σχέση με τους Σουηδούς ομολόγους τους (12%), παρ' όλη τη μεγαλύτερη χρήση μασημένου καπνού στη Σουηδία. Για αυτό το λόγο, η προώθηση του μασημένου καπνού ως εναλλακτική για μείωση του σχετικού κινδύνου, που προκαλεί το κάπνισμα, σε χώρες με αντικαπνιστικά προγράμματα, μπορεί να μην έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα στη διακοπή του καπνίσματος (Zhu et al., 2009).

Κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος

Τα δεδομένα από πολλές μελέτες και μεταanalύσεις δείχνουν ότι η ανησυχία για την υγεία είναι το πρωταρχικό κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος, το οποίο επιβεβαιώνεται και από την μεγάλη έρευνα για τη διακοπή του καπνίσματος που έγινε στην Ευρώπη (Eurobarometer, 2009). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, στην ερώτηση «Σας έκανε κάποιο από τα ακόλουθα πράγματα να σκεφτείτε να διακόψετε το κάπνισμα τους τελευταίους 12 μήνες;», η οποία απευθύνονταν σε καπνιστές που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα τους τελευταίους 12 μήνες, η πλειοψηφία απάντησε ναι στην επιλογή «Ανησυχία για την προσωπική υγεία» (71%) και αμέσως μετά ακολουθούσε η επιλογή «Οικογένεια/Σύντροφος/Φίλοι» (52%). Αυτό συμβαδίζει με τη θεωρία ότι οι άνθρωποι έχουν βασική ανάγκη ελέγχου του κινδύνου και της αρνητικής επίπτωσης στην υγεία με σκοπό την επιβίωση (Rosenstock, 1974). Επίσης, η αντίληψη των γονιών σχετικά με τους κινδύνους που προκαλεί το κάπνισμά τους στο παιδί τους, που υποφέρει με άσθμα, σχετίζεται άμεσα με την κινητοποίησή τους να το κόψουν. Συγκεκριμένα, οι γονείς, που πίστευαν ότι το άσθμα του παιδιού τους δεν ήταν ρυθμισμένο, όπως και οι γονείς, που συμφωνούσαν ότι τα συμπτώματα του άσθματος, που παρουσιάζει το παιδί τους, θα μειώνονταν, εάν έκοβαν το κάπνισμα, είχαν υψηλότερη κινητοποίηση να το κόψουν σε σύγκριση με τους ομολόγους τους (Haltermann, Borrelli, Conn, Tremblay, & Blaakman, 2010). Οι μεγαλύτερες ηλικίες (>39) είναι πιο πιθανόν να μπουν σε διαδικασία να κόψουν το κάπνισμα για λόγους υγείας (Grahani et al., 2008). Τα παραπάνω αναδεικνύουν τη σημαντικότητα των επαγγελματιών υγείας στην προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος, μέσω της ενημέρωσης των καπνιστών για τους κινδύνους, που επιφέρει το τσιγάρο. Ένα ενδογενές-εξωγενές μοντέλο κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος εφαρμόστηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1137 καπνιστών. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, το δείγμα των καπνιστών ανέφερε αντίστοιχες ανησυχίες για την υγεία, μικρότερο αυτοέλεγχο και υψηλότερη κοινωνική επιρροή κινητοποίησης για διακοπή. Οι γυναίκες φάνηκαν λιγότερο κινητοποιημένες να το κόψουν εξαιτίας λόγων υγείας και περισσότερο από υποστήριξη τρίτου, ενώ οι καπνιστές άνω των 55 ανέφεραν λιγότερες ανησυχίες για την υγεία και υψηλότερο αυτοέλεγχο σε σχέση με τους καπνιστές κάτω των 55. Μεταξύ των ενεργών καπνιστών, η βελτίωση στο στάδιο ετοιμότητάς τους κατά το πέρας του χρόνου, συσχετίστηκε με σημαντικές αυξήσεις στις ανησυχίες για την υγεία και την κινητοποίηση αυτοελέγχου (Curry, Grothaus, & McBride, 1997).

Τα κίνητρα διαφοροποιούνται όμως, ανάλογα με τη χώρα και την κοινωνική τάξη. Σε μια έρευνα σε κινέζικο πληθυσμό, οι λόγοι που οδηγούν τους Κινέζους στη διακοπή του καπνίσματος βρέθηκαν να είναι η πρόληψη από μελλοντικές ασθένειες (58%), οι παρούσες ασθένειες (31%), η πίεση από την οικογένεια (20%) και τελευταίοι οι οικονομικοί λόγοι (20%), παρόλο που κατά μέσο όρο το 11% του μηνιαίου εισοδήματός τους ξοδεύεται για το κάπνισμα (Hesketh et al., 2007). Οι παράγοντες, που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος, ήταν το κατά πόσο το άτομο ήταν παντρεμένο, αν ήταν φοιτητής / συνταξιούχος, η μεγάλη ηλικία, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, ο ελεύθερος χρόνος, και η περιέργεια. Ο γάμος και ο ελεύθερος χρόνος συσχετίστηκαν με παλιότερες προσπάθειες διακοπής, ενώ το αρσενικό φύλο, ο γάμος και ο ελεύθερος χρόνος συσχετίστηκαν με τη πρόθεση διακοπής του καπνίσματος (Abu & Yam, 2005). Αντίθετα σε μια πρόσφατη μελέτη 3889 καπνιστών στη Γαλλία, οι βασικότεροι λόγοι διακοπής ήταν πρωταρχικά το κόστος (44%), η κοινωνική πίεση (39%), η επιθυμία για βελτίωση της φυσικής κατάστασης (36%), ο φόβος για τις μελλοντικές ασθένειες λόγω καπνίσματος (24%) και η κούραση από το συνεχές κάπνισμα (21%) (Aubin et al., 2010).

Αν γίνει προσπάθεια να ταυτοποιηθούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ατόμων, που διαλέγουν να συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, σε σχέση με αυτούς που απέχουν, λίγες διαφορές παρατηρούνται, οι οποίες είναι κλινικής σημασίας. Οι συμμετέχοντες είναι συνήθως υψηλής εκπαίδευσης, μεγαλύτερης ηλικίας, με υψηλά εισοδήματα, λευκοί, εργαζόμενοι, περισσότερο εξαρτημένοι και βαρείς καπνιστές και με μεγαλύτερο αριθμό προηγούμενων προσπαθειών διακοπής (Grahani et al., 2008). Η κινητήρια ετοιμότητα και η έκταση της εξάρτησης από το καπνό αποτελούν τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της συμμετοχής ενός καπνιστή σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Grahani et al., 2008). Οι Nicita-Mauro, Maltese, Nicita-Mauro, Lasco και Basile (2010) κατέληξαν ότι το κίνητρο που έχει ένας καπνιστής παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην προσπάθειά τους να διακόψει το κάπνισμα. Οι Haug και συν. (2010) μελέτησαν τη σχέση διάφορων δημογραφικών στοιχείων με τη διακοπή του καπνίσματος και παρατήρησαν ότι το γυναικείο φύλο, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η πρόθεση να διακοπεί το κάπνισμα και η αυτοϊκανότητα να το κόψουν ήταν θετικά συνδεδεμένα με τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η παρουσία ενός καπνιστή συντρόφου ήταν αρνητικά συνδεδεμένα. Η συμβουλή ενός ειδικού ήταν λιγότερο αποτελεσματική για τα άτομα χωρίς διάθεση να κόψουν το κάπνισμα και για τους άνεργους. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος θα

γινόντουσαν πιο αποτελεσματικά, εάν προσαρμόζονταν σε δημογραφικές και σχετικές με το κάπνισμα παραμέτρους.

Η εσωτερική και όχι η εξωγενής κινητοποίηση για να κοπεί το κάπνισμα είναι η προφανής προαπαίτηση για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών διακοπής - για παράδειγμα, το αυτοκόλλητο νικοτίνης αυξάνει την αποχή μόνο στους καπνιστές, που ζητούν θεραπεία (Perkins et al., 2008), ενώ η εξωγενής κινητοποίηση μπορεί να έχει κάποιο αποτέλεσμα μόνο σε παρατεταμένη αποχή, άλλα όχι ως αρχικό κίνητρο για τη διακοπή. Τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι σχεδιασμένα για εκείνους τους καπνιστές, που είναι κινητοποιημένοι να σταματήσουν το κάπνισμα μέσα στο επόμενο σύντομο χρονικό διάστημα. Ο καλύτερος προβλέψιμος δείκτης χαμηλής κινητοποίησης των ασθενών να απευθυνθούν σε α) ομαδική υποστήριξη και β) ατομική υποστήριξη για να κόψουν το κάπνισμα, ήταν η αντίληψη ότι το υποστηρικτικό πρόγραμμα είναι αναποτελεσματικό να αυξήσει τις πιθανότητες τους να διακοπεί το κάπνισμα. Σε αντίθεση, η αίσθηση αναποτελεσματικότητας αυξάνονταν από την αντίληψη ότι και οι δύο υπηρεσίες προσφέρουν ανεπαρκή υποστήριξη, όπως και από τη χαμηλή δυνατότητα των καπνιστών να τις χρησιμοποιήσουν. Επιπλέον, η αρνητική εικόνα για τους συμμετέχοντες επηρέαζε την ομαδική υποστήριξη (Vogt, Hall, & Marteau, 2010). Η απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να είναι απρογραμμάτιστη και αυθόρμητη, παρ' όλα αυτά, η κινητοποίηση για τη διακοπή του καπνίσματος πρέπει να προέρχεται από μία εσωτερική απόφαση για να μπορεί να σημειωθεί επιτυχία σε σχέση με τη συμμετοχή στα προγράμματα.

Παρόλα αυτά, ενώ τα κίνητρα δεν αλλάζουν τα ποσοστά διακοπής, φαίνεται να προτρέπουν τη συμμετοχή των καπνιστών, που έχουν αποφασίσει να το κόψουν. Σε ένα διαδικτυακό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος βασισμένο στα κίνητρα διακοπής, οι καπνιστές πληρώθηκαν \$132 (\$11 τον μήνα) για να συμμετέχουν (Graham et al., 2007). Από αυτούς που συμμετείχαν, το 11,5% δήλωσε την πρόθεση να κόψει το κάπνισμα και σε συμφωνία με τις προθέσεις, το 12,8% ανέφερε αποχή από το κάπνισμα στους 12 μήνες. Έτσι, ακόμα και με το χρηματικό κίνητρο συμμετοχής, περίπου το 87% των καπνιστών, που δεν ανέφεραν διάθεση να κόψουν το κάπνισμα, παρέμειναν καπνιστές. Σε μία συνέχεια της μελέτης, όπου ο αρχικός σχεδιασμός του προγράμματος περιελάμβανε και κίνητρα ολοκλήρωσης του προγράμματος διακοπής (συμμετοχή \$100, 6 μήνες αποχή \$250, 12 μήνες αποχή \$400), τα αρχικά αυξημένα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (14,7% vs 5% στην ομάδα ελέγχου), εμφάνισαν πτώση, με 30% υποτροπή στους 6 και 12 μήνες (Volpp et al., 2009). Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι βαρείς καπνιστές είναι πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος, άλλα οι ελαφρείς καπνιστές (λιγότερο από 1

πακέτο την ημέρα) είναι πιο επιτυχημένοι στη μακροχρόνια αποχή (Bauld, Chesterman, Ferguson, & Judge, 2009; Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000).

Υπάρχουν επιπλέον στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των υποστηρικτικών μηχανισμών και των κοινωνικών δικτύων στη διευκόλυνση των προσπαθειών διακοπής. Για παράδειγμα, η συμπαράσταση διακοπής από τον σύζυγο ή τη σύζυγο, μειώνει τις πιθανότητες ενός ατόμου να καπνίσει έως 67%, από τον αδερφό ή την αδερφή έως 25%, από έναν φίλο ή μια φίλη 36% και από έναν συνάδελφο 34% (Christakis & Fowler, 2008). Η φιλική υποστήριξη χρησιμοποιήθηκε από το 70% των περιπτώσεων και αναφέρθηκε ως η πλέον χρήσιμη από τους μισούς στη διαδικασία διακοπής (Van Osch et al., 2009). Οι ομάδες διακοπής του καπνίσματος φαίνονται ελπιδοφόρες μεταξύ γυναικών και κοινών ομάδων, ιδιαίτερα όταν ενσωματώνονται στο κοινωνικό σύστημα ή σε περιβάλλοντα συγκέντρωσης ομάδας (Bauld et al., 2009).

Η καπνιστική συμπεριφορά μεταξύ των ζευγαριών είναι συχνά όμοια. Οι καπνιστές με μεγαλύτερη θετική υποστήριξη από το σύντροφό τους έχουν μεγαλύτερη ετοιμότητα να κόψουν το κάπνισμα (Rayens, Hahn, & Hedgcock, 2008), ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των συζύγων είναι πρόθυμες να βοηθήσουν τον σύντροφό τους, που καπνίζει και ενδιαφέρονται να βρουν ένα τρόπο να βοηθήσουν. Οι γυναίκες σύζυγοι, που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά υποστήριξης και θετικών αποτελεσμάτων σε σύγκριση με τους άντρες συζύγους ή τους ενεργούς καπνιστές (Thomas et al., 2009). Οι Hyland, Wakefield, Higbeel, Szczyrka και Cummings (2009) παρατήρησαν σε έρευνα 4963 καπνιστών σε διάρκεια 17 ετών ότι το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ότι δεν επιτρεπόταν το κάπνισμα στο σπίτι αυξήθηκε από 29% το 2001 σε 38% το 2005. Οι καπνιστές, που ήταν πιο πιθανόν να επιβάλλουν περιορισμό του καπνίσματος στο σπίτι, ήταν πιθανότερο άντρες, πρώην καπνιστές, αυτοί με τη μικρότερη κατανάλωση τσιγάρων, με υψηλά εισοδήματα και χωρίς άλλον καπνιστή μέσα στο σπίτι. Καταδεικνύεται, λοιπόν, η σημαντικότητα του περιορισμού του καπνίσματος μέσα στο σπίτι ως εργαλείο βοήθειας διακοπής του καπνίσματος, αλλά και πρόληψης της υποτροπής προς αυτό.

Τέλος, πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός πως πολλοί καπνιστές πιστεύουν ότι τα «ελαφριά» τσιγάρα είναι λιγότερο επιβλαβή από τα κανονικά, κάτι που δεν υποστηρίζεται επιστημονικά. Μελέτη 1376 καπνιστών έδειξε ότι οι καπνιστές των ελαφριών τσιγάρων πίστευαν ότι καπνίζοντάς τα είναι πιο εύκολο να κόψουν το κάπνισμα (25%), ότι είναι λιγότερο επιβλαβή (42%) και ότι λαμβάνουν λιγότερη πίσσα (43%) (Wilson et al., 2009).

Λόγοι για τους οποίους είναι δύσκολη η διακοπή του καπνίσματος

Εκτιμάται ότι περίπου το 70% των καπνιστών εκφράζει την επιθυμία να σταματήσει το κάπνισμα κάθε χρόνο, με το 40% αυτών να μπαίνει στη διαδικασία να το κόψει. Δυστυχώς όμως, απ' αυτούς μόνο το 7% - 8% καταφέρνει επιτυχώς να το διακόψει κάθε χρόνο, ακόμη και με τις υπάρχουσες θεραπείες υποβοήθειας (Curry, Keller, Orleans, & Fiore, 2008), κι αυτό ίσως γιατί οι περισσότερες προσπάθειες διακοπής είναι αυτοκινούμενες, με μόνο το 20% - 30% των ατόμων να απευθύνεται για βοήθεια κατά τη διάρκεια των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος (Curry et al., 2008; Musich et al., 2009). Παρόλο που τα άτομα, που καπνίζουν, γενικότερα έχουν αντίληψη της πιθανής επικινδυνότητας ως προς τη θνητότητα και τη νοσηρότητα, που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα, συνεχίζουν να καπνίζουν. Σαφέστατα, πρέπει να υπάρχει ένα σημαντικό όφελος που οι καπνιστές αποκομίζουν από το κάπνισμα και για αυτό το συνεχίζουν. Οι μελέτες δείχνουν ότι με την εισπνοή του καπνού ενός τσιγάρου η νικοτίνη μεταφέρεται στον εγκέφαλο μέσα σε 10 δευτερόλεπτα. Η νικοτίνη στη συνέχεια απελευθερώνει ντοπαμίνη μέσω του κυκλώματος της ντοπαμίνης, το οποίο εκτείνεται από τον μεσεγκέφαλο στον υποθάλαμο και ενεργοποιεί την κυτταρική δραστηριότητα στον πρόσθιο εγκέφαλο, στην περιοχή, που συσχετίζεται με το συναίσθημα και στις περιοχές της συνειδητής μάθησης του φλοιού (Ashton, Millman, Telford, & Tompson, 1973). Αυτή η γρήγορη απόκριση ευχαρίστησης ισχυροποιείται καθώς τα επίπεδα ντοπαμίνης ανεβαίνουν, αυξάνοντας έτσι την επιθυμία να επαναληφθεί αυτή η έκθεση στην ντοπαμίνη. Επιπλέον, πραγματοποιούνται επιπρόσθετες χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, που δημιουργούν μνήμη του περιστατικού και συναισθηματική επιθυμία να επαναληφθεί η συμπεριφορά. Υπάρχει επίσης ένα τελετουργικό στοιχείο στο κάπνισμα, δηλαδή οι καπνιστές συσχετίζουν την ευχαρίστηση του καπνίσματος με το κράτημα ή το άναμμα ενός τσιγάρου, ή με το να παρακολουθούν τον καπνό καθώς εκπνέεται. Ακόμη, οι καπνιστές έχουν δραστηριότητες, τις οποίες συσχετίζουν με το κάπνισμα, όπως η κατανάλωση τσιγάρου μετά από γεύμα, μετά το σεξ ή κατά τη κατανάλωση καφέ ή αλκοόλ. Έτσι, εξηγείται το υπόβαθρο της φυσικής και της ψυχολογικής εξάρτησης από το κάπνισμα (Alpert, 2009). Αυτή η θεωρία επιβεβαιώνεται από μία μελέτη, όπου τα κίνητρα για το κάπνισμα βαθμολογήθηκαν σε κλίμακα από 1 έως 5, με την ανακούφιση από το στρες (Curry, Grothaus, MeAfee, & Pabiniak, 1998), την ανακούφιση από τη βαρεμάρα (Curry et al., 1998) και την ευχαρίστηση (Schauffler et al., 2001) να αξιολογούνται ως σημαντικότερα. Το κάπνισμα ως υποβοηθητικό της συγκέντρωσης, η ανακούφιση από τη δυσφορία της αποχής, και το κάπνισμα ως υποστηρικτικό στην

κοινωνικοποίηση βαθμολογήθηκε ως μεσαίας σημασίας (2,8-2,9), ενώ ο έλεγχος τους βάρους αξιολογήθηκε χαμηλά (2,0) (McEwen, West, & McRobbie, 2008). Οι γυναίκες ανέφεραν συχνότερα την ανακούφιση από το στρες και τον έλεγχο του βάρους ως κίνητρα προς το κάπνισμα, ενώ οι άντρες ανέφεραν συχνότερα ως λόγο, που καπνίζουν, τα συμπτώματα αποχής. Οι νεότερες ηλικίες (<26) δήλωσαν ότι συχνά κίνητρα για το κάπνισμά αποτελούν η ανακούφιση από το άγχος και η μεγιστοποίηση του ελέγχου κατά τη διάρκεια των περιστατικών άγχους (Grahani et al., 2008).

Εκτιμήσεις των ποσοστών υποτροπής μέσα σε 1 χρόνο για τους καπνιστές, που αρχικά κατάφεραν να το κόψουν, κυμαίνονται από 35% έως 40% (Javitz et al., 2004). Καμία από τις παρεμβατικές μεθόδους πρόληψης υποτροπής δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στο να προλαμβάνει την υποτροπή προς το κάπνισμα (Hajek et al., 2009) και μόνο η ενσωμάτωση της άσκησης στα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχει εξετασθεί με κάποιες ενδείξεις ότι μπορεί να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα της διακοπής, τη βαρεμάρα και τις αλλαγές διάθεσης (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007). Οι ερευνητές, που μελετούν την υποτροπή προς το κάπνισμα, αναδεικνύουν τη σημαντικότητα των συμπτωμάτων διακοπής, τις αρνητικές επιδράσεις, την επιθυμία / λαχτάρα για τσιγάρο, την παρουσία άλλων καπνιστών στο γύρω περιβάλλον, τη διαθεσιμότητα και πρόσβαση των τσιγάρων, την εξάρτηση από τη νικοτίνη, την έκθεση σε εικόνες καπνίσματος και την έλλειψη βοήθειας διακοπής από το κάπνισμα ως σημαντικούς λόγους υποτροπής (Zhou et al., 2009). Μια μελέτη στη Γαλλία έδειξε ότι εμπόδια στη διακοπή του καπνίσματος ήταν κυρίως ο φόβος του αυξημένου στρες (62%), η ευερεθιστότητα (51%), το άγχος (42%), η απόλαυση του καπνίσματος (41%) και η ανησυχία για την αύξηση βάρους (33%), ενώ η υποτροπή πυροδοτούνταν από την έντονη επιθυμία (45%), το άγχος/στρες (34%), κάποιο σημαντικό γεγονός στη ζωή (21%), την αύξηση βάρους - ιδίως στις γυναίκες (18%) και την ευερεθιστότητα (16%). Η σχέση ανάμεσα στις αιτίες της υποτροπής και τη διάρκεια των προσπαθειών παρουσιάζει ενδιαφέρον: η έντονη επιθυμία και τα στερητικά συμπτώματα προκαλούν γρήγορη υποτροπή ενώ τα υπόλοιπα οδηγούν σε μεταγενέστερη υποτροπή. Η κατάθλιψη σπάνια αναφερόταν (5%) (Aubin et al., 2010). Σε μια έρευνα μέσω διαδικτύου, οι περισσότεροι καπνιστές απέδωσαν την ανικανότητά τους να κόψουν το κάπνισμα στην εξάρτηση (88%), στη συνήθεια (88%) και στο άγχος (62%), ενώ το γεγονός ότι η ανικανότητα να κοπεί το κάπνισμα οφείλονταν στην έλλειψη απόφασης και κίνητρου δίχασε τους ερωτηθέντες, καθώς οι μισοί συμφώνησαν και οι άλλοι μισοί διαφώνησαν με τη πρόταση (Hughes, 2009). Το σημαντικό είναι ότι το 50% των καπνιστών ανέφεραν ότι η πιο πρόσφατη προσπάθεια διακοπής τους πραγματοποιήθηκε τη στιγμή που λήφθηκε η

απόφαση, ενώ οι απρογραμματίστες προσπάθειες διακοπής ήταν πιο πιθανόν να επιτύχουν για τουλάχιστον 6 μήνες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (West & Sohal, 2006).

Κάποιοι από τους βασικούς παράγοντες υποτροπής είναι, επίσης, το κάπνισμα μετά την καθορισμένη ημερομηνία διακοπής (Dale et al., 2001; Kenford et al., 1994), η αρνητική διάθεση (Kenford et al., 2002) και η ανάγκη για κάπνισμα (Shiffman et al., 1997) κατά την περίοδο μετά την διακοπή. Ένας άλλος αριθμός δημογραφικών και σχετιζόμενων με το κάπνισμα παραγόντων έχει συνδεθεί επίσης με θετικό αποτέλεσμα διακοπής, αν και με διαφορετική συνέπεια. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η μεγάλη ηλικία (Murray et al., 2000), το ανδρικό φύλο (Dale et al., 2001; Ferguson et al., 2003), η έγγαμη σχέση (Carlson, Taenzer, Koopmans, & Bultz, 2000; Murray et al., 2000), το κάπνισμα λιγότερων τσιγάρων ανά ημέρα (Carlson et al., 2000; Dale et al., 2001), η μικρότερη έκθεση σε κάπνισμα στο σπίτι (Carlson et al., 2000; Murray et al., 2000), η μικρότερη ένταση εξάρτησης από την νικοτίνη (Ferguson et al., 2003), οι μεγαλύτερες περιόδους αποχής από το κάπνισμα στο παρελθόν (Murray et al., 2000; Garvey et al., 1992; Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss, & Garvey, 1997) και η μικρότερη κατανάλωση αλκοόλ (Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinold, & Rosner, 1992). Οι Heffner, Lee, Arteaga και Anthenelli (2010) παρατήρησαν ότι η υποτροπή είναι 5 φορές μεγαλύτερη για όσους δεν άρχισαν τη συνεχή αποχή μέχρι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες του προγράμματος θεραπείας τους και πως οι συμμετέχοντες, που ανέφεραν μεγαλύτερη από 30 ημέρες αποχή κατά τον χρόνο πριν από την συμμετοχή στην έρευνα, ήταν πιο πιθανό να υποτροπιάσουν σε σχέση με αυτούς που ανέφεραν μηδενική αποχή.

Σε συνδυασμό με τα συμπτώματα αποχής, οι αρνητικές επιδράσεις δεν αποτελούν μόνο ένα σημαντικό δείκτη υποτροπής προς το κάπνισμα, αλλά θεωρούνται από τους καπνιστές ως ένας εξαιρετικά σημαντικός και δυνατός υποκινητής προς την υποτροπή. Ακόμα και πολύ χαμηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά το ξεκίνημα της διακοπής του καπνίσματος, προβλέπουν δραματικά χαμηλότερα μακροχρόνια ποσοστά αποχής (Piasecki, 2006). Τα αποτελέσματα τείνουν να υποστηρίξουν την υπόθεση ότι οι καπνιστές είναι πιο επιρρεπείς στο να καπνίσουν, όταν βρίσκονται σε χαμηλότερη επιθυμία και αρνητική διάθεση και ότι το κάπνισμα γενικώς κατορθώνει αυτόν το στόχο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι καπνιστές μπορεί να μην καπνίσουν όταν βρίσκονται με αυξημένα επίπεδα αρνητικής διάθεσης, αλλά μπορεί να καπνίσουν για να μειώσουν τα βασικά επίπεδα της αρνητικής τους διάθεσης. Επιπλέον, δεδομένου ότι είναι πιο εύκολο για τους ελαφρείς καπνιστές να το κόψουν σε σχέση με τους βαρείς καπνιστές, οι μελέτες

δείχνουν ότι μειώνοντας τον αριθμό των τσιγάρων, που καπνίζονται μέσα στη μέρα, μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό αρχικό δείκτη επιτυχίας, ακόμη και χωρίς να επιτευχθεί η πλήρης διακοπή (Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η προσωπικότητα και οι αλλαγές σε αυτή, επηρεάζουν τη συμπεριφορά καπνίσματος των ατόμων (Welch and Poulton, 2009). Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη επιθετικότητα και αποξένωση κατά την εφηβεία προέβλεπαν καπνιστική συμπεριφορά κατά την ενήλικη ζωή, ενώ αντίθετα ο αυτοέλεγχος και η παράδοση προδιέθεταν για μη καπνιστική ενήλικη συμπεριφορά. Η θετική αλλαγή συμπεριφοράς από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή συνοδευόταν από θετική αλλαγή και στην καπνιστική συμπεριφορά.

Οι καπνιστές σκέφτονται αρνητικά σχετικά με το κάπνισμά τους το 27% των φορών, που ανάβουν ένα τσιγάρο. Οι πιο συχνές αρνητικές σκέψεις σχετίζονται με την άμεση έκθεση στο τσιγάρο (πχ «μήπως μυρίζω τσιγάρο;»). Παρ' όλα αυτά, οι καπνιστές αναφέρουν πιο έντονες ανησυχίες για τις σκέψεις, που συσχετίζονταν με ανησυχίες για την υγεία τους («τι συμπτώματα έχω εξαιτίας του τσιγάρου;»). Η εμφάνιση των αρνητικών σκέψεων είναι σημαντικά και θετικά συσχετιζόμενη με την πρόθεση σχετικά με τη διακοπή, τις ανησυχίες, και την αντίληψη κινδύνου αναφορικά με το κάπνισμα. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι τα συναισθήματα περισσότερο και όχι οι συμπεριφορές σχετίζονται με τη πρόθεση για διακοπή (Musich et al., 2009).

Η αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας, αλλά κυρίως για τις νεότερες γυναίκες, ενώ οι μη καπνιστές αναφέρουν προβληματισμό για το κιτρίνισμα των δοντιών και του δέρματος, αν ξεκινήσουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους έκανε να φαίνονται μοντέρνοι, ώριμοι και εξελιγμένοι και θα διέκοπταν το κάπνισμα μόνο αν η γήρανση του δέρματος και άλλες αρνητικές επιπτώσεις στην εμφάνιση θα άρχιζαν να γίνονται ορατές (Grogan, Fry, Gough, & Conner, 2009).

Πράγματι, πολλοί άνθρωποι καπνίζουν ως ένα μέσο ελέγχου του βάρους τους και είναι αρνητικοί στο να το σταματήσουν από φόβο μην ξαναπάρουν βάρους. Η έρευνες δείχνουν ότι η κινητοποίηση των γυναικών να σταματήσουν το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με την αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους να ελέγξουν το βάρος τους μετά τη διακοπή. Ομοίως, η επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με αυξημένη αυτοϊκανότητα για έλεγχο του βάρους. Τα αποτελέσματα μελέτης 216 γυναικών, που ήθελαν να χάσουν βάρος, αλλά όχι και να σταματήσουν το κάπνισμα, μετά τη συμμετοχή στο τρίμηνο παρεμβατικό πρόγραμμα γνωστικής συμπεριφοράς, έδειξαν ότι για τις γυναίκες, που τις ενδιαφέρει το

βάρος τους, η επιτυχία αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς τους μπορεί να ενεργοποιήσει μια θετική αλλαγή στην καπνιστική συμπεριφορά τους και να το κόψουν (Sallit, Ciccazzo, & Zisca, 2009). Ωστόσο, προηγούμενες μελέτες και οι κατευθυντήριες θεραπευτικές οδηγίες διακοπής του καπνίσματος, αναφέρουν ότι η διακοπή του καπνίσματος με ταυτόχρονη δίαιτα μπορεί να υπονομεύσουν τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Στη μελέτη των Shmueli και Prochaska (2009) εφαρμόστηκε το μοντέλο ενδυνάμωσης του αυτοέλεγχου, και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι ο μηχανισμός της αυτοεπιβολής μέσω διαίτας μπορεί να αποβεί καταστροφικός σε ταυτόχρονες προσπάθειες για διακοπή του καπνίσματος.

Οι Thorner-Bantug, Jaszyna-Gasior, Schroeder, Collins και Moolchan (2009) κατέρριψαν τον ισχυρισμό για την αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς σε μελέτη 115 εφήβων από την επαρχία, που μπήκαν σε πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης, δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των αρχικών ανησυχιών για την αύξηση του βάρους λόγω της διακοπής και την αύξηση κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ενώ οι έφηβοι που τελικά έκοψαν το κάπνισμα δεν αύξησαν το βάρος τους περισσότερο από αυτούς, που συνέχιζαν να καπνίζουν.

Ένα σημαντικό ποσοστό καπνιστών, που βρίσκονται στη διαδικασία διακοπής του τσιγάρου, υποτροπιάζουν μέσα σε διάστημα ημερών και τα σύγχρονα μοντέλα μελέτης της υποτροπής προς το κάπνισμα δεν εστιάζουν σημαντικά σε αυτό το αρχικό στάδιο. Το πώς ο καπνιστής αντιδρά στη δυσφορία της αποχής από την νικοτίνη και της διακοπής του καπνίσματος, είναι πολύ σημαντική παράμετρος με σημαντικές θεραπευτικές επιπτώσεις (Brown et al., 2009). Οι γνωστικές θεωρίες για τις εμμονές προτείνουν ότι οι ανεπιθύμητες σκέψεις γίνονται πιο έντονες, συχνές και πειστικές, όταν οι άνθρωποι τις μεταφράζουν σε προσωπικό επίπεδο και προσπαθούν να τις ελέγξουν με την καταπίεση των σκέψεων. Αυτή η επίδραση μελετήθηκε πάνω στο μοντέλο της έλλειψης-εμμονής για νικοτίνη και βρέθηκε ότι πρώην καπνιστές, που θεώρησαν τις στερητικές επιθυμίες τους για τσιγάρο ως πιο καταστροφικές και προσωπικά σημαντικές, βίωσαν πιο σημαντικές σχετικές με τη στέρησή τους σκέψεις και ήταν πιο πιθανόν να ξαναρχίσουν το κάπνισμα. Τα δεδομένα ενισχύουν το σημαντικό ρόλο του άγχους και του στρες ως προς την ενίσχυση της συμπεριφοράς καπνίσματος και υποδεικνύουν το ρόλο των προσωπικών σκέψεων, εικόνων και παρορμήσεων στη διακοπή του καπνίσματος (Nosen & Woody, 2009). Η ανοχή της δυσφορίας και η εμμονή του πρώην καπνιστή ως προς τη διατήρηση της αποχής, μπορεί να μην επηρεάζονται από παράγοντες κινδύνου, όπως η εξάρτηση από την νικοτίνη και το ιστορικό κατάθλιψης (Brown et al., 2009).

Γενικά, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών (69,3%) αισθάνονται πιο χαρούμενοι τώρα παρά την περίοδο που ήταν καπνιστές. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση συσχετίζεται με τη νεαρή ηλικία, και τη διακοπή του καπνίσματος άνω του ενός έτους. Οι λόγοι, που μπορούν να εξηγήσουν αυτή τη θετική συναισθηματική αλλαγή, συμπεριλαμβάνουν την αυτοϊκανοποίηση, την αυτοδικαίωση, καθώς η ποιότητα ζωής τους είναι πιθανόν να βελτιωθεί αν επιτύχουν (Shahab & West, 2009).

Η διακοπή του καπνίσματος υπονομεύεται από μια πληθώρα καταστάσεων κινδύνου, τους οποίους θα πρέπει να αντιμετωπίσει ο πρώην καπνιστής, ώστε να μην υποτροπιάσει. Σε αυτές, οι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται κυρίως από κοινωνικά, συναισθηματικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά συνήθειας, είναι τελικά η αποτελεσματικότητα του συμμετέχοντα να τις αντιμετωπίσει (αυτορρύθμιση), αυτή που θα καθορίσει το κατά πόσο θα υποτροπιάσει ξανά προς το κάπνισμα (Van Osch et al., 2008). Συνολικά, η μελέτη κατανόησης των προσεγγίσεων, που στοχεύουν στη σημαντική μείωση της υποτροπής προς το κάπνισμα, παραμένει σημαντικό πεδίο έρευνας και προσπάθειας αποσαφήνισης των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Παρεμβατικές μελέτες

Μια πληθώρα κλινικών μελετών δείχνουν ότι οι πολιτικές διακοπής του καπνίσματος είναι αποτελεσματικές και έχουν πολύ καλή σχέση κόστους αποτελεσματικότητας. Σε αυτές τις μελέτες συμπεριλαμβάνονται δυο μεγάλες κατηγορίες δραστηριοτήτων:

Πληθυσμιακές πολιτικές και δραστηριότητες, που στοχεύουν στο να πείσουν τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα. Αυτές οι δραστηριότητες συνεισφέρουν σημαντικά στην ενεργοποίηση και κινητοποίηση των καπνιστών να το κόψουν. Για παράδειγμα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ανακοινώσει συγκεκριμένη Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την Πολιτική Διακοπής του Καπνίσματος, με την οποία παρακινεί όλες τις χώρες της Ευρώπης να την εφαρμόσουν ώστε να περιοριστεί ο επιπολασμός του καπνίσματος (WHO-Europe, 2004).

Ατομικές και ομαδικές πολιτικές και δραστηριότητες, σχεδιασμένες να βοηθήσουν τους εξαρτημένους καπνιστές, που είναι ήδη κινητοποιημένοι να το κόψουν. Ειδικότερα, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις βοηθούν τους χρήστες να ξεπεράσουν το εμπόδιο της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Αυτές οι προσεγγίσεις είναι συμπληρωματικές μεταξύ τους, επειδή απευθύνονται σε διαφορετικούς πληθυσμούς και επειδή, χωρίς εκτενείς πληθυσμιακά κατευθυνόμενες

προσεγγίσεις, οι καπνιστές δεν θα ήταν κινητοποιημένοι να το κόψουν. Οι καπνιστές, που αναφέρουν ότι πραγματοποίησαν μη προγραμματισμένες προσπάθειες να σταματήσουν το κάπνισμα, εμφανίζουν μεγάλη διαφοροποίηση σε σχέση με το τι εννοούν με τον όρο απρογραμματίστες: πολλές προσπάθειες που χαρακτηρίστηκαν έτσι στην πραγματικότητα ήταν καθυστερημένες, αλλά είχαν κάποιο προγραμματισμό και τη χρήση ενός υποστηρικτικού προγράμματος (Murra, McNeill, Lewis, Britton, & Coleman, 2010). Όμως η καλύτερη βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η προσωπική θέληση και απόφαση του ίδιου του ατόμου να κόψει το κάπνισμα. Αν το ίδιο το άτομο δεν είναι κινητοποιημένο και αποφασισμένο να διώξει αυτή τη κακή συνήθεια, δεν υπάρχει πρόγραμμα παρέμβασης, που να μπορεί να το βοηθήσει (Roorchandani et al., 2008).

Πληθυσμιακές Πολιτικές

Τα πληθυσμιακά προγράμματα παρέμβασης έχουν τη δυνατότητα να ωφελήσουν τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες πληθυσμού και έτσι να συνεισφέρουν στην εξίσωση των ανισοτήτων υγείας. Φαίνεται ότι οι καπνιστές με υψηλότερο εισόδημα και κοινωνική τάξη είναι πιο πιθανόν να κόψουν το κάπνισμα (Thomas et al., 2008).

Αύξηση της φορολογίας

Η αύξηση της φορολογίας σε προϊόντα καπνού θεωρείται από τα πιο αποτελεσματικά συστατικά μιας οργανωμένης πολιτικής αντιμετώπισης του καπνίσματος. Οι συνεχιζόμενες αυξήσεις τιμών μειώνουν την κατανάλωση και τον επιπολασμό χρήσης, ενώ σύμφωνα με τη Παγκόσμια Τράπεζα κατά μέσο όρο, μία αύξηση περίπου 10% της τιμής θα μείωνε τις πωλήσεις τσιγάρων κατά 4% στις υψηλόμισθες χώρες και 8% στις χαμηλόμισθες. Τέτοια μέτρα βρίσκουν σύμφωνη και την κοινή γνώμη, καθώς το 67% των Ευρωπαίων πολιτών υποστηρίζει αύξηση της τιμής, και το 56% μία αύξηση φορολόγησης στα τσιγάρα (Eurobarometer, 2004). Μία μελέτη, που εξέτασε τη θεωρητική επίδραση μιας μεγάλης αύξησης στη φορολογία των τσιγάρων στην κατανάλωσή τους στην Ταιβάν, έδειξε ότι μία αύξηση 44% στην τιμή, θα μείωνε την ετήσια κατανάλωση κατά κεφαλήν των τσιγάρων κατά 15 πακέτα περίπου, δηλαδή μείωση 13%. Η αύξηση της φορολόγησης θα ωθούσε επίσης τα έσοδα της κυβέρνησης κατά 41,4 εκατομμύρια δολάρια. Σαφώς, μία τέτοια φορολόγηση θα δημιουργήσει μία κατάσταση διπλού κέρδους για την κυβέρνηση, τους καπνιστές και τους εμπόρους τσιγάρων. Τη μεγαλύτερη αντίδραση στην αύξηση της τιμής των τσιγάρων φαίνεται να την έχουν οι γυναίκες, οι χαμηλόμισθοι καπνιστές, οι καπνιστές με μέτρια κατανάλωση και οι καπνιστές, που καπνίζουν μόνιμα φτηνά τσιγάρα (Lee, 2008). Επιπλέον, σε μια άλλη παρόμοια μελέτη στην Αμερική, βρέθηκε ότι η αύξηση της τιμής του

προϊόντων καπνού είναι περισσότερο αποτελεσματική στη μείωση του καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων, που κάνουν χειρωνακτικά επαγγέλματα, σε άντρες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, όπως και σε νέους κάτω των 25 ετών (Thomas et al., 2008). Υπάρχει, όμως και η αντίθετη άποψη, που λέει ότι μια μεγάλη αύξηση στη φορολόγηση των τσιγάρων θα οδηγούσε τους καπνιστές να αυξήσουν την αγορά τσιγάρων χαμηλής τιμής ή παράνομων τσιγάρων, το οποίο θα οδηγούσε σε σοβαρές επιπτώσεις, καθώς αυτά τα τσιγάρα τείνουν να περιέχουν υψηλότερα επίπεδα νικοτίνης, καθιστώντας τα πιο επιβλαβή για την υγεία των καπνιστών (Lee et al., 2008).

Σχέση Κόστους-Αποτελεσματικότητας της πολιτικής διακοπής του καπνίσματος

Οι πολιτικές διακοπής του καπνίσματος και οι παρεμβατικές μέθοδοι είναι αποτελεσματικές, αλλά η ενσωμάτωσή τους στα συστήματα υγείας κοστίζουν αρκετά και οι διαγωνισμοί για χρηματοδότηση σε ιδιωτικά και δημόσια συστήματα υγείας σημαίνει ότι η επιβίωση των νέων θεραπειών βασίζεται σε μεγάλο μέρος στο κατά πόσο είναι αποτελεσματικές σε σχέση με το κόστος. Μία μελέτη του 2000 από την US Surgeon General επισημαίνει ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι μια από τις πιο αποτελεσματικές, όσον αφορά το κόστος, θεραπείες του συστήματος υγείας, καθώς τα κόστη για την υγεία που οφείλονται στο καπνό εκτιμούνται στα \$96,7 δις, με επιπρόσθετα κόστη τα \$97 δις εξαιτίας της χαμένης παραγωγικότητας, το οποίο μεταφράζεται συντηρητικά σε κόστος για την υγεία \$10,28 για κάθε πακέτο τσιγάρων που πουλιέται στις Ηνωμένες Πολιτείες (Musich et al., 2009). Η διακοπή του καπνίσματος προσφέρει την προοπτική βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού, τη μείωση των ασθενειών και των θανάτων, που σχετίζονται με το κάπνισμα και τη μείωση μελλοντικών δαπανών για την υγεία, καθώς θα απελευθερώσει πόρους προς άλλες ανάγκες. Η θεραπεία για την εξάρτηση από το καπνό μπορεί να είναι πιο οικονομικά επωφελής από ό,τι πολλές βασικές ιατρικές θεραπείες. Εκτιμήσεις για την οικονομική ωφέλεια των θεραπειών απεξάρτησης από τον καπνό κυμαίνονται από \$260 ως \$2330 ανά άτομο, ακόμα και με πλήρη οικονομική κάλυψη των θεραπευτικών επιλογών (Musich et al., 2009). Σε σχέση με τα παραγωγικά έτη ζωής, που κερδίζονται, η οικονομική ωφέλεια των θεραπειών για τον καπνό κυμαίνεται από \$883 έως \$3590 για κάθε κερδισμένο έτος ζωής. Αυτό είναι ανάλογο με το ετήσιο κόστος για την θεραπεία της υπέρτασης (\$11,300), της υπερχοληστερηνεμίας (\$65,511), της ετήσιας μαστογραφίας (61700\$), και πολύ κατώτερο από το συμβατικό όριο των \$50000 για να θεωρηθεί οικονομικά επωφέλες για κάθε έτος

κερδισμένης ζωής (QALYs), με κέρδος για τη διακοπή καπνίσματος 25500\$ για κάθε έτος, που κερδίζεται (Musich et al. 2009; WHO-Europe, 2004).

Η παροχή κάλυψης της παρεμβατικής θεραπείας διακοπής του καπνίσματος από τα ασφαλιστικά ταμεία φαίνεται να αυξάνει τη χρήση των υπηρεσιών, τις προσπάθειες διακοπής και τον αριθμό των καπνιστών, που σταματούν το κάπνισμα. Η αποτελεσματική χρήση κάθε είδους επωφελούς υπηρεσίας, όμως, προϋποθέτει ότι τα άτομα έχουν επίγνωση των συγκεκριμένων υπηρεσιών και των ωφελειών τους. Οι περισσότεροι καπνιστές για την ακρίβεια, δεν γνωρίζουν, ούτε αντιλαμβάνονται τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος – οι εκτιμήσεις λένε ότι μόνο το 8% με 30% των καπνιστών συνειδητοποιούν τα οφέλη, ανάλογα με το επίπεδο της μόρφωσής τους. Τα ποσοστά ωφέλιμης χρήσης επηρεάζονται έντονα από επικοινωνιακά προγράμματα και τη γνώση της κάλυψης των ωφελειών (Musich et al., 2009).

Πολιτικές μείωσης του παθητικού καπνίσματος

Οι πολιτικές μείωσης του παθητικού καπνίσματος θα βοηθούσαν να μειωθεί τόσο ο επιπολασμός του καπνίσματος όσο και η μέση κατανάλωση καπνού. Παρ' όλα αυτά, η αποτελεσματικότητα των περιορισμών στο κάπνισμα εξαρτάται στην εφαρμογή και την κινητοποίηση της κοινής γνώμης, μέσω οργανωμένων εκστρατειών πληροφόρησης. Παρ' όλη την αρνητική δημοτικότητα και τη μείωση του πληθυσμού, που σε γενικά πλαίσια καπνίζει, η αποδοχή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε παγκόσμια πλαίσια, δεν παρουσίασε τα ίδια υψηλά ποσοστά (Gibbs, 1988). Ο Greenberg (1994), σε μία έρευνά του εξέτασε 732 εργάτες και εργάτριες, στους οποίους δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με χώρους στη δουλειά τους, που θα απαγορευόταν το κάπνισμα και τους λόγους, που κρίθηκε το μέτρο αυτό αναγκαίο. Αμέσως μετά την πληροφόρηση των ατόμων, δόθηκε στον κάθε εργάτη από ένα ερωτηματολόγιο με σκοπό να εξετάσει το ποσοστό αποδοχής αυτού του νέου μέτρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ακόμη και οι φανατικοί καπνιστές κατανόησαν ότι το μέτρο αυτό ήταν αναγκαίο, όταν η πληροφόρησή τους είχε περισσότερο κοινωνικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει ότι η πληροφόρηση των πολιτών, όσον αφορά το κάπνισμα και την απαγόρευσή του σε χώρους της δουλειάς ή και σε άλλα μέρη, μπορεί να φέρει πιο θετικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να γίνει πιο εύκολα αποδεκτή μία τέτοια απόφαση (Theodorakis, Kosmidou, Hassandra, & Goudas, 2008). Στις ΗΠΑ η νομοθεσία απαγόρευσης του τσιγάρου σε δημόσιους χώρους είχε εκτιμηθεί ότι θα μειώσει τη κατανάλωσή του έως και 10% (WHO-Europe, 2004). Επιπλέον, πρέπει να γίνουν εξατομικευμένες πολιτικές απαγόρευσης

ανάλογες με τον πληθυσμό-στόχο, καθώς οι πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος στα σχολεία φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές στα κορίτσια, όπως και οι περιορισμοί πώλησης καπνού να είναι πιο αποτελεσματικές σε ανηλίκους (Thomas et al., 2008).

Εκστρατεία μέσω MME και μείωση της προβολής του καπνίσματος

Η χρήση των MME μπορεί να αυξήσει τη γνώση για τις επιπτώσεις στην υγεία, που προκαλεί το τσιγάρο και τα οφέλη από τη διακοπή του, να αλλάξει και να ενδυναμώσει τα κίνητρα για τη διακοπή, να αυξήσει την πολιτική αποδοχή των μέτρων (όπως αυτά της φορολόγησης και της απαγόρευσης χρήσης σε κοινόχρηστους χώρους), να παρέχει λύσεις για απλή δραστηριοποίηση, καθώς και να διαφημίσει τις υπηρεσίες βοήθειας διακοπής του καπνίσματος. Επιπλέον η διακοπή προβολής διαφημίσεων για προϊόντα καπνού μπορεί να συμβάλλει ενεργά στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, αρκεί να εφαρμόζεται σωστά. Το 45% των Ευρωπαίων θυμούνται να έχουν δει διαφήμιση τσιγάρων το τελευταίο εξάμηνο, παρόλη την Ευρωπαϊκή πολιτική απαγόρευσης της προώθησης και διαφήμισής τους (Eurobarometer, 2004). Επίσης, σημαντική είναι η απαγόρευση της προβολής των προϊόντων καπνού σε άμεση θέα στα σημεία πώλησης. Η παρουσία του καπνού στα μαγαζιά δίπλα σε καθημερινά αντικείμενα, όπως τα αναψυκτικά και τα περιοδικά βοηθά να δημιουργηθεί μια αίσθηση εξοικείωσης με τα τσιγάρα. Αυτή η εξοικείωση μπορεί να λειτουργήσει έτσι, ώστε να αποδυναμώσει το επιχείρημα ότι το κάπνισμα προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και να δυσκολέψει τους καπνιστές στο να το κόψουν με επιτυχία (Germain, McCarthy, & Wakefield, 2010). Μία μελέτη των Wakefield, Germain, Durkin και Hemriksen (2006) σχετικά με την επίδραση της προβολής των προϊόντων καπνού σε εφήβους, έδειξε ότι η παρουσία των τσιγάρων στα σημεία πώλησης αύξησε την αντίληψη των μαθητών σχετικά με την ευκολία της αγοράς τους. Επιπλέον, η παρουσία διαφημιστικής καμπάνιας για τα τσιγάρα μείωνε τη πιθανότητα να ερωτηθούν οι έφηβοι για αποδεικτικό ενηλικίωσης και αύξανε τις πιθανότητες να τους πωληθούν τσιγάρα, μείωνε τις αντιστάσεις τους στο να μην καπνίσουν και αύξανε τις πιθανότητες να δεχτούν τσιγάρο, αν τους προσφέρονταν από το περίγυρο. Ακόμη, η παρουσίαση σε κοινή θέα των τσιγάρων ήταν ένα εύκολο μέσο προώθησης της υπενθύμισης της μάρκας, το οποίο και χρησιμοποιούν οι εταιρίες καπνού για να αναπτύξουν και να ενδυναμώσουν την αναγνώριση και διείσδυση των προϊόντων τους (Wakefield et al., 2006).

Σημαντικό ρόλο μπορούν να παίξουν, όμως, τα MME και ως μέσα προώθησης αντικαπνιστικής καμπάνιας και προγραμμάτων παρέμβασης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι

αυξημένη έκθεση σε αντικαπνιστικές διαφημιστικές καμπάνιες στην τηλεόραση, αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Hyland et al., 2006) και είναι μια ιδιαίτερος αποτελεσματική στρατηγική, ειδικά για τους έφηβους καπνιστές για τον περιορισμό και τη διακοπή του καπνίσματος (Thrasher, Niederdeppe, Jackson, & Farrelly, 2006). Επιπλέον, σημαντική είναι και η αποτελεσματικότητα της αντικαπνιστικής διαφημιστικής καμπάνιας μέσω του ραδιοφώνου, ενός οικονομικότερου και πιο προσιτού ΜΜΕ, έναντι της τηλεόρασης. Έρευνες δείχνουν ότι οι αντικαπνιστικές διαφημίσεις μέσω ραδιοφώνου παρουσίασαν παρόμοια επίπεδα κατανόησης, πειστικότητας και ανησυχίας για τις επιπτώσεις στην υγεία, που προκαλεί το κάπνισμα, με την τηλεόραση, αλλά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανάκλησης (ραδιόφωνο: 20%, τηλεόραση: 6%). Για αυτό συναισθηματικά υποβλητικές ραδιοφωνικές αντικαπνιστικές διαφημίσεις μπορεί να αποτελέσουν μία αποτελεσματική εναλλακτική ή συμπληρωματική επιλογή των αντικαπνιστικών διαφημίσεων στην τηλεόραση, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν σημαντικοί οικονομικοί περιορισμοί ή προβλήματα προσβασιμότητας (Durkin & Wakefield, 2009).

Ειδικότερα, η χρήση των ΜΜΕ (ραδιόφωνο, τηλεόραση), αλλά και άλλων μέσων με διαφημίσεις μπορεί να είναι αποτελεσματική για την ενημέρωση των καπνιστών για τις διαθέσιμες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος και η συμμετοχή τους σε αυτά μπορεί να βελτιωθεί με την τροποποίηση των μηνυμάτων, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στα διάφορα εμπόδια: στο δισταγμό για τη χρήση και την αποτελεσματικότητα των αυτοκόλλητων νικοτίνης, στους καπνιστές, που δεν αναγνωρίζουν τους εαυτούς τους ως καπνιστές, ή δεν επιθυμούν ή πιστεύουν πως δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν ή απολαμβάνουν το κάπνισμα (βρίσκονται δηλαδή στα πρώτα στάδια της διακοπής), στις πολύπλοκες διαδικασίες συμμετοχής σε προγράμματα διακοπής, αλλά και στα πολύπλοκα προγράμματα, στην έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες υπηρεσίες, και στην επέκταση της πρόσβασης συγκεκριμένων δημογραφικών ομάδων (Czarniecki, Vichinsky, Ellis, & Perl, 2010). Επίσης, η χρήση των μοντέρνων ΜΜΕ ενημέρωσης, όπως το διαδίκτυο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και διαδραστικά ως μέσο ατομικής παρέμβασης διακοπής του καπνίσματος.

Κοινοτικά προγράμματα παρέμβασης και εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

Το Εθνικό Ινστιτούτο κατά του Καρκίνου των ΗΠΑ προτείνει ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον τα τρία παρακάτω συστατικά: 1)

πληροφορίες για τα αποτελέσματα της χρήσης καπνού 2) πληροφορίες για τις κοινωνικές επιρροές του καπνίσματος και 3) εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης (Alpert, 2009).

Νέες πρωτοβουλίες στον τομέα της διακοπής καπνίσματος είναι οι εθνικοί διαγωνισμοί «Διακόπτω και Κερδίζω», που στοχεύουν στο να δημιουργήσουν συγκεντρωτικές προσπάθειες διακοπής μεταξύ του ενήλικου καπνίζοντος πληθυσμού, με το να προωθήσουν μια γενική ημερομηνία διακοπής και να επιβραβεύσουν με σημαντικά έπαθλα τους πρώην καπνιστές, που απείχαν από το κάπνισμα για τουλάχιστον ένα χρόνο. Οι συγκεκριμένοι διαγωνισμοί έχουν επιτυχημένα λειτουργήσει σε πολλές χώρες, όπως η οργανωμένη εκστρατεία που είχε γίνει το 2000 σε 33 ευρωπαϊκές χώρες και οδήγησε σε μια μέση μείωση 20% της διακοπής του καπνίσματος στους συμμετέχοντες, αν και η συμμετοχή και οι επιπτώσεις στους πληθυσμούς διέφεραν πολύ από χώρα σε χώρα (WHO-Europe, 2004).

Καθώς στρατολογείται ένας μεγάλος αριθμός των καπνιστών και οι προσπάθειες διακοπής είναι μεγάλες, η επίδραση σε κλίμακα πληθυσμού είναι εξαιρετικά σημαντική. Το μόνο μειονέκτημα αυτών των διαγωνισμών είναι ότι επικεντρώνονται κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και στην υποστήριξη των συμμετεχόντων σε βραχυχρόνια κλίμακα, χωρίς να βοηθούν τους πρώην καπνιστές να μην υποτροπιάσουν μετά από τον 1^ο μήνα παρακολούθησης. Σε επιβεβαίωση μιας πληθώρας μελετών για την αποτελεσματικότητα του προγραμματισμού για τη προώθηση της υγιεινής συμπεριφοράς, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο προγραμματισμός μπορεί να είναι ακόμα πιο αποτελεσματικός στην πρόληψη της ανθυγιεινής συμπεριφοράς. Παραδείγματος χάριν, το συνολικό ποσοστό αποχής του 29,4% μετά την διεξαγωγή του διαγωνισμού «Διακόπτω και Κερδίζω» αυξήθηκε σημαντικά κατά 7% ως αποτέλεσμα προγραμματισμένης παρέμβασης (Van Osch et al., 2008). Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται άμεσα από την κοινωνική υποστήριξη, που παρέχεται κατά το ενδιάμεσο και τελευταίο στάδιο της διαδικασίας διακοπής. Τόσο η θετική όσο και η αρνητική υποστήριξη είναι σημαντικοί παράγοντες στα αρχικά στάδια της διαδικασίας, αλλά είναι η συνεχής μείωση της αρνητικής υποστήριξης, που επηρεάζει περισσότερο τη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα (Lawhon, Humfleet, Hall, Reus, & Munoz, 2009). Επίσης, σημαντικό είναι να αναγνωριστούν και οι ομάδες πληθυσμού, που είναι λιγότερο πιθανόν να συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα και να ενεργοποιηθεί η συμμετοχή τους. Έχει βρεθεί ότι οι μη συμμετέχοντες σε ομαδικά κοινοτικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, ήταν πιο πιθανόν να είναι άντρες εργαζόμενοι και να εμφανίζουν υψηλότερο μέσο ετήσιο εισόδημα και οι λόγοι ήταν κυρίως περιορισμός χρόνου και συγκρούσεις προγράμματος με άλλες υποχρεώσεις (Kviz, Clark, Crittenden, Warnecke, & Freels, 1995).

Συνολικά, τα κίνητρα και οι διαγωνισμοί αποτελούν εξωγενείς πηγές κινητοποίησης, που μπορούν να βελτιώσουν τη συμμετοχή, αλλά δεν επηρεάζουν γενικά τα ποσοστά διακοπής (Musich et al., 2009).

Επειδή η εξάρτηση από τον καπνό θεωρείται χρόνια ασθένεια (Fiore et al., 2008), έχει μεγάλη σημασία να υιοθετηθεί ένα πληθυσμιακό δημόσιο πρόγραμμα υγείας για τη θεραπεία από τον καπνό. Ο Ellerbeck και συν. (2009) εφάρμοσαν αυτή την πρακτική σε ένα δείγμα 70 καπνιστών από αγροτικές περιοχές. Κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως της διάθεσής τους να κόψουν το κάπνισμα, ελάμβαναν μια προσφορά ταχυδρομικώς για δωρεάν φαρμακοθεραπεία. Το 75% των ασθενών δέχθηκε τη προσφορά, και μετά από 2 χρόνια το 25% ανέφερε ότι έκοψε το κάπνισμα για τουλάχιστον 1 βδομάδα (Rigotti, 2009). Αντίστοιχα, ερευνητές στην Αγγλία εξέτασαν παρόμοια άμεση πληθυσμιακή στρατηγική (Murray et al., 2008) με βοήθεια είτε μέσω ταχυδρομείου είτε μέσω θεραπείας, η οποία οδήγησε σε αυξημένη χρήση των θεραπευτικών επιλογών και των προσπαθειών διακοπής. Και οι δυο αυτές μελέτες, αποτελούν υποσχόμενες προσπάθειες να επεκταθεί η πληθυσμιακή πρόσβαση στις θεραπείες για το κάπνισμα, όπου η προσέγγιση δημόσιας υγείας είναι μια δραστική στροφή από τη ριζική ατομική θεραπεία στα ιατρεία, η οποία ήταν ανεπαρκής (Rigotti, 2009). Σημαντικό ρόλο εδώ παίζει και η κινητοποίηση του κράτους, στο να δημιουργεί υποδομές, ώστε να είναι προσιτές οι φαρμακευτικές επιλογές στους ασθενείς και να μειώνει το κόστος τους μέσω εθνικής χρηματοδότησης. Αυτό έχει γίνει αποτελεσματικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου μέσω της χρηματοδότησης των θεραπευτικών επιλογών, αυξήθηκε κατά πολύ η διακοπή του καπνίσματος στη χώρα.

Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με την Ηλικία

Η διακοπή του καπνίσματος έχει σημαντικά και άμεσα οφέλη για την υγεία για τα άτομα όλων των ηλικιών με ή χωρίς συνοδές, συσχετιζόμενες με το κάπνισμα, παθήσεις (Kviz, Clark, Hope, & Davis, 1997). Για να αναπτυχθούν αποτελεσματικές, προσαρμοσμένες στην ηλικία, στρατηγικές για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι παράγοντες, που σχετίζονται με την ετοιμότητα να κοπεί το κάπνισμα. Η πιθανή επιτυχία των παρεμβατικών προγραμμάτων προσαρμοσμένων στην ηλικία του καπνιστή αποδεικνύεται από τη μελέτη του Morgan και συν. (1996), οι οποίοι βρήκαν ότι ένα σύντομο κλινικά παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής προσαρμοσμένο σε καπνιστές ηλικίας 50-74, διπλασίαζε τις 6μηνες πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος σε

σύγκριση με τη συνομήλικη ομάδα, που λάμβανε υποστήριξη με βάση το συνηθισμένο παρεμβατικό πρόγραμμα.

Τα μέχρι στιγμής δεδομένα επισημαίνουν επίσης ασυνεπείς συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας και της ετοιμότητας να κοπεί το κάπνισμα. Τα δεδομένα από τον WHO δείχνουν ότι το ποσοστό των καπνιστών, που λένε ότι θέλουν να κόψουν το κάπνισμα είναι χαμηλότερο μεταξύ των καπνιστών ηλικίας 50 και άνω (57%), από ό,τι στα άτομα κάτω των 50 ετών (WHO-Europe, 2004). Αντίθετα, σε μία ανάλυση των σταδίων μετάβασης (Διαθεωρητικό Μοντέλο / Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής) σε ένα δείγμα καπνιστών 18 έως 70 ετών, οι Etter, Perneger και Ronchi (1997) δε βρήκαν καμία σχέση μεταξύ των σταδίων μετάβασης - ετοιμότητας και την ηλικία. Τα στάδια ορίστηκαν ως Στάδιο Προ-Συλλογισμού, Στάδιο Συλλογισμού και Στάδιο Ετοιμότητας (Kviz et al., 1995). Έχει βρεθεί ότι οι καπνιστές ηλικίας 30-49 ήταν πιο πιθανόν να βρίσκονται στο Στάδιο Συλλογισμού από ό,τι οι νεότεροι και οι πιο ηλικιωμένοι από αυτούς, αλλά δε βρέθηκε ηλικιακή διαφοροποίηση στα άτομα που βρίσκονταν στο Στάδιο Ετοιμότητας (Clark, Rakowski, Kviz, & Hogan, 1997).

Οι Clark, Hogan, Kviz και Prohaska (1999) χρησιμοποίησαν δύο ειδών μέτρα αξιολόγησης της ετοιμότητας να κοπεί το κάπνισμα: στάδια της αλλαγής και πρόθεση για διακοπή. Οι καπνιστές μέσης και μεγάλης ηλικίας, οι οποίοι είχαν βιώσει τουλάχιστον 3 από τα 5 συμπτώματα στην υγεία τους τις προηγούμενες 2 βδομάδες, ήταν πιο πιθανό να βρίσκονται σε μεγαλύτερα επίπεδα ετοιμότητας. Ανεξαρτήτως ηλικίας, οι καπνιστές, που απέδιδαν τα συμπτώματά τους στο κάπνισμα, ήταν πιο κινητοποιημένοι να το κόψουν, ενώ αυτοί, που απέδιδαν τα συμπτώματά τους στην γήρανση, ήταν λιγότερο πιθανό να το σταματήσουν. Τα ευρήματα από αυτή τη μελέτη δείχνουν ότι μία προσέγγιση για τη διακοπή του καπνίσματος βασισμένη στη συμπτωματολογία, μπορεί να αποδειχτεί αρκετά χρήσιμη στρατηγική, ιδιαίτερα σε παρεμβατικά προγράμματα.

Παιδιά: Παρ' όλο που τα μικρά παιδιά (ηλικίες 7-11) γενικά δεν έχουν αναπτύξει ακόμα κάποια άμεση επαφή-πειραματισμό με το κάπνισμα, φαίνεται να πιστεύουν πως το κάπνισμα τους κάνει να φαίνονται και να νιώθουν ωραίοι και να γίνονται κοινωνικά αποδεκτοί από τους συνομηλικούς τους. Πολλά παιδιά έχουν την αντίληψη ότι το κάπνισμα μπορεί να τους βοηθήσει να μειώσουν το άγχος και να αντιμετωπίσουν την αρνητική διάθεση. Η παρουσία ενός καπνιστή μέσα στο σπίτι δε φαίνεται να επηρεάζει αυτές τις αντιλήψεις, που υποδεικνύει ότι πιθανόν να δημιουργούνται από εξωγενείς κοινωνικούς παράγοντες. Καθώς αυτές οι αντιλήψεις φαίνεται να τους προδιαθέτουν για μελλοντικό πειραματισμό, είναι αναγκαίο να ενταχθούν σε προγράμματα αντικαπνιστικής εκπαίδευσης ήδη από μικρή

ηλικία, είτε μέσω του σχολικού περιβάλλοντος ή άλλων φορέων (Freeman, Brucks, & Wallenderf, 2005). Η έρευνα των Hassandra και συν. (2011) σε δείγμα 763 ελλήνων μαθητών ηλικίας 10-18 έδειξε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ νεαρών και ώριμων εφήβων ως προς την πρόθεσή τους για κάπνισμα υπό την έννοια της επίδρασης της καπνιστικής συνήθειας εκ μέρους των γονιών με βάση τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα.

Εφηβοί: Η επίδραση του καπνίσματος στους νεαρούς εφήβους είναι ιδιαίτερα σημαντική (Θεοδωράκης, Χασάνδρα, Κοσμίδου, Γούδας & Παπαϊωάννου, 2006), καθώς τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, παρόλη την αυξημένη ενημέρωση του κοινού για τις παρενέργειες και τις επιπτώσεις στην υγεία, που προκαλεί το κάπνισμα, η πλειοψηφία των εφήβων συνεχίζουν να πειραματίζονται και το 90% των ενηλίκων καπνιστών αναφέρουν ότι κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο πριν τα 18 τους έτη (Nelson et al., 1995). Η έρευνα των Kosmidou, Hassandra, Hatzigeorgiadis, Goudas και Theodorakis (2011) σε δείγμα 655 ελλήνων εφήβων με Μ.Ο. ηλικίας τα 17.28 έτη που μελετούσε προσδοκίες έκβασης και καπνιστική συμπεριφορά, κατέδειξε διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 11-14, 15-18 και 19-22 αναφορικά με την πρόθεση των εφήβων να καπνίσουν. Στις ΗΠΑ το 58,4% των μαθητών λυκείου έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, ενώ το 15,8% είναι ενεργοί καθημερινοί καπνιστές (Werch, 2007). Στην Κύπρο, το 6% των μαθητών γυμνασίου και 24% των μαθητών λυκείου είναι μόνιμοι καπνιστές, ενώ τα αγόρια φαίνεται να καπνίζουν περισσότερο (Karekla et al., 2010). Εξαιτίας της μείωσης του μέσου όρου ηλικίας έναρξης του καπνίσματος, η εφηβεία αποτελεί τη πιο κρίσιμη περίοδο, στην οποία οι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα, και δυστυχώς τα άτομα, που ξεκινούν το κάπνισμα σε νεώτερες ηλικίες, είναι πιο πιθανόν να βιώσουν τις περισσότερες και πιο σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους (Nelson et al., 1995). Η χρήση καπνού μεταξύ των εφήβων έχει βρεθεί ότι προκαλεί αρκετές επιβλαβείς επιπτώσεις στην υγεία, όπως αυξημένο αριθμό αναπνευστικών παθήσεων, μειωμένη φυσική κατάσταση, δυσμενές λιπιδαιμικό προφίλ, ανάπτυξη άσθματος, πιθανή καθυστέρηση της ανάπτυξης των πνευμόνων και της μέγιστης αναπνευστικής ικανότητας (Werch, 2007).

Σε έρευνα 14434 Κινέζων εφήβων για τη μελέτη των αιτιών, που οδηγούν στο κάπνισμα, ενοχοποιήθηκαν 8 κύριοι παράγοντες: η περιέργεια, ο μιμητισμός, η κοινωνική εικόνα, η κοινωνική ενσωμάτωση, η αυτονομία, η εμπλοκή, η πνευματική βελτίωση και ο έλεγχος του βάρους. Οι παράγοντες αξιολογήθηκαν βασιζόμενοι στις αναφορές των συμμετεχόντων όσον αναφορά τη σημαντικότητά τους και τη δυναμική τους συσχέτιση με το κάπνισμα. Η περιέργεια ήταν ο πιο συχνός παράγοντας, που οδηγούσε στο κάπνισμα στα πρώτα στάδια, αλλά όχι και για την καθημερινή χρήση του, όπως η κοινωνική εικόνα και

ενσωμάτωση. Ο μιμητισμός αξιολογήθηκε ψηλά σε όλα τα στάδια του καπνίσματος, ενώ η εμπλοκή και η πνευματική βελτίωση αξιολογήθηκαν ως σημαντικές για τα τελευταία στάδια του καπνίσματος. Περισσότεροι παράγοντες, που σχετίζονται με το κάπνισμα, βρέθηκαν για τα αγόρια παρά για τα κορίτσια (Guo et al., 2010). Όσον αφορά την εμφάνιση, οι ανησυχίες είναι σχετικές με την απόφαση για την έναρξη ή την διακοπή του καπνίσματος και εξαρτώνται με το φύλο και την ηλικία. Οι νεαρές κοπέλες είναι πιο πιθανό να είναι συχνές καπνίστριες, από ό,τι τα αγόρια και ακόμη βρίσκουν τη διακοπή πιο δύσκολη. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κοινωνική πίεση και στις ανησυχίες για την εμφάνιση. Η λήψη βάρους μετά την διακοπή θεωρείται σημαντική μόνο από τις νεαρές γυναίκες. Οι μη καπνιστές και των δύο φύλων εκφράζουν ανησυχία για τα αποτελέσματα του καπνίσματος στο δέρμα (γήρανση, ρυτίδες) και των δοντιών (κιτρίνισμα). Από την άλλη, οι καπνιστές πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους κάνει να φαίνονται άνετοι, ώριμοι και εξεζητημένοι και θα διέκοπταν μόνο αν η γήρανση του δέρματος και τα άλλα αρνητικά αποτελέσματα γίνονταν εμφανή. Για αυτό οι παρεμβάσεις για την διακοπή καπνίσματος πρέπει να εστιάσουν σε αυτά τα δεδομένα για κάθε φύλο ξεχωριστά (Grogan et al., 2009). Άλλοι σημαντικοί παράγοντες, που οδηγούν προς το κάπνισμα είναι οι φίλοι, που καπνίζουν, οι χαμηλές εκπαιδευτικές βλέψεις και η έκθεση στο τσιγάρο από το οικογενειακό περιβάλλον (Karekla et al., 2010). Τα ΜΜΕ παίζουν και το δικό τους ρόλο, αφού οι έφηβοι, που εκτίθενται σε διαφημίσεις προϊόντων καπνίσματος, αυξάνουν τις πιθανότητες να καπνίσουν ή να δοκιμάσουν το κάπνισμα. (Wakefield et al., 2006).

Οι Ditte, Coraggio και Herzog (2008) μελέτησαν σε εφήβους καπνιστές τη συσχέτιση της αυστηρότητας και των περιοριστικών μέτρων, που θέτουν οι γονείς στους εφήβους ως προς το κάπνισμα. Οι έφηβοι, που είχαν γονείς, που έθεταν πιο αυστηρά και περιοριστικά μέτρα όσον αφορά το κάπνισμα, κάπνιζαν λιγότερο, είχαν περισσότερα κίνητρα και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση να κόψουν το κάπνισμα, καθώς και καλύτερη αντίληψη των κινδύνων, που αφορούν τις επιπτώσεις στη υγεία, που αυτό προκαλεί. Τα αποτελέσματα, επίσης, έδειξαν ότι το 44% των εφήβων καπνιστών αναφέρει ότι οι γονείς τους δεν γνώριζαν ότι κάπνιζαν. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι περιορισμοί, που θέτονται από τους γονείς, μπορεί να εμποδίσουν την εξέλιξη των εφήβων καπνιστών σε ενήλικους καπνιστές, να μειώσουν το ρυθμό καπνίσματος και την εξάρτηση από την νικοτίνη και να αυξήσουν τα κίνητρα και την αυτοπεποίθηση να το διακόψουν, καθώς και την αντίληψη της επικινδυνότητας ως προς την υγεία. Οι περιορισμοί, που θέτουν οι γονείς ως προς το κάπνισμα, λειτουργούν ως εμπόδια στη διάθεση των εφήβων να καπνίσουν και αναδεικνύουν τη διακοπή του καπνίσματος ως πιο θελκτική εναλλακτική επιλογή.

Παρ' όλο που οι έφηβοι συχνά αναφέρουν προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (Werch, 2007), οι προσπάθειές τους τις περισσότερες φορές αποβαίνουν άκαρπες. Περίπου το 90-95% των εφήβων καπνιστών, που πραγματοποιεί μια μη συντονισμένη και οργανωμένη προσπάθεια να κόψει το κάπνισμα, θα ξανακαπνίσει (Sussman, 2002). Ακόμα και μετά την εισαγωγή των ψυχολογικών και φαρμακολογικών θεραπειών, τα ποσοστά αποτυχίας είναι αδικαιολόγητα υψηλά και τυπικά ξεπερνούν και τα ποσοστά αποτυχίας των ενηλίκων (Grimshaw & Stanton, 2006). Επίσης, όπως και στους ενήλικες, οι υποτροπές συσχετίστηκαν με τη λαχτάρα για τσιγάρο, την αρνητική διάθεση και τη συνήθεια (Gwaltney, Bartolomei, Colby, & Kahler, 2008), ενώ ο χρόνος για την εμφάνιση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι διαφορετικός, ανάλογα με τα επίπεδα της εξάρτησης από την νικοτίνη, με πιο σημαντικό την έντονη επιθυμία για κάπνισμα. Η ένταση των συμπτωμάτων μειώνεται με την πάροδο του χρόνου (Bailey et al., 2009). Σε μελέτη 545 εφήβων στην Φινλανδία βρέθηκε ότι οι έφηβοι, των οποίων ο καλύτερος φίλος δεν ήταν καπνιστής, είχαν περισσότερες πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα. Επιπλέον, οι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) είχαν λιγότερες πιθανότητες να το κόψουν. Τέλος σημαντικό ρόλο έπαιζε ο κερκάρδιος ρυθμός ζωής των εφήβων, με τους πρωινούς τύπους να είναι πιο εύκολο να το κόψουν σε σχέση με τους βραδινούς τύπους (Heikkinen, Broms, Pitkaniemi, Koskenvuo, & Meurman, 2009).

Η πιθανή σχέση ανάμεσα στις συναναστροφές των εφήβων με τους καπνιστές φίλους τους, της καπνιστικής τους κατάστασης και των λιγότερων προσπαθειών διακοπής ενισχύεται από τη μελέτη του Jones και των συνεργατών του (Jones, Schroeder, & Moolchan, 2004), σύμφωνα με την οποία, μεταξύ των εφήβων καπνιστών, που είχαν κάνει τουλάχιστον μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, ο χρόνος, που περνούσαν με φίλους, που κάπνιζαν, ήταν αντίστροφα συσχετιζόμενος με τον αριθμό των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής, αλλά όχι με τη διάρκειά τους. Η διδασκαλία γενικών δεξιοτήτων, όπως η λήψη αποφάσεων και η προσωπική αποτελεσματικότητα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του καπνίσματος, καθώς οι έφηβοι, που κατέχουν αυτές τις δεξιότητες, μπορεί να εφαρμόσουν καλύτερα στρατηγικές άρνησης του καπνίσματος, ελαττώνοντας πιθανές παρακινήσεις και την ευαισθησία στις κοινωνικές πιέσεις για κάπνισμα. Οι έφηβοι, που δεν κατέχουν ικανότητα λήψης αποφάσεων, μπορεί να λάβουν μια γρήγορη απόφαση (για παράδειγμα να κάνουν ό,τι και οι φίλοι τους), αντί να σκεφτούν όλες τις πιθανές επιπτώσεις και τις πιθανές αντιφάσεις με τις προσωπικές τους αξίες και πεποιθήσεις. Παρομοίως, αν οι έφηβοι αισθάνονται χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα, μπορεί να μην επιχειρήσουν να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητες άρνησης, που έχουν μάθει. Ένα πρόγραμμα ανάπτυξης

γενικών δεξιοτήτων πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση στη διαχείριση κοινωνικών επιρροών ως προς το κάπνισμα, την επίτευξη στόχων, λήψη αποφάσεων και επίλυση προβλημάτων, στρατηγικές ελέγχου στρες και άγχους, επικοινωνίας, ανάπτυξης φιλίας και γενικώς αυτοπεποίθησης (Epstein, Griffin, & Botvin, 2000).

Οι Swart, Panday, Reddy, Bergstrom και Vries (2006) σε μελέτη τους στην Ν. Αφρική παρατήρησαν ότι οι νέοι δεν γνώριζαν σχετικά με τα προγράμματα υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος, ενώ παρουσίασαν έντονο ενδιαφέρον να συμμετέχουν σε τέτοια προγράμματα. Επισημάναν ότι τα προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν σχολικές δραστηριότητες, οι οποίες να υποστηρίζονται από εξωσχολικές δράσεις κατά τη διάρκεια των Σαββατοκύριακων. Τα προγράμματα πρέπει να είναι κοινά για αγόρια και κορίτσια, καθώς και εφήβους διαφορετικών εθνικοτήτων. Η συμμετοχή θα είναι μεγαλύτερη όσο πιο διασκεδαστική, διαδραστική, και προσαρμοσμένη στη καθημερινότητα είναι η θεματολογία τους.

Καθώς το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί ως η κυριότερη απειλή για την υγεία των νέων ατόμων, ένας μεγάλος αριθμός προγραμμάτων για την πρόληψη ή τη μείωσή του έχει δοκιμαστεί, κυρίως σε σχολεία. Ειδικότερα για την Ελλάδα δεν υπάρχουν σχετικές πληροφορίες και απλά η εμπειρία δείχνει ότι στο χώρο της εκπαίδευσης, τα περισσότερα προγράμματα, που εφαρμόζονται, μάλλον στερούνται κάποιας σαφούς θεωρητικής βάσης (Theodorakis et al., 2008). Στην ανασκόπηση των εφαρμογών του προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεν Καπνίζω, Γυμνάζομαι» των Θεοδωράκη, Κοσμίδου, Χασάνδρα και Γούδα (2008) προέκυψε ότι η εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος με στόχο την ευαισθητοποίηση για την αποφυγή της καπνιστικής συμπεριφοράς είχε μεγαλύτερη επίδραση στα παιδιά του Δημοτικού παρά στα παιδιά άλλων βαθμίδων, παρότι οι γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα γενικά βελτιώθηκαν. Παρατηρήθηκε όμως ότι ο εμπλουτισμός του προγράμματος με οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος είχε θετικά αποτελέσματα και στα παιδιά του Λυκείου.

Τα προγράμματα παρέμβασης και οι πολιτικές διακοπής του καπνίσματος, που απευθύνονται σε νέους, υπάγονται σε 7 κύριες κατηγορίες ανάλογα με τον τύπο τους: σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα, ενημέρωση μέσω ΜΜΕ, περιορισμοί διαφήμισης, περιορισμοί πρόσβασης νέων στο καπνό, ειδικός φόρος κατανάλωσης για τσιγάρα και άμεσοι περιορισμοί στο κάπνισμα (Lantz et al., 2000). Η εφαρμογή ενός σχολικού εκπαιδευτικού προγράμματος διακοπής του καπνίσματος, ενταγμένου στη σχολική τάξη, μειώνει τον επιπολασμό του καπνίσματος στους μαθητές, που συμμετέχουν

σε αυτό και αποτελεί πιο άμεση, διαδραστική και οικεία εναλλακτική των μεγάλων κλινικών σχολικών παρεμβατικών προγραμμάτων (Sussman, Miyano, Rohrbach, Dent, & Sun, 2007).

Αρχικά, τα προγράμματα, που σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν σε επίπεδο σχολείου, βασίζονταν αποκλειστικά σε μία θεωρία. Ανασκοπήσεις έδειξαν ότι τα προγράμματα μπορούν σε κάποιο βαθμό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος (Backinger, Fagan, Matthews, & Grana, 2003; Tobler et al., 2000). Γρήγορα όμως η διαμόρφωση προγραμμάτων με βάση μεμονωμένες θεωρίες θεωρήθηκε αναποτελεσματική. Για το λόγο αυτό, οι ερευνητές άρχισαν να σχεδιάζουν προγράμματα βασιζόμενοι σε πιο σύγχρονες θεωρίες ή και σε συνδυασμό θεωριών (Slater, 1999). Οι διαφορετικές θεωρίες εστιάζονται σε διαφορετικά προβλήματα της διαδικασίας της πειθούς και της αλλαγής της συμπεριφοράς (Slater, 1999). Σημαντικό πλήθος προγραμμάτων για την πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών βασίζονται στη διδασκαλία δεξιοτήτων ζωής (Paterman, 2003). Τα αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων δείχνουν ότι έχουν ισχύο αποτέλεσμα κατά του καπνίσματος, τόσο στις στάσεις όσο και στις συμπεριφορές, ακόμη και ένα χρόνο μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος (Piper, Szirmak, Leppin, Freitag, & Hurrelmann, 1999). Στο πρόγραμμα Life Skills Training οι μαθητές και μαθήτριες εξοικειώνονται με βασικές ψυχολογικές τεχνικές, όπως ο καθορισμός στόχων, η αυτό-ρύθμιση και η αυτό-ενίσχυση, που έχουν ως απώτερο στόχο την αλλαγή της συμπεριφοράς σε ό,τι αφορά στο κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ και την προσωπική βελτίωση. Οι Botvin και Griffin (2002) συνοψίζοντας τις εφαρμογές 10 προγραμμάτων τα προηγούμενα δέκα χρόνια, υποστηρίζουν ότι το Life Skills Training είναι ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα, το οποίο παράλληλα με την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, αποτρέπει από ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Σε μία μελέτη σχεδιασμού ενός τέτοιου κοινοτικού παρεμβατικού προγράμματος, που περιελάμβανε υποστήριξη από τα ΜΜΕ, νεανικές αντικαπνιστικές δραστηριότητες, οικογενειακή επικοινωνία για το κάπνισμα και μείωση της πρόσβασης των νέων στο καπνό, φάνηκαν σημαντικές επιπτώσεις στα ποσοστά της εβδομαδιαίας χρήσης καπνού για τους εφήβους 12-15 ετών, αλλά και σημαντικές μειώσεις στη χρήση άλλων ουσιών όπως αλκοόλ και μαριχουάνας (Biglan, Ary, Smolkowski, Duncan, & Black, 2000).

Άλλες έρευνες έχουν προσπαθήσει να συγκρίνουν τα αποτελέσματα διαφορετικών προγραμμάτων με στόχο το κάπνισμα. Συγκρίνοντας 3 διαφορετικές προσεγγίσεις για την πρόληψη του καπνίσματος σε παιδιά ηλικίας 11-17 ετών (Byrne & Mazanov, 2005), φάνηκε ότι το πρόγραμμα, που παρείχε πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, μείωσε τη συμπεριφορά του καπνίσματος, αμέσως μετά την ολοκλήρωσή του, ενώ το πρόγραμμα, που ανέπτυξε κοινωνικές δεξιότητες και στρατηγικές διαχείρισης άγχους με

στόχο την αντιμετώπιση συνομηλίκων, που τους πιέζουν να καπνίσουν, είχε καλύτερα αποτελέσματα 12 μήνες μετά την εφαρμογή των προγραμμάτων.

Πέρα από τη θεωρία, στην οποία βασίζονται, μεγάλο τμήμα του ερευνητικού ενδιαφέροντος απέσπασαν οι παράγοντες, που βοηθούν ή όχι την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αγωγής υγείας, όπως η μέθοδος διδασκαλίας, η οποία χρησιμοποιείται. Η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ή μαθήματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ποιος διδάσκει την ύλη. Οι καθηγητές συστηματικά ποικίλουν στη διαμόρφωση και διδασχία των ομάδων σε σχολικά προγράμματα υγείας, διαφοροποιώντας έτσι και τα αποτελέσματα (Valente, Unger, Ritt-Olson, Cen, & Johnson, 2006). Γενικά, εφαρμόζεται μια πληθώρα μεθόδων διδασκαλίας (Theodorakis et al., 2008), ενώ οι μέθοδοι, που επιτρέπουν στα παιδιά να αλληλεπιδρούν, είναι αποτελεσματικότερες από τις μεθόδους, που δεν αφήνουν τέτοια περιθώρια στα παιδιά (Tobler & Stratton, 1997). Η ανάπτυξη ενός κοινοτικού προγράμματος, μέσω της ένταξης μαθητών λυκείου ως εκπαιδευτές επιρροής σε μαθητές γυμνασίου για τη διακοπή του καπνίσματος, απέφερε σημαντικά αποτελέσματα στην μείωση της έναρξης του καπνίσματος στους μαθητές των σχολείων, που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα: 22% λιγότερη πιθανότητα των έφηβων καπνιστών να εξελιχθούν σε ενήλικο καπνιστή (Starkey, Audrey, Holliday, Moore, & Campbell, 2009).

Κι αυτό συμβαίνει γιατί το επίπεδο του περιορισμού, η καπνιστική συμπεριφορά των μεγαλύτερων μαθητών, η καπνιστική συμπεριφορά των κοντινών φίλων και οι σαφείς κανόνες για το κάπνισμα στο σχολείο είναι σημαντικοί παράγοντες καθορισμού των σχολικών παρεμβατικών προγραμμάτων ενάντια στο κάπνισμα (Murnaghan, Leatherdale, Sihvonen, & Kekki, 2008). Οι αρνητικές επιδράσεις από τον περίγυρο σχετίζονται άμεσα με την έναρξη και τη διατήρηση του καπνίσματος στους νέους. Γενικά, οι έφηβοι, που ανέφεραν αρνητική επίδραση για το κάπνισμα, ήταν πιο πιθανό να αποκτήσουν στο μέλλον καπνιστική συμπεριφορά και είχαν χαμηλότερο αυτοέλεγχο στο να κόψουν το κάπνισμα (Stevens, Colwell, Smith, Robinson, & McMillan, 2005). Έτσι, ενσωματώνοντας νέους δυναμικούς ανθρώπους ως εκπαιδευτές – πρότυπα, σε αυτή τη διαδικασία, αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης στους συνομηλίκους – νεώτερούς τους (Starkey et al., 2009).

Επιπλέον, σημαντική είναι και η χρηματοδότηση της σχολικής αντικαπνιστικής καμπάνιας, καθώς έχει φανεί ότι η χρηματοδότηση ενός σχολικού προγράμματος σχετίστηκε με μειωμένη έναρξη του καπνίσματος στους εφήβους, τα οφέλη όμως χάθηκαν όταν το πρόγραμμα σταμάτησε να χρηματοδοτείται (Pizacani et al., 2009).

Συμπερασματικά, η πρόληψη του νεανικού καπνίσματος και οι προσπάθειες ελέγχου παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός προληπτικών στρατηγικών, οι οποίες, αν εφαρμοστούν με συντονισμένο τρόπο για να εκμεταλλευτούν πιθανές συνέργειες μεταξύ των παρεμβατικών προγραμμάτων, μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά χρήσιμες. Συγκεκριμένες στρατηγικές χρειάζεται να επαναξιολογηθούν, συμπεριλαμβανομένων των επιθετικών διαφημιστικών καμπάνιων των ΜΜΕ, των εφηβικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, των αλλαγών στο κοινωνικό περιβάλλον, των κοινωνικών προγραμμάτων και της αύξησης της τιμής των τσιγάρων. Επίσης, ένα σημαντικό μέρος των χρηματικών κερδών του ειδικού φόρου κατανάλωσης πρέπει να αφιερωθεί στην επέκταση, βελτίωση και αξιολόγηση της πρόληψης του εφηβικού καπνίσματος (Lantz et al., 2000).

Ενήλικες: Η αύξηση της διακοπής του καπνίσματος στους ενήλικες είναι εξαιρετικά σημαντική για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας σε βραχυχρόνια και μέση κλίμακα. Αυτό συμβαίνει διότι οι καπνιστές πεθαίνουν από ασθένειες προκαλούμενες από το κάπνισμα σε μέση ηλικία (35 έως 69 έτη), ως αποτέλεσμα μιας 25ετίας καθυστέρησης μεταξύ της έναρξης του καπνίσματος και της ανάπτυξης μιας σοβαρής ασθένειας. Για αυτό και μέτρα, που θα απευθύνονται στο να πείσουν τα νέα άτομα να μη ξεκινήσουν το κάπνισμα, δεν θα έχουν αποτέλεσμα μέχρι αυτά να φτάσουν τη μέση ηλικία – δηλαδή σε 30 με 50 χρόνια στο μέλλον. Σε αντίθεση, οι ενήλικοι καπνιστές είναι πολύ πιο κοντά στο να αναπτύξουν κάποια ασθένεια, για αυτό και ο αριθμός των θανάτων αναμένεται να αυξηθεί, αν δεν διακόψουν το τσιγάρο οι ενήλικες καπνιστές ή αν δεν υπάρξει μια μείωση στην έναρξη του τσιγάρου από τους νέους. Έτσι, προτεραιότητα όλων των παρεμβατικών προγραμμάτων διακοπής καθίσταται η μείωση του καπνίσματος στους ενήλικες (WHO-Europe, 2004).

Οι νέοι ενήλικες εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα στις ΗΠΑ. Μία μελέτη 1528 νέων ηλικίας 18-25 ετών, έδειξε ότι η μεγαλύτερη ηλικία συσχετιζόταν θετικά με το ενεργό κάπνισμα, ενώ η αντίληψη σχετικά με τη χρησιμότητα του καπνίσματος, η έκθεση σε άλλους καπνιστές, η αποδοχή των διαφημίσεων τσιγάρων και το αλκοόλ συσχετιζόταν άμεσα με το κάπνισμα. Αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος επιρροής των διαφημίσεων καπνού στους νέους, στις οποίες πρέπει να στοχεύσει οποιοδήποτε νεανικό παρεμβατικό πρόγραμμα μείωσης του καπνίσματος, προκειμένου να είναι αποτελεσματικό (Ling, Neilands, & Glantz, 2009).

Επίσης, σημαντικός είναι και ο χρόνος, που οι γονείς διακόπτουν το κάπνισμα, ο οποίος έχει αντίκτυπο στη μελλοντική διακοπή του καπνίσματος από τα ενήλικα τέκνα τους.

Οι γονείς, που καπνίζουν, πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόπτουν το κάπνισμα όσο τα παιδιά τους είναι μικρά. Ανάμεσα στα παιδιά, που κάπνιζαν καθημερινά στην ηλικία των 17, η πρόωρη διακοπή του καπνίσματος των γονιών (π.χ. όταν αυτά ήταν 8), σχετίζεται με 1,7 μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν το κάπνισμα μέχρι την ηλικία των 28. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι σύμφωνα με την υπόθεση του μοντέλου της κοινωνικής γνωστικής θεωρίας. Σύμφωνα με αυτή, μπορεί να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα από την στιγμή, που το μοντέλο συμπεριφοράς των γονιών θα υιοθετηθεί από τα παιδιά, επειδή ως τότε μπορεί να μην τους έχει δοθεί η ευκαιρία. Με άλλα λόγια, τα παιδιά μπορεί να διακόψουν το κάπνισμα επειδή θυμούνται τη συμπεριφορά των γονιών τους να διακόπτουν το κάπνισμα (Bricker, Otten, Liu, & Peterson, 2009). Οι αντιλήψεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία μπορεί να τονιστούν ιδιαίτερος σε γονείς, όταν τα παιδιά τους αρρωσταίνουν από ασθένειες, που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σε τέτοιες στιγμές οι γονείς είναι και πιο ευαίσθητοι σε συμβουλές διακοπής καπνίσματος. Οι παροχή συμβουλών σε μητέρες από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τους κινδύνους της έκθεσης των παιδιών σε παθητικό κάπνισμα, η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, αλλά και η συνέχιση της παρακολούθησης μπορεί να έχει κάποιο αποτέλεσμα, ωστόσο η μετάδοση τους μηνύματος από τις μητέρες στους πατέρες εξαρτάται σε πολλούς προσωπικούς και άλλους παράγοντες, όπως οι συμπεριφορές των μητέρων, ο ενθουσιασμός τους, αλλά και η δυναμική του ζευγαριού (Chan, Leung, Wong, & Lam, 2008).

Για τη μείωση του καπνίσματος οι τελευταίες οδηγίες από το τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ επιβεβαιώνουν ότι η φαρμακοθεραπεία, οι συμβουλές από τον ιατρό και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες (αυτοβοήθεια, ατομική συμβουλευτική, ομαδική συμβουλευτική και τηλεφωνική συμβουλευτική) είναι αποτελεσματικές για την θεραπεία χρήσης καπνού σε ενήλικες από 50 ετών και άνω, με τον συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας να είναι ο πιο αποτελεσματικός (Goldman et al., 2009).

Ηλικιωμένοι: Σημαντική πληθυσμιακή ομάδα, που χρήζει ιδιαίτερης βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι και οι ηλικιωμένοι καπνιστές. Έρευνα 9000 ηλικιωμένων καπνιστών (60 και άνω) σε 4 αγγλόφωνες χώρες έδειξε ότι έχοντας καπνίσει πολύ καιρό και επιβιώσει, οι ηλικιωμένοι καπνιστές θεωρούν τους εαυτούς τους λιγότερο ευάλωτους στους κινδύνους του καπνίσματος (αυτοεξαίρεση), με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση στο να μπορούν να το κόψουν επιτυχώς (αυτοϊκανότητα), και με την πεποίθηση ότι δεν λαμβάνουν

κανένα όφελος στην υγεία τους από τη διακοπή και για αυτό είναι λιγότερο διατεθειμένοι να το κόψουν.

Σημαντικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την πρόθεση για διακοπή στους ηλικιωμένους είναι η τιμή των τσιγάρων, η συμβουλή του θεράποντος ιατρού, η φτηνή θεραπευτική αγωγή διακοπής του καπνίσματος και η πληροφόρηση για τους κινδύνους στην υγεία (Yong, Borland, & Siahpush, 2005). Από την άλλη, οι ηλικιωμένοι καπνιστές με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας, είναι πιθανότερο να κόψουν το κάπνισμα σε σχέση με αυτούς με λιγότερα αντίστοιχα προβλήματα, επειδή είναι περισσότερο κινητοποιημένοι ανεξαρτήτως φυλής και φύλου. Γενικά οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα υγείας οφειλόμενα στο κάπνισμα, όπως συχνός βήχας, δυσκολία αναπνοής, κούραση και προβλήματα αναπνευστικού, οπότε και η προσέγγιση διακοπής του καπνίσματος εξαιτίας των συμπτωμάτων τους μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα σημαντική στρατηγική για αυτούς (Clark et al., 1999).

Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με το Φύλο

Άντρες και γυναίκες εμφανίζουν διαφορετικά μοτίβα, όσον αφορά τις καπνιστικές τους συνήθειες. Για τους άντρες το κάπνισμα επιβεβαιώνει την εικόνα τους ως αρσενικά, ενώ για τις γυναίκες βοηθάει να προβάλλουν μια κοινωνική και εξωστρεφή εικόνα. Επιπλέον, μεταξύ των γυναικών υπάρχει έντονο το σκεπτικό της ομάδας - η ανάγκη να συμμετέχει κανείς σε κοινές συμπεριφορές με τους φίλους. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι ο ίδιος φίλος, που μπορεί να σε θέσει σε κίνδυνο με το να προσφέρει τσιγάρο, μπορεί να πάρει και προστατευτικό ρόλο με το να προτρέψει έναν φίλο να μη καπνίσει (Nichter, Nichter, Carkoglu, & Lloyd-Richardson, 2010).

Οι άντρες και οι γυναίκες χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις για να κόψουν το τσιγάρο. Η διαφοροποίηση, όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, μπορεί να οφείλεται σε μεγαλύτερη ανησυχία των γυναικών για την αύξηση του σωματικού βάρους, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τις αυξημένες αρνητικές επιπτώσεις της διακοπής και αυξημένη επιρρέπεια σε κοινωνικοπεριβαλλοντικά στοιχεία. Σε μία μελέτη πρώην καπνιστών στο Καναδά, βρέθηκε ότι οι πρώην γυναίκες-καπνίστριες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ότι μείωσαν την κατανάλωση των τσιγάρων ως στρατηγική διακοπής, ενώ οι άντρες χρησιμοποίησαν φαρμακολογική βοήθεια. Βρέθηκε, επίσης, ότι οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο για τις παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας από ό,τι οι άντρες (Ismailov and Leatherdale, 2010). Μία μεταανάλυση για τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης (NRT) έχει δείξει ότι είναι εξίσου αποτελεσματική τόσο για τις γυναίκες όσο και

για τους άντρες στους 3 και 6 μήνες, άλλα όχι και στο 12μηνο μετά τη παρακολούθηση. Μεταξύ των αιτιών, που δόθηκαν γιατί δεν χρησιμοποιούνται στρατηγικές βοήθειας του καπνίσματος, η έλλειψη εμπιστοσύνης ότι τα προϊόντα δεν θα δουλέψουν αναφέρθηκε ως η πιο κοινή, ακολουθούμενη από ανασφάλεια (Goldberg and Van Ekan, 2008). Το γεγονός ότι λιγότερες γυναίκες από άντρες χρησιμοποιούν τα προϊόντα υποκατάστατων νικοτίνης σαν μέθοδο διακοπής, μπορεί να βοηθήσει στο να στοχοποιηθούν οι γυναίκες καπνίστριες, που ενδιαφέρονται να το κόψουν και να τους δοθεί επιπλέον πληροφόρηση σχετικά με τα οφέλη από τη χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης. Σε έρευνα γυναικών καπνιστών χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης βρέθηκε ότι μόνο τα οργανωμένα πλάνα για διακοπή, η αυτοπεποίθηση και η κοινωνική πίεση μπορούν να οδηγήσουν σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής (Manfredi, Cho, Crittenden, & Dolecek, 2007).

Όσον αφορά την υποτροπή προς το κάπνισμα, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποτροπιάσουν μετά από μια διαδικασία διακοπής, και πρόσφατη έρευνα υποδεικνύει ότι τόσο ο έμμηνος κύκλος όσο και η αρνητική συμπτωματολογία μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο, αφού τα περισσότερα συμπτώματα μετά τη διακοπή βρέθηκαν να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, και τα περισσότερα συμπτώματα εμφανίστηκαν κατά τη εκκριτική φάση του κύκλου (Allen, Allen, Lunos, & Pomerleau, 2010). Συγκεκριμένα, τα προεμμυνορυσιακά συμπτώματα έχουν αποδειχθεί ότι παρουσιάζουν μέτρια έως και υψηλή συσχέτιση με τα συμπτώματα διακοπής, υποδηλώνοντας μια αθροιστική επίδραση, που μπορεί να θέσει σε επικινδυνότητα τη προσπάθεια να κοπεί το κάπνισμα (Pomerleau, Garcia, Pomerleau, & Cameron, 1992).

Οι McDermott, Dobson & Owen (2006) μελέτησαν τις επιρροές και τις συμπεριφορές του καπνίσματος μεταξύ νέων γυναικών (80 γυναίκες ηλικίας 24-29), καθώς βιώνουν σημαντικές αλλαγές ζωής: φεύγοντας από το σπίτι, ξεκινώντας δουλειά ή μπαίνοντας στο πανεπιστήμιο, το γάμο και τη μητρότητα. Η κοινωνική διάσταση του καπνίσματος (κοινωνικοποίηση με άλλους καπνιστές, κατανάλωση αλκοόλ και η παρουσία σε παμπ και κλαμπ) είχε κυρίαρχη επιρροή στο κάπνισμα, από τη στιγμή που οι νέες γυναίκες έφευγαν από το σπίτι, μέχρι που στέριωναν σε μια σταθερή σχέση ή ξεκινούσαν τη δική τους οικογένεια. Το άγχος αναγνωρίστηκε ως σημαντικός παράγοντας, καθώς βίωσαν σημαντικές αλλαγές ζωής, ενώ γύρω στα 25 οι γυναίκες άρχιζαν να ανησυχούν σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η μητρότητα κινητοποιούσε αυξημένες ευθύνες ως προς τη προστασία των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα και υπήρχε ακόμα η σημαντική επίδραση του γονέα ως πρότυπο, ώστε να προστατευτούν τα παιδιά από το να γίνουν και τα ίδια αργότερα καπνιστές.

Εγκυμοσύνη: Ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα είναι και οι εγκυμονούσες γυναίκες, οι οποίες μπαίνουν σε μεγάλο ποσοστό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, για όφελος δικό τους, αλλά κυρίως του εμβρύου. Πάνω από το 20% των γυναικών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρ' όλους τους γνωστούς κινδύνους στη μητέρα και στο παιδί. Μεγάλη έρευνα 53370 εγκύων γυναικών στη Σκωτία έδειξε ότι το 25% δηλώθηκαν ως ενεργείς καπνίστριες κατά την έναρξη της κύησης ενώ μόνο το 24% συμβουλευτήκαν ειδικές υπηρεσίες για τη διακοπή του καπνίσματος. Το μικρό αυτό ποσοστό, που υποστηρίχτηκε να κόψει το κάπνισμα, είναι αποτέλεσμα περιορισμών, που υφίστανται σε κάθε στάδιο των παροχών υποστήριξης –αναγνώριση, σύσταση, εμπλοκή και θεραπεία (Tappin et al., 2010).

Οι έγκυες καπνίστριες πρέπει να υποστηρίζονται στη διακοπή του καπνίσματος και να τους προσφέρονται αποτελεσματικά παρεμβατικά προγράμματα διακοπής. Σε μελέτη 4473 γυναικών σε λοχεία, το 16,2% ανέφερε ότι κάπνιζε πριν την εγκυμοσύνη, από το οποίο, το 50% το έκοψε πριν γεννήσει και το 5,2% αφού γέννησε. Μόνο το 11,5%, που κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χρησιμοποίησε μια μέθοδο διακοπής του καπνίσματος (3,9% φαρμακοθεραπεία, 1,7% ατομική συμβουλευτική υποστήριξη, 1,5% τηλεφωνική υποστήριξη, 1,3% υποστήριξη μέσω διαδικτύου, 1% ομαδική υποστήριξη). Τα συχνότερα αναφερόμενα εμπόδια στη διακοπή ήταν το στερητικό σύνδρομο, το άγχος, και η συνύπαρξη με άτομα που κάπνιζαν (Tong, England, Dietz, & Asare, 2008). Η αύξηση της συχνότητας και της ποιότητας της υποστήριξης μιας γυναίκας από το κοινωνικό περιβάλλον της εγκυμονούσας καπνίστριας είναι μία υποσχόμενη στρατηγική διακοπής του καπνίσματος. Βρέθηκε ότι η γυναικεία γνώμη, είτε προέρχεται από το φιλικό είτε από το οικογενειακό περιβάλλον, μπορεί να είναι καθοριστική και πειστική στην επιρροή προς τη διακοπή του καπνίσματος, πολύ περισσότερο από τη επιρροή και γνώμη του συντρόφου. Επιπλέον, οι αρνητικές συμπεριφορές, όπως η κριτική και η όχληση, είναι γενικά λιγότερο αποτελεσματικές, ακόμα και αντιπαραγωγικές, στη διακοπή του καπνίσματος για τις έγκυες (Henrikus et al., 2010).

Μετά τη γέννα, οι γυναίκες δεν δέχονται συμπαράσταση ούτε ενημέρωση για τη διατήρηση της διακοπής του καπνίσματος, ενώ η μειωμένη υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους σχετίζεται με την υποτροπή προς το κάπνισμα (Park, Chang, Quinn, Ross, & Rigotti, 2009). Σε μελέτη 301 γυναικών μετά τη γέννα, που σταμάτησαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 13% ανέφερε ότι σκόπευε να ξαναρχίσει το κάπνισμα, ενώ το 87% ανέφερε ότι θα διατηρούσε την αποχή από αυτό. Ένα χρόνο μετά τη

γέννα οι γυναίκες, που είχαν σκοπό να ξαναρχίσουν το κάπνισμα, τελικά το ξανάρχισαν σε μεγαλύτερα ποσοστά από τις γυναίκες που προσπάθησαν να απέχουν (Ro'ske et al., 2006).

Επαγγελματίες υγείας και παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος

Οι επιστήμονες υγείας θα πρέπει να είναι ενεργά κινητοποιημένοι να εκτιμήσουν το προφίλ καπνιστή του κάθε ατόμου, και αυτοί που θα αναγνωριστούν ως μόνιμοι καπνιστές θα πρέπει να αξιολογηθούν ως προς την ετοιμότητά τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Καλό θα ήταν, στα άτομα, που σκέφτονται να διακόψουν, να προσφέρεται θεραπεία υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος, με συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακευτικής υποστήριξης. Μεταξύ των κλινικών γιατρών έχει σημειωθεί πρόοδος στην ταυτοποίηση των καπνιστών, όμως περίπου το 81% των καπνιστών δεν λαμβάνουν βοήθεια και λιγότερο από 2% λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία (Holtrop, Malouin, Wismantel, & Wadland, 2008). Αναγνωρίζοντας το χάσμα στην επάρκεια κλινικών πρακτικών, ο Εθνικός οργανισμός υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (PHS) δημοσίευσε το 2000 έναν οδηγό κλινικής πρακτικής «Θεραπεύοντας τη χρήση και εξάρτηση από τον Καπνό», βασιζόμενο σε μία περιεκτική ανασκόπηση της δημοσιευμένης επιστημονικής έρευνας όσον αφορά την ενημέρωση των κλινικών γιατρών και την εφαρμογή των κλινικών πρακτικών στους καπνιστές (Musich et al., 2009). Οι προτεινόμενες στρατηγικές των κατευθυντήριων οδηγιών του PHS συμπεριλαμβάνουν συστήματα αναγνώρισης – ταυτοποίησης των καπνιστών, παροχή εκπαίδευσης – πηγών και ανατροφοδότησης, παροχή εκπαιδευμένου προσωπικού να επιβλέπει την παροχή της θεραπείας, παροχή ασφαλιστικής κάλυψης για αποδεδειγμένες επιστημονικά συμπεριφορικές και φαρμακολογικές θεραπείες και αποζημίωση στους κλινικούς γιατρούς για την παροχή θεραπειών διακοπής του καπνίσματος.

Για τους γιατρούς της πρώτης γραμμής οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τα 5 A's (Curry et al., 2008): “Ερώτηση” σε όλους τους ασθενείς για την καπνιστική τους κατάσταση και καταγραφή στο ιατρικό τους ιστορικό (Ask), “Συμβουλή” σε όλους τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα (Advice), “Αξιολόγηση” της θέλησης κάθε καπνιστή να προσπαθήσει κόψει το κάπνισμα (Assess), “Βοήθεια” σε αυτούς τους καπνιστές, που θέλουν να το κόψουν με την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών του συστήματος υγείας ή της κοινότητας, και συνταγογράφηση θεραπείας (Assist) και τέλος “Σχεδιασμό” παρακολούθησης (Arrange). Όσον αφορά την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος των 5 A's, βρέθηκε ότι οι καπνιστές μετά από επίσκεψη στον θεράποντα γιατρό, πιο συχνά τους

προσφέρθηκε “Συμβουλή” (Advice) (77%) για να κόψουν το κάπνισμα, ακολουθούμενη από “Βοήθεια” (Assist) για προγράμματα συμβουλευτικής (41%), και φαρμακοθεραπεία (33%). Οι καπνιστές, που ήταν πιο πιθανόν να αναφέρουν επιτυχή διακοπή του καπνίσματος, ήταν αυτοί που λάμβαναν φαρμακοθεραπεία ή αυτοί που χρησιμοποίησαν θεραπεία σε συνδυασμό με ένα συμβουλευτικό πρόγραμμα, δηλαδή αυτοί στους οποίους εφαρμόστηκε ένας οργανωμένος “Σχεδιασμός” και “Βοήθεια” παρακολούθησης (Arrange) (Quinn et al., 2009).

Αρκετοί ερευνητές μελέτησαν τις απόψεις, στάσεις, γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και τη σχέση τους με την παροχή συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος. Με την υπόθεση ότι οι οικογενειακοί γιατροί είναι συνήθως η πρώτη επαφή των ασθενών και ως εκ τούτου συναντούν μεγάλο αριθμό καπνιστών, οι Eldein, Mansour και Mohamed (2013) μελέτησαν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητες 75 γιατρών στη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος, με στόχο τη βελτίωση, εκ μέρους τους, της ποιότητας της παροχής συμβουλευτικής υποστήριξης για διακοπή καπνίσματος. Οι Bodner, Miller, Rhodes και Dean (2011) είχαν ως αντικείμενο της μελέτης τους την εκτίμηση, μέσα από τη χρήση ερωτηματολογίων, των γνώσεων των канаδών φυσιοθεραπευτών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, των απόψεών τους για την παροχή υποστήριξης στη διακοπή καπνίσματος, καθώς και της αυτοαποτελεσματικότητάς τους ως προς την υποστήριξη των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα. Η πλειοψηφία των φυσιοθεραπευτών εξέφρασε την άποψη ότι η συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος είναι ευθύνη κλινική και θα επιθυμούσαν μεγαλύτερη εμπλοκή του επαγγέλματός τους σε αυτό. Δεν υπήρξε συμφωνία ωστόσο στην άποψη περί αναγκαιότητας λήψης εκπαίδευσης σε ζητήματα συμβουλευτικής σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Knudsen, Studts και Studts (2011) αφορούσε την εφαρμογή συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος εντός 350 θεραπευτικών ιδρυμάτων για χρήση ουσιών και διερεύνησε τη σχέση μεταξύ εφαρμογής θεραπευτικών συνεδριών για τη διακοπή καπνίσματος από συμβούλους, παραγόντων του ιδρύματος και στοιχείων του συμβούλου. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η εφαρμογή της συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος επηρεάστηκε αφενός από τα χαρακτηριστικά του συμβούλου, όπως οι γνώσεις του και οι στάσεις του σε σχέση με τη συμβουλευτική, αφετέρου από το οργανωσιακό πλαίσιο. Αν και σε γενικές γραμμές η εφαρμογή συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος ήταν χαμηλή, ήταν ωστόσο θετικά συνδεδεμένη με τις γνώσεις των συμβούλων γύρω από τις κατευθύνσεις του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, την υποστήριξη

από τους υπεύθυνους και την πεποίθηση ότι η διακοπή καπνίσματος μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ανάρρωση.

Τις γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τις μεθόδους διακοπής του μελέτησαν και οι Kusma και συν. (2010), διερευνώντας την επικράτηση του καπνίσματος και τις γνώσεις σχετικά με την εξάρτηση από τον καπνό μεταξύ των φοιτητών ιατρικής 5ου έτους της Ιατρικής σχολής του Βερολίνου της Γερμανίας. 258 φοιτητές ολοκλήρωσαν την έρευνα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 25% των ερωτηθέντων ήταν νυν καπνιστές. Οι φοιτητές υποεκτιμούσαν τη θνησιμότητα, που σχετίζεται με το κάπνισμα και την αρνητική επίδρασή του στη μακροζωία. Η σφαιρική γνώση των φοιτητών για την αποτελεσματικότητα των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος ήταν ανεπαρκής. Μόνο το 1/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αισθάνονταν ότι είχαν τα προσόντα να συμβουλευθούν ασθενείς για την απεξάρτηση από τον καπνό.

Επίσης, όπως έδειξε η μελέτη του Wendt (2005), η εφαρμογή και προώθηση τόσο παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος όσο και προώθησης της άσκησης, σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την εμπιστοσύνη που οι επαγγελματίες έχουν στις ικανότητές τους. Ο Wendt αξιολόγησε τις συμπεριφορές και τις στάσεις ψυχολόγων (N=328) σχετικά με τη συμβουλευτική για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος (N=154) και της άσκησης (N=174) μέσα σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο. Βρέθηκε ότι περίπου το 43% των ερωτηθέντων για τη συμβουλευτική προώθησης της διακοπής του καπνίσματος ζήτησε περισσότερες πληροφορίες από τους νέους πελάτες σχετικά με το κάπνισμα και το 53% των ερωτηθέντων για τη συμβουλευτική προώθησης της άσκησης ζήτησε από τους νέους πελάτες πληροφορίες σχετικά με την άσκηση. Πάνω από το 45% συμβουλεύουν πελάτες, που καπνίζουν, να διακόψουν, και το 50% συμβουλεύουν τους πελάτες με καθιστική ζωή να ασκηθούν. Πάνω από 80% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι το κάπνισμα και η άσκηση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στην ψυχοθεραπεία. Ωστόσο, μόνο το 41% των ψυχολόγων, που απάντησαν το ερωτηματολόγιο σχετικά με τη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος και το 65% των ψυχολόγων, που απάντησαν το ερωτηματολόγιο για την προώθηση της άσκησης, αισθάνθηκε εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους για την παροχή συμβουλών. Οι συμπεριφορές προώθησης της διακοπής καπνίσματος και της άσκησης προβλέπονται σημαντικά από την έλλειψη αυτοπεποίθησης, από τις πεποιθήσεις για τη σχέση του καπνίσματος και της άσκησης με την ψυχική λειτουργία και από πεποιθήσεις ότι τέτοιες προσωπικές επιλογές δεν θα πρέπει να διευθετούνται στην ψυχοθεραπεία. Η παροχή συμβουλών για την προώθηση της άσκησης εμφανίζεται συχνότερα και πιο θετικά σε σχέση με την παροχή συμβουλών για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος.

Αντικείμενο μελέτης υπήρξε επίσης η σχέση μεταξύ καπνιστικής συμπεριφοράς των επαγγελματιών και παροχής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος. Οι Zao Li και συν. (2008) διερεύνησαν με μια συγχρονική μελέτη με χρήση ερωτηματολογίων την επίδραση της κατάστασης καπνίσματος των ιατρών στην παροχή συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος. 347 ιατροί της Κίνας συμμετείχαν στην έρευνα. Το 58% των ανδρών και το 18,8% των γυναικών ιατρών δήλωναν καπνιστές εκείνη την περίοδο. Το 54,4% των ανδρών και το 37,5% των γυναικών παρείχαν πάντα ή συχνά συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς τους. Όσον αφορά τη σημασία που αποδίδεται στο κάπνισμα για έναν Κινέζο καπνιστή, το 37,5% των ιατρών θεωρούσε ότι το κάπνισμα εξυπηρετεί την κοινωνική ζωή, το 31,5% ότι αποτελεί συνήθεια, το 21,7% ότι αποτελεί ανακούφιση από το άγχος, και το 9,2% ότι αποτελεί σύμβολο του κοινωνικού status. Τέλος, η συχνότητα παροχής συμβουλών συσχετίστηκε σημαντικά με τις εξής μεταβλητές: κατάσταση καπνίσματος του ιατρού, αντιλαμβανόμενη επιτυχία προηγούμενης συμβουλευτικής, αντιλαμβανόμενη επιρροή, αντιλαμβανόμενος παραδειγματικός ρόλος και αντιλαμβανόμενη ευθύνη του ιατρού.

Την επίδραση της κατάστασης καπνίσματος του γενικού γιατρού στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής, που παρέχει για τη διακοπή του καπνίσματος, δηλαδή στα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα, μελέτησαν οι Ulbricht και συν. (2009). Οι γενικοί ιατροί παρακολούθησαν μια δίωρη εκπαιδευτική συνάντηση, η οποία περιελάμβανε τρεις ενότητες, σχετικά με τα επιδημιολογικά ευρήματα για τις ασθένειες, που σχετίζονται με το κάπνισμα, τη διάγνωση και την παθογένεση της εξάρτησης από τη νικοτίνη, σχετικά με τα βασικά στοιχεία των προσαρμοσμένων παρεμβάσεων, που βασίζονται στο διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς και σχετικά με τις αρχές της συμβουλευτικής για αλλαγή της συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάσταση του μη καπνίσματος του γενικού ιατρού είχε στατιστικά σημαντικό θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς, που δέχτηκαν συμβουλές.

Σε έρευνα των Goldstein και συν. (2003), κατά την οποία εφαρμόστηκε μια ακαδημαϊκή λεπτομερειακή παρέμβαση στους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για μια περίοδο 15 μηνών, φάνηκε ότι η παρέμβαση, η οποία ενίσχυε τη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος, που παρέχεται από έναν γιατρό, ήταν μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διάδοση παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος μεταξύ των ιατρών της κοινότητας. Επίσης, σε έρευνα των Champassak και συν. (2014), όπου μελετήθηκαν (με συνεντεύξεις και ποιοτικές αναλύσεις αυτών) οι απόψεις των γιατρών για τη συμβουλευτική σε μη κινητοποιημένους καπνιστές, προέκυψε αφενός ότι οι γιατροί πιστεύουν στη χρησιμότητα

της συμβουλευτικής για το κάπνισμα, με εστίαση στην αφύπνιση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος και αφετέρου ότι αποτελεί αναγκαιότητα η εκπαίδευση των γιατρών σε θέματα παρακινητικής συμβουλευτικής και ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων, προκειμένου να αποβεί χρήσιμη μια συμβουλευτική σε ασθενείς.

Συμπερασματικά, λοιπόν, φαίνεται ότι δεν αποτελεί αναγκαιότητα μόνο η αναπαραγωγή ερευνών, οι οποίες δείχνουν την επίδραση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες ασθένειες, ή το πόσο η εντατικοποιημένη υποστήριξη θα βελτιώσει τα αποτελέσματα επιτυχίας. Εκείνο, που επίσης αποτελεί αναγκαιότητα, είναι η εντατική έρευνα όσον αφορά τη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας των παρεμβατικών προγραμμάτων σε κάθε χώρα, την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών επιλογών, την εκπαίδευση / ενημέρωση των επαγγελματιών σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος, καθώς και τις μεθόδους κινητοποίησης ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως οι νέοι και οι γυναίκες.

Ατομικές και Ομαδικές Παρεμβάσεις: Συμβουλευτική

Παρεμβάσεις, που στοχεύουν στην αλλαγή σε θέματα συμπεριφορών υγείας, είναι αποτελεσματικές όταν περιλαμβάνουν συμβουλευτική, είτε αυτή είναι βραχεία, είτε εντατική, είτε συνδυάζεται με άλλη θεραπεία. Στη μελέτη των Mayer και συν. (1994), η οποία εστίασε στην επίδραση των προληπτικών υπηρεσιών για την προώθηση της υγείας σε επιλεγμένες συμπεριφορές, που σχετίζονται με την υγεία και η οποία αποτελούνταν από τη θέσπιση στόχου, τη συμβουλευτική βάσει της αξιολόγησης των κινδύνων της υγείας και μια σειρά από εκπαιδευτικές συνεδρίες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές, θετικές αλλαγές στα υποκείμενα της παρέμβασης σε επίπεδο δραστηριότητας και σε επιλεγμένες συμπεριφορές διατροφής σε σχέση με τα υποκείμενα ελέγχου. Επίσης, στη μελέτη των Rejeski και συν. (2001), όπου οι συμμετέχοντες έλαβαν μια από τις τρεις θεραπείες: μικρή παροχή συμβουλών από τον ιατρό, παρέμβαση με τη βοήθεια του προσωπικού, η οποία περιελάμβανε συμπεριφορικές στρατηγικές, και συμβουλευτική παρέμβαση από το προσωπικό, η οποία περιελάμβανε τηλεφωνική συμβουλευτική, περισσότερες ατομικές συνεδρίες και προαιρετικά μαθήματα αλλαγής συμπεριφοράς, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ανεξάρτητα από την ομάδα θεραπείας, η αλλαγή της φυσικής δραστηριότητας σχετιζόταν με την αλλαγή στην υποκειμενική ευημερία.

Ο όρος σύντομη παρεμβατική μέθοδος ορίζεται από τον Werch (2007) ως η κάθε παρέμβαση, που είναι στρατηγικά περιορισμένη σε αριθμό και διάρκεια επαφών, μεταξύ ενός επαγγελματία υγείας και ενός ή περισσότερων ατόμων, χρησιμοποιώντας προσωπικά

κανάλια επικοινωνίας ή μέσω των MME, η οποία και προσφέρει προσωπική πληροφόρηση σχεδιασμένη να αυξήσει την κινητοποίηση να βελτιωθεί μία ανθυγιεινή συμπεριφορά. Για αυτό το λόγο οι σύντομες παρεμβατικές μέθοδοι είναι ειδικά σχεδιασμένες να ενσωματώνουν το λιγότερο δυνατό ποσό επαφής και προσπάθειας, το οποίο είναι απαραίτητο για να αποκτηθεί και να διατηρηθεί σημαντική επίδραση στην ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, όσο και το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ αναφέρουν ότι οι σύντομες παρεμβάσεις είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος. Ένας αριθμός μετααναλύσεων και ερευνητικών ανασκοπήσεων έχουν εξετάσει τις επιδράσεις των σύντομων παρεμβατικών μεθόδων και έχουν καταλήξει ότι είναι οικονομικές και αποτελεσματικές στη μείωση της χρήσης ναρκωτικών, καπνίσματος και αλκοόλ σε ενήλικες.

Η συμβουλευτική υποστήριξη (βραχεία ή εντατική), που αφορά τη διακοπή καπνίσματος, έχει φανεί ότι θα πρέπει να προσεγγίζεται τόσο πρακτικά όσο και κοινωνικά. Η πρακτική συμβουλευτική στοχεύει να βοηθήσει τον καπνιστή να αναπτύξει ικανότητες επίλυσης των προβλημάτων, που θα προκύψουν μετά τη διακοπή, καθώς και να τον πείσει προς τη διακοπή του καπνίσματος και προς την αποφυγή της υποτροπής. Για παράδειγμα, να μπορεί να αναγνωρίσει ο καπνιστής καταστάσεις, στις οποίες θα αναζητήσει ένα τσιγάρο και στη συνέχεια να προσπαθήσει να τις αποφύγει ή να έχει επίγνωση της επικινδυνότητας τους ως προς τις έντονες επιθυμίες, που θα τον προκαλέσουν να ξανακαπνίσει, οι οποίες και όσο περνάει ο καιρός θα μειώνονται.

Η μελέτη των McCarthy και συν. (2010) είχε ως στόχο τον προσδιορισμό του κατά πόσο η έλλειψη της βελτίωσης των αποτελεσμάτων μιας συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, οφείλονταν στην αποτυχία της θεωρίας (στην εννοιολογική της βάση) να εντοπίσει τους στόχους της θεραπείας ή στις εξειδικευμένες παρεμβάσεις, που προκύπτουν από τη θεωρία. Πάρθηκαν δεδομένα από τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος και βουπροπιόνης SR, προκειμένου να διερευνηθεί το κατά πόσο η συμβουλευτική επηρέασε τις αναφορές για σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές και κατά πόσο τα προηγούμενα προέβλεπαν αποχή από το κάπνισμα. 403 ενήλικες χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδα, που λάμβανε ατομική συμβουλευτική και σε ομάδα, που δεν λάμβανε και σε ένα 9 εβδομάδων πρόγραμμα βουπροπιόνης SR ή εικονικού φαρμάκου. Η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν βραχεία (οκτώ δεκάλεπτες συνεδρίες) και εστιάζονταν στην κοινωνική υποστήριξη, τα κίνητρα και τις δεξιότητες επίλυσης και διαχείρισης προβλημάτων. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, παρότι η συμβουλευτική δεν επηρέασε προφυλακτικούς στις υποτροπές παράγοντες, εντούτοις ενίσχυσε την

εμπιστοσύνη σχετικά με την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος, λειτούργησε προστατευτικά σε ζητήματα ενοχής μετά από υποτροπή και μείωσε τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες μιας διακοπής του καπνίσματος. Προέκυψε, επίσης, η σημασία που έχει η περιορισμένη πρόσβαση στα τσιγάρα, η λήψη κοινωνικής υποστήριξης, τα ισχυρά κίνητρα, η εμπιστοσύνη στον εαυτό και η μείωση του στρες κατά την προσπάθεια διακοπής.

Η ανάπτυξη και η διατήρηση της εμπιστοσύνης των καπνιστών κατά τη διάρκεια των συμβουλευτικών προγραμμάτων σχετίζεται με το πώς και εάν η συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος δίνεται σε γενικού τύπου ενημερώσεις. Η συμβουλή για διακοπή του καπνίσματος έχει την δυναμική τόσο να βελτιώσει την εμπιστοσύνη μεταξύ επαγγελματία υγείας και συμβουλευόμενου, αλλά και να τη θέσει κάτω από πίεση να επιβεβαιωθεί. Σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής έως και 2,5 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με την απουσία συμβουλευτικής (Shah, Rao, & Mayo, 2008). Το αποτέλεσμα εξαρτάται από το κατά πόσο η συμβουλή επιβεβαιώνει τις προσδοκίες τόσο των συμβουλευόμενων όσο και των συμβούλων από τις διαδραστικές συμβουλευτικές συνεδρίες (Guassora & Gannik, 2010). Μεγάλο ρόλο όμως παίζει και το είδος της συμβουλής, που δίνεται. Αυτό φαίνεται από μια μελέτη διακοπής του καπνίσματος σε φοιτητές με δύο ειδών συμβουλευτικές προτάσεις, μία άμεση συμβουλή του γιατρού προς τον καπνιστή να κόψει το κάπνισμα και μια κινητήριου τύπου συμβουλευτική. Οι καπνιστές επέλεξαν ως καλύτερη την παρακίνητική συμβουλευτική σε σύγκριση με την απλή άμεση συμβουλή διακοπής (Gemmell & DiClemente, 2009).

Η μελέτη των McClure, Ludman, Grothaus, Pabiniak και Richards (2009) είχε στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παροχής ανατροφοδότησης για τον βιολογικής φύσεως κίνδυνο της υγείας, σε σύγκριση με τις τυπικές / συνηθισμένες παρεμβάσεις, στην αύξηση της παρακίνησης και την μακρόχρονη αποχή. Η παρέμβαση συνίστατο σε βραχείες, εξατομικευμένες συμβουλευτικές συνεδρίες, βασισμένες στην λειτουργία των πνευμόνων των καπνιστών, στην έκθεσή τους στο μονοξείδιο του άνθρακα και στην κατάσταση της υγείας τους, που σχετίζεται με το κάπνισμα και λήψη γενικών πληροφοριών για τον κίνδυνο του καπνίσματος και εξατομικευμένη συμβουλευτική σχετικά με τη διατροφή τους, τον Δείκτη Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ), και τη σωματική άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προσθήκη εξατομικευμένης αξιολόγησης του κινδύνου της υγείας, η οποία δίνει έμφαση στην υγεία των πνευμόνων και στην έκθεση σε CO, στη γενική συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε καπνιστές της κοινότητας, που δεν αναζητούν με άλλο τρόπο θεραπεία, δεν επέφερε ούτε μεγαλύτερη παρακίνηση για διακοπή του καπνίσματος, ούτε συχνότερη χρήση των θεραπευτικών υπηρεσιών, ούτε μεγαλύτερη

αποχή σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου σε κάθε μετέπειτα αξιολόγηση. Αντιθέτως, η ομάδα ελέγχου είχε θετικότερα αποτελέσματα από την ομάδα παρέμβασης.

Η μελέτη των Schane, Prochaska και Glantz (2013) συνέκρινε το βαθμό αποτελεσματικότητας δύο ειδών συμβουλευτικής παρέμβασης: η μια παρέμβαση επικεντρώνονταν στο κακό, που το κάπνισμα κάνει στον καπνιστή, ενώ η άλλη στο παθητικό κάπνισμα και στη βλάβη, που προκαλεί ο καπνός στους άλλους ανθρώπους. Το δείγμα ήταν καπνιστές, που δεν κάπνιζαν σε καθημερινή βάση και μετρήθηκαν οι αλλαγές στα κίνητρα και την καπνιστική συνήθεια 3 μήνες μετά την παρέμβαση. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι καπνιστές δεν έδειχναν να ανησυχούν για τις επιπτώσεις, που το τσιγάρο έχει στην υγεία τους, αλλά ανησυχούσαν για τις συνέπειες που αυτό έχει στους άλλους. Έτσι λοιπόν, η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής για κινδύνους, που έχει το κάπνισμα για τους άλλους, μπορεί να αποτελέσει ένα δυνατό μήνυμα προς την κατεύθυνση της διακοπής του καπνίσματος.

Οι Garvey και συν. (2012) μελέτησαν κατά πόσο η χρήση συμβουλευτικής υποστήριξης αμέσως μετά την ημέρα της διακοπής του τσιγάρου (Front-Loaded Counseling) μπορεί να διασφαλίσει μεγαλύτερη αποχή σε σχέση με τη χρήση συμβουλευτικής υποστήριξης σε εβδομαδιαία βάση σε όλη τη διάρκεια προσπάθειας διακοπής των συμμετεχόντων. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες, που έλαβαν ίδιο αριθμό συνεδριών συμβουλευτικής υποστήριξης, με τη διαφορά ότι η μια ομάδα (που έλαβε Front-Loaded συμβουλευτική) είχε 6 συνεδρίες μετά την ημέρα διακοπής, ενώ η άλλη ομάδα (που συμμετείχε στην κλασική εβδομαδιαία συμβουλευτική) είχε 2 συνεδρίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι συμμετείχαν στην Front-Loaded Συμβουλευτική ήταν λιγότερο πιθανό να υποτροπιάσουν ένα χρόνο μετά από ό,τι οι συμμετέχοντες στην άλλη ομάδα.

Αρκετές μελέτες εστίασαν στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής, που βασίζεται στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Οι Hall και συν. (2011) εκτίμησαν την αποτελεσματικότητα στη διακοπή καπνίσματος μιας διαδικασίας που περιελάμβανε γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και βουπροπιόνη SR. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν μια θεραπεία 12 εβδομάδων, που περιελάμβανε συμβουλευτική, θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης και βουπροπιόνη SR. Στη συνέχεια χωρίστηκαν τυχαία σε 5 συνθήκες: α) χωρίς περεταίρω θεραπεία, β) βουπροπιόνη SR για 40 εβδομάδες, γ) εικονικό φάρμακο (placebo) για 40 εβδομάδες, δ) βουπροπιόνη SR και 11 συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας για 40 εβδομάδες και ε) εικονικό φάρμακο (placebo) και 11 συνεδρίες γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας για 40 εβδομάδες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, ενώ μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα, όλες οι συνθήκες παρουσίαζαν παρόμοια ποσοστά

αποχής, στο τέλος των μετρήσεων οι 2 συνθήκες που περιελάμβαναν τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη αποχή από ό,τι οι άλλες συνθήκες.

Η μελέτη των Hunt, Rash, Burke και Parker (2010) είχε στόχο την αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της αποτελεσματικότητας της προσθήκης μιας συνιστώσας έκτακτης διαχείρισης στη συνήθη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η έκτακτη διαχείριση περιελάμβανε δυνατότητα λήψης κουπονιών-μετρητών ως επιβράβευση για τη συμμετοχή στις συνεδρίες και για την αποχή από το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θεραπεία έκτακτης διαχείρισης είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερα ποσοστά δέσμευσης και διατήρησης της θεραπείας, όπως και υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα, σε σύγκριση με τη συνήθη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.

Αυτό που προκύπτει από έρευνες, είναι η αναγκαιότητα -πέρα από τις παρεμβάσεις, που απευθύνονται σε ήδη κινητοποιημένους καπνιστές,- να προγραμματιστούν παρεμβάσεις συμβουλευτικής σε χώρους νοσηλείας, προκειμένου να κινητοποιηθούν οι καπνιστές, που δεν έχουν ήδη αποφασίσει να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Στόχος της έρευνας των Shah και συν. (2010) ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της ετοιμότητας για διακοπή του καπνίσματος νοσηλευθέντων καπνιστών στις μετέπειτα προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. 415 υποεξυπηρετούμενοι Αφροαμερικάνοι καπνιστές, που νοσηλεύονταν με καρδιακά νοσήματα, συμμετείχαν στην ενδονοσοκομειακή αξιολόγηση και το 67% αυτών κλήθηκε σε συνέντευξη μετά από ένα μήνα και ερωτήθηκαν για το εάν έκαναν προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, ποιες μεθόδους χρησιμοποίησαν, αν είχαν επιτυχία οι προσπάθειες και αν ανακάλεσαν τις συμβουλές, που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους. Η πλειοψηφία των νοσηλευθέντων καπνιστών (75%) δήλωσε ετοιμότητα για διακοπή του καπνίσματος κατά την ενδονοσοκομειακή αξιολόγηση. Κατά την αξιολόγηση μετά από ένα μήνα, οι καπνιστές, που δήλωναν έτοιμοι, ήταν πιθανότερο να αναφέρουν τουλάχιστον μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (77% vs 50%, $p < 0,001$), καθώς και να αναφέρουν αποχή από το κάπνισμα (43% vs 25%, $p = 0,01$) σε σχέση με εκείνους που δήλωναν λιγότερο έτοιμοι. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι εκείνοι, που δήλωναν πιο έτοιμοι και οι οποίοι έλαβαν συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος, είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν μια προσπάθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα και να αναφέρουν αποχή από εκείνους που δήλωναν λιγότερο έτοιμοι. Επίσης, η νοσηλεία ενός παιδιού αποτελεί καλή ευκαιρία για συμβουλευτική γονέων σχετικά με το κάπνισμα. Με αυτό ως παραδοχή, οι Geller και συν. (2011) διεξήγαγαν έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου, στα μέλη της κοινότητας Παιδιατρικού Νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να προσδιορίσουν, εάν

οι πολιτικές του νοσοκομείου στηρίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό σε έναν ρόλο συμβούλου των γονέων για το κάπνισμα. Από τα αποτελέσματα προκύπτουν κενά ως προς τη πολιτική των νοσοκομείων αναφορικά με τα ζητήματα καπνίσματος και διαφαίνεται η αναγκαιότητα να συμπεριληφθεί η συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος ως μέρος της αξιολόγησης περιστατικών, που νοσηλεύονται, εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την υποδοχή αυτών των περιστατικών.

Πέρα από τις εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος και γενικά για την αλλαγή ανθυγιεινών συμπεριφορών, τα τελευταία χρόνια έχουν χρησιμοποιηθεί ως τεχνική για την αντιμετώπιση του εθισμού από την νικοτίνη, το αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες και οι ομαδικές παρεμβάσεις. Η ομαδική συμβουλευτική, κατά τη διάρκεια της οποίας τα μέλη ανταλλάσσουν εμπειρίες και συναισθήματα, βασίζεται στη δέσμευση των μελών της ομάδας, που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα και τις ίδιες δυσκολίες, καθώς και στην υποστήριξη, που παρέχει το ένα μέλος στο άλλο (Nystyl, 1993).

Από έρευνες έχει προκύψει ότι παρουσιάζεται αύξηση στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος με τη χρήση των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος σε σύγκριση με τη χρήση προγραμμάτων αυτοβοήθειας, ενώ δεν προέκυψαν ικανοποιητικά στοιχεία, που να υποστηρίζουν την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των ομαδικών παρεμβάσεων έναντι των ατομικών (Moller & Tonnesen, 1999; Stead & Lancaster, 2005, 2009). Στο συμπέρασμα ότι η ομαδική παρέμβαση δεν ήταν περισσότερο αποτελεσματική από την ατομική καταλήγει και η έρευνα των Camarelles και συν. (2002). Επίσης, στις μελέτες των Weiss, Jafee, De Menil και Cogley (2004) και Ramos και συν. (2010), δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων.

Αξίζει να αναφερθεί η μελέτη των Romand, Gourgou και Sancho-Garnier (2005), που είχε στόχο την αξιολόγηση ενός προγράμματος συμπεριφορικής ομαδικής θεραπείας, το Five-Day Plan, (FDP) για τη βοήθεια καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα. Το πρόγραμμα Five-Day Plan περιελάμβανε πέντε συνεχείς απογευματινές συνεδρίες συμπεριφορικής θεραπείας και λάμβανε υπόψη τις δύο κύριες όψεις του εθισμού στο κάπνισμα, τη σωματική και τη συμπεριφορική εξάρτηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό αδιάλειπτης αποχής από το κάπνισμα, ένα χρόνο μετά την παρέμβαση, στην ομάδα παρέμβασης διέφερε σημαντικά από εκείνο της ομάδας ελέγχου, υποδεικνύοντας ότι το FDP μπορεί να θεωρηθεί ως ενίσχυση για τους καπνιστές, που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά παρεμβατικά προγράμματα εστίασαν στην ψυχολογική υποστήριξη (Θεοδωράκης et al., 2005) και συγκεκριμένα στην υποστήριξη των ατόμων σε επίπεδο παρακίνησης, αυτοαποτελεσματικότητας και υποστηρικτικών

κοινωνικών σχέσεων, με τα παραπάνω να αποτελούν ψυχολογικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004; Norman, Conner, & Bell, 1999), μιας και ένας βασικός λόγος καπνίσματος αποτελεί η ανάγκη για συναισθηματική κάλυψη (Singleton & Pope, 2000).

Παρεμβάσεις σε ασθενείς. Οι παρεμβάσεις με στόχο ασθενείς πρέπει να τροποποιούνται σύμφωνα με τις ανάγκες των διάφορων ομάδων ασθενών: ασθενείς με σχετιζόμενες με το κάπνισμα παθήσεις και ασθενείς με μη σχετιζόμενες, αφού η κατάσταση της υγείας των καπνιστών είναι ένας παράγοντας, που μπορεί να επηρεάσει την έκβαση της παρέμβασης διακοπής καπνίσματος. Η έρευνα των Chen και συν. (2014) αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της ατομικής συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος στην Κίνα σε 85 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και 105 ασυμπτωματικούς ασθενείς κανονική λειτουργία πνευμόνων. Στην ερευνητική ομάδα παρασχέθηκε ατομική γνωστική συμβουλευτική, υλικό αυτοβοήθειας και 9 τηλεφωνικές επαφές ως follow up. Στην ομάδα ελέγχου παρασχέθηκε απλώς συμβουλή να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτό που προέκυψε ήταν ότι η ατομική συμβουλευτική είχε ως αποτέλεσμα σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα για τους ασθενείς με ΧΑΠ, ενώ δεν είχε στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα ποσοστά για τους ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Οι παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε ψυχικά ασθενείς, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα, την εξάρτηση από την νικοτίνη και την ψυχιατρική ασθένεια. Επίσης, πρέπει να ελέγχονται και τα αντιλαμβανόμενα πλεονεκτήματα από το κάπνισμα, π.χ. το κάπνισμα για κάποιους ασθενείς μπορεί να λειτουργεί ως μορφή κοινωνικοποίησης (Becker and Brown, 2008). Ειδικότερα, για τα άτομα με ψυχικές ασθένειες και εθισμό στις ουσίες, καλό είναι να διεξάγεται έρευνα, που στοχεύει στους κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες, που σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (Gollust, Schroender, & Warner, 2008).

Άτομα με ψυχικές ασθένειες: Γενικότερα, οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας και σύνδρομο εξάρτησης, καπνίζουν σε υψηλά ποσοστά και χρειάζονται θεραπεία απεξάρτησης από το καπνό ως μέρος του συνόλου της ψυχιατρικής θεραπείας τους (Morris, Waxmonsky, May, & Giese, 2009; Siru, Hulse, & Tait, 2009). Το 41% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις ΗΠΑ είναι συγχρόνως και καπνιστές (Morris et al., 2009), ποσοστό 2 με 4 φορές υψηλότερο από ό,τι το ποσοστό στο γενικό πληθυσμό και ευθύνεται για το 44% της Παναμερικανικής αγοράς καπνού (Prochaska, Gill, & Hall, 2004). Η αύξηση στο κάπνισμα

μεταξύ των ατόμων με ψυχικές ασθένειες μπορεί να οφείλεται στις ενισχυτικές επιδράσεις στη διάθεση, που προκαλεί η νικοτίνη. Οι ψυχίατροι συχνά δεν αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του καπνίσματος άμεσα σε αυτούς τους ασθενείς, πιθανόν εξαιτίας της αντίληψης ότι οι ασθενείς δεν θα καταφέρουν να το κόψουν αποτελεσματικά ή ακόμα ότι η σύντομη αποχή θα επηρεάσει αρνητικά τη ψυχιατρική τους κατάσταση. Ακόμα και η πρόοδος στην ανάπτυξη θεραπειών σε αυτούς τους ασθενείς ήταν μικρή, γιατί συνήθως αποκλείονται από τις περισσότερες μελέτες. Γενικότερα, υπάρχουν πολλά πρωτόκολλα υποβοήθειας - θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος προσαρμοσμένα για αυτούς τους ασθενείς (Hitsman, Moss, Montoya, George, 2009), ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί 5 κύριες προκλήσεις / εμπόδια στην εφαρμογή τους: εμπόδια στη θεραπεία, πόροι και υποδομές, αρνητικές επιρροές στην καπνιστική συμπεριφορά, έλλειμμα γνώσης, θεραπευτικές επιλογές και ανάγκες (Morris et al., 2009). Η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων μπορεί πιο έντονα να αυξηθεί με το να προωθηθεί η μείωση του καπνίσματος ως πρωταρχικός θεραπευτικός στόχος, να επεκταθεί η διάρκεια της θεραπείας και να αποδοθεί μέσω ενός ενσωματωμένου μοντέλου, το οποίο συγχρόνως θα στοχεύει στη μείωση της διαθεσιμότητας του καπνού στα ψυχιατρικά κέντρα (Hitsman et al., 2009).

Αξιοσημείωτο είναι ότι αυτοί οι ασθενείς είναι εξίσου κινητοποιημένοι να σταματήσουν το κάπνισμα, όπως και τα ψυχικώς υγιή άτομα, παρόλο που αυτοί με ψυχικά σύνδρομα μπορεί να είναι λιγότερο κινητοποιημένοι συγκρινόμενοι με τα καταθλιπτικά άτομα (Siru et al., 2009). Η κοινωνική και περιβαλλοντική υποστήριξη μπορούν τόσο να βοηθήσουν όσο και εμποδίσουν τις προσπάθειες να διακοπεί το κάπνισμα. Ένα περιβάλλον, όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, μπορεί να επηρεάσει την απόφαση ενός ασθενή για διακοπή, αν συμβούν θετικές κοινωνικές συσχετίσεις με μη καπνιστές. Ένα ομότυπο πρότυπο και οι διαπροσωπικές συσχετίσεις με μη καπνιστές μπορούν να προσφέρουν ερείσματα για τη δημιουργία υποστηρικτικών μη καπνιστικών σχέσεων (Snyder, McDevitt, & Painter, 2008).

Συγκεκριμένα, πολλές μελέτες έχουν βρει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κατάθλιψης και του καπνίσματος. Πρόσφατα, οι Moreno Coutino, Ruiz Velasco και Iscaza (2009) παρατήρησαν ότι η εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας προκαταβάλλει την εξάρτηση από το κάπνισμα. Στη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι όσο πιο αυξημένη είναι η συμπτωματολογία της κατάθλιψης, τόσο πιο σοβαρή εμφανίζεται η εξάρτηση από τον καπνό. Οι ασθενείς με πτυχίο πανεπιστημίου είχαν μικρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, το οποίο επιβεβαιώνει τον προστατευτικό ρόλο που παίζει η σχολική εκπαίδευση στα συμπτώματα κατάθλιψης, όπως έχει φανεί και από άλλες μελέτες.

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν τις ίδιες χαμηλές πιθανότητες να κόψουν το κάπνισμα με τους άλλους ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα. Η επιτυχία της θεραπείας σε αυτό τον πληθυσμό προαπαιτεί έναν εκτεταμένο αριθμό επισκέψεων στις κλινικές, ομάδες θεραπείας και πιθανόν υψηλότερες δόσεις θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης (Selby, Voci, Zawertailo, George, & Brands, 2010). Οι Tidey και Rohsenow (2009) παρατήρησαν ότι, αν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και σύνδρομο ψυχασθένειας παρέχεται πιο εξατομικευμένη πληροφόρηση σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος, τόσο στην υγεία, αλλά κυρίως στην κοινωνικοποίηση, μπορεί να αυξηθεί η κινητοποίησή τους για διακοπή του καπνίσματος.

Χρήστες ουσιών: Σημαντική πληθυσμιακή ομάδα με υψηλά ποσοστά καπνιστών, που χρήζει ιδιαίτερης προσαρμογής και υποστήριξης στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος είναι οι χρήστες ουσιών, όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Επειδή η κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζεται άμεσα με την υποτροπή, θα πρέπει να υποστηρίζεται η αποχή ή έστω η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο της διακοπής. Σε παλιότερες μελέτες η κατανάλωση του αλκοόλ είχε συσχετισθεί με μειωμένες πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος. Στη μελέτη των Kahler και συν. (2009), σε 4 αγγλόφωνες χώρες με 4831 ασθενείς, βρέθηκε ότι τα πολύ αλκοολικά άτομα (5+ ποτά) είχαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, εν μέρη εξαιτίας των υψηλότερων ποσοστών υποτροπής προς το κάπνισμα, που εμφάνιζαν. Ο ρόλος της συχνής κατανάλωσης αλκοόλ δεν διέφερε σε σχέση με τη χώρα, το φύλο ή άλλες δημογραφικές παραμέτρους. Παρομοίως, σε μια μεταγενέστερη έρευνα των Kahler και συν. (2010) μελετήθηκε η συσχέτιση αλκοολισμού με τη διακοπή του καπνίσματος σε 3614 πρώην καπνιστές από 4 αγγλόφωνες χώρες για 2 χρόνια. Ομοίως με τα στοιχεία παλιότερων μελετών, τα άτομα, που πίνουν σημαντικά (5+ ποτά) πάνω από μια φορά την εβδομάδα, είχαν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν όμως ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν οδηγεί και σε σημαντικές μειώσεις στη χρήση αλκοόλ, ανεξάρτητα από το φύλο και τη χώρα, για αυτό οι πολιτικές και οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος είναι απίθανο να επηρεάσουν τα ποσοστά σοβαρού αλκοολισμού, εκτός και αν ενσωματώσουν και στοιχεία, που θα απευθύνονται στη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ.

Σε μελέτη των Nichter, Nichter, Cargoglu και Lloyd-Richardson (2010) εξετάζεται η συνύπαρξη του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των φοιτητών, μιας πληθυσμιακής ομάδας όπου η χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του καπνού και του

αλκοόλ, φτάνει στο μέγιστό της. Υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ της χρήσης σε χρόνο «πάρτι» και φυσιολογικού χρόνου, με τον χαρακτηρισμό πάρτι να ορίζεται ο κοινωνικός τόπος, όπου οι κανόνες καθημερινής συμπεριφοράς δεν ισχύουν. Η πλειοψηφία των καπνιστών «πάρτι» πίστευαν ότι το κάπνισμα συγχρόνως με το ποτό, δε θεωρείται πραγματικό κάπνισμα, για αυτό και ήταν κοινωνικά αποδεκτό. Η κατανάλωση του αλκοόλ και της χρήσης καπνού είναι γνωστές συσχετιζόμενες συμπεριφορές (Bobo & Husten, 2000) και η συσχέτιση μεταξύ των δύο ουσιών έχει βρεθεί ότι γίνεται μεγαλύτερη με την εντονότερη κατανάλωση μιας εκ των ουσιών (McKee, Hinson, Rounsaville, & Petrelli, 2004). Η μελέτη ανέδειξε πολλαπλές λειτουργίες του καπνίσματος και του ποτού, συμπεριλαμβανομένου ότι η παράλληλη κατανάλωση διευκολύνει την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο φίλων και βοηθά την έναρξη διαλόγου, βοηθά τα άτομα να ορίσουν το χρόνο και το χώρο στα πάρτι, βοηθάει τους καπνιστές «πάρτι» να καπνίσουν χωρίς αναστολές και με λιγότερες παρενέργειες, βοηθάει τα άτομα να ηρεμήσουν, όταν αισθάνονται μεθυσμένα και τα κρατάει ξύπνια. Αυτό εξηγείται επειδή η νικοτίνη και το αλκοόλ παράγουν αντίθετες επιδράσεις στο σώμα, με το αλκοόλ να αυξάνει τα απολαυστικά αποτελέσματα της νικοτίνης και αντιστρόφως.

Η μελέτη των Bobo, McIlvain, Lando, Walker και Leed-Kelly (1998), είχε στόχο την αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος διακοπής του καπνίσματος για απεξαρτημένους χρήστες αλκοόλ στη χρήση αλκοόλ, καπνού και παράνομων ουσιών. Το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος βασιζόταν στην ετοιμότητα του μοντέλου σταδίων αλλαγής. Περιελάμβανε εξατομικευμένες 10-15λεπτες συμβουλευτικές συνεδρίες με το προσωπικό της δομής απεξάρτησης χρηστών αλκοόλ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμβουλευτική των εξαρτημένων από το αλκοόλ για να διακόψουν το κάπνισμα δεν θέτει σε κίνδυνο τη διαδικασία ανάρρωσής τους από τη χρήση αλκοόλ. Ωστόσο, η επίδραση της παρέμβασης στα ποσοστά διακοπής καπνίσματος δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Η μελέτη των Pattern, Wolter, Martin, Calfas και Lento (2001) είχε στόχο τον προσδιορισμό των αρχικών προγνωστικών παραγόντων της αποχής μεταξύ καπνιστών, που έχουν ιστορικό αλκοολισμού. Οι καπνιστές συμμετείχαν σε τυπική συμπεριφορική θεραπεία, σε συμπεριφορική θεραπεία με άσκηση ή σε συμπεριφορική θεραπεία με χρήση τσίγλας νικοτίνης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μεγαλύτερη διάρκεια μιας προηγούμενης αποχής από το κάπνισμα και η αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας θεραπείας και της ύπαρξης ενεργού υποστήριξης 12 βημάτων, συνδέονται πολυπαραγοντικά με την στιγμιαία-επικράτηση (point-prevalence) της αποχής από το κάπνισμα μετά τη θεραπεία. Η τυπική θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική για εκείνους, που είχαν ενεργό υποστήριξη. Στην

παρακολούθηση μετά από ένα χρόνο, η χαμηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ανοχής του Fagerstrom (Fagerstrom Tolerance Questionnaire, K.O.Fagerstrom, 1978) και τα λιγότερα χρόνια καπνίσματος φάνηκαν να είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες της στιγμιαίας-επικράτησης αποχής του καπνίσματος.

Η μελέτη των Leed-Kelly, Russel, Bobo και McIlvain (1996) είχε στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της τηλεφωνικής συμβουλευτικής στον ειδικό πληθυσμό καπνιστών, που έχουν ταυτόχρονα προβλήματα με το ποτό ή είναι απεξαρτημένοι από το αλκοόλ. Η τηλεφωνική συμβουλευτική διεξήχθη μετά τη θεραπεία απεξάρτησης, αποτελούταν από τρεις συνεδρίες και βασίστηκε στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου, που βασίζεται στα στάδια αλλαγής, φαίνεται να είναι αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπιση διακοπής καπνίσματος μεταξύ απεξαρτημένων αλκοολικών, με μια μέτρια θετική επίδραση στη μετέπειτα χρήση καπνού. Εκείνοι, που ολοκλήρωσαν μια συνεδρία, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να προχωρήσουν ένα στάδιο αλλαγής στην ετοιμότητα τους για διακοπή του καπνίσματος και να αναφέρουν ότι έχουν κόψει το κάπνισμα για τουλάχιστον 24 ώρες μετά την αποχώρησή τους από τη θεραπεία.

Όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών, τα άτομα, που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη, κινητοποιούνται να κόψουν το κάπνισμα και για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική για αυτούς η θεραπεία υποβοήθειας διακοπής του καπνίσματος. Λίγες μελέτες έχουν αποδείξει επιτυχή αποχή από το κάπνισμα μεταξύ των πρώην χρηστών ναρκωτικών ουσιών, ενώ τα περισσότερα αντικαπνιστικά παρεμβατικά προγράμματα σχετίζονται με σημαντική μείωση του καπνίσματος, όχι σταδιακά, αλλά από την πρώτη μέρα. Δεν βρέθηκαν διαφορές σχετικά με το αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος και το φύλο και το πιο σημαντικό είναι ότι η θεραπεία υποβοήθειας της διακοπής καπνίσματος δεν επιβαρύνει την χρήση ουσιών (Okoli et al., 2010). Σε αυτά τα άτομα σημαντική είναι επίσης και η υποστήριξη από τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο (Alpert, 2009). Οι συμμετοχή των γονέων σε παρεμβάσεις πρόληψης στηρίζεται στην σημασία της οικογένειας, στην αξία των παιδιών, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις, στην σχέση γονέα – παιδιού και στην αίσθηση της προσκόλλησης στην οικογένεια (Elder et al., 2002).

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά μοντέλα παρέμβασης τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διακοπή του καπνίσματος, και μπορούν να εφαρμοστούν διαφοροποιημένα και εξατομικευμένα ανάλογα με τον πληθυσμό-στόχο για καλύτερα αποτελέσματα.

Τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης και Διαδίκτυο

Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης μπορούν να ξεκινήσουν ως μια απλή και οικονομική μέθοδος παρέμβασης. Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης χρησιμοποιούν δυο κύριες προσεγγίσεις:

Τη δραστική: Όπου οι καπνιστές μπορούν απλά να τηλεφωνήσουν στη γραμμή.

Την προληπτική: Όπου οι σύμβουλοι υποστήριξης τηλεφωνούν πίσω τους καλούντες και τους δίνουν συνεχιζόμενη τηλεφωνική υποστήριξη. Η προληπτική παρέμβαση μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική σε σύγκριση με παρέμβαση χωρίς προσωπική επαφή.

Επί του παρόντος, στην Αμερική λειτουργεί μία εθνική γραμμή βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος (Alpert, 2009), η οποία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική ως βιώσιμη συμβουλευτική μέθοδος διακοπής, σε μία μελέτη, που εξέτασε ένα συνδυαστικό δωρεάν παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος με αυτές τις υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου και ιντερνέτ, με τη συμμετοχή 11143 συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν περισσότερο τις υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου, ενώ οι γυναίκες, οι μεγαλύτεροι (>26) και οι μέτριας έντασης (15 τσιγάρα/μέρα) καπνιστές τήρησαν και χρησιμοποίησαν περισσότερο όλες τις υπηρεσίες. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών ήταν υψηλός (95%), ενώ η χρήση του ιντερνέτ ήταν άμεσα συσχετιζόμενη με αυξημένο αριθμό κλήσεων και τη τελική διακοπή του καπνίσματος, δηλαδή η καλύτερη τήρηση του προγράμματος και στα δύο συστατικά του συσχετιζόνταν με υψηλότερα ποσοστά διακοπής (Zbikowski, Hargood, Barnwell, & McAfee, 2008). Τελευταία αυξάνονται και τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος χρησιμοποιώντας μηνύματα στα κινητά τηλέφωνα ως μια παρεμβατική μέθοδος κυρίως κατευθυνόμενη προς τους νέους. Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα παρέμβασης χρησιμοποιώντας μηνύματα στα κινητά σε μαθητές κολλεγίου απέφερε αποχή από το κάπνισμα που έφτανε το 42% 2 μήνες μετά (Riley, Jami, & Jersino, 2008).

Αποτελέσματα, που δείχνουν ότι η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου μπορεί να είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση, καταγράφοντας μείωση στην ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, προκύπτουν από τη μελέτη των Witkiewitz, Bush, Magnusson, Carlini και Zbikowski (2012), οι οποίοι ερεύνησαν την αλλαγή στον αριθμό των τσιγάρων των συμμετεχόντων σε ένα πρόγραμμα τηλεφωνικής υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η μελέτη των Lipkus, Lyna και Rimer (1999) μελέτησε την επίδραση τριών προσεγγίσεων προσαρμοσμένης παρέμβασης στην αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος μεταξύ των Αφρο-Αμερικάνων καπνιστών, οι οποίοι ήταν πελάτες ενός κοινοτικού κέντρου υγείας. Οι καπνιστές συμμετείχαν σε μια από τις τρεις ομάδες: α) παρέμβαση από τον επαγγελματία υγείας μόνο, β) παρέμβαση από τον επαγγελματία υγείας σε συνδυασμό με προσαρμοσμένη έντυπη πληροφόρηση, γ) παρέμβαση από τον επαγγελματία υγείας σε συνδυασμό με προσαρμοσμένη έντυπη πληροφόρηση και προσαρμοσμένη τηλεφωνική συμβουλευτική. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη συνεχιζόμενη βελτίωση της προσαρμοσμένης πληροφόρησης με στόχο τη βοήθεια των Αφρο-αμερικάνων καπνιστών για να σταματήσουν το κάπνισμα. Στην παρακολούθηση μετά τη θεραπεία, οι καπνιστές της β' ομάδας ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν διακοπή καπνίσματος από τους καπνιστές της α' ομάδας. Οι καπνιστές της γ' ομάδας δεν ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν διακοπή καπνίσματος από εκείνους της α' ομάδας. Οι καπνιστές, που κατά την έναρξη ήταν λιγότερο μορφωμένοι και κάπνιζαν λιγότερο από μισό πακέτο τσιγάρων την ημέρα, είχαν μεγαλύτερη επιθυμία να σταματήσουν το κάπνισμα και εκείνοι που αισθανόντουσαν περισσότερο αποτελεσματικοί ή/και που σκεφτόντουσαν να σταματήσουν το κάπνισμα ήταν περισσότερο πιθανό να αναφέρουν διακοπή καπνίσματος.

Η μελέτη των Zhu, Tedeschi, Aderson και Pierce (1996) αφορά την περιγραφή ενός πρωτοκόλλου τηλεφωνικής συμβουλευτικής παρέμβασης, πολλαπλών συνεδριών, για τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτή η συμβουλευτική παρέμβαση, πολλαπλών συνεδριών, για τη διακοπή του καπνίσματος είχε συγκριθεί, σε προηγούμενη μελέτη, με άλλες δύο συνθήκες, αυτής της αυτοβοήθειας και της συμβουλευτικής μίας συνεδρίας. Τα αποτελέσματα της παρακολούθησης μετά από 12 μήνες έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά αδιάκοπης αποχής από το κάπνισμα στη συνθήκη συμβουλευτικής πολλαπλών συνεδριών, σε σχέση με τις συνθήκες αυτοβοήθειας και συμβουλευτική μίας συνεδρίας (26,7%, 14,7%, 19,8% αντίστοιχα). Με βάση αυτά τα αποτελέσματα ιδρύθηκε η τηλεφωνική γραμμή για καπνιστές της Καλιφόρνιας. Η δομή της συμβουλευτικής πολλαπλών συνεδριών αποτελείται από μία συνεδρία 50 λεπτών πριν τη διακοπή του καπνίσματος και από πέντε 20λεπτων συνεδριών για διάστημα άνω του ενός μήνα μετά την προσπάθεια διακοπής. Τα βασικά χαρακτηριστικά της μορφής της τηλεφωνικής συμβουλευτικής, όπως η διεξαγωγή της σε ατομικό επίπεδο, η παροχή κάποιου βαθμού ανωνυμίας, η διεξαγωγή προληπτικής συμβουλευτικής και η δυνατότητα χρήσης ενός δομημένου πρωτοκόλλου συμβουλευτικής, επηρεάζουν την αλληλεπίδραση μεταξύ συμβούλου και πελάτη και την διαφοροποιούν σημαντικά από τις παραδοσιακές ομαδικές συνεδρίες για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι

κατευθυντήριες αρχές του πρωτοκόλλου τηλεφωνικής συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος εμπίπτουν στο γενικό πλαίσιο της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, δίνοντας έμφαση στην ατομική ικανότητα για αυτορρύθμιση και στη σπουδαιότητα της αυτοαποτελεσματικότητας στην πραγματοποίηση αλλαγών συμπεριφοράς. Η πρακτική διεξαγωγή της τηλεφωνικής γραμμής για καπνιστές της Καλιφόρνιας ακολουθεί έναν συνδυασμό των αρχών της παρακινητικής συνέντευξης για να παρακινήσει την αλλαγή συμπεριφοράς, και εκείνων της γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών. Ο ρόλος του συμβούλου είναι να προωθήσει την παρακίνηση για αλλαγή και να βοηθήσει τον πελάτη να αναπτύξει την επάρκειά του για αυτοδιαχείριση.

Η μελέτη των Rothemich και συν. (2010) είχε στόχο να προσδιορίσει αν η παροχή υποστήριξης για διακοπή καπνίσματος στις ιατρικές δομές ενισχύεται από μια προσέγγιση συστημάτων, σε συνεργασία με τηλεφωνικές γραμμές στήριξης. Η παροχή υποστήριξης ορίζεται ως συζήτηση των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος ή ως παραπομπή σε γραμμή υποστήριξης. Η παρέμβαση περιελάμβανε τον προσδιορισμό των καπνιστών, την παροχή συμβουλών διακοπής καπνίσματος, και την αξιολόγηση της ετοιμότητας για διακοπή καπνίσματος και συνδυάστηκε με παραπομπή των καπνιστών του σταδίου προετοιμασίας σε γραμμές υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος, οι οποίες παρέχουν ανατροφοδότηση στις ιατρικές δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μια συστημική προσέγγιση για τον προσδιορισμό των καπνιστών, τη συμβουλευτική και την αξιολόγηση της ετοιμότητας για διακοπή του καπνίσματος, σε συνδυασμό με μια γραμμή στήριξης, αυξάνει την παροχή στήριξης για διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς ιατρικών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στη μελέτη των Liu και συν. (2007) παρουσιάζεται ο σχεδιασμός και τα αρχικά χαρακτηριστικά της HS μελέτης (Hutchinson Study of High School Smoking). Η μελέτη διερευνά την επίδραση της τηλεφωνικής συμβουλευτικής παρέμβασης, προσαρμοσμένης στις ανάγκες του ατόμου για την διακοπή του καπνίσματος σε εφήβους. Οι έφηβοι καπνιστές εντοπίστηκαν μέσω μιας αρχικής μελέτης και στη συνέχεια καλούνταν να συμμετάσχουν στην παρέμβαση. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης περιορίζονται στα αρχικά ευρήματα της HS μελέτης, δηλαδή πριν την παρέμβαση. Ο πληθυσμός εμφάνιζε ετερογένεια ως προς τον ρυθμό και τη συχνότητα του καπνίσματος, ως προς το επίπεδο παρακίνησης για διακοπή και ως προς τον βαθμό δεκτικότητας της παροχής βοήθειας για διακοπή του καπνίσματος. Οι αρχικές μετρήσεις έδειξαν ότι η πλειοψηφία των εφήβων καπνιστών δεν επιθυμεί βοήθεια

για τη διακοπή του καπνίσματος, παρόλο που το 81% των καπνιστών δέχτηκε να συμμετάσχει στην παρέμβαση.

Αντικείμενο της μελέτης των Villanti, McKay, Abrams, Holtgrave και Bowie (2010) ήταν μια συστηματική κριτική των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος για νέους (18-24 χρονών), που ζουν στις Η.Π.Α. Από τα συμπεράσματα φάνηκε ότι οι υποσχόμενες παρεμβάσεις ήταν βραχείες, με υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και ηλεκτρονικών μέσων.

Το διαδίκτυο πλέον αποτελεί ένα νέο όχημα υποστήριξης και προώθησης της διακοπής του καπνίσματος, είτε μέσω εξατομικευμένων ιστοσελίδων και ιστότοπων βοήθειας διακοπής του καπνίσματος (WATIs) (Bock, Graham, Whiteley, & Stoddard, 2008), είτε μέσω εξειδικευμένων e-mails (Poel, Bolman, Reubsæet, & de Vries, 2009). Τα διαδικτυακά, εξατομικευμένα διαδραστικά παρεμβατικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι πιο αποτελεσματικά, αποδεκτά, εύκολα προσβάσιμα, ελκυστικά και προσφέρουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης, συγκρινόμενα με τα γενικά αντικαπνιστικά φυλλάδια ενημέρωσης ή τα προγράμματα παρέμβασης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Ανάλογα με το διαθέσιμο πρόγραμμα, ο βαθμός της αποτελεσματικότητας ποικίλει, με τα παρεμβατικά προγράμματα, που στόχευαν σε καπνιστές, που ήταν διατεθειμένοι να κόψουν το κάπνισμα, να εμφανίζονται ως τα πιο αποτελεσματικά (Norman, Maley, Li, & Skinner, 2008; Shahab & McEwen, 2009). Σε μια έρευνα μελέτης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του περιεχομένου των WATIs ιστοτόπων βρέθηκε ότι το 70% περιέχουν γενικά σωστές πληροφορίες, ενώ εκεί, που επισημάνθηκαν συνήθως οι λανθασμένες πληροφορίες, αφορούσαν περιεχόμενο σχετικό με τη φαρμακοθεραπεία. Επιπλέον, το ποσοστό των ιστότοπων, που περιελάμβανε τουλάχιστον μία διαδραστική δραστηριότητα αυξήθηκε από 39% το 2004 στο 56% το 2008 (Bock et al., 2008).

Γενικά, τα αποτελέσματα πολλών μελετών δείχνουν ότι η βοήθεια μέσω διαδικτύου είναι μια ελκυστική και δυνητικά αποτελεσματική επιλογή σε σχέση με το κόστος. Ακόμη, φαίνεται ότι οι διαδραστικές, προσωποποιημένες ιστοσελίδες είναι πιο αποτελεσματικές και μπορεί να βοηθήσουν τους καπνιστές, που δεν αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, να σταματήσουν και να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα (Rabius, Pike, Wiatrek, & McAlister, 2008) και αυξάνουν τις αντιστάσεις των μη καπνιστών-στριών ως προς την έναρξη του καπνίσματος (Norman et al., 2008).

Η χρήση μηνυμάτων προώθησης και υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος μέσω εξατομικευμένων e-mails αρχίζει και αυξάνει τα τελευταία χρόνια, με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε μια έρευνα εξέτασης σε 5234 Δανούς της αποτελεσματικότητας, κατανόησης και αξιοπιστίας των παρεμβάσεων διακοπής

καπνίσματος μέσω εξατομικευμένων e-mails, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική μείωση του καπνίσματος μετά από 1 βδομάδα (20,4% έναντι 7,8% στην ομάδα ελέγχου), καθώς και καλύτερη κατανόηση των λόγων και των αιτιών που θα πρέπει να ξεκινήσει η διακοπή καπνίσματος (Poel et al., 2009).

Μηνύματα Πειθούς-Απώλειας

Τα μηνύματα πειθούς για την υγεία είναι κεντρικό συστατικό στοιχείο των προσπαθειών για τη προώθηση της υγιεινής συμπεριφοράς (Van't Riet, Ruiter, Werrij, & De Vries, 2008). Τα μηνύματα πειθούς μπορούν να σχεδιαστούν και να τοποθετηθούν σε σχέση με τα οφέλη, που αποδίδει η υγιεινή συμπεριφορά (τοποθέτηση κέρδους), ή σε σχέση με το κόστος μη ακολουθίας της υγιεινής συμπεριφοράς (τοποθέτηση απώλειας). Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα μηνύματα κέρδους και απώλειας έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην αυτοπροστατευτική δράση των ατόμων ή στην κινητοποίησή τους να ακολουθήσουν την υγιεινή συμπεριφορά, ακόμα κι όταν η πληροφορία, που συμπεριλαμβάνεται στα μηνύματα κέρδους και απώλειας, είναι ισοδύναμη (Rothman & Salovey, 1997).

Ένας παράγοντας, που μπορεί να επηρεάσει τις επιδράσεις των μηνυμάτων κέρδους και απώλειας στην προώθηση της υγείας, είναι ο αντιληπτός κίνδυνος της συμπεριφοράς στόχου. Έχει αποδειχθεί ότι οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά στην πληροφόρηση σχετικά με τις συνέπειες μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς, ανάλογα με το εάν οι εκάστοτε συνέπειες παρουσιάζονται ως κέρδος ή ως απώλειες (Kahneman, 2003). Φάνηκε ότι η πληροφορία απώλειας ενεργοποιεί τα άτομα να προτιμούν να παίρνουν ρίσκα, ενώ αντίθετα τα μηνύματα κέρδους ενεργοποιούν την επιλογή της σιγουριάς, το οποίο και επεκτάθηκε και εφαρμόστηκε στο σύνολο της έρευνας πειθούς. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η επιρροή του μηνύματος προώθησης υγείας είναι συνεπής, ανάλογα με το κατά πόσο η προωθούμενη συμπεριφορά υγείας θεωρείται επικίνδυνη. Όσον αφορά το κάπνισμα, αναφέρεται ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται συμπεριφορές, που λειτουργούν στο πλαίσιο πρόληψης νόσου, όπως η άσκηση ή η διακοπή του καπνίσματος, ως μη επικίνδυνες επειδή η εκτέλεση τους δεν έχει ως αποτέλεσμα αύξηση του κινδύνου για την υγεία, αλλά μείωσή του (Rothman & Salovey 1997). Για το λόγο αυτό φαίνεται τα μηνύματα κέρδους να είναι αποτελεσματικότερα από τα μηνύματα απώλειας στην κινητοποίηση των ανθρώπων να συμμετέχουν σε ακίνδυνες συμπεριφορές πρόληψης υγείας, ενώ τα μηνύματα απώλειας είναι πιο αποτελεσματικά στην κινητοποίηση ανθρώπων να συμμετέχουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία, αφού τα μηνύματα απώλειας εμπεριέχουν μεγαλύτερη υπόνοια

του κινδύνου, ειδικά όταν οι αποδέκτες πιστεύουν ότι ο κίνδυνος μπορεί να αποφευχθεί (Cox & Cox, 2001).

Για αυτό το λόγο, πολλοί μελετητές διαφοροποιούν την τοποθέτηση των μηνυμάτων ως προς το στόχο, τη συμπεριφορά και την επιλογή κινδύνου (Levin, Schneider, & Gaeth, 1998; Van'T Riet et al., 2008), με την αντίστοιχη πρόταση διαφοροποίησης και χρήσης μηνυμάτων κέρδους ή απώλειας ανάλογα με τη περίπτωση. Για το κάπνισμα φαίνεται ότι η αυτοϊκανότητα επηρεάζει τα αποτελέσματα του μηνύματος στην πειθώ. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με υψηλή αυτοϊκανότητα και κινητοποίηση να κόψουν το κάπνισμα φαίνεται να πείθονται περισσότερο από μηνύματα απώλειας, ενώ για τους συμμετέχοντες με χαμηλή αυτοϊκανότητα ως προς τη διακοπή του καπνίσματος δεν υπήρχε διαφοροποίηση στη κινητοποίηση τους ανάλογα με το τύπο μηνύματος (Van'T Riet et al., 2008). Σε μια άλλη μελέτη, φάνηκε ότι η πρόθεση των καπνιστών να κόψουν το κάπνισμα και το επίπεδο της εξάρτησής τους από τη νικοτίνη συνδυαστικά επηρεάζουν την πειστικότητα των μηνυμάτων κέρδους ή απώλειας. Όταν η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η πρόθεση για διακοπή είναι υψηλά, τα μηνύματα απώλειας δρουν καλύτερα. Αντίθετα, τα μηνύματα κέρδους είναι προτιμότερα όταν η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η πρόθεση για διακοπή είναι χαμηλή. Το επίπεδο κατανόησης και επεξεργασίας των καπνιστών προτείνεται ως ο κύριος αίτιος μηχανισμός, που εξηγεί τις διαφορετικές επιδράσεις των δυο τύπων μηνυμάτων (Moorman and Putte, 2008).

Το μοντέλο προβολής αρνητικού μηνύματος εικόνας χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς καπνιστές μετά την προβολή οπτικού υλικού από τη καρωτιδική αρτηρία τους, για να τους αποδειχθεί οπτικά η παρουσία της αρτηριοσκληρωτικής πλάκας σε σχέση με την εικόνα μιας υγιούς αρτηρίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος αύξησε σημαντικά την αντίληψη της ανθυγιεινής υπόστασης του καπνίσματος και τη συσχέτισή του με ασθένειες, που προκαλούνται από αυτό, όπως και ενεργοποίησε αρκετούς συμμετέχοντες να ξεκινήσουν τη διακοπή του καπνίσματος – η τελική επιτυχία όμως εξαρτήθηκε και πάλι άμεσα από την αυτοϊκανότητα του κάθε ατόμου, καθώς μόνο τα άτομα με μεγαλύτερα επίπεδα αυτοεπιβολής μπόρεσαν τελικά να το κόψουν (Shahab, Hall, & Marteau, 2007). Το Μοντέλο Εικόνας-Συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχημένα για το σχεδιασμό σύντομων παρεμβατικών προγραμμάτων και για εφήβους, το οποίο συνενώνει την πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών με τη προώθηση των συνηθειών υγείας, όπως η άσκηση, η σωστή διατροφή και ο επαρκής ύπνος. Το πρόγραμμα λειτουργεί ως παράδειγμα μοντέλου πολλαπλών συμπεριφορών υγείας, καθώς προβλέπει ότι επιλεγμένες εξεζητημένες εικόνες άλλων και του εαυτού μας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία μηνυμάτων κέρδους-απώλειας, σε συνδυασμό με τη

κινητοποίηση υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών με απλές σύντομες παρεμβάσεις. Αυτό το περιεχόμενο στη συνέχεια ενεργοποιεί παρούσες και μελλοντικές εικόνες του εαυτού μέσω της διαδικασίας της κοινωνικής σύγκρισης και αυτοσύγκρισης, οδηγώντας σε βελτιώσεις σε παράγοντες κινδύνου και αντίστοιχες αλλαγές στις στοχευόμενες υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές (Werch, 2007).

Φαρμακοθεραπεία

Παρ' όλο που καμία θεραπευτική επιλογή δεν θεωρείται «μαγική σφαίρα» στη μάχη της διακοπής του καπνίσματος, η βάση επιστημονικών δεδομένων πλέον συμπεριλαμβάνει διάφορες θεραπείες που αυξάνουν τις πιθανότητες επίτευξης μακροχρόνιας αποχής (Rigotti, 2009). Οι ανανεωμένες κατευθυντήριες οδηγίες του Δημόσιου Συστήματος Υγείας (Public Health Service – PHS, 2008) προτείνουν τριών ειδών θεραπείες, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη θεραπεία της εξάρτησης του καπνού: θεραπεία υποκατάστατου νικοτίνης (NRT), αντικαταθλιπτικό Bupropion SR (εμπορικό όνομα Zyban) και varenicline tartrate (εμπορικό όνομα Chantix) (Musich et al., 2009)

Υποκατάστατα Νικοτίνης (NRT): Οι θεραπείες υποκατάστατων νικοτίνης μειώνουν τα στερητικά συμπτώματα, που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος, με το να αντικαταστήσουν εν μέρει το ποσοστό νικοτίνης στο αίμα. Τα ποσοστά διακοπής είναι πολύ ανώτερα του Placebo (77%), όπως φαίνεται από μία μετανάλυση στο Cochrane (Silagy, Mant, Fowler, & Lancaster, 2000), ενώ όλες οι διαθέσιμες μορφές υποκατάστατων νικοτίνης είναι αποτελεσματικές. Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι είναι αρκετά ασφαλή, καθώς δεν συσχετίζονται με εμφάνιση καρδιακών επεισοδίων (Shah et al., 2008). Ο FDA (US Food and Drug Administration) έχει εγκρίνει 5 τύπους υποκατάστατων νικοτίνης για χρήση για τη διακοπή του καπνίσματος (Πίνακας 2) (Roorchandani et al., 2008).

Πίνακας 2. Τύποι υποκατάστατων νικοτίνης εγκεκριμένοι από τον FDA.

Όνομα	Περιεχόμενο	Φαρμακομορφή	Δίοδος
1 Αυτοκόλλητα Νικοτίνης	Νικοτίνη	Αυτοκόλλητα	Διαδερμική
2 Τσίγλα Νικοτίνης	Νικοτίνη	Μασώμενη τσίγλα	Στοματική
3 Σπρέι Νικοτίνης	Νικοτίνη	Σπρέι	Εισπνευστική
4 Παστίλιες Νικοτίνης	Νικοτίνη	Παστίλιες	Στοματική
5 Συνδυασμός αυτοκόλλητου & άλλου υποκατάστατου	Νικοτίνη	Συνδυασμός προϊόντων	Στοματική & διαδερμική

Αυτοκόλλητο νικοτίνης: Το αυτοκόλλητο νικοτίνης είναι μια σημαντική βοήθεια στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος μεταξύ των διάφορων στρατηγικών, που το συμπεριλαμβάνουν ως θεραπευτική επιλογή. Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι και δοσολογικά σχήματα αυτοκόλλητων νικοτίνης, με κυρίαρχα το αυτοκόλλητο 16ωρης δράσης, που προτείνεται στους ελαφρείς καπνιστές, και το αυτοκόλλητο 24ωρης δράσης για τους βαρείς καπνιστές με περισσότερες παρενέργειες όμως (Roorchandani et al., 2008). Οι ενεργοί χρήστες του αυτοκόλλητου νικοτίνης είχαν διπλάσιες πιθανότητες να κόψουν το κάπνισμα σε σχέση με το Placebo (27% vs 13%), τόσο σε εντατικά ή μη συμβουλευτικά παρεμβατικά προγράμματα, κάτι που το καθιστά σημαντικό υποβοήθημα στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Η αποτελεσματικότητα του αυτοκόλλητων 16ωρης και 24ωρης δράσης ήταν παρόμοια, ενώ η επέκταση της χρήσης του άνω των 2 μηνών δεν εμφάνισε αύξηση της αποτελεσματικότητας του (Fiore, Smith, Jorenby, & Baker, 1994).

Τσίγλα νικοτίνης: Η τσίγλα νικοτίνης απορροφάται μέσω της στοματικής βλεννογόνου και βοηθά στο σύνδρομο στέρησης νικοτίνης, αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από άτομα που υποφέρουν από κροταφογοναθικό σύνδρομο ή άτομα με προβλήματα στα δόντια (π.χ. γέφυρες). Οι καπνιστές, που καπνίζουν λιγότερο από 25 τσιγάρα την ημέρα, θα πρέπει να χρησιμοποιούν 2mg δόσης, και τα 4mg να χρησιμοποιούνται από αυτούς-ες που καπνίζουν περισσότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα. (Alpert, 2009). Για την τσίγλα, σπουδαίοι παράγοντες όσον αφορά τα αποτελέσματά της στη συνεχή αποχή, ήταν η ηλικία και ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται, με τους νεαρούς φανατικούς καπνιστές να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας (Forman & Killen, 1994). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί επειδή πολλοί καπνιστές αναφέρουν την ανάγκη να κόψουν το κάπνισμα, μειώνοντας σταδιακά τον αριθμό των τσιγάρων, μέχρι να το σταματήσουν εντελώς. Αν σε αυτά τα άτομα προστεθεί η τσίγλα νικοτίνης, μπορεί να αυξήσει και 50% με 80% τις πιθανότητες να κόψουν σταδιακά το κάπνισμα, διευκολύνοντας τη μείωση και εν τέλει τη διακοπή του (Shiffman, Ferguson, & Strahs, 2009).

Παστίλια Νικοτίνης: Οι παστίλιες νικοτίνης αποτελούν τη νεώτερη μορφή NRT στην αγορά και ήταν οι πρώτες, που πήραν έγκριση να πωλούνται χωρίς συνταγογράφηση γιατρού ως υποβοήθημα της διακοπής καπνίσματος. Είναι διαθέσιμες σε δύο δόσεις, 2mg και 4mg και ο καπνιστής καθορίζει ποια δόση είναι η κατάλληλη με βάση το πότε κάνει το πρώτο του τσιγάρο μέσα στη μέρα. Η συνιστώμενη δόση είναι μία παστίλια κάθε 1-2 ώρες για 6 βδομάδες, και έπειτα μια παστίλια κάθε 2-4 ώρες για να φτάσει η τελική τιτλοποίηση στις 3

παστίλιες την ημέρα τη 12^η βδομάδα. Πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν αϋπνίες, ναυτία, λόξυγκα, βήχα, πονοκέφαλο και ζαλάδες (Roorchandani et al., 2008).

Νικοτινικό σπρέι: Το νικοτινικό σπρέι επιτρέπει την γρήγορη απορρόφηση από τη βλεννογόνο της μύτης. Είναι μια ιδανική θεραπεία για αυτούς που χρειάζονται γρήγορη ανακούφιση από το στερητικό σύνδρομο έλλειψης νικοτίνης. Κάθε σπρέι εκφέρει 0,5mg στο κάθε ρουθούνι. Αρχικά θα πρέπει να λαμβάνονται 1 με 2 δόσεις κάθε ώρα, με μια αύξηση της δοσολογίας, αν είναι απαραίτητο, για ανακούφιση των συμπτωμάτων. Μία παρενέργεια του νικοτινικού σπρέι είναι ο ερεθισμός του βλεννογόνου της μύτης και του λαιμού. Μερικοί ασθενείς μπορεί επίσης να εμφανίσουν δακρύρροια, και βήχα, τα οποία όμως και υποχωρούν μετά από συνεχιζόμενη χρήση (Alpert, 2009).

Γενικά, η χρήση όλων των υποκατάστατων νικοτίνης θα πρέπει να αποφεύγεται από όσους πάσχουν από στεφανιαία σύνδρομο, όπως σοβαρές αρρυθμίες, στηθάγχη, ή πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, εξαιτίας των επιδράσεων της νικοτίνης (π.χ. αυξημένο καρδιακό έργο και συστολή των στεφανιαίων αγγείων). Επίσης, τα NRT δεν συνιστώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επειδή οι επιπτώσεις στο έμβρυο δεν έχουν αποσαφηνισθεί. Παρ' όλα αυτά κάποιοι ειδικοί θεωρούν ότι η χρήση των NRT κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ξεπερνά τις αρνητικές επιπτώσεις από τη χρήση του τσιγάρου στο έμβρυο και στη μητέρα (Alpert, 2009). Τα NRT χρησιμοποιούνται με ή χωρίς υποστηρικτική συμβουλευτική βοήθεια, άλλα έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικά με υποστήριξη (Stead et al., 2008), αφού η εισαγωγή έστω ενός συμβουλευτικού τηλεφωνήματος κατά τη διάρκεια θεραπείας με NRT, σχεδόν διπλασιάζει τις πιθανότητες για επιτυχή διακοπή (33% vs 19%) (Miguez and Beeona, 2008). Η αντίληψη ως προς την αποτελεσματικότητα των NRT σχετίζεται με τη διάθεση του ατόμου να τα χρησιμοποιήσει, και οι καπνιστές αναμένουν ένα εύρος από φυσικές και ψυχολογικές παρενέργειες από τη χρήση τους. Αυτό φαίνεται ενεργά από τη διαφορά αντίληψης μεταξύ των ενεργών και πρώην καπνιστών, όπου το 7% και 41% αντίστοιχα θεωρεί τα NRT ως αναποτελεσματικά (Vogt, Hall, & Marteau, 2008).

Ένα από τα πιο σημαντικά σφάλματα στην εφαρμογή της υποκατάστασης της νικοτίνης μπορεί να είναι ότι η διάρκεια της θεραπείας τελειώνει σύντομα. Στην πραγματικότητα, περισσότεροι από τους μισούς χρήστες NRT δε συμμορφώνονται με το προτεινόμενο σχήμα θεραπείας (Raupach et al., 2008). Σε ομάδες συγκέντρωσης, οι καπνιστές ανέφεραν ότι η απόφαση να χρησιμοποιήσουν θεραπείες βασισμένες στη νικοτίνη ήταν επηρεασμένη από τη γνώση για την αποτελεσματικότητα των διάφορων θεραπειών, τις

ανησυχίες για τις παρενέργειες των θεραπειών και την πρόσβαση στις θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών για το κόστος και τη δυσκολία να πάρουν σχετική συνταγή από τους γιατρούς (Vogt et al., 2008).

Bupropion SR: Τα αντικαταθλιπτικά (bupropion και nortriptyline) αποτελούν καλές θεραπευτικές επιλογές. Το bupropion δρα αυξάνοντας τα εγκεφαλικά επίπεδα ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης, μπλοκάροντας τους υποδοχείς τους και είναι ανταγωνιστής της νικοτίνης, βοηθώντας στην έλλειψη νικοτίνης και στο στερητικό σύνδρομο. Πρωταρχικά φαίνεται να λειτουργεί στη μετρίαση της επίδρασης της διακοπής του καπνίσματος στην ένταση και στη συχνότητα της αρνητικής διάθεσης, καθώς και στη σοβαρότητα και τις αντιδράσεις του στρες και του άγχους, που συσχετίζονται με την υποτροπή προς το κάπνισμα (Musich et al., 2009). Η χρήση του πρέπει να ξεκινήσει 1 με 2 βδομάδες πριν τη προγραμματισμένη μέρα διακοπής, ώστε να εξασφαλισθεί ότι μέχρι την κρίσιμη ημερομηνία το φάρμακο θα έχει φτάσει στο καθοριστικό επαρκές φαρμακολογικό του επίπεδο μέσα στο αίμα. Συνήθως η αγωγή ξεκινά με 150mg τη μέρα για τις πρώτες 2 μέρες και έπειτα η δόση αυξάνεται στα 300mg. Οι ασθενείς, που λαμβάνουν bupropion, αναφέρουν ξηροστομία και αϋπνίες, οι οποίες όμως εξαλείφονται μετά από συνεχιζόμενη χρήση. Υπάρχει αντένδειξη για τα άτομα με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, καθώς αποτελεί επιπλοκή του φαρμάκου (Alpert, 2009).

Μια μεγάλη διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη με Placebo μελέτη συνέκρινε την σχετική αποτελεσματικότητα του bupropion σταθερής αποδέσμευσης, του αυτοκόλλητου νικοτίνης, του bupropion συν αυτοκόλλητο νικοτίνης και του placebo. Μέσα σε ένα χρόνο οι ομάδες, που έπαιρναν bupropion, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε 1 βδομάδα, από ό,τι οι άλλες ομάδες (bupropion 30%, placebo 16%, αυτοκόλλητο νικοτίνης 16%) (Jorenby et al., 1999). Η συνεχιζόμενη αποχή από το κάπνισμα ήταν επίσης μεγαλύτερη για τις ομάδες του bupropion, (bupropion 18%, placebo 6%). Μία μεταανάλυση 31 μελετών του Cochrane έδειξε ότι, όταν χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία το bupropion και η nortriptyline, διπλασιάζουν τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος (Shah et al., 2008).

Νεότερες μελέτες, όμως, καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της κινητοποίησης του ίδιου του ατόμου στην τελική αποτελεσματικότητα του bupropion, μειώνοντας τα οξέα στερητικά συμπτώματα της αποχής του καπνίσματος σε παρουσία ουδέτερου περιβάλλοντος, μόνο σε αυτούς-ες, που έχουν το κίνητρο να το κόψουν (Tidey and Rohsenow, 2009). Ειδικότερα, η θετική αντιμετώπιση και χρήση του bupropion σχετίζεται

άμεσα με τη θετική διάθεση του καπνιστή για διακοπή του καπνίσματος, καλύτερη παραμονή στη θεραπεία και πιθανόν καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση (Fucito, Toll, Salovey, & O'Malley, 2009).

Varenicline: Πρόσφατα ο FDA (US Food and Drug Administration) ενέκρινε τη χρήση varenicline ως θεραπευτική επιλογή πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της διακοπής του καπνίσματος. Η varenicline, ένας μερικός αγωνιστής του $\alpha 4\beta 2$ νικοτινικού ακετυλοχολινικού υποδοχέα, βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος ανακουφίζοντας τα στερητικά συμπτώματα νικοτίνης (Hays and Ebbert, 2008). Η θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει με δόση 0,5 mg 1 βδομάδα πριν την καθορισμένη ημερομηνία διακοπής, και η τιτλοποίηση να γίνει μετά από 3 μέρες στα 1 mg και μετά από 4 μέρες στα 2mg για 3 μήνες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ναυτία, αϋπνίες και αφύσικα όνειρα. Το Φεβρουάριο του 2008 ο FDA έστειλε προειδοποιητικό γράμμα ότι οι ασθενείς σε αγωγή με varenicline εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονίες (Alpert, 2009). Μία μεταανάλυση του Cochrane συμπέρανε ότι η varenicline είχε ως αποτέλεσμα σημαντικά μεγαλύτερη συνεχή αποχή μετά από 1 χρόνο σε σχέση με το placebo (Shah et al., 2008). Συγκρινόμενη με το bupropion, η varenicline φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική (44% αποχή σε σύγκριση με 30% του bupropion και 18% του placebo στην 2-3 μήνες), ενώ μειώνει σημαντικά την επιθυμία για κάπνισμα, το βαθμό ικανοποίησης και τις θετικές επιδράσεις του καπνίσματος μετά την ημερομηνία διακοπής σε μεγαλύτερο βαθμό από το bupropion (West, Baker, Cappelleri, Bttshmakin, 2008). Λαμβάνοντας υπ' όψιν την επίδραση των συμπτωμάτων διακοπής, η varenicline έχει φανεί ότι έχει υψηλότερη αρχικά αποτελεσματικότητα ως προς τη διακοπή συγκρινόμενη με το bupropion (3,22 vs 1,66) (Ussher, Taylor, & Faulkner, 2008) και η θεραπεία διατήρησης με την varenicline έχει επιδείξει ελπιδοφόρα αποτελεσματικότητα στη μακροχρόνια διακοπή του καπνίσματος (Hajek et al., 2009).

Συνδυασμός Προγραμμάτων

Η χρήση συνδυαστικών διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών, που δρουν μέσω διαφορετικών μηχανισμών δράσης, είναι μία ευκαιρία στο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Οι αμερικάνικες κατευθυντήριες οδηγίες του 2008 (USPHS, 2008) συνόψιζαν μια πληθώρα επιστημονικών στοιχείων, που ανέφεραν ότι τα μακροχρόνια ποσοστά αποχής μπορούν να βελτιωθούν με το συνδυασμό χρήσης

συμπεριφοριστικών συμβουλευτικών συνεδριών και φαρμακοθεραπείας, καθώς και με τη συνδυαστική χρήση διαφορετικών φαρμακοθεραπειών (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Ποσοστά αποχής στις κύριες παρεμβατικές επιλογές (WHO Europe-μετανάλυση από διαφορετικούς πληθυσμούς).

Ομάδα παρέμβασης/ελέγχου	Εκτιμώμενη αναλογία πιθανοτήτων (95% C.I.)	Εκτιμώμενο ποσοστό αποχής στην ομάδα παρέμβασης (95% C.I.) [%]	Εκτιμώμενο ποσοστό αποχής στην ομάδα ελέγχου [%]
Ιατρική συμβουλευτική υψηλής έντασης (>10 λεπτά) Vs Επαφή όχι πρόσωπο με πρόσωπο	2.3 (2.0, 2.7)	22.1 (19.4, 24.7)	10.9
Βουπροπρόνη Vs Placebo	2.1 (1.5, 3.0)	30.5 (23.2, 37.8)	17.3
Αυτοκόλλητα νικοτίνης Vs Placebo	1.9 (1.7, 2.2)	17.7 (16.0, 19.5)	10.0
Συνδυασμός δύο NRT Vs ενός NRT	1.9 (1.3, 2.6)	28.6 (21.7, 35.4)	17.4
Τσίγλα νικοτίνης Vs Placebo	1.5 (1.3, 1.8)	23.7 (20.6, 26.7)	17.1
Ομαδική συμβουλευτική Vs χωρίς ειδική μορφή	1.3 (1.1, 1.6)	13.9 (11.6, 16.1)	10.8
Συμβουλή ιατρού για διακοπή (κατά μέσο όρο διάρκεια της παρέμβασης: ≤ λεπτά) Vs χωρίς συμβουλή για διακοπή	1.3 (1.1, 1.6)	10.2 (8.5, 12.0)	7.9
Ενεργή τηλεφωνική συμβουλευτική Vs χωρίς ειδική μορφή	1.2 (1.1, 1.4)	13.1 (11.4, 14.8)	10.8
Παρεμβάσεις αυτοβοήθειας Vs χωρίς ειδική μορφή	1.2 (1.02, 1.3)	12.3 (10.9, 13.6)	10.8

Παρ' όλα αυτά, λίγες μελέτες έχουν συγκρίνει άμεσα την αποτελεσματικότητα της συνδυαστικής θεραπείας σε σχέση με τη μονοθεραπεία. Ο Steinberg και συν. (2009) αναφέρουν μια τέτοια μελέτη – σύγκριση της χρήσης 10 βδομάδων του αυτοκόλλητου νικοτίνης με μία εντατική θεραπεία που συνδύαζε 3 φάρμακα διακοπής του καπνίσματος εγκεκριμένα από τον FDA (2 τύπους θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης και το αντικαταθλιπτικό Bupropion) για διάρκεια έως και 6 μήνες. Τα αποτελέσματα της ήταν ξεκάθαρα: Ο τριπλός συνδυασμός ευέλικτης διάρκειας ήταν ανώτερος (κατά 80%) της κλασικής θεραπείας του αυτοκόλλητου νικοτίνης και καλά ανεκτός. Αυτή η μελέτη ισχυροποιεί την άποψη της ευέλικτης χρήσης των θεραπειών και σε συνδυασμό, στις περιπτώσεις που οι καπνιστές απευθύνονται σε ειδικό και ζητούν τη γνώμη του. Όμως η συγκεκριμένη μελέτη έγινε πριν την κυκλοφορία του 2006 της varenicline (Hays and Ebbert, 2008), ενός φαρμάκου διακοπής του καπνίσματος, που ο ειδικός μηχανισμός δράσης προσφέρει επιπρόσθετες ευκαιρίες για θεραπευτικούς συνδυασμούς.

Όσον αφορά τη χρήση των διπλών συνδυασμών, οι νεώτερες μελέτες δείχνουν ότι μόνο ο συνδυασμός του αυτοκόλλητου μαζί με τη χρήση παστίλιας νικοτίνης έχει σημαντικά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, στην πρώτη έρευνα μελετήθηκε η συνδυαστική θεραπεία σε ένα πρόγραμμα με 1505 ενήλικες καπνιστές χωρίς ψυχικές ασθένειες, που κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα, με θέληση να κόψουν το κάπνισμα. Οι συμμετέχοντες, πέρα από τη συμμετοχή σε 6 ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες, τυχαιοποιήθηκαν σε μία από τις 6 υπό μελέτη ομάδες θεραπείας: παστίλιες νικοτίνης, αυτοκόλλητο νικοτίνης, bupropion SR, αυτοκόλλητο νικοτίνης + παστίλιες νικοτίνης, bupropion + παστίλιες νικοτίνης και placebo. Όλες οι φαρμακοθεραπείες διέφεραν σε σχέση με το placebo, αλλά μόνο ο συνδυασμός του αυτοκόλλητου νικοτίνης μαζί με τις παστίλιες προσέφερε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα αποχής μετά από 6 μήνες (Piper et al., 2009). Αυτό επιβεβαιώθηκε και ένα χρόνο αργότερα σε μία μελέτη 1504 βαρέων καπνιστών, όπου συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα όλων των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών πλην της varenicline (bupropion SR 300mg, παστίλιες νικοτίνης, 24ωρο αυτοκόλλητο νικοτίνης, αυτοκόλλητο σε συνδυασμό με τις παστίλιες νικοτίνης, bupropion SR σε συνδυασμό με τις παστίλιες και το placebo), όπου πάλι μόνο ο συνδυασμός του αυτοκόλλητου νικοτίνης σε συνδυασμό με τις παστίλιες είχαν στατιστικά σημαντική αποχή από το κάπνισμα σε σχέση με το placebo (Prochaska, 2010).

Τα κέντρα διακοπής του καπνίσματος συχνά χρησιμοποιούν συνδυαστικές θεραπείες εκτεταμένης διάρκειας, αλλά οι ιατροί στα ιδιωτικά ιατρεία τους κυρίως χρησιμοποιούν μονοθεραπείες. Οι γιατροί, που θέλουν να υιοθετήσουν αυτές τις νέες πρακτικές, μπορούν να χρησιμοποιήσουν το θεραπευτικό σχήμα «αυτοκόλλητο +» που συνδυάζει μικρής και μεγάλης διάρκειας θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης, για να εκμεταλλευτούν το πλεονέκτημα της συνδυαστικής φαρμακοκινητικής τους. Το αυτοκόλλητο νικοτίνης παράγει ένα σχετικά σταθερό επίπεδο νικοτίνης στο αίμα για να εξισορροπήσει το στερητικό σύνδρομο, αλλά δεν μπορεί να βοηθήσει τον καπνιστή να αντιμετωπίσει τις εκρήξεις στέρησης, που ενεργοποιούνται από το άγχος ή άλλους παράγοντες. Οι σύντομες θεραπείες αντικατάστασης νικοτίνης (τσιγάλα, παστίλιες, εισπνεόμενα και σπρέι) αυξάνουν τα επίπεδα νικοτίνης πιο γρήγορα και μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις εκρήξεις στερήσεις. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του USPHS (2008) ενσωμάτωσαν στα θεραπευτικά πρωτόκολλα και τον φαρμακευτικό συνδυασμό εκτεταμένης διάρκειας (Rigotti, 2009).

Τα σύντομα συμβουλευτικά προγράμματα είναι μια μέτρια αποτελεσματικότητας δημόσια παρέμβαση υγείας, με δυνατότητα επίδρασης σε μεγάλο πληθυσμό, ενώ τα καλύτερα αποτελέσματα μπορούν να επιτευχθούν με μεγαλύτερης διάρκειας παρεμβάσεις.

Όμοια, η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης ή με συγκεκριμένα αντικαταθλιπτικά (bupropion ή nortriptyline) είναι αποτελεσματική και διπλασιάζει τις πιθανότητες για διακοπή του καπνίσματος, όταν αυτά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με μη φαρμακολογικές μεθόδους (έως και 20%). Οι γνωστικές θεραπείες συμπεριφοράς, καθώς και οι τεχνικές της κινητοποιητικής συνέντευξης έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διακόψουν το κάπνισμα. Η συνδυασμένη χρήση όλων αυτών των τεχνικών, γνωστή και ως πολύ-συστατική ή ως εντατική παρέμβαση (Sanchez, 1995), μπορεί να οδηγήσει σε επίπεδα διακοπής έως και 30% το χρόνο (Garcia-Vera, 2004), αν και υπάρχουν μελέτες, όπου δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση του συνδυαστικού προγράμματος από την ομάδα, που έλαβε ατομική παρέμβαση (Ramos et al., 2010). Τα επιτυχημένα συνδυαστικά προγράμματα διακοπής μπορεί να είναι διαφόρων διπλών ή και τριπλών συνδυασμών. Παραδείγματος χάριν, η δημιουργία ενός τριπλού συνδυαστικού παρεμβατικού προγράμματος διακοπής του καπνίσματος με την ταυτόχρονη χρήση τηλεφωνικής συμβουλευτικής γραμμής και εξατομικευμένα ενημερωτικά φυλλάδια είχε σημαντικά αποτελέσματα τόσο στη μείωση όσο και στη διακοπή του καπνίσματος, ιδιαίτερα στη βοήθεια καπνιστών, που δεν συμμετέχουν σε συντονισμένα προγράμματα διακοπής (Glasgow et al., 2008). Κι αυτό γιατί υπάρχει μία δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ της έντασης και της ποσότητας των προγραμμάτων και των τελικών ποσοστών αποχής, που κυμαίνεται από 7% μακροχρόνια ποσοστά αποχής για τους NRT αυτοπαρακινούμενους καπνιστές (μονοθεραπεία), που μπαίνουν στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, σε 33% έως και 50% ποσοστά διακοπής, όταν προστίθεται η συμβουλευτική υποστήριξη και η φαρμακοθεραπεία (συνδυαστική θεραπεία) (Piasecki, 2006). Τα ποσοστά αποχής έχουν τη τάση να αυξάνουν με αυξημένη επαφή στις συνεδρίες (Piasecki, 2006). Γενικά, υπάρχει μια αναλογική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού και της διάρκειας της θεραπείας και των ποσοστών επιτυχίας. Συγκεκριμένα, λιγότερο έντονες παρεμβάσεις επιδεικνύουν χαμηλότερα ποσοστά αποχής. Τα στοιχεία όμως μέχρι στιγμής δείχνουν ότι οι ατομικές και οι ομαδικές παρεμβάσεις έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα.

Η μελέτη των Hsueh, Chen, Yang και Huang (2010) είχε στόχο την αξιολόγηση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, το οποίο συνδυάζει θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και βραχείας συμβουλευτικής από ιατρό στους εξωτερικούς ασθενείς ενός ιατρικού κέντρου, καθώς και την αξιολόγηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του υπόβαθρου του καπνιστή, που επηρεάζουν την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος μέχρι και 3 έτη μετά την παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνδυασμός της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης με τη σύντομη συμβουλευτική ήταν πιο

αποτελεσματικός και επέφερε μεγαλύτερα ποσοστά αποχής για διάστημα ενός έτους, σε σύγκριση με τη συμβουλευτική, τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, ή την αυτοβοήθεια. Τα ποσοστά αποχής στην τριετή παρακολούθηση δεν ήταν τόσο υψηλά. Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της μακροχρόνιας αποχής φάνηκε να είναι η συχνότητα των κλινικών επισκέψεων. Άλλοι παράγοντες είναι οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, και το επίπεδο εξάρτησης. Το πρωταρχικό κίνητρο για διακοπή του καπνίσματος ήταν η ανησυχία για την υγεία. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την ανάγκη εφαρμογής και αξιολόγησης διεπιστημονικών παρεμβάσεων, οι οποίες να συμπεριλαμβάνουν την προώθηση της συμμόρφωσης με την κλινική θεραπεία, ώστε να αυξηθούν οι κλινικές επισκέψεις και να προληφθούν οι υποτροπές.

Σκοπός της έρευνας των Kahler και συν. (2014) ήταν να αξιολογήσει την αποδοχή και την σκοπιμότητα της θετικής ψυχοθεραπείας σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, που εμπειριείχε συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος με έμπλαστρο νικοτίνης και μια σειρά παρεμβάσεων θετικής ψυχολογικής υποστήριξης. Αυτό που προέκυψε από τις αναφορές των συμμετεχόντων ήταν ότι αφενός η συμμετοχή στις συνεδρίες, η ικανοποίηση και η χρησιμότητα των θετικών ψυχολογικών παρεμβάσεων ήταν υψηλές και αφετέρου το ένα τρίτο των συμμετεχόντων διατήρησαν την αποχή από το κάπνισμα 6 μήνες μετά τη διακοπή.

Η έρευνα των Zwar, Richmond, Forlonge και Hasan (2011) διεξήχθη στην Αυστραλία και αφορούσε ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος τεσσάρων και άνω συνεδριών από νοσηλευτικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε συνδυασμό με την χρήση επιθεμάτων νικοτίνης. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι όσοι είχαν συμμετάσχει σε τέσσερις ή και περισσότερες συνεδρίες συμβουλευτικής είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, οι επαγγελματίες, που έκαναν τη συμβουλευτική, ανέφεραν μεγάλη ικανοποίηση και πίστη στην αποτελεσματικότητα και τη σκοπιμότητα ενός προγράμματος συμβουλευτικής.

Η μελέτη των Tonnesen και συν. (1988) έχει στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού θεραπείας με νικοτίνη και ομαδικής συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος. Ανάλογα με τον προσδιορισμό των καπνιστών ως ιδιαίτερα εξαρτημένοι ή μεσαίας έως χαμηλής εξάρτησης δόθηκαν, αντίστοιχα, τσίγλες με 4mg ή 2mg νικοτίνης και τσίγλες με 2mg νικοτίνη ή με εικονικό φάρμακο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η χρήση της τσίγλας με νικοτίνη σε κατάλληλες δόσεις είναι χρήσιμη σε άτομα, που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα και ότι η αποτελεσματικότητα των τσιγλών με νικοτίνη δεν οφείλεται σε ένα φαινόμενο placebo, αλλά σχετίζεται με την δόση.

Η μελέτη των Gonseth, Abarca, Madrid και Cornuz (2010) είχε στόχο την αξιολόγηση της σκοπιμότητας και της αποδοχής της ενσωμάτωσης των οδοντιάτρων σε μια ιατρική παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος. Η παρέμβαση διακοπής καπνίσματος είχε διάρκεια 8 εβδομάδες και συνδύαζε εξατομικευμένη συμβουλευτική και θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης ή/και βουπροπιόνη, παρεχόμενη από γενικούς παθολόγους. Επιπλέον, ένας οδοντίατρος, που εκτελεί την οδοντιατρική εξέταση, προτείνει μια θεραπεία υγιεινής του στόματος και δίνει πληροφορίες σχετικά με χρόνιες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγιεινή του στόματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το παρατηρούμενο ποσοστό αποχής από το κάπνισμα ήταν παρόμοιο με αυτό, που βρίσκεται στη συνήθη ιατρική φροντίδα. Όσον αφορά την αποδοχή και τη σκοπιμότητα της παρέμβασης φάνηκαν να είναι σημαντικά υψηλές.

Άλλες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος

Συνδυασμός θεραπειών atropine & scopolamine: Κάποιες κλινικές διακοπής καπνίσματος προσφέρουν προγράμματα χρησιμοποιώντας ενέσεις αντιχολινεργικών φαρμάκων, για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Αυτές οι θεραπείες συνήθως περιλαμβάνουν ενέσεις, που γίνονται στην κλινική μια μέρα, ακολουθούμενες από μηνιαία αγωγή αυτοκόλλητων νικοτίνης. Όμως, υπάρχει αντένδειξη σε έγκυες γυναίκες, σε ανθρώπους με ιστορικό καρδιακής νόσου και υπέρτασης καθώς και σε ασθενείς με γλαύκωμα (Roorchandani et al., 2008).

Υπνωση: Η ύπνωση βάζει τους ανθρώπους σε μια εναλλακτική φάση ύπνου, όπου καθίστανται πιο επιρρεπείς στις εντολές και στις προτάσεις, ώστε να κατευθυνθούν πιο εύκολα σε μια αλλαγή κατάστασης / συμπεριφοράς. Η ύπνωση δέχεται διαφορούμενες κριτικές στο κατά πόσο βοηθάει τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς φαίνεται να δουλεύει καλά για μια μερίδα ανθρώπων, ενώ για άλλους δεν έχει καθόλου αποτελέσματα (Roorchandani et al., 2008)

Βελονισμός: Ο βελονισμός έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά ως προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αλλά αντίστοιχα με την ύπνωση, υπάρχουν πολύ λίγα διαφορούμενα στοιχεία, που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά του (Roorchandani et al., 2008)

Συμπερασματικά, τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος πρέπει να προσαρμόζονται στους πληθυσμούς-στόχους, λαμβάνοντας υπ' όψιν κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα

και η φυλή, σε συνδυασμό με την επικοινωνία των οφελών και των επιλογών διακοπής του καπνίσματος. Η πληροφόρηση για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να προωθεί την σημαντικότητα της αναζήτησης βοήθειας για όλα τα επίπεδα καπνιστών και ιδανικά να συμπεριλαμβάνει τόσο τις φαρμακευτικές επιλογές όσο και τη συμβουλευτική υποστήριξη. Επιπλέον, είναι αναγκαία η καλύτερη κατανόηση των κινήτρων, που οδηγούν στο κάπνισμα, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στο να προταθούν πιο αποτελεσματικές λύσεις για επιτυχή διακοπή. Όπως συμβαίνει και με άλλου τύπου προγράμματα προώθησης της υγείας, οι ομάδες μειονοτήτων και των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων μπορεί να είναι λιγότερο πιθανόν να ξεκινήσουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, χωρίς ειδικά και οικονομικά κίνητρα και στοχευόμενη επικοινωνία. Ένα σημαντικό σημείο των κλινικών ερευνών είναι το κατά πόσο τα αποτελέσματά τους γενικεύονται. Συμπεράσματα από μελέτες για τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να είναι περιορισμένα λόγω του ότι οι περισσότερες μελέτες γίνονται με εθελοντικό πληθυσμό και οι εθελοντές δεν είναι αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των βαθμίδων των καπνιστών, πόσο μάλλον των μειονοτήτων (Theodorakis et al., 2008).

Στο άρθρο της η Borelli (2010) παρέχει τις αρχές για το ειδικό τμήμα των υπομελετημένων καπνιστών και για καινοτόμες θεραπείες. Προτείνεται ένας ορισμός των “ειδικών πληθυσμών” των καπνιστών, οι οποίοι διακρίνονται σε 4 ομάδες: σε αυτούς που εμφανίζουν α) πάνω 10% υψηλότερη επικράτηση καπνίσματος από τον γενικό πληθυσμό των καπνιστών, β) δυσανάλογη ανισότητα υγείας, που σχετίζεται με τον καπνό, γ) μικρότερη πρόσβαση και προσχώρηση σε θεραπείες και δ) έλλειψη προσδοκώμενων διαχρονικών μελετών για θεραπείες. Τα προτεινόμενα a priori κριτήρια για την πολιτιστική προσαρμογή εμπειρικών θεραπειών (Evidence-Based Therapy) για τους υποεξυπηρετούμενους καπνιστές είναι τα εξής: η διαφορά του πληθυσμού-στόχου από τον γενικό πληθυσμό α) στα ποσοστά και τα πρότυπα καπνίσματος, β) στην επιβάρυνση από ασθένειες, που σχετίζονται με τον καπνό, γ) στους προβλεπτικούς παράγοντες της συμπεριφοράς καπνίσματος, δ) στους παράγοντες κινδύνου για αποτυχία της θεραπείας, ε) στους προστατευτικούς παράγοντες που διευκολύνουν τη διακοπή, στ) στη δέσμευση στη θεραπεία, ζ) στην ανταπόκριση στη θεραπεία και η) στην αντιληπτή κοινωνική ισχύ της εμπειρικής θεραπείας. Η πολιτιστική προσαρμογή της εμπειρικής θεραπείας στον πληθυσμό-στόχο μπορεί να επιτελεσθεί με την ανάπτυξη καινοτόμων θεραπειών, οι οποίες να χρησιμοποιούν καινοφανή κανάλια και διασυνδέσεις μεταξύ αυτών, να δοκιμάζουν τις νέες θεωρίες ή να βασίζονται σε μηχανισμούς έρευνας για ακριβέστερο εντοπισμό των στόχων αλλαγής, και να αυξάνουν τη ζήτηση των καταναλωτών για εμπειρικές θεραπείες.

Η ερευνήτρια καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η διαδικασία της πολιτιστικής προσαρμογής των εμπειρικών θεραπειών για τους υπο-εξυπηρετούμενους καπνιστές θα πρέπει να εφαρμόζεται πιο ευρέως, έξω από τα όρια της φυλής και της εθνικότητας, διεξαγόμενη όμως, προσεχτικά και συνετά με a priori ορισμούς και κριτήρια και σταθμισμένες διεργασίες.

Η μελέτη των Lawrence, Graber, Mills, Meissner και Warnecke (2003) είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση 36 δημοσιευμένων μελετών, της περιόδου 1985-2001, που αναφέρονται σε παρεμβάσεις και αποτελέσματα για τη διακοπή καπνίσματος σε μειονότητες των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι ερευνητές συμπεραίνουν ότι υπάρχει δυσαναλογία του αριθμού των μελετών, που επικεντρώνονται στους Αφροαμερικάνους καπνιστές, σε σχέση με άλλες μεγάλες φυλετικές / εθνικές ομάδες. Θεωρούν ότι τα ποσοστά αποχής ποικίλουν ανάλογα με τον σχεδιασμό της έρευνας και την στρατηγική παρέμβασης.

Η μελέτη των An και συν. (2010) σύγκρινε την πρόσβαση, την αποτελεσματικότητα και το κόστος των εξής προγραμμάτων υποστήριξης της διακοπής καπνίσματος: κλινικά-θεραπευτικά προγράμματα, προγράμματα εντός εργασιακού χώρου, τηλεφωνικές γραμμές, προγράμματα στο διαδίκτυο. Κάποια βασικά αποτελέσματα, που προέκυψαν, ήταν ότι το διαδίκτυο έλκυε νέους καπνιστές, στα θεραπευτικά κέντρα απευθύνονταν καπνιστές με μεγαλύτερη εξάρτηση στη νικοτίνη, στην τηλεφωνική γραμμή απευθύνονταν περισσότερο καπνιστές από κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες. Ως προς την αποχή από το τσιγάρο, το ποσοστό ήταν υψηλότερο στην τηλεφωνική γραμμή (29.3%), στα θεραπευτικά κέντρα (25.8%) και στους εργασιακούς χώρους (19.6%), σε σύγκριση με το διαδίκτυο (12.5%). Ένα γενικό συμπέρασμα, που προέκυψε από τη μελέτη, ήταν ότι τα διαφορετικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχουν διαφορές μεταξύ τους ως προς την πρόσβαση, την αποτελεσματικότητα και το κόστος, αλλά το καθένα παίζει το ρόλο του, όσον αφορά την υποστήριξη του πληθυσμού στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα.

Ως προς την επιλογή του τρόπου διακοπής της καπνιστικής συνήθειας, ανεξάρτητα από τις προγραμματισμένες εναλλακτικές, η διαδικασία διακοπής του καπνίσματος είναι προσωπική υπόθεση και πρέπει να είναι εσωτερικά κινητοποιημένη, κάτι που σημαίνει ότι ο κάθε καπνιστής πρέπει να είναι έτοιμος να το κόψει. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι τα παρεμβατικά προγράμματα μπορούν συστηματικά να κινητοποιήσουν τους καπνιστές προς ένα υψηλότερο επίπεδο ετοιμότητας για αλλαγή. Επιπλέον, τα πρόσφατα προγράμματα έχουν σχεδιαστεί για αυτούς τους καπνιστές, που ήδη έχουν πάρει την απόφαση να το κόψουν. Μεταξύ των μελετών φαίνεται ότι το 20-30% των καπνιστών είναι έτοιμοι να σταματήσουν το κάπνισμα, για αυτό οι γιατροί πρέπει να βελτιώσουν την εύρεση και τη στοχοποίηση του κατάλληλου προγράμματος για τον κάθε καπνιστή. Στα καλύτερα

προγράμματα, οι προσδοκία είναι ότι περίπου το 30% (20-60%) των καπνιστών θα επιτύχουν κάποιο επίπεδο αποχής από το κάπνισμα (ανάλογα με τη περίοδο της απαιτούμενης αποχής), με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας να σχετίζονται με πιο περιεκτικά και εντατικά σχεδιασμένα προγράμματα.

Παρ' όλα αυτά, η υποτροπή προς το κάπνισμα αποτελεί το πιο συχνό αποτέλεσμα για τους περισσότερους καπνιστές, αφού το 30-70% θα υποτροπιάσουν μέσα σε ένα χρόνο από την έναρξη του προγράμματος διακοπής (Musich et al., 2009). Δυστυχώς, η χρήση τόσο των βοηθητικών νικοτινικών υποκατάστατων όσο και των αντικαταθλιπτικών, αλλά και η συμβουλευτική υποστήριξη, παραμένει αρκετά χαμηλή στους καπνιστές, που θέλουν να το κόψουν, με μόνο το 23% των ευρωπαίων να έχουν χρησιμοποιήσει NRT θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, και ένα 15% συμβουλή από το γιατρό για να κόψουν το κάπνισμα. Σημαντικό είναι λοιπόν να επεκταθεί η χρήση τόσο της συμβουλευτικής όσο και των βοηθητικών σκευασμάτων στους καπνιστές, αφού φαίνεται να υπάρχει αναλογική συσχέτιση μεταξύ της χρήσης των προγραμμάτων και των ποσοστών καπνίσματος σε κάθε χώρα (Eurobarometer, 2009).

Οι φυσιολογικές και ψυχολογικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος κυμαίνονται σε ένταση ανάμεσα στους καπνιστές, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, τα συμπτώματα κατάθλιψης, τις έντονες επιθυμίες, τα συμπτώματα στέρησης και τις αρνητικές επιπτώσεις. Θα ήταν χρήσιμο να υπήρχε μεγαλύτερου βαθμού πληροφόρηση στους καπνιστές για να κατανοήσουν τους μηχανισμούς δράσης των θεραπειών απεξάρτησης από τη νικοτίνη και ποιές είναι οι αναμενόμενες παρενέργειες. Τα κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα δεν έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιηθεί επαρκώς, παρ' όλο που δείχνουν αρκετά ελπιδοφόρα όσον αφορά την αποτελεσματικότητά τους. Βέβαια, τα αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος επηρεάζονται από το προφίλ καπνίσματος του κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου, όπως ο σύζυγος, οι συγγενείς, οι φίλοι και οι συνάδελφοι.

Η σωστή χρήση των φαρμακευτικών εναλλακτικών δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Λίγες έρευνες έχουν μελετήσει την πλήρη έναντι της μερικής συμμόρφωσης στα πρωτόκολλα NRT. Οι περισσότεροι από αυτούς που χρησιμοποίησαν τη φαρμακοθεραπεία ανέφεραν ότι σταμάτησαν να τη λαμβάνουν για διαφορετικούς λόγους και όχι για τη διακοπή του καπνίσματος. Η παύση της χρήσης θεραπείας από νωρίς μπορεί να αποτελεί μια εξαιρετικά σημαντική μεταβλητή επηρεασμού, που να συνεισφέρει στα μειωμένα αρχικά ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και σε υψηλότερα ποσοστά υποτροπής, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι απαιτείται τουλάχιστον 5 εβδομάδες θεραπεία (Raupach et al., 2008).

Επιπλέον, η διακοπή του καπνίσματος πρέπει να γίνεται συντονισμένα και μεθοδικά, εξαιτίας των πιθανών επικίνδυνων επιπτώσεων της διακοπής καπνίσματος στη δράση λοιπών θεραπειών. Συγκεκριμένα, σε άτομα, που διέκοψαν το κάπνισμα, ενδείκνυται να γίνουν προσαρμογές στη δόση συγκεκριμένων φαρμάκων που λαμβάνουν, όπως η βαρφαρίνη, η ολανζαπίνη, η κλοζαπίνη και η θεοφυλλίνη, καθώς μεταβολίζονται από το κυτόχρωμα P450 CYP1A2 και παρουσιάζουν στενό θεραπευτικό παράθυρο, πράγμα που σημαίνει ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αυξήσει τα επίπεδά τους σε πιθανόν τοξικές συγκεντρώσεις (Schaffer, Yoon, & Zadezensky, 2010). Προσεχτική χρήση και παρακολούθηση συνιστάται για φάρμακα, που μεταβολίζονται από το CYP1A2, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων για την υπέρταση και το Alzheimer. Για πολλά επηρεαζόμενα φάρμακα, η διακοπή του καπνίσματος αναστρέφει τα ενισχυμένα από το κάπνισμα CYP1A2 ηπατικά ένζυμα στο φυσιολογικό, αυξάνοντας έτσι τις συγκεντρώσεις στο πλάσμα στους ασθενείς, στους οποίους οι δόσεις είχαν οριστεί κατά τη διάρκεια της περιόδου, που ήταν ενεργοί καπνιστές. Επειδή η επίδραση των ηπατικών μικροσωμικών ενζύμων δεν συσχετίζεται με τη νικοτίνη από τον καπνό, η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης δεν θα επηρεάσει το φαινόμενο. Για αυτό το λόγο, όταν οι ασθενείς σταματούν το κάπνισμα, οι θεράποντες ιατροί πρέπει να ελέγξουν τα θεραπευτικά τους σχήματα και να προσαρμόσουν τις δόσεις ή να ελέγξουν τα φάρμακα, εξαιτίας των οποίων ο μεταβολισμός επηρεάζεται μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς, που κόβουν απότομα το κάπνισμα εξαιτίας της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, καθώς και σε ηλικιωμένους ασθενείς που πιθανόν να λαμβάνουν πολυφαρμακία (Schaffer et al., 2010).

Το κατά πόσο πρέπει τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, να προωθούνται ως παραπομπή από τους γιατρούς ή να παρέχονται στον τόπο εργασίας, είναι κάτι που χρειάζεται να εξεταστεί από τον εκάστοτε κρατικό μηχανισμό, καθώς η περαιτέρω χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων μπορεί να αποβεί τελικά οικονομικά επωφελής, δεδομένης της μείωσης στα κόστη της υγείας, που θα αποφέρει η αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό. Τα προγράμματα θα πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμα, ενώ φτηνότερες και ευκολότερες επιλογές θα προσελκύσουν περισσότερους συμμετέχοντες. Τα επιτυχή προγράμματα έχει φανεί ότι πρέπει να είναι υψηλής έντασης και να συνδυάζουν την ατομική επαφή με κατάλληλη φαρμακευτική υποστήριξη. Επικοινωνιακές στρατηγικές είναι απαραίτητες για να βοηθήσουν τους καπνιστές να καταλάβουν τις ωφέλειες και τις διαθέσιμες εναλλακτικές της διακοπής του καπνίσματος (μέσω του συστήματος υγείας, τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή της εργασίας), για να τους καθοδηγήσουν να διαλέξουν αυτό

που ταιριάζει καλύτερα σε αυτούς και να τους στηρίξουν καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας διακοπής.

Η εφαρμογή των δόκιμων πρακτικών για τη διακοπή του καπνίσματος πρέπει να αποτελείται από τα ακόλουθα στοιχεία (Musich et al., 2009):

Πλήρη κάλυψη του κόστους, που σχετίζεται με τη συμπεριφορική συμβουλευτική και όλες τις μορφές φαρμακοθεραπείας (NRT, bupropion, varenicline) μέσω των ασφαλιστικών ταμείων ή του προγράμματος του υπουργείου υγείας.

Στρατηγικές πληροφόρησης των καπνιστών για τις επιλογές διακοπής του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένου της κάλυψης των ωφελειών και τις προσφορές προγραμμάτων.

Εκπαιδευτικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος για την ενημέρωση των καπνιστών, όσον αφορά τις προσδοκίες, που θα πρέπει να έχουν από τις προσπάθειες διακοπής, πώς λειτουργούν οι θεραπείες αντικατάστασης νικοτίνης, τις παρενέργειες, που αναμένονται και την σημαντικότητα της αναζήτησης βοήθειας κατά τη διάρκεια διακοπής.

Απλοποιημένα συστήματα αναφοράς για τους γιατρούς με την υποστήριξη του συστήματος υγείας.

Προληπτικά συμβουλευτικά τηλεφωνήματα για τη δέσμευση των καπνιστών: τουλάχιστον ένα τηλεφώνημα για την προώθηση της φαρμακοθεραπείας, ακολουθούμενα από 3-5 τηλεφωνήματα παρακολούθησης. Συμμετοχή σε ατομικά προγράμματα συμβουλευτικής.

Προγράμματα marketing για τη προώθηση της χρήσης της φαρμακοθεραπείας μεταξύ των ελαφριών και βαριών καπνιστών. Ενημέρωση ότι η μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων είναι απαραίτητο στοιχείο της διαδικασίας για την επίτευξη μακροχρόνιας αποχής.

Ενθάρρυνση των υποστηρικτικών προσωπικών σχέσεων όπως τα δίκτυα «φίλων» και υποστηρικτικών μη καπνιζόντων περιβαλλόντων, όπως οι χώροι εργασίας και η οικία των καπνιστών.

Κάπνισμα και Φυσική Άσκηση

“Νους υγιής εν σώματι υγεί”. Η σημασία της άσκησης ήταν θεμελιώδης για τη συνολική υγεία του ανθρώπου από την αρχαιότητα ακόμη. Η περιορισμένη φυσική

δραστηριότητα αναφέρεται από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ ο WHO την τοποθετεί στην τέταρτη αιτία θανάτων παγκοσμίως, ειδικά σε πληθυσμούς τρίτης ηλικίας υψηλού κινδύνου (Shephard, 2002). Περίπου 3,2 εκατομμύρια θάνατοι και το 2,1% των DALYs (Disability Adjusted Life Years) παγκοσμίως οφείλονται σε ανεπαρκή φυσική δραστηριοποίηση (World Health Organization, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) χαρακτηρίζεται ως φυσική δραστηριότητα το σύνολο των κινήσεων, που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της καθημερινής ζωής, της εργασίας, της αναψυχής και των αθλητικών δραστηριοτήτων, ενώ η ένταση μπορεί να διαφοροποιηθεί ως μικρή, μέτρια και υψηλή. Επιπλέον, μπορεί να διαχωριστεί σε συνήθη, που καλύπτει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως το περπάτημα και οι δουλειές του σπιτιού και σε φυσική δραστηριότητα αναψυχής, που περιλαμβάνει συντονισμένα προγράμματα άσκησης σε γυμναστήρια, κολύμπι, χορό, ποδηλασία. Η άσκηση ορίζεται ως σχεδιασμένη, δομημένη και επαναληπτική κίνηση, που σκοπό έχει να βελτιώσει ή να διατηρήσει συστατικά της φυσικής κατάστασης, ενώ παράλληλα ο WHO ορίζει ως ανεπαρκή φυσική δραστηριότητα λιγότερο από 5 φορές 30λεπτης μέτριας δραστηριοποίησης την εβδομάδα, ή λιγότερο από 3 φορές 20λεπτης έντονης δραστηριότητας την εβδομάδα, ή αντίστοιχη δραστηριότητα (World Health Organization, 2011).

Φυσική Άσκηση και Υγεία

Μεγάλος αριθμός μελετών εδώ και χρόνια έχουν καταδείξει τα οφέλη και την πληθώρα των θετικών επιδράσεων, που παρέχει η φυσική δραστηριότητα στην υγεία του ανθρώπου. Η πιο ουσιαστική συσχέτιση είναι η άμεση σύνδεση της συχνής σταθερής άσκησης με τη καρδιαγγειακή ευεξία (Blair, 1994; Berlin and Colditz, 1990; Oguma and Shinoda-Tagawa, 2004; Wendel-Vos et al., 2004; World Health Organization Atlas, 2011) και την παχυσαρκία (Despres, 1994). Η χαμηλή καρδιοεισπνευστική ικανότητα, που επηρεάζεται άμεσα με τη φυσική δραστηριότητα, αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης θνητότητας, με την επικινδυνότητα της χαμηλής φυσικής κατάστασης να είναι αντίστοιχη με αυτή του καπνίσματος (Blair, Wei, & Lee, 1998). Ειδικότερα, στους ενήλικες, φαίνεται μία στενά συνδεδεμένη συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της άσκησης και της μείωσης της θνητότητας και νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά. Στους άνδρες η συμμετοχή σε 150 λεπτά μέτριας άσκησης την εβδομάδα βρέθηκε να ελαττώνει τον κίνδυνο ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 30%, ενώ στις

γυναίκες η σχέση αυτή δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη (Blair, Kohl, & Barlow, 1993; Hapanen, Miilunpalo, Vuori, Oja, & Pasanen, 1997; Sesso, Paffenbarger, Ha, & Lee, 1999). Αυτή η θετική επίδραση μπορεί να εξηγηθεί, αφενός από το γεγονός ότι η άσκηση βελτιώνει την ενδοτικότητα και την ελαστικότητα του επιθηλίου των αγγείων, διευκολύνοντας την ομαλή αγγειοδιαστολή-αγγειοσυστολή, βελτιώνοντας τη κυκλοφορία του αίματος (Cornelissen and Fagard, 2005) και αφετέρου από τη θετική επίδραση της άσκησης στους βιολογικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Συγκεκριμένα, η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει στη μείωση του σωματικού βάρους, στον γλυκαιμικό έλεγχο, στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και του λιπιδαιμικού προφίλ, καθώς και στη ρύθμιση της ινσουλίνης (Cornelissen and Fagard, 2005; Kelley, Kelley, & Vu Tran, 2005). Αυτό καταδεικνύεται ακόμα εντονότερα, όταν λαμβάνεται υπόψη το συνολικό προσδόκιμο επιβίωσης, που μπορεί να αυξηθεί κατά 10 μήνες και άνω, αν ενθαρρυνθεί ο πληθυσμός στο να γίνει φυσικά πιο ενεργός (Katzmarzyk, 2006). Γενικά πολλές μελέτες καταδεικνύουν ότι οι δραστήριοι άνθρωποι έχουν χαμηλότερα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης διαβήτη, οστεοπόρωσης (Ettinger et al., 1997) και καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού (Oguma and Shinoda-Tagawa, 2004). Ειδικότερα για το διαβήτη, μέτρια άσκηση 150 λεπτών τη βδομάδα ελάττωσε το κίνδυνο εμφάνισης του κατά 25-50% (Dishman, Washburn, & Heath, 2004).

Αναφορικά με τις ανθυγιεινές συμπεριφορές που μπορούν να πλήξουν συνολικά την υγεία, οι έρευνες των Hassandra και συν. (2012), Theodorakis, Natsis, Papaioannou και Goudas (2002), Theodorakis, Natsis, Papaioannou και Goudas (2003) και Theodorakis, Papaioannou, Hatzigeorgiadis και Papadimitriou (2005), που έγιναν σε ελληνικό πληθυσμό, έδειξαν ότι η άσκηση μπορεί να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση ενός υγιεινού προφίλ εκ μέρους των ατόμων, στον αντίποδα της υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών.

Η φυσική δραστηριότητα, σχετίζεται επίσης θετικά με μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης (Biddle & Mutrie, 2007; Blumenthal et al. 1999; Brown, 1990; Dooyne et al., 1987; Plante, 1993; Theodorakis, 2010) και βελτιώνει την πνευματική υγεία. Διάφορες παράμετροι, που καθορίζουν τη συσχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL), όπως η υποκειμενική ευημερία (SWB), είναι βασικές στη δημόσια υγεία, όπως τα κλασσικά καταληκτικά σημεία της θνητότητας και νοσηρότητας (Shumaker, Anderson, & Czajkowski, 1990; Ware, Kosinski, & Keller, 1994). Στη μελέτη ACT (Rejeski et al., 2001), φάνηκε άμεση συσχέτιση της άσκησης με την ικανοποίηση της σωματικής εικόνας, με την αυτοεκτίμηση και τη αυτοενεργοποίηση, που στο σύνολό τους επηρεάζουν την υποκειμενική ευημερία. Επίσης, στην έρευνα των McAuley, Mihalko και Bane (1997) καταδείχθηκε η σημασία που έχει η

άσκηση στη βελτίωση ζητημάτων που σχετίζονται με την αυτοεκτίμηση, την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτοεικόνα και την αίσθηση ελέγχου. Επιπλέον, έχει φανεί ότι η φυσική αδράνεια συσχετίζεται άμεσα με τη κακή ψυχολογική υγεία. Συγκεκριμένα οι ενήλικες με καθιστικό τρόπο ζωής έχουν 1,31 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ψυχολογική οδύνη, 1,34 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για συμπτώματα άγχους και 1,22 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Taylor, Pietrobon, Pan, Huff, & Higgins, 2004). Επίσης, σε έρευνά τους οι Μπενέτου, Κωφού, Ζήση και Θεοδωράκης (2008) έδειξαν ότι η άσκηση συμβάλλει στην καλλιέργεια θετικής άποψης για τον εαυτό του σε ένα άτομο, καθώς και στην ψυχική του υγεία. Τέλος, η φυσική δραστηριότητα ως εκ των ων ουκ άνευ κομμάτι ενός συνολικά υγιεινού τρόπου ζωής καταδεικνύεται από πλείστες έρευνες (Digelidis, Kamtsios, & Theodorakis, 2007; Everson-Hock et al., 2010; Hassandra et al., 2012; Papaioannou et al., 2004).

Η φυσική δραστηριότητα είναι ο καθοριστικός παράγοντας της κατανάλωσης ενέργειας από τον οργανισμό και ο βασικός ρυθμιστής του ενεργειακού ισοζυγίου και του σωματικού βάρους και σχετίζεται άμεσα με την άλλη μάλιστα της παγκόσμιας υγείας, το φαινόμενο της παχυσαρκίας. Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας αντανακλά περιορισμούς στη λειτουργική ικανότητα, από τους οποίους η αύξηση της ηλικίας συμβάλλει στο 50%, και το άλλο 50% αποδίδεται στον παράλληλο περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας (Hirvensalo, Rantanen, & Heikkinen, 2000). Σύμφωνα με τον WHO οι αυξητικές τάσεις της καθιστικής ζωής αντανακλούν τις προφανείς μεταβολές στην κοινωνία και τις ψυχοκοινωνικές συμπεριφορές των μελών της, τις τελευταίες δεκαετίες (World Health Organization Atlas, 2011). Και ενώ σίγουρα η κληρονομικότητα μέσω των υπεύθυνων γονιδίων κατέχει εξέχοντα ρόλο στην τάση του ανθρώπου να αυξάνει το σωματικό του βάρος, αποθηκεύοντας ενέργεια, το ενεργειακό ισοζύγιο είναι σαφές ότι είναι μια μαθηματική σχέση ανάμεσα στη θερμιδική πρόσληψη και την ενεργειακή δαπάνη μέσω της φυσικής δραστηριότητας.

Επιπολασμός Ανεπαρκούς Φυσικής Δραστηριότητας

Ο επιπολασμός της ανεπαρκούς φυσικής δραστηριότητας είναι υψηλότερος σε ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με τις αναπτυσσόμενες, εξαιτίας της αυτοματοποίησης της εργασίας και της εκτεταμένης χρήσης μέσων μεταφοράς. Έτσι οι κοινωνικές αλλαγές και η παγκόσμια διατροφική μετάβαση μακριά από τις παραδοσιακές διατροφικές συνήθειες, πιλοτάρουν ουσιαστικά την επιδημία της παχυσαρκίας και της μειωμένης φυσικής

δραστηριότητας. Η οικονομική ανάπτυξη, ο εκσυγχρονισμός, η αστικοποίηση και η παγκοσμιοποίηση των αγορών των τροφίμων διαμόρφωσαν τη δίαιτα και τη φυσική άσκηση. Η τεχνολογία και η εξέλιξη των αστικών μητροπόλεων οδήγησε σε λιγότερο δραστήρια και περισσότερο καθιστική ζωή. Το 60% του παγκόσμιου πληθυσμού σύμφωνα με τον WHO, δεν έχει επαρκή επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (World Health Organization Atlas, 2011).

Παγκοσμίως, περίπου το 31% των ατόμων ηλικίας 15 και άνω ήταν επαρκώς ενεργά το 2008 (28% των αντρών και 34% των γυναικών), ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεπαρκούς δραστηριότητας εμφανίζονται στην Αμερική και την περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου. Σε αυτές τις δύο περιοχές περίπου το 50% των γυναικών είναι υποδραστήριες, ενώ για τους άντρες τα ποσοστά είναι χαμηλότερα στο 40% στην Αμερική και 36% στην Ανατολική Μεσόγειο. Τα υψηλότερα ποσοστά δραστηριοποίησης παγκοσμίως εμφανίζει ο πληθυσμός της Νότιο Δυτικής Ασίας (83%), ενώ σε όλες τις περιοχές οι άντρες εμφανίζονται περισσότερο δραστήριοι από τις γυναίκες, με τη μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα να παρατηρείται στη περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου (World Health Organization Atlas, 2011). Οι πλούσιες ανεπτυγμένες χώρες έχουν διπλασιάσει το ποσοστό ανεπαρκούς φυσικής δραστηριοποίησης και για τα δύο φύλα, με το ποσοστό να φτάνει στο 41% για τους άντρες και το 48% για τις γυναίκες σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες χώρες, που τα ποσοστά είναι 18% και 21% αντίστοιχα (World Health Organization Atlas, 2011). Στο Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζεται επίσης υψηλό ποσοστό αδράνειας του πληθυσμού με 50%, 52% και 60% του Αγγλικού, Ιρλανδικού και Σκωτσέζικου πληθυσμών αντίστοιχα (Scottish Health Survey, 2007). Στην Αμερική, την Αυστραλία και το Βέλγιο το ποσοστό των ατόμων, που συμμετέχουν σε έντονη ή συχνή φυσική δραστηριότητα εκτιμάται περίπου στο 10% των ενηλίκων, ενώ στη Σκανδιναβία και στον Καναδά αυτά τα ποσοστά τείνουν να ξεπεράσουν των Αμερικάνων (De Bourdeaudhuij and Van Oost, 1993; Dishman, 1993; Sallis and Hovell, 1990). Όμως ακόμα και σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό καθιστικής ζωής, όπως η Κίνα, σε ορισμένες πόλεις η συχνότητα εμφάνισης αγγίζει το 20% (World Health Organization Atlas, 2011). Φαίνεται δηλαδή μια διαφοροποίηση μεταξύ αστικών και μη αστικών περιοχών. Τα υψηλά ποσοστά φυσικής αδράνειας παγκοσμίως οφείλονται κυρίως σε ελλιπή συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου των ατόμων και λόγω της αύξησης της καθιστικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια της εργασιακής και προσωπικής ζωής. Επιπλέον, η αύξηση της χρήσης «παθητικών» μέσων μεταφοράς έχει επίσης συνδεθεί με μειωμένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Η φυσική δραστηριότητα μειώνεται με την ηλικία, είναι λιγότερο κοινή στις γυναίκες και σε άτομα με

χαμηλό εισόδημα και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, σε αντιστοιχία με την παχυσαρκία, γεγονός που ενδυναμώνει την άμεση και δυναμική σχέση μεταξύ άσκησης και σωματικού βάρους.

Φυσική Δραστηριοποίηση και Νέοι

Η σωματική δραστηριότητα και η υγιεινή διατροφή είναι δυο πολλοί σημαντικοί παράγοντες, που επηρεάζουν και καθορίζουν το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής και των νέων ατόμων (Digelidis et al., 2007). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παίρνουν μέρος σε τακτική φυσική δραστηριότητα έχουν πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία και απομακρύνουν τον κίνδυνο ασθενειών (Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2001; Hagger, Chatzisarantis, Biddle & Orball, 2001; Theodorakis et al., 2002; Center for Disease Control and Prevention, 2004). Επίσης, από μελέτη που έγινε από τους Hassandra και Goudas (2010) σε 21 μαθητές με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος φυσικής αγωγής, που στόχευε στην ανάπτυξη προσωπικής και κοινωνικής υπευθυνότητας, προέκυψε από την ποιοτική ανάλυση ότι οι μαθητές ανέπτυξαν αυξημένη αντίληψη περί ευθύνης, παρότι τα ποσοτικά δεδομένα (ανάλυση ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν πριν και μετά τη μελέτη με στόχο τη διερεύνηση των αντιλήψεων περί ατομικής και κοινωνικής υπευθυνότητας) δεν ανέδειξαν διαφορές πριν και μετά.

Αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία των μαθητών, τόσο μειώνεται η συχνότητα άσκησης τους (Christodoulidis, Papaioannou, & Digelidis, 2001; Luke & Sinclair, 1991; Min-hau & Allen, 2002). Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας σε παιδιά και εφήβους είναι ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα, αφού χρόνιες ασθένειες των ενηλίκων, όπως καρδιακά νοσήματα, διαβήτης τύπου II, παχυσαρκία κάνουν την εμφάνισή τους ήδη από την παιδική ηλικία (Τζέτζης, Κακαμούκας, Γούδας, & Τσορμπατζούδης, 2005).

Για αυτό αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική η πρόωμη εμπλοκή σε σωματικές δραστηριότητες αναψυχής από την παιδική και εφηβική ηλικία, η οποία έχει συσχετισθεί σημαντικά με τις συνήθειες σωματικής δραστηριότητας, που θα αναπτύξουν τα ίδια άτομα ως ενήλικες (Barnekow-Bergkvist, Hedberg, Janlert, & Jansson, 1996). Η υποκινητικότητα, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση και η χαμηλή αεροβική σωματική κατάσταση είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου στην εφηβεία, που συσχετίζονται με καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) και θνησιμότητα (Blair et al., 1995; Blair et al., 1989;

Hein, Suadicani, Soerensen, & Gyntelberg, 1994; Must, Jacques, Dallal, & Bajema, 1992; Paffenbarger, Hyde, Wing, Hsieh, 1986). Η υποκινητικότητα και το κάπνισμα αντιπροσωπεύουν άμεσους παράγοντες κινδύνου του τρόπου ζωής (συνήθειες κινδύνου), ενώ η αεροβική σωματική κατάσταση, η παχυσαρκία, το λιπιδαιμικό προφίλ και η υπέρταση θεωρούνται βιολογικοί παράγοντες κινδύνου, αλλά έμμεσα σχετίζονται και αυτοί με τον τρόπο ζωής (Kemper, 1995). Μια πολύχρονη έρευνα σε εφήβους 16 ετών, που παρακολουθούνταν για 18 χρόνια, έδειξε ότι τα προβλεπόμενα προφίλ υγείας στην ενήλικη ζωή, καθώς και οι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου, διαφοροποιούνταν μεταξύ ανδρών και γυναικών, ενώ η δραστηριότητα σε αθλήματα αναψυχής ήταν σημαντικός δείκτης πρόβλεψης της ενήλικης φυσικής δραστηριότητας και σε συνδυασμό με τον δείκτη μάζας σώματος, αποτελούσαν τους πιο ισχυρούς δείκτες πρόληψης των βιολογικών δεικτών κινδύνου στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η θετική αντιμετώπιση απέναντι στην αεροβική άσκηση στα αγόρια, καθώς και οι υψηλοί βαθμοί στο μάθημα της γυμναστικής, μείωσαν την πιθανότητα του καπνίσματος (Barnekow-Bergkvist, Hedberg, Janlert, & Jansson, 2001). Οι Must και συν. (1992) βρήκαν ότι η παχυσαρκία στην εφηβεία συσχετιζόταν ισχυρά με στεφανιαία καρδιακή νόσο στην ενήλικη ζωή μετά από 55 χρόνια παρακολούθησης. Γενικότερα, φαίνεται άμεση συσχέτιση από διάφορες μελέτες στα παιδιά μεταξύ της παχυσαρκίας του τρόπου διατροφής και της σωματικής άσκησης. Ειδικότερα, έρευνα σε έλληνες και ελληνίδες μαθητές και μαθήτριες (Digelidis et al., 2007) έδειξε ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές είχαν στατιστικά χαμηλότερα σκορ στην κλίμακα της ικανοποίησης από τη συμμετοχή τους στο μάθημα της φυσικής αγωγής, είχαν αρνητική εικόνα για το σώμα τους και χαμηλά σκορ στο δείκτη φυσικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τους μαθητές, που είχαν φυσιολογικό δείκτη ΔΜΣ. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές υιοθετούν περισσότερο καθιστικές συνήθειες στην καθημερινότητά τους, όπως πολλές ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης και ενασχόλησης με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Σε έρευνα που έγινε στην Αμερική (Mendoza, Zimmerman, & Christakis, 2007), φάνηκε ότι η παρακολούθηση τηλεόρασης πάνω από 2 ώρες καθημερινά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, συσχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο παχυσαρκίας και φυσικής αδράνειας. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) έχει δώσει οδηγίες προς τους γονείς να περιορίσουν το χρόνο που καταναλώνουν τα παιδιά τους στα media (τηλεόραση ή κομπιούτερ) σε όχι περισσότερο από 1 ή 2 ποιοτικές ώρες προγράμματος την ημέρα για παιδιά ηλικίας 2 ετών ή μεγαλύτερα (Klepp et al., 2007).

Όσον αφορά τη σχέση καπνίσματος και φυσικής δραστηριότητας, οι διάφορες μελέτες εμφανίζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα, ενώ πολλοί ερευνητές

αναφέρουν ότι η συμμετοχή σε αθλητική δραστηριότητα μειώνει την πιθανότητα καπνίσματος σε ενήλικους και φοιτητές (Pritchard, Milligan, Elgin, Rush, & Shea, 2007; Rigotti, Regan, Majchrzak, Knight, & Wechsler, 2002; Wechsler & Davenport, 1997), άλλοι ερευνητές έχουν βρει ότι δεν υπάρχουν διαφορές στη συμπεριφορά καπνίσματος μεταξύ αθλητών και μη αθλητών, ενώ στην πραγματικότητα οι αθλητές καταναλώνουν περισσότερο αναμασώμενο καπνό (35%) σε σχέση με τους μη αθλητές (14%) (Hildebrand, Johnson, & Bogle, 2001; Nattiv, Puffer, & Green, 1997). Το ενδιαφέρον είναι όμως ότι οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ φύλου και φυσικής δραστηριότητας στη χρήση καπνού, με τους άντρες αθλητές να χρησιμοποιούν αναλογικά περισσότερο αναμασώμενο καπνό από ό,τι οι μη αθλητές, αλλά χωρίς καμία αντίστοιχη διαφορά να παρατηρείται στις γυναίκες (Pritchard et al., 2007; Wechsler & Davenport, 1997).

Οι δαπάνες για τη παχυσαρκία και την υποκινητικότητα αποτελούν το 2-6 % των δαπανών για την υγεία σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες. Το πραγματικό όμως κόστος είναι πολύ μεγαλύτερο καθώς περιλαμβάνει πρακτικά και αυτό των σχετιζόμενων επιπλοκών (Gallagher et al., 2000). Το πιο ανησυχητικό είναι πως η συχνότητα εμφάνισης είναι αυξανόμενη τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες και επηρεάζει όλες τις ηλικίες και τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα, με σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Γενικότερα, στις φτωχότερες χώρες οι κάτοικοι αυξάνουν το σωματικό βάρος όσο αυξάνεται το εισόδημά τους, ενώ στις ήδη αναπτυγμένες οικονομίες το υψηλότερο εισόδημα σχετίζεται με μικρότερα σωματικά βάρη και ενεργητικότερο τρόπο ζωής. Στον Καναδά πρόσφατες έρευνες υπολόγισαν ότι η φυσική αδράνεια κοστίζει στο εθνικό σύστημα υγείας περίπου \$5.3 δις ετησίως, \$1.6 δις σε άμεσα ιατρικά κόστη και επιπλέον \$3.7 δις σε έμμεσα κόστη (Katzmarzyk and Janssen, 2004; Katzmarzyk, Gledhill, & Shephard, 2000). Αντίστοιχα μελέτες στην Αμερική έδειξαν ότι το 1995 το κόστος ήταν στα 99,2 δις δολάρια, εκ των οποίων τα 51,6 αφορούσαν άμεσα θεραπείες ασθενών, ενώ το 2000 το κόστος ανήλθε στο υπέρογκο ποσό των 117 δις δολαρίων (Pan American Health Organization).

Όσον αφορά την Ελλάδα, οι έρευνες, που εξετάζουν τη φυσική δραστηριότητα και τις συνήθειες άσκησης, είναι περιορισμένες. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή μελέτη EPIC (Slimani et al., 2002), η οποία περιελάμβανε άτομα ηλικίας 50-64 ετών, το 50% των ανδρών αυτής της ηλικίας ήταν υπέρβαροι και το 30% παχύσαρκοι. Το 2002 στη δημοσίευση της IOTF (International Obesity Task Force) αναφέρεται πως η συχνότητα εμφάνισης υπερβάλλοντος βάρους για τις Ελληνίδες είναι η μεγαλύτερη στην Ευρώπη, με ποσοστό 74%, ενώ οι

Έλληνες έρχονται δεύτεροι με ποσοστό 72% (IOTF: The case of action, 2002). Το ποσοστό αυτό συμφωνεί με αυτό της μελέτης ATTICA (Pitsavos, Panagiotakos, Chrysohoou, & Stefanadis, 2003) όσον αφορά τους άνδρες, στην οποία μελετήθηκε πληθυσμός όλων των ηλικιών από αστικές και αγροτικές περιοχές του νομού Αττικής, αλλά διαφοροποιείται σε χαμηλότερο σύνολο στις γυναίκες, που φτάνει το 46%. Επίσης, η παχυσαρκία κυμαίνονταν από 10% στις αγροτικές ως 25% στις αστικές περιοχές του νομού, ενώ παρατηρήθηκε ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι ήταν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (40-60 ετών), με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με περισσότερο καθιστική ζωή, με τις διατροφικές τους συνήθειες να είναι μακριά από τη μεσογειακή διατροφή, περιλαμβάνοντας μεγάλες ποσότητες ανθρακούχων αναψυκτικών. Όσον αφορά το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, φάνηκε να διαφοροποιείται ελάχιστα με βάση το φύλο και να φτάνει στο 42% στους άντρες σε σύγκριση με το 39% στις γυναίκες (Pitsavos et al., 2003).

Φυσική Δραστηριοποίηση και Ηλικιωμένοι

Όσο αναφορά την καταγραφή του επιπέδου και του είδους της φυσικής δραστηριότητας ηλικιωμένων ατόμων (60-90 ετών) στη χώρα μας, φάνηκε ότι η φυσική δραστηριότητα περιορίζεται σε όλες τις μορφές της με την αύξηση της ηλικίας, με τα υπερήλικα άτομα (81-90 ετών) να είναι τα λιγότερο δραστήρια, ενώ το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το είδος και την ένταση της φυσικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχουν οι ηλικιωμένοι. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ήταν πιο δραστήριες από τους άντρες στις δραστηριότητες, που πραγματοποιούνται στο σπίτι, ενώ οι άντρες ήταν πιο δραστήριοι στις δραστηριότητες μέτριας έντασης (Michalopoulou et al., 2006). Φαίνεται ότι τα ηλικιωμένα άτομα, που έχουν οικογένεια και ειδικά οι γυναίκες, εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες αναψυχής. Διάφοροι λόγοι μπορεί να συμβάλλουν σε αυτή την εικόνα, και κυρίως οι κοινωνικομορφωτικές συνθήκες, που επικρατούν στη χώρα μας, σύμφωνα με τις οποίες διαμορφώνεται ένας τρόπος ζωής, που δεν ενθαρρύνει τον αθλητισμό (Harahousou and Kabitsis, 1993). Ειδικά η λιγότερο δραστήρια ομάδα, οι ηλικιωμένες γυναίκες, προτιμούν να εμπλέκονται σε έναν καθημερινό τρόπο διαβίωσης χαμηλής έντασης, προσαρμοζόμενο σε δραστηριότητες, όπως η επίσκεψη σε γνωστούς, δουλειές στο σπίτι, συμμετοχή στην εκκλησία, και παρακολούθηση πολύωρων εκπομπών/προγραμμάτων στη τηλεόραση (Harahousou and Kabitsis, 1993; Michalopoulou et al., 2006).

Παράγοντες Επηρεασμού Φυσικής Δραστηριοποίησης

Η ποσότητα, το είδος, αλλά και η ένταση της φυσικής δραστηριότητας, φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο των ατόμων. Διεθνής έρευνες έχουν καταδείξει ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι λιγότερο δραστηριοποιημένα από τα νεότερά τους, ενώ οι μεγαλύτερες γυναίκες είναι λιγότερο δραστήριες από τους άντρες αντίστοιχης ηλικίας (World Health Organization, 2011). Στην Αμερική το ποσοστό αδρανών ατόμων στις ηλικίες 55-64 είναι 33% για τις γυναίκες και για τους άντρες και αυξάνεται στο 36% για τις γυναίκες στις ηλικίες 65-74 και 47% στις γυναίκες και 37% στους άντρες στις ηλικίες άνω των 75 ετών (Kamimoto, Easton, Maurice, Husten, & Macera, 1999; Yusuf et al., 1996). Φαίνεται ότι οι γυναίκες παραμένουν σε μικρότερα ποσοστά δραστήριες σε όλα τα επίπεδα έντασης φυσικής δραστηριότητας και κατά τον ελεύθερο χρόνο τους σε σχέση με τους άντρες (Craig, Russell, Cameron, & Beaulieu, 1997). Το χαμηλό εισόδημα φάνηκε ότι αποτελεί, επίσης, σημαντικό περιοριστικό παράγοντα στη φυσική δραστηριότητα των ηλικιωμένων (Craig and Cameron, 2002). Το είδος της φυσικής δραστηριότητας, που πραγματοποιείται, εξαρτάται, επίσης και από την κοινωνική τάξη. Στην Αγγλία, έχει φανεί ότι άνθρωποι των κατώτερων κοινωνικών τάξεων τείνουν να δραστηριοποιούνται σε πιο επαγγελματικές φυσικές δραστηριότητες, σε σχέση με αυτούς των υψηλότερων τάξεων, αντικατοπτρίζοντας έτσι την κυριαρχία των χειρονακτικών επαγγελμάτων σε αυτούς. Σε αντίθεση, οι άνθρωποι των υψηλότερων κοινωνικών τάξεων τείνουν να συμμετέχουν περισσότερο σε αθλήματα και καθοδηγούμενη άσκηση (Scottish Health Survey, 1997).

Η ένταση της φυσικής δραστηριότητας θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση των θετικών επιδράσεων και μάλιστα σημαντικότερος από την ποσότητά της (Lee, Hsieh, & Paffenbarger, 1995). Ηλικιωμένοι άνδρες, που συμμετείχαν σε φυσικές δραστηριότητες με ένταση μεγαλύτερη των 8,4 MJ την εβδομάδα, είχαν έως 30% μικρότερη θνησιμότητα από τους λιγότερο δραστήριους συνομήλικούς τους (Paffenbarger et al., 1986). Επιπλέον, η έναρξη της φυσικής δραστηριότητας είναι σημαντική, καθώς η έναρξη κατά τη μέση και όχι κατά τη νεότερη ηλικία ήταν κατά 23% λιγότερο συνδεδεμένη με όλες τις αιτίες θανάτου. Στις γυναίκες τρίτης ηλικίας το χαμηλό αρχικό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο, αποτελούσε ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου (Lissner, Bengtsson, Bjorkelund, & Wedel, 1996), ενώ αυξανόμενη συχνότητα δραστηριότητας από το «ποτέ» σε τουλάχιστον 4 φορές ανά εβδομάδα σχετίστηκε με μείωση θνησιμότητας, ποσοστό που στους άντρες άγγιξε το 44% μετά από διάστημα 5 ετών (Blair et al., 1993)

Επιπρόσθετα, οι αιτίες της φυσικής αδράνειας των ατόμων, έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την αυτοαντίληψη των ατόμων, την αντίληψη γνώσης μεταξύ κόστους-οφέλους και στα αρνητικά συναισθήματα, που συσχετίζονται με την άσκηση (Auweele, Rzewnicki, & Mele, 1997). Οι συνθήκες, που έχουν προταθεί ότι είναι απαραίτητες για να ξεκινήσει ένα άτομο να δραστηριοποιείται σωματικά, είναι η επίγνωση ενός προβλήματος υγείας και η καταλληλότητα της προσφερόμενης άσκησης. Αναλύσεις διαχωρίζουν συμπεριφορικά τρεις τύπους ενηλίκων με καθιστικό τρόπο ζωής. Τους αδιάφορους, τους αντίθετους και τους προσεγγίσιμους, οι οποίοι είναι και πιο εύκολο να δραστηριοποιηθούν (Auweele et al., 1997).

Επιπλέον, πέρα από το ποσοστό των ανθρώπων που δεν έχουν ξεκινήσει ποτέ επισταμένα να ασκούνται συστηματικά, είναι ευρέως γνωστό ότι το 40-60% των ατόμων, που ξεκινούν κάποιο πρόγραμμα εκγύμνασης, θα το σταματήσουν μέσα σε 3-6 μήνες (Annesi, 1998; Dishman, 1988). Συνεπώς, για να εκλάβει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τα οφέλη της άσκησης, πρέπει να βρεθούν αποτελεσματικές στρατηγικές για να μεγιστοποιηθεί η παραμονή στην άσκηση (Annesi, 2002).

Στρατηγική Αντιμετώπισης Φυσικής Υποκινητικότητας

Διαφορετικά μοντέλα και θεωρίες έχουν στρατολογηθεί για να εξηγήσουν τις διαφορετικές συμπεριφορές των ατόμων απέναντι στην άσκηση. Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα υπερτονίζουν την επίδραση των ατομικών διαφορών αντίληψης και της προσωπικής εικόνας απέναντι στην αλλαγή συμπεριφοράς (Godin, 1994; Jones, Hoelscher, Kelder, Hergenroeder, & Shama, 2008). Οι θεωρίες της λήψης αποφάσεων με βάση το προσδόκιμο αξίας, αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά σαν λειτουργία με τα αναμενόμενα αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα (Rejeski, 1992). Το Διαθεωρητικό μοντέλο, που δανείστηκε από έρευνες για τη διακοπή του καπνίσματος και άλλες συμπεριφορές υγείας, προτείνει ότι όλοι σχεδόν οι άνθρωποι περνούν μέσα από 5 φάσεις ετοιμότητας (Marcus, Rossi, Selby, Niaura, Abrams, 1992), προκειμένου να πραγματοποιήσουν ή να ολοκληρώσουν μια συμπεριφορά. Όσον αφορά τη φυσική άσκηση, γενικά προτείνεται η σύσταση προγράμματος / είδος άσκησης με βάση τη διάθεση του ατόμου, ειδικά για τα λιγότερο αυτοενεργοποιημένα άτομα, αφού η συμμετοχή στην άσκηση είναι άμεσα συσχετιζόμενη με τη διάθεση των ατόμων πριν και μετά την άσκηση (Annesi, 2002). Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις, όπου μπορεί να γίνει συνδυασμός λειτουργικότητας 2 θεωρητικών μοντέλων, όπως έγινε στο σχεδιασμό της μελέτης παρέμβασης της φυσικής

δραστηριότητας IMPACT (Jones et al., 2008), βασισμένη στις θεωρητικές βάσεις του Κοινωνικογνωστικού μοντέλου και του Διαθεωρητικού μοντέλου. Έτσι, ενσωματώνοντας τους παράγοντες καθορισμού της συμπεριφοράς (όπως την προσδοκία του αποτελέσματος, την αυτάρκεια, τη συμπεριφορική ικανότητα και το περιβάλλον) με μεθόδους αλλαγής συμπεριφοράς σχεδιάστηκε ένα πολυπαραγοντικό πρόγραμμα παρέμβασης για την προώθηση της οστικής υγείας σε έφηβες, με τη φυσική δραστηριότητα να αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες παρέμβασης. Το πρόγραμμα είχε σαν αποτέλεσμα μία θετική επίδραση στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και στη μείωση της καθιστικής ζωής (Jones et al., 2008).

Παρ' όλες τις διαφορές, που παρατηρούνται μεταξύ των ατόμων σχετικά με την ενεργοποίηση της φυσικής τους κατάστασης και των θεωρητικών μοντέλων προώθησής τους, η πλειοψηφία των στρατηγικών προώθησης της υγείας και της αλλαγής συμπεριφοράς απέναντι στην άσκηση, εμφανίζουν κοινά αναγνωρίσιμες υποθέσεις και χαρακτηριστικά. Τα περισσότερα συμβαδίζουν με το λεγόμενο ανθρωπιστικό μοντέλο (human capital model) με τη χρήση της αντίστοιχης γλώσσας, των μεταφορών, των σιωπηρών κανόνων, των σχέσεων δύναμης και των γραφειοκρατικών φορμών οργάνωσης (Kimiecil and Lawson, 1996). Το ανθρωπιστικό μοντέλο αναλύεται και συνδέεται με δεδομένα σχετικά με την προώθηση της υγείας και την αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι στην άσκηση. Τα δεδομένα παρουσιάζουν, επίσης, τους περιορισμούς του και προτείνεται επικοδομητική κριτική. Σαν εναλλακτική, προτείνεται ένα διαφορετικό μοντέλο, της προοπτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού (human development-potential perspective). Ερχόμενο σε αντίθεση στα χαρακτηριστικά με τις συμβατικές υποθέσεις του ανθρωπιστικού μοντέλου, αναδεικνύονται και αναφέρονται οι αξίες και οι ανάγκες της προώθησης της υγείας και των στρατηγικών αλλαγής συμπεριφοράς. Έτσι, η υγεία πλαισιώνεται σε γενικές γραμμές με κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και τα οφέλη της δεν είναι μόνο οικονομικά (π.χ. μειωμένα κόστη για την υγεία, αυξημένη παραγωγικότητα), αλλά ηθικά και κοινωνικοπολιτιστικά. Συνοψίζοντας, το μοντέλο της ανάπτυξης της προοπτικής του ανθρώπινου δυναμικού, όχι μόνο βοηθάει τα άτομα, αλλά συγχρόνως υπόσχεται βελτιωμένη κοινωνική ευεξία και ευημερία (Kimiecil and Lawson, 1996).

Δύο συχνά χρησιμοποιούμενα προγράμματα παρέμβασης στη φυσική δραστηριότητα είναι οι αξιολογήσεις φυσικής κατάστασης και οι συνεδρίες άσκησης (Lowther, Mutrie, & Scott, 2002). Δεδομένης της πληθώρας στοιχείων, που συσχετίζουν τη φυσική κατάσταση με την υγεία, έχει ξεκινήσει ένα κύμα ενδιαφέροντος προς την προώθηση της φυσικής δραστηριοποίησης. Η χρήση των αξιολογήσεων φυσικής κατάστασης είναι πολύ δημοφιλής

και ευρέως χρησιμοποιούμενη (Health Education Authority, 1992). Φυσιολογικά, οι αξιολογήσεις φυσικής κατάστασης (fitness test) περιλαμβάνουν μετρήσεις ύψους, μάζας, αρτηριακής πίεσης, δύναμης, ευελιξίας, χωρητικότητας πνευμόνων και καρδιοπνευμονικής ευεξίας (Sykes, 1989). Τα αποτελέσματα αυτά στη συνέχεια συγκρίνονται με μήτρες συσχέτισης ηλικίας και φύλου, για να παραχθεί τελικά το συνολικό προφίλ φυσικής κατάστασης, που χρησιμοποιείται για να αναπτυχθεί ένα πρόγραμμα άσκησης ανάλογα με τις ικανότητες του εκάστοτε ατόμου. Συχνά, τοποθετούνται στόχοι άσκησης για να ενεργοποιηθεί επιπλέον το άτομο. Οι εφαρμογές των συνεδριών άσκησης είναι ατομικές συνεντεύξεις του συμμετέχοντα με τον ειδικό και δεν προϋποθέτουν αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης. Αντιθέτως, ο συμμετέχων μπαίνει στη διαδικασία συζήτησης και συνειδητοποίησης να γίνει φυσικά πιο ενεργός σε σταθερή βάση. Έχουν προταθεί συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την διεξαγωγή συνεδριών άσκησης, και συμπεριλαμβάνουν έρευνα του ιστορικού άσκησης του ατόμου (για να καθοριστεί το τι του αρέσει και τι όχι), συζήτηση για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής, τυχόν προβλήματα που πιθανόν να υπάρχουν, διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη, στοχοποίηση και πρόληψη υποτροπής (Loughlan and Mutrie, 1995a). Η εφαρμογή των δύο αυτών πρακτικών σε μια κοινωνικά και οικονομικά υποδεέστερη κοινότητα, έδειξε ότι μόνο οι συμμετέχοντες, που έλαβαν συνεδρίες άσκησης αύξησαν σημαντικά τη φυσική τους δραστηριότητα μετά από 1 χρόνο, και είχαν σημαντικά καλύτερη μακροχρόνια παραμονή στο πρόγραμμα. Το σημαντικότερο στοιχείο, όμως, που ανέδειξε η μελέτη ήταν το γεγονός ότι δεν είναι δύσκολο να προσεγγιστούν οι πολίτες μιας κοινωνικά και οικονομικά στερημένης κοινότητας, οι οποίοι αντιδρούν θετικά σε προγράμματα παρέμβασης φυσικής δραστηριότητας (Lowther et al., 2002).

Ειδικά προγράμματα «Παρέμβασης-Πρόληψης» έχουν σχεδιαστεί, εφαρμοστεί και αξιολογηθεί σε πολλές κοινότητες και χώρες με πληθώρα θετικών αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, στην Πολωνία η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος (Krawczynski and Olszewski, 2000) έδειξε ότι μπορεί να βοηθηθούν ηλικιωμένα άτομα μετά τη σύνταξη και να βελτιωθεί η ψυχολογική υγεία του ατόμου, με βάση την αξιολόγηση 3 ειδικών ψυχολογικών παραμέτρων: την συναίσθηση του νοήματος της ζωής, την κατάθλιψη και την υποχονδρίαση. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις σε όλες τις μετρούμενες ψυχολογικές παραμέτρους, οι οποίες διατηρήθηκαν για τουλάχιστον 10 μήνες από την έναρξη του προγράμματος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organisation, 2011), χρησιμοποιεί ένα μοντέλο 4 βημάτων στη συστηματική καμπάνια του για την προώθηση της άσκησης στον καθημερινό

τρόπο ζωής στους ενήλικες. Αυτά τα 4 βήματα συμπεριλαμβάνουν την ανάπτυξη συναίνεσης μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας, την ενημέρωση των πολιτών και την οικοδόμηση αναγκών καταναλωτή, την ανάπτυξη ενός πλαισίου πολιτικής για την δραστηριοποίηση των ηλικιωμένων και το ραφινάρισμα, την επέκταση και την εξέλιξη του μοντέλου (Chodzko-Zajko and Schwingel, 2009).

Οδηγίες Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Οι συνιστώμενες οδηγίες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας WHO (World Health Organization, 2011) σχετικά με την ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινή ζωή, προκειμένου να υπάρχουν επιβεβαιωμένα οφέλη για τη σωματική και ψυχολογική υγεία, διαφοροποιούνται με βάση την ηλικιακή κλάση και την κατάσταση υγείας των ατόμων. Ειδικότερα, συνιστάται στα παιδιά ηλικίας από 5-17 ετών να συμμετέχουν σε τουλάχιστον 60 λεπτά μέτριας έως έντονης φυσικής δραστηριότητας καθημερινά, ενώ οποιαδήποτε φυσική δραστηριότητα υπερβαίνει το χρονικό πλαίσιο της μίας ώρας προσφέρει επιπρόσθετα οφέλη στην υγεία. Όσον αφορά την ηλικιακή κλάση των ενηλίκων 18–64 ετών, η πρόταση είναι τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας φυσικής άσκησης, ή τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης δραστηριότητας μέσα στην εβδομάδα ή ισοδύναμο συνδυασμό μέτριας–έντονης δραστηριότητας. Όλες οι δραστηριότητες πρέπει να εκτελούνται σε φάσεις τουλάχιστον 10 λεπτών διάρκειας. Για τα ηλικιωμένα άτομα των 65 ετών και άνω, οι κύριες συστάσεις είναι αντίστοιχες με τους ενήλικες. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι με χαμηλή κινητικότητα συνιστάται να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες για να ενισχύσουν την ισορροπία και να προλάβουν πιθανές πτώσεις, τουλάχιστον 3 φορές τη βδομάδα. Όταν υπάρχει περιορισμός εξαιτίας προβλημάτων υγείας, τα ηλικιωμένα άτομα με την επίβλεψη του επιστήμονα υγείας πρέπει να προσπαθούν να είναι όσο φυσικά ενεργά τους επιτρέπουν οι ικανότητες τους.

Γενικότερα, οι κύρια οδηγία είναι ότι το να δραστηριοποιούνται τα άτομα έστω και με ελάχιστη φυσική δραστηριότητα είναι καλύτερο από το να μη δραστηριοποιούνται καθόλου, ξεκινώντας αργά με μικρές ποσότητες φυσικής άσκησης και αυξάνοντας σταδιακά τη διάρκεια, τη συχνότητα και την έντασή της. Οι έγκυες γυναίκες, οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και τα άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα πρέπει να λαμβάνουν ιδιαίτερες προφυλάξεις και να αναζητούν ιατρική συμβουλή πριν ξεκινήσουν οποιαδήποτε μορφή άσκησης.

Αυτό, όμως, που είναι ιδιαίτερα σημαντικό, είναι η βοήθεια, που μπορεί να προσφέρει το κράτος μέσω του συστήματος υγείας, οι επιμέρους κοινότητες και το περιβάλλον των ατόμων στην προώθηση της φυσικής άσκησης. Οι σωστά οργανωμένες αστικές και περιβαλλοντικές πολιτικές μπορεί να παρέχουν μεγάλη βοήθεια στο να αυξήσουν τα επίπεδα φυσικής άσκησης στον πληθυσμό. Παραδείγματα τέτοιων στρατηγικών περιλαμβάνουν το να εξασφαλίσουν ότι το περπάτημα, η ποδηλασία και άλλοι τρόποι ενεργούς μετακίνησης είναι προσβάσιμες και ασφαλείς για όλους, ότι τα σχολεία έχουν ελεύθερους και ασφαλείς χώρους και υποδομές για τους μαθητές να εξασκούν τις αθλητικές τους δραστηριότητες κ.α. (Chodzko-Zajko and Schwingel, 2009; Rejeski et al., 2001; Weinehall et al., 2001).

Κάθε χρόνο 1 στα 5 άτομα θα πεθάνει εξαιτίας του καπνίσματος, το οποίο μεταφράζεται σε 435000 θανάτους το χρόνο. Το κάπνισμα σκοτώνει περισσότερους Αμερικανούς από ό,τι το άθροισμα των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, δολοφονίες, αυτοκτονίες, φωτιές, AIDS και σε δηλητηρίαση από φάρμακα. Οι καπνιστές είναι πιθανότερο να πεθάνουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, δευτερογενή του εμφυσήματος, από διάφορους καρκίνους (νεφρών, στομάχου, μήτρας, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης, οισοφάγου, λάρυγγα, πνευμόνων, του στόματος και λευχαιμία), νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό και καρδιαγγειακή ασθένεια, ενώ το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει επίσης σε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και το έμβρυο (αναπαραγωγικά προβλήματα, σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου) και ασθένειες όπως καταρράκτης, πνευμονία, ουλίτιδα και άσθμα (Ramsey et al., 2005). Η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο επιδείνωσης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και αυτή η μείωση σχετίζεται με το χρονικό διάστημα της αποχής (Au et al., 2009). Οι μεγαλύτερες βλάβες, που προκαλούνται από το κάπνισμα, οφείλονται στο συνδυασμό κατανάλωσης του μονοξειδίου του άνθρακα και περισσότερων από 60 καρκινογόνων χημικών πρόσθετων, που βρίσκονται στον καπνό (Alpert, 2009; Roophandani, Singhvi, & Kar, 2008). Κάποια από τα δηλητηριώδη συστατικά του καπνού είναι το υδροκυάνιο, η φορμαλδεΰδη, η ακρολεΐνη, το αρσενικό, η αμμωνία, το υδροθειικό άλας, το οξικό οξύ, το νικέλιο, το κάδμιο, η ακετόνη, η ανιλίνη, η ναφθαλίνη, κυανιούχες ενώσεις, το προπάνιο, το μεθάνιο, το μυρμηγκικό οξύ, λευκαντικές ουσίες, η μενθόλη, το λεβουλινικό οξύ και το βενζόλιο (Θεοδωράκης, Γούδας, & Χασάνδρα, 2006).

Συμπερασματικά, δεδομένης της ύπαρξης ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, τα αυξανόμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας μπορεί να προσφέρουν οφέλη στην υγεία για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ο WHO προτάσσει συμβουλές για το βέλτιστο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και το βασικό είναι ότι το να δραστηριοποιούμαστε σε κάποια μορφή

φυσικής άσκησης είναι προτιμότερο από το να μην ασκούμαστε καθόλου. Όλοι οι τομείς και όλα τα επίπεδα στις κυβερνήσεις, τους διεθνείς οργανισμούς, την κοινωνία, τους μη κυβερνητικούς φορείς και στον ιδιωτικό τομέα, μπορούν να παίξουν ένα ζωτικό ρόλο στο να βοηθήσουν να διαμορφωθούν υγιή περιβάλλοντα και να συμβάλλουν στην προώθηση της φυσικής δραστηριότητας.

Αποτελεσματικότητα της άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος

Οι ολέθριες επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία των ατόμων, έχουν αποδειχτεί ποικιλοτρόπως, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες (Akiba, & Hirayama 1990; Gíao, Zheng, Gíao, & Jin, 1991; La Vecchia et al., 1991; McGill, 1990). Ωστόσο, τα ποσοστά των καπνιστών και καπνιστριών παραμένουν πολύ υψηλά και στον ελληνικό πληθυσμό και διεθνώς (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Δεδομένων των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία, πλήθος ερευνών προσπαθούν να εντοπίσουν τρόπους και μέσα για την αποτροπή του καπνίσματος (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005). Ένας από τους τρόπους αποτροπής, αλλά και διακοπής του καπνίσματος είναι η άσκηση (Hill et al., 1981). Καθώς φαίνεται, η ένταξη προγραμμάτων άσκησης μέσα σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι πιθανό να ενισχύσουν την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (Everson-Hock et al., 2010; Θεοδωράκης et al., 2005; Jung, Fitzgeorge, Prapavessis, Faulkner, & maddison, 2010; Marcus et al., 2005; Parsons et al, 2009; Prapavessis et al., 2007).

Παρ' όλους τους γνωστούς κινδύνους για την υγεία, που προκαλεί το κάπνισμα και τις ωφέλειες, που αποφέρει η διακοπή του (Peto et al., 1996), η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη να επιτευχθεί τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άντρες. Η πιθανότητα της επιτυχούς διακοπής χωρίς υποστηρικτική βοήθεια είναι περίπου 5% (Fagerstrom, 2005), παρ' όλο που πολλοί καπνιστές και πολλές καπνίστριες έχουν διάθεση να το κόψουν. Επιπλέον, η μακροχρόνια ή η μόνιμη αποχή μπορεί να απαιτήσει πολλές προσπάθειες διακοπής (Fiore et al., 2000). Η άσκηση έχει προταθεί από παλιά ως μέσο υποβοήθειας της διακοπής του καπνίσματος (Hill, 1981) και έτσι ξεκινώντας από τη δεκαετία του 80', άρχισαν να γίνονται πολλές μελέτες για τις επιδράσεις της άσκησης στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (Ussher, Taylor, West, McEwen, 2000). Οι περισσότερες από αυτές επικεντρώθηκαν στη μελέτη της αποτελεσματικότητας της μέτριας αεροβικής άσκησης, ενώ κάποιες παρεμβατικές μέθοδοι χρησιμοποίησαν προγράμματα έντονης

άσκησης. Από τις 3 μεγάλες μελέτες, που έγιναν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 80, σε καμία δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της άσκησης και της ομάδας ελέγχου. Παρ' όλα αυτά, αυτές οι μελέτες είχαν σχετικά χαμηλό αριθμό συμμετεχόντων και δεδομένου του μικρού ποσοστού επιτυχίας ως προς τη διακοπή του καπνίσματος, είχαν μικρή στατιστική δυναμική ως προς τη διεξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων (Hill, 1981; Russell, Epstein, Johnson, & Block, 1988; Taylor, Houston-Miller, Haskell, & Debusk, 1988). Αυτές οι πρώτες παρεμβατικές μελέτες απέτυχαν, επίσης, και στο να εμφανίσουν στην ομάδα μελέτης σωματικές βελτιώσεις από την άσκηση, που υποδεικνύει ότι η παρέμβαση μπορεί να ήταν πολύ μικρή σε διάρκεια ή ότι η πιστή τήρηση του προγράμματος άσκησης ήταν ανεπαρκής.

Σε αντίθεση, οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη δεκαετία του 90' και παρείχαν επαρκή ώθηση ως προς την άσκηση, (π.χ. πιο έντονη άσκηση, σταθερή επιτήρηση), παρήγαγαν καλύτερα αποτελέσματα και υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Marcus, Albrecht, Niaura, Abrams, & Thomson, 1991; Marcus et al., 1995; Marcus et al., 1999). Η πιο εκτενής από αυτές τις μελέτες περιελάμβανε μόνο γυναίκες και χρησιμοποίησε την άσκηση συμπληρωματικά με συμβουλευτικό υποστηρικτικό πρόγραμμα διακοπής (Marcus et al., 1999). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχουσες στο γκρουπ της άσκησης, που ασκούσαν στο 65-80% της μέγιστης ικανότητας τους, είχαν καλύτερα αποτελέσματα μετά στον 12μηνο επανέλεγχο (12% μη καπνίζουσες) από ό,τι τα άτομα, που δεν ασκήθηκαν (5% μη καπνίζουσες). Παρ' όλο που αυτά τα ποσοστά επιτυχίας μπορεί να φαίνονται χαμηλά, έχουν κλινική σημαντικότητα, καθώς ο μέσος όρος ποσοστού διακοπής χωρίς κάποια υποβοήθεια είναι 3-8% (Fiore et al., 2000).

Μετά τη μελέτη των Marcus και συν. (1999), τρεις επιπλέον μελέτες πραγματοποιήθηκαν για το συσχετισμό της διακοπής του καπνίσματος με την υποβοήθεια της άσκησης, χρησιμοποιώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες του ACSM (American College of Sports Medicine) (Kinnunen et al., 2008; Marcus et al., 2005; Prapavessis et al., 2007). Οι κατευθυντήριες οδηγίες του ACSM αναγνωρίζουν 5 χαρακτηριστικά ως προς τον καθορισμό της άσκησης (τη συχνότητα, την ένταση, τη διάρκεια, το είδος και το ρυθμό της προόδου), τα οποία επηρεάζουν τη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής ικανότητας των ενηλίκων και παρέχουν προτάσεις για μεταβολές του κάθε χαρακτηριστικού (ACSM, 2006). Οι μελέτες του Kinnunen και συν. (2008) και του Prapavessis και συν. (2007), χρησιμοποίησαν την άσκηση ως συμπληρωματική θεραπεία ως προς το NRT, ενώ οι μελέτες του Marcus και συν. (1999, 2005), χρησιμοποίησαν την άσκηση ως μοναδική γραμμή υποστηρικτικής θεραπείας. Παρόλο που η συχνότητα (3 φορές την εβδομάδα), η διάρκεια

(περίπου 10-45 λεπτά), και το είδος (περπάτημα) της άσκησης ήταν σχετικά σταθερές μεταβλητές μεταξύ των μελετών, η ένταση μεταβάλλονταν από μέτρια (King et al., 1992; Marcus et al., 1999) σε έντονη (Marcus et al., 2005; Prapavessis et al., 2007). Στις μελέτες των Marcus και συν. (1999) και Prapavessis και συν. (2007) βρέθηκε ότι η άσκηση βελτίωσε τα ποσοστά διακοπής σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, όταν η άσκηση ήταν έντονη, ενώ αντίθετα η μέτριας έντασης άσκηση δεν συνέβαλλε θετικά στη διακοπή του καπνίσματος.

Επιπλέον, έχει φανεί ότι η τακτική φυσική άσκηση μέτριας-έντονης έντασης μπορεί να βελτιώσει τη συσχετιζόμενη με το κάπνισμα έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας και να μειώσει τον κίνδυνο της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, κάτι που έχει αποδειχθεί σε μία μεγάλη μελέτη σε 7000 άτομα στη Δανία, τα οποία παρακολούθηθηκαν για 10 χρόνια (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Anto, 2007). Η βιολογική εξήγηση της επίδρασης της φυσικής άσκησης στη μείωση της εκφύλισης της αναπνευστικής λειτουργίας, βασίζεται στις αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις της άσκησης, οι οποίες έχουν αποδειχθεί πειραματικά (Das, 2004). Αυτή η βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και περαιτέρω της φυσικής τους κατάστασης και υγείας μπορεί να κινητοποιήσει τους πρώην καπνιστές να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα (Garcia-Aymerich et al., 2007).

Όσον αφορά τη βοήθεια της άσκησης στη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα, οι μελέτες δεν έδειξαν μια συνεπή εικόνα επίδρασης της άσκησης στην αποχή, αλλά είτε πρότειναν μέτριας έντασης άσκηση (Cornuz et al., 2007; Marcus et al., 2005; Ussher, West, McEwen, Taylor, & Steptoe, 2003), είτε χαμηλή επιτήρηση μόνο μία φορά τη βδομάδα (Cornuz et al., 2007; Marcus et al., 2005). Στις περιπτώσεις που προσφέρονταν πιο συχνή επιτήρηση στην άσκηση, τόσο η παρακολούθηση του προγράμματος όσο και η αποχή παρέμεναν υψηλές (Ussher et al., 2008). Στην έρευνά τους οι Everson-Hock και συν. (2010) κατέληξαν ότι οι συμμετέχοντες ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν τη φυσική δραστηριότητα ως βοήθημα διακοπής καπνίσματος και αποχής από αυτό, όταν πίστευαν στην ικανότητά τους να τη χρησιμοποιήσουν και έβαζαν αντίστοιχους εβδομαδιαίους στόχους.

Μελέτη για την επίδραση της άσκησης στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό έδειξε συνοπτικά ότι α) τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν, β) τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας, γ) τα μη ασκούμενα άτομα καπνίζουν περισσότερο από τα ασκούμενα και δ) τα άτομα, που ήταν στο παρελθόν αθλητές, καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με άτομα, που δεν έχουν ποτέ ασχοληθεί με την άσκηση.

Τα δεδομένα της έρευνας αυτής συνηγορούν στην άποψη ότι η ενασχόληση των ατόμων με την άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005).

Η αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος παρατηρήθηκε τόσο σε δείγμα νεαρών ατόμων όσο και σε δείγματα ενηλίκων (Marti, Salonen, Tuomilehto, & Pulska, 1988; Salonen, Slater, Tuomilehto, & Raurama, 1988; Tuomilehto et al., 1987), συμπεραίνοντας, ότι όσο τα άτομα ασκούσαν τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Πράγματι, η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ή προγράμματα άσκησης πιθανά βοηθάει στις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, λειτουργώντας ως εναλλακτική δραστηριότητα ή βοηθώντας στη δημιουργία καλύτερης ψυχολογικής διάθεσης. Από πειραματικές έρευνες, έχει φανεί ότι η καρδιαγγειακή άσκηση έχει οξεία και άμεση επίδραση στη μείωση τόσο των ψυχολογικών συμπτωμάτων διακοπής όσο και τις επιθυμίες για τσιγάρο σε καπνιστές. Αυτό έχει φανεί τόσο για μικρής διάρκειας (5 με 10 λεπτά) συνεδρίες μέτριας έντασης άσκησης, όσο για μέτριας διάρκειας (30 με 40 λεπτά) συνεδρίες έντονης άσκησης μεταξύ καπνιστών, που προσπαθούν να το κόψουν (Taylor and Katomeri, 2007). Σύμφωνα με μελέτες, η άσκηση μειώνει την αίσθηση κατάθλιψης (Doynes et al., 1987; Faulkner & Taylor, 2005; Landers, 1994; Lujic et al., 2005; Theodorakis, 2010), περιορίζει το στρες (Abrams et al., 1987; Hassandra et al., 2012; Faulkner & Taylor, 2005; Landers, 1994; Sorenson and Pechacek, 1987; Theodorakis, 2010), μειώνει τα συμπτώματα παραίτησης από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αλλά και την αίσθηση εξάρτησης από τη νικοτίνη (Bock, Marcus, King, Borrelli, & Roberts, 1999; Ussher et al., 2001). Σε σχετική έρευνα, η μέτριας έντασης άσκηση, σύμφωνα με τον Marcus και συν. (2003) βοήθησε στην αποφυγή αύξησης βάρους λόγω διακοπής καπνίσματος και οι συμμετέχοντες είχαν χαμηλότερα επίπεδα στρες και κακής διάθεσης. Επίσης, σύμφωνα με τις έρευνες των Taylor και Katomeri (2007) και Taylor και Ussher (2005), η φυσική δραστηριότητα, λόγω της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού, μπορεί να μειώσει το βάρος που ενδέχεται να αποκτηθεί εξαιτίας της διακοπής του καπνίσματος. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Taylor και συν. (2007), το περπάτημα διάρκειας 15-20 λεπτών, όταν συνοδεύει την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, μπορεί να μειώσει την επιθυμία για τσιγάρο. Επίσης, το γρήγορο περπάτημα επί 15 λεπτά, ενδέχεται να μειώσει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο και μετά το πέρας της άσκησης (Taylor & Katomeri, 2007). Επιπλέον, οι πρώην καπνιστές ασκούνται συχνότερα από τους καπνιστές (Kawada, 2004). Επίσης, η άσκηση ως μέσο αποκατάστασης από ασθένειες είναι αποτελεσματική στην υγεία των ασθενών, καπνιστών και μη (Gardner, Killewich, Montgomery, & Katzal, 2004). Πράγματι, η διακοπή του καπνίσματος σε συνδυασμό με την άσκηση μπορεί να οδηγήσει ανεξάρτητα σε προώθηση της υγείας. Για παράδειγμα, και οι

δύο μειώνουν άμεσα το κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, ενώ το κάπνισμα και η καθιστική ζωή είναι προδιαθεσικοί παράγοντες υπερχοληστεριναιμίας, υπέρτασης και μεταβολικού συνδρόμου (Schnohr, Jensen, Scharling, & Nordestgaard, 2002). Έτσι, ο συνδυασμός της άσκησης με τα παρεμβατικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος μπορεί να προσφέρει ένα σημαντικό καρδιαγγειακό όφελος, ιδιαίτερα, αν η άσκηση συμβάλλει στη διακοπή του καπνίσματος. Επιπρόσθετα, τα επιδημιολογικά στοιχεία υποδεικνύουν μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και του κινδύνου θνησιμότητας. Έχει φανεί ότι ασκούμενοι καπνιστές παρουσιάζουν λιγότερα χρόνια ανικανότητας πριν το θάνατο σε σχέση με τους καπνιστές που ζουν καθιστική ζωή (Ferrucci et al., 1999). Για αυτό, ανεξαρτήτως διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος, η εισαγωγή συχνής άσκησης στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής του (DeRuiter & Faulkner, 2006). Επίσης, η άσκηση μπορεί να συμβάλει στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών (Marcus et al., 2003; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989; Theodorakis et al., 2002; Theodorakis et al., 2003). Σε μελέτη ανασκόπησης του Godin (1989), καθώς και σε έρευνα των Boudreaux, Francis, Taylor, Scarinci και Brantley (2003) φάνηκε ότι η άσκηση βοηθάει τα άτομα που καπνίζουν να ελαττώσουν ή ακόμα και να κόψουν το κάπνισμα. Στο συμπέρασμα ότι η άσκηση βοηθάει τους καπνιστές στην προσπάθειά τους να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα, κατέληξαν οι Jung και συν. (2010), οι Hassandra και συν. (2013), οι Hassandra και συν. (2012) και οι Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2000). Επιπροσθέτως, η άσκηση θεωρείται μια υγιεινή συμπεριφορά, που μπορεί να λειτουργήσει εναλλακτικά και να αντικαταστήσει το τσιγάρο (King et al., 1996). Τέλος, οι Theodorakis και συν. (2014) και οι Θεοδωράκης και συν. (2005) κατέληξαν ότι η άσκηση, η οποία συνδυάζεται με συμβουλευτική, μπορεί να αποβεί βοηθητική στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Η συμβουλευτική, εξάλλου, μπορεί να συμβάλλει στη διαχείριση των ψυχολογικών παραγόντων, που επηρεάζουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, όπως είναι η αυτοαποτελεσματικότητα ή ο περιορισμός του άγχους, για αυτό και παρεμβατικά προγράμματα που λάμβαναν υπόψη αυτούς τους παράγοντες, είχαν επιτυχία (Zhu et al., 1996a).

Άσκηση, κάπνισμα και καρδιοπάθεια

Οι καρδιοπάθειες είναι ένα συχνό φαινόμενο, κυρίως ανάμεσα στους καπνιστές, καθώς οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι μία από τις μεγαλύτερες επιπτώσεις του καπνίσματος. Η άσκηση μπορεί να παίξει έναν πολύ σημαντικό ρόλο ως ένα από τα μέσα

θεραπείας και απεξάρτησης από το κάπνισμα. Μια έρευνα των Rallidis, Hamodraka, Foulidis, & Pavlakis, (2005) έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό καρδιοπαθών (32.5%) εξακολουθεί να καπνίζει και μετά από καρδιακό επεισόδιο. Αυτή η κατηγορία ασθενών χαρακτηρίζεται ως επικίνδυνη από τους ερευνητές γιατί οι εν λόγω ασθενείς δείχνουν αρνητικές συμπεριφορές σε ό,τι αφορά την υγεία τους, δεν παίρνουν συστηματικά τα φάρμακά τους, δεν ασκούνται και δεν κάνουν ιδιαίτερη προσπάθεια να κόψουν το κάπνισμα. Αρκετές έρευνες ασχολήθηκαν με τη χρήση της άσκησης ως μέσο ελάττωσης του καπνίσματος σε άτομα με καρδιοπάθεια. Ο Godin (1989), κάνοντας μία ανασκόπηση 24 ερευνών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η άσκηση βοηθάει άτομα με καρδιοπάθειες, που καπνίζουν, να το ελαττώσουν ή ακόμα και να το κόψουν εντελώς. Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται ότι η άσκηση εντάσσεται στους τρόπους περιορισμού ή και διακοπής του καπνίσματος των καρδιοπαθών. Σε μια σημαντική μελέτη, που εκτιμήθηκε η επίδραση της φυσικής άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος σε μεταεμφραγματίες άντρες, βρέθηκε ότι η φυσική άσκηση, που ξεκίνησε 3-26 βδομάδες μετά το έμφραγμα, αύξησε τη λειτουργική ικανότητα στους ασθενείς, που ασκούσαν σε σύγκριση με τους μη ασκούμενους μεταεμφραγματίες, ενώ η συχνότητα του καπνίσματος 6 μήνες μετά το έμφραγμα ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασκούμενους (3%) σε σύγκριση με τους μη ασκούμενους ασθενείς (31%) (Taylor et al., 1988).

Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η άσκηση επιδρά θετικά στην προσπάθεια καρδιοπαθών να περιορίσουν το κάπνισμα. Μια μελέτη των Lisspers και συν. (2005) έδειξε ότι ο συνδυασμός άσκησης και αγωγής υγείας πάνω στο κάπνισμα, τη διατροφή και τον έλεγχο του στρες, απέφερε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και καρδιακών επεισοδίων σε μια ομάδα 46 ασθενών, που συμμετείχαν στην παρεμβατική έρευνα σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου 42 ασθενών. Ενδεικτικό είναι ότι για την πρώτη ομάδα η θνησιμότητα ακόμα και 6,5 χρόνια μετά την παρέμβαση ήταν μόνο 2.2 % (1 στους 46 ασθενείς) ενώ για την ομάδα ελέγχου 14.6% (6 στους 42 ασθενείς). Μακροχρόνια, οι ασθενείς της παρεμβατικής ομάδας υιοθέτησαν πιο υγιεινές συμπεριφορές, όπως μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος, καλή διατροφή και συχνή άσκηση. Οι Taylor και συν. (2004) σε μια ανασκόπηση 48 παρεμβατικών μελετών, εξετάζοντας την αποτελεσματικότητα της άσκησης ως μέσο αποκατάστασης καρδιοπαθών, βρήκαν ότι η άσκηση παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στις παρεμβατικές διαδικασίες και στην υγεία των ασθενών. Σε 13 από τις έρευνες αυτές βρέθηκε ότι η άσκηση είχε άμεση σχέση με τη μείωση του καπνίσματος σε περίπου 839 ασθενείς, που έλαβαν μέρος. Μια έρευνα των Gardner και συν. (2004) έδειξε κάτι διαφορετικό από τις παραπάνω έρευνες. Για 6 μήνες, 39 ασθενείς-καπνιστές και 46

ασθενείς–μη καπνιστές πήραν μέρος σε ένα πρόγραμμα άσκησης, το οποίο περιελάμβανε περπάτημα σε διάδρομο, τρεις φορές την εβδομάδα. Στο τέλος του προγράμματος, οι καπνιστές ασθενείς δεν είχαν αλλάξει τις συνήθειές τους, δηλαδή δεν περιορίσαν, ούτε διέκοψαν το κάπνισμα. Αυτό, όμως, που παρατηρήθηκε ήταν ότι, ενώ και οι δύο κατηγορίες ασθενών είχαν βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, οι καπνιστές υπέφεραν περισσότερο από πόνους, η κυκλοφορία του αίματος δεν ήταν τόσο καλή όσο αυτή των μη καπνιστών και γενικότερα η ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τη φυσική και πνευματική τους κατάσταση δεν ήταν τόσο καλή όσο των μη καπνιστών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ακόμα και για τους καπνιστές η άσκηση μπορεί να είναι αποτελεσματική, αφού αυτό που τους εμποδίζει να την εφαρμόζουν στην καθημερινότητά τους είναι περισσότερο η αρνητική αντίληψη για την ικανότητά τους να τα καταφέρουν και το γεγονός ότι πρέπει να κάνουν μεγαλύτερες προσπάθειες από τους μη καπνιστές για να φτάσουν σε ένα επίπεδο καλής φυσικής κατάστασης. Γενικότερα, τα συμπεράσματα των παραπάνω καθώς και άλλων ερευνών σε καρδιοπαθείς ασθενείς (Burns, Lima, & Bradbury, 2002; Brummett et al., 2003) δείχνουν ότι η αυστηρή καθοδήγηση και συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος, ακολουθούμενη από ιατρικά καθοδηγούμενο πρόγραμμα εξάσκησης με συχνά follow-ups μειώνει σημαντικά το κάπνισμα σε ασθενείς, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Αύξηση Βάρους

Εκτός από τα αποδεδειγμένα οφέλη της άσκησης στον έλεγχο των ψυχολογικών συμπτωμάτων διακοπής και επιθυμίας του καπνίσματος, η άσκηση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την αύξηση βάρους, που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και 2 χρόνια μετά τη πλήρη αποχή από το κάπνισμα (Kawachi et al., 1996). Η ωφέλεια του έλεγχου του βάρους, που επιφέρει η άσκηση, μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερης σημασίας ειδικά για τις γυναίκες καπνίστριες, που αναφέρουν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα για τον έλεγχο του βάρους (USDHHS, 2001) ή καπνίζουν για να διατηρήσουν το βάρος στα ίδια επίπεδα (Clark et al., 2004), καθώς και σε όσους αναφέρουν φόβο αύξησης βάρους, ως δικαιολογία για να συνεχίσουν το κάπνισμα (King, Matabin, Marcus, Bock, & Tripolone, 2000; Sorenson et al., 1992; USDHHS 2001) ή και για πιθανή υποτροπή (Gritz, Klesges, & Meyers, 1989).

Σύμφωνα με τους Ussher και συν. (2005), η άσκηση μπορεί να αποτρέψει την απόκτηση βάρους ή και να επιτρέψει τη μείωσή του μετά τη διακοπή καπνίσματος. Επίσης,

σύμφωνα με τους Marcus και συν. (2003), Taylor και Katomeri (2007) και Taylor και Ussher (2005), η άσκηση μπορεί να αποτρέψει τόσο την απόκτηση βάρους, αφού βοηθάει στην ενεργοποίηση του μεταβολισμού και την καύση θερμίδων, όσο και στην καπνιστική συμπεριφορά.

Μια μελέτη αναφέρει σημαντικά μικρότερη αύξηση βάρους για τους καπνιστές, που ασκούσαν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στο τέλος της θεραπευτικής περιόδου (Marcus et al., 1999), όμως πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν το γεγονός ότι κατά τη διαδικασία της τυχαιοποίησης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα της άσκησης ζύγιζαν περισσότερο από αυτούς στην ομάδα ελέγχου, πράγμα που καθιστά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προβληματική (Usher et al., 2008). Στην πλειοψηφία των μελετών, όμως, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην αύξηση του βάρους για την ομάδα της άσκησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Marcus et al., 2005; Prapavessis et al., 2007; Ussher et al., 2003) ακόμη και 12 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος (Cornuz et al., 2007; Ussher et al., 2003). Όμως, σε αυτές τις μελέτες χρησιμοποιήθηκε θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (NRT) και η αύξηση βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος είναι πιθανότερο να είναι μικρότερη όταν χρησιμοποιείται το NRT (Jorenby et al., 1996), για αυτό και η δυναμική της άσκησης στη ρύθμιση της αύξησης του βάρους ήταν μειωμένη.

Πιθανοί μηχανισμοί που συμβάλλουν στη σχέση διακοπής καπνίσματος - άσκησης

Η άσκηση μπορεί να συμβάλλει στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος με πολλούς τρόπους, κυρίως με την ρύθμιση των διαθέσεων συμπεριφοράς και τον έλεγχο του βάρους. Ο μηχανισμοί, που υποστηρίζουν αυτές τις παρατηρούμενες ωφέλιμες επιδράσεις της άσκησης στην διακοπή και την επιθυμία για τσιγάρο δεν έχουν αποσαφηνιστεί επαρκώς (Ussher et al., 2008). Η άσκηση φαίνεται να παρουσιάζει μερικές ομοιότητες με το κάπνισμα όσον αφορά τις επιδράσεις της στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Russell, Epstein, Erickson, 1983) και στις νευροβιολογικές αποκρίσεις στον εγκέφαλο (Dishman et al., 2006) με συνέπεια να θεωρείται ότι η άσκηση μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική του καπνίσματος (Biddle & Mutrie, 2007; Marlatt and Gordon, 1985; Taylor & Ussher, 2005). Αυτή η υπόθεση επιβεβαιώνεται και από συμπεριφορικές θεωρίες της επιλογής (Correia, Simons, Carey, Borsari, 1998). Επίσης, μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι η άσκηση είναι μια αποτελεσματική ενισχυτική εναλλακτική έναντι των ναρκωτικών ουσιών σε ποντίκια (Cosgrove, Hunter, Carroll, 2002). Μέχρι στιγμής, όμως δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες, που να μελετούν το ρόλο της άσκησης ως ενισχυτική εναλλακτική προς το τσιγάρο (Ussher et

al., 2008). Φαίνεται πιθανό ότι η προσοχή στις σωματικές υποδείξεις κατά τη διάρκεια της άσκησης αποτελεί μια μοναδική στρατηγική για την απόσπαση της προσοχής των καπνιστών από την έντονη επιθυμία για το τσιγάρο και τις αρνητικές καταστάσεις, που βιώνουν κατά τη διάρκεια της αποχής από το τσιγάρο, παρόλο που υπάρχουν και στοιχεία, που αντικρούουν αυτή την υπόθεση και υποβαθμίζουν το ρόλο, που μπορεί να παίξει η απόσπαση της προσοχής (Daniel, Cropley, Fife-Schaw, 2006).

Παρ' όλα αυτά, διάφορα προγράμματα άσκησης έχουν τη δυνατότητα να προάγουν τη διακοπή του καπνίσματος μέσω άλλων μηχανισμών. Για παράδειγμα, παρόλο που η άσκηση μερικές φορές την εβδομάδα σίγουρα βελτιώνει τη διάθεση, μπορεί να μην εξαλείφει τα οξέα στερητικά συμπτώματα (Taylor et al., 2007), ενώ μικρές συνεδρίες άσκησης, τόσο αεροβικής όσο ισομετρικής, μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της αρνητικής διάθεσης, της στέρησης και της επιθυμίας για καπνό. Ο συγκεκριμένος μηχανισμός δεν έχει ελεγχθεί επαρκώς μέσα στο πλαίσιο πραγματικής προσπάθειας διακοπής από το κάπνισμα. Οι Marcus και οι συν. (1999) προτείνουν ότι έντονη άσκηση παρέχει υψηλότερα ποσοστά διακοπής, άλλα οι περισσότεροι καπνιστές δεν είχαν ποτέ προηγουμένως ασκηθεί συστηματικά πριν τη προσπάθεια διακοπής, για αυτό και προγράμματα γυμναστικής πολύ έντονα ή πολύ συχνά μπορεί να αποδειχθούν υπερβολικά κατά τη περίοδο διακοπής και για το λόγο αυτό να μη μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητική συμμόρφωση. Επιπλέον, επειδή κατά τη διάρκεια των ετών διαφοροποιούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες, που καθορίζουν τόσο την ένταση (μέτρια, έντονη κλπ) όσο και τη διάρκεια άσκησης, διαφοροποιούνται αντίστοιχα και τα αποτελέσματα των μελετών που σύγκριναν αυτές τις μεταβλητές.

Έχει παρατηρηθεί ότι παρόμοιοι γνωστικοί μηχανισμοί, όπως η αυτοϊκανότητα, σχετίζονται τόσο με τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και με την αυξημένη φυσική δραστηριότητα (King, Marcus, Pinto, Emmon, & Abrams, 1996). Σε μελέτη των Stotts, Schmitz και Grabowski (2003), η παραίτηση από το πρόγραμμα αναδείχθηκε σε σημαντικό πρόβλημα για τους συμμετέχοντες, που προσπάθησαν να σταματήσουν συγχρόνως το κάπνισμα και το ποτό. Οι συμμετέχοντες με υψηλή κινητοποίηση προς τη διακοπή και των δύο παραμέτρων στην αρχή, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά παραίτησης σε σχέση με τους συμμετέχοντες, που εμφάνιζαν υψηλή κινητοποίηση ως προς μόνο μια παράμετρο. Αντίστοιχα, όταν οι παρεμβατικές αλλαγές αφορούσαν την ταυτόχρονη διακοπή του καπνίσματος και του έλεγχου του βάρους, η διακοπή του καπνίσματος δεν ήταν τόσο επιτυχής (Cheskin, Hess, Henningfield, & Gorelick, 2005). Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η ταυτόχρονη στοχοποίηση δυο συμπεριφορών (π.χ. του καπνίσματος και της άσκησης) προς αλλαγή μπορεί να έχει αθροιστικά οφέλη μόνο όταν η μία συμπεριφορά υποστηρίζει

την άλλη. Αυτό σημαίνει ότι η άσκηση και η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να είναι αποτελεσματικές μόνο όταν η άσκηση χρησιμοποιείται για να μειώσει τα συμπτώματα στέρησης. Αντίστοιχα, αυτό επίσης υποδηλώνει ότι ο συνδυασμός θεραπειών μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμος για κάποιες υποομάδες καπνιστών και ότι ο σχεδιασμός της άσκησης πρέπει να εξειδικεύεται σε συνάρτηση με τη συχνότητα και την ένταση για να υποβοηθήσει τη διακοπή του καπνίσματος. Τέλος, η άσκηση μπορεί να προσφέρει σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία, όπως ο βελτιωμένος έλεγχος του βάρους, της αρτηριακής πίεσης και του μεταβολισμού της γλυκόζης και των λιπιδίων, που είναι όλα εξαιρετικά σημαντικά στη μείωση του συνολικού κινδύνου θνησιμότητας, ειδικά για τους καπνιστές (Kinnunen et al., 2010).

Επιδράσεις της Άσκησης μετά τη διακοπή καπνίσματος

Η αντίληψη ότι η άσκηση βελτιώνει τη διάθεση είναι ευρέως καθιερωμένη (DiLorenzo et al., 1999; Gauvin & Spence, 1996; Taylor et al., 2007; Ussher, Doshi, Sampuran, & West, 2006). Αντίστοιχα, το άγχος, ο εκνευρισμός, το στρες και η κατάθλιψη είναι κλασικές συμπεριφορές, που εμφανίζονται κατά την περίοδο διακοπής του καπνίσματος. Για αυτό, φαίνεται λογική η ενσωμάτωση της άσκησης ως παρεμβατική μέθοδος βοήθειας μείωσης των προκαλούμενων από την έλλειψη καπνού/νικοτίνης συμπτωμάτων. Επίσης, όταν αναπτύσσεται ένα ειδικά προσαρμοσμένο πρόγραμμα υποβοήθειας για τις γυναίκες, προτιμούνται παρεμβάσεις στοχευμένες να μειώσουν τις αρνητικές επιδράσεις από την απόσυρση, καθώς έχει αποδειχθεί ότι είναι περισσότερο ανασταλτικές για τις γυναίκες από ό,τι για τους άντρες (Leventhal et al., 2007). Δυστυχώς, υπάρχουν μόνο δυο δημοσιευμένες μελέτες, που εξετάζουν τα αποτελέσματα της άσκησης στα συμπτώματα του συνδρόμου απόσυρσης μετά τη διακοπή του καπνίσματος και καμία από αυτές δεν έδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, γεγονός που υποδηλώνει ότι πιθανόν η πιο έντονη έντασης άσκηση είναι απαραίτητη για να παράγει ανακούφιση των συμπτωμάτων (Bock et al., 1999; Kinnunen, Korhonen, Craft, & Perna, 2010). Για παράδειγμα, σε δυο μελέτες, όπου τα άτομα που συμμετείχαν ασκούσαν από μόνα τους και όχι σε ένα επιβλέπον πρόγραμμα άσκησης, εκείνα, που διάλεξαν από μόνα τους να κάνουν πιο έντονη άσκηση, ανέφεραν σημαντικές μειώσεις στις αρνητικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος (Kinnunen et al., 2010).

Μια πληθώρα μελετών ασχολούνται με τις θετικές επιδράσεις της άσκησης στη μείωση των συμπτωμάτων διακοπής και έντονης επιθυμίας για τσιγάρο. Σε πολλές μελέτες, που συγκρίθηκαν ασκούμενα άτομα με παθητική ομάδα ελέγχου βρέθηκε ότι η άσκηση

μείωσε σημαντικά τη λαχτάρα για τσιγάρο και τα συμπτώματα απόσυρσης (Taylor et al., 2007), ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι η διάρκεια της άσκησης ήταν σχετικά μικρή σε αυτές τις μελέτες. Επιπρόσθετα με την επίδραση στη διάθεση και στην επιθυμία, η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, αυξάνοντας την αυτοϊκανότητα και την αντοχή ως προς τη δυσαρέσκεια. Μπορεί επιπλέον να μειώσει πιθανόν ανησυχίες ως προς το βάρος, να βελτιώσει συμπτώματα κατάθλιψης και να παρέχει ένα κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον στο άτομο (Taylor et al., 2007).

Εφηβοι και διακοπή καπνίσματος

Όσον αφορά τις μικρότερες ηλικίες, έντονο είναι το πρόβλημα του ραγδαίου ρυθμού αύξησης των εφήβων καπνιστών (Roosmalen & McDaniel, 1989). Πολλές μελέτες έχουν αποδεδειγμένα επιδείξει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της συμμετοχής σε αθλήματα (Escobedo, Marcus, Holtzman, & Giovino, 1993; Peretti-Watel et al., 2003; Rodriguez and Audrain-McGovern, 2004; Rodriguez, Dunton, Tcherne, & Sass, 2008), όπως και με τα ολικά επίπεδα φυσικής άσκησης (Coulson, Eiser, & Eiser, 1997; Pate, Heath, Dowda, & Trost, 1996; Ward et al., 2003) σε εφήβους, άλλα όσον αφορά τη προεφηβική ηλικία, προς το παρόν μόνο μία μελέτη έχει εξετάσει άμεσα τη σχέση μεταξύ της άσκησης και του καπνίσματος σε αυτή την ηλικιακή κλάση και ανέφερε θετική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής άσκησης και της «δεν έχω ποτέ καπνίσει» κατάστασης (Sasco, Laforest, Benhaim-Luzon, Poncet, & Little, 2002). Υπάρχουν αντικρουόμενα στοιχεία από τις μελέτες, που υποδεικνύουν ότι αυτό μπορεί πιθανόν να διαφοροποιείται μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Για παράδειγμα, η μελέτη των Peretti-Watel, Beck και Legleye το 2002 βρήκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αθλητικής δραστηριότητας και του βαρέως καπνίσματος για τα αγόρια, άλλα όχι για τα κορίτσια ή για τους ελαφρώς καπνίζοντες. Οι Aaron και οι συν. (1995) βρήκαν ότι η φυσική άσκηση στο πλαίσιο του ελεύθερου χρόνου ήταν περισσότερο θετικά συσχετιζόμενη με την έναρξη του καπνίσματος στα κορίτσια από ό,τι στα αγόρια. Αντίθετα, δυο σχετικές μελέτες βρήκαν ότι υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριοποίησης μείωσαν τις πιθανότητες της έναρξης του καπνίσματος για τα αγόρια και για τα κορίτσια, τόσο κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Audrain-McGovern, Rodriguez, & Moss, 2003) όσο και κατά την ενήλικη ζωή (Kujala, Kaprio, & Rose, 2007).

Έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης και Παπαϊωάννου, 2002), σε μαθητές και μαθήτριες γυμνασίων και λυκείων της χώρας ανέδειξε δύο χαρακτηριστικά προφίλ μαθητών. Η πρώτη και πολυπληθέστερη ομάδα από αυτούς υιοθετούν θετικές στάσεις και

συμπεριφορές για έναν υγιεινό και αθλητικό τρόπο ζωής και αρνητικές στάσεις και τρόπο ζωής για μη υγιεινές συμπεριφορές. Η δεύτερη και μικρότερη σε μέγεθος ομάδα υιοθετεί αρνητικές στάσεις και συνήθειες για την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, ενώ επιλέγει θετικές στάσεις και συμπεριφορές, για τις μη υγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα, ναρκωτικά, βίαιη συμπεριφορά). Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η διαμόρφωση ενός αθλητικού και υγιεινού τρόπου ζωής δεν καθορίζεται από μεμονωμένες συμπεριφορές, στάσεις και συνήθειες, αλλά από ένα ευρύτερο σύνολο ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, που καθορίζουν τη συμπεριφορά των νέων ατόμων. Η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες δεν είναι μια μεμονωμένη συμπεριφορά, αλλά επηρεάζεται και επηρεάζει τη διατροφή, το κάπνισμα, τη σχέση με τα ναρκωτικά και τη συμμετοχή ή μη σε βίαια επεισόδια. Με τον ίδιο τρόπο, που επιδρά η άσκηση στη ζωή των νέων ανθρώπων, μπορεί και το κάπνισμα να επηρεάσει τη στάση και τη συμπεριφορά τους ως προς την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης et al., 2005).

Γενικότερα, τα αποτελέσματα ερευνών, που έχουν ασχοληθεί με τη σχέση, που μπορεί να έχει η ενασχόληση νεαρών ατόμων με τον αθλητισμό και τη χρήση του τσιγάρου, όπως και του αλκοόλ, δεν είναι πάντα ξεκάθαρα. Μεταξύ νεαρών Αφροαμερικανών, εκείνοι που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τα σπορ, παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης τσιγάρων (D' Elio, Mundt, Bush, & Iannotti, 1993). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται μάλλον στο ότι τα παιδιά, που ασχολούνται με τον αθλητισμό, μπορεί να είναι πιο ώριμα και οι σχέσεις τους με μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα να τους οδηγούν σε τέτοιες ενέργειες. Μία άλλη έρευνα, που έγινε στην Νορβηγία από τους Thorlindsson, Vilhalmson και Valgeirsson (1990), είχε τα αντίθετα αποτελέσματα, καθώς βρέθηκε ότι οι ενήλικοι, που έπαιρναν μέρος σε διάφορα σπορ, κάπνιζαν λιγότερο και κατανάλωναν λιγότερο αλκοόλ. Σε μακροχρόνια οπτική, μια 13ετή μελέτη, που έγινε για να αξιολογηθούν οι σχέσεις μεταξύ του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της φυσικής άσκησης σε βάθος χρόνου στη Φινλανδία (Paavola, Vartianen, Puska, 2004) και να εκτιμηθεί κατά πόσο οι υγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής προβλέπουν αλλαγές σε άλλες υγιεινές συμπεριφορές από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, το κάπνισμα συσχετίστηκε με την κατανάλωση αλκοόλ και τη φυσική άσκηση και κατείχε κεντρικό ρόλο μεταξύ των συμπεριφορών υγείας. Το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ ήταν ξεκάθαρα συνδεδεμένα από την εφηβεία στην ενηλικίωση, ενώ ήταν και η πιο σταθερή συμπεριφορά.

Γενικότερα, τα παιδιά, που καπνίζουν, αποφεύγουν την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, ενώ τείνουν να σχετίζονται άμεσα με τα παιδιά, που στρέφονται προς τα ναρκωτικά, ή τη συμμετοχή σε βίαια επεισόδια. Επιπλέον, ο Shephard (1989) υποστηρίζει

ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και υγείας, είναι αναμενόμενο να έχει υψηλά ποσοστά συσχέτισης με άλλες υγιεινές συμπεριφορές. Στη χώρα μας ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός κοινωνικογνωστικού συμπεριφοριστικού προγράμματος αγωγής υγείας «Δεν Καπνίζω, Γυμνάζομαι» με σκοπό την ευαισθητοποίηση για την αποφυγή του καπνίσματος, έδειξε ότι είχε ισχυρότερη επίδραση προς την επιθυμητή κατεύθυνση στα παιδιά του δημοτικού από ό,τι στις άλλες βαθμίδες, ενώ όταν προστέθηκαν οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος το πρόγραμμα ήταν θετικότερα αποτελέσματα και στα παιδιά του Λυκείου (Theodorakis et al., 2008). Σε όλες τις εφαρμογές βελτιώθηκαν οι γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα, και ταυτόχρονα υπήρξε μια αποτελεσματική μέθοδος προαγωγής της άσκησης.

Γυναίκες και διακοπή καπνίσματος

Κάθε χρόνο οι ασθένειες, που συσχετίζονται με το κάπνισμα, οφείλονται για τον πρόωρο θάνατο περίπου 10000000 γυναικών παγκοσμίως. Η πλειοψηφία αυτών των θανάτων οφείλονται σε στεφανιαία καρδιαγγειακή νόσο, εγκεφαλικό και καρκίνο του πνεύμονα (Kinnunen et al., 2010). Επιπλέον, το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία των γυναικών ως προς τις επιπτώσεις υγείας συσχετιζόμενες με το γυναικείο φύλο (Reynolds et al., 2004). Οι συσχετιζόμενες ασθένειες με το κάπνισμα και ειδικά οι καρδιαγγειακές νόσοι (CVD), είναι πιο διαδεδομένες μεταξύ των γυναικών (HHS, 2001) και το κάπνισμα μπορεί να αποτελέσει ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου για τις γυναίκες από ό,τι για τους άντρες (Bjartveit & Tverdal , 2005; Prescott, Hippe, Schnohr, Hein, & Vestbo, 1998)

Ο επιπολασμός του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια δείχνει να μειώνεται, αλλά με βραδύτερο ρυθμό στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες (Kinnunen et al., 2010). Αρχικά, οι αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος είναι πιο συχνές στις γυναίκες (Perkins, 2001) και αντίστοιχα η διακοπή μπορεί να είναι πιο δύσκολη, ενώ η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης (NRT) μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική για τις γυναίκες όσο για τους άντρες (Perkins, 2001). Μια ακόμη πρόκληση αποτελεί το γεγονός ότι καμία από τις μέχρι στιγμής προτεινόμενες θεραπευτικές εναλλακτικές υποβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος δεν έχει ένδειξη για γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας – περίοδοι που πολλές γυναίκες μπορεί να επιλέξουν να διακόψουν το κάπνισμα καθώς το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει επίσης σε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και το έμβρυο.

Επιπλέον, φαίνεται ότι οι καθοριστές της επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος διαφοροποιούνται για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Kinnunen et al., 2010). Η αύξηση του βάρους, το στρες, η κατάθλιψη, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι μεταξύ των παραγόντων, που συμβάλλουν στα χαμηλότερα ποσοστά επιτυχούς διακοπής, που εμφανίζουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Perkins, 2001) και στα αυξημένα ποσοστά υποτροπής τους (Niaura, Marcus, Albrecht, Thompson, Abrams, 2001). Οι γυναίκες αναφέρουν, επίσης, υψηλότερη φυσική και συναισθηματική εξάρτηση από τον καπνό σε σχέση με τους άντρες και είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν ανησυχίες για αύξηση βάρους ως αιτία για τη συνέχιση του καπνίσματος (Jeffery, Hennrikus, Lando, Murray, & Liu, 2000), για το λόγο αυτό ο συναισθηματικός έλεγχος και οι ανησυχίες για το βάρος μπορεί να αποτελέσουν ειδικές προκλήσεις για τις γυναίκες, που προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα.

Παρεμβάσεις συμπληρωματικής συμπεριφοράς, όπως συμβουλευτική πρόληψης υποτροπής (Fiore et al., 2000) ή παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφοράς (Hall, McGee, Tunstall, Duffy, & Benowitz, 1998), έχουν φανεί ότι αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής, όταν προστίθενται στη φαρμακοθεραπεία. Θεραπείες γνωστικής συμπεριφοράς και άλλες μέθοδοι, που έχουν σχεδιαστεί να διαπραγματεύονται θεματολογία σχεδιασμένη ειδικά για γυναίκες (π.χ. ανησυχία για το βάρος, κατάθλιψη και κοινωνική στήριξη), έχουν εμφανίσει κάποια επιτυχία (Leventhal et al., 2007; Perkins et al., 2001).

Δεδομένων αυτών των ειδικών εμποδίων ως προς την επιτυχή διακοπή και δεδομένου του γεγονότος ότι η συχνή άσκηση βελτιώνει τη διάθεση, μειώνει το στρες, την επιθυμία για τσιγάρο και το φόβο αύξησης βάρους, που συσχετίζεται με τη διακοπή του καπνίσματος, μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαιτέρως υποσχόμενη θεραπεία για γυναίκες, που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα, μια προσέγγιση που περιλαμβάνει συστηματική άσκηση (Marcus et al., 1999; Leventhal et al. 2007; Kinnunen et al., 2010). Επιπλέον, η άσκηση σχετίζεται αρνητικά με την στεφανιαία καρδιαγγειακή νόσο, τα οξεία καρδιαγγειακά συμβάντα και τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα επικίνδυνους για γυναίκες μετά και κατά την εμμηνόπαυση, με αυξανόμενους ρυθμούς θνησιγένειας στον γυναικείο πληθυσμό (Thompson et al., 2003). Επειδή η σχετικά χαμηλού κόστους άσκηση (π.χ. το περπάτημα) έχει επιτυχώς ενσωματωθεί στην κοινωνία, μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ, που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για στεφανιαία αρτηριακή νόσο και είναι περισσότερο εξαρτημένες από τη νικοτίνη (HHS, 2001) (Kinnunen et al., 2010).

Η άσκηση ως στρατηγική μείωσης του κινδύνου από το κάπνισμα

Στο διεθνή επιστημονικό χώρο, η πιο αποτελεσματική μέθοδος διακοπής καπνίσματος περιλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπεριφοριστικής συμβουλευτικής και χρήσης σκευασμάτων αντικατάστασης νικοτίνης, που μπορεί να φτάσει σε ποσοστό έως και 20% αποχής από το κάπνισμα σε διάστημα ενός έτους (Silagy et al., 2000). Ωστόσο, παρά το σπουδαίο ρόλο της παραπάνω μεθόδου, χρειάζονται νέοι τρόποι για την αύξηση των ποσοστών αποχής από τη συνήθεια του καπνίσματος. Στον έλεγχο για το κάπνισμα, η μείωση του κινδύνου μπορεί να οριστεί ως η προσπάθεια να μειωθούν οι βλάβες για την υγεία για τους καπνιστές, όπως η μείωση των τοξινών στο καπνό, η προώθηση της μετάβασης προς τον μη εισπνεόμενο καπνό, ή η μακρόχρονη πλήρης αντικατάσταση της νικοτίνης ως εναλλακτική θεραπεία για το κάπνισμα (Gray & Henningfield, 2006). Άλλη μια στρατηγική μείωσης του κινδύνου είναι η μείωση της χρήσης του καπνού, με ή χωρίς τη ταυτόχρονη χρήση των NRT θεραπειών (Fiore et al., 2000). Με εξαίρεση τα ιατρικά προϊόντα νικοτίνης, δεν υφίσταται καμία επιστημονική απόδειξη ότι αυτές οι στρατηγικές μείωσης του κινδύνου μειώνουν αντίστοιχα τη συσχετιζόμενη με τον καπνό θνητότητα και θνησιμότητα (McNeil, 2004). Στην πράξη, όμως, η άσκηση για πολλά χρόνια συνιστάται ως βοήθεια στη διακοπή του καπνίσματος από τους ειδικούς μεταξύ των κλινικών (Hurt et al., 1992), από τις φαρμακευτικές εταιρίες (Boots, 1998), από τους οδηγούς αυτοβοήθειας (Marcus et al. 2004) και από τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες (Usher et al., 2008; USDHHS, 2008).

Υπάρχουν τουλάχιστον δυο τύποι καπνιστών, που μπορούν να στοχοποιηθούν για μείωση του κινδύνου μέσω της χρήσης της άσκησης: οι καπνιστές, που δεν είναι διατεθειμένοι να κόψουν το κάπνισμα και οι καπνιστές που θέλουν να το κόψουν, αλλά δεν μπορούν να το κάνουν απότομα (Fagerstrom, 2005). Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις θετικές επιδράσεις της άσκησης στην υγεία, είναι λογικό να βγει το συμπέρασμα ότι οι καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος μπορούν να μειωθούν εν μέρη με μόνιμη άσκηση. Η άσκηση μοιάζει να πληροί τα κριτήρια μιας πιθανής μείωσης του κινδύνου (Hatsukami, Henningfield, & Kotlyar, 2004) και μια πρωτοποριακή προσέγγιση μείωσης του κινδύνου θα μείωνε τα συμβάντα νοσηρότητας και θνητότητας, δε θα παρουσίαζε επιπρόσθετους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια, δε θα μείωνε την πιθανότητα οριστικής διακοπής, δε θα αύξανε το επίπεδο εξάρτησης από τον καπνό και θα επέτρεπε στους καπνιστές να απεξαρτηθούν από το κάπνισμα. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το τελικό κριτήριο, υπάρχουν μόνο ελάχιστα δεδομένα ότι η άσκηση μπορεί να είναι αποτελεσματική

στη διακοπή του καπνίσματος, εστιάζοντας όμως στα επιπρόσθετα οφέλη για την υγεία που προσφέρει, καθώς και τις θετικές επιδράσεις και σε άλλες μεταβλητές, όπως το στρες, το άγχος και τον έλεγχο του βάρους, που ελέγχουν την υποτροπή προς το κάπνισμα, η άσκηση μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά προς στην πλήρη απεξάρτηση από το κάπνισμα (DeRuiter and Faulkner, 2006). Επιπλέον, επειδή το κάπνισμα έχει επιβεβαιωμένα συσχετισθεί και με άλλες ανθυγιεινές συμπεριφορές (Davis et al., 1994), η άσκηση μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη εναλλακτική στόχευσης προς το σύνολο των ανθυγιεινών συμπεριφορών (Papaioannou et al., 2004; Theodorakis et al., 2002; Theodorakis et al., 2003; Theodorakis et al., 2005).

Στην έρευνα των Hassandra και συν. (2012) έγινε αξιολόγηση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που περιελάμβανε φυσική δραστηριότητα, απευθυνόμενο σε 40 ενήλικες έλληνες. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι (ένα χρόνο μετά) οι 18 κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα. Συμπερασματικά προκύπτει ότι η ενσωμάτωση της προαγωγής φυσικής δραστηριότητας σε ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος, που απευθύνεται σε έλληνες ενήλικες, ήδη κινητοποιημένους να προβούν σε διακοπή καπνίσματος, συνεισφέρει θετικά στα αποτελέσματα διακοπής του καπνίσματος.

Συμπερασματικά, επί του παρόντος, υπάρχουν λίγα στοιχεία από τις μελέτες, που συνηγορούν ότι η συχνή άσκηση μπορεί να είναι πιο χρήσιμη στη μακροχρόνια και μόνιμη διακοπή του καπνίσματος στις γυναίκες σε σύγκριση με τις πιο παραδοσιακές μεθόδους διακοπής. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότερες παρεμβατικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν με μικρό δείγμα ατόμων, χρησιμοποιώντας ανεπαρκή προγράμματα άσκησης και με χαμηλή συμμόρφωση, που πιθανόν οδήγησε στο να χαθούν οι πραγματικές ωφέλιμες επιδράσεις της άσκησης. Δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το βάρος, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η φυλή και το επάγγελμα θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα τόσο της διακοπής του καπνίσματος (Jarvis, 1997) όσο και της συμπεριφοράς απέναντι στην άσκηση (Caspersen, Merrit, Stephens, 1994).

Μελλοντικά ερευνητικά προγράμματα πρέπει να εξετάσουν αυτά τα θέματα και να καθορίσουν αν υπάρχουν βέλτιστοι συνδυασμοί άσκησης και συμβουλευτικής υποστήριξης για να επιτευχθεί η καλύτερη παραμονή προς την άσκηση μεταξύ των καπνιστών και ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν. Οι γυναίκες, που συνεχίζουν το κάπνισμα, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάποιο καρδιαγγειακό παράγοντα κινδύνου ή συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία, καθώς και ένα χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Ruggiero, Webster, Peipert, & Wood, 2003). Πρέπει να σχεδιαστεί ένα

πρόγραμμα, που θα είναι ιδιαίτερα προσαρμοσμένο στις ανάγκες των γυναικών: θα αναγνωρίζει και θα απομακρύνει τα εμπόδια, που δυσκολεύουν τις γυναίκες να χρησιμοποιούν τις θεραπείες, θα παρέχει κοινωνική υποστήριξη, θα διαπραγματεύεται τις ανησυχίες για το βάρος και τις αρνητικές συνέπειες της απεξάρτησης από το κάπνισμα, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία και την κλασσική συμβουλευτική υποστήριξη.

Οι έρευνες, που δεν έδειξαν σημαντική επίδραση της άσκησης στη διακοπή καπνίσματος, είχαν αρκετές μεθοδολογικές δυσκολίες, όπως μικρό αριθμό δείγματος, ανεπαρκή χρήση μεθόδων μέτρησης αερόβιας ικανότητας, αδυναμία ελέγχου της έντασης της άσκησης στα άτομα, που ασκούνταν μόνα τους. Επιπλέον, οι συστάσεις είναι ότι το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος πρέπει να ξεκινάει πριν την επίσημη μέρα διακοπής του καπνίσματος και να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια αποχής (Raw, McNeill, & West, 1998). Εντούτοις, λίγες μελέτες το έχουν κάνει αυτό (Ussher et al., 2008). Αν και οι ενδείξεις είναι λίγες στο να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για τη βοήθεια της άσκησης στη μείωση του καπνίσματος, μπορεί να συστήσει κανείς την άσκηση ως μέσο για τη μείωση του εθισμού και περιορισμό των γενικότερων ψυχολογικών αρνητικών συμπτωμάτων, που παρατηρούνται στην προσπάθεια των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα (Ussher et al., 2003). Βέβαια, η άσκηση δεν ενδείκνυται ως μέσο μείωσης του εθισμού, αλλά ως εναλλακτική τεχνική απασχόλησης από τις τυπικές συνήθειες των καπνιστών, ως διαδικασία συναισθηματικής κάλυψης με τη βοήθεια μιας ευχάριστης ενασχόλησης και γενικότερα ως διαδικασία, που εισάγει στον υγιεινό τρόπο ζωής. Τέλος, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ άσκησης και καπνίσματος χρήζει περαιτέρω μελέτης για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Θεωρίες στις οποίες βασίστηκε η παρέμβαση διακοπής καπνίσματος

Το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στηρίζεται στη συμβουλευτική υποστήριξη, η οποία διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Bandura, 1997), τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1985), τη Θεωρία των Στόχων (Locke & Latham, 1990), το Μοντέλο «Πιστεύω» Υγείας (Rosenstock, 1974) και το Διαθεωρητικό Μοντέλο ή αλλιώς Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & Diclemente, 1983). Ιδίως το Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska και Diclemente (1983) αποτέλεσε τη βάση πάνω στην οποία δομήθηκε και οργανώθηκε το εν λόγω πρόγραμμα και για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστεί εκτενώς.

Η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία: Ο Bandura (1986) εστιάζει στον τρόπο που αλληλεπιδρούν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες με τα ιδιαίτερα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων και τις συγκεκριμένες τους συμπεριφορές, αναδεικνύοντας τη σημασία που έχει αυτή η αλληλεπίδραση, τόσο στην προσπάθεια εξήγησης όσο και πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Έτσι, η θεωρία δίνει έμφαση στην περιβαλλοντική και κοινωνική ενίσχυση, ως παράγοντες που, σε συνδυασμό με τις προσωπικές στάσεις και γνώσεις, εμπλέκονται και συνεργάζονται για τον καθορισμό και την τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη θεωρία (Bandura, 1997), τα άτομα μπορούν να επιτύχουν, να επιστεφούν ή να σταθεροποιήσουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους, αλλάζοντας το περιβάλλον τους (συνθήκες, περιβάλλοντα χώρο, συνήθειες κ.α.), αφού έχουν την ικανότητα της διεξαγωγής γνωστικών διεργασιών, της αυτορρύθμισης και του ελέγχου, τόσο του εαυτού τους, όσο και του περιβάλλοντός τους. Ως εκ τούτου, το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έδωσε έμφαση σε ζητήματα, που αφορούν το περιβάλλον, τις προσδοκίες και τα πρότυπα, καθώς και τις διαδικασίες αλλαγής αυτών.

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς: Η συγκεκριμένη θεωρία εστιάζει στους παράγοντες που ευθύνονται για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς και την πρόληψή της, όπως είναι η πρόθεση, η οποία αποτελεί δείκτη της έντασης της προσπάθειας ενός ατόμου σε σχέση με μία συμπεριφορά (Ajzen, 1985). Συγκεκριμένα, η πρόθεση, σύμφωνα με τον Ajzen (1991), προσδιορίζεται από τις στάσεις ενός ατόμου (τη θετική ή αρνητική αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς και τις προσδοκίες σχετικά με τις συνέπειες της υιοθέτησής της), τους υποκειμενικούς κανόνες (την αντίληψη περί κοινωνικής πίεσης, τους σημαντικούς άλλους και τις προσδοκίες τους) και τον αντιληπτό έλεγχο (την πίστη αναφορικά με τον βαθμό δυσκολίας ελέγχου μιας συμπεριφοράς). Σε μια προσπάθεια επηρεασμού και τροποποίησης μιας συμπεριφοράς υγείας, για παράδειγμα σε μια προσπάθεια διακοπής μιας ανθυγιεινής συνήθειας, είναι σημαντικό να επιχειρηθεί αλλαγή στον γνωστικό και συναισθηματικό τομέα του ενδιαφερόμενου ατόμου, εμπλοκή των σημαντικών ανθρώπων στη ζωή του και καλλιέργεια της πεποίθησης ότι το ίδιο το άτομο έχει τον έλεγχο των πραγμάτων (Butler, 2001).

Σύμφωνα με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1991), η αλλαγή στη συμπεριφορά κινητοποιείται από τη στάση, που έχει το άτομο απέναντι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά, σε συνδυασμό αφενός με την αίσθηση ελέγχου, που έχει πάνω στη συμπεριφορά και αφετέρου με την υποκειμενική νόρμα, δηλαδή την αντίληψη, που έχει το άτομο, γύρω από την επιθυμία των σημαντικών άλλων να επιτύχει αυτή την αλλαγή

συμπεριφοράς, κάτι που εμπλέκει στην όλη διαδικασία αλλαγής και τον παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης.

Η Θεωρία των Στόχων: Οι Locke και Latham (1990) ρίχνουν το βάρος, ως προς την απόδοση και την κατάκτηση της επιθυμητής αλλαγής, στο γεγονός ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά ενέχει κάποιους στόχους, προς την επίτευξη των οποίων τα άτομα προσανατολίζονται, προκειμένου να ικανοποιήσουν συγκεκριμένες ανάγκες. Αυτή η θεωρία έχει χρησιμοποιηθεί πολύ σε προγράμματα οργάνωσης ή αλλαγής του τρόπου ζωής, ενσωματώνοντας ζητήματα φυσικής άσκησης και υγιεινής διατροφής και κινητοποιώντας τα άτομα προς την κατάκτηση τέτοιων συμπεριφορών (Locke & Latham, 2002), όπως συμβαίνει και με το εν λόγω παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, το οποίο στηρίζει αρκετά μεγάλο μέρος της μεθοδολογίας του στη Θεωρία των Στόχων. Η κατάκτηση των στόχων που θέτει το άτομο, επηρεάζεται και κρίνεται από τη δέσμευση του ατόμου στο στόχο και την επίμονη επιδίωξή του, με την προϋπόθεση -η οποία επηρεάζει την επίτευξη του στόχου- ότι ο στόχος είναι ρεαλιστικός και συγκεκριμένος (Θεοδωράκης, Γούδας & Παπαιωάννου, 2001) και όχι γενικός, ασαφής («βάλε τα δυνατά σου») και εύκολος, σε βαθμό που να μην προκαλεί το ενδιαφέρον (Locke & Latham, 1990). Για το λόγο αυτό στο συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, οι συμμετέχοντες σε κάθε βήμα βάζουν μικρούς, ρεαλιστικούς, συγκεκριμένους και επιθυμητούς, για τους ίδιους, στόχους, οι οποίοι αξιολογούνται και επαναπροσδιορίζονται ή εμπλουτίζονται. Επίσης, στο πρόγραμμα δίνεται ιδιαίτερα βαρύτητα στη δέσμευση των συμμετεχόντων απέναντι στην απόφασή τους να κόψουν το κάπνισμα και απέναντι σε κάθε στόχο και υποστόχο που βάζουν, αφού, σύμφωνα με τους Hollenbeck και Klein (1987), η δέσμευση των ατόμων στην προσπάθεια κατάκτησης ενός στόχου, μπορεί να διασφαλίσει την καλή τους επίδοσή τους.

Το Μοντέλο «Πιστεύω» Υγείας: Αυτό το μοντέλο βασίζεται στην υπόθεση ότι το άτομο, αφού κατανοήσει τη σοβαρότητα κάποιων προβλημάτων και τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών λόγω των συνηθειών του, μπορεί να υιοθετήσει υγιεινές συμπεριφορές, εφόσον κάτι τέτοιο είναι ικανό να αποτρέψει μια αρνητική κατάσταση της υγείας του και χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την κατανόηση και την προαγωγή συμπεριφορών υγείας (Janz and Becker, 1984; Rosenstock, 1974). Βέβαια, η σχετική δράση, που το άτομο θα αναλάβει, έχει να κάνει με μια σειρά παραμέτρων, όπως είναι η αντιλαμβανόμενη απειλή ή τα εμπόδια, που υπάρχουν ή ακόμα και τα συγκεκριμένα οφέλη, που εν τέλει θα αποκομίσει από την ανάληψη της δράσης (Θεοδωράκης, 2010).

Όπως αναφέρουν οι Glanz και συν. (2002), τα κύρια σημεία του συγκεκριμένου μοντέλου μπορούν να συνοψιστούν στα πιστεύω σχετικά με: α) την πιθανότητα να βρεθεί το άτομο σε κάποια κατάσταση δυσάρεστη από άποψη υγείας, β) τη σοβαρότητα, που μπορεί να έχει αυτή η κατάσταση και τις άσχημες συνέπειες για την υγεία, γ) το πόσο αποτελεσματική στη μείωση του κινδύνου και των επιπτώσεων της ανθυγιεινής συμπεριφοράς μπορεί να είναι η δράση, που το άτομο καλείται να αναλάβει προκειμένου να αλλάξει την δυσάρεστη κατάσταση, δ) τα κόστη (ψυχολογικά, σωματικά, πρακτικά), που μπορεί να προκύψουν, αφού το άτομο αναλάβει τη νέα δράση προς υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς, ε) τις στρατηγικές και τους τρόπους κινητοποίησης και υποβοήθησης της ετοιμότητας για αλλαγή, στ) την πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να αναλάβει δράση και να τα καταφέρει.

Για το λόγο αυτό, στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος δόθηκε βαρύτητα, κατά τα πρώτα στάδια της παρέμβασης, στην ενημέρωση και τις πληροφορίες αφενός σχετικά με τα οφέλη, που θα προκύψουν από την υιοθέτηση της υγιεινής συμπεριφοράς (διακοπή καπνίσματος, προσθήκη άσκησης στην καθημερινότητα, υγιεινή διατροφή) και αφετέρου σχετικά με τη σοβαρότητα των προβλημάτων, που μπορεί να προκαλέσει η ανθυγιεινή συμπεριφορά (Butler, 2001) και εν προκειμένω η καπνιστική συνήθεια.

Διαθεωρητικό Μοντέλο – Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής: Το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος είναι κατά κύριο λόγο βασισμένο στο Διαθεωρητικό Μοντέλο (Prochaska, & DiClemente, 1983), για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμη μια αναλυτική ανασκόπηση και παρουσίαση του μοντέλου αυτού.

Το μοντέλο των σταδίων αλλαγής έχει χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση μικρο-πρόθεσμων και μακρο-πρόθεσμων αλλαγών σε ένα εύρος συμπεριφορών συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, της χρήσης προφυλακτικού σε πληθυσμούς αυξημένου κινδύνου (Prochaska et al., 1992), της έκθεσης στον ήλιο και της υιοθέτησης συμπεριφορών προστασίας από αυτόν (Rossi, 1989), της χρήσης αλκοόλ (DiClemente & Hughes, 1990) και κοκαΐνης (Rosenbloom, 1991), της άσκησης, της δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά, του ελέγχου του βάρους, της χρήσης ναρκωτικών, της ιατρικής συμμόρφωσης στη μαστογραφία και της διαχείρισης άγχους. Πριν την αλλαγή συμπεριφοράς, έμφαση δίνεται στην πρόθεση της συμπεριφοράς, ενώ μετά στη διάρκεια της συμπεριφοράς (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). Το διαθεωρητικό μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων. Ειδικά στο στάδιο του προσυλλογισμού μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μεταβλητές τα μακρόπνοια σχέδια

διακοπής, η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος, οι εμπειρίες με προηγούμενη συμπεριφορά και η ένταση της εξάρτησης από την νικοτίνη (Schumann et al., 2007).

Η αλλαγή συμπεριφοράς δεν είναι μια διχότομη μεταβλητή, κατά την οποία οι άνθρωποι βαίνουν από μια μη υγιή συμπεριφορά σε μια υγιή, αλλά μια σειρά από μικρές αλλαγές, τόσο γνωσιακές, όσο και συμπεριφορικές, από τις οποίες οι άνθρωποι περνούν στην προσπάθεια τους να αλλάξουν συμπεριφορά. Μέχρι την επίτευξη της αλλαγής, σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο, ο άνθρωπος περνάει από πέντε στάδια: α) το στάδιο του προσυλλογισμού, β) το στάδιο του συλλογισμού, γ) το στάδιο της προπαρασκευής, δ) το στάδιο της δράσης και ε) το στάδιο της διατήρησης. Στο στάδιο του προσυλλογισμού οι άνθρωποι δεν έχουν πρόθεση να λάβουν δράση στο άμεσο μέλλον, συνήθως για 6 μήνες και συχνά είναι αμυντικοί και παρουσιάζουν αντιστάσεις, ειδικά ενάντια σε προγράμματα σχεδιασμένα να τους κάνουν να λάβουν δράση. Τα πλεονεκτήματα της διακοπής φαίνονται ως λιγότερο σημαντικά σε σχέση με τα μειονεκτήματα. Μπορεί να έχουν αποθαρρυνθεί από προηγούμενες αποτυχίες, με αποτέλεσμα να τείνουν να αποφεύγουν να διαβάζουν, να βλέπουν, να ακούν ή να μιλούν για τις βλαβερές συνήθειές τους. Σίγουρα δεν είναι έτοιμοι να εγγραφούν σε προγράμματα με στόχο την δράση. Χωρίς σχεδιασμένες παρεμβάσεις, οι άνθρωποι μπορεί να κολλήσουν σε αυτό το στάδιο για χρόνια. Οι παρεμβάσεις χρειάζεται να εστιάσουν στην αύξηση της επίγνωσης και την αύξηση της αυτοπεποίθησης (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στο στάδιο του συλλογισμού, υπάρχει πρόθεση για ανάληψη δράσης μέσα στους επόμενους 6 μήνες, αλλά υπάρχει ακόμη αμφιθυμία. Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα πλεονεκτήματα της αλλαγής, αλλά και το ότι η αλλαγή κοστίζει. Τα πλεονεκτήματα της διακοπής έχουν αυξηθεί, ενώ τα μειονεκτήματα παραμένουν τα ίδια. Η αμφιθυμία, στην οποία βρίσκονται, μπορεί να τους κρατήσει στον συλλογισμό για χρόνια, αντικαθιστώντας την δράση με την σκέψη. Οι παρεμβάσεις πρέπει να εστιάσουν στη μείωση της δύναμης των μειονεκτημάτων ή του κόστους της διακοπής (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στο στάδιο της προπαρασκευής οι άνθρωποι είναι έτοιμοι να συμμετέχουν σε παρεμβάσεις και προτίθενται να λάβουν δράση στον επόμενο μήνα βάση κάποιου σχεδίου, ενώ έχουν λάβει κάποια δράση τους προηγούμενους 12 μήνες. Είναι πιο πεπεισμένοι ότι τα θετικά της διακοπής υπερτερούν των αρνητικών και είναι αγχωμένοι για το ενδεχόμενο αποτυχίας (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στο στάδιο της δράσης υπάρχει ξεκάθαρη αλλαγή συμπεριφοράς, για αυτό και η αλλαγή έχει εξισωθεί με τη δράση. Στο στάδιο αυτό, οι άνθρωποι δουλεύουν περισσότερο και χρησιμοποιούν περισσότερο συχνά τις διαδικασίες της αλλαγής. Ένα από τα

προβλήματα είναι ότι οι περισσότεροι περιμένουν τα χειρότερα να τελειώσουν εντός μερικών εβδομάδων ή μηνών και χαλαρώνουν τις προσπάθειές τους γρήγορα. Αυτός είναι και ο λόγος της γρήγορης υποτροπής (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στο στάδιο της διατήρησης, συνεχίζεται η χρήση των σταδίων της αλλαγής, αλλά δεν χρειάζεται η ίδια προσπάθεια για την πρόληψη της υποτροπής. Οι πιο επικίνδυνες καταστάσεις για υποτροπή είναι η συναισθηματική απογοήτευση, θυμός, άγχος, ανία, κατάθλιψη και στρες. Η διάρκεια του σταδίου αυτού ποικίλλει. Μπορεί να διαρκεί όσο η ζωή του ατόμου, ενώ άλλοι μπορούν να διακόψουν εντελώς την μη υγιή συνήθεια και να μην βιώνουν καθόλου πειρασμούς ακόμη και σε υψηλού κινδύνου καταστάσεις, ενώ έχουν 100% πεποίθηση ότι δεν πρόκειται να υποτροπιάσουν ποτέ. Η υποτροπή σε έναν καπνιστή, που απέχει, αρχίζει με αλλαγές στη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά, που μπορούν να οδηγήσουν στην χρήση καπνού ξανά. Αυτή η διαδικασία μπορεί να μετριαστεί με θεραπεία, αυτογνωσία ή αλλαγή στις καταστάσεις. Η αδυναμία επιτυχούς αποχής σε ένα θεραπευτικό πρόβλημα, μπορεί να οφείλεται σε αναποτελεσματική προσέγγιση, αλλά μπορεί να οφείλεται και σε ανεπαρκή χρόνο θεραπείας, σε στασιμότητα σε κάποιο στάδιο της θεραπείας ή στην εμφάνιση νέων προβλημάτων (Rustin and Tate, 1993).

Ο Prochaska (1996) προτείνει ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να εστιάζουν στο στάδιο της αλλαγής, να «μιλούν την ίδια γλώσσα» για κάθε στάδιο και μέτρο της επιτυχίας τους να είναι η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο.

Για τους ασθενείς, που βρίσκονται στο στάδιο του συλλογισμού, οι γιατροί συμβουλεύουν να αντιμετωπίζουν τα εμπόδια και την αντίσταση στη διακοπή. Στο στάδιο της προπαρασκευής οι κλινικές στρατηγικές είναι προσανατολισμένες στη δράση και περιλαμβάνουν τον ορισμό ημέρας διακοπής, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής ή συστάσεις για συμμετοχή σε πρόγραμμα διακοπής. Στα στάδια της δράσης και της διατήρησης προτείνονται και στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής (Prochaska, Teherani, Hauer, 2007).

Η μετάβαση από το στάδιο του προσυλλογισμού στο στάδιο της διατήρησης δε γίνεται σε μια ευθεία. Οι περισσότεροι παλινδρομούν σε προηγούμενα στάδια πριν επιτύχουν μια αλλαγή συμπεριφοράς (Norman, Velicer, Fava, & Prochaska, 1998). Ωστόσο η πιθανότητα μετάβασης προς τα εμπρός είναι μεγαλύτερη από την προς τα πίσω κίνηση. Επίσης, η πιθανότητα μετακίνησης μεταξύ παρακείμενων σταδίων είναι μεγαλύτερη από την μετακίνηση δύο σταδίων ταυτόχρονα (Martin, Velicer, Fava, 1996). Στο κάπνισμα και στην άσκηση μόνο το 15% των ανθρώπων παλινδρομούν στο στάδιο του προσυλλογισμού. Οι περισσότεροι παλινδρομούν στο στάδιο του συλλογισμού ή της προπαρασκευής (Velicer et

al., 1998). Σύμφωνα με τον Prochaska (2000), η υποτροπή εμφανίζεται περισσότερο στο στάδιο του συλλογισμού και της δράσης. Ακολουθούνται τέσσερα διαφορετικά προφίλ: το εξελίξιμο (το στάδιο εξελιγμένο στην τελευταία μέτρηση), το σταθερό (το στάδιο δεν μεταβλήθηκε), το ταλαντευόμενο (το στάδιο ήταν το ίδιο στην αρχή και στο τέλος, αλλά ποίκιλλε στο ενδιάμεσο) και το παλίνδρομο (το στάδιο στο τέλος ήταν χαμηλότερο από την αρχή). Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι το στάδιο της ετοιμότητας για αλλαγή προέβλεπε και τον ρυθμό των προσπαθειών για διακοπή, που θα πραγματοποιούνταν σε ένα εξαμηνιαίο πρόγραμμα αυτοβοήθειας βασισμένο στο διαθεωρητικό μοντέλο: 20% στο στάδιο του προσυλλογισμού, 38% στο στάδιο του συλλογισμού, 67% στο στάδιο της προπαρασκευής. Ο βαθμός της επιτυχίας ήταν ανεξάρτητος από το αρχικό στάδιο και το 25% όσων επιχειρούσαν να διακόψουν σε κάθε στάδιο, δεν κάπνιζε μετά από 6 μήνες. Η παρατήρηση αυτή σημαίνει ότι πιθανώς η αλλαγή σταδίων όχι μόνο οδηγεί σε περισσότερες προσπάθειες, αλλά και σε περισσότερη διακοπή (Goldberg, Hoffman, & Anel, 2002). Ο χρόνος, που περνά ο κάθε ένας σε κάθε στάδιο, μπορεί να ποικίλλει, αλλά οι δραστηριότητες, που πρέπει να συμπληρώσει κάποιος για να μεταβεί από το ένα στάδιο στο άλλο, είναι παρόμοιες. Κάθε στάδιο προσδιορίζεται από προθέσεις και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την εξεταζόμενη προβληματική συμπεριφορά (Norman et al., 1998). Παρομοίως, οι Anatchova, Velicer και Prochaska (2006) παρατήρησαν την ύπαρξη τεσσάρων διακριτών υποτύπων για κάθε στάδιο: τον κλασσικό, τον εξελίξιμο, της πρώιμης προετοιμασίας και τον αποδεσμευμένο. Ο κλασσικός υπότυπος αφορά άτομα με προφίλ κοντινό στο στάδιο αλλαγής, ο πρώιμος με προφίλ κοντινό στο προηγούμενο στάδιο, ο εξελίξιμος με προφίλ, που εγγίζει το επόμενο στάδιο, ενώ ο αποδεσμευμένος υπότυπος αφορά άτομα με έλλειψη ενδιαφέροντος και αποδέσμευση από τις γνωσιακές και φυσιολογικές πλευρές του καπνίσματος και περιστασιακούς πειρασμούς. Οι Norman και συν. (1998) αναφέρουν την ύπαρξη 4 προφίλ: το σταθερό (παραμονή στο ίδιο στάδιο για 2 χρόνια), το προοδευτικό (κίνηση προς τα εμπρός τουλάχιστον κατά ένα στάδιο), το αμφιταλαντευόμενο (κίνηση προς τα μπρος και προς τα πίσω με τελικό αποτέλεσμα μηδενική κίνηση) και το παλίνδρομο (κίνηση προς τα πίσω τουλάχιστον κατά ένα στάδιο) με σημαντικές διαφορές στις δομές του διαθεωρητικού μοντέλου (διαδικασίες αλλαγής, ισορροπία απόφασης, ευκαιριακοί πειρασμοί).

Οι προηγούμενες προσπάθειες να μειώσουν το κάπνισμα παρέχουν κάποιες πληροφορίες πρόβλεψης για το στάδιο αλλαγής. Τα δημογραφικά στοιχεία, ο εθισμός, η παρούσα κατάσταση καπνίσματος, το περιβάλλον και το ιστορικό διακοπής είναι ημιτελείς παράγοντες πρόβλεψης (Pallonen, Fava, Salonen, & Prochaska, 1992). Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι ευρισκόμενοι καπνιστές στα στάδια προσυλλογισμού, συλλογισμού

και προπαρασκευής δεν διέφεραν ως προς το ιστορικό καπνίσματος, αν και στο στάδιο της προπαρασκευής οι καπνιστές κάπνιζαν λιγότερο, ανέφεραν λιγότερο εθισμό και είχαν περισσότερες απόπειρες διακοπής (DiClemente et al., 1991; Pallonen et al., 1992).

Η κατανομή των καπνιστών ανάμεσα στα πρώτα τρία στάδια της αλλαγής ήταν σχεδόν ίδια σε μια σειρά από τρία μεγάλα αντιπροσωπευτικά δείγματα. Περίπου το 40% βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού, 40% στο στάδιο του συλλογισμού και 20% στο στάδιο της προπαρασκευής. Η κατανομή ήταν σχεδόν παρόμοια ανάμεσα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, με εξαίρεση την 65 και άνω. Η μόρφωση επηρέασε την κατανομή με το ποσοστό στο στάδιο του προσυλλογισμού να μειώνεται καθώς αυξάνεται το επίπεδο της μόρφωσης (Velicer et al., 1995). Ωστόσο, οι κατανομές μπορεί να είναι διαφορετικές σε διαφορετικές χώρες. Οι Etter και συν. (1997) συνόψισαν τις κατανομές από τέσσερα διαφορετικά δείγματα από διαφορετικές χώρες. Οι κατανομές ήταν αρκετά παρόμοιες ανάμεσα στα ευρωπαϊκά δείγματα, αλλά πολύ διαφορετικές από τα αμερικάνικα δείγματα. Στα ευρωπαϊκά δείγματα, περίπου το 70% των καπνιστών ήταν στο στάδιο του προσυλλογισμού, 20% στο στάδιο του συλλογισμού και 10% στο στάδιο της προπαρασκευής (Velicer et al., 1998). Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα, το 76.4% των καπνιστών ηλικίας 18-64 βρίσκεται στο στάδιο του προσυλλογισμού, το 17% στο στάδιο του συλλογισμού και μόλις το 6.6% στο στάδιο της προπαρασκευής (Händel et al., 2009).

Η θεωρία των σταδίων έχει δεχτεί και κριτική με την βασική ανησυχία το γεγονός ότι τα στάδια μπορεί να μην είναι «αληθινά» στάδια, που μπορούν να προβλεφθούν με αυξήσεις ή μειώσεις σε γνωστικές λειτουργίες, αλλά απλά ψευδοστάδια, που αποκρύπτουν μια συνέχεια αυτών των λειτουργιών. Επιπλέον, σημεία μετάβασης μεταξύ των σταδίων είναι αυθαίρετα (Hoving, Mudde, & De Vries, 2006). Σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής, το ταίριασμα με το στάδιο αλλαγής αυξάνει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αλλαγής συμπεριφοράς. Ωστόσο, οι περισσότερες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος απευθύνονται στους καπνιστές, που βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής και δεν μπορούν να βοηθήσουν όσους βρίσκονται στα στάδια του προσυλλογισμού και του συλλογισμού, που αποτελούν και την πλειοψηφία (Aveyard, Massey, Parsons, Manaseki, & Griffin, 2009). Οι Aveyard και συν. δεν παρατήρησαν κάποια υπεροχή των παρεμβάσεων στηριζόμενων στο διαθεωρητικό μοντέλο, ούτε πως είναι πιο αποτελεσματικές στα στάδια του προσυλλογισμού και του συλλογισμού σε σχέση με το στάδιο της προπαρασκευής. Παρατηρήθηκε μια αυξημένη πιθανότητα για θετική κινητικότητα στα στάδια χωρίς όμως να είναι στατιστικώς σημαντική.

Διαδικασίες αλλαγής και παράγοντες που επηρεάζουν τη διακοπή: Το διαθεωρητικό μοντέλο περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: τη χρονική διάσταση, τη διάσταση της ανεξάρτητης μεταβλητής και τη διάσταση της ενδιάμεσης μεταβλητής. Η πρώτη αποτελεί την κεντρική οργανωτική διάσταση του μοντέλου και αντιπροσωπεύεται από τα πέντε στάδια της αλλαγής. Η ανεξάρτητη μεταβλητή αποτελείται από τις διαδικασίες της αλλαγής, ενώ η ενδιάμεση από τα μεγέθη της συμπεριφοράς, της ισορροπίας απόφασης, της αυτοαποτελεσματικότητας και των περιστασιακών πειρασμών. Οι διαδικασίες της αλλαγής είναι οι γνωστικές λειτουργίες, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους (Hoerrner et al., 2006). Η ισορροπία απόφασης είναι ένα μέτρο της σημασίας των αιτιών και των ανησυχιών, που σχετίζονται με μια αλλαγή στην συμπεριφορά. Η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται ισχυρά με την αλλαγή συμπεριφοράς, ειδικά όσον αφορά την υποτροπή μετά από κάποια αλλαγή (Norman et al., 1998). Οι μετρήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας στην αρχή έχουν συσχετισθεί στατιστικώς σημαντικά με την πρόοδο, την υποτροπή και τη σταθερότητα στα στάδια της αλλαγής (O’Hea et al., 2004). Η αντιλαμβανόμενη ικανότητα αποφυγής της υποτροπής σε διάφορες καταστάσεις περιλαμβάνει τρεις παράγοντες: Θετικός/Κοινωνικός, Αρνητικός/Συναισθηματικός και Συνήθεια/Εθιστικός. Αυτοί οι τρεις παράγοντες σχετίστηκαν με μια ανώτερη δομή γενικότερου συναισθηματικού πειρασμού, που παρουσιάζει το πώς οι αντιλήψεις των πειρασμών του καπνίσματος αλλάζουν με τον χρόνο. Αρχικά, στα πρώτα στάδια της αλλαγής, ο πειρασμός μπορεί να θεωρείται μια γενική παγκόσμια ιδέα, όμως καθώς κάποιος κάνει μια φανερή αλλαγή, προκύπτει η σημασία των διαφορετικών καταστάσεων υποτροπής. Όταν μια αλλαγή εγκαθίσταται σταθερά, η γενική παγκόσμια ιδέα του πειρασμού του καπνίσματος γίνεται για ακόμη μια φορά πιο εξέχουσα (π.χ. πεποίθηση του να μην καπνίσεις σε κάθε κατάσταση) (Norman et al., 1998).

Μια σημαντική υπόθεση, που αφορά τη δομή της ισορροπίας απόφασης, είναι ότι τα αρνητικά του καπνίσματος πρέπει να γίνουν πιο σημαντικά από τα θετικά, ώστε να διατηρηθεί μια αλλαγή (Norman et al., 1998). Καθώς ο καπνιστής μεταβαίνει από το ένα στάδιο στο άλλο, τα αρνητικά αυξάνονται και γίνονται πιο σημαντικά από τα θετικά, κατά τα στάδια του συλλογισμού και της προπαρασκευής, δημιουργώντας ένα φαινόμενο crossover. Η έρευνα των Norman και συν. (1998) επιβεβαίωσε τη σχέση ανάμεσα στο φαινόμενο crossover και την πρόοδο για τη διακοπή. Ο προοδευτικός υπότυπος του σταδίου του προσυλλογισμού ξεχώρισε με αυξημένα αρνητικά, ενώ ο αντίστοιχος τύπος του σταδίου του συλλογισμού είχε χαμηλότερα θετικά. Αυτή η δομή αναμένεται για τους καπνιστές, που είναι έτοιμοι να μεταβούν στο επόμενο στάδιο. Ο προοδευτικός υπότυπος του σταδίου της

προπαρασκευής παρουσίαζε λιγότερα θετικά και περισσότερα αρνητικά, υποδεικνύοντας την επίτευξη της απαραίτητης αλλαγής στάσης για τη μετάβαση και μακρόχρονη διατήρηση της αλλαγής. Ωστόσο, ο παλίνδρομος υπότυπος είχε σχεδόν ίσα θετικά και αρνητικά, υποδεικνύοντας ότι υπήρχε ακόμη διαμάχη, όσον αφορά τα θετικά και αρνητικά στοιχεία του καπνίσματος.

Οι διαδικασίες αλλαγής σύμφωνα με τους DiClemente και Prochaska (1985), Ahyzevych και Wewers (1992), Velicer και συν. (1998) και Burbank και Riebe (2002) είναι οι ακόλουθες:

Αύξηση της επίγνωσης και αναζήτηση πληροφοριών, που αφορούν την αλλαγή (conscious raising). Περιλαμβάνει αυξημένη αντίληψη, όσον αφορά τα αίτια, τις συνέπειες και τις λύσεις για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα συμπεριφοράς. Παρεμβάσεις, που μπορούν να αυξήσουν την επίγνωση, περιλαμβάνουν ανατροφοδότηση, εκπαίδευση, αναμέτρηση, ερμηνεία, βιβλιοθεραπεία και εκστρατείες από τα MME.

Αυτοαπελευθέρωση και επιλογή και προσκόλληση στην αλλαγή (self-liberation). Είναι η πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να αλλάξει και η δέσμευση και η επαναδέσμευση για δράση σε αυτή την πεποίθηση. Έρευνες πάνω στην παρακίνηση έδειξαν ότι άτομα με δύο επιλογές έχουν περισσότερη αφοσίωση από ό,τι άτομα με μία, με τρεις επιλογές ακόμη περισσότερη αφοσίωση, ενώ οι τέσσερις επιλογές δεν ενισχύουν την δύναμη της θέλησης παραπάνω.

Προσωπική επανεκτίμηση και κατανόηση του ατόμου σε σχέση με την μη υγιεινή συνήθεια του (self reevaluation). Συνδυάζει τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές εκτιμήσεις της αυτοεικόνας με και χωρίς μια συγκεκριμένη ανθυγιεινή συνήθεια. Η διευκρίνιση της τιμής, υγιεινά πρότυπα και απεικονίσεις είναι τεχνικές, που μπορούν να παρακινήσουν ανθρώπους.

Κοινωνική απελευθέρωση και αλλαγές της κοινωνίας και της πολιτικής ως προς το αντικείμενο (social liberation). Απαιτεί μια αύξηση στις κοινωνικές ευκαιρίες ή εναλλακτικές, ειδικά για ανθρώπους, που είναι σχετικά στερημένοι ή καταπιεσμένοι. Η συμβουλευτική, η ενδυνάμωση και οι κατάλληλες πολιτικές μπορούν να προσφέρουν αυξημένες ευκαιρίες για προαγωγή υγείας στο γενικό πληθυσμό, σε μειονότητες και άλλες ευπαθείς ομάδες. Παραδείγματα είναι οι ζώνες ελεύθερες καπνίσματος, υγιεινή διατροφή στα σχολεία και εύκολη πρόσβαση σε προφυλακτικά και άλλα αντισυλληπτικά μέσα.

Περιβαλλοντική επανεκτίμηση και επίγνωση των επιπτώσεων, που έχει η συμπεριφορά στο περιβάλλον (environmental reevaluation). Περιλαμβάνει τόσο συναισθηματικές όσο και γνωστικές εκτιμήσεις του τρόπου, με τον οποίο η παρουσία ή απουσία μιας προσωπικής συνήθειας επηρεάζει το περιβάλλον κάποιου, π.χ. τα αποτελέσματα του καπνίσματος σε άλλους. Μπορεί, επίσης, να συμπεριλάβει και την αντίληψη ότι κάποιος μπορεί να αποτελεί αρνητικό ή θετικό πρότυπο. Εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση, οικογενειακές παρεμβάσεις και ντοκιμαντέρ μπορούν να οδηγήσουν σε τέτοιες επανεκτιμήσεις.

Αντικατάσταση των μη υγιών συμπεριφορών με υγιείς (counter-conditioning). Απαιτεί τη γνώση υγιέστερων συμπεριφορών, που μπορούν να αντικαταστήσουν προβληματικές συμπεριφορές. Η χαλάρωση μπορεί να αντιμετωπίσει το στρες ή προϊόντα νικοτίνης μπορούν να αντικαταστήσουν το τσιγάρο.

Έλεγχος κινήτρου, ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς και περιορισμός όλων εκείνων, που ενισχύουν την αρνητική (stimulus control). Προσθέτει κίνητρα για υγιείς εναλλακτικές. Η αποφυγή, η αναδόμηση του περιβάλλοντος, οι ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να παρέχουν κίνητρα για να υποστηρίξουν την αλλαγή και να μειώσουν τον κίνδυνο για υποτροπή.

Διαχείριση ενίσχυσης και ανταμοιβές για την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς (reinforcement management). Παρέχει ανταμοιβές για την επίτευξη βημάτων προς συγκεκριμένη φορά. Αν και μπορούν να συμπεριληφθούν και οι ποινές, όσοι επιτυγχάνουν αλλαγή βασίζονται κυρίως σε ανταμοιβές.

Συναισθηματική διέγερση και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως φόβος, λύπη, θυμός, στις προειδοποιήσεις για τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία (dramatic relief). Αρχικά παράγει αυξημένες συναισθηματικές εμπειρίες, που ακολουθούνται από μειωμένα συναισθήματα, αν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη δράση. Το ψυχόδραμα, οι προσωπικές μαρτυρίες, οι καμπάνιες από τα ΜΜΕ είναι παραδείγματα τέτοιων τεχνικών.

Σχέσεις βοήθειας και κοινωνική υποστήριξη στην προσπάθεια αλλαγής (helping relationships). Συνδυάζει φροντίδα, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και αποδοχή, όπως και στήριξη για την αλλαγή.

Οι δέκα διαδικασίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τις εμπειρικές (αύξηση της επίγνωσης, συναισθηματική διέγερση, περιβαλλοντική επανεκτίμηση, αυτοαπελευθέρωση και προσωπική επανεκτίμηση) και στις συμπεριφορικές (σχέσεις βοήθειας, έλεγχος

κινήτρου, αντικατάσταση, διαχείριση ενίσχυσης και αυτοαπελευθέρωση) (Hoerrner et al., 2006; Carlson, Taenzera, Koopmansa, & Casebeer, 2003).

Οι διαδικασίες της αλλαγής μαζί με την αυτοαποτελεσματικότητα, την κοινωνική επιρροή και τα θετικά και αρνητικά αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστές πρόβλεψης της αλλαγής (Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi, & Di Clemente, 1991). Η μετακίνηση ανάμεσα στα στάδια θεωρητικά προκαλείται από τις διαδικασίες της αλλαγής, την ισορροπία αποφάσεων και το δίπτυχο πειρασμός / αυτοαποτελεσματικότητα (Aveyard et al., 2009). Η αυτοαποτελεσματικότητα αντιπροσωπεύει το επίπεδο της αυτοπεποίθησης ότι μπορεί κάποιος να αντισταθεί στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια μιας σειράς πειρασμών (Velicer, DiClemente, Rossi, & Prochaska, 1990). Για τη μέτρησή του έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα τεστ αποτελούμενα από 12 (DiClemente, 1981) ή 31 αντικείμενα (DiClemente, Prochaska, Gilbertini, 1985).

Η χρήση των διαδικασιών αυξάνεται κατά μήκος των σταδίων (Hoerrner et al., 2006, Prochaska et al., 1991): Αυξάνεται η αντίληψη της διακοπής κατά το στάδιο του προσυλλογισμού, τονίζεται η αυτοεπανεκτίμηση κατά τα στάδια του συλλογισμού και της δράσης, τονίζεται η διαχείριση ενίσχυσης κατά το στάδιο της δράσης και χρησιμοποιείται περισσότερο η αντικατάσταση και ο έλεγχος κινήτρου κατά το στάδιο της δράσης και της διατήρησης (Prochaska, 2000). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει χαμηλή χρήση των διαδικασιών αλλαγής ανάμεσα στα άτομα του σταδίου του προσυλλογισμού και σε αυτά της μακροχρόνιας διατήρησης (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988). Η αύξηση της επίγνωσης γνώρισε περισσότερη έμφαση στο στάδιο του συλλογισμού. Η προσωπική επανεκτίμηση φαίνεται να συνδέει τον συλλογισμό και την δράση. Η αυτοαπελευθέρωση, η αντικατάσταση, ο έλεγχος κινήτρου, η διαχείριση ενίσχυσης και οι σχέσεις βοήθειας γνωρίζουν έμφαση στο στάδιο της δράσης. Η αντικατάσταση και ο έλεγχος κινήτρου συνέχισαν και στο στάδιο της διατήρησης. Στο στάδιο του προσυλλογισμού παρατηρούνται αυξημένα θετικά και χαμηλά αρνητικά του καπνίσματος, ενώ στο στάδιο της μακροχρόνιας διατήρησης μειώνονται τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά με τα τελευταία ωστόσο να υπερέχουν. Οι μακροχρόνια παραμένοντες στο στάδιο της διατήρησης στηρίζονται κυρίως στις εμπειρικές διαδικασίες αλλαγής, όπως η προσωπική επανεκτίμηση και αυτοαπελευθέρωση, ενώ οι υποτροπιάζοντες σε διαδικασίες, όπως η κοινωνική απελευθέρωση και η διαχείριση ενίσχυσης. Η χρήση των εμπειρικών διαδικασιών κορυφώνεται στο στάδιο του συλλογισμού, ενώ των συμπεριφορικών στο στάδιο της δράσης (Prochaska et al., 1991). Όλες οι διαδικασίες της αλλαγής χρησιμοποιούνται το λιγότερο συχνά στο στάδιο του προσυλλογισμού (Kristeller, Rossi, Ochene, Goldberg,

Prochaska, 1992). Κλασσικές διαδικασίες, όπως η αντικατάσταση, ο έλεγχος κινήτρου και ο έλεγχος απροόπτου μπορεί να είναι ιδιαίτερες αποτελεσματικές για άτομα, που είναι σε φάση δράσης, αλλά μπορούν να προκαλέσουν αντίσταση σε όσα βρίσκονται στον προσυλλογισμό. Σε αυτά, πιο εμπειρικές διαδικασίες, όπως η αύξηση της επίγνωσης και η συναισθηματική διέγερση μπορούν να τους δραστηριοποιήσουν γνωσιακά και συναισθηματικά και να τους βοηθήσουν να μεταβούν στον συλλογισμό (Prochaska, 1996). Όσα άτομα έχουν διακόψει με επιτυχία το κάπνισμα, εμφανίζουν μία μείωση στη χρήση εμπειρικών διαδικασιών και μία αύξηση στη χρήση συμπεριφορικών διαδικασιών. Όσα άτομα δεν διέκοψαν, έδειξαν μικρή αλλαγή στη χρήση σχεδόν όλων των διαδικασιών. Η χρήση όσων υποτροπίασαν έτεινε αρχικά να είναι παρόμοια με όσους πέτυχαν τη διακοπή, αλλά με το πέρασμα του χρόνου, η χρήση τους κατέληξε ανάμεσα σε όσους διέκοψαν και σε όσους απέτυχαν να διακόψουν. Γενικά, τα άτομα, που υποτροπίασαν, κατέληξαν να δουλεύουν πιο σκληρά, αλλά όχι πιο έξυπνα σε σχέση με όσους διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα (Sun, Prochaska, Velicer, & Laforge, 2007).

Η ιδέα των θετικών και αρνητικών, της κοινωνικής επιρροής και της αυτοαποτελεσματικότητας θεωρούνται ότι επηρεάζουν την αλλαγή (Hoving et al., 2006). Η ισορροπία αποφάσεων (decisional balance) είναι ένα μέτρο των αιτιών και των ανησυχιών, που σχετίζονται με την αλλαγή συμπεριφοράς και υπολογίζεται με την μέτρηση των θετικών και των αρνητικών της συμπεριφοράς του καπνίσματος, όπως τα αντιλαμβάνεται ο καθένας, τα οποία διαμορφώνουν δύο ανεξάρτητους παράγοντες. Η συνολική ισορροπία ανάμεσα στα θετικά και τα αρνητικά μπορεί, επίσης, να υπολογιστεί και αυξάνει την δύναμη ορισμένων μοντέλων. Κατά τη μετάβαση από τον προσυλλογισμό στον συλλογισμό, τα θετικά του καπνίσματος μειώνονται κατά μισή τυπική απόκλιση, ενώ τα αρνητικά αυξάνονται κατά μία τυπική απόκλιση (Plummer et al., 2001). Η εμπειρικές διαδικασίες χρησιμοποιούνται πρώιμα στην εξέλιξη ενός σταδίου, ενώ οι συμπεριφορικές αργότερα, στη συνέχεια του κάθε σταδίου γύρω από τον χρόνο δράσης και τη διατήρηση. Επίσης, έχουν παρατηρηθεί σταθερές σχέσεις ανάμεσα στην κίνηση μεταξύ των σταδίων και την ισορροπία απόφασης, έτσι ώστε στην αρχή της διαδικασίας τα θετικά του καπνίσματος τείνουν να υπερνικούν τα αρνητικά, ενώ περίπου στο στάδιο του συλλογισμού συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο (Carlson et al., 2003). Η μετάβαση προς τα εμπρός από το στάδιο του προσυλλογισμού προβλέπεται από την ύπαρξη περισσότερων θετικών από τη διακοπή του καπνίσματος και εν μέρει από την αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα προβλέπει τη μετάβαση από τον συλλογισμό στην προπαρασκευή. Μετάβαση προς τα πίσω

από τον συλλογισμό προβλέπεται από την αντίληψη λιγότερων θετικών για την διακοπή (Hoving et al., 2006).

Ο προοδευτικός υπότυπος του σταδίου του προσυλλογισμού παρουσιάζει αυξημένη χρήση τεσσάρων σημαντικών διαδικασιών στην αρχή. Αυτές σχετίζονται με εξέχουσες πτυχές της δημιουργίας αλλαγής, όπως η κοινωνική υποστήριξη (σχέσεις βοήθειας), η ύπαρξη συναισθηματικών αντιδράσεων σε σχέση με το πρόβλημα (συναισθηματική διέγερση), οι σκέψεις γύρω από τις αξίες κάποιου σε σχέση με το πρόβλημα (προσωπική επανεκτίμηση) και η δέσμευση για αλλαγή (αυτοαπελευθέρωση). Όσοι βρίσκονται στο στάδιο του συλλογισμού, χρησιμοποιούν όλες τις διαδικασίες αλλαγής περισσότερο από όσους βρίσκονται στο στάδιο του προσυλλογισμού. Αυτό εξηγεί γιατί ο προοδευτικός υπότυπος του προσυλλογισμού χρησιμοποιεί πολλές από τις διαδικασίες περισσότερο, υποδεικνύοντας ότι είναι έτοιμος για την μετάβαση από τον προσυλλογισμό στο επόμενο στάδιο. Από την άλλη πλευρά, οι υπότυποι του σταδίου του συλλογισμού δεν διακρίνονται από τη χρήση των διαδικασιών της αλλαγής. Μόνο η αυτοαπελευθέρωση ήταν σημαντική στον προοδευτικό και στον αμφιταλαντευόμενο υπότυπο, σε σχέση με τον σταθερό. Στο στάδιο του συλλογισμού αυξάνεται η χρήση των διαδικασιών με τις εμπειρικές να φτάνουν στο μέγιστό τους. Για όσους βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής, στην αρχή βρέθηκαν διαφορές για δύο διαδικασίες: η λιγότερο συχνή χρήση του έλεγχου κινήτρου για τον παλίνδρομο υπότυπο και η λιγότερο συχνή χρήση της κοινωνικής απελευθέρωσης για τον προοδευτικό υπότυπο. Η λιγότερο συχνή χρήση του ελέγχου κινήτρου δείχνει ότι γίνεται λιγότερη δουλειά στην αναδόμηση του περιβάλλοντος, ώστε να βοηθηθεί η αλλαγή, ενώ η λιγότερο συχνή χρήση της κοινωνικής απελευθέρωσης δείχνει ότι η χρήση της πρώιμης αυτής διαδικασίας έχει φθάσει στο ανώτερό της ήδη, για όσους είναι έτοιμοι να μεταβούν στο στάδιο της δράσης (Norman et al., 1998).

Οι ευκαιριακοί πειρασμοί και οι μεταβλητές της συμπεριφοράς καπνίσματος παρέχουν πληροφορίες για το επίπεδο του ψυχολογικού και φυσιολογικού εθισμού στο κάπνισμα. Για το στάδιο του προσυλλογισμού δεν έχουν βρεθεί σημαντικά αποτελέσματα, υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο εθισμού είναι σταθερά υψηλό. Στο στάδιο του συλλογισμού, ο προοδευτικός υπότυπος παρουσίασε ελαφρώς λιγότερη δύναμη συνήθειας, που συνέπεσε και με μικρότερο αριθμό τσιγάρων την ημέρα. Επομένως, η συγκεκριμένη ομάδα παρουσίασε λιγότερο εθισμό. Στο στάδιο της προπαρασκευής, ο παλίνδρομος υπότυπος παρουσίασε υψηλότερη δύναμη συνήθειας και κάπνιζε περισσότερα τσιγάρα ημερησίως σε σχέση με τους άλλους υποτύπους. Επίσης, περίμενε το λιγότερο χρόνο πριν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας. Αυτές οι μεταβλητές διαφοροποιούν τους καπνιστές κατά τις ασταθείς

μεταβάσεις από το στάδιο του συλλογισμού στο προπαρασκευής και από το προπαρασκευής στο δράσης, καθώς τα άτομα βιώνουν σημαντικές γνωσιακές και συμπεριφορικές αλλαγές (Norman et al., 1998). Η χρήση των διαδικασιών αλλαγής ακολούθησε μια γενική δομή, σύμφωνα με την οποία αυξάνεται από τον προσυλλογισμό στον συλλογισμό, φτάνει το μέγιστο σε ένα συγκεκριμένο στάδιο και στη συνέχεια μειώνεται είτε στα επίπεδα του προσυλλογισμού είτε λίγο ψηλότερα, αν χρησιμοποιούνται ως στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής. Οι πειρασμοί και τα θετικά του καπνίσματος ακολούθησαν μια γραμμική δομή μείωσης ανάμεσα στα στάδια ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα αυξήθηκε γραμμικά (Prochaska et al., 1991).

Η ανατροφοδότηση και η εκπαίδευση είναι σημαντικές μεταβλητές στη λήψη της απόφασης για αλλαγή, ενώ οι δραστικές διαδικασίες είναι πιο αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska et al., 1991). Κατά τους Kohler, Schoenberger, Tseng και Ross (2008) σε έρευνα χρήσης του διαθεωρητικού μοντέλου για τη διακοπή καπνίσματος των εφήβων, το αρχικό στάδιο σχετίζεται σημαντικά με τη βελτίωση και υποτροπή των σταδίων, το σχολικό επίπεδο με τη βελτίωση, ενώ η μέτρηση της εξάρτησης από την νικοτίνη με την υποτροπή.

Στο διαθεωρητικό μοντέλο τρεις παράγοντες επηρεάζουν το αποτέλεσμα: η θεραπεία, η ένταση και το στάδιο (Prochaska, Velicer, Prochaska, & Johnson, 2004). Όσοι λαμβάνουν θεραπεία για το κάπνισμα, έχουν καλύτερα αποτελέσματα και όσοι υποφέρουν συνέπειες μεγαλύτερης έντασης λόγω της μη διακοπής, όπως η καρδιοπαθείς, πρέπει να αλλάζουν περισσότερο (Dino, Kamal, Horn, Kalsekar, & Fernandes, 2004; Prochaska et al., 2004). Όσοι βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο πρέπει να διακόπτουν το κάπνισμα περισσότερο. Στο στάδιο της προπαρασκευής αναφέρθηκαν περισσότερες προηγούμενες απόπειρες, μεγαλύτερη αφοσίωση στην αποχή, αυξημένη αναγνώριση των αρνητικών του καπνίσματος και μεγαλύτερη χρήση των διαδικασιών αλλαγής. Στο στάδιο του προσυλλογισμού είναι το λιγότερο πιθανό να αναγνωριστεί στόχος σχετικός με την συμπεριφορά του καπνίσματος. Το σύμπτωμα της κατάθλιψης και το ιστορικό επαναλαμβανόμενων καταθλιπτικών επεισοδίων δεν σχετίζονται με την ετοιμότητα για διακοπή (Prochaska et al., 2004). Υπάρχουν μελέτες, που έχουν εντοπίσει παράγοντες, που σχετίζονται με την έκβαση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, το οποίο βασίζεται στο διαθεωρητικό μοντέλο, όπως ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, η χρήση αλκοόλ και το στρες. Το ανδρικό φύλο, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και το υψηλό εισόδημα συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα, ενώ μεταβλητές, που προωθούν την επιτυχία της παρέμβασης είναι τα ηπιότερα στερητικά συμπτώματα, η κοινωνική στήριξη, η χρήση

γνωστικών–συμπεριφορικών ικανοτήτων, η αποφυγή ακόμη και ενός τσιγάρου και το λιγότερο στρες (Carlson et al., 2003). Οι ταινίες με σκηνές καπνίσματος μπορούν να επηρεάσουν άτομα, που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς το επίπεδο της εξάρτησης, τα στάδια του προσυλλογισμού και του συλλογισμού και η παρορμητικότητα συσχετίστηκαν με κάπνισμα κατά το διάλειμμα της προβολής τέτοιων ταινιών (Shmueli, Prochaska, & Stanton, 2010).

Οι καπνιστές με εσωτερικά κίνητρα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχή διακοπή σε σχέση με τους καπνιστές με εξωτερικά κίνητρα. Η αντίληψη του κινδύνου για την υγεία αυξάνει την πιθανότητα διακοπής. Οι άνθρωποι, που καπνίζουν, έχουν χαμηλότερη αντίληψη του κινδύνου σε σχέση με τους μη καπνιστές, αλλά και όσους διέκοψαν το κάπνισμα. Επομένως, η αντίληψη του κινδύνου και του οφέλους φαίνεται να σχετίζονται με την απόφαση συνέχισης επιβλαβών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Η ύπαρξη υποστήριξης από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Clarke & Aish, 2002).

Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές δεν επηρέασαν σημαντικά το στάδιο αλλαγής και τις διαδικασίες αλλαγής, όσον αφορά το κάπνισμα. Διαφορές ανάμεσα στα στάδια παρατηρήθηκαν στον αριθμό των προσπαθειών διακοπής, το ποσοστό του καπνίσματος ανάμεσα στους καπνίζοντες και τη συμβίωση με καπνίζοντα. Γενικά, τα άτομα, που βρίσκονται στο στάδιο του προσυλλογισμού χρησιμοποιούν λίγο τις διαδικασίες αλλαγής. Τα άτομα, που έχουν διακόψει πρόσφατα το κάπνισμα χρησιμοποιούν πολύ την αυτοαπελευθέρωση, ενώ όσοι διέκοψαν για μακρό χρονικό διάστημα κάνουν χρήση της περιβαλλοντικής επανεκτίμησης και της αντικατάστασης. Οι υποτροπιάζοντες και όσοι βρίσκονται στο στάδιο του συλλογισμού παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες (Ahijevych & Wewers, 1992).

Δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφορά ανάμεσα σε καπνιστές μεγάλης ηλικίας και σε νεότερους όσον αφορά την ύπαρξη κινήτρων για την διακοπή του καπνίσματος (Hall et al., 2008).

Οι Armitage και Arden (2008) παρατήρησαν ότι η εφαρμογή των σταδίων αλλαγής στη διακοπή του καπνίσματος αυξάνει την αποτελεσματικότητα και ειδικά η εφαρμογή των προθέσεων σε μεμονωμένους ασθενείς, που βρίσκονταν στο στάδιο της παρασκευής κατά την έναρξη των προσπαθειών.

Ειδικά για τις γυναίκες, όσες βρίσκονται στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης, παραμένουν υπό θεραπεία για μεγαλύτερο διάστημα και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να την ολοκληρώσουν σε σύγκριση με το στάδιο του προσυλλογισμού. Οι γυναίκες με μικρό

ενδιαφέρον να διακόψουν το κάπνισμα μπορεί να έχουν δυσκολία προσκόλλησης στις οδηγίες για περιορισμό του καπνίσματος κατά την φαρμακευτική θεραπεία για άλλα νοσήματα (Haller, Miles, & Cropsey, 2004). Το αποτέλεσμα προγράμματος διακοπής καπνίσματος βασισμένο στο διαθεωρητικό μοντέλο είναι καλύτερο για γυναίκες, που βρίσκονται στο προπαρασκευαστικό στάδιο σε σύγκριση με τα στάδια προσυλλογισμού και συλλογισμού (Aveyard et al., 2006).

Αξίζει να σημειωθεί πως οι Carlson και συν. (2003) παρατήρησαν ότι η χρησιμοποίηση μεταβλητών του διαθεωρητικού μοντέλου δεν έχει αξία πρόβλεψης για το αποτέλεσμα στη διακοπή καπνίσματος, καθώς, μετά από 3 μήνες από την έναρξη της παρέμβασης, η μόνη διαδικασία αλλαγής, που παρατηρήθηκε ότι χρησιμοποιείται περισσότερο από τους μη καπνιστές σε σύγκριση με την αρχική της χρήση, είναι η διαχείριση ενίσχυσης.

Παραδείγματα παρεμβάσεων: Οι Dino και συν. (2004) συνέκριναν δύο παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε άτομα νεαρής ηλικίας. Η μεν πρώτη ήταν ένα πρόγραμμα σύντομης αυτοβοηθούμενης παρέμβασης, η δε δεύτερη ήταν μια παρέμβαση που πρότεινε η Ένωση Πνεύμονα της Αμερικής (NOT – Not On Tobacco). Η σχέση ανάμεσα στα στάδια αλλαγής και τα αποτελέσματα της διακοπής ποικίλουν ανάλογα με την ένταση της παρέμβασης. Οι συμμετέχοντες της πρώτης παρέμβασης είχαν 25 φορές παραπάνω πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα, αν βρίσκονταν στο στάδιο της προπαρασκευής, σε σχέση με όσους βρίσκονταν στα στάδια συλλογισμού και προσυλλογισμού. Η παρέμβαση NOT ήταν αποτελεσματική για τους νέους ανεξάρτητα από το στάδιο της έναρξης, ενώ οι συμμετέχοντες σε αυτή την παρέμβαση έδειξαν περισσότερη μετάβαση στα μετέπειτα στάδια.

Οι Erol και Erdogan (2008) εφάρμοσαν μία παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε έφηβους. Οι βασικότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς του καπνίσματος ήταν η περιέργεια, οι καπνιστικές συνήθειες των γονέων, η πίεση των συνομηλίκων, η αρνητική αυτοεκτίμηση, η συχνότητα του καπνίσματος στο σχολείο, το ανδρικό φύλο, το αυξημένο παθητικό κάπνισμα, οι αλλαγές των κοινωνικών σχέσεων και οι κακές επιδόσεις στο σχολείο. Η έναρξη του καπνίσματος είναι μια διαδικασία, που συμβαίνει σε μια σειρά σταδίων. Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα διακοπής καπνίσματος για τους εφήβους περιλαμβάνουν την εστίαση στη διαχείριση ικανοτήτων και στην ενίσχυση των κινήτρων. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση το 40% και 55% των συμμετεχόντων είχαν κάνει θετικές κινήσεις ανάμεσα στα στάδια στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα. Η αντίληψη των αρνητικών

του καπνίσματος αυξήθηκε σημαντικά, ενώ ο πειρασμός έπεσε κατά την μετάβαση στο στάδιο της δράσης στους 3 μήνες και τα θετικά του καπνίσματος μαζί με τον πειρασμό μειώθηκαν στους 6 μήνες. Το ποσοστό όσων διέκοψαν το κάπνισμα στους 3 και στους 6 μήνες ήταν 18.3% και 33.3% αντιστοίχως. Σε μία μελέτη στην Αυστραλία παρατηρήθηκε ότι από όσους ενδιαφέρονταν να διακόψουν το κάπνισμα η χρήση της υποκατάστασης νικοτίνης, το ανδρικό φύλο, το υψηλό άγχος και η απόρριψη περισσοτέρων κρυολογημάτων ως λόγος για διακοπή προέβλεπε επιτυχή προσπάθεια (Tait et al., 2007).

Οι Girma, Assefa και Deribew (2010) εφάρμοσαν το διαθεωρητικό μοντέλο σε πληθυσμό της Αιθιοπίας, παρατηρώντας ότι στο 64.3% των ατόμων ο μέσος βαθμός των αρνητικών του καπνίσματος υπερνικά αυτόν των θετικών (αρνητική ισορροπία απόφασης). Επίσης, κατά την μετάβαση από στάδιο σε στάδιο, τα θετικά του καπνίσματος μειώνονταν, ενώ αυξάνονταν τα αρνητικά. Μόλις 17.2% είχε τόσο μεγάλη αυτοαποτελεσματικότητα, ώστε να μην καπνίσει σε μέρη και καταστάσεις, που μπορεί να επιδεινώσουν το κάπνισμα.

Όσοι βρίσκονταν σε προχωρημένα στάδια ετοιμότητας για την προαγωγή της φυσικής άσκησης ως βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος και όσοι περνούσαν περισσότερο χρόνο για αυτή, είχαν περισσότερο θετικές απόψεις για τα θετικά και αρνητικά του καπνίσματος, την αυτοαποτελεσματικότητα και την σημασία της φυσικής άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος. Παρατηρήθηκε μία τάση ανάμεσα στο προσωπικό, που ήταν πιο ενεργό, να προωθεί την φυσική άσκηση συχνότερα. Το 22% όσων διέκοψαν ανέφεραν τη χρήση φυσικής άσκησης για τον έλεγχο του καπνίσματος και το 35% την είχαν χρησιμοποιήσει σε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής. Όσοι βρίσκονταν στα τελευταία στάδια ετοιμότητας για την χρήση της ως βοήθεια για τη διακοπή είχαν πιο θετικές απόψεις για την αυτοαποτελεσματικότητα και εκτελούσαν πιο αυστηρό πρόγραμμα φυσικής άσκησης (Everson-Hock, Taylor, & Ussher, 2010).

Οι Farkas και συν. (1996) χρησιμοποίησαν τα στάδια της αλλαγής ως μεμονωμένο παράγοντα πρόβλεψης της αλλαγής, παρατηρώντας ότι οι καπνιστές στο στάδιο της προπαρασκευής ήταν πιθανότερο να παραμένουν χωρίς κάπνισμα στον επανέλεγχο, σε σχέση με τους καπνιστές, που βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού στην αρχική εκτίμηση. Όταν όμως στο μοντέλο πρόβλεψης προστέθηκε και η αρχική μέτρηση της εξάρτησης μαζί με τις συμπεριφορές καπνίσματος και το ιστορικό προσπαθειών διακοπής καπνίσματος, το στάδιο της αλλαγής έπαψε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της μελλοντικής διακοπής.

Οι Fava, Velicer και Prochaska (1995) παρατήρησαν ότι όσοι βρίσκονται στα στάδια του προσυλλογισμού κάνουν τη λιγότερη χρήση των διαδικασιών αλλαγής, ενώ όσοι

βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής την περισσότερη. Οι πρώτοι έχουν και την λιγότερο αρνητική στάση απέναντι στο κάπνισμα. Οι ευρισκόμενοι στα στάδια του προσυλλογισμού και του συλλογισμού τείνουν να καπνίζουν σε περισσότερες καταστάσεις, σε σχέση με τους ευρισκόμενες στην προπαρασκευή. Οι πρώτοι είναι επίσης περισσότερο εθισμένοι στο κάπνισμα.

Διαθεωρητικό Μοντέλο και διάφορες καταστάσεις υγείας: Η πρώτη εγκυμοσύνη δεν προκαλεί αυτόματα περισσότερη διάθεση για διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με τις πολυτόκους, αν και οι πρωτότοκες καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα και επιδεικνύουν λιγότερη ανάγκη για κάπνισμα. Γνωστικές, συναισθηματικές ή συμπεριφορικές διαδικασίες δεν συνοδεύουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Εξωτερικοί παράγοντες, όπως η υγεία του εμβρύου και η κοινωνική πίεση, μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή. Εξαιτίας της δυνατής κοινωνικής επιρροής στη συμπεριφορά του καπνίσματος, μια εσωτερική μελέτη της αλλαγής συμπεριφοράς, με αποκορύφωση την εσωτερική παρακίνηση για τη διακοπή του καπνίσματος, εμποδίζεται. Απόδειξη για αυτό είναι το μεγάλο ποσοστό υποτροπής μετά την γέννα (Händel et al., 2009). Οι έγκυες αντιλαμβάνονταν μια λιγότερο αρνητική στάση απέναντι στη συνήθειά τους να καπνίζουν, δελεάζονταν περισσότερο από καταστάσεις συνδεδεμένες με τη συνήθειά τους και έκαναν λιγότερη χρήση σημαντικών εμπειρικών διαδικασιών αλλαγής. Ωστόσο, τόσο κατά την προγεννητική όσο και τη μεταγεννητική περίοδο, είναι ιδανική ευκαιρία για παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, που στοχεύουν στις γυναίκες. Αυτό δεν ισχύει μόνο επειδή οι γυναίκες έχουν σαν κίνητρο το καλό του παιδιού τους, αλλά και γιατί αυτή είναι μια περίοδος, όπου οι γυναίκες παρακολουθούνται τακτικά από γιατρούς, που εστιάζουν στην υγεία τους (Ruggiero, Tsoh, Everett, Fava, & Guise, 2000). Οι γυναίκες, που επιθυμούν την εγκυμοσύνη, έχουν μεγαλύτερη επίγνωση των κινδύνων του καπνίσματος στην περίοδο της σύλληψης σε σχέση με αυτές, που δεν το επιθυμούν ή είναι ήδη έγκυες. Ωστόσο, αυτή η στάση τους απέναντι στο κάπνισμα και σε λιγότερο βαθμό, η ετοιμότητα τους για αλλαγή συμπεριφοράς καπνίσματος, φαίνεται να είναι συνειδησιακά απομονωμένη, δεν συνδέεται με τις απόψεις για τις συνέπειες του καπνίσματος. Επίσης, η ετοιμότητα για αλλαγή δεν φαίνεται να σχετίζεται με τους αντιλαμβανόμενους κινδύνους του καπνίσματος στην αρχή της εγκυμοσύνης. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ο μόνος παράγοντας, που προβλέπει το στάδιο της ετοιμότητας για αλλαγή, οπότε προκειμένου να γίνει εφικτή η αλλαγή, έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι εγκυμονούσες στο στάδιο του προσυλλογισμού, του συλλογισμού και της προπαρασκευής είναι πιο ευαίσθητες στα

πλεονεκτήματα, που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη σε σχέση με αυτές στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης. Επίσης, ένα αρνητικό κοινωνικό πρότυπο θεωρήθηκε λιγότερο σημαντικό από τις γυναίκες στο στάδιο του προσυλλογισμού σε σχέση με τα υπόλοιπα στάδια (Siero, Van Diem, Voorrips, & Willemsen, 2004). Όπως προβλέπεται από το διαθεωρητικό μοντέλο, οι εμπειρικές διαδικασίες χρησιμοποιούνται περισσότερο από τις έγκυες στα στάδια του συλλογισμού και τη προπαρασκευής, ενώ οι συμπεριφορικές στα στάδια της προπαρασκευής και δράσης. Ωστόσο, η αυτοαποτελεσματικότητα παραμένει σταθερή ανάμεσα στο στάδιο του προσυλλογισμού, του συλλογισμού και της προπαρασκευής, αν και οι γυναίκες στο στάδιο δράσης εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα. Οι γυναίκες στο στάδιο της προπαρασκευής ήταν πιο δεμένες με το έμβρυο σε σχέση με αυτές στον προσυλλογισμό και τις μη καπνίστριες (Slade, Laxton-Kane, & Spiby, 2006).

Οι καρδιοπαθείς χρησιμοποιούν τις διαδικασίες της αλλαγής πιο συχνά από ό,τι οι υγιείς σε όλα τα στάδια, αλλά η λειτουργική σχέση ανάμεσα στα στάδια και τις διαδικασίες της αλλαγής είναι γενικά όμοια, όπως και η ιεραρχική δομή των διαδικασιών της αλλαγής. Πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η γνώση και η έννοια, που προκύπτει από μία ασθένεια, επηρεάζει τη χρήση των διαδικασιών αλλαγής σε κάθε στάδιο. Επομένως η διαδικασία της προς τα εμπρός μετακίνησης, ως προς τη διακοπή και διατήρηση της αποχής, μπορεί να είναι διαφορετική για τους καπνιστές με νόσο σχετιζόμενη με το κάπνισμα, όπως οι καρδιοπαθείς. Η αυτοαπελευθέρωση, μέτρο της προσωπικής αφοσίωσης στη διακοπή, χρησιμοποιείται πιο συχνά ανάμεσα στους καρδιοπαθείς, που είναι είτε στο στάδιο του προσυλλογισμού ή συλλογισμού σε σύγκριση με τους υγιείς. Ωστόσο, στο στάδιο της δράσης αυτή η σχέση αντιστρέφεται. Παρόμοια πορεία ακολουθεί και η προσωπική επανεκτίμηση, εξαιτίας του πρόσφατου της προσπάθειάς τους για διακοπή, οι καρδιοπαθείς πρώην καπνιστές μπορεί να μην έχουν αλλάξει τις απόψεις τους και τα συναισθήματα για τον εαυτό τους σε σχέση με το κάπνισμα (Kristeller et al., 1992). Μαζί με τη σύγχυση στην κατηγοριοποίηση των περιστασιακών καπνιστών και πρώην καπνιστών, η επιβαλλόμενη διακοπή καπνίσματος κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας, κάνει την αναγνώριση του σταδίου της αλλαγής ακόμη πιο περίπλοκη. Οι Bolman και De Vries (1998), μελετώντας καρδιοπαθείς, διαχώρισαν το στάδιο του συλλογισμού σε δύο διαστάσεις: μία εξωτερικά επιβαλλόμενη διακοπή καπνίσματος με την εισαγωγή στο νοσοκομείο και μία εσωτερική αλλαγή ως αποτέλεσμα της αποφασιστικότητας κάποιου. Όσοι παρακινούνταν εξωτερικά για την μετάβαση στο στάδιο δράσης, είχαν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα. Η διακοπή του καπνίσματος, που επιτυγχάνεται με αυτό τον τρόπο, μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερα ποσοστά υποτροπής. Μία πιθανή εξήγηση για το υψηλό ποσοστό σε αυτές τις περιπτώσεις

είναι πως, όταν ο άνθρωπος αντιμετωπίζει μία ασθένεια και την πιθανότητα του θανάτου, μπορεί να υπάρξει ένα αυξημένο επίπεδο παρακίνησης για την αλλαγή επικίνδυνων συμπεριφορών (Froelicher & Kozuki, 2002).

Σε καπνιστές ασθενείς με περιοδοντική βλάβη παρατηρήθηκε ότι το 31% βρισκόταν στο στάδιο του προσυλλογισμού, το 46% στο συλλογισμού και το 23% στο προπαρασκευής. Το 23% των πρώην καπνιστών βρισκόταν στο στάδιο δράσης και το 77% στο στάδιο διατήρησης. Οι ασθενείς αυτοί έδειξαν διαφορές στην αυτοεπανεκτίμηση και αυτοαπελευθέρωση, ανάλογα με το στάδιο της αλλαγής.

Οι εθισμένοι στο αλκοόλ, που βρίσκονται σε φάση ανάρρωσης, μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά στα αρχικά στάδια αλλαγής για το κάπνισμα, οπότε είναι λιγότερο πιθανό να αλλάξουν στο άμεσο μέλλον. Αυτό πιθανώς να μπορεί να εξηγήσει γιατί θεωρείται ότι πολλοί επαγγελματίες, αλλά και καθημερινοί άνθρωποι, πιστεύουν ότι η ταυτόχρονη αλλαγή δεν είναι συνετή και εγγυημένη στρατηγική. Οι ασθενείς, που διακόπτουν το ποτό πριν το κάπνισμα ή ταυτόχρονα, αντιμετωπίζουν πιο σοβαρά προβλήματα όσον αφορά το αλκοόλ. Αναφέρουν ότι έχουν λάβει μέρος σε περισσότερα επίσημα προγράμματα θεραπείας για προβλήματα αλκοολισμού, περισσότερη καθημερινή λήψη αλκοόλης και μεγαλύτερο ποσοστό χρόνου χρήσης, που οδήγησε σε υποκειμενική μέθη. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι άτομα με προβληματικό ιστορικό χρήσης αλκοόλης μπορεί να βάζουν σε προτεραιότητα την αλλαγή του πιο πειστικού προβλήματος, της χρήσης αλκοόλης (Snow, Prochaska, & Rossi, 1992).

Σε ψυχιατρικούς ασθενείς παρατηρήθηκε πως η χρήση των εμπειρικών διαδικασιών ήταν υψηλή κατά την διάρκεια όλων των σταδίων, πιθανώς αντανάκλωντας μια άμεση επιρροή της θεραπευτικής σχέσης, που εστιάζει κυρίως σε διαδικασίες, όπως η αύξηση της επίγνωσης και η αυτοεπανεκτίμηση. Οι ασθενείς, στα αρχικά στάδια της αλλαγής, δεν εμφάνισαν καταθλιπτική διαταραχή ή έστω συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά έδειξαν περισσότερες αρνητικές σκέψεις για την αποχή. Τα άτομα στο στάδιο της διατήρησης είχαν τα υψηλότερα ποσοστά από κάθε άλλο στάδιο, τόσο στις εμπειρικές, όσο και στις συμπεριφορικές διαδικασίες, δείχνοντας πιθανώς ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς μοχθούν περισσότερο για την διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Από τον προσυλλογισμό στον συλλογισμό, τα θετικά του καπνίσματος μειώθηκαν ενώ τα αρνητικά αυξήθηκαν. Οι πειρασμοί αυξήθηκαν από τον προσυλλογισμό στην προπαρασκευή και μετά μειώθηκαν ως την διατήρηση (Scott, Prochaska, Kaplan, Small, Hall, 2001).

Μέτρηση Σταδίων: Η επιτυχία ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος βασίζεται γενικά σε συνεχείς τιμές αποχής, μετρούμενες συνήθως στους 1,6 και 12 μήνες μετά την συμπλήρωση της θεραπείας. Ωστόσο η αποχή είναι ανεπαρκές μέτρο, δεν προβλέπει την υποτροπή και δεν λαμβάνει υπόψη μικρές υποτροπές σε ένα πλαίσιο συνολικής προόδου (Rustin and Tate, 1993).

Ένα μεγάλο θέμα είναι η μέτρηση στη θεωρία σταδίων. Οι Carey, Purine, Maisto και Carey (1999) μελέτησαν μετρήσεις σταδίων, περιλαμβάνοντας ψυχομετρικές έρευνες και στοιχεία για την εγκυρότητα τους. Οι αλγόριθμοι των σταδίων τοποθετούν τους ασθενείς σε διακριτά στάδια, ανάλογα με τις απαντήσεις τους σε μια σειρά από τέσσερις ως πέντε ερωτήσεις. Ωστόσο, η χρήση τους ποικίλλει (π.χ. ο αριθμός των σταδίων, τα χρονικά διαστήματα ανάμεσα), πράγμα που περιορίζει την ικανότητά τους για γενικεύσεις. Χρησιμοποιώντας ένα τροποποιημένο αλγόριθμο μέτρησης, οι Crittenden, Manfredi, Lacey, Warnecke και Parsons (1994) διαίρεσαν το στάδιο του προσυλλογισμού σε τρεις υποομάδες σε ένα πληθυσμό από γυναίκες καπνίστριες, που παρακολουθούνταν σε δημόσιες κλινικές. Η κλίμακα εκτίμησης της αλλαγής του πανεπιστημίου του Rhode Island (URICA) ήταν το αρχικό γενικό ερωτηματολόγιο, σχεδιασμένο για να μετρά το στάδιο της αλλαγής στην ψυχοθεραπεία (McConnaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989). Οι βαθμολογίες μιας τετραβάθμιας κλίμακας προκύπτουν ανάλογα με το στάδιο προσυλλογισμού, συλλογισμού, δράσης και διατήρησης. Οι κλίμακες θεωρούνται πως έχουν επαρκή εσωτερική συνοχή, αλλά είναι διασυνδεδεμένες. Οι προσπάθειες κατάταξης σε ένα συγκεκριμένο στάδιο ήταν δύσκολες με ανάμεικτα αποτελέσματα, ανάλογα με το δείγμα (Carey, Purine, Maisto, & Carey, 1999). Στη σκάλα του συλλογισμού των (Biener & Abrams, 1991), μια οπτική αναλογική κλίμακα, όπου οι ίδιοι οι καπνιστές αναγνωρίζουν το στάδιο της αλλαγής στο οποίο βρίσκονται, οι ασθενείς δείχνουν την ετοιμότητά τους για διακοπή καπνίσματος σε ένα συνεχές 11 ερωτήσεων, που παρουσιάζονται σαν δέκα σκαλοπάτια μιας σκάλας, που σχετίζονται με πέντε «σημεία-άγκυρες». Στο κατώτερο σημείο της κλίμακας βρίσκεται ο προσυλλογισμός και στο ανώτερο η διατήρηση με ένα περιγραφικό κείμενο για κάθε στάδιο. Η κλίμακα φαίνεται πως ξεχωρίζει τους ασθενείς, που αναζητούν τη θεραπεία από αυτούς, που δεν την αναζητούν. Έχει, επίσης, συσχετιστεί με απόπειρες διακοπής, κίνητρο για διακοπή και αυτοπεποίθηση ή αυτοαποτελεσματικότητα. Η σκάλα έχει πλεονεκτήματα έναντι μιας κλασσικής οριζόντιας κλίμακας από το 1-10, λόγω της οπτικής επίδρασης και της περιγραφής του κάθε σταδίου. Ένα άλλο μέτρο περιλαμβάνει έξι σκάλες: προσυλλογισμού, αποφασιστικότητας, δράσης, αποχής, διαχείρισης, υποτροπής (Rustin and Tate, 1993).

Παρότι διακριτοί και οι δυο οι αλγόριθμοι συνέβαλαν στην κατανομή εφήβων συμμετεχόντων στα στάδια της αλλαγής και σχετίστηκαν λογικά. Η κατανομή των εφήβων καπνιστών με τον αλγόριθμο Crittenden et al. (1994) συμφωνούσε με προηγούμενα ευρήματα. Ακόμη, έδειξε μεγαλύτερη ταυτόχρονη εγκυρότητα στην αρνητική συσχέτιση με το πρόσφατο κάπνισμα και τις προσπάθειες διακοπής. Ο κλάδος της διατήρησης στον στάνταρ αλγόριθμο δεν ήταν προφανώς αρκετά ξεκάθαρος, ώστε αρκετοί φοιτητές, που κάπνιζαν ακόμη, επέλεξαν αυτή την απάντηση. Ωστόσο, για τους εφήβους, που αναφέρουν πρόσφατη αποχή, ένα στάδιο δράσης / διατήρησης μπορεί να προστεθεί στην κλίμακα σταδίων των Crittenden και συν. (1994). Σε μικρά δείγματα το URICA φαίνεται καλύτερο ως μια συνεχή μέτρηση της παρακίνησης. Το συνολικό σκορ αυτής της κλίμακας συσχετίζεται θετικά με την κλίμακα Crittenden και συν. (1994). Η επιλογή του υψηλότερου συνολικού σκορ για να βρεθεί ένα συγκεκριμένο στάδιο αλλαγής δεν σχετίστηκε και με άλλα μέτρα ετοιμότητας και μεταβλητών καπνίσματος. Η κλίμακα μέτρησης του συλλογισμού συσχετίστηκε, επίσης, σημαντικά με την κλίμακα Crittenden και συν. (1994), τα τσιγάρα, που έχουν καπνιστεί πιο πρόσφατα, την αυτοαποτελεσματικότητα και το ενδιαφέρον σε ένα πρόγραμμα διακοπής. Συσχετίστηκε αρνητικά με προβληματική συμπεριφορά των εφήβων. Μπορεί να έχει μικρότερη χρησιμότητα, ωστόσο, λόγω της μικρής μεταβολής στο σκορ, η κλίμακα ξεχώρισε σε μεγάλο βαθμό αυτούς που αναφέρουν μικρή παρακίνηση για αλλαγή (Stephens, Celluci, & Gregory, 2004).

Οι Martin και συν. (1996) έχουν αναπτύξει δύο προσεγγίσεις για τη μέτρηση του σταδίου. Πρώτον, τα στάδια της αλλαγής μπορούν να μετρηθούν συνεχόμενα με ένα ερωτηματολόγιο 32 στοιχείων, που αποτελείται από τέσσερα αξιόπιστα στοιχεία: προσυλλογισμό, συλλογισμό, δράση και διατήρηση. Το πέμπτο στάδιο, η προπαρασκευή, ενσωματώθηκε αργότερα. Ο δεύτερος τρόπος είναι η χρήση αλγορίθμου, που αποτελείται από μία σειρά δηλώσεων, που περιγράφουν την πρόσφατη συμπεριφορά καπνίσματος, την προηγούμενη συμπεριφορά και καταγεγραμμένες προθέσεις για διακοπή καπνίσματος. Οι πέντε ερωτήσεις για τη διακοπή καπνίσματος είναι: «Καπνίζετε αυτή την χρονική περίοδο;», «Σκέφτεστε σοβαρά τη διακοπή μέσα στους επόμενους έξι μήνες;», «Σχεδιάζετε να το διακόψετε εντός 30 ημερών;», «Έχετε διακόψει το κάπνισμα για περίοδο μεγαλύτερη από 24 ώρες τον τελευταίο χρόνο;», «Πόσο καιρό απέχετε από το κάπνισμα;».

Η ακριβής μέτρηση απαιτεί μια σειρά από αδιαμφισβήτητα αντικείμενα, στα οποία μπορεί ο καθένας να ανταποκριθεί με ακρίβεια με μικρή δυνατότητα για διαστρέβλωση. Τα θέματα μέτρησης είναι πολύ σημαντικά και ένα από τα πιο κρίσιμα βήματα στην εφαρμογή

μοντέλων περιλαμβάνει την ανάπτυξη μικρών, αξιόπιστων και έγκυρων μέτρων των βασικών δομών.

Αυτοαποτελεσματικότητα

Άμεσα συνδεδεμένη τόσο με το διαθεωρητικό μοντέλο, όσο και με την κοινωνική γνωστική θεωρία, τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, τη θεωρία των στόχων και το μοντέλο πιστεύω υγείας, είναι η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, 1986), η οποία αναφέρεται στις πεποιθήσεις, που μπορεί ένα άτομο να έχει σχετικά με την ικανότητά του να πραγματοποιήσει με επιτυχία μια συγκεκριμένη ενέργεια προκειμένου να κερδίσει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα και η οποία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα κινητοποίησης των ατόμων, προκειμένου να εμπλακούν σε διαδικασίες υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών και μάλιστα η αυτοαποτελεσματικότητα έχει συνδεθεί με τις προθέσεις των νέων να καπνίσουν, με τις επιτυχημένες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος σε ενήλικες και με την αποφυγή των υποτροπών (Van'T Riet, Ruiters, Werrij, De Vries, 2008).

Ξεκινώντας από τον Bandura το 1977 μέχρι και τις μέρες μας (Feltz, Chow, & Hepler, 2008), η αυτοαποτελεσματικότητα συνιστά έναν από τους πιο σημαίνοντες παράγοντες, που επηρεάζουν και ρυθμίζουν την ανθρώπινη λειτουργικότητα. Αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της κοινωνικο-γνωστικής θεωρίας, κατά την οποία υπάρχει αμφίδρομη και δυναμική σχέση μεταξύ συμπεριφοράς, περιβάλλοντος και ατομικής ψυχολογικής και γνωστικής διεργασίας, καθιστώντας τα ίδια τα άτομα ενεργητικά εμπλεκόμενα στη ρύθμιση των γνωστικών διαδικασιών, των δράσεων, των συναισθημάτων και κατ' επέκταση της λειτουργικότητάς τους (Bandura, 1977, 1997).

Σε αυτό το κοινωνικο-γνωστικό πλαίσιο, η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας γνωστικός μηχανισμός, ο οποίος αναφέρεται στις πεποιθήσεις που τα άτομα έχουν σχετικά με ικανότητές τους, απαιτούμενες για συγκεκριμένες επιτεύξεις, οι οποίες επηρεάζουν τις επιλογές τους, τους στόχους τους, την προσπάθεια που καταβάλλουν, την επιμονή τους, τη δέσμευσή τους και το βαθμό κινητοποίησής τους (Bandura, 1997). Αυτές οι πεποιθήσεις δεν αφορούν κρίσεις του ατόμου σχετικά με το αν κατέχει ή όχι συγκεκριμένες ικανότητες, προκειμένου να πραγματοποιήσει μια ενέργεια, αλλά κρίσεις σχετικά με το τι μπορεί να καταφέρει με δεδομένες τις συγκεκριμένες ικανότητές του και κάτω από δεδομένες συνθήκες (Bandura, 1986). Στο βιβλίο τους οι Feltz, Short και Sullivan (2008), επικαλούμενοι τις θεωρήσεις του Bandura (1977, 1986, 1997), αναφέρουν ότι αυτές οι

πεποιθήσεις των ατόμων σχετικά με το τι μπορούν να κατορθώσουν, είναι προϊόντα μιας σύνθετης γνωστικής διεργασίας διαφόρων πηγών πληροφοριών αποτελεσματικότητας:

- α) Προηγούμενες επιτυχημένες εμπειρίες του ατόμου: όταν είναι επαναλαμβανόμενες αυξάνουν τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας και άρα την επιδίωξη προκλητικών στόχων, το επίπεδο κινητοποίησης και την επιμονή.
- β) Εμπειρίες άλλων: η παρατήρηση άλλων και η σύγκριση ενισχύει τη διαμόρφωση κρίσεων γύρω από τις ικανότητες του ατόμου.
- γ) Τεχνικές πειθούς: λεκτική πειθώ, καθοδήγηση, ανατροφοδότηση, προσδοκίες άλλων, θετική νοερή εικόνα.
- δ) Φυσιολογική και συναισθηματική κατάσταση: αφενός διέγερση, που συνδέεται με αμφιβολία, φόβο, άγχος ή αίσθηση ετοιμότητας, ηρεμία, χαράς και αφετέρου φυσική κατάσταση (κούραση, πόνος).
- ε) Νοερές εμπειρίες (Maddux, 1995).

Οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της συμπεριφοράς και ενισχύουν την επίδοση όταν υπάρχουν: εσωτερική παρακίνηση, απαραίτητες ικανότητες, σαφείς συνθήκες και πληροφορίες για το έργο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ αυτοαποτελεσματικότητας, που είναι η πεποίθηση ότι κάποιος έχει την ικανότητα να πραγματοποιήσει με επιτυχία μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και προσδοκίων αποτελέσματος, που είναι η πεποίθηση ότι συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα (Bandura, 1977).

Παρακινητική Συνέντευξη

Η παρακινητική συνέντευξη είναι μια πελατο-κεντρική, καθοδηγητική μέθοδος για την ενίσχυση της εγγενούς παρακίνησης για αλλαγή, μέσω της εξερεύνησης και της επίλυσης της αμφιθυμίας (Miller & Rollinick, 2002). Η αμφιθυμία παρουσιάζεται όταν το άτομο αισθάνεται με δύο διαφορετικούς τρόπους για κάτι ή κάποιον και παίρνει τη μορφή της σύγκρουσης μεταξύ δύο πιθανών πορειών δράσης, κάθε μία από τις οποίες έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, που σχετίζονται με αυτή. Στόχος της παρακινητικής συνέντευξης είναι η επίλυση της αμφιθυμίας, η οποία θεωρείται το βασικό εμπόδιο στην έναρξη της διαδικασίας αλλαγής, η παρακίνηση και η διευκόλυνση της αλλαγής. Η παρακίνηση για αλλαγή εκμαιεύεται από το εσωτερικό του ατόμου και δεν επιβάλλεται από έξω (Rollinick & Miller, 1995; Miller & Rollinick, 2002).

Η παρακινητική συνέντευξη αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας και ύπαρξης με τους ανθρώπους, ένα στυλ συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας και όχι ένα σύνολο τεχνικών. Η σχέση μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου είναι περισσότερο συνεργατική παρά σχέση ειδικού με παθητικό δέκτη. Ο σύμβουλος σέβεται την αυτονομία και την ελευθερία επιλογής του συμβουλευόμενου, ο οποίος έχει πρωτεύοντα ρόλο σε όλη τη διαδικασία (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollinick, 2002).

Οι βασικές αρχές που διέπουν την παρακινητική συνέντευξη είναι οι εξής (Miller & Rollinick, 2002): α) Έκφραση ενσυναίσθησης: Περιλαμβάνει την αποδοχή, την αντανakλαστική ακρόαση και την κατανόηση των αισθημάτων και της προοπτικής του ατόμου. Το άτομο δεν εκλαμβάνεται ως ανίκανο, αλλά ως «μπλοκαρισμένο» και η αμφιθυμία θεωρείται φυσιολογική. β) Ανάπτυξη ασυμφωνίας μεταξύ της παρούσας κατάστασης και συμπεριφοράς και των σημαντικών ευρύτερων στόχων και αξιών του ατόμου. Η ασυμφωνία πρέπει να πραγματοποιείται μέσα στο άτομο και όχι υπό την πίεση εξωτερικών ή καταναγκαστικών κινήτρων. γ) Αποδοχή της αντίστασης. Η αντίσταση του ατόμου εκλαμβάνεται ως φυσιολογική, και όχι ως διάθεσή του να αντιτεθεί άμεσα στη διαδικασία αλλαγής. δ) Υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας. Η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πίστη του ατόμου στην ικανότητα του να αντεπεξέλθει και να επιτύχει σε ένα συγκεκριμένο έργο.

Στη συμβουλευτική σχέση μπορεί να υπάρχει συμφωνία ή παραφωνία ως προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμων. Η παραφωνία στη σχέση μπορεί να οφείλεται είτε στις διαφορετικές φιλοδοξίες των δύο ατόμων, είτε στη μη κοινή αντίληψη των ρόλων στη συμβουλευτική σχέση, είτε στην απαίτηση των στρατηγικών για μεγαλύτερη ετοιμότητα από ό,τι ισχύει για τον συμβουλευόμενο. Η αντίσταση αποτελεί σημάδι ύπαρξης παραφωνίας στη σχέση και ανάγκης διαφορετικής ανταπόκρισης από τον σύμβουλο. Ο ρόλος και η ανταπόκριση του συμβούλου μπορεί να μειώνει, εντείνει ή διατηρεί την αντίσταση του συμβουλευόμενου (Miller & Rollinick, 2002).

Ενώ η παραφωνία στη σχέση οδηγεί στην εκδήλωση αντίστασης του ατόμου, η συμφωνία οδηγεί σε συζήτηση αλλαγής. Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες συζήτησης αλλαγής: η αναγνώριση των μειονεκτημάτων της παρούσας κατάστασης, η αναγνώριση των πλεονεκτημάτων της αλλαγής, η έκφραση αισιοδοξίας για την αλλαγή και η έκφραση πρόθεσης για αλλαγή. Η ανταπόκριση του συμβούλου στη συζήτηση αλλαγής μπορεί να είναι καθοδηγητική, όταν στοχεύει στην επίλυση της αμφιθυμίας ή μη-καθοδηγητική όταν απαιτείται γενική εξερεύνηση της αμφιθυμίας ή των αξιών του ατόμου (Miller & Rollinick, 2002).

Στην εφαρμογή της παρακινητικής συνέντευξης, ο σύμβουλος χρησιμοποιεί τις παρακάτω γενικές μεθόδους, που προωθούν τη συζήτηση: Πρώτον, χρησιμοποιεί ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες ενθαρρύνουν το άτομο να μιλήσει και δίνουν τη δυνατότητα εξερεύνησης και επεξεργασίας των ιδεών του. Δεύτερον, παρέχει αντανακλαστική ακρόαση, στοχεύοντας στην ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης προσωπικής εξερεύνησης. Ο σύμβουλος αντανακλά αυτό που λέει, αυτό που φαίνεται να αισθάνεται, ή αυτό που εννοεί το άτομο. Τρίτον, όποτε ο σύμβουλος κρίνει σκόπιμο, επιβεβαιώνει και ενισχύει τα δυνατά σημεία και τις προσπάθειες του ατόμου. Τέταρτον, συνοψίζει συχνά τα λεγόμενα του ατόμου, με στόχο είτε τη συνέχιση της συζήτησης σε ένα συγκεκριμένο θέμα, είτε τον προβληματισμό του για τη σχέση κάποιων στοιχείων, που έχει αναφέρει σε διάφορα θέματα, είτε τη μετατόπιση από ένα σημείο εστίασης σε ένα άλλο. Τέλος, ο σύμβουλος αποφεύγει να παρέχει πληροφορίες και συμβουλές, εάν όμως κρίνει ότι είναι βοηθητικό να το κάνει, αποτελεί προϋπόθεση ο συμβουλευόμενος να τις έχει ζητήσει ή να του έχει ζητηθεί η άδεια για να του δοθούν, να έχουν εκμαιευθεί πρώτα οι ιδέες και η γνώση του πάνω στο θέμα και να είναι χρήσιμες για αυτόν (Miller & Rollinick, 2002).

Η Παρακινητική Συνέντευξη, όπως περιγράφεται από τους Miller και Rollinick (2002), αποτελείται από δύο φάσεις. Ευρύτερος στόχος της πρώτης φάσης είναι η επίλυση της αμφιθυμίας και το χτίσιμο της εσωτερικής παρακίνησης για αλλαγή. Σε αυτή τη φάση δίνεται έμφαση στην προθυμία και στην ικανότητα του ατόμου για αλλαγή, οι οποίες αποτελούν συστατικά της εσωτερικής παρακίνησης. Τόσο η αντίληψη του ατόμου για την προθυμία, δηλαδή η σπουδαιότητα που αποδίδει στην αλλαγή (πόσο σημαντική είναι η αλλαγή για αυτόν), όσο και η ικανότητά του για αλλαγή, δηλαδή η πεποίθηση του ότι μπορεί να τα καταφέρει (πόσο σίγουρο είναι το άτομο ότι θα μπορούσε να αλλάξει, αν αποφάσιζε ότι είναι σημαντική η αλλαγή) είναι κρίσιμη για την κατανόηση της αμφιθυμίας του. Η εκτίμηση αυτών των δύο διαστάσεων μπορεί να γίνει ευθέως με τη χρήση μιας κλίμακας από το 0 έως το 10, όπου στο 0 η αλλαγή δεν είναι καθόλου σημαντική και το άτομο δεν είναι καθόλου σίγουρο για την ικανότητά του για αλλαγή και στο 10 ισχύει το αντίθετο.

Αν το άτομο επιδεικνύει χαμηλή προθυμία, δηλαδή, αν δεν πιστεύει ότι η αλλαγή είναι επαρκώς σημαντική για το ίδιο, τότε η αλλαγή είναι απίθανο να συμβεί (Miller & Rollinick, 2002). Σε αυτή την περίπτωση, σκοπός της παρακινητικής συνέντευξης είναι η αύξηση της σπουδαιότητας της αλλαγής (Treasure, 2004). Ο σύμβουλος καθρεφτίζει τις ασυμφωνίες μεταξύ της παρούσας και της ιδανικής κατάστασης του συμβουλευόμενου και εκμαιεύει τη συζήτηση αλλαγής (Treasure, 2004). Για να επιτύχει ο σύμβουλος την πρόκληση της

συζήτησης αλλαγής, μπορεί να χρησιμοποιήσει τις παρακάτω μεθόδους (Miller & Rollinick, 2002):

Χρήση της κλίμακας σημαντικότητας: Ερωτήσεις «Γιατί είσαι στο ... (βαθμός που έχει δώσει) και όχι στο μηδέν;» και «Τι θα χρειαζόταν για να πας από το ... (βαθμός που έχει δώσει) στο ... (μεγαλύτερο βαθμό);».

Διερεύνηση της ισορροπίας της απόφασης: λίστα από τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της παρούσας κατάστασης.

Περαιτέρω επεξεργασία ενός λόγου αλλαγής: συγκεκριμένα παραδείγματα ή περιγραφές άλλων προσπαθειών.

Ερωτήσεις σχετικά με τις ακραίες συνέπειες της παρούσας κατάστασης ή τις πιο θετικές συνέπειες της αλλαγής: περιγραφή ακραίων ανησυχιών ή φαντασίωση των θετικών συνεπειών της αλλαγής.

Κοιτάζοντας πίσω: σύγκριση καταστάσεων πριν και μετά την εμφάνιση του προβλήματος και διερεύνηση της ασυμφωνίας, εάν προκύπτει.

Κοιτάζοντας μπροστά: οραματισμός της ζωής μετά την αλλαγή ή μετά την αποτυχία αλλαγής.

Διερεύνηση στόχων και αξιών: περιγραφή σημαντικών αξιών και στόχων και εντοπισμός τυχόν ασυνέπειας με την τρέχουσα κατάσταση.

Απαραίτητη προϋπόθεση στην όλη διαδικασία αποτελεί η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου, η οποία, όταν απαιτείται, ενισχύεται με τις ακόλουθες τεχνικές:

Χρήση της κλίμακας σιγουριάς: απάντηση στις ερωτήσεις «Γιατί είσαι στο ... (βαθμός που έχει δώσει) και όχι στο μηδέν;» και «Τι θα χρειαζόταν για να πας από το ... (βαθμός που έχει δώσει) στο ... (μεγαλύτερο βαθμό);».

Ανασκόπηση παλαιότερων επιτευγμάτων: περιγραφή αλλαγών που επιτεύχθηκαν στο παρελθόν και από τις οποίες το άτομο αντλεί ικανοποίηση.

Προσωπικά δυνατά σημεία και υποστηρικτικό δίκτυο: αναφορά δυνατών σημείων του χαρακτήρα και κοινωνικών υποστηρικτικών πόρων.

Ελεύθερη παραγωγή ιδεών (brainstorming): ιδέες για το πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί η αλλαγή.

Αναπλαισίωση: απόδοση διαφορετικής νοηματοδότησης σε γεγονότα και καταστάσεις.

Υποθετική αλλαγή: υποθετικά σενάρια πετυχημένων προσπαθειών αλλαγής ή αποτυχημένων προσπαθειών και ανάπτυξη τρόπων διαχείρισης αυτών.

Ευρύτερος στόχος της δεύτερης φάσης είναι η ενδυνάμωση της δέσμευσης του ατόμου για αλλαγή και ο σχεδιασμός ενός πλάνου αλλαγής. Ο σύμβουλος αποφασίζει να περάσει στη δεύτερη φάση, όταν αναγνωρίσει έναν επαρκή βαθμό ετοιμότητας του ατόμου για αλλαγή, ο οποίος προαπαιτεί έναν βαθμό προθυμίας και ικανότητας. Η ετοιμότητα του ατόμου, κατά πόσο δηλαδή η αλλαγή αποτελεί μια από τις προτεραιότητές του, υποδεικνύεται από τη μειωμένη αντίσταση, τη μειωμένη συζήτηση και ανησυχία για το πρόβλημα, την εύρεση κάποιου είδους επίλυσης του προβλήματος, την αίσθηση ηρεμίας και προστασίας, που έχει το άτομο, τις άμεσες δηλώσεις αλλαγής, τις ερωτήσεις σχετικά με την αλλαγή, τον οραματισμό για τη ζωή του μετά την αλλαγή και τον πειραματισμό με δράσεις αλλαγής (Miller & Rollinick, 2002).

Μετά από μια ανακεφαλαίωση των προηγούμενων συνεδριών, ο σύμβουλος εισάγει το άτομο στη δεύτερη φάση της παρακινητικής συνέντευξης, με κύριο στόχο τη δημιουργία ενός συγκεκριμένου και ξεκάθαρα σχεδίου δράσης, ακολουθώντας τα ακόλουθα βήματα (Miller & Rollinick, 2002): α) από κοινού σύνθεση και κατά προτεραιότητα ταξινόμηση ξεκάθαρων, εφικτών και ρεαλιστικών στόχων (αξιολόγησή τους με τη χρήση της κλίμακας πίστης στην ικανότητα για αλλαγή), β) αναζήτηση, εκτίμηση, αξιολόγηση και επιλογή των πιθανών μεθόδων για αλλαγή, γ) από κοινού δημιουργία και καταγραφή σε ειδική φόρμα ενός σχεδίου, που συνάδει με τους στόχους, τις ανάγκες, τις προθέσεις και τις πεποιθήσεις του ατόμου, με αναφορά στους λόγους της αλλαγής, τους στόχους και το οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό δίκτυο που μπορεί να βοηθήσει, δ) δέσμευση του ατόμου για αλλαγή και δημοσιοποίησή της στον περίγυρο του ατόμου – στην περίπτωση έλλειψης ετοιμότητας για δέσμευση εκ μέρους του ατόμου, συνεχίζονται οι συνεδρίες και τοποθετείται σε μεταγενέστερο χρόνο η εκ νέου αξιολόγηση της ετοιμότητάς του.

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παρακινητικής συνέντευξης έπαιξε το διαθεωρητικό μοντέλο και τα στάδια αλλαγής των DiClemente και Prochaska (1982), το οποίο παρέχει ένα ενοποιητικό πλαίσιο κατανόησης της διαδικασίας της αλλαγής της συμπεριφοράς, όταν η αλλαγή αυτή απαιτεί την έναρξη, την τροποποίηση ή τη διακοπή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Καθ' όλη τη διαδικασία εφαρμογής της παρακινητικής συνέντευξης ενδέχεται να εμφανιστούν σημαντικά ηθικά ζητήματα, τα οποία απορρέουν κυρίως από την

ασυμβατότητα των φιλοδοξιών του συμβουλευόμενου και του συμβούλου. Ο σύμβουλος δε θα πρέπει να ξεχνά ότι η ασυμφωνία της προβληματικής συμπεριφοράς πρέπει να ορίζεται σε σχέση με τους στόχους και τις αξίες του ατόμου και η αλλαγή πρέπει να είναι συνεπής με αυτούς. Αν δεν υπάρχει ένα τρέχον πρόβλημα συμπεριφοράς, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με κάτι, που το άτομο αξιολογεί πιο υψηλά, τότε δεν υπάρχει βάση για να δουλέψει η παρακινητική συνέντευξη (Miller & Rollinick, 2002).

Αξίζει να αναφερθεί ότι αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος, η παρακινητική συνέντευξη, με την εστίαση στην παρακίνηση και την αυτοαποτελεσματικότητα -δύο κομβικά στοιχεία για επίτευξη αλλαγής σε θέματα συμπεριφοράς-, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική (Heckman, Egleston, & Hofman, 2010).

Γνωστική-Συμπεριφορική Προσέγγιση

Η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία είναι μια δομημένη, βραχεία, προσανατολισμένη στο παρόν θεραπεία / συμβουλευτική, η οποία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη συνεργασία και στην ενεργό συμμετοχή ασθενούς / συμβουλευόμενου και θεραπευτή / συμβούλου. Στόχος της θεραπείας / συμβουλευτικής είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα, δηλαδή η μείωση του επιπέδου δυσφορίας του συμβουλευόμενου, η ύφεση της διαταραχής, η επίλυση των πιο πιεστικών προβλημάτων, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου υποτροπής και η τροποποίηση του δυσλειτουργικού τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς. Η θεραπεία / συμβουλευτική στηρίζεται στο γνωστικό μοντέλο, το οποίο προτείνει την υπόθεση ότι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ανθρώπων επηρεάζονται από την αντίληψή τους για τα γεγονότα. Η ερμηνεία μιας κατάστασης, η οποία συχνά εκφράζεται με αυτόματες σκέψεις, επηρεάζει τις αντιδράσεις του ατόμου, δηλαδή τα συνακόλουθα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και τη σωματική απάντηση. Η ερμηνεία μιας κατάστασης επηρεάζεται από τις πεποιθήσεις ενός ατόμου. Ο συμβουλευόμενος εκπαιδεύεται στο γνωστικό μοντέλο (Beck, 1995; <http://www.ευσταθίου.gr>; <http://www.eabct.com>).

Οι πυρηνικές πεποιθήσεις (ή αλλιώς σχήματα) είναι σφαιρικές, άκαμπτες, υπεργενικευμένες ιδέες για τον εαυτό, τους άλλους ανθρώπους και τον κόσμο. Έχουν τις ρίζες τους στην αρχή της παιδικής ηλικίας, διαμορφώνονται κατά την αλληλεπίδραση του παιδιού με τους άλλους και αντιμετωπίζονται από το άτομο ως απόλυτες αλήθειες. Οι πεποιθήσεις, ως ιδέες, μπορεί να είναι λανθασμένες, αλλά μπορούν να αναθεωρηθούν, να αξιολογηθούν

και να τροποποιηθούν. Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν θετικές πυρηνικές πεποιθήσεις. Οι αρνητικές πυρηνικές πεποιθήσεις ενεργοποιούνται συνήθως σε περιόδους ψυχολογικής πίεσης και συντηρούνται εξαιτίας της τάσης του ατόμου να εστιάζει σε πληροφορίες, που επιβεβαιώνουν την πυρηνική πεποίθηση, αγνοώντας και υποτιμώντας μια πληροφορία προς την αντίθετη κατεύθυνση. Όταν είναι ενεργοποιημένη μια πυρηνική πεποίθηση, οι καταστάσεις ερμηνεύονται αυτόματα με βάση αυτή την πεποίθηση. Οι ενεργοποιημένες πεποιθήσεις επηρεάζουν το περιεχόμενο των ενδιάμεσων πεποιθήσεων (Beck, 1995).

Οι ενδιάμεσες πεποιθήσεις βρίσκονται ανάμεσα στα επίπεδα των πυρηνικών πεποιθήσεων και των αυτόματων σκέψεων. Έχουν τη μορφή στάσεων, κανόνων, παραδοχών και συχνά δεν είναι διατυπωμένες. Το περιεχόμενό τους επηρεάζει το περιεχόμενο των αυτόματων σκέψεων (Beck, 1995).

Οι αυτόματες σκέψεις πηγάζουν από τις πυρηνικές πεποιθήσεις και αποτελούν το πιο επιφανειακό επίπεδο σκέψεων. Περιλαμβάνουν λόγια ή εικόνες, που περνούν από το μυαλό ενός ατόμου και συνδέονται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ή με την αντίδραση του ατόμου σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Είναι αρκετά ταχείες και σύντομες και το άτομο βιώνει περισσότερο τα συνοδά συναισθήματα, τα οποία είναι λογικά συνδεδεμένα με το περιεχόμενο των αυτόματων σκέψεών του, παρά τις ίδιες τις σκέψεις. Όταν συνειδητοποιήσει αυτές τις σκέψεις, προχωρά σε έναν αυτόματο έλεγχο της πραγματικότητας και απαντά, χωρίς συνειδητή γνώση, με πιο προσαρμοστικό τρόπο. Οι άνθρωποι, που υποφέρουν από μια ψυχολογική δυσλειτουργία, είναι πολύ πιθανόν να τις δέχονται ως αληθινές χωρίς κριτική. Συνήθως οι δυσλειτουργικές σκέψεις είναι αρνητικές και συνοδεύονται από δυσφορία. Όταν οι δυσλειτουργικές σκέψεις υποβάλλονται σε ορθολογική κριτική, τότε τα συναισθήματα κάποιου γενικά αλλάζουν (Beck, 1995).

Με βάση το γνωστικό μοντέλο, ο σύμβουλος διαμορφώνει έναν γνωστικό τρόπο αντίληψης, ο οποίος αφορά την κατανόηση του συμβουλευόμενου και των προβλημάτων του από τον σύμβουλο με γνωστικούς όρους. Η διαμόρφωση της γνωστικής αντίληψης ενός συμβουλευόμενου είναι συνεχώς εξελισσόμενη και βασίζεται στις πληροφορίες, που δίνει ο συμβουλευόμενος από την πρώτη συνεδρία μέχρι και την τελευταία. Μέσα από τη γνωστική αντίληψη του συμβουλευόμενου, ο σύμβουλος μπορεί να οδηγηθεί στη διατύπωση υποθέσεων για το πώς ο συμβουλευόμενος εμφάνισε τη συγκεκριμένη διαταραχή (γνωστική διατύπωση ενός περιστατικού). Ο σύμβουλος μοιράζεται και εξετάζει τις υποθέσεις και τις ερμηνείες, που κάνει μαζί με τον συμβουλευόμενο και οδηγούνται μαζί στην επιβεβαίωση, την τροποποίηση ή την απόρριψη αυτών. Έχοντας δημιουργήσει μια γνωστική αντίληψη

του συμβουλευόμενου, ο σύμβουλος σχεδιάζει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, το οποίο βασίζεται στη διάγνωση, στα συμπτώματα, στη λειτουργικότητα, στα παρόντα, πειστικά για τον συμβουλευόμενο, προβλήματα, στους στόχους, που έχουν καθορίσει συνεργατικά και στο ιστορικό του πριν την έναρξη της συμβουλευτικής διαδικασίας (Beck, 1995; <http://www.eabct.com>).

Ευρύτερος στόχος αυτής της συμβουλευτικής είναι η γνωστική αλλαγή του ατόμου, δηλαδή η αλλαγή του δυσλειτουργικού τρόπου σκέψης και του συστήματος πεποιθήσεων του, έτσι ώστε να δημιουργηθεί μία μόνιμη συναισθηματική και συμπεριφορική αλλαγή. Η γνωστική αλλαγή επιτυγχάνεται μέσω της αναγνώρισης, της αξιολόγησης και της τροποποίησης των δυσλειτουργικών αυτόματων σκέψεων και εικόνων, ενδιάμεσων και πυρηνικών πεποιθήσεων, που διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα ή/και προκαλούν συναισθηματική αναστάτωση. Η παρατήρηση της μεταβολής ή της αύξησης της έντασης ενός συναισθήματος βοηθά στον εντοπισμό μιας αυτόματης σκέψης ή πεποίθησης. Η αξιολόγηση μιας αυτόματης σκέψης ή πεποίθησης μπορεί να γίνει ως προς την εγκυρότητά τους (είναι ρεαλιστικές ή όχι) και ως προς την χρησιμότητά τους (είναι λειτουργικές ή όχι). Έπειτα επιχειρείται η απάντηση αυτών με έναν πιο προσαρμοστικό τρόπο. Αν οι σκέψεις είναι έγκυρες, τότε επιχειρείται επίλυση προβλημάτων. Η αξιολόγηση και η προσαρμοστική απάντηση των σκέψεων οδηγεί κατά κανόνα σε μια θετική αλλαγή στο συναίσθημα. Η τροποποίηση των αντίστοιχων δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του ατόμου οδηγεί στη σταθερή βελτίωσή του (Beck, 1995).

Η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία χρησιμοποιεί μια ποικιλία τεχνικών (γνωστικές, συμπεριφορικές, επίλυση προβλημάτων) για να αλλάξει τον τρόπο σκέψης, τη διάθεση και τη συμπεριφορά του ατόμου. Κάποιες από τις τεχνικές της Γνωστικής-Συμπεριφορικής Θεραπείας είναι οι εξής (Beck, 1995):

Σωκρατική διαλεκτική: χρησιμοποιείται για την απάντηση των αυτόματων σκέψεων και την τροποποίηση πεποιθήσεων. Δεν στοχεύει στην πειθώ, αλλά στη συμμετοχική αναζήτηση και ανάπτυξη μιας προσαρμοστικής απάντησης στην αυτόματη σκέψη ή μιας εναλλακτικής, πιο ρεαλιστικής και λειτουργικής, πεποίθησης.

Καταγραφή πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων: χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της χρησιμότητας των αυτόματων δυσλειτουργικών σκέψεων και των πεποιθήσεων. Με τη χρήση της σωκρατικής διαλεκτικής, επιχειρείται η υπονόμηση των πλεονεκτημάτων αυτών των σκέψεων και η έμφαση στα μειονεκτήματα.

“Σα να”: στόχος είναι η αποδυνάμωση της παλαιάς πεποίθησης και η ενδυνάμωση της νέας. Μερικές φορές είναι αρκετή μια μερική μόνο μείωση της πίστης σε μια πεποίθηση και όχι συνολική τροποποίηση της, πριν το άτομο γίνει πρόθυμο να αλλάξει συμπεριφορικά. Από τη στιγμή που το άτομο αρχίζει να αλλάζει τη συμπεριφορά του, η πεποίθηση γίνεται κάπως πιο αδύναμη, πράγμα που οδηγεί στη συνέχιση της συμπεριφοράς. Το άτομο καλείται να συμπεριφερθεί σαν να πιστεύει τη νέα πεποίθηση, ακόμα και αν δεν την πιστεύει απόλυτα.

Επίλυση προβλημάτων: χρησιμοποιείται όταν οι σκέψεις για ένα πρόβλημα φαίνεται να είναι έγκυρες. Αρχικά ο σύμβουλος έχει πιο ενεργό ρόλο προτείνοντας πιθανές λύσεις. Καθώς προχωρά η συμβουλευτική ενθαρρύνει το άτομο στην ενεργητική επίλυση προβλημάτων. Κάποιες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων μπορεί να περιλαμβάνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή.

Λήψη αποφάσεων: χρησιμοποιείται όταν παρατηρείται δυσκολία λήψης αποφάσεων. Το άτομο καταγράφει, όσο πιο δίκαια και αναλυτικά, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε πιθανής επιλογής. Έπειτα ο σύμβουλος το βοηθά να επινοήσει ένα σύστημα αξιολόγησης του βάρους του κάθε πλεονεκτήματος και μειονεκτήματος, όπως η χρήση μιας κλίμακας από το 0 μέχρι το 10, όπου τα πιο σημαντικά στοιχεία βαθμολογούνται με 10 και τα ασήμαντα με 0. Τέλος, καταλήγουν σε ένα συμπέρασμα για το ποια επιλογή μοιάζει καλύτερη.

Συμπεριφορικά πειράματα: στοχεύουν στην άμεση εξέταση της εγκυρότητας των αυτόματων σκέψεων και των παραδοχών του ατόμου, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ή ως δουλειά για το σπίτι. Το άτομο καλείται να εφαρμόσει δοκιμαστικά μια πράξη, που αντικρούει το περιεχόμενο μιας αυτόματης σκέψης ή μιας παραδοχής. Ενθαρρύνεται να εκφράσει τις πιθανές αρνητικές προβλέψεις του, έτσι ώστε να επινοηθεί εκ τω προτέρων μια απάντηση, σε περίπτωση που επιβεβαιωθούν.

Προγραμματισμός δραστηριοτήτων: το άτομο καταγράφει τις δραστηριότητες, που κάνει στη διάρκεια μιας εβδομάδας στον πίνακα δραστηριοτήτων (σχεδιάγραμμα με τις μέρες της εβδομάδας και τις ώρες της ημέρας) και τις αξιολογεί ως προς την ευχαρίστηση και ως προς την αίσθηση ολοκλήρωσης, που του παρέχει (με βάση μια κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου 0 = απουσία ευχαρίστησης ή ολοκλήρωσης, 10 = ο μεγαλύτερος βαθμός ευχαρίστησης, ολοκλήρωσης, που ένιωσες ή φαντάζεσαι ότι μπορείς να νιώσεις). Μέσα από την ανασκόπηση του πίνακα, επιχειρείται η αναζήτηση κάποιων επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και η εξαγωγή ανάλογων συμπερασμάτων, τα οποία μπορεί να αφορούν την

μείωση ή αύξηση της συχνότητας ορισμένων δραστηριοτήτων ή την ανάγκη για κάποιες αλλαγές όσον αφορά την κατανομή του χρόνου του. Ο πίνακας δραστηριοτήτων χρησιμοποιείται και για τον προγραμματισμό δραστηριοτήτων. Το άτομο μαζί με τον σύμβουλο σχεδιάζουν και καταγράφουν δραστηριότητες για την επόμενη εβδομάδα.

Διάσπαση και επανεστιασμός της προσοχής: στοχεύει στη μείωση της δυσφορίας. Ο επανεστιασμός της προσοχής είναι χρήσιμος όταν το άτομο κατακλύζεται από αρνητικές σκέψεις ή/και συναισθήματα, ενώ βρίσκεται σε καταστάσεις, όπου η συγκέντρωση είναι απαραίτητη, για παράδειγμα στην ολοκλήρωση μιας εργασίας. Το άτομο μαθαίνει πώς να επανεστιάζεται στη δραστηριότητα, στρέφοντας σκόπιμα την προσοχή του στη δραστηριότητα, που κάνει. Η διάσπαση προσοχής χρησιμοποιείται, όταν το άτομο κατακλύζεται από αρνητικές σκέψεις ή/και συναισθήματα εν απουσία κάποιας δραστηριότητας, που απαιτεί συγκέντρωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις μαθαίνει πώς να διακόψει αυτόν τον κατακλυσμό, αρχίζοντας μια δραστηριότητα, για παράδειγμα τρέξιμο.

Κάρτες αντιμετώπισης: δημιουργία μικρών καρτελών, τις οποίες τις διαβάσει τακτικά, ώστε να είναι περισσότερο πιθανό ότι θα τις ενσωματώσει στον τρόπο σκέψης του, ή όποτε χρειαστεί. Το περιεχόμενο των καρτών συνθέτεται συνεργατικά από το άτομο και τον σύμβουλο. Δύο μορφές, που μπορούν να πάρουν οι κάρτες είναι οι εξής: α) καταγραφή μιας σημαντικής αυτόματης σκέψης ή πεποίθησης στη μία πλευρά της κάρτας και καταγραφή της προσαρμοστικής της απάντησης στην άλλη, β) καταγραφή μιας προβληματικής κατάστασης από τη μία πλευρά της κάρτας και καταγραφή μιας συμπεριφορικής τεχνικής, την οποία μπορεί να επιχειρεί ως στρατηγική αντιμετώπισης, όποτε βρίσκεται στη συγκεκριμένη κατάσταση, στην άλλη πλευρά.

Σταδιακή έκθεση: τα άτομα τείνουν να φορτίζονται συναισθηματικά, όταν εστιάζονται στο πόσο μακριά είναι από το στόχο, που θέλουν να επιτύχουν. Συνήθως είναι απαραίτητη η διαίρεση των στόχων σε επιμέρους βήματα / στάδια προς αυτή την κατεύθυνση. Η γραφική απεικόνιση των βημάτων στοχεύει στον εστιασμό στο τρέχον στάδιο και στον καθησυχασμό του ατόμου. Έπειτα προτείνεται να ξεκινήσει από μια δραστηριότητα, που συνδέεται με ήπιο έως μέτριο άγχος. Όταν μειωθεί αρκετά το άγχος, μέσα από την καθημερινή εξάσκηση, τότε επιχειρεί το επόμενο βήμα στην ιεραρχία.

Η χρήση της τεχνικής της “πίτας”: χρησιμοποιείται για τον καθορισμό στόχων, όταν το άτομο δυσκολεύεται να προσδιορίσει τις αλλαγές, που θα ήθελε να κάνει στη ζωή του. Το άτομο απεικονίζει γραφικά τον ιδανικό έναντι του πραγματικού τρόπου, με τον οποίο

διαθέτει τον χρόνο του σε βασικούς τομείς της ζωής, όπως εργασία / σχολείο, φίλοι, διασκέδαση, οικογένεια, φροντίδα του σώματος, φροντίδα του σπιτιού, φροντίδα της πνευματικής / πολιτιστικής / διανοητικής πλευράς του και άλλα ενδιαφέροντα. Σχεδιάζει μια πίτα και τη διαιρεί σε τμήματα ανάλογα με τον χρόνο, που αφιερώνει σε κάθε τομέα, έπειτα σχεδιάζει την ιδανική πίτα. Τέλος, μαζί με τον σύμβουλο θέτουν συγκεκριμένους στόχους σε μια προσπάθεια να πλησιάσουν αυτό, που το άτομο θεωρεί ιδανική κατανομή του χρόνου του. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται και για την εξέταση της συμβολής διαφόρων παραγόντων σε ένα αρνητικό αποτέλεσμα. Το άτομο απεικονίζει γραφικά, με έναν πλήρη και ρεαλιστικό τρόπο, όλες τις πιθανές εξηγήσεις / αιτίες ενός δεδομένου αποτελέσματος και διερευνάται η συνεισφορά τους στο αποτέλεσμα.

Λειτουργικές συγκρίσεις του εαυτού και ημερολόγια καταγραφής θετικών σκέψεων: το άτομο καθοδηγείται στην κατανόηση ότι τόσο η επιλεκτική προσοχή σε πληροφορίες, που ερμηνεύονται ως αρνητικές και η αγνόηση των θετικών πληροφοριών, όταν αξιολογεί τον εαυτό του, όσο και οι συγκρίσεις του εαυτού με άλλους, που δεν έχουν το ίδιο πρόβλημα ή με αυτό, που θα ήθελε να είναι ή με το πώς ήταν παλιά, πριν αποκτήσει το πρόβλημα, είναι δυσλειτουργικές. Το άτομο ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί το Ημερολόγιο καταγραφής θετικών συναισθημάτων, όπου καταγράφεται καθημερινά μια λίστα από θετικά πράγματα που έκανε ή από θέματα για τα οποία αξίζει επιβράβευση.

Αποστασιοποίηση (τεχνική επίκλησης της φαντασίας): χρησιμοποιείται για τη μείωση της δυσφορίας του ατόμου, για την αντιμετώπιση των φαντασιωσικών επακόλουθων μιας καταστροφής και για να το βοηθήσει να δει ένα πρόβλημα μέσα από μια ευρύτερη οπτική γωνία και να δει ότι οι δυσκολίες είναι προσωρινές. Η τεχνική εστιάζεται στο πέρασμα των χρόνων, όχι των λεπτών, ωρών ή ημερών.

Το άτομο καλείται να χρησιμοποιεί κάποιες τεχνικές και να εφαρμόζει κάποιες στρατηγικές έξω από τη συνεδρία, ως δουλειά για το σπίτι. Εάν ολοκληρώνει τις δουλειές για το σπίτι, αυξάνεται η πίστη στην αποτελεσματικότητά του και είναι πιο πιθανό να συνεχίσει να εφαρμόζει κάποιες τεχνικές και μετά τη λήξη της συμβουλευτικής (Beck, 1995; <http://www.eabct.com>).

Σε κάθε συνεδρία επιλέγονται προς συζήτηση τα προβλήματα, που προκαλούν έντονη δυσφορία, επαναλαμβάνονται ή μπορούν να αξιοποιηθούν καλύτερα μέσα στη συνεδρία. Εξάλλου, σκοπός της συμβουλευτικής δεν είναι να λύσει όλα τα προβλήματα του ατόμου, αλλά να το διδάξει άμεσα πώς να χρησιμοποιεί τις τεχνικές, που έμαθε και σε νέες καταστάσεις, όποτε αυτές είναι εφαρμόσιμες και να το ενισχύει να χρησιμοποιεί τις

ικανότητες και δεξιότητές του, και μετά τη λήξη της συμβουλευτικής (Beck, 1995; <http://www.ευσταθίου.gr>).

Προσωποκεντρική Συμβουλευτική Θεραπεία – Θεωρητικό πλαίσιο προσέγγισης

Σύμφωνα με τον Μπούζο (2004), μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι δύο βασικές ψυχολογικές προσεγγίσεις, που επικρατούσαν ήταν οι γνωστικο-συμπεριφορικές («Πρώτο Ρεύμα»), με σημαντικότερους εκπροσώπους τους J. Watson, I. Pavlov και B. Skinner και οι ψυχοδυναμικές («Δεύτερο Ρεύμα»), με εκφραστές αντίστοιχα τους S. Freud, A. Adler, C. Jung, E. Erikson, M. Klein και άλλοι. Βασικά χαρακτηριστικά, που διέπουν τις προσεγγίσεις αυτές, είναι η αυθεντία του συμβούλου στη σχέση με τον συμβουλευόμενο, η εξέταση της συμπεριφοράς μέσα από συμβάντα της παιδικής ηλικίας και η εκμάθηση νέων τρόπων συμπεριφοράς μέσα από την επανάληψη ή από εξαρτημένη μάθηση. Ο σύμβουλος είναι απόμακρος, έχει ένα ρόλο ειδήμονα και εστιάζει κυρίως στην αλλαγή της «δυσλειτουργικής» συμπεριφοράς, που εκδηλώνει ο συμβουλευόμενος.

Στη δεκαετία 1940-1950 αρχίζει να παίρνει μορφή το «Τρίτο Ρεύμα» στη ψυχοθεραπεία, το οποίο συνδέεται στενά με την ανθρωπιστική ψυχολογία. Αποτελεί πλέον μια εναλλακτική προσέγγιση του ανθρώπου απέναντι στο δίπολο, που υπήρχε ως τότε, το οποίο παρέβλεπε να συμπεριλάβει τη συνεχή αυξανόμενη κοινωνική και πολιτισμική κρίση και τις συνέπειές της. Οι εμπνευστές της ανθρωπιστικής ψυχολογίας μοιραζόταν ένα κοινό σύνολο αξιών και έθεσαν ως στόχο την προώθηση αξιών, όπως: η πεποίθηση του ανθρώπου ως ον, που κατευθύνεται από την ανάπτυξη του νοήματος για ζωή, η κατανόηση της ζωής ως μια διαδικασία κατά την οποία οι αλλαγές είναι αναπόφευκτές, η δέσμευση για οικολογική ακεραιότητα, η πίστη στην αξία του ατόμου και η αφοσίωση στην ανάπτυξη των ανθρώπινων δυνατοτήτων, η αναγνώριση των έντονων προβλημάτων, που επηρεάζουν τον κόσμο μας και η εμπιστοσύνη στην ελπίδα για δημιουργική αλλαγή (Μπούζος, 2004).

Οι Abraham Maslow, Carl Rogers, Rollo May, Kurt Lewin, Gordon Allport και άλλοι, αποτελούσαν ιδρυτικά στελέχη και μέλη αυτής της εταιρίας. Πλέον ο σύμβουλος του «τρίτου ρεύματος» δε στέκεται ως παντογνώστης απέναντι στον συμβουλευόμενο, αποφεύγει τις ερμηνείες για εκείνον και δεν εστιάζει τόσο στην εξάλειψη του «προβλήματος», όσο στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με την ευρεία έννοια. Εξέχον χαρακτηριστικό των εναλλακτικών νέων μεθόδων, που εντάσσονται στο «Τρίτο Ρεύμα», είναι η μη-κατευθυντικότητα, την οποία εισήγαγε αρχικά ο K. Lewin και όρισε αργότερα με ακριβέστερο τρόπο ο C. Rogers. Επιπλέον, στις μη κατευθυντικές μεθόδους

συγκαταλέγονται το ψυχόδραμα (J. Moreno), το θεατρικό παιχνίδι και γενικότερα οι θεραπείες μέσω τέχνης, η θεραπεία GESTALT (F. Perls), καθώς επίσης και η προσωποκεντρική προσέγγιση-θεραπεία (Μπρούζος, 2004).

Εισηγητής της προσωποκεντρικής προσέγγισης είναι ο Αμερικανός ψυχολόγος Carl R. Rogers (1902-1987), ο οποίος ανέπτυξε αυτή την προσέγγιση τη δεκαετία του 1950. Είχε επιρροές από τον ψυχαναλυτή Otto Rank, μαθητή του Freud, ο οποίος τόνιζε τη σημασία του αισθήματος ασφάλειας μέσα στη θεραπευτική / συμβουλευτική σχέση, αναγνώριζε στον συμβουλευόμενο την ικανότητα να εντοπίζει τις καλύτερες για εκείνον λύσεις στα προβλήματά του, με τη συνοδεία του συμβούλου. Επίσης, σημαντική επιρροή στη μορφοποίηση της θεωρίας του Rogers αποτέλεσε και ο John Dewey, ο οποίος πίστευε στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου και ταύτιζε την αγωγή ενός ανθρώπου με την ανάπτυξη. Αξίζει να αναφερθεί, επίσης, πως το έργο του Carl Rogers διακατέχεται από τις βασικές αρχές της φαινομενολογίας και του υπαρξισμού. Η φαινομενολογία δεν δέχεται την ύπαρξη μιας απόλυτης αντικειμενικής πραγματικότητας, την οποία όλοι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο. Αντίθετα, ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται και βιώνει την πραγματικότητα μια δεδομένη στιγμή καθορίζει την συμπεριφορά του. Ο υπαρξισμός υποστηρίζει ότι «ο άνθρωπος δεν είναι τίποτα άλλο παρά αυτό που ο ίδιος φτιάχνει». Κάθε άνθρωπος δηλαδή είναι ελεύθερος και ικανός να διαμορφώσει την μοίρα του και να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα ζήσει μέσα στα πλαίσια των εγγενών δυνατοτήτων του. Κάθε άνθρωπος διαθέτει την ικανότητα για πραγμάτωση των δυνατοτήτων του, διαθέτει, δηλαδή, την ικανότητα για ανάπτυξη, μεγαλύτερη αυτονομία και εκπλήρωση των ικανοτήτων του (Μπρούζος, 2004).

Βασική θέση του Carl Rogers ήταν ότι σε μια θεραπευτική / συμβουλευτική σχέση ο σύμβουλος επωμίζεται το ρόλο του συνοδού στο δρόμο, που χαράσσει ο συμβουλευόμενος. Ο συμβουλευόμενος έχει τη δυνατότητα να ακολουθήσει το δρόμο εκείνο μέσα στη συμβουλευτική, που θα τον βοηθήσει στη δική του προσωπική ανάπτυξη. Ο σύμβουλος δεν κατευθύνει, δεν προτάσσει έτοιμες λύσεις, δεν ερμηνεύει (Μπρούζος, 2004).

Οι πρώτες εφαρμογές της προσωποκεντρικής θεραπείας αναπτύχθηκαν στο πεδίο της κοινωνικής εργασίας και στη συνέχεια εφαρμόστηκαν επιτυχώς στην κλινική ψυχολογία. Η εξέλιξη της προσωποκεντρικής προσέγγισης έγινε μέσα στο χρόνο με τη μορφή μιας συνέχειας. Μπορεί τυπικά να διαχωριστεί σε τέσσερα στάδια, τα οποία έχουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ τους και διαφοροποιούνται με βάση την έμφαση που δίνει το κάθε ένα: 1^ο στάδιο: «μη κατευθυντική συμβουλευτική» (1940-1950), 2^ο στάδιο: «πελατοκεντρική θεραπεία» (1950-1967), 3^ο στάδιο: «βιωματική θεραπεία» (1967-1975), 4^ο στάδιο:

«προσωποκεντρική προσέγγιση» (1970-σήμερα). Είναι χρήσιμο να διευκρινιστεί πως οι όροι συμβουλευτική και θεραπεία για την προσωποκεντρική προσέγγιση, θεωρούνται ως ταυτόσημες έννοιες. Ο όρος Συμβουλευτική στην Προσωποκεντρική προσέγγιση αναφέρεται στην αρχική ετυμολογική της διάσταση, εννοώντας τη συνεργασία, το συντονισμό και την από κοινού προσπάθεια συμβούλου-συμβουλευόμενου για την επίτευξη του επιλεγμένου από τον συμβουλευόμενο σκοπού (Μπρούζος, 2004).

Βασικές Αρχές: η προσωποκεντρική θεωρία διέπεται από κάποιες βασικές αρχές, οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: α) το άτομο έχει μέσα του πλούσιες δυνατότητες να κατανοεί τον εαυτό του και να μεταβάλει την αυτοεικόνα του, τις βασικές στάσεις ζωής και τη συμπεριφορά του και αυτές οι δυνατότητες μπορούν να απελευθερωθούν μόνο εάν εξασφαλισθεί ένα συγκεκριμένο κλίμα διευκολυντικών ψυχολογικών στάσεων, β) κάθε άνθρωπος είναι η μοναδική και απόλυτη αυθεντία αναφορικά με τη γνώση του, τις εμπειρίες του, τα συναισθήματά του, τις αναμνήσεις του και γενικά τον εσωτερικό του κόσμο, γ) ο άνθρωπος είναι μία αδιάσπαστη ολότητα, της οποίας οι νοητικές, ψυχολογικές και φυσικές διαστάσεις αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους αποτελώντας έτσι ένα σύνολο, που, με τη σειρά του, αλληλεπιδρά με το εξωτερικό περιβάλλον. Ένα ανοιχτό σύστημα δηλαδή που βρίσκεται σε μία συνεχή διαδικασία αλληλεπίδρασης και εξέλιξης με το εσωτερικό και το εξωτερικό του περιβάλλον (Μουλαλούδης & Κοσμόπουλος, 2003; Μπρούζος, 2004).

Η προσέγγιση αυτή δε χρησιμοποιεί τεχνικές, αλλά ακολουθεί κάποια στοιχειώδη εργαλεία της συμβουλευτικής διαδικασίας, τα οποία αποτελούν τη βάση για τις περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Έννοιες, όπως ενεργητική ακρόαση, ενσυναίσθηση, επανάληψη, παράφραση, σεβασμός, σύνοψη-περίληψη, είναι ο κορμός επικοινωνίας πάνω στον οποίο στηρίζεται η σχέση συμβούλου-συμβουλευόμενου (Μπρούζος, 2004).

Σημαντικό ρόλο στην προσωποκεντρική συμβουλευτική δεν παίζουν τόσο οι «τεχνικές» όσο η δημιουργία των απαραίτητων προϋποθέσεων, που οφείλει να εξασφαλίζει ο σύμβουλος κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Για τον Rogers οι συνθήκες-προϋποθέσεις αυτές είναι ικανές και αναγκαίες για τη συμβουλευτική. Παρόλο που συνήθως οι τρεις είναι πιο διαδεδομένες στη θεωρία (ενσυναίσθηση, άνευ όρων αποδοχή, αυθεντικότητα-γνησιότητα του συμβούλου), οι συνθήκες αυτές είναι οι εξής:

α) Δύο πρόσωπα βρίσκονται σε πραγματική ψυχολογική επαφή μεταξύ τους, όταν βιώνουν μια αμοιβαία και εντατική επαφή. Στην περίπτωση αυτή η ίδια η θεραπευτική σχέση, που αναπτύσσεται μεταξύ των δύο μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μια αλλαγή.

- β) Το ένα από τα δύο πρόσωπα, ο συμβουλευόμενος, βρίσκεται σε κατάσταση ασυμφωνίας, ασχολείται δηλαδή με εκείνα τα βιώματα, που δεν ταιριάζουν στην αυτοαντίληψη του και συνακόλουθα διακατέχεται από άγχος και ένταση. Είναι ο λόγος, που μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας και στην έναρξη μιας θεραπείας. Η προϋπόθεση αυτή απορρέει από τη θεωρία προσωπικότητας του Rogers, βασιζόμενη στην υπόθεση ότι οι εμπειρίες, που έχει ένας άνθρωπος στην πορεία της ζωής, δεν μπορούν όλες να ενταχθούν και να συμφωνήσουν με την εικόνα, που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του.
- γ) Το άλλο πρόσωπο, ο σύμβουλος, είναι αυθεντικό στη σχέση του με τον συμβουλευόμενο (αυθεντικότητα-γνησιότητα). Ο σύμβουλος οφείλει να είναι ο εαυτός του μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό δε σημαίνει ότι μπορεί αβίαστα και παρορμητικά να μοιράζεται την οποιαδήποτε σχέση με τον συμβουλευόμενο. Προκειμένου ο σύμβουλος να συμπεριφέρεται αυθεντικά, απαιτείται προηγουμένως να τον διακρίνει η αυτογνωσία και κυρίως η αρμονία με την αυτοαντίληψη του. Επίσης, μοιράζεται εμπειρίες και σκέψεις, που συνδέονται με τη σχέση του με τον συμβουλευόμενο. Έτσι, δεν αναγκάζεται ο σύμβουλος να χρησιμοποιεί προσωπεία και μάσκες συμπόνιας ή κατανόησης.
- δ) Ο σύμβουλος δέχεται άνευ-όρων τον συμβουλευόμενο, βιώνει δηλαδή ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση για το σύνολο των εμπειριών του. Προσανατολιζόμενος κυρίως στα βιώματα και στις εμπειρίες του και όχι στη συμπεριφορά του, ο σύμβουλος βιώνει τον εαυτό του ως άτομο, που δέχεται τον συμβουλευόμενο όπως είναι. Δεν κρίνει, δεν αξιολογεί, δε θέτει όρους και προϋποθέσεις, με σκοπό ο συμβουλευόμενος να εστιάσει στο συναίσθημα, να έρθει σε επαφή με αυτό και όχι στη λογική, που θα προσπαθήσει να επιχειρηματολογήσει και να εξηγήσει και να διαπραγματευτεί όρους σε μια σχέση.
- ε) Ο σύμβουλος βιώνει ενσυναισθητική κατανόηση για το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του ατόμου. Η συναισθηματική ταύτιση και η συμπόνια, δεν αποτελούν ενσυναίσθηση. Είναι σημαντικό το άτομο να νιώσει τον σύμβουλο δίπλα του και ότι προσπαθεί να το καταλάβει. Ο σύμβουλος προσπαθεί να φορέσει τα «γυαλιά» του ατόμου και να δει μέσα από την οπτική του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του.
- στ) Το άτομο βιώνει, τουλάχιστον υποτυπωδώς, την ανεπιφύλακτη θετική αναγνώριση, την ενσυναίσθηση και τη γνησιότητα του συμβούλου. Είναι σημαντικό για τη θεραπευτική σχέση οι παραπάνω στάσεις να γίνονται αντιληπτές και να βιώνονται και από τον συμβουλευόμενο (Μπρούζος, 2004).

Ο Rogers, έχοντας τις επιρροές από το ρεύμα της φαινομενολογίας και της ανθρωπιστικής ψυχολογίας, διατύπωσε γύρω στο 1951, τη θεωρία του γύρω από την ανθρώπινη προσωπικότητα. «Μια θεωρία προσωπικότητας είναι απαραίτητο να απαντά στα ερωτήματα “τι, πώς, γιατί”. Το “τι”, αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του ατόμου και στο πώς οργανώνεται το ένα χαρακτηριστικό σε σχέση με τα άλλα. Το “πώς” αναφέρεται στις συνιστώσες, που καθορίζουν την προσωπικότητα του ατόμου. Το “γιατί” αναφέρεται στα αίτια της συμπεριφοράς του ατόμου» (Μπρούζος, 2004). Έτσι, διατύπωσε θέσεις–προτάσεις, οι οποίες ενδεικτικά αναφέρονται ως εξής: α) κάθε άτομο υπάρχει σε έναν συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο εμπειριών, του οποίου είναι το κέντρο, β) ο οργανισμός αντιδρά στο πεδίο, όπως αυτό βιώνεται και γίνεται αντιληπτό και αυτό το αντιληπτικό πεδίο είναι, για το άτομο, η «πραγματικότητα», γ) ο οργανισμός αντιδρά ως ένα οργανωμένο όλον σε αυτό το φαινομενολογικό πεδίο, δ) ο οργανισμός έχει μια βασική τάση-προσπάθεια να πραγματοποιηθεί, να διατηρηθεί και να εμπλουτιστεί, ε) η συμπεριφορά του ατόμου είναι κυρίως η σκόπιμη προσπάθεια του οργανισμού να ικανοποιεί τις ανάγκες του, όπως βιώθηκαν από το αντιληπτικό του πεδίο, στ) το συναίσθημα συνοδεύει και γενικότερα διευκολύνει κάθε τέτοια σκόπιμη συμπεριφορά, ζ) η καλύτερη αφετηρία για την κατανόηση της συμπεριφοράς είναι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του ίδιου του ατόμου, η) ένα μέρος του συνολικού αντιληπτικού πεδίου διαφοροποιείται βαθμιαία σε αυτό, θ) αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και με άλλα άτομα είναι η διαμόρφωση της δομής του εαυτού (χαρακτηριστικά, σχέσεις, αξίες), ι) όταν εμφανίζονται εμπειρίες στη ζωή ενός ατόμου, τότε αυτές είτε συμβολίζονται, γίνονται αντιληπτές και οργανώνονται σε μια σχέση με τον εαυτό, είτε αγνοούνται, επειδή δεν υφίσταται κάποια σχέση προς τη δομή του εαυτού, είτε συμβολίζονται με διαστρεβλωμένο τρόπο, επειδή δε συμφωνούν με τη δομή του εαυτού, κ) οι τρόποι συμπεριφοράς, που συνήθως υιοθετούνται από τον οργανισμό, είναι εκείνες που έρχονται σε συμφωνία με την αυτοαντίληψη και τέλος, λ) δίδεται ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της αυτοπραγμάτωσης. Πρόκειται για την κινητήρια δύναμη κάθε ανθρώπινης συμπεριφοράς, δηλαδή πώς τίθεται σε εκκίνηση ο ανθρώπινος οργανισμός. Ο Rogers υποστηρίζει ό,τι σε κάθε ζωντανό οργανισμό ενυπάρχει μια βασική κινητήρια δύναμη, η οποία προάγει την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την αυτονομία του (Μπρούζος, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Τα άτομα, που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, ήταν 30, εκ των οποίων 14 άντρες και 16 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20 έως 60 ετών, με ΜΟ τα 40 έτη. Σχετικά με το διάστημα κατά το οποίο κάπνιζαν, ο ΜΟ ήταν 20 έτη.

Προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους αποτέλεσε η επιθυμία τους για διακοπή ή μείωση του τσιγάρου. Δεν υπήρξε συγκεκριμένη διαδικασία επιλογής ούτε προσδιορίστηκαν κριτήρια αποκλεισμού για τη συμμετοχή τους.

Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, τα άτομα, που συμμετείχαν, ήταν 28, εκ των οποίων 13 άντρες, 15 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 23 έως 50 ετών, με ΜΟ τα 36,5 έτη. Σχετικά με το διάστημα κατά το οποίο κάπνιζαν, ο ΜΟ ήταν 13,8 έτη.

Η ενημέρωση των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έγινε μέσω του σχετικού Δελτίου Τύπου, που δημοσιεύτηκε στην πόλη των Τρικάλων και μέσω γνωστών, που είχαν ενημερωθεί από τους συμβούλους για το πρόγραμμα.

Οι συνεδρίες έλαβαν χώρα στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, στο Εργαστήριο Ψυχολογίας Άσκησης και Ποιότητας Ζωής του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και στα Γραφεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Νομού Τρικάλων, σε χώρους κατάλληλα διαμορφωμένους για τη διεξαγωγή συνεδριών. Οι σύμβουλοι, που διεξήγαγαν τις συνεδρίες του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, ήταν ψυχολόγοι με εμπειρία στη συμβουλευτική υποστήριξη, που εργάζονταν στην Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Νομού Τρικάλων.

Περιγραφή των οργάνων

1) *Τεστ Κατάταξης*. Αρχικά έγινε εκτίμηση του κάθε ατόμου, που συμμετείχε στην παρέμβαση, ως προς το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται, σύμφωνα με το Διαθεωρητικό

Μοντέλο/Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (η κατάταξη έγινε με τη συμπλήρωση του σχετικού τεστ – Παράρτημα 1).

2) *Ημιδομημένη Συνέντευξη*. Για την καταγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος (προσωπικά και δημογραφικά), των στοιχείων που αφορούν το οικογενειακό ιστορικό των ατόμων και τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα πριν το πρόγραμμα και μετά την ολοκλήρωσή του, καθώς και για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, συμπληρώθηκε με συνέντευξη στην αρχή και το τέλος της παρέμβασης, στις ίδιες συνθήκες, τον ίδιο χώρο και τις ίδιες οδηγίες κάθε φορά, το ερωτηματολόγιο «Ατομικό Προφίλ», το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για το συγκεκριμένο πρόγραμμα (Παράρτημα 5). Τις ερωτήσεις της συνέντευξης ακολουθούσαν κάποιες διευκρινιστικές ερωτήσεις εκ μέρους των συμβούλων, έτσι ώστε οι συμμετέχοντες να έχουν την ευκαιρία να αιτιολογήσουν τις αρχικές τους απαντήσεις ή να κάνουν περισσότερο κατανοητό αυτό που εξέφρασαν. Τα σχόλια των συμμετεχόντων, που δεν ενέπιπταν σε κάποια από τις ερωτήσεις της ημιδομημένης συνέντευξης, καταγράφονταν από τους συμβούλους στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

3) *Πεδόμετρα*. Στο συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, έγινε χρήση πεδόμετρων (αισθητήρες καταγραφής κίνησης, που καταγράφουν το κάθε βήμα), στην αρχή, τη μέση και το τέλος του προγράμματος, προκειμένου να επιτευχθεί η καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα (Taylor, Everson-Hock, & Ussher, 2010), δεδομένου ότι η χρήση τους συνδέεται με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (Bravata et al., 2007). Τα πεδόμετρα είναι εύκολα στη χρήση και χρησιμοποιούνται κυρίως με στόχο την παρακίνηση των ατόμων για περπάτημα και ήπια άσκηση. Φοριούνται την ημέρα, στη ζώνη, ενώ δεν πρέπει να έρθουν σε επαφή με το νερό.

Σχεδιασμός της Παρέμβασης

Για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος χρησιμοποιήθηκε υλικό από το Έντυπο του Εργαστηρίου Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής του ΤΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση» (Θεοδωράκης και Γουργουλιάνης, 2006). Το συγκεκριμένο Έντυπο ήταν προσανατολισμένο στην ενίσχυση του ατόμου προς την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, την υποκατάσταση συμπεριφορών καπνίσματος από άλλες υγιεινές, την ενημέρωση και πληροφόρηση του ατόμου γύρω από τις συνέπειες του καπνίσματος και τα οφέλη της διακοπής, την αλλαγή

στάσης απέναντι στο τσιγάρο και την ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα του ατόμου και βασίζεται εν μέρει σε ψυχολογικές στρατηγικές και κατευθύνσεις του εθνικού ινστιτούτου καρκίνου της Αμερικής (American Cancer Society, 2004).

Ως προς το σχεδιασμό του, το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος δομήθηκε συνδυάζοντας τρεις παραμέτρους:

A) Συμβουλευτική υποστήριξη, διαρθρωμένη στους άξονες των ακόλουθων θεωριών συμπεριφοράς:

1. *Κοινωνική γνωστική θεωρία* (Bandura, 1986): από την οποία, το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος χρησιμοποίησε σε μεγάλο βαθμό τις έννοιες i) του περιβάλλοντος, ως παράγοντα έξω από το άτομο, που μπορεί να παρέχει ευκαιρίες και κοινωνική υποστήριξη στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος ή αλλαγής διατροφικών συνηθειών (απαγόρευση του καπνίσματος σε συγκεκριμένους χώρους ή προμήθεια συγκεκριμένων υγιεινών τροφών στο σπίτι προκειμένου να ενθαρρυνθεί η κατανάλωσή τους), ii) των προσδοκιών, ως προβλέψεων μιας επιθυμητής συμπεριφοράς, όπως είναι η μη καπνιστική, iii) της συμπεριφορικής ικανότητας, ως γνώσης και ικανότητας υιοθέτησης και υλοποίησης συγκεκριμένης συμπεριφοράς, όπως η διακοπή του καπνίσματος ή αποφυγή υποτροπής, iv) του αυτοελέγχου, υπό την έννοια της αυτορρύθμισης και της προσήλωσης σε μια στοχευμένη συμπεριφορά αποφυγής του τσιγάρου και αντιμετώπισης των πειρασμών, v) της ενίσχυσης, ως αντίδρασης σε συμπεριφορά με στόχο την επανεμφάνισή της ή την αποφυγή της, όπως η επιβράβευση κάθε επιτυχημένης προσπάθειας αποφυγής καπνίσματος, vi) της αυταποτελεσματικότητας, ως πίστης στην ικανότητα να κατακτηθεί μια συμπεριφορά (μη καπνίσματος) και να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια (οι πειρασμοί ή τα συμπτώματα που δυσκολεύουν τη διαδικασία της διακοπής), vii) της διαχείρισης συναισθηματικών καταστάσεων, ως στρατηγικές και τακτικές του ατόμου για την αντιμετώπιση συναισθηματικών δυσκολιών, όταν για παράδειγμα δύσκολα ή δυσάρεστα γεγονότα «σπρώχνουν» το άτομο στην «παρηγοριά» του τσιγάρου (επίλυση προβλημάτων και διαχείριση άγχους) (Glantz et al., 2002).

2. *Θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς* (Ajzen, 1985): στην οποία το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος βασίστηκε ως προς τις διαδικασίες, που αφορούσαν τη γνωστική και συναισθηματική αλλαγή των συμμετεχόντων. Σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (δεδομένου ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί συμπεριφορά υγείας), καθίσταται σημαντική μια τέτοιου είδους αλλαγή, η οποία περιλαμβάνει και ζητήματα ελέγχου και κοινωνικής επιρροής (Butler, 2001). Οι στάσεις του ατόμου για το κάπνισμα, οι

υποκειμενικές νόρμες (αντίληψη για την επιθυμία των σημαντικών άλλων να διακόψει το κάπνισμα), ο έλεγχος, που θεωρεί ότι έχει αναφορικά με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, αποτελούν παράγοντες, που επηρεάζουν την πρόθεσή του να διακόψει το κάπνισμα (Konac, Rise, & Moan, 2009). Για το λόγο αυτό έγινε προσπάθεια μέσα από το πρόγραμμα να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας και συζήτησης θέματα, που αφορούν τη στάση των συμμετεχόντων, τις προηγούμενες προσπάθειές τους, το ρόλο και λόγο των άλλων γύρω τους, την αίσθηση προσωπικού ελέγχου και την εκπόνηση ενός σχεδίου, προκειμένου τα άτομα να κατακτήσουν και στη συνέχεια να διατηρήσουν τη συμπεριφορά της διακοπής του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη, κατά τους Konac και συν. (2009) την υπόθεση ότι τα εξαρτημένα άτομα δυσκολεύονται να παραμείνουν στον αρχικό σχεδιασμό.

3. *Θεωρία στόχων* (Locke & Latham, 1990): στην εν λόγω θεωρία στηρίχτηκαν οι παρεμβάσεις του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που αφορούσαν την κατεύθυνση προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής, την αλλαγή της διατροφής και την ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων, αναδεικνύοντας τη σημασία, που έχει η δέσμευση, στην απόφασή τους να διακόψουν το κάπνισμα, αφού αποτελεί δικλείδα ασφαλείας αναφορικά με την επίτευξη των στόχων. Οι στόχοι, που θέτονταν στην κάθε συνεδρία και αφορούσαν ζητήματα συνηθειών, διατροφής, καπνιστικής συμπεριφοράς και άσκησης, ακολουθούσαν τις αρχές της θεωρίας, ήταν δηλαδή ρεαλιστικοί και συγκεκριμένοι και είχαν συζητηθεί με τους συμμετέχοντες, έτσι ώστε να είναι επιθυμητοί (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 1990). Την ίδια στιγμή είχε περιγραφεί και συμφωνηθεί μεταξύ συμμετέχοντα και συμβούλου ο μακροπρόθεσμος και γενικότερος στόχος (που αφορούσε τη διακοπή ή μείωση του καπνίσματος, την άσκηση, τη διατροφή, τις καθημερινές συνήθειες), κομμάτια του οποίου αποτελούσαν οι πιο βραχυπρόθεσμοι στόχοι και σε κάθε συνεδρία πραγματοποιούνταν βήματα, που έφερναν το άτομο όλο και πιο κοντά στον τελικό επιθυμητό στόχο. Προκειμένου να γίνει αυτό πραγματικότητα, κρίθηκε σκόπιμο (Bodenheimer & Handley, 2009), οι επιμέρους στόχοι σε κάθε συνεδρία να περιλαμβάνουν διευκρινίσεις και οριοθετήσεις του τύπου: τι ακριβώς πρέπει να κάνει το άτομο μέχρι την επόμενη συνάντηση, πότε, πού, με ποια συχνότητα και με ποιο τρόπο. Για παράδειγμα, όσον αφορά την άσκηση, ο εβδομαδιαίος στόχος θέτονταν ως εξής: γρήγορο περπάτημα 40 λεπτών (120 παλμοί το λεπτό), Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή απογευματινή ώρα (18:30), στο Πάρκο του Αγίου Γεωργίου, με κατάλληλη ένδυση και υπόδηση.

4. Μοντέλο «πιστεύω» υγείας (Rosenstock, 1974): λαμβάνοντας υπόψη τα κομβικά σημεία του μοντέλου (Janz and Becker, 1984; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης, 2010; Rosenstock, 1974), τα οποία αφορούν σε προβλήματα, που μπορεί να προκαλέσει μια συμπεριφορά, καθώς και σε οφέλη και ζημίες μιας νέας συμπεριφοράς και εμπόδια προς την κατάκτησή της. Στον Πίνακα 4 απεικονίζονται οι διαδικασίες και παρεμβάσεις, που έλαβαν χώρα κατά την υλοποίηση του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Πίνακας 4. Κύρια σημεία του Μοντέλου Πιστεύω Υγείας και Παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος.

Έννοιες	Σημασία	Εφαρμογή
Αντιληπτή ευαισθησία	Τα πιστεύω σχετικά με την περίπτωση να περιέλθει το άτομο σε κάποια συγκεκριμένη κατάσταση	Ενημέρωση και προσδιορισμός του κινδύνου από το κάπνισμα, ειδικά σε συγκεκριμένους ανθρώπους (π.χ. με προβλήματα υγείας), κάνοντάς το έτσι πιο προσωπική υπόθεση
Αντιληπτή σοβαρότητα	Τα πιστεύω γύρω από τη σοβαρότητα της κατάστασης και των συνεπειών της	Λεπτομερής ενημέρωση σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος και τους κινδύνους που διατρέχει ένας καπνιστής
Αντιληπτά οφέλη	Τα πιστεύω σχετικά με την αποτελεσματικότητα της νέας δράσης, που αναλαμβάνει ένα άτομο, όσον αφορά τη μείωση του κινδύνου και της επίπτωσης που έχει η ανθυγιεινή συμπεριφορά	Αναλυτικός προσδιορισμός των βημάτων, που πρέπει να γίνουν, προκειμένου να επιτευχθεί η διακοπή καπνίσματος και των θετικών αποτελεσμάτων, που θα προκύψουν από την παρέμβαση
Αντιληπτά εμπόδια	Τα πιστεύω γύρω από τα χειροπιαστά και ψυχολογικά κόστη που ενδέχεται να προκύψουν από τη νέα δράση	Προσδιορισμός των προβλημάτων/εμποδίων, που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα, προετοιμασία του να τα αντιμετωπίσει, αποκατάσταση των λανθασμένων πληροφοριών και των μύθων γύρω από τη διακοπή καπνίσματος, παροχή κινήτρων και σταθερής εβδομαδιαίας υποστήριξης
Συνθήματα για δράση	Στρατηγικές ενεργοποίησης της ετοιμότητας του ατόμου	Παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών και καθοδήγησης από τον σύμβουλο για το πώς να πετύχει επιμέρους στόχους (για τη μείωση ή διακοπή καπνίσματος, την άσκηση, τη διατροφή), παροχή γνώσης και επίγνωσης, υπενθύμιση και υποστήριξη
Αυτοαποτελεσματικότητα	Η πίστη του ατόμου ότι μπορεί να αναλάβει δράση	Παροχή καθοδήγησης και υποστήριξης βήμα-βήμα σε κάθε συνεδρία, ως προς την υποδράση, που κάθε φορά αναλαμβάνει, στοχοθεσία, διαχείριση του άγχους (με επίδειξη συγκεκριμένων τεχνικών), ενθάρρυνση και ψυχολογική ενίσχυση

5. *Διαθεωρητικό Μοντέλο / Μοντέλο σταδίων αλλαγής* (Prochaska, & DiClemente, 1983): αποτέλεσε τον βασικό κορμό της ανάπτυξης και εφαρμογής του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, καθώς η διάκριση της διαδικασίας περάσματος από την καπνιστική στην μη καπνιστική συμπεριφορά σε στάδια με συγκεκριμένες διεργασίες, αποτέλεσε ιδιαίτερα βοηθητικό πλαίσιο για τη διεξαγωγή του εν λόγω προγράμματος, τόσο στο επίπεδο της εξατομίκευσης (στο βαθμό που αυτή είναι εφικτή) της παρέμβασης με βάση την ετοιμότητα για αλλαγή των ατόμων και τις ανάγκες υποστήριξης, όσο και στο επίπεδο της αξιοποίησής του ως βάσης, πάνω στην οποία τοποθετούνται και αλληλοπλέκονται οι άλλες τέσσερις θεωρίες και οι τεχνικές, που απορρέουν από αυτές. Επίσης, αποτέλεσε πρόσφορο έδαφος να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν οι αρχές και οι τεχνικές της παρακινητικής συνέντευξης, της γνωστικής συμπεριφορικής θεωρίας και της προσωποκεντρικής προσέγγισης. Το διαθεωρητικό μοντέλο προτείνει τέσσερα στάδια από τα οποία διέρχεται το άτομο κατά τη διαδικασία αλλαγής της καπνιστικής του συμπεριφοράς σε μη καπνιστική:

- Στο προσυλλογιστικό στάδιο (precontemplation), το άτομο είτε δεν έχει επίγνωση του γεγονότος ότι η καπνιστική συμπεριφορά είναι προβληματική, είτε είναι απρόθυμο ή αποθαρρυσμένο, όταν έρχεται η στιγμή να αλλάξει αυτή τη συμπεριφορά. Αυτό το άτομο συνήθως χαρακτηρίζεται λανθασμένα ως ανθεκτικό.
- Στο συλλογιστικό στάδιο (contemplation), το άτομο αναγνωρίζει ότι το να καπνίζει αποτελεί πρόβλημα και αρχίζει να σκέφτεται σοβαρά τη διακοπή ή τη μείωση και έτσι μπορεί να επιδιώξει τη συμμετοχή του σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.
- Στο στάδιο της προετοιμασίας για δράση (preparation), το άτομο παίρνει την απόφαση να ακολουθήσει τα κατάλληλα βήματα για να σταματήσει την προβληματική συμπεριφορά, δηλαδή το κάπνισμα ή να ξεκινήσει μια θετική συμπεριφορά, δηλαδή έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, με άσκηση και σωστή διατροφή.
- Στο στάδιο της δράσης (action), το άτομο πραγματοποιεί το σχέδιο για το οποίο έχει προετοιμαστεί μέσα από τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και τροποποιεί φανερά τη συμπεριφορά του, δηλαδή διακόπτει το κάπνισμα, μειώνει αισθητά τον αριθμό των τσιγάρων, βάζει την άσκηση στη ζωή του, αναβαθμίζει την ποιότητα ζωής του.
- Η διατήρηση της αλλαγής (maintanance) μπορεί να διαρκέσει από 6 μήνες μέχρι και ολόκληρη ζωή. Στη φάση της διατήρησης, το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την αλλαγή, να παγιώσει τα οφέλη, που κατέκτησε κατά τη διάρκεια του σταδίου της δράσης

μέσα από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και να εμποδίσει την υποτροπή. Η διαδικασία αλλαγής της καπνιστικής συμπεριφοράς περιγράφεται ως κυκλική, γιατί το ενδεχόμενο της υποτροπής, από οποιοδήποτε στάδιο σε ένα προηγούμενο θεωρείται πιθανό (Miller & Rollnick, 2002).

Η μετακίνηση ανάμεσα στα στάδια προκαλείται κυρίως μέσα από τις διαδικασίες της αλλαγής, οι οποίες είναι οι γνωστικές λειτουργίες, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους (Hoerrner et al., 2006). Ακολουθούν οι διαδικασίες αλλαγής (Ahyzevych & Wewers, 1992; Burbank & Riebe, 2002; DiClemente & Prochaska, 1985; Velicer et al., 1998), που χρησιμοποιήθηκαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, καθώς και κάποια παραδείγματα:

- i) αύξηση της επίγνωσης και αναζήτηση πληροφοριών, που αφορούν την αλλαγή (conscious raising): ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους κινδύνους της υγείας, συζήτηση για τα οφέλη από τη διακοπή ή για το οικονομικό κόστος του καπνίσματος,
- ii) αυτοαπελευθέρωση, επιλογή και προσκόλληση στην αλλαγή (self-liberation): επιλέγεται η ημέρα που θα γίνει η διακοπή του καπνίσματος και συζητιέται μια τελετουργία διακοπής του καπνίσματος,
- iii) προσωπική επανεκτίμηση και κατανόηση του ατόμου σε σχέση με τη μη υγιεινή συνήθεια του (self reevaluation): αναφέρονται οι ουσίες, που περιέχονται στο τσιγάρο και ακολουθεί συζήτηση για το πώς αισθάνεται το άτομο μετά από τη συγκεκριμένη πληροφόρηση ή γίνεται προσπάθεια να αλλάξει το άτομο την αυτοεικόνα του και να δει τον εαυτό του ως μη καπνιστή και γίνονται ερωτήσεις του τύπου «με ποιο τρόπο θα ήταν διαφορετική η ζωή σου»,
- iv) κοινωνική απελευθέρωση και αλλαγές της κοινωνίας και της πολιτικής ως προς το αντικείμενο (social liberation): ορίζει το άτομο χώρους, όπου δεν καπνίζει, ενσωματώνει υγιεινή διατροφή αγοράζοντας υγιεινά τρόφιμα και μαγειρεύοντας υγιεινά,
- v) περιβαλλοντική επανεκτίμηση και επίγνωση των επιπτώσεων, που έχει η συμπεριφορά στο περιβάλλον (environmental reevaluation): γίνεται συζήτηση για τα αποτελέσματα του καπνίσματος σε άλλους ή τι είδους πρότυπο γίνεται αυτός που καπνίζει,
- vi) αντικατάσταση των μη υγιών συμπεριφορών με υγιεινές (counter-conditioning): η άσκηση και συγκεκριμένα το περπάτημα ή οι ασκήσεις χαλάρωσης με αναπνοές

μπορούν να αντικαταστήσουν το άγχος ή τα προϊόντα νικοτίνης μπορούν να αντικαταστήσουν το τσιγάρο,

- vii) έλεγχος κινήτρου, ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς και περιορισμός όλων εκείνων, που ενισχύουν την αρνητική συμπεριφορά (stimulus control): γίνεται συμφωνία μεταξύ του καπνιστή και των ανθρώπων του περιβάλλοντός του για μη έκθεση των τσιγάρων τους και των σταχοδοχείων τους, αποφυγή να του προσφέρουν τσιγάρο ή τοποθετούνται χαρτάκια με ενισχυτικά μηνύματα σε διάφορα σημεία του σπιτιού,
- viii) διαχείριση ενίσχυσης και ανταμοιβές για την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς (reinforcement management): γίνεται επιβράβευση του ατόμου για τους εβδομαδιαίους στόχους που πετυχαίνει,
- ix) συναισθηματική διέγερση και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως φόβος, λύπη, θυμός, στις προειδοποιήσεις για τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία (dramatic relief): συζήτηση για τους λόγους, που το άτομο καπνίζει και πώς χρησιμοποιεί το τσιγάρο,
- x) σχέσεις βοήθειας και κοινωνική υποστήριξη στην προσπάθεια αλλαγής (helping relationships): ενθαρρύνεται το άτομο να αναζητήσει βοήθεια και υποστήριξη από οικογένεια, φίλους, σύντροφο.

Το διαθεωρητικό μοντέλο, όπως και οι άλλες θεωρίες, δίνει έμφαση στην αυτοαποτελεσματικότητα, ως παράγοντα που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κατάκτηση της διακοπής, μείωσης και αποχής από το κάπνισμα και για το λόγο αυτό επισημαίνει ότι η αυτοαποτελεσματικότητα αυξάνει παράλληλα με την επίτευξη αλλαγών σε τομείς, όπως η αντιμετώπιση των πειρασμών και η επιτυχής χρήση στρατηγικών αυτορρύθμισης και αυτοελέγχου (DiClemente et al., 1985). Άλλωστε, κατά τους Norman και συν. (1998), η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την αλλαγή συμπεριφοράς, κυρίως στο ζήτημα της υποτροπής μετά από κάποια αλλαγή. Για το λόγο αυτό, στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, επιχειρείται αύξηση της αυτοπεποίθησης και συζητούνται οι αρνητικές σκέψεις και οι μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις, που διατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά, τροποποιούνται και αντικαθίστανται από θετικές σκέψεις, π.χ. με την τεχνική του Αυτοδιαλόγου. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι η έρευνα των Jardín και Carpenter (2012) κατέδειξε την αυτοαποτελεσματικότητα και το κίνητρο ως κομβικούς παράγοντες στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Η *ισορροπία απόφασης*, μια σημαντική, επίσης, διάσταση του συγκεκριμένου μοντέλου, αποτελεί το μέτρο της σημασίας των αιτιών και των ανησυχιών, που σχετίζονται με μια

αλλαγή στην συμπεριφορά και για το λόγο αυτό δίνεται βαρύτητα σε αυτή από το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Για παράδειγμα, προκειμένου τα αρνητικά του καπνίσματος να γίνουν πιο σημαντικά από τα θετικά, ώστε να διατηρηθεί μια αλλαγή (Norman et al., 1998), ζητείται από το άτομο να αναφέρει τον σημαντικότερο λόγο να διακόψει το κάπνισμα, κάτι που αποτελεί στο εξής αντικείμενο υπενθύμισης.

Επίσης, το διαθεωρητικό μοντέλο ενσωματώνει τεχνικές διαχείρισης του άγχους, όπως η εκπαίδευση σε τρόπους χαλάρωσης και η νοερή απεικόνιση, που συμβάλλουν στη συναισθηματική ρύθμιση, ενισχύουν τον αυτοέλεγχο, μειώνουν την ένταση και την ανησυχία και βοηθούν στη συγκέντρωση και επίτευξη ενός στόχου, καθώς και στην καταπολέμηση δυσάρεστων συναισθημάτων, που μπορεί να προκύπτουν από τη στέρηση του τσιγάρου, τη μεγάλη επιθυμία για αυτό ή τη δυσκολία επίτευξης συγκεκριμένου στόχου (Lazarus & Folkman, 1984).

B) Καθημερινή σωματική άσκηση, εξατομικευμένα σχεδιασμένη και εβδομαδιαίως επαναξιολογούμενη (με στόχο τη σταδιακή αύξηση διάρκειας, συχνότητας και έντασης).

Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε πεδόμετρο, το οποίο κατέγραφε τη φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων (Taylor, Everson-Hock, & Ussher, 2010) και το οποίο θα μπορούσε να αυξήσει τη φυσική τους δραστηριότητα (Bravata et al., 2007). Αρχικά καταγράφονταν η φυσική δραστηριότητα του καθενός και με βάση τις πρώτες ενδείξεις του πεδόμετρου, καθορίζονταν οι στόχοι, οι οποίοι αξιολογούνταν στην επόμενη συνάντηση και προσδιορίζονταν οι επόμενοι. Ένας οριζόντιος στόχος ήταν η κάθε επόμενη καταμέτρηση να καταδεικνύει αύξηση ή σταθεροποίηση της φυσικής δραστηριότητας και στο τέλος της παρέμβασης τα άτομα να έχουν υψηλή (με υποκειμενικούς όρους) ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα. Οι στόχοι, που τέθηκαν για τον κάθε συμμετέχοντα, βασίζονταν στην παραδοχή ότι τα 10.000 βήματα ανά ημέρα μπορούν να θεωρηθούν ως ένας ικανοποιητικός μέσος όρος καθημερινής δραστηριότητας για ένα υγιές ενήλικο άτομο (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organisation, 2011) προτείνει για άτομα 18 έως 64 ετών, τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας ή 75 λεπτά έντονης φυσικής δραστηριότητας εβδομαδιαίως, αυξάνοντας σταδιακά τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση. Το είδος, η διάρκεια, η ένταση και η συχνότητα της άσκησης δεν ήταν ίδια για όλα τα άτομα (Everson-Hocke, 2010). Για παράδειγμα, τα 10.000 βήματα ημερησίως δεν μπορούσαν να αποτελέσουν στόχο για όλους τους συμμετέχοντες, κάποιιοι από τους οποίους δεν είχαν προηγούμενη επαφή με την άσκηση. Για το κάθε άτομο

διαμορφώνονταν εξατομικευμένο πλάνο (Annesi, 2002), το οποίο συναποφασίζονταν και συνοργανώνονταν με τον σύμβουλο. Εάν το άτομο είχε εντάξει ήδη στην καθημερινότητά του την άσκηση, τότε συμφωνούνταν οι επόμενοι στόχοι με βάση την επιθυμία του και την προτίμησή του, έχοντας πάντα ως στόχο τη διατήρηση και σταδιακά την αύξηση (εάν αυτό κρίνονταν σκόπιμο) της φυσικής του δραστηριότητας. Εάν το άτομο δεν ήταν εξοικειωμένο με την άσκηση, στόχος ήταν σταδιακά να βάλει την άσκηση στη ζωή του, ξεκινώντας με ένα μέτριας έντασης περπάτημα 15-20 λεπτών (Taylor et al., 2005), ώστε μέχρι το τέλος της παρέμβασης να έχει αυξηθεί ο δείκτης καθημερινής φυσικής δραστηριότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα δεν εξέφρασαν αρχικά επιθυμία ή πρόθεση να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την άσκηση τους επόμενους 6 μήνες με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, πράγμα που τους κατατάσσει στο 1ο στάδιο αλλαγής. Αυτό βέβαια δεν τους εμπόδισε να μπουν στη διαδικασία της αλλαγής σε ζητήματα άσκησης, τη στιγμή μάλιστα που αυτό αποτελούσε όρο του συμβολαίου τους προκειμένου να συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Η άσκηση αποτέλεσε σημαντικό στοιχείο της παρέμβασης, αφού θεωρήθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος για πολλούς λόγους:

1. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ενσωμάτωση της άσκησης σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος μπορεί να αποβεί βοηθητική στην προσπάθεια των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα (Θεοδωράκης et al., 2005; Hassandra et al., 2012; Hassandra et al., 2013; Marcus et al., 2005; Parsons et al., 2009; Prapavessis et al., 2007; Theodorakis et al., 2014). Η άσκηση από παλιά είχε θεωρηθεί σημαντικό βοήθημα στην αποτροπή ή διακοπή του καπνίσματος (Hill et al., 1981). Επίσης, πληθώρα μελετών έδειξε ότι η άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα (όσο περισσότερο ασκούνται τα άτομα, τόσο λιγότερο καπνίζουν) και μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Godin, 1989; Hassandra et al., 2012; Marcus et al., 1999; Marti, Salonen, Tuomilehto, & Pulska, 1988; Prapavessis et al., 2007; Salonen, Slater, Tuomilehto, & Raurama, 1988; Taylor et al., 2005; Tuomilehto et al., 1987).

2. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες (DiLorenzo et al., 1999; Gauvin & Spence, 1996; Taylor et al., 2007; Ussher, Doshi, Sampuran, & West, 2006), η άσκηση συμβάλει στη βελτίωση της διάθεσης γενικά και στον έλεγχο των ψυχολογικών συμπτωμάτων, που μπορεί να προκύψουν από τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, βοηθάει να υποχωρήσουν το άγχος και ο εκνευρισμός (Landers, 1994) και η κατάθλιψη (Lujic et al., 2005). Μειώνει την αρνητική διάθεση, αμβλύνει τα συμπτώματα (ίσως όχι τα οξέα) από τη στέρηση του καπνού,

μετριάζει την επιθυμία για τσιγάρο και μπορεί να μειώσει ανησυχίες για το βάρος (Taylor et al., 2007).

3. Επιπλέον, η άσκηση μπορεί να προσφέρει έλεγχο του βάρους (Ussher et al. 2005; Parsons et al., 2009), κάτι που είναι σημαντικό σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, μιας και η αύξησή του μπορεί να αποτελέσει είτε ανασταλτικό παράγοντα για τη διακοπή του καπνίσματος κάπνισμα (Sorenson et al., 1992; USDHHS 2001), είτε σοβαρό λόγο υποτροπής (Gritz, Klesges, & Meyers, 1989).

4. Τέλος, η άσκηση συμβάλει στην αναβάθμιση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων (DeRuiter & Faulkner, 2006; Digelidis et al., 2007;), κάτι που αποτελούσε βασική παράμετρο του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Γ) Σχεδιασμός και εφαρμογή ενός συνολικού ατομικού πλάνου υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής

Το πλάνο αυτό περιελάμβανε διατροφή και ύπνο, διαχείριση - αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου και καθημερινού χρόνου γενικότερα, διαχείριση του άγχους και προσωπική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Perry (1995) το κλειδί για τη διατήρηση μιας καλής υγείας μέχρι την προχωρημένη ηλικία, αποτελεί η διαμόρφωση ενός τρόπου ζωής, που διασφαλίζει την ποιότητα, κάτι που επιτυγχάνεται με τον συνδυασμό τριών στοιχείων: τακτική και σταθερή άσκηση, κατάλληλη διατροφή και διαχείριση του άγχους της καθημερινότητας. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα των Sallit και συν. (2009), μια επιτυχία αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς μπορεί να ενεργοποιήσει θετική αλλαγή στην καπνιστική συμπεριφορά και να οδηγήσει μέχρι και σε διακοπή του καπνίσματος. Η παρέμβαση οργανώθηκε πάνω στην κατεύθυνση ότι το κάπνισμα εκλαμβάνεται ως συμπεριφορά υγείας και όχι ως εξάρτηση και λάμβανε υπόψη δύο άξονες: την προσωπική υγεία (ψυχική υγεία: δεξιότητες, αυτοαποτελεσματικότητα, πνευματική υγεία: γνωστικές λειτουργίες, σωματική υγεία: άσκηση, διατροφή) και την υγεία οικείων (άμεση επίδραση: παθητικό κάπνισμα και έμμεση επίδραση: οι συνέπειες που ο καπνιστής υφίσταται από το κάπνισμα, όπως στενοχώρια και ταλαιπωρία).

Τεχνικές και προσεγγίσεις συμβουλευτικής υποστήριξης

Η συμβουλευτική υποστήριξη, που αφορούσε ζητήματα διακοπής καπνίσματος, οργάνωσης και ενσωμάτωσης της άσκησης και γενικότερα ενός υγιεινού τρόπου ζωής, βασίστηκε στις αρχές των ακόλουθων προσεγγίσεων:

1. Παρακινητική συνέντευξη (Miller & Rollnick, 2002)

Οι τέσσερις βασικές αρχές, οι οποίες διέτρεχαν τη συμβουλευτική υποστήριξη στο σύνολο του προγράμματος: i) ενσυναίσθηση, δηλαδή κατανόηση και αποδοχή του ατόμου, καθώς και πρόσληψη της αμφιθυμίας και δυσκολίας του να επιτύχει αλλαγή, π.χ. της καπνιστικής συνήθειας, ως φυσιολογικό μπλοκάρισμα και όχι ως ανικανότητα, ii) καλλιέργεια ασυμφωνίας μεταξύ των στόχων και αξιών του ατόμου από τη μια και της καπνιστικής συμπεριφοράς από την άλλη, iii) αποδοχή της αντίστασης του ατόμου στην αλλαγή (έστω κι αν αυτή ήταν επιθυμητή επιλογή του) και θεώρηση αυτής της αντίστασης ως φυσιολογικής αντίδρασης και όχι ως άρνηση και απόρριψη της αλλαγής, iv) ενθάρρυνση και υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου και ενίσχυση της πίστης του στις ικανότητές του να επιτύχει την αλλαγή συμπεριφοράς που επιθυμεί.

Οι κύριες μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη συμβουλευτική διαδικασία ήταν οι ανοιχτές ερωτήσεις, η αντανακλαστική ακρόαση και η συνόψιση, που επιχειρήσαν να προάγουν την κατανόηση και την κινητοποίηση προς την επίτευξη του εκάστοτε στόχου και η ενίσχυση των δυνατών σημείων και των προσπαθειών του ατόμου.

Στην πρώτη φάση της Παρακινητικής συνέντευξης επιχειρήθηκε η επίλυση της αμφιθυμίας του ατόμου και η παρακίνησή του για αλλαγή μέσα από τις εξής τεχνικές:

- *Χρήση της κλίμακας σημαντικότητας*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να απαντήσει τις ερωτήσεις «Γιατί είσαι στο ... (βαθμός που έχει δώσει) και όχι στο μηδέν;» και «Τι θα χρειαζόταν για να πας από το ... (βαθμός που έχει δώσει) στο ... (μεγαλύτερο βαθμό);».
- *Διερεύνηση της ισορροπίας της απόφασης*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να δημιουργήσει μια λίστα από τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της παρούσας κατάστασης, δηλαδή τι χάνει και τι κερδίζει με το κάπνισμα, ώστε να διευκρινιστούν και οι δύο όψεις της αμφιθυμίας.
- *Περαιτέρω επεξεργασία ενός λόγου αλλαγής*: από τη στιγμή που ο συμβουλευόμενος ανέφερε έναν λόγο για να αλλάξει, ο σύμβουλος ζητούσε περαιτέρω διευκρίνηση,

συγκεκριμένα παραδείγματα, περιγραφή της τελευταίας φοράς, που συνέβη και άλλα στοιχεία, που αφορούσαν τον συγκεκριμένο λόγο.

- *Ρωτώντας τις ακραίες συνέπειες* της παρούσας κατάστασης ή τις πιο θετικές συνέπειες της αλλαγής: όταν υπήρχε ελάχιστη προθυμία εκ μέρους του συμβουλευόμενου για αλλαγή, ζητούνταν να περιγράψει τις ακραίες ανησυχίες του και να φανταστεί τις ακραίες συνέπειες της παρούσας κατάστασης ή προβλήματος. Η αντίθετα, ζητούνταν να φανταστεί τις καλύτερες συνέπειες, που θα ακολουθούσαν την πραγματοποίηση της αλλαγής.
- *Κοιτάζοντας πίσω*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να θυμηθεί στιγμές, πριν την εμφάνιση του προβλήματος, και να τις συγκρίνει με την παρούσα κατάσταση. Αν θυμόταν καλύτερες στιγμές, τονίζονταν η ασυμφωνία, που δημιουργούνταν σε σχέση με την τωρινή κατάσταση και η δυνατότητα να γίνει καλύτερη η ζωή του. Αν περιέγραφε στιγμές, όπου τα προβλήματα ήταν χειρότερα, εξερευνούνταν το τι συνέβη στο μεσοδιάστημα και πώς τον βοήθησε να βελτιωθεί.
- *Κοιτάζοντας μπροστά*: ο συμβουλευόμενος οδηγούνταν στον οραματισμό ενός διαφορετικού μέλλοντος. Ζητούνταν η ρεαλιστική εκτίμηση του ατόμου, είτε για το πώς θα είναι η ζωή του μετά την αλλαγή, είτε για το πως θα είναι η ζωή του, αν δεν συμβεί καμιά αλλαγή.
- *Διερεύνηση στόχων και αξιών*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να πει τι είναι πιο σημαντικό στη ζωή του. Εφόσον περιγράφονταν οι πιο κεντρικές αξίες και στόχοι του ατόμου, καλούνταν να πει πώς το τρέχον πρόβλημα του καπνίσματος ταίριαζε με αυτή την εικόνα. Στόχος ήταν η ανακάλυψη του τρόπου με τον οποίο η τρέχουσα καπνιστική συμπεριφορά ήταν ασυνεπής με τις σημαντικές αξίες του ατόμου.

Αν το άτομο επιδείκνυε χαμηλή ικανότητα, δηλαδή δεν πίστευε ότι μπορεί να πραγματοποιήσει την αλλαγή, τότε απαιτούνταν ενίσχυση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας και εύρεση ενός αποτελεσματικού τρόπου επιδίωξης της αλλαγής, με τον οποίο πίστευε ότι μπορούσε να επιτύχει την αλλαγή (Miller & Rollinick, 2002). Η θετική στάση του συμβούλου απέναντι στην αποτελεσματικότητα και την εκτίμηση του ατόμου, προωθούσε την αυτονομία και την αυτοεικόνα του, ενίσχυε τη δέσμευση για αλλαγή και ενθάρρυνε τα μικρά βήματα προς την αλλαγή (Treasure, 2004). Για να εκμαιεύσει και να ενδυναμώσει την πίστη του ατόμου στην ικανότητά του να τα

καταφέρει, ο σύμβουλος χρησιμοποιούσε τις παρακάτω μεθόδους (Miller & Rollinick, 2002):

- *Χρήση της κλίμακας σιγουριάς*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να απαντήσει τις ερωτήσεις «Γιατί είσαι στο ... (βαθμός που έχει δώσει) και όχι στο μηδέν;» και «Τι θα χρειαζόταν για να πας από το ... (βαθμός που έχει δώσει) στο ... (μεγαλύτερο βαθμό);».
- *Ανασκόπηση παλαιότερων επιτευγμάτων*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να αναζητήσει και να περιγράψει λεπτομερώς αλλαγές, τις οποίες πραγματοποίησε με δική του/της πρωτοβουλία και ήταν ευχαριστημένος από αυτές. Σκοπός του συμβούλου ήταν η εύρεση προσωπικών δεξιοτήτων και δυνατών σημείων, που θα μπορούσαν να γενικευτούν και να εφαρμοστούν στην τρέχουσα κατάσταση.
- *Προσωπικά δυνατά σημεία και υποστηρικτικό δίκτυο*: ο σύμβουλος ζητούσε από το άτομο να αναφέρει προσωπικά δυνατά σημεία και πόρους, όπως θετικά, σταθερά και εσωτερικά χαρακτηριστικά του και κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, που θα μπορούσε να βοηθήσει στην επιδίωξη της αλλαγής. Έπειτα ζητούνταν επεξήγηση και παραδείγματα.
- *Ελεύθερη παραγωγή ιδεών (brainstorming)*: ο συμβουλευόμενος καλούνταν να καταγράψει μια λίστα με ιδέες για το πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί η αλλαγή. Όλες οι ιδέες ήταν αποδεκτές, χωρίς λογοκρισία. Σε αυτό το σημείο, ο σύμβουλος μπορούσε να προτείνει κάποιες ιδέες. Έπειτα, ζητούσε από τον συμβουλευόμενο να πει ποιες από αυτές θεωρούσε ότι είναι πιο υποσχόμενες και αποδεκτές ιδέες και γιατί.
- *Αναπλαισίωση*: ο σύμβουλος έθετε υπό διαφορετικό πρίσμα τα λεγόμενα του ατόμου, τους έδινε διαφορετικό νόημα και ερμηνεία. Για παράδειγμα, την αποτυχία την οποία ανέφερε το άτομο σε προηγούμενες απόπειρές του για διακοπή του καπνίσματος, ο σύμβουλος την μετέφραζε ως δοκιμή.
- *Υποθετική αλλαγή*: όταν το άτομο αντιμετώπιζε πρακτικά θέματα, καλούνταν είτε να υποθέσει ότι τα κατάφερε και να κοιτάξει πίσω να δει τι ήταν αυτό, που το βοήθησε, είτε να υποθέσει ότι ένα μεγάλο εμπόδιο δεν βρίσκεται πια μπροστά του και να σκεφτεί τι θα έκανε για την πραγματοποίηση της αλλαγής, είτε, μετά από αποτυχημένη δοκιμή, να φανταστεί ποιος θα ήταν ο καλύτερος τρόπος να δοκιμάσει ξανά την αλλαγή.

Στη δεύτερη φάση της παρακινητικής συνέντευξης - στην οποία περνούσε ο σύμβουλος αφού αναγνώριζε την ετοιμότητα για αλλαγή και την επιθυμία και δυνατότητα του ατόμου

να κατευθυνθεί προς τα εκεί - ενδυναμώνονταν η δέσμευση του ατόμου για αλλαγή και πραγματοποιούνταν ο σχεδιασμός του πλάνου αλλαγής.

Για να εισάγει το άτομο στη δεύτερη φάση, ο σύμβουλος ανακεφαλαίωνε το περιεχόμενο των προηγούμενων συνεδριών, εμπειρέχοντας την αντίληψη του ατόμου για το πρόβλημα, την υπολειπόμενη αμφιθυμία του, αντικειμενικά στοιχεία σχετικά με την σπουδαιότητα της αλλαγής, τις ενδείξεις, που παρείχε το ίδιο το άτομο για επιθυμία, προθυμία, σχέδιο αλλαγής και συζήτηση πίστης στην ικανότητά του, καθώς και τη δική του αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, ιδιαίτερα στα σημεία, που συνέκλιναν με τις υποθέσεις του ατόμου.

Σκοπός του συμβούλου ήταν η δημιουργία ενός ξεκάθਾਰου σχεδίου, η εξασφάλιση της προφορικής απόφασης του ατόμου να ακολουθήσει το σχέδιο, και η ενίσχυση της απόφασής του. Για τη διαπραγμάτευση του σχεδίου αλλαγής, ο σύμβουλος ακολουθούσε τα εξής βήματα:

- *Σύνθεση στόχων:* Ήταν απαραίτητο να υπάρχουν ξεκάθαροι στόχοι, προς τους οποίους θα κατευθύνονταν το άτομο. Ο σύμβουλος ζητούσε από αυτό να πει τους στόχους, που επιθυμούσε να θέσει και ποια βήματα πίστευε ότι έπρεπε να ακολουθήσει. Οι στόχοι του μπορεί να ήταν διαφορετικοί από τους στόχους του συμβούλου. Σε αυτή την περίπτωση, ο σύμβουλος μπορούσε να δώσει τη συμβουλή, που θεωρούσε καλύτερη, αλλά δεν μπορούσε να την επιβάλει. Οι στόχοι αξιολογούνταν ως προς το αν ήταν εφικτοί. Αν ο στόχος δεν ήταν ρεαλιστικός, ήταν προτιμότερο να αποθαρρυνθεί παρά να παρακινηθεί. Αν το άτομο έθετε πολλαπλούς στόχους, τότε απαιτούνταν η ταξινόμησή τους κατά προτεραιότητα με βάση ποιοι είναι πιο σημαντικοί και επείγοντες.
- *Εκτίμηση των πιθανών μεθόδων αλλαγής:* Η εύρεση των πιθανών μεθόδων για την επίτευξη της αλλαγής γίνονταν είτε με άμεση εμπλοκή του ατόμου με την ελεύθερη παραγωγή ιδεών, είτε μέσω μιας λίστας στρατηγικών, που είχε προτείνει ο σύμβουλος. Στη συνέχεια ο σύμβουλος με τον συμβουλευόμενο εξέταζαν τις πιθανές μεθόδους και τις αξιολογούσαν.
- *Φτάνοντας στο σχέδιο:* Ο συμβουλευόμενος εξέφραζε το σχέδιο δράσης με τη βοήθεια ανοιχτών ερωτήσεων-κλειδιών. Ο σύμβουλος συνόψιζε το σχέδιο, που φτιάξανε μαζί, το οποίο ταίριαζε στους στόχους, τις ανάγκες, τις προθέσεις και τις πεποιθήσεις του ατόμου. Το σχέδιο μπορούσε να καταγραφεί σε μια φόρμα, όπου αναφέρονταν οι λόγοι

για τους οποίους ήθελε να αλλάξει, οι κύριοι στόχοι της αλλαγής, τι σχεδίαζε να κάνει και πότε, ποια πρόσωπα μπορούσαν να τον βοηθήσουν, ποια πιθανά εμπόδια υπήρχαν και πώς μπορούσε να τα αντιμετωπίσει, και ποια ήταν τα αποτελέσματα, που ανέμενε, με βάση τα οποία θα έκρινε την επιτυχία του σχεδίου.

- *Εκμείευση δέσμευσης*: Ο σύμβουλος ζητούσε άμεσα τη δέσμευση του ατόμου, ρωτώντας το «είναι αυτό που θέλεις να κάνεις;». Ο συμβουλευόμενος μπορεί να ήθελε να τροποποιήσει το σχέδιο. Αν το άτομο, μετά την τροποποίηση του σχεδίου, συνέχιζε να επιδεικνύει χαμηλή δέσμευση («ίσως», «δεν ξέρω»), εξετάζονταν η απροθυμία του για το σχέδιο, χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της πρώτης φάσης για την επίλυση της αμφιθυμίας. Η δέσμευση μπορεί να ενισχύονταν με τη δημοσιοποίησή της σε άλλα πρόσωπα, που ίσως μπορούσαν να το βοηθήσουν και να το υποστηρίξουν. Αν το άτομο δεν ήταν έτοιμο να δεσμευθεί, ο σύμβουλος δεν το πίεζε, συνεχίζονταν οι συνεδρίες και επανεξετάζονταν η ετοιμότητα του.

Οι διαδικασίες αλλαγής, που περιγράφονται στο διαθεωρητικό μοντέλο και στην παρακινητική συνέντευξη είναι αρκετά συμβατές και έχουν ενοποιηθεί. Η παρέμβαση προσαρμόζεται, ανάλογα με το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται το άτομο και με το επίπεδο ετοιμότητάς του για αλλαγή. Η απόσταση, που θα πρέπει να διανύσει προς την επίτευξη της αλλαγής-στόχου εξαρτάται από το σημείο από το οποίο θα ξεκινήσει (Miller & Rollinick, 2002).

2. Γνωστική Συμπεριφορική προσέγγιση (Beck, 1995)

Η προσέγγιση αυτή προσανατόλιζε τον σύμβουλο στην κινητοποίηση του συμβουλευόμενου να συμμετέχει ενεργά και να συνεργάζεται, με στόχο να βοηθηθεί το άτομο να αντιμετωπίσει αυτά, που θεωρεί πειστικά προβλήματα, δυσκολίες και εμπόδια σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, έχοντας στο νου του ο σύμβουλος την υπόθεση ότι η καπνιστική συμπεριφορά του ατόμου και τα συναισθήματα, που βιώνει γύρω από αυτή τη συμπεριφορά, επηρεάζονται από τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τα γεγονότα, τον τρόπο που τα νοηματοδοτεί και τις ιδέες και πεποιθήσεις που έχει. Σε όλη τη διάρκεια των συναντήσεων σύμβουλος και συμβουλευόμενος προσπαθούσαν μαζί να επιτύχουν όσο γίνεται αφενός τροποποίηση των σκέψεων και πεποιθήσεων του ατόμου, που δυσκόλευαν την επίτευξη της επιθυμητής αλλαγής και αφετέρου θετική αλλαγή στο συναίσθημα. Οι

τεχνικές, που χρησιμοποιήθηκαν από τους συμβούλους προς αυτή την κατεύθυνση, ήταν οι εξής:

- *Σωκρατική διαλεκτική*: μέσα από σύντομες ερωτήσεις και απαντήσεις και από την ανταλλαγή σύντομων λόγων και επιχειρημάτων, ο σύμβουλος σταδιακά, αναιρούσε τις δυσλειτουργικές θέσεις του ατόμου και στη συνέχεια, σταδιακά το καθοδηγούσε με ερωτήματα στην εξαγωγή ενός νέου συμπεράσματος.
- *Καταγραφή πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων*: το άτομο κατέγραφε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του να συνεχίσει να έχει μια δεδομένη δυσλειτουργική σκέψη ή πεποίθηση. Έπειτα ο σύμβουλος βοηθούσε το άτομο στην αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων, ώστε να υπονομευτούν τα πλεονεκτήματα της δυσλειτουργικής σκέψης.
- *Ενεργώντας με το “Σα να”*: προκειμένου να χάσει τη δύναμή της η παλιά δυσλειτουργική πεποίθηση και να ενισχυθεί η νέα, που προωθεί την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς, ο σύμβουλος ζητούσε από το άτομο να υιοθετήσει τη συμπεριφορά, που ταίριαζε στη νέα πεποίθηση, ακόμη κι αν το ίδιο δεν είχε πειστεί απόλυτα, αφού με τον τρόπο αυτό η συμπεριφορά ενδυνάμωνε τη νέα πεποίθηση και αποδυνάμωνε την παλιά.
- *Επίλυση προβλημάτων*: με την πάροδο των συνεδριών ο σύμβουλος ενθάρρυνε το άτομο να επιλέγει και να αναλαμβάνει να επιλύει συγκεκριμένες δυσκολίες και να υπερπηδάει εμπόδια. Το άτομο καθοδηγούνταν άμεσα, όπου αυτό κρίνονταν απαραίτητο, να μάθει να καθορίζει ένα πρόβλημα, να επινοεί λύσεις, να επιλέγει μία από αυτές, να την εφαρμόζει δοκιμαστικά και να εκτιμά την αποτελεσματικότητά της, με στόχο την επίτευξη αλλαγών σε διάφορους τομείς (κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, τρόποι μετακίνησης, διατροφή και τρόπος μαγειρέματος κ.α.).
- *Λήψη αποφάσεων*: η διαδικασία, που ακολουθούνταν, αφορούσε μια σειρά από ενέργειες κατά τις οποίες καταγράφονταν το πρόβλημα και μετά καταγράφονταν όλες οι εναλλακτικές/επιλογές. Στη συνέχεια το άτομο κατέγραφε τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα της κάθε εναλλακτικής και εν τέλει κατέληγε στην πιο «συμφέρουσα» επιλογή.
- *Καταγραφή και προγραμματισμός δραστηριοτήτων*: το άτομο κατέγραφε πληροφορίες, σε σχέση με το κάπνισμα, στο ημερήσιο ημερολόγιο καπνίσματος τσιγάρων και έκανε μια αξιολόγηση ως προς συγκεκριμένους τομείς (π.χ. σε ποιο βαθμό επιθυμούσε το

τσιγάρο τη δεδομένη στιγμή που το έκανε). Μέσα από την ανασκόπηση του ημερολογίου, επιχειρούνταν η εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία μπορεί να αφορούσαν την ανάγκη για κάποιες αλλαγές.

- *Διάσπαση της προσοχής*: στις περιπτώσεις, που το άτομο κατακλύζονταν από δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις ή/και ένιωθε ακατανίκητη επιθυμία για τσιγάρο, προτεινόταν η τεχνική της απόσυρσης της προσοχής από αυτή την κατάσταση και η επικέντρωσή της σε μια δραστηριότητα, που περιελάμβανε φυσική δραστηριότητα ή κίνηση (περπάτημα, τρέξιμο, χορός κ.α.).
- *Κάρτες αντιμετώπισης*: το άτομο μαζί με τον σύμβουλο δημιουργούσε μικρές καρτέλες, οι οποίες βοηθούσαν το άτομο είτε να παραμένει πιστό στη δέσμευση της διακοπής (κάρτα δέσμευσης ή κάρτα υπενθύμιση της απόφασης) είτε να αξιοποιεί μια τεχνική σε περίπτωση δυσκολίας ή υποτροπής (κάρτα αντιμετώπισης της επιθυμίας για τσιγάρο).
- *Σταδιακή έκθεση*: τα άτομα, που αγχώονταν με την ιδέα της οριστικής διακοπής του τσιγάρου, προτιμούσαν να διαιρέσουν το στόχο της διακοπής σε μικρότερους στόχους, που αφορούσαν τη σταδιακή μείωση του αριθμού των τσιγάρων. Αφού κατακτούσαν έναν συγκεκριμένο αριθμό τσιγάρων για μια εβδομάδα, περνούσαν μετά στον επόμενο στόχο, που αφορούσε μικρότερο αριθμό τσιγάρων για την επόμενη εβδομάδα, με απώτερο σκοπό να επιτευχθεί ο τελικός στόχος που ήταν η διακοπή.
- *Η τεχνική της “πίτας”*: προκειμένου να βοηθηθεί το άτομο να θέσει προτεραιότητες σε σχέση με τις αλλαγές, που θέλει να κάνει στη ζωή του, ο σύμβουλος του έδινε ένα φύλλο, όπου απεικονίζονταν μια πίτα και καλούνταν να τη διαιρέσει με βάση το χρόνο, που διαθέτει σε βασικούς τομείς της ζωής του (εργασία, φίλοι, διασκέδαση, οικογένεια, φροντίδα του σώματος, φροντίδα του σπιτιού, φροντίδα της πνευματικής / πολιτιστικής / διανοητικής πλευράς του, άλλα ενδιαφέροντα) και μετά σε ένα άλλο φύλλο χαρτιού απεικόνιζε την ιδανική, για το ίδιο το άτομο, έναντι της πραγματικής διαίρεσης. Με βάση την ιδανική πίτα θέτονταν οι επόμενοι στόχοι. Η ίδια τεχνική εφαρμόζονταν και στην επεξεργασία προηγούμενων προσπαθειών διακοπής και απεικονίζονταν στην πίτα οι αιτίες, που εμπόδισαν την διακοπή του καπνίσματος ή ευνόησαν την υποτροπή.
- *Λειτουργικές συγκρίσεις του εαυτού*: προκειμένου το άτομο να αποφύγει δυσλειτουργικές συγκρίσεις με άλλους, που δεν καπνίζουν ή με τον εαυτό του στα καλύτερά του, διδάσκονταν να κάνει λειτουργικές συγκρίσεις του εαυτού του, όπως η

σύγκριση με τον εαυτό του στο χειρότερο σημείο του, έτσι ώστε να εστιάζει την προσοχή του στην πρόοδο, που έκανε από το χειρότερο σημείο του. Αν δικαιολογημένα το άτομο θεωρούσε ότι το χειρότερο σημείο του είναι τώρα, τότε υπενθυμίζονταν η λίστα με τους στόχους και ότι δουλεύουν μαζί για να φτιάξουν ένα σχέδιο, που θα βοηθήσει να γίνουν κάποιες αλλαγές.

- *Τεχνική επίκλησης της φαντασίας:* προκειμένου να μειωθεί το δυσάρεστο συναίσθημα, που συνδέονταν με τις σκέψεις αποτυχίας της διακοπής του καπνίσματος ή της αποχής ή της αντίστασης σε έναν πειρασμό, το άτομο καλούνταν να φανταστεί ότι ξεπερνά αυτή τη δύσκολη περίοδο ή να φανταστεί τι θα συνέβαινε αφού λάμβανε χώρα αυτό που φοβάται, για παράδειγμα η υποτροπή ή τι θα συνέβαινε μετά από 3, 6, 12 μήνες, 5, 10, 20 χρόνια.

Το άτομο καλούνταν να χρησιμοποιήσει κάποιες τεχνικές και εκτός συνεδριών, μέσα στο διάστημα μέχρι την επόμενη συνάντηση, αφού στόχος ήταν το άτομο να διδαχθεί τεχνικές, τις οποίες θα μπορεί να χρησιμοποιήσει μόνο του στο εξής, αξιοποιώντας τις δεξιότητες, που απέκτησε.

3. Προσωποκεντρική θεωρία

Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε από τον Carl Rogers τη δεκαετία του 1950 (Μουλαλούδης & Κοσμόπουλος, 2003; Μπρούζος, 2004) και συνέβαλε στη διεξαγωγή της συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος με την βασική αρχή της, που είναι η από κοινού προσπάθεια συμβούλου και συμβουλευόμενου να επιτευχθεί ο σκοπός, ο οποίος είναι επιλογή του συμβουλευόμενου. Οι σύμβουλοι αναγνώριζαν το γεγονός ότι οι συμβουλευόμενοι βρίσκονταν σε κατάσταση ασυμφωνίας, δηλαδή τους απασχολούσαν εκείνες οι σκέψεις, πεποιθήσεις και βιώματα, που δεν ταίριαζαν στην αυτοαντίληψη και αυτοεικόνα τους και αυτό τους προκαλούσε δυσάρεστα συναισθήματα.

Η θεωρία προσέφερε, εν είδει τεχνικών, στους συμβούλους, την αρχή της επικοινωνίας, πάνω στην οποία στηρίζεται και αναπτύσσεται η σχέση συμβούλου –συμβουλευόμενου, με τις έννοιες της ενεργητικής ακρόασης, της ενσυναίσθησης, της επανάληψης, της παράφρασης, του σεβασμού, της σύννοψης-περίληψης. Οι σύμβουλοι, κατά τη διεξαγωγή των συνεδριών, είχαν στο νου τους την εξασφάλιση των βασικών προϋποθέσεων μιας συμβουλευτικής διαδικασίας: i) την ενσυναίσθητική κατανόηση, την κατανόηση της θέσης του άλλου και τη θέαση των ζητημάτων μέσα από το πλαίσιο αναφοράς του άλλου, ii) την

άνευ όρων αποδοχή των συμβουλευόμενων, χωρίς ο σύμβουλος να τους κρίνει, να τους αξιολογεί, να θέτει όρους και προϋποθέσεις, iii) την αυθεντικότητα-γνησιότητα του συμβούλου (να είναι δηλαδή ο εαυτός του μέσα στη συμβουλευτική διαδικασία και να μοιράζεται εμπειρίες και σκέψεις, που συνδέονται με τη σχέση του με τον συμβουλευόμενο, χωρίς όμως να γίνεται παρορμητικός), iv) την αμοιβαία επαφή, η οποία μπορεί να αποτελέσει τη βάση για αλλαγή των συμβουλευόμενων.

Διαδικασία εφαρμογής της Παρέμβασης

Σε γενικές γραμμές, η συμβουλευτική υποστήριξη, εν συνόλω, στόχευε στην ενίσχυση και εμπύχωση του ατόμου, την παρουσίαση συγκεκριμένων τεχνικών ή συμπεριφορών, που υποκαθιστούν το κάπνισμα ή μειώνουν την επιθυμία για αυτό, την αύξηση της επίγνωσης σχετικά με την ανάγκη για τσιγάρο και τις δυσκολίες διακοπής του, την αλλαγή της στάσης απέναντι στο τσιγάρο και του τρόπου σκέψης, την οργάνωση καθημερινών φυσικών δραστηριοτήτων και γενικά τον προσανατολισμό του ατόμου σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, με έμφαση στην καλή φυσική κατάσταση, τη διατροφή και τις καθημερινές συνήθειες. Όπως γίνεται αντιληπτό και έχοντας ως δεδομένο αφενός το γεγονός ότι η καπνιστική συμπεριφορά έχει συνδεθεί με την ανάγκη συναισθηματικής κάλυψης (Singleton & Pope, 2000) και αφετέρου την παραδοχή ότι παράγοντες όπως παρακίνηση, αυτοαποτελεσματικότητα και υποστηρικτικές σχέσεις, επηρεάζουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Everson-Hock, 2010; Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004; Norman, Conner, & Bell, 1999), η συμβουλευτική διαδικασία αντιμετώπισε το άτομο συνολικά και όχι μόνο σε σχέση με την υπό τροποποίηση καπνιστική συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό έλαβε υπόψη το γνωστικό και νοητικό επίπεδο, καθώς και την ψυχολογική κατάσταση του καθενός, εστιάζοντας κάθε φορά στα χαρακτηριστικά του ατόμου, που αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα, τις διαδικασίες νοηματοδότησης και κυρίως τις δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης, οι οποίες κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: i) τις προσωπικές δεξιότητες, όπως είναι η αυτογνωσία και η αυτοεπίγνωση (γνώση του εαυτού και των συναισθημάτων και επαφή με αυτά ανά πάσα στιγμή), ο αυτοέλεγχος και η αυτορρύθμιση (έλεγχος και διαχείριση των συναισθημάτων, ειδικά των δύσκολων, όταν οι συνθήκες είναι δυσχερείς) και η αυτοπαρακίνηση (εσωτερική κινητοποίηση εαυτού σε δύσκολες στιγμές) και ii) τις διαπροσωπικές ικανότητες, όπως η ενσυναίσθηση (ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και σκέψεων των άλλων) και οι κοινωνικές δεξιότητες

(αξιολόγηση του τρόπου σχετίζεσθαι και καλλιέργεια και δόμηση ικανοποιητικών σχέσεων και βέλτιστη αξιοποίηση αυτών) (Goleman, 1998).

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών χρησιμοποιήθηκαν ασκήσεις, οι οποίες ήταν βασισμένες στις θεωρίες και προσεγγίσεις, που προαναφέρθηκαν και περιελάμβαναν: οργάνωση, καταγραφή και συζήτηση πλάνου εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας (χαλαρό ή γρήγορο περπάτημα, γυμναστήριο, ενασχόληση με κάποιο σπορ), διαχείριση του άγχους (συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης χρόνου), τεχνικές χαλάρωσης, ασκήσεις νοερής απεικόνισης, αυτοδιάλογο, μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, καταγραφή ημερολογίου, συμβουλές διατροφής, αύξηση της αυτοπεποίθησης, αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, ανάπτυξη δεξιοτήτων: λήψης απόφασης, διαχείρισης θυμού, αντιμετώπισης συγκρούσεων, διεκδικητικότητας, ελέγχου επιθυμίας για τσιγάρο, οργάνωσης καθημερινότητας.

Σε κάθε συνεδρία, μπορούσε να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα σημεία, μπορούσαν να παραβλεφθούν κάποια ή μπορούσαν να επαναληφθούν κάποια σε επόμενη συνεδρία, ανάλογα με το στάδιο αλλαγής, στο οποίο βρίσκονταν το άτομο και την ταχύτητα με την οποία περνούσε από το ένα στάδιο στο άλλο. Βέβαια, ο σύμβουλος δεν έλεγχε σε κάθε συνεδρία με συγκεκριμένο τεστ, εάν το άτομο έχει προχωρήσει στάδιο, αλλά καλούνταν να προβεί σε μια σχετική εκτίμηση, η οποία προέκυπτε από τα λεγόμενα του συμμετέχοντα, την πορεία του όσον αφορά τους στόχους, που έθετε και τη γενικότερη στάση του και πρόοδό του στο πρόγραμμα.

Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης του προγράμματος παρέμβασης, είχε διάρκεια 12 βημάτων (14 ατομικών συναντήσεων/συνεδριών) και πληρούσε τις προϋποθέσεις και αρχές, που διέπουν μια χρονικά οριοθετημένη συμβουλευτική διαδικασία: αρχική αξιολόγηση των συμμετεχόντων (εν προκειμένω κατάταξή τους στο ανάλογο στάδιο σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο), δόμηση της όλης διαδικασίας σε στάδια και φάσεις, δέσμευση των συμμετεχόντων για συνεργασία και ενεργητική συμμετοχή και παροχή εκ μέρους των συμβούλων νέων προοπτικών, ιδεών και εμπειριών (Dryden & Feltham, 1992). Η συχνότητα των συναντήσεων/συνεδριών ήταν μία φορά την εβδομάδα και είχαν διάρκεια μιας ώρας. Προκειμένου να διασφαλιστεί, όσο γίνεται η αποτελεσματικότητα του προγράμματος (Raw et al., 1998), το πρόγραμμα ξεκινούσε με τη δέσμευση για διακοπή του καπνίσματος και πριν τον προσδιορισμό της επίσημης ημέρας διακοπής και συνεχίζονταν και μετά τη διακοπή, μέχρι την ολοκλήρωση του αριθμού των συνεδριών και του follow up. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν 3 συναντήσεις follow-up σε ατομικό επίπεδο για τους επόμενους 3 μήνες και τηλεφωνικές επικοινωνίες σε μηνιαία βάση

για άλλους 6 μήνες. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης και του follow up του πρώτου τριμήνου υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία με συχνότητα περίπου μια φορά την εβδομάδα. Σκοπός του εξάμηνου follow-up ήταν η ενημέρωση του συμβούλου για την κατάσταση του συμμετέχοντα, η παροχή υποστήριξης και βοήθειας σε οτιδήποτε χρειαζόταν και απώτερος σκοπός ήταν η παγίωση της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής. Η επαφή με τους συμμετέχοντες διήρκησε συνολικά 12 μήνες.

Στην πρώτη συνάντηση πραγματοποιούνταν συζήτηση εν είδει δομημένης συνέντευξης, βασισμένη στο έντυπο «Ατομικό Προφίλ» (Παράρτημα 5) και καταγράφονταν στοιχεία του ατόμου, καθώς και πληροφορίες του πρώτου τμήματος του εντύπου, το οποίο αναφέρεται στην περίοδο πριν τη συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα. Στην τελευταία συνάντηση γίνονταν συζήτηση εν είδει δομημένης συνέντευξης, βασισμένη στο δεύτερο τμήμα του ίδιου εντύπου, το οποίο αφορά τις μετά την παρέμβαση πληροφορίες για το άτομο, καθώς και την αξιολόγηση του προγράμματος από το άτομο.

Κατά τη διάρκεια των συνεδριών/συναντήσεων δίνονταν στο άτομο, που συμμετείχε στο πρόγραμμα, έντυπα με ασκήσεις, οι οποίες εξυπηρετούσαν κάθε φορά το στόχο της συνεδρίας και ήταν βασισμένες στις θεωρίες, τις προσεγγίσεις, τις παραδοχές και τις τεχνικές, πάνω στις οποίες βασίστηκε και οργανώθηκε το πρόγραμμα. Στο τέλος κάθε συνάντησης, το άτομο, σε συνεργασία με τον/την σύμβουλο, προσδιόριζε και κατέγραφε τους εξατομικευμένους στόχους (αναφορικά με μείωση τσιγάρου, άσκηση, διατροφή, οργάνωση χρόνου, διαχείριση άγχους), που έπρεπε να υλοποιήσει μέχρι την επόμενη εβδομάδα και έπαιρνε μαζί του όλο το υλικό, που χρησιμοποιήθηκε κατά τη συνεδρία (ασκήσεις, φυλλάδια, έντυπα). Οι στόχοι, καθώς και οι παρατηρήσεις του συμβούλου καταγράφονταν από τον σύμβουλο στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» στο τέλος της συνάντησης. Αυτό το έντυπο το κρατούσαν οι σύμβουλοι και κατέγραφαν ό,τι θεωρούσαν αξιοσημείωτο σε σχέση με την εξέλιξη της πορείας διακοπής καπνίσματος του ατόμου. Το κάθε βήμα και η κάθε συνεδρία/συνάντηση περιελάμβανε συγκεκριμένα σημεία προς επεξεργασία, εστιασμό και συζήτηση.

Ως προς την ομάδα ελέγχου, πραγματοποιούνταν δύο ατομικές συναντήσεις του συμβούλου με το άτομο. Στην πρώτη συνάντηση γίνονταν η συμπλήρωση του πρώτου μέρους του εντύπου «Ατομικό Προφίλ» (Παράρτημα 5) και καταγράφονταν στοιχεία του ατόμου, καθώς και πληροφορίες αναφερόμενες στην περίοδο πριν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Στην τελευταία συνάντηση, που λάμβανε χώρα τρεις μήνες μετά (όσο περίπου διαρκούσε το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στο οποίο συμμετείχε η ομάδα

παρέμβασης), συμπληρώνονταν το δεύτερο τμήμα του ίδιου εντύπου, το οποίο αφορούσε τις πληροφορίες για το άτομο μετά την προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα.

Περιγραφή των βημάτων του προγράμματος διακοπής καπνίσματος

α) Αρχική Αξιολόγηση - Πρώτη συνεδρία (2^ο ή 3^ο στάδιο αλλαγής)

Έχει ήδη εκφραστεί εκ μέρους του ατόμου η θέληση για διακοπή του καπνίσματος, κάτι που αποτελεί προϋπόθεση για την έναρξη της συμβουλευτικής διαδικασίας. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο δεν μπορεί να ανήκει στο 1^ο στάδιο κατά το διαθεωρητικό μοντέλο.

Γίνεται εκτίμηση σε ποιο στάδιο αλλαγής βρίσκεται το άτομο, σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο (η κατάταξη γίνεται με τη συμπλήρωση του σχετικού τεστ: «Τεστ Σταδίου Ετοιμότητας», Παράρτημα 1): στο 2^ο στάδιο αλλαγής: σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες (υπάρχει η σκέψη για αλλαγή), στο 3^ο στάδιο αλλαγής: σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα στον επόμενο μήνα (το άτομο προετοιμάζεται).

Εάν το άτομο βρίσκεται στο 2^ο στάδιο αλλαγής, στη συγκεκριμένη συνεδρία πρέπει να κινητοποιηθεί κυρίως με τα σημεία 2), 3), 4), 5) και 6) της συνεδρίας, που αναφέρονται λίγο πιο κάτω, κάτι που μπορεί να επαναληφθεί μέχρι το άτομο να είναι έτοιμο να προχωρήσει στο στάδιο 3 και να επιχειρήσει να διακόψει το κάπνισμα. Το άτομο θεωρείται έτοιμο να περάσει από το 2^ο στάδιο στο 3^ο, εάν στην επόμενη συνάντηση αναφέρει ότι η διακοπή του καπνίσματος έχει σαφώς περισσότερα θετικά για το ίδιο από ό,τι η συνέχιση του καπνίσματος και εφόσον διατυπώσει ξεκάθαρα την επιθυμία του και την απόφασή του να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα και δεσμευτεί ότι θέλει να μπει, μέσω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα, σε μια διαδικασία προετοιμασίας για τη διακοπή του τσιγάρου (αποδοχή δηλαδή των διαδικασιών του προγράμματος, το οποίο απαιτεί δέσμευση, χρόνο και ενέργεια) (Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska & DiClemente, 1983).

Εάν το άτομο βρίσκεται στο 3^ο στάδιο αλλαγής, η συγκεκριμένη συνεδρία λειτουργεί ως μια γνωριμία και εισαγωγή στη διαδικασία, που πρόκειται να ακολουθήσει, προκειμένου να διακόψει το κάπνισμα.

Για τα άτομα, που βρίσκονται στο 1^ο στάδιο αλλαγής, όσοι δηλαδή, δεν έχουν εκφράσει την επιθυμία να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες, η κινητοποίηση μπορεί να λάβει χώρα με ευαισθητοποίηση και γενική ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα, τις συνέπειες και τη διακοπή του, μέσω φυλλαδίων, σποτ, ιατρικών συμβουλών, αφίσας, ομιλιών (Miller, & Rollnick, 2002). Στόχος είναι να αρχίσουν να

δίνουν βάρος στα αρνητικά της καπνιστικής συμπεριφοράς, τα οποία ενδεχομένως να μη γνωρίζουν, χωρίς όμως η ενημέρωση να είναι πειστική, μιας και η κοινωνική πίεση για αλλαγή αυτής της συνήθειας συμβάλει στο να αντιστέκονται και να κρατούν μια στάση άμυνας σε οποιαδήποτε κίνηση ή προτροπή για διακοπή του τσιγάρου (Dishman, 1993).

Βασικό κομμάτι του τρόπου διεξαγωγής τόσο της συγκεκριμένης συνεδρίας όσο και των συνεδριών, που θα ακολουθήσουν, είναι η εφαρμογή των αρχών της παρακινητικής συνέντευξης, της γνωστικής συμπεριφορικής θεωρίας, της προσωποκεντρικής προσέγγισης, της κοινωνικής γνωστικής θεωρίας, της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, της θεωρίας των στόχων, του μοντέλου πιστεύω υγείας και του διαθεωρητικού μοντέλου και η χρήση τεχνικών, που προτείνονται από τις παραπάνω θεωρίες και προσεγγίσεις.

Στόχος της πρώτης φάσης της παρακινητικής συνέντευξης, που αφορά τα αρχικά στάδια αλλαγής, είναι η επίλυση της αμφιθυμίας και η επίτευξη της εσωτερικής παρακίνησης για αλλαγή. Στόχος της δεύτερης φάσης, που αφορά τα προχωρημένα στάδια αλλαγής, είναι η εδραίωση της δέσμευσης του ατόμου για την αλλαγή και ο σχεδιασμός ενός πλάνου για αλλαγή (Miller, & Rollnick, 2002).

Βασικό κομμάτι, επίσης, αποτελεί η έναρξη της διαδικασίας υποστήριξης και ενίσχυσης της αυτοαποτελεσματικότητας, προκειμένου να ενθαρρυνθούν τα βήματα προς την αλλαγή και να επιτευχθεί η δέσμευση του ατόμου για αυτή, η οποία θα λαμβάνει χώρα σε όλες τις συναντήσεις και βασίζεται κυρίως σε: 1) διερεύνηση προηγούμενων / δοκιμασμένων επιτυχημένων και βοηθητικών στρατηγικών και εκμάθηση νέων (γνωστική διαδικασία, κατάλληλη για τα αρχικά στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας) (Miller, & Rollnick, 2002), 2) ανάδυση επιτυχημένων προσπαθειών επίτευξης στόχων του παρελθόντος, άσχετων με την καπνιστική συνήθεια και αναφορά δυσκολιών και ικανοποίησης (ακαδημαϊκή επίδοση, ανατροφή παιδιού, διαχείριση κρίσης, διεκπεραίωση καθήκοντος) και αναζήτηση και εύρεση δυνατών σημείων και δεξιοτήτων, που θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην τωρινή προσπάθεια του ατόμου (γνωστική διαδικασία, κατάλληλη για τα αρχικά στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας) (Miller, & Rollnick, 2002), 3) αναφορά και συζήτηση με παραδείγματα τρόπων αξιοποίησης του υποστηρικτικού δικτύου του ατόμου, όπως το οικογενειακό, φιλικό, συναδελφικό, κοινωνικό (γνωστική διαδικασία, κατάλληλη για τα αρχικά στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας), (Miller, & Rollnick, 2002), 4) Ελεύθερη παραγωγή ιδεών (καταιγισμός ιδεών) από το άτομο χωρίς λογοκρισία για το πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί η αλλαγή και συζήτηση των πιο καλών και αποτελεσματικών ιδεών, καθώς και συζήτηση υποθετικών αλλαγών ή υποθετική

αντιμετώπιση εμποδίων προκειμένου να οργανωθεί η πραγματοποίηση της αλλαγής (γνωστική διαδικασία, κατάλληλη για τα αρχικά στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας) (Miller, & Rollnick, 2002), 5) θέσπιση συγκεκριμένων, βραχυπρόθεσμων και προσιτών στόχων για κάθε συνάντηση (συμπεριφορική διαδικασία, κατάλληλη για τα επόμενα στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας), 6) παρακολούθηση της πορείας και της προόδου και αξιολόγηση της κάθε προσπάθειας -για τον κάθε στόχο χωριστά- (συμπεριφορική διαδικασία, κατάλληλη για τα επόμενα στάδια, η οποία βοηθάει την ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας), 7) συνεχόμενη ανατροφοδότηση και επιβράβευση του ατόμου για τις μικρές και μεγάλες κατακτήσεις του, καθώς και συνεχή χρήση της τεχνικής της θετικής αναπλαισίωσης, κατά την οποία δίνεται διαφορετικό νόημα (θετική σημασιοδότηση) σε κάτι που περιγράφεται ως αρνητικό (π.χ. η προηγούμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, η οποία από το άτομο αναφέρεται ως αποτυχία, από τον σύμβουλο περιγράφεται ως δοκιμή) (Bandura, 1997; Miller, & Rollnick, 2002).

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

- 1) Γίνεται ενημέρωση για το πρόγραμμα, τη διάρκειά του, τη φιλοσοφία του.
- 2) Συζητιέται η σκέψη του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα (λόγοι για τους οποίους είναι σημαντικό να το κόψει, προβληματισμοί, φόβοι και εμπόδια, προσδοκίες), προκειμένου να αρχίσει ο ενδιαφερόμενος να εξοικειώνεται με την ιδέα της διακοπής.
- 3) Γίνεται συζήτηση γύρω από τις προηγούμενες απόπειρες διακοπής και επιχειρείται η εδραίωση της πεποίθησης ότι μπορεί να υπάρξει επιτυχημένη προσπάθεια (Miller, & Rollnick, 2002).
- 4) Γίνεται ενημέρωση γενικά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος και συζήτηση για τους κινδύνους, που διατρέχει το άτομο από το κάπνισμα, αλλά και τις συνέπειες του καπνίσματος, που ήδη το άτομο βιώνει (ίσως στο σημείο αυτό να κριθεί σκόπιμη μια σπιρομέτρηση, να συζητηθεί το πόσο συχνά το άτομο κρυολογεί, πόσο λαχανιάζει, πόσο βήχει) και για τα πλεονεκτήματα της αλλαγής με τη διακοπή του καπνίσματος, πώς θα ήταν η ζωή του εάν δεν κάπνιζε, πόσο το τσιγάρο επηρεάζει το ίδιο το άτομο και τους άλλους γύρω του, έκφραση συναισθημάτων, συζήτηση για τις κοινωνικές προεκτάσεις του προβλήματος (Ajzen, 1985; Burbank & Riebe, 2002; Janz & Becker, 1984; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης, 2010; Rosenstock, 1974).
- 5) Εν συντομία αναφέρονται από το άτομο τα υπέρ και τα κατά της διακοπής καπνίσματος, για το ίδιο και τους άλλους. Είναι απαραίτητο να μπορέσει το άτομο να εντοπίσει και να αναφέρει τι όφελος έχει από το κάπνισμα (Miller, & Rollnick, 2002).

Σημαντικό είναι να υποχωρήσει η αμφιθυμία του, σχετικά με το αν θα προχωρήσει ή όχι στην αλλαγή, κατανοώντας ότι οι συνέπειες του καπνίσματος είναι περισσότερες και πιο σοβαρές από τα οφέλη, που αποκομίζει από το κάπνισμα (Norman et al., 1998), καθώς και να συζητηθεί το θέμα της επιδοκμασίας και αποδοκμασίας της καπνιστικής συνήθειας τόσο από τους άλλους όσο και από τον ίδιο (Dishman, 1993). Παρακινητικά ως προς τη συζήτηση για την αλλαγή, μπορούν να λειτουργήσουν ερωτήσεις, που σχετίζονται με την απάντηση, που έδωσε το άτομο στο τεστ κατάταξης, σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο: «Γιατί είσαι στο...*(βαθμό έχει δώσει)*... και όχι στο μηδέν;», «Τι θα σου ήταν χρήσιμο προκειμένου να πας από το... *(βαθμός που έχει δώσει)*... στο ...*(μεγαλύτερο βαθμό)*...;» (Miller, & Rollnick, 2002).

6) Συζητιέται η αμφιβολία, που έχει το άτομο -εάν έχει- σχετικά με την αλλαγή, που καλείται να κάνει, αφού η διακοπή του τσιγάρου με το συγκεκριμένο πρόγραμμα συνεπάγεται μια γενικότερη αλλαγή στον τρόπο ζωής και ένα πέρασμα σε μια καθημερινότητα με συνήθειες υγιεινές. Αυτός ο νέος τρόπος ζωής, που ανοίγεται μπροστά του, είναι άγνωστος και για αυτό φαντάζει δύσκολος. Γίνεται, λοιπόν, ενημέρωση ότι η αλλαγή θα είναι σταδιακή, με σεβασμό στις προσωπικές του επιλογές και με το ίδιο το άτομο πάντα να έχει τον έλεγχο της πορείας του και των αποφάσεών του. Είναι χρήσιμο σε αυτό το σημείο να γίνει συζήτηση για όσα μπορεί να εμποδίσουν την αλλαγή και δίνεται η Κάρτα «Τα τρία Μαγικά Σημεία», η οποία συζητιέται (Παράρτημα 2) (Miller, & Rollnick, 2002).

7) Γίνεται μια αξιολόγηση της εξάρτησης του ατόμου από τη νικοτίνη με το τεστ «Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο εθισμός στην ανάγκη σου για τσιγάρο;» (Παράρτημα 3).

8) Γίνεται αξιολόγηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας (Prochaska et al., 1991) με το αντίστοιχο τεστ «Αυτοαποτελεσματικότητα-1» (Παράρτημα 4), κάτι που αποτελεί αφορμή για συζήτηση με το άτομο.

9) Με τη χρήση του εντύπου «Ατομικό Προφίλ» (Παράρτημα 5) και εν είδει ημιδομημένης συνέντευξης, καταγράφονται στοιχεία του ατόμου, καθώς και πληροφορίες του πρώτου τμήματος του εντύπου, το οποίο αναφέρεται στην περίοδο πριν τη συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα.

10) Μετά την αποχώρηση του συμβουλευόμενου, ο σύμβουλος συμπληρώνει το έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

β) Βήμα 1^ο - Δεύτερη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Το άτομο δεσμεύεται να συμμετάσχει στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και η δέσμευση για αλλαγή επικυρώνεται με τη συμπλήρωση του εντύπου «Συμφωνητικό» (Παράρτημα 7) (Burbank & Riebe, 2002; Hollenbeck & Klein, 1987; Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 1990).

2) Οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής αναπλαισιώνονται και δεν θεωρούνται αποτυχία, αλλά κέρδος, βοήθεια και παροχή γνώσης (Miller, & Rollnick, 2002).

3) Παρέχονται γνώσεις και πληροφόρηση γύρω από τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τα μειονεκτήματα της συνέχισης του καπνίσματος. Συζητούνται οι κάρτες «Δες την αλήθεια όπως πραγματικά είναι» (Παράρτημα 8) και «Τι ακριβώς συμβαίνει στον οργανισμό» (Παράρτημα 9) και συμπληρώνεται το έντυπο «Ποιες είναι οι γνώσεις σου για το κάπνισμα» (Παράρτημα 10) (Butler, 2001; Burbank & Riebe, 2002; (Θεοδωράκης, 2010; Rosenstock, 1974).

4) Συζητούνται τα πλεονεκτήματα από τη διακοπή του καπνίσματος και συμπληρώνεται το έντυπο «Τι θα συμβεί μόλις κόψω το κάπνισμα» (Παράρτημα 11) (Burbank & Riebe, 2002).

5) Γίνεται συζήτηση σχετικά με τα καλά της άσκησης και το ρόλο, που μπορεί να παίξει στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και συνολικά στην καλή υγεία και ευεξία (DeRuiter & Faulkner, 2006; Hassandra et al., 2012; Hassandra et al., 2013; Marcus et al., 2005; Parsons et al., 2009; Θεοδωράκης et al., 2005; Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2005; Taylor et al., 2007; Theodorakis et al., 2014). Εάν το άτομο το επιθυμεί, γίνεται ή προτείνεται για το σπίτι περιήγηση σε αντίστοιχους δικτυακούς τόπους.

6) Ζητείται η μέτρηση των βημάτων 3 τυχαίων ημερών μέχρι την επόμενη συνάντηση με το πεδόμετρο και δίνεται προς συμπλήρωση στο σπίτι το έντυπο «Κάρτα πεδόμετρου» (Παράρτημα 12).

7) Τίθεται εξατομικευμένος στόχος περιορισμού των περιοχών όπου καπνίζει (π.χ. σπίτι, αυτοκίνητο) ή μείωσης του αριθμού των τσιγάρων ή αλλαγής της ώρας ή της στιγμής που τα καπνίζει (π.χ. αμέσως μόλις ξυπνάει, μετά την πρώτη γουλιά καφέ κτλ), όσα τσιγάρα και όποια θέλει μέσα στη μέρα, μέχρι την επόμενη συνάντηση και συγκεκριμένη ανταμοιβή για την επίτευξη αυτής της αλλαγής, δηλαδή κάτι κερδίζει για κάθε τσιγάρο που μειώνει ή αλλάζει, με σκοπό την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς ή την ενίσχυση της επίτευξης αλλαγής (DiClemente & Prochaska, 1985; 1992; Velicer et al., 1998).

8) Με αφορμή τη συμπλήρωση του εντύπου «Γενική Λίστα Επιβράβευσης» (Παράρτημα 13), γίνεται συζήτηση για όσα το άτομο έχει πετύχει έως τώρα, με στόχο την

αύξηση της αυτοπεποίθησης. Γενικά ο σύμβουλος είναι πολύ υποστηρικτικός και στοχεύει να βοηθήσει το άτομο να πιστέψει ότι μπορεί να τα καταφέρει (Burbank & Riebe, 2002).

9) Λαμβάνει χώρα η διαδικασία της σπιρομέτρησης, εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο, με στόχο το αποτέλεσμα να αξιοποιηθεί συγκρίνοντάς το με το αποτέλεσμα της σπιρομέτρησης, που θα λάβει χώρα μετά τη διακοπή καπνίσματος, προκειμένου η συγκεκριμένη διαδικασία να λειτουργήσει ως επιβράβευση (Burbank & Riebe, 2002).

10) Εάν το άτομο είναι εξοικειωμένο με την άσκηση, μπαίνει ο στόχος της άσκησης και δίνονται οι Κάρτες «Ωρα για άσκηση-1» (Παράρτημα 14) και «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15). Εάν το άτομο δεν είναι εξοικειωμένο με την άσκηση, αυτές οι Κάρτες και οι αντίστοιχοι στόχοι θα δοθούν στην επόμενη συνάντηση (Annesi, 2002).

11) Ζητείται από το άτομο να καταγράψει τις διατροφικές του συνήθειες για μια συγκεκριμένη ημέρα, έτσι ώστε στα επόμενα βήματα να προταθεί ένα διαιτολόγιο προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες και συνήθειες του ατόμου, αλλά με κάποιες πιο υγιεινές προτάσεις εάν χρειάζεται, για να μειωθεί το άγχος του ατόμου ότι με τη διακοπή θα πάρει κιλά (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992). Ο σύμβουλος εξηγεί ότι δεν πρόκειται να ξεκινήσει δίαιτα, γιατί αυτό θα έθετε σε κίνδυνο τόσο την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος όσο και την ίδια την προσπάθεια της δίαιτας (Cheskin et al., 2005). Δηλαδή, στόχος δεν είναι να χάσει το άτομο κιλά, αλλά να κάνει μια διατροφή, που θα διευκολύνει την προσπάθεια διακοπής και θα εμποδίσει την αύξηση βάρους (π.χ. πιο πολλές φυτικές ίνες, γιατί ίσως η διακοπή τσιγάρου να προκαλέσει δυσκοιλιότητα) (Perkins, Conklin, & Levine, 2008; Perkins, et al., 1997). Επίσης, εάν το άτομο επιθυμεί, προτείνεται να γίνει μια γενική εξέταση αίματος, η οποία θα συζητηθεί από τον σύμβουλο και έναν γιατρό (συνεργάτη του προγράμματος), ώστε να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα και να γίνουν οι αντίστοιχες προτάσεις, κυρίως σε επίπεδο διατροφής.

12) Γίνεται εκμάθηση, με επίδειξη, της τεχνικής χαλάρωσης, που αφορά τις αναπνοές και δίνονται οι Κάρτες «Ωρα για χαλάρωση» (Παράρτημα 16) και «Αναπνοές-1» (Παράρτημα 17) (Lazarus & Folkman, 1984). Σε αυτό το βήμα, ζητούμενο είναι η γνωριμία του ατόμου με αυτές τις τεχνικές και για αυτό δεν ζητείται από το άτομο να κάνει αναπνοές μέσα στην επόμενη εβδομάδα.

13) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση (οι οποίοι μπορεί να αφορούν τη μείωση των τσιγάρων, την άσκηση, την περιήγηση σε δικτυακούς τόπους ή ό,τι άλλο συμφωνείται μεταξύ συμβουλευόμενου και συμβούλου). Οι ίδιοι στόχοι,

καθώς και άλλες πληροφορίες, καταγράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6), την οποία κρατάει ο σύμβουλος.

γ) Βήμα 2^ο - Τρίτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Γίνεται συζήτηση σχετικά με τις αντικειμενικές δυσκολίες, που το άτομο θα συναντήσει στην προσπάθειά του, για τις δυσκολίες, που είχε σε προηγούμενες προσπάθειές του (τι εμπόδια συνάντησε τότε) και για τις στρατηγικές, που τυχόν έχει ακούσει ότι βοήθησαν άλλους ανθρώπους (Dishman, 1993; Miller, & Rollnick, 2002).

Γίνεται χρήση της τεχνικής της «Πίτας» (Παράρτημα 19), που βοηθάει το άτομο να προσδιορίσει τους παράγοντες/αιτίες, που συμβάλλουν σε ένα δεδομένο αποτέλεσμα (τι δεν πήγε καλά στις προηγούμενες προσπάθειες) και να θέσει στόχους, αφού συγκεκριμενοποιήσει τις αλλαγές, που θέλει να κάνει στη ζωή του, απεικονίζοντας το τώρα/το πραγματικό και το ιδανικό, που ενσωματώνει τις αλλαγές, που θέλει να κάνει (Beck, 1995).

2) Εντοπίζεται και συζητιέται ο λόγος για τον οποίο το άτομο καπνίζει και τι αποκομίζει από τη συμπεριφορά του καπνίσματος και συμπληρώνεται το έντυπο «Γιατί καπνίζω» (Παράρτημα 20) και το έντυπο «Άλλοι λόγοι – Εναλλακτικές» (Παράρτημα 21). Το μέρος «Εναλλακτικές» του συγκεκριμένου εντύπου θα συμπληρωθεί στην επόμενη συνάντηση. Ακολουθεί συζήτηση σχετικά με το πώς τελικά το άτομο χρησιμοποιεί το τσιγάρο (Burbank & Riebe, 2002, DiClemente & Prochaska, 1985).

3) Εντοπίζονται και συζητιούνται οι λόγοι, που το άτομο θέλει να διακόψει το κάπνισμα, καθώς και το κέρδος, που θα έχει από τη διακοπή. Συμπληρώνεται το έντυπο «Θέλεις να το κόψεις;» (Παράρτημα 22) και το έντυπο «Άλλοι λόγοι – Κέρδος» (Παράρτημα 23) (Burbank & Riebe, 2002, DiClemente & Prochaska, 1985).

Το άτομο ρωτιέται για τις ακραίες συνέπειες, που μπορεί να έχει η καπνιστική του συνήθεια και τις πιο ακραίες ανησυχίες του, καθώς επίσης του ζητείται να φανταστεί τις πιο καλές συνέπειες της αλλαγής αυτής της συνήθειας (Miller, & Rollnick, 2002; Rosenstock, 1974). Επίσης συζητιέται το οικονομικό κόστος του καπνίσματος και τα αντίστοιχα οφέλη από τη διακοπή, με τη συμπλήρωση του εντύπου «Κόστος καπνίσματος» (Παράρτημα 24) (Burbank & Riebe, 2002).

4) Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι το άτομο, όχι μόνο θα παραμείνει σε αυτό το στάδιο χωρίς υποτροπή, αλλά και θα προχωρήσει κάνοντας προοδευτικά βήματα στο 3^ο στάδιο της αλλαγής (Prochaska, 1996), ο σύμβουλος του δίνει προς συμπλήρωση τα εξής έντυπα:

i) το έντυπο «Αρνητικές σκέψεις» (Παράρτημα 25) προκειμένου να γίνει μια διερεύνηση γύρω από τους φόβους του και τις αμφιβολίες του (τι αφορούν οι φόβοι, π.χ. απόκτηση βάρους, έξαρση του άγχους; είναι ρεαλιστικοί φόβοι; ποια είναι τα χειρότερα σενάρια;), με σκοπό να αναδυθούν ζητήματα, που ενδεχομένως θα επανέρχονται κατά τη διάρκεια της προσπάθειάς του (DiClemente & Prochaska, 1985; Velicer et al., 1998; Burbank & Riebe, 2002).

ii) το έντυπο «Λόγοι για να καπνίζεις – Λόγοι για να το διακόψεις» (Παράρτημα 26), ζητώντας του να καταγράψει τους λόγους, για τους οποίους επιθυμεί να συνεχίσει να καπνίζει και τους λόγους, για τους οποίους επιθυμεί να το διακόψει, με σκοπό να γίνει διερεύνηση της αμφιθυμίας του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα (Miller, & Rollnick, 2002). Ενισχύεται το άτομο να αναφέρει στη λίστα των λόγων, για τους οποίους θέλει να διακόψει το κάπνισμα, όχι μόνο αυτά που θέλει να αποφύγει, αλλά και τι κέρδος θα έχει. Επίσης, ζητείται από το άτομο να επιλέξει τον πιο σημαντικό λόγο (κάτι που ο σύμβουλος πρόκειται να του το θυμίζει κατά διαστήματα) και γίνεται περαιτέρω επεξεργασία αυτού του λόγου αλλαγής με διευκρινήσεις και συγκεκριμένα παραδείγματα (Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Perkins et al., 2008).

Στην περίπτωση, που παρατηρηθεί ότι το άτομο βρίσκεται σε δίλημμα, αναφορικά με την απόφαση να διακόψει το κάπνισμα και παρουσιάζει έντονη αμφιθυμία με σημάδια, όπως δισταγμός, άγχος και ταλάντευση τη στιγμή, που η απόφαση έχει έρθει στο προσκήνιο, μπορεί ο σύμβουλος να το βοηθήσει να υποχωρήσουν ή να ελεγχθούν τα συναισθήματα αυτά, που ενδέχεται να επηρεάσουν την ικανότητα του ατόμου να επεξεργαστεί τις απαραίτητες πληροφορίες και να έρθει αντιμέτωπο με το δίλημά του και ίσως το οδηγήσουν σε μοιρολατρικές ιδέες (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; DiClemente & Prochaska; DiClemente et al., 1985; Miller, & Rollnick, 2002).

Είναι σημαντικό η συζήτηση να γίνεται με τρόπο, που να φαίνεται ότι ο σύμβουλος ακούει ενεργητικά, με προσοχή και έχει ενσυναίσθηση, χωρίς να αντιπαράθεται στο άτομο και χωρίς να το αμφισβητεί ή να το ανταγωνίζεται (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002; Μπούζος, 2004).

5) Γίνεται διερεύνηση της αμφιθυμίας, που σχετίζεται με την απόκτηση βάρους και που μπορεί να επηρεάσει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και γίνεται συζήτηση με

ερωτήσεις και διευκρινίσεις (επί παραδείγματι: «Πιστεύετε ότι θα πάρετε βάρος / θα αλλάξει το σώμα σας, εάν διακόψετε το κάπνισμα; Πόσο βάρος; Πόσο θεωρείτε ότι είναι αποδεκτό από εσάς να πάρετε;») (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002). Τονίζεται ότι η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος και η δίαιτα είναι καλό να μην διεξαχθούν ταυτόχρονα. Γίνεται συζήτηση σχετικά με τις προτεραιότητες και συζητιέται ποιο από τα δύο προβλήματα (κάπνισμα και βάρος) θέτει περισσότερο σε κίνδυνο την υγεία στην παρούσα φάση (Gritz et al., 1989; Perkins et al., 2008; Sorenson et al., 1992; Cheskin et al., 2005).

6) Αναφέρονται οι ουσίες, που περιέχονται στο τσιγάρο («Ουσίες», Παράρτημα 27) και ακολουθεί συζήτηση, που κυρίως επικεντρώνεται στο πώς αισθάνεται το άτομο μετά από τη συγκεκριμένη πληροφόρηση. Στόχος είναι να προβληματιστεί το άτομο, χωρίς όμως να πανικοβληθεί. Είναι σημαντικό να ακολουθήσουν ασκήσεις χαλάρωσης (Butler, 2001; Burbank & Riebe, 2002; Θεοδωράκης, 2010; Prochaska & DiClemente, 1983).

7) Γίνεται προσπάθεια να αλλάξει το άτομο την αυτοεικόνα του και να δει τον εαυτό του ως μη καπνιστή. Του ζητείται να φανταστεί με ποιο τρόπο θα ήταν διαφορετική η ζωή του, εάν διέκοπτε το κάπνισμα και ποιους θαυμάζει, που κατάφεραν και το έκοψαν (γνωστούς, φίλους, διάσημους) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991). Γίνεται διερεύνηση των αξιών του ατόμου και των σημαντικών πραγμάτων στη ζωή του και του ζητείται να πει πώς η καπνιστική συνήθεια ταιριάζει ή δεν ταιριάζει με την εικόνα του ή τις αξίες του (Miller, & Rollnick, 2002).

8) Συζητιέται η καταγραφή των βημάτων της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος σχετικός στόχος, π.χ. 20' περπάτημα μέρα παρά μέρα ή κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990). Ειδικά στην περίπτωση, που το άτομο έχει επιτύχει κάποια αλλαγή (για παράδειγμα αν κατάφερε τη μείωση των τσιγάρων ή την αλλαγή των στιγμών που κάπνιζε, κάτι που είχε βάλει ως στόχο την προηγούμενη εβδομάδα), η υιοθέτηση συνήθειας, όπως η άσκηση, μπορεί να βοηθήσει στην κατεύθυνση της επίτευξης του τελικού στόχου, που είναι η διακοπή του καπνίσματος (Prochaska & DiClemente, 1983). Εάν δεν έχουν δοθεί, δίνονται οι Κάρτες «Ωρα για άσκηση-1» (Παράρτημα 14) και «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15). Εάν το άτομο είναι εξοικειωμένο με την άσκηση, ο στόχος, που μπαίνει, είναι ανάλογος της επιθυμίας και συνήθειάς του (Annesi, 2002). Ρωτιέται το άτομο αν επιθυμεί συνάντηση με ειδικό γυμναστή και εάν ναι, κανονίζεται να συναντηθεί με συνεργάτη του προγράμματος την επόμενη εβδομάδα.

9) Αφού συζητηθεί η προσπάθεια μείωσης του αριθμού των τσιγάρων ή περιορισμού των περιοχών όπου καπνίζει (π.χ. σπίτι, αυτοκίνητο) ή αλλαγής των καπνιστικών συνηθειών (π.χ. τσιγάρο μόλις ξυπνάει) της προηγούμενης εβδομάδας, τίθεται εκ νέου εξατομικευμένος στόχος μέχρι την επόμενη συνάντηση και συγκεκριμένη ανταμοιβή για την επίτευξη αυτή, δηλαδή κάτι κερδίζει για καθετί που πετυχαίνει, με σκοπό την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς (DiClemente & Prochaska, 1985; 1992; Velicer et al., 1998). Καλό είναι το άτομο να αποφασίσει ποια τσιγάρα θα κόψει (τα λεγόμενα «δύσκολα» ή τα λεγόμενα «εύκολα»). Καθημερινά καταγράφει πόσα τσιγάρα κάπνισε (Burbank & Riebe, 2002).

10) Προτείνεται ως εργασία για το σπίτι η περιήγηση στο δικτυακό τόπο «Nosmoke.gr» και καταγράφεται ως εβδομαδιαίος στόχος (Burbank & Riebe, 2002).

11) Γίνεται συζήτηση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και δίνονται κάποιες πρώτες συμβουλές διατροφής με την Κάρτα «Διατροφή-1» (Παράρτημα 28) (Locke & Latham, 1990). Οι διατροφικές συμβουλές είναι βασισμένες στο άρθρο που αφορά τις διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα του Ανωτάτου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (1999).

12) Το άτομο εκπαιδεύεται στη συμπεριφορική τεχνική αυτοελέγχου «ασκήσεις χαλάρωσης» (Beck, 1995; Lazarus & Folkman, 1984), οι οποίες αρχικά επιδεικνύονται από τον σύμβουλο και στη συνέχεια ζητείται από το άτομο να τις επαναλάβει με συνοδεία του συμβούλου (Κάρτα «Αναπνοές-2», Παράρτημα 29).

13) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου», το οποίο κρατάει ο σύμβουλος (Παράρτημα 6).

δ) Βήμα 3^ο - Τέταρτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Με αφορμή τη συμπλήρωση του μέρους «Εναλλακτικές» του εντύπου «Άλλοι λόγοι – Εναλλακτικές» (Παράρτημα 21) συζητούνται οι εναλλακτικοί τρόποι αποκόμισης των ίδιων αποτελεσμάτων, προτείνοντας και επιλέγοντας υγιεινότερες συνήθειες στη θέση των ανθυγιεινών (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; DiClemente & Prochaska, 1985; Miller & Rollnick, 2002).

2) Συζητούνται οι αρνητικές σκέψεις και οι μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις, που διατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά, τροποποιούνται και αντικαθίστανται από θετικές σκέψεις

(Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991, 1996), μέσω των γνωσιακών τεχνικών της γνωσιακής αναδόμησης και τροποποίησης (Beck, 1995) και συμπληρώνεται το έντυπο «Αυτο-διάλογος» (Παράρτημα 30).

Σε αυτό το σημείο (όπως και στο προηγούμενο βήμα) είναι σημαντικό η συζήτηση να γίνει με τρόπο υποστηρικτικό, χωρίς αντιπαράθεση και αμφισβήτηση των όσων το άτομο λέει (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002; Μπούζος, 2004).

3) Παρέχονται γνώσεις και πληροφόρηση γύρω από τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος, δίνεται το έντυπο «Επιλογή» (Παράρτημα 31) και επιλέγει ο ενδιαφερόμενος μια από τις ακόλουθες εναλλακτικές: i) συμβουλευτική υποστήριξη και απότομη διακοπή του τσιγάρου, αν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τον εθισμό από τη νικοτίνη, ii) συμβουλευτική υποστήριξη, απότομη διακοπή του τσιγάρου και σκεύασμα νικοτίνης, π.χ. φάρμακο, τσίχλα ή αυτοκόλλητο, αν το άτομο πιστεύει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τον εθισμό από τη νικοτίνη, iii) συμβουλευτική υποστήριξη και σταδιακή μείωση του τσιγάρου, αν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τον εθισμό μόνο σιγά-σιγά, iv) συμβουλευτική υποστήριξη, σταδιακή μείωση του τσιγάρου και σκεύασμα νικοτίνης, π.χ. φάρμακο, τσίχλα ή αυτοκόλλητο, μόλις φτάσει στην Ημέρα Διακοπής ή μια εβδομάδα πριν, αν το άτομο δηλώνει ότι είναι φανατικός καπνιστής (Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006).

4) Οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής αναπλαισιώνονται και καλείται το άτομο να κάνει παρατηρήσεις πάνω στην προηγούμενη προσπάθεια, να θυμηθεί τις δυσκολίες, που αντιμετώπισε και να σκεφτεί τι θα άλλαζε και τι θα πρόσεχε περισσότερο αυτή τη φορά (συνέχεια της συζήτησης που ξεκίνησε στο προηγούμενο βήμα με την τεχνική της «Πίτας») (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002). Σε αυτό το βήμα δίνεται έμφαση στα σημεία, που το άτομο θα εστιάσει την προσοχή του στην τωρινή προσπάθεια διακοπής (τι πιστεύει ότι πρέπει να κάνει διαφορετικά, τι θα αποφύγει, τι θα επιδιώξει) και δίνεται το έντυπο «Θετικά και Δυσκολίες» (Παράρτημα 32) (Ajzen, 1985; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991).

5) Ενθαρρύνεται το άτομο να αναζητήσει βοήθεια και υποστήριξη από οικογένεια, φίλους, σύντροφο και από τον σύμβουλο τηλεφωνικά, αν παραστεί ανάγκη. Μετά από συζήτηση, το άτομο ορίζει το πρόσωπο, στο οποίο θα απευθυνθεί για στήριξη όταν θα προκύπτει ανάγκη και συζητιέται ο τρόπος, που το άτομο θα ενημερώσει το περιβάλλον για την προσπάθειά του (Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1991).

6) Γίνεται επιλογή της ημέρας, που θα γίνει η διακοπή του καπνίσματος (η ημερομηνία τοποθετείται περίπου δύο εβδομάδες μετά και είναι προτιμότερο να είναι καθημερινή).

Δίνεται η Κάρτα «Ημέρα Διακοπής» (Παράρτημα 33) και προτείνεται, συζητιέται και ορίζεται μια τελετουργία διακοπής του καπνίσματος, η οποία οργανώνεται με λεπτομέρεια (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller & Rollnick, 2002).

7) Δίνονται κάποιες ιδέες για την προετοιμασία μέχρι την οριστική απόφαση για διακοπή και ζητείται από το άτομο να αναφέρει με την τεχνική του καταγισμού ιδεών κάποιες δικές του ιδέες, να επιλέξει από αυτές τις πιο καλές και να τις καταγράψει. Δίνεται η Κάρτα «Καλές ιδέες» και συζητιέται με το άτομο (Παράρτημα 34) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller, & Rollnick, 2002).

8) Αφού συζητηθεί η προσπάθεια μείωσης του αριθμού των τσιγάρων ή περιορισμού των περιοχών όπου καπνίζει (π.χ. σπίτι, αυτοκίνητο) ή αλλαγής των καπνιστικών συνηθειών (π.χ. τσιγάρο μόλις ξυπνάει) της προηγούμενης εβδομάδας, τίθεται εκ νέου εξατομικευμένος στόχος μέχρι την επόμενη συνάντηση και συγκεκριμένη ανταμοιβή για την επίτευξη αυτή, δηλαδή κάτι κερδίζει για καθετί που πετυχαίνει, με σκοπό την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς (DiClemente & Prochaska, 1985; 1992; Velicer et al., 1998). Καλό είναι το άτομο να αποφασίσει ποια τσιγάρα θα κόψει (τα λεγόμενα «δύσκολα» ή τα λεγόμενα «εύκολα») και να προσπαθήσει να καπνίζει, όταν είναι η στιγμή, που το ίδιο έχει ορίσει και όχι όταν έχει επιθυμία να καπνίσει (π.χ. μισή ώρα μετά το φαγητό, 10 λεπτά μετά την πρώτη γουλιά καφέ). Καθημερινά καταγράφει πόσα τσιγάρα κάπνισε (Burbank & Riebe, 2002).

9) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα (εάν δεν έχει εμπλακεί τελικά ειδικός γυμναστής), π.χ. 30' περπάτημα μέρα παρά μέρα ή κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-2» (Παράρτημα 35) και «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

10) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, μετά από συμφωνία μαζί του, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του άγχους του ότι με τη διακοπή καπνίσματος θα πάρει κιλά (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

11) Εάν η ημέρα διακοπής οριστεί τις επόμενες μέρες (δηλαδή μέχρι την επόμενη συνάντηση), τότε δίνεται το «Ημερήσιο Ημερολόγιο Καπνίσματος» (Beck, 1995) του 4^{ου} Βήματος (Παράρτημα 36).

12) Συζητιούνται οι προηγούμενες προτάσεις διατροφής και προτείνονται κάποιες επιπλέον με την Κάρτα «Διατροφή-2» (Παράρτημα 37) (Locke & Latham, 1990).

13) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης (αναπνοές) και του ζητείται να τις επαναλάβει τρεις φορές μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση, κατά προτίμηση ως αντικατάσταση ενός τσιγάρου (Κάρτα «Αναπνοές-2», Παράρτημα 29) (Locke & Latham, 1990).

14) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

ε) Βήμα 4^ο - Πέμπτη συνεδρία (3^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Ζητείται από τον συμμετέχοντα να κρατήσει μέχρι την ημέρα της οριστικής διακοπής ένα ημερολόγιο καπνίσματος και για το λόγο αυτό του δίνεται το έντυπο «Ημερήσιο Ημερολόγιο Καπνίσματος» (Παράρτημα 36), το οποίο απαιτεί καθημερινή συμπλήρωση. Στόχος είναι να βοηθηθεί το άτομο έρθει αντιμέτωπο με τις συνήθειές του και να μπει στη διαδικασία να αυτοπαρατηρήσει τον εαυτό του (Beck, 1995; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006).

2) Γίνεται συζήτηση σχετικά με την τελετουργία διακοπής του καπνίσματος και το άτομο περιγράφει με λεπτομέρειες τον τόπο, το χρόνο, τα άτομα και τη διαδικασία (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002).

3) Συζητούνται οι καταστάσεις, που οδηγούν σε κάπνισμα, επιλέγονται τεχνικές για να ξεπεράσει το άτομο τον πειρασμό, συμπληρώνεται το έντυπο «Τεχνικές κατά του πειρασμού Ι» (Παράρτημα 38) και δίνεται η Κάρτα «Όταν θες πολύ ένα τσιγάρο» (Παράρτημα 39) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Prochaska et al., 1991, 1996).

4) Γίνεται συζήτηση γύρω από τα συμπτώματα και τις ενοχλήσεις, που έρχονται ως αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης, με αφορμή το έντυπο «Φρόντισε τον εαυτό σου» (Παράρτημα 40) (Burbank & Riebe, 2002; Θεοδωράκης, 2010; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006).

5) Γίνεται συζήτηση για τα οφέλη της άσκησης: περιορισμός του στρες, σωματική τόνωση, διαύγεια πνεύματος, αίσθηση ελέγχου, χαλάρωση, ευεξία, συναισθηματική σταθερότητα, αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων, έλεγχο του βάρους, βελτίωση της ποιότητας ζωής (Hassandra et al., 2012; Θεοδωράκης, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα,

2005; Prapavessis et al., 2008; Taylor et al., 2007; DeRuiter & Faulkner, 2006). Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να ενισχύσει και να ενθαρρύνει σε αυτή του την προσπάθεια το άτομο, αφού είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσει (με εβδομαδιαίους στόχους) τη φυσική δραστηριότητα ως βοήθημα στη διακοπή καπνίσματος, εάν πιστέψει στον εαυτό του ότι μπορεί να το κάνει και εάν πειστεί για την αποτελεσματικότητά της (Everson-Hock et al., 2010).

6) Υπάρχει η δυνατότητα να δοθεί είτε σε αυτό το βήμα, είτε στο επόμενο η Κάρτα «Δέσμευση» (Παράρτημα 41), η οποία δεσμεύει το άτομο και ταυτόχρονα του παρέχει ενίσχυση για την επιθυμητή συμπεριφορά και αμοιβή (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Miller, & Rollnick, 2002).

7) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 30' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-2» (Παράρτημα 35) και η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

8) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

9) Συζητιούνται οι προηγούμενες προτάσεις διατροφής και προτείνονται κάποιες επιπλέον με την Κάρτα «Διατροφή-3» (Παράρτημα 42) (Locke & Latham, 1990).

10) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης (αναπνοές) και του ζητείται να τις επαναλάβει τρεις φορές μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση σε όποια στιγμή το κρίνει αναγκαίο (Κάρτα «Αναπνοές-2», Παράρτημα 29) (Locke & Latham, 1990).

11) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

στ) Βήμα 5ο - Έκτη συνεδρία (3ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Γίνεται συζήτηση του καθημερινού ημερολογίου καπνίσματος «Ημερήσιο Ημερολόγιο Καπνίσματος» (Παράρτημα 36) και αναλύονται οι σκέψεις, τα συναισθήματα

και οι συνήθειες, που φαίνεται να ενισχύουν ή να δυσκολεύουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Συμπληρώνεται και συζητιέται το έντυπο «Καλές Στρατηγικές» (Παράρτημα 43) (Beck, 1995; Janz & Becker, 1984; Perkins et al., 2008; Rosenstock, 1974).

2) Γίνεται συζήτηση για τη σημασία που έχει η υποστήριξη από τους άλλους και η δέσμευση του ατόμου απέναντί τους (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι) ότι προσπαθεί να διακόψει το κάπνισμα, καθώς και η οργάνωση υποστηρικτικών εξόδων διασκέδασης, κατά της οποίες αποφεύγεται από όλους το κάπνισμα και επιβραβεύεται η προσπάθεια του ατόμου. Δίνεται η Κάρτα «Ακόμη ένας λόγος» (Παράρτημα 44) (Ajzen, 1988; Bandura, 1986; Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002).

3) Συζητιέται η συμφωνία του ατόμου με άλλους καπνιστές του οικείου περιβάλλοντός του για υποστήριξη της προσπάθειας (αποφυγή καπνίσματος εντός του σπιτιού ή κατά τον καφέ παρουσία του, μη έκθεση των τσιγάρων τους ή των σταχτοδοχείων, άρνηση να προσφέρουν τσιγάρο κ.α.) (Ajzen, 1988; Bandura, 1986; Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002)

4) Γίνεται συζήτηση για τις θετικές και αισιόδοξες σκέψεις, που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην προσπάθεια του ατόμου και δημιουργείται χώρος για συζήτηση και αντιμετώπιση δύσκολων συναισθημάτων, όπως λύπη, θυμός, φόβος. Στόχος είναι η ανάπτυξη και ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου. Συζητιέται το έντυπο «Ανάπτυξη Αυτοπεποίθησης» (παράρτημα 45), το οποίο αποτελεί βοήθημα του συμβούλου και δίνεται στο άτομο η Κάρτα «Υπενθύμιση και Ενίσχυση» (Παράρτημα 46) (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002; Μπρούζος, 2004; Van'T Riet et al., 2008; Prochaska et al., 1991)

5) Συζήτηση γύρω από την αλλαγή, που γίνεται στη ζωή του ατόμου, δημιουργία πλάνου και συζήτηση των τρόπων διατήρησης αυτού του πλάνου, στο οποίο το άτομο μπορεί να ανατρέχει κάθε φορά, που αντιμετωπίζει δυσκολίες στην προσπάθειά του ή έχει αμφιβολίες για αυτή. Για το σκοπό αυτό δίνεται το έντυπο «Πλάνο αλλαγής» (Παράρτημα 47), το οποίο δε συμπληρώνεται, αλλά συζητιέται και καταγράφονται με μορφή καταγισμού οι ιδέες του ατόμου και γίνεται δέσμευση να συμπληρωθεί στην επόμενη συνάντηση (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller, & Rollnick, 2002).

Ζητείται από το άτομο να οραματιστεί ένα μέλλον διαφορετικό και να κάνει ρεαλιστική εκτίμηση για το πώς θα είναι η ζωή του μετά την αλλαγή (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002).

6) Εάν δεν έχει δοθεί στο προηγούμενο βήμα, δίνεται τώρα η Κάρτα «Δέσμευση», αποσκοπεί στο να ενισχύσει τη δέσμευση του ατόμου (Παράρτημα 41) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Miller & Rollnick, 2002).

7) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 40' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-3» (Παράρτημα 48), η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15) και ζητείται η μέτρηση με το πεδόμετρο των βημάτων 3 τυχαίων ημερών μέχρι την επόμενη συνάντηση και δίνεται προς συμπλήρωση στο σπίτι το έντυπο «Κάρτα πεδόμετρου» (Παράρτημα 12).

8) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

9) Συζητιούνται οι προηγούμενες προτάσεις διατροφής και προτείνονται κάποιες επιπλέον με την Κάρτα «Διατροφή-4» (Παράρτημα 49) (Locke & Latham, 1990).

10) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης (αναπνοές) και του ζητείται να τις επαναλάβει όσες φορές το θεωρήσει βοηθητικό μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Κάρτα «Αναπνοές-2», Παράρτημα 29) Επίσης, παρουσιάζεται βιοματικά και δίνεται στο άτομο η άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) και ζητείται να την εφαρμόσει μέσα στην επόμενη εβδομάδα όποτε το κρίνει απαραίτητο (Beck, 1995; Locke & Latham, 1990).

11) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

ζ) Βήμα 6^ο - Εβδομη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)

Κατά το πέρασμα στο 4^ο στάδιο αλλαγής και στη δεύτερη φάση της παρακινητικής συνέντευξης, όπου είναι σημαντική πλέον η εξασφάλιση της δέσμευσης και η διαπραγμάτευση του σχεδίου αλλαγής, ώστε το άτομο να περάσει στη δράση, απαιτείται από τον σύμβουλο να ανακεφαλαιώσει το περιεχόμενο των προηγούμενων συνεδριών, διερευνώντας το πόσο έτοιμο είναι το άτομο να εντείνει την προσπάθεια αλλαγής, κάνοντάς του ερωτήσεις, όπως: «Πώς συνεχίζεις να αντιλαμβάνεσαι την καπνιστική συνήθεια (π.χ. ως πρόβλημα);», «Η αμφιθυμία σου για τη διακοπή σε ποιο σημείο βρίσκεται;», «Πιστεύεις ότι

οι λόγοι για να κόψεις το τσιγάρο βαραίνουν περισσότερο στη ζυγαριά από ό,τι οι λόγοι για να συνεχίσεις να καπνίζεις;», «Είναι σημαντική για εσένα η αλλαγή που επιδιώκεις;», «Πιστεύεις ότι θα τα καταφέρεις;», καθώς και ερωτήσεις για πιο πρακτικά ζητήματα, όπως: «Ορίστηκε ημερομηνία διακοπής;», «Μειώθηκε ο αριθμός των τσιγάρων ή τα μέρη που καπνίζεις (π.χ. όχι μέσα στο σπίτι ή το αυτοκίνητο);», «Μπορείς να αναβάλεις το επόμενο τσιγάρο ή να περιμένεις να έρθει η στιγμή που έχεις ορίσει (π.χ. 20' μετά την πρώτη γουλιά ποτού);», «Μπορείς να κάνεις έστω και μια βόλτα χωρίς να πάρεις μαζί σου τα τσιγάρα;». Ο σύμβουλος, αφού κάνει τη σύντομη αξιολόγηση, στοχεύει στην εξασφάλιση της προφορικής απόφασης του συμμετέχοντα να ακολουθήσει το σχέδιο αλλαγής και του υπενθυμίζει ότι ο ρόλος του είναι να τον υποστηρίξει σε αυτή του την απόφαση και δράση (Beck, 1995; Μπρούζος, 2004; Miller & Rollinick, 2002).

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

- 1) Γίνεται η ανακεφαλαίωση, όπως περιγράφηκε στην προηγούμενη παράγραφο.
- 2) Συμπληρώνεται το έντυπο «Πλάνο αλλαγής» (Παράρτημα 47), που συζητήθηκε στην προηγούμενη συνεδρία, αφού ο σύμβουλος με τη βοήθεια ανοιχτών ερωτήσεων συνοψίζει το σχέδιο, που σχεδιάσανε μαζί και ταιριάζει με τις ανάγκες και πεποιθήσεις του ατόμου (Beck, 1995; Μπρούζος, 2004; Miller & Rollinick, 2002).

Μετά την καταγραφή του σχεδίου δράσης και τις τροποποιήσεις του, ο σύμβουλος ζητάει την άμεση δέσμευση του ατόμου, διερευνώντας εάν είναι αυτό που πραγματικά θέλει να κάνει. Εάν το άτομο δείχνει χαμηλή δέσμευση («δεν είμαι σίγουρος», «θέλω να το σκεφτώ λίγο», «δεν ξέρω...»), ο σύμβουλος διαπραγματεύεται την αμφιθυμία του, χρησιμοποιώντας μεθόδους της προηγούμενης φάσης, χωρίς να γίνει πιεστικός (π.χ. συζήτηση της λίστας θετικών / αρνητικών, έμφαση στο επόμενο σημείο της παρούσας συνεδρίας, δηλαδή το Νο 3) (Beck, 1995; Μπρούζος, 2004; Miller & Rollinick, 2002).

- 3) Γίνεται συζήτηση γύρω από τα φυσικά συμπτώματα και τις αρνητικές σκέψεις και τη μετατροπή των αρνητικών σε θετικές, ώστε να βοηθηθεί το άτομο να αποφύγει την υποτροπή, μιας και έχει διπλό δύσκολο ρόλο: να διατηρήσει τις θετικές αλλαγές, που έχει πετύχει και να αντισταθεί σε ιδέες εγκατάλειψης της προσπάθειάς του. Γίνεται αναφορά στην Κάρτα του 4^{ου} βήματος «Φρόντισε τον εαυτό σου» (Παράρτημα 40) και στην Κάρτα του 3^{ου} βήματος «Αυτοδιάλογος» (Παράρτημα 30) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Θεοδωράκης, 2010; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991, 1996).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η διακοπή του καπνίσματος καλό είναι να μην τίθεται με όρους απαγόρευσης: «Δεν επιτρέπεται να καπνίσω ποτέ ξανά», γιατί

εγείρει ζητήματα του τύπου: ποιος δεν το επιτρέπει; ποιος μπορεί να διασφαλίσει το «ποτέ»; πώς μπορεί κανείς να ξέρει για το πολύ μακρινό μέλλον; Συνεπώς, είναι βοηθητικό η διακοπή καπνίσματος να ορίζεται ως επιλογή του ατόμου, η οποία μάλιστα αφορά το εγγύς μέλλον και αποτελεί μια απόφαση που παίρνεται καθημερινά: «επιλέγω και σήμερα να μην καπνίσω». Έτσι, είναι πιο βοηθητική η σκέψη «επιλέγω να το κόψω» παρά η σκέψη «είμαι αναγκασμένος να το κόψω» και αντίστοιχα η σκέψη «όταν μού'ρχεται να κάνω ένα τσιγάρο, θα απασχολώ το μυαλό μου και τα χέρια μου με κάτι άλλο» στη θέση της σκέψης «δεν επιτρέπεται να έχω στο μυαλό μου το τσιγάρο / είμαι αναγκασμένος να βγάλω από το μυαλό μου το τσιγάρο» (Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002; Μπρούζος, 2004).

4) Γίνεται συζήτηση και επεξεργασία των τεχνικών, που βοηθούν στην αντιμετώπιση του πειρασμού με τη συμπλήρωση του εντύπου «Τεχνικές κατά του πειρασμού II» (Παράρτημα 51) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991, 1996).

5) Δίνεται η κάρτα «Ετοιμάσου για...» (Παράρτημα 52) και προετοιμάζεται το άτομο ώστε να αντιμετωπίσει τυχόν σχόλια και συμπεριφορές από άλλους αναφορικά με την προσπάθειά του διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006).

6) Το άτομο αποφασίζει τους τρόπους, με τους οποίους θα επιβραβεύσει τον εαυτό του για ό,τι πέτυχε έως σήμερα για τη διακοπή καπνίσματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και δίνεται το έντυπο επιβράβευσης «Μου αξίζει» (Παράρτημα 53). Επίσης, συμφωνείται ένας τρόπος επιβράβευσης του ατόμου για τους μικρότερους εβδομαδιαίους στόχους, που πετυχαίνει (αγορά βιβλίου, έξοδος κ.α.) και δίνεται το έντυπο «Επιβράβευση» (Παράρτημα 54) και συμφωνείται να ισχύει από το επόμενο βήμα (βήμα 7ο). Με αφορμή την επιβράβευση γίνεται υπενθύμιση στο άτομο (με στόχο την τόνωση της αυτοπεποίθησης) όλων όσων πέτυχε έως σήμερα αναφορικά με τις υγιεινές συμπεριφορές (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Feltz et al., 2008; Glanz et al., 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska & DiClemente, 1983; Van'T Riet et al., 2008).

7) Δημιουργία εξατομικευμένου προγράμματος δραστηριοτήτων με τη συμπλήρωση του εντύπου «Εβδομαδιαίο πρόγραμμα» (Παράρτημα 55), που θα βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί σε ένα διαφορετικό τρόπο συμπεριφοράς, εισάγοντας τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινότητά του και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του. Οι στόχοι, που τίθενται, πρέπει να είναι ξεκάθαροι, μετρήσιμοι και ρεαλιστικοί (Beck, 1995; DeRuiter & Faulkner, 2006; Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 1990; Miller & Rollnick, 2002; Taylor et al., 2007).

8) Συζητιέται κατά πόσο τα μηνύματα υποστήριξης στο κινητό μπορεί να βοηθήσουν το άτομο (Kahneman, 2003; Moorman and Putte, 2008; Van'T Riet et al., 2008). Εάν το άτομο τα βρίσκει βοηθητικά, τότε συμφωνείται η αποστολή τους σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανά δύο ημέρες περίπου) από τον σύμβουλο μέχρι την επόμενη συνάντηση. Το περιεχόμενο των μηνυμάτων συμφωνείται εξατομικευμένα μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου και βασίζεται σε όσα ο συμβουλευόμενος αναφέρει ως βοηθητικά για τη διακοπή του καπνίσματος. Για παράδειγμα, το περιεχόμενο των μηνυμάτων μπορεί να αφορά: οδηγίες («όταν έχεις επιθυμία για τσιγάρο, πιες λίγο νερό»), φράσεις ενίσχυσης και ενθάρρυνσης («θα τα καταφέρεις!»), υπενθύμιση κέρδους διακοπής / απώλειας μη διακοπής, υπενθύμιση του πιο σημαντικού λόγου διακοπής, που το άτομο είχε αναφέρει στο 2^ο βήμα στη συζήτηση της κάρτας «Λόγοι για να καπνίζεις – Λόγοι για να το διακόψεις», υπενθύμιση θετικών και αισιόδοξων σκέψεων που στο 5^ο βήμα το άτομο είχε αναφέρει ότι βοηθούν στην προσπάθειά του. Επίσης, συμφωνείται η τηλεφωνική επικοινωνία του ατόμου με τον σύμβουλο, εάν αυτό κριθεί βοηθητικό από το άτομο (Burbank & Riebe, 2002; Rosenstock, 1974).

9) Ενισχύεται το άτομο να τροποποιήσει το περιβάλλον του προκειμένου να υπάρχουν στοιχεία, που υπενθυμίζουν και ενθαρρύνουν την προσπάθειά του: χαρτάκια με ενισχυτικά μηνύματα σε διάφορα σημεία του σπιτιού ή του γραφείου, αυτοκόλλητα κ.α. (Beck, 1995; Bandura, 1986, 1997; Burbank & Riebe, 2002).

10) Συζητιέται η καταγραφή των βημάτων της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 50' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-4» (Παράρτημα 56) και η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

11) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

12) Συζητιούνται οι προηγούμενες προτάσεις διατροφής και προτείνονται κάποιες επιπλέον με την Κάρτα «Διατροφή-5» (Παράρτημα 57) (Locke & Latham, 1990).

13) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης «Αναπνοές-2» (Παράρτημα 29) και την άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) όσες φορές το θεωρήσει βοηθητικό μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Beck, 1995; Locke & Latham, 1990).

14) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την

συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

η) Βήμα 7^ο - Ογδοη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Γίνεται συζήτηση για τη δημιουργία νέας πραγματικότητας για το άτομο, νέας εικόνας του εαυτού του και εγκαθίδρυση νέας ρουτίνας στην καθημερινότητά του. Η συζήτηση επικεντρώνεται σε θέματα, όπως τι σημαίνουν αυτές οι αλλαγές για το ίδιο το άτομο, τι το δυσκολεύει, τι προκύπτει ως όφελος. Συζητιέται το υλικό «Διαχείριση χρόνου» (Παράρτημα 58) και δίνονται οι ασκήσεις «Ημερολόγιο για διαχείριση χρόνου» (Παράρτημα 59) και «Στόχοι για διαχείριση χρόνου» (Παράρτημα 60) (Bandura, 1997; Beck, 1995; Miller, & Rollnick, 2002).

2) Οργανώνεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων, συζητώντας το έντυπο «Εβδομαδιαίο πρόγραμμα» (Παράρτημα 55), προκειμένου να ενδυναμωθεί και να οργανωθεί το νέο προφίλ του ατόμου, στη ζωή του οποίου η άσκηση αποτελεί πλέον αναπόσπαστο στοιχείο της καθημερινής του ρουτίνας (Bandura, 1997; Beck, 1995; Locke & Latham, 1990; Miller, & Rollnick, 2002; Taylor et al., 2007).

3) Γίνεται συζήτηση και επεξεργασία των τεχνικών, που βοηθούν στην αντιμετώπιση του πειρασμού με τη συμπλήρωση του εντύπου «Τεχνικές κατά του πειρασμού III» (Παράρτημα 61) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska et al., 1991, 1996).

4) Συμφωνείται η συνέχιση της αποστολής μηνυμάτων υποστήριξης στο κινητό, εάν αυτά θεωρούνται βοηθητικά από το άτομο (Burbank & Riebe, 2002; Rosenstock, 1974).

5) Αποφασίζεται η επιβράβευση του ατόμου για τους εβδομαδιαίους στόχους, που πέτυχε, με το έντυπο «Επιβράβευση» (Παράρτημα 54) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Van'T Riet et al., 2008; Feltz et al., 2008; Prochaska & DiClemente, 1983).

6) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 60' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-5» (Παράρτημα 62) και η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

7) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

8) Συζητούνται οι προηγούμενες προτάσεις διατροφής και προτείνονται κάποιες επιπλέον με την Κάρτα «Διατροφή-6» (Παράρτημα 63) (Locke & Latham, 1990).

9) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης «Αναπνοές-2» (Παράρτημα 29) και την άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) όσες φορές το θεωρήσει βοηθητικό μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Beck, 1995; Locke & Latham, 1990).

10) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

θ) Βήμα 8^ο - Ένατη συνεδρία (4^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Γίνεται συζήτηση γύρω από την υγιεινή διατροφή και τον έλεγχο του βάρους και δίνονται αντίστοιχες πληροφορίες με τα έντυπα «Έλεγχος βάρους» (Παράρτημα 64), «Διατροφικές πληροφορίες» (Παράρτημα 65), «Θερμίδες» (Παράρτημα 66), «Πρόταση Διατροφής» (Παράρτημα 67) (Perkins, 2008).

2) Διερευνώνται και συζητούνται τυχόν ανησυχίες και προβληματισμοί του ατόμου γύρω από την απόκτηση βάρους, που συνδέεται με τη διακοπή καπνίσματος. Τονίζεται ότι τα οφέλη για την υγεία από τη διακοπή καπνίσματος είναι πολύ περισσότερα από εκείνα της αποφυγής απόκτησης λίγων κιλών παραπάνω (συνήθως οι καπνιστές, που κόβουν το τσιγάρο, παίρνουν γύρω στα 4 κιλά). Επισημαίνεται ότι η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος μπορεί να υπονομευτεί σοβαρά (κυρίως σε επίπεδο «υποτροπών») από μια ταυτόχρονη προσπάθεια για δίαιτα, για αυτό καλό θα ήταν να περάσει ένα ασφαλές χρονικό διάστημα 6 με 12 μηνών από τη διακοπή του τσιγάρου, πριν ξεκινήσει το άτομο πρόγραμμα δίαιτας. Γίνεται υπενθύμιση ότι η σωστή και υγιεινή διατροφή, χωρίς δίαιτα, μπορεί να αποτρέψει την απόκτηση κιλών και αποτελεί άλλωστε βασικό στοιχείο στην αλλαγή των συνηθειών του ατόμου, που αφορούν την υγεία, την εμφάνιση, την εικόνα του και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του (διατροφή, άσκηση, απουσία τσιγάρου, φροντίδα εαυτού, βελτίωση καθημερινότητας) (Cheskin et al., 2005; Gritz et al., 1989; Perkins, 2008; Perkins et al., 1997; Sorenson et al., 1992).

3) Συζητιούνται οι πιθανότητες «υποτροπής» και τονίζεται ότι ένα παραστράτημα καλό είναι να μη θεωρηθεί υποτροπή, αλλά απλώς ένα παροδικό λάθος, που δεν ακυρώνει την προηγούμενη προσπάθεια, ούτε επιστρέφει το άτομο στην προηγούμενη εικόνα (ενός ατόμου που καπνίζει). Το άτομο ενθαρρύνεται να εστιάσει στις συνθήκες και καταστάσεις, που ευνόησαν το παραστράτημα, οι οποίες μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο. Γίνεται υπενθύμιση των λόγων, που το άτομο αποφάσισε να κόψει το τσιγάρο και του οφέλους, που θα έχει από μια τέτοια διακοπή. Σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια σπιρομέτρηση (εάν έχει γίνει και στο 1^ο βήμα) και να συζητηθούν τα αποτελέσματα σε σύγκριση με εκείνα πριν γίνει η διακοπή του τσιγάρου και να μπει ως θέμα συζήτησης η γενικότερη βελτίωση της υγείας το ατόμου, που διέκοψε το κάπνισμα (αντοχή, φυσική κατάσταση, συχνότητα κρυολογημάτων, βραχνάδα). Σημαντικό επίσης είναι να τονιστεί η επίδραση, που έχει στους άλλους η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας. Επιπλέον, επισημαίνεται η χρησιμότητα της αναζήτησης υποστήριξης σε τέτοιες στιγμές και δίνεται το έντυπο «Πρόληψη Υποτροπής» (Παράρτημα 68) (Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Perkins, 2008; Prochaska, 1996).

Σε περίπτωση που έχει υπάρξει παραστράτημα/υποτροπή είναι σημαντικό να διερευνηθεί, εάν αυτό κάνει το άτομο να θέλει: i) να σταματήσει εντελώς την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (1^ο στάδιο αλλαγής: δεν υπάρχει σκέψη για αλλαγή) ή να τη σταματήσει προσωρινά (2^ο στάδιο αλλαγής: υπάρχει σκέψη για αλλαγή μέσα στους επόμενους 6 μήνες), ii) να σταματήσει την προσπάθεια για λίγο και να αρχίσει πάλι να προετοιμάζεται για τη διακοπή (3^ο στάδιο αλλαγής: αλλαγή μέσα στον επόμενο μήνα).

Στην πρώτη περίπτωση, καλό είναι ο σύμβουλος να δώσει εκ νέου πληροφορίες για το κάπνισμα και τα οφέλη της διακοπής και να κάνει συζήτηση για τα υπέρ και τα κατά, χρησιμοποιώντας αντίστοιχα έντυπα προγενέστερων σταδίων, προκειμένου να δώσει το άτομο τη σημασία, που χρειάζεται, στο κέρδος που θα έχει (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002).

Στη δεύτερη περίπτωση, το άτομο είναι πιθανό να έχασε την αυτοπεποίθηση και την πίστη ότι μπορεί να αντισταθεί σε πειρασμούς και για αυτό καλό είναι ο σύμβουλος να συζητήσει εκτενώς τι είναι αυτό (περιβάλλον, καταστάσεις, σκέψεις) που προκάλεσε ή ευνόησε την υποτροπή και να σχεδιάσει με το άτομο εκ νέου ένα σχέδιο αντιμετώπισης των πειρασμών, με τη χρήση παλιότερων σχετικών εντύπων (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Perkins, 2008; Prochaska, 1996).

4) Οργανώνεται εκ νέου το εξατομικευμένο πρόγραμμα εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων, συζητώντας το έντυπο «Εβδομαδιαίο πρόγραμμα» (Παράρτημα 55),

προκειμένου να ενδυναμωθεί και να οργανωθεί το νέο προφίλ του ατόμου (Bandura, 1997; Beck, 1995; Locke & Latham, 1990; Miller, & Rollnick, 2002; Taylor et al., 2007).

5) Συμφωνείται η συνέχιση της αποστολής μηνυμάτων υποστήριξης στο κινητό, εάν αυτά εξακολουθούν να θεωρούνται βοηθητικά από το άτομο (Burbank & Riebe, 2002; Rosenstock, 1974).

6) Αποφασίζεται η επιβράβευση του ατόμου για τους εβδομαδιαίους στόχους, που πέτυχε, με το έντυπο «Επιβράβευση» (Παράρτημα 54) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Van'T Riet et al., 2008; Feltz et al., 2008; Prochaska & DiClemente, 1983).

7) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 60' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-5» (Παράρτημα 62), η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

8) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

9) Γίνεται υπενθύμιση του ατόμου όλων όσων έχει καταφέρει διατροφικά. Η υγιεινή διατροφή έχει γίνει πλέον μέρος της ζωής του, για αυτό του δίνεται ξανά η Κάρτα «Διατροφή-6» (Παράρτημα 63) (Locke & Latham, 1990).

10) Προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης «Αναπνοές-2» (Παράρτημα 29) και την άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) όσες φορές το θεωρήσει βοηθητικό μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Beck, 1995; Locke & Latham, 1990).

11) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

1) Βήμα 9^ο - Δέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Δίνονται τα έντυπα «Στο δρόμο χωρίς τσιγάρο» (Παράρτημα 69) και «Αναρχίσεις το κάπνισμα» (Παράρτημα 70) και γίνεται συζήτηση σχετικά με τα παραστρατήματα και την υποτροπή. Τονίζεται ότι τα παραστρατήματα είναι αναμενόμενα

πολλές φορές και σίγουρα ανθρώπινα και σε καμία περίπτωση δε συνιστούν μια πλήρη υποτροπή, ανησυχία, καταστροφή ή ακύρωση της προσπάθειας. Είναι σημαντικό να μελετώνται οι συνθήκες, που ευνοούν το παραστράτημα και οι καταστάσεις, που θεωρούνται υψηλού κινδύνου και να επιστρατεύονται οι στρατηγικές αποφυγής αυτών των καταστάσεων και αντιμετώπισης των παραστρατημάτων (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Perkins, 2008; Prochaska, 1991, 1996; Proscaska & DiClemente, 1983).

2) Προσπάθεια συντήρησης της αλλαγής μέσω του ελέγχου των δυσλειτουργικών σκέψεων και αντιλήψεων με τη διερεύνηση καταστάσεων που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο το αποτέλεσμα, καθώς και μέσω της ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης και συζητούνται τα έντυπα «Πλάνο αλλαγής» (Παράρτημα 47), «Επικίνδυνη κατάσταση» (Παράρτημα 71) και «Μάθε να λες ΟΧΙ» (Παράρτημα 72) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Perkins, 2008; Prochaska, 1991, 1996; Proscaska & DiClemente, 1983).

3) Παρουσιάζονται και συζητούνται τρόποι και τεχνικές διαχείριση του άγχους, με το έντυπο «Stress» (Παράρτημα 73). Επίσης, προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης «Αναπνοές-2» (Παράρτημα 29) και την άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) όσες φορές το θεωρήσει βοηθητικό μέσα στην εβδομάδα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Beck, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; Locke & Latham, 1990).

4) Αποφασίζεται η επιβράβευση του ατόμου για τους εβδομαδιαίους στόχους, που πέτυχε, με το έντυπο «Επιβράβευση» (Παράρτημα 54) (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Glanz et al., 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Van'T Riet et al., 2008; Feltz et al., 2008; Prochaska & DiClemente, 1983).

5) Δημιουργείται το εξατομικευμένο πρόγραμμα εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων, συζητώντας το έντυπο «Εβδομαδιαίο πρόγραμμα» (Παράρτημα 55), προκειμένου να ενδυναμωθεί και να οργανωθεί το νέο προφίλ του ατόμου (Bandura, 1997; Beck, 1995; Locke & Latham, 1990; Miller, & Rollnick, 2002; Taylor et al., 2007).

6) Συζητιέται η άσκηση ή το περπάτημα της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 60' περπάτημα κάθε μέρα μέχρι την επόμενη συνάντηση (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-5» (Παράρτημα 62), η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15) και ζητείται η μέτρηση με το πεδόμετρο των βημάτων 3 τυχαίων ημερών μέχρι την επόμενη συνάντηση και δίνεται προς συμπλήρωση στο σπίτι το έντυπο «Κάρτα πεδόμετρου» (Παράρτημα 12).

7) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

8) Γίνεται υπενθύμιση του ατόμου όλων όσων έχει καταφέρει διατροφικά και δίνεται ξανά η Κάρτα «Διατροφή-6» (Παράρτημα 63) (Locke & Latham, 1990).

9) Γράφονται στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι» (Παράρτημα 18), το οποίο παραδίδεται στο άτομο, όλοι οι εξατομικευμένοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

κ) Βήμα 10^ο - Ενδέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Συζήτηση σχετικά με τους μελλοντικούς στόχους και σταθεροποίηση / μονιμοποίηση της αλλαγής. Είναι σημαντικό να συζητηθεί η στάση του ατόμου απέναντι στους πειρασμούς κατά τη διάρκεια της διατήρησης της νέας συμπεριφοράς στους επόμενους μήνες: i) ανάκληση αποδεδειγμένα αποτελεσματικών στρατηγικών, ii) επιλογή θετικών σκέψεων και δραστηριοτήτων σε περιπτώσεις αμφιβολιών για τη συνέχιση του νέου τρόπου ζωής, iii) σκέψη ότι το άτομο έχει κατακτήσει με κόπο το δικαίωμα να σκέφτεται και να συμπεριφέρεται ως ένας πρώην καπνιστής και μπορεί αυτή η νέα εικόνα να λειτουργήσει παραδειγματικά και να βοηθήσει φίλους και συγγενείς να κόψουν το τσιγάρο.

Βοηθητικό προς αυτή την κατεύθυνση της διατήρησης θα μπορούσαν να είναι και διάφορα πράγματα ή αντικείμενα υπενθύμισης: χαρτάκια στο ψυγείο με τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος, αντίστοιχα χαρτάκια στο πορτοφόλι ή τον καθρέφτη του μπάνιου κ.α. (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska, 1991, 1996; Proscaska & DiClemente, 1983).

2) Για τον έλεγχο του άγχους προτείνεται στο άτομο να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης «Αναπνοές-2» (Παράρτημα 29) και την άσκηση «Νοερή Απεικόνιση» (Παράρτημα 50) όσες φορές στο εξής το θεωρεί βοηθητικό (Beck, 1995; Locke & Latham, 1990).

3) Συζητιέται η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης με στόχο την αντιμετώπιση της βιολογικής και ψυχολογικής εξάρτησης (ομαδικές συναντήσεις, περίπατοι, έξοδοι) και η ενίσχυση του εαυτού με αμοιβές για στόχους, που επετεύχθησαν τον τελευταίο μήνα και συζήτηση του εντύπου «Μου αξίζει» (Παράρτημα 53). Επίσης αναπτύσσεται συζήτηση για συνέχιση μιας τέτοιας στάσης και τους επόμενους μήνες προκειμένου να διατηρηθεί η

αλλαγή (Beck, 1995; Burbank & Riebe, 2002; Miller, & Rollnick, 2002; Prochaska, 1991, 1996; Proscaska & DiClemente, 1983).

4) Συζητιέται η «Προσευχή της γαλήνης» (Παράρτημα 74), η οποία εφαρμόζεται σε προγράμματα απεξάρτησης από ουσίες, όπως το αλκοόλ, σε ομάδες απεξάρτησης δώδεκα βημάτων (η πρώτη γραπτή αναφορά αυτής της προσευχής ήταν σε ένα κήρυγμα του Αμερικανού θεολόγου Reinhold Niebuhr το 1943 και χωρίς να είναι απόλυτα εξακριβωμένο, φαίνεται να την έχει εμπνευστεί ο ίδιος). Τονίζεται η ανάγκη το άτομο: i) να τοποθετεί τα πράγματα σύμφωνα με τη βαρύτητα, που τους ταιριάζει, ii) να έχει επίγνωση των δυνατοτήτων του, iii) να έχει στο νου του ότι η πίστη στον εαυτό είναι απαραίτητη, αλλά η υποτίμηση των κινδύνων μπορεί να υπονομεύσει τις κατακτήσεις του, iv) να αναλαμβάνει την ευθύνη των πράξεών του και των παραστρατημάτων του, μιας και αυτά αποτελούν ένδειξη της ανθρώπινης υπόστασής του, v) να συνειδητοποιεί ότι η αναστάτωση, η απογοήτευση και η αυτολύπηση δεν μπορούν να βοηθήσουν στην όποια προσπάθειά του, vi) να έχει στο νου του ότι χρειάζεται θέληση και υπομονή για να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις και τις δυσκολίες ενός νέου τρόπου ζωής και ενός διαφορετικού και αλλαγμένου εαυτού.

5) Δημιουργείται το εξατομικευμένο πρόγραμμα εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων για το επόμενο διάστημα, συζητώντας το έντυπο «Εβδομαδιαίο πρόγραμμα» (Παράρτημα 55), προκειμένου να ενδυναμωθεί και να οργανωθεί το νέο προφίλ του ατόμου (Bandura, 1997; Beck, 1995; Locke & Latham, 1990; Miller, & Rollnick, 2002; Taylor et al., 2007).

6) Συζητιέται η καταγραφή των βημάτων της προηγούμενης εβδομάδας και επιλέγεται ο κατάλληλος στόχος όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, π.χ. 60' περπάτημα κάθε μέρα στο εξής (Bodenheimer & Handley; Locke & Latham, 1990) και δίνεται για τελευταία φορά και δίνεται η Κάρτα «Ωρα για άσκηση-5» (Παράρτημα 62) και η Κάρτα «Σφυγμοί» (Παράρτημα 15).

7) Γίνεται μέτρηση του βάρους του ατόμου, ώστε να έχει αίσθηση ελέγχου του βάρους του (Gritz et al., 1989; Sorenson et al., 1992).

8) Γίνεται υπενθύμιση του ατόμου όλων όσων έχει καταφέρει διατροφικά και δίνεται ξανά η Κάρτα «Διατροφή-6» για το υπόλοιπο διάστημα (Παράρτημα 63) (Locke & Latham, 1990).

9) Γίνεται παρουσίαση και εκπαίδευση στην τεχνική Focusing (Gendlin, 2006), καθώς η εσωτερική εστίαση κρίνεται σημαντική προκειμένου το άτομο να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο υποτροπών. Το έντυπο «Τεχνική Focusing» (Gendlin, 2006) (Παράρτημα 75) αποτελεί βοήθημα του συμβούλου και δεν δίνεται στον συμμετέχοντα.

10) Όλοι οι μακροχρόνιοι στόχοι, που τέθηκαν σε αυτή την συνάντηση, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονται στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου» (Παράρτημα 6).

λ) Τελική Αξιολόγηση - Δωδέκατη συνεδρία (5^ο στάδιο αλλαγής)

Κύρια σημεία της συνεδρίας:

1) Γίνεται χρήση του δεύτερου τμήματος του εντύπου «Ατομικό Προφίλ» (Παράρτημα 5) εν είδει ημιδομημένης συνέντευξης, το οποίο αφορά τις μετά την παρέμβαση πληροφορίες για το άτομο, καθώς και την αξιολόγηση του προγράμματος από το άτομο.

2) Γίνεται αξιολόγηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας (Prochaska et al., 1991) με το αντίστοιχο τεστ «Αυτοαποτελεσματικότητα-2» (Παράρτημα 76) και γίνεται η σύγκριση με το αποτέλεσμα του αντίστοιχου τεστ που έλαβε χώρα στην αρχή της παρέμβασης.

3) Ενημερώνεται το άτομο για τη διαδικασία του Follow up, η οποία ξεκινάει με την ολοκλήρωση του προγράμματος και αφορά 3 συναντήσεις σε ατομικό επίπεδο για τους επόμενους 3 μήνες και τηλεφωνικές επικοινωνίες σε μηνιαία βάση για άλλους 6 μήνες.

4) Γίνεται εφαρμογή της τεχνική Focusing (Gendlin, 2006) (Παράρτημα 75), καθώς η εσωτερική εστίαση κρίνεται σημαντική προκειμένου το άτομο να αντιμετωπίζει στο εξής τον κίνδυνο υποτροπών.

Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχομένου και για την οργάνωσή τους χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις και οι ποιοτικές πληροφορίες, που αφορούσαν τις κύριες ερωτήσεις της ημιδομημένης συνέντευξης (Παράρτημα 5), κωδικοποιήθηκαν κυρίως σε 3 σειρές, κάποιες σε δύο και μία σε τέσσερις. Η πρώτη σειρά κωδικοποίησης προέκυψε από τις ερωτήσεις, η δεύτερη σειρά αποτέλεσε υποκατηγορία της πρώτης, η τρίτη υποκατηγορία της δεύτερης και η τέταρτη υποκατηγορία της τρίτης. Η κωδικοποίηση έλαβε χώρα μετά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων με το πέρας του προγράμματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ομάδα Παρέμβασης

Προσωπικά στοιχεία

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία.

Πίνακας 5. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Φύλο			
Άρρεν	8 (26.7%)	6 (20%)	14 (46.7%)
Θήλυ	10 (33.3%)	6 (20%)	16 (53.3%)
Ηλικία			
20-24 ετών	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)
25-34 ετών	3 (10%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)
35-44 ετών	11 (36.7%)	6 (20%)	17 (56.7%)
45-54 ετών	2 (6.7%)	4 (13.3%)	6 (20%)
55 και άνω	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος	7 (23.3%)	1 (3.3%)	8 (26.7%)
Έγγαμος	1 (3.3%)	3 (10%)	4 (13.3%)
Έγγαμος με 1 παιδί	1 (3.3%)	3 (10%)	4 (13.3%)
Έγγαμος με 2 παιδιά	8 (26.7%)	2 (6.7%)	10 (33.3%)
Έγγαμος με 3 παιδιά	0%	2 (6.7%)	2 (6.7%)
Έγγαμος με 4 παιδιά	0%	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Διαζευγμένη	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)
Εκπαίδευση			
Απόφοιτος/η Δημοτικού	1 (3.3%)	0 %	1 (3.3%)
Απόφοιτος/η Λυκείου	2 (6.7%)	2 (6.7%)	4 (13.4%)
Απόφοιτος/η ΙΕΚ	2 (6.7%)	0 %	2 (6.7%)
Απόφοιτος/η ΑΕΙ	13 (43.3%)	10 (33.3%)	23 (76.7%)
Εργασία			
Αυτοαπασχολούμενος/η	5 (16.7%)	1 (3.3%)	7 (20%)
Ετεροαπασχολούμενος/η	10 (33.3%)	10 (33.3%)	20 (66.6%)
Άνεργος/η	2 (3.3%)	1 (3.3%)	3 (10%)
Συνταξιούχος	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)

Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν τριάντα (30), δεκατέσσερις (14) άντρες, δεκαέξι (16) γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20 έως 60 ετών, με ΜΟ τα 40 έτη. Η πλειοψηφία των ατόμων δήλωσε παντρεμένοι (70%) και το 56.6% με παιδιά. Η πλειοψηφία (76.7%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και ετεροαπασχολούμενοι (66.6%).

Ενημέρωση για το πρόγραμμα

Η ενημέρωση των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έγινε από διάφορες πηγές. Το μεγαλύτερο ποσοστό (63.4%) ενημερώθηκε και κινητοποιήθηκε για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα από κάποιον σύμβουλο του προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Σημαντικό ποσοστό (20%) ενημερώθηκε για το πρόγραμμα από Δελτίο Τύπου, που δημοσιεύτηκε στις τοπικές και ηλεκτρονικές εφημερίδες. Κάποιοι συμμετέχοντες προσήλθαν στο πρόγραμμα έπειτα από παραπομπή από το ιατρείο διακοπής καπνίσματος του νοσοκομείου Τρικάλων (10%), ή από φίλους, που γνώριζαν για την ύπαρξη και τη λειτουργία του προγράμματος διακοπής καπνίσματος (6.6%).

Οικογενειακό ιστορικό

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται το ιστορικό καπνίσματος της οικογένειας, δηλαδή εάν και ποια μέλη της οικογένειας του συμμετέχοντα καπνίζουν.

Πίνακας 6. Οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Σύζυγος /Σύντροφος			
Καπνίζει	8 (26.7%)	5 (16.7%)	13 (43.4%)
Δεν καπνίζει	2 (6.7%)	7 (23.3%)	9 (30%)
Πατέρας			
Καπνίζει	8 (26.7%)	3 (10%)	11 (36.7%)
Δεν καπνίζει	7 (23.3%)	9 (30%)	16 (53.3%)
Μητέρα			
Καπνίζει	2 (6.7%)	0%	2 (6.7%)
Δεν καπνίζει	17 (56.7%)	9 (30%)	26 (86.7%)
Αδέρφια			
Καπνίζουν	9 (30%)	2 (3.3%)	11 (36.7%)
Δεν καπνίζουν	6 (20%)	7 (23.3%)	13 (43.3%)

Φαίνεται ότι το 43.4% των ατόμων έχουν συντρόφους που καπνίζουν, το 36.7% πατέρες, το 6.7% μητέρες και το 36.7% αδέρφια που καπνίζουν. Να σημειωθεί ότι σε αυτή την ερώτηση για το οικογενειακό ιστορικό δεν απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες.

Προσωπικές πληροφορίες

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται στοιχεία, που αφορούν το προφίλ των συμμετεχόντων και σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή καπνίσματος, η ύπαρξη ή όχι άλλων εξαρτήσεων, οι συνήθειες άσκησης, η ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών δυσκολιών.

Πίνακας 7. Προσωπικές πληροφορίες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής			
Ναι	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)
Όχι	3 (37.5%)	4 (50%)	7 (87.5%)
Άλλες Εξαρτήσεις			
Τίποτα	16 (53.3%)	10 (33.3%)	26 (86.6%)
Αλκοόλ	2 (6.7%)	2 (6.7%)	4 (13.4%)
Φυσική Δραστηριότητα / Χόμπι			
Μπάσκετ	1 (2.7%)	2 (5.4%)	3 (8.1%)
Διάβασμα	2 (5.4%)	1 (2.7%)	3 (8.1%)
Περπάτημα	6 (16.2%)	3 (8.1%)	9 (24.3%)
Ιντερνέτ	1 (2.7%)	0 %	1(2.7%)
Κυνήγι	1 (2.7%)	0%	1 (2.7%)
Μουσική	2 (5.4%)	0%	2 (5.4%)
Κολύμβηση	2 (5.4%)	1 (2.7%)	3 (8.1%)
Γιόγκα	0%	1 (2.7%)	1 (2.7%)
Ταξίδια	1 (2.7%)	0%	1 (2.7%)
Χορός	1 (2.7%)	0%	1 (2.7%)
Ποδηλασία	1 (2.7%)	1 (2.7%)	2 (5.4%)
Στίβο	0%	1 (2.7%)	1 (2.7%)
Γυμναστήριο	4 (10.8%)	2 (5.4%)	6 (16.2%)
Τίποτα	0 %	3 (8.1%)	3 (8.1%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	3 (10%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	4 (13.3%)	1 (3.3%)	5 (16.6%)

Στην ερώτηση για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής απάντησε το 44.4% του δείγματος. Όπως προκύπτει, η πλειοψηφία εκείνων που απάντησαν (87.5%) δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Από εκείνους, που δεν έκοψαν το κάπνισμα, κανείς δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Από το συνολικό δείγμα, ένα 12.5%, που διέκοψε το κάπνισμα,

λάμβανε. Ένα μικρό ποσοστό (13.4%) έκανε χρήση αλκοόλ, ενώ το υπόλοιπο δεν είχε καμία εξάρτηση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (24.3%) δήλωσε ως χόμπι και φυσική δραστηριότητα το περπάτημα και ακολουθούσε με 16.2% το γυμναστήριο. Από το σύνολο των απαντήσεων, το 45.9% δείχνει μια κάποια φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση και ανήκει σε εκείνους, που έκοψαν το τσιγάρο (59.5%) και το 37.8% δείχνει επίσης μια κάποια φυσική δραστηριότητα πριν από την παρέμβαση και ανήκει σε εκείνους που δεν έκοψαν το τσιγάρο (40.5%).

Στην ερώτηση, που σχετίζονταν με σωματικές και ψυχικές δυσκολίες, φαίνεται ότι μικρό ποσοστό επί του δείγματος είχε δυσκολίες σωματικής και ψυχικής υγείας (13.3% και 16.6% αντίστοιχα).

Λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος

Ο λόγος προσέλευσης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, όπως δήλωσαν οι ίδιοι στην αντίστοιχη ερώτηση, ήταν αρχικά για όλους η διακοπή του καπνίσματος. Μετά από συζήτηση γύρω από το θέμα της διακοπής -ως στόχο πλέον της συμμετοχής τους σε αυτό το πρόγραμμα-, τα σχόλια εξειδικεύτηκαν και ενώ κάποιοι επέμεναν στη διακοπή καπνίσματος (σε ποσοστό 13.3%), κάποιοι άλλοι δήλωσαν ότι θα ήταν ευχαριστημένοι, εάν πετύχαιναν το στόχο της μείωσης του αριθμού των τσιγάρων (σε ποσοστό 86.7%) και μετά θα μπορούσαν να συζητήσουν και τη διακοπή.

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και υποτροπή

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται στοιχεία, που αφορούν το ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα και συγκεκριμένα αποτυπώνονται οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και οι λόγοι της υποτροπής.

Όπως φαίνεται, ένα ποσοστό 36.7% επί του δείγματος δήλωσε ότι δεν υπήρξε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, έναντι του 63.3% που είχε προσπαθήσει ήδη στο παρελθόν. Από εκείνους, που το διέκοψαν, ένα ποσοστό 77.8% δήλωσε ότι η συγκεκριμένη δεν ήταν η πρώτη του προσπάθεια.

Στους λόγους που οδήγησαν σε υποτροπή, την κυρίαρχη θέση κατέχει η έντονη επιθυμία για τσιγάρο (23.3%) και ακολουθούν οι δύσκολες καταστάσεις (20%) και το περιβάλλον (20%).

Πίνακας 8. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης και υποτροπή.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής			
Καμία	4 (13.3%)	7 (23.3%)	11 (36.7%)
Μια	4 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)
Δυο	4 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)
Τρεις	4 (13.3%)	0 %	4 (13.3%)
Τέσσερις	0%	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Έξι	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)
Οχτώ	1 (3.3%)	0%	1 (3.3%)
Λόγοι Υποτροπής			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	5 (16.7%)	1 (3.3%)	6 (20%)
Έντονη επιθυμία	4 (13.3%)	3 (10%)	7 (23.3%)
Ποτό	0%	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Βελτίωση της υγείας	0%	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Περιβάλλον	4 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)

Πίνακας 9. Παρούσα κατάσταση καπνίσματος των ατόμων της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Ποσότητα Καπνίσματος			
Λιγότερο από 10 τσιγάρα	0 %	4 (13.3%)	4 (13.3%)
10-20 τσιγάρα	5 (16.7%)	0%	5 (16.7%)
20-30 τσιγάρα	11 (36.7%)	5 (16.7%)	16 (53.3%)
30-40 τσιγάρα	2 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)
40-50 τσιγάρα	0%	2 (6.6%)	2 (6.6%)

Παρούσα καπνιστική κατάσταση

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται ο αριθμός τσιγάρων, που κατανάλωναν σε καθημερινή βάση οι συμμετέχοντες, τη χρονική στιγμή που εξεδήλωσαν ενδιαφέρον συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία (53.3%) ανέφερε ότι κάπνιζε 20 με 30 τσιγάρα την ημέρα.

Διάρκεια καπνίσματος

Στον Πίνακα 10 φαίνεται η χρονική διάρκεια καπνίσματος των συμμετεχόντων. Στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες. Τα άτομα, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, είχαν ΜΟ διαστήματος καπνίσματος τα 20 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (57%) κάπνιζε για παραπάνω από 20 χρόνια.

Πίνακας 10. Διάρκεια καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

Διάρκεια καπνίσματος σε έτη	Αριθμός ατόμων που απάντησαν	Ποσοστό %
0-1	-	0%
2-4	1	3,6%
5-9	-	0%
10-19	11	39,3%
20 και πάνω	16	57,1%
Σύνολο	28	100%

Πίνακας 11. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Λόγοι Καπνίσματος			
Ευχαρίστηση	10 (26.3%)	8 (21%)	18 (47.4%)
Χαλάρωση	3 (7.9%)	2 (5.3%)	5 (13.1%)
Συγκέντρωση	1 (2.6%)	1 (2.6%)	2 (5.3%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (2.6%)	3 (7.9%)	4 (10.5%)
Συνήθεια	2 (5.3%)	2 (5.3%)	4 (10.5%)
Διαχείριση άγχους	4 (10.5%)	1 (2.6%)	5 (13.1%)

Λόγοι καπνίσματος

Στον Πίνακα 11 αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους κάπνιζαν οι συμμετέχοντες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (47.4%) ανέφερε ως λόγο καπνίσματος την ευχαρίστηση, που αντλείται από το τσιγάρο και ακολουθούν η χαλάρωση, που προσφέρει το κάπνισμα (13.1%) και το γεγονός ότι βοηθάει στη διαχείριση του άγχους (13.1%). Αμέσως μετά έρχονται η συντροφιά/παρέα (10.5%) και η συνήθεια (10.5%). Τελευταίος λόγος αναφέρεται η βοήθεια που προσφέρει το τσιγάρο στην συγκέντρωση (5.3%).

Λόγοι διακοπής

Στην ερώτηση της συνέντευξης «ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους επιθυμείς να διακόψεις το κάπνισμα» (με δεδομένο το γεγονός ότι όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα επιθυμούσαν τη διακοπή, ανεξάρτητα από εάν έβαζαν ως στόχο αρχικά τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων) όλα τα άτομα ανέφεραν ως βασικό λόγο διακοπής τους λόγους υγείας (100%). Όσον αφορά τους λόγους υγείας, οι συμμετέχοντες, που τους ανέφεραν, χωρίζονται σε δυο κατηγορίες. Την πρώτη κατηγορία αποτελούν όσοι επιθυμούσαν τη διακοπή γιατί τους απασχολούσε η πρόληψη κάποιων προβλημάτων υγείας. Οι συμμετέχοντες αυτής της κατηγορίας, ενώ δεν αντιμετώπιζαν κάποιες δυσκολίες σχετικά με την υγεία τους, θεωρούσαν ότι βρίσκονται ακόμη σε μια ηλικία κατά την οποία, εάν διακόψουν το κάπνισμα, θα μπορέσουν να βελτιώσουν την υγεία τους και να μειώσουν αρκετά τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιων ασθενειών, όπως καρκίνος, καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες κ.α. Το ποσοστό αυτών των ατόμων κυμαίνεται στο 90%.

Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται όσοι είχαν ήδη εκδηλώσει κάποια ασθένεια ή κάποια νόσο, η οποία είτε σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα είτε έμμεσα. Η άμεση συσχέτιση αναφέρεται στις περιπτώσεις, που το κάπνισμα έχει προκαλέσει ή έχει συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου, ενώ η έμμεση συσχέτιση αναφέρεται στις περιπτώσεις, που το άτομο νοσεί από κάτι, το οποίο επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από την ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 10%.

Οι συμμετέχοντες του προγράμματος αναφέρθηκαν σε περισσότερους του ενός λόγους σχετικά με την επιθυμία τους για τη διακοπή του τσιγάρου. Έτσι, εκτός από τους λόγους υγείας, που αναφέρθηκαν από όλους, άλλοι λόγοι για τους οποίους θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα ήταν το να αποτελέσουν το πρότυπο και το παράδειγμα προς μίμηση για άλλα σημαντικά για εκείνους άτομα (20%). Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι αυτά τα άτομα είναι είτε τα παιδιά είτε ο/η σύζυγος τον/την οποίο-α προσπαθούν με αυτό τον τρόπο να κινητοποιήσουν, ώστε να μπει και εκείνος-η σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Ένα σημαντικό ποσοστό (23.3%) ανέφερε ότι οι λόγοι ήταν οικονομικοί. Οι αισθητικοί λόγοι φαίνεται, επίσης, ότι απασχολούσαν αρκετούς από τους συμμετέχοντες (13.3%). Χαρακτηριστικά, ανέφεραν ότι δεν τους αρέσει να αισθάνονται τη μυρωδιά του τσιγάρου και ό,τι άλλο μπορεί να συνοδεύει το τσιγάρο, αλλά και γενικά θεωρούσαν αισθητικά πολύ άσχημη όλη την εικόνα.

Τέλος, κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στους λόγους εξάρτησης (6.7%). Τους ενοχλούσε η ιδέα ότι είναι εξαρτημένοι από το τσιγάρο και ότι δεν έχουν έλεγχο πάνω σε αυτό. Θα ήθελαν να αισθάνονται πιο ελεύθεροι και πιο ανεξάρτητοι και πίστευαν ότι μπορούσαν να το πετύχουν μέσω της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους παράγοντες, που προκαλούσαν την ανάγκη για τσιγάρο, καθώς και τις καταστάσεις κατά τις οποίες αντλούσαν ευχαρίστηση από το τσιγάρο.

Πίνακας 12. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Ανάγκη για τσιγάρο			
Στρες-Πίεση	5 (16.1%)	3 (9.7%)	8 (25.8%)
Τα πρωινά	3 (9.7%)	0%	3 (9.7%)
Τα βράδια	3 (9.7%)	1 (3.2%)	4 (13%)
Σε στιγμές χαλάρωσης	1 (3.2%)	1 (3.2%)	2 (6.4%)
Στη δουλειά	3 (9.7%)	2 (6.4%)	5 (16.1%)
Καμία	4 (13%)	5 (16.1%)	9 (29%)
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο			
Μαζί με τον καφέ	12 (24%)	10 (20%)	22 (44%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	3 (6%)	2 (4%)	5 (10%)
Μετά το φαγητό	6 (12%)	2 (4%)	8 (16%)
Με το ποτό	6 (12%)	4 (8%)	10 (20%)
Όταν βρίσκεται με παρέα	3 (6%)	0 %	3 (6%)
Τα βράδια	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (29%) δήλωσε ότι δεν εντοπίζει μια συγκεκριμένη ανάγκη για τσιγάρο. Το αμέσως επόμενο υψηλό ποσοστό (25.8%) ανέφερε το στρες και την πίεση ως νούμερο ένα παράγοντες, που προκαλούν την ανάγκη για τσιγάρο. Ακολουθούν η εργασία, όπου γίνεται αναφορά και στα διαλείμματα με τους συναδέλφους (16.1%), οι βραδινές ώρες, που συνδυάζονται αρκετές φορές με εξόδους και ξεκούραση (13%), οι πρωινές ώρες, που σηματοδοτούν την ανάγκη για το πρώτο τσιγάρο και τον συνδυασμό του με τον καφέ (9.7%) και οι στιγμές χαλάρωσης (6.4%).

Όσον αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, φαίνεται ότι η πιο σημαντική στιγμή, με διαφορά από τις άλλες, αποτελεί ο καφές (44% επί του δείγματος). Ακολουθούν το ποτό (20%), το φαγητό (16%), οι στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης (10%), η παρέα (6%) και οι βραδινές ώρες (4%).

Πίνακας 13. Στάση και άποψη για το κάπνισμα των ατόμων της ομάδας παρέμβασης πριν από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Άποψη/στάση για το κάπνισμα			
Άσχημη Συνήθεια	4 (10.8%)	5 (13.5%)	9 (24.3%)
Συντροφιά/ Παρέα	2 (5.4%)	0%	2 (5.4%)
Ευχαρίστηση	4 (10.8%)	5 (13.5%)	9 (24.3%)
Εθισμός	4 (10.8%)	1 (2.7%)	5 (13.5%)
Επικίνδυνο / Προβλήματα υγείας	2 (5.4%)	3 (8.1 %)	5 (13.5%)
Διαχείριση άγχους	1 (2.7%)	0%	1 (2.7%)
Χαλάρωση	1 (2.7%)	0%	1 (2.7%)
Δεν μου αρέσει	2 (5.4%)	1 (2.7%)	3 (8.1 %)
Λάθος	2 (5.4%)	0%	2 (5.4%)

Στάση-άποψη για το κάπνισμα

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι στάσεις και οι απόψεις των ατόμων σχετικά με το κάπνισμα, πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Η πλειοψηφία χαρακτήρισε το κάπνισμα ως συνήθεια (24.3%) και ως ευχαρίστηση (24.3%). Ένα 13.5% το χαρακτήρισε ως εθισμό και άλλο ένα 13.5% ως κάτι επικίνδυνο. Το 8.1% δήλωσε ότι δεν του αρέσει, ένα 5.4% το χαρακτήρισε ως παρέα και συντροφιά, άλλο ένα 5.4% το χαρακτήρισε ως λάθος, το 2.7% ανέφερε ότι αποτελεί βοήθημα στη διαχείριση του άγχους και τέλος ένα 2.7% είχε την άποψη ότι αποτελεί τρόπο χαλάρωσης.

Τι βοήθησε στο παρελθόν ως προς τη διακοπή καπνίσματος

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται όλα όσα οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βοήθησαν σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Η μεγάλη πλειοψηφία (70%) ανέφερε ότι δεν υπήρχε τίποτα στο παρελθόν, που να βοήθησε στη διακοπή του καπνίσματος. Το 10% του δείγματος ανέφερε ότι αυτό, που βοήθησε, ήταν η ισχυρή θέληση,

το 6.7% έκανε λόγο για το πόσο βοηθητική ήταν η συνεχής ενασχόληση με κάτι και άλλο ένα 6.7% αναφέρθηκε στα ζητήματα υγείας που έδρασαν κινητοποιητικά. Ένα 3.3% ανέφερε ως βοηθητική την επιθυμία να αποτελέσουν οι γονείς ένα υγιές πρότυπο για τα παιδιά και ένα 3.3% ανέφερε ως βοηθητική πρακτική τον βελονισμό.

Πίνακας 14. Τι βοήθησε στο παρελθόν τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Τι βοήθησε στο παρελθόν			
Τίποτα	13 (43.3%)	8 (26.7%)	21 (70%)
Βελονισμός	1 (3.3%)	0 %	1 (3.3%)
Ισχυρή Θέληση	2 (6.6%)	1 (3.3%)	3 (10%)
Συνεχής Απασχόληση	2 (6.6%)	0%	2 (6.7%)
Τα παιδιά	0%	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Θέματα υγείας	0%	2 (6.6%)	2 (6.7%)

Πίνακας 15. Πιθανά εμπόδια διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	Συνολικό Δείγμα n=30 (%)
Πιθανά Εμπόδια			
Αντιμέτωπιση Δύσκολων Καταστάσεων	2 (5.9%)	2 (5.9%)	4 (11.8%)
Στρες	3 (8.8%)	2 (5.9%)	5 (14.7%)
Έλλειψη απόφασης-θέλησης	2 (5.9%)	2 (5.9%)	4 (11.8%)
Ευχαρίστηση από το κάπνισμα	1 (2.9%)	4 (11.8%)	5 (14.7%)
Η πεποίθηση ότι ένας μικρός αριθμός τσιγάρων δεν κάνει κακό	0%	1 (2.9%)	1 (2.9%)
Περιβάλλον καπνιστών	3 (8.8%)	0%	3 (8.8%)
Εθισμός	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Μοναξιά	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Έλλειψη ενδιαφερόντων	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Τα βράδια	0%	1 (2.9%)	1 (2.9%)
Έλλειψη ενθάρρυνσης-υποστήριξης	0%	1 (2.9%)	1 (2.9%)
Τίποτα	6 (17.6%)	0 %	6 (17.6%)

Πιθανά εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται όσα οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι μπορεί να αποτελέσουν εμπόδια στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Το 17.6% δήλωσε ότι τίποτα δε θα αποτελέσει εμπόδιο στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα (ποσοστό που προέρχεται εξολοκλήρου από εκείνους-ες που τελικά διέκοψαν το κάπνισμα). Το 14.7% ανέφερε ως εμπόδιο το στρες και άλλο ένα 14.7% την ευχαρίστηση, που δίνει το κάπνισμα. Ακολουθεί η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (11.8%) και η έλλειψη απόφασης και θέλησης (11.8%). Ως εμπόδιο αναφέρθηκε το περιβάλλον των καπνιστών/στριών με 8.8%, ο εθισμός με 5.9% και με 2.9% το καθένα από τα ακόλουθα: μοναξιά, έλλειψη ενδιαφερόντων, βραδινές ώρες, έλλειψη ενθάρρυνσης και υποστήριξης, πεποίθηση ότι τα λίγα τσιγάρα δεν κάνουν κακό.

Προσδοκίες

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι προσδοκίες των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, τι περίμεναν δηλαδή ότι θα πάρουν μέσα από το πρόγραμμα, κάτι που διαφοροποιείται από το στόχο τους.

Πίνακας 16. Προσδοκίες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης από το πρόγραμμα.

Προσδοκίες Συμμετεχόντων	Ποσοστό %
Διακοπή Καπνίσματος	50%
Μείωση Καπνίσματος	26.7%
Διακοπή καπνίσματος του συζύγου	3.3%
Πληροφορίες	3.3%
Απόκτηση ελέγχου	6.7%
Αναζήτηση και απόκτηση υποστήριξης και βοήθειας	3.3%
Σωματική βελτίωση, αντοχές, υγεία, ανανέωση οργανισμού	3.3%
Καμία προσδοκία	3.3%

Αναφορικά με τις προσδοκίες των συμμετεχόντων, οι οποίες αποτελούσαν ξεχωριστή ερώτηση από τους λόγους προσέλευσης στο πρόγραμμα και τους στόχους, η διακοπή του καπνίσματος κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστό 50%, με τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων να ακολουθεί με 26.7%. Επίσης, ως προσδοκίες αναφέρθηκε η απόκτηση ελέγχου με ποσοστό 6.7% και με ποσοστό 3.3% τα ακόλουθα: διακοπή καπνίσματος συζύγου,

απόκτηση πληροφοριών και γνώσεων, απόκτηση υποστήριξης και βοήθειας, σωματική βελτίωση / αντοχή / υγεία / ανανέωση. Τέλος, ένα 3.3% δεν είχε καμία προσδοκία.

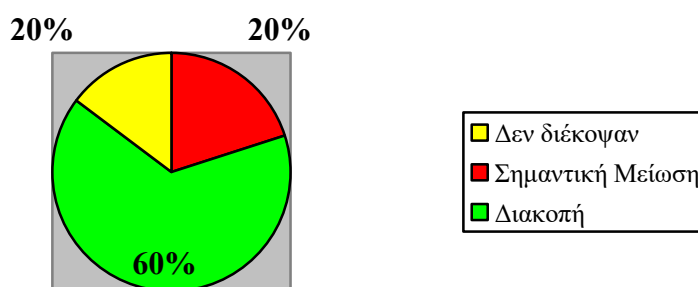
Μετά την παρέμβαση

Παρούσα καπνιστική κατάσταση

Από τα 30 άτομα που αποτελούσαν το δείγμα, τα 18, δηλαδή το 60%, διέκοψαν το κάπνισμα. Το 20% πέτυχε σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων) και το 20% δεν διέκοψε και δεν μείωσε τον αριθμό των τσιγάρων.

Επίτευξη του στόχου της διακοπής του καπνίσματος

Δεν είχαν αναφέρει ως στόχο τη διακοπή καπνίσματος όλοι οι συμμετέχοντες του προγράμματος: το 13.3% είχε ως στόχο τη διακοπή του καπνίσματος και το 86.7% είχε ως στόχο τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων. Κάτι, βέβαια, που δεν συμπίπτει με τις προσδοκίες τους, όπου φαίνεται το 50% να προσδοκά διακοπή του καπνίσματος και το 26.7% μείωσή του. Παρόλα αυτά, έχουν ενδιαφέρον τα αποτελέσματα του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, δηλαδή οι στόχοι, που επιτεύχθηκαν (Σχήμα 1), αφού υποδηλώνουν μια σχετικά υψηλή αποτελεσματικότητα σε σχέση με το στόχο του εν λόγω προγράμματος, που ήταν η διακοπή καπνίσματος πρωτίστως και δευτερευόντως η μείωσή του.



Σχήμα 1. Αποτελεσματικότητα προγράμματος - Στόχοι που επιτεύχθηκαν.

Λόγοι καπνίσματος

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι λόγοι καπνίσματος για όσους δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα. Το σύνολο (100%) των συμμετεχόντων, που διέκοψαν το κάπνισμα, στην ερώτηση, που αφορά τους λόγους καπνίσματος, απάντησε ότι δεν υπάρχει κανείς λόγος να καπνίζει πια. Οι συμμετέχοντες, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, αναφέρθηκαν σε διάφορους λόγους συνέχισης του καπνίσματος με πιο σημαντική την ευχαρίστηση (25%), και με τη συντροφιά / παρέα (15%) και το άγχος (15%) να ακολουθούν. Αμέσως μετά αναφέρθηκαν ο εθισμός (10%) και η συνήθεια (10%). Τέλος έγινε αναφορά σε ποσοστό 5% στα ακόλουθα: χαλάρωση, συγκέντρωση, έλλειψη απόφασης, δύσκολες καταστάσεις, δυσκολία στη διακοπή. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν την παρέμβαση, εκείνοι που διέκοψαν το κάπνισμα, ανέφεραν επίσης ως πρώτο λόγο καπνίσματος την ευχαρίστηση.

Πίνακας 17. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)
Λόγοι Καπνίσματος		
Κανένας	18 (100%)	0%
Ευχαρίστηση	0%	5 (25%)
Χαλάρωση	0%	1 (5%)
Συγκέντρωση	0%	1 (5%)
Συντροφιά/ Παρέα	0%	3 (15%)
Συνήθεια	0%	2 (10%)
Στρες	0%	3 (15%)
Έλλειψη Απόφασης	0%	1 (5%)
Δύσκολες Καταστάσεις	0%	1 (5%)
Εθισμός	0%	2 (10%)
Δυσκολία στη διακοπή	0%	1 (5%)

Ακολουθεί ο Πίνακας 18 που δείχνει συγκριτικά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, αναφορικά με τους λόγους καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση. Όπως γίνεται φανερό, τόσο πριν την παρέμβαση, όσο και μετά, η ευχαρίστηση βρίσκεται στην πρώτη θέση ως λόγος καπνίσματος.

Πίνακας 18. Λόγοι καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

Λόγοι Καπνίσματος	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	
	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση
Ευχαρίστηση	21%	25%
Χαλάρωση	5.3%	5%
Συγκέντρωση	2.6%	5%
Συντροφιά/ Παρέα	7.9%	15%
Συνήθεια	5.3%	10%
Στρες	2.6%	15%
Έλλειψη Απόφασης	0%	5%
Δύσκολες Καταστάσεις	0%	5%
Εθισμός	0%	10%
Δυσκολία στη διακοπή	0%	5%

Πίνακας 19. Λόγοι διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

Λόγοι Διακοπής	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)
Λόγοι Υγείας	14 (53.8%)	4 (33.3%)
Οικονομικοί	2 (7.7%)	0%
Εθισμός	1 (3.8%)	0%
Αισθητικοί	6 (23.1%)	0%
Πρότυπο	3 (11.5%)	0%
Πίεση συζύγου	0%	1 (8.3%)
Κανένας	0%	7 (58.3%)

Λόγοι διακοπής

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους διέκοψαν το κάπνισμα οι συμμετέχοντες. Όσον αφορά τους λόγους διακοπής, οι συμμετέχοντες, που διέκοψαν το κάπνισμα ανέφεραν ποιοι τελικά ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους το διέκοψαν. Από όσους δεν διέκοψαν, ένα μικρό ποσοστό αναφέρθηκε στο ποιος θα ήταν σημαντικός λόγος για να μπουν σε μια τέτοια διαδικασία, αλλά και ποιος ήταν ο βασικός λόγος για τον οποίο μείωσαν τον αριθμό των τσιγάρων (σε ποσοστό 33.3% ανέφεραν τους λόγους υγείας). Οι υπόλοιποι απλώς ανέφεραν ότι δεν έβρισκαν πλέον και μετά την

παρέμβαση κανέναν λόγο διακοπής, τουλάχιστον στη δεδομένη χρονική στιγμή. Όπως γίνεται φανερό, την πρώτη θέση ως λόγος διακοπής καπνίσματος για όσους το διέκοψαν, έχουν οι λόγοι της υγείας με 53.8%, ακολουθούν οι αισθητικοί λόγοι (23.1%), οι λόγοι που αφορούν το πρότυπο και τους σημαντικούς άλλους (11.5%), οι οικονομικοί λόγοι (7.7%) και ο εθισμός (3.8%).

Πίνακας 20. Λόγοι διακοπής καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

Λόγοι Διακοπής	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)	
	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση
Λόγοι Υγείας	100%	53.8%
Οικονομικοί	23.3%	7.7%
Εθισμός / Εξάρτηση	6.7%	3.8%
Αισθητικοί	13.3%	23.1%
Πρότυπο	20%	11.5%

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται συγκριτικά οι απαντήσεις όσων διέκοψαν το κάπνισμα στην ερώτηση για τους λόγους διακοπής πριν και μετά την παρέμβαση. Ο συγκριτικός πίνακας δείχνει ότι οι λόγοι υγείας τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση κατείχαν την πρώτη θέση ως λόγοι διακοπής του καπνίσματος. Στη δεύτερη θέση βρισκόνταν πριν την παρέμβαση οι οικονομικοί, οι οποίοι μετά την παρέμβαση ήρθαν τέταρτοι, στην τρίτη θέση ήταν πριν την παρέμβαση και παρέμειναν και μετά την παρέμβαση οι λόγοι παροχής υγιούς προτύπου στους σημαντικούς άλλους, στην τέταρτη θέση ήταν πριν την παρέμβαση οι αισθητικοί λόγοι, οι οποίοι μετά την παρέμβαση εμφανίστηκαν στη δεύτερη θέση και τέλος ο εθισμός ήταν και παρέμεινε τελευταίος στη σειρά.

Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση

Στον Πίνακα 21 αναφέρονται τα στοιχεία, πριν και μετά την παρέμβαση, που αφορούν τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα νιώθουν ότι έχουν την ανάγκη για τσιγάρο, καθώς και τις συνθήκες εκείνες κατά τις οποίες αντλούν ευχαρίστηση από το κάπνισμα ή στην περίπτωση που το έχουν κόψει, νοσταλγούν και επιθυμούν το κάπνισμα.

Πίνακας 21. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης.

	Όσοι διέκοψαν n=18 (%)		Όσοι δεν διέκοψαν n=12 (%)	
	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση
Ανάγκη για τσιγάρο				
Στρες-Πίεση	16.1%	22.2%	9.7%	50%
Με παρέα άλλους καπνιστές	-	5.5%	-	0%
Συγκέντρωση	-	5.5%	-	0%
Στη δουλειά	9.7%	5.5%	6.4%	0%
Καμία	13%	61.1%	16.1%	50%
Τα πρωινά	9.7%	-	0%	-
Τα βράδια	9.7%	-	3.2%	-
Σε στιγμές χαλάρωσης	3.2%	-	3.2%	-
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο				
Μαζί με τον καφέ	24%	16.7%	20%	50%
Σε στιγμές διασκέδασης	6%	50%	4%	33.3%
Μετά το φαγητό	12%	0%	4%	11.1%
Καμία	-	33.3%	-	0%
Τα βράδια	2%	0%	2%	5.5%
Με το ποτό	12%	-	8%	-
Με παρέα	6%	-	0%	-

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το άγχος, το στρες και η πίεση φαίνεται να είναι οι κατεξοχήν συνθήκες, οι οποίες εγείρουν την ανάγκη για τσιγάρο, τόσο για εκείνους, που το έκοψαν, όσο και για εκείνους, που δεν το έκοψαν, πριν και μετά την παρέμβαση, εξαιρώντας βεβαίως την πλειοψηφία όσων το έκοψαν, που μετά την παρέμβαση δήλωσε ότι δεν νιώθει πια καμία ανάγκη για τσιγάρο.

Όσον αφορά τις στιγμές κατά τις οποίες τα άτομα αντλούν ευχαρίστηση από το τσιγάρο ή αναβιώνει η επιθυμία τους για αυτό και η ανάμνηση της ευχαρίστησης, για εκείνους, που το έκοψαν, φαίνεται, μετά την παρέμβαση, να έχουν υψηλή θέση οι στιγμές διασκέδασης, ενώ πριν την παρέμβαση πρώτος αναφέρονταν ο καφές. Για όσους δεν έκοψαν το κάπνισμα, ο καφές ήταν πριν την παρέμβαση και παρέμεινε και μετά την παρέμβαση ως η κατεξοχήν στιγμή κατά την οποία αντλούν ευχαρίστηση από το τσιγάρο.

Στάση-άποψη για το κάπνισμα

Στον Πίνακα 22 φαίνεται εάν και πώς διαφοροποιήθηκε η άποψη-στάση των συμμετεχόντων ως προς το κάπνισμα, μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Από τα συγκριτικά αποτελέσματα φαίνεται ότι πριν την παρέμβαση η πλειοψηφία χαρακτήριζε το τσιγάρο ως κακιά συνήθεια και ως ευχαρίστηση. Μετά την παρέμβαση, το ποσοστό εκείνων που χαρακτηρίζουν το τσιγάρο ως κακιά συνήθεια διπλασιάζεται και φτάνει το 50% και μειώνεται αισθητά το ποσοστό όσων το χαρακτηρίζουν ευχαρίστηση. Επίσης, αυξάνει το ποσοστό όσων το χαρακτηρίζουν επικίνδυνο για την υγεία.

Πίνακας 22. Στάση και άποψη των ατόμων της ομάδας παρέμβασης για το κάπνισμα μετά την παρέμβαση.

Άποψη –Στάση για το Κάπνισμα	Πριν την παρέμβαση	Μετά την παρέμβαση
Κακιά Συνήθεια	24.3% -1	50% -1
Συντροφιά/Παρέα	5.4% -3	3.1% -4
Ευχαρίστηση	24.3% -1	15.6% -2
Εθισμός	13.5% -2	6.25% -3
Διαχείριση άγχους	2.7% -4	3.1% -4
Χαλάρωση	2.7% -4	6.25% -3
Επικίνδυνο/Προβλήματα υγείας	13.5% -2	15.6% -2

Αξιολόγηση του προγράμματος διακοπής καπνίσματος

Στον Πίνακα 23 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος (μετά την παρέμβαση), που συμπεριλήφθηκαν στη συνέντευξη, καθώς και ο σκοπός αυτών των ερωτήσεων.

Πίνακας 23. Ερωτήσεις της συνέντευξης αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Ερωτήσεις προς συμμετέχοντα	Σκοπός Ερωτήσεων
Τι πιστεύει ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;	Να εντοπιστεί τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να δοθεί έμφαση και να αξιοποιηθεί και σε μελλοντικά προγράμματα.
Τι πιστεύει ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;	Να εντοπιστεί τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ληφθούν υπόψη πιθανές δυσκολίες και στοιχεία, που χρειάζεται να προσεχτούν, να τροποποιηθούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση

Πίνακας 23. (συνέχεια)

Ερωτήσεις προς συμμετέχοντα	Σκοπός Ερωτήσεων
Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;	Να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος, ώστε να αξιοποιηθούν σε μελλοντικές παρεμβάσεις, μεταξύ άλλων και ως τρόπος κινητοποίησης των συμμετεχόντων.
Ποια πιστεύει ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;	Να εντοπιστούν τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενταχθούν βοηθητικές ως προς αυτό διαδικασίες σε επόμενες παρεμβάσεις.
Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και ποιά είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση).	Να εντοπιστούν οι διαφορές, που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα, λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, ώστε να γίνει κατανοητό πώς και σε ποιους τομείς επιδρά ή επηρεάζει το άτομο η συμμετοχή στο πρόγραμμα.
Πώς ένιωθε το σώμα του, όταν κάπνιζε κανονικά; Πώς νιώθει μετά την παρέμβαση;	Να γίνει κατανοητό το εάν και πώς η συμμετοχή κάποιου στο πρόγραμμα διακοπής προκάλεσε ή επηρέασε συγκεκριμένες σωματικές αλλαγές.
Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;	Να υπάρξει εστιασμός στις αλλαγές, που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες, όσον αφορά τις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, με σκοπό να γίνει κατανοητό το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς.
Ποια ήταν η σχέση του με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πώς εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του;)	Απώτερος σκοπός είναι η αξιοποίηση των θετικών αλλαγών και η έμφαση της σημασίας τους για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Να εντοπιστεί το πώς μπορεί το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να επηρέασε τη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση, αλλά και εάν και με ποιο τρόπο μπορεί η άσκηση να επηρέασε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
Πώς βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)	Να εντοπιστούν οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες του ατόμου για τη μελλοντική του κατάσταση, καθώς επίσης και η γνώμη του για το πώς μπορεί το περιβάλλον να επηρεάζει σε αυτή την προσπάθεια ή όχι, ώστε να κινητοποιηθεί να αξιοποιήσει το περιβάλλον.
Ποιες από τις ασκήσεις, τις συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον των συμβούλων κτλ)	Να εντοπιστούν τα κομμάτια του προγράμματος, που βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενισχυθούν και να αξιοποιηθούν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος.
Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης.	Να γίνει κατανοητή η γενικότερη εντύπωση για το πρόγραμμα, που ίσως συμπεριλαμβάνει και πράγματα, που δεν μπόρεσαν να προβλεφτούν από τις παραπάνω ερωτήσεις.
Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει.	Στόχος να προκύψουν ιδέες, που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα.

Ακολουθούν τα αποτελέσματα για τις 12 ανοιχτές ερωτήσεις, με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη, οι οποίες αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης, από τις απαντήσεις των οποίων προέκυψε και δεύτερη κατηγοριοποίηση και κάποιες φορές τρίτη

και τέταρτη. Οι ερωτήσεις 1 και 2 αναφέρονται πιο γενικά σε αυτά που βοήθησαν και δυσκόλεψαν στη διακοπή καπνίσματος, ενώ οι υπόλοιπες ερωτήσεις αναφέρονται σε συγκεκριμένα σημεία του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Ερώτηση 1: Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 24).

Η ερώτηση αυτή είχε ως στόχο τη διερεύνηση όλων εκείνων των ζητημάτων, που βοήθησαν περισσότερο το άτομο στην προσπάθειά του να διακόψει ή να μειώσει το κάπνισμα, σε όλη τη διάρκεια της συμμετοχής του στο πρόγραμμα.

Πίνακας 24. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προσωπική Θέληση		«Περισσότερο με βοήθησε η προσωπική θέληση.» (n=8)
Άσκηση		«Η κίνηση που μπήκε στη ζωή μου.» (n=6)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Γνώση	«Οι γνώσεις που απέκτησα για το κάπνισμα.» (n=2)
	Συζήτηση	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι συζητήσεις με το σύμβουλο.» (n=6)
	Τεχνικές Αντίστασης- Διαχείρισης	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι τεχνικές που έμαθα ώστε να αντιστέκομαι στον πειρασμό του τσιγάρου.» (n=5)
	Διαδικασία Καθορισμού Στόχων	«Το ότι έβαζα εβδομαδιαία στόχους και προσπαθούσα να βρω τρόπους να τους πετύχω.» (n=6)
	Τεχνικές χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλάρωσης με βοήθησαν ιδιαίτερα στη διακοπή καπνίσματος.» (n=2)
Υποστήριξη	Από τον σύμβουλο	«Περισσότερο με βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη που δεχόμουν στις συναντήσεις από τη σύμβουλο.» (n=11)
	Από το περιβάλλον	«Με βοήθησε πολύ η υποστήριξη από το περιβάλλον.» (n=3)
Χαρακτηριστικά προγράμματος	Διάρκεια	«Η διάρκεια του προγράμματος.» (n=10)
	Σταθερότητα & συνέπεια	«Η σταθερότητα & η συνέπεια του προγράμματος.» (n=10)
Θέματα υγείας		«Τα προβλήματα υγείας που είχα και με ενοχλούσαν ιδιαίτερα, ήταν κάτι που με κινητοποίησε ιδιαίτερα και με βοήθησε στη διαδικασία διακοπής.» (n=2)
Φαρμακευτική Αγωγή		«Νομίζω ότι περισσότερο με βοήθησε η φαρμακευτική αγωγή.» (n=1)
Τίποτα		«Τίποτα.» (n=4)

Είκοσι μία αναφορές παρουσίασαν το περιεχόμενο του προγράμματος ως βοηθητικό: 6 άτομα ανέφεραν τις συζητήσεις με τον σύμβουλο, 6 άτομα δήλωσαν ότι τους βοήθησε η εβδομαδιαία στοχοθέτηση και η αναζήτηση τρόπων για την επίτευξη αυτών των στόχων, 5 άτομα ανέφεραν τις τεχνικές αντίστασης στους πειρασμούς, 2 άτομα μίλησαν για τις γνώσεις, που αποκόμισαν για το κάπνισμα και 2 για τις τεχνικές χαλάρωσης. Είκοσι δηλώσεις αφορούσαν τα χαρακτηριστικά του προγράμματος: οι 10 αφορούσαν τη διάρκεια του προγράμματος (το γεγονός δηλαδή ότι η διάρκεια δεν ήταν βραχεία) και 10 αφορούσαν τη σταθερότητα και τη συνέπειά του. Δεκατέσσερα άτομα εστίασαν στην υποστήριξη, που δέχτηκαν: οι 11 από αυτούς θεώρησαν ως βοηθητική την υποστήριξη που δέχτηκαν από τον σύμβουλο και 3 την υποστήριξη από το περιβάλλον. Οκτώ άτομα θεώρησαν ότι η προσωπική τους θέληση ήταν αυτή που βοήθησε στην όλη διαδικασία. Έξι άτομα ανέφεραν ως βοηθητική την άσκηση / κίνηση, που μπήκε στη ζωή τους. Δύο ανέφεραν τα προβλήματα υγείας, που είχαν, ως κινητοποιητική δύναμη για τη διακοπή καπνίσματος. Ένα άτομο ανέφερε ότι βοηθήθηκε από τη φαρμακευτική αγωγή. Και 4 άτομα απάντησαν ότι δεν υπήρξε κάτι βοηθητικό στη διακοπή του καπνίσματος (την συγκεκριμένη απάντηση έδωσαν τα άτομα, που δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα),

Ερώτηση 2: Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 25).

Η συγκεκριμένη ερώτηση στόχευε στον εντοπισμό εκείνων των στοιχείων, που βοήθησαν λιγότερο τους συμμετέχοντες στην προσπάθειά τους κατά τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες στις απαντήσεις τους αναφέρθηκαν σε γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα (1^η ομάδα), ενώ κάποιοι εστίασαν σε συγκεκριμένα στοιχεία του προγράμματος (2^η ομάδα).

Στην πρώτη ομάδα, τέσσερα άτομα ανέφεραν ως παράγοντες δυσκολίας τις καταστάσεις άγχους, που κατά καιρούς αντιμετώπιζαν. Έξι άτομα ανέφεραν την έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον τους: τέσσερα από αυτά αναφέρθηκαν στους σημαντικούς άλλους και την αναζήτηση υποστήριξης από άτομα, πέραν του συμβούλου και δύο αναφέρθηκαν στην οικογένεια και συγκεκριμένα στα αδέρφια τους, που τους πρόσφεραν τσιγάρο. Ένα άτομο ανέφερε την έλλειψη προσωπικής ανάγκης, διευκρινίζοντας ότι το αίτημα της διακοπής καπνίσματος δεν αφορούσε την ίδια, αλλά τον σύζυγό της, ο οποίος, όπως πίστευε η ίδια, θα βοηθιόταν να κόψει το τσιγάρο, εάν η ίδια τα κατάφερνε. Ένα άτομο αναφέρθηκε στην έλλειψη της άσκησης, υπό την έννοια ότι η άσκηση θα μπορούσε να αποβεί ιδιαίτερα βοηθητική, εάν το άτομο προσπαθούσε να επιτύχει τους σχετικούς

Πίνακας 25. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα		«Τίποτα, δεν υπήρχε κάτι που να αισθάνθηκα ότι βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής.» (n=8)
Δύσκολες Καταστάσεις- stress		«Οι καταστάσεις άγχους που αντιμετώπιζα κατά καιρούς.» (n=4)
Έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον	Οικογένεια	«Ο μικρός μου αδερφός, που μου έδινε τσιγάρο.» (n=2)
	Σημαντικοί άλλοι	«Η αναζήτηση υποστήριξης από άλλο άτομο εκτός από το σύμβουλο.» (n=4)
Έλλειψη προσωπικής ανάγκης		«Το ότι δεν ήρθα με αίτημα δικό μου αλλά για να βοηθήσω το σύζυγο να το κόψει μέσα από τη δική μου διακοπή.» (n=1)
Μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής		«Το ότι δεν πήρα φαρμακευτική αγωγή. Είχα συνδυάσει ότι θα πάρω φαρμακευτική αγωγή και θα συμμετάσχω και στο πρόγραμμα συμβουλευτικής και κάπως έτσι θα προσπαθήσω να πετύχω τη διακοπή.» (n=1)
Έλλειψη άσκησης		«Το ότι δεν έκανα προσπάθεια με τους στόχους της άσκησης, κάτι που πιστεύω ότι θα με βοηθούσε ιδιαίτερα.» (n=1)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Γνωστικές πληροφορίες	«Η ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους κινδύνους.» (n=1)
	Τεχνικές χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλάρωσης δεν με βοήθησαν και δυσκολευόμουν να τις χρησιμοποιήσω.» (n=1)
Αλλαγή συνηθειών- Τρόπου ζωής	Καφές	«Ο καφές που είχα συνδυασμένο με το τσιγάρο και τώρα δεν ευχαριστιόμουν ούτε αυτόν.» (n=2)
	Η συνήθεια	«Η συνήθεια. Όλα βρίσκονται στο κεφάλι μας. Δυσκολευόμουν αρκετά να αλλάξω συνήθειες που είχα συνδεδεμένες με τα κάπνισμα.» (n=2)
	Διατροφή	«Δεν με βοήθησε σε κάτι η αλλαγή ως προς τον τρόπο διατροφής.» (n=1)
	Αλλαγή τρόπου ζωής	«Το ότι έπρεπε πρώτα να οριστικοποιήσω κάποιες άλλες αλλαγές. Δεν είναι εύκολο να αλλάξεις της ζωής σου.» (n=2)
	Εργασία	«Ο χώρος της δουλειάς στον οποίο συνήθιζα να καπνίζω σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες.» (n=1)

στόχους, που θέτονταν κάθε φορά. Πέντε άτομα αναφέρθηκαν στις αλλαγές των συνηθειών και του τρόπου ζωής: δύο από αυτούς αναφέρθηκαν στο πόσο το τσιγάρο ήταν συνδυασμένο με τον καφέ (σε σημείο που δεν απολάμβαναν πια τον καφέ), δύο άτομα αναφέρθηκαν στη δυσκολία τους να αλλάξουν συνήθειες, που ήταν συνδεδεμένες με το τσιγάρο και ένα άτομο

ανέφερε το χώρο της δουλειάς, όπου οι συνήθειες ήταν συγκεκριμένες: συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες συνδυασμένες με το τσιγάρο.

Στη δεύτερη ομάδα, οκτώ άτομα δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κάτι, που να θεώρησαν ότι βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής, όσον αφορά το πρόγραμμα. Ένα άτομο ανέφερε ότι η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη στιγμή που η επιθυμία του ήταν να συνδυάσει τη συμβουλευτική υποστήριξη με φαρμακευτική αγωγή, έφερε δυσκολίες στην προσπάθειά του για διακοπή του καπνίσματος. Δύο άτομα αναφέρθηκαν στο περιεχόμενο του προγράμματος: ένα άτομο ανέφερε ότι βρήκε λιγότερο βοηθητική την ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους κινδύνους, που απορρέουν από αυτό και ένα άτομο δήλωσε ότι δεν βρήκε βοηθητικές τις τεχνικές χαλάρωσης και είχε δυσκολία να τις χρησιμοποιήσει. Τέλος, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής, συνδέοντάς τη με το πρόγραμμα: δύο άτομα ανέφεραν ότι τους δυσκόλεψε το γεγονός ότι έπρεπε να ενσωματώσουν στη ζωή τους άλλες αλλαγές, πέραν της διακοπής της καπνιστικής συνήθειας και ένα άτομο δήλωσε ότι δεν βοηθήθηκε από την αλλαγή ως προς τη διατροφή.

Ερώτηση 3: Τι κέρδισε το άτομο από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Γνώσεις		«Απέκτησα πολλές γνώσεις αποτρεπτικές για το κάπνισμα, κάτι που επηρέασε και συνέβαλλε πολύ στην προσπάθειά μου.» (n=14)
Υποστήριξη		«Υποστήριξη από τους συμβούλους του προγράμματος. Το ότι υπήρχε κάποιος με τον οποίο μπορούσα να συζητάω τα πάντα και να συναποφασίζουμε για τους στόχους.» (n=20)
Σωματικά Οφέλη	Ευεξία Υγεία	«Σωματική ευεξία.» (n=8) «Άρχισα να αισθάνομαι πολύ πιο υγιής και να μειώνονται τα συμπτώματα που είχα και σχετίζονταν με το κάπνισμα.» (n=3)
	Καλύτερη Φυσική Κατάσταση	«Καλύτερη φυσική κατάσταση, καλύτερη αντοχή.» (n=5)

Πίνακας 26. (συνέχεια)

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Ως προς το στόχο	Διακοπή Καπνίσματος	«Πέτυχα το στόχο της διακοπής καπνίσματος.» (n=6)
	Μείωση καπνίσματος Τεχνικές αντίστασης στο κάπνισμα	«Μείωσα αισθητά τον αριθμό τσιγάρων.» (n=4) «Έμαθα κάποιους τρόπους με τους οποίους μπορώ να παίρνω τον έλεγχο του τσιγάρου και να αντιστέκομαι στον πειρασμό.» (n=7)
Ως προς τις πεποιθήσεις	Πεποίθηση ότι η διακοπή είναι κάτι ρεαλιστικό	«Ενώ πριν θεωρούσα ότι η μείωση και η διακοπή είναι κάτι ακατόρθωτο είδα ότι τελικά είναι πραγματοποιήσιμο αρκεί να το θέλει κανείς και να προσπαθήσει αρκετά.» (n=2)
Ως προς τη στάση	Παρακίνηση	«Μέσα από το πρόγραμμα κινητοποιήθηκα και δεσμεύτηκα περισσότερο, ως προς την προσπάθεια της διακοπής.» (n=3)
	Ευαισθητοποίηση	«Το ότι παίζω συνεχώς με τη σκέψη για το τι θα κάνω με το κάπνισμα. Αν και δεν το έκοψα, το πρόγραμμα με βοήθησε να το συνειδητοποιήσω καλύτερα και να αισθάνομαι ότι έχω περισσότερα εφόδια.» (n=2)
	Αυτοπεποίθηση	«Αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή μου και πίστεψα περισσότερο στον εαυτό μου και τις δυνάμεις μου.» (n=5)
Γνωριμία νέων ατόμων στην ίδια κατάσταση		«Γνώρισα άτομα που κάνουν την ίδια προσπάθεια, κάτι που με βοήθησε ιδιαίτερα.» (n=8)
Οικονομικά οφέλη		«Χρήματα, τα οποία επένδυνα για τον εαυτό μου και ως ανταμοιβή μου για όλη αυτή την προσπάθεια.» (n=3)
Εμπειρία		«Εμπειρία στο πώς να διαχειρίζομαι την επιθυμία για τσιγάρο.» (n=2)
Ελευθερία		«Κέρδισα την ελευθερία από το τσιγάρο, μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Τι πιο σημαντικό;» (n=3)
Βελτίωση ποιότητας ζωής		«Βελτίωσα την ποιότητα της ζωής μου σε όλους τους σημαντικούς τομείς.» (n=5)
Τρόποι διαχείρισης του θυμού		«Έμαθα πώς να διαχειρίζομαι το θυμό, κάτι που με βοήθησε πολύ στη διακοπή.» (n=1)

Η συγκεκριμένη ερώτηση είχε ως σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη, που προέκυψαν από το πρόγραμμα. Η πιο συχνή αναφορά –είκοσι άτομα το ανέφεραν– ήταν η υποστήριξη από τον σύμβουλο του προγράμματος, σε επίπεδο συζήτησης για όλα τα θέματα και συναπόφασης. Δεκαεφτά συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βγήκαν κερδισμένοι ως προς τους στόχους που είχαν θέσει και συγκεκριμένα, επτά από αυτούς δήλωσαν ότι κατέκτησαν τεχνικές αντίστασης στο κάπνισμα, έξι ανέφεραν ότι πέτυχαν το στόχο της διακοπής καπνίσματος και τέσσερις ανέφεραν ότι μείωσαν αισθητά τον αριθμό των τσιγάρων.

Δεκαέξι συμμετέχοντες ανέφεραν ως κέρδος σωματικά οφέλη, με τους οκτώ να δηλώνουν ως κατάκτηση την ευεξία, τους πέντε την καλύτερη φυσική κατάσταση και τους τρεις την υγεία (και τη μείωση των συμπτωμάτων, που σχετίζονταν με το κάπνισμα). Δεκατέσσερα άτομα ανέφεραν ως κέρδος από το πρόγραμμα τις γνώσεις, που απέκτησαν σε διάφορους τομείς και βοήθησαν στην προσπάθειά τους. Δέκα συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βγήκαν κερδισμένοι ως προς τη στάση τους και συγκεκριμένα, πέντε από αυτούς δήλωσαν ότι αυξήθηκε η αυτοπεποίθηση και η πίστη στον εαυτό τους, τρεις ότι μέσω του προγράμματος κινητοποιήθηκαν και παρακινήθηκαν και δύο δήλωσαν ότι ευαισθητοποιήθηκαν σε σχέση με το θέμα της διακοπής. Οκτώ άτομα ανέφεραν ως κέρδος, αλλά και βοήθεια, τη γνωριμία με άτομα, που έχουν την ίδια δυσκολία και κάνουν την ίδια προσπάθεια. Πέντε άτομα εστίασαν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε πολλούς τομείς. Τρία άτομα αναφέρθηκαν στα οικονομικά οφέλη που είχαν από τη διακοπή του καπνίσματος. Τρία άτομα δήλωσαν ότι κέρδισαν την ελευθερία τους, από το τσιγάρο, δύο άτομα τόνισαν την εμπειρία, που απέκτησαν μέσα από το πρόγραμμα, σε θέματα διαχείρισης της επιθυμίας για τσιγάρο και τέλος, δύο άτομα εντόπισαν το κέρδος τους στην αλλαγή των πεποιθήσεών τους σχετικά με τη διακοπή ή μείωση του τσιγάρου, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι κάτι τέτοιο είναι τελικά εφικτό, αν κάποιος το θέλει πραγματικά.

Ερώτηση 4: Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το άτομο το κάπνισμα (Πίνακας 27).

Η συγκεκριμένη ερώτηση στόχευε να εντοπίσει τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το ενδιαφέρον είναι ότι αρκετές από τις απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση ταυτίζονται με τις απαντήσεις της ερώτησης 2: τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος.

Στην εν λόγω ερώτηση, δέκα άτομα απάντησαν ότι το σοβαρότερο εμπόδιο, που αντιμετώπισαν, στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα, ήταν οι δύσκολες καταστάσεις που αντιμετώπιζαν και το στρες που βίωναν, συνθήκες που τους οδήγησαν στην αναζήτηση βοήθειας και παρηγοριάς στο τσιγάρο. Εννέα άτομα αναφέρθηκαν στην πίεση από οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, υπό την έννοια ότι τους πρόσφεραν τσιγάρο, κάπνιζαν μπροστά τους και σχολίαζαν την όλη προσπάθεια διακοπής που τα άτομα κατέβαλαν. Έξι άτομα ανέφεραν ως εμπόδιο την αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής, όπως την αλλαγή κοινωνικών συναναστροφών (παρέα με μη καπνιστές), περιορισμός εξόδων και διασκέδασης, μείωση των καφέδων, οι οποίες αποδείχτηκαν μη βοηθητικές. Πέντε άτομα ανέφεραν ότι δεν υπήρξαν εμπόδια που να μην μπορούσαν να τα ξεπεράσουν.

Πίνακας 27. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δύσκολες καταστάσεις-stress	«Οι δύσκολες καταστάσεις, που βίωνα και τις οποίες μέχρι τώρα δεν είχα μάθει να αντιμετωπίζω, καθώς και το ότι μου έτυχαν κάποιες ατυχίες, (τραυματισμός στη μέση, οικογενειακά προβλήματα) οι οποίες με έκαναν να αναζητώ διέξοδο στο τσιγάρο.» (n=10)
Πίεση από το κοινωνικό – οικογενειακό περιβάλλον	«Η παρέα με φίλους, που καπνίζουν και η πίεση στο να καπνίσω, καθώς και διάφορα σχόλια για την προσπάθεια, που έκανα και την επιτυχία της ή όχι.» (n=9)
Μη σωστή αλλαγή συνηθειών & τρόπου ζωής	«Αλλαγές στο κοινωνικό κομμάτι, όπως να κάνω περισσότερη παρέα με μη καπνιστές, να αποφεύγω παρέες καπνιστών, να περιορίσω τις εξόδους κ.α.» (n=6)
Κανένα	«Δεν υπάρχουν υπερβολικά εμπόδια. Ό,τι παρουσιάστηκε από δυσκολίες κατάφερα να το ξεπεράσω.» (n=5)
Μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	«Το ότι δεν μπόρεσα να πάρω τη φαρμακευτική αγωγή, λόγω του ότι δεν επιτρεπόταν σε συνδυασμό με κάποια άλλα φάρμακα, που παίρνω.» (n=1)
Έλλειψη απόφασης	«Η έλλειψη απόφασης. Δεν είχα έρθει αποφασισμένη να κόψω το κάπνισμα.» (n=5)
Καπνιστική συμπεριφορά συντρόφου	«Το ότι κάπνιζε και η σύζυγος. Πιστεύω ότι εάν προσπαθούσε και η σύζυγος ταυτόχρονα θα έπαιρνε δύναμη ο ένας από τον άλλο.» (n=1)
Ευχαρίστηση	«Το ότι μου αρέσει πολύ να καπνίζω, γιατί το απολαμβάνω.» (n=2)
Εθισμός	«Ο εθισμός. Αισθανόμουν απόλυτα εξαρτημένος στο κάπνισμα.» (n=1)
Εργασία	«Ο χώρος της εργασίας μου, όπου για διάφορους λόγους δεν μπορούσα να μείνω χωρίς τσιγάρο.» (n=1)

Πέντε άτομα ανέφεραν ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο στο να διακόψουν το κάπνισμα ήταν το γεγονός ότι δεν ήταν εξαρχής αποφασισμένοι να το κόψουν. Δύο άτομα ανέφεραν ότι τους εμπόδισε η ευχαρίστηση που αντλούσαν από το τσιγάρο. Ένα άτομο ανέφερε τη μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως παράγοντα παρακώλυσης για τη διακοπή του καπνίσματος. Ένας συμμετέχοντας ανέφερε ως πρόβλημα το γεγονός ότι η σύζυγος κάπνιζε, κάτι που δεν τον βοηθούσε στην προσπάθειά του να κόψει το κάπνισμα. Ένα άτομο ανέφερε τον εθισμό ως πρόβλημα και ένα άτομο το χώρο εργασίας που δεν άφηνε, για διάφορους λόγους, περιθώρια να μείνει χωρίς τσιγάρο.

Ερώτηση 5: Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και ποιά μετά (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του συμμετέχοντα σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και ποιά είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση)».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Εξάρτηση	«Κάπνιζα περισσότερο από 30 τσιγάρα την ημέρα. Αισθανόμουν πολύ εξαρτημένος. Θα έψαχνα με όλους τους πιθανούς τρόπους να βρω τσιγάρο και θα έκανα τα πάντα.» (n=13)
	Έλλειψη ελέγχου	«Πριν την παρέμβαση κάπνιζα χωρίς κανέναν έλεγχο και χωρίς να με ενδιαφέρει πόσο κάπνιζα. Τώρα έχω προβληματισμούς. Σκέφτομαι πόσα τσιγάρα κάπνισα. Πριν δεν έκανα καθόλου τέτοιες σκέψεις.» (n=18)
	Έλλειψη εξάρτησης	«Δεν ήμουν εξαρτημένη, μπορούσα ως ένα βαθμό να ελέγγω την επιθυμία για τσιγάρο.» (n=3)
Μετά	Αίσθηση ανεξαρτησίας	«Τώρα νιώθω πιο ανεξάρτητη, σαν το παιδί που μεγάλωσε και τώρα πια μπορεί να στηρίζεται στα πόδια του και στις δυνάμεις του.» (n=15)
	Απόκτηση ελέγχου	«Μετά την παρέμβαση αισθάνομαι πιο δυνατή και με μεγαλύτερο έλεγχο, σαν να βρήκα καλύτερα τον εαυτό μου.» (n=18)
	Καμία διαφορά	«Δεν αισθάνομαι καμία αλλαγή.» (n=1)

Η συγκεκριμένη ανοιχτή ερώτηση ακολουθούνταν από διευκρινιστικές ερωτήσεις, με στόχο τον όσο το δυνατό πιο ακριβή εντοπισμό των διαφορών, που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα και την εξάρτηση από αυτό, λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Αναφορικά με τη χρονική περίοδο πριν την παρέμβαση, δεκαοκτώ άτομα δήλωσαν ότι ένιωθαν ότι δεν είχαν τον έλεγχο σχετικά με το κάπνισμα, για παράδειγμα σχετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν, δεκατρία άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν απόλυτη εξάρτηση από το τσιγάρο σε σημείο που να αναζητούν με κάθε τρόπο να καπνίσουν ακόμη και σε συνθήκες που δεν το ευνοούσαν και τρία άτομα δήλωσαν ότι δεν ένιωθαν εξάρτηση από το τσιγάρο.

Μετά την παρέμβαση, δεκαοκτώ άτομα ανέφεραν ότι ένιωθαν πως απέκτησαν έλεγχο πάνω στο τσιγάρο, αλλά και γενικότερα, δεκαπέντε άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν πλέον πιο ανεξάρτητοι και μπορούσαν πια να στηριχθούν στις δικές τους δυνάμεις και ένα άτομο ανέφερε ότι δεν αισθάνονταν καμία αλλαγή.

Ερώτηση 6: Πώς ένιωθε το σώμα του το άτομο όταν κάπνιζε κανονικά και πώς ένιωθε μετά την παρέμβαση (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς ένιωθε το σώμα του ο συμμετέχοντας, όταν κάπνιζε κανονικά; Πώς νιώθει μετά την παρέμβαση;».

2η σειρά κατη- γοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Δυσάρεστη αίσθηση στο στόμα	«Φλέμα, αλλοιωμένη γεύση, πικράδα στο στόμα.» (n=5)
	Βαρύ σώμα	«Σαν να κουβαλούσα, όχι στην πλάτη, αλλά εσωτερικά, ένα βαρύ φορτίο, που με έκανε να αγκομαχώ.» (n=6)
	Κούραση	«Πριν κουραζόμουν εύκολα, αισθανόμουν κάποιες φορές σαν να μην είχα καμία αντοχή.» (n=6)
	Βραχνάδα	«Ο λαιμός μου ήταν συνεχώς πιο βραχνιασμένος.» (n=5)
	Δυσκολίες στον ύπνο	«Πριν είχα δυσκολίες ύπνου.» (n=2)
	Μη υγιές σώμα	«Αισθανόμουν πιο αδύνατος, αλλά «σάπιος», δηλαδή, αισθανόμουν το σώμα μου σαν να μην ήταν υγιές.» (n=3)
	Τίποτα άσχημο	«Δεν ένιωθα κάτι άσχημο στο σώμα μου όταν κάπνιζα, οπότε δεν βλέπω τώρα καμία διαφορά.» (n=1)
	Μειωμένη φυσική κατάσταση	«Μειωμένη φυσική κατάσταση.» (n=1)
Μετά	Μεγαλύτερη αντοχή	«Τώρα αισθάνομαι ότι έχω περισσότερες αντοχές σε σχέση με πριν.» (n=8)
	Καλύτερη αίσθηση στο στόμα	«Πριν την παρέμβαση είχα μια δυσάρεστη αίσθηση στο στόμα μου, κάτι που δεν υπάρχει τόσο έντονο τώρα και κυρίως όταν είχα πραγματοποιήσει σημαντική μείωση. Έχει υποχωρήσει και η αίσθηση υπερκορεσμού, που αισθανόμουν. Αισθάνομαι καλύτερα και σωματικά και ψυχολογικά.» (n=6)
	Καμία διαφορά	«Δεν έχω δει κάποιες διαφορές στο σώμα μου.» (n=3)
	Βελτιωμένος ύπνος	«Πλέον έχω καλύτερο ύπνο.» (n=3)
	Καλύτερη αίσθηση του σώματος	«Νιώθω καλύτερα το σώμα μου, όχι όμως μόνο επειδή μείωσα το τσιγάρο αλλά επειδή αύξησα την άσκηση.» (n=5)
	Ηρεμία	«Αισθάνομαι περισσότερο ήρεμος και πιο χαλαρός.» (n=2)
	Καθαριότητα	«Τώρα νιώθω ανάλαφρη και περισσότερο καθαρή σωματικά.» (μετά την διακοπή) (n=2)
	Νεότητα	«Τώρα αισθάνομαι πιο νέα.» (n=2)
	Υποχώρηση βήχα	«Είχα βήχα, ο οποίος μετά τη διακοπή του καπνίσματος σταμάτησε τελείως.» (n=4)
	Υποχώρηση νευρικότητας & αρρυθμιών	«Έφυγαν οι αρρυθμίες και η νευρικότητα, που αισθανόμουν πριν.» (n=1)
	Βελτίωση αναπνοής	«Διευκολύνομαι κατά πολύ στην αναπνοή.» (n=2)
	Αίσθηση μικρότερου βάρους	«Τώρα νιώθω πιο αδύνατη και ανάλαφρη και ας πήρα 2 κιλά.» (n=3)

Οι ερωτήσεις αυτές, ακολουθούμενες από διευκρινιστικές, στόχευαν στον εντοπισμό των σωματικών αλλαγών, που μπορεί να έλαβαν χώρα και να παρατηρήθηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Όσον αφορά το διάστημα πριν την παρέμβαση, έξι άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν το σώμα τους βαρύ, σα να είχαν ένα εσωτερικό βάρος, έξι άτομα ανέφεραν ότι κουράζονταν εύκολα και είχαν μειωμένη αντοχή, πέντε άτομα έκαναν αναφορά στη δυσάρεστη αίσθηση στο στόμα, πέντε άτομα έκαναν λόγο για βραχνάδα, τρία άτομα ανέφεραν ότι ένιωθαν το σώμα τους μη υγιές, δύο άτομα ανέφεραν δυσκολίες στον ύπνο, ένα άτομο έκανε λόγο για μειωμένη φυσική κατάσταση και ένα άτομο δήλωσε ότι δεν ένιωθε τίποτα άσχημο στο σώμα του.

Όσον αφορά το διάστημα αμέσως μετά την παρέμβαση, οκτώ άτομα αναφέρθηκαν στη μεγαλύτερη αντοχή, έξι άτομα στην καλύτερη αίσθηση στο στόμα, πέντε άτομα δήλωσαν ότι ένιωθαν καλύτερα το σώμα τους, διευκρινίζοντας κάποιοι ότι αυτό οφείλονταν όχι μόνο στη διακοπή του τσιγάρου, αλλά και στην αύξηση της άσκησης, τέσσερα άτομα ανέφεραν την υποχώρηση του βήχα, τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν βελτίωση στον ύπνο, τρεις ανέφεραν αίσθηση μικρότερου βάρους, δύο δήλωσαν περισσότερη ηρεμία και χαλαρότητα, δύο έκαναν λόγο για μεγαλύτερη αίσθηση καθαριότητας, δύο ανέφεραν αίσθηση νεότητας, δύο ανέφεραν βελτίωση στην αναπνοή, ένα άτομο έκανε λόγο για υποχώρηση νευρικότητας και αρρυθμιών και τέλος, τρεις δήλωσαν ότι δεν είδαν καμία διαφορά στο σώμα τους.

Ερώτηση 7: Ποιες αλλαγές νιώθει το άτομο ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του, σε σχέση με το κάπνισμα, μετά την παρέμβαση (Πίνακας 30).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό τον εντοπισμό τυχόν αλλαγών σε επίπεδο σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, έτσι ώστε να αξιοποιηθούν αυτές οι πληροφορίες σε σχέση με το πρόγραμμα και τη συμβολή του στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς, η οποία διαφοροποίηση, άλλωστε, αποτελούσε βασικό στόχο του προγράμματος.

Αναφορικά με αλλαγές στις σκέψεις, επτά άτομα ανέφεραν ότι πλέον σκέφτονται πιο συνειδητοποιημένα τη διακοπή του καπνίσματος, τρία άτομα ανέφεραν ότι έπαψαν να θεωρούν τη διακοπή κάτι ακατόρθωτο, αλλά τη θεωρούν πλέον ρεαλιστική και πραγματοποιήσιμη, τρία άτομα δήλωσαν ότι πλέον σκέφτονται ότι μπορούν να τα

Πίνακας 30. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα	
Σκέψεις	Ρεαλιστική η διακοπή	«Το πιο βασικό, που άλλαξε για μένα, είναι η σκέψη ότι η διακοπή δεν είναι κάτι ακατόρθωτο.» (n=3)	
	Ικανότητα	«Η βασική μου σκέψη, που άλλαξε και δεν υπήρχε πριν, ήταν ότι μπορώ να τα καταφέρω, εάν υπάρχει θέληση, αποφασιστικότητα και προσπάθεια.» (n=3)	
	Εναλλακτικές	«Σκέφτομαι ότι υπάρχουν τρόποι και να φτάσω στα λίγα τσιγάρα και αισθάνομαι ότι έχω αποκτήσει αποθέματα, κολπάκια, που θα με βοηθήσουν στη διαχείριση του πειρασμού.» (n=2)	
	Λογική και σοβαρότητα	«Σκέφτομαι πιο λογικά, πιο αισιόδοξα, πιο σοβαρά για τη διακοπή.» (n=3)	
	Συνειδητοποίηση	«Με απασχολεί πιο έντονα η σκέψη της διακοπής. Είμαι πιο κοντά στην απόφαση.» (n=7)	
	Γνώσεις και κέρδος	Γνωρίζω περισσότερα, σκέφτομαι περισσότερο όσα μου προσέφερε το πρόγραμμα.» (n=2)	
	Θετική σκέψη	«Σκέφτομαι περισσότερο θετικά για την υγεία μου.» (n=2)	
	Γνώση των συνεπειών	«Τώρα ξέρω πολλά για το τσιγάρο και τις συνέπειες και δεν θέλω. Πριν εθελουφλούσα και έκανα κακό στον εαυτό μου.» (n=3)	
	Εικόνα	«Πριν σκεφτόμουν ότι αποτελεί ωραία εικόνα. Τώρα πιο δυναμική και χειραφετημένη. Πριν καπνίστρια, εξαρτημένη. Τώρα δυνατή, ελέγχω την επιθυμία μου.» (n=2)	
	Ταυτότητα	«Πριν σκεφτόμουν ότι αποτελεί φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και βασικό κομμάτι του εαυτού. Τώρα απλώς μια επιθυμία που έχεις κάποιες φορές.» (n=2)	
	Τίποτα	«Δεν ασχολούμαι. Δεν έχω καθόλου σκέψεις.» (n=1)	
	Συναισθήματα	Ικανοποίηση	«Αισθάνομαι ικανοποιημένος από του στόχους, που πέτυχα γιατί είδα ότι μπορώ να καταφέρω πράγματα.» (n=3)
		Ζωντάνια	«Αισθάνομαι περισσότερη ζωντάνια.» (n=1)
Αυτό-αποτελεσματικότητα		«Μπορώ να τα καταφέρω. Άλλαξε το συναίσθημα, που είχα πριν, ότι δεν πρόκειται να τα καταφέρω ποτέ.» (n=5)	
Ανακούφιση		«Από τότε που πέτυχα τη διακοπή αισθάνομαι περισσότερο ανακουφισμένη.» (n=1)	
Αυτοπεποίθηση		«Πριν ένιωθα ότι ήταν κάτι ιδιαίτερα δύσκολο και ότι δεν θα τα καταφέρω. Τώρα αισθάνομαι ότι έχω αυξημένη αυτοπεποίθηση λόγω του ότι πέτυχα το στόχο μου.» (n=1)	
Αισιοδοξία		«Μετά το στόχο της διακοπής αισθάνομαι πιο αισιόδοξα γενικότερα για τη ζωή.» (n=2)	
Ηρεμία και χαλάρωση		«Αισθάνομαι πιο χαλαρός και πιο ήρεμος, κάτι που το είχα ανάγκη.» (n=1)	
Ελευθερία και ανεξαρτησία		«Μισούσα την εξάρτηση και ήθελα με κάποιο τρόπο να σταματήσει να υπάρχει. Αισθάνομαι πολύ ικανοποιημένος που ξέφυγα από αυτή την εξάρτηση.» (n=3)	
	Χαρά	«Αισθάνομαι πολύ χαρούμενος και πολύ καλύτερα. Σαν να έχω διακόψει το κάπνισμα εδώ και πολύ καιρό.» (n=2)	

Πίνακας 30. (συνέχεια)

2η σειρά κατη- γοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Συμπεριφορά / Συνήθειες	Άσκηση	«Μετά το πρόγραμμα παρέμβασης αύξησα την άσκηση. Την έχω εντάξει στην καθημερινότητά μου.» (n=4)
	Δραστηριοποίηση	«Ασχολούμαι με άλλες δραστηριότητες. Κάνω εναλλακτικά πράγματα αντί του τσιγάρου.» (n=3)
	Ενασχόληση με την οικογένεια	«Ασχολούμαι περισσότερο με την οικογένεια.» (n=1)
	Κοινωνικοποίηση	«Έχω αυξήσει κατά πολύ τις εξόδους με παρέες και φίλους και τις συζητήσεις.» (n=1)
	Μείωση Καφέδων Καθημερινότητα	«Έχω μειώσει κατά πολύ τους καφέδες.» (n=1) «Άλλαξα γενικά όλες τις συνήθειες, που είχα συνδυασμένες με το κάπνισμα.» (n=1)
	Έλεγχος	«Έχει αλλάξει ο έλεγχος που είχα στο κάπνισμα και η εξάρτηση που ένιωθα. Το κάπνισμα ήταν κάτι πολύπλοκο και όχι απλώς μια κακή συνήθεια όπως νόμιζα. Δεν το αφήνω στην τύχη. Προσπαθώ να έχω τον έλεγχο.» (n=5)
Καμία αλλαγή	«Δεν αισθάνομαι ότι υπάρχει καμία διαφορά.» (n=1)	

καταφέρουν εάν προσπαθήσουν, τρία άτομα δήλωσαν ότι σκέφτονται τη διακοπή λογικά και με σοβαρότητα, τρία άτομα ανέφεραν ότι γνωρίζουν πλέον τις άσχημες συνέπειες του τσιγάρου και το κακό που έκαναν στον εαυτό τους καπνίζοντας, δύο άτομα ανέφεραν ότι έχουν μάθει εναλλακτικές και βοηθήματα και γνωρίζουν τους τρόπους αντιμετώπισης της επιθυμίας και διαχείρισης των πειρασμών, δύο άτομα ανέφεραν ότι αυξήθηκαν οι γνώσεις τους και σκέφτονται πια όσα τους προσέφερε το πρόγραμμα, δύο άτομα εστίασαν στη θετική σκέψη που απέκτησαν για την υγεία τους, δύο άτομα αναφέρθηκαν στην εικόνα τους ως καπνιστών και τις σκέψεις που κάνουν για αυτή, δύο άτομα έκαναν λόγο για το πόσο το κάπνισμα αποτελεί κομμάτι του εαυτού τους, είναι μέρος της ταυτότητάς τους και τέλος ένα άτομο δήλωσε ότι δεν κάνει καθόλου σκέψεις επηρεασμένες από το πρόγραμμα.

Όσον αφορά τα συναισθήματα, πέντε άτομα ανέφεραν ότι πλέον αισθάνονται ότι μπορούν να τα καταφέρουν με αποτελεσματικότητα, τρία άτομα εστίασαν στην ικανοποίηση που άντλησαν από την επίτευξη των στόχων που έβαλαν, τρία άτομα μίλησαν για το συναίσθημα της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας που ένιωσαν, δύο άτομα δήλωσαν πιο αισιόδοξα γενικότερα πλέον για τη ζωή τους, δύο άτομα εστίασαν στο συναίσθημα της χαράς, ένα άτομο είπε ότι αισθάνεται περισσότερη ζωντάνια, ένα άτομο μίλησε για ανακούφιση, ένα άτομο αναφέρθηκε στην αυξημένη αυτοπεποίθηση που προήλθε από την επίτευξη των στόχων, τέλος ένα άτομο έκανε λόγο για ηρεμία και χαλάρωση που τα είχε ανάγκη.

Όσον αφορά συμπεριφορικές αλλαγές και αλλαγές συνηθειών, πέντε άτομα αναφέρθηκαν στον έλεγχο, που πλέον ασκούν στο κάπνισμα με συγκεκριμένες πρακτικές και συμπεριφορές, τέσσερα άτομα δήλωσαν ότι αύξησαν την άσκηση και την ενσωμάτωσαν στην καθημερινή ζωή τους, τρία άτομα ανέφεραν ότι δραστηριοποιήθηκαν περισσότερο στην καθημερινότητά τους, κάνοντας πράγματα εναλλακτικά του τσιγάρου, ένα άτομο δήλωσε ότι ασχολείται περισσότερο με την οικογένειά του, ένα άτομο αύξησε τις εξόδους του με φίλους, ένα άτομο μείωσε τους καφέδες και ένα άτομο δήλωσε ότι άλλαξε τις καθημερινές συνήθειες, που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα. Τέλος, ένα άτομο δήλωσε ότι δεν αισθάνεται να υπάρχει κάποια διαφορά σε κανένα επίπεδο.

Ερώτηση 8: Ποια ήταν η σχέση του ατόμου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πώς εξελίχθηκε μετά (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν η σχέση του συμμετέχοντα με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πώς εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του;)».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	4η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Καμία σχέση με την άσκηση Υπήρχε σχέση με την άσκηση		«Πριν το πρόγραμμα δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση.» (n=22) «Είχα σχέση με την άσκηση και πριν την παρέμβαση.» (n=8)
Μετά	Δεν άλλαξε κάτι		«Δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση ούτε πριν από τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα αλλά ούτε τώρα. Ωστόσο σκέφτομαι σιγά-σιγά να ξεκινήσω κάποια μορφή άσκησης.» (n=6)
	Βελτιώθηκε η σχέση με την άσκηση	Αύξηση φυσικής δραστηριότητας	«Αύξησα τη φυσική δραστηριότητα. Περπατάω περισσότερο.» (n=11)
		Εντατική και συστηματική άσκηση	«Βλέπω πιο σοβαρά την άσκηση: περπατάω συστηματικά και με συγκεκριμένο στόχο (4 φορές την εβδομάδα).» (n=7)
		Άσκηση ως εναλλακτική	«Χρησιμοποιώ την άσκηση ως εναλλακτική. Έχω υιοθετήσει εναλλακτικές βοήθειες αντί του τσιγάρου όπως το περπάτημα.» (n=2)
		Ενσωμάτωση άσκησης στην καθημερινότητα	«Ασκούμαι καθημερινά και έχω εντάξει οποιαδήποτε μορφή άσκησης στην καθημερινότητα.» (n=3)
		Οργανωμένη άσκηση	«Επειδή ήθελα κάτι πιο οργανωμένο ξεκίνησα γυμναστήριο.» (n=1)

Οι ερωτήσεις αυτές είχαν στο επίκεντρο αφενός το εάν και κατά πόσο το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος επηρέασε τη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση και αφετέρου τη σχέση μεταξύ άσκησης και διακοπής καπνίσματος, πώς δηλαδή μπορεί αυτή η διαφορετική συμπεριφορά να επηρέασε την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος και να συνέβαλλε σε αυτή.

Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν από την παρέμβαση, είκοσι δύο άτομα ανέφεραν ότι πριν από την παρέμβαση δεν είχαν καμία σχέση με την άσκηση και τα υπόλοιπα οκτώ άτομα ότι είχαν σχέση.

Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση μετά την παρέμβαση, έξι άτομα δήλωσαν ότι δεν άλλαξε κάτι, αλλά κάποια άτομα από αυτά ανέφεραν ότι υπάρχει ως σκέψη να ξεκινήσουν κάποια μορφή άσκησης, ενώ τα εικοσιτέσσερα ανέφεραν βελτίωση της σχέσης τους με την άσκηση. Από αυτούς, οι έντεκα δήλωσαν ότι αυξήθηκε η φυσική δραστηριότητα με κυρίαρχο το περπάτημα, οι επτά δήλωσαν ότι ασκούνται πλέον συστηματικά, βάζοντας στόχους, οι τρεις ανέφεραν ότι ενσωμάτωσαν την άσκηση στην καθημερινότητά τους με διάφορες μορφές, δύο ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν την άσκηση ως βοήθεια κατά του τσιγάρου και ένα άτομο δήλωσε ότι επιθυμούσε πλέον οργανωμένη άσκηση και για το λόγο αυτό ξεκίνησε γυμναστήριο.

Στην ερώτηση «Πιστεύεις ότι η άσκηση βοήθησε στην προσπάθειά σου;», όλοι απάντησαν θετικά και συγκεκριμένα αναφέρθηκαν στη διαχείριση του πειρασμού και στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Ερώτηση 9: Πώς βλέπει το άτομο τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (Πίνακες 32α, 32β).

Πίνακας 32. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς βλέπει τον εαυτό του ο συμμετέχοντας μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα; Πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά); »

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Καπνιστής/στρια	«Βλέπω τον εαυτό μου μελλοντικά με ένα τσιγάρο στο χέρι, γιατί πιστεύω ότι κάποια στιγμή θα μου λείψει πολύ και συνειδητά θα το ξαναρχίσω.» (n=5)
Μη Καπνιστής/στρια	«Βλέπω τον εαυτό μου ως ένα άτομο, που καθημερινά θα επιλέγει να μην καπνίζει». (n=25)
Θετικά	«Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να με επηρεάσει θετικά. Βοηθάει ήδη το ότι όλοι είναι αντικαπνιστές και με υποστήριζαν πάρα πολύ στην παρούσα κατάσταση.» (n=19)
Αρνητικά	«Όλοι οι φίλοι μου και συγγενείς καπνίζουν και αυτό δεν βοηθάει να το κόψω.» (n=11)

Οι ερωτήσεις αφορούσαν τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων ως προς το πώς βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον και πώς βλέπουν την επίδραση του περιβάλλοντος σε αυτή τους την προσπάθεια. Σε σχέση με το πώς βλέπουν τον εαυτό τους μελλοντικά, τα εικοσιπέντε άτομα απάντησαν ότι βλέπουν τον εαυτό τους ως μη καπνιστή και τα πέντε ως καπνιστή.

Ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος, τα δεκαεννέα άτομα ανέφεραν ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκαναν και θα είναι βοηθητικό, ενώ τα έντεκα ανέφεραν ότι το περιβάλλον δε θα είναι βοηθητικό, κυρίως λόγω του ότι οι περισσότεροι φίλοι και συγγενείς καπνίζουν.

Ερώτηση 10: Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τι από τη γενικότερη διαδικασία του προγράμματος βοήθησε περισσότερο (Πίνακας 33).

Η συγκεκριμένη ερώτηση, η οποία αποτέλεσε έναυσμα για συζήτηση, στόχευε στον εντοπισμό των σημείων εκείνων του προγράμματος, που έπαιξαν έναν ρόλο βοηθητικό στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος.

Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει απαντήσεις, οι οποίες αναφέρονται στη δομή και τα χαρακτηριστικά του προγράμματος, η δεύτερη εκείνες που αναφέρονται στο περιεχόμενο του προγράμματος και η τρίτη σε εκείνες που αφορούν τη λειτουργία του προγράμματος, το πώς δηλαδή κάποιες πτυχές και κάποια στοιχεία του λειτούργησαν με τρόπο βοηθητικό για τα άτομα στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα.

Ως προς τη δομή και τα χαρακτηριστικά του προγράμματος, είκοσι δύο άτομα ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικό το γεγονός ότι το πρόγραμμα λάμβανε υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και προσαρμόζονταν στις ανάγκες του κάθε ατόμου, καθώς επίσης και το γεγονός ότι το άτομο συνδιαμόρφωνε με τον σύμβουλο την πορεία του προγράμματος και τους στόχους που θέτονταν κάθε φορά, δίνοντας στο άτομο την αίσθηση ελέγχου τόσο της διαδικασίας, αλλά και των επιλογών και εναλλακτικών που αναδύονταν κάθε φορά καθώς εξελίσσονταν στην πορεία η διαδικασία. Δώδεκα άτομα αναφέρθηκαν στη συνέπεια και τη σταθερότητα του προγράμματος και του συμβούλου και δύο άτομα μίλησαν για το πόσο βοηθητική ήταν η διάρκεια του προγράμματος.

Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 19 άτομα εστίασαν στις δραστηριότητες, τις ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και γενικά τα εργαλεία, που χρησιμοποιήθηκαν, αναφέροντας ότι αυτά τους βοήθησαν τόσο σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων όσο και

Πίνακας 33. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τι από τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ);».

2 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δομή και Χαρακτηριστικά του προγράμματος	Συνέπεια & σταθερότητα προγράμματος	«Η σταθερότητα εκ μέρους του συμβούλου και του προγράμματος.» (n=12)
	Εξατομικευμένη παρέμβαση	«Με βοήθησε ιδιαίτερα το ότι γίνεται εξατομικευμένη παρέμβαση και δεν υπάρχουν αυστηρά καθορισμένα βήματα, που πρέπει να κάνει κανείς. Το ότι εγώ ο ίδιος συμμετείχα στη διαμόρφωση του προγράμματος και στον καθορισμό στόχων με έκανε να αισθάνομαι ότι έχω επιλογές και ότι χειρίζομαι την προσπάθειά μου.» (n=22)
Περιεχόμενο	Διάρκεια προγράμματος	«Η διάρκεια του προγράμματος ήταν ιδιαίτερα βοηθητική, το ότι δηλαδή υπήρχαν αρκετές συναντήσεις.» (n=2)
	Καθορισμός στόχων	«Με βοήθησε περισσότερο η διαδικασία καθορισμού στόχων. Αισθανόμουν ότι κάνω κάποιες συμφωνίες με τη σύμβουλο κατά τη διάρκεια των συνεδριών, τις οποίες δεν ήθελα να αθετήσω.» (n=6)
	Τεχνικές αντίστασης	«Με βοήθησαν επίσης οι τεχνικές, που έμαθα για την αντιμετώπιση της επιθυμίας, όπως η κατανάλωση νερού, το να ασχολούμαι με άλλες δραστηριότητες, η διαφραγματική αναπνοή και άλλα» (n=8)
	Γνώσεις	«Ιδιαίτερα σημαντικό και βοηθητικό μου φάνηκε το γνωστικό κομμάτι και κυρίως οι γνώσεις για το παθητικό κάπνισμα» (n=3)
	Δραστηριότητες	«Με βοήθησαν πολύ οι ασκήσεις και τα ερωτηματολόγια του προγράμματος, μέσα από τα οποία έμαθα περισσότερα πράγματα για τον εαυτό μου.» (n=19)
Λειτουργία	Τεχνικές χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλαρώσεις με βοήθησαν πολύ στην αυτοσυγκέντρωση, στη χαλάρωση και στη διαχείριση της επιθυμίας για τσιγάρο.» (n=7)
	Επικοινωνία-συζήτηση	«Η συζήτηση και το ενδιαφέρον της συμβούλου για την υγεία μου, το σώμα μου, τη διατροφή μου και την καθημερινότητά μου με βοήθησε πάρα πολύ.» (n=25)
	Το ενδιαφέρον και τα συναισθήματα του/της συμβούλου	«Θεωρώ καίριο το ρόλο του συμβούλου. Υπήρχε κατανόηση, παραχώρηση χρόνου και χώρου και ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα ως προς τα ραντεβού, όποτε υπήρχε ανάγκη. Για μένα οι ατομικές συναντήσεις λειτουργούσαν ως ένας τρόπος διασφάλισης και προστασίας από τα αρνητικά συναισθήματα.» (n=16)

Πίνακας 33. (συνέχεια)

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
	Η αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι-ες Δέσμευση	«Αισθανόμουν ότι βαδίζω μαζί με κάποιον άλλο σε όλη αυτή την προσπάθεια.» (n=3) «Η δέσμευση, που αισθανόμουν, ήταν κάτι που με βοήθησε ιδιαίτερα και με κρατούσε όσες φορές δυσκολευόμουν, λύγιζα και μπορεί να έκανα σκέψεις για να σταματήσω την προσπάθεια.» (n=4)
	Απόκτηση ελέγχου	«Το ότι άρχισα να αποκτώ τον έλεγχο του τσιγάρου με ικανοποίησε ιδιαίτερα και με έκανε να το βλέπω ως πρόκληση και ως παιχνίδι και να προσπαθώ να πετύχω όλο και περισσότερους στόχους.» (n=2)
	Σχέση με σύμβουλο	«Αρχικά συμμετείχα στο πρόγραμμα διερευνητικά και ίσως θα λέγαμε από περιέργεια. Δεν ήρθα έχοντας πάρει απόφαση για τη διακοπή. Η καλή σχέση, που δημιούργησα με τη σύμβουλο, με έκανε να πιστέψω ότι μπορώ να καταφέρω πράγματα και έτσι να δεσμευτώ σε μια τέτοια προσπάθεια.» (n=4)
	Αλλαγή συνηθειών	«Περισσότερο με βοήθησαν κάποιες τεχνικές, που χρησιμοποιούσα, όπως το να αλλάζω τη διαδρομή, από την οποία πήγαινα στη δουλειά και συνήθιζα να καπνίζω κατά τη διάρκεια, και να ακούω πιο δυνατά μουσική, ώστε να απασχολώ το μυαλό μου κάπου αλλού.» (n=5)
	Πεποίθηση ότι η διακοπή είναι κάτι ρεαλιστικό	«Αισθανόμουν ότι η διακοπή είναι κάτι πραγματοποιήσιμο. Απομυθοποίησα τη δυσκολία της διαδικασίας διακοπής καπνίσματος και μείωσα τη σημασία-σημαντικότητα του τσιγάρου.» (n=2)

επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης. Οκτώ άτομα ανέφεραν πολύ συγκεκριμένα πόσο βοηθητικές ήταν οι τεχνικές αντίστασης απέναντι στην επιθυμία και την αντιμετώπιση του πειρασμού. Επτά άτομα τόνισαν πόσο βοηθήθηκαν από τις τεχνικές χαλάρωσης τόσο στη συγκέντρωση, την ηρεμία και τη χαλάρωση όσο και στη διαχείριση της επιθυμίας για τσιγάρο. Έξι άτομα αναφέρθηκαν στο πόσο βοηθητική ήταν η διαδικασία καθορισμού των στόχων και πόσο ήταν βοηθητική για την επίτευξή τους η δέσμευση σε αυτούς. Τρία άτομα ανέφεραν ότι ήταν βοηθητική η έμφαση του προγράμματος στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση, που παρείχε για διάφορα θέματα, όπως οι συνέπειες του καπνίσματος και το παθητικό κάπνισμα.

Ως προς τη λειτουργία του προγράμματος, είκοσι πέντε άτομα αναφέρθηκαν στην επικοινωνία και τη συζήτηση, που είχαν με τον σύμβουλο για διάφορα ζητήματα και τομείς της ζωής τους, όπως η υγεία, το σώμα και η άσκηση, η διατροφή και γενικά η καθημερινότητά τους. Δεκαέξι άτομα εστίασαν στο ενδιαφέρον και τα συναισθήματα του συμβούλου,

κάνοντας λόγο για στοιχεία όπως η κατανόηση, το μοίρασμα και η προστασία από τα αρνητικά συναισθήματα, η συμπαράσταση και το «πάντα εκεί». Πέντε άτομα αναφέρθηκαν στην αλλαγή καθημερινών συνηθειών, οι οποίες προέκυψε σταδιακά, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής στο πρόγραμμα, αναφέροντας και παραδείγματα, όπως τεχνικές απασχόλησης του μυαλού. Τέσσερα άτομα αναφέρθηκαν συγκεκριμένα στη δέσμευση απέναντι στο πρόγραμμα και τους συμβούλους και στο πόσο αυτή αποτελούσε «κράτημα» όταν τα πράγματα δυσκόλευαν. Τέσσερα άτομα τόνισαν πόσο βοηθητική υπήρξε η σχέση που αναπτύχθηκε με τον σύμβουλο, η οποία, όπως αναφέρθηκε, συνέβαλε στην αύξηση της πίστης ότι μπορεί το άτομο να τα καταφέρει, στη δημιουργία δέσμευσης, αλλά ακόμα και στη λήψη απόφασης για διακοπή του καπνίσματος στις περιπτώσεις που υπήρχε αμφιταλάντευση. Τρία άτομα τόνισαν ότι ήταν σημαντικό το ότι αισθάνονταν ότι δεν ήταν μόνιμοι σε αυτή την προσπάθεια, αλλά είχαν συνοδοιπόρο. Δύο άτομα αναφέρθηκαν στην απόκτηση ελέγχου, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα, κάτι που ήταν βοηθητικό τόσο σε επίπεδο αντιμετώπισης της καπνιστικής συνήθειας όσο και σε επίπεδο επίτευξης στόχων. Τέλος, δύο άτομα αναφέρθηκαν στην καλλιέργεια και απόκτηση της πεποίθησης ότι η διακοπή είναι κάτι ρεαλιστικό και εφικτό.

Ερώτηση 11: Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης (Πίνακας 34).

Η συγκεκριμένη ερώτηση στόχευε στην κατανόηση της γενικότερης εντύπωσης των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα, καθώς επίσης και στο να τους δώσει την ευκαιρία να προσθέσουν ό,τι μπορεί να θεωρούσαν σημαντικό να επισημανθεί, είτε ως πρόταση βελτίωσης είτε ως πρόταση αλλαγής είτε ως σκέψη και αναστοχασμό.

Οι απαντήσεις των ατόμων μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι προτάσεις των ατόμων προκειμένου το πρόγραμμα να βελτιωθεί, στη δεύτερη κατηγορία εντάσσονται τα σχόλια των ατόμων σχετικά με εκείνα τα στοιχεία, που αποτελούν προϋπόθεση για κάποιον πριν αποφασίσει να εμπλακεί σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος, στην τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις των ατόμων, που αναφέρονται στον τρόπο, που το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος λειτούργησε ατομικά στον καθένα (τι πρόσφερε, δηλαδή, ιδιαίτερα και εξατομικευμένα στο κάθε άτομο) και στην τέταρτη κατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις, που αποτελούν γενικό σχολιασμό του προγράμματος.

Ως προς τις προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος, ένα άτομο πρότεινε την ύπαρξη ορίων και περιοριστικών κανόνων, έτσι ώστε όποιος δεν καταφέρνει να διακόψει το

Πίνακας 34. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης».

2η σειρά κατη- γοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίη- σης	Αποσπάσματα
Προτάσεις	Όρια	«Ίσως βοηθούσε στο πρόγραμμα να υπάρχουν κάποιοι όροι, κάποιοι κανόνες π.χ. ένα deadline ότι όποιος δεν καταφέρει να το κόψει μέχρι την 4η συνάντηση δεν θα μπορέσει να συνεχίσει στο πρόγραμμα. Ίσως αυτό συνέβαλε στη λήψη απόφασης για τη διακοπή πιο νωρίς.» (n=1)
	Παρέμβαση στην κρίση	«Θεωρώ ότι θα πρέπει να υπάρχει κάποια παρέμβαση στην κρίση και κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία ως προς αυτό. Θα ήθελα δηλαδή από το πρόγραμμα να «πάρω» κάτι, χωρίς να μπορώ να προσδιορίσω τι θα ήταν είναι αυτό, το οποίο σε δύσκολες στιγμές θα μπορούσε να με προστατεύει.» (n=1)
Προϋποθέσεις	Πίστη	«Πιστεύω ότι το πιο σημαντικό είναι να πιστεύει κανείς στον εαυτό του. Το πρόγραμμα βοηθάει από εκεί και πέρα.» (n=2)
	Απόφαση	«Θεωρώ ότι μπορεί να βοηθήσει πάρα πολύ κάποιον, που έχει πάρει την απόφαση διακοπής καπνίσματος, αλλιώς θα κουράζει το εαυτό του περισσότερο και χωρίς αποτέλεσμα.» (n=4)
Λειτουργία	Κάλυψη βασικών αναγκών	«Καλύπτει βασικές ανάγκες, που έχει κάποιος άνθρωπος, ο οποίος βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση, όπως το γνωστικό κομμάτι, η κινητοποίηση, η ενημέρωση, η υποστήριξη, αλλά και δίνει ιδέες για λύσεις απλών καθημερινών δυσκολιών.» (n=1)
	Επαφή με τις αδυναμίες	«Σε φέρνει αντιμέτωπο με τις αδυναμίες σου.» (n=1)
	Αλλαγή τρόπου σκέψης	«Αν και δεν σταμάτησα το κάπνισμα, ωστόσο πήρα πολλά πράγματα από το πρόγραμμα και ένα από τα σημαντικότερα είναι ότι άλλαξε ο τρόπος σκέψης μου ως προς αυτό. Μπήκα σε μια διαδικασία να ελέγχω το τσιγάρο και να χρησιμοποιώ διάφορες τεχνικές, ώστε να αντιστέκομαι σε αυτό. Αν και δεν με βοήθησαν οι συνθήκες, ξέρω πολύ καλά, όταν αποφασίσω να διακόψω το κάπνισμα, πού πρέπει να πάω και τι πρέπει να κάνω. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό για μένα το ότι έκανα μια πολύ σημαντική μείωση στον αριθμό των τσιγάρων, που έκανα καθημερινά και θα προσπαθήσω να διατηρήσω αυτό το αποτέλεσμα.» (n=4)
	Εμπλουτισμός γνώσεων	«Αν και γνώριζα πολλά πράγματα πριν, κατά τη διάρκεια του προγράμματος μπήκα σε μια αναλυτική διαδικασία των πραγμάτων, που ήδη ήξερα, σε ανακάλυψη καινούριων και στην έμπρακτη εφαρμογή αρκετών από αυτών.» (n=4)
	Ασφάλεια	«Νιώθω ασφάλεια και φροντίδα με 24ωρη στήριξη.» (n=1)
	Γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής	«Το πρόγραμμα με βοήθησε να αλλάξω όλη μου τη ζωή, όχι μόνο να κόψω το κάπνισμα. Βοηθάει και στο πώς να επικοινωνήσουμε γενικά με τους άλλους ανθρώπους και στο πώς να αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα μας.» (n=2)
	Στόχοι	«Είναι καλό για όλους τους ανθρώπους να ξέρουν να δουλεύουν με στόχους. Για αυτό πιστεύω ότι μου ταίριαζε πολύ το πρόγραμμα.» (n=2)

Πίνακας 34. (συνέχεια)

Γενικά Σχόλια	Ολοκληρωμένη παρέμβαση	«Μου άρεσε το πώς ήταν δομημένο το πρόγραμμα. Δεν περίμενα ότι θα με βοηθήσει τόσο. Το ότι συμπεριλάμβανε παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς, όπως μείωση καπνίσματος, άσκηση, διατροφή, με έκανε να αισθάνομαι ότι πρόκειται για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση.» (n=6)
	Κατάρτιση συμβούλων	«Με εντυπώσισε η επιστημονική κατάρτιση των συμβούλων.» (n=1)
	Εξατομικευμένη παρέμβαση	«Το ότι το πρόγραμμα δεν ήταν άκαμπτο, αλλά υπήρχε εξατομικευμένη παρέμβαση ανάλογα με τις ανάγκες μου με βοήθησε ακόμη περισσότερο.» (n=2)
	Πολύ βοηθητικό	«Μου έδωσε πάρα πολλά πράγματα τόσο σε πρακτικό επίπεδο (ιδέες-λύσεις) όσο και σε ψυχολογικό (υποστήριξη) και το σημαντικότερο με βοήθησε να πετύχω το στόχο μου.» (n=10)

κάπνισμα μέχρι την τέταρτη συνάντηση να μη συνεχίζει το πρόγραμμα, ως συμβολή μιας τέτοιας πρακτικής στην ενίσχυση της έγκαιρης λήψης απόφασης για διακοπή και ένα άτομο πρότεινε την ύπαρξη κάποιας προετοιμασίας των ατόμων για το πώς τα ίδια να κάνουν μελλοντικά παρέμβαση στην κρίση.

Ως προς τις προϋποθέσεις, τέσσερα άτομα ανέφεραν ως προϋπόθεση για την έναρξη οποιασδήποτε διαδικασίας διακοπής καπνίσματος την ύπαρξη ειλημμένης σχετικής απόφασης και δύο άτομα ανέφεραν ως προϋπόθεση την πίστη στον εαυτό.

Ως προς τον τρόπο που το εν λόγω πρόγραμμα λειτούργησε, έδρασε και επηρέασε το κάθε άτομο, τέσσερα άτομα εστίασαν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης απέναντι στο τσιγάρο, κάνοντας αναφορά μεταξύ άλλων και σε ζητήματα ελέγχου και αντίστασης, τέσσερα άτομα μίλησαν για τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους μέσα από το πρόγραμμα και κάποιοι έκαναν λόγο και για εφαρμογή στην πράξη αυτών των γνώσεων, δύο άτομα αναφέρθηκαν στην γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής τους, κάνοντας λόγο για την απόκτηση τρόπων διαχείρισης προβλημάτων και επικοινωνίας με άλλους, δύο άτομα αναφέρθηκαν στους στόχους και στο πόσο η δουλειά με στόχους μπορεί να είναι βοηθητική, ένα άτομο ανέφερε ότι το εν λόγω πρόγραμμα καλύπτει βασικές ανθρώπινες ανάγκες, όπως γνώση, ενημέρωση, κινητοποίηση, υποστήριξη, επίλυση καθημερινών δυσκολιών, ένα άτομο δήλωσε ότι το πρόγραμμα σε φέρνει αντιμέτωπο με τις αδυναμίες σου και ένα άτομο δήλωσε ότι ένιωθε ασφάλεια και φροντίδα επί εικοσιτετραώρου βάσης.

Ως προς τα γενικά σχόλια σχετικά με το πρόγραμμα, δέκα άτομα το χαρακτήρισαν πολύ βοηθητικό σε επίπεδο παροχής ιδεών και λύσεων, ψυχολογικής υποστήριξης και επίτευξης στόχων, έξι άτομα το χαρακτήρισαν ως μία ολοκληρωμένη παρέμβαση, ένα

πλήρες πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς, όπως κάπνισμα, άσκηση και διατροφή, δύο άτομα τόνισαν το πόσο βοηθητικό ήταν το γεγονός ότι το πρόγραμμα δεν ήταν άκαμπτο, αλλά αποτελούσε μια εξατομικευμένη παρέμβαση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ατόμου και ένα άτομο αναφέρθηκε στην υψηλή επιστημονική κατάρτιση των συμβούλων.

Ερώτηση 12: Τι θα ήθελε το άτομο να πει ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει (Πίνακας 35).

Πίνακας 35. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι θα ήθελες να πεις ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;».

2 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Είναι ρεαλιστική η διακοπή	«Η διακοπή καπνίσματος δεν είναι κάτι ανέφικτο, αλλά κάτι πραγματοποιήσιμο, αρκεί κάποιος να έχει θέληση και απόφαση.» (n=8)
Θέλει προσπάθεια	«Θέλει προσπάθεια και με λίγη υποστήριξη μπορεί να γίνει πραγματικότητα μια ζωή χωρίς τσιγάρο, μυρωδιές και λαχάνιασμα.» (n=4)
Προϋπόθεση να μην έχει πακέτο	«Προϋπόθεση να μην έχει κανείς πακέτο μαζί του.» (n=1)
Πίστη στον εαυτό	«Πρέπει να πιστέψει στον εαυτό του και ότι θα τα καταφέρει.» (n=3)
Οργανωμένη προσπάθεια	«Αν κανείς κάνει μια οργανωμένη προσπάθεια για τη διακοπή καπνίσματος σίγουρα έχει αρκετές πιθανότητες να τα καταφέρει.» (n=2)
Συμβουλευτική	«Αν θέλει κάποιος να διακόψει το κάπνισμα χρειάζεται να συμμετέχει σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, γιατί θεωρώ ότι έτσι θα αισθανθεί ότι έχει περισσότερα εφόδια και μπορεί να πετύχει τη διακοπή.» (n=6)
Εναλλακτικές τεχνικές	«Σε κάποιον, που καπνίζει, θα ήθελα να πω ότι το πιο σημαντικό είναι να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις την ώρα του τσιγάρου και νέα ενδιαφέροντα με τα οποία θα μπορεί να ασχοληθεί.» (n=4)
Γενικότερη αλλαγή	«Για να το κόψεις οριστικά δεν αρκεί να μην καπνίζεις, πρέπει να αλλάξεις γενικότερα, να γίνεις ένας άνθρωπος άλλος- καλύτερος.» (n=3)
Τρόπος διακοπής- «Μαχαίρι»	«Αυτό που θέλω να πω είναι ότι ο μόνος τρόπος διακοπής για εμένα είναι το μαχαίρι και ότι καπνιστής θεωρείται ακόμη και αυτός που καπνίζει έστω και μόνο 2 τσιγάρα.» (n=2)
Αξίζει - κέρδος	«Αξίζει τον κόπο να προσπαθήσει κάποιος να διακόψει το κάπνισμα. Ό,τι και να γίνει στο τέλος το σίγουρο είναι ότι θα βγει κερδισμένος-κάτι θα έχει πάρει.» (n=3)
Αναζήτηση νέας απόλαυσης	«Μπορεί το τσιγάρο να είναι απόλαυση, ωστόσο μπορεί κάποιος να αναζητήσει αυτή την απόλαυση και από άλλα πράγματα και όχι μόνο από το κάπνισμα.» (n=2)

Αυτή η ερώτηση στόχευε να αξιοποιήσει την εμπειρία των συμμετεχόντων και να δώσει την ευκαιρία να διατυπώσουν προτάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Οκτώ άτομα εστίασαν στο γεγονός ότι η διακοπή καπνίσματος είναι κάτι εφικτό και ρεαλιστικό, έξι άτομα τόνισαν ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, τέσσερα άτομα έκαναν λόγο για την προσπάθεια που χρειάζεται να καταβάλει κανείς, τέσσερα άτομα εστίασαν στη χρησιμότητα των εναλλακτικών λύσεων και τεχνικών, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην πίστη στον εαυτό, τρία άτομα μίλησαν για γενικότερη αλλαγή στη ζωή και βελτίωση, τρία άτομα τόνισαν ότι αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα επίπεδα, δύο άτομα τόνισαν τη σημασία μιας οργανωμένης προσπάθειας, δύο άτομα αναφέρθηκαν στον τρόπο διακοπής και υποστήριξαν τη διαδικασία «μαχαίρι», δύο άτομα πρότειναν την αναζήτηση νέας απόλαυσης στη θέση του τσιγάρου και ένα άτομο ανέφερε ότι προϋπόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί το να μην έχει κανείς πακέτο μαζί του.

Ομάδα Ελέγχου

Προσωπικά στοιχεία

Μοναδική προϋπόθεση των ατόμων προκειμένου να ενταχθούν στην ομάδα ελέγχου ήταν η επιθυμία τους να διακόψουν το κάπνισμα και η δήλωσή τους ότι ξεκινάνε προσπάθεια διακοπής, χωρίς εξωτερική βοήθεια ή στήριξη.

Δημογραφικά. Στον Πίνακα 36 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων της Ομάδας Ελέγχου για τη Διακοπή Καπνίσματος όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία.

Τα άτομα της ομάδας ελέγχου ήταν εικοσιοκτώ (28), δεκατρείς (13) άντρες, δεκαπέντε (15) γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 23 έως 50 ετών. Από αυτούς οι 5 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 20-24, οι 7 στην ηλικιακή ομάδα 25-34, οι 11 στην ηλικιακή ομάδα 35-44 και οι 5 στην ηλικιακή ομάδα 45-54. Ο ΜΟ ηλικίας ήταν τα 36,5 έτη. Το 57.1% δήλωσαν άγαμοι, το 35.7% έγγαμοι και το 7.1% διαζευγμένοι. Η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ (78.6%) και ετεροαπασχολούμενοι (71.4%).

Ενημέρωση για το πρόγραμμα. Η ενημέρωση των ατόμων για συμμετοχή στην ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε από τους συμβούλους του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Πίνακας 36. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Φύλο			
Άρρεν	12 (42.9%)	1 (3.6%)	13 (46.5%)
Θήλυ	12 (42.9%)	3 (10.7%)	15 (53.6%)
Ηλικία			
20-24 ετών	5 (17.9%)	0%	5 (17.9%)
25-34 ετών	7 (25%)	0%	7 (25%)
35-44 ετών	7 (25%)	4 (14.3%)	11 (39.3%)
45-54 ετών	5 (17.9%)	0	5 (17.9%)
Οικογενειακή Κατάσταση			
Άγαμος	14 (50%)	2 (7.1%)	16 (57.1%)
Έγγαμος	8 (28.6%)	2 (7.1%)	10 (35.7%)
Διαζευγμένος	2 (7.1%)	0%	2 (7.1%)
Εκπαίδευση			
Απόφοιτος Γυμνασίου	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Απόφοιτος Λυκείου	5 (17.9%)	0%	5 (17.9%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	18 (64.3%)	4 (14.3%)	22 (78.6%)
Εργασία			
Αυτοαπασχολούμενος	3 (10.7%)	2(7.1%)	5 (17.9%)
Ετεροαπασχολούμενος	18 (64.3%)	2 (7.1%)	20 (71.4%)
Άνεργος	2 (7.1%)	0 %	2 (7.1%)
Συνταξιούχος	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)

Προσωπικές πληροφορίες. Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται στοιχεία, που αφορούν το προφίλ των ατόμων της ομάδας ελέγχου και σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή καπνίσματος, η ύπαρξη ή όχι άλλων εξαρτήσεων, οι συνήθειες άσκησης, η ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών δυσκολιών.

Στην ερώτηση για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής το σύνολο των ατόμων απάντησε ότι δε λάμβανε. Ένα μικρό ποσοστό (7.1%) έκανε χρήση αλκοόλ, ενώ το υπόλοιπο δεν είχε καμία εξάρτηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό (35.3%) δήλωσε ότι δεν είχε κάποια φυσική δραστηριότητα. Ένα 17.7% δήλωσε ως χόμπι το περπάτημα και ένα 17.7% το γυμναστήριο. Στην ερώτηση που σχετίζονταν με σωματικές και ψυχικές δυσκολίες, φαίνεται ότι μόνο ένα άτομο δήλωσε ότι είχε δυσκολίες ψυχικής υγείας.

Πίνακας 37. Προσωπικές πληροφορίες των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής			
Ναι	0%	0 %	0%
Όχι	24 (85.7%)	4 (14.3%)	28 (100%)

Πίνακας 37. (συνέχεια)

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Άλλες Εξαρτήσεις			
Τίποτα	22 (78.6%)	4 (14.3%)	26 (92.9)
Αλκοόλ	2 (7.1%)	0%	2 (7.1%)
Φυσική Δραστηριότητα			
Μπάσκετ	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Περπάτημα	5 (14.7%)	1 (2.9%)	6 (17.7%)
Κολύμβηση	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Χορός	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Ποδηλασία	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Γυμναστήριο	5 (14.7%)	1 (2.9%)	6 (17.7%)
Τίποτα	11 (32.4%)	1 (2.9%)	12 (35.3%)
Τένις	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Ποδόσφαιρο	3 (8.8%)	0%	3 (8.8%)
Kick-Boxing	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	0%	0%	0%
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	1(3.6%)	0%	1 (3.6%)

Πίνακας 38. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου και υποτροπή.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής			
Καμία	12 (42.9%)	3 (10.7%)	15 (53.5%)
Μια	7 (25%)	0%	7 (25%)
Δύο	2 (7.1%)	1(3.6%)	3 (10.7%)
Τρεις	1 (3.6%)	0 %	1 (3.6%)
Τέσσερις	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Πέντε	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Λόγοι Υποτροπής			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	2 (15.3%)	0%	2 (15.3%)
Έντονη επιθυμία	5 (38.5%)	1(7.7%)	6 (46.2%)
Περιβάλλον	4 (30.8%)	0%	4 (30.8%)
Αίσθηση ελέγχου	1 (7.7%)	0%	1 (7.7%)

Όπως φαίνεται, ένα ποσοστό 53.5% δήλωσε ότι δεν υπήρξε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, ένα 25% δήλωσε ότι είχε προσπαθήσει μία φορά στο παρελθόν, ένα 10.7% έκανε δύο προσπάθειες, ένα 3.6% έκανε τρεις, ένα 3.6% έκανε τέσσερις και ένα 3.6% έκανε πέντε προσπάθειες.

Στους λόγους που οδήγησαν σε υποτροπή, την κυρίαρχη θέση κατέχει η έντονη επιθυμία για τσιγάρο με 46.2% και ακολουθεί το περιβάλλον με 30.8%.

Γωρινή καπνιστική κατάσταση

Στον Πίνακα 39 παρουσιάζεται ο αριθμός τσιγάρων, που καταναλώναν σε καθημερινή βάση οι συμμετέχοντες, τη χρονική στιγμή που εξεδήλωσαν ενδιαφέρον συμμετοχής στην ομάδα ελέγχου. Όπως φαίνεται, το 46.5% ανέφερε ότι κάπνιζε 20 με 30 τσιγάρα την ημέρα.

Πίνακας 39. Γωρινή κατάσταση καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Ποσότητα Καπνίσματος			
Λιγότερο από 10 τσιγάρα	6 (21.4%)	2 (7.1%)	8 (28.5%)
10-20 τσιγάρα	5 (17.9%)	1 (3.6%)	6 (21.4%)
20-30 τσιγάρα	12 (42.9%)	1 (3.6%)	13 (46.5%)
30-40 τσιγάρα	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)

Διάρκεια καπνίσματος

Στον Πίνακα 40 φαίνεται η χρονική διάρκεια καπνίσματος των συμμετεχόντων. Τα άτομα, που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, είχαν ΜΟ διαστήματος καπνίσματος τα 13,8 έτη. Το 41% κάπνιζε για πάνω από 10 χρόνια.

Πίνακας 40. Διάρκεια καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

Διάρκεια καπνιστικής συνήθειας σε έτη	Αριθμός ατόμων που απάντησαν	Ποσοστό %
0-1	-	0%
2-4	-	0%
5-9	6	25%
10-19	10	41%
20 και πάνω	8	33,3%
Σύνολο:	24	100%

Λόγοι καπνίσματος

Στον Πίνακα 41 αναφέρονται οι λόγοι για τους οποίους κάπνιζαν οι συμμετέχοντες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) ανέφερε ως λόγο καπνίσματος την ευχαρίστηση, που αντλείται από το τσιγάρο και ακολουθεί η συνήθεια (38.7%).

Πίνακας 41. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Λόγοι Καπνίσματος			
Ευχαρίστηση	10 (32.3%)	3 (9.7%)	13 (42%)
Συνήθεια	11 (35.5%)	1 (3.2%)	12 (38.7%)
Διαχείριση άγχους	3 (9.7%)	0%	3 (9.7%)
Εξάρτηση	2 (6.5%)	0%	2 (6.5%)
Ηλιθιότητα	1 (3.2%)	0%	1 (3.2%)

Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση

Στον Πίνακα 42 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τους παράγοντες, που προκαλούσαν την ανάγκη για τσιγάρο, καθώς και τις καταστάσεις κατά τις οποίες αντλούσαν ευχαρίστηση από το τσιγάρο.

Πίνακας 42. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Ανάγκη για τσιγάρο			
Στρες-Πίεση	7 (22.6%)	0%	7(22.6%)
Τα πρωινά	1 (3.2%)	0%	1 (3.2%)
Σε στιγμές χαλάρωσης	2 (6.5%)	0%	2 (6.5%)
Στη δουλειά	1 (3.2%)	0%	1 (3.2%)
Καμία	11 (35.5%)	4 (12.9%)	15 (48.4%)
Κούραση	2 (6.5%)	0%	2 (6.5%)
Ευεξία	1 (3.2%)	0%	1 (3.2%)
Στεναχώρια	2 (6.5%)	0%	2 (6.5%)
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο			
Μαζί με τον καφέ	16 (35.5%)	2 (4.4%)	18 (40%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	7 (15.5%)	3 (6.6%)	10 (22.2%)
Μετά το φαγητό	3 (6.7%)	0%	3 (6.7%)
Με το ποτό	9 (20%)	3 (6.7%)	12 (26.7%)
Καμία	1 (2.2%)	1 (2.2%)	2 (4.4%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (48.4%) δήλωσε ότι δεν εντοπίζει μια συγκεκριμένη ανάγκη για τσιγάρο. Το αμέσως επόμενο υψηλό ποσοστό (22.6%) ανέφερε το στρες και την πίεση ως παράγοντες, που προκαλούν την ανάγκη για τσιγάρο.

Όσον αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, φαίνεται ότι η πιο σημαντική στιγμή, με διαφορά από τις άλλες, αποτελεί ο καφές (40%). Ακολουθούν το ποτό (26.7%) και οι στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης (22.2%).

Στάση-άποψη για το κάπνισμα

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζονται οι στάσεις και οι απόψεις των ατόμων σχετικά με το κάπνισμα, πριν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Η πλειοψηφία χαρακτήρισε το κάπνισμα ως κακή συνήθεια (44.7%), ακολουθεί ο χαρακτηρισμός ως επικίνδυνο για την υγεία (28.9%) και ο χαρακτηρισμός του ως εθισμός (10.5%).

Πίνακας 43. Στάση και άποψη των ατόμων της ομάδας ελέγχου για το κάπνισμα πριν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Άποψη για το κάπνισμα			
Κακή Συνήθεια	13 (34.2%)	4 (10.5%)	17 (44.7%)
Εθισμός	4 (10.5%)	0%	4 (10.5%)
Επικίνδυνο	11 (28.9%)	0%	11 (28.9%)
Βοήθεια για συγκέντρωση	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Λάθος	2 (5.3%)	0%	2 (5.3%)
Χόμπι	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Αδιάφορο	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Βλακεία	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)

Τι βοήθησε στο παρελθόν ως προς τη διακοπή καπνίσματος

Στον Πίνακα 44 παρουσιάζονται όλα όσα οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βοήθησαν σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Η πλειοψηφία (67.9%) ανέφερε ότι δεν υπήρχε τίποτα στο παρελθόν, που να βοήθησε στη διακοπή του καπνίσματος και ακολουθεί ένα 21.4% το οποίο ανέφερε τα ζητήματα υγείας.

Πίνακας 44. Τι βοήθησε στο παρελθόν τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Τι βοήθησε στο παρελθόν			
Τίποτα	15 (53.6%)	4 (14.3%)	19 (67.9%)
Θέματα υγείας	6 (21.4%)	0 %	6 (21.4%)
Αυτοπεποίθηση	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Ευχάριστη διάθεση	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Φαρμακευτική αγωγή	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)

Πιθανά εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος

Στον Πίνακα 45 παρουσιάζονται όσα οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι μπορεί να αποτελέσουν εμπόδια στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ένα 20.6% δήλωσε ότι η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και το στρες μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα και άλλο ένα 20.6% ότι τέτοιο εμπόδιο μπορεί να αποτελέσει η δύναμη της συνήθειας. Ακολουθεί η ευχαρίστηση από το κάπνισμα με 17.6%.

Πίνακας 45. Πιθανά εμπόδια διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Πιθανά Εμπόδια			
Αντιμέτωπιση δύσκολων καταστάσεων /στρες	7 (20.6%)	0%	7 (20.6%)
Έλλειψη απόφασης-θέλησης (ο εαυτός μου)	3 (8.8%)	0%	3 (8.8%)
Τίποτα	2 (5.9%)	1 (2.9%)	3 (8.8%)
Ευχαρίστηση από το κάπνισμα	5 (14.7%)	1 (2.9%)	6 (17.6%)
Περιβάλλον καπνιστών	2 (5.9%)	1 (2.9%)	3 (8.8%)
Εθισμός	3 (8.8%)	0%	3 (8.8%)
Η δύναμη της συνήθειας	7 (20.6%)	0%	7 (20.6%)
Καφές- Ποτό	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)

Μετά την προσπάθεια διακοπής

Τωρινή καπνιστική κατάσταση

Από τα εικοσιοκτώ άτομα που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου, τα τέσσερα, δηλαδή το 14.3%, διέκοψαν το κάπνισμα.

Λόγοι καπνίσματος

Στον Πίνακα 46 παρουσιάζονται οι λόγοι καπνίσματος για όσους δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα. Ως λόγοι συνέχισης του καπνίσματος αναφέρθηκαν κυρίως η ευχαρίστηση και η επιθυμία σε ποσοστό 34.5% και η συνήθεια επίσης σε ποσοστό 34.5%.

Λόγοι διακοπής

Στους λόγους διακοπής, το σύνολο των ατόμων που διέκοψε το κάπνισμα αναφέρει τους λόγους υγείας.

Πίνακας 46. Λόγοι καπνίσματος για τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Λόγοι Συνέχισης Καπνίσματος			
Κανένας	0%	4 (13.8%)	4 (13.8%)
Ευχαρίστηση-Επιθυμία	10 (34.5%)	0%	10 (34.5%)
Συνήθεια	10 (34.5%)	0%	10 (34.5%)
Στρες	2 (6.9%)	0%	2 (6.9%)
Εθισμός	1 (3.4%)	0%	1 (3.4%)
Περιβάλλον	1 (3.4%)	0%	1 (3.4%)
Χαζομάρα	1 (3.4%)	0%	1 (3.4%)

Τι βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος

Στην ερώτηση σχετικά με το τι βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος απάντησαν μόνο όσοι διέκοψαν το κάπνισμα. Από αυτούς, τα δύο άτομα ανέφεραν το φόβο τους για την υγεία και το πόσο κακό της κάνει το κάπνισμα, το ένα άτομο ανέφερε την ισχυρή του θέληση και το άλλο άτομο ανέφερε ότι δεν υπήρξε τίποτα που να βοήθησε ιδιαίτερα.

Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση

Στον Πίνακα 47 αναφέρονται τα στοιχεία, που αφορούν τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα νιώθουν ότι έχουν την ανάγκη για τσιγάρο, καθώς και τις συνθήκες εκείνες κατά τις οποίες αντλούν ευχαρίστηση από το κάπνισμα ή στην περίπτωση που το έχουν κόψει, νοσταλγούν και επιθυμούν το κάπνισμα.

Πίνακας 47. Ανάγκη για τσιγάρο και ευχαρίστηση για τα άτομα της ομάδας ελέγχου μετά την προσπάθειά τους για διακοπή του καπνίσματος.

	Όσοι δεν διέκοψαν n=24 (%)	Όσοι διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=28 (%)
Ανάγκη για τσιγάρο			
Στρες-Πίεση	5 (17.9%)	0%	5 (17.9%)
Στη δουλειά	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Καμία	18 (64.3%)	4 (14.3%)	22 (78.6%)
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο			
Μαζί με τον καφέ	14 (35%)	0%	14 (35%)
Σε στιγμές διασκέδασης-χαλάρωσης	18 (45%)	0%	18 (45%)
Μετά το φαγητό	4 (10%)	0%	4 (10%)
Καμία	0%	4 (10%)	4 (10%)

Το 78.6% δήλωσε ότι δεν αισθάνονταν ανάγκη για τσιγάρο, ενώ ένα 17.9% ανέφερε ότι αισθάνονταν την ανάγκη για τσιγάρο σε συνθήκες πίεσης και στρες. Το 45% (εκείνοι-ες που δεν διέκοψαν το κάπνισμα) ανέφερε ότι αντλούσε ευχαρίστηση από το τσιγάρο σε στιγμές διασκέδασης και χαλάρωσης και το 35% όταν έπινε καφέ.

Στον Πίνακα 48 Παρουσιάζονται συγκριτικά αποτελέσματα που αφορούν τις απαντήσεις των ατόμων στα ερωτήματα σχετικά με τους λόγους καπνίσματος, την ανάγκη για τσιγάρο και την ευχαρίστηση από το τσιγάρο, πριν και μετά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Πίνακας 48. Αποτελέσματα πριν και μετά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

	Πριν την προσπάθεια διακοπής	Μετά την προσπάθεια διακοπής
Λόγοι Καπνίσματος		
Ευχαρίστηση	13 (42%)	10 (34.5%)
Συνήθεια	12 (38.7%)	10 (34.5%)
Διαχείριση άγχους	3 (9.7%)	2 (6.9%)
Εξάρτηση / Εθισμός	2 (6.5%)	1 (3.4%)
Ηλιθιότητα / Χαζομάρα	1 (3.2%)	1 (3.4%)
Περιβάλλον	0%	1 (3.4%)
Κανένας	0%	4 (13.8%)
Ανάγκη για τσιγάρο		
Στρες-Πίεση	7 (22.6%)	5 (17.9%)
Τα πρωινά	1(3.2%)	0%
Σε στιγμές χαλάρωσης	2 (6.5%)	0%
Στη δουλειά	1 (3.2%)	1 (3.6%)
Καμία	15 (48.4%)	22 (78.6%)
Κούραση	2 (6.5%)	0%
Ευεξία	1 (3.2%)	0%
Στεναχώρια	2 (6.5%)	0%
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο		
Μαζί με τον καφέ	18 (40%)	14 (35%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	10 (22.2%)	18 (45%)
Μετά το φαγητό	3 (6.7%)	4 (10%)
Με το ποτό	12 (26.7%)	0%
Καμία	2 (4.4%)	4 (10%)

Όπως γίνεται φανερό, οι κύριοι λόγοι καπνίσματος τόσο πριν την προσπάθεια διακοπής όσο και μετά παραμένουν οι ίδιοι: η «ευχαρίστηση» και η «συνήθεια». Στην ερώτηση που αφορά την ανάγκη για τσιγάρο, παρουσίασε σημαντική αύξηση η απάντηση «καμία», ανεβαίνοντας από το ποσοστό του 48.4% σε αυτό του 78.6%.

Όσον αφορά την ευχαρίστηση από το τσιγάρο, τόσο πριν όσο και μετά, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στις «στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης» και στη συνοδεία της καθημερινής συνήθειας του καφέ. Για την άποψη των ατόμων της ομάδας ελέγχου για το τσιγάρο μετά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, δεν υπάρχουν δεδομένα, γιατί δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση επαρκής αριθμός ατόμων.

Στον Πίνακα 49 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι ανοιχτές ερωτήσεις, οι οποίες τέθηκαν μετά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και οι οποίες αναλυθήκαν ποιοτικά και παρουσιάζεται και σκοπός των ερωτήσεων αυτών.

Πίνακας 49. Ανοιχτές ερωτήσεις μετά την προσπάθεια διακοπής των ατόμων της ομάδας ελέγχου.

Ερωτήσεις προς συμμετέχοντα της ομάδας ελέγχου	Σκοπός Ερωτήσεων
Ποια πιστεύει ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;	Να εντοπιστούν τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενταχθούν βοηθητικές ως προς αυτό διαδικασίες σε επόμενες παρεμβάσεις.
Πώς βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)	Να εντοπιστούν οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες του ατόμου για τη μελλοντική του κατάσταση, καθώς επίσης και η γνώμη του για το πώς μπορεί το περιβάλλον να επηρεάζει σε αυτή την προσπάθεια με θετικό ή αρνητικό τρόπο.
Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει.	Στόχος να προκύψουν ιδέες, που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα.

Ερώτηση 1: Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα (Πίνακας 50).

Η συγκεκριμένη ερώτηση αποσκοπούσε στον εντοπισμό των εμποδίων αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος, για όσους προσπαθούν χωρίς εξωτερική υποστήριξη. Δέκα άτομα ανέφεραν ως εμπόδιο στη διακοπή του καπνίσματος την έλλειψη αλλαγών στις συνήθειες και τον τρόπο ζωής (διατροφή, καθημερινότητα, φυσική δραστηριότητα), έξι άτομα ανέφεραν ως εμπόδιο την απόλαυση που αντλούσαν από το τσιγάρο, τέσσερα άτομα αναφέρθηκαν στην πίεση από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, τρία άτομα ανέφεραν ότι δεν είχαν πάρει την απόφαση να το διακόψουν, τρία άτομα μίλησαν για τον εθισμό και την εξάρτηση που αισθάνονταν από το κάπνισμα, δύο άτομα ανέφεραν τις δύσκολες καταστάσεις και το στρες, δύο άτομα δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κάτι που τους δυσκόλεψε στη διακοπή, ένα άτομο αναφέρθηκε στα οφέλη από το κάπνισμα και συγκεκριμένα στη συγκέντρωση και ένα άτομο ανέφερε ότι δυσκολεύτηκε λόγω του ότι δεν είχε ψυχολογική στήριξη.

Πίνακας 50. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;».

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δύσκολες καταστάσεις-stress	«Το μεγαλύτερο εμπόδιο ήταν το stress και το άγχος και όλες οι υπόλοιπες δύσκολες καταστάσεις, που σχετίζονταν κυρίως με επαγγελματικά και οικογενειακά θέματα και επηρέαζαν αρνητικά τα συναισθήματά μου.» (n=2)
Πίεση από το κοινωνικό – οικογενειακό περιβάλλον	«Η παρέα με τους φίλους μου, που όλοι καπνίζουν και η πίεση στο να καπνίσω.» (n=4)
Έλλειψη αλλαγής συνηθειών & τρόπου ζωής	«Επιθυμία να συνοδεύω τον καφέ και το ποτό με τσιγάρο. Με δυσκόλεψε το ότι δεν άλλαξα γενικότερα τον τρόπο ζωής μου, όπως τη διατροφή μου, την καθημερινότητά μου και δεν αύξησα τη φυσική δραστηριότητα.» (n=10)
Κανένα	«Δεν έχω εντοπίσει κάποιο συγκεκριμένο εμπόδιο, που με δυσκόλεψε στη διαδικασία διακοπής.» (n=2)
Έλλειψη απόφασης (ο εαυτός μου)	«Η έλλειψη απόφασης. Δεν είχα έρθει όντας αποφασισμένη να κόψω το κάπνισμα.» (n=3)
Απόλαυση	«Το ότι μου αρέσει πολύ να καπνίζω γιατί το απολαμβάνω.» (n=6)
Εθισμός	«Ο εθισμός. Αισθανόμουν απόλυτα εξαρτημένος στο κάπνισμα.» (n=3)
«Οφέλη» Καπνίσματος	«Με βοηθάει πολύ να συγκεντρωθώ. Αυτό ήταν και το πιο βασικό εμπόδιο στη διαδικασία διακοπής για μένα.» (n=1)
Ψυχολογική Στήριξη	«Δεν είχα ψυχολογική στήριξη και αυτό με δυσκόλεψε περισσότερο από οτιδήποτε άλλο.» (n=1)

Ερώτηση 2: Πώς βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά (Πίνακας 51).

Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων ως προς τη μελλοντική τους κατάσταση, αλλά και ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος σε αυτή τους την προσπάθεια.

Δεκαοκτώ άτομα ανέφεραν ότι βλέπουν τον εαυτό τους ως καπνιστή στο μέλλον, συνδέοντας άμεσα την καπνιστική τους συνήθεια και τη δυσκολία της διακοπής της με το περιβάλλον τους. Εννέα άτομα είπαν ότι έχουν μελλοντική εικόνα του εαυτού τους ως άτομο που δεν καπνίζει. Και ένα άτομο δήλωσε ότι δεν μπορεί να φανταστεί εάν θα είναι καπνιστής ή όχι. Όλα τα άτομα δήλωσαν ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει αρνητικά την προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα.

Πίνακας 51. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πώς βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα; Πώς μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά); »

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Καπνιστής-στρια	«Δεν μπορεί κανείς να βοηθήσει. Θα είμαι και στο μέλλον καπνίστρια, το ξέρω, αφού όλοι γύρω μου καπνίζουν.» (n=18)
Μη Καπνιστής-στρια	«Είναι δύσκολο να το κόψω αλλά όχι ακατόρθωτο. Κάποια στιγμή πιστεύω ότι θα είμαι μη καπνιστής.» (n=9)
Δεν ξέρω	«Δεν ξέρω. Δεν μπορώ να φανταστώ αν θα είμαι καπνιστής ή όχι.» (n=1)
Αρνητικά	«Όλοι οι φίλοι μου και συγγενείς καπνίζουν και αυτό δεν με βοηθάει να το κόψω.» (n=28)

Ερώτηση 3: Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει (Πίνακας 52).

Πίνακας 52. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;».

2 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Θέληση	«Η διακοπή καπνίσματος είναι κάτι πραγματοποιήσιμο αρκεί κάποιος να το θέλει.» (n=2)
Θέλει προσπάθεια	«Θέλει κόπο, προσπάθεια και θυσίες. Είναι πολύ δύσκολο και αν δεν τα καταφέρει να μην απογοητευτεί.» (n=6)
Οργανωμένη προσπάθεια	«Αν κανείς κάνει μια οργανωμένη προσπάθεια για τη διακοπή καπνίσματος σίγουρα έχει αρκετές πιθανότητες να τα καταφέρει.» (n=1)
Αξίζει	«Δύσκολο, αλλά αξίζει τον κόπο να προσπαθήσει.» (n=2)
Προβληματισμός	«Να αναρωτηθεί εάν υπάρχει λόγος να το κόψει. Να σκεφτεί πόσο κακό κάνει στην υγεία του.» (n=3)
Αναζήτηση βοήθειας	«Δύσκολο, για αυτό πρέπει να ζητήσει βοήθεια, ώστε σε δύσκολες προσωπικές στιγμές να μην καπνίσει, γιατί αλλιώς δεν θα τα καταφέρει.» (n=7)
Απόφαση	«Πρέπει να το πάρει απόφαση Αν δεν το έχει αποφασίσει να μην το επιχειρήσει καθόλου.» (n=2)
Υποστήριξη περιβάλλοντος	«Δεν μπορεί να το κόψει εάν δεν το κόψουν και οι φίλοι του. Είναι πολύ δύσκολο να το καταφέρει μόνος. Πρέπει να βοηθήσουν και οι φίλοι.» (n=2)
Προσωπική προσπάθεια	«Να το παλέψει μόνος. Μόνο ο εαυτός του μπορεί να τον βοηθήσει.» (n=1)
Παρότρυνση	«Να μην το καθυστερεί άλλο. Κόφτο τώρα!» (n=3)
Δύναμη	«Θέλει δύναμη εσωτερική μια τέτοια απόφαση, θέλει κότσια.» (n=2)
Ο έλεγχος αποτελεί παγίδα	«Όλα είναι θέμα μυαλού. Ποτέ να μην πέσει στην παγίδα να πει ότι το ελέγχει.» (n=1)

Με την ερώτηση αυτή ζητείται η γνώμη του κάθε συμμετέχοντα και διερευνάται τι θεωρεί ο καθένας και η καθεμιά παρακινητικό. Επτά άτομα τόνισαν ότι είναι σημαντικό κανείς να αναζητήσει βοήθεια στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα, έξι άτομα εστίασαν στο γεγονός ότι η διακοπή καπνίσματος θέλει προσπάθεια, κόπο και θυσίες, τρία άτομα πρότειναν τον προβληματισμό κυρίως γύρω από το πόσο κακό κάνει το κάπνισμα στην υγεία, τρία άτομα διατύπωσαν την παρότρυνση να γίνει άμεσα η διακοπή, δύο άτομα τόνισαν τη θέληση και το γεγονός ότι αυτή μπορεί να κάνει τη διακοπή πραγματοποιήσιμη, δύο άτομα τόνισαν ότι αξίζει να προσπαθήσει κανείς, δύο άτομα μίλησαν για το πόσο σημαντική είναι η απόφαση πριν το επιχειρήσει κάποιος, δύο άτομα αναφέρθηκαν στο πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη του περιβάλλοντος, δύο άτομα είπαν ότι μια τέτοια απόφαση θέλει δύναμη εσωτερική, ένα άτομο ανέφερε ότι πρέπει κανείς να κάνει οργανωμένη προσπάθεια προκειμένου να έχει πιθανότητες να τα καταφέρει, ένα άτομο μίλησε για προσωπική προσπάθεια, λέγοντας ότι μόνο ο εαυτός του μπορεί να βοηθήσει και τέλος ένα άτομο αναφέρθηκε στον έλεγχο, τονίζοντας ότι η αίσθηση ότι το ελέγχεις μπορεί να αποτελέσει παγίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που εμπειρείχε συμβουλευτική και παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης, σε συνδυασμό με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και ένταξη της στην καθημερινότητα και προσανατολισμό προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής, καθώς επίσης και η αξιολόγηση της αποδοχής και αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι:

Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης έχουν διακόψει το κάπνισμα με το πέρας της παρέμβασης. Ο συνολικός αριθμός ατόμων που δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ήταν 48. Τα 30 άτομα ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα και από αυτά, τα 18 διέκοψαν το κάπνισμα (δέκα γυναίκες και οκτώ άντρες). Όσον αφορά τα 18 άτομα που δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, τα περισσότερα ανέφεραν ότι ο λόγος ήταν ο φόβος τους να μην πάρουν κιλά με τη διακοπή του καπνίσματος, κάτι που τους έκανε να αλλάξουν την απόφασή τους για τη διακοπή και άρα για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και να το ξανασκεφτούν μελλοντικά. Δύο άτομα είχαν την επιθυμία να αδυνατίσουν πρώτα (με επισκέψεις σε διαιτολόγο) και αφού πετύχουν αυτό το στόχο, μετά να δηλώσουν συμμετοχή εκ νέου στο πρόγραμμα. Ένα άτομο σταμάτησε στην τέταρτη συνάντηση γιατί αποφάσισε ότι δεν θέλει να διακόψει το κάπνισμα. Ένα άτομο σταμάτησε γιατί δεν αισθανόταν έτοιμο στην παρούσα φάση. Ένα άτομο διέκοψε το τσιγάρο στην τρίτη συνάντηση και ταυτόχρονα σταμάτησε και το πρόγραμμα. Τρία άτομα σταμάτησαν λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων, που δεν τους επέτρεπαν να πραγματοποιούν εβδομαδιαίες συναντήσεις. Τρία άτομα είχαν προβλήματα ψυχικής υγείας, που κατά τα λεγόμενά τους, εμπόδισαν τη συνέχιση της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα.

Το ποσοστό των ατόμων που διέκοψε το κάπνισμα ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα παρέμβασης το 60% των συμμετεχόντων διέκοψε το κάπνισμα. Στην ομάδα ελέγχου διέκοψαν το κάπνισμα τέσσερα

άτομα (τρεις γυναίκες και ένας άντρας), δηλαδή ένα 14.3%, από τα είκοσι οκτώ (28) άτομα που την αποτελούσαν, τα οποία προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς υποστήριξη.

Ένα μεγάλο ποσοστό από τους συμμετέχοντες, που διέκοψαν το κάπνισμα, διατήρησαν αποχή από αυτό μέχρι και το τέλος της παρακολούθησης, δηλαδή 12 μήνες αργότερα. Μόνο δύο από τα άτομα, που διέκοψαν το κάπνισμα κατά την παρέμβαση, άρχισαν πάλι να καπνίζουν 2 μήνες μετά το τέλος της παρέμβασης. Οι υπόλοιποι 16 συμμετέχοντες, δηλαδή το 53.3% του δείγματος (το 89% των ατόμων που διέκοψαν το κάπνισμα), απείχαν από το κάπνισμα μέχρι και το τέλος της παρακολούθησής τους. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την επιτυχία του εν λόγω προγράμματος διακοπής καπνίσματος, αφού σύμφωνα με τους Javitz και συν. (2004) η εκτίμηση για το ποσοστό υποτροπής μέσα σε ένα χρόνο για τους καπνιστές, που αρχικά κατάφεραν να το κόψουν, κυμαίνεται μεταξύ 35% και 40%.

Από εκείνους, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, στην ομάδα παρέμβασης, ένας μεγάλος αριθμός το μείωσε μέχρι το πέρας της παρέμβασης. Το σύνολο των ατόμων που μείωσε το κάπνισμα, μείωσε τον αριθμό των τσιγάρων σε ποσοστό πολύ περισσότερο από 50%, εκτός από ένα άτομο που το μείωσε σε ποσοστό λιγότερο του 50%. Η μείωση αυτή διήρκησε όσο και η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Μετά τη λήξη του προγράμματος τα άτομα σταδιακά άρχισαν να αυξάνουν τον αριθμό των τσιγάρων και τελικά, μετά από 12 μήνες περίπου έφτασαν στον αρχικό αριθμό, δηλαδή στον ίδιο αριθμό τσιγάρων που κάπνιζαν στην έναρξη του προγράμματος. Για τέσσερις συμμετέχοντες, οι οποίοι πέτυχαν μια μείωση του αριθμού των τσιγάρων της τάξης του >50%, η μείωση αυτή διήρκησε όσο και η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος τα άτομα αυτά αύξησαν τον αριθμό των τσιγάρων και σε διάστημα τριών μηνών περίπου έφτασαν στον αριθμό τσιγάρων, που κάπνιζαν στην αρχή της παρέμβασης. Ένα άτομο, από αυτά που δεν διέκοψαν το κάπνισμα κατά την παρέμβαση, αλλά είχαν πετύχει μείωση, διέκοψε το κάπνισμα στους 12 μήνες, με την ολοκλήρωση δηλαδή της παρακολούθησης, παρότι είχε φτάσει να καπνίζει ξανά τον ίδιο αριθμό τσιγάρων που κάπνιζε στην αρχή. Οι λόγοι διακοπής δε διερευνήθηκαν περαιτέρω.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, παρότι δεν πέτυχαν όλοι τη διακοπή του καπνίσματος, αύξησε τη φυσική δραστηριότητα μέχρι το πέρας της παρέμβασης, γεγονός που θεωρείται ένα από τα θετικά αποτελέσματα της παρέμβασης (De Ruiter & Faulkner, 2006).

Η φυσική δραστηριότητα βοήθησε στη διακοπή του καπνίσματος. Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η άσκηση τους βοήθησε στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος και ανέφεραν ότι συνεισέφερε σημαντικά με διάφορους τρόπους και λειτούργησε ως εναλλακτική διαχείρισης του πειρασμού, ελέγχου του άγχους και ως υποστήριξη της υιοθέτησης ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

Μετά το πέρας της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες είχαν ήδη πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους, όσον αφορά έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, τα άτομα ανέφεραν ότι βελτίωσαν αισθητά την ποιότητα ζωής τους και πραγματοποίησαν αλλαγές στην καθημερινότητά τους όσον αφορά την αύξηση φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση της διατροφής και γενικά την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και την αποφυγή αρνητικών.

Η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν από την παρέμβαση, δεν επηρέασε την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος. Οι συνήθειες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, πριν την παρέμβαση, δε φαίνεται να σχετίζονται με την έκβαση της προσπάθειάς τους για διακοπή του καπνίσματος.

Το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έλαβε υπόψη παράγοντες, που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως είναι οι λόγοι που οι άνθρωποι καπνίζουν, οι λόγοι για τους οποίους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους για διακοπή του καπνίσματος. Ο σχεδιασμός του βασίστηκε σε αυτές τις πληροφορίες.

Όσον αφορά τα προσωπικά στοιχεία (δημογραφικά, οικογενειακό ιστορικό, ενημέρωση για το πρόγραμμα, λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα και προσωπικές πληροφορίες, όπως λήψη φαρμακευτικής αγωγής, εξαρτήσεις, χόμπι, δυσκολίες σωματικής και ψυχικής υγείας) δεν μπορούν να προκύψουν ασφαλή συμπεράσματα, που να συσχετίζονται με τη διακοπή καπνίσματος. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Pallonen, Fava, Salonen και Prochaska (1992), τα δημογραφικά στοιχεία, ο εθισμός, η παρούσα κατάσταση καπνίσματος, το περιβάλλον και το ιστορικό διακοπής είναι ημιτελείς παράγοντες πρόβλεψης. Αντίθετα με τους Twigg και συν. (2009), οι οποίοι έκαναν λόγο για συσχέτιση μεταξύ διαφοροποιήσεων στη διάθεση και την ευκολία για διακοπή του καπνίσματος με προσωπικούς παράγοντες, όπως η ένταση του καπνίσματος, η καπνιστική κατάσταση των γονέων, ο χρόνος ως καπνιστής, το μηνιαίο εισόδημα και το είδος της παρεμβατικής μεθόδου υποστήριξης.

Συγκεκριμένα, ως προς τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων της ομάδας παρέμβασης, αξίζει να αναφερθούν τα ακόλουθα: οι περισσότεροι συμμετέχοντες, έχοντας ως δεδομένο ότι όσοι δήλωσαν συμμετοχή στο πρόγραμμα εξεδήλωσαν επιθυμία διακοπής

καπνίσματος και σύμφωνα με το μοντέλο σταδίων αλλαγής κατατάσσονταν στο στάδιο του συλλογισμού-, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35-44 (56.7%) και ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 45-54 (20%). Αυτό συμφωνεί με τους Clark, Rakowski, Kviz και Hogan (1997), οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι καπνιστές ηλικίας 30-49 ήταν πιο πιθανόν να βρίσκονται στο στάδιο συλλογισμού από ό,τι οι νεώτεροι και οι πιο ηλικιωμένοι από αυτούς. Επίσης, τα δεδομένα από τον WHO (2004) δείχνουν ότι το ποσοστό των καπνιστών, που λένε ότι θέλουν να κόψουν το κάπνισμα είναι υψηλότερο στα άτομα κάτω των 50 ετών σε σχέση με τα άτομα άνω των 50. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τα ευρήματα του WHO, που θέλουν τους ενήλικες αυτής της ηλικίας να είναι πιο κοντά στο να αναπτύξουν κάποια ασθένεια συνδεδεμένη με το κάπνισμα, καθιστά προτεραιότητα του εν λόγω προγράμματος και όλων των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος την απεύθυνση σε ενήλικες και την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (WHO-Europe, 2004). Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι με παιδιά και από αυτούς πάνω από τους μισούς διέκοψαν το κάπνισμα, δεδομένο που μπορεί να συσχετιστεί αφενός με τους λόγους, που τους οδήγησαν στη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, αφού σε ποσοστό 20%, ανέφεραν το γεγονός ότι ήθελαν να αποτελέσουν πρότυπο και παράδειγμα προς μίμηση για τα σημαντικά τους πρόσωπα, όπως τα παιδιά ή τον/την σύζυγο και αφετέρου με τους λόγους διακοπής του καπνίσματος, τους οποίους ανέφεραν πριν την παρέμβαση (το 20% ανέφερε ως λόγο την επιθυμία τους να αποτελέσουν παράδειγμα προς μίμηση για τα παιδιά τους), αλλά και με τους λόγους για τους οποίους τελικά όντως διέκοψαν το κάπνισμα, όπως ανέφεραν μετά την παρέμβαση (το 11.5% ανέφερε ως λόγο διακοπής το γεγονός ότι ήθελαν να αποτελέσουν πρότυπο). Άλλωστε και η πανευρωπαϊκή έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009) δείχνει ότι ο δεύτερος λόγος, που τα άτομα αποφασίζουν να ξεκινήσουν προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, είναι η ύπαρξη της οικογένειας. Δε φαίνεται να σχετίζεται με τη διακοπή του καπνίσματος το εκπαιδευτικό επίπεδο ούτε η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Επίσης, δε φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της καπνιστικής συμπεριφοράς του δείγματος και εκείνης του οικογενειακού του περιβάλλοντος, αλλά ούτε η καπνιστική συνήθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να συσχετισθεί με την επιτυχία ή μη διακοπής του καπνίσματος του δείγματος. Αυτό που μπορεί να προκύψει ως συμπέρασμα, το οποίο συμφωνεί με τους Grahani και συν. (2008) και αφορά την ταυτοποίηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ατόμων, που επιλέγουν να συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος, είναι ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν υψηλής εκπαίδευσης, μέσης και άνω ηλικίας, βαρείς καπνιστές και καπνίστριες (πολλά τσιγάρα

ημερησίως και μεγάλο διάστημα καπνίσματος), με προηγούμενες προσπάθειες διακοπής. Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι οι βαρείς καπνιστές είναι πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος (Bauld et al., 2009; Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000).

Ως προς την ομάδα ελέγχου, τα περισσότερα άτομα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35-44 (39.3%), όπως και τα άτομα της ομάδας παρέμβασης. Πάνω από τους μισούς ήταν άγαμοι, ενώ από τους έγγαμους κανείς δεν είχε παιδιά. Ως εκ τούτου, αντίθετα με τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, που δήλωσαν ως λόγο συμμετοχής στο πρόγραμμα, αλλά και ως λόγο διακοπής του καπνίσματος, μεταξύ άλλων, την επιθυμία τους να αποτελέσουν πρότυπο για τα παιδιά τους, τα άτομα της ομάδας ελέγχου ανέφεραν ως μοναδικό λόγο διακοπής τους λόγους υγείας. Θα μπορούσαμε στο σημείο αυτό να υποθέσουμε ότι τα άτομα της ομάδας ελέγχου ίσως είχαν ένα κίνητρο λιγότερο σε σχέση με τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, που είχαν παιδιά. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση σε επίπεδο έγγαμου ή άγαμου βίου, αυτή δε φαίνεται να επηρέασε τη διακοπή του καπνίσματος, αφού από αυτούς που το διέκοψαν οι μισοί ανήκαν στην κατηγορία των παντρεμένων και οι άλλοι μισοί των ανύπαντρων. Επίσης, δεν προκύπτει συσχέτιση της διακοπής καπνίσματος με την εργασιακή κατάσταση των ατόμων. Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, όσοι διέκοψαν ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, κάτι που επίσης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων, αφού η πλειοψηφία των ατόμων ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Τέλος, τα άτομα της ομάδας ελέγχου, δεν απάντησαν ολοκληρωμένα στις ερωτήσεις που αφορούσαν το οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο ένα 10% των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης προσήλθε στο πρόγραμμα έπειτα από παραπομπή από ιατρείο διακοπής καπνίσματος, κάτι που σημαίνει ότι τα διαγνωσμένα προβλήματα υγείας δεν είναι ο μόνος λόγος να κινητοποιηθούν τα άτομα για τη διακοπή καπνίσματος. Σύμφωνα με την πανευρωπαϊκή έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009), οι κύριοι λόγοι που οδηγούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, εκτός από την προστασία της υγείας τους, που κατέχει την πρώτη θέση, είναι η προτροπή και ύπαρξη της οικογένειας, του συντρόφου και των φίλων, το οικονομικό κόστος και η επίδραση του τσιγάρου σε τρίτους. Κινητοποιητικό επίσης ρόλο μπορεί να παίζουν και εξωγενείς παράγοντες (όπως οι αντικαπνιστικοί νόμοι και περιορισμοί, η κοινωνική απόρριψη, οι προειδοποιητικές ταμπέλες και η διαφημιστικές αντικαπνιστικές καμπάνιες). Τα άτομα, που προσήλθαν ύστερα από ενημέρωση και κινητοποίηση εκ μέρους των συμβούλων, έφταναν το ποσοστό του 63,4%, κάτι που παραπέμπει ενδεχομένως στην επιρροή του ειδικού.

Από την ερώτηση περί λήψης φαρμακευτικής αγωγής, την οποία απάντησαν λιγότερα από τα μισά άτομα της ομάδας παρέμβασης, φαίνεται ότι όσα δεν διέκοψαν το κάπνισμα δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, ενώ ένα άτομο, που δήλωσε ότι λάμβανε φαρμακευτική αγωγή, ανήκε σε εκείνους που διέκοψαν το κάπνισμα. Αυτό ενδεχομένως επιτρέπει την υπόθεση ότι η συμβουλευτική σε συνδυασμό με τη λήψη φαρμάκου μπορεί να αποβεί αποτελεσματική, κάτι που συμφωνεί με τα ευρήματα, που θέλουν τις συνδυαστικές θεραπείες, αυτές, δηλαδή, που περιλαμβάνουν συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή ή υποκατάστατα νικοτίνης, να είναι πιο αποτελεσματικές (Goldman et al., 2009; Hsueh et al., 2010; Silagy et al., 2000; USPHS, 2008). Από την ομάδα ελέγχου κανένα άτομο δε λάμβανε φαρμακευτική αγωγή.

Το αλκοόλ δε φαίνεται να επηρεάζει την επιτυχία της διακοπής καπνίσματος για τα άτομα της παρέμβασης, αφού από εκείνους, που έπιναν, ήταν ακριβώς ίδιο το ποσοστό (6.7%) εκείνων που πέτυχαν τη διακοπή και εκείνων που δεν πέτυχαν. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Kahler και συν. (2010) που έδειξε ότι όσοι πίνουν σημαντικά πάνω από μία φορά την εβδομάδα (πάνω από 5 ποτά) έχουν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Παρόλα αυτά, το αλκοόλ φαίνεται ότι αποτέλεσε έναν από τους λόγους (σε μικρό ποσοστό, βέβαια, σε σχέση με τους άλλους λόγους) υποτροπής σε παλαιότερες προσπάθειες διακοπής. Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, δύο άτομα έκαναν χρήση αλκοόλ και αυτά ανήκαν στην κατηγορία εκείνων που δεν διέκοψαν το κάπνισμα.

Ως προς τις δυσκολίες σωματικής και ψυχικής υγείας, φαίνεται ότι δεν αποτέλεσαν ανασταλτικό παράγοντα της διακοπής του καπνίσματος για τα άτομα της παρέμβασης, αφού το 10% εκείνων, που το έκοψαν, δήλωσαν ότι είχαν σωματικά προβλήματα και το 13.3% ψυχικές δυσκολίες, ενώ από εκείνους, που δεν το έκοψαν, το 3.3% δήλωσε σωματικά και το 3.3% ψυχικά προβλήματα. Τα σωματικά προβλήματα, ενδεχομένως συνετέλεσαν στην κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος, όπως έδειξε και η έρευνα για τη διακοπή του καπνίσματος που έγινε στην Ευρώπη (Eurobarometer, 2009), κάτι που συμβαδίζει με τη θεωρία ότι οι άνθρωποι έχουν βασική ανάγκη ελέγχου του κινδύνου και της αρνητικής επίπτωσης στην υγεία με σκοπό την επιβίωση (Rosenstock, 1974). Άλλωστε, όπως προκύπτει από την ανάλυση των λόγων, για τους οποίους τα άτομα επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα, ένα 10% δήλωσε ότι σε αυτή τους την απόφαση βάρυνε το γεγονός ότι είχαν εκδηλώσει κάποια ασθένεια ή κάποια νόσο, η οποία σχετιζόταν με το κάπνισμα είτε άμεσα είτε έμμεσα. Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, δεν μπορούν να προκύψουν συμπεράσματα για τις δυσκολίες σωματικής και ψυχικής υγείας, αφού μόνο ένα άτομο δήλωσε δυσκολία ψυχικής υγείας.

Από τα αποτελέσματα, που αφορούν την ποσότητα των τσιγάρων, δεν προκύπτει κάποια συσχέτιση μεταξύ εκείνων, που κάπνιζαν λίγα τσιγάρα και εκείνων που το έκοψαν. Η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας παρέμβασης, όπως και η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας ελέγχου κάπνιζε 20-30 τσιγάρα ημερησίως, ενώ ο μέσος όρος του διαστήματος καπνίσματος για την ομάδα παρέμβασης ήταν πάνω από τα 20 έτη και για την ομάδα ελέγχου ήταν τα 14 έτη. Άλλωστε, σύμφωνα με την πανευρωπαϊκή έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009), το υψηλό ποσοστό καπνίσματος στην Ελλάδα συνδυάζεται με το γεγονός ότι είναι και η χώρα με τη μεγαλύτερη κατανάλωση τσιγάρων ανά άτομο (21 τσιγάρα την ημέρα), γεγονός που την τοποθετεί στην πρώτη θέση παγκοσμίως στην ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανά άτομο.

Ως προς την ομάδα παρέμβασης, μεταξύ εκείνων που διέκοψαν το κάπνισμα, το ποσοστό των ατόμων, που διέκοψαν, ενώ η είχαν ξανακάνει προσπάθειες στο παρελθόν, ήταν πολύ μεγαλύτερο (77.8%) έναντι του ποσοστού εκείνων, που έκοψαν το κάπνισμα, ενώ η συμμετοχή τους στο εν λόγω πρόγραμμα ήταν η πρώτη τους προσπάθεια (22.2%), επιβεβαιώνοντας έτσι τα ευρήματα, που δείχνουν ότι συνήθως γίνονται παραπάνω από μία προσπάθειες, έως ότου επιτευχθεί η διακοπή (Eurobarometer, 2009; Jardin & Carpenter, 2012; Zhou et al., 2009). Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνει και το γεγονός ότι για το 58.3% όσων δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα, η συγκεκριμένη ήταν η πρώτη προσπάθεια. Από τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου σχεδόν οι μισοί (53.5%) δεν είχαν κάνει καμία προηγούμενη προσπάθεια διακοπής, ενώ το 25% είχε κάνει μία προσπάθεια. Σε αντίθεση με την ομάδα παρέμβασης, που η πλειοψηφία εκείνων που διέκοψαν το κάπνισμα είχε κάνει κι άλλη προσπάθεια στο παρελθόν, στην ομάδα ελέγχου τα τρία από τα τέσσερα άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα δεν είχαν κάνει άλλη προσπάθεια στο παρελθόν. Λόγω του μικρού αριθμού όμως των ατόμων που διέκοψαν, ίσως να μην είναι ασφαλές να εξαχθεί κάποιο συμπέρασμα. Αξίζει να αναφερθεί πάντως ότι σύμφωνα με την πανευρωπαϊκή έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009), ένας στους τρεις καπνιστές προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα το τελευταίο χρόνο και οι μισοί από όσους το προσπάθησαν, το έχουν ξαναπροσπαθήσει κι άλλες φορές. Επίσης, σύμφωνα με τους Curry και συν. (2008) το 70% των καπνιστών εκφράζει την επιθυμία να σταματήσει το κάπνισμα κάθε χρόνο, με το 40% αυτών να μπαίνει στη διαδικασία να το κόψει. Οι περισσότερες προσπάθειες διακοπής είναι αυτοκινούμενες, με μόνο το 20% - 30% των ατόμων να απευθύνεται για βοήθεια (Curry et al., 2008; Musich et al., 2009).

Οι συνήθειες των ατόμων της ομάδας παρέμβασης σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, πριν την παρέμβαση, δε φαίνεται να σχετίζονται με την έκβαση της

προσπάθειας διακοπής. Η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν είχε καμία σχέση με την άσκηση. Από εκείνους, που δήλωσαν ότι είχαν μια κάποια φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση, δεν αναφέρθηκαν σε κάποια οργανωμένη μορφή άσκησης, αλλά μόνο στο περπάτημα (χαλαρά και αργά όπως είπαν) και με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα ή μόνο Σαββατοκύριακα ή 3 ώρες την εβδομάδα (δεν υπάρχουν λεπτομερή στοιχεία ούτε αναφέρθηκε ότι είναι κάτι που τα άτομα το έκαναν συστηματικά). Από όσους δήλωσαν ότι είχαν φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση, οι οποίοι αποτελούσαν μειοψηφία, το 45.9% διέκοψε το τσιγάρο και το 37.8% δεν το διέκοψε. Με άλλα λόγια, από εκείνους, που διέκοψαν το κάπνισμα, το 77.3% των απαντήσεών τους δείχνει να είχαν μια κάποια φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση και από εκείνους, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, το 93.3%. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί, είναι ότι ως φυσική δραστηριότητα, το περπάτημα κατείχε την πρώτη θέση. Θα είχε ενδιαφέρον να είχαμε διερευνήσει για το κάθε άτομο χωριστά τη σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας πριν την παρέμβαση και φυσικής δραστηριότητας (αύξηση σε ένταση και συχνότητα) κατά την παρέμβαση. Ως προς τη σχέση των ατόμων της ομάδας ελέγχου με την άσκηση, το μεγαλύτερο ποσοστό, επίσης, δήλωσε ότι δεν είχε κάποια φυσική δραστηριότητα στην καθημερινότητά του. Το περπάτημα και το γυμναστήριο καταλάμβαναν τις πρώτες θέσεις σε εκείνους που δήλωσαν ότι ασκούσαν. Όπως και στην ομάδα παρέμβασης έτσι κι εδώ, οι συνήθειες σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα πριν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος δε φαίνεται να σχετίζονται με την έκβαση αυτής της προσπάθειας.

Όσον αφορά τη σχέση των ατόμων της ομάδας παρέμβασης με την άσκηση μετά την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, γίνεται φανερή η αλλαγή, αφού το 80% ανέφερε βελτίωση της σχέσης του με την άσκηση, που σημαίνει ότι το πρόγραμμα πέτυχε έναν από τους βασικούς του σκοπούς, που ήταν να επηρεάσει τα άτομα ως προς την ένταξη της άσκησης στη ζωή τους και το 20% ανέφερε ότι δεν άλλαξε κάτι, αλλά σε κάποια άτομα υπήρξε η σκέψη για αλλαγή, που σημαίνει ότι κινητοποιήθηκαν και μετακινήθηκαν στο στάδιο του συλλογισμού πλέον, σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο, όσον αφορά την άσκηση. Αναφορικά με όσους δήλωσαν βελτίωση, αξίζει να αναφερθεί ότι η βελτίωση αφορούσε πρωτίστως την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας με κυρίαρχο το περπάτημα (σε ποσοστό 37%), συνεχίζοντας κατά κάποιο τρόπο το μοτίβο, που αναπτύχθηκε στη διάρκεια του προγράμματος. Ακολουθούσε (σε ποσοστό 23%) η συστηματική πλέον άσκηση με θέσπιση συγκεκριμένων στόχων, όπως συνέβαινε και στη διάρκεια του προγράμματος, το οποίο περιελάμβανε συστηματικώς την εβδομαδιαία θέσπιση και αξιολόγηση στόχων που αφορούσαν την άσκηση. Φαίνεται ότι τα άτομα συνέχισαν μια

συμπεριφορά που τους έδινε ικανοποίηση, αφού, θέτοντας στόχους, παρακινούνταν και δεσμεύονταν και όσο πιο πολύ δεσμεύονταν τόσο πιο πολύ επέμεναν στους στόχους, απέδιδαν σε αυτούς και αντλούσαν ικανοποίηση από την επίτευξή τους (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 1990). Επίσης υπήρχε η επιθυμία πλέον για οργανωμένη άσκηση με έναρξη τη συμμετοχή σε γυμναστήριο. Η βελτίωση της σχέσης με την άσκηση αφορούσε, επίσης (σε ποσοστό 10%), την ενσωμάτωσή της, με διάφορες μορφές, στην καθημερινότητα των ατόμων, κάτι που σηματοδοτεί ως ένα βαθμό επίτευξη του στόχου του προγράμματος, που αφορούσε την αλλαγή του τρόπου ζωής και την αναβάθμισή του σε έναν πιο υγιεινό τρόπο. Αυτό το δεδομένο συμφωνεί με τις μελέτες που θέλουν την άσκηση να βοηθάει τα άτομα στην αλλαγή του τρόπου ζωής τους και στην αναβάθμιση της ποιότητάς της (Everson-Hocke, 2010; Marcus et al., 2003; Μπενέτου et al., 2008; Παπαϊοαννου, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004; Shephard, 1989). Τέλος, αναφέρθηκε ότι η άσκηση χρησιμοποιούνταν πλέον ως βοήθεια (Everson-Hocke et al., 2010) και ως εναλλακτική κατά του τσιγάρου, δεδομένο που συμφωνεί με την έρευνα των King και συν. (1996).

Στην ερώτηση για το αν η άσκηση βοήθησε στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά. Αυτά τα δεδομένα συμφωνούν με τις έρευνες, που αναφέρονται στη βοήθεια της άσκησης στη διακοπή ή μείωση του τσιγάρου (Boudreaux et al., 2003; Everson-Hocke et al., 2010; Godin, 1989; Hassandra et al., 2013; Hassandra et al., 2012; Hill et al., 1981; Θεοδωράκης et al., 2005; Marcus et al., 2005; Μπεμπέτσος et al., 2000; Parsons et al., 2009; Prapavessis et al., 2007; Taylor et al., 2010; Theodorakis et al., 2014) και με τις έρευνες, που τονίζουν τη σχέση φυσικής δραστηριότητας και διακοπής καπνίσματος (Μπεμπέτσος et al., 1998; Raavola et al., 2001). Επίσης, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων της παρέμβασης συμφωνούν με τα δεδομένα των ερευνών των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005), Marti και συν. (1988), Salonen και συν. (1988) και Tuomilehto και συν. (1987), που τονίζουν την αρνητική σχέση της άσκησης με το κάπνισμα, καθώς και με την έρευνα του Θεοδωράκη (2010) που αναδεικνύει τη σημασία, που έχει για τον περιορισμό του καπνίσματος, ένας τρόπος ζωής με άθληση. Οι συμμετέχοντες, επίσης, ανέφεραν το πόσο σημαντική ήταν η βοήθεια της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ως εναλλακτική διαχείρισης του πειρασμού και ως βοήθημα για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Everson-Hocke, 2010; Marcus et al., 2003; Μπενέτου et al., 2008; Παπαϊοαννου, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004; Shephard, 1989).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η άσκηση δεν ήταν βασικός στόχος, αλλά βοηθητικός παράγοντας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και το μέσο κινητοποίησης και αποφυγής υποτροπής. Σύμφωνα με τους Cheskin και συν. (2005) η ύπαρξη δύο κυρίαρχων

στόχων, μπορεί να καταλήξει στην υπονόμηση του ενός από τον άλλο, ενώ εάν η μία συμπεριφορά υποστηρίζει την άλλη, τότε επιτυγχάνεται ο πρωταρχικός στόχος. Για το λόγο αυτό, η εν λόγω παρέμβαση δεν στόχευε εντατικά στην αύξηση της άσκησης, ούτε εστίασε στη συστηματική και ακριβή καταμέτρηση της αύξησής της, αλλά την εισήγαγε ως βοηθητικό στοιχείο για τη διακοπή του καπνίσματος, που ήταν ο πρωταρχικός στόχος. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι η εισαγωγή της άσκησης στην καθημερινότητα των ατόμων όχι μόνο διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της παρέμβασης και μάλιστα με αρκετά πιστή τήρηση των οδηγιών που δίνονταν στην κάθε συνεδρία, οι οποίες οδηγίες αφορούσαν σταδιακή αύξηση συχνότητας και έντασης, αλλά συνεχίστηκε και μετά το πέρας της παρέμβασης.

Ως προς τους λόγους καπνίσματος, που οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν πριν την παρέμβαση, δε φαίνεται να υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε εκείνους, που έκοψαν το κάπνισμα και εκείνους, που δεν το έκοψαν. Η ευχαρίστηση, που δίνει το τσιγάρο, αναφέρθηκε -με μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους λόγους- ως βασικός λόγος καπνίσματος και για τους μεν και για τους δε (συγκεκριμένα το 47.4% επί του δείγματος, το 47.6% μεταξύ εκείνων που το έκοψαν και το 47% μεταξύ εκείνων που δεν το έκοψαν). Ακολουθούσαν η χαλάρωση, που προσφέρει το κάπνισμα (αναφέρθηκε από το 14.3% όσων το έκοψαν και από το 11.8% όσων δεν το έκοψαν), η διαχείριση του άγχους (αναφέρθηκε από το 19% όσων το έκοψαν και από το 5.9% όσων δεν το έκοψαν), η συντροφιά / παρέα (αναφέρθηκε από το 4.8% όσων το έκοψαν και από το 17.6% όσων δεν το έκοψαν) και η συνήθεια (αναφέρθηκε από το 9.5% όσων το έκοψαν και από το 11.8% όσων δεν το έκοψαν). Τελευταίος λόγος αναφέρθηκε η βοήθεια που προσφέρει το τσιγάρο στη συγκέντρωση (αναφέρθηκε από το 4.8% όσων το έκοψαν και από το 5.9% όσων δεν το έκοψαν). Το γεγονός ότι η διαχείριση του άγχους αποτελούσε σχετικά σημαντικό λόγο καπνίσματος, επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα της έμφασης, που έδινε το πρόγραμμα, στις τεχνικές διαχείρισης του άγχους, οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν εν δυνάμει βοηθητικές για εκείνους, που είχαν συνδέσει το τσιγάρο με την αντιμετώπιση του στρες. Και πραγματικά, όπως προκύπτει από την αξιολόγηση του προγράμματος, ο τομέας της διαχείρισης του άγχους αποτέλεσε ένα από τα βοηθητικά κομμάτια του προγράμματος και μέρος του οφέλους, που τα άτομα είχαν από τη συμμετοχή τους σε αυτό. Και για την ομάδα ελέγχου τα αποτελέσματα είναι παρόμοια: πριν την προσπάθεια διακοπής, αναφορικά με τους λόγους καπνίσματος, το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) ανέφερε ότι κάπνιζε λόγω της ευχαρίστησης, που αισθάνονταν ότι αντλούσε από αυτό και το 38.7% ανέφερε ότι κάπνιζε από συνήθεια. Ακολουθούσε η διαχείριση του άγχους. Αυτό επιτρέπει την υπόθεση ότι τα

άτομα, που απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, δεν διαφοροποιούνται ως προς τους λόγους που κάπνιζαν, από τα άτομα που δεν εξέφρασαν επιθυμία να συμμετέχουν σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Αυτό σε συνδυασμό με το δεδομένο ότι οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτές και επέτρεπαν στα άτομα οποιαδήποτε απάντηση χωρίς να πρέπει να επιλέξουν από σειρά απαντήσεων και άρα να υποτεθεί ότι μπορεί να κατευθύνθηκαν προς συγκεκριμένες απαντήσεις, αφήνει το περιθώριο της δυνατότητας γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους λόγους που τα άτομα καπνίζουν. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα ενδυναμώνεται και από τα αποτελέσματα που αφορούν τους λόγους καπνίσματος μετά την παρέμβαση, αφού οι συμμετέχοντες, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, αναφέρθηκαν στους λόγους συνέχισης του καπνίσματος με πιο σημαντική -για άλλη μια φορά με διαφορά από τους υπόλοιπους λόγους- την ευχαρίστηση. Ακολουθούσαν η συντροφιά / παρέα, το άγχος, ο εθισμός και η συνήθεια. Τέλος έγινε αναφορά, σε μικρό ποσοστό, στα ακόλουθα: χαλάρωση, συγκέντρωση, έλλειψη απόφασης, δύσκολες καταστάσεις, δυσκολία στη διακοπή. Επίσης, όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, όσοι δεν διέκοψαν το κάπνισμα, μετά την προσπάθεια διακοπής, αναφέρθηκαν στους λόγους συνέχισης του καπνίσματος με πιο σημαντικούς την ευχαρίστηση και τη συνήθεια. Συγκεκριμένα για την ευχαρίστηση από το τσιγάρο, παρατηρείται ότι αφορούσε κυρίως τις στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης ή τη συνοδεία καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως ο καφές και το φαγητό. Τα παραπάνω δεδομένα, που αφορούν τους λόγους καπνίσματος, ταυτίζονται με τα εμπόδια, που τα άτομα ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν στην προσπάθειά τους να το διακόψουν και έρχονται σε συμφωνία με δεδομένα άλλων ερευνών, που αναφέρονται στους μηχανισμούς που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια. Οι Θεοδωράκης και συν. (2005) κάνουν λόγο για ποικίλους ψυχολογικούς και σωματικούς παράγοντες που ευθύνονται για την καπνιστική συνήθεια. Έχει αναφερθεί ότι το κάπνισμα ανακουφίζει από το στρες (Curry et al., 1998) και μεγιστοποιεί τον έλεγχο του άγχους (Grahani et al., 2008), προσφέρει ευχαρίστηση (Ashton et al., 1973; Schauffler et al., 2001), βοηθάει στη συγκέντρωση και υποστηρίζει την κοινωνικοποίηση (McEwen et al., 2008), παρέχει ικανοποίηση με το κράτημα ή το άναμμα του τσιγάρου ή συνδέεται με δραστηριότητες όπως καφές, ποτό και φαγητό (Alpert, 2009).

Τόσο πριν και μετά την παρέμβαση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, όσο και πριν και μετά την προσπάθεια διακοπής για τα άτομα της ομάδας ελέγχου, η ευχαρίστηση βρίσκεται στην πρώτη θέση ως λόγος καπνίσματος, κάτι που σημαίνει ότι απαιτείται από ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να λάβει σοβαρά υπόψη, όχι μόνο τα αρνητικά της καπνιστικής συνήθειας, αλλά και όλα όσα εκείνη προσφέρει και να δώσει χώρο, ώστε να

γίνουν αντικείμενο συζήτησης κατά τη διάρκεια των συνεδριών, έτσι ώστε να μπορέσει ο καπνιστής να βρει και να υιοθετήσει εναλλακτικές συμπεριφορές, τα θετικά των οποίων θα μπορέσουν, ως ένα βαθμό, να αντικαταστήσουν τα θετικά, που προκύπτουν από το κάπνισμα. Η άσκηση, για παράδειγμα, φάνηκε ότι μπορεί να παίζει έναν τέτοιο ρόλο, προσφέροντας το αίσθημα της ευχαρίστησης, μειώνοντας τον εθισμό με την παροχή εναλλακτικής απασχόλησης, περιορίζοντας γενικότερα τα αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα (Ussher et al., 2003) και ελαχιστοποιώντας τα συμπτώματα της διακοπής, τη βαρεμάρα και τις αλλαγές της διάθεσης (Taylor et al., 2007). Αξίζει να σημειωθεί ότι το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος εστιάζονταν με συγκεκριμένες τεχνικές στους τομείς, που αναφέρθηκαν από το δείγμα ως λόγοι καπνίσματος. Για παράδειγμα, πέρα από την άσκηση, που έπαιξε έναν κομβικό ρόλο ως κομμάτι της νέας καθημερινότητας πια των συμμετεχόντων, υπήρξαν προτάσεις, ιδέες και τεχνικές για αλλαγή ή προσθήκη καθημερινών δραστηριοτήτων ή συνηθειών, εναλλακτικών του τσιγάρου, που μπορούν να προσφέρουν ευχαρίστηση ή να προσφέρουν την απαιτούμενη χαλάρωση και διαχείριση του άγχους, κυρίως όμως παρασχέθηκε ψυχολογική υποστήριξη σε εκείνους τους τομείς που, σύμφωνα με τους Θεοδωράκη και συν. (2005), επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, όπως η παρακίνηση, η αυτοαποτελεσματικότητα και η υποστηρικτικές σχέσεις.

Αναφορικά με τους λόγους υποτροπής σε προηγούμενες προσπάθειες, για την ομάδα παρέμβασης, οι κυρίαρχοι λόγοι, που φαίνεται να οδήγησαν τα άτομα στο να αρχίσουν ξανά το κάπνισμα, ήταν η έντονη επιθυμία για τσιγάρο, οι δύσκολες καταστάσεις και το περιβάλλον και ακολουθούσαν με πολύ μικρότερο ποσοστό το γεγονός ότι η υγεία τους βελτιώθηκε και το αλκοόλ. Όσοι έκοψαν το κάπνισμα, ανέφεραν ως λόγους της προηγούμενης υποτροπής τους τις δύσκολες καταστάσεις, την έντονη επιθυμία και το περιβάλλον, κάτι που μπορεί να σημαίνει ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα, στο οποίο αυτοί οι τομείς αποτέλεσαν σημεία εστίασης, ίσως πέτυχε να υποστηρίξει τα άτομα σε θέματα, που αφορούν α) την ενδυνάμωση και την απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, όπως επίλυση προβλημάτων, αντιμετώπιση του στρες με κατάλληλες τεχνικές, αύξηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθησης, τόνωση στοιχείων της συναισθηματικής νοημοσύνης (αυτορρύθμιση, αυτοπαρακίνηση, αυτογνωσία), β) την αντιμετώπιση της επιθυμίας για τσιγάρο με συζήτηση των εναλλακτικών, τροποποίηση αρνητικών σκέψεων, γ) την παρέμβαση στο περιβάλλον με την αναζήτηση υποστήριξης από άτομα του περίγυρου και τροποποίηση περιβαλλοντικών στοιχείων και παραγόντων. Όσον αφορά τα άτομα της ομάδας ελέγχου, βασικός λόγος υποτροπής, όσων είχαν κάνει

προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, αποτέλεσε, όπως και για την ομάδα παρέμβασης, η έντονη επιθυμία τους για το τσιγάρο. Ένα σημαντικό ποσοστό ανέφερε ως λόγο υποτροπής το γεγονός ότι επηρεάστηκαν από το περιβάλλον των καπνιστών. Ανέφεραν ότι από τη στιγμή που κάπνιζαν όλοι οι φίλοι τους, δεν μπορούσαν να αποφύγουν να επηρεαστούν, αλλά ούτε και να αντισταθούν όταν τους πρόσφεραν τσιγάρο. Βασική απάντηση για το πώς βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον ήταν «Μη καπνιστής, εφόσον με βοηθήσει το περιβάλλον» ή «Θα το κόψω όταν το κόψουν και οι φίλοι μου». Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό ανέφερε ως λόγο υποτροπής τις δύσκολες καταστάσεις. Προκύπτει, λοιπόν, ότι υπήρχαν κοινοί λόγοι υποτροπής στις προηγούμενες προσπάθειες τόσο για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης όσο και για τα άτομα της ομάδας ελέγχου και αυτοί ήταν η έντονη επιθυμία, η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και το περιβάλλον. Αυτό ως πληροφορία μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για την αναγκαιότητα να λαμβάνονται υπόψη τέτοιοι παράγοντες σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και επίσης αποτελεί ένα υπέρ για τον τρόπο που το εν λόγω πρόγραμμα οργανώθηκε, δίνοντας έμφαση σε αυτούς τους τομείς. Τα παραπάνω δεδομένα συμφωνούν με την έρευνα των Zhou και συν. (2009), που μελετά την υποτροπή στο κάπνισμα, αναδεικνύοντας ως σημαντικά τα εξής στοιχεία: τα συμπτώματα διακοπής, τις αρνητικές επιδράσεις, την επιθυμία για τσιγάρο, την παρουσία άλλων καπνιστών στο γύρω περιβάλλον, την πρόσβαση στα τσιγάρα, την εξάρτηση από τη νικοτίνη και την έλλειψη βοήθειας. Επίσης, οι Aubin και συν. (2010) ανέφεραν ότι η υποτροπή πυροδοτούνταν από την έντονη επιθυμία, το άγχος και το στρες, τα σημαντικά γεγονότα ζωής, την ευερεθιστότητα και την αύξηση βάρους. Κατά τους Shiffman και συν. (1997) η ανάγκη για τσιγάρο είναι ο κύριος παράγοντας υποτροπής, ενώ για τους Kenford και συν. (2002) η αρνητική διάθεση ευθύνεται για την υποτροπή.

Όσον αφορά την ανάγκη για τσιγάρο (Shiffman et al., 1997), η οποία αναφέρεται κυρίως στις σκέψεις του ατόμου και τη νοηματοδότηση των εξωτερικών / περιβαλλοντικών συνθηκών, οι καταστάσεις στρες και πίεσης φαίνεται να αποτελούσαν τον σημαντικότερο παράγοντα σε ποσοστό 25.8% επί του δείγματος της ομάδας παρέμβασης, 26.3% μεταξύ όσων διέκοψαν το κάπνισμα και 25% μεταξύ όσων δεν το διέκοψαν. Αυτό το δεδομένο σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η διαχείριση του άγχους αναφέρθηκε ως λόγος καπνίσματος από το 19% όσων το έκοψαν, επιτρέπει την υπόθεση ότι οι τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους, οι οποίες αποτελούσαν σημαντικό κομμάτι του προγράμματος, ήταν σημαντικό βοήθημα στην προσπάθεια των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα. Ακόμη και μετά την παρέμβαση, τόσο όσοι διέκοψαν όσο και όσοι δεν διέκοψαν το κάπνισμα, ανέφεραν ότι το άγχος, το στρες και η πίεση ήταν οι κατεξοχήν συνθήκες, οι οποίες εγείρουν την ανάγκη για

τσιγάρο (εξαιρώντας βεβαίως την πλειοψηφία όσων το έκοψαν, που μετά την παρέμβαση δήλωσε ότι δεν ένιωθε πια καμία ανάγκη για τσιγάρο). Παρομοίως και για την ομάδα ελέγχου, οι περισσότεροι από εκείνους που, πριν την προσπάθεια διακοπής, δήλωσαν ότι είχαν ανάγκη το τσιγάρο, ανέφεραν ως κυρίαρχο παράγοντα το στρες και την πίεση, καθώς επίσης και μετά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, ένα ποσοστό 17.9% ανέφερε ότι αισθάνονταν την ανάγκη για τσιγάρο, όταν βρίσκονταν σε καταστάσεις έντονου στρες και πίεσης. Αυτά τα δεδομένα αποτελούν ενδείξεις της αναγκαιότητας διαχείρισης του άγχους σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και της παροχής εναλλακτικών, κάτι που προβλέφτηκε από το εν λόγω πρόγραμμα.

Όσον αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, οι οποίες εμπειρείχαν έντονα το συναίσθημα της ευχαρίστησης, αυτές που αναφέρθηκαν από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης ήταν ο καφές (με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες) το ποτό, το φαγητό, οι στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης, η παρέα και οι βραδινές ώρες. Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι το τσιγάρο συνδέεται με διάφορους τομείς της ζωής ενός ατόμου (συναναστροφές, συνήθειες, τρόποι ψυχαγωγίας κ.α.), κάτι που καθιστά την αλλαγή σε διάφορα επίπεδα της καθημερινότητάς του αναγκαία (Alpert, 2009). Μετά την παρέμβαση, για όσους δεν έκοψαν το κάπνισμα, ο καφές παρέμεινε ως η κατεξοχήν στιγμή κατά την οποία αντλούσαν ευχαρίστηση από το τσιγάρο. Όσον αφορά τις στιγμές κατά τις οποίες τα άτομα, που διέκοψαν το κάπνισμα, ένιωθαν μετά την παρέμβαση να αναβιώνει η επιθυμία τους για τσιγάρο και η ανάμνηση της ευχαρίστησης, φάνηκε να έχουν υψηλή θέση οι στιγμές διασκέδασης. Τα ίδια περίπου ισχύουν και για την ομάδα ελέγχου: πριν την προσπάθεια διακοπής, αναφορικά με τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, φαίνεται ότι η πιο σημαντική στιγμή ήταν η ώρα του καφέ και ακολουθούσαν το ποτό και οι στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης. Αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι το τσιγάρο διεισδύει σε διάφορους τομείς της ζωής, όπως οι καθημερινές συνήθειες και η ψυχαγωγία και άρα μοιάζει να είναι σημαντική η στόχευση σε αλλαγές, που αφορούν γενικότερα τον τρόπο ζωής και την καθημερινότητα των ατόμων. Μετά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, ο καφές και οι στιγμές χαλάρωσης εξακολουθούσαν να κατέχουν τις πρώτες θέσεις για τα άτομα της ομάδας ελέγχου, όπως ακριβώς ίσχυε και για την ομάδα παρέμβασης.

Ως λόγο διακοπής του καπνίσματος (ανεξάρτητα από το εάν ο βασικός στόχος ήταν η διακοπή ή η μείωση), όλα τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, πριν την παρέμβαση, ανέφεραν τους λόγους υγείας. Από αυτούς, το 90% δήλωσε ότι δεν είχε εμφανίσει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, αλλά επιθυμούσε την πρόληψη και το 10% ανέφερε ότι ήδη

είχε εκδηλώσει κάποιο πρόβλημα άμεσα ή έμμεσα σχετιζόμενο με το κάπνισμα. Σύμφωνα με τους Grahani και συν. (2008), οι ηλικίες από 39 και πάνω είναι πιο πιθανό να μουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος για λόγους υγείας. Η έμφαση του προγράμματος διακοπής καπνίσματος σε ζητήματα, που αφορούν την υγεία, σε επίπεδο ενημέρωσης (σύμφωνα με το μοντέλο πιστεύω υγείας), φαίνεται να είχε έδαφος. Το ίδιο ισχύει και για την έμφαση του προγράμματος σχετικά με τους σημαντικούς άλλους (με βάση την κοινωνική γνωστική θεωρία και τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς), αφού ως επιπλέον λόγο διακοπής του καπνίσματος, ένα 20% ανέφερε την επιθυμία τους να αποτελέσουν πρότυπο για άλλα άτομα, καθώς και για την έμφαση σε ζητήματα οικονομικού κόστους του καπνίσματος και στα αντίστοιχα οφέλη από τη διακοπή (Burbank & Riebe, 2002), αφού ένα σημαντικό ποσοστό (23.3%) ανέφερε ότι οι λόγοι διακοπής ήταν οικονομικοί. Επιπλέον, φάνηκε ότι είχε ιδιαίτερο νόημα η εστίαση του προγράμματος σε θέματα αυτοεικόνας (κυρίως μέσω της παρακινητικής συνέντευξης) και ελέγχου (κυρίως μέσω της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς και της κοινωνικής γνωστικής θεωρίας), αφού ένα 13.3% ανέφερε ότι θεωρούσε την όλη εικόνα του καπνιστή πολύ άσχημη και ένα 6.7% ότι ενοχλούνταν από την ιδέα ότι εξαρτάται από το τσιγάρο και δεν μπορεί να ασκήσει έλεγχο πάνω του και μάλιστα είχε την πίστη ότι η συμμετοχή του στο πρόγραμμα θα βοηθούσε με κάποιο τρόπο να κατακτήσει ελευθερία και ανεξαρτησία από το τσιγάρο. Και μετά το πέρας της παρέμβασης, οι απαντήσεις στην ερώτηση, που πραγματεύονταν τους λόγους που διέκοψαν το κάπνισμα, αφορούσαν τους ίδιους λόγους, αλλά με διαφορετική σειρά, με τους λόγους υγείας όμως να παραμένουν στην πρώτη θέση με ποσοστό 53%. Ακολουθούσαν οι αισθητικοί λόγοι (23.1%), οι λόγοι που αφορούν το πρότυπο και τους σημαντικούς άλλους (11.5%), οι οικονομικοί λόγοι (7.7%) και ο εθισμός (3.8%). Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μετά την παρέμβαση, το 33.3% όσων δεν διέκοψαν το κάπνισμα, ανέφερε τους λόγους υγείας είτε ως λόγο μελλοντικής διακοπής είτε ως λόγο μείωσης του αριθμού των τσιγάρων. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα της ομάδας ελέγχου, τα οποία ανέφεραν ως λόγο διακοπής τους λόγους υγείας είτε προληπτικά είτε για να βελτιώσουν την υγεία τους. Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα είναι κοινοί για όσους απευθύνονται σε προγράμματα υποβοήθησης διακοπής καπνίσματος και σε όσους όχι και επίσης ότι η συμμετοχή σε ένα τέτοιο πρόγραμμα δεν διαφοροποιεί αυτούς τους λόγους. Αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η σχετική ερώτηση ήταν ανοιχτή και όχι κατευθυντική, επιτρέπει τη διατύπωση των προαναφερόμενων γενικών συμπερασμάτων για τους λόγους διακοπής καπνίσματος, που θα μπορούσαν να λαμβάνονται υπόψη από προγράμματα

διακοπής, όπως έκανε το εν λόγω πρόγραμμα. Οι λόγοι διακοπής, που αναφέρθηκαν από τα άτομα της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, είναι ίδιοι με τους λόγους διακοπής που έχουν αναδείξει άλλες έρευνες. Συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μία Πανευρωπαϊκή έρευνα για τη χρήση καπνού το 2009, με σκοπό να παρουσιαστεί μια εμπεριστατωμένη εικόνα της συμπεριφοράς των ευρωπαίων στη χρήση καπνού, στην οποία αναφέρονται ως κύριοι λόγοι, που οδηγούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, πρωταρχικά η προστασία της υγείας τους (71%), δεύτερος λόγος η προτροπή / ύπαρξη της οικογένειας, του συντρόφου και των φίλων, τρίτος λόγος το οικονομικό κόστος και τέταρτος λόγος η επίδραση του τσιγάρου σε τρίτους (Eurobarometer, 2009). Παρομοίως, οι έρευνες των Musich και συν. (2009) και Grahani και συν. (2008), εστιάζουν στους λόγους υγείας και την αντίληψη κινδύνου σχετικά με το κάπνισμα, ενώ οι Aubin και συν. (2010) αναφέρουν ως βασικότερους λόγους διακοπής το κόστος, την κοινωνική πίεση και το περιβάλλον, την επιθυμία για βελτίωση της φυσικής κατάστασης, το φόβο για τις ασθένειες και την κούραση από το συνεχές κάπνισμα.

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα της παρέμβασης, ενώ αρχικά ανέφεραν ως λόγο προσέλευσης τη διακοπή καπνίσματος, στη συνέχεια οι περισσότεροι δήλωσαν ότι πρωταρχικός στόχος ήταν η μείωση του αριθμού των τσιγάρων και σε ένα επόμενο επίπεδο η διακοπή. Από τη συζήτηση με τα άτομα, αυτό που προέκυψε ως συμπέρασμα ήταν ότι τα άτομα, καθώς επεξεργάζονταν το θέμα της διακοπής, αποφάσιζαν να θέτουν μικρούς και ρεαλιστικούς στόχους, προκειμένου να μην απογοητευτούν και αφού τους ολοκληρώσουν, να κατευθυνθούν προς τον γενικό και μεγάλο στόχο, που είναι η διακοπή, κάτι που ενισχύει τη χρησιμότητα της θεωρίας των στόχων και το πόσο μπορεί να είναι βοηθητική σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 1990), καθώς και τα ζητήματα επίγνωσης και αυτοπεποίθησης (Prochaska, 1996) και αυτοαποτελεσματικότητας (Prochaska et al., 1991).

Στην ερώτηση σχετικά με το τι πίστευαν ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος, οι απαντήσεις των ατόμων της ομάδας παρέμβασης, οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος, χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες: α) τα γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα, με συγκεκριμένες αναφορές στις καταστάσεις άγχους, που κατά καιρούς αντιμετώπιζαν, στην έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον τους (τους σημαντικούς άλλους και την οικογένεια), στην έλλειψη προσωπικής ανάγκης και προσωπικού αιτήματος, στην έλλειψη άσκησης, η οποία, όπως ειπώθηκε, θα μπορούσε να αποβεί ιδιαίτερα βοηθητική, εάν επιτυγχάνονταν οι σχετικοί στόχοι, που θέτονταν κάθε φορά στο πρόγραμμα, στις αλλαγές των συνηθειών και

συγκεκριμένα του καφέ και τη δυσκολία να αλλάξουν συνήθειες, που ήταν συνδεδεμένες με το τσιγάρο και συνήθειες στο χώρο της δουλειάς και β) τα στοιχεία του προγράμματος με αναφορά στη μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, στο περιεχόμενο του προγράμματος και συγκεκριμένα στην ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις και τους κινδύνους του καπνίσματος και τις τεχνικές χαλάρωσης και τη δυσκολία να εφαρμοστούν, στην αλλαγή τρόπου ζωής και συγκεκριμένα στη δυσκολία της ενσωμάτωσης αλλαγών, πέραν της διακοπής της καπνιστικής συνήθειας και την αλλαγή ως προς τη διατροφή. Αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά άτομα ανέφεραν ότι δεν υπήρχε κάτι στο πρόγραμμα, που να βοήθησε λίγο. Αρκετά από τα εμπόδια στη διακοπή του καπνίσματος, που αναφέρθηκαν, ταυτίζονται με όσα αναφέρθηκαν ως στοιχεία, που βοήθησαν λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος και άρα μπορούν να αποτελέσουν συνολικά ως προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος. Στην αντίστοιχη ερώτηση, που διατυπώθηκε πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι το 17.6% των ατόμων της ομάδας παρέμβασης απάντησε ότι τίποτα δεν θα σταθεί εμπόδιο στη διακοπή του καπνίσματος και αυτό το ποσοστό στο σύνολό του προέρχονταν από εκείνους που πέτυχαν τη διακοπή του καπνίσματος (με άλλα λόγια αυτή η απάντηση δόθηκε από το 30% εκείνων που διέκοψαν το κάπνισμα). Μια τέτοια απάντηση θα μπορούσε ίσως να συσχετιστεί με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία σχετίζεται με επίτευξη ενός τέτοιου στόχου, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος (Van 'T Riet et al., 2008). Το υπόλοιπο ποσοστό των ατόμων της ομάδας παρέμβασης ανέφερε ως πιθανά εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος αρκετά από αυτά που το πρόγραμμα έλαβε υπόψη του στη διάρκεια της διαδικασίας υποστήριξης και είχε ως στόχο να προλάβει ή να αντιμετωπίσει σε περίπτωση εμφάνισής τους: α) η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, στην οποία εστίασε το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με ποικίλους τρόπους, όπως είναι η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές ή η ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, β) το στρες, στη διαχείριση του οποίου εστίασε το πρόγραμμα μέσω τεχνικών διαχείριση άγχους και τεχνικών χαλάρωσης, γ) η ευχαρίστηση που δίνει το κάπνισμα, την οποία το πρόγραμμα αντιμετώπισε με την παροχή εναλλακτικών τρόπων άντλησης ευχαρίστησης και την ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα, δ) η έλλειψη απόφασης και θέλησης, στα οποία το πρόγραμμα αντέταξε τις διαδικασίες εξασφάλισης και διατήρησης της δέσμευσης, ε) η πεποίθηση ότι ο μικρός αριθμός τσιγάρων δεν είναι επιβλαβής, την οποία το πρόγραμμα προσπάθησε να καταρρίψει μέσω της ενημέρωσης και της παροχής σχετικών γνώσεων, στ) το περιβάλλον καπνιστών, το οποίο αφορούσαν πολλές από τις συζητήσεις και τεχνικές του προγράμματος, όπως ενημέρωσή του, τροποποίησή του, αξιοποίησή του, ζ) ο εθισμός, για την αντιμετώπιση του οποίου το πρόγραμμα πρότεινε

διάφορες τεχνικές, η) η μοναξιά, την οποία το πρόγραμμα έλαβε υπόψη του ενσωματώνοντας στοιχεία που αφορούν τους σημαντικούς άλλους και την υποστήριξη / συμπαράσταση, θ) η έλλειψη ενδιαφερόντων, στην οποία το πρόγραμμα αντιπαρέβαλε αλλαγές στην καθημερινότητα και εισαγωγή της άσκησης, ι) οι βραδινές ώρες, για τις οποίες δόθηκαν εναλλακτικές, κ) η έλλειψη ενθάρρυνσης και υποστήριξης, την οποία αναιρεί όλη η δομή και ο σχεδιασμός του προγράμματος με τη έμφαση που δίνει στην ψυχολογική υποστήριξη. Τις ίδιες ανησυχίες ως προς τα εμπόδια για τη διακοπή καπνίσματος εξέφρασαν και τα άτομα της ομάδας ελέγχου, πριν ξεκινήσουν την προσπάθειά τους και συγκεκριμένα αναφέρθηκαν στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων / στρες, στη δύναμη της συνήθειας και στην ευχαρίστηση, που αντλούσαν από το κάπνισμα. Απολογιστικά, μετά το πέρας της παρέμβασης, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν ως εμπόδια στη διακοπή καπνίσματος (τα οποία σε μεγάλο βαθμό είναι κοινά με όσα αναφέρθηκαν ότι βοήθησαν λίγο στη διακοπή) όλα όσα έχουν καταδείξει ως εμπόδια οι μέχρι τώρα έρευνες:

α) Τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν και το στρες που βίωναν, τα οποία αποτέλεσαν συνθήκες, που τους οδήγησαν στην αναζήτηση βοήθειας και παρηγοριάς στο τσιγάρο (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Grahani et al., 2008; Hughes, 2009; Nosen and Woody, 2009). Κάτι που σημαίνει ότι το πρόγραμμα θα μπορούσε να βελτιωθεί στα ζητήματα διαχείρισης του άγχους, εστιάζοντας όχι μόνο στην εκμάθηση τρόπων διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων και αντιμετώπισης του στρες, αλλά και στη γενίκευση αυτής της γνώσης και εκπαίδευσης και της μεταφοράς της και σε άλλα πλαίσια και μετά το πέρας της παρέμβασης.

β) Την πίεση από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον, υπό την έννοια ότι όχι μόνο δεν τους υποστήριζαν, αλλά τους πρόσφεραν τσιγάρο, κάπνιζαν μπροστά τους και σχολίαζαν την όλη προσπάθεια διακοπής (Christakis & Flower, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2009; Lawhon et al., 2009; Nichter et al., 2010; Zhou et al., 2009). Σε αυτόν τον τομέα το πρόγραμμα θα μπορούσε να δώσει έμφαση στην ενημέρωση των ατόμων του περιβάλλοντος (κυρίως του οικογενειακού), ίσως και με κατευθείαν επαφή του συμβούλου με αυτά τα άτομα.

γ) Την αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής όχι προς τη σωστή κατεύθυνση, όπως η αλλαγή κοινωνικών συναναστροφών, το ότι δηλαδή έχασαν την υποστήριξη από φίλους, αφού τους απέφευγαν επειδή ήταν καπνιστές και έκαναν παρέα με μη καπνιστές, κάτι που σημαίνει ότι το πρόγραμμα θα έπρεπε να εστιάσει στην ενημέρωση του περίγυρου αναφορικά με την αποφυγή του να καπνίζουν μπροστά στους συμμετέχοντες (Christakis & Flower, 2008; Van Osch et al., 2009). Επίσης, μια αλλαγή που δυσκόλεψε ήταν ο περιορισμός εξόδων και διασκέδασης και η μείωση των καφέδων, κάτι που ίσως δείχνει και τη δυσκολία που έχει η ενσωμάτωση πολλών αλλαγών,

ειδικά εάν αυτές οι αλλαγές αντιμετωπίζονται ως στόχοι το ίδιο σημαντικοί με τη διακοπή και όχι απλώς υποβοηθήματα. Το πρόγραμμα σε αυτό το σημείο θα μπορούσε να βελτιωθεί, εάν έδινε μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και την πιο συστηματική καλλιέργεια της συναισθηματικής νοημοσύνης, προκειμένου τα άτομα να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις αλλαγές στη ζωή τους γενικά (Alpert, 2009; Epstein et al., 2000; Nosen & Woody, 2009; Van Osch et al., 2008). δ) Το γεγονός ότι δεν υπήρχε εξαρχής ειλημμένη απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος, δηλαδή δεν ήταν εξαρχής αποφασισμένοι να το κόψουν, πράγμα που σημαίνει ότι είτε δεν έγινε σωστά η κατάταξη στο στάδιο ετοιμότητας, είτε παλινδρόμησαν σε προγενέστερο στάδιο και δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή σε αυτό (Roorchandani et al., 2008). Το πρόγραμμα θα μπορούσε να βελτιωθεί δίνοντας βαρύτητα στα αρχικά στάδια και στη δουλειά που πρέπει να γίνει προκειμένου τα άτομα να προχωρήσουν σε επόμενα στάδια. Σε μικρότερο ποσοστό αναφέρθηκαν ως εμπόδια η ευχαρίστηση που αντλούσαν από το τσιγάρο (Ashton et al., 1973; Aubin et al., 2010; Schauffler et al., 2001), η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής ως παράγοντας παρακώλυσης για τη διακοπή του καπνίσματος, το γεγονός ότι ο/η σύντροφος κάπνιζε και κάτι τέτοιο δεν βοηθούσε στην προσπάθεια του ατόμου να κόψει το κάπνισμα (Christakis & Flower, 2008), ο εθισμός και η εξάρτηση από το κάπνισμα (Hughes, 2009) και ο χώρος εργασίας που δυσκόλευε την αποχή από το τσιγάρο. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό ανέφερε ότι δεν υπήρξαν εμπόδια, που να μην μπορούσαν να τα ξεπεράσουν. Στην ίδια ερώτηση, που αφορούσε τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψουν το κάπνισμα τα άτομα της ομάδας ελέγχου μετά την προσπάθεια διακοπής, ένα σημαντικό ποσοστό (31.3%) ανέφερε ότι το μεγαλύτερο εμπόδιο ήταν η έλλειψη αλλαγής συνηθειών και τρόπου ζωής, κάνοντας συγκεκριμένα λόγο για αλλαγές στη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα (αύξησή της) και γενικά αλλαγές στην καθημερινότητα. Αξίζει να τονιστεί ότι το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος λάμβανε υπόψη τα παραπάνω, αφού επικεντρώνονταν σε αυτές ακριβώς τις αλλαγές, εστιάζοντας στο σπάσιμο παλιών συνδυασμών συνηθειών και στην αντικατάστασή τους από νέες εναλλακτικές, καθώς επίσης και στην ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα. Βασικός σκοπός του προγράμματος ήταν η υιοθέτηση γενικά ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, εστιάζοντας κυρίως στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, στην απόκτηση μιας πιο υγιεινής διατροφής και στη μείωση ή διακοπή του καπνίσματος. Αυτό που προκύπτει συγκρίνοντας τις απαντήσεις των ατόμων της ομάδας παρέμβασης με εκείνες της ομάδας ελέγχου, δείχνει ότι ενδεχομένως οι αλλαγές γενικότερα στην καθημερινότητα των ατόμων κρίνονται από τα ίδια τα άτομα απαραίτητες, αλλά, όταν ένα πρόγραμμα τις υποστηρίζει, χρειάζεται να

παρέχει εκτεταμένη υποστήριξη στα άτομα σε επίπεδο δεξιοτήτων, οι οποίες δεξιότητες θα βοηθήσουν τη διαχείριση αυτών των αλλαγών. Τα αμέσως επόμενα εμπόδια, που αναφέρθηκαν από την ομάδα ελέγχου, ήταν στην πλειοψηφία τους ίδια με εκείνα που αναφέρθηκαν από την ομάδα παρέμβασης: η απόλαυση που αντλούσαν από το τσιγάρο, η έλλειψη της απόφασης για διακοπή, ο εθισμός και η εξάρτηση που αισθάνονταν από το κάπνισμα, οι δύσκολες καταστάσεις και το στρες, τα οφέλη από το κάπνισμα και συγκεκριμένα η συγκέντρωση, η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης και η πίεση από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο αναφέρθηκε και ως βασικός λόγος υποτροπής, αλλά και ως λόγος που μελλοντικά θα τους κάνει να καπνίζουν. Δεν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη διαφορά, μεταξύ των ατόμων που απευθύνονται σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και ατόμων που δεν απευθύνονται, ως προς το τι θεωρούν εμπόδιο στη διακοπή του καπνίσματος και συνεπώς θα μπορούσαν να γίνουν γενικεύσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος.

Στο ερώτημα τι ήταν βοηθητικό για τη διακοπή καπνίσματος στο παρελθόν, η πλειοψηφία των ατόμων της ομάδας παρέμβασης απάντησε ότι τίποτα δεν ήταν βοηθητικό, ενώ το υπόλοιπο 30% αναφέρθηκε στην ισχυρή θέληση, στην ενασχόληση με κάτι, στα ζητήματα υγείας, στους σημαντικούς άλλους και στην πρακτική του βελονισμού. Όλα τα παραπάνω, πλην του βελονισμού, αποτελούν τομείς στους οποίους το συγκεκριμένο πρόγραμμα εστίασε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας υποστήριξης. Ομοίως, το 70% των ατόμων της ομάδας ελέγχου ανέφερε ότι σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής δεν βοήθησε τίποτα, ώστε να μπορεί να αξιοποιηθεί στην παρούσα προσπάθεια, ενώ ένα 21.4% ανέφερε τα ζητήματα υγείας. Όσον αφορά αυτά, που βοήθησαν στη διακοπή του καπνίσματος στην παρούσα προσπάθεια (εν είδει ανοιχτής ερώτησης και εν είδει ερώτησης αξιολόγησης του προγράμματος), τα άτομα της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν ως βοηθητικά: α) Στοιχεία του περιεχομένου του προγράμματος, τα οποία έχουν αναφερθεί και από άλλους ερευνητές και συγκεκριμένα: 1) Η επικοινωνία και οι συζητήσεις με τον σύμβουλο για διάφορα ζητήματα και τομείς της ζωής, όπως υγεία, σώμα, άσκηση, διατροφή και γενικά καθημερινότητα. Και στο παρελθόν, οι Singleton και Pope (2000) έχουν συνδέσει το κάπνισμα με τη συναισθηματική κάλυψη και έχουν τονίσει ότι οι καπνιστές μπορούν να βοηθηθούν στη διακοπή του καπνίσματος, εάν αναζητήσουν τη συνδρομή ειδικών. Και οι Θεοδωράκης και συν. (2005) έχουν επίσης αναφερθεί στην προσπάθεια, που γίνεται τα τελευταία χρόνια, ως προς την οργάνωση προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Στο συμπέρασμα ότι η συμβουλευτική υποστήριξη, που ενσωματώνει τεχνικές ψυχολογικής στήριξης σε

συνδυασμό με πρόγραμμα άσκησης, μπορεί να αποβεί αποτελεσματική για αλλαγή ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ, καταλήγουν οι Theodorakis και συν. (2014). Επίσης, η έρευνα των McCarthy και συν. (2010) αναφέρει ότι η συμβουλευτική, μεταξύ άλλων, μείωσε τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος. Επιπλέον οι Zhou και συν. (2009) ανέφεραν ως πρόβλημα και λόγο υποτροπής την έλλειψη βοήθειας. 2) Ο καθορισμός στόχων σε εβδομαδιαία βάση, η δέσμευση σε αυτούς και η αναζήτηση τρόπων για την επίτευξη αυτών των στόχων. Στο πόσο βοηθητικοί είναι οι στόχοι, ειδικά όταν είναι ρεαλιστικοί και πόσο βοηθάει η δέσμευση σε αυτούς αναφέρθηκαν οι Θεοδωράκης και συν. (2001), καθώς και οι Locke και Latham (2002, 1990). 3) Οι τεχνικές αντίστασης απέναντι στην επιθυμία και την αντιμετώπιση του πειρασμού, με προεξέχουσα εναλλακτική την άσκηση. Αυτό συμφωνεί με δεδομένα άλλων ερευνών, που θέλουν την άσκηση ως καλή εναλλακτική στόχευσης (Davis et al., 1994). Ο Alpert (2009) κάνει λόγο για εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης ως βασικό συστατικό ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Επίσης, οι Velicer και συν. (1990), οι Van Osch και συν. (2008) και οι Van'T Riet και συν. (2008) συσχετίζουν την αντίσταση στο κάπνισμα και τους πειρασμούς και κατά επέκταση την επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής και την αποφυγή υποτροπών με την αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία αποτέλεσε βασικό κομμάτι του εν λόγω προγράμματος διακοπής καπνίσματος, το οποίο λάμβανε συστηματικά υπόψη ζητήματα αυτοαποτελεσματικότητας, κατά τη διάρκεια εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στις τεχνικές αντίστασης του καπνίσματος. 4) Η έμφαση του προγράμματος στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση και όλες οι γνώσεις, που αποκόμισαν οι συμμετέχοντες, για το κάπνισμα. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με αρκετούς ερευνητές, που εστίασαν στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση των καπνιστών σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, όπως ο Θεοδωράκης (2010), που κάνει λόγο για οφέλη και ζημίες της καπνιστικής και μη καπνιστικής συμπεριφοράς, ο Alpert (2009), που αναφέρει ότι σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο κατά του καρκίνου των ΗΠΑ ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για συνέπειες από τον καπνό και κοινωνικές επιρροές του καπνίσματος και οι Curry και συν. (1997), που αναφέρουν ότι οι ανησυχίες για την υγεία αυξάνουν την ετοιμότητα για διακοπή. Επίσης, οι Schane και συν. (2013) αναφέρουν ότι η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής για τους κινδύνους, που έχει το κάπνισμα για τους άλλους, μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος. 5) Οι τεχνικές χαλάρωσης, οι οποίες βοήθησαν στη συγκέντρωση, την ηρεμία και τη διαχείριση της επιθυμίας για τσιγάρο. Η διαχείριση του στρες με διάφορους τρόπους, όπως τεχνικές αναπνοών, διαλογισμός ή περπάτημα, προκειμένου να επιτευχθεί διακοπή του καπνίσματος,

μείωσή του ή αποφυγή υποτροπής, αποτέλεσε, επίσης, αντικείμενο πολλών ερευνών, όπως της έρευνας των Nosen και Woody (2009), όπου αναφέρονταν ο σημαντικός ρόλος του άγχους και του στρες ως προς την ενίσχυση της καπνιστικής συμπεριφοράς, των ερευνών των Curry και συν. (1998) και Grahani και συν. (2008), όπου η ανακούφιση από το άγχος αναφέρονταν ως κίνητρο για κάπνισμα και των ερευνών των Aubin και συν. (2010) και Hughes (2009), που συνέδεσαν το άγχος με τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος και τέλος, της έρευνας των Zhu και συν. (1996a), όπου αναφέρονταν ότι παρεμβατικά προγράμματα, που στόχευαν στον περιορισμό του στρες αποδείχθηκαν, επιτυχημένα. 6) Γενικά οι δραστηριότητες, οι ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και τα εργαλεία, τα οποία βοήθησαν σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων και προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης. Παρομοίως, ο Alpert (2009) έκανε λόγο για εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης, κάτι που εντάσσεται γενικά στα ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης. Επίσης οι Epstein και συν. (2000) αναφέρθηκαν στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων. Τέλος, οι Manfredi και συν. (2007) ανέφεραν στη μελέτη τους για γυναίκες καπνίστριες ότι, μεταξύ άλλων, τα οργανωμένα πλάνα μπορούν να οδηγήσουν σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής. 7) Η άσκηση και η κίνηση που μπήκε στη ζωή τους, κάτι που υποστηρίζεται από πληθώρα ερευνών (Abrams et al., 1987; Bock et al., 1999; Boudreaux et al., 2003; De Ruiter & Faulkner, 2006; Doyne et al., 1987; Everson-Hock et al., 2010; Godin, 1989; Hill et al., 1981; Θεοδωράκης, 2010; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Θεοδωράκης et al., 2005; King et al., 1996; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Lujic et al., 2005; Marcus et al., 2003; Marti et al., 1988; Μπεμπέτσος et al., 2000; Μπεμπέτσος et al., 1998; Μπενέτου et al., 2008; Paavola et al., 2001; Papaioannou et al., 2004; Salonen et al., 1988; Shephard, 1989; Sorenson & Pechacek, 1987; Taylor et al., 2010; Taylor & Katomeri, 2007; Taylor et al., 2007; Tuomilehto et al., 1987; Ussher et al., 2001).

β) Τα χαρακτηριστικά του προγράμματος, σε αρκετά από τα οποία έχουν αναφερθεί και άλλες έρευνες και συγκεκριμένα: 1) η προσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες του κάθε ατόμου, 2) η συνεργασία ατόμου και συμβούλου για τη συνδιαμόρφωση του προγράμματος, κάτι που παραπέμπει στο ρόλο του ειδικού (Θεοδωράκης et al., 2005; McCarthy et al., 2010; Zhou et al., 2009) και τους στόχους, που θέτονταν κάθε φορά (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 3) η αίσθηση ελέγχου επί της διαδικασίας και των επιλογών και εναλλακτικών, κάτι που παραπέμπει στην αυτορρύθμιση και την αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία κατά τους Jardin και Carpenter (2012) αποτελεί μαζί με την κινητοποίηση κομβικούς παράγοντες σχετιζόμενους με την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος και κατά τον Van Osch (2008) συνδέεται με τη διακοπή καπνίσματος

και την υποτροπή, 4) η συνέπεια και σταθερότητα του προγράμματος και του συμβούλου και 5) η διάρκεια του προγράμματος, δηλαδή το ότι υπήρχαν αρκετές συναντήσεις. Τα δύο τελευταία δείχνουν την αναγκαιότητα να υπάρχουν προγράμματα με σταθερές εβδομαδιαίες συναντήσεις και συγκεκριμένη δομή, δηλαδή να υπάρχουν σταθερά πλαίσια αναφοράς. γ) Το πώς λειτούργησε γενικά το όλο πρόγραμμα, κομμάτια του οποίου αποτελούν αναφορές άλλων ερευνών και συγκεκριμένα: 1) το ενδιαφέρον και τα συναισθήματα του συμβούλου, όπως κατανόηση, μοίρασμα, προστασία από τα αρνητικά συναισθήματα, συμπαράσταση, υποστήριξη, κάτι που παραπέμπει στο ρόλο του ειδικού (Θεοδωράκης et al., 2005; McCarthy et al., 2010; Zhou et al., 2009), 2) η σταδιακή αλλαγή καθημερινών συνηθειών, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής στο πρόγραμμα, όπως τεχνικές απασχόλησης του μυαλού (Alpert, 2009), 3) η δέσμευση απέναντι στο πρόγραμμα και τους συμβούλους, ως «κράτημα», όταν τα πράγματα δυσκόλευαν (Θεοδωράκης et al., 2001), 4) η σχέση με τον σύμβουλο, η οποία συνέβαλε αφενός στην αύξηση της πίστης ότι μπορεί το άτομο να τα καταφέρει, άρα υπήρχε αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοαποτελεσματικότητας (Prochaska, 1996; Prochaska et al. 1991; Van Osch et al., 2008; Van'T Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990) και αφετέρου στη δέσμευση και τη λήψη απόφασης για διακοπή του καπνίσματος στις περιπτώσεις, που υπήρχε αμφιθυμία και ταλάντευση, 5) η αίσθηση ότι δεν ήταν μόνοι σε αυτή την προσπάθεια, αλλά είχαν συνοδοιπόρο (Singleton & Pope, 2000), 6) ο έλεγχος, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής στο πρόγραμμα, που βοήθησε στην αντιμετώπιση της καπνιστικής συνήθειας και στην επίτευξη στόχων, κάτι που αναφέρεται στην έρευνα των Κονακ και συν. (2009), όπου γίνεται λόγος για τον έλεγχο επί της καπνιστικής συμπεριφοράς, που επηρεάζει την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος και 7) η καλλιέργεια και εδραίωση της πεποίθησης ότι η διακοπή είναι ρεαλιστική και εφικτή, που παραπέμπει στην αλλαγή στάσης απέναντι στο τσιγάρο, απομυθοποίηση της δυσκολίας και της σημαντικότητάς του, κάτι που αναφέρεται στην έρευνα των Κονακ και συν. (2009), οι οποίοι τονίζουν το ρόλο, που παίζουν οι στάσεις των ατόμων για κάπνισμα, στην πρόθεση να το διακόψουν. δ) Ζητήματα, όχι άμεσα σχετιζόμενα με το πρόγραμμα, που επίσης έχουν συμπεριληφθεί σε άλλες έρευνες, όπως: 1) η υποστήριξη από το περιβάλλον, κάτι που τονίστηκε σε πολλές έρευνες, όπως η έρευνα των Carlson και συν. (2003), που αναφέρει την κοινωνική στήριξη ως παράγοντα που επηρεάζει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής, η έρευνα των Christakis και Fowler (2008), όπου τονίζεται η υποστήριξη από φίλους και οικογένεια, η έρευνα των Clarke και Aish (2002), που αναφέρει ότι η υποστήριξη από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής, η έρευνα των Hyland και συν. (2009), που καταδεικνύει τη σημαντικότητα τροποποίησης

του περιβάλλοντος, όπως ο περιορισμός του καπνίσματος στο σπίτι, ως εργαλείο διακοπής του καπνίσματος, η έρευνα των Θεοδωράκη και συν. (2005), στην οποία γίνεται αναφορά στη θετική και αρνητική επιρροή από το περιβάλλον, η έρευνα των Lawhon και συν. (2009), στην οποία τονίζεται ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης, η έρευνα των Manfredi και συν. (2007), στην οποία αναφέρθηκε ότι η κοινωνική πίεση μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής τις γυναίκες καπνίστριες, η έρευνα των Nichter και συν. (2010), στην οποία αναφέρθηκε ότι οι φίλοι μπορούν να παίξουν έναν προστατευτικό ρόλο στη διακοπή καπνίσματος και η έρευνα των Zhou και συν. (2009) όπου το περιβάλλον αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας υποτροπής, 2) η προσωπική θέληση, η οποία βοήθησε στην όλη διαδικασία, κάτι που αναφέρεται στην έρευνα των Μπεμπέτσος και συν. (2000), όπου υποστηρίζεται ότι το κάπνισμα, όπως και η άσκηση, εξαρτάται από τη θέληση, καθώς επίσης και στην έρευνα των Roopchandani και συν. (2008), η οποία τονίζει τη θέληση και κινητοποίηση του ατόμου στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, 3) Τα προβλήματα υγείας, που είχαν τα άτομα, τα οποία λειτούργησαν ως κινητοποιητική δύναμη για τη διακοπή καπνίσματος (Curry et al., 1997) και 4) η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Goldman et al., 2009) . Ως προς την ομάδα ελέγχου, στη γενική ερώτηση τι ήταν αυτό που βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος, τα δύο από τα τέσσερα άτομα, που διέκοψαν το κάπνισμα, ανέφεραν ως βοήθημα το φόβο τους για την υγεία και το κακό που μπορεί να προκαλεί το κάπνισμα (Alpert, 2009; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013), το τρίτο αναφέρθηκε στην ισχυρή του θέληση, δεδομένου ότι κατέβαλε την προσπάθεια μόνο του, χωρίς βοήθεια (Μπεμπέτσος et al., 2000; Roopchandani et al., 2008) και το τέταρτο δήλωσε ότι δεν υπήρχε τίποτα που να βοήθησε ιδιαίτερα.

Ως κέρδος από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης κυρίως ανέφεραν ό,τι αναφέρθηκε ως βοηθητικό του προγράμματος και συγκεκριμένα εστίασαν στην υποστήριξη από τον σύμβουλο του προγράμματος, τη συζήτηση και τις από κοινού αποφάσεις, στους στόχους που είχαν τεθεί και κατακτήθηκαν και συγκεκριμένα τις τεχνικές αντίστασης στο κάπνισμα, στη διακοπή καπνίσματος και τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων, στα σωματικά οφέλη και συγκεκριμένα την ευεξία, στην καλή φυσική κατάσταση και την υγεία, καθώς και τη μείωση των συμπτωμάτων, που σχετίζονταν με το κάπνισμα, στις γνώσεις και την ενημέρωση, που κατέκτησαν για διάφορα ζητήματα, στην αλλαγή στη στάση τους και συγκεκριμένα την αύξηση της αυτοπεποίθησης και της πίστης στον εαυτό, στην κινητοποίηση και παρακίνηση και την ευαισθητοποίηση σε σχέση με το θέμα της διακοπής, σε συνδυασμό με την αύξηση της πεποίθησής τους ότι μπορούν να τα καταφέρουν, στη γνωριμία με άτομα που κάνουν την ίδια προσπάθεια, στη βελτίωση της

ποιότητας ζωής σε διάφορους τομείς, στα οικονομικά οφέλη, που προέκυψαν από τη διακοπή του καπνίσματος, στην ελευθερία από το τσιγάρο, στην εμπειρία, που αποκτήθηκε μέσα από το πρόγραμμα, σε θέματα διαχείρισης της επιθυμίας για τσιγάρο και τέλος, στην αλλαγή των πεποιθήσεων σχετικά με τη διακοπή ή μείωση του τσιγάρου, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι κάτι τέτοιο είναι τελικά εφικτό. Γίνεται αντιληπτό ότι αρκετά από αυτά που αναφέρθηκαν ως οφέλη από το πρόγραμμα ταυτίζονται με εκείνα που αναφέρθηκαν ως βοηθητικά στη διακοπή καπνίσματος, καθώς επίσης και με όσα το εν λόγω πρόγραμμα είχε συμπεριλάβει στο σχεδιασμό του προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έθετε. Αυτό το δεδομένο ενισχύει την υπόθεση ότι το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ήταν αποτελεσματικό.

Προς επίρρωση της επίτευξης των στόχων του προγράμματος, στην ερώτηση που στοχεύει στον εντοπισμό διαφορών πριν και μετά την παρέμβαση, που θα μπορούσαν να αποδοθούν στο πρόγραμμα, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης αναφέρουν τις ακόλουθες αλλαγές, εκ των οποίων αλλαγών κάποια στοιχεία έχουν αναφερθεί και σε άλλες έρευνες:

- α) Αλλαγές στις σκέψεις, οι οποίες και σύμφωνα με τους Nosen και Woody (2009) παίζουν σημαντικό ρόλο στη διακοπή. Οι αλλαγές στις σκέψεις, που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, αφορούσαν: 1) πιο συνειδητοποιημένη σκέψη για τη διακοπή του καπνίσματος, δήλωση που φέρνει στο προσκήνιο i) θέματα επίγνωσης, που πραγματεύεται η παρακινητική συνέντευξη, η οποία κατά τους Gemmel και DiClemente (2009) αποτελεί καλύτερη επιλογή για τους καπνιστές και ii) θέματα δέσμευσης (Glanz et al., 2002; Kovac et al., 2009; Locke & Latham, 1990, 2002), 2) θεώρηση της διακοπής ως ρεαλιστική και πραγματοποιήσιμη και πίστη στον εαυτό ότι με προσπάθεια μπορεί να υπάρξει επιτυχία (McCarthy et al., 2010; Prochaska, 1996; Prochaska et al. 1991; Van Osch et al., 2008; Van't Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990), 3) αντιμετώπιση της διακοπής καπνίσματος με λογική και σοβαρότητα, θετική σκέψη για την υγεία, αύξηση γνώσεων και προσφορά του προγράμματος και γνώση των άσχημων συνεπειών του τσιγάρου (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013), 4) εκμάθηση εναλλακτικών και βοηθημάτων για αντιμετώπιση της επιθυμίας και διαχείρισης πειρασμών (Alpert 2009; Davis et al., 1994), κάτι που ανοίγει τη συζήτηση γύρω από την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης δυσκολιών, η οποία έχει αναφερθεί στην έρευνα του Alpert (2009), ο οποίος αναφέρεται στις δεξιότητες άρνησης, στην έρευνα των Epstein και συν. (2000), όπου γίνεται λόγος για πρόγραμμα ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων και στην έρευνα των Carlson και συν. (2003), όπου τονίζεται ότι η χρήση γνωστικών συμπεριφορικών ικανοτήτων προωθούν την επιτυχία μιας παρέμβασης διακοπής καπνίσματος, 5) εικόνα ως καπνιστών και σκέψεις γύρω από αυτή

και μετατόπιση του βάρους από τη θεώρηση ότι το τσιγάρο είναι κομμάτι της ταυτότητας και του “ποιος είμαι”, στη θεώρηση ότι το τσιγάρο είναι μια επιθυμία που κανείς απλώς έχει κάποιες φορές, κάτι που αφορά την αυτοεικόνα, η οποία αναφέρεται σε αρκετές έρευνες, όπως αυτή των Musich και συν. (2009), που αναφέρουν ότι οι αρνητικές σκέψεις για το κάπνισμα (π.χ. «μήπως μυρίζω τσιγάρο;») συσχετίζονται θετικά με την πρόθεση για διακοπή και η έρευνα των Μπενέτου και συν. (2008), που αναφέρει ότι η θετική άποψη, που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του, επιδρά στην ψυχική του υγεία, κάνοντας σαφή αναφορά στον αντίστοιχο ρόλο της άσκησης. β) Αλλαγές στα συναισθήματα, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Musich και συν. (2009), που καταλήγει ότι τα συναισθήματα, περισσότερο από τις συμπεριφορές, σχετίζονται με την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος, καθώς και με την έρευνα των Shahab και West (2009) που αναφέρει ότι μετά τη διακοπή καπνίσματος παρατηρείται μια θετική συναισθηματική αλλαγή, που μπορεί να εξηγηθεί από παράγοντες όπως η αυτοϊκανοποίηση και η αυτοδικαίωση, αφού υπάρχει το ενδεχόμενο βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Οι αλλαγές, που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες, περιλαμβάνουν: 1) αίσθηση ότι μπορούν να τα καταφέρουν με αποτελεσματικότητα (McCarthy et al., 2010; Prochaska, 1996; Prochaska et al. 1991; Van Osch et al., 2008; Van’T Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990), 2) αυξημένη αυτοπεποίθηση και ικανοποίηση από την επίτευξη των στόχων (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 3) αίσθηση πως απέκτησαν έλεγχο πάνω στο τσιγάρο (Curry et al., 1997), αλλά και γενικότερα στη ζωή τους, κάτι που αναδεικνύει τη συμβολή του προγράμματος στη γενική αλλαγή στον τρόπο ζωής και αντίληψης των πραγμάτων, δεδομένου ότι ο αυτοέλεγχος αποτελεί κομμάτι της συναισθηματικής νοημοσύνης (Goleman, 1998) – άλλωστε και στην έρευνα των Van Osch και συν. (2008) η αυτορρύθμιση παίζει μεγάλο ρόλο στην προσπάθεια ενός ατόμου να κρατηθεί μακριά από το τσιγάρο, 4) συναίσθημα ελευθερίας και ανεξαρτησίας με πίστη ότι μπορούν να στηριχθούν στις δυνάμεις τους, όπως έδειξε και η έρευνα των Manfredi και συν. (2007), που κατέληξε ότι η αυτοπεποίθηση μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες καπνίστριες σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής, κάτι που επίσης σηματοδοτεί συμβολή του προγράμματος σε ζητήματα αυτοαποτελεσματικότητας και ανάπτυξης προσωπικών δεξιοτήτων (Epstein et al., 2000), 5) συναίσθημα χαράς, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Shahab και West (2009), η οποία έδειξε ότι μετά τη διακοπή καπνίσματος τα άτομα αισθάνονται πιο χαρούμενα από ό,τι την περίοδο που κάπνιζαν, 6) αισιοδοξία για τη ζωή γενικότερα, κάτι που επίσης σχετίζεται με θετικά συναισθήματα, ενισχυμένη εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση (McCarthy et al., 2010), 7) περισσότερη ζωντάνια, η οποία συνδέεται με αλλαγή στο σώμα (Everson-Hock et al., 2010), 8) ανακούφιση, ηρεμία και χαλάρωση,

κάτι που μπορεί να σχετιστεί με τη διαχείριση άγχους (McCarthy et al., 2010). γ) Αλλαγές στη συμπεριφορά και στις συνήθειες, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Everson-Hocke και συν. (2010), όπου γίνεται λόγος για την αλλαγή του τρόπου ζωής που μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της ενσωμάτωσης της άσκησης σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Οι συμπεριφορικές αλλαγές που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες αφορούν τα ακόλουθα: 1) έλεγχος του καπνίσματος με συγκεκριμένες πρακτικές και συμπεριφορές (Butler, 2001; Kovac et al., 2009), 2) αύξηση της άσκησης και ενσωμάτωσή της στην καθημερινή ζωή, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Μπενέτου και συν. (2008), που τονίζει πόσο σημαντικό κομμάτι στην καθημερινότητα ενός ατόμου είναι η άσκηση, 3) μεγαλύτερη δραστηριοποίηση εναλλακτικά του τσιγάρου (Alpert, 2009; Davis et al., 1994), 4) περισσότερη ενασχόληση με την οικογένεια, 5) αύξηση εξόδων με φίλους (Clarke & Aish, 2002; Nichter et al., 2010), κάτι που δείχνει ότι το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ενίσχυσε την κοινωνικότητα των συμμετεχόντων, η καλλιέργεια της οποίας αποτελεί κομμάτι της ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης και της προσωπικής ανάπτυξης, ζητήματα, που σύμφωνα με τους Epstein και συν. (2000), πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε τέτοια προγράμματα, 6) μείωση καφέδων και γενικά αλλαγή καθημερινών συνηθειών συνδυασμένων με το κάπνισμα. Όπως υποστήριξαν και οι Θεοδωράκης και Παπαϊωάννου (2002) η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή των αρνητικών συμπεριφορών. δ) Σωματικές αλλαγές, κυρίως συνδεδεμένες με τη διακοπή του καπνίσματος, όπως αίσθηση μικρότερου βάρους, μεγαλύτερη αντοχή, καλύτερη αίσθηση στο στόμα, υποχώρηση του βήχα, καλύτερη αίσθηση σώματος (διευκρινίζοντας κάποιιοι ότι αυτό οφείλονταν όχι μόνο στη διακοπή του τσιγάρου, αλλά και στην αύξηση της άσκησης) (Digelidis et al., 2007; Taylor et al., 2007), βελτίωση στον ύπνο, περισσότερη ηρεμία και χαλαρότητα, μεγαλύτερη αίσθηση καθαριότητας, αίσθηση νεότητας, βελτίωση στην αναπνοή, υποχώρηση νευρικότητας και αρρυθμιών.

Όπως προκύπτει, αρκετά από αυτά, που αναφέρθηκαν ως αλλαγές παρατηρούμενες από τα ίδια τα άτομα μετά το πρόγραμμα, ταυτίζονται με εκείνα που αναφέρθηκαν ως βοηθητικά στη διακοπή καπνίσματος και ως οφέλη του προγράμματος, αλλά επίσης και με όσα το εν λόγω πρόγραμμα είχε συμπεριλάβει στο σχεδιασμό του προκειμένου να επιτύχει τους στόχους που έθετε. Αυτό επιτρέπει την υπόθεση ότι οι αλλαγές μπορούν να αποδοθούν στη συμμετοχή στο πρόγραμμα, κάτι που υποδεικνύει αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, αξίζει να σημειωθεί ότι και το θέμα των προσδοκιών συνηγορεί προς αυτή την κατεύθυνση, αφού ως προσδοκίες των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης, πέρα από τη διακοπή του

καπνίσματος και τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων, αναφέρθηκαν τομείς, οι οποίοι είχαν ενσωματωθεί στο σχεδιασμό της παρέμβασης και αποτελούσαν στόχο αλλαγής από το πρόγραμμα, όπως η απόκτηση ελέγχου, η απόκτηση πληροφοριών και γνώσεων, η απόκτηση υποστήριξης και βοήθειας, η σωματική βελτίωση, η αντοχή, η υγεία και η ανανέωση του οργανισμού, η επιρροή των σημαντικών άλλων. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος διακοπής καπνίσματος αναδεικνύεται από το ποσοστό των ατόμων που διέκοψαν το κάπνισμα: το 60% των συμμετεχόντων (American Heart Association, 2011) ενώ το υπόλοιπο 40% πέτυχε σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων). Παρότι διαφέρουν οι αναφορές των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης ως προς τους στόχους, που έθεσαν σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος και ως προς τις ανάλογες προσδοκίες (το 13.3% είχε ως στόχο τη διακοπή του καπνίσματος και το 86.7% είχε ως στόχο τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων, ενώ το 50% δήλωσε ότι προσδοκούσε διακοπή του καπνίσματος και το 26.7% μείωσή του), τα αποτελέσματα σε επίπεδο διακοπής και μείωσης του καπνίσματος σηματοδοτούν μια αρκετά υψηλή αποτελεσματικότητα του εν λόγω προγράμματος, δεδομένου ότι στόχος του ήταν η διακοπή καπνίσματος πρωτίστως και δευτερευόντως η μείωσή του, με αλλαγές συνολικά του τρόπου ζωής και βελτίωση της ποιότητας καθημερινής διαβίωσης, με τη βοήθεια της άσκησης, της διατροφής και γενικά της ανάπτυξης χρήσιμων δεξιοτήτων, που μπορούν να συμβάλουν στη διατήρηση της αλλαγής και την πρόληψη της υποτροπής.

Για την ομάδα παρέμβασης, αναφορικά με την άποψη και τη στάση των ατόμων απέναντι στο κάπνισμα πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, ο χαρακτηρισμός, που υπερίσχυε, ήταν «άσχημη συνήθεια» και «ευχαρίστηση». Ακολουθούσαν οι χαρακτηρισμοί «εθισμός», «επικίνδυνο», «παρέα και συντροφιά», «λάθος», «βοήθημα στη διαχείριση του άγχους», «τρόπος χαλάρωσης» και τέλος κάποιιοι διατύπωσαν την άποψη ότι είναι κάτι που δεν τους αρέσει. Η άποψη, που κυριαρχεί, είναι ότι το τσιγάρο είναι κάτι κακό (άσχημη συνήθεια) και κάτι που δίνει ευχαρίστηση, αναδεικνύοντας έτσι την αμφιθυμία, που ενδεχομένως να δημιουργεί η καπνιστική συνήθεια, μιας και προκαλεί τόσο αντιφατικές στάσεις, ακόμη και στο ίδιο άτομο την ίδια στιγμή. Αυτή την αμφιθυμία λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη η παρακινητική συνέντευξη, που χρησιμοποιείται στο εν λόγω πρόγραμμα, και την έχει στο προσκήνιο σε όλη τη διαδικασία αλλαγής της καπνιστικής συνήθειας. Κάνοντας σύγκριση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη-στάση των συμμετεχόντων για το τσιγάρο πριν και μετά την παρέμβαση, προκύπτει ότι μετά την παρέμβαση το ποσοστό εκείνων, που το χαρακτήριζαν ως κακιά συνήθεια, διπλασιάζεται, φτάνοντας το 50%, ενώ την ίδια στιγμή μειώνεται αισθητά το ποσοστό όσων το χαρακτήριζαν ευχαρίστηση. Αυτό

επιτρέπει την υπόθεση ότι το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, πέτυχε το στόχο, που είχε, αφενός σε σχέση με την επίλυση, ως ένα βαθμό, της αμφιθυμίας, γύρω από το τσιγάρο και αφετέρου σε σχέση με τη μετατόπιση του βάρους από τα θετικά, που μπορεί να αποκομίσει κάποιος από το τσιγάρο (όπως η ευχαρίστηση), στα αρνητικά που προκύπτουν ως συνέπεια της καπνιστικής συνήθειας, αφού, όπως αναφέρουν οι Norman και συν. (1998), για την αλλαγή της καπνιστικής συμπεριφοράς, είναι σημαντικό τα αρνητικά του καπνίσματος να γίνουν πιο σημαντικά από τα θετικά. Το τσιγάρο συνδέεται με την ευχαρίστηση στις έρευνες των Alpert (2009), Ashton και συν. (1973), Curry και συν. (1998) και Schaufler και συν. (2001). Στη συγκεκριμένη ερώτηση βλέπουμε, επίσης, ότι παίζει έναν σημαντικό ρόλο η άποψη ότι το τσιγάρο είναι επικίνδυνο για την υγεία και μάλιστα το ποσοστό όσων το χαρακτήριζαν επικίνδυνο για την υγεία και υπεύθυνο για προβλήματα υγείας αυξάνεται μετά την παρέμβαση (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013). Επίσης, και σε αυτό το σημείο γίνεται μια αναφορά για το ρόλο του τσιγάρου στη διαχείριση του άγχους (Aubin et al., 2010; Grahani et al., 2008; Hughes, 2009; Nosen & Woody, 2009; Zhu et al., 1996a). Και από την ομάδα ελέγχου αναφέρθηκαν οι ίδιοι χαρακτηρισμοί για το κάπνισμα: ότι αποτελεί μια κακή συνήθεια και κάτι επικίνδυνο για την υγεία.

Στην ερώτηση αναφορικά με τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των ατόμων της ομάδας παρέμβασης για το πώς βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον το 83% ανέφερε «ως μη καπνιστή», κάτι που θα μπορούσε, ως ένα βαθμό, να αποδοθεί στη συμβολή του προγράμματος στη δημιουργία της αυτοεικόνας τους και της ταυτότητάς τους ως μη καπνιστών. Στην ίδια ερώτηση τα άτομα της ομάδας ελέγχου απάντησαν «μη καπνιστή» σε ποσοστό 64.3%. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 30% όσων ανέφεραν ότι έβλεπαν τον εαυτό τους στο μέλλον ως καπνιστή, επικεντρώνονταν σε λόγους, που είχαν να κάνουν με την επίδραση του περιβάλλοντος. Για παράδειγμα ανέφεραν: «Θα το έκοβα μόνο σε περίπτωση που σταματούσαν να καπνίζουν όλοι οι φίλοι μου», «Θα είμαι καπνίστρια αφού δεν μπορεί να με βοηθήσει το περιβάλλον», «Θα καπνίζω όσο καπνίζουν οι γύρω μου». Οι περισσότεροι έβλεπαν τη δική τους διακοπή συνυφασμένη με τη διακοπή των φίλων ή των συγγενών. Το υπόλοιπο 70% αντιμετώπιζε τη διακοπή ως προσωπικό θέμα και πίστευε ότι θα παρέμενε καπνιστής λόγω της προσωπικής του δυσκολίας, όσον αφορά τη διακοπή.

Όσον αφορά την ομάδα παρέμβασης, στην ερώτηση αναφορικά με τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των ατόμων για το πώς βλέπουν την επίδραση του περιβάλλοντος στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα, το 63% ανέφερε ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκανε και θα είναι βοηθητικό, ενώ το 37% ανέφερε

ότι το περιβάλλον δε θα είναι βοηθητικό, κυρίως λόγω του ότι οι περισσότεροι φίλοι και συγγενείς καπνίζουν, κάτι που ενισχύει ό,τι προαναφέρθηκε σχετικά με την αναγκαιότητα να λάβει υπόψη το πρόγραμμα πιο συστηματικά ζητήματα που αφορούν την ενημέρωση του περίγυρου. Παρομοίως, οι έρευνες των Carlson και συν. (2003), Christakis και Fowler (2008), Clarke και Aish (2002), Hyland και συν. (2009), Θεοδωράκης και συν. (2005), Lawhon και συν. (2009), Manfredi και συν. (2007), Nichter και συν. (2010) και Zhou και συν. (2009), καταδεικνύουν το ρόλο που παίζει το περιβάλλον. Όσον αφορά την ομάδα ελέγχου, όλα τα άτομα επικεντρώθηκαν στο πώς επηρεάζει αρνητικά το περιβάλλον, κυρίως λόγω του ότι φίλοι και οικογένεια τούς επηρεάζουν να καπνίζουν και δεν τους στηρίζουν ψυχολογικά, ώστε να πετύχουν τη διακοπή. Δεν αναφέρθηκε καθόλου το πώς θα μπορούσε το περιβάλλον να επιδράσει θετικά (παρέες μη καπνιστών ως πρότυπα ή επηρεασμός από φίλους που δεν καπνίζουν).

Ως προς τη γενικότερη εντύπωση για το πρόγραμμα, η οποία αποτέλεσε ευκαιρία για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να προσθέσουν ό,τι μπορεί να θεωρούσαν σημαντικό να επισημανθεί, είτε ως πρόταση βελτίωσης είτε ως πρόταση αλλαγής είτε ως σκέψη και αναστοχασμό, αναφέρθηκαν τα ακόλουθα: α) Προτάσεις βελτίωσης του προγράμματος: 1) ύπαρξη ορίων και περιοριστικών κανόνων, όπως αποκλεισμός από το πρόγραμμα σε περίπτωση αποτυχίας της διακοπής μέχρι την τέταρτη συνάντηση, με στόχο να ενισχυθεί και να παρακινηθεί η έγκαιρη λήψη απόφασης για διακοπή και 2) ύπαρξη κάποιας προετοιμασίας των ατόμων για το πώς τα ίδια να κάνουν μελλοντικά παρέμβαση στην κρίση. Αυτή η πρόταση μοιάζει να συμφωνεί με την υπόθεση, που προαναφέρθηκε, ότι ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, που στοχεύει γενικότερα σε αλλαγές στον τρόπο ζωής, καλό θα ήταν να εστιάζει και στην ανάπτυξη και ενίσχυση δεξιοτήτων, που μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμα εφόδια όχι μόνο για την επίτευξη των αλλαγών, αλλά και για τη διατήρησή τους στο χρόνο και την περαιτέρω καλλιέργειά τους. Τέτοιες δεξιότητες κατατάσσονται στη συναισθηματική νοημοσύνη. β) Προϋποθέσεις για τα άτομα πριν την εμπλοκή τους σε διαδικασία διακοπής καπνίσματος: 1) ύπαρξη ειλημμένης σχετικής απόφασης, κάτι που παραπέμπει σε ακριβή διάγνωση, ως μέρος της διαδικασίας του προγράμματος, του σταδίου ετοιμότητας και 2) πίστη στον εαυτό. γ) Τρόπος που το εν λόγω πρόγραμμα λειτούργησε, έδρασε και επηρέασε το κάθε άτομο, τι πρόσφερε, δηλαδή, ιδιαίτερα και εξατομικευμένα στο κάθε άτομο: 1) αλλαγή του τρόπου σκέψης απέναντι στο τσιγάρο, 2) αλλαγή σε ζητήματα ελέγχου και αντίστασης, 3) εμπλουτισμός των γνώσεων και εφαρμογή στην πράξη αυτών των γνώσεων, 4) γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής, κατάκτηση τρόπων διαχείρισης προβλημάτων και επικοινωνίας με άλλους (προσωπικές

δεξιότητες, προσωπική ανάπτυξη και συναισθηματική νοημοσύνη), 5) παροχή στόχων και απόδειξη του πόσο είναι βοηθητικό να δουλεύει κανείς με στόχους, 6) κάλυψη βασικών ανθρώπινων αναγκών, όπως γνώση, ενημέρωση, κινητοποίηση, υποστήριξη, επίλυση καθημερινών δυσκολιών, 7) αντιμετώπιση αδυναμιών, 8) ασφάλεια και φροντίδα σε συνεχόμενη βάση. δ) Γενικά σχόλια για το πρόγραμμα: 1) πολύ βοηθητικό πρόγραμμα σε επίπεδο παροχής ιδεών και λύσεων, ψυχολογικής υποστήριξης και επίτευξης στόχων (αυτά τα ζητήματα αποτελούσαν τους στόχους του προγράμματος), 2) ολοκληρωμένη παρέμβαση, πλήρες πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς, όπως κάπνισμα, άσκηση και διατροφή (φαίνεται οι στόχοι του προγράμματος σε κάποιο βαθμό να συνάντησαν και να ικανοποίησαν τις ανάγκες των ατόμων), 3) ευέλικτο πρόγραμμα και εξατομικευμένη παρέμβαση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ατόμου, 4) υψηλή επιστημονική κατάρτιση των συμβούλων. Από τις αναφορές των συμμετεχόντων προκύπτει η ικανοποίησή τους από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στους ίδιους τομείς, που αφενός ανέφεραν ότι αποτέλεσαν βοηθήματα για τη διακοπή του καπνίσματος και κέρδος από τη συμμετοχή τους σε αυτό και που αφετέρου το πρόγραμμα είχε ενσωματώσει στο σχεδιασμό και τη διαδικασία του.

Ως προς τις προτάσεις των ατόμων της ομάδας παρέμβασης, που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, οι οποίες δόθηκαν ως απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με το τι θα ήθελε το άτομο να πει ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει, αναφέρθηκαν τα εξής: α) η διακοπή καπνίσματος είναι κάτι εφικτό και ρεαλιστικό, β) η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, γ) χρειάζεται να καταβληθεί προσπάθεια, δ) οι εναλλακτικές λύσεις και τεχνικές είναι πολύ χρήσιμες, ε) χρειάζεται πίστη στον εαυτό, στ) η γενικότερη αλλαγή στη ζωή και η βελτίωση είναι απαραίτητη, ζ) αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα επίπεδα, η) η οργανωμένη προσπάθεια είναι σημαντική, θ) ο κατάλληλος τρόπος διακοπής είναι «μαχαίρι», ι) η αναζήτηση νέας απόλαυσης στη θέση του τσιγάρου είναι απαραίτητη, κ) προϋπόθεση για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί το να μην έχει κανείς πακέτο μαζί του. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία των προτάσεων που οι συμμετέχοντες θα έδιναν ως συμβουλή σε άλλους καπνιστές, αφορούν ζητήματα, που ήδη αναφέρθηκαν ως βοηθητικά στοιχεία του προγράμματος. Στην ερώτηση σχετικά με το τι θα ήθελαν να πουν τα άτομα της ομάδας ελέγχου ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει, το 32% ανέφερε ότι αυτό, που θα ήθελε να δώσει ως συμβουλή, ήταν η προτροπή για αναζήτηση βοήθειας, γιατί θεωρούσε τη διακοπή κάτι αρκετά δύσκολο και κάτι για το οποίο χρειάζεται οργανωμένη βοήθεια και στήριξη προκειμένου να αποβεί

επιτυχημένη η προσπάθεια. Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 19%, θα ήθελε να πει στους υπόλοιπους καπνιστές, που επιθυμούν να το διακόψουν, ότι χρειάζεται κόπο, προσπάθεια και θυσίες, προσπαθώντας έτσι να τους προετοιμάσει για τις δυσκολίες, που έχει η διαδικασία της διακοπής, αλλά και να τους προστατεύσει από συναισθήματα απογοήτευσης, που ίσως εμφανιστούν με τις πρώτες δυσκολίες ή σε περίπτωση μη επίτευξης των στόχων τους. Επίσης, άλλα ζητήματα, που αναφέρθηκαν ως συμβουλή ή παρακίνηση, αφορούσαν τον προβληματισμό γύρω από το κακό που κάνει το κάπνισμα στην υγεία, την προσωπική θέληση και την προσωπική προσπάθεια, την ειλημμένη απόφαση πριν την έναρξη της προσπάθειας, την αξία της προσπάθειας καθεαυτής, την υποστήριξη του περιβάλλοντος, την εσωτερική δύναμη, την οργανωμένη προσπάθεια, τον έλεγχο, που δεν μπορεί να θεωρηθεί κατακτημένος και τέλος κάποιοι αρκέστηκαν να παρακινήσουν με δηλώσεις ενθάρρυνσης και προτροπής.

Βασικά σημεία του προγράμματος

Από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ως γενικότερο συμπέρασμα ότι η οργανωμένη ψυχολογική τους υποστήριξη και γενικά όλη η διαδικασία της εξατομικευμένης συμβουλευτικής, ήταν ιδιαίτερα βοηθητικός παράγοντας, τόσο στην προσπάθειά τους να αλλάξουν την καπνιστική τους συνήθεια, όσο και στην προσπάθεια αλλαγής και βελτίωσης του τρόπου ζωής τους και της υιοθέτησης και ενσωμάτωσης συμπεριφορών υγείας στην καθημερινότητά τους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης και τα άτομα της ομάδας ελέγχου ανέφεραν ως εμπόδια σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, την έλλειψη ενθάρρυνσης και ψυχολογικής υποστήριξης. Επίσης, στην αξιολόγηση του προγράμματος, αναφέρθηκε ότι ήταν ιδιαίτερα βοηθητική η επικοινωνία που αναπτύχθηκε με τον σύμβουλο, στο πλαίσιο της οποίας συζητήθηκαν και έγιναν αντικείμενο επεξεργασίας με τρόπο συνεργατικό και εξατομικευμένο ποικίλα ζητήματα που αφορούσαν την υγεία, το σώμα, την άσκηση, τη διατροφή, τις καθημερινές συνήθειες, αυτά που το κάθε άτομο ήθελε να αλλάξει ή να διατηρήσει. Τονίστηκαν ως δυνατά σημεία του προγράμματος, η συνεργασία με τον ειδικό (σύμβουλο), το συνολικό του ενδιαφέρον για τον συμμετέχοντα και η κατανόηση, το μοίρασμα, η συμπαράσταση και η υποστήριξη που παρείχε, η ευελιξία / προσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες του κάθε ατόμου, η συνέπεια και η σταθερότητα του προγράμματος και του ειδικού. Η ασφάλεια και η φροντίδα που πρόσφερε σε σταθερή και συνεχόμενη βάση το πρόγραμμα, η ψυχολογική υποστήριξη και οι εξατομικευμένες του

παρεμβάσεις, ήταν οι παράγοντες που διαμόρφωσαν τη γενική εντύπωση των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα. Τέλος, οι συμμετέχοντες συμβουλεύουν τους άλλους καπνιστές, ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, ότι είναι σημαντική η οργανωμένη προσπάθεια και ότι η αναζήτηση οργανωμένης βοήθειας και στήριξης είναι απαραίτητη. Τα παραπάνω έρχονται σε συμφωνία με έρευνες, οι οποίες τονίζουν το ρόλο που μπορεί να παίξει ένας ειδικός στη διακοπή του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, οι Zhou και συν. (2009), ανέφεραν ως πρόβλημα και λόγο υποτροπής του καπνίσματος την έλλειψη βοήθειας, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) ανέφεραν ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται εκτεταμένη προσπάθεια να οργανωθούν προγράμματα διακοπής καπνίσματος που να εμπεριέχουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, οι Theodorakis και συν. (2014) κατέληξαν μεταξύ άλλων ότι είναι σημαντική η προσθήκη προσεγγίσεων που περιλαμβάνουν ψυχολογικές τεχνικές στήριξης και συναισθηματική υποστήριξη σε προγράμματα που αφορούν καπνιστές και χρήστες αλκοόλ, οι Singleton και Pope (2000) ανέφεραν ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος συνδέεται με τη συναισθηματική κάλυψη και ότι οι ειδικοί μπορούν να βοηθήσουν στη διακοπή καπνίσματος, οι Manfredi και συν. (2007) ανέφεραν στη μελέτη τους για γυναίκες καπνίστριες ότι, μεταξύ άλλων, τα οργανωμένα πλάνα μπορούν να οδηγήσουν σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής, ενώ στην έρευνα των McCarthy και συν. (2010), φάνηκε ότι η συμβουλευτική υποστήριξη μείωσε τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι συμμετέχοντες εκτίμησαν ως ιδιαίτερα σημαντικές τις διαδικασίες προσωπικής ανάπτυξης και την εκπαίδευση σε δεξιότητες, θεωρώντας πως μπορούν να βοηθήσουν στην κατεύθυνση της αλλαγής συνηθειών και καθιέρωσης υγιεινών συμπεριφορών, καθώς και της οργάνωσης ενός τρόπου ζωής ποιοτικά αναβαθμισμένου. Συγκεκριμένα, ανέφεραν ότι βοηθήθηκαν σε ζητήματα απόκτησης γνώσεων, προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης μέσω των δραστηριοτήτων, των ασκήσεων και των εργαλείων που αξιοποιούνταν σε κάθε συνεδρία. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τον Alpert (2009), ο οποίος ανέφερε ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης πρέπει να περιλαμβάνει γνωστικές πληροφορίες και εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης, με τους Epstein και συν. (2000), οι οποίοι αναφέρθηκαν στη συνεισφορά που μπορεί να έχει για τη διακοπή καπνίσματος ένα πρόγραμμα ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων και με τους Carlson και συν. (2003), που τόνισαν ότι η χρήση γνωστικών συμπεριφορικών ικανοτήτων συμβάλλει στην επιτυχία μιας παρέμβασης διακοπής καπνίσματος. Οι συμμετέχοντες τόνισαν πως βοηθήθηκαν σημαντικά από τις τεχνικές αντίστασης στην επιθυμία και τον πειρασμό, οι οποίες αποκτήθηκαν στο πρόγραμμα (Alpert, 2009). Οι Velicer και συν. (1990), οι Van

Osch και συν. (2008) και οι Van'T Riet και συν. (2008) συσχέτισαν την αντίσταση στο κάπνισμα και τους πειρασμούς και κατά επέκταση την επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής και την αποφυγή υποτροπών με την αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία αποτέλεσε βασικό κομμάτι της παρούσας έρευνας. Σχετικές είναι και οι αναφορές των συμμετεχόντων ότι ένα από τα κέρδη που αποκόμισαν με τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, ήταν η αλλαγή στη στάση τους -άλλωστε οι Konac και συν. (2009) τονίζουν το ρόλο που παίζουν οι στάσεις των ατόμων για κάπνισμα στην πρόθεση να το διακόψουν- και συγκεκριμένα η αύξηση της αυτοπεποίθησης και της πίστης στον εαυτό, η κινητοποίηση, παρακίνηση και ευαισθητοποίηση σε σχέση με το θέμα της διακοπής και η αύξηση της πεποίθησής τους ότι μπορούν να τα καταφέρουν, ζητήματα που τόνισαν στην έρευνά τους οι Jardin και συν. (2012), οι οποίοι ανέδειξαν την αυτοαποτελεσματικότητα και την παρακίνηση ως κομβικούς παράγοντες για τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, οι Heckman και συν. (2010) που με τη μελέτη τους ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα της κινητοποιητικής συνέντευξης, βασικά στοιχεία της οποίας αποτελούν η αυτοαποτελεσματικότητα και η παρακίνηση και, τέλος, οι Nicita-Mauro και συν. (2010), οι οποίοι εστίασαν στα κίνητρα του καπνιστή.

Επίσης, ως ιδιαίτερα βοηθητικό στοιχείο του προγράμματος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους και του στρες, δεδομένου ότι το άγχος και το στρες αναφέρθηκαν ως λόγοι καπνίσματος, ως λόγοι συνέχισης του καπνίσματος μετά από προσπάθεια διακοπής, ως εμπόδια στη διακοπή του καπνίσματος και συνδέονταν άμεσα με την ανάγκη για κάπνισμα. Αρκετές έρευνες επικεντρώθηκαν στον τομέα του άγχους και του στρες: οι Nosen και Woody (2009) ανέφεραν τον σημαντικό ρόλο του άγχους και του στρες ως προς την ενίσχυση της καπνιστικής συμπεριφοράς, οι Curry και συν. (1998) και Grahani και συν. (2008) και Landers (1994) ανέφεραν ότι η ανακούφιση από το άγχος αποτελεί κίνητρο για κάπνισμα, οι Aubin και συν. (2010) και Hughes (2009) συνέδεσαν το άγχος με τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος και τέλος, οι Zhu και συν. (1996a) ανέφεραν ότι παρεμβατικά προγράμματα που στόχευαν στον περιορισμό του στρες αποδείχθηκαν επιτυχημένα. Επίσης, ως κέρδος από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα τα άτομα ανέφεραν αλλαγές σε επίπεδο α) σκέψεων, κάτι που συμφωνεί με τους Nosen και Woody (2009), που ανέφεραν πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν οι σκέψεις στη διακοπή καπνίσματος, β) συναισθημάτων, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Musich και συν. (2009), που ανέφερε ότι τα συναισθήματα σχετίζονται με την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος και με την έρευνα των Shahab και West (2009), που αναφέρονταν στην ύπαρξη θετικής συναισθηματικής αλλαγής μετά τη διακοπή καπνίσματος, η οποία μπορεί να εξηγηθεί από παράγοντες όπως η αυτοϊκανοποίηση και η αυτοδικαίωση, αφού υπάρχει το

ενδεχόμενο βελτίωσης της ποιότητας ζωής και γ) συμπεριφοράς και συνηθειών (όπως αύξηση φυσικής δραστηριότητας και μεγαλύτερη κοινωνικότητα), κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Everson-Hocke και συν. (2010), που ανέφερε ότι μπορεί να υπάρξει αλλαγή του τρόπου ζωής μέσω της ενσωμάτωσης της άσκησης σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, καθώς και με την έρευνα των Epstein και συν. (2000), όπου αναφέρονταν ότι είναι καλό να λαμβάνονται υπόψη σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης. Έτσι, λοιπόν, η παρούσα παρέμβαση στόχευε στην υποστήριξη σε τομείς όπως η ενδυνάμωση και η απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, η επίλυση προβλημάτων, η αντιμετώπιση του στρες με κατάλληλες τεχνικές, η αύξηση αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθησης, κάτι που τονίζουν οι Jardín και συν. (2012), η τόνωση στοιχείων της συναισθηματικής νοημοσύνης (αυτορρύθμιση και αυτοέλεγχος, αυτοπαρακίνηση, αυτογνωσία, σχέσεις με τους άλλους), με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε εκείνους τους τομείς που, σύμφωνα με τους Θεοδωράκη και συν. (2005), επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, όπως η παρακίνηση, η αυτοαποτελεσματικότητα και η υποστηρικτικές σχέσεις και με την ενσωμάτωση συμβουλευτικής και ψυχολογικών τεχνικών υποστήριξης, όπως τόνισαν οι Theodorakis και συν. (2014). Άλλωστε, στις δηλώσεις τους αναφορικά με τη γενική εντύπωση για το πρόγραμμα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αυτό που κυρίως το πρόγραμμα τους πρόσφερε ήταν αλλαγή στον τρόπο σκέψης, αλλαγή σε ζητήματα ελέγχου και αντίστασης, κατάκτηση τρόπων διαχείρισης προβλημάτων και επικοινωνίας με άλλους.

Αναφορικά με την άσκηση, η οποία αποτέλεσε ένα βασικό κομμάτι της διαδικασίας της συμβουλευτικής και της οποίας η αύξηση και ενσωμάτωση στην καθημερινότητα αποτέλεσε βασικό στόχο της παρούσας έρευνας, όλοι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης δήλωσαν ότι τους βοήθησε με διάφορους τρόπους στη συνολική προσπάθειά τους για αλλαγή τρόπου ζωής και φυσικά και στην προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος. Παρόμοια ευρήματα προκύπτουν και από άλλες έρευνες, παλαιότερες και πρόσφατες. Οι Θεοδωράκης και συν. (2005) και Theodorakis και συν. (2014) στις έρευνές τους αναφέρουν ότι η άσκηση συνδυασμένη με συμβουλευτική μπορεί να είναι βοηθητική στη διακοπή του καπνίσματος. Οι Boudreaux και συν. (2003), Hassandra και συν. (2012), Hassandra και συν. (2013), Hill και συν. (1981), Godin (1989), Jung και συν. (2010), Μπεμπέτσος και συν. (2000), Marcus και συν. (2005) και Prapavessis και συν. (2007) καταλήγουν στις έρευνές τους ότι η άσκηση βοηθάει τα άτομα να διακόψουν ή να μειώσουν το κάπνισμα. Οι Taylor και συν. (2010) και Everson-Hock και συν. (2010) αναφέρουν ότι η άσκηση αποτέλεσε σημαντικό βοήθημα στη διακοπή ή μείωση του καπνίσματος. Τα

δεδομένα των ερευνών των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005), Marti και συν. (1988), Salonen και συν. (1988) και Tuomilehto και συν. (1987) τονίζουν την αρνητική σχέση της άσκησης με το κάπνισμα, η έρευνα του Θεοδωράκη (2010) αναδεικνύει τη σημασία, που έχει για τον περιορισμό του καπνίσματος, ένας τρόπος ζωής, που ενσωματώνει τον αθλητισμό και οι έρευνες των Raavola και συν. (2001) και Μπεμπέτσος και συν. (1998), τονίζουν τη σχέση φυσικής δραστηριότητας και διακοπής καπνίσματος, αναφέροντας ότι όσο μεγαλύτερη η φυσική δραστηριότητα τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να έχει επιτυχή έκβαση μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, με τους τελευταίους να αναφέρουν ότι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας βοηθάει επίσης στη διατήρηση της αποχής από το τσιγάρο για ένα έτος.

Επίσης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την άσκηση ως υποβοηθητική στην προσπάθειά τους για υιοθέτηση πιο υγιεινών συμπεριφορών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής τους (Digelidis et al., 2007; Hassandra et al., 2012;). Και σε άλλες έρευνες η άσκηση, ως κομμάτι προγράμματος διακοπής καπνίσματος, φάνηκε να βοηθάει στην αλλαγή τρόπου ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Everson-Hocke et al., 2010; DeRuiter & Faulkner, 2006), στη βελτίωση της ψυχικής υγείας (Μπενέτου et al., 2008) και στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών (Marcus et al., 2003; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989; Theodorakis et al., 2002; Theodorakis et al., 2003; Theodorakis et al., 2005).

Τέλος, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στο γεγονός ότι η άσκηση λειτούργησε ως βοήθημα στη διαχείριση του άγχους, κάτι που έχει αναφερθεί και σε άλλες έρευνες (Abrams et al., 1987; Everson-Hock et al., 2010; De Ruiter & Faulkner, 2006; Faulkner & Taylor, 2005; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Marcus et al., 2003; Sorenson and Pechacek, 1987; Theodorakis, 2010), ως εναλλακτική δραστηριότητα, που αντικαθιστά το τσιγάρο, κάτι που αναφέρθηκε στην έρευνα των King και συν. (1996), ως βοήθημα (ειδικά το περπάτημα) στη μείωση της επιθυμίας για τσιγάρο, κάτι που συμφωνεί με τις έρευνες των Taylor & Katomeri (2007) και Taylor και συν. (2007), ως βοήθημα στη μείωση της αίσθησης εξάρτησης, όπως έδειξαν και οι μελέτες των Bock και συν. (1999), Kinnunen και συν. (2010) και Ussher και συν. (2001), ως βοήθημα στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων, κάτι που φάνηκε και στις μελέτες των Biddle και Mutrie, (2007), Doyne και συν. (1987), Faulkner και Taylor (2005), Kinnunen και συν. (2010), Lujic και συν. (2005) και Taylor & Katomeri (2007), Theodorakis (2010).

Στον Πίνακα 53 παρουσιάζονται συνοπτικά τα συμπεράσματα που αναφέρθηκαν αναφορικά με την άσκηση.

Πίνακας 53. Συνοπτικά συμπεράσματα για την άσκηση.

Συμπεράσματα για το ρόλο της άσκησης	Έρευνες με τις οποίες τα συμπεράσματα συμφωνούν
Η άσκηση βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος	Boudreaux et al., 2003; Everson-Hock et al., 2010; Godin 1989 ; Hassandra et al., 2012; Hassandra et al., 2013; Hill et al., 1981; Θεοδωράκης, 2010; Θεοδωράκης et al., 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Jung et al., 2010; Marcus et al., 2005; Marti et al., 1988; Μπεμπέτσος et al., 2000; Μπεμπέτσος et al., 1998; Paavola et al., 2001; Parsons et al., 2005; Prapavessis et al., 2007; Salonen et al., 1988; Taylor et al. 2010; Tuomilehto et al., 1987.
Η άσκηση συνετέλεσε στην αλλαγή τρόπου ζωής	Digelidis et al., 2007; Everson-Hocke, 2010; DeRuiter & Faulkner, 2006; Hassandra et al., 2012; Μπενέτου et al., 2008; Marcus et al., 2003; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989; Theodorakis et al., 2002; Theodorakis et al., 2003; Theodorakis et al., 2005.
Η άσκηση συνέβαλε στη διαχείριση του άγχους	Abrams et al., 1987; Everson-Hock et al., 2010; De Ruiter & Faulkner, 2006; Faulkner & Taylor, 2005; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Marcus et al., 2003; Sorenson and Pechacek, 1987; Theodorakis, 2010.
Η άσκηση αντικαθιστούσε το τσιγάρο	King et al., 1996; Taylor & Ussher, 2005.
Η άσκηση βοήθησε στη μείωση της επιθυμίας για τσιγάρο	Taylor & Katomeri, 2007; Taylor et al., 2007.
Η άσκηση βοήθησε στη μείωση της αίσθησης εξάρτησης από το τσιγάρο	Bock et al., 1999; Kinnunen et al., 2010; Ussher et al., 2001.
Η άσκηση βοήθησε στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων	Biddle & Mutrie, 2007; Doyne et al., 1987; Faulkner & Taylor, 2005; Kinnunen et al., 2010; Lujic et al., 2005; Taylor & Katomeri, 2007, Theodorakis, 2010.

Σχόλια καταγεγραμμένα στις αναφορές των συμβούλων

Στις αναφορές των συμβούλων, οι οποίες συμπληρώνονταν μετά από κάθε συνεδρία, καταγράφονταν σχόλια που ο σύμβουλος θεωρούσε σημαντικά. Μέρος αυτών των σχολίων αποτελούσαν οι παράμετροι, που κάθε φορά έμοιαζαν να είναι βοηθητικές, όπως προέκυπτε από τη συζήτηση κατά τη συνεδρία. Συνοψίζοντας αυτά τα σχόλια, προκύπτει ότι οι παράμετροι που βοήθησαν τους συμμετέχοντες στη διακοπή του καπνίσματος, ήταν οι ακόλουθες:

- Η οργάνωση καθημερινών φυσικών δραστηριοτήτων, κυρίως τρέξιμο ή γρήγορο περπάτημα, με ένα σχεδιασμό, που ακολουθούσε σταθερά βήματα και λάμβανε υπόψη του τις ιδιαιτερότητες του κάθε συμμετέχοντα: ανάγκες, διαθεσιμότητα, χρόνο, διάθεση, προηγούμενη εμπειρία, φυσική κατάσταση. Για όσους ασχολούνταν ήδη με την άσκηση, η οργάνωση των καθημερινών φυσικών δραστηριοτήτων (με το ειδικό έντυπο) τους βοήθησε να αυξήσουν τη συχνότητα και την ένταση της άσκησης και να κάνουν έναν πιο σταθερό σχεδιασμό. Κάποιοι από εκείνους που δεν ασχολούνταν με την άσκηση, τη χρησιμοποίησαν (π.χ. περπατούσαν αντί να μετακινηθούν με το αυτοκίνητο) ως εναλλακτική στο κάπνισμα δραστηριότητα και ως τρόπο να διαχειρίζονται το άγχος τους. Ένα από τα κίνητρα για αύξηση της κίνησης αποτέλεσε για την πλειοψηφία η χρήση του πεδόμετρου.
- Το δομημένο πρόγραμμα, το οποίο είχε συνέχεια και σταθερότητα ως προς τις συναντήσεις, ενθάρρυνε και συντηρούσε τη δέσμευση των συμμετεχόντων και ενίσχυε τη συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων που τους αφορούσαν και στη θέσπιση των εξατομικευμένων στόχων κάθε φορά. Έτσι οι συμμετέχοντες ένιωθαν υπεύθυνοι για αυτό που κάθε φορά καλούνταν να πετύχουν και δήλωναν ικανοποίηση που η οργάνωση των επόμενων βημάτων λάμβανε υπόψη τις προσωπικές τους ανάγκες και προσαρμόζονταν σε αυτές.
- Η παροχή πληροφόρησης γύρω από τη φύση του καπνού και τα προβλήματα, που μπορεί να προκαλέσει η χρήση του.
- Η συζήτηση, καθοδήγηση και πρόταση μιας ισορροπημένης καθημερινής διατροφής.
- Η συζήτηση και οργάνωση του τρόπου αλλαγής πολλών καθημερινών συνηθειών και συμπεριφορών (όχι μόνο σχετικών με το κάπνισμα) με στόχο την υιοθέτηση ενός υγιεινού και ισορροπημένου τρόπου ζωής. Αρκετοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αυτή η διαδικασία βοήθησε, ώστε να αισθάνονται περισσότερο δεσμευμένοι στο πρόγραμμα, προσλαμβάνοντας το ενδιαφέρον του συμβούλου ως πραγματικό και όχι αποκομμένο από τη συνολική προσωπικότητα και ζωή τους.
- Συγκεκριμένες τεχνικές και συμπεριφορές, που αντικαθιστούν το κάπνισμα ή μειώνουν την επιθυμία για αυτό, φάνηκε να είναι αποτελεσματικές για τους περισσότερους (χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της επιλογής «μιας βόλτας με τα πόδια αντί ενός τσιγάρου»).
- Η υποστήριξη και εμπύχωση των συμμετεχόντων σε επίπεδο συναισθηματικό και ψυχολογικό.

- Η διαδικασία θέσπισης εξατομικευμένων στόχων, που λειτουργούσε αφενός κινητοποιητικά στη συνέχιση της προσπάθειας για διακοπή του καπνίσματος και αφετέρου συνέβαλε στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοαποτελεσματικότητας των συμμετεχόντων.
- Ο έλεγχος και περιορισμός του άγχους, κυρίως με την άσκηση και την τεχνική των αναπνοών.

Καινοτομία του προγράμματος διακοπής καπνίσματος

Τα στοιχεία που καθιστούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος καινοτόμο είναι τα ακόλουθα: α) Ο κατάλληλος και προσαρμοσμένος στην ιδιαιτερότητα και ανάγκη του κάθε ατόμου συνδυασμός των στρατηγικών, μεθόδων και τεχνικών, που προκύπτουν από περισσότερες της μιας θεωρίες και αφορούν τη διακοπή καπνίσματος και τη γενικότερη αναβάθμιση της ποιότητας ζωής (διατροφή, συνήθειες, προσωπική ανάπτυξη), δομημένα σε μια διαδικασία συγκεκριμένων βημάτων και σταδίων με συχνές αξιολογήσεις. β) Η χρήση υλικού με ασκήσεις και τεχνικές, με θέματα προς συζήτηση και αναθέσεις για το σπίτι, με παράλληλη συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη σε ατομική βάση. γ) Η οργανωμένη άσκηση, η οποία αποτελούσε αντικείμενο συζήτησης, σχεδιασμού και αξιολόγησης στις εβδομαδιαίες συνεδρίες και αφορούσε τη θέσπιση και επίτευξη ανάλογων στόχων σε καθημερινή βάση, αφού είχε αξιολογηθεί αρχικά η φυσική κατάσταση του ατόμου (ημερήσιος αριθμός βημάτων και σε κάποιες περιπτώσεις έλεγχος λειτουργίας πνευμόνων με σπιρομέτρηση). Η κατάλληλη άσκηση φάνηκε να συμβάλει τόσο στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος όσο και στον έλεγχο των αρνητικών συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη διακοπή του, αλλά και στην οργάνωση και εδραίωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. δ) Οι τρόποι προσέλκυσης συμμετεχόντων αποτελούσαν επίσης καινοτόμα πρακτική γιατί αξιοποίησαν μια σειρά μέσων, που κατέστησαν δυνατή την προσέγγιση ατόμων από διαφορετικά πλαίσια. Τέτοιοι τρόποι προσέλκυσης ήταν τα ΜΜΕ (αγγελίες σε τοπικές εφημερίδες, καταχωρήσεις σε τοπικές εκδόσεις που αφορούν την υγεία), δημιουργία ειδικού φυλλαδίου, που παρουσίαζε το συγκεκριμένο πρόγραμμα και συνεργασία με το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και την πνευμονολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. ε) Τέλος, η μεθοδολογία και τα παραρτήματα έχουν δομηθεί με τρόπο ώστε οι σύμβουλοι, που πρόκειται να υλοποιήσουν το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, να διαθέτουν έναν οδηγό, ο οποίος τους παρέχει κατευθυντήριες

γραμμές όσο αφορά τον τρόπο διεξαγωγής της συμβουλευτικής και τη συνολική οργάνωση του προγράμματος.

Περιορισμοί της έρευνας

Ένας περιορισμός του προγράμματος είναι ο εξής: ενώ ο σχεδιασμός του προέβλεπε ότι σε κάθε συνεδρία μπορεί να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα σημεία, να παραβλεφθούν κάποια ή να επαναληφθούν σε επόμενη συνεδρία (ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκονταν το άτομο και την ταχύτητα με την οποία περνούσε από το ένα στάδιο στο άλλο), εντούτοις δεν υπήρχε η δυνατότητα ο σύμβουλος να ελέγχει σε κάθε συνεδρία με συγκεκριμένο τεστ, εάν το άτομο είχε προχωρήσει στάδιο, αλλά καλούνταν να προβεί σε μια σχετική εκτίμηση, η οποία προέκυπτε από τα λεγόμενα του συμμετέχοντα και την πορεία του όσον αφορά τους στόχους που έθετε. Η έλλειψη αυτή σημαίνει ότι υποκειμενικοί παράγοντες, όπως εσφαλμένη εκτίμηση του συμβούλου ή ο επηρεασμός λόγω της προσδοκίας και της επιθυμίας του να προχωρήσει το άτομο σε επόμενο στάδιο, είναι δυνατό να έχουν σταθεί εμπόδιο στην όλη διαδικασία και ενδεχομένως να έχουν παρασχεθεί στο άτομο μηνύματα, που δεν ανταποκρίνονταν στο ακριβές στάδιο στο οποίο βρίσκονταν.

Έναν δεύτερο περιορισμό του προγράμματος αποτέλεσε το γεγονός ότι παρόλο που βασικός στόχος ήταν το άτομο να διδαχθεί τεχνικές, τις οποίες θα μπορεί να χρησιμοποιεί μόνο του στο εξής -αξιοποιώντας τις δεξιότητες που απέκτησε-, δεν καλούνταν το άτομο να χρησιμοποιήσει συστηματικά κάποιες τεχνικές και εκτός συνεδριών, στα διαστήματα μέχρι την επόμενη συνάντηση, ώστε να διευκολυνθεί σταδιακά η μεταφορά των κατακτημένων προσωπικών δεξιοτήτων σε άλλα πλαίσια. Ως εκ τούτου προκύπτει η ανάγκη για μεγαλύτερη εστίαση στην εκμάθηση και εξάσκηση τέτοιων δεξιοτήτων.

Ένας τρίτος περιορισμός του προγράμματος είναι ότι η εφαρμογή του απαιτεί εκπαιδευμένους συμβούλους, κάτι που σημαίνει σχετική κατάρτισή τους πριν την έναρξη.

Τέλος, και δεδομένου ότι η παρούσα έρευνα εμπεριέχει κυρίως ποιοτική ανάλυση δεδομένων, με μελέτη συγκεκριμένων απόψεων ορισμένου αριθμού ατόμων, χωρίς προϋποθέσεις επαρκούς αντιπροσωπευτικότητας όσον αφορά τους συμμετέχοντες, είναι φυσικό τα συμπεράσματά της να μην είναι δυνατό να γενικευτούν με απόλυτους ποσοτικούς όρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη συζήτηση των αποτελεσμάτων προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα, σε σχέση με τις αρχικές υποθέσεις:

Για την υπόθεση ότι ικανό ποσοστό των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης θα έχει διακόψει το κάπνισμα με το πέρας της παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα 30 άτομα της ομάδας παρέμβασης, τα 18 διέκοψαν το κάπνισμα (ποσοστό 60%), γεγονός που συνηγορεί στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Φαίνεται ότι ο σχεδιασμός του συνετέλεσε στην επίτευξη σε ικανοποιητικό βαθμό του στόχου της διακοπής του καπνίσματος, αφού έλαβε υπόψη αρκετούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα (λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, λόγοι για τους οποίους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους για τη διακοπή). Επίσης, έλαβε υπόψη την ανάγκη των καπνιστών τόσο για οργανωμένη ψυχολογική υποστήριξη μέσω της εξατομικευμένης συμβουλευτικής όσο και για ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, η εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης άγχους φάνηκε να είναι ένα από τα δυνατά και βοηθητικά ως προς τη διακοπή του καπνίσματος σημεία του προγράμματος. Τέλος, η έμφαση στην ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα και η βελτίωση εν γένει της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, αποτέλεσαν βασικό στοιχείο χρήσιμο τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος όσο και για τη γενικότερη προσωπική εξέλιξη των συμμετεχόντων. Αξίζει να τονιστεί ότι το 53.3% των συμμετεχόντων διέκοψαν το κάπνισμα και διατήρησαν την αποχή μέχρι το τέλος της παρακολούθησης, η οποία κράτησε 12 μήνες.

Για την υπόθεση ότι το ποσοστό των ατόμων που θα διακόψει το κάπνισμα θα είναι μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης από ό,τι στην ομάδα ελέγχου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων, που διέκοψε το κάπνισμα, στην ομάδα παρέμβασης ήταν 60%, ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν 14.3%. Φαίνεται έτσι η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρέμβασης, αφού αυτό έδωσε την ευκαιρία στους συμμετέχοντες -κάτι που στερήθηκαν τα άτομα της ομάδας ελέγχου- να επωφεληθούν από την έμφαση σε ζητήματα

που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως α) άσκηση, η οποία, όπως προκύπτει από την αξιολόγηση του προγράμματος, αποτέλεσε βασικό βοήθημα τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος όσο και για την αποχή από αυτό, β) τεχνικές διαχείρισης του στρες και του άγχους, που σύμφωνα με τους συμμετέχοντες αποτελούσαν τους λόγους καπνίσματος, συνέχισής του μετά από προσπάθεια διακοπής και βασικό εμπόδιο στη διακοπή του, γ) ψυχολογική υποστήριξη στους τομείς που επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, όπως η παρακίνηση, η αυτοαποτελεσματικότητα και οι υποστηρικτικές σχέσεις, δ) τεχνικές για αλλαγή συνηθειών και προσθήκη νέων στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων.

Για την υπόθεση ότι ικανό ποσοστό εκείνων που θα διακόψουν το κάπνισμα, θα διατηρήσει αποχή από αυτό μέχρι και το τέλος της παρακολούθησης (follow-up), δηλαδή για 12 μήνες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τους 18 που διέκοψαν το κάπνισμα, οι 16, δηλαδή το 88.9%, απείχαν από το κάπνισμα μέχρι και το τέλος της παρακολούθησής τους, δηλαδή 12 μήνες αργότερα. Το υψηλό αυτό ποσοστό που διατήρησε την αποχή για ένα χρόνο καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος τόσο στον τομέα της υιοθέτησης της άσκησης, αφού η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας φάνηκε να βοηθάει στη διατήρηση της αποχής από το τσιγάρο, όσο και στον τομέα της αλλαγής και αναβάθμισης γενικότερα της καθημερινότητας των ατόμων και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και στον τομέα της ουσιαστικής υποστήριξης και εκμάθησης και υιοθέτησης τεχνικών αντιμετώπισης και διαχείρισης δυσκολιών που άπτονται της διακοπής καπνίσματος, κάτι που όπως φαίνεται έγινε κομμάτι της προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης των συμμετεχόντων και έτσι μπορεί να δικαιολογηθεί η διάρκειά του.

Για την υπόθεση ότι από εκείνους, που δεν θα διακόψουν το κάπνισμα στην ομάδα παρέμβασης, σημαντικό ποσοστό θα το μειώσει μέχρι το πέρας της παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 50% των ατόμων που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, μείωσε τον αριθμό των τσιγάρων και η μείωση αυτή διήρκησε για όλο το διάστημα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα. Φαίνεται έτσι ότι το πρόγραμμα υπήρξε βοηθητικό ως ένα βαθμό και για ικανό ποσοστό όσων δεν διέκοψαν το κάπνισμα, αφού συνέβαλε ώστε οι συμμετέχοντες να επιτύχουν τουλάχιστον τον πρώτο στόχο που η πλειοψηφία είχε θέσει αρχικά: τη μείωση των τσιγάρων.

Για την υπόθεση ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα από το εάν πετύχει ή όχι τη διακοπή καπνίσματος, θα αυξήσει τη φυσική δραστηριότητα μέχρι το πέρας

της παρέμβασης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80%) ανέφερε ότι αυξήθηκε η φυσική δραστηριότητα μέχρι το τέλος της παρέμβασης. Όπως γίνεται αντιληπτό, το πρόγραμμα πέτυχε έναν βασικό του στόχο, αυτόν της βελτίωσης της σχέσης των συμμετεχόντων με την άσκηση και την ένταξή της στην καθημερινότητά τους, αναβαθμίζοντας έτσι τον τρόπο ζωής και ενσωματώνοντας σε αυτόν υγιεινές συνήθειες. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η φυσική δραστηριότητα διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της παρέμβασης με συνεχόμενο αυξητικό ρυθμό ως προς τη συχνότητα και την ένταση.

Για την υπόθεση ότι η φυσική δραστηριότητα θα βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η άσκηση τους βοήθησε στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος. Φαίνεται, λοιπόν, ότι υπάρχει υψηλή θετική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και διακοπής καπνίσματος ενώ η σχέση άσκησης και καπνίσματος είναι αρνητική. Επίσης, φαίνεται από τα αποτελέσματα και τις δηλώσεις των συμμετεχόντων ότι ένας τρόπος ζωής με ενσωματωμένη έστω ήπια φυσική δραστηριότητα παίζει ρόλο στον περιορισμό του καπνίσματος. Τέλος, φαίνεται η άσκηση να αποτελεί βοήθημα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος υπό την έννοια της εναλλακτικής διαχείρισης του πειρασμού και της αντικατάστασης του τσιγάρου με κίνηση, της διαχείρισης άγχους και στερητικών συμπτωμάτων και της μείωσης της επιθυμίας για τσιγάρο, της βελτίωσης της ψυχικής κατάστασης, της παροχής ικανοποίησης και απόλαυσης, της προσφοράς εναλλακτικών υγιεινών συμπεριφορών στη θέση ανθυγιεινών, της μείωσης της αίσθησης εξάρτησης,

Για την υπόθεση ότι μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είχαν πραγματοποιήσει με το πέρας της παρέμβασης αλλαγές στην καθημερινότητά τους, κατορθώνοντας να αναβαθμίσουν αισθητά την ποιότητα ζωής, αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα, βελτιώνοντας τη διατροφή, υιοθετώντας περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές, μαθαίνοντας τεχνικές διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων και δύσκολων συναισθημάτων, τροποποιώντας προς όφελός τους το περιβάλλον. Όπως γίνεται αντιληπτό, το πρόγραμμα, εστιάζοντας σε συγκεκριμένα σημεία, μέσω της συμβουλευτικής, πέτυχε να παράσχει υποστήριξη στους συμμετέχοντες σε κομβικά θέματα που σχετίζονται με την προσωπική ανάπτυξη και ενδυνάμωση, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, του αισθήματος ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας και την επίλυση προβλημάτων.

Για την υπόθεση ότι η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν την παρέμβαση, θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σχέση του ατόμου με τη φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση, δε φαίνεται να σχετίζεται με την έκβαση της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος. Δηλαδή ανάμεσα σε εκείνους που διέκοψαν το κάπνισμα και εκείνους που δεν το διέκοψαν δεν υπάρχει διαφορά στο ποσοστό συμμετοχής σε άσκηση πριν την παρέμβαση. Αυτή η πληροφορία είναι σημαντική γιατί επιτρέπει σε αντίστοιχα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, που έχουν ως βασικό τους στοιχείο το βοηθητικό ρόλο της άσκησης στη μείωση ή/και διακοπή του καπνίσματος, να θέτουν στόχους σχετικά με την εισαγωγή της, την αύξησή της και την ενσωμάτωσή της στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων, χωρίς τον περιορισμό της προηγούμενης ενασχόλησης των ατόμων με αυτή, ως παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει την έκβαση του προγράμματος και την επιτυχία ή όχι της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Έχοντας ως δεδομένο το γεγονός ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές από άτομο σε άτομο σε θέματα αντοχής, αντίδρασης του σώματος σε ερεθίσματα, αντίκτυπου επιπτώσεων και βαθμού επηρεασμού, αλλά και σε γνωστικό-νοητικό-ψυχολογικό επίπεδο: ψυχικές αντοχές και ψυχική ανθεκτικότητα, τρόπος νοηματοδότησης, προσωπικές δεξιότητες όπως αυτογνωσία, αυτοέλεγχος/αυτορρύθμιση, αυτοπαρακίνηση, κοινωνικές δεξιότητες, ενσυναίσθηση, αποτελεί αναγκαιότητα στο χώρο των ερευνών για τη διακοπή καπνίσματος η διεξαγωγή μελετών, οι οποίες θα εστιάσουν σε ζητήματα συναισθηματικής νοημοσύνης, με τη δημιουργία προγραμμάτων που θα λαμβάνουν υπόψη την ενίσχυση, την καλλιέργεια και την ανάπτυξη των σχετικών δεξιοτήτων.

Επίσης, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μια έρευνα πάνω στη διακοπή καπνίσματος, η οποία θα λάμβανε υπόψη τις απόψεις των συμβούλων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τις δυσκολίες και τις προκλήσεις ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος που θα περιελάμβανε συμβουλευτική υποστήριξη για διακοπή καπνίσματος - βασισμένη σε θεωρητικά μοντέλα που η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ως βοηθητικά στη διακοπή καπνίσματος- και συμβουλευτική για την υιοθέτηση και ενσωμάτωση στην καθημερινότητα της φυσικής δραστηριότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaron, D. J., Dearwater, S. R., Anderson, R., Olsen, T., Kriska, A. M., Laporte, R. E. (1995). Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27, 1639–45.
- Abrams, D. B., Monti, P. M., Pinto, R. P., Elder, J. P., Brown, R. A., & Jacobus, S. I. (1987). Psychological stress and coping in smokers who relapse or quit. *Health Psychology*, 6, 289–303.
- Abrantes, A. M., Strong, D. R., Lloyd-Richardson, E. E., Niaura, R., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2009). Regular exercise as a protective factor in relapse following smoking cessation treatment. *American Journal on Addictions*, 18(1), 100-101.
- Abu Saleh, M., & Yam. H. K. (2005). Intention to Quit Smoking, Attempts to Quit, and Successful Quitting Among Hong Kong Chinese Smokers: Population Prevalence and Predictors. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 346–354.
- Ahijevych, K., Wewers, M. E. (1992). Processes of change across five stages of smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 17, 17–25.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.) *Action-Control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Heidelberg: Springer.
- Akiba, S., & Hirayama, T. (1990). Cigarette smoking and cancer mortality risk in Japanese men and women: Results from reanalysis of the six prefecture cohort study data. *Environmental Health Perspective*, 87, 19–26.
- Allen, A. M., Allen, S. S., Lunos, S., Pomerleau, C. S. (2010). Severity of withdrawal symptomatology in follicular versus luteal quitters: The combined effects of menstrual phase and withdrawal on smoking cessation outcome. *Addictive Behaviors*, 35, 549–552.
- American Cancer Society (2004). *Break away from the pack*. Retrieved 8/10/2009 from: http://www.vtquitnetwork.org/files/BREAK%20Away_book3.pdf.

- American Heart Association (2011). Programs that advance scientific and clinical collaboration. Retrieved 6/06/2011 from: http://www.heartorg/HEARTORG/General/Global-Strategies-Pages_UCM_312090_SubHomePage.jsp.
- Alpert, P. (2009). Smoking Cessation: Difficult but not Impossible. *Home Health Care Management Practice*, 21, 281–283.
- An, L.C., Betzner, A., Schillo, B., Luxenberg, M.G., Christenson, M., Wendling, A., Saul, J.E., & Kavanaugh, A. (2010). The comparative effectiveness of clinic, work-site, phone, and Web-based tobacco treatment programs. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(10), 989–996.
- Anatchkova, M. D., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (2006). Replication of subtypes for smoking cessation within the Preparation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31, 359–366.
- Annesi, J. J. (2002). Relationship between changes in acute exercise-induced feeling states, self-motivation and adults adherence to moderate aerobic exercise. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 425–439.
- Annesi, J. J. (1998). Effects of computer feedback on adherence to exercise. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 723–730.
- Armitage, C. J., Arden, M. A. (2008). How Useful Are the Stages of Change for Targeting Interventions? Randomized Test of a Brief Intervention to Reduce Smoking. *Health Psychology*, 27(6), 789–798.
- Arora, M., Tewari, A., Tripathy, V., Nazar, G., Juneja, S., Ramakrishan, R. And Reddy, S. (2010). Community-based model for preventing tobacco use among disadvantaged adolescents in urban slums of India. *Health Promotion International*, 25(2), 143–152.
- Ashton, H., Millman, J. E., Telford, R., & Thompson, J. W. (1973). Stimulant and depressant effects of cigarette smoking on brain activity in man. *British Journal of Pharmacology*, 45, 546–556.
- Au, D., Bryson, C., Chien, J., Sun, C., Udris, E., Evans, L. and Bradley, K. (2009). The Effects of Smoking Cessation on the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. *J Gen Intern Med*, 24(4), 457–63.
- Aubin, H. J., Peiffer, G., Delbarre, A., Vicaut, E., Jeanpetit, Y., Solesse, A., Bonnelye, G., Thomas, D. (2010). The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking Cessation. *BMC Public Health*, 10, 100–107.
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Moss, H. B. (2003). Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 12, 1121–9.
- Auweele, Y., Rzewnicki, R. and Mele, V. V. (1997). Reasons for not exercising and exercise intentions: A study of middle-aged sedentary adults. *Journal of Sports Sciences*, 15, 151–165.

- Aveyard, P., Lawrence, T., Cheng, K. K., Griffin, C., Croghan, E., & Johnson, C. (2006). A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a Transtheoretical Model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *British Journal of Health Psychology*, 11, 263–278.
- Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Manaseki, S., Griffin, C. (2009). The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social Science & Medicine*, 68, 397–403.
- Awaisu, A., Mohamed, M., Aziz, N., Sulaiman, S., Noordin, N., Muttalif, A., Mahayiddin, A. (2010). Tobacco use prevalence, knowledge, and attitudes among newly diagnosed tuberculosis patients in Penang State and Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur. *Malaysia Tobacco Induced Diseases*, 8, 3–12.
- Backinger, C. L, Fagan, P., Matthews, E., & Grana, R. (2003). Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control*, 12, 46.
- Bailey, S. R., Harrison, C. T., Jeffery, C. J., Ammerman, S., Bryson, S. W., Killen, D. T., Robinson, T. N., Schatzberg, A. F., Killen, J. D. (2009). Withdrawal symptoms over time among adolescents in a smoking cessation intervention: Do symptoms vary by level of nicotine dependence? *Addictive Behaviors*, 34, 1017–1022.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Barnekow-Bergkvist, M., Hedberg, G., Janlert, U. and Jansson, E. (2001). Adolescent determinants of cardiovascular risk factors in adult men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 208–217.
- Barnekow-Bergkvist, M., Hedberg, G., Janlert, U., Jansson, E. (1996). Physical activity pattern in men and women at the ages of 16 and 34 and development of physical activity from adolescence to adulthood. *Scand J Med Sci Sports*, 6, 359±70.
- Bauld, L., Chesterman, J., Ferguson, J., Judge, K. (2009). A comparison of the effectiveness of a group-based and pharmacy-led smoking cessation treatment in Glasgow. *Addiction*, 104, 308–316.
- Bebetsos, E., Papaioannou, A., Theodorakis, Y. (2003). University students' attitudes and behaviors towards smoking and exercise. *European Journal of Physical Education*, 8, 29–51.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York: Guilford Press. Μετάφραση στα ελληνικά: *Εισαγωγή στη γνωστική θεραπεία* (2000), Αθήνα: Πατάκη.

- Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. NJ: Charles B. Slack.
- Becker, H., & Brown A. (2008). Disparities in Smoking Behaviors Among Those With and Without Disabilities From 2001 to 2005. *Public Health Nursing*, 25(6), 526–535.
- Berlin, J. A., Colditz, G. A. (1990). A metaanalysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132(4), 612–628.
- Biddle, S.J.H., & Mutrie, N. (2007). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. Routledge.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10, 360–5.
- Biglan, A., Ary, D. V, Smolkowski, K., Duncan, T., Black, C. (2000). A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control*, 9, 24–32.
- Bjartveit, K., & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking one to four cigarettes per day. *Tobacco Control*, 14, 315–320.
- Blair, S. N. (1994). Physical activity and psychosocial outcomes. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health* (pp. 579–590). Champaign, IL: Human Kinetic.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., & Barlow, C. E., (1993). Physical activity, physical fitness, and all-cause mortality in women: do women need to be active? *Journal of American College of Nutrition*, 12, 368–371.
- Blair, S. N., Kohl, H. W. I, Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S. J., Gibbons, L. W., Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *J Am Med Assoc*, 273, 1093±8.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Paffenbarger, R. S., Clark, D. G., Cooper, K. H., Gibbons, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA*, 262, 2395 ± 401.
- Blair, S. N., Wei, M. and Lee, C., (1998). Cardiorespiratory fitness determined by exercise heart rate as a predictor of mortality in the Aerobics Center Longitudinal Study. *Journal of Sports Sciences*, 16, S47–S55.
- Bledsoe, L. K. (2006). Smoking cessation: An application of theory of planned behavior to understanding progress through stages of change. *Addictive Behaviors*, 31, 1271–1276.
- Blumental, J. L., A., Babyakm, A., Moore, K. A., Craighea, O. E., Herman, S., Khathri, I., Wauch, R., Napolitan, M. O. A., Forman, L. M., Applebaum, M., Doraiwam, Y. M., & Krishnan, K. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of International Medicine*, 159, 2349–2356.

- Bobo, J. K., McIlvain, H. E., Lando, H. A., Walker, R. D. & Leed-Kelly, A. (1998). Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: Findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*, 93(6), 887–887.
- Bobo, J. K., Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Res. Health*, 24(4), 225–232.
- Bock, B. C., Morrow, K. M., Becker, B. M., Williams, D. M., Tremont, G., Gaskins, R. B. et al. (2010). Yoga as a complementary treatment for smoking cessation: rationale, study design and participant characteristics of the Quitting-in-Balance study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(1), 14.
- Bock, B. C., Graham, A. L., Whiteley, J. A. & Stoddard, J. L. (2008). A Review of Web-Assisted Tobacco Interventions (WATIs). *Journal of Medical Internet Research*, 10(5):e39.
- Bock, B. C., Marcus, B. H., King, T. K., Borrelli, B., Roberts, M. R. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 24, 399–410.
- Bodenheimer, T., Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling*, 76, 174–180.
- Bodner, M. E., Miller, W. C., Rhodes, R. E., Dean, E. (2011). Smoking Cessation and Counseling: Knowledge and Views of Canadian Physical Therapists. *Physical Therapy*, 91, 1051–1062.
- Bolman, C., de Vries, H. (1998). Psycho-social Determinants and Motivational Phases in Smoking Behavior of Cardiac Inpatients. *Preventive Medicine*, 27, 738–747.
- Borelli, B. (2010). Smoking cessation: Next steps for special populations research and innovative treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 1–12.
- Boots Company PLC. (1998). *Give up Smoking! Your guide to a brighter future without smoking*. Nottingham UK: The Boots Company PLC.
- Botvin, J. G., & Griffin, L. W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug use and other problem behaviors. *Journal of Emergency Mental Health*, 4, 41–47.
- Boudreaux, E., Francis, J., Taylor, C., Scarinci, I., & Brantley, P., (2003). Changing multiple health behaviors: smoking and exercise. *Preventive Medicine*, 36, 471–478.
- Bravata, D. M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A. L., Lin, N., Lewis, R., Stave, C. D., Olkin, I. & Sirard, J. R. (2007). Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 298(19), 2296–2304.
- Brawarsky, P., Brooks, D. R., Wilber, N., Gertz, R. E., & Walker, D. K. (2002). Tobacco use among adults with disabilities in Massachusetts. *Tobacco Control*, 11(2), 29–33.

- Brehm, W., Wagner, P., Sygusch, R., Schonung, A., & Hahn, U. (2005). Health promotion by means of health sport – a framework and a controlled intervention study with sedentary adults. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 15, 13–20.
- Bricker, J. B., Otten, R., Liu, J. L. & Peterson, A. V. (2009). Parents who quit smoking and their adult children's smoking cessation: a 20-year follow-up study. *Addiction*, 104, 1036–1042.
- Brown, D. (1990). Exercise, fitness, and mental health. In C. Bouchard, R. Shephard, T. Stephens, J. Sutton, & B. McPherson (Eds.). *Exercise, fitness, and health* (pp. 607-626). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Strong D. R., Kahler, C.W., Zvolensky, M. J., Carpenter, L. L., Niaura, R., & Price, L. H. (2009). A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 493–502.
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., Mark, D. B., Williams, R. B., & Barefoot, J. C. (2003). Effects of smoking and sedentary behaviour on the association between depressive symptoms and mortality from coronary heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 92, 529-532.
- Burbank, P. M., Riebe, D. (2002). *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults*. New York: Springer.
- Burns, P., Lima, E., & Bradbury, A. W. (2002). What constitutes best medical therapy for peripheral arterial disease? *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 24, 6-12.
- Butler, J. T. (2002). *Principles of health education and health promotion* (3rd edition). Wadsworth Thomson Learning.
- Butler, J. T. (2001). *Principles of health education and health promotion* (3rd edition). Englewood, Colorado: Morton Publishing Company.
- Byrne, D. & Mazanov, J. (2005). Prevention of adolescent smoking: A prospective test of three models of intervention. *Journal of Substance Use*, 10, 363–374.
- Camarelles, F., Asensio, A., Jimenez-Ruiz, C., Becerril, B., Rodero, D., & Vidaller, O. (2002). Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking. Randomized clinical trial *Medicina Clinica* 119, 53–57.
- Carey, K. B., Purine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 245–66.
- Carlson, L. E., Taenzer, P., Koopmans, J., Bultz, B. D. (2000). Eight-year follow-up of a community-based large group behavioral smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors*, 25, 725–741.

- Carlson, L. E., Taenzera, P., Koopmansa, I., Casebeer, A. (2003). Predictive value of aspects of the Transtheoretical Model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors*, 28, 725–740.
- Carty, L., Rosenbaum, J. N., Rajacich, D., Lafreniere, K., Bruce, E., Compton, L., & Simpson, M. A. (2000). Non-Smoking Youth through Peer Group Counselling. *Guidance & Counseling*, 16(1).
- Caspersen, C. J., Merritt R. K., Stephens, T. (1994). International exercise patterns: a methodological perspective. In: Dishman R editor(s). *Advances in Exercise Adherence*. Champaign Ill: Human Kinetics, 73–110.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2006) (n.d.-b). Disability and health state chartbook –profiles of health for adults with disabilities. <http://www.cdc.gov/ncbddd/dh/>.
- Center for Disease Control and Prevention, (2004). Physical activity and good nutrition: essential elements to prevent chronic diseases and obesity.
- Champassak, S. L., Goggin, K., Finocchiaro-Kesler, S., Farris, M., Ehtesham, M., Schoor, R., Catley, D. (2014). A qualitative assessment of provider perspectives on smoking cessation counseling. *J Eval Clin Pract*, 10, 1111.
- Chan, S. S. C., Leung, G. M., Wong, D. C. N., Lam, T. H. (2008). Helping Chinese Fathers Quit Smoking Through Educating Their Nonsmoking Spouses: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Health Promotion*, 23(1), 31–34.
- Chen, J., Chen, Y., Chen, P., Liu, Z., Luo, H., Cai, S. (2014). Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Exp Ther Med*, 7(3), 716–720.
- Chen P., Huang W., Chuang Y., Warren C., Jones N. and Asma S. (2008). Prevalence of Tobacco Use Among Junior High and Senior High School Students in Taiwan. *Journal of School Health*, 78(12), 649–654.
- Cheskin, L. J., Hess, J. M., Henningfield, J., & Gorelick, D. A. (2005). Calorie restriction increases cigarette use in adult smokers. *Psychopharmacology*, 179, 430-43.
- Chodzko-Zajko, W. and Schwingel, A. (2009). Transnational Strategies for the Promotion of Physical Activity and Active Aging: The World Health Organization Model of Consensus Building in International Public Health. *Quest*, 61, 25–38.
- Christakis, N. A., Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking In a large social network. *A[^] Engl J Med*, 358, 2249–2258.
- Christodoulidis, T., Papaioannou, A., & Digelidis, N. (2001). Motivational climate and attitudes toward exercise in Greek senior high school: A year-long intervention. *European Journal of Sport Science*, 1, 2-11.
- Clark, M. M., Decker, P. A., Offord, K. P., Patten, C. A., Vickers, K. S., Croghan, I. T., Hays, J. T., Hurt, R. D., & Dale, L. C. (2004). Weight concerns among male smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 1637–1641.

- Clark, M. A., Hogan, J. W., Kviz, F. J., Prohaska, T. (1999). Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. *Addictive behaviours*, 24(1), 1–16.
- Clark, M. A., Rakowski, W., Kviz, F. J., & Hogan, J. W. (1997). Age and stage of readiness to quit smoking. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S212–S221.
- Clarke, K. E., Aish, A. (2002). An exploration of health beliefs and attitudes of smokers with vascular disease who participate in or decline a smoking cessation program. *Journal of Vascular Nursing*, XX(3), 96–105.
- Cornelissen, V. A., Fagard, R. H. (2005). Effect of resistance training on resting blood pressure. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 23(2), 251–259.
- Cornuz, J., Willi, C., Chiolerio, A., Payot, S., Stolanov, R., Bize, R. (2007). Physical activity as an aid to smoking cessation: A randomized controlled trial of sedentary adult smokers. *Journal of General Internal Medicine*, 22(S1), 107.
- Correia, C. J., Simons, J., Carey, K. B., Borsari, B. E. (1998). Predicting drug use: application of behavioral theories of choice. *Addictive Behaviors*, 23, 705–9.
- Cosgrove, K. P., Hunter, R. G., Carroll, M. E. (2002). Wheel-running attenuates intravenous cocaine self-administration in rats: sex differences. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 73, 663–71.
- Coulson, N. S., Eiser, C., Eiser, J. R. (1997). Diet, smoking and exercise: interrelationships between adolescent health behaviours. *Child: Care, Health and Development*, 23, 207–16.
- Cox, D., & Cox, A. D. (2001). Communicating the consequences of early detection: The role of evidence and framing. *Journal of Marketing*, 65, 91–103.
- Craft, L. L. (2005). Exercise and clinical depression: Examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 151–171.
- Craft, L. L., & Landers, D. M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise psychology*, 20, 339–357.
- Craig, C. L., & Cameron, C. (2002). Increasing physical activity. Assessing Trends 1998-2003. *Physical Activity Monitor 2002*. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
- Craig, C. L., Russell, S. J., Cameron, B. A., & Beaulieu, A. (1997). Foundation for Joint Action. *Reducing Inactivity Report*. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
- Crews, D. J. & Landers, D. M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial Stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, SI 14–140.

- Crittenden, K. S., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R., & Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors*, 19, 497–507.
- Curry, S. J., Grothaus, I. X., McAfee, T., Pabiniak, C. (1998). Use and cost effectiveness of smoking cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med*. 339, 673–679.
- Curry, S. J., Grothaus, I. X., McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22(6), 727–739.
- Curry, S. J., Keller, P. A., Orleans, C. I., Fiore, M. C. (2008). The role of health systems in increased tobacco cessation. *Annu Rev Public Health*, 29, 411–428.
- Czarnecki, K. D., Vichinsky, L. E., Ellis, J. A., Perl, S. B. (2010). Media Campaign Effectiveness in Promoting a Smoking-Cessation Program. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3S), S333–S342.
- Dale, L. C., Glover, E. D., Sachs, D. P. L., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., Hurt, R. D. (2001). Bupropion for smoking cessation: predictors of successful outcome. *Chest*, 119, 1357–1364.
- Daniel, J. Z., Cropley, M., Fife-Schaw, C. (2006). The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*, 101, 1187–92.
- Das, U. N. (2004). Anti-inflammatory nature of exercise. *Nutrition*, 20, 323–326.
- Davis, M. A., Neuhaus, J. M., Moritz, D. J., Lein, D., Barklay, J. D., & Murphy, S. P. (1994). Health behaviours and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Preventive Medicine*, 23, 369-376.
- De Bourdeaudhuij, I. and Van Oost, P. (1993). Psychological determinants of habitual leisure time physical activity. In *Proceedings of the VIII World Congress of Sport Psychology - Sport Psychology: An Integrated Approach* (edited by S. Serpa, J. Alves, V. Ferreira and A. Paulo-Brito), pp. 535-539. Lisbon: International Society of Sport Psychology/ Sociedade Portuguesa de Psicologia Desportiva.
- D’Ellio, M. A., Mundt, D. J., Bush, P. J., & Iannotti, R. J. (1993). Healthful behaviors: Do they protect African - American, urban preadolescents from abusable substance use? *American Journal of Health Promotion*, 7, 353-358.
- DeRuiter, W., Faulkner, G. (2006). Tobacco harm reduction strategies: the case for physical activity. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 157–68.
- Despres, J. P. (1994). Physical activity and adipose tissue. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health* (pp. 369–382). Champaign, IL: Human Kinetic.

- DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175–187.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles for outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 17–235.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behaviour: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133–142.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Gilbertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181–200.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 294–304.
- Digelidis, N., Kamtsios, S., & Theodorakis, Y., (2007). Physical Activity Levels, Exercise Attitudes, Self-Perceptions, Nutritional Behaviors and BMI Type of 12-Years Children. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 5(1), 27–40.
- DiLorenzo, T. M., Bargman, E. P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G. S., Frensch, P.A., & LaFontaine, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75–85.
- Dino, G., Kamal, K., Horn, K., Kalsekar, I., Fernandes, A. (2004). Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 935–940.
- DiPietro, L. (1995). Physical activity, body weight, and adiposity: An epidemiology perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 23, 275–303.
- Dishman, R. K. (1993). Exercise adherence. In *Handbook of Research on Sport Psychology* (edited by R.N. Singer, M. Murphey and L.K. Tennant) (pp. 779–798). New York: Macmillan.
- Dishman, R., K. (1988). Overview. In R. K. Dishman (Ed.), *Exercise adherence: its impact on public health*, (pp. 1–9). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Dishman, R. K., Berthoud, H. R., Booth, F. W., Cotman, C. W., Edgerton, V. R., Fleshner, M. R. et al. (2006). Neurobiology of exercise. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3), 345–56.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A., & Heath, G. W. (2004). Physical activity and diabetes. In R.K. Dishman, R.A. Washburn & G.W. Heath (Eds.), *Physical Activity Epidemiology* (pp. 191–207). Champaign IL: Human Kinetics.
- Ditre, J. W., Coraggio, J. T., Herzog, T. A. (2008). Associations between parental smoking restrictions and adolescent smoking. *Nic. & Tob. Res.*, 6, 975–983.

- Doganis, G., Theodorakis, Y., & Bagiatis, K. (1991). Self esteem and Locus of Control in adult female fitness program participants. *International Journal of Sport Psychology*, 10, 115–132.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowan, E. D., Osborn, K. M., McDougall-Wilson, I. B., & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weightlifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 55, 748–754.
- Driver, H. S., & Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Review*, 4, 387–402.
- Durkin S. & Wakefield M. (2009). Comparative responses to radio and television anti-smoking advertisements to encourage smoking cessation. *Health Promotion International*, 25(1), 5–13.
- Dryden, W., Feltham, C. (1992). *Brief Counseling: A Practical Guide for Beginning Practitioners*. Buckingham: Open University Press.
- Eek, F., Ostergren, P., Diderichsen, F., Rasmussen, N., Andersen, I., Moussa, K., Grahn, M. (2010). Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross sectional comparison of the equity effect of different public health policies. *BMC Public Health*, 10, 9–21.
- Eldein, H. N., Mansour, N. M., Mohamed, S. F. (2013). Knowledge, attitude and practice of family physicians regarding smoking cessation counseling in family practice centers, suez canal university, Egypt. *J Family Med Prim Care*, 2(2), 159–63.
- Elder, J. P., Litrownik, A. J., Slymen, D.J., Campbell, N. R., Parra-Medina, D. P., Choe, S., Lee, V., Ayala, G. X. (2002). Tobacco and Alcohol Use–Prevention Program for Hispanic Migrant Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 269–275.
- Ellerbeck, E. F. , Mahnken, J. D., Cupertino, A. P., Cox, L. S., Greiner, K. A., Mussulman, L. M. et al. (2009). Effect of varying levels of disease management on smoking cessation. A randomized trial. *Ann Intern Med*, 150, 437–46.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., Botvin, G. J. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*, 9, 33–39.
- Erol, S., Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*, 72, 42–48.
- Escobedo, L. G., Marcus, S. E., Holtzman, D., Giovino, G. A. (1993). Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *JAMA*, 269, 391–5.
- Etter, J. F. (2010). Smoking prevalence, cigarette consumption and advice received from physicians: Change between 1996 and 2006 in Geneva, Switzerland. *Addictive Behaviors*, 35, 355–358.

- Etter, J. F. (2005). Comparing the efficacy of two internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e2.
- Etter, J. F., Perneger, T. V., & Ronchi, A. (1997). Distributions of smokers by stage: International comparison and association with smoking prevalence. *Preventive Medicine*, 26, 580–585.
- Ettinger, W. H., Burns R., Messier, S. P., Applegate, W., Rejeski, W. J., Morgan, T. M., Shumaker, S, Berry, M. J., O’Toole, M., Monu, J., & Craven, T. (1997). A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis: The fitness arthritis and seniors trial (FAST). *Journal of the American Medical Association*, 277, 25–31.
- Eurobarometer 2009: Tobacco, Special Eurobarometer 332, European Commission, TNS Opinion & Social, Brussels, Belgium.
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. “*What is Cognitive and Behavioural Therapy?*”. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.eabct.com/what_is_cbt.htm.
- Everson-Hock, E. S., Taylor, A. H., Ussher, M. (2010). Readiness to use physical activity as a smoking cessation aid: A multiple behaviour change application of the Transtheoretical Model among quitters attending Stop Smoking Clinics. *Patient Education and Counseling*, 79, 156–159.
- Everson-Hock, E. S., Taylor, A. H., Ussher, M., & Faulkner, G. (2010). A qualitative perspective on multiple health behaviour change: views of smoking cessation advisors who promote physical activity. *Journal of smoking cessation*, 5(1), 7–14.
- Ευσταθίου Γ. “Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων”. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.ευσταθίου.gr/files/methodoi_texnikes.pdf.
- Fagerström, K. O. (2005). Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration*, 72, 216–220.
- Farkas, A. J., Pierce, J. P., Zhu, SH., Rosbrook, B., Gilpin, E. A., Berry, C., Kaplan, R. M. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91 (9), 1271–1280.
- Faulkner, G., & Taylor, A.H. (2005). Exercise as therapy: emerging relationships between physical activity and psychological well-being. Abingdon, Oxon, UK, Routledge Press.
- Fava, J. L., Velicer, W. F., Prochaska, J.O. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 20(2), 189–203.
- Feltz, D.L., Chow, G.M., & Hepler, T.J. (2008). Path analysis of self-efficacy and diving performance revisited. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 401–411.

- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M., Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict. Behav.*
- Ferrucci, L., Izmirlan, G., Leveille, S., Philips, C. L., Corti, M. C, Brock, D. B., (1999). Smoking, physical activity and life expectancy. *Am. J. Epid.*, 149,645–653.
- Fichtenberg, C. M., Glantz, S. A., (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*, 325, 188–194.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N. L., et al. (2008). *A clinical practice guideline treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD: USDHHS, U.S. Public Health Service. Retrieved 5 May 2010, from http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.
- Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., Baker, T. B. (1994). The Effectiveness of the Nicotine Patch for Smoking Cessation A Meta-analysis. *JAMA*, 271, 1940–1947.
- Fong, G. T., Hyland, A., Borland, R., et al. (2006). Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob. Control*, 15, iii51–iii58.
- Forman, S. P., & Killen, J. D. (1994). Who shall quit? Comparison of volunteer and population-based recruitment in two minimal-contact smoking cessation studies. *American Journal of Epidemiology*, 140, 39–51.
- Fowkes, F., Stewart, M., Fowkes, G., Amos, A. & Price, J. (2008). Scottish smoke-free legislation and trends in smoking cessation. *Addiction*, 103, 1888–1895.
- Fox, K. R. (2000). The effects of exercise on self-perception and self-esteem. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-117). London: Routledge.
- Freeman, D., Brucks, M. & Wallenderf, M. (2005). Young children’s understandings of cigarette smoking. *Addiction*, 100, 1537–1545.
- Friend, K. B., Levy, D. T., & Mernoff, S. T. (2005). The adoption of tobacco dependence treatment by rehabilitation clinicians. *Disability and Rehabilitation*, 27(4), 147–155.
- Froelicher, E. S., Kozuki, Y. (2002). Theoretical applications of smoking cessation interventions to individuals with medical conditions: women’s initiative for nonsmoking (WINS) - Part III. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 1–15.

- Fucito, L. M., Toll, B. A., Salovey, P. & O'Malley S. S. (2009). Beliefs and Attitudes About Bupropion: Implications for Medication Adherence and Smoking Cessation Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 373–379.
- Gallagher, D. et al. (2000). Healthy percentage body-fat ranges- an approach for developing guidelines based on body mass index, *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, 694.
- Gallus, S., Schiaffino, A., La Vecchia, C., Townsend, J., Fernandez, E., (2006) .Price and cigarette consumption in Europe. *Tob. Control*, 15, 114–119.
- Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., Anto, J., (2007). Regular Physical Activity Modifies Smoking-related Lung Function Decline and Reduces Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Am. J Respir. Crit. Car. Med.*, 175, 458–463.
- García-Vera, M. P. (2004). Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotina patches as a smoking-cessation treatment: Five-year results of the “Ex-Moker” program. *J Subst Abuse Treat*, 27, 325–333.
- Gardner, A. W., Killewich, L. A., Montgomery, P. S., & Katzel, L. I. (2004). Response to exercise rehabilitation in smoking and nonsmoking patients with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*, 39, 531–538.
- Garvey, A. J., Kalman, D., Hoskinson, R. J., Kinnunen, T., Wadler, B. M., Thomson, C. C., & Rosner, B. (2012). Front-Loaded Versus Weekly Counseling for Treatment of Tobacco Addiction. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(5), 578–585.
- Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W., Rosner, B., (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the normative aging study. *Addict. Behav.*, 17, 367–377.
- Gauvin, L., & Spence, J. C. (1996). Physical activity and psychological well-being: Knowledgebase, current issues, and caveats. *Nutrition Review*, 54, S53–65.
- Geller, A. C., Brooks, D. R., Woodring, B., Oppenheimer, S., McCabe, M., Rogers, J., Timm, A., Resnick, E. A., and Winickoff, J. P. (2011). Smoking Cessation Counseling for Parents During Child Hospitalization: A National Survey of Pediatric Nurses. *Public Health Nursing*, 28(6), 475–484.
- Gemmell, L. & DiClemente, C. C. (2009). Styles of Physician Advice about Smoking Cessation in College Students. *Journal of American College Health*, 58(2), 113–119.
- Gendlin, E. T. (2006). *Διαδικασία Εστίασης (Focusing), Πώς επιτυγχάνεται άμεση πρόσβαση στη γνώση του σώματος*, 25η Επετειακή έκδοση, Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Άννα Καραλη, Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.
- Germain, D., McCarthy, M. & Wakefield, M. (2010); Smoker sensitivity to retail tobacco displays and quitting: a cohort study. *Addiction*, 105, 159–163.
- Giao, Y., Zheng, W., Giao, R., & Jin, F. (1991). Tobacco smoking and its effect on health in China. *IARC Science Publication*, 105, 62–67.

- Gibbs, N. (1988). All fired up over smoking. *Time*, 131, 64–71.
- Gilpin, E. A., White, M. M., White, V. M., Distefan, J. M., Trinidad, D. R., James, L., Lee, L., Major, J., Kealey, S., Pierce, J. P., (2003). Tobacco Control Successes in California: A Focus on Young People, Results from the California Tobacco Surveys, 1990–2002. University of California, San Diego.
- Girma, E., Assefa, T., Deribew, A. (2010). Cigarette smokers' intention to quit smoking in Dire Dawa town Ethiopia: an assessment using the Transtheoretical Model. *BMC Public Health*, 10, 320–326.
- Glanz, K., Rimer, B. K., Lewis, F. M. (2002). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Glasgow, R. E., Estabrooks, P. A., Marcus, A. C., Smith, T. L., Gaglio, B. & Levinson, A. H. and Tong, S. (2008). Evaluating Initial Reach and Robustness of a Practical Randomized Trial of Smoking Reduction. *Health Psychology*, 27(6), 780–788.
- Glasgow, R. E., Schafer, L., & O’Neil, H. K. (1981). Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 659–667.
- Godin, G. (1994). Social-cognitive models. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 113–136). Champaign, IL: Human Kinetics..
- Godin, G. (1989). The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *J. Cardiop. Rehab.*, 9, 223–236.
- Goldberg, D., Hoffman, A., Anel, D. (2002). Understanding people who smoke and how they can change: a foundation for smoking cessation in primary care, Part 1. DM.
- Goldberg, J. O., Van Exan, J. (2008). Longitudinal rates of smoking in a schizophrenia sample. *Tobacco Control*, 17, 271–275.
- Goldberg, D., Weber, K., Orsi, J., Hessol, N., Souza, G., Watts, H., Schwartz, R., Liu, C., Glesby, M., Burian, P. and Cohen, M. (2010). Smoking Cessation Among Women with and at Risk for HIV: Are They Quitting? *J Gen Intern Med*, 25(1), 39–44.
- Goldman, D., Zheng, Y., Girosi, F., Michaud, P., Olshansky, J., Cutler, D. and Rowe, J. (2009). The Benefits of Risk Factor Prevention in Americans Aged 51 Years and Older. *American Journal of Public Health*, 99, 2096–2101.
- Goldstein, M. G., Niaura, R., Willey, C., Kazura, A., Rakowski, W., DePue, J. & Park, E. (2003) An academic detailing intervention to disseminate physician-delivered smoking cessation counseling: Smoking cessation outcomes of the Physicians Counseling Smokers Project. *Preventive Medicine*, 36, 185–196.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, Bantam Books. ISBN 978-0-553-37858-0

- Gollust, S. E., Schroeder, S. A., Warner, K. E. (2008). Helping Smokers Quit: Understanding the Barriers to Utilization of Smoking Cessation Services. *The Milbank Quarterly*, 86(4), 601–627.
- Gonseth, S., Abarca, M., Madrid, C. & Cornuz, J. (2010) A pilot study combining individual-based smoking cessation counseling, pharmacotherapy, and dental hygiene intervention. *BMC Public Health*, 10, 348–352.
- Gorini, G., Costantini, A., Paci, E. (2007). Smoking prevalence in Italy after the smoking ban: Towards a comprehensive evaluation of tobacco control programs in Europe. *Preventive Medicine*, 45, 123–124.
- Graham, A. L., Cobb, N. K., Raymond, L., et al. (2007). Effectiveness of an Internet-based worksite smoking cessation intervention at 12 months. *J Occup Environ Med*, 59(49), 821–828.
- Grahani, A. L., Papandonatos, G. D., DcPue, J. D., et al. (2008). Lifetime characteristics of 54 participants and non-participants in a smoking cessation trial: implications for external validity and public health impact. *Ann Behav Med*, 35, 295–307.
- Gray, N. & Henningfield, J.(2006). Dissent over harm reduction for tobacco. *Lancet*, 368, 899–901.
- Greenberg, J. (1994). Using socially fair treatment to promote acceptance of work site smoking ban. *Journal of Applied Psychology*, 79, 288–297.
- Grimshaw, G. M., & Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Gritz, E. R, Klesges R. C., Meyers, A. W. (1989). The smoking and body weight relationship: Implications for intervention and postcessation weight control. *An. Behav. Med.*, 11, 144–53.
- Gritz, E. R., Marcus, A. C., Berman, B. A., Read, L. L., Kanim, L. E., & Reeder, S. J. (1988). Evaluation of worksite self-help smoking cessation program for registered nurses. *American Journal of Health Promotion*, 3, 26–35.
- Grogan, S., Fry, G., Gough, B. & Conner, M. (2009). Smoking to stay thin or giving up to save face? Young men and women talk about appearance concerns and smoking. *Br. J. Heal.Psych.*, 14, 175–186.
- Guassora, A. D., & Gannik, D. (2010). Developing and maintaining patients' trust during general practice consultations: The case of smoking cessation advice. *Patient Education and Counseling*, 78, 46–52.
- Guo, Q., Unger, J. B., Azen, S. P., Li, C., Spruijt-Metz, D., Palmer, P. H., Chou, C., Lee, L., Sun, P., Johnson, C. A. (2010). Cognitive attributions for smoking among adolescents in China. *Addictive Behaviors*, 35, 95–101.
- Gwaltney, C. J., Bartolomei, R., Colby, S. B., Kahler, C. (2008). Ecological momentary assessment of adolescent smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(7), 1185–1190.

- Hagger, M., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. (2001). The influence of self-efficacy and past behavior on the physical activity intentions of young people. *Journal of Sport Sciences*, 19, 711–725.
- Hagger, M., Chatzisarantis, N., Biddle, S., & Orbell, S. (2001). Antecedents of children's physical intentions and behavior: Predictive validity and longitudinal effects. *Psychology and Health*, 16, 391–407.
- Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S., Oshima, A. (2010). Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*, 105, 164–173.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., et al. (2009). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (1):CD003999.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Gorecki, J. A., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Prochaska, J. J. (2008). Older versus younger treatment-seeking smokers: Differences in smoking behavior, drug and alcohol use, and psychosocial and physical functioning. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(3), 463–470.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Prochaska, J. J., and Robbins, J. A. (2011). Using Extended Cognitive Behavioral Treatment and Medication to Treat Dependent Smokers. *American Journal Public Health*, 101, 2349–2356.
- Hall, S. M., McGee, R., Tunstall, C., Duffy, J., Benowitz, N. (1989). Changes in food intake and activity after quitting smoking. *J. Cons. Clin. Psych.*, 57, 81–6.
- Haller, D. L., Miles, D. R., Cropsey, K. L. (2004). Smoking stage of change is associated with retention in a smoke-free residential drug treatment program for women. *Addictive Behaviors*, 29, 1265–1270.
- Halterman, J. S., Borrelli, B., Conn, K. M., Tremblay, P., Blaakman, S. (2010). Motivation to quit smoking among parents of urban children with asthma. *Patient Education and Counseling*, 79, 152–155.
- Händel, G., Hannover, W., Röske, K., Thyrian, J. R., Rumpf, H. J., Fusch, C., John, U. and Hapke, U. (2009). Intention to change smoking in pregnant and postpartum women according to number of pregnancies. *The European Journal of Public Health*, 19(2), 218–221.
- Hapanen, N., Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., & Pasanen, M. (1997). Association of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension and diabetes in middle-aged men and women. *International Journal of Epidemiology*, 26, 739–747.
- Harahousou, Y. S., & Kabitsis, C. N. (1993). Attitudes of Greek elderly towards physical fitness and modernism. In: A. Marques. et al. (Eds.), *Proceedings of the 1st conference of EGREPA*, (pp. 492–500). Oeiras, Portugal: University of Porto, European group for research into elderly and physical activity.

- Hardman, A. E. & Stensel, D. J. (2009). *Physical Activity and Health: The Evidence Explained* (2nd Edition). London: Routledge Taylor and Francis.
- Hassandra, M. & Goudas, M. (2010). An evaluation of a physical education program for the development of students' responsibility. *Hellenic Journal of Psychology*, 7, 275–297.
- Hassandra, M., Kofou, G., Zourbanos, N., Gratsani, S., Zisi, V. and Theodorakis, Y. (2012). Initial Evaluation of a Smoking Cessation Program Incorporating Physical Activity Promotion to Greek Adults in Antismoking Clinics. *Evaluation & the Health Professions*, 35(3), 323–330.
- Hassandra, M., Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Grammatikopoulos, V., & Hatzigeorgiadis, A. (2009). I do not smoke – I exercise: A pilot study of a new 1 educational resource for 2 secondary education students. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Hassandra, M., Vlachopoulos, S.P., Kosmidou, E., Hatzigeorgiadis, A., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2011). Predicting students' intention to smoke by theory of planned behaviour variables and parental influences across school grade levels. *Psychology & Health*. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.605137>.
- Hassandra, M., Zourbanos, N., Kofou, G., Gourgoulisanis, K., & Theodorakis, Y. (2013). Process and outcome evaluation of the “No more smoking! It's time for physical activity” program. *Journal of Sport and Health Science*, 2, 242-248.
- Hatsukami, D. K., Henningfield, J. E., & Kotlyar, M. (2004). Harm reduction approaches to reducing tobacco-related mortality. *An.Rev.Pub.Health*, 25, 377–395.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Ru'ge, J., Rumpf, H. J., John, U. (2010). Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 78, 57–64.
- Hays, J. T., Ebbert, J. O. (2008). Varenicline for tobacco dependence. *N Engl J Med*, 359, 2018–24.
- Health by People 2010 Smoking Cessation Insurance Coverage Objective. Available 43. at: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/Volume2/27Tobacco.pdf>.
- Health Education Authority (1992). *Fitness Testing for Health Promotion*. London: Health Education Authority.
- Heckman, C.J., Egleston, B.L., & Hofman, M.T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19, 410–416.
- Heffner, J. L., Lee, C.T., Arteaga, C., Anthenelli, R. M. (2010). Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: Pooled data from two phase III varenicline trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 120–125.

- Heikkinen, A. M., Broms, U., Pitkäniemi, J., Koskenvuo, M., & Meurman, J. (2009). Key Factors in Smoking Cessation Intervention Among 15–16-Year-Olds, *Behavioral Medicine*, 35, 93–99.
- Hein, H. O., Suadicani, P., Soerensen, H., Gyntelberg, .F (1994). Changes in physical activity level and risk of ischaemic heart disease. *Scand J Med Sci Sports*, 4, 57±65.
- Hennrikus, D., Pirie, P., Hellerstedt, W., Lando, H. A., Steele, J., Du, C. (2010). Increasing support for smoking cessation during pregnancy and postpartum: Results of a randomized controlled pilot study. *Preventive Medicine*, 50, 134–137.
- Hesketh, T., Lu, L., Jun, Y. and Mei, W. (2007). Smoking, cessation and expenditure in low income Chinese: cross sectional survey. *BMC Public Health*, 7, 29–37.
- Hildebrand, K. M., Johnson, D. J., & Bogle, K. (2001). Comparison of patterns of tobacco use between high school and college athletes and non-athletes. *American Journal of Health Education*, 32, 75-80.
- Hill, J.S. (1981). Health behaviour: The role of exercise in smoking cessation. (*CAHPER*) *Journal*, 28, 15–8.
- Hitsman, B., Moss, T. G., Montoya, I. D., & George, T. P. (2009). Treatment of Tobacco Dependence in Mental Health and Addictive Disorders. *Can J Psychiatry*, 54(6), 368–378.
- Hirvensalo, M., Rantanen, T., & Heikkinen, E. (2000). Mobility difficulty and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 493–498.
- Hoeppner, B. B., Velicer, W. F., Redding, C. A., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Pallonen, U. E., Meier, K. S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1363–1372.
- Hollenbeck, J. & Klein, H., (1987). Goal commitment and the goal setting process: Problems, prospects, and proposals for future research. *Journal of Applied Psychology*, 72, 212–220.
- Holtrop, J. S., Malouin, R., Wismantel, D., Wadland, W. C. (2008). Clinician perceptions of 39 factors influencing referrals to a smoking cessation program. *RMC Fam Pract*, 9, 18.
- Hoving, E. F., Mudde, A. N. and de Vries, H.. (2006). Smoking and the pattern; predictors of transitions through the stages of change. *Health education Research Theory & Practice I*, 21(3), 305–314.
- Hsueh, K. C., Chen, C. Y., Yang, Y. H. & Huang, C. L. (2010). Smoking cessation program in outpatient clinics of family medicine department in Taiwan: A longitudinal Evaluation. *Evaluation & the Health Professions*, 33, 12–25.
- Hughes, J. R. (2009). Smokers' beliefs about the inability to stop smoking. *Addictive Behaviors*, 34, 1005–1009.

- Hughes, J. R., Brandon, T. H. (2003). A softer view of hardening. *Nicotine Tob Res*, 5, 961–2.
- Hunt, Y., Rash, C. J., Burke, R. S., Parker, J. (2010). Smoking cessation in recovery: Comparing 2 different cognitive behavioral treatments. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 9, 64–74.
- Hurt, R. D., Dale, L. C., Offord, K. P., Bruce, B. K., McClain, F. L., Eberman, K. M. (1992). Inpatient treatment of severe nicotine dependence. *Mayo Cl. Proc.*, 67, 823–8.
- Hyland, A., Wakefield, M., Higbee1, C., Szczyrka, G. and Cummings, K. M. (2006). Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Education Research Theory & Practice*, 21(3), 348–354.
- Θεοδωράκης, Ι. (2010). *Άσκηση, Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Ι., Γιώτη, Γ. & Ζουρμπάνος, Ν., (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 1^ο: Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 225–238.
- Θεοδωράκης, Ι., Γούδας, Μ. & Παπαϊωάννου, Α., (2001). *Ψυχολογική υπεροχή στον αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Ι., Γούδας, Μ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Δεν καπνίζω, Γυμνάζομαι. Τετράδιο για μαθητές γυμνασίου*. Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. ΤΕΦΑΑ. Τρίκαλα: Χριστοδουλίδης.
- Θεοδωράκης, Ι. & Γουργουλιάνης, Κ. (2006). *Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση*. Τρίκαλα, Θεσσαλίας: Εργαστήριο Ψυχολογίας και Ποιότητας Ζωής, ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Θεοδωράκης, Γ., Κοσμίδου, Ε., Χασάνδρα, Μ., & Γούδας, Μ. (2008). Ανασκόπηση των εφαρμογών του προγράμματος αγωγής υγείας «δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» σε μαθητές και μαθήτριες δημοτικού, γυμνασίου και λυκείου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(2), 181–194. http://www.hape.gr/emag/vol6_2/Hape305.pdf.
- Θεοδωράκης, Γ. & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547–562.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας. Εκδόσεις: Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη.
- Θεοδωράκης, Ι. & Χασάνδρα, Μ., (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Άσκουμένων και μη Άσκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239–248.
- Θεοδωράκης, Γ., Χασάνδρα, Μ., Κοσμίδου, Ε., Γούδας, Μ., & Παπαϊωάννου, Α. (2006). *Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι. Τετράδιο για μαθητές Ε & ΣΤ δημοτικού*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. ΤΕΦΑΑ. Αυτοέκδοση.

- IOTF 2002. Obesity in Europe: *The case of action*. www.iotf.org/media/euobesity.pdf
- Janz, N. K., and Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47.
- Jardin, P., Carpenter, M. J. (2012). Predictors of Quit Attempts and Abstinence Among Smokers not Currently Interested in Quitting. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 1197–1204.
- Jarvis, M. (1997). Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Bollinger CT, Fagerstrom KO editor(s). *The Tobacco Epidemic, Progress in Respiratory Research*, 28, 151–4.
- Javitz, H. S., Swan, G. E., Zbikowski, S. M., et al. (2004). Return on investment of different combinations of bupropion SR dose and behavioral treatment for smoking cessation in a health care setting: an employer's perspective. *Value Health*, 7, 535–543.
- Jeffery, R. W., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., Murray, D. M., & Liu, J. W. (2000). Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation. *Health Psychology*, 19, 242–246.
- Jones, D. N., Schroeder, J. R., Moolchan, E. T. (2004). Time spent with friends who smoke and quit attempts among teen smokers, *Add.Behaviours*, 29, 723–729.
- Jones, D., Hoelscher, D. M., Kelder, H. S., Hergenroeder, A. and Shama, V. S., (2008). Increasing physical activity and decreasing sedentary activity in adolescent girls – The Incorporating More Physical Activity and Calcium in Teens (IMPACT) study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 42–51.
- Johnston, D. W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmonth, A. L. & Mant, D. (2004). Motivation is not enough: Prediction of risk behaviour following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behaviour. *Health Psychology*, 23, 533–538.
- Jorenby, D. E., Hatsukami, D. K., Smith, S. S., Fiore, M. C., Allen, S., Jensen, J., et al. (1996). Characterization of tobacco withdrawal symptoms: transdermal nicotine reduces hunger and weight gain. *Psychopharmacology*, 128, 130–8.
- Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., et al. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*, 340, 685–691.
- Jung, M.E., Fitzgeorge, L., Prapavessis, H., Faulkner, G., & Maddison, R. (2010). The getting physical on cigarettes trial: Rationale and methods. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 10.
- Irvin, J. E., Brandon, T. H. (2000). The increasing recalcitrance of smokers in clinical trials. *Nicotine Tob Res*, 2, 79–84.
- Ismailov, R. M. and Leatherdale, S. T. (2010). Smoking cessation aids and strategies among former smokers in Canada. *Addictive Behaviors*, 35, 282–285.

- Kahler, C. W., Borland, R., Hyland, A., McKee, S. A., Thompson, M. E., Cummings, K. M. (2010). Quitting smoking and change in alcohol consumption in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 101–107.
- Kahler, C. W., Borland, R., Hyland, A., McKee, S. A., Thompson, M. E., Cummings, K. M. (2009). Alcohol consumption and quitting smoking in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 214–220.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E., Parks, A., Leventhal, A. M., Brown, R. A. (2014). Positive Psychotherapy for smoking Cessation: Treatment Developmant, Feasibility and Preliminary Results. *J Posit Psychol*, 9(1), 19–29.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgement and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58, 697–720.
- Kamimoto, L. A., Easton, A. N., Maurice, E., Husten, C. G., & Macera, C. A. (1999). Surveillance for five health risks among older adults-United States, 1993-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Responses*, 48, 89–156.
- Karekla, M., Symeou A., Tsangari, H., Kapsou, M. and Constantinou, M. (2010). Smoking prevalence and tobacco exposure among adolescents in Cyprus. *European Journal of Public Health*, 19(6), 655–661.
- Katzmarzyk, P. T. (2006). Physical Inactivity and Life Expectancy in Canada. *Journal of Physical Activity and Health*, 3, 381–389.
- Katzmarzyk, P. T., Gledhill, N., Shephard, R. J. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *Can Med Assoc J.*, 163, 1435–1440.
- Katzmarzyk, P. T., Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update. *Can J Appl Physiol*, 29, 90–115.
- Kawachi, I., Troisi, R. J., Rotnitzky, A. G., Coakley, E. H., Colditz, M. S., Colditz, M. D.(1996). Can exercise minimise weight gain in women after smoking cessation? *American Journal of Public Health*, 86, 999–1004.
- Kawada, T. (2004). Comparison of daily life habits and health examination data between smokers and ex-smokers suggests that ex-smokers acquire several healthy-lifestyle practices. *Archives of Medical Research*, 35, 329–333.
- Kelley, G. A., Kelley, K. A., Vu Tran, Z. (2005). Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults. A metanalysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity related Metabolic disorders*, 19(8), 881–893.
- Kemper, H., (1995). *The Amsterdam Growth Study. Alongitudinal analysis of health, ®tness, and lifestyle*. Campaign: Human Kinetics.
- Kenford, S. L., Fiore, M. C., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Wetter, D., Baker, T. B., (1994). Predicting smoking cessation: who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA*, 271, 589–594.

- Kenford, S. L., Smith, S. S., Wetter, D. W., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Baker, T. B. (2002). Predicting relapse back to smoking: contrasting affective and physical models of dependence. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 70, 216–227.
- Kimiecil, C. J. and Lawson, A. H. (1996). Toward New Approaches for Exercise Behaviour Change and Health Promotion, *QUEST*, 48, 102–125.
- King, A. C., Blair, S. N., Bild, D. E., Dishman, R. K., Dubbert, P. M., Marcus, B. H., et al. (1992). Determinants of physical activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24, S221–36.
- King, T. K., Marcus, B. H., Pinto, B. M., Emmon, K. M., Abrams, D. B. (1996). Cognitive behavioural mediators of changing multiple behaviours: Smoking and a sedentary lifestyle. *Preventive Medicine*, 25, 684–91.
- King, T., Matacin, M., Marcus, B., Bock, B. & Tripolone, J. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*, 25, 613–618.
- Kinnunen, T., Korhonen, T., Craft, L., Perna, F. (2010). Treating Tobacco Dependence in Women with Exercise: Review on Effectiveness and Mechanisms, *J. Sp. & Ex. Psych.*, 8, 48–60.
- Kinnunen, T., Leeman, R. F., Korhonen, T., Quiles, Z. N., Terwal, D. M., Garvey, A. J., et al. (2008). Exercise as an adjunct to nicotine gum in treating tobacco dependence among women. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 689–703.
- Klepp, K. I., Wind, M., Bourdeaudhuij, I., Rodrigo, P. C., Due, P., Bjelland, M. and Brug, J. (2007). Television viewing and exposure to food-related commercials among European school children, associations with fruit and vegetable intake: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 46–53.
- Knudsen, H. K., Studts, C. R., Studts, J. L. (2011). The Implementation of Smoking Cessation Counseling in Substance Abuse Treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(1), 28–41.
- Kosmidou, E. & Theodorakis, Y. (2007). Examining differences in smoking attitudes between adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 101, 475–481.
- Kosmidou, E., Theodorakis, Y., & Chroni, A. (2008). Smoking attitudes among adolescents: Effect of messages varying on argument quality and source's expertise. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 2, 83–95.
- Kosmidou, E., Hasandra, M., Hatzigeorgiadis, A., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2011). Smoking outcome expectancies and smoking status from early to late adolescence in Greece. *International Journal Child Adolescent Health*, 4(3), 237-245.
- Kovač, V. B., Rise, J., Moan, I. S. (2009). From Intentions to Quit to the Actual Quitting Process: The Case of Smoking Behavior in Light of the TPB. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(4), 181–197.

- Krawczynski, M., Olszewski, H. (2000). Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. *Psychology of Sport and Exercise*, 1, 57–63.
- Kristeller, J. L., Rossi, J. S., Ochene, J. K., Goldberg, R., Prochaska, J. O. (1992). Processes of Change in Smoking Cessation: A Cross-Validation Study in Cardiac Patients. *Journal of Substance Abuse*, 4, 263–276.
- Kohler, C. L., Schoenberger, U. M., Tseng, T. S., Ross, L. (2008). Correlates of transitions in stage of change for quitting among adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 33, 1615–1618.
- Kujala, U. M., Kaprio, J., Rose, R. J. (2007). Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study. *Addiction*, 102, 1151–7.
- Kubitz, K. A., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., & Han, M. (1996). The effects of acute and chronic exercise on sleep: A meta-analytic review. *Sports Medicine*, 21, 277–291.
- Kusma, B., Quarcoo, D., Vitzthum, K., Welte, T., Mache, S., Meyer-Falke, A., Groneberg, D. A. & Raupach, T. (2010). Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5, 9–18.
- Kviz, F. J., Clark, M. A., Crittenden, K. S., Warnecke, R. B., & Freels, S. (1995). Age and smoking cessation behaviors. *Preventive Medicine*, 24, 297–307.
- Kviz, F. J., Clark, M. A., Hope, H., and Davis M. A. (1997). Patients' Perceptions of Their Physician's Role in Smoking Cessation by Age and Readiness to Stop Smoking. *Prev.Med.*, 26, 340–349.
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2. CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292. pub2.
- Landers, D. (1994). Performance, stress, and health: Overall reaction. *Quest*, 46, 123–135.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., Ahlstrom, A. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, 9, 47–63.
- LaVecchia, C., Boyle, P., Franceschi, S., Levi, F., Maisonneure, P., Negri, E., et al. (1991). Smoking and cancer with emphasis on Europe. *Eur. J. Cancer*, 27, 94–104.
- Lawhon, D., Humfleet, G. L., Hall, S. M., Reus, V. I., and Muñoz, R. F. (2009). Longitudinal Analysis of Abstinence-Specific Social Support and Smoking Cessation. *Health Psychology*, 28(4), 465–472.
- Lawrence, D., Graber, J. E., Mills, S. L., Meissner, H. I. & Warnecke, R. (2003). Smoking cessation interventions in U.S. Racial/ethnic minority populations: An assesment of the literature. *Preventive Medicine*, 36, 204–216.

- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, J. M. (2008). Effect of a large increase in cigarette tax on cigarette consumption: an empirical analysis of cross-sectional survey data. *Public Health*, 122, 1061–1067.
- Lee, I. M., Hsieh, C. C., & Paffenbarger, R. S. (1995). Exercise intensity and longevity in men: the Harvard alumni health study. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1179–1184.
- Leed-Kelly, A., Russell, K. S., Bobo, J. K. & McIlvain, H. (1996). Feasibility of smoking cessation counseling by phone with alcohol treatment center graduates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 203–210.
- Le Houezec, J. (1998). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of nicotine. In J. Snel & M.M. Lorist (Eds.). *Nicotine, caffeine and social drinking: Behavior and brain function* (pp. 3–19). Amsterdam: Harwood.
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Lerman, C., & Pickworth, W. B. (2007). Gender differences in acute tobacco withdrawal: Effects on subjective, cognitive, and physiological measures. *Exp. & Cl. Psychopharmacology*, 15, 21–36.
- Levin, I. P., Schneider, S. L., & Gaeth, G. J. (1998). All frames are not created equal: A typology and critical analysis of framing effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76, 149–188.
- Ling, P. M., Neilands, T. B. & Glantz, S., (2009). Young Adult Smoking Behavior A National Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 389–394.
- Lipkus, I. M., Lyna, P. R., Rimer, B. K. (1999). Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African-Americans at a community health center. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 77–85.
- Lissner, L., Bengtsson, C., Bjorkelund, C., & Wedel, H. (1996). Physical activity levels and changes in relation to longevity. *American Journal of Epidemiology*, 143, 54–62.
- Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., Ryden, L., & Nygren, A. (2005). Long-term effects of lifestyle behaviour change in coronary artery disease: Effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24, 41–48.
- Liu, J., Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Bricker, J. B., Marek, P. M. (2007). Addressing challenges in adolescent smoking cessation: Design and baseline characteristics of the HS Group-Randomized trial. *Preventive Medicine*, 45, 215–225.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35-Year Odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–17.
- Locke, E. & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Loughlan, C. and Mutrie, N. (1995a). Conducting an exercise consultation: guidelines for health professionals. *Journal of the Institute of Health Education*, 33, 78± 82.
- Lowther, M., Mutrie, N. and Scott, E. M. (2002). Promoting physical activity in a socially and economically deprived community: a 12 month randomized control trial of fitness assessment and exercise consultation. *Journal of Sports Sciences*, 20, 577–588.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist*, 10, 1–24.
- Luke, M., & Sinclair, G. (1991). Gender differences in adolescents' attitudes toward school physical education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 11, 31–46.
- MacLeod, Z. R., Charles, M. A., Arnaldi, V. C., Adams, I. M. (2003). Telephone counseling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: a randomized controlled trial. *Med J Aust*, 179, 349–52.
- Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy theory: An introduction. In J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 3- 33). New York: Plenum Press.
- Manfredi1, C., Cho, Y. I, Crittenden, K. S., Dolecek T. A. (2007). A path model of smoking cessation in women smokers of low socio-economic status. *Health Esucation Research*, 22(5), 747–756.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., King, T. K., Parisi, A. F., Pinto, B. M., Roberts, et al. (1999). The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1229–1234.
- Marcus, B., Albrecht, A., Lewis, B., Parisi, A., Hogan, J., King, T., Bock, B. & Abrams, D. (2003). Rationale, design, and baseline data for Commit to Quit II: an evaluation of the efficacy of moderate-intensity physical activity as an aid to smoking cessation in women. *Preventive Medicine*, 36, 479–492.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Thompson, P. D. (1991). Usefulness of physical exercise for maintaining smoking cessation in women. *American Journal of Cardiology*, 68, 406–407.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., Niaura, R. S., Taylor, E. R., Simkin, L. R, Feder, S. I, (1995). Exercise enhances the maintenance of smoking cessation in women. *Addictive Behaviors*, 20, 87–92.
- Marcus, B. H., Hampl, J. S., Fisher, E. B. (2004). *How to Quit Smoking without Gaining Weight*. New York: Pocket Books.
- Marcus, B. H., Lewis, B. A., Hogan, J., King, T. K., Albrecht, A. E., Bock, B., et al. (2005). The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 871–80.
- Marcus, B., Lewis, B., Hogan, J., King, T., Albrecht, R. N., Bock, B., et al. (2003). The efficacy of moderate intensity physical activity for smoking cessation among women.

Abstracts of the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, Salt Lake City, Utah, USA.

- Marcus, B. H., Rossi J. S., Selby V. S., Niaura R. S. & Abrams D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11, 386–395.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marti, B., Salonen, J., Tuomilehto, J., & Pulska, P., (1988). Ten-year trends in physical activity in the eastern Finnish adult population. Relationship to socioeconomic and lifestyle characteristics. *Acta Med. Scandinavian*, 224, 195–203.
- Martin, R. A., Velicer, W. F., Fava, J. L. (1996). Latent transition analysis to the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(1), 67–80.
- Mayer, J. A., Jermanovich, A., Wright, B. L., Elder, J. P., Drew, B. A., & Williams, S. J. (1994). Changes in health behaviors of older adults: The San Diego medicare preventive health project. *Preventive Medicine*, 23, 127–133.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Dincan, T. E., & Mihaiko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 131–139.
- McAuley, E., Milhalko, S. L., & Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 67–83.
- McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Lawrence, D. L., Shiffman, S., & Baker, T. B. (2010). A multi-level analysis of non-significant counseling effects in a randomized smoking cessation trial. *Addiction*, 105, 2195–2208.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 494–503.
- McClure, J. B., Ludman, E. J., Grothaus, L., Pabiniak, C. & Richards, J. (2009). Impact of a brief motivational smoking intervention: The get PHIT Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 116–123.
- McDermott, L. J., Dobson, A. J. and Owen, N. (2006). From partying to parenthood: young women's perceptions of cigarette smoking across life transitions. *Health Education Research Theory & Practice*, 21(3), 428–439.
- McEwen, A., West R., McRobbie, H. (2008). Motives for smoking and their correlates in clients attending stop smoking treatment services. *Nicotine Tob Res*, 51(10), 843–850.
- McGill, H. (1990). Smoking and the pathogenesis of atherosclerosis. *Advance Experimental Medical Biology*, 273, 9–16.

- McKee, S. A., Hinson, R., Rounsaville, D., Petrelli, P., (2004). Survey of subjective effects of smoking while drinking among college students. *Nicotine Tob. Res.* 6, 111–117.
- McNeill, A. (2004). ABC of smoking cessation: Harm reduction. *British Medical Journal*, 328, 885–887.
- Mendoza, J. A., Zimmerman, J. F. and Christakis, D. A. (2007). Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4, 44–53.
- Menezes, A., Lopez, M., Hallal, P., Muino, A., Padilla-Perez, R., Jardim, J., Valdivia, G., Pertuze, J., Oca, M., Talamo, C., Victora, C. and Platino Team (2009). Prevalence of smoking and incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study. *BMC Public Health*, 9, 151–158.
- Michalopoulou, M., Aggeloussis, N., Zisi, V., Ventouri, M., Kourtessis, T. & Malliou (2006). Physical Activity Patterns of Greek Adults Aged 60 – 90 years: Age and Gender Effects. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 4(1), 87–96.
- Miguez, M. C., Beeona, E. (2008). Evaluation the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to self-help intervention for smoking (cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res*, 10, 129–135.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York, London: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Min-hau, C., & Allen, P. (2002). The relationship between attitude toward physical education and leisure time exercise in high school students. *Physical Educator*, 59, 126–139.
- Mitra, M., Chung, M. C., Wilber, N., & Walker, D. K. (2004). Smoking status and quality of life: A longitudinal study of adults with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 258–260.
- Moher, M., Hey, K., & Lancaster, T. (2003). Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003440.
- Moller, A. M., & Tonnesen, H. (1999). Group therapy and smoking cessation. *Ugeskr Laeger*, 161, 4987–4988.
- Moorman, M., Van den Putte, B.(2008). The influence of message framing, intention to quit smoking, and nicotine dependence on the persuasiveness of smoking cessation messages. *Addictive Behaviors*, 33, 1267–1275.
- Moreno Coutino, A., Ruiz Velasco, S., Icaza M. E. M. M. (2009). Association between smoking and minimal–mild depressive symptomatology in heavy smokers. *Salud Mental*, 32, 199–204.

- Morgan, G. D., Noll, E. L., Orleans, C. T., Rimer, B. K., Amfoh, K., & Bonney, G. (1996). Reaching midlife and older smokers: Tailored interventions for routine medical care. *Preventive Medicine*, 25, 346–354.
- Morris, C. D., Waxmonsky, J. A., May, M. G. and Giese, A.A. (2009). What Do Persons with Mental Illnesses Need to Quit Smoking? Mental Health Consumer and Provider Perspectives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 276–284.
- Murnaghan, D. A., Leatherdale, S. T., Sihvonen, M. and Kekki, P. (2008). A multilevel analysis examining the association between school-based smoking policies, prevention programs and youth smoking behavior: evaluating a provincial tobacco control strategy. *Health Education Research*, 23(6), 1016–1028.
- Murray, R. L., Coleman, T., Antoniak, M., Stocks, J., Fergus, A., Britton, J., et al. (2008). The effect of proactively identifying smokers and offering smoking cessation support in primary care populations: a cluster-randomized trial. *Addiction*, 103, 998–1006.
- Murray, R. P., Gerald, L. B., Lindgren, P. G., Connett, J. E., Rand, C. S., Anthonisen, N. R. (2000). Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study.
- Murray, R. L., McNeill, A., Lewis, S., Britton, J. & Coleman, T. (2010). Unplanned attempts to quit smoking: a qualitative exploration. *Addiction*, 105(7), 1299–1302.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Boulay, M., Figueroa, M.E., Storey, D., & Tweedie, I. (2002). Using health education theories to explain behaviour change: A cross-country analysis. *International Quarterly of Community Health Education*, 20, 323–345.
- Musich, S., Chapman, L., Ozminkowski, R. (2009). Best Practices for Smoking Cessation: Implications for Employer-based Programs. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), 1–10.
- Must, A., Jacques, P. F., Dallal, G. E., Bajema, C. J., Dietz, W. H. (1992). Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard growth study 1922 to 1935. *N Engl J Med*, 327, 1350 ± 5.
- Μουλαλούδης, Γ., Κοσμόπουλος, Α. (2003). *Ο Carl Rogers και η προσωποκεντρική του θεωρία για την ψυχοθεραπεία και την παιδεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Λαπαρίδης, Κ. (1998). Άσκηση, κάπνισμα και υγεία. *Αθλητική Ψυχολογία*, 9, 53–72.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23–33.
- Μπενέτου, Κ., Κωφού, Γ., Ζήση, Β. & Θεοδωράκης, Ι. (2008). Η Σχέση του Σωματικού Βάρους, του Βαθμού Ενασχόλησης με την Άσκηση και της Σωματικής Κάθεξης, με την Εικόνα του Σώματος σε Κορίτσια Ηλικίας 15-25 Ετών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(1), 47–55.

- Μπρούζος, Α. (2004). *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική - Θεωρία Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.
- Nattiv, A., Puffer, J., & Green, G. S. (1997). Lifestyles and health risks of collegiate athletes: A multi-center study. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 7, 262–272.
- Nelson, D. E., Giovino, G. A., Shopland, D. R., Mowery, P. D., Mills, S. L., and Eriksen, M. P. (1995). Trends in Cigarette Smoking among US -Adolescents, 1974 through 1991. *American Journal of Public Health*, 85(1), 34–40.
- Niaura, R., Marcus, B., Albrecht, A., Thompson, P., Abrams, D. (1998). Exercise, smoking cessation, and short-term changes in serum lipids in women: a preliminary investigation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, 1114–8.
- Nichter, M., Nichter, M., Carkoglu, A., Lloyd-Richardson, E., (2010). The Tobacco Etiology Research Network (TERN): Smoking and drinking among college students: “It’s a package deal”. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 16–20.
- Nicita-Mauro, V., Maltese, G., Nicita-Mauro, C., Lasco, A., & Basile, G. (2010). Non smoking for successful aging: therapeutic perspectives. *Current Pharmaceutical Design*, 16(7), 775–782. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20388087>.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health psychology*, 18(1), 89–94.
- Norman, C. D., Maley, O., Li, X., & Skinner, H. A. (2008). Using the Internet to Assist Smoking Prevention and Cessation in Schools: A Randomized, Controlled Trial. *Health Psychology*, 27(6), 799–810.
- Norman, G. J., Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O. (1998). Dynamic typology clustering within the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 23(2), 139–153.
- Nosen, E. Z. & Woody, S. (2009). Applying Lessons Learned from Obsessions: Metacognitive Processes in Smoking Cessation. *Cogn Ther Res*, 33, 241–254.
- Nystul, M. S. (1993). *The art and science of counseling and psychotherapy*: Prentice-Hall.
- Oguma, Y., Shinoda-Tagawa, T. (2004). Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: Review and metanalysis. *Americal Journal of Preventative Medicine*, 26(5), 407-418.
- O’Hea, E. L., Boudreaux, E. D., Jeffries, S. K., Carmack Taylor, C. L., Scarinci, I. C., Brantley, P. J. (2004). Stage of Change Movement Across Three Health Behaviors: The Role of Self-Efficacy. *American Journal of Health Promotion*, 19 (2), 94–102.
- Okoli, C. T. C., Khara, M., Procyshyn, R. M., Johnson, J. L., Barr, A. M., Greaves, L. (2010). Smoking cessation interventions among individuals in methadone maintenance: A brief review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 191–199.

- Opdenacker, J. and Boen, F. (2008). Effectiveness of Face-to-Face Versus Telephone Support in Increasing Physical Activity and Mental Health Among University Employees. *Journal of Physical Activity and Health*, 5, 830–843.
- Orleans, T. C., Schoenbach, V. J., Wagner, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D. C., Fiedler, J., Porter, C. Q., & Kaplan, B. H. (1991). Self-help quit smoking interventions: Effects of Self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439–448.
- Otten, R., Bricker, J. B., Liu, J., Comstock, B., & Peterson, A.V. (2011). Adolescent psychological and social predictors of young adult smoking acquisition and cessation: A ten-year longitudinal study. *Health Psychology*, 30(2), 163–170.
- Paavola, M., Vartiainen, E., Haukkala, A. (2004). Smoking, Alcohol Use, and Physical Activity: A 13-Year Longitudinal Study Ranging from Adolescence into Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 35, 238–244.
- Paavola, M., Vartiainen, E., Puska, P. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research*, 16, 49–57.
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. L., Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med*, 314, 605 ± 13.
- Pai, M., Mohan, A., Dheda, K., Leung, C. C., Yew, W. W., Christopher, D. J., Sharma, S. K. (2007). Lethal interaction: the colliding epidemics of tobacco and tuberculosis. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 5(3), 385–391.
- Pallonen, U. E., Leskinen, L., Prochaska, J. O., Willey, C. J., Kaariainen, R., Salonen, J. T. (1994). A 2- year self help smoking cessation manual intervention among middle-aged Finnish Men: an application of the transtheoretical model. *Preventive Medicine*, 23, 507–514.
- Pallonen, U. E., Fava, J. L., Salonen, J. T., Prochaska, J. O. (1992). Readiness for smoking change among middle- aged Finnish men. *Addictive Behaviors*, 17, 417–423.
- Pan American Health Organization 2002. “Globesity: The crisis of Growing Propotions”, *Perspective in Health Magazine*, 7(3).
- Papaioannou, A., Karastogiannidou, K., & Theodorakis.Y., (2004). Sport involvement, sport violence and health behaviours of Greek adolescents. *European Journal of Public Health*, 14, 168–172.
- Park, E. R., Chang, Y., Quinn, V. P., Ross, K., Rigotti, N. A. (2009). Perceived support to stay quit: What happens after delivery? *Addictive Behaviors*, 34, 1000–1004.
- Parsons, A.C., Shraim, M., Inglis, J., Aveyard, P., & Hajek, P. (2009). Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1). <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006219.html>
- Pate, R. R., Heath, G. W., Dowda, M., Trost, S. G. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577–81.

- Pateman, B. (2003). Healthier students, better learners. *Educational Leadership*, 61, 70–75.
- Patja, C., Hakala, S. M., Bostrom, G., Nordgren, P. & Haglund, M. (2009). Trends of tobacco use in Sweden and Finland: Do differences in tobacco policy relate to tobacco use? *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 153–160.
- Pattern, C. A., Wolter, T. D., Martin, J. E., Calfas, K. J. & Lento, J. (2001). Behavioral treatment for smokers with a history of alcoholism: Predictors of successful outcome. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 69, 796–801.
- Peretti-Watel, P., Beck, F., Legleye, S. (2002). Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction*, 97, 707–16.
- Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P., Pruvost, J., Mignon, P., Obadia, Y. (2003). Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction*, 98, 1249–56.
- Perkins, K. A. (2001). Smoking cessation in women. Special considerations. *CNS Drugs*, 15, 391–411.
- Perkins, K. A., Conklin, C. A., Levine, M. D. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation*. New York – London: Routledge.
- Perkins, K. A., Lerman, C., Stitzer, M., et al. (2008). Development of procedures for early screening of smoking cessation medications in humans. *Clin Pharmacol Ther*, 84, 216–221.
- Perkins, K. A., Levine, M. D., Marcus, M. D., & Shiffman, S. (1997). Addressing women's concerns about weight gain due to smoking cessation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 173–182.
- Perry, D. (1995). Researching the aging well process. *American Behavioral Scientist*, 39, 152–171.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C. J., Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *BMJ*, 313, 12–21.
- Petruzzello, S.J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143–182.
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Gen Psychol Rev*, 26, 196–215.
- Piasecki, T. M., Niaura, R., Shadel, W. G., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M. C., et al. (2000). Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 74–86.
- Piper, M. E., Smith, S. S., Schlam, T. R., Fiore, M. C., Jorenby, D. E., Fraser, D., Baker, T. B. (2009). A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 66(11), 1253–1262.

- Piper, E., Szirmak, Z., Leppin, A., Freitag, M., & Hurrelmann, K. (1999). Η πρόληψη της εξάρτησης στη σχολική ζωή. *Pädagogik*, 3, 40–49.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. M., Chrysohou, C. and Stefanadis, C. (2003). Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*, 3, 32–40.
- Pizacani, B. A., Dent, C. W., Maher, E., Rohde, K., Stark, M. J., Biglan, A., and Thompson, J. (2009). Smoking Patterns in Oregon Youth: Effects of Funding and Defunding of a Comprehensive State Tobacco Control Program. *Journal of Adolescent Health*, 44, 229–236.
- Plante, T, G. (1993). Aerobic exercise in the prevention and treatment of psychopathology. In P. Seraganian (Ed.), *Exercise psychology: the influence of physical exercise on psychoical processes* (pp. 359–379). New York: Wiley.
- Plummer, B. A., Velicer, W. F., Redding, C. A., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., Pallonen, U. E., Meier, K. S. (2001). Stage of change, decisional balance and temptations for smoking: Measurement and validation in a large, school - based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 551–571.
- Poel, F., Bolman, C., Reubsæet, A. and De Vries, H. (2009). Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Education Research*, 24(6), 930–940.
- Pomerleau, C. S., Garcia, A. W., Pomerleau, O. F., & Cameron, O. G. (1992). The effects of menstrual phase and nicotine abstinence on nicotine intake and on biochemical and subjective measures in women smokers: A preliminary report. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 627–638.
- Prapavessis, H., Cameron, L., Baldi, J. C., Robinson, S., Borrie, K., Harper, T., et al. (2007). The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive Behaviors*, 32, 1416–1432.
- Prescott, E., Hippe, M., Schnohr, P., Hein, H. O., & Vestbo, J. (1998). Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: Longitudinal population study. *British Medical Journal*, 316, 1043–1047.
- Pritchard, M. E., Milligan, B., Elgin, J., Rush, P., and Shea, M. (2007). Comparisons of Risky Health Behaviors between Male and Female College Athletes and Non-athletes. *Athletic Insight-The Online Journal of Sport Psychology*, 9, 1.
- Prochaska, A.V. (2010). Nicotine patch plus nicotine lozenges increased smoking cessation rate more than placebo. *ACP Journal Club*, 152(5).
- Prochaska, A.V. (2000). New developments in smoking cessation. *Chest*, 117(4), 169–175.
- Prochaska, J. O. (1996). A stage paradigm for intergrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(6), 721–732.

- Prochaska, J. O., & DiClemente C. C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an investigative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C., Velicer, W., Gimpil, S., & Norcross, J. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395–406.
- Prochaska, J. J., Gill, P., & Hall, S. M. (2004). Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 55(11), 1265–1270.
- Prochaska, J. O., Harlow, L. L., Redding, C. A., Snow, M. G., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1992). Stages of change, self-efficacy, and decisional balance of condom use in a high-HIV risk sample. Manuscript submitted for publication.
- Prochaska, J. J., Rossi, J. S., Redding, C. A., Rosen, A. B., Tsoh, J. Y., Humfleet, G. A., Eisendrath, S. J., Meisner, M. R., Hall, S. M. (2004). Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 143–151.
- Prochaska, J. J., Teherani, A., Hauer, K. E. (2007). Medical Students' Use of the Stages of Change Model in Tobacco Cessation Counseling. *Society of General Internal Medicine*, 22, 223–227.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. L. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520–528.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., Rossi, J. S., Di Clemente, C. C. (1991). Patterns of Change: Dynamic Typology Applied to Smoking Cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26 (1), 83–107.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prochaska, J. M., Johnson, J. L. (2004). Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 29, 207–213.
- Π.Ο.Υ. (1997). Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς – Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, ελληνική έκδοση υπό την επιμέλεια των Κ. Στεφανή, Κ. Σολδάτου, Β. Μαυρέα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Quinn, V. P., Hollis, J. F., Smith, K. S., Rigotti, N. A., Solberg, L. I., Hu, W., and Stevens, V. J. (2009). Effectiveness of the 5-As Tobacco Cessation Treatments in Nine HMOs. *J Gen Intern Med*, 24(2), 149–54.
- Rabius, V., McAlister, A. L., Geiger, A., Huang, P., & Todd, R. (2004). Telephone counseling increases cessation rates among young adult smokers. *Health Psychology*, 23, 539–541.

- Rabius, V., Pike, K. J., Wiatrek, D., & McAlister, A. L. (2008). Comparing Internet Assistance for Smoking Cessation: 13-Month Follow-Up of a Six-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(5):e45.
- Rallidis, L. S., Hamodraka, E. S., Foulidis, V. O., & Pavlakis, G. P. (2005). Persistent smokers after myocardial infarction: A group that requires special attention. *International Journal of Cardiology*, 100, 241–245.
- Ramos, M., Ripoli, J., Estrades, T., Socias, I., Fe, A., Duro, R., Gonzelez, M. J., Servera, M. (2010). Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. *BMC Public Health*, 10, 89(1-6).
- Ramsey, F., Ussery-Hall, A., Garcia, D., McDonald, G., Easton, A., Kambon, M., Balluz, L., Garvin, W., Vigeant, J. (2005). Prevalence of Selected Risk Behaviors and Chronic Diseases -Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 39 Steps Communities, United States.
- Raupach, T., Shahab, L., Neubert, K., et al. (2008). Implementing a hospital-based smoking cessation program: evidence for a learning effect. *Patient Educ Couns*, 70, 199–204.
- Raw, M., McNeill, A., West, R. (1998). *Smoking cessation guidelines for health professionals: A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*. London: HEA.
- Rayens, M. K., Hahn, E. J., Hedgecock, S. (2008). Readiness to quit smoking in rural communities. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1115–1133.
- Read, D. A. (1997). *Health education: A cognitive-behavioral approach*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Rejeski, W. J. (1992). Motivation for exercise behavior: a critique of theoretical directions. G. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp. 129-157). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rejeski, W. J., Shelton, B., Miller, M., Dunn, A. L., King, A. C., Sallis, J. F. (2001). Mediators of increased psysical activity and change in subjective well-being: Results from the Activity Counseling Trial (ACT). *Journal of Health Psychology*, 6, 159–168.
- Reynolds, P., Hurley, S., Goldberg, D. E., Anton-Culver, H., Bernstein, L., Deapen, D., et al. (2004). Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: Evidence from the California Teachers Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 29–37.
- Rigotti, A. N. (2009). The future of Tobacco Treatment in the Health Care System. *Ann. Intern. Med.*, 150, 496-497.
- Rigotti, N. A., Regan, S., Majchrzak, N. E., Knight, J. R., & Wechsler, H. (2002). Tobacco use by Massachusetts public college students: Long term effect of the Massachusetts Tobacco Control Program. *Tobacco Control*, 11(2), 20–24.

- Riley, W., Jami, O., Jersino, J. M. (2008). Internet and Mobile Phone Text Messaging Intervention for College Smokers. *Journal Of American College Health*, 57(2), 245–249.
- Rodriguez, D., Audrain-McGovern, J. (2004). Team sport participation and smoking: analysis with general growth mixture modeling. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 299–308.
- Rodriguez, D., Dunton, G. F., Tcherne, J, Sass, J. (2008). Physical Activity and Adolescent Smoking: A Moderated Mediation Model. *Mental Health and Physical Activity*.
- Rollnick, S., Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Romand, R., Gourgou, S., Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation. *Addiction*, 100, 1546–1554.
- Rosenbloom, D. (1991). A tranrtheoretical analysir of change among cocaine users. Unpublished doctoral dissertation, University of Rhode Island, Kingston.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Rossi, J. S. (1989). *Exploring behavioral approaches to UV risk reduction*. In Moshell, A. & Blankenbaker, L. W. (Eds.). Sunlight, ultraviolet radiation, and the skin. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Roosmalen, E. H., & McDaniel, S. A. (1989). Peer group influence as a factor in smoking behavior of adolescents. *Adolescence*, 26, 801–816.
- Ro´ske, K., Hanno“ver, W., Grempler, J., Thyrian, J. R., John, R. U. and Hapke, U. (2006). Post-partum intention to resume smoking. *Health Education Monographs Theory & Practice*, 21(3), 386–392.
- Roopchandani, K., Singhvi, I., Kar, M. (2008). Smoking cessation aids. *Asian Journal of Pharmaceutics*, 2(4), 184–19.
- Rothemich, S. F., Woolf, S. H., Johnson, R. E., Devers, K. J., Flores, S. K., Villars, P., Rabijs, V. & McAffe, T. (2010) Promoting primary care smoking-cessation support with quitlines: The QuitLink Randomized controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 367–374.
- Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3–19.
- R“uge, J., Ulbricht, S., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., and Meyer, C. (2008). Intention to Quit Smoking: Is the Partner’s Smoking Status Associated with the Smoker’s Intention to Quit? *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 328–335.

- Ruggiero, L., Tsoh, J. Y., Everett, K., Fava, J. L., Guise, B. J. (2000). The Transtheoretical Model of Smoking: Comparison of Pregnant and Non-pregnant Smokers. *Addictive Behaviors*, 25(2), 239–251.
- Ruggiero, L., Webster, K., Peipert, J. F., & Wood, C. (2003). Identification and recruitment of low-income pregnant smokers: Who are we missing? *Add. Beh.* 28, 1497–1505.
- Russell, P. O., Epstein, L. H., Erickson, K. T. (1983). Effects of acute exercise and cigarette smoking on autonomic and neuromuscular responses to a cognitive stressor. *Ps. Reports*, 53, 199–206.
- Russell, P. O., Epstein, L. H., Johnson, J. J., Block, D. R., Blair, E. (1988). The effects of exercise as maintenance for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 13, 215–8.
- Rustin, T. A., Tate, J. C. (1993). Measuring the Stages of Change in Cigarette Smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 209–220.
- Sallis, J. F., & Hovell, M. F. (1990). Determinants of exercise behaviour. *Exercise and Sport Sciences Reviews* (edited by K.B. Pandolf) (Vol. 18, pp. 307-330). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Sallit J., Ciccazzo M, & Zisca D. (2009). A Cognitive-Behavioral Weight Control Program Improves Eating and Smoking Behaviors in Weight-Concerned Female Smokers. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1398–1405.
- Salonen, J. Slater, J. Tuomilehto J. & Raurama, R. (1988). Leisure time and occupational physical activity: Risk of death from ischemic heart disease. *Am.J Ep.*, 127, 87–94.
- Sánchez, L. (1995). Tratamiento especializado del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*, 31, 124–32.
- Sasco, A. J., Laforest, L., Benhaim-Luzon, V., Poncet, M., Little, R. E. (2002). Smoking and its correlates among preadolescent children in France. *Prev. Med.*, 34, 226–34.
- Schaffer, S. D., Yoon, S. and Zadezenksy, I. (2010). A review of smoking cessation: potentially risky effects on prescribed medications. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1533–154.
- Schane, R. E., Prochaska, J. J., & Glantz, S. A. (2013). Counseling Nondaily Smokers about Secondhand Smoke as a Cessation Message: A Pilot Randomized Trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(2), 334–342.
- Schauffler, H. H., McMenamin, S., Olson, K., et al. (2001). Variations in treatment benefits in nicotine smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Tob Control*, 10, 175–180.
- Schiaffino, A., Fernandez, E., Kunst, A., Borrell, C., Garcia, M., Borrás, J., Mackenbach, J. (2007). Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965–2000). *Preventive Medicine*, 45, 226–232.

- Schneider, K. L., Spring, B., Pagoto, S. L. (2007). Affective benefits of exercise while quitting smoking: influence of smoking-specific weight concern. *Psych. Add. Behaviors*, 21, 255–60.
- Schnohr, P., Jensen, J. S., Scharling, H., & Nordestgaard, B. G. (2002). Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community: A 21 year follow-up of 12,000 men and women from The Copenhagen City Heart Study. *European Heart Journal*, 23, 620–626.
- Schumann, A., John, U., Ulbricht, S., Rüge, J., Bischof, G, Meyer, C. (2007). Variability of tailoring of a smoking cessation intervention based on the transtheoretical model. *Addictive Behaviors*, 32, 3083–3087.
- Scott, A. G., Prochaska, J. J., Kaplan, A. S., Small, T., Hall, S. M. (2001). Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addictive Behaviors*, 26, 621–631.
- Scottish Health Survey 2007, Editors: Bromley C., Bradshaw P., Given L.; *Scottish Centre for Social Research.MRC Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow.* <http://www.scotland.gov.uk/>
- Selby, P., Voci, S. C., Zawertailo, L. A., George, T. P., Brands, B. (2010). Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric and addictions co-morbidity. *Addictive Behaviors*, 35, 811–817.
- Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., Ha, T., & Lee, A. M. (1999). Physical activity and cardiovascular heartdisease risk in middle-aged and older women. *American Journal of Epidemiology*, 150, 408–416.
- Shah, L. M., King, A. C., Basu, A., Krishnan, J. A., Borden, W. B., Meltzer, D., Arora, V. (2010). Effect of clinician advice and patient preparedness to quit on subsequent quit attempts in hospitalized smokers. *Journal of Hospital Medicine*, 5, 26–32.
- Shah Z. H., Rao, S., & Mayo, H. G. (2008): What are the most effective ways you can help patients stop smoking? *The journal of Family Practice*, 57(7), 478–479.
- Shahab, L., Hall, S. and Marteau, T. (2007). Showing smokers with vascular disease images of their arteries to motivate cessation: A pilot study. *British Journal of Health Psychology*, 12, 275–283.
- Shahab, L. & McEwen, A. (2009). Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction*, 104, 1742–1804.
- Shahab, L. & West R. (2009). Do ex smokers report feeling happier following cessation? Evidence from a cross-sectional survey. *Nic. & Tob. Res.*, 11(5), 553–557.
- Shephard, J. R. (2002). *Gender, physical activity and aging*. NY: CRC Press.
- Shephard, R. (1989). Exercise and lifestyle change. *British Journal of Sports and Medicine*, 23, 11-22.

- Shiffman, S., Engberg, J. B., Paty, J. A., Perz, W. G., Gnys, M., Kassel, J. D., Hickcox, M. (1997). A day at a time: predicting smoking lapse from daily urge. *J. Abnorm. Psychol.*, 106, 104–116.
- Shiffman, S., Ferguson, S. G. & Strahs, K. R. (2009). Quitting by Gradual Smoking Reduction Using Nicotine Gum A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), 96–104.
- Shmueli, D. and Prochaska, J. J. (2009). Resisting Tempting Foods and Smoking Behavior: Implications From a Self-Control Theory Perspective. *Health Psychology*, 28(3), 300–306.
- Shmueli, D., Prochaska, J. J., Stanton, A. G. (2010). Effect of Smoking Scenes in Films on Immediate Smoking: A Randomized Controlled Study. *Am J Prev Med*, 38(4), 351–358.
- Shumaker, S. A., Anderson, R. T., & Czajkowski, S. M. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 95-113). *New York: Raven Press.*
- Siero, F. W., van Diem, M. T., Voorrips, R., Willemsen, M. C. (2004). Periconceptional smoking: an exploratory study of determinants of change in smoking behavior among women in the fertile age range. *Health Education Research*, 19(4), 418–429.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lancaster, T. (2000). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Colaboration, Oxford: Update Software.
- Singleton, M. G., & Pope, M. (2000). A comparison of successful smoking cessation interventions for adults and adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 78, 448–453.
- Siru, R., Hulse, G. K. & Tait, R. J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction*, 104, 719–73.
- Skogstad, M., Kjaerheim, K., Fladseth, G., et al. (2006). Cross shift changes in lung function among bar and restaurant workers before and after implementation of a smoking ban. *Occup. Environ. Med.*, 63, 482–487.
- Slade, P., Laxton-Kane, M., Spiby, H. (2006). Smoking in pregnancy: The role of the transtheoretical model and the mother's attachment to the fetus. *Addictive Behaviors*, 31, 743–757.
- Slater, M. D. (1999). Integrating application of media effects, persuasion, and behavior change theories to communication campaigns: A stage-of change framework. *Health Communication*, 11, 335–354.
- Slimani, N., Kaaks, R., Ferrari, P., Casagrande, C., Clavel-Chapelon, F., Lotze, G., Kroke, A., Trichopoulos, D., Trichopoulou, A., Lauria, C., Bellegotti, M., Ocke, M. C., Peeters, P. H. M., Engeset, D., Lund, E., Agudo, A., Larran~aga, N., Mattisson, I., Andren, C., Johansson, I., Davey, G., Welch, A. A., Overvad, K., Tjønneland, A.,

- van Staveren, W. A., Saracci, R., and Riboli, E. (2002). European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) calibration study: rationale, design and population characteristics. *Public Health Nutrition*, 5(6B), 1125–1145.
- Snow, M. G., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. (1992). Stages of Change for Smoking Cessation Among Former Problem Drinkers: A Cross-Sectional Analysis. *Journal of Substance Abuse*, 4, 107–116.
- Snyder, M., McDevitt J., and Painter, S. (2008). Smoking Cessation and Serious Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 297–304.
- Sorenson, G., Goldberg, R., Ockene, J., Klar, J., Tannenbaum, T., Lemeshow, S. (1992). Heavy smoking among a sample of employed women. *Am. J Prev. Med.*, 8, 207–14.
- Sorenson, G., & Pechacek, T. F. (1987). Attitudes toward smoking cessation among men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 129–137.
- Starkey, F., Audrey, S., Holliday, J., Moore, L. and Campbell, R. (2009). Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). *Health Education Research*, 24(6), 977–988.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A., C., Smits, J., A., J., & Otto, M. V. (2006). Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 13, 176–193.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), (Updated 2009).
- Stead, L. F., Lancaster, T., & Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002850.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., et al. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 1):CD000146.
- Stead, L. F., Perera, R., Lancaster, T. (2006). Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Steinberg, M. B., Greenhaus, S., Schmelzer, A. C., Bover, M. T., Foulds, J., Hoover, D. R., et al. (2009). Triple-combination pharmacotherapy for medically ill smokers. A randomized trial. *Ann Intern Med*, 150, 447–54.
- Stephens, S., Celluci, T., Gregory, J. (2004). Comparing stage of change measures in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 759–764.
- Stevens, S. L., Colwell, B., Smith, D. W., Robinson, J., & McMillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine*, 41, 589–596.

- Stotts, A. L., Schmitz, J. M., & Grabowski, J., (2003). Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: Are patients ready to quit both? *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 1–7.
- Strecher, V. J., 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.
- Sun, X., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Laforge, R. G. (2007). Transtheoretical principles and processes for quitting smoking: A 24-month comparison of a representative sample of quitters, relapsers, and non-quitters. *Addictive Behaviors*, 32, 2707–2726.
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35–81.
- Sussman, S., Miyano, J., Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Sun, P. (2007). Six-month and one-year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addictive Behaviors*, 32, 3005–3014.
- Swart, D., Panday, S., Reddy, S. P., Bergstrom, E., De Vries, H. (2006). Access point analysis: what do adolescents in South Africa say about tobacco control programmes? *Health Education Research*, 21(3), 393-406.
- Swartz, L. H., Noell, J. W., Schroeder, S. W., & Ary, D. V. (2006). A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control*, 15, 7–12.
- Sykes, K. (1989). Measurement and evaluation of community physical fitness ± concept and controversy. *Health Education Journal*, 48, 190±197.
- Τζέτζης, Γ., Κακαμούκας, Β., Γούδας, Μ., & Τσορμπατζούδης, Χ. (2005). Σύγκριση της φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής αυτοαντίληψης παχύσαρκων και μη παχύσαρκων παιδιών. *Αναζητήσεις στη Φυσική και τον Αθλητισμό*, 3, 29–39.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Waterreus, A., Flicker, L., Lautenschlager, N. T., & Jamrozik, K., et al. (2007). Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction*, 102, 148–155.
- Tappin, D. M., MacAskill, S., Bauld, L., Eadie, D., Shipton, D., Galbraith, L. (2010). Smoking prevalence and smoking cessation services for pregnant women in Scotland Substance Abuse Treatment. *Prevention, and Policy*, 5, 1–10.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. Boston: McGraw Hill.
- Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary artery disease: Systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *The American Journal of Medicine*, 116, 682–692.
- Taylor, A. H., Everson-Hock, E. S. & Ussher, M. (2010). Integrating the promotion of physical activity within a smoking cessation programme: Findings from

- collaborative action research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research*, 10(1), 317.
- Taylor, C. B., Houston-Miller, N., Haskell, W. L., & Debusk, R. F. (1988). Smoking cessation after myocardial infarction: The effects of exercise training. *Addictive Behavior*, 13, 331–335.
- Taylor, A. H., Katomeri, M. (2007). Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 1183–1190.
- Taylor, A., Katomeri, M. & Ussher, M. (2005) Acute effects of self-paced walking on urges to smoke during temporary smoking abstinence. *Psychopharmacology*. 181, (1), 1–7.
- Taylor, M. K., Pietrobon, R., Pan, D., Huff, M., and Higgins, L. D. (2004). Healthy People 2010 - Physical Activity Guidelines and Psychological Symptoms: Evidence From a Large Nationwide Database. *Journal of Physical Activity and Health*, 1, 114–130.
- Taylor, A., & Ussher, M. (2005). Effects of exercise on smoking cessation and coping with withdrawal symptoms and nicotine cravings. In G. Faulkner, & A. Taylor, (Eds.), *Exercise, health and mental health (pp. 135-158)*. London. Routledge.
- Taylor, A. H., Ussher, M. H., Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: A systematic review. *Addiction*, 102, 534–543.
- Theodorakis, Y. (2010). Exercise, psychological health and quality of life. Thessaloniki: Xristodoulidis publications.
- Theodorakis, Y. (1992). Prediction of athletic participation: a test on Planned Behavior Theory. *Perceptual & Motor Skills*, 74, 371–379.
- Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Hassandra, M., Goudas, M., (2008). Review of the applications of a Health Education Program “I do not Smoke, I exercise” to Elementary, Junior High School and High School Students. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 6(2), 181–194.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2002). Correlation between exercise and other health related behaviors in Greek students. *International Journal of Physical Education*, 39, 30–34.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek student’s attitudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports*, 92, 275–283.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., & Karastogianidou, C. (2004). Relationship between family structure and students’ health-related attitudes and behaviors. *Psychological Reports*, 95, 851–858.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., Hatzigeorgiadis, A., & Papadimitriou, E. (2005). Patterns of health-related behaviours among Hellenic students. *Hellenic Journal of Psychology*, 2, 225–242.

- Theodorakis, Y., Goudas, M., Zourbanos, N., Hatzigeorgiadis, A., & Jamurtas, A. (2014). Exercise as a Means for Smoking and Alcohol Cessation: New Trends in Research. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 12(3), 226 – 233.
- Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M., Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*, 17, 230–237.
- Thomas, J. L., Patten, C. A., Mahnken, J., Offord, K. P., Hou, Q., Lynam, I. M., Wirt, B. A. and Croghan, I. T. (2009). Validation of the support provided measure among spouses of smokers receiving a clinical smoking cessation intervention *Psychology. Health & Medicine*, 14(4), 443–453.
- Thompson, P. D., Büchner, D., Pino, I. L., Bolady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., et al. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), *Circulation*, 107, 3109–3116.
- Thorlindsson, T., Vilhalmsson, R., & Valgeirsson, G. (1990). Sport participation and perceived health status: A study of adolescents. *Social Science and Medicine*, 5, 551–556.
- Thorner-Bantug, E., Jaszyna-Gasior, M., Schroeder, J. R., Collins, C. C., Moolchan, E. T. (2009). Weight Gain, Related Concerns, and Treatment Outcomes Among Adolescent Smokers Enrolled in Cessation Treatment. *Journal of the National Medical Association*, 101, 1009–1014.
- Thrasher, J. F., Niederdeppe, J. D., Jackson, C. and Farrelly M. C. (2006). Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk adolescents. *Heal. Ed. Theor. Prac.*, 21(3), 325–337.
- Tidey, J. W. & Rohsenow, D. J. (2009). Intention to quit moderates the effect of bupropion on smoking urge. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(3), 308–312.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275–336.
- Tobler, N. & Stratton, H. (1997). Effectiveness of schoolbased drug prevention programs: A metaanalysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Toll, B. A., Cooney, J. L., McKee, S. A., O'Malley, S. S., Cooney, N. L. (2008). Correspondence of interactive voice response (IVR) reports of nicotine withdrawal, craving, and negative mood with questionnaire ratings. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(6), 1057–1064.
- Tomporowski, P. D., & Ellis, N. R. (1986). Effects of exercise on cognitive processes: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 338–346.

- Tong, V. T., England, L. J., Dietz, P. M., Asare, L. A. (2008). Smoking patterns and use of cessation interventions during pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(4), 327–333.
- Tonnesen, P., Fryd, V., Hansen, M., Helsted, J., Gunnensen, A. B., Forchammer, H., et al. (1988). Two and four MG nicotine chewing gum and group counseling in smoking cessation: An open, randomized, controlled trial with a 22-month follow-up. *Addictive Behaviors*, 13, 17–27.
- Tonnesen, P., Fryd, V., Hansen, M., Helsted, M., Gunnensen, A. B. & Stockner, M. (1988). Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *The New England Journal of Medicine*, 318, 15–18.
- Traustadottir, T., Bosch, P. & Matt, K. S. (2005). The HPA axis response to stress in women: Effects of aging and fitness. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 392–402.
- Treasure J. (2004). Motivational Interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331–337.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*. 34, 1–8.
- Tuomilehto, J., Marti, B., Salonen, J., Virtala, E., Lahti, T., & Puska, P. (1987). Leisure-time physical activity is inversely related to risk factors for coronary heart disease in middle-aged Finnish men. *European Heart Journal*, 8, 1047–1055.
- Twigg, L., Moon, G., Szatkowski, L., Iggulden, P. (2009). Smoking cessation in England: Intentionality, anticipated ease of quitting and advice provision. *Social Science & Medicine*, 68, 610–619.
- Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Meyer, C., Schmidt, C. O., Schumann, A., Rumpf, H. J. & Ulrich, J. (2009). Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counseling? *Patient Education and Counseling*, 74, 23–28.
- Unger, J. B., Cruz, T., Baezconde-Garbanati, L., Shakib, S., Palmer, P., Johnson, C. A. et al. (2003). Exploring the cultural context of tobacco use: A transdisciplinary framework. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 101–117.
- Ussher, M., Doshi, R., Sampuran, A. K., West, R. (2006). Acute effect of isometric exercise on desire to smoke and tobacco withdrawal symptoms. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 21, 39–46.
- Ussher, M. H., Taylor A, Faulkner G. (2008). Exercise interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, 4, 1–37.
- Ussher, M., Taylor, A., West, R., & McEwen, A. (2000). Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction*, 95, 199–208.
- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Steptoe, A. (2003). Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Addiction*, 98, 523–532.

- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., Steptoe, A. (2001). Efficacy of exercise counselling as an aid to smoking cessation: A randomised controlled trial. *European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*.
- Ussher, M., West, R., Taylor, A., & McEwen, A. (2005). Exercise interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, 1, 1–19.
- Ussher, M., West, R., Taylor, A., & McEwen, A. (2000). Exercise interventions in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration, 3. Oxford: Update Software.
- US Department of Health & Human Services (2001). *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Public Health Service, Office of the Surgeon General.
- US Department of Health & Human Services (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence Update. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Public Health Service.
- Valente, T. W., Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Cen, C. Y. and Johnson, C. A. (2006). The interaction of curriculum type and implementation method on 1-year smoking outcomes in a school-based prevention program. *Health Education Research Theory & Practice*, 21(3), 315–324.
- Van Osch, L., Lechner, L., Reubsæet, A., et al. (2009). Optimizing the efficacy of smoking cessation contests: an exploration of determinants of successful quitting. *Health Educ Res*, 24, 54–63.
- Van Osch, L., Lechner, L., Reubsæet, A., Reubsæet, A. Wigger, S. And De Vries, H. (2008). Relapse prevention in a national smoking cessation contest: Effects of coping planning. *Br.J. Heal.Psych.*, 13, 525–535.
- Van 'T Riet, J., Ruiters, R., Werrij, M. & De Vries, H. (2008). The influence of self-efficacy on the effects of framed health messages. *European Journal of Social Psychology*, 38, 800–809.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271 – 283.
- Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O., Abrams, D. B., Emmons, K. M., & Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401–411.
- Villanti, A. C., McKay, H. S., Abrams, D. B., Holtgrave, D. R., Bowie, J. V. (2010). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 564–574.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216–233.

- Vogt, F., Hall, S., Marteau, T. M. (2010). Examining why smokers do not want behavioral support with stopping smoking. *Patient Education and Counseling*, 79, 160–166.
- Vogt, F., Hall, S., Marteau, T. M. (2008). Understanding why smokers do not want to use nicotine dependence medications to stop smoking: qualitative and quantitative studies. *Nicotine Tob Res*, 10, 1405–1413.
- Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., et al. (2009). A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *N Engl J Med*, 360, 699–709.
- Wakefield, M., Germain, D., Durkin, S. and Henriksen L. (2006). An experimental study of effects on schoolchildren of exposure to point-of-sale cigarette advertising and pack displays. *Health Ed. Res. Theory & Practice*, 21(3), 338–347.
- Ward, K. D., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., Bliss, R. E., Garvey, A. J. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict. Behav.*, 22, 521–533.
- Ward, K. D., Vander Weg, M. W., Klesges, R. C., Kovach, K. W., Elrod, M. C., DeBon, M., et al (2003). Characteristics of highly physically active smokers in a population of young adult military recruits. *Addictive Behaviors*, 28, 1405–18.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *SF-36 Physical and mental health summary scales: A user's manual*. Boston, MA: Health Institute, New England Medical Center.
- Warner, K. E., Burns, D. M. (2003). Hardening and the hard-core smoker: concepts, evidence, and implications. *Nicotine Tob Res*, 5, 37–48.
- Wechsler, H., & Davenport, A. E. (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics. *Journal of American College Health*, 45, 195–200.
- Weinehall, L., Hellsten, G., Boman, K., Hallmans, G., Asplund, K. and Wall, S. (2001). Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10 Year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(56), 59–68.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard Rev Psychiatry*, 12, 339–350.
- Welch, D. and Poulton, R. (2009). Personality Influences on Change in Smoking Behavior. *Health Psychology*, 28(3), 292–299.
- Wendel-Vos, G. C. et al. (2004). Physical activity and stroke. A metaanalysis of observational data. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 787–798.
- Wendt, S. J. (2005). Smoking cessation and exercise promotion counseling in psychologists who practice psychotherapy. *American Journal of Health Promotion*, 19, 339–345.

- Werch, C. (2007). The Behavior-Image Model: a paradigm for integrating prevention and health promotion in brief interventions. *Brief intervention model for adolescents. Heal.Ed.Resear.*, 22(5), 677–690.
- West, R., Baker, C. L., Cappelleri J. C., Bttshmakin, A. G. (2008). Effect of varenicline and bupropion ST on craving, nicotine withdrawal symptoms and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology*, 197, 371–377.
- West, R. & Sohal, T. (2006). “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ*, 332, 458–60.
- Wetterer, A. & von Troschke, J. (1986). *Smoker motivation: A review of contemporary literature*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- WHO-European strategy for smoking cessation policy. Revision 2004. European Tobacco Control Policy Series, No 1.
- WHO-World Health Organisation data on smoking cessation. Revision 2010.
- WHO (2009). World Health Statistics. Available: <http://www.who.int.whois/whostat/2009/en/index.html>.
- Wilson, N., Weerasekera, D., Peace, J., Edwards, R., Thomson, G. & Devlin, M. (2009). Misperceptions of "light" cigarettes abound: National survey data, *BMC Public Health*, 9, 126–136.
- Witkiewitz, K., Bush, T., Magnusson, B., Carlini, B.H., & Zbikowski, S.M. (2012). Trajectories of Cigarettes per Day During the Course of Telephone Tobacco Cessation Counseling Services: A Comparison of Missing Data Models. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(9), 1100–1104.
- World Health Organisation (2002). *Factsheet on cigarette consumption: World health Organisation: western Pacific Region Public Information Unit*.
- World Health Organisation (2003). *An international treaty for tobacco control*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization 2001: *World Health Organization Atlas 2011: Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Editors: Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving.
- Χασάνδρα, Μ. & Θεοδωράκης, Γ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239–248.
- Yeh, H. C., Duncan, B., Schmidt, M., Wang, N. Y. and Brancati, F. (2010). Smoking, Smoking Cessation, and Risk for Type 2 Diabetes Mellitus A Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*, 152, 10–17.

- Yong, H. H., Borland, R., Siahpush, M. (2005). Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older Smokers in four countries: findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addictive Behaviors*, 30, 777–788.
- Yusuf, H. R., Croft, J. B., Giles, W. H., Anda, R. F., Casper, M. L., Caspersen, C.J., et al. (1996). Leisure-time physical activity among older adults. United States, 1990. *Archives of Internal Medicine*, 24, 1321–1326.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας (1999). Κατευθυντήριες Οδηγίες: Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 16(6), 615–625.
- Zao, Li, H., Sun, W., Cheng, F., Wang, X., Liu, W., Wang, A. (2008). Cigarette smoking status and smoking cessation counseling of Chinese Physicians in Wuhan, Hubei Province. *Asia- Pasific Journal of Public Health*, 20, 183–192.
- Zbikowski, S. M., Hapgood, J., Barnwell, S. S., McAfee, T. (2008): Phone and Web-Based Tobacco Cessation Treatment: Real-World 76. Utilization Patterns and Outcomes for 11,000 Tobacco Users. *Journal of Medical Internet Research*, 10(5):e41.
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsean, A., Coste, F., West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34, 365–373.
- Zhu, S. H., Melcer, T., Sun, J., et al. (2000). Smoking cessation with and without assistance. *Am J/Vei; Med.*, 18, 305–311.
- Zhu, S. H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G. & Pierce, J. P. (1996a). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202–211.
- Zhu, S. H., Tedeschi, G. J., Anderson, C. M. & Pierce, J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: What's in a call? *Journal of Counseling & Development*, 75, 93–102.
- Zhu, S. H., Wang, J. B., Harman, A. et al. (2009). Quitting cigarettes completely or switching to smokeless tobacco: do US data replicate the Swedish results? *Tobacco Control*, 18, 82–87.
- Zwar, N. A., Richmond, R. L., Forlonge, G., & Hasan, I. (2011). Feasibility and effectiveness of nurse-delivered smoking cessation counselling combined with nicotine replacement in Australian general practice. *Drug and Alcohol Review*, 30, 583–588.

VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Σε μία κλίμακα 0 – 10 (0 = καθόλου και 10 = σε μεγάλο βαθμό), πόσο σε ενδιαφέρει αυτή τη στιγμή να διακόψεις το κάπνισμα;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Σκοπεύεις να διακόψεις το κάπνισμα:

- Κάποια στιγμή στο απώτερο μέλλον

- Μέσα στους επόμενους 6 μήνες

- Μέσα στον επόμενο μήνα

Τα 3 Μαγικά Σημεία που μπορεί να σταθούν εμπόδιο στην αλλαγή:



Μαγική επιθυμία

*Αχ και να ξυπνήσω μια μέρα
και να μη θέλω να δω τσιγάρο στα μάτια μου!*



Μαγική στιγμή

*Θα έρθει η στιγμή που θα είμαι απόλυτα έτοιμος
και θα το κάνω!*



Μαγική απόφαση

*Αποφάσισα να το κόψω ΤΩΡΑ
και δε χρειάζεται
ούτε να σκεφτώ τίποτα
ούτε να προετοιμαστώ για κάτι!*

**Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο εθισμός
στην ανάγκη σου για τσιγάρο;**

<i>Αν απαντήσεις ΝΑΙ σε οποιαδήποτε από αυτές τις φράσεις, τότε ο εθισμός παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάγκη σου για τσιγάρο</i>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κάθε πρωί που ξυπνάω, καπνίζω μέσα στο πρώτο 10λεπτο		
Καπνίζω περισσότερο τις πρώτες ώρες της ημέρας		
Περισσότερο με δυσκολεύει να κόψω το πρωινό τσιγάρο παρά οποιοδήποτε άλλο στη διάρκεια της ημέρας		
Αν ήμουν άρρωστος-η στο κρεβάτι, θα κάπνιζα και πάλι		
Όταν το έκοψα ή προσπάθησα να το κόψω στο παρελθόν, αισθανόμουν έντονα τη λαχτάρα έστω και για ένα τσιγάρο		
Όταν δεν μπορώ να καπνίσω για μερικές ώρες έχω έντονη επιθυμία για τσιγάρο		
Σπάνια τα καταφέρνω να μείνω χωρίς τσιγάρο για πολλή ώρα		
Το πρωί λειτουργώ πολύ καλύτερα μετά από ένα τσιγάρο		
Κάποιες φορές, ακόμα κι αν λέω στον εαυτό μου ότι δε θα καπνίσω, τελικά καταλήγω με ένα τσιγάρο στο χέρι		
Ούτε η χειρότερη καταιγίδα δε θα με σταματούσε – αν είχα ξεμείνει χωρίς τσιγάρα, θα πήγαινα αμέσως να πάρω		
Ο αριθμός των τσιγάρων που κάνω κάθε μέρα εξαρτάται συχνά από άλλους παράγοντες – πως νιώθω, τι κάνω, κτλ		
Δεν έχω κανέναν έλεγχο στο κάπνισμά μου: δε μπορώ να πω 'τόρα δε θα καπνίσω' και να το κάνω		
Αποφεύγω χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα, ακόμα κι αν απολάμβανα την παραμονή μου εκεί (σινεμά, εστιατόρια, κτλ.).		

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Στο τεστ αυτό, όσο λιγότερο χρονικό διάστημα υπολογίζεις ότι χρειάζεσαι προκειμένου να διακόψεις το κάπνισμα, τόσο πιο αποτελεσματικός/η είσαι στο συγκεκριμένο θέμα.

Εσύ τι προβλέπεις για τον εαυτό σου για τις ακόλουθες προσπάθειες;

Βάλε σε κύκλο έναν αριθμό εφόσον γνωρίζεις ότι 10 αντιστοιχεί στο απόλυτα σίγουρος/η, το 5 στο έτσι κι έτσι και το 1 στο καθόλου σίγουρος/η.

Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διακόψεις το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 10 εβδομάδες;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διακόψεις το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 4 εβδομάδες;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διακόψεις το κάπνισμα μέσα την επόμενη εβδομάδα;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διακόψεις το κάπνισμα αύριο;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να διακόψεις το κάπνισμα αυτή τη στιγμή;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____

Σύμβουλος: _____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα:

Επώνυμο:

Φύλο:

Ηλικία:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:

Εθνικότητα:

Εκπαίδευση:

Επάγγελμα:

Ασφαλιστικός Φορέας:

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ

ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΑΔΕΡΦΙΑ
Ηλικία				
Επάγγελμα				
Καπνίζει (ποσότητα)				

ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (πατρική οικογένεια)

ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ή ΣΥΝΘΕΣΗ

ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (δική του/της οικογένεια)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ

ΕΞΕΙΣ & ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ (Σωματική Άσκηση)

ΣΩΜΑΤΟΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (στην αρχή του προγράμματος)

Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής:

Πόσες φορές προσπάθησε να το διακόψει και για πόσο διάστημα διήρκησε η διακοπή;

Για ποιο λόγο ξανακάπνισε;

Τωρινή προσπάθεια διακοπής με συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος:

Ποσότητα και Διάρκεια:

Ανάγκη για τσιγάρο / καταστάσεις κατά τις οποίες απολαμβάνει περισσότερο το τσιγάρο:

Για ποιούς λόγους καπνίζει;

Λόγοι για τους οποίους επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα:

Άποψη για το τσιγάρο και το κάπνισμα:

Τι πιστεύει ότι μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή καπνίσματος;

Υπάρχει κάτι που βοήθησε στο παρελθόν στο να διακόψει το κάπνισμα;

Ποιες οι προσδοκίες του/της από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Ποια πιστεύει ότι μπορεί να είναι τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;

ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (στο τέλος του προγράμματος)

Διέκοψε το κάπνισμα;

Πόσες προσπάθειες έκανε και πόσο διήρκησε η κάθε μια;

Ανάγκη για τσιγάρο / καταστάσεις κατά τις οποίες επιθυμεί ή νοσταλγεί περισσότερο το τσιγάρο:

Για ποιούς λόγους συνεχίζει να καπνίζει;

Λόγοι για τους οποίους διέκοψε το κάπνισμα:

Άποψη για το τσιγάρο και το κάπνισμα:

Τι πιστεύει ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος:

Τι πιστεύει ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος:

Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Ποια πιστεύει ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;

Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πώς είναι τώρα; (γενικότερη εξάρτηση)

Πώς ένιωθε το σώμα του/της όταν κάπνιζε κανονικά; Πώς νιώθει μετά την παρέμβαση;

Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του/της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;

Ποια ήταν η σχέση του/της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πώς εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του/της;)

Πώς βλέπει τον εαυτό του/της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πώς μπορεί το κοινωνικό του/της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)

Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τι από τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)

Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης:

Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον-α που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____

Α/Α	Ημερ.	Βήμα	Ασκήσεις	Βήματα min-max	Τσιγάρα ΜΟ/ημέρα	Παρατηρήσεις - Στόχοι	
						Στόχοι:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
						Στόχοι:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
						Στόχοι:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

«ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ»

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ

Το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας υλοποιεί πρόγραμμα υποβοήθησης διακοπής του καπνίσματος το οποίο περιλαμβάνει 12 επισκέψεις διάρκειας 1 ώρας, με συχνότητα 1 επίσκεψη την εβδομάδα, για 12 συνεχόμενες εβδομάδες, σε συγκεκριμένες μέρες και ώρες, που θα καθοριστούν μετά από συνεννόηση με τους υπεύθυνους του προγράμματος.

Κατανοώ και αποδέχομαι ότι στο πλαίσιο του προγράμματος θα συμμετέχω σε ένα από τα παρακάτω:

- ο σε πρόγραμμα άσκησης σε οποιονδήποτε αθλητικό χώρο
- ο σε πρόγραμμα άσκησης βασισμένο στη βάδιση

Τέλος, δεσμεύομαι ότι με το πέρας του προγράμματος θα επιστρέψω το πεδόμετρο το οποίο θα μου παρασχεθεί από το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Δες την αλήθεια όπως πραγματικά είναι

Να είσαι ειλικρινής με τον εαυτό σου. Κοίταξε ξεκάθαρα, πώς το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία σου. Μην διαβάζεις απλά τις επιπτώσεις του στην υγεία σου. Σκέψου λίγο για κάθε μια από αυτές και το κέρδος που θα έχεις όταν κόψεις το κάπνισμα.

Το κάπνισμα:

Είναι η **N° 1** αιτία θανάτων γενικά.

Είναι η **N° 1** αιτία θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων.

Είναι η **N° 1** αιτία καρκίνου στις γυναίκες.

Είναι η **N° 1** αιτία καρκίνου του οισοφάγου.

Αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπαθειών.

Αυξάνει τον κίνδυνο αθηροσκλήρωσης.

Αυξάνει τον κίνδυνο για διαβήτη.

Αυξάνει τον κίνδυνο για έλκος στομάχου.

Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου των νεογέννητων και επιφέρει και άλλες επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη.

Μειώνει την (καλή χοληστερίνη) HDL στο αίμα.

Προκαλεί Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονική Νόσο.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση υγείας σκοτώνει 6 άτομα κάθε λεπτό, και αυτός ο αριθμός θα τριπλασιασθεί τα επόμενα χρόνια.

Κάθε τσιγάρο μειώνει τη ζωή του καπνιστή κατά 1 λεπτό.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει όσο αυξάνει ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος για καρκίνο συνδέεται άμεσα με την ποσότητα τσιγάρων και τα χρόνια καπνίσματος και μειώνεται αργά μετά τη διακοπή, ενώ ο κίνδυνος για καρδιοπάθειες, δεν είναι τόσο στενά δεμένος με την ποσότητα και τα χρονική διάρκεια και μειώνεται γρήγορα μετά τη διακοπή.

Από το κάπνισμα κινδυνεύει και η υγεία των παθητικών καπνιστών, αυτών δηλαδή που είναι δίπλα σου στον ίδιο χώρο, στη δουλειά ή στο σπίτι.

ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Με την εισπνοή καπνού, οι ουσίες περνούν γρήγορα διαμέσου των πνευμόνων στο ΑΙΜΑ. Το αίμα μεταφέρει μαζί με τις χρήσιμες και τις άχρηστες ουσίες, στα διάφορα μέρη του σώματος. Το οξυγόνο δεν μπορεί να κινηθεί με την ίδια άνεση.

Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη που προκαλεί εθισμό, καθώς επίσης και 4000 άλλες χημικές ουσίες, εκ των οποίων 200 δηλητηριώδεις και 50 καρκινογενείς.

Με την εισπνοή του καπνού, η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο σε 5 δευτερόλεπτα, όπου στην συνέχεια επιδρά πολλαπλά σε όλο το σώμα.

Αυξάνει τον καρδιακό παλμό, και το ρυθμό αναπνοής. Τα αιμοφόρα αγγεία στενεύουν, η περιφερειακή λειτουργία γίνεται πιο αργή, η πίεση αυξάνει.

Στη συνέχεια αισθήματα έντασης και κούρασης ανακουφίζονται, και το άτομο νομίζει ότι νιώθει καλά.

Όμως μετά από λίγα λεπτά τα αισθήματα αυτά φεύγουν και μια ανάκληση επέρχεται. Το άτομο νοιώθει θλίψη ή μελαγχολία, και ερεθισμό και νοιώθει την πίεση να καπνίσει ξανά. Προσωρινή ανακούφιση δηλαδή αλλά αμέσως μετά επιθυμία για νέα πρόσληψη νικοτίνης.

Έτσι το κάπνισμα γίνεται μια από τις πιο δυνατές συνήθειες που προκαλούν εθισμό.

***Σκέψου τι κερδίζεις και τι χάνεις
από τη διαδικασία αυτή της καταπόνησης του οργανισμού.
Πραγματικά κερδίζεις κάτι;***

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10

Ποιες είναι οι γνώσεις σου για το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα;			
(Απάντησε για κάθε πρόταση αυτό που νομίζεις ότι είναι σωστό)			
	ΝΑΙ	ΙΣΩΣ	ΟΧΙ
ΓΕΝΙΚΑ			
Το κάπνισμα φέρνει δυσκολία στην αναπνοή όταν γυμνάζεσαι.			
Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη και πολλές άλλες χημικές ουσίες, δηλητηριώδεις και καρκινογενείς.			
Το κάπνισμα σκληραίνει και αδυνατίζει τις αρτηρίες.			
Το κάπνισμα φέρνει προβλήματα οστεοπόρωσης στις γυναίκες.			
Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του τραχήλου της μήτρας, της ουροδόχου κύστης, του παγκρέατος.			
Το κάπνισμα από μόνο του μπορεί να προκαλέσει περισσότερους θανάτους από ό,τι όλα μαζί τα παρακάτω: AIDS, τροχαία ατυχήματα, ναρκωτικά, αλκοόλ, αυτοκτονίες.			
Το κάπνισμα προκαλεί την εμφάνιση βρογχίτιδας και επιδείνωση του άσθματος.			
Το κάπνισμα υποβαθμίζει λειτουργίες: μειώνει την ποσότητα και την κινητικότητα του σπέρματος, εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα, ευνοεί τα κρυολογήματα και τη γρίπη.			
Το κάπνισμα επηρεάζει το δέρμα και ευνοεί τη δημιουργία ρυτίδων.			
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην όραση.			
Οι καπνιστές συκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες λίπους στο σώμα τους.			
Το κάπνισμα επηρεάζει το γκριζάρισμα και την απώλεια των μαλλιών.			
Το κάπνισμα μπορεί να συμβάλει στην πρόωρη έναρξη της εμμηνόπαυσης.			
Το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τη γονιμότητα των γυναικών κατά 28%.			
Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανικανότητας στους άντρες κατά 50%.			
Ένας στους δύο μακροχρόνιους καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα εξ αιτίας του καπνίσματος και οι μισοί από αυτούς στη μέση ηλικία.			
Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από το 40,8% των ανδρών καπνίζει καθημερινά και το 8,7% ευκαιριακά.			

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10

Οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν πριν την ηλικία των 14 ετών, ενώ το 90% των καπνιστών αρχίζουν πριν την ηλικία των 19 ετών.			
Σύμφωνα με έρευνες, το 24,6% των νέων ηλικίας 15-24 χρόνων στη χώρα μας καπνίζουν.			
Ένας στους δύο εφήβους που ξεκινάει και συνεχίζει το κάπνισμα, θα πεθάνει εξαιτίας του χάνοντας από 10 έως 25 χρόνια.			
Οι εταιρίες καπνού στοχεύουν στους νέους και προσπαθούν να παρουσιάσουν το κάπνισμα ελκυστικό, διασκεδαστικό, αρρενωπό ή σέξι.			
ΠΑΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ			
Όσοι εισπνέουν το καπνό από τους άλλους διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο για καρκίνο, καρδιακά νοσήματα και εγκεφαλικά.			
Οι παθητικοί «καπνιστές» κινδυνεύουν να υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως καρκίνο των πνευμόνων και καρδιοπάθειες.			
Τα παιδιά που εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κρυολογήσουν, να εμφανίσουν μολύνσεις των αφτιών, άσθμα και αναπνευστικά προβλήματα.			
Οι μη καπνιστές, που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα από τους μη καπνιστές οι οποίοι δεν εκτίθενται.			
Παιδιά που προέρχονται από γονείς καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άσθμα, μολύνσεις των αφτιών και άλλες ασθένειες.			
Το παθητικό κάπνισμα από πούρα είναι πιο επικίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα από τσιγάρα.			

Τι θα συμβεί μόλις κόψω το κάπνισμα;	ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΠΟΣΟ ΚΑΛΟ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΟ ΓΙΑ ΣΕΝΑ		
Μέσα σε 20 λεπτά , η αρτηριακή πίεση μειώνεται αισθητά.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Μέσα σε 8 ώρες , τα επίπεδα μονοξειδίου του αζώτου στο αίμα θα επανέλθουν σε κανονικά επίπεδα.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Μετά από 2 μέρες , το σώμα αρχίζει να καθαρίζει και όλα τα υποπροϊόντα της νικοτίνης να εξαφανίζονται. Οι αισθήσεις της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Σε 2 εβδομάδες με 3 μήνες , θα βελτιωθεί η κυκλοφορία του αίματος και η λειτουργική ικανότητα των πνευμόνων μου.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Σε 2 μήνες , η κυκλοφορία του αίματος στα άκρα μου θα βελτιωθεί, διατηρώντας τα πιο ζεστά. Το δέρμα μου θα φαίνεται υγιέστερο.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Σε 1 με 9 μήνες , θα βήχω λιγότερο, θα αισθάνομαι λιγότερη κούραση και θα λαχανιάζω λιγότερο.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Σε 1 χρόνο , οι πιθανότητες να πάθω κάποιο καρδιακό νόσημα θα μειωθούν στις μισές από ότι ήταν, όταν κάπνιζα.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
Σε 5 χρόνια , οι πιθανότητες να πάθω εγκεφαλικό θα μειωθούν στο μισό και ο κίνδυνος εμφράγματος μπορεί να επανέλθει στα επίπεδα ενός ατόμου που δεν κάπνισε ποτέ.	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	
	ΚΑΛΟ	2	
	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 11

<p>Σε 10 χρόνια, οι πιθανότητες καρκίνου του πνεύμονα θα είναι οι μισές συγκριτικά με κάποιον που καπνίζει. Οι πιθανότητες να πάθω κάποιου άλλου είδους καρκίνο θα είναι λιγότερες.</p>	<table border="1"> <tr> <td>ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ΚΑΛΟ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ΑΔΙΑΦΟΡΟ</td> <td>1</td> </tr> </table>	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	ΚΑΛΟ	2	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3							
ΚΑΛΟ	2							
ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1							
<p>Σε 15 χρόνια, οι πιθανότητες να πάθω κάποιο καρδιακό νόσημα θα είναι οι ίδιες με κάποιου που δεν κάπνισε ποτέ στη ζωή του.</p>	<table border="1"> <tr> <td>ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ΚΑΛΟ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ΑΔΙΑΦΟΡΟ</td> <td>1</td> </tr> </table>	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3	ΚΑΛΟ	2	ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1	
ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	3							
ΚΑΛΟ	2							
ΑΔΙΑΦΟΡΟ	1							
<p>Γράψε δίπλα μια δική σου πρόταση σχετικά με το τι είναι πιο σημαντικό για σένα αν το κόψεις σήμερα:</p>	<p>Αν το κόψω σήμερα, τότε...</p> <p>μετά από 1 χρόνο θα</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Μετά από 5 χρόνια θα</p> <p>.....</p> <p>.....</p>							

Όταν απαντήσεις σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις, πρόσθεσε τους αριθμούς που επέλεξες και αν το άθροισμα είναι μεγαλύτερο από το 20 σημαίνει ότι θεωρείς πως το να κόψεις το κάπνισμα θα σου κάνει καλό.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____ ΕΝΑΡΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ: __/__/__

«Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση!»

	ΔΕΥΤΕΡΑ	ΤΡΙΤΗ	ΤΕΤΑΡΤΗ	ΠΕΜΠΤΗ	ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	ΣΑΒΒΑΤΟ	ΚΥΡΙΑΚΗ
1 ^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ αρ. βημάτων:							
2 ^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ αρ. βημάτων:							
3 ^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ αρ. βημάτων:							
4 ^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ αρ. βημάτων:							
5 ^η ΕΒΔΟΜΑΔΑ αρ. βημάτων:							

Πεδόμετρο – Κάρτα χρήσης

Το πεδόμετρο είναι μια συσκευή που δείχνει τον αριθμό των βημάτων που κάνετε κατά τις καθημερινές σας δραστηριότητες. Θα πρέπει να το φοράτε συνέχεια εκτός από τις ώρες που κοιμόσαστε ή κάνετε μπάνιο. Το στερεώνετε στη μέση σας (στη φούστα, στη ζώνη ή στο παντελόνι) μπροστά και προς τη δεξιά πλευρά.

Πιο πάνω είναι ένα ημερολόγιο που θα θέλαμε να σημειώνετε τα βήματα της κάθε ημέρας. Επιστρέψτε μας το πεδόμετρο και αυτή την κάρτα, ακόμη και αν δεν τη συμπληρώσατε ολόκληρη.

Πράγματα που έκανα έως σήμερα και για τα οποία αξίζω επιβράβευση:

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε άνετα παπούτσια, άφησε τα τσιγάρα στο σπίτι και βγες στο δρόμο ή σε ένα πάρκο ή στην ύπαιθρο ή σε ένα δάσος.

Ξεκίνα να περπατάς.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 10 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 10 λεπτά.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 10 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 10 λεπτά.

Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως.

Απλά να περπατάς.

Απλά να αναπνέεις.

Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά.

Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.

Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το.

Αν νιώθεις υπέροχα, σημείωσέ το.

Για να γυμνάξεις σωστά, πρέπει πρώτα να μάθεις να μετράς τους σφυγμούς σου



Χρησιμοποίησε το δείκτη και το μέσο δάχτυλο. Τοποθέτησε απαλά στο εσωτερικό του καρπού σου, ακριβώς κάτω από την άρθρωση ή πλάγια του λαιμού σου, δίπλα από το «μήλο του Αδάμ».

Μέτρησε για 10 δευτερόλεπτα, ξεκινώντας 5 δευτερόλεπτα μετά το τέλος της άσκησης και πολλαπλασίασέ το με το 6.

Μικρές οδηγίες για να ξεκινήσεις:

1. Πριν ξεκινήσεις μέτρα τους σφυγμούς σου.
2. Αν ξεκινάς να ασκείσαι για πρώτη φορά, τότε θεώρησε τον εαυτό σου «αρχάριο», ενώ αν ασκείσαι τακτικά «προχωρημένο».
3. Για να βρεις το ρυθμό τρεξίματος που πρέπει να έχεις κάνε την παρακάτω άσκηση:
 Τρέξε για 5 λεπτά προσπαθώντας να φτάνεις τους σφυγμούς σου στο επιθυμητό επίπεδο (είναι καλύτερο να μετράς το χρόνο παρά την απόσταση γιατί μπορείς έτσι να τρέξεις οπουδήποτε).
 Στο τέλος των 5 λεπτών μέτρα τους σφυγμούς σου για να δεις αν έφτασες στο επίπεδο που πρέπει.
 Αν «ναι», τότε έχεις το σωστό ρυθμό. Αν «όχι», τότε θα πρέπει να τροποποιήσεις ανάλογα το ρυθμό σου (πιο γρήγορα αν οι σφυγμοί σου ήταν λιγότεροι και πιο αργά αν οι σφυγμοί σου ήταν περισσότεροι).
4. Για να υπάρχει αποτέλεσμα θα πρέπει να γυμνάζεσαι τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα για 20 λεπτά στο επιθυμητό επίπεδο σφυγμών.
 Για καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να γυμνάζεσαι 5 μέρες την εβδομάδα για τουλάχιστον 60 λεπτά.

ΩΡΑ ΓΙΑ ΧΑΛΑΡΩΣΗ

ΣΚΕΨΟΥ ΓΙΑ ΛΙΓΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΟΥ

ΚΑΝΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ:

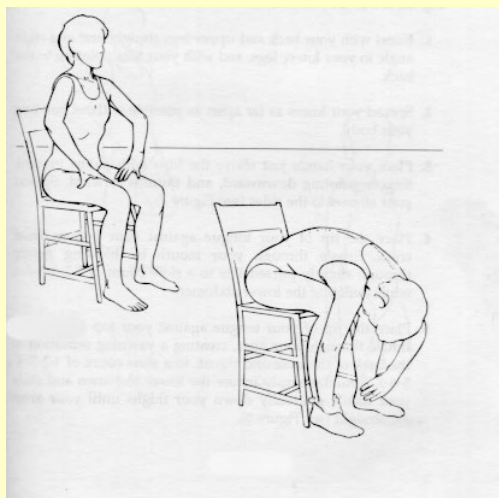
- *Εισπνοή.*
- *Κάνε μια εισπνοή βαθιά και αργά από τη μύτη προσπαθώντας να πιέσεις το διάφραγμα προς τα κάτω. Ανέπνεε από το στομάχι και το διάφραγμα με ένα ήρεμο χαλαρό τρόπο και μετά άφησε τον αέρα να γεμίσει όλο το στήθος. Η εισπνοή αυτή να γίνει περίπου σε 5 δευτερόλεπτα.*
- *Εκπνοή.*
- *Κάνε την εκπνοή αργά με το στόμα. Προσπάθησε να νοιώθεις τους μυς των ώμων και των χεριών να χαλαρώνουν. Καθώς εκπνέεις προσπάθησε να νοιώσεις ισορροπημένος και σταθερός στο έδαφος. Τα πόδια σου είναι χαλαρά και σταθερά. Η εκπνοή αυτή να γίνει σε 7 περίπου δευτερόλεπτα αργά και σταθερά.*

Μέτρα δέκα φορές χωρίς να χάσεις το μέτρημα. Ανέπνεε ήρεμα και φυσιολογικά. Καθώς εισπνέεις, σκέψου “μέσα”. Καθώς εκπνέεις σκέψου “έξω”. Σκέψου “... μέσα... και ...έξω..., μέσα... και... έξω..”. Αυτοσυγκεντρώσου στην αναπνοή και το μέτρημα και διώξε όλες τις σκέψεις από το μυαλό σου.

Να θυμάσαι να κάνεις συχνά αυτή την άσκηση, όταν είσαι σε ένα ήσυχο μέρος και μπορείς να αυτοσυγκεντρωθείς και ιδιαίτερα όταν νιώθεις την επιθυμία να καπνίσεις.

**Κάνε τις παρακάτω ασκήσεις συχνά,
όταν είσαι σε ένα ήσυχο μέρος και μπορείς να αυτοσυγκεντρωθείς**

Άσκηση χαλάρωσης για το γραφείο ή το σπίτι



- Χέρια
- 2. Σκύψιμο
- 3. Εκπνοή από το στόμα
1,2,3,4
- 4. Εισπνοή από τη μύτη
1,2,3,4,5
- 5. Πάνω
- 6. Εκπνοή
- 7. Επανάλαβε 7 φορές

Χρησιμοποίησε μια ήρεμη, φυσιολογική διαφραγματική αναπνοή. Ανάπνευσε βαθιά.

Καθώς εκπνέεις σκέψου “είμαι καλά”.

Κάνε αυτό δέκα φορές χωρίς να χάσεις το μέτρημα.

Αυτοσυγκεντρώσου και διώξε όλες τις σκέψεις από το μυαλό σου, κάνε τον εαυτό σου να νιώσει ωραία.

• ΚΑΝΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΣΚΗΣΗ

- Εισπνοή.
- Κάνε μια εισπνοή βαθιά και αργά από τη μύτη προσπαθώντας να πιέσεις το διάφραγμα προς τα κάτω. Ανέπνεε από το στομάχι και το διάφραγμα με ένα ήρεμο χαλαρό τρόπο και μετά άφησε τον αέρα να γεμίσει όλο το στήθος. Η εισπνοή αυτή να γίνει περίπου σε 5 δευτερόλεπτα.
- Εκπνοή.
- Κάνε την εκπνοή αργά με το στόμα. Προσπάθησε να νοιώθεις τους μυς των ώμων και των χεριών να χαλαρώνουν. Καθώς εκπνέεις προσπάθησε να νοιώσεις ισορροπημένος και σταθερός στο έδαφος. Τα πόδια σου είναι χαλαρά και σταθερά. Η εκπνοή αυτή να γίνει σε 7 περίπου δευτερόλεπτα αργά και σταθερά.

Χρησιμοποίησε μια ήρεμη, φυσιολογική διαφραγματική αναπνοή. Καθώς εισπνέεις, σκέψου “μέσα”. Καθώς εκπνέεις σκέψου “έξω”. Σκέψου “... μέσα... και ...έξω..., μέσα... και... έξω..”.

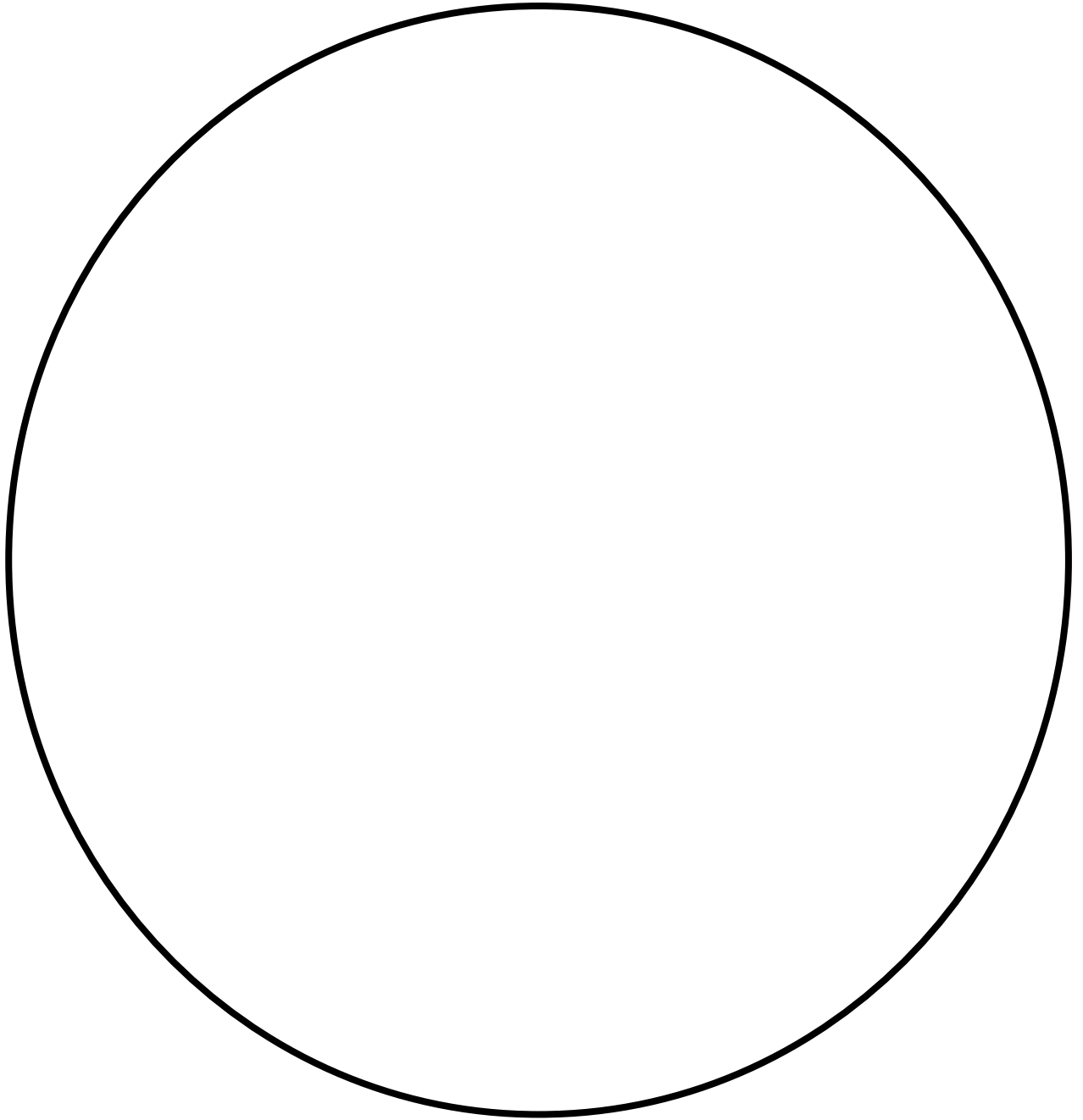
Μέτρα δέκα φορές χωρίς να χάσεις το μέτρημα.

Αυτοσυγκεντρώσου και διώξε όλες τις σκέψεις από το μυαλό σου.

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟΙ ΣΤΟΧΟΙ



Θέτοντας στόχους...



Εργασία

Φίλοι

Διασκέδαση

Οικογένεια

Σώμα

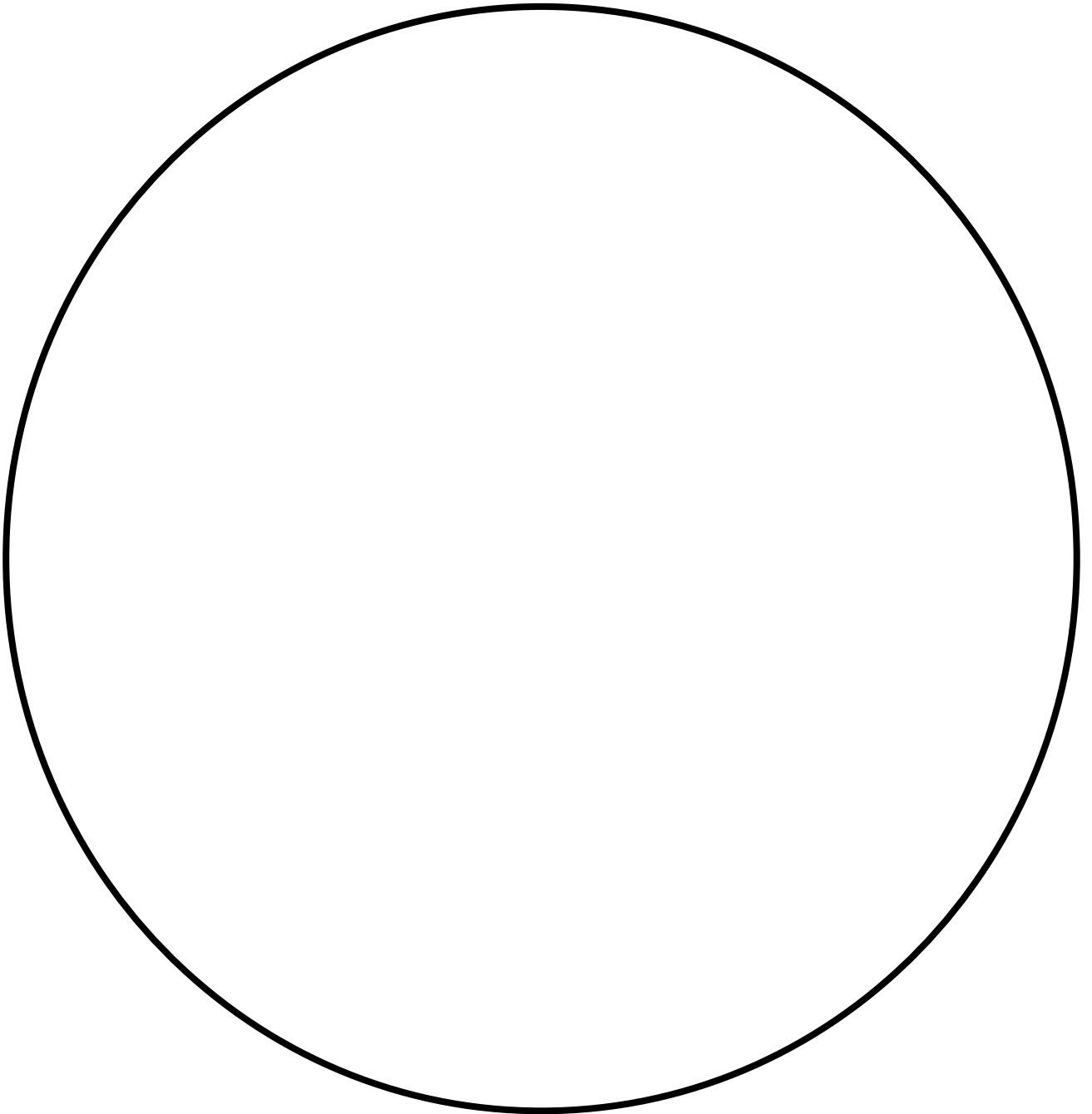
Σπίτι

Πνεύμα

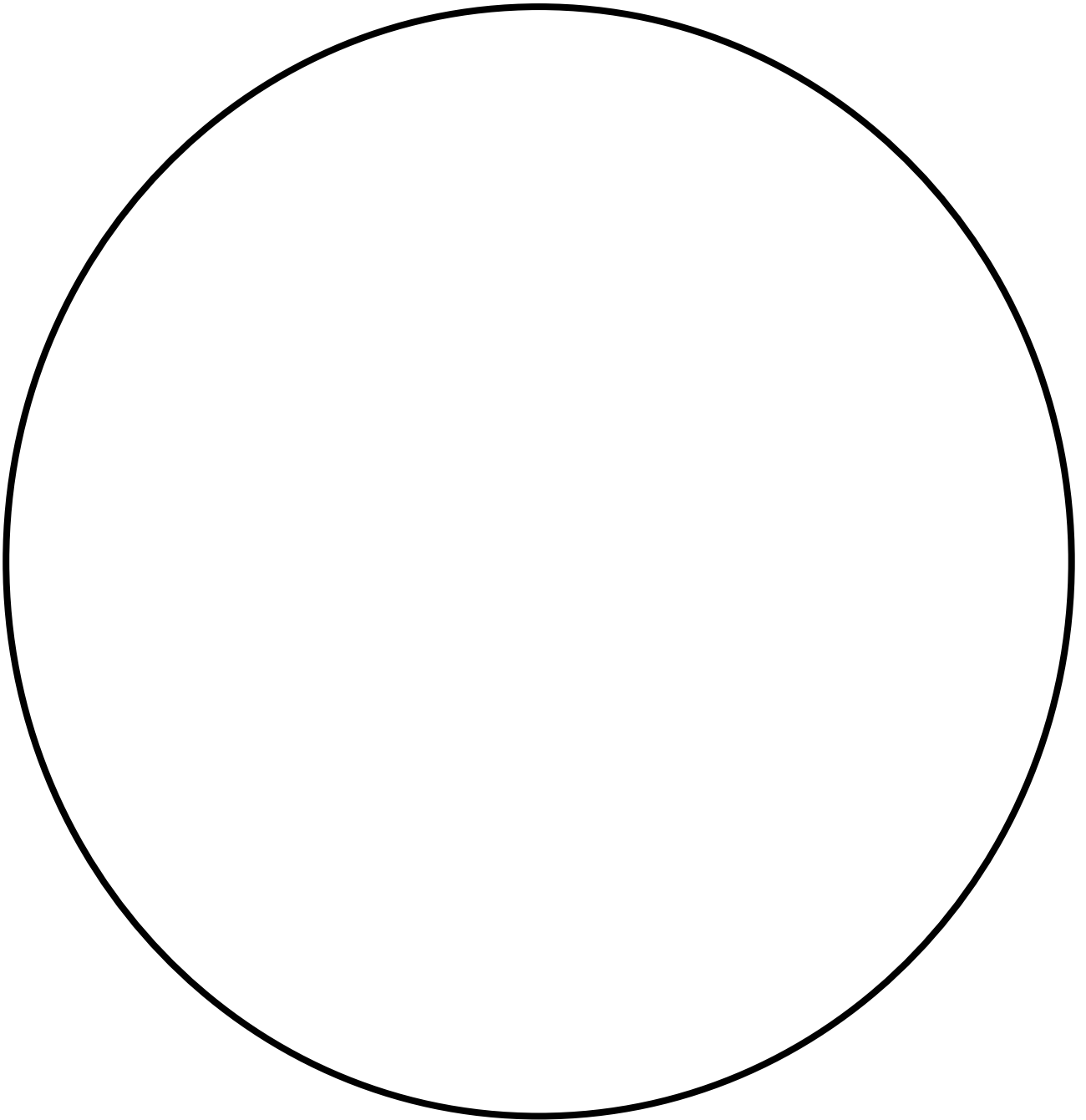
Άλλα ενδιαφέροντα

Εξετάζοντας τη συμβολή παραγόντων (πιθανές αιτίες) σε ένα αποτέλεσμα...

«Τι δεν πήγε καλά σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος;»



Πραγματικότητα...



Εργασία

Φίλοι

Διασκέδαση

Οικογένεια

Σώμα

Σπίτι

Πνεύμα

Άλλα ενδιαφέροντα

Ποιοι είναι οι ΛΟΓΟΙ που καπνίζεις;

ΑΣΚΗΣΗ Β4. Το παρακάτω ερωτηματολόγιο βοηθάει τους καπνιστές να προσδιορίσουν τους λόγους που καπνίζουν και να δουν κατά πόσο είναι πρόθυμοι να ξεκινήσουν ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΩ;

ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΣΕ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
Α. Καπνίζω τσιγάρα για να μην νιώθω ατονία.	5	4	3	2	1
Β. Το να κρατάς το τσιγάρο είναι μέρος της απόλαυσης του καπνίσματος.	5	4	3	2	1
Γ. Το να καπνίζω τσιγάρα είναι ευχάριστο και χαλαρωτικό.	5	4	3	2	1
Δ. Ανάβω το τσιγάρο όταν αισθάνομαι νευριασμένος για κάτι.	5	4	3	2	1
Ε. Η κατάσταση στην οποία περιέρχομαι όταν ξεμένω από τσιγάρα είναι ανυπόφορη. Μόνο όταν καταφέρω να βρω τσιγάρα μπορώ να το ξεπεράσω.	5	4	3	2	1
ΣΤ. Καπνίζω τσιγάρα χωρίς να το καταλαβαίνω, σχεδόν μ' έναν αυτόματο τρόπο.	5	4	3	2	1
Ζ. Καπνίζω τσιγάρα για να τονώνομαι, για να αισθάνομαι όμορφα.	5	4	3	2	1
Η. Μέρος της ευχάριστης διαδικασίας του καπνίσματος αποτελεί η στιγμή εκείνη, που ανάβω το τσιγάρο.	5	4	3	2	1
Θ. Βρίσκω το κάπνισμα μια ευχάριστη διαδικασία.	5	4	3	2	1
Ι. Όταν δεν αισθάνομαι άνετα ή δυσανασχετώ με κάτι, ανάβω ένα τσιγάρο.	5	4	3	2	1
Κ. Αισθάνομαι έντονα την κατάσταση του να μην καπνίζω.	5	4	3	2	1
Λ. Ανάβω τσιγάρο χωρίς να αντιλαμβάνομαι ότι έχω άλλο ένα να σιγοκαίει στο τασάκι μου.	5	4	3	2	1
Μ. Καπνίζω διότι μου ανεβάζει τη διάθεση.	5	4	3	2	1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 20

Ν. Μέρος της ευχάριστης διαδικασίας του καπνίσματος αποτελεί η στιγμή εκείνη, που εκπνέω το καπνό.	5	4	3	2	1
Ξ. Συχνότερα, καπνίζω, όταν αισθάνομαι άνετος/η και χαλαρός/η.	5	4	3	2	1
Ο. Καπνίζω τσιγάρα, όταν αισθάνομαι πεσμένος/η ή όταν θέλω να διώξω τις έγνοιες από το μυαλό μου.	5	4	3	2	1
Π. Όταν έχω καιρό να καπνίσω αισθάνομαι ένα είδος “πείνας” για τσιγάρο.	5	4	3	2	1
Ρ. Βρήκα ένα τσιγάρο στο στόμα μου και δεν θυμόμουν ποια στιγμή το έβαλα.	5	4	3	2	1

Η αξιολόγηση

Βάλε τα νούμερα που κύκλωσες στις ερωτήσεις, στα κενά που βρίσκονται παρακάτω, βάζοντας το νούμερο που κύκλωσες για την ερώτηση Α δίπλα από το γράμμα Α, για τη Β δίπλα από το Β και ούτω καθεξής. Πρόσθεσε τα τρία νούμερα της κάθε γραμμής για να συγκεντρώσεις το συνολικό άθροισμα του κάθε παράγοντα. Για παράδειγμα το άθροισμα των αριθμών στις ερωτήσεις Α, Ζ, Μ σου δίνουν το σύνολο στον παράγοντα «Τόνωση».

Το άθροισμα μπορεί να ποικίλει από 3 έως 15.

Κάθε άθροισμα πάνω από 11 θεωρείται υψηλό, κάθε άθροισμα από 7 και κάτω θεωρείται χαμηλό.

A		+ Z		+ M		=		Τόνωση
B		+ H		+ N		=		Κράτημα / Κίνηση
Γ		+ Θ		+ Ξ		=		Ευχαρίστηση/ Χαλάρωση
Δ		+ I		+ O		=		Μείωση Έντασης/ Στρες
E		+ K		+ Π		=		Ψυχολογική Εξάρτιση
ΣΤ		+ Λ		+ Ρ		=		Συνήθεια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 22

ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;	Συμφωνώ	Συμφωνώ Λίγο	Διαφωνώ Λίγο	Διαφωνώ
A. Το κάπνισμα μπορεί να μου προκαλέσει μια βαριά ασθένεια.	4	3	2	1
B. Όταν καπνίζω αποτελεί κακό παράδειγμα για τους άλλους.	4	3	2	1
Γ. Βρίσκω ότι το κάπνισμα αποτελεί ένα είδος βρώμικης συνήθειας	4	3	2	1
Δ. Το να ελέγξω το κάπνισμα των τσιγάρων αποτελεί μια πρόκληση για μένα.	4	3	2	1
Ε. Το κάπνισμα μου προκαλεί μείωση της αναπνευστικής μου ικανότητας.	4	3	2	1
ΣΤ. Αν σταματήσω το κάπνισμα, ίσως να επηρεάσω και τους δίπλα μου στο να σταματήσουν και αυτοί.	4	3	2	1
Ζ. Το κάπνισμα προκαλεί ζημιά στα ρούχα και σε άλλα προσωπικά πράγματα.	4	3	2	1
Η. Με το να κόψω το κάπνισμα θα δείξω πως έχω δύναμη θέλησης.	4	3	2	1
Θ. Το κάπνισμα θα έχει κακή επίδραση στην υγεία μου.	4	3	2	1
Ι. Με το να καπνίζω επηρεάζω τους δικούς μου ανθρώπους, στο να αρχίσουν ή να συνεχίσουν να καπνίζουν τσιγάρα.	4	3	2	1
Κ. Αν σταματήσω το κάπνισμα, θα βελτιώσω την αίσθηση της γεύσης ή της όσφρησης.	4	3	2	1
Λ. Δεν μου αρέσει η ιδέα του να αισθάνομαι εξαρτημένος/η από το κάπνισμα.	4	3	2	1

Η αξιολόγηση

Βάλε τα νούμερα που κύκλωσες στις ερωτήσεις, στα κενά που βρίσκονται παρακάτω, βάζοντας το νούμερο που κύκλωσες για την ερώτηση Α δίπλα από το γράμμα Α, για τη Β δίπλα από το Β και ούτω καθεξής. Πρόσθεσε τα τρία νούμερα της κάθε γραμμής για να συγκεντρώσεις το συνολικό άθροισμα του κάθε παράγοντα. Για παράδειγμα το άθροισμα των αριθμών στις ερωτήσεις Α, Ε, Θ σου δίνουν το σύνολο στον παράγοντα «Υγεία».

Το άθροισμα μπορεί να ποικίλει από 3 έως 12.

Κάθε άθροισμα πάνω από 9 θεωρείται υψηλό, κάθε άθροισμα από 6 και κάτω θεωρείται χαμηλό.

Α		+ Ε		+ Θ		=		Υγεία
Β		+ ΣΤ		+ Ι		=		Παράδειγμα
Γ		+ Ζ		+ Κ		=		Αισθητική
Δ		+ Η		+ Λ		=		Θέληση

Κόστος καπνίσματος

ΑΠΟΧΗ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΣΙΓΑΡΩΝ / ΟΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ - ΚΕΡΛΟΣ			
	10 τσιγάρα ημερησίως	20 τσιγάρα ημερησίως	30 τσιγάρα ημερησίως	40 τσιγάρα ημερησίως
1 μέρα				
1 εβδομάδα				
1 μήνας				
6 μήνες				
1 χρόνος				
5 χρόνια				

ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ, ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟ ΔΙΑΚΟΨΕΙΣ

Στη στήλη αυτή γράψε 5 σοβαρούς λόγους για τους οποίους πρέπει να συνεχίσεις να καπνίζεις.	Στη στήλη αυτή γράψε 5 σοβαρούς λόγους για τους οποίους πρέπει να το διακόψεις για πάντα.
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<p><i>Δες τις δυο στήλες και σκέψου για λίγο. Κάνε μια σύγκριση και δες τι είναι πιο σοβαρό ανάμεσα στις δυο στήλες. Γράψε με κάθε ειλικρίνεια τι αξίζει πιο πολύ για σένα.</i></p>	

Ουσίες που περιέχονται σε ένα τσιγάρο:

Νικοτίνη: υψηλά εθιστική, αλλά επίσης, ένα πολύ ισχυρό εντομοκτόνο

Πίσσα: Αποτελεί μίγμα βλαβερών χημικών ουσιών και χρησιμοποιείται στην ασφαλτόστρωση των δρόμων. Περίπου το 70% της πίσσας του τσιγάρου, εναποτίθεται στους πνεύμονες των καπνιστών με αποτέλεσμα να τους φράζει.

Αμμωνία: Καυστική ουσία που περιέχεται σε δραστικά υγρά καθαρισμού (π.χ. υγρά για πατώματα) και είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη αν την εισπνεύσει κάποιος.

Φορμαλδεΰδη: Χημική ουσία με έντονη οσμή, που χρησιμοποιείται στη συντήρηση των πτωμάτων και περιέχεται σε διάφορες κόλλες και τυπογραφικές ουσίες. Η εισπνοή της φορμαλδεΰδης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή κρίση άσθματος, ιδίως τα βρέφη και τα μικρά παιδιά.

Αρσενικό: Ισχυρό δηλητήριο που μπορεί να σκοτώσει κάθε ζωντανό οργανισμό πολύ γρήγορα. Χρησιμοποιείται στην κατασκευή εντομοκτόνων, ποντικοφάρμακων κλπ και προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, των πνευμόνων και του ήπατος. Επίσης προκαλεί δυσκολίες στην ακοή, πάχυνση του δέρματος και μυρμηγκιάσματα στα χέρια και τα πόδια.

Μονοξείδιο του άνθρακα: Άοσμο, δηλητηριώδες αέριο που εκπέμπεται κι από τις εξατμίσεις των αυτοκινήτων. Το μονοξείδιο του άνθρακα συνδέεται με τα συστατικά του αίματος που μεταφέρουν το οξυγόνο. Το 15% του αίματος των καπνιστών δεσμεύεται για να μεταφέρει το μονοξείδιο του άνθρακα που περιέχεται στον καπνό, αντί για το απαραίτητο οξυγόνο. Για να αναπληρωθούν όμως οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο, η καρδιά αναγκάζεται να δουλεύει πιο έντονα, με αποτέλεσμα να φθείρεται και να καταστρέφεται.

Μεθάνιο: Χρησιμοποιείται ως καύσιμο για πυραύλους. Εξαιρετικά επιβλαβές για τον άνθρωπο.

Κάδμιο: Εξαιρετικά επιβλαβές μέταλλο που χρησιμοποιείται στην κατασκευή μπαταριών και προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, καθώς και χρόνιες παθήσεις στο συκώτι, τα νεφρά και τα κόκαλα.

Κυανιούχο άλας: Θανατηφόρο δηλητήριο που χρησιμοποιήθηκε από τους Ναζί στους θαλάμους αερίων. Χρησιμοποιείται επίσης στην κατασκευή ποντικοφάρμακων.

Ακετόνη: Ισχυρό διαλυτικό που χρησιμοποιείται ευρέως, ακόμα και για το ξέβαμμα του βερνικιού των νυχιών

Γομολάκα: Χρησιμοποιείται στην επιπλοποιία ως βασικό συστατικό των γυαλιστικών του ξύλου. Αρκετές μορφές και βερνίκια περιέχουν ως βάση τους τη γομολάκα.

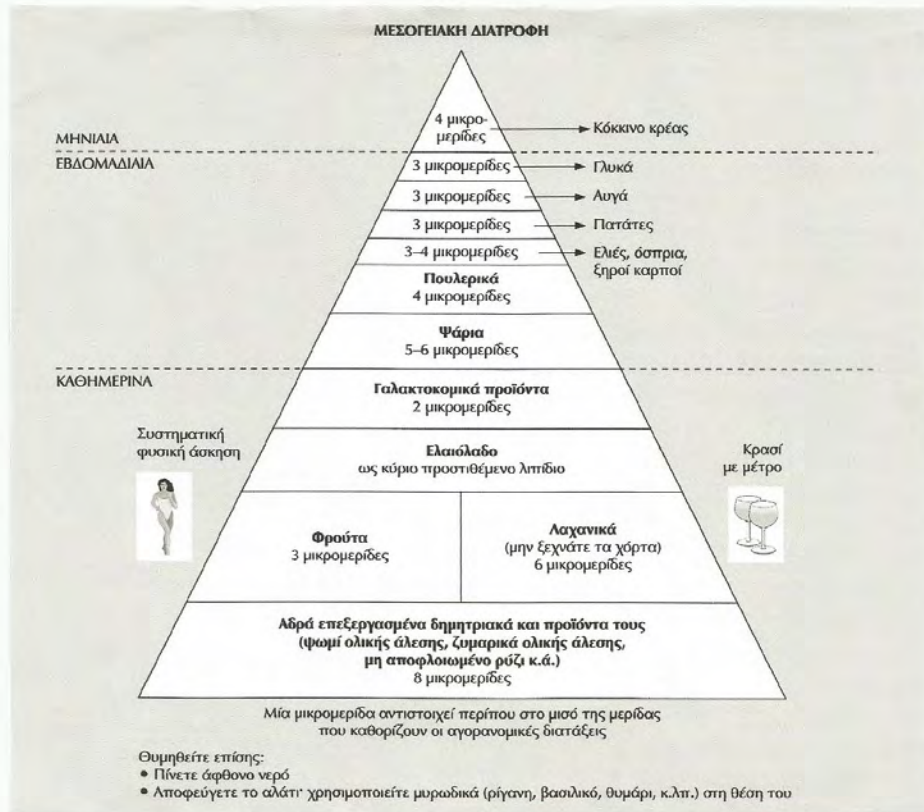
Βενζόλιο: Καρκινογόνος κυκλικός υδρογονάνθρακας με ισχυρές διαλυτικές ιδιότητες, που χρησιμοποιείται στη βιομηχανία καυσίμων και τη χημική βιομηχανία. Είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνο, ακόμα και σε μικρές ποσότητες, ιδιαίτερα για άτομα κάτω των 18 ετών. Με την εισπνοή επικάθεται στα επιθήλια των πνευμόνων και στη συνέχεια κυκλοφορεί στο αίμα, το οποίο καταστρέφει αργά - αργά.

Βουτάνιο: Εύφλεκτο υγρό που χρησιμοποιείται στους αναπτήρες. Εξαιρετικά επιβλαβές για τον άνθρωπο.

Ο επεξεργασμένος καπνός γεμίζει την ατμόσφαιρα, με πολλά από τα ίδια δηλητήρια, που υπάρχουν στην ατμόσφαιρα των νεκροταφείων τοξικών απορριμμάτων και μπορεί να προκαλέσει έξι φορές περισσότερη μόλυνση, από ό,τι μια μεγάλη λεωφόρος σε ώρα αιχμής, όταν καπνίζετε, σε ένα κατάμεστο εστιατόριο

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Απαραίτητη λήψη πρωινού
- Αντικατάσταση λευκής ζάχαρης με ακατέργαστη ή μαύρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Ενσωμάτωση στο ημερήσιο πρόγραμμα του δεκατιανού (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως



ΣΚΕΨΟΥ ΓΙΑ ΛΙΓΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΟΥ

ΚΑΝΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΣΚΗΣΗ

- *Εισπνοή.*
- *Κάνε μια εισπνοή βαθιά και αργά από τη μύτη προσπαθώντας να πιέσεις το διάφραγμα προς τα κάτω. Ανέπνεε από το στομάχι και το διάφραγμα με ένα ήρεμο χαλαρό τρόπο και μετά άφησε τον αέρα να γεμίσει όλο το στήθος. Η εισπνοή αυτή να γίνει περίπου σε 5 δευτερόλεπτα.*
- *Εκπνοή.*
- *Κάνε την εκπνοή αργά με το στόμα. Προσπάθησε να νοιώθεις τους μυς των ώμων και των χεριών να χαλαρώνουν. Καθώς εκπνέεις προσπάθησε να νοιώσεις ισορροπημένος και σταθερός στο έδαφος. Τα πόδια σου είναι χαλαρά και σταθερά. Η εκπνοή αυτή να γίνει σε 7 περίπου δευτερόλεπτα αργά και σταθερά.*

Να θυμάσαι να την κάνεις συχνά αυτή την άσκηση, θα σε βοηθήσει αρκετά στις δύσκολες στιγμές.

Να την κάνεις ιδιαίτερα όταν νιώθεις την επιθυμία να καπνίσεις.

ΑΥΤΟΔΙΑΛΟΓΟΣ

Η απλή καταγραφή του αυτοδιαλόγου (συνομιλία με τον εαυτό μας ή διαφορετικά αυτό-ομιλία) δεν είναι αρκετή, αν δεν ακολουθείται από μια διαδικασία, που σκοπό θα έχει την μετατροπή των αρνητικών σκέψεων, που επηρεάζουν την προσπάθεια μας για να κόψουμε το κάπνισμα, σε θετικές. Η διαδικασία αυτή ξεκινάει με το σταμάτημα της σκέψης (συνήθως διακόπτουμε μια αρνητική σκέψη), μετατροπή της αρνητικής σε θετική σκέψη και καταμέτρηση.

Όταν αντιλαμβανόμαστε ότι σκεφτόμαστε αρνητικά χρησιμοποιούμε ένα ερέθισμα για την διακοπή αυτής της σκέψης. Το ερέθισμα αυτό μπορεί να είναι η λέξη stop, ένα παλαμάκι, ή η νοερή απεικόνιση ενός κόκκινου φαναριού, που περνά μπροστά από το πρόσωπό μας. Αυτή η διαδικασία απαιτεί κάποιο χρόνο στην καταγραφή και κατανόηση των αρνητικών σκέψεων και δέσμευση ότι θα προσπαθήσουμε να τις αντιμετωπίσουμε.

Κάποιες από τις σκέψεις που κάνουν όσοι καπνίζουν, προκειμένου να συνεχίσουν να καπνίζουν:

<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>«Δεν είναι η κατάλληλη στιγμή για να κόψω το κάπνισμα»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>«Ιδανική στιγμή μάλλον δε υπάρχει. Τώρα είναι η πιο κατάλληλη στιγμή από ποτέ άλλοτε.»</p> <p>Συζήτηση: Πότε είναι η κατάλληλη στιγμή; πότε πιστεύεις ότι θα έρθει η συγκεκριμένη στιγμή; Υπάρχει κάτι που θα σε βοηθούσε ώστε να εμφανιστεί;</p>
---	--

<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>«Δεν θα μπορώ να συγκεντρωθώ»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>Αυτό δε συμβαίνει σε όλους. Εάν όμως μου συμβεί, είναι πολλές και διαφορετικές οι επιλογές που έχω. Υπάρχουν υποκατάστατα της νικοτίνης, που θα με βοηθούσαν, ίσως, να συγκεντρωθώ ή θα μπορούσα να ζητήσω από το περιβάλλον μου να έχει υπόψη του τη συγκεκριμένη δυσκολία και να με στηρίξει. Άλλωστε οι αλλαγές στην προσοχή ή στην συγκέντρωση εξασθενούν με τον καιρό.</p>
<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>«Θα μου λείπει πάρα πολύ»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>Είναι σίγουρο ότι θα μου λείπει αφού συνήθισα να ζω με αυτό. Αυτό δε σημαίνει ότι δε θα αντέξω να ζω χωρίς αυτό. Υπάρχουν πολλές υγιεινές συνήθειες και ακόμη πιο δελεαστικές, που μπορούν να πάρουν τη θέση του καπνίσματος με το πέρασμα του χρόνου.</p>
<p>Αρνητική σκέψη</p> <p>«Θα παχύνω»</p>	<p>Θετική σκέψη</p> <p>Αν προσέξω δε θα παχύνω. Αλλά ακόμη κι αν υπάρχει η πιθανότητα να πάρω 4 κιλά, το θέμα είναι τι προτεραιότητες βάζω.</p> <p>Αν ρωτούσα τον εαυτό μου: «Τι θα έλεγες αν έπαιρνες 4 κιλά και δεν κάπνιζες ποτέ ξανά στη ζωή σου;», θα μου απαντούσε ότι σίγουρα επιλέγει να μην καπνίζει.</p> <p>Ο κίνδυνος στην υγεία μου με το να αυξήσω το βάρος μου κατά 4 κιλά είναι ελάχιστο σε σύγκριση με το να καπνίζω.</p> <p>Συζήτηση: Σε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής πήρες κιλά; Πώς ένιωσες; Πως το διαχειρίστηκες;</p>
<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>«Το κάπνισμα είναι ο τρόπος που αντιμετωπίζω τα πράγματα»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>Οι μη καπνιστές έχουν ακριβώς τόσα προβλήματα όσα και οι καπνιστές.</p> <p>Η διαφορά τους είναι ότι οι καπνιστές έχουν συνδέσει το τσιγάρο με καταστάσεις χαράς και λύπης.</p> <p>Ας ρωτήσω τον εαυτό μου «Έφυγε το πρόβλημα αφού κάπνισες;» ή «Βίωσες περισσότερη χαρά επειδή έκανες ένα τσιγάρο;»</p>
<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>Το τσιγάρο είναι το «ποιος είμαι»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>Είναι το κάπνισμα μια αναγκαία ταυτότητα; Το να επιτρέψω να είναι το κάπνισμα η κυρίως ταυτότητά μου είναι μια επιλογή. Είμαι περήφανος για αυτή μου την επιλογή; Για ποιο λόγο δεν μπορώ να έχω ταυτότητα ως μη καπνιστής; Ή έστω ως καπνιστής που επιλέγει να μην καπνίζει;</p>

<p>Αρνητική σκέψη:</p> <p>«Προσπάθησα να κόψω το κάπνισμα αλλά απέτυχα»</p>	<p>Θετική σκέψη:</p> <p>Δεν είμαι μόνος μου σε αυτή την προσπάθεια. Οι περισσότεροι καπνιστές προσπαθούν περισσότερο από μια φορά μέχρι να τα καταφέρουν. Η προσπάθεια του παρελθόντος και η βοήθεια που ζητάω τώρα είναι θετικοί προβλεπτικοί παράγοντες για την επιτυχία της διακοπής. Τι είναι αυτό που με δυσκόλεψε περισσότερο στην προσπάθειά μου; Τι άλλο μπορούσα να κάνω την ώρα που κάπνιζα; Οι άλλοι γιατί μπορούν και όχι εγώ;</p>
<p>Αρνητική Σκέψη</p> <p>«Το κάπνισμα με βοηθάει να ανακουφίσω το άγχος μου»</p>	<p>Θετική Σκέψη</p> <p>Είναι ψευδαίσθηση να πιστεύω ότι το κάπνισμα έχει τη δυνατότητα να με κάνει να αισθανθώ καλύτερα. Η ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες μπορεί να μειώσει την αρνητική διάθεση και να με βοηθήσει να αντιμετωπίσω το άγχος. Μπορώ να βρω εναλλακτικές συμπεριφορές, που να μου ενισχύουν τη διάθεση, αλλά πριν τις απορρίψω, καλό είναι να τις δοκιμάσω.</p>
<p>Αρνητική Σκέψη</p> <p>«Θα μου λείψει να μην καπνίζω στο διάλειμμα με τους συναδέλφους μου»</p>	<p>Θετική Σκέψη</p> <p>Μπορώ να βρω εναλλακτικές κοινωνικές ανταμοιβές, που θα πάρουν τη θέση των διαλειμάτων για τσιγάρο. Για παράδειγμα, μπορώ να πάω μια μικρή βόλτα με κάποιους άλλους, να πάρω ένα τηλέφωνο σε ένα φίλο/η που θα με στηρίξει ή να μιλήσω σε κάποιον, που θα με βοηθήσει να βγάλω από το μυαλό μου την ιδέα του τσιγάρου. Θα προσπαθήσω να μην κατηγορήσω τον εαυτό μου για αδυναμία και θα αποφύγω τις αυτοτιμωρητικές σκέψεις.</p>
<p>Αρνητική Σκέψη</p> <p>«Πρέπει να πάγω να επιθυμώ το τσιγάρο πριν το κόψω εντελώς»</p>	<p>Θετική Σκέψη</p> <p>Ξέρω ότι θα επιθυμώ να καπνίζω όσο συνεχίζω το κάπνισμα. Το σημαντικό στην προσπάθεια διακοπής είναι να θέλω περισσότερο να το κόψω παρά να το συνεχίσω. Το ότι θα νιώθω επιθυμία να καπνίσω δεν θα με εμποδίσει στην προσπάθειά μου να το κόψω. Η επιθυμία θα εξασθενίσει με τον καιρό.</p>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 31

Μπορείς να επιλέξεις μια από τις ακόλουθες εναλλακτικές:

1.

«Μαχαίρι»
Εάν πιστεύεις ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις τον εθισμό από τη νικοτίνη

2.

«Σταδιακά»
Εάν πιστεύεις ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις τον εθισμό μόνο σιγά-σιγά

3.

«Μαχαίρι»	Σκεύασμα νικοτίνης, π.χ. φάρμακο, τσίγλα ή αυτοκόλλητο
Εάν πιστεύεις ότι δεν μπορείς να αντιμετωπίσεις τον εθισμό από τη νικοτίνη	

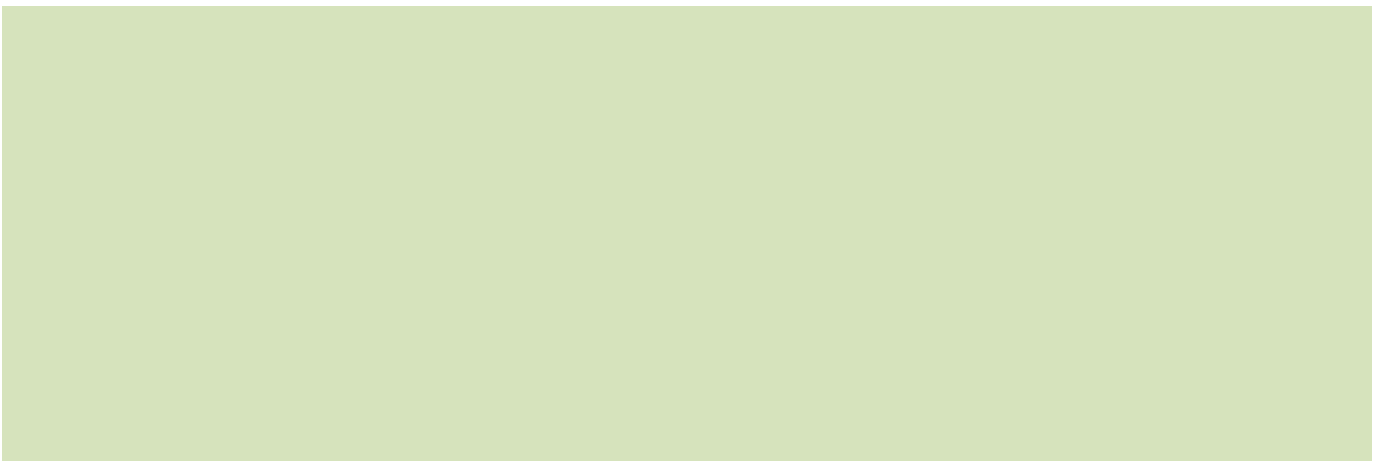
4.

«Σταδιακά»	Σκεύασμα νικοτίνης, π.χ. φάρμακο, τσίγλα ή αυτοκόλλητο (μόλις φτάσεις στην Ημέρα Διακοπής ή μια εβδομάδα πριν)
Εάν πιστεύεις ότι είσαι φανατικός καπνιστής	

Τα θετικά της διακοπής:



Πιθανές δυσκολίες:



**Η Ημέρα που θα αλλάξει τη ζωή μου,
η ημέρα χωρίς τσιγάρο είναι:**

<p>Κάποιες ιδέες για προετοιμασία πριν την οριστική απόφαση διακοπής</p>	<p>Βάλε X σε αυτό που επιλέγεις</p>
<p>Θα καπνίζω μόνο το μισό τσιγάρο κάθε φορά</p>	
<p>Θα ρουφάω τον καπνό κάθε δεύτερο τσιγάρο</p>	
<p>Θα αγοράζω μικρό πακέτο</p>	
<p>Θα μειώσω τον καπνό που εισέρχεται στον οργανισμό στο μισό</p>	

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε άνετα παπούτσια, άφησε τα τσιγάρα στο σπίτι και βγες στο δρόμο ή σε ένα πάρκο ή στην ύπαιθρο ή σε ένα δάσος.

Ξεκίνα να περπατάς.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 15 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 15 λεπτά.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 15 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 15 λεπτά.

Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως.

Απλά να περπατάς.

Απλά να αναπνέεις.

Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά.

Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.

Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το.

Αν νιώθεις υπέροχα, σημείωσέ το.

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Πρωινό
- Ακατέργαστη ζάχαρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Δεκατιανό (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως
- Απογευματινό σνακ (π.χ. ξηροί καρποί/φρούτο)
- Μείωση του αλατιού
- Τα 2 γεύματα (μεσημέρι - βράδυ) να συνοδεύονται από σαλάτα

<p>Καταστάσεις που θα σε κάνουν να θες να καπνίσεις</p>	<p>ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙΣ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΣΜΟ (Σημείωσε τις δικές σου)</p>
<p>Αν καπνίζεις μόλις ξυπνάς:</p>	
	<p>Κάνε αμέσως ένα ντους.</p>
	<p>Άλλαξε τη σειρά αυτών που κάνεις το πρωί: π.χ. κάνεις ντους, ντύνεσαι, τρως .</p>
	<p>Πιες καφέ ή φάε πρωινό όρθιος/α ή σε άλλο δωμάτιο από αυτό που συνηθίζεις και μετά κάνε ντους και ντύσου.</p>
	<p>Ξύπνα αργότερα, ώστε να μην έχεις αρκετό χρόνο μπροστά σου.</p>
	<p>Ξόδεψε τον χρόνο που θα κάπνιζες πλένοντας τα δόντια σου ή φτιάχνοντας τα νύχια σου.</p>
	<p>Κάνε έναν πεντάλεπτο περίπατο γύρω από το τετράγωνο που μένεις.</p>

Αν καπνίζεις οδηγώντας προς τη δουλειά:	
	Ακολούθησε έναν άλλο δρόμο.
	Πλύνε το εσωτερικό μέρος των τζαμιών του αυτοκινήτου. Ρίξε μια ματιά στην καφέ-βρωμιά στην οροφή του αυτοκινήτου. Όλο αυτό το ανέπνεες.
	Καθάρισε το σταχτοδοχείο.
	Κλείδωσε στο ντουλάπι τον αναπτήρα.
	Βάλε ένα CD ή συγκεντρώσου στο ραδιόφωνο.
	Να έχεις τσίχλες ή καραμέλες μαζί σου στο διπλανό κάθισμα.

Αν καπνίζεις όταν είσαι θυμωμένος/η ή αγχωμένος/η:	
	Χρησιμοποίησε μια από τις τεχνικές αναπνοής / χαλάρωσης.
	Κάνε έναν περίπατο για 5 έως 20 λεπτά, ανάλογα με το χρόνο σου.
	Μίλα σε κάποιον γνωστό σου ή φίλο σου ή τηλεφώνησε στον σύμβουλο διακοπής καπνίσματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 38

Αν καπνίζεις σε άλλες καταστάσεις, σημείωσέ τις:	Τι θα κάνεις; Γράψε εδώ μια εναλλακτική δραστηριότητα, στην οποία θα απασχοληθείς, π.χ. τσίγλα, κομπολόι, κ.α.

Τι να κάνεις όταν θες πάρα πολύ να καπνίσεις

**Όταν εκλιπαρείς για ένα τσιγάρο,
δοκίμασε αυτά για να κερδίσεις χρόνο**

1. Πάρε βαθιές αναπνοές

Κλείνεις τα μάτια σου, εισπνέεις από τη μύτη και εκπνέεις σιγά από το στόμα.

2. Πιες νερό

Πιες το αργά, γουλιά-γουλιά.

3. Κάνε κάτι άλλο

Δραστηριότητες που προκαλούν επιθυμία για κάπνισμα διάκοψέ τες και κάνε κάτι άλλο.

4. Καθυστέρησε για 10 λεπτά

Επανάλαβε αν χρειαστεί.
Θυμήσου η επιθυμία κρατάει μόνο 20 λεπτά.

<i>Πώς θα φροντίσεις τον εαυτό σου όσο θα προσπαθείς να κόψεις το κάπνισμα:</i>		ΓΡΑΨΕ ΤΙΣ ΔΙΚΕΣ ΣΟΥ ΕΠΙΛΟΓΕΣ
Αίσθημα κόπωσης (μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες)	<ul style="list-style-type: none"> • ξεκούραση • ύπνος • αποφυγή της ζάχαρης 	
Πονοκέφαλος	<ul style="list-style-type: none"> • ηρεμία / ξεκούραση • χλιαρά ντους • ασκήσεις χαλάρωσης • παυσίπονο 	
Ζαλάδα	<ul style="list-style-type: none"> • κλείσε τα μάτια για λίγο και ανάπνευσε βαθιά 	
Ξηρός λαιμός	<ul style="list-style-type: none"> • καραμέλες • πολλά υγρά 	
Βήχας (είναι ένδειξη ότι τα πνευμόνια προσπαθούν να καθαρίσουν και μπορεί να διαρκέσει πολλές ημέρες)	<ul style="list-style-type: none"> • σιρόπι για το βήχα • πολλά υγρά 	
Ανησυχία / διαταραχές ύπνου	<ul style="list-style-type: none"> • μείωσε την καφεΐνη • διάβασε κάποιο βιβλίο • ασκήσου 	
Δυσάρεστο ξύπνημα	<ul style="list-style-type: none"> • τσίχλα νικοτίνης 	

Δυσκοιλιότητα	<ul style="list-style-type: none"> • αύξησε τα φρούτα, τις ίνες, τα υγρά • ασκήσου 	
Νευρική και ευερεθιστότητα	<ul style="list-style-type: none"> • μείωσε την καφεΐνη • συγκεντρώσου στην αναπνοή 	
Δυσκολία συγκέντρωσης	<ul style="list-style-type: none"> • φτιάξε μια λίστα με αυτά που πρέπει να κάνεις και ρίχνε της συχνά μια ματιά • πάρε λίγο έξτρα χρόνο για να κάνεις κάποια πράγματα 	
Αρνητική διάθεση/εναλλαγές, άγχος και θλίψη (μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες)	<ul style="list-style-type: none"> • άσκηση (περίπατοι, ποδήλατο, χορός) • τεχνικές χαλάρωσης • αναπνοές • συχνά ντους • χαλαρωτική μουσική • απόκτηση νέου χόμπι • ενασχόληση με κάτι ευχάριστο • συζήτηση με φίλους • αντικατάσταση αρνητικών σκέψεων με θετικές • φυσιολογικοποίηση 	

Δώσε στον εαυτό σου χρόνο

Καρτέλα Δέσμευσης

Από την ημέρα στις του μήνα δεσμεύομαι ότι
διακόπτω οριστικά το κάπνισμα!!!

Ενημέρωσα, για αυτή την απόφαση, τους:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Σε περίπτωση που αρχίσω να αμφιβάλω για την απόφασή μου και μπω στον πειρασμό να καπνίσω
θα μιλήσω, για υποστήριξη, στους:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Έχω τη δύναμη που χρειάζεται και θα τα καταφέρω να τηρήσω τη δέσμευσή μου.

Αν το καταφέρω, σε 4 μήνες από σήμερα θα κάνω στον εαυτό μου ένα δώρο. Το δώρο αυτό θα
είναι:



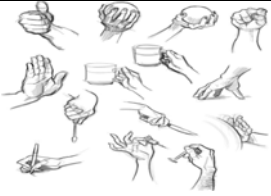

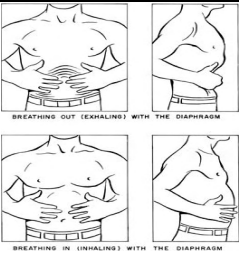
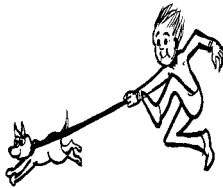
.....
.....
.....

Υπογραφή

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Πρωινό
- Ακατέργαστη ζάχαρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Δεκατιανό (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως
- Απογευματινό σνακ (π.χ. ξηροί καρποί/φρούτο)
- Μείωση του αλατιού
- Τα 2 γεύματα (μεσημέρι - βράδυ) να συνοδεύονται από σαλάτα
- Χρήση ελαιόλαδου στο τέλος του μαγειρέματος

Θέλεις πολύ ένα τσιγάρο; Εφάρμοσε τις ακόλουθες στρατηγικές:

Σκέψου...	Θυμήσου τις	
	Θετικές συνέπειες της διακοπής καπνίσματος: - Εμφάνιση - Υγεία - Αυτοέλεγχος - -	Αρνητικές συνέπειες της διατήρησης του καπνίσματος: - Ασθένειες – Επιπτώσεις (λαχάνιασμα) - Μέχρι τώρα προσπάθεια χαμένη (:) - Μυρωδιές - -
Απασχολήσου...	Μεγάλος εχθρός της προσπάθειάς σου να κόψεις το τσιγάρο είναι η βαριεστιμάρα.	
	Κάνε πράγματα: - Δες φίλους (που δεν καπνίζουν) - - Περπάτα στην αγορά - - Πήγαινε κινηματογράφο - - Ασχολήσου με σταυρόλεξα, πάζλ κτλ -	
Πιάσε...	Κάνε κάτι με τα χέρια σου:	
	- Πιάσε και παίξε με μικρά αντικείμενα (συνδετήρα, καλαμάκι, στυλό) - Κράτα stress-ball - Δίπλωνε / κόψε / μουτζούρωσε χαρτάκια - - -	
Φάε...	Πάρε μαζί σου και τσίμπα μικρά υγιεινά σνακ ή κράτα το στόμα σου απασχολημένο με:	
	- Ξυλάκια κανέλας - Καρότα - Τσίχλες - Καραμέλες χωρίς ζάχαρη - Πασατέμπο - -	
Χαλάρωσε...	Προσπάθησε να αποβάλλεις το στρες με τεχνικές χαλάρωσης:	
	- Αναπνοές - Σταδιακή μυϊκή χαλάρωση - Εικόνες - Μουσική - Απομόνωση και απόλαυση ροφήματος - - -	
Κινήσου...	Χάρισε στο σώμα σου (και το πνεύμα σου) λίγη κίνηση. Το χρειάζεται!	
	- Κάνε έναν περίπατο - Βγάλε το σκύλο βόλτα - Κάνε το γύρω του τετραγώνου - Ανεβοκατέβα λίγα σκαλιά - Κάνε stretching - -	

Αυτός είναι ακόμη ένας λόγος για να το κόψω...

Γράψε το όνομα ή βάλε μια φωτογραφία κάποιου που νοιάζεσαι πολύ
Κοίταξε αυτή την κάρτα συχνά

Η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης

(Νικήτας Καυκίος, κείμενα αυτοβοήθειας, www.psyche.gr)

Τι είναι η αυτοπεποίθηση;

Η αυτοπεποίθηση δεν είναι η εγωκεντρική, ναρκισσιστική αίσθηση έπαρσης και ανωτερότητας. Είναι η συναίσθηση της ικανότητας να ανταποκρίνεται κανείς στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και η επίγνωση της σημαντικότητάς του ως ιδιαίτερο πρόσωπο.

Η αυτοπεποίθηση εκφράζεται με συγκεκριμένες γόνιμες συμπεριφορές και υγιή συναισθήματα όπως υπευθυνότητα, πρωτοβουλία, αξιοπρέπεια, αυτοέλεγχο, ανεκτικότητα και σεβασμό των άλλων, επιδίωξη αξιόλογων στόχων κλπ.

Η αυτοπεποίθηση δεν καλλιεργείται μόνο με τα ενισχυτικά και υποστηρικτικά λόγια των άλλων αλλά κυρίως με την ρεαλιστική και έγκυρη αυτο-αξιολόγηση, μέσα από την ανάληψη ευθυνών, την εμπειρία της αγάπης και την δυναμική στάση απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες και τις αναπόφευκτες αντιξοότητες.

Τακτικές αντιμετώπισης

Κατανόησε τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα σε αυτό που είσαι και αυτό που κάνεις. Μην προσπαθείς να προσδιορίσεις την αξία σου ανάλογα με τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες σου. Είσαι σημαντικός και αξιόλογος ανεξάρτητα από την ποιότητα των συντροφικών σου σχέσεων ή από την επαγγελματική σου σταδιοδρομία.

Μη συγκρίνεις τον εαυτό σου με τους άλλους. Είσαι ανεπανάληπτος και έχεις τα δικά σου ιδιαίτερα χαρίσματα. Πάντα θα υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι που θα τα καταφέρνουν καλύτερα ή χειρότερα από σένα.

Αντιμετώπισε τους φόβους σου και αυτοί θα χάσουν τη δύναμή τους. Η δύναμη του φόβου είναι στην ουσία της φανταστική και όχι πραγματική. Αν αντιμετωπίσεις τον φανταστικό φόβο τον αποδυναμώνεις και αυξάνεις την αυτοπεποίθησή σου.

Ξεκαθάρισε τι είναι αυτό που σε ενοχλεί και βάλε κάποιους ρεαλιστικούς στόχους που θέλεις να πετύχεις για να βελτιώσεις τον εαυτό σου. Για παράδειγμα διακοπή της καπνιστικής συνήθειας, βελτίωση της ικανότητας για επικοινωνία, εύρεση ερωτικού συντρόφου.

Ξεκαθάρισε ποιοι άνθρωποι, ποιες επιλογές και ποιες συμπεριφορές μπορούν να σε βοηθήσουν.

Κοίταξε τα λάθη σου μέσα από καθρέπτη και όχι μέσα από μεγεθυντικό φακό.

Μην κολλάς και μην παγιδεύεσαι στις αποτυχίες. Μάθε από την αποτυχία και προσπάθησε πάλι. Τα λάθη σε κάνουν σοφότερο και δυνατότερο. Ο μόνος τρόπος για να μην κάνεις λάθη είναι να αποσύρεσαι από τη ζωή και να μην εκμεταλλεύεσαι τις ευκαιρίες που σου δίνονται. Αποφεύγοντας τις προκλήσεις, μπαίνεις στο περιθώριο. Προχώρα μπροστά συντροφιά με το άγχος και την αγωνία σου. Όταν δεν ρισκάρεις μπορεί να νιώθεις ασφάλεια αλλά δεν βελτιώνεσαι. Βάλε τα χαρίσματα που σίγουρα διαθέτεις στην υπηρεσία ενός υψηλού στόχου.

Βρες κάποια δραστηριότητα ή χόμπι. Κάνε κάτι σημαντικό και ευχάριστο για σένα.

Δεν χρειάζεται να ανταποκρίνεσαι στις προσδοκίες των άλλων ούτε να δικαιολογείς ή να δίνεις εξηγήσεις στους άλλους γι αυτό που κάνεις, γι' αυτό που πιστεύεις ή γι αυτό που αισθάνεσαι.

Μη σκέπτεσαι ότι δεν θα καταφέρεις να πραγματοποιήσεις τους στόχους και τα σχέδιά σου. Οι αρνητικές προσδοκίες δεν σου επιτρέπουν να δραστηριοποιηθείς με τον καλύτερο τρόπο και έτσι μπορεί να επαληθευτούν. Ο φόβος μειώνει τις πιθανότητες επιτυχίας.

Έχεις το δικαίωμα να εξηγείς στους άλλους πώς θα ήθελες να σου φέρονται και να μην τους επιτρέπεις να θίγουν την αξιοπρέπειά σου.

Ξεκαθάρισε τι είναι αυτό που θέλεις να πετύχεις και πάλεψε όσο μπορείς για να τα καταφέρεις. Τα όνειρά σου μπορούν να γίνουν πραγματικότητα.

Ενίσχυσε τον εαυτό σου προσφέροντάς του κάποιο δώρο όταν έχεις πετύχει κάποιο στόχο.

Μείνε μακριά από αρνητικούς ανθρώπους, βιβλία, ταινίες και καταστάσεις που σε καθηλώνουν στη παρακμή. Αναζήτησε ανθρώπους και ερεθίσματα που μπορούν να σου προσφέρουν ενθάρρυνση και στήριξη.

Μη συζητάς τα σχέδια, τους στόχους και τα όνειρά σου με ανθρώπους που δεν συμμετέχουν στον ενθουσιασμό σου. Με τον τρόπο τους μπορεί να σου δημιουργήσουν αμφιβολίες και να εμποδίσουν την επιτυχία σου.

Μάθε να δίνεις αγάπη και υποστήριξη στους άλλους. Η προσφορά σε βοηθά να νιώθεις σημαντικός.

Δέξου με ψυχραιμία τα κομπλιμέντα που σου κάνουν οι άλλοι, ευχαριστώντας.

Πάρε το λόγο όταν βρίσκεσαι με παρέα και πες αυτό που πιστεύεις. Επικοινωνήσε ειλικρινά με τους άλλους. Μίλησέ για τα αληθινά σου αισθήματα σε άτομα που σου προκαλούν άγχος ή φόβο. Αν δεν καταλαβαίνεις κάτι ρώτησε. Δεν είσαι υποχρεωμένος να έχεις καταλάβει αυτό που σου λέει ο άλλος με τον τρόπο που το λέει.

Γίνε όσο πιο συγκεκριμένος γίνεται ξεκαθαρίζοντας τι είναι αυτό που θέλεις, που σκέπτεσαι και που αισθάνεσαι. Μάθε να χρησιμοποιείς συχνά τις παρακάτω προτάσεις.

Θέλω να ...

Δεν θέλω να ...

Διαφωνώ με ...

Έχω διαφορετική άποψη, πιστεύω ότι ...

Συμφωνώ με αυτές τις απόψεις που εκφράζεις για αυτούς τους λόγους, αλλά διαφωνώ με εκείνες απόψεις γι' αυτούς τους λόγους.

Αν πιστεύεις ότι κάποιος σε απορρίπτει, σε μειώνει ή σε εκμεταλλεύεται ζήτησέ του να επιβεβαιώσει αν αυτό συμβαίνει στα αλήθεια και προσπάθησε να καταλάβεις γιατί συμβαίνει. Ζητώντας από τους άλλους να επιβεβαιώσουν ή να διαψεύσουν αυτό που

νομίζεις σε βοηθά να καταλάβεις καλύτερα την αλήθεια. Δίνοντας στους άλλους την ευκαιρία να εξηγήσουν τη συμπεριφορά τους γλιτώνεις από παρεξηγήσεις.

Κάνε τη ζωή που εσύ θέλεις, όπως τη θέλεις. Μην επιτρέπεις στους άλλους να σε κατευθύνουν άμεσα ή έμμεσα.

Αλλαγή των αρνητικών πεποιθήσεων σε θετικές

Αρνητικές πεποιθήσεις	Θετικές πεποιθήσεις
Περιμένω να με αγαπούν και να με επιδοκιμάζουν όλοι οι άνθρωποι με τους οποίους συναναστρέφομαι.	Είναι σημαντικό να με αγαπούν και να με επιδοκιμάζουν, αλλά μπορώ να τα καταφέρω και χωρίς αυτό.
Για να αξίζω ως άνθρωπος πρέπει πάντοτε να πετυχαίνω σε όλα και να μην κάνω λάθη.	Προσπαθώ όσο μπορώ χωρίς να καταπιέζομαι. Σέβομαι τον εαυτό μου ανεξάρτητα από το πόσο αποδίδω.
Όποιος κάνει λάθη θα πρέπει να τιμωρείται.	Είναι αναπόφευκτο να κάνω λάθη, το ίδιο και οι άλλοι.
Είναι τρομερό να μην πηγαίνουν τα πράγματα όπως θα ήθελα.	Δεν υπάρχει νόμος που να λέει ότι τα πράγματα θα είναι όπως τα θέλω.
Τα άσχημα συναισθήματα που νιώθω οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες όπως: οι άλλοι, η κοινωνία, οι περιστάσεις. Έτσι δεν μπορώ να κάνω κάτι για να αλλάξω αυτό που αισθάνομαι.	Δεν μπορώ να ελέγξω όλες τις καταστάσεις. Όμως μπορώ κάθε φορά να κάνω το καλύτερό μου. Μπορώ να αλλάξω προς το καλύτερο τις συνθήκες της ζωής μου.
Όταν μου συμβαίνει κάτι δυσάρεστο είναι φυσικό να ανησυχώ και να το έχω συνέχεια στο μυαλό μου.	Η ανησυχία δεν μπορεί να βελτιώσει τις καταστάσεις. Αντιμετωπίζω τις δυσκολίες και αποδέχομαι φιλικά αυτό

	που δεν μπορώ να αλλάξω.
Θα περάσω καλύτερα αν αποφεύγω να αντιμετωπίσω με υπευθυνότητα τα προβλήματά μου.	Αν δεν αντιμετωπίσω υπεύθυνα τα προβλήματά μου δεν πρόκειται να λυθούν από μόνα τους.
Χρειάζομαι οπωσδήποτε δίπλα μου κάποιον να με στηρίζει.	Είναι εντάξει να χρειάζομαι βοήθεια. Μαθαίνω όμως να εμπιστεύομαι τον εαυτό μου και τη δική μου κρίση.
Πρέπει να νιώθω πάντα καλά και άνετα αλλιώς δεν μπορώ να το αντέξω.	Θέλω να νιώθω καλά, αλλά μπορώ να αντέξω και στα δύσκολα. Οι αντιξοότητες μου δείχνουν το πόσο δυνατός είμαι.
Υπάρχει μια τέλεια λύση για κάθε πρόβλημα και πρέπει οπωσδήποτε να την βρω.	Κάνω αυτό που νομίζω και μπορώ με απλότητα χωρίς να ψάχνω την τέλεια λύση.
Το παρελθόν μου με προσδιορίζει απόλυτα. Άρα δεν είναι δυνατόν να αλλάξω ριζικά τη ζωή μου.	Μαθαίνω από τις εμπειρίες του παρελθόντος. Αλλάζω τη συμπεριφορά μου στο κάθε παρόν και γίνομαι όλο και καλύτερος.
Όταν οι άλλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα είναι φυσικό να αισθάνομαι πολύ άσχημα.	Η στενοχώρια μου δεν βοηθά τους άλλους. Κάνω με χαρά ό,τι μπορώ για να τους βοηθήσω χωρίς να φθείρω τον εαυτό μου.

Στόχος: η κατάκτηση μιας Δυναμικής συμπεριφοράς και όχι Παθητικής ή Επιθετικής:

Παθητική Συμπεριφορά: Ανασφάλεια, μπλοκάρισμα αισθημάτων, υποχωρητικότητα, φόβος. Τα θέλω μου και οι ανάγκες μου είναι λιγότερο σημαντικές από των άλλων.

Επιθετική Συμπεριφορά: Παραβίαση των δικαιωμάτων του άλλου, εξωτερίκευση των αισθημάτων με παρενόχληση. Τα θέλω μου και οι ανάγκες μου είναι περισσότερο σημαντικές από των άλλων.

Δυναμική Συμπεριφορά: Υπεράσπιση και διεκδίκηση των ατομικών δικαιωμάτων με τρόπο που δεν θίγει τον άλλο. Τα θέλω μου και οι ανάγκες μου είναι εξίσου σημαντικές με των άλλων. Ειλικρινής εξωτερίκευση των αισθημάτων.

**Έχω πάρει την απόφαση να κόψω
το κάπνισμα!**

**Η διαδρομή μου χωρίς τσιγάρο
ξεκινάει εδώ!**

**Η μέρα της ελευθερίας μου
έφτασε!!!**

Πλάνο αλλαγής

Χρησιμοποίησε αυτές τις σημειώσεις όποτε έχεις αμφιβολίες για την προσπάθειά σου ή αντιμετωπίζεις δυσκολίες. Οι σκέψεις, που κάνεις στην αρχή, είναι πάντα και οι πιο αληθινές.

Οι αλλαγές, που θέλω να κάνω σχετικά με το κάπνισμα, είναι:

Οι λόγοι, που θέλω να κάνω αυτές τις αλλαγές, είναι:

Τα βήματα, που σχεδιάζω να ακολουθήσω για την αλλαγή, είναι:

Οι τρόποι, που άλλοι άνθρωποι μπορούν να με βοηθήσουν, είναι:

Ξέρω ότι το πλάνο μου λειτουργεί αν:

Κάποια πράγματα, που θα μπορούσαν να εμποδίσουν το πλάνο μου, είναι:

Τι θα κάνω, αν το πλάνο δεν λειτουργεί:

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε άνετα παπούτσια και βγες στο δρόμο ή σε ένα πάρκο ή στην ύπαιθρο ή σε ένα δάσος.

Ξεκίνα να περπατάς.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 20 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 20 λεπτά.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 20 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 20 λεπτά.

Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως.

Απλά να περπατάς.

Απλά να αναπνέεις.

Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά.

Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.

Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το.

Αν νιώθεις υπέροχα, σημείωσέ το.

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Πρωινό
- Ακατέργαστη ζάχαρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Δεκατιανό (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως
- Απογευματινό σνακ (π.χ. ξηροί καρποί/φρούτο)
- Μείωση του αλατιού
- Τα 2 γεύματα (μεσημέρι - βράδυ) να συνοδεύονται από σαλάτα
- Χρήση ελαιόλαδου στο τέλος του μαγειρέματος
- Όσπρια 2 φορές την εβδομάδα

Νοερή Απεικόνιση

Πριν προχωρήσεις σε αυτή την άσκηση, προσπάθησε να χαλαρώσεις κάνοντας κάποια από τις χαλαρωτικές ασκήσεις, που έχεις ήδη μάθει.

Κάνε εξάσκηση στην νοερή απεικόνιση. Σκέψου ότι καταφέρνεις με επιτυχία να προσπεράσεις δύσκολες καταστάσεις:

- Βρες ένα ήσυχο μέρος, κάτσε και χαλάρωσε.
- Κλείσε τα μάτια και πάρε μια βαθιά ανάσα.
- Δες τον εαυτό σου σε μια κατάσταση που θα είναι δύσκολο να μην καπνίσεις.
- Μετά δες τον εαυτό σου να νικά την επιθυμία σου χρησιμοποιώντας κάποια από τις στρατηγικές που έμαθες.
- Άνοιξε τα μάτια σου ξέροντας ότι αντιμετώπισες με επιτυχία την επιθυμία σου.

<p>Καταστάσεις που θα σε κάνουν να θες να ξανακαπνίσεις</p>	<p>ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙΣ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΣΜΟ</p> <p>(Σημείωσε τις δικές σου)</p>
<p><i>Εκτός από τον εθισμό στη νικοτίνη υπάρχει και ο αυτοματισμός στις κινήσεις</i></p>	<p>Εκτός από τις τσιγλές και τις καραμέλες, μπορείς να δοκιμάσεις και υποκατάστατα όπως οδοντογλυφίδες ή ηλιόσπορους</p>
<p><i>Αν συνήθιζες να καπνίζεις, όταν μιλούσες στο τηλέφωνο:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • κράτα το τηλέφωνο με το χέρι, που κρατούσε το τσιγάρο • μείνε όρθιος/α, αν συνήθως τηλεφωνείς καθιστός/η • κάτσε, αν συνήθως είσαι όρθιος/α • πιες μερικές μικρές γουλιές κρύο νερό • γράψε ή ζωγράφισε κάτι άσκοπα σε ένα φύλλο χαρτί • λιμάρισε τα νύχια σου • δίπλωσε ένα φύλλο χαρτί ώστε να σχηματιστεί ένας μικρός κύβος, ξεδίπλωσέ το, επανάλαβε • κόψε ένα φύλλο χαρτί σε μικρά κομμάτια • πάρε ένα ακουστικό με μεγάλο καλώδιο ή ένα ασύρματο τηλέφωνο και πλύνε τα πιάτα ή κάτσε αναπαυτικά στην πολυθρόνα και απόλαυσε τη συνομιλία
<p><i>Αν συνήθιζες να καπνίζεις μετά το δείπνο:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • σήκω από το τραπέζι αμέσως μόλις τελειώσεις • πιες ένα τσάι με λεμόνι • περπάτησε • κάτσε σε ένα ήσυχο μέρος για λίγο • γράψε ένα γράμμα ή κάτι άσχετο • μίλα με κάποιον • πλύνε τα δόντια σου

<p><i>Αν συνήθιζες να καπνίζεις βλέποντας τηλεόραση:</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• κάτσε σε διαφορετική καρέκλα από αυτή, που καθόσουν• ασχολήσου με ένα πάζλ 100 ή 500 κομματιών• βρες μια άλλη δραστηριότητα μέσα στο σπίτι, πλέξιμο, ξυλουργική, ζωγραφική κλπ• παίξε χαρτιά ή κάποιο επιτραπέζιο παιχνίδι
<p><i>Αν συνήθιζες να καπνίζεις μπροστά στον υπολογιστή:</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• βάλε screensaver που να λέει “Δεν καπνίζω πια”• αν νομίζεις ότι τα τσιγάρα σε βοηθούσαν να αυτοσυγκεντρώνεσαι, τότε συγκεντρώσου σε κάποιο κρύσταλλο, βάζο, μολυβοθήκη ή κάτι άλλο, που έχεις δίπλα από το πληκτρολόγιο• μπες στην ιστοσελίδα διακοπής καπνίσματος
<p><i>Σκέψου με ποιον τρόπο θα ήθελες να γιορτάσεις για την πρώτη σου εβδομάδα χωρίς τσιγάρο:</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• να βγεις για φαγητό• να πάρεις στον εαυτό σου ένα μικρό δώρο• να παρακολουθήσεις μια παράσταση• να δώσεις στον εαυτό λίγο χρόνο• να κοιμηθείς πολύ• να κάνεις πεζοπορία• να πας μια εκδρομή στην εξοχή

Μερικές φορές θα θες να δώσεις λιγότερη σημασία στη διακοπή

Οι άνθρωποι που ξέρουν ότι έκοψες το τσιγάρο
έχουν μεγάλες ελπίδες για σένα

Κάποιοι από αυτούς θα θέλουν να βοηθήσουν,
αλλά πολλές φορές κάνουν περισσότερο κακό από ό,τι καλό

Ετοιμάσου για:

- **«περίεργους»** που ρωτούν τόσο συχνά πόσο καλά τα πας, που σε κάνουν να αισθάνεσαι σαν να πνίγεσαι
- **«καχύποπτους»** που μυρίζουν τον αέρα ή τα ρούχα σου για να δουν αν κάπνισες
- **«ειδικούς»** που επιμένουν ότι ο δικός τους τρόπος διακοπής είναι ο πιο αποτελεσματικός
- **«ζηλιάρηδες»** που θα χαλάνε τη διάθεσή σου με τα σχόλιά τους όπως “Τι σε κάνει να νομίζεις ότι θα μπορείς να κόψεις το τσιγάρο;”

Δώσε τους να καταλάβουν ότι το πρόγραμμα, που ακολουθείς
για να κόψεις το κάπνισμα, σου λέει να μη μιλάς πολύ γι’ αυτό

Μίλησε για την προσπάθειά σου με ανθρώπους, που
δε θα σε κρίνουν, δε θα σε σχολιάσουν και δε θα δώσουν περιττές συμβουλές

Αυτοί είναι οι άνθρωποι που σε μια δύσκολη στιγμή για σένα θα ρωτήσουν:

“Τι μπορώ να κάνω για να σε βοηθήσω;”

ΜΟΥ ΑΞΙΖΕΙ...

<p>Πράγματα που έκανα για τη διακοπή του καπνίσματος και γενικότερα αλλαγές που προάγουν την υγεία και την ποιότητα ζωής μου τον τελευταίο μήνα</p>	<p>Επιβράβευση που μου αξίζει</p>

ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗ

Στόχοι που επετεύχθησαν	Επιβράβευση για τον κάθε στόχο

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Δραστηριότητα	Δευτέρα		Τρίτη		Τετάρτη		Πέμπτη		Παρασκευή		Σάββατο		Κυριακή	
	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε	Στόχος	Τι επιτεύχθηκε
Περπάτημα														
Τρέξιμο														
Περίπατος														
Ψώνια														
Άσκηση σε γυμναστήριο														
Ομαδικό άθλημα														

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε άνετα παπούτσια και βγες στο δρόμο ή σε ένα πάρκο ή στην ύπαιθρο ή σε ένα δάσος.

Ξεκίνα να περπατάς.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 25 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 25 λεπτά.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 25 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 25 λεπτά.

Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως.

Απλά να περπατάς.

Απλά να αναπνέεις.

Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά.

Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.

Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το.

Αν νιώθεις υπέροχα, σημείωσέ το.

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Πρωινό
- Ακατέργαστη ζάχαρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Δεκατιανό (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως
- Απογευματινό σνακ (π.χ. ξηροί καρποί/φρούτο)
- Μείωση του αλατιού
- Τα 2 γεύματα (μεσημέρι - βράδυ) να συνοδεύονται από σαλάτα
- Χρήση ελαιόλαδου στο τέλος του μαγειρέματος
- Όσπρια 2 φορές την εβδομάδα
- Κρέας έως 2 φορές την εβδομάδα (κυρίως κοτόπουλο, γαλοπούλα, μοσχάρι, ψαρονέφρι)
- Ψάρι τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα

Διαχείριση του χρόνου



Χρησιμοποιείτε το χρόνο για να απολαύσετε περισσότερο τη ζωή

- Κάντε ουσιαστική χρήση του χρόνου με τους ανθρώπους
- Χρησιμοποιείτε αποτελεσματικά το organizer
- Αφοσιωθείτε και δοθείτε στη στιγμή, δίνοντας αξία στο χρόνο που επενδύετε σε κάθε σχέση, καθήκον, δραστηριότητα

Τομείς της ζωής:

- Οικογένεια
- Εργασία
- Εαυτός
- Φίλοι και κοινότητα



Προσπαθείτε να θέσετε στόχους σε όλες τις ακόλουθες κατηγορίες:

Καλλιτεχνικά

Στάση

(υπάρχει κάτι στη συμπεριφορά σας που θα θέλατε να αλλάξει;)

Καριέρα

Εκπαίδευση

(ποιες δεξιότητες θέλετε να αποκτήσετε ή να αναβαθμίσετε;)

Οικογένεια

(πώς θα θέλατε να σας βλέπουν μέλη της οικογένειάς σας;)

Οικονομικά

Σώμα

(θέλετε να έχετε υγεία ως τα γεράματα; τι θα κάνετε για να το πετύχετε;)

Ευχαρίστηση

(πώς θέλετε να ευχαριστείτε τον εαυτό σας; εξασφαλίστε λίγο από τη ζωή σας για εσάς)

Κοινωνία

(θέλετε να συμβάλλετε ώστε ο κόσμος -γύρω σας- να είναι καλύτερος;)

ΜΗΝΑΣ: _____

ΕΤΟΣ: _____

Δευτέρα _____	Τρίτη _____	Τετάρτη _____	Πέμπτη _____	Παρασκευή _____	Σάββατο _____	Κυριακή _____

ΣΤΟΧΟΙ ΖΩΗΣ

Καλλιτεχνικά	Στάσεις - Συμπεριφορές	Χαρέρα	Εκπαίδευση	Οικογένεια	Οικονομικά	Σώμα	Ευχαρίστηση	Κοινωνία

Καταστάσεις, που θα σε κάνουν να θες να ξανακαπνίσεις	ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΠΕΡΑΣΕΙΣ ΤΟΝ ΠΕΙΡΑΣΜΟ (Γράψε τις δικές σου)
Αν συνήθιζες να καπνίζεις πίνοντας τον καφέ σου:	<ul style="list-style-type: none">• Τώρα προσπάθησε να διαβάσεις εφημερίδα• να λύσεις ένα σταυρόλεξο
Αν συνήθιζες να καπνίζεις στα διαλείμματα στη δουλειά:	<ul style="list-style-type: none">• Κάνε το διάλειμμα μαζί με έναν φίλο που δεν καπνίζει, σε ένα χώρο όπου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα• πάρε μαζί σου να διαβάσεις ένα περιοδικό ποικίλων θεμάτων, όπως ταξίδια, χόμπι αθλήματα, σταυρόλεξα• κάνε έναν περίπατο γύρω από το κτίριο που είναι η δουλειά σου• καθάρισε το γραφείο σου• κάτσε στην καρέκλα, κλείσε τα μάτια και ταξίδεψε νοερά• βγάλε τα κλειδιά σου από την θήκη τους και ξαναβάλτα πάλι μέσα• πάρε μερικές βαθιές ανάσες• κάνε λίγες διατακτικές ασκήσεις• αν κάνεις παρέα με καπνιστές, όποτε σου προσφέρουν τσιγάρο να λες “Όχι ευχαριστώ”

<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις στις κοινωνικές σου εξόδους:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάτσε με αυτούς, που δεν καπνίζουν στην παρέα • ζήτα από τους φίλους, που καπνίζουν, να μη σου προσφέρουν • ζήτα από τους καπνιστές στην παρέα να κρατάνε τα τσιγάρα μακριά από την κοινή θέα, όχι πάνω στο τραπέζι • αν συνήθως πίνεις αλκοόλ, προτίμησε κάποιο αναψυκτικό • πήγαινε συχνά μια βόλτα • πήγαινε στο μπάνιο • να παίρνεις βαθιές αναπνοές • πήγαινε σπίτι νωρίς
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις οδηγώντας:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Προτίμησε να ακούσεις την αγαπημένη σου μουσική ή κάτι άλλο στο ραδιόφωνο
<p>Γενικά μπορείς να κάνεις άλλα πράγματα:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ασχολήσου περισσότερο με δουλειές του σπιτιού, το μαγείρεμα, το παιχνίδι με τα παιδιά σου, την κηπουρική, επισκευές στο σπίτι ή το αυτοκίνητο, πράγματα, τα οποία είναι μέσα στην καθημερινότητά σου • Πήγαινε κινηματογράφο

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε άνετα παπούτσια και βγες στο δρόμο ή σε ένα πάρκο ή στην ύπαιθρο ή σε ένα δάσος.

Ξεκίνα να περπατάς.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 30 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 30 λεπτά.

Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 30 λεπτά.

Σκέψου μόνο αυτά τα 30 λεπτά.

Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως.

Απλά να περπατάς.

Απλά να αναπνέεις.

Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά.

Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.

Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το.

Αν νιώθεις υπέροχα, σημείωσέ το.

Προτάσεις υγιεινής διατροφής

- Πρωινό
- Ακατέργαστη ζάχαρη
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Δεκατιανό (φρούτο + νερό)
- 8 ποτήρια νερό ημερησίως
- Απογευματινό σνακ (π.χ. ξηροί καρποί/φρούτο)
- Μείωση του αλατιού
- Τα 2 γεύματα (μεσημέρι - βράδυ) να συνοδεύονται από σαλάτα
- Χρήση ελαιόλαδου στο τέλος του μαγειρέματος
- Όσπρια 2 φορές την εβδομάδα
- Κρέας έως 2 φορές την εβδομάδα (κυρίως κοτόπουλο, γαλοπούλα, μοσχάρι, ψαρονέφρι)
- Ψάρι τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα
- Ζυμαρικά ολικής άλεσης και ρύζι άγριο ή μη επεξεργασμένο
- Λίγο κόκκινο κρασί (εάν υπάρχει επιθυμία για ποτό)

Σύνθεση του σώματος

Για να λειτουργεί σωστά ο ανθρώπινος οργανισμός, πρέπει να υπάρχει μία ελάχιστη ποσότητα λίπους. Αυτή η ποσότητα λίπους, ονομάζεται **βασικό λίπος**. Είναι απαραίτητη για τη σωστή ρύθμιση βασικών λειτουργιών του οργανισμού, όπως η θερμορύθμιση και η ρύθμιση των θρεπτικών ουσιών του σώματος, μεταξύ αυτών και των λιποδιαλυτών βιταμινών (A, D, E, K).

Μη βασικό λίπος είναι το επιπλέον λίπος, το οποίο συσσωρεύεται στο σώμα. Όταν το μη βασικό λίπος συσσωρευτεί σε υπερβολική ποσότητα και υπερβεί το ανώτατο φυσιολογικό όριο, τότε λέμε ότι το άτομο πάσχει από **παχυσαρκία**.

Εκτός από το λίπος, το σώμα αποτελείται και από άλλα συστατικά, όπως τα οστά, οι μύες, το νερό κ.λπ. Όλα αυτά τα συστατικά μαζί αναφέρονται ως **άλιπη σωματική μάζα** και αποτελούν το σωματικό βάρος εκτός του βάρους του λίπους (άλιπη σωματική μάζα = σωματικό βάρος – βάρος λιπώδους ιστού).

Πώς μπορώ να ξέρω αν έχω κανονικό βάρος

Η μέτρηση μόνο του σωματικού βάρους μπορεί να δώσει εσφαλμένες πληροφορίες σχετικά με τη σωματοδομή ενός ατόμου. Ένας απλός τρόπος αξιολόγησης της σωματοδομής είναι ο **Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ)**. Είναι μία μέτρηση αντικειμενική και ανέξοδη.

Στηρίζεται στον τύπο: $\Delta\Sigma\text{M} = \text{Βάρος (kg)} / \text{Ύψος (m)}^2$

Ο ΔΣΜ αποτελεί καλύτερο τρόπο αξιολόγησης της σωματοδομής από τα διαγράμματα ύψους-βάρους, αλλά έχει και ο ίδιος περιορισμούς, επειδή μπορεί να κατατάξει ορισμένα άτομα σε διαφορετική κατηγορία εξαιτίας της μεγάλης ανάπτυξης μυϊκής μάζας, η οποία επέρχεται από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. Οι τιμές που χρησιμοποιούνται από τους περισσότερους διεθνείς οργανισμούς είναι 25 Kg/m² ως όριο για το υπερβολικό βάρος, 30 Kg/m² ως όριο για την παχυσαρκία και 40 Kg/m² για τη σοβαρή παχυσαρκία.

Το μυστικό είναι οι θερμίδες

Το κλειδί λοιπόν για τη μείωση του λίπους και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η καύση όσο το δυνατόν περισσότερων θερμίδων κατά τη διάρκεια της άσκησης, με παράλληλη μείωση της πρόσληψης θερμίδων με την τροφή, έτσι ώστε να δημιουργηθεί αρνητικό ισοζύγιο θερμίδων.

Η έντονη φυσική δραστηριότητα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι καλύτερη για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και τον έλεγχο του ποσοστού λίπους, από τη φυσική δραστηριότητα, που γίνεται για πολύ μικρό χρονικό διάστημα.

Ο συνδυασμός της φυσικής δραστηριότητας και της διαίτας για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θα πρέπει να προτιμάται και για ένα ακόμα λόγο. Η φυσική δραστηριότητα από μόνη της μπορεί να μειώσει τα λιπίδια και το σάκχαρο του αίματος και την αρτηριακή πίεση. Μπορεί, επίσης, να μειώσει την πιθανότητα για καρδιακό επεισόδιο και για αυτούς τους λόγους είναι κατανοητό ότι θα πρέπει να προτιμάται η συμμετοχή της άσκησης στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, γιατί με αυτόν τον τρόπο προκύπτουν δύο οφέλη. Πρώτον, μειώνουμε το σωματικό λίπος και δεύτερον βελτιώνουμε την υγεία.

Κάποιοι άνθρωποι παίρνουν βάρος όταν σταματούν το κάπνισμα. Γιατί συμβαίνει αυτό;

- Δεν χάνεις θερμίδες τόσο γρήγορα όσο το διάστημα που η νικοτίνη ήταν άφθονη στον οργανισμό σου.
- Αν είχες συνηθίσει να έχεις ένα τσιγάρο στο στόμα σου, μπορεί τώρα να χρησιμοποιείς το φαγητό σαν υποκατάστατο.
- Μπορεί τώρα να τρως περισσότερο γιατί βαριέσαι, νιώθεις θυμό, μοναξιά ή στρες.

Πώς ελέγχεις το βάρος σου

- **Να τρως υγιεινά και ισορροπημένα και να γυμνάζεσαι συστηματικά**

Τότε το σώμα χρησιμοποιεί το περιττό λίπος, για να βρει την επιπλέον ενέργεια που του χρειάζεται.

- **Οι μύες σου αναπτύσσονται, όταν γυμνάζεσαι**

Οι μύες έχουν περισσότερο βάρος από το λίπος, αλλά καταλαμβάνουν λιγότερο χώρο. Έτσι μπορεί να έχεις τα ίδια κιλά αλλά να φαίνεσαι πιο αδύνατος ή αδύνατη.

- **Η συστηματική άσκηση αυξάνει τον βασικό μεταβολικό ρυθμό**

Αυτό σημαίνει ότι μπορείς να χρησιμοποιείς περισσότερο αποθηκευμένο λίπος ακόμα και όταν αναπαύεσαι.

Τι μπορείς να κάνεις για να μην πάρεις κιλά;

- **Πίνε περισσότερο νερό: 8 ποτήρια την ημέρα**

Έτσι φεύγει η νικοτίνη από τον οργανισμό και η επιθυμία για γλυκό μειώνεται.

- **Να προτιμάς τροφές με χαμηλά λιπαρά και λιγότερη θερμιδική ενέργεια**

Να τρως λιγότερο κόκκινο κρέας, τυρί, πατατάκια, κουλούρια και γλυκά του εμπορίου. Στο σπίτι και στη δουλειά να τρως μικρά υγιεινά γεύματα ή σνακς.

- **Επιβράβευσε τον εαυτό σου, αλλά όχι με φαγητό**

Το να επιβραβεύεις τον εαυτό σου με φαγητό επειδή δεν καπνίζεις, μπορεί πολύ γρήγορα να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους.

Μη σταματάς να γυμνάζεσαι. Η άσκηση οδηγεί σε θετική διάθεση και ψυχολογικές αλλαγές, μια αίσθηση πληρότητας, ανεξαρτησίας και ελέγχου. Σε κάνει να νιώθεις όμορφα για τον εαυτό σου.

Το πιο σημαντικό είναι ότι η άσκηση αποτελεί το καλύτερο εργαλείο για έναν καπνιστή, που σταματά το τσιγάρο, να ελέγξει το βάρος του. Βοηθά στον έλεγχο της επιθυμίας για τσιγάρο και φαγητό και μπορεί να αυξήσει την επιθυμία για πιο υγιεινή διατροφή.

Διατροφικές πληροφορίες

Υδατάνθρακες

Κριθαρένια παξιμάδια: Είναι νόστιμα και χορταίνουν, περιέχουν διαλυτές φυτικές ίνες από το κριθάρι, που χαμηλώνουν τα επίπεδα χοληστερόλης. Βεβαιώσου ότι δεν περιέχουν λάδι.

Πραγματικό ψωμί ολικής αλέσεως: Υπάρχουν πολλά ψωμιά που αναφέρονται ως ολικής αλέσεως, αλλά δεν είναι. Πρέπει να περιέχουν τουλάχιστον 2 γραμμάρια φυτικών ινών ανά φέτα.

Όσπρια: Είναι η κύρια πηγή καλών πρωτεϊνών, αλλά και καλών υδατανθράκων, για αυτό και θεωρείται πλήρης τροφή.

Νιφάδες βρώμης: Ιδανικές για πρωινό, πλούσιες σε διαλυτές φυτικές ίνες. Σε διατηρούν χορτάτο και γεμάτο ενέργεια για τη δύσκολη μέρα σου.

Επίσης: καστανό ρύζι, πλήρη δημητριακά, αμυλώδη και ινώδη λαχανικά, όσπρια

Υγιεινές πηγές πρωτεΐνης

Ψάρια και θαλασσινά: Είναι από τις καλύτερες πηγές πρωτεΐνης, γιατί συνήθως είναι χαμηλά σε λιπαρά. Τα ψάρια του κρύου νερού, όπως ο σολομός, περιέχουν περισσότερα λιπαρά, αλλά το λίπος τους είναι ωφέλιμο.

Άσπρο κρέας πουλερικών: Άριστη πηγή πρωτεΐνης, αλλά απόφυγε τα σκούρα κομμάτια του κοτόπουλου καθώς και την πέτσα, που είναι γεμάτα λίπος.

Γαλακτοκομικά: Πηγή ασβεστίου και όπως και το άσπρο κρέας, σημαντική πηγή πρωτεΐνης.

Αυγά: Τα αυγά είναι από τις φτηνότερες πηγές πρωτεΐνης. Σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία, άτομα χωρίς προβλήματα υγείας μπορούν να καταναλώνουν ένα την ημέρα.

Όσπρια: Το ήξερες ότι μισό φλιτζάνι όσπρια περιέχει την ίδια ποσότητα πρωτεΐνης με 100 γραμμάρια μοσχαριού; Επιπλέον είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικές ουσίες και φυτικές ίνες.

Άπαχος κιμάς: Περιέχει μόνο 1 γραμμάριο παραπάνω κορεσμένο λίπος από το στήθος κοτόπουλου. Επιπλέον το μοσχάρι είναι πολύ καλή πηγή σιδήρου, ψευδαργύρου και B12.

Πηγές υψηλής ποιότητας πρωτεϊνών (περιέχουν όλο το φάσμα των απαραίτητων αμινοξέων) είναι τα αυγά, το γάλα, το κρέας, το ψάρι και τα πουλερικά. Επιμέρους τροφικές πηγές πρωτεϊνών μέσης ποιότητας είναι η σόγια, τα γαλακτοκομικά, το ρύζι, τα δημητριακά, τα όσπρια, το ψωμί, η πατάτα κ.α. Αυτές οι πηγές, με κατάλληλους συνδυασμούς, μπορούν να αποδώσουν πρωτεΐνη υψηλής ποιότητας. Παραδείγματα τέτοιων συνδυασμών είναι τα φασόλια με το ρύζι, ο αρακάς με το καλαμπόκι, το ψωμί με τις φακές, οι πατάτες με το γάλα, τα δημητριακά με το γάλα κ.α.

Λίπη

Τα μόνα λιπαρά που μπορείς να προσθέσεις στη διατροφή σου είναι τα μονοακόρεστα (ελαιόλαδο, ξηροί καρποί, αβοκάντο) και πολυακόρεστα.

ΠΗΓΕΣ ΠΛΟΥΣΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ	
Τύπος λίπους	Πηγές
Κορεσμένο	Βούτυρο, τυρί, κρέας και προϊόντα του (λουκάνικα, μπιφτέκια), πλήρες γάλα και γιαούρτι, πίτες, γλυκά, λαρδί, λίπος τσιγαρίσματος, σκληρές μαργαρίνες και μαγειρικά λίπη, λάδι καρύδας και φοινικέλαιο.
Μονοακόρεστο	Ελιές, ελαιοκράμβη, ξηροί καρποί (φιστίκια Αιγίνης, αμύγδαλα, φουντούκια, macadamia, κάσιου, καρύδι πεκάν), φιστίκια, αβοκάντο, και τα έλαιά τους (ελαιόλαδο, κραμβέλαιο...).
Πολυακόρεστο	Ω-3 πολυακόρεστα: Σολωμός, σκουμπρί, ρέγγα, πέστροφα (ιδιαίτερα πλούσια στα μακράς αλυσού ω-3 λιπαρά οξέα EPA ή εικοσαπεντανοϊκό οξύ και DHA ή δοκοσαεξανοϊκό οξύ). Καρύδια, ελαιοκράμβη, σόγια, λιναρόσπορος, και τα έλαιά τους (ιδιαίτερα πλούσια σε α-λινολενικό οξύ). Ω-6 πολυακόρεστα: Ηλιόσποροι, φυτόρτο σιταριού, σουσάμι, καρύδια, σόγια, καλαμπόκι και τα έλαιά τους. Κάποιες μαργαρίνες (διαβάστε την ετικέτα).
Trans λιπαρά οξέα	Μερικά λίπη τηγανίσματος και μαγειρέματος (π.χ. υδρογονωμένα φυτικά λάδια) που χρησιμοποιούνται σε μπισκότα, κέικ και γλυκά, λιπαρό κρέας από βόδι ή αρνί.

Τρόποι προσδιορισμού θερμίδων

1η μέθοδος:

Η πρώτη και πολύ χοντρική μέθοδος για τον προσδιορισμό των θερμίδων συντήρησης είναι απλά ο πολλαπλασιασμός του βάρους σας σε κιλά με τους ακόλουθους αριθμούς:

26-31 για σώματα με αργό μεταβολισμό

32-34 για μέτριο μεταβολισμό

35-39 αν έχετε γρήγορο μεταβολισμό

Για παράδειγμα αν είστε 90 κιλά και έχετε μέτριο μεταβολισμό, χρειάζεστε περίπου $90 \times 33 = 2970$, δηλαδή περίπου 3000 θερμίδες ημερησίως για τη συντήρησή σας.

Η παραπάνω μέθοδος είναι απλά για να μας δώσει μια αίσθηση για τις θερμιδικές μας ανάγκες καθώς δε λαμβάνει υπόψη άλλους σημαντικούς παράγοντες.

2η μέθοδος:

Αυτή η μέθοδος υπολογίζει τον βασικό μεταβολικό ρυθμό BMR (Basal Metabolic Rate) στηριζόμενη στο ύψος, βάρος και την ηλικία σας. Να θυμάστε ότι καταναλώνετε θερμίδες-ενέργεια ανεξάρτητα του τι κάνετε, ακόμη και όταν κοιμάστε.

Με λίγα λόγια λοιπόν ο BMR είναι ο αριθμός θερμίδων που θα καταναλώνετε αν καθόσασταν όλη μέρα στο κρεβάτι!

Γυναίκες: $661 + (9.636 \times \text{βάρος σε κιλά}) + (1.7 \times \text{ύψος σε εκατοστά}) - (4.7 \times \text{ηλικία}) = \text{BMR}$

Άνδρες: $67 + (13.728 \times \text{βάρος σε κιλά}) + (5.0 \times \text{ύψος σε εκατοστά}) - (6.9 \times \text{ηλικία}) = \text{BMR}$

Για παράδειγμα, ένας άνδρας 22 ετών βάρους 90 κιλών με ύψος 1.78 μ έχει τον παρακάτω

BMR:

$$67 + (13.728 \times 90) + (5.0 \times 178) - (6.9 \times 22) = 2040$$

Έπειτα υπολογίζουμε το επίπεδο δραστηριότητάς μας από τις παρακάτω τιμές και το πολλαπλασιάζουμε με τον BMR.

1.2-1.3 = Πολύ ελαφριά καθημερινή δραστηριότητα

1.5 Μέσο επίπεδο δραστηριότητα

1.6-1.7 Βαριά δραστηριότητα

1.8-2.1 Πολύ έντονη καθημερινή δραστηριότητα

Για τους περισσότερους ανθρώπους που γυμνάζονται με βάρη, κάνουν μια δουλειά γραφείου με λογικές μετακινήσεις μέσα στην ημέρα συνήθως ο πολλαπλασιαστής παίρνει τιμές 1.5-1.6. Άρα λοιπόν ο παραπάνω 22χρονος χρειάζεται περίπου $2040 \times 1.5 = 3060$ θερμίδες συντήρησης.

3η Μέθοδος:

Αυτή ή μέθοδος βασίζεται στη άπαχη μάζα σας (lean body mass) και το επίπεδο δραστηριότητάς σας. Για τον προσδιορισμό της άπαχης μάζας είναι απαραίτητη η μέτρηση του ποσοστού λίπους σας, κάτι το οποίο μπορείτε να κάνετε με διάφορες μεθόδους λιπομέτρησης.

Ο τρόπος προσδιορισμού της άπαχης μάζας λοιπόν είναι ο εξής:

1. Μέτρηση του σωματικού σας λίπους. Ας πούμε για παράδειγμα ότι είστε 90 κιλά με 15% λίπος.
2. Υπολογισμός της άπαχης μάζας. Στο παραπάνω παράδειγμα έχουμε: $90 \times 15\% = 13.5$ κιλά λίπος. Τώρα το αφαιρούμε από το συνολικό βάρος και έχουμε: $90 - 13.5 = 76.5$ κιλά άπαχης μάζας
4. Το επόμενο βήμα είναι ο υπολογισμός του μεταβολισμού σας σε κατάσταση ηρεμίας ή βασικός μεταβολικός ρυθμός (BMR) όπως τον ορίσαμε πιο πάνω. Αυτός δίνεται από τον παρακάτω τύπο: $500 + (22 \times \text{άπαχη μάζα})$. Στο παράδειγμά μας, $500 + 22 \times 76.5 = 2183$ θερμίδες BMR.

Με τον ίδιο ακριβώς τρόπο πολλαπλασιάζουμε με το συντελεστή δραστηριότητας.

1.2-1.3 = Πολύ ελαφριά καθημερινή δραστηριότητα

1.5 Μέσο επίπεδο δραστηριότητα

1.6-1.7 Βαριά δραστηριότητα

1.8-2.1 Πολύ έντονη καθημερινή δραστηριότητα

Στο παράδειγμα λοιπόν, αν επιλέξουμε το συντελεστή 1.5 για μέσο επίπεδο δραστηριότητας έχουμε $2183 \times 1.5 = 3274$ θερμίδες συντήρησης.

Προτάσεις

- Ποτέ κάτω από 1.200 θερμίδες την ημέρα
- Κάθε μέρα 6 γεύματα (δηλαδή να τρως κάτι κάθε 2 1/2 ώρες!)
- Κάθε μέρα βρώμη και πράσινα λαχανικά
- Κάθε μέρα ωμό ελαιόλαδο 2 κουταλιές της σούπας
- Κάθε μέρα Βιταμίνη C (ακτινίδιο, πορτοκάλι)
- Νερό: 1-2 ποτήρια με το γεύμα ή μετά από κάθε γεύμα (τουλάχιστον 8 ποτήρια νερό τη μέρα)
- Πρωινό: πρωτεΐνη και σύνθετους υδατάνθρακες (γάλα, βρώμη)
- Μεσημεριανό: Ρύζι μόνο καστανό, όσπρια πολύ συχνά, ψωμί ολικής αλέσεως (να περιέχει τουλάχιστον 2 γραμμάρια φυτικών ινών ανά φέτα), κριθαρένια παξιμάδια (χωρίς λάδι), ψάρια (σολομός, σκουμπρί, πέστροφα), κρέας πουλερικών, άπαχο κιμά (σπάνια), πατάτα
- Σνακ: Ελιές, αμύγδαλα, πράσινα λαχανικά, καρύδια, ηλιόσποροι, φρούτο, αβοκάντο
- Καλοί συνδυασμοί: φασόλια με ρύζι (καστανό), αρακάς με καλαμπόκι, φακές με ψωμί ολικής αλέσεως ή με ρύζι (καστανό), πατάτες με γάλα, δημητριακά ολικής αλέσεως με γάλα
- Εβδομάδα 1^η , 2^η , 3^η : 250 θερμίδες λιγότερες από ό,τι οι θερμίδες συντήρησης
- Εβδομάδα 4^η , 5^η , 6^η : 250 θερμίδες λιγότερες από πριν
- Εβδομάδα 7^η : 300 θερμίδες περισσότερες από πριν
- Εβδομάδα 8^η , 9^η , 10^η : 300 λιγότερες από πριν
- Εβδομάδα 11^η , 12^η , 13^η : 250 θερμίδες λιγότερες από πριν

Υδατάνθρακες:

- Όσπρια
- Βρώμη
- Καστανό ρύζι
- Πλήρη δημητριακά
- Πράσινα λαχανικά
- Κριθαρένια παξιμάδια
- Ψωμί ολικής αλέσεως

Πρωτεΐνες:

- Ψάρια (σολομός, σκουμπρί, πέστροφα)
- Άσπρο κρέας πουλερικών
- Γαλακτοκομικά
- Αυγά (3 την εβδομάδα)
- Όσπρια
- Άπαχος κιμάς
- Πατάτα

Λίπη:

- Ελαιόλαδο (ωμό)
- Ελιές
- Ξηροί καρποί: αμύγδαλα, φουντούκια, καρύδια, ηλιόσποροι
- Σουσάμι
- Καλαμπόκι
- Αβοκάντο
- Ψάρια (σολομός, σκουμπρί, ρέγκα, πέστροφα)

«Επιτρέπεται να πέσεις – Επιβάλλεται να σηκωθείς»

Ισπανικό ρητό

Παραστράτησες; Ο.Κ.! Δε χάθηκε ο κόσμος! Τα ακόλουθα βήματα ίσως σου φανούν βοηθητικά:

1. Στάσου λίγο και σκέψου: αυτό που έγινε είναι ένα σημάδι που σου εφιστά την προσοχή.
2. Αναλόγισου με ηρεμία τι συνέβη και μη δίνεις σε αυτό που έγινε μεγαλύτερη βαρύτητα από αυτή που του αντιστοιχεί. Με ένα παραπάτημα δε σβήνει όλη η σκληρή δουλειά που μέχρι τώρα έκανες.
3. Θυμήσου τους λόγους για τους οποίους αποφάσισες να κόψεις το κάπνισμα και τα οφέλη που θα αποκομίσεις και συνέχισε τη δέσμευσή σου.
4. Αξιολόγησε την κατάσταση που σε οδήγησε στο παραστράτημα και επαναπροσδιόρισε τους τρόπους αντίστασης και διαχείρισης παρόμοιων καταστάσεων.
5. Δράσε γρήγορα, κάνοντας αυτό που θα σε βοηθήσει καλύτερα να επανέλθεις στο στόχο σου (συζήτησέ το, χαλάρωσε, κινήσου) και μην οικτρίεις τον εαυτό σου.
6. Ζήτα βοήθεια και υποστήριξη από εκείνους που νομίζεις ότι μπορούν να βοηθήσουν (π.χ. επικοινωνήσε με τον/την σύμβουλό σου).

Παράμεινε στο δρόμο σου, χωρίς τσιγάρο

Μια υποχώρηση δεν οδηγεί στην άλλη

Έχεις μείνει μέρες χωρίς τσιγάρο και ξαφνικά βρίσκεσαι με ένα στο χέρι. Θα μηδενίσει αυτό όλη τη σκληρή δουλειά που έκανες;

Αν κάπνισες ένα τσιγάρο - ή δύο ή τρία – ακολούθησε τα παρακάτω βήματα:

- Αν αγόρασες πακέτο, πέταξέ το.
- Σκέψου γιατί υπέκυψες. Έτσι θα ξέρεις τι να κάνεις την επόμενη φορά. Ρώτα τον εαυτό σου: Που ήμουν; Με ποιον ήμουν; Ποια ώρα της ημέρας ήταν; Ποια ήταν η διάθεσή μου; Τι με έκανε να καπνίσω; Τι διαφορετικό μπορώ να κάνω την επόμενη φορά;
- Πρόσεχε τις σκέψεις του καπνιστή. Μην το υποτιμήσεις λέγοντας: “Κάπνισα μόνο κάνα δυο τσιγάρα. Δεν είναι και τόσο σπουδαίο”. Σκέψου το αντίθετο λέγοντας: “Το να καπνίσω ένα τσιγάρο είναι επικίνδυνο. Δεν μπορώ να το αφήσω να ξαναγίνει”.
- Σκέψου πόσο μακριά έφτασες. Ξέρεις πώς να αντισταθείς στην ανάγκη σου να καπνίσεις.
- Μίλα σε κάποιον. Ένας φίλος ή κάποιος από την οικογένειά σου, που επίσης έχει καταφέρει να κόψει το κάπνισμα, καταλαβαίνει την κατάστασή σου.
- Μίλα στον εαυτό σου. “Το παρελθόν είναι παρελθόν. Έμαθα από αυτό. Δεν χρειάζεται να καπνίσω άλλο τσιγάρο”. Συγχώρεσε τον εαυτό σου. Προχώρα.
- Ετοιμάσου για μια αυξημένη επιθυμία να καπνίσεις. Θυμήσου αυτά:

ΜΗ ΞΕΧΝΑΣ Όταν εκλιπαρείς για ένα τσιγάρο	Δοκίμασε κάτι από τα παρακάτω	ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΤΙ ΣΕ ΒΟΗΘΑΕΙ ΠΙΟ ΠΟΛΥ
	Πάρε βαθιές αναπνοές Κλείνεις τα μάτια σου, εισπνέεις από τη μύτη και εκπνέεις σιγά από το στόμα.	
	Πιες νερό Πιες το αργά, γουλιά-γουλιά.	
	Κάνε κάτι άλλο Κάποιες δραστηριότητες προκαλούν επιθυμία για κάπνισμα. Διάκοψέ τες και κάνε κάτι άλλο.	
	Καθυστέρησε για 10 λεπτά Επανάλαβε αν χρειαστεί. Θυμήσου ότι η επιθυμία κρατάει μόνο 20 λεπτά.	
	ΓΡΑΨΕ ΤΙ ΔΙΚΗ ΣΟΥ ΛΥΣΗ	

Αν ξαναρχίσεις το κάπνισμα...

Μπορείς να το κόψεις πάλι.

Οι περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν
παραπάνω από μία φορά
πριν το κόψουν για πάντα.

Το να ξαναρχίσεις το κάπνισμα δεν είναι
αποτυχία, αλλά είναι ένα βήμα μακρύτερα απ'τον
δρόμο σου, την διαδρομή σου χωρίς τσιγάρο.

Όταν είσαι έτοιμος να αρχίσεις πάλι,
θα έχεις ήδη περισσότερη εμπειρία πίσω σου.

Προετοιμάσου να συναντήσεις εμπόδια στη διαδρομή σου

Θα υπάρξουν προκλήσεις μπροστά σου

Θα χρειαστεί αρκετούς μήνες για να συνηθίσεις την ιδέα του να μην καπνίζεις.

Παρακάτω περιγράφονται μερικές καταστάσεις,
που μπορεί να σε οδηγήσουν πάλι πίσω στο κάπνισμα.

Αν προετοιμαστείς για αυτές θα τα πας μια χαρά.

Επικίνδυνη κατάσταση	Τρόποι αντιμετώπισης χωρίς κάπνισμα
<p>Κρίσιμες στιγμές Φασαρίες, όπως οικονομικά προβλήματα, απόλυση από τη δουλειά, αρρώστια στην οικογένεια, μπορεί να σου δημιουργήσουν την ανάγκη να καπνίσεις</p>	<p>Πες στον εαυτό σου: «Το να καπνίσεις δεν πρόκειται να διώξει μακριά το πρόβλημα». Πήγαινε μια βόλτα να δώσεις χρόνο στον εαυτό σου να σκεφτεί κάποια πιθανή λύση. Μίλησε σε κάποιον για το πρόβλημά σου.</p>
<p>Στιγμές γιορτής Οι καλές στιγμές μπορεί να φέρουν τα ίδια αποτελέσματα με τις κακές. Κάπνιζες κατά τη διάρκεια κάποιας γιορτής, ή όταν όλα σου πήγαιναν, όπως ακριβώς τα ήθελες;</p>	<p>Για πολλούς καπνιστές το τσιγάρο και το αλκοόλ πάνε μαζί. Σταμάτησε για λίγο το αλκοόλ. Μην ενδίδεις στις σκέψεις του τύπου «Δικαιούμαι να το γιορτάσω. Θα καπνίσω μόνο ένα με δύο τσιγάρα απόψε». Καλύτερα σήκω και χόρεψε!</p>
<p>Στιγμές μοναξιάς Ίσως, όταν αισθανόσουν μοναξιά, μελαγχολία, βαρεμάρα, ή κατάθλιψη, το τσιγάρο να σου κρατούσε παρέα.</p>	<p>Όλοι περνούν τέτοιες στιγμές. Μην κάθεσαι με σταυρωμένα τα χέρια, καθάρισε το σπίτι σου ή πήγαινε μια βόλτα. Ξανάρχισε μια παλιά σου ευχάριστη ενασχόληση. Τηλεφώνησε σε κάποιον/α.</p>
<p>Στιγμές μαζί με καπνιστές Είναι πολύ δύσκολο, όταν βρίσκεσαι κοντά σε τσιγάρα, ή όταν βλέπεις άλλους να καπνίζουν. Μερικοί μάλιστα θα σου προτείνουν να κάνεις «ένα».</p>	<p>Προσπάθησε να περιορίσεις τις συναναστροφές σου με καπνιστές. Μείνε μακριά από χώρους, που καπνίζουν, όπως νυχτερινά κέντρα. Βρες τον τρόπο να λες: «Ευχαριστώ, αλλά δεν καπνίζω».</p>

ΜΑΘΕ ΝΑ ΛΕΣ ΟΧΙ

Όταν κάποιος σου προσφέρει τσιγάρο, ιδιαίτερα αν είναι άτομο, που γνώριζε ότι κάπνιζες, μάθε να λές **ΟΧΙ**.

Μπορείς να αρνηθείς με διάφορους τρόπους όπως:

- Όχι ευχαριστώ, δεν καπνίζω.
- Όχι θα μυρίζω άσχημα.
- Δεν θα αρέσει στους δικούς μου ανθρώπους.
- Το έκοψα, κάνω οικονομίες για διακοπές.
- Με κάνει να βήχω.
- Με κουράζει όταν ασκούμαι.
- Θέλω να είμαι υπεύθυνος για την υγεία μου.

Το ΟΧΙ δεν πρέπει να λέγεται ως δικαιολογία.

Πρέπει να λέγεται με βεβαιότητα και αυτοπεποίθηση.

Αυτός, που καπνίζει, έχει λάθος και είναι ο πιο ευάλωτος.

Αυτός, που λέει ΟΧΙ, πρέπει να δείχνει σίγουρος και ότι αυτός είναι ο δυνατός και ο σωστός.

Να είναι περήφανος για την επιλογή του και για το ότι δεν κάνει αυτό που επιβάλλει η μόδα.

Η στάση αυτή φέρνει σε αμηχανία αυτόν που συστήνει ή προσφέρει το τσιγάρο.

Διαχειρίσου το στρες, ώστε να μη σε διαχειρίζεται

Αυτές οι ιδέες θα σε ηρεμήσουν, θα σου δώσουν μια άλλη αντιμετώπιση των πραγμάτων, θα σε βοηθήσουν να μείνεις μακριά από το τσιγάρο.

Σκέψου θετικά

Βοηθάει να βλέπεις τα πράγματα από την «καλή τους πλευρά» και να τα «τοποθετείς σύμφωνα με τη βαρύτητα που τους ταιριάζει». Για τα πράγματα που δεν μπορείς να αλλάξεις, απλά αποδέξου τα.

Διασκέδασέ το

Κάθε μέρα βρες κάτι που να σου φτιάχνει τη διάθεση. Όταν βρίσκεσαι «στα κάτω σου» εκμεταλλεύσου το, ώστε να χαλαρώνεις. Χρειάζεσαι κάπου κάπου να φορτίζεις τις μπαταρίες σου.

Αφιέρωσε χρόνο για τις κοινωνικές σου συναναστροφές

Προσπάθησε να περνάς κάποιες ώρες με ανθρώπους, που νοιάζονται για σένα και που σε στηρίζουν στη νέα σου αυτή προσπάθεια.

Περιποιήσου τον εαυτό σου

Κάνε σωστή διατροφή και κοιμήσου αρκετές ώρες. Όταν το σώμα σου είναι δυνατό, αντιμετωπίζεις ευκολότερα το στρες.

Χρησιμοποίησε τις αναπνοές σου

Όταν είσαι στρεσαρισμένος/ η χωρίς να το καταλαβαίνεις, αρχίζεις να αναπνέεις κοφτά και γρήγορα. Καλό θα ήταν, όταν νιώθεις στρες να εκτελείς τις ασκήσεις αναπνοών που έμαθες. Το τσιγάρο δεν βοηθάει στον έλεγχο του στρες. Οι ασκήσεις αναπνοής είναι απλές, αλλά έχουν αποτέλεσμα.

Η προσευχή της γαλήνης

ΘΕΕ ΜΟΥ, ΔΩΣ' ΜΟΥ

ΤΗ ΓΑΛΗΝΗ...

ΝΑ ΔΕΧΟΜΑΙ ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΑΛΛΑΞΩ,

ΤΟ ΚΟΥΡΑΓΙΟ ..

ΝΑ ΑΛΛΑΖΩ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ,

ΚΑΙ ΤΗ ΣΟΦΙΑ ..

ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΩ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΥΣ

“Το σώμα ξέρει...”

Αριστοτέλης

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ (FOCUSING)

Ο όρος FOCUSING, περιγράφει τη διαδικασία εστίασης, επικέντρωσης στο ανθρώπινο σώμα. Πρόκειται μια βιωματική διαδικασία επικέντρωσης στο σώμα με στόχο την αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων (σωματικών αισθήσεων) και πληροφοριών που αυτό φέρει αναφορικά με ένα θέμα, ένα πρόβλημα ή με μια κατάσταση που ζούμε. Προϋποθέτει την διακριτική παρουσία του συνοδού/θεραπευτή. Αυτός, με την κατάλληλη στάση του, διαμορφώνει το κλίμα μέσα στο οποίο μπορεί ο καθένας να εστιαστεί στο θέμα που τον ενδιαφέρει και να ακολουθήσει την ιδιαίτερη προσωπική του διαδρομή. Βασική θεωρία πάνω στην οποία ακουμπάει η διαδικασία αυτή, είναι η ολιστική ευφυΐα, μέσω της οποίας ο καθένας βιώνει τη βαθύτερη σχέση με τον εαυτό του και τον περιβάλλοντα κόσμο. Αυτή η ολιστική ευφυΐα των ανθρώπων αποτελείται από τη νοητική γνώση (νους), τη συναισθηματική γνώση (ψυχή) και τη σωματική γνώση (σώμα). Με αφορμή αυτή τη βασική θέση ο Eugene T. Gendlin ανέπτυξε τη διαδικασία του focusing.

Τα έξι (6) βήματα της διαδικασίας εστίασης (focusing):

Η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι βιωματική και βασίζεται σε μια σειρά συγκεκριμένων βημάτων, τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν σαν πυξίδα για την εκμάθηση, εξάσκηση και εφαρμογή του. Τα βήματα αυτά ακολουθούν μια εσωτερική πορεία. Βασικός κανόνας αυτής της σταδιακής διαδικασίας είναι ο θεραπευτής να μένει έξω από την πορεία που ακολουθεί ο εστιαζόμενος (χωρίς να κρίνει, να αξιολογεί, να υποθέτει).

Πρώτο βήμα:

Δημιουργία εσωτερικού ελεύθερου χώρου

Παραμερίζουμε το κουβάρι με τις σκέψεις, τις αντιλήψεις και τις ερμηνείες, που όλοι φέρουμε στο μυαλό μας, και δημιουργούμε έναν καθαρό και ήσυχο εσωτερικό χώρο, δίνοντας την ευκαιρία σε ό,τι καινούργιο να αναδυθεί.

- Τι με εμποδίζει αυτή τη στιγμή να στρέψω την προσοχή μου στο σώμα μου;
 - Πώς αισθάνεται το σώμα μου αυτή τη στιγμή;
 - Φιλική στάση ως προς ο,τιδήποτε νιώθω
 - Δημιουργία μιας “καλής” απόστασης από όλα τα θέματα, ιδιαίτερα από αναγκαστικές-πιστικές σκέψεις, συναισθήματα
-

Δεύτερο βήμα:

Ορισμός του θέματος (π.χ. Κάπνισμα)

- Διατυπώνουμε την ουσία του προβλήματος με τη βοήθεια μιας πρότασης, μιας εικόνας ή ενός μικρού φίλμ
- Αφήνουμε το θέμα/πρόβλημα, που θέλουμε να επεξεργαστούμε, να έρθει στο επίκεντρο της προσοχής μας
- Μετά στρέφουμε την προσοχή μας στο χώρο του στέρνου και της κοιλιάς
- Περιμένουμε αυτό (την αντίδραση) που θα εμφανιστεί στο σώμα μας σε σχέση με το θέμα/πρόβλημα
- Ερώτηση: Πού αντιδρά κάτι (σε αυτό το θέμα) στο χώρο του στέρνου και της κοιλιακής χώρας;
- Στρέφουμε την προσοχή μας στα σημεία του σώματος, που αντιδρούν αμυδρά ή ξεκάθαρα
- Συντροφεύουμε το σημείο του σώματος που αντιδρά και παραμένουμε χωρίς πίεση

Τρίτο βήμα:

Εύρεση μιας λαβής, ενός συμβόλου

- Ερώτηση:

Πώς αισθάνομαι αυτό το σημείο του σώματος;

Βρίσκουμε την πρώτη λέξη ή εικόνα ή ήχο που αποδίδει τη σωματική αίσθηση σε αυτό το σημείο. Αναζητούμε την βιωμένη αίσθηση με φράσεις όπως: “Είναι αναστατωμένη”, “Είναι σαν τη δροσιά ενός ανοιξιάτικου πρωινού”, “Είναι σαν τα μακαρόνια με τυρί- ανακουφιστικό”.

Τέταρτο βήμα:

Αντήχηση / Καθρέφτισμα

Αντιστοίχιση ανάμεσα στη βιωμένη αίσθηση και τη λέξη/εικόνα

- Ερώτηση: Ταιριάζει αυτή η λέξη/εικόνα ακριβώς σε αυτή τη σωματική αίσθηση;

Αφήνουμε να εμφανιστούν λέξεις/εικόνες, άλλα σύμβολα και τα εξετάζουμε τμηματικά, δηλαδή, ποιά λέξη/εικόνα ταιριάζει καλύτερα σ’ αυτή την αίσθηση.

Πέμπτο βήμα:

Εσωτερικός διάλογος

- Ερωτήσεις: Βγαίνει ένα (καινούργιο) νόημα, αν συνδέσουμε αυτή τη λέξη/εικόνα με το θέμα/πρόβλημα; Ξεκαθαρίζει κάτι περισσότερο, εάν δω το θέμα από αυτή την πλευρά; Τι θα έπρεπε να συμβεί; Τι θα χρειαζόμουν για να μπορέσω να αισθανθώ καλά/καλύτερα;

Με ανοιχτού τύπου ερωτήσεις : “Τι είναι τόσο δύσκολο σχετικά με αυτή; ” ή “Γιατί με αναγκάζει να είμαι τόσο στάσιμος/η; ” ή “Τι ήταν τόσο όμορφο εκείνη τη στιγμή;”.

Και πάλι, περιμένουμε σιωπηλά για λίγο να αναδυθεί η απάντηση, όχι από τις ήδη γνωστές σε εσάς ερμηνείες, αλλά από αυτή την ολική σωματική αίσθηση, την βιωμένη αίσθηση.

Σε κάθε ερώτηση, ο θεραπευτής του Focusing πηγαίνει πίσω στα βήματα (2), (3) και (4) και περιμένει την βιωμένη αίσθηση να σχηματισθεί, βρίσκει τις λέξεις σύμβολα, δοκιμάζει το «καθρέφτισμα» μέχρι να έρθει η επιβεβαίωση: “Ναι, αυτό είναι”.

Αυτή η βιωμένη, συχνά σε επίπεδο φυσιολογίας, εμπειρία εκτόνωσης της έντασης και χαλάρωσης του σώματος, αυτή η αίσθηση της εύρεσης των κατάλληλων λέξεων, μερικές φορές συνοδεύεται από δάκρυα αναγνώρισης και ανακούφισης ή από την απελευθέρωση άλλων καταπιεσμένων συναισθημάτων.

Έκτο βήμα:

Αποδοχή και κλείσιμο της διαδικασίας

- Αναγνωρίζουμε και αποδεχόμαστε ακόμη και τα μικρά βήματα
- Αναγνωρίζουμε την εσωτερική κριτική της διαδικασίας και την σταματάμε
- “Συναλλαγή” με τον εσωτερικό κριτή

Πόσο αποτελεσματικός / η πιστεύεις ότι είσαι;

Βάλε σε κύκλο έναν αριθμό εφόσον γνωρίζεις ότι 10 αντιστοιχεί στο απόλυτα σίγουρος/η, το 5 στο έτσι κι έτσι και το 1 στο καθόλου σίγουρος/η.

Πόσο σίγουρος / σίγουρη είσαι ότι σε ένα χρόνο από τώρα θα είσαι ένας μη καπνιστής / μια μη καπνίστρια;

Απόλυτα σίγουρος/η 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1