



Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΧΟΛΗ Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού



ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ  
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

της

Δέσποινας Λεοντάρη

Διδακτορική Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική  
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του διδακτορικού τίτλου των Τμημάτων  
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Παν/μιου Θεσσαλίας

Τρίκαλα 2018

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

---

1<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Βασιλική Ζήση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

.....

---

2<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Γιάννης Θεοδωράκης, Καθηγητής

.....

---

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Χρόνη Στυλιανή, Καθηγήτρια

.....

### **Σύνθεση επταμελούς επιτροπής:**

1. Ζήση Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΣΕΦΑΑ, ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
2. Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
3. Χρόνη Στυλιανή, Καθηγήτρια, Inland Norway University of Applied Sciences Dept. of Sports & Physical Education, Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής
4. Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, τμήμα Ιατρικής-Π.Θ.
5. Γούδας Μάριος, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος
6. Χατζηγεωργιάδης Αντώνης, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος
7. Παπαϊωάννου Αθανάσιος, Καθηγητής, ΣΕΦΑΑ-ΠΘ, Μέλος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λεοντάρη Δέσποινα: Ατομική Συμβουλευτική για τη Διακοπή Καπνίσματος και την Αύξηση της Φυσικής Δραστηριότητας»  
(υπό την επίβλεψη της Δρ. Βασιλικής Ζήση)

Η εργασία εστιάζει στο ρόλο της ατομικής συμβουλευτικής στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, αλλά και στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας με απώτερο σκοπό τον προσανατολισμό προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά τέσσερις ανεξάρτητες μελέτες, όπου εφαρμόστηκε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος. Στις τρεις από τις τέσσερις μελέτες διαφοροποιήθηκε ελαφρώς το περιεχόμενο της παρέμβασης, καθώς και ο τρόπος εφαρμογής, κυρίως ως προς τους συμβούλους που είχαν διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο. Ο κύριος σκοπός ήταν η εφαρμογή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που εφαρμόζεται από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων και επιμέρους σκοποί ήταν να μελετηθούν παράγοντες όπως η εκπαίδευση των συμβούλων, το διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο των συμβούλων, τα διαφορετικά κίνητρα συμμετοχής στο πρόγραμμα, ο διαφορετικός τρόπος εφαρμογής του προγράμματος και γενικά ο τρόπος που μπορεί αυτοί οι παράγοντες να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Η ατομική συμβουλευτική ήταν προσωποκεντρική και βασίστηκε στη θεωρία της παρακινητικής συνέντευξης (Motivational interviewing). Η δομή της παρέμβασης και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε προηγούμενη έρευνα (Γρατσάνη, Λεοντάρη, Ζήση, & Θεοδωράκης, 2016). Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης περιελάμβανε 12 ωριαίες ατομικές συνεδρίες μια φορά την εβδομάδα και follow-up διάρκειας 9 μηνών (μηνιαίες συναντήσεις, εβδομαδιαία τηλεφωνήματα) σε ατομικό επίπεδο μετά το τέλος του προγράμματος. Για τους σκοπούς της έρευνας, στο τέλος όλων των μελετών της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, στις 3 από τις 4 μελέτες, στην αρχή, τη μέση και το τέλος του προγράμματος, έγινε χρήση βηματόμετρων SW-200 (Yamax) για την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας

πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis) και για την οργάνωση των δεδομένων, που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo. Το δείγμα αποτελούνταν από 28 άτομα, άνω των 18.

Στην πρώτη μελέτη συμμετείχαν 8 άτομα (2 άντρες - 6 γυναίκες, MO= 38.5 έτη). Το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος εφαρμόστηκε από ειδικούς ψυχικής υγείας εκπαιδευμένους σε θέματα συμβουλευτικής και στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Σκοπός της παρέμβασης ήταν να μελετηθεί εάν και πώς ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, θα επιδράσει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και γενικότερα στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Τρεις από τους συμμετέχοντες (37.5%) διέκοψαν το κάπνισμα, τέσσερα άτομα πραγματοποίησαν σημαντική μείωση (μεγαλύτερη της τάξεως του 50%), με αποτέλεσμα να ανήκουν στην κατηγορία του ελαφρή καπνιστή (κάτω από 10 τσιγάρα) ενώ ένα άτομο πραγματοποίησε αρχικά σημαντική μείωση, αλλά μέχρι την ολοκλήρωση της παρακολούθησης του προγράμματος επέστρεψε σχεδόν στον αρχικό αριθμό τσιγάρων. Όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξαιρέτως, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, είχαν πραγματοποιήσει κάποια αλλαγή σε κάποιον από τους βασικούς τομείς που διαπραγματευόταν το πρόγραμμα, όπως μείωση ή διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης, διαχείριση άγχους, διαχείριση χρόνου, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γενικά υιοθέτηση ενός συνολικά πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Το πρόγραμμα παρέμβασης που βασίστηκε στην παρακινητική συνέντευξη φαίνεται να συνέβαλλε σημαντικά ώστε να βοηθήσει τα άτομα στη διαδικασία διακοπής και αποχής από το κάπνισμα και στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

Το δείγμα της δεύτερης μελέτης αποτελούσαν 8 άτομα (5 άντρες - 3 γυναίκες, MO= 43.8 έτη). Συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος όπως ακριβώς αυτό εφαρμόστηκε στην πρώτη μελέτη, αλλά πραγματοποίησαν επιπρόσθετα και 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής για την υιοθέτηση και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, μια φορά την εβδομάδα, από συμβούλους ειδικούς σε θέματα φυσικής δραστηριότητας, εκπαιδευμένους στη συμβουλευτική και στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Σκοπός ήταν να μελετηθεί εάν η συμβουλευτική από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας θα συμβάλλει στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, εάν η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και εάν και με ποιο τρόπο μετά το πέρας της

παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 3 άτομα (37.5%) διέκοψαν το κάπνισμα, ενώ τα υπόλοιπα 5 (62.5%) πέτυχαν σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων) και πέρασαν στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή, δηλαδή κάτω από 10 τσιγάρα. Η φυσική δραστηριότητα αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της παρέμβασης και διατηρήθηκε υψηλή έως τη λήξη του προγράμματος, υποστηρίζοντας έτσι ότι η συμβουλευτική από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας συνέβαλλε στην υιοθέτηση και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Η διαφορετική σχέση των συμμετεχόνων με την άσκηση φαίνεται να επηρέασε τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και όλοι οι συμμετέχοντες άλλαξαν την καθημερινότητά τους προς έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Στην τρίτη μελέτη συμμετείχαν 36 συστηματικοί καπνιστές, από τους οποίους μόνο 12 κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, 9 άντρες και 3 γυναίκες, ηλικίας 37-71 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 55.4 έτη. Τα άτομα της τρίτης μελέτης συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος όπως αυτό εφαρμόστηκε από ειδικούς υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) στα Κέντρα Υγείας του Νομού. Σκοπός ήταν να μελετηθεί εάν και πώς τα διαφορετικά κίνητρα προσέλευσης (προβλήματα υγείας), ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης (παραπομπή ιατρών) και η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους υγείας, επηρεάζουν την διαδικασία διακοπής και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες, οι οποίοι εντάχθηκαν στο πρόγραμμα έπειτα από προτροπή κάποιου γιατρού και έχοντας ισχυρά κίνητρα, δηλαδή λόγους υγείας, πέτυχαν τη διακοπή καπνίσματος σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό (66.6%), ενώ το 33.3% πέτυχε σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων) και πέρασε στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή, δηλαδή κάτω από 10 τσιγάρα. Όλοι όσοι κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα πέτυχαν σημαντικούς στόχους ως προς τη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, την αλλαγή τρόπου ζωής και τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής. Φαίνεται, επίσης, ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση να είναι αποτελεσματικό τόσο στην εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, όσο και στην αλλαγή συμπεριφορών υγείας.

Τέλος, στην τελευταία μελέτη έγινε αξιολόγηση όλων των συμβούλων του προγράμματος τόσο για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε θέματα συμβουλευτικής όσο και

για την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν δέκα σύμβουλοι, οι οποίοι ήταν ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί και γιατροί. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκπαίδευση των συμβούλων ήταν επαρκής και απαραίτητη και επηρέασε θετικά την εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Επίσης, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των συμβούλων φάνηκε να συνέβαλλαν θετικά και να έπαιζαν καθοριστικό ρόλο τόσο στην εφαρμογή όσο και στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Δεν προέκυψαν κάποια στοιχεία που να δείχνουν ότι η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικής ειδικότητας μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, παρά μόνο το ότι οι σύμβουλοι-ψυχολόγοι λόγω της περισσότερης εμπειρίας και εξοικείωσης σε θέματα συμβουλευτικής αντιμετώπιζαν λιγότερες δυσκολίες στην εφαρμογή του προγράμματος.

Λέξεις-κλειδιά: πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, φυσική δραστηριότητα, ψυχολογική παρέμβαση συμβουλευτικής, παρακινητική συνέντευξη, αλλαγή συμπεριφορών υγείας

## ABSTRACT

Leontari Despoina: Individual Counseling for Smoking Cessation and Increase of Physical Activity  
(Under the supervision of Dr. Vasiliki Zisi)

The present study focuses on the impact of individual counseling on both smoking cessation process and increasement of physical activity with the ultimate aim of the orientation to a healthier way of living. Four independent studies were carried out, where a tailor-made counseling program on smoking cessation was implemented. In three of the four studies, both the intervention and the way of implementation were differentiated mainly among counselors who were consultants with different scientific backgrounds. General purpose was the implementation and the evaluation of the effectiveness of a smoking cessation program which was applied by consultants of different specialties and some other purposes were to study factors such as the training of counselors, the different scientific background of the counselors, the different incentives to participate in the program, the different way of implementing the program and, in general, how these factors can influence the effectiveness of the program. The counseling was person-centered based on motivational interviewing (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991). The structure of the intervention and the material used was based on a previous survey (Gratsani, Leontari, Zisi, & Theodorakis, 2016). The program consisted of 12 individual weekly counseling sessions and there was also a 9 month follow up (monthly sessions, weekly telephone calls).

A semi-structured interview was used to evaluate the effectiveness of the program after the intervention. In three of the four studies the physical activity of the participants was recorded using pedometers SW-200 (Yamax), at the beginning, in the middle and at the end of the program. The data derived from the interviews were organized using the Qualitative Software Package N Vivo, following content analysis. The sample consisted of 28 people aged over 18 years.

The participants of the first study were eight people, 2 men and six women (MO = 38.5). The smoking cessation program was implemented by mental health specialists trained in counseling and smoking cessation program. The purpose of this study was to investigate if and how the participation in the intervention program, based on

motivational interviewing, affects the smoking cessation process, the physical activity increase and in general the change to a healthier lifestyle. At the end of the program three of the participants (37.5%) quit smoking, four participants (50%) achieved a significant reduction of the number of cigarettes smoked, and they turned to light smokers (<10 cigarettes) ) and one participant achieved a significant reduction but after completing the program, returned almost to the initial number of cigarettes. The intervention program, based on motivational interviewing, seems to help the participants in the process of abstinence and smoking cessation. All the participants after completing the program made changes to one of the basic areas of the program such as reduction or cessation of smoking, adoption of exercise behavior, stress management, time management, development of personal skills and generally adoption of a healthier and qualitative lifestyle.

The participants of the second study were eight people, five men and three women (MO = 43.8). They participated in the smoking cessation program as it was implemented in the first study but participated additionally in 12 weekly based individual counseling sessions for adoption and increase of physical activity, implemented by specialists of physical activity, trained in counseling and smoking cessation program. The aim was to study whether counseling by a specialist in physical education would contribute to increase physical activity, if the participants' relationship with the exercise would affect the outcome of smoking cessation attempt and if and how at the end of the intervention the participants would have made changes in their daily lives towards a healthier lifestyle. The results showed that 3 people (37.5%) quit smoking and the other 5 (62.5%) achieved a significant reduction (over 50% of everyday cigarettes) and belong to the category of light smokers (less than 10 cigarettes). Physical activity increased during the intervention and remained high until the end of the program, thus supporting that counseling by a specialist in physical education contributed to the adoption and increase of physical activity. The different relationship of participants with exercise seems to have affected the smoking cessation effort and all participants have made changes in their daily lives towards a healthier lifestyle.

In the third study participated 36 systematic smokers, from them only 12 managed to complete the program, 9 men and 3 women, aged 37-71, with an average age of 55.4 years. The people of the third study participated in the smoking cessation program as implemented by health professionals (medical and nursing staff) at the Health Centers. The aim was to study if and how different participation motives (health problems),



different approaches (referral of doctors) and program implementation by health counselors affect the smoking cessation process and the effectiveness of the program. This study showed that participants who joined the program at the prompt of a physician and having strong motives (health reasons), succeeded in smoking cessation at a satisfactory rate (66.6%) while another 33.3% achieved a significant reduction (over 50% of everyday cigarettes) and belong to the category of light smokers (less than 10 cigarettes). All those who have succeeded in completing the program have achieved important goals in quitting or reducing smoking, developing personal skills, changing lifestyle and thinking, and generally adopting a healthier and qualitative lifestyle. It also seems that medical and nursing staff can, through appropriate training, be effective both in implementing a smoking cessation counseling program and in changing health behaviors.

Finally, in the last study, all counselors of the program were evaluated for both the counseling training program and the implementation and effectiveness of the smoking cessation program. The program was attended by ten consultants who were psychologists, nurses, social workers and doctors. The results showed that education in counseling was adequate and necessary and influenced in a positive way the implementation and the effectiveness of the smoking cessation program. Also, the beliefs and attitudes of the counselors seemed to have contributed positively both to the implementation and effectiveness of the program. There has been no evidence to suggest that the implementation of the program by consultants of a different specialization may affect the effectiveness of the program, except for the fact that psychologists, due to more experience and familiarity with counseling, were experiencing fewer difficulties in implementing the program.

Keywords: smoking cessation intervention, physical activity, psychological intervention, motivational interviewing, change health behaviors

## Ευχαριστίες

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	III
ABSTRACT .....	VII
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	X
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	XI
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	XV
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1</b>
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ .....	9
ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	10
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	14
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ .....	15
ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	16
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ .....	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....</b>	<b>17</b>
ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	19
ΈΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	23
ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	28
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ .....	29
ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ .....	30
ΟΦΕΛΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	33
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	36
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ .....	47
<i>Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης .....</i>	<i>47</i>
<i>Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας.....</i>	<i>48</i>
<i>Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior).....</i>	<i>49</i>

<i>Θεωρία των Στόχων</i> .....	50
<i>Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model)</i> .....	51
<i>Παραδείγματα παρεμβάσεων βασισμένα στο Διαθεωρητικό Μοντέλο</i> .....	62
<i>Παρακινητική ή Κινητοποιητική Συνέντευξη (Motivational Interviewing)</i> .....	64
<i>Παραδείγματα Παρεμβάσεων βασισμένα στην Παρακινητική Συνέντευξη</i> .....	68
<b>ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ</b> .....	71
<i>Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις Διακοπής Καπνίσματος</i> .....	79
<i>Προγράμματα αυτό-βοήθειας</i> .....	82
<i>Προγράμματα Συμβουλευτικής</i> .....	83
<i>Ατομική Συμβουλευτική</i> .....	84
<i>Συμβουλευτική μέσω διαδικτύου</i> .....	92
<i>Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου</i> .....	95
<i>Ομαδική Συμβουλευτική</i> .....	99
<b>ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b> .....	106
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΜΕΛΕΤΗ Ι: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗΝ</b>	
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ, ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ</b> .....	
<b>113</b>	<b>113</b>
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i> .....	113
<i>Σκοπός</i> .....	120
<i>Υποθέσεις</i> .....	120
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	121
<i>Συμμετέχοντες</i> .....	121
<i>Χαρακτηριστικά Δείγματος</i> .....	122
<i>Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες</i> .....	130
<i>Διαδικασία</i> .....	131
<i>Follow-up</i> .....	134
<i>Όργανα Αξιολόγησης</i> .....	135
<i>Στατιστική Ανάλυση</i> .....	135

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	135
<i>Αξιολόγηση του προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος</i> .....	137
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	167
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....	169
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΜΕΛΕΤΗ II. ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ</b>	
<b>ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....</b>	<b>170</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	170
<i>Σκοπός</i> .....	179
<i>Υποθέσεις</i> .....	179
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	180
<i>Συμμετέχοντες</i> .....	180
<i>Χαρακτηριστικά Δείγματος</i> .....	181
<i>Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες</i> .....	187
<i>Διαδικασία</i> .....	188
<i>Εποπτευόμενη Φυσική Δραστηριότητα</i> .....	189
<i>Follow-up</i> .....	190
<i>Όργανα Αξιολόγησης</i> .....	190
<i>Στατιστική Ανάλυση</i> .....	191
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	191
<i>Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης</i> .....	191
<i>Ερωτήσεις Αξιολόγησης και Απαντήσεις για τη Φυσική Δραστηριότητα</i> .....	208
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	213
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	235
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΜΕΛΕΤΗ III. ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ. ΕΝΑ</b>	
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ</b>	
<b>ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ. ....</b>	<b>238</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	238
<i>Σκοπός</i> .....	242

Υποθέσεις.....	242
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	243
<i>Συμμετέχοντες</i> .....	243
<i>Λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος</i> .....	243
<i>Χαρακτηριστικά Δείγματος</i> .....	243
<i>Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες</i> .....	250
<i>Όργανα Αξιολόγησης</i> .....	251
<i>Ιατρικό Προσωπικό-Σύμβουλοι</i> .....	253
<i>Διαδικασία</i> .....	254
<i>Στατιστική Ανάλυση</i> .....	255
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	255
<i>Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης</i> .....	256
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	274
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....	278
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΜΕΛΕΤΗ IV: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΥΟ ΕΠΙΠΕΔΑ:</b>	
<b>1) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ &amp; 2) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ</b>	
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>279</b>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	279
<i>Σκοπός</i> .....	283
<i>Υποθέσεις</i> .....	284
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	284
<i>Συμμετέχοντες</i> .....	284
<i>Όργανα αξιολόγησης</i> .....	285
<i>Διαδικασία</i> .....	285
<i>Στατιστική Ανάλυση</i> .....	286
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ .....	286
<i>Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης</i> .....	286
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	293

<i>Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης</i> .....	293
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	307
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	318
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>320</b>
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΈΡΕΥΝΕΣ .....	327
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>330</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΈΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ .....</b>	<b>374</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ .....</b>	<b>375</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΗΣ ΆΣΚΗΣΗΣ .....</b>	<b>383</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>384</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥΣ. ....</b>	<b>385</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης.....	122
Πίνακας 2. Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος.....	123
Πίνακας 3. Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα .....	123
Πίνακας 4. Ιστορικό Καπνίσματος.....	125
Πίνακας 5. Ερωτήσεις της συνέντευξης αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.....	137
Πίνακας 6. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	139

Πίνακας 7. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	142
Πίνακας 8. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;</i> .....	145
Πίνακας 9. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;</i> .....	149
Πίνακας 10. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση);</i> .....	151
Πίνακας 11. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;</i> .....	153
Πίνακας 12. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;</i> .....	155
Πίνακας 13. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της);</i> .....	159
Πίνακας 14. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά).</i> .....	160
Πίνακας 15. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ).</i> .....	162
Πίνακας 16. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης.</i> .....	165



Πίνακας 17. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;</i> .....	166
Πίνακας 18. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης.....	181
Πίνακας 19. Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος.....	182
Πίνακας 20. Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα .....	183
Πίνακας 21. Ιστορικό Καπνίσματος.....	184
Πίνακας 22. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	192
Πίνακας 23. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	193
Πίνακας 24. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;</i> .....	195
Πίνακας 25. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;</i> .....	196
Πίνακας 26. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα: (γενικότερη εξάρτηση);</i> .....	197
Πίνακας 27. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;</i> .....	198
Πίνακας 28. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;</i> .....	200

Πίνακας 29. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;)</i> .....	201
Πίνακας 30. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)</i> .....	202
Πίνακας 31. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)</i> .....	203
Πίνακας 32. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης</i> .....	206
Πίνακας 33. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει</i> .....	208
Πίνακας 34. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη φυσική δραστηριότητα;</i> .....	209
Πίνακας 35. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να ενσωματώσετε τη φυσική δραστηριότητα ως τρόπο ζωής μετά το τέλος του προγράμματος;</i> .....	210
Πίνακας 36. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως ενεργό άτομο;</i> .....	210
Πίνακας 37. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Σκεφτήκατε ποτέ ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να σας βοηθήσει να κόψετε ή να μειώσετε τι κάπνισμα;</i> .....	211
Πίνακας 38. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Νομίζετε ότι μπορείτε να αυξήσετε τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή σας ζωή;</i> .....	211

Πίνακας 39. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πιστεύετε ότι η φυσική δραστηριότητα θα σας ωφελήσει;</i> .....	212
Πίνακας 40. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πιστεύετε ότι το πρόγραμμα λειτούργησε ως σύμμαχος στις προσπάθειές σας να υιοθετήσετε την άσκηση ως τρόπο ζωής και ως εκ τούτου, να απέχετε από το κάπνισμα;</i> .....	212
Πίνακας 41. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης.....	244
Πίνακας 42 Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα .....	244
Πίνακας 43 Ιστορικό Καπνίσματος.....	246
Πίνακας 43 (συνέχεια) .....	247
Πίνακας 44. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	256
Πίνακας 45. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	260
Πίνακας 46. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;</i> .....	261
Πίνακας 47. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;</i> .....	262
Πίνακας 48. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα; (γενικότερη εξάρτηση)</i> .....	264
Πίνακας 49. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;</i> .....	265

Πίνακας 50. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του / της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;</i> .....	266
Πίνακας 51. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;)</i> .....	268
Πίνακας 52. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά);</i> .....	269
Πίνακας 53. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ).</i> ....	270
Πίνακας 54. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης;</i> .....	273
Πίνακας 55. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει</i> .....	274
Πίνακας 56. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πόσο σε βοήθησε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος να γίνεις καλύτερος σύμβουλος;</i> .....	287
Πίνακας 57. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θεωρείς πιο σημαντικό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;</i> .....	288
Πίνακας 58. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος; Αν ναι, τι;</i> .....	289

Πίνακας 59. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησαν περισσότερο κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος;</i> .....	290
Πίνακας 60. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θα ήθελες να αλλάξεις στη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος;</i> .....	291
Πίνακας 61. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις-προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος; (ασκήσεις, θέματα προς συζήτηση, τρόπος διεξαγωγής κ.λ.π).</i> .....	292
Πίνακας 62. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Πόσο βοήθησε το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος τους συμβουλευόμενους του προγράμματος;</i> .....	293
Πίνακας 63. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	295
Πίνακας 64. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;</i> .....	296
Πίνακας 65. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος; Αν ναι, τι;</i> .....	297
Πίνακας 66. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)</i> .....	299
Πίνακας 67. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;</i> .....	301

Πίνακας 68. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις-προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος; (ασκήσεις θέματα προς συζήτηση, τρόπο διεξαγωγής κ.λπ.)</i> .....	304
Πίνακας 69. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι θα ήθελες να αλλάξεις στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος</i> .....	305
Πίνακας 70. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;</i> .....	306
Πίνακας 71. Αποτελέσματα για την ερώτηση <i>Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης</i> .....	307

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι:

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη των υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η συμπεριφορά του καπνίσματος, η χρήση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, η βίαη-επιθετική συμπεριφορά, η διατροφή και τα προβλήματα παχυσαρκίας, καταλαμβάνουν συνεχώς όλο και μεγαλύτερο όγκο στο χώρο των ερευνών.

Το κάπνισμα απασχολεί έντονα τον επιστημονικό χώρο, όχι μόνο λόγω των βλαβερών επιπτώσεων που προκαλεί στην υγεία, αλλά κυρίως λόγω της συνδεσής του με υψηλά ποσοστά ασθενειών και θανάτων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το κάπνισμα ανήκει στις εξαρτήσεις, των οποίων βασικό κριτήριο διάγνωσης σύμφωνα με το ICD-10, 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).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2008) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι είναι καπνιστές. Στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες (World Health Organization - WHO, 2007). Η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών (38 %) μεταξύ των Δυτικοευρωπαϊκών χωρών (WHO, 2015). Το ποσοστό των ανδρών κυμαίνεται στο 46.8 % και των γυναικών στο 29 % (WHO, 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών για τους άνδρες ήταν 51% και για τις γυναίκες 39% (Pitsavos, Panagiotakos, Chrysohoou, & Stefanadis, 2003). Η Ελλάδα έχει επίσης τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατά άτομο στη Δυτική Ευρώπη, ο

οποίος είναι διπλάσιος από ό,τι στη Γερμανία, στη Γαλλία, στη Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ό,τι στη Νορβηγία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (WHO, 2007), η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών. Ωστόσο σε άλλη μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkevi, Terzidou, Politikou, & Stefanis, 2000). Στη μελέτη των Κοσμίδου και Θεοδωράκης (2007) αναφέρεται ότι στην Ελλάδα το 41% του πληθυσμού πάνω από 14 ετών καπνίζει.

Μεταξύ των νέων, το κάπνισμα, συνολικά στην Ευρώπη, φαίνεται να φτάνει περίπου το 30%. Το ποσοστό είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα αγόρια, αλλά σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχει εξισωθεί μεταξύ των δύο φύλων. Στη μελέτη ESPAD που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες, το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα, ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47% (Andersson, Hibell, & Beck, 2007).

Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, όσο αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος και όσο αυξάνει ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνουν.

Λίγοι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών (λιγότερο από 10%). Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC (Curie et al., 2004) η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής τσιγάρου στα παιδιά που ήδη καπνίζουν στα 15 τους, κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 11 και 13 ετών. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη μέση ηλικία έναρξης στους καπνιστές ηλικίας 15 ετών, η οποία στα μεν αγόρια είναι 13,7 έτη ενώ στα κορίτσια 13 έτη.

Σχετικά με τα ποσοστά καπνίσματος σε παιδιά σχολικής ηλικίας σύμφωνα με τη μελέτη HBSC του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας την περίοδο 2001/2 (Currie et al.,



2004), η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικού καπνίσματος. Το ποσοστό των παιδιών που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στην ηλικία των 13 ετών, είναι 4,9% στα αγόρια και 3% στα κορίτσια, ενώ στην ηλικία των 15 ετών, είναι 13,5% και 14,1% αντίστοιχα. Αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά καπνίσματος στις ηλικίες 12 - 17 ετών διαπιστώνει και άλλη μελέτη, στην οποία το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των αγοριών ήταν 8,9% και μεταξύ των κοριτσιών 9,5% (Kokkeni et al., 2000). Αξίζει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν χώρες στις οποίες το ποσοστό καπνίσματος στην ηλικία των 15 ετών είναι διπλάσιο έως τριπλάσιο έναντι της Ελλάδος. Στη μελέτη GYTS (Kyrleski et al., 2007) που διενεργήθηκε το έτος 2004 - 2005 σε μαθητές Γυμνασίου, ηλικίας 13-15 ετών στην Ελλάδα, το 32,1% των μαθητών Γυμνασίου δήλωσε ότι είχε δοκιμάσει τσιγάρο στο παρελθόν ενώ το 16,2% των μαθητών δήλωσε ότι ήταν τακτικοί καπνιστές.

Όσον αφορά στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος έχει υποστηριχτεί ότι αποτελεί την ηγετική αιτία θανάτου, ασθένειας και εξαθλίωσης. Η επιδημία του καπνού είναι μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία που αντιμετώπισε ποτέ ο κόσμος, σκοτώνοντας περισσότερους από 7 εκατομμύρια ανθρώπους το χρόνο. Περισσότεροι από 6 εκατομμύρια από αυτούς τους θανάτους είναι αποτέλεσμα άμεσης χρήσης καπνού, ενώ περίπου 890.000 είναι το αποτέλεσμα των μη καπνιστών που εκτίθενται σε παθητικό καπνό (WHO, 2017).

Σχεδόν το 80% των περισσότερων από 1 δισεκατομμυρίων καπνιστών στον κόσμο ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, όπου το βάρος της ασθένειας και του θανάτου που σχετίζονται με τον καπνό είναι βαρύτερο (WHO, 2017).

Το κάπνισμα αποτελεί μία από τις μάστιγες του σύγχρονου ανθρώπου, καθώς είναι ένας από τους σημαντικότερους κινδύνους για την υγεία και αποτελεί αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σύμφωνα με το Special Eurobarometer (2015), το

ποσοστό των καπνιστών στην Ευρώπη ανέρχεται στο 26%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα ανέρχεται στο 38% και είναι το υψηλότερο της Ευρώπης. Επίσης, μόνο το 43% του συνόλου των Ελλήνων καπνιστών έχει προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα, ποσοστό ιδιαίτερα ανησυχητικό.

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (WHO, 2007). Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Αναφερόμαστε σε 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 200 δηλητηριώδης και 60 γνωστές καρκινογόνες ουσίες (WHO, 2007). Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης νοσημάτων όπως στεφανιαία νόσος, καρδιοπάθειες, αθηροσκλήρωση, διάφορα είδη καρκίνων (καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης κ.α.), χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου και αρκετές άλλες ασθένειες. Επίσης, το κάπνισμα συμβάλλει σημαντικά στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση (US Department of Health and Human Services - USDHHS, 2000).

Ενδεικτικά είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή 2 πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη. Η έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ η έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (USDHHS, 1989). Σε γενικές γραμμές, έχει υπολογισθεί ότι το προσδόκιμο ζωής των καπνιστών μειώνεται κατά 5 ως 8 χρόνια και ότι χάνονται κατά μέσο όρο 5,5 λεπτά ζωής για κάθε τσιγάρο που καπνίζεται, δηλαδή περίπου όσο και ο χρόνος καπνίσματος του τσιγάρου.

Στο πλαίσιο κατανόησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος και με απώτερο σκοπό τη δημιουργία αποτελεσματικών προγραμμάτων διακοπής, αρκετά απασχόλησαν την επιστήμη έρευνες που έχουν μελετήσει τους προβλεπτικούς παράγοντες του καπνίσματος, αλλά και γενικότερα παραμέτρους, που σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος. Οι βασικότερες από αυτές τις παραμέτρους είναι η πρόθεση, η αντιλαμβανόμενη ευκολία καπνίσματος, ο αριθμός των φίλων που καπνίζουν, το ποσοστό των μεγαλύτερων αδερφών που καπνίζουν, η αυτοεκτίμηση και η εξωστρέφεια (Wilkinson & Abraham, 2004). Επίσης, η συμπεριφορά του καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται θετικά με την υιοθέτηση και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως χρήση αλκοόλ, χρήση ουσιών, έλεγχος βάρους και αρνητικά με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών όπως η φυσική δραστηριότητα (Craciun & Baban, 2008). Οι Θεοδωράκης, Γιώτη και Ζουρμπάνος (2005) σε μια προσπάθεια να μελετήσουν τους μηχανισμούς και τις θεωρίες που εμπλέκονται στο κάπνισμα και στη δημιουργία κινήτρων υποστήριξαν ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων που επηρεάζουν τους καπνίζοντες κατά τρόπο εξατομικευμένο, διαπίστωση στην 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. Από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα, οι λόγοι που επιδρούν στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος, θα μπορούσαν να συσχετισθούν με παράγοντες α) κοινωνικούς (Lujic et al., 2005; Otten, Bricker, Liu, Comstock, & Peterson, 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 αποτελέσματα αυτά έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση προγραμμάτων παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος. 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 (Lujic et al., 2005). Πολλές από τις παρεμβάσεις στηρίχτηκαν σε μεθόδους, όπως αλλαγή στάσεων, εκμάθηση ψυχολογικών δεξιοτήτων, καθορισμός στόχων, παροχή ενημέρωσης με κατάλληλο υλικό.

Αν θέλαμε να κάνουμε μια διάκριση των προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για τη διακοπή καπνίσματος, θα λέγαμε ότι υπάρχουν οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις, τα προγράμματα αυτοβοήθειας, τα προγράμματα άσκησης και οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής. Στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνουμε τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης όπως μαστίχες, επιδερμικά αυτοκόλλητα και σπρέϊ νικοτίνης ή τη χορήγηση διαφόρων σκευασμάτων όπως βουπροπιόνη κ.α. Από όλες τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, που έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα, η χορήγηση βουπροπιόνης και η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης προτείνονται ως οι πιο αποτελεσματικές για τη διακοπή καπνίσματος (Lauro & Paxeras, 2004).

Εκτός από τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα προγράμματα παρέμβασης, που βασίζονται στη συμβουλευτική, ώστε να πετύχουν το στόχο της διακοπής. Συγκεκριμένα στον τομέα της συμβουλευτικής θα λέγαμε ότι έχουν δημιουργηθεί προγράμματα ατομικής συμβουλευτικής, ομαδικής συμβουλευτικής, συμβουλευτικής μέσω internet, συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου κ.α. Όταν μιλάμε για συμβουλευτική αναφερόμαστε σε μια δυναμική, βραχυπρόθεσμη διαδικασία αλληλεπίδρασης που έχει ως σκοπό να βοηθήσει ανθρώπους με ιδιαίτερες δυσκολίες, ανησυχίες και προβληματισμούς. Η συμβουλευτική στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς, στην βελτίωση των

δεξιοτήτων διαχείρισης, στην προώθηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, στη βελτίωση των σχέσεων κ.α. Πολλές μελέτες έχουν υποστηρίξει την αποτελεσματικότητα της ατομικής ή ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος (Fiore et al., 2008; Moher, Hey, & Lancaster, 2005).

Η χρήση των προγραμμάτων συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος μέσω internet κερδίζει όλο και περισσότερο χώρο στις ζωές των ανθρώπων τις τελευταίες δεκαετίες. Έρευνες υποστήριξαν ότι όσοι έκαναν χρήση internet είχαν αυξημένα ποσοστά επιτυχίας στη διακοπή και αυξημένα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα (Jaruntich et al., 2006). Προγράμματα παρέμβασης μέσω e-mail αποδείχθηκαν επίσης ικανά για τη διακοπή καπνίσματος (Abrams, Gill, Windsor, & Morton, 2009), ενώ άλλες έρευνες 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).

Ένα άλλο είδος συμβουλευτικής υποστήριξης, που έχει χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο διακοπής καπνίσματος, είναι η υποστήριξη μέσω τηλεφώνου. Το σύνολο των παρεμβάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της τηλεφωνικής υποστήριξης (Fiore et al., 2008; Stead, Lancaster, & Perera, 2003), επισημαίνοντας ότι όσο περισσότερη είναι η επικοινωνία μεταξύ συμβούλων και συμβουλευόμενων τόσο μεγαλύτερη είναι η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης (Zhu et al., 1996).

Οι ομαδικές παρεμβάσεις ως τεχνική έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του εθισμού από την νικοτίνη, το αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες. Η ομαδική συμβουλευτική βασίζεται στη δέσμευση των μελών της ομάδας μεταξύ τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα και τις ίδιες δυσκολίες και στην υποστήριξη που παρέχουν ο ένας στον άλλο. Κατά την πραγματοποίηση ομάδων συμβουλευτικής,

τα μέλη έχουν την ευκαιρία να ανταλλάξουν εμπειρίες και να μοιραστούν συναισθήματα. Έρευνες υποστήριξαν ότι παρουσιάζεται αύξηση στα ποσοστά διακοπής με τη χρήση των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος (Stead & Lancaster, 2009; Zisi, Gratsani, Leontari & Theodorakis, 2016). Ωστόσο, δε λείπουν και έρευνες, οι οποίες υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων και ότι κανείς τύπος παρέμβασης δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικός από τους υπόλοιπους (Weiss, Jafee, Menil & Cogley, 2004; Ramos et al., 2010; Moller & Tonnesen, 1999).

Ιδιαίτερα έχει απασχολήσει και ο ρόλος της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Αρκετά προγράμματα διακοπής έχουν χρησιμοποιήσει την άσκηση πιστεύοντας και αποδεικνύοντας ότι βοηθάει στην πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών και την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών (Bock, Marcus, King, Borelli, & Roberts, 1999; Marcus, Albrecht, Niaura, Abrams, & Thompson, 1991; Marcus et al., 1999, 2003).

Επίσης, η κατάλληλη άσκηση έχει υποστηριχτεί ότι 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, 1995).

Η θετική επίδραση της άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος υποστηρίζεται από διάφορες έρευνες σύμφωνα με τους Θεοδωράκης και συν. (2005). Συγκεκριμένα η άσκηση: 1) μπορεί να συμβάλει θετικά στη διακοπή του καπνίσματος (Ussher, West, Taylor, & McEwen, 2000), 2) μπορεί να μειώσει τον εθισμό στη νικοτίνη και αφετέρου

να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα (ψυχολογικά), που προέρχονται από τη διακοπή του καπνίσματος (Ussher, West, McEwen, Taylor, & Septoe, 2003), 3) μπορεί να συμβάλλει στη μείωση και τη διακοπή του καπνίσματος (Godin, 1989), 4) 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 (Θεοδωράκης et al., 2005), 5) μπορεί να βοηθήσει τα άτομα, που επιχειρούν να ελαττώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης, & Λαπαρίδης, 1999; Μπεμπέτσος και συν., 2000). Τέλος, 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 (Μπεμπέτσος και συν., 2000; Θεοδωράκης, & Χασάνδρα, 2005). Επίσης, η μελέτη των Κοσμίδου και Θεοδωράκης (2007) έδειξε ότι οι στάσεις για την άσκηση είναι ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης, ανεξάρτητα από την ηλικία.

## **Προσδιορισμός του προβλήματος**

Η υλοποίηση προγραμμάτων μείωσης και διακοπής του καπνίσματος είναι αναγκαία σήμερα λόγω των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία, αλλά και σε άλλους σημαντικούς τομείς όπως η ψυχολογική ανάπτυξη, η ευεξία και η ποιότητα ζωής.

Οι παρεμβάσεις που έχουν δημιουργηθεί έως σήμερα για τη διακοπή του καπνίσματος (Γρατσάνη, Λεοντάρη, & Ζήση, 2016) περιλαμβάνουν τεχνικές όπως κινητοποίηση, παροχή συμβουλών και καθοδήγησης, ενημέρωση με κατάλληλο υλικό, συμπεριφοριστική συμβουλευτική, υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και διαδικτύου,

υποκατάστατα νικοτίνης και φαρμακευτική βοήθεια, η επιτυχία των οποίων εξαρτάται από τον κατάλληλο συνδυασμό τους και την ενσωμάτωσή τους σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα παρέμβασης. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες, οι οποίες μελετούν την επίδραση τόσο των προγραμμάτων ατομικής συμβουλευτικής όσο και των προγραμμάτων άσκησης στη διακοπή καπνίσματος ωστόσο δεν είναι γνωστό κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο να εστιάζει στο συνδυασμό και την ταυτόχρονη παροχή της ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος και ατομικής συμβουλευτικής για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Πιστεύοντας ότι ένα αντίστοιχο πρόγραμμα ίσως αναδείκνυε κάποια κομβικά σημεία και συνέβαλλε στη δημιουργία πιο αποτελεσματικών και ολοκληρωμένων παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος, προχωρήσαμε στην οργάνωση του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος που αποσκοπεί στο να διαπιστώσει εάν και κατά πόσο η συμμετοχή των καπνιστών στο πρόγραμμα θα επηρεάσει την αλλαγή του τρόπου ζωής, μέσα από τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και να διερευνήσει ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους.

## **Σημασία της έρευνας**

Οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών υποστηρίζουν ότι η δυσκολία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες (Piasecki et al., 2000). Με αυτό ως δεδομένο και λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα, που υποστηρίζουν ότι η έως τώρα χρήση εγχειριδίων αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος χωρίς την ταυτόχρονη παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης δεν αποδείχτηκε 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),



προχωρήσαμε στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπής καπνίσματος.

Η παρούσα μελέτη αφορά την εφαρμογή μιας παρέμβασης διακοπής καπνίσματος, η οποία συνδυάζει: α) τη συμβουλευτική υποστήριξη, στηριζόμενη σε πέντε θεωρίες συμπεριφοράς, β) την εξατομικευμένα σχεδιασμένη και εβδομαδιαίως επαναξιολογούμενη καθημερινή άσκηση και γ) την οργάνωση ενός συνολικού υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, που περιλαμβάνει σωστή διατροφή, ύπνο, συνήθειες, διαχείριση και αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, προσωπική ανάπτυξη, οργάνωση της καθημερινότητας.

Όσον αφορά τη συμβουλευτική υποστήριξη, η παρέμβασή μας βασίστηκε στον άξονα πέντε θεωριών: κοινωνική γνωστική θεωρία εστιάζοντας στη δέσμευση, την προβολή προτύπων και την αλλαγή περιβάλλοντος και προσδοκιών (Bandura, 1986; Butler, 2001), θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, εστιάζοντας στις προθέσεις, τον έλεγχο του ατόμου και την επιρροή σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο (Ajzen, 1988), θεωρία των στόχων εστιάζοντας στη διαδικασία καθορισμού στόχων και τον καθοριστικό ρόλο που έπαιζε στη διαδικασία διακοπής (Locke & Latham, 1990), μοντέλο «πιστεύω» υγείας, εστιάζοντας στην ενημέρωση και την κατανόηση των ωφελειών των υγιεινών συνηθειών (Rosenstock, 1974), μοντέλο των σταδίων αλλαγής το οποίο αξιολογούσε και εστίαζε στα στάδια αλλαγής που ακολουθούν τα άτομα προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα και στις διαδικασίες του κάθε σταδίου (Prochaska, & DiClemente, 1983). Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης στηρίχτηκε στις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης (Miller & Rollnick, 1991), της γνωστικής συμπεριφορικής κατεύθυνσης (Beck, 1995) και της προσωποκεντρικής προσέγγισης (Μουλαλούδης & Κοσμόπουλος, 2003; Μπούζος, 2004) και περιελάμβανε πλήθος τεχνικών, όπως: ενίσχυση της αυτοπεποίθησης,

προσδιορισμό και αξιολόγηση στόχων, παροχή πληροφόρησης σχετικά με το κάπνισμα, τις επιπτώσεις του, τα μειονεκτήματα της συνέχισης και τα οφέλη της διακοπής, μετατροπή των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων, αυτοπαρατήρηση, δέσμευση, στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και υιοθέτηση νέων πιο υγιεινών συμπεριφορών και διατήρησή τους, οργάνωση εναλλακτικών δραστηριοτήτων και χρόνου, αυτοδιάλογο και καλλιέργεια θετικών σκέψεων έναντι αρνητικών, υποστήριξη από άλλους, τροποποιήσεις στο περιβάλλον, ανάπτυξη κατάλληλων προτύπων (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005).

Καινοτομία του συγκεκριμένου προγράμματος αποτελούσε το ότι προστέθηκε η ατομική συμβουλευτική για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και δεν χρησιμοποιήθηκε η άσκηση απλώς ως ένα μέσον υποβοήθειας, όπως γινόταν στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος που είχαν δημιουργηθεί έως σήμερα, με αποτέλεσμα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, οι περισσότεροι να σταματούν και την άσκηση. Έτσι, θα λέγαμε ότι χρησιμοποιήθηκε ένας διαφορετικός-εναλλακτικός τρόπος ενσωμάτωσης της άσκησης στο πρόγραμμά μας. Στόχος μας ήταν να ξεπεραστούν οι δυσκολίες κινητοποίησης ως προς την άσκηση που είχαμε δει στα έως σήμερα προγράμματα, καθώς και η υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης και η ενσωμάτωσή της στον τρόπο ζωής, ώστε να αξιοποιηθούν τα οφέλη της όχι μόνο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, αλλά και στον τρόπο ζωής γενικότερα. Απώτερος στόχος μας ήταν να δούμε πώς ο συνδυασμός των δυο προγραμμάτων συμβουλευτικής μπορεί να επηρεάσει τους συμβουλευόμενους και να συμβάλλει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Η μορφή και η ένταση της άσκησης δεν ήταν προκαθορισμένη, αλλά ο σύμβουλος λάμβανε υπόψη την υπάρχουσα φυσική κατάσταση, τις συνήθειες και τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός και έτσι συναποφάσιζε και δομούσε μαζί με τον συμμετέχοντα ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης, το οποίο αξιολογούνταν και

επαναπροσδιορίζονταν εβδομαδιαίως. Έτσι θα λέγαμε ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση αποτελεί προαγωγή της μέχρι τώρα έρευνας σχετικά με τη δημιουργία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, λόγω του ότι φαίνεται να λειτουργεί σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα. Λαμβάνει υπόψη τις παραμέτρους, που σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος, όπως και με την έναρξη και διατήρηση της άσκησης, λαμβάνει υπόψη ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών, σωματικών και κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν με ιδιαίτερο τρόπο το κάθε άτομο και αποτελεί μια δομημένη και εξατομικευμένη προσέγγιση. Συνδυάζοντας όλα τα παραπάνω, η συγκεκριμένη παρέμβαση στην εφαρμογή της λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός και επιλέγει τις τεχνικές και τις μεθόδους, συνδυασμένες κατάλληλα, ώστε να αποδειχθούν αποτελεσματικές σε κάθε περίπτωση.

Καινοτομία επίσης του προγράμματος αποτελούσε η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων. Η ατομική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος εφαρμόστηκε από ειδικούς ψυχικής υγείας, η ατομική συμβουλευτική για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας από ειδικούς της άσκησης και η ατομική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος σε άτομα που το κίνητρο της διακοπής ήταν λόγοι υγείας από ειδικούς υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Όλοι οι ειδικοί εκπαιδεύτηκαν τόσο στις τεχνικές συμβουλευτικής όσο και στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Σκοπός ήταν η σύσταση μιας πολυκλαδικής ομάδας, όπου ο κάθε ειδικός θα παρεμβαίνει στα θέματα της ειδικότητάς του ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός και να είναι πιο αποτελεσματικό.

Τέλος, καινοτομία αποτελούσε το γεγονός ότι η αξιολόγηση δεν πραγματοποιήθηκε μόνο μέσα από τους συμμετέχοντες του προγράμματος, αλλά και από τους συμβούλους, με σκοπό την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος σε

θέματα συμβουλευτικής αλλά και την αξιολόγηση της εφαρμογής και αποτελεσματικότητας του προγράμματος διακοπής καπνίσματος μέσα από τα μάτια των συμβούλων, ώστε να εντοπίσουμε σημεία που χρειάζονται περαιτέρω ενίσχυση και δυσκολίες που χρειάζεται να ξεπεραστούν.

Ευελπιστούμε ότι η παρέμβαση θα καλύψει το κενό γνώσης που υπάρχει και θα απαντήσει σε ερωτήματα, συμβάλλοντας έτσι στην ανάδειξη κομβικών σημείων που ίσως είναι χρήσιμο να ληφθούν υπόψη στην υλοποίηση μελλοντικών παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος.

### **Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εφαρμογή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος που εφαρμόζεται από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων. Ωστόσο υπήρχαν και κάποιοι επιμέρους σκοποί που ήταν να μελετηθούν παράγοντες όπως η εκπαίδευση των συμβούλων, το διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο των συμβούλων, τα διαφορετικά κίνητρα συμμετοχής στο πρόγραμμα, ο διαφορετικός τρόπος εφαρμογής του προγράμματος και γενικά ο τρόπος που μπορεί αυτοί οι παράγοντες να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Απώτερος σκοπός ήταν η δημιουργία ενός αποτελεσματικού και ολοκληρωμένου προγράμματος διακοπής καπνίσματος, το οποίο θα συνδυάζει την εφαρμογή προγράμματος ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος σε συνδυασμό με την εφαρμογή προγράμματος ατομικής συμβουλευτικής για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας με σκοπό την υιοθέτηση ενός συνολικά υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής και την αξιολόγηση της αποδοχής και αποτελεσματικότητας του προγράμματος τόσο από τους συμβούλους όσο και από τους συμβουλευόμενους.

## Ερευνητικές υποθέσεις

Με τη παρούσα έρευνα εξετάστηκαν οι ακόλουθες υποθέσεις:

1. Οι μισοί συμμετέχοντες του προγράμματος θα έχουν διακόψει το κάπνισμα με το πέρας της παρέμβασης.
2. Από εκείνους, που δεν θα διακόψουν το κάπνισμα σημαντικό ποσοστό θα το μειώσει μέχρι το πέρας της παρέμβασης.
3. Τουλάχιστον το 50% εκείνων που θα διακόψουν το κάπνισμα, θα διατηρήσουν αποχή από αυτό μέχρι και το τέλος της παρακολούθησης (follow-up), δηλαδή για 12 μήνες.
4. Μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.
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 παροχή συμβουλευτικής για την υιοθέτηση φυσικής δραστηριότητας από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας θα συμβάλλει θετικά στην υιοθέτηση και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
7. Η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν την παρέμβαση, θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος.
8. Η φυσική δραστηριότητα θα βοηθήσει στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος.
9. Το ποσοστό των ατόμων που θα αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα θα είναι μεγαλύτερο στο δείγμα της δεύτερης μελέτης, όπου θα δεχτούν ατομική

συμβουλευτική για τη φυσική δραστηριότητα από ειδικούς φυσικής δραστηριότητας εκπαιδευμένους σε θέματα συμβουλευτικής.

10. Η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους υγείας θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
11. Το ποσοστό των ατόμων, που θα διακόψει το κάπνισμα, θα είναι μεγαλύτερο στην ομάδα όπου τα κίνητρα θα είναι λόγοι υγείας και θα πραγματοποιείται στα κέντρα υγείας από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
12. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στη συμβουλευτική θα βοηθήσει σημαντικά τους συμβούλους στην εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.
13. Η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής και την αποτελεσματικότητά του προγράμματος.

## **Οριοθέτηση της έρευνας**

Η έρευνα έγινε αποκλειστικά σε ενήλικες άνω των 18 ετών, συστηματικούς καπνιστές που ανήκαν στην κατηγορία του βαρύ καπνιστή. Από όλους τους καπνιστές υπήρχε προσωπικό αίτημα και εκδήλωσαν ενδιαφέρον για τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Τόσο οι συμμετέχοντες όσο και οι σύμβουλοι διέμεναν στην περιφέρεια και στην πόλη του Νομού Τρικάλων.

## **Περιορισμοί**

Δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση των δεδομένων και εξέταση των αποτελεσμάτων της ποιοτικής ανάλυσης από δεύτερο άτομο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ:

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Το κάπνισμα απασχολεί τον επιστημονικό χώρο όχι μόνο λόγω των βλαβερών επιπτώσεων που προκαλεί στην υγεία, αλλά κυρίως λόγω της σύνδεσής του με υψηλά ποσοστά ασθενειών και θανάτων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας 1.1 δισεκατομμύριο άνθρωποι - ένας σε κάθε τρεις ενήλικες- είναι καπνιστές.

Το κάπνισμα, για πολλούς ανθρώπους, συνδέεται με την ευχαρίστηση, αλλά τα στοιχεία που παρέχονται δείχνουν ότι είναι μια καταστροφική συνήθεια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2017), το κάπνισμα σκοτώνει περίπου 7 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο και θα έχει σκοτώσει σχεδόν 8 εκατομμύρια έως το 2025. Περισσότερο από 5 εκατομμύρια από αυτούς τους θανάτους οφείλονται απευθείας στο κάπνισμα ενώ για έναν σημαντικό αριθμό ανωτέρω των 600 χιλιάδων, είναι αποτέλεσμα της έκθεσης των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα (WHO, 2016).

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, από διάφορους καρκίνους, νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό και καρδιαγγειακή ασθένεια. Μπορεί να οδηγήσει επίσης σε επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και το έμβρυο, αλλά και ασθένειες όπως καταρράκτης, πνευμονία, ουλίτιδα και άσθμα (Ramsey et al., 2005). Οι μεγαλύτερες βλάβες, που προκαλούνται από το κάπνισμα, οφείλονται στο συνδυασμό κατανάλωσης του μονοξειδίου του άνθρακα και περισσότερων από 60 καρκινογόνων χημικών ουσιών, που βρίσκονται στον καπνό (Alpert, 2009; Roophandani, Singhvi, & Kar, 2008).

Επίσης, έχει υποστηριχτεί ότι οι άνθρωποι, που πάσχουν από διάφορες ασθένειες, είναι πιο πιθανό να καπνίζουν σε σχέση με τους υγιείς (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2006), λόγω της καταθλιπτικής διάθεσης που εμφανίζουν, αλλά και να βρίσκουν πιο δύσκολη την διακοπή καπνίσματος (Becker & Brown, 2008). Έτσι η κατάστασή τους μπορεί να επιδεινωθεί ακόμη περισσότερο (Friend, Levy, & Mernoff, 2005). Αν όμως διακόψουν το κάπνισμα, βελτιώνουν άμεσα σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής τους (Mitra, Chung, Wilber, & Walker, 2004). Η πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος αυξάνεται όσο χειροτερεύει η ποιότητα ζωής, καθώς και στην περίπτωση που κάποιος έχει τη δύναμη, την ενέργεια και το κίνητρο να πραγματοποιήσει μια προσπάθεια δοκιμής (Haug et al., 2010).

Αρκετές έρευνες συσχετίζουν το κάπνισμα με τη φυματίωση (TB), με ένα μεγάλο ποσοστό φυματικών ασθενών να είναι καπνιστές (Pai et al., 2007; Awaisu et al., 2010). Το κάπνισμα είναι επίσης προδιαθεσιακός παράγοντας και για τον Διαβήτη τύπου 2. Σε έρευνα τους οι Yeh, Duncan, Schmidt, Wang και Brancati (2010) ασχολήθηκαν με μεσήλικες, που αρχικά δεν είχαν διαβήτη, αλλά μετά την ολοκλήρωση της έρευνας οι καπνιστές παρουσίασαν 42% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διαβήτη στο πέρας της δεκαετίας.

Ακόμα, το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου σε πληθυσμούς οροθετικών HIV ατόμων. Στην έρευνα των Goldberg και συν. (2010) οι οροθετικές HIV γυναίκες είχαν υψηλά ποσοστά καπνίσματος, μεγάλο κίνδυνο από παρενέργειες και χαμηλά ποσοστά διακοπής, στοιχεία που δείχνουν ότι είναι αναγκαία η προσπάθεια δημιουργίας ειδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος για αυτά τα άτομα, προσαρμοσμένα στις ιδιαίτερες ανάγκες τους, ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες διακοπής. Η Ελλάδα κρατάει τα πρωτεία τόσο στον επιπολασμό όσο και στην



κατανάλωση τσιγάρων παγκοσμίως, με το 42% των Ελλήνων να εμφανίζονται ως ενεργοί καπνιστές.

### **Προβλεπτικοί και Προστατευτικοί Παράγοντες για τη συμπεριφορά του καπνίσματος**

Μεγάλος όγκος ερευνών έχει ασχοληθεί με παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με την έναρξη του καπνίσματος, αλλά και με παράγοντες που μπορεί να προστατεύσουν κάποιον από την υιοθέτηση μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς όπως το κάπνισμα. Ακόμη, αρκετές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό να μελετήσουν τη σύνδεση ανθυγιεινών συμπεριφορών και κυρίως του καπνίσματος με άλλους παράγοντες όπως η άσκηση, το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα, οι προσδοκίες και η ετοιμότητα για την αλλαγή συμπεριφοράς.

Πλήθος ερευνών έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη παραγόντων όπως οι διαφορές φύλου, οι διαφορές μορφωτικού επιπέδου, οι κοινωνικο-οικονομικοί και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, με στόχο να εξετάσουν το ρόλο που μπορεί να παίζουν οι παράγοντες αυτοί στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Το κάπνισμα έχει υποστηριχτεί ότι συνδέεται άμεσα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρώνακτες εργάτες (51%) (European Commission, 2003). Στη Μ. Βρετανία, μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι τριπλάσιο (UK Department of Health - UK DH, 1998). Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Osler, Holstein, Avlund, Damsgaard και Rasmussen (2001), που μελετά τη σχέση του καπνίσματος με διάφορους

κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ημερομηνία γέννησης, η εκπαίδευση, το επάγγελμα κ.α. Ισχυρή σύνδεση βρέθηκε ανάμεσα στο κάπνισμα και τους λιγότερο μορφωμένους ανθρώπους, τους ανειδίκευτους εργάτες, τους άνεργους και τους ανθρώπους που λάμβαναν πλεονεκτήματα κοινωνικής πρόνοιας. Άτομα που είχαν ολοκληρώσει 12 ή περισσότερα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης είχαν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν πρώην καπνιστές από ό,τι άτομα που είχαν πραγματοποιήσει μόνο 7 χρόνια σχολικής εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν την ύπαρξη ισχυρής σύνδεσης μεταξύ ημερομηνίας γέννησης και μορφωτικού επιπέδου και η σύνδεση αυτή έδειξε ότι η διαφορά μορφωτικού επιπέδου μεταξύ των καπνιστών αυξανόταν σημαντικά καθώς αυξανόταν τα έτη από τη γέννησή τους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλίκους καθώς και οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα (Garisson, Christakis, Ebel, Wiehe, & Rivara, 2003).

Εξίσου σημαντική είναι και η έρευνα των Wilkinson και Abraham (2004), η οποία έχει ως σκοπό να μελετήσει και να καθορίσει τους προβλεπτικούς παράγοντες του εφηβικού καπνίσματος μέσω της μελέτης διαφόρων ψυχοκοινωνικών μετρήσεων, καθώς επίσης και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του εφηβικού καπνίσματος εξηγείται από 7 προβλεπτικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι η πρόθεση, η αντιλαμβανόμενη ευκολία καπνίσματος, ο αριθμός των φίλων που καπνίζουν, το ποσοστό των μεγαλύτερων αδερφών που καπνίζουν, η αυτοεκτίμηση, η εξωστρέφεια και η κατοχή αυτοκινήτου. Η πρόθεση και η αντιλαμβανόμενη ευκολία καπνίσματος αποδείχθηκαν οι ισχυρότεροι προβλεπτικοί παράγοντες της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Όσον αφορά στο φύλο, οι γυναίκες αποδείχθηκε ότι είχαν χαμηλότερό έλεγχο στη συμπεριφορά του καπνίσματος και

ισχυρότερη πρόθεση για να καπνίσουν στο μέλλον. Η υψηλή εξωστρέφεια σχετιζόταν με χαμηλότερο γονεϊκό έλεγχο και η υποστήριξη από τους γονείς σχετιζόταν με την υψηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό υπονοεί ότι η υποστήριξη από τους γονείς γεννά και ανατρέφει αυτοεκτίμηση, η οποία αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ενάντια του καπνίσματος.

Αρκετά έχουν απασχολήσει τον επιστημονικό χώρο έρευνες που μελετούν τη σχέση των νέων με το κάπνισμα και τον αθλητισμό, όπως και το αλκοόλ. Πολλές από αυτές έχουν υποστηρίξει την αρνητική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της συμμετοχής σε αθλήματα (Escobedo, Marcus, Holtzman, & Giovino, 1993; Peretti-Watel et al., 2003; Rodriguez & Audrain-McGovern, 2004; Rodriguez, Dunton, Tcherne, & Sass, 2008), όπως και με τα ολικά επίπεδα φυσικής άσκησης σε εφήβους (Coulson, Eiser, & Eiser, 1997; Pate, Heath, Dowda, & Trost, 1996; Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss, & Garvey, 1997). Θετική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής άσκησης και της «δεν έχω ποτέ καπνίσει» κατάστασης έχει βρεθεί επίσης σε έρευνα που αφορά την προεφηβική ηλικία (Sasco, Laforest, Benhaim-Luzon, Poncet, & Little, 2002).

Έρευνα σε μαθητές και μαθήτριες γυμνασίων και λυκείων της χώρας (Θεοδωράκης και Παπαϊωάννου 2002), εντόπισε δύο χαρακτηριστικά προφίλ μαθητών: 1) αυτούς που υιοθετούν θετικές στάσεις και συμπεριφορές για έναν υγιεινό και αθλητικό τρόπο ζωής και αρνητικές στάσεις και τρόπο ζωής για μη υγιεινές συμπεριφορές και 2) αυτούς που υιοθετούν αρνητικές στάσεις και συνήθειες για την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, ενώ επιλέγει θετικές στάσεις και συμπεριφορές για τις μη υγιεινές συμπεριφορές. Ακόμη υποστήριξαν 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 και επίσης 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).

Σε μια 13ετή μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στη Φινλανδία για να μελετηθούν οι σχέσεις μεταξύ του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της φυσικής άσκησης σε βάθος χρόνου (Paanola, Vartiainen, & Puska, 2004) και το κατά πόσο οι υγιεινές συμπεριφορές προβλέπουν αλλαγές σε άλλες υγιεινές συμπεριφορές από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, το κάπνισμα συσχετίστηκε με την κατανάλωση αλκοόλ και τη φυσική άσκηση. Γενικότερα, τα παιδιά, που καπνίζουν, αποφεύγουν άλλες υγιεινές συμπεριφορές όπως η άσκηση και η υγιεινή διατροφή, και είναι πιο επιρρεπείς σε ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως τα ναρκωτικά, ή τη συμμετοχή σε βίαια επεισόδια. Κάτι ανάλογο υποστήριξε και η έρευνα του Shephard (1989), καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και υγείας, είναι αναμενόμενο να έχει υψηλά ποσοστά συσχέτισης με άλλες υγιεινές συμπεριφορές.

Στη σχέση άσκησης και συμπεριφοράς καπνίσματος εστίασε και η έρευνα των Θεοδωράκη και Χασσάνδρα (2005) και υποστήριξαν ότι όσο περισσότερο ασκούνται τα άτομα τόσο λιγότερο καπνίζουν, τα άτομα που δεν ασκούνται καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα που ασκούνται και τα άτομα που είχαν στο παρελθόν σχέση με τον αθλητισμό καπνίζουν λιγότερο σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ποτέ σχέση με τον αθλητισμό. Ακόμη, υποστηρίχτηκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας.

Η συμπεριφορά του καπνίσματος έχει συνδεθεί ιδιαίτερα και με ψυχολογικές μεταβλητές, όπως σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα (χαλάρωση και ανακούφιση), σύνδεση με διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων (άγχους, στεναχώριας),

αλλά και καταστροφικές πεποιθήσεις του καπνιστή σε περίπτωση διακοπής καπνίσματος. Στην έρευνα των Magid, Colder, Stroud και Nichter (2009) μελετήθηκε η σχέση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων με την έναρξη, τη διατήρηση και την υποτροπή της συμπεριφοράς του καπνίσματος σε ένα δείγμα 633 φοιτητών διάρκειας 35 εβδομάδων. Έγιναν αξιολογήσεις για τα αρνητικά συναισθήματα (θυμός, απογοήτευση, ανησυχία), το άγχος και τη χρήση ουσιών όπως τσιγάρο, αλκοόλ και μαριχουάνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υποκειμενικό άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονταν θετικά με το κάπνισμα ενώ οι αντικειμενικές αξιολογήσεις των αγχογόνων γεγονότων συνδέονταν αρνητικά με το κάπνισμα. Οι συνδέσεις αρνητικών συναισθημάτων και καπνίσματος παρέμεναν σημαντικές.

Όσον αφορά τα μικρά παιδιά, παρ' όλο που σε ηλικίες 7-11 ετών γενικά δεν έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα, πιστεύουν ωστόσο ότι τους κάνει να φαίνονται και να νιώθουν ωραίοι και άνετοι, να γίνονται κοινωνικά αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους, να διαχειρίζονται καλύτερα το άγχος και την αρνητική διάθεση, στοιχεία που, επειδή μπορεί να αποτελέσουν κίνητρο για μελλοντικό πειραματισμό, κρίνεται αναγκαίο να ενταχθούν σε προγράμματα αντικαπνιστικής εκπαίδευσης (Freeman, Brucks, & Wallenderf, 2005).

## **Έφηβοι και διακοπή καπνίσματος**

Η εφηβεία αποτελεί μια σημαντική μεταβατική περίοδο στη ζωή του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας επιτελούνται πολλές σημαντικές βιολογικές, κοινωνικές, γνωστικές, συναισθηματικές αλλαγές, που επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη ζωή και τις επιλογές του εφήβου. Συχνό φαινόμενο της εφηβείας είναι ο πειραματισμός με διάφορες συμπεριφορές, όπως την ανθυγιεινή συμπεριφορά του καπνίσματος. Οι κίνδυνοι για την υγεία από την πρόωμη έναρξη του καπνίσματος είναι πολύ σοβαροί (Nelson et al.,

1995) και οι ανθυγιεινές συμπεριφορές μπορεί να επεκταθούν και στην ενήλικη ζωή, προκαλώντας και τις ανάλογες επιπτώσεις (Raavola, Vartiainen, & Puska, 1996). Έντονο είναι το πρόβλημα του ραγδαίου ρυθμού αύξησης των εφήβων καπνιστών (Roosmalen & McDaniel, 1989), καθώς η πλειοψηφία 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).

Σε έρευνα των Guo και συν. (2010) για τη μελέτη των αιτιών, που οδηγούν τους εφήβους στο κάπνισμα, εντοπίστηκαν 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. Περισσότεροι παράγοντες, που σχετίζονται με το κάπνισμα, βρέθηκαν για τα αγόρια παρά για τα κορίτσια. Οι νεαρές κοπέλες είναι πιο πιθανό να είναι συχνές καπνίστριες, από ότι τα αγόρια και ακόμη βρίσκουν τη διακοπή πιο δύσκολη, κάτι που ίσως 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 και την υγεία των δοντιών. 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, Fry, Gough, & Conner, 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, Germain, Durkin, & Henriksen, 2006).

Η έρευνα των Craciun και Baban (2008), η οποία μελέτησε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη, τη διατήρηση και τις αιτίες του καπνίσματος, καθώς και τις διαφορές στη συνήθεια του καπνίσματος μεταξύ των δυο φύλων, υποστήριξε ότι οι έφηβοι περισσότερο πειραματίζονταν με το κάπνισμα παρά κάπνιζαν κανονικά. Τα αγόρια φαίνεται να ξεκινούν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία και να καπνίζουν περισσότερο, κάτι που αποδιδόταν περισσότερο σε πολιτισμικές νόρμες, οι οποίες εμφάνιζαν το κάπνισμα ως βασική αρρενωπή συνήθεια ή στο ότι τα κορίτσια χρησιμοποιούσαν πιο αποτελεσματικούς τρόπους να αντιστέκονται στους πειρασμούς. Η έναρξη του καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται στενά με το να έχει κανείς φίλους που καπνίζουν, το να υπάρχει «κακή» επικοινωνία με τη μητέρα, το να βιώνει κανείς αρνητικά συναισθήματα, το να έχει κανείς χαμηλή αυτοεκτίμηση, όπως και το να έχει υιοθετήσει και άλλες ανθυγιεινές συμπεριφορές. Ο πατρικός ρόλος και η ύπαρξη καλής επικοινωνίας με τους γονείς αποδείχθηκε σημαντικός παράγοντας, που σχετίζεται με τη συμπεριφορά καπνίσματος των εφήβων. Ισχυρή φάνηκε να είναι και η σύνδεση καπνίσματος και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η χρήση αλκοόλ, η χρήση ουσιών και ο έλεγχος του βάρους. Το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, όπως η φυσική δραστηριότητα.

Οι Ditre, Coraggio και Herzog (2008) μελέτησαν σε εφήβους καπνιστές τη συσχέτιση της αυστηρότητας και των περιοριστικών μέτρων των γονέων στους εφήβους ως προς το κάπνισμα. Όσοι 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 του καπνίσματος στην υγεία. Φαίνεται λοιπόν ότι

οι περιορισμοί, που θέτουν οι γονείς ως προς το κάπνισμα, λειτουργούν ως εμπόδια στην εξέλιξη των εφήβων σε ενήλικους καπνιστές. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έχει υποστηριχτεί ότι οι έφηβοι, των οποίων ο καλύτερος φίλος δεν ήταν καπνιστής, είχαν περισσότερες πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα (Heikkinen, Broms, Pitkaniemi, Koskenvuo, & Meurman, 2009).

Αρκετά συχνά αναφέρονται από τους έφηβους προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (Werch, 2006). Ωστόσο φαίνεται να μην είναι συνήθως οργανωμένες, αποτελεσματικές και η συντριπτική πλειοψηφία θα ξανακαπνίσει (Sussman, 2002). Τα ποσοστά αποτυχίας είναι αρκετά υψηλά ξεπερνώντας τα ποσοστά αποτυχίας των ενηλίκων (Grimshaw & Stanton, 2006). Αξιοσημείωτο είναι ότι όπως και στους ενήλικες, οι υποτροπές συσχετίστηκαν με τη λαχτάρα για τσιγάρο, την αρνητική διάθεση και τη συνήθεια (Gwaltney, Bartolomei, Colby, & Kahler, 2008).

Έρευνες έδειξαν ότι προγράμματα εφαρμοσμένα στα σχολεία μπορούν σε κάποιο βαθμό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος (Backinger, Fagan, Matthews, & Grana, 2003; Tobler et al., 2000), μειώνοντας τον επιπολασμό του καπνίσματος όσων συμμετέχουν σε αυτό (Sussman, Miyano, Rohrbach, Dent, & Sun, 2007). Σημαντικό πλήθος προγραμμάτων για την πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών βασίζονται στη διδασκαλία δεξιοτήτων ζωής (Paterman, 2003). Έρευνες υποστήριξαν ότι η εκπαίδευση σε γενικές δεξιότητες, όπως η λήψη αποφάσεων, η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθησης, η επίλυση προβλημάτων, η αυτό-ρύθμιση, η αυτό-ενίσχυση, οι τεχνικές ελέγχου του άγχους, οι τεχνικές επικοινωνίας, η επίτευξη στόχων, η διαχείριση κοινωνικών επιρροών μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του καπνίσματος, καθώς οι έφηβοι, που κατέχουν αυτές τις δεξιότητες, μπορεί να εφαρμόσουν καλύτερα στρατηγικές άρνησης του καπνίσματος, να μην λάβουν μια γρήγορη απόφαση, να σκεφτούν όλες τις πιθανές επιπτώσεις και να λάβουν τις αποφάσεις σύμφωνα με τις



προσωπικές τους αξίες και πεποιθήσεις. Συνοψίζοντας τις εφαρμογές 10 προγραμμάτων, υποστήριξαν 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 (Epstein, Griffin, & Botvin, 2000).

Την αποτελεσματικότητα ενός αντίστοιχου 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 υποστήριξαν οι Biglan, Ary, Smolkowski, Duncan και Black (2000). Παρουσίασε 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.

Άλλες έρευνες έχουν προσπαθήσει να συγκρίνουν τα αποτελέσματα διαφορετικών προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος σε παιδιά ηλικίας 11-17 ετών (Byrne & Mazanov, 2005). Φάνηκε ότι το πρόγραμμα, που παρείχε πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος έχει πιο άμεσα αποτελέσματα μειώνοντας τη συμπεριφορά του καπνίσματος, αμέσως μετά την ολοκλήρωσή του, ενώ το πρόγραμμα, που ανέπτυξε κοινωνικές δεξιότητες και τεχνικές διαχείρισης άγχους για την καλύτερη αντιμετώπιση συνομηλίκων, που τους πιέζουν να καπνίσουν, είχε καλύτερα αποτελέσματα σε βάθος χρόνου, δηλαδή 12 μήνες μετά την εφαρμογή των προγραμμάτων.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την πρόληψη του νεανικού καπνίσματος υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός προληπτικών στρατηγικών, οι οποίες, αν εφαρμοστούν με συντονισμένο τρόπο μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά χρήσιμες.

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνα των Χασσάνδρα και συν. (2011), οι οποίοι πορσπάθησαν να διερευνήσουν τη συμβολή των στάσεων των γονέων απέναντι στο κάπνισμα και της τρέχουσας καπνιστικής τους κατάστασης στην πρόθεση των μαθητών να καπνίσουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σημερινή χρήση τσιγάρων από τους γονείς δεν συνέβαλε σημαντικά. Οι στάσεις των μαθητών, ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και η αυτογνωσία προβλέπουν συστηματικά την πρόθεση να καπνίζουν σε αντίθεση με το κοινωνικό πρότυπο που δεν επηρέαζε καθόλου. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς συνέβαλε σε υψηλότερο βαθμό στην πρόθεση να καπνίσουν οι μαθητές των ανώτερων βαθμίδων (μαθητές λυκείου) σε σύγκριση με το γυμνάσιο και γενικά τις χαμηλότερες βαθμίδες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι καθοριστικοί παράγοντες του καπνίσματος ποικίλλουν ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια της εφηβείας.

## **Ενήλικες και Κάπνισμα**

Οι νέοι ενήλικες φαίνεται να εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα στις ΗΠΑ. Οι Ling, Neilands και Glantz (2009) υποστήριξαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία, όπως και η έκθεση σε άλλους καπνιστές, η αποδοχή των διαφημίσεων τσιγάρων και το αλκοόλ συσχετίζονταν θετικά με το κάπνισμα.

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικός έχει υποστηριχτεί ότι είναι και ο χρόνος, που οι γονείς διακόπτουν το κάπνισμα, κάτι που φαίνεται να έχει αντίκτυπο στη μελλοντική διακοπή του καπνίσματος από τα ενήλικα παιδιά τους. Οι γονείς, που καπνίζουν, πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόπτουν το κάπνισμα όσο τα παιδιά τους είναι μικρά. Φαίνεται ότι η πρόωρη διακοπή του καπνίσματος των γονιών αυξάνει τις πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα μέχρι την ηλικία των 28. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας

συμφωνούν με την κοινωνική γνωστική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι 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. Τα παιδιά δηλαδή 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 είναι σημαντικό να τονιστούν ιδιαίτερα σε γονείς, όταν τα παιδιά τους αρρωσταίνουν από ασθένειες, που σχετίζονται με το κάπνισμα λόγω της αυξημένης ευαισθησίας που εμφανίζουν παρουσιάζουν εκείνη τη στιγμή σε θέματα διακοπής καπνίσματος. Έχει υποστηριχτεί ότι η 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 σημαντικά αποτελέσματα (Chan, Leung, Wong, & Lam, 2008).

## **Ηλικιωμένοι και Κάπνισμα**

Οι ηλικιωμένοι καπνιστές αποτελούν πληθυσμιακή ομάδα που χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση όσον αφορά τη διακοπή καπνίσματος. Οι βασικότεροι λόγοι για αυτό είναι ότι έχοντας καπνίσει πολύ καιρό και επιβιώσει θεωρούν τους εαυτούς τους λιγότερο ευάλωτους στους κινδύνους του καπνίσματος, με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση στο να μπορούν να το κόψουν επιτυχώς και με την πεποίθηση ότι δεν θα έχουν κανένα όφελος στην υγεία τους από τη διακοπή, παραμένοντας έτσι 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). 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. Γενικά οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα υγείας οφειλόμενα στο κάπνισμα, όπως συχνός βήχας, δυσκολία αναπνοής, κούραση και προβλήματα αναπνευστικού, κάτι που μπορεί να τους κινητοποιήσει περισσότερο να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής (Clark et al., 1999).

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 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).

## **Φύλο και Κάπνισμα**

Ιδιαίτερα απασχόλησαν τον επιστημονικό χώρο και οι έρευνες που προσπάθησαν να μελετήσουν και να εντοπίσουν διαφορές τόσο του καπνίσματος όσο και της διακοπής ανάλογα με το φύλο, με σκοπό να αναδυθούν πληροφορίες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με το φύλο. Για τους άντρες το κάπνισμα φαίνεται να λειτουργεί ως κάτι που επιβεβαιώνει την εικόνα τους ως αρσενικά, ενώ για τις γυναίκες ως κάτι

βοηθάει να δείξουν μια πιο κοινωνική και εξωστρεφή εικόνα (Nichter, Nichter, Carkoglu, & Lloyd-Richardson, 2010).

Διαφορές εμφανίζουν οι άντρες και οι γυναίκες και ως προς τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν για να διακόψουν το κάπνισμα, κάτι που φαίνεται να οφείλεται σε μεγαλύτερη ανησυχία των γυναικών για την αύξηση του σωματικού βάρους, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τις αυξημένες αρνητικές επιπτώσεις της διακοπής και την αυξημένη επιρροή σε διάφορα στοιχεία. Η έρευνα των Ismailov και Leatherdale, (2010) υποστήριξε ότι οι γυναίκες πρώην καπνίστριες χρησιμοποιούσαν ως στρατηγική διακοπής τη μείωση των τσιγάρων ενώ οι άντρες χρησιμοποίησαν φαρμακολογική βοήθεια. Οι γυναίκες φάνηκε επίσης να ανησυχούν περισσότερο για τις παρενέργειες της φαρμακοθεραπείας από ό,τι οι άντρες. Ως αιτία της μειωμένης χρήσης στρατηγικών βοήθειας αναφέρθηκε η έλλειψη εμπιστοσύνης ότι τα προϊόντα θα δουλέψουν (Goldberg & Van Exan, 2008). Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες καπνιστές χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, υποστήριξε ότι τα οργανωμένα πλάνα για διακοπή, η αυτοπεποίθηση και η κοινωνική πίεση μπορούν να συμβάλλουν σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής (Manfredi, Cho, Crittenden, & Dolecek, 2007).

Όσον αφορά την υποτροπή προς το κάπνισμα, έρευνες υποστήριξαν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποτροπιάσουν, καθώς ο έμμηνος κύκλος και η αρνητική συμπτωματολογία παίζουν σημαντικό ρόλο (Allen, Allen, Lunos, & Pomerleau, 2010). Οι McDermott, Dobson και Owen (2006) υποστήριξαν ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος είχε κυρίαρχη επιρροή μεταξύ νέων γυναικών με σημαντικές αλλαγές ζωής (φυγή από το σπίτι, έναρξη εργασίας, εισαγωγή στο πανεπιστήμιο, γάμος και μητρότητα) μέχρι που ξεκινούσαν μια σταθερή σχέση ή τη δική τους οικογένεια. Το άγχος αποτελούσε σημαντικό παράγοντα, καθώς βίωναν σημαντικές αλλαγές ζωής, ενώ γύρω στα 25 οι γυναίκες άρχιζαν να ανησυχούν σχετικά

με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η μητρότητα έκανε τους γονείς περισσότερο υπεύθυνους ως προς τη προστασία των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα και υπήρχε έντονα η ιδέα του γονέα ως πρότυπο, ώστε να προστατευτούν τα παιδιά από το να γίνουν και τα ίδια αργότερα καπνιστές.

Ακόμη οι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος διαφοροποιούνται για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (Kinnunen, Korhonen, Craft, & Perna, 2010). Η αύξηση του βάρους, το στρες, η κατάθλιψη, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι μεταξύ των παραγόντων, που φαίνεται να μειώνουν αρκετά τα ποσοστά μιας επιτυχημένης διακοπής (Perkins, 2001) και να αυξάνουν τα ποσοστά υποτροπής (Marcus et al., 1991). Οι γυναίκες αναφέρουν, επίσης, υψηλότερη φυσική και συναισθηματική εξάρτηση από τον καπνό σε σχέση με τους άντρες (Jeffery, Hennrikus, Lando, Murray, & Liu, 2000). Ωστόσο όταν προστίθενται στη φαρμακοθεραπεία παρεμβάσεις συμπληρωματικής συμπεριφοράς, όπως συμβουλευτική πρόληψης υποτροπής (Fiore et al., 2000) ή παρεμβάσεις γνωστικής συμπεριφοράς (Hall, McGee, Tunstall, Duffy, & Benowitz, 1998), έχει φανεί ότι αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής. Αυξημένα ποσοστά διακοπής εμφανίζουν επίσης παρεμβάσεις, που έχουν βασιστεί σε θεματολογία σχεδιασμένη ειδικά για γυναίκες (π.χ. ανησυχία για το βάρος, κατάθλιψη και κοινωνική στήριξη) (Leventhal et al., 2007; Perkins, 2001).

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω δυσκολίες και εμπόδια και σε συνδυασμό με το γεγονός 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 καλή επιλογή 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). Στις μέρες μας, που η χαμηλού κόστους άσκηση (π.χ. το περπάτημα) έχει 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 (USDHHS 2001) (Kinnunen et al., 2010).

### **Οφέλη Διακοπής Καπνίσματος**

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 (Kiviz et al., 1997). Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει άμεσα την κατάσταση της υγείας και μπορεί να αναστρέψει την εξέλιξη της εκδήλωσης κάποιας νόσου. Από τη στιγμή που ένας καπνιστής διακόψει το κάπνισμα ο ανθρώπινος οργανισμός επανορθώνει τη ζημιά, ξεκινώντας μια σειρά από ευεργετικές αλλαγές που θα συνεχιστούν και για τα επόμενα χρόνια:

- Στα πρώτα 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι παλμοί μειώνονται και η θερμοκρασία των χεριών και των ποδιών αυξάνεται.
- Σε έξι ώρες η παροδική αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές.
- Σε οκτώ ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος τα επίπεδα νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται κατά το ήμισυ και τα επίπεδα οξυγόνου επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα.

- Σε εικοσιτέσσερις ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα και η πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου μειώνεται.
- Σε σαράντα οχτώ ώρες δεν υπάρχει πλέον νικοτίνη στο σώμα, οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται ξανά και η ικανότητα οσμής και γεύσης βελτιώνεται.
- Σε τρεις - εννέα μήνες η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το βάδισμα γίνεται ευκολότερο, βελτιώνεται ο βήχας, η δύσπνοια και τα αναπνευστικά προβλήματα, καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται έως και 10%.
- Μετά από εννέα μήνες: Ο βήχας, η ρινική συμφόρηση, η κόπωση και η δύσπνοια μειώνονται σημαντικά.
- Σε ένα χρόνο οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου καρδιακού νοσήματος μειώνονται στο μισό από ότι ήταν όταν το άτομο κάπνιζε.
- Σε πέντε χρόνια ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή κάποιου εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνονται στο μισό του κινδύνου που διέτρεχε ένας καπνιστής.
- Σε δέκα χρόνια ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο μισό, ενώ αρχικά ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα στους καπνιστές είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στους μη καπνιστές (International Agency for Research on Cancer - IARC, 2002; US DHHS, 1989). Σε ό,τι αφορά τη στεφανιαία νόσο, συνολικά, η πιθανότητα προσβολής των πρώην καπνιστών είναι η μισή έναντι εκείνης των καπνιστών (Wilson, Gibson, Willan, & Cook, 2000). Ο κίνδυνος για καρκίνο του στόματος, του λαιμού, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού και του παγκρέατος μειώνεται επίσης.
- Σε δεκαπέντε χρόνια οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου καρδιακού νοσήματος θα είναι οι ίδιες με κάποιον που δεν κάπνισε ποτέ στη ζωή του. Ο κίνδυνος θανάτου



έχει επιστρέψει σχεδόν στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ (WHO, 2004).

Ανάλογα με την ηλικία, στην οποία επιτυγχάνεται η διακοπή καπνίσματος, διαφοροποιούνται και τα ποσοστά εμφάνισης ασθενειών. Έτσι, θα λέγαμε ότι η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 50 ετών μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας εντός των 15 επομένων ετών κατά 50% και το άτομο θα κερδίσει 3,44 χρόνια ζωής. Για εκείνους που διακόπτουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 35 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών, που σχετίζονται με το κάπνισμα επανέρχεται στα ίδια επίπεδα με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος, που δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή του. Η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί σταδιακά να βελτιώσει την υγεία των ηλικιωμένων (Goldman et al., 2009). Περίπου το 1/3 των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο και οι μισοί από όσους το προσπάθησαν, το έχουν ξαναπροσπαθήσει κι άλλες φορές. Συνυπολογίζοντας τα δεδομένα από τη μελέτη ESPAD, τα στοιχεία της Eurostat και τα υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, φαίνεται αρκετά πιθανό, ότι στη χώρα μας, ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών αποκτά τη συνήθεια του καπνίσματος σε ηλικία άνω των 15 ετών. Η διαπίστωση αυτή προσδιορίζει τις ομάδες ηλικιών προς τις οποίες κατά προτεραιότητα πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες για την πρόληψη του καπνίσματος.

Διάφορες στρατηγικές έχουν προταθεί και εφαρμοστεί με σκοπό να συμβάλλουν στην μείωση της ανθυγιεινής συμπεριφοράς του καπνίσματος, όπως συχνές αυξήσεις της τιμής (Chaloupka, 1999), απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων (Emery, Choi, & Pierce 1999), προγράμματα πρόληψης καπνίσματος και χρήση προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό τη μελέτη των προβλεπτικών παραγόντων για τη συμπεριφορά του καπνίσματος έχουν καταλήξει σε

κάποια βασικά στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης.

## **Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχή διακοπή καπνίσματος**

Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν έως τώρα επικεντρώθηκαν στους παράγοντες που συμβάλλουν και επηρεάζουν την έναρξη και τη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος, καθώς και στη σχέση του καπνίσματος με άλλους παράγοντες και συμπεριφορές. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια μεγάλος όγκος ερευνών έχει στραφεί στη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν και συμβάλλουν με το δικό τους τρόπο στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Το κάπνισμα θα πρέπει να θεωρείται ως χρόνια ασθένεια 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. Όπως αποδεικνύεται από τις περισσότερες έρευνες, το πιο δύσκολο κατόρθωμα είναι η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα, κάτι που φαίνεται από το γεγονός ότι οι πρώην καπνιστές μπορεί να ξαναρχίσουν το κάπνισμα, ακόμα και μετά από αποχή ετών (Alpert, 2009). Το γεγονός ότι η σημαντική πλειοψηφία των καπνιστών δεν αναζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα (Holtrop, Malouin, Wismantel, & Wadland, 2008), σε συνδυασμό με τη δυσκολία της προσπάθειας, αναδεικνύει τη σημασία πραγματοποίησης ερευνών στο θέμα της διακοπής καπνίσματος, που αποσκοπούν στον εντοπισμό σημαντικών στοιχείων που χρειάζεται να προσεχθούν και μπορούν να αξιοποιηθούν για τη δημιουργία ανάλογων παρεμβατικών προγραμμάτων.

Αρκετές έρευνες προσπάθησαν να μελετήσουν και να κατανοήσουν τους παράγοντες, που σχετίζονται με την ετοιμότητα να κοπεί το κάπνισμα στην προσπάθεια να αναπτυχθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος,

προσαρμοσμένες στην ηλικία και στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε πληθυσμιακής ομάδας. Το ποσοστό των καπνιστών, που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, είναι χαμηλότερο μεταξύ των καπνιστών ηλικίας 50 και άνω από ό,τι στα άτομα κάτω των 50 ετών (WHO, 2004). Οι καπνιστές ηλικίας 30-49 ήταν πιο πιθανόν να βρίσκονται στο Στάδιο Συλλογισμού από ό,τι οι νεότεροι και οι πιο ηλικιωμένοι από αυτούς (Clark, Rakowski, Kviz, & Hogan, 1997).

Οι Clark, Hogan, Kviz, & Prochaska (1999) υποστήριξαν ότι 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, αλλά και ανεξαρτήτως ηλικίας, οι καπνιστές, που απέδιδαν τα συμπτώματά τους στο κάπνισμα, ήταν πιο κινητοποιημένοι να το κόψουν από όσους απέδιδαν τα συμπτώματά τους στην γήρανση.

Οι καπνιστές με εσωτερικά κίνητρα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχή διακοπή σε σχέση με τους καπνιστές με εξωτερικά κίνητρα. Η εσωτερική κινητοποίηση για να κοπεί το κάπνισμα, αποτελεί βασική προϋπόθεση ακόμη και για την αποτελεσματικότητα των θεραπειών διακοπής – για παράδειγμα, το αυτοκόλλητο νικοτίνης αυξάνει την αποχή μόνο στους καπνιστές που ζητούν θεραπεία (Perkins, Conklin, & Levine, 2008). Σε ένα διαδικτυακό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος βασισμένο στα κίνητρα διακοπής, οι καπνιστές πληρώθηκαν για να συμμετέχουν (Graham, Cobb, Raymond, Sill, & Young, 2007). Ακόμα και με το χρηματικό κίνητρο συμμετοχής, περίπου το 87% των καπνιστών, που δεν ανέφεραν διάθεση να κόψουν το κάπνισμα, παρέμειναν καπνιστές.

Η ύπαρξη υποστήριξης από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Clarke & Aish, 2002). Η συμπαράσταση διακοπής από τον σύζυγο φαίνεται να μειώνει τις πιθανότητες ενός

ατόμου να καπνίσει έως 67%, από τον αδερφό έως 25%, από έναν φίλο 36% και από έναν συνάδελφο 34% (Christakis & Fowler, 2008). Σε αρκετές έρευνες η φιλική υποστήριξη χρησιμοποιείται σε πολύ σημαντικό ποσοστό (70%) και αναφέρεται ως καθοριστικής σημασίας στη διαδικασία διακοπής (Van Osch et al., 2008). Για τον ίδιο λόγο οι ομάδες διακοπής του καπνίσματος φαίνονται να επηρεάζουν θετικά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Bauld, Chesterman, Ferguson, & Judge, 2009). Πολλές φορές η καπνιστική συμπεριφορά μεταξύ των ζευγαριών είναι όμοια. Φαίνεται ότι οι καπνιστές με μεγαλύτερη υποστήριξη από το σύντροφό τους έχουν μεγαλύτερη ετοιμότητα να κόψουν το κάπνισμα (Rayens, Hahn, & Hedgecock, 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, Higbee, Szczyrka και Cummings (2005) παρατήρησαν ότι το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ότι δεν επιτρέπεται 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, με τη μικρότερη κατανάλωση τσιγάρων, με υψηλά εισοδήματα και χωρίς άλλον καπνιστή μέσα στο σπίτι. Αποδεικνύεται, λοιπόν, η σημαντικότητα του περιορισμού του καπνίσματος μέσα στο σπίτι ως εργαλείο βοήθειας διακοπής του καπνίσματος, αλλά και πρόληψης της υποτροπής.

Η έρευνα των Pulvers και συν. (2004) μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες που είχε κάποιος από τη συμπεριφορά του καπνίσματος και την ετοιμότητα για τη διακοπή, καθώς και το πώς μπορεί οι διαφορές φύλου να επιδρούσαν και να επηρέαζαν αυτή τη σχέση. Όταν μιλάμε για θετικές προσδοκίες αναφερόμαστε στη

μείωση του αρνητικού συναισθήματος, στον αισθητηριακοκινητικό χειρισμό, σε διευκολύνσεις σε κοινωνικό επίπεδο, στον έλεγχο του βάρους, στη μείωση της ανίας και της πλήξης. Όταν μιλάμε για αρνητικές προσδοκίες αναφερόμαστε στους κινδύνους για την υγεία, στα αρνητικά σωματικά συμπτώματα και στην αρνητική κοινωνική εντύπωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο υψηλότερες θετικές προσδοκίες είχε κάποιος τόσο λιγότερο έτοιμος ήταν για να διακόψει το κάπνισμα και όσο υψηλότερες αρνητικές προσδοκίες είχε τόσο περισσότερο έτοιμος ήταν κανείς για τη διακοπή καπνίσματος.

Οι Arnsten, Reid, Bierer και Rigotti (2004) υποστήριξαν ότι η παρουσία κάποιας ασθένειας, που ο καπνιστής πιστεύει ότι σχετίζεται με το κάπνισμα, η πίστη στην ικανότητα κάποιου να διακόψει το κάπνισμα και η ύπαρξη καλού υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τη διακοπή καπνίσματος, συνδέονται με αυξημένη ετοιμότητα για τη διακοπή και με αυξημένο ενδιαφέρον συμμετοχής σε συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος. Ο ισχυρότερος παράγοντας της ετοιμότητας για να σταματήσει κανείς το κάπνισμα ή του ενδιαφέροντος για συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος ήταν η αυτό-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική υποστήριξη. Ανάλογες έρευνες, που μελέτησαν προγράμματα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, τα οποία πραγματοποιήθηκαν για άστεγους, για ασθενείς που έκαναν χρήση ουσιών ή αλκοόλ (Irving, Seidner, Burling, Thomas, & Brenner, 1994), για χαμηλόμισθες γυναίκες (Pohl, Martinelli, Anonakos, 1998) και για ασθενείς σε επαρχιακό-δημόσιο νοσοκομείο (Vernon, Crane, Prochazka, Fairclough, & Mackenzie, 1999), υποστήριξαν ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα για τη διακοπή είχε συνδεθεί με αυξημένο ενδιαφέρον και συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.

Έρευνες, οι οποίες μελέτησαν τους παράγοντες, που σχετίζονται με την επιτυχή διακοπή καπνίσματος, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ήταν η λιγότερη εξάρτηση από

τη νικοτίνη και η λιγότερη κατανάλωση αλκοόλ. Οι ισχυρότεροι παράγοντες για την υποτροπή ήταν η έντονη επιθυμία για τσιγάρο και το στρες (Faue, Folen, James, & Neddless, 1997). Ακόμη, τα άτομα, που έκαναν κάποια υποτροπή, ήταν αυτά που είχαν χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα (Kowalski, 1997; Scholte & Breteler, 1997). Όσον αφορά άλλους προβλεπτικούς παράγοντες, που συνδέονταν με καλύτερα ποσοστά διακοπής σχετικά με το φύλο, ήταν οι άνδρες (Nides, 1995), σχετικά με την εκπαίδευση, όσοι είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Hymowitz, Sexton, Ockene, & Grandits, 1991; Kirscht, 1989) και όσον αφορά το εισόδημα, όσοι είχαν υψηλότερο εισόδημα (Matheny & Weatherman, 1998). Όσον αφορά τις μεταβλητές διατήρησης της διακοπής, όσοι λάμβαναν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη (Nides, 1995), όσοι χρησιμοποιούσαν γνωστικές-συμπεριφορικές δεξιότητες (Bliss, Garvey, Heinold, & Hitchcock, 1989), όσοι δεν κάπνισαν ούτε ένα τσιγάρο μετά την ημερομηνία διακοπής (Borland, 1990; Brandon, Tiffany, Oberemski, & Baker, 1990) και όσοι βίωναν λιγότερο στρες (Cohen, 1990) είχαν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν να απέχουν από τη συνήθεια του καπνίσματος.

Οι πρωταρχικοί λόγοι που οδηγούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι η προστασία της υγείας τους (71%) (Eurobarometer, 2009). 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). Η αντίληψη του κινδύνου για την υγεία αυξάνει την πιθανότητα διακοπής. Οι άνθρωποι, που καπνίζουν, έχουν χαμηλότερη αντίληψη του κινδύνου σε σχέση με όσους διέκοψαν το κάπνισμα. Επομένως, η αντίληψη του κινδύνου και του οφέλους φαίνεται να σχετίζονται με την απόφαση συνέχισης ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα.

Επίσης, η αντίληψη των γονιών σχετικά με τους κινδύνους που προκαλεί το κάπνισμά τους στο παιδί τους σχετίζεται άμεσα με την κινητοποίησή τους να το κόψουν (Halterman, Borrelli, Conn, Tremblay, & Blaakman, 2010). Οι μεγαλύτερες ηλικίες (>39) είναι πιο πιθανόν να μπουν σε διαδικασία να κόψουν το κάπνισμα για λόγους υγείας (Graham et al., 2008). Τα παραπάνω αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας στην προσπάθεια κινητοποίησης των καπνιστών, μέσω της ενημέρωσης για τους κινδύνους, που επιφέρει το τσιγάρο. Οι Curry, Grothaus και McBride (1997) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες φάνηκαν λιγότερο κινητοποιημένες να διακόψουν το κάπνισμα 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. Η βελτίωση των καπνιστών στο στάδιο ετοιμότητας φάνηκε να συσχετίζεται με σημαντικές αυξήσεις στις ανησυχίες για την υγεία και την κινητοποίηση αυτοελέγχου.

Βλέπουμε ότι συνήθως τα άτομα, που επιλέγουν να συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος, είναι υψηλής εκπαίδευσης, μεγαλύτερης ηλικίας, με υψηλά εισοδήματα, λευκοί, εργαζόμενοι, περισσότερο εξαρτημένοι, βαρείς καπνιστές και με μεγαλύτερο αριθμό προηγούμενων προσπαθειών διακοπής (Graham et al., 2008). Η ετοιμότητα και ο βαθμός της εξάρτησης από τον καπνό αποτελούν τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της συμμετοχής ενός καπνιστή σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Graham et al., 2008). Οι Haug και συν. (2010) μελέτησαν τη σχέση διαφόρων 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.

Αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι οι βαρείς καπνιστές είναι πιο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά οι ελαφρείς καπνιστές έχουν καλύτερα αποτελέσματα διατήρησης της διακοπής σε βάθος χρόνου (Bauld et al., 2009; Raupach et al., 2008; Zhu, Melcer, Sun, Rosbrook, & Pierce, 2000). Πολλοί καπνιστές πιστεύουν εσφαλμένα ότι τα «ελαφριά» τσιγάρα είναι λιγότερο επιβλαβή από τα κανονικά. Απο έρευνες φαίνεται 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).

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 και από αυτούς μόνο το 7% - 8% καταφέρνει επιτυχώς να το διακόψει (Curry, Keller, Orleans, & Fiore, 2008). Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι μόνο το 20% - 30% των ατόμων ζητάει βοήθεια κατά τη διάρκεια των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος (Curry et al., 2008; Musich, Chapman, Ozminkowski, 2009). Παρόλο που οι καπνιστές έχουν γνώση της επικινδυνότητας του καπνίσματος συνεχίζουν να καπνίζουν. Αυτό δείχνει ότι κάποιος όφελος ή κάποια λειτουργία έχει για τους ίδιους η συμπεριφορά του καπνίσματος. Μια πιθανή απάντηση σε αυτό είναι η «βιοχημική λειτουργία» του καπνίσματος, η απελευθέρωση δηλαδή της ντοπαμίνης, που συσχετίζεται με το συναίσθημα (Ashton, Millman, Telford, & Tompson, 1973), προκαλώντας πρόσκαιρη ευχαρίστηση και ανακούφιση. Επίσης το κάπνισμα αποτελεί τελετουργία για τους περισσότερους καπνιστές. Οι καπνιστές δηλαδή συσχετίζουν την ευχαρίστηση του καπνίσματος με το κράτημα ή το άναμμα ενός τσιγάρου, ή με το να παρακολουθούν τον καπνό καθώς εκπνέεται ή έχουν συγκεκριμένες δραστηριότητες και συνήθειες συνδυασμένες με το



κάπνισμα, όπως μετά από γεύμα, μετά το πρωινό ξύπνημα ή το ντουζ, μετά το σεξ, ή κατά τη κατανάλωση καφέ ή αλκοόλ, πριν το βραδινό ύπνο. Έτσι, βλέπουμε ότι αποτελεί τόσο σωματική όσο και ψυχολογική εξάρτηση (Alpert, 2009). Στην έρευνα των Curry, Grothaus, MeAfee και Pabiniak (1998), η ανακούφιση από τη βαρεμάρα (Curry et al., 1998) και η ευχαρίστηση (Schauffler et al., 2001) αξιολογήθηκαν ως τα σημαντικότερα κίνητρα. Το κάπνισμα ως τρόπος συγκέντρωσης, η ανακούφιση από τη δυσφορία της αποχής και το κάπνισμα ως υποστηρικτικό στην κοινωνικοποίηση βαθμολογήθηκε ως μεσαίας σημασίας, ενώ ο έλεγχος τους βάρους αξιολογήθηκε χαμηλά (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 (Graham et al., 2008).

Τα ποσοστά υποτροπής μέσα σε 1 χρόνο για τους καπνιστές που έχουν διακόψει κυμαίνονται από 35% έως 40% (Javitz et al., 2004). Έως σήμερα δεν έχει υπάρξει κάποια αποτελεσματική παρεμβατική μέθοδος (Hajek, Stead, West, Jarvis, & Lancaster, 2009) παρά μόνο η ενσωμάτωση της άσκησης στα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, η οποία μπορεί να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα της διακοπής, τη βαρεμάρα και τις αλλαγές διάθεσης (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2007). Έρευνες υποστήριξαν ότι παράγοντες επικινδυνότητας για υποτροπή είναι οι αρνητικές επιδράσεις, η επιθυμία για τσιγάρο, η παρουσία άλλων καπνιστών στο περιβάλλον, η διαθεσιμότητα τσιγάρων, η εξάρτηση από τη νικοτίνη, η έκθεση σε εικόνες καπνίσματος και η έλλειψη βοήθειας (Zhou et al., 2009). Αντίστοιχα έρευνα στη Γαλλία ως παράγοντες υποτροπής υπέδειξε 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%). Επίσης έχει υποστηριχτεί ότι η έντονη επιθυμία και τα στερητικά συμπτώματα προκαλούν γρήγορη υποτροπή ενώ τα υπόλοιπα οδηγούν σε μεταγενέστερη υποτροπή. Έχει υποστηριχτεί ότι οι περισσότεροι καπνιστές, στην προσπάθειά τους να εντοπίσουν τους λόγους δυσκολίας της διακοπής, αναφέρονται συνήθως στην εξάρτηση (88%), στη συνήθεια (88%) και στο άγχος (62%), ενώ η έλλειψη απόφασης και κίνητρου διχάζει τους ερωτηθέντες, καθώς οι μισοί συμφώνησαν και οι άλλοι μισοί διαφώνησαν (Hughes, 2009). Ωστόσο είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι το 50% των καπνιστών ανέφεραν ότι η πιο πρόσφατη προσπάθεια διακοπής τους πραγματοποιήθηκε τη στιγμή που λήφθηκε η απόφαση (West & Sohal, 2006).

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες υποτροπής είναι 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. Οι Heffner, Lee, Arteaga και Anthenelli (2010) υποστήριξαν ότι η υποτροπή είναι 5 φορές μεγαλύτερη για όσους δεν άρχισαν την αποχή μέχρι τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες του προγράμματος 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.

Εκτός από τα συμπτώματα αποχής, οι αρνητικές επιδράσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα υποτροπής. Ακόμη και ήπια συμπτώματα κατάθλιψης μειώνουν σημαντικά τα μακροχρόνια ποσοστά αποχής (Piasecki, 2006). Φαίνεται ότι οι καπνιστές είναι πιο επιρρεπείς στο να καπνίσουν, όταν έχουν μειωμένη και αρνητική διάθεση και οδηγούνται στο κάπνισμα για να μειώσουν την αρνητική τους διάθεση.

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι αλλαγές σε αυτά επηρεάζουν τη συμπεριφορά καπνίσματος των ατόμων (Welch & Poulton, 2009). Οι καπνιστές σκέφτονται αρνητικά σχετικά με το κάπνισμά τους το 27% των φορών, που ανάβουν ένα τσιγάρο, κάτι που δείχνει την πρόθεση για διακοπή, τις ανησυχίες, και την αντίληψη κινδύνου. Βλέπουμε λοιπόν ότι τα συναισθήματα περισσότερο και όχι οι συμπεριφορές σχετίζονται με τη πρόθεση για διακοπή (Musich et al., 2009).

Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι η αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανησυχίας κυρίως για τις νεότερες γυναίκες, ενώ οι μη καπνιστές φαίνεται να ανησυχούν για το κιτρίνισμα των δοντιών και τη γήρανση του δέρματος. Έτσι αναφέρουν ότι θα διέκοπταν το κάπνισμα αν η γήρανση του δέρματος και άλλες αρνητικές επιπτώσεις στην εμφάνιση θα άρχιζαν να γίνονται ορατές (Grogan et al, 2009). Πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως μέσο ελέγχου του βάρους τους και είναι αρνητικοί στο να διακόψουν από φόβο μην ξαναπάρουν βάρος. Έρευνες δείχνουν ότι η κινητοποίηση των γυναικών να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με την αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους να ελέγξουν το βάρος τους μετά τη διακοπή. Έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες που ήθελαν να χάσουν βάρος και πέτυχαν την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς τους εντοπίστηκε και θετική αλλαγή στην καπνιστική συμπεριφορά τους (Sallit, Ciccazzo, & Zisca, 2009). Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες διακοπής του καπνίσματος, αναφέρουν ότι η διακοπή του καπνίσματος με ταυτόχρονη δίαιτα μπορεί να υπονομεύσουν τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, κάτι που υποστήριξε και η έρευνα των Shmueli και Prochaska (2009). Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες όπως των Thorner-Bantug, Jaszyna-Gasior, Schroeder, Collins και Moolchan (2009), τα αποτελέσματα των οποίων δεν υποστήριξαν την υπόθεση της αύξησης βάρους μετά τη

διακοπή του καπνίσματος και οι συμμετέχοντες δεν αύξησαν το βάρος τους μετά τη διακοπή.

Ένα σημαντικό ποσοστό καπνιστών υποτροπιάζει μέσα στις πρώτες δέκα ημέρες, κάτι στο οποίο δεν έχουν εστιάσει τα μοντέλα μελέτης της υποτροπής. Η αρχική αντίδραση του καπνιστή στη δυσφορία της αποχής από το κάπνισμα είναι κάτι που μπορεί να έχει επιπτώσεις στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Brown et al., 2009). Οι στερητικές επιθυμίες είναι κάτι που μπορεί να ωθήσει τους πρώην καπνιστές να ξαναρχίσουν το κάπνισμα.

Σε βάθος χρόνου οι περισσότεροι πρώην καπνιστές (69,3%) αισθάνονται πιο χαρούμενοι συγκριτικά με την περίοδο που ήταν καπνιστές, κυρίως στη νεαρή ηλικία και στα άτομα που απέχουν άνω του έτους. Αυτή τη θετική συναισθηματική αλλαγή φαίνεται να οφείλεται στην αυτοϊκανοποίηση, στην αυτοδικαίωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Shahab & West, 2009).

Σε κάθε διαδικασία διακοπής καπνίσματος ο πρώην καπνιστής έρχεται αντιμέτωπος με κάποιες δυσκολίες συναισθηματικής φύσεως, κοινωνικής φύσεως, ψυχολογικής φύσεως και η ικανότητά του και η αποτελεσματικότητά του να τις αντιμετωπίσει (αυτορρύθμιση) είναι αυτό που θα κρίνει εάν θα υποτροπιάσει ή όχι (Osch, Lechner, Reubsæet, Wigger, & De Vries, 2008).

Οι έρευνες που μελετούν τους παράγοντες που συνδέονται με τη διακοπή καπνίσματος, καθώς και αυτούς που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση κάποιας υποτροπής, μας προσφέρουν σημαντικά στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν στη δημιουργία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος και μας καθιστούν ενήμερους για τα σημεία που πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα για την επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος.

## Θεωρητικό Υπόβαθρο

Αρκετές θεωρίες έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στηρίζεται στη συμβουλευτική υποστήριξη, η οποία διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: την Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1986), το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Rosenstock, 1974), τη Θεωρία των Στόχων (Locke & Latham, 1990), τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB, Ajzen, 1985) και το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model).

### Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1986) εστιάζει στη σημασία που έχει αυτή η αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και ατομικών χαρακτηριστικών στην προσπάθεια εξήγησης και πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της ενίσχυσης, που σε συνδυασμό με τις προσωπικές στάσεις και γνώσεις, καθορίζουν και τροποποιούν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τη θεωρία (Bandura, 1997), τα άτομα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στη συμπεριφορά τους, αλλάζοντας το περιβάλλον τους (συνθήκες, περιβάλλοντα χώρο, συνήθειες κ.α.). Έτσι το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έδωσε έμφαση σε ζητήματα, που αφορούν το περιβάλλον, τις προσδοκίες και τα πρότυπα, καθώς και τις διαδικασίες αλλαγής αυτών. Επικεντρώνεται στην αλλαγή προσδοκιών, εστιάζοντας στην καλή υγεία των ατόμων. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, όπου χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη θεωρία, έχουν ως βασικό στόχο την υιοθέτηση θετικών προτύπων, που ακολουθούν υγιεινές συμπεριφορές. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, οι σύμβουλοι διακοπής καπνίσματος αυτών των προγραμμάτων δίνουν έμφαση στην αποφυγή πειρασμών, όπως παρέες ή χώροι όπου

καπνίζουν, στις τεχνικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, στη διαδικασία καθορισμού στόχων και στη δέσμευση.

### **Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας**

Το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Rosenstock, 1974) εστιάζει στην κατανόηση του ατόμου της αντιληπτής σοβαρότητας και της αντιληπτής απειλής. Βασικό είναι να κατανοήσει το άτομο τη σοβαρότητα του προβλήματος και την πιθανότητα εμφάνισης κάποιων ασθενειών λόγω της ανθυγιεινής συμπεριφοράς που έχει υιοθετήσει. Επίσης, το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας εστιάζει στην αντίληψη των εμποδίων μέσω της καταγραφής τους και της αναζήτησης τρόπων αντιμετώπισης, καθώς και στην αντίληψη των οφελών μέσω της αναζήτησης υγιεινών συμπεριφορών, όπως η άσκηση που μπορούν να υιοθετηθούν αντί του καπνίσματος. Χρησιμοποιήθηκε ευρέως για την κατανόηση και την προαγωγή συμπεριφορών υγείας (Janz & 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, Rimer και Lewis (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.

### **Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior)**

Μια άλλη ευρέως χρησιμοποιημένη θεωρητική προσέγγιση για την κατανόηση και την πρόληψη της συμπεριφοράς του καπνίσματος είναι η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB, Ajzen, 1985). Χρησιμοποιείται για να αναδείξει παράγοντες, στους οποίους πιθανόν οφείλεται η υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Fishbein & Ajzen, 2005). Σύμφωνα με τη θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, βασικός παράγοντας, που προβλέπει τη συμπεριφορά, είναι η πρόθεση. Η πρόθεση καθορίζεται από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Για να αλλάξει, λοιπόν, το άτομο τη συμπεριφορά του σαν καπνιστής, θα πρέπει να επηρεασθεί συναισθηματικά, γνωστικά, να πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από τον ίδιο και να δέχεται βοήθεια και υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους (Butler, 2001). Το κοινωνικό πρότυπο βασίζεται στο τι πιστεύει το άτομο σχετικά με τις προσδοκίες των άλλων ατόμων και την τάση του να συμμορφωθεί με αυτές τις προσδοκίες. Συνήθως, μια συμπεριφορά ακολουθείται, όταν η στάση του ατόμου και το κοινωνικό πρότυπο είναι ευνοϊκά και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος είναι σε υψηλό επίπεδο (Hogg & Vaughn, 1995). Οι Droomers, Scrijvers και Mackenbach (2004) στην έρευνα τους υποστήριξαν ότι τα άτομα με περισσότερο θετική στάση προς

τη διακοπή καπνίσματος και υψηλότερη βαθμολογία στο κοινωνικό πρότυπο είχαν υψηλότερη πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα.

Οι Νάτσης και Θεοδωράκης (2000), σε ανασκόπηση που πραγματοποίησαν, είχαν ως σκοπό να δουν τη χρησιμοποίηση της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας. Οι συμπεριφορές υγείας, που περιλαμβάνονταν στις έρευνες, ήταν οι εξής: φυσική δραστηριότητα (36 έρευνες), υγιεινή διατροφή (8 έρευνες), κάπνισμα (15 έρευνες) και χρήση ναρκωτικών ουσιών (3 έρευνες). Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η προηγούμενη συμπεριφορά αποτελούσαν σταθερούς προβλεπτικούς παράγοντες για όλες τις συμπεριφορές, εκτός από τη συμπεριφορά της χρήσης ουσιών, για την οποία μόνο η στάση και το κοινωνικό πρότυπο έπαιζαν σημαντικό ρόλο.

### **Θεωρία των Στόχων**

Η Θεωρία των Στόχων αποτέλεσε μια ακόμη σημαντική θεωρία στην οποία βασίστηκαν αρκετά παρεμβατικά προγράμματα για την κατάκτηση της επιθυμητής αλλαγής, κυρίως προγράμματα οργάνωσης ή αλλαγής του τρόπου ζωής, κινητοποιώντας τα άτομα προς την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, όπως άσκηση και διατροφή (Locke & Latham, 2002). Οι Locke και Latham (1990) εστιάζουν στο γεγονός ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά ενέχει κάποιους στόχους, τους οποίους προσπαθούν να πετύχουν τα άτομα προκειμένου να ικανοποιήσουν συγκεκριμένες ανάγκες. Σημαντικό μέρος της μεθοδολογίας του προγράμματός μας βασίζεται στη Θεωρία των Στόχων. Η κατάκτηση των στόχων, που θέτει το άτομο, επηρεάζεται από τη δέσμευση του ατόμου στο στόχο, αλλά και την επιμονή και την υπομονή του στην επιδίωξή του. Βασική προϋπόθεση αποτελεί ο στόχος να είναι ρεαλιστικός και συγκεκριμένος, βραχυπρόθεσμος, προσωπικός (Θεοδωράκης, Γούδας & Παπαιωάννου, 2001) και



προκλητικός, τόσο δύσκολος δηλαδή ώστε να προκαλεί το ενδιαφέρον του ατόμου (Locke & Latham, 1990). Στο παρόν πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, οι συμμετέχοντες σε κάθε βήμα βάζουν στόχους, οι οποίοι αξιολογούνται και επαναπροσδιορίζονται σε κάθε επόμενη συνάντηση. 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.

### **Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model)**

Οι θεωρίες που αναφέρθηκαν έως τώρα μελετούν κυρίως τους παράγοντες, στους οποίους οφείλεται το κάπνισμα και δίνουν απαντήσεις σε ερωτήματα, που σχετίζονται με τους λόγους, για τους οποίους τα άτομα ακολουθούν διάφορες συμπεριφορές υγείας και στη συγκεκριμένη περίπτωση το κάπνισμα. Αν και αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη της συμπεριφοράς του καπνίσματος, ωστόσο τη μεγαλύτερη πρακτική σημασία παρουσιάζει το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model). Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Diclemente & Prochaska, 1985) έχει επικεντρωθεί στον τρόπο διακοπής καπνίσματος και βοηθάει ιδιαίτερα στην επίτευξη αυτού του στόχου. Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας και η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αποτελούν προσεγγίσεις, οι οποίες μπορούν να παρέμβουν έμμεσα στη συμπεριφορά του καπνίσματος μέσω της πρόληψης ή της αλλαγής των συμπεριφορών υγείας. Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος. Κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων δεκαετιών, το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο είναι ένα από τα κυρίαρχα ψυχολογικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς

(Diclemente & Prochaska, 1985; Sutton, 2000; 2001) και έχει εφαρμοστεί σε διάφορες συμπεριφορές υγείας, όπως η διακοπή καπνίσματος, η διακοπή χρήσης κοκαΐνης (Rosenbloom, 1991), ο έλεγχος του βάρους, το ασφαλές σεξ, οι παραβατικές συμπεριφορές εφήβων, η χρήση προφυλακτικού, η απόκτηση συμπεριφοράς άσκησης (Prochaska et al., 1994), η έκθεση στον ήλιο και η υιοθέτηση συμπεριφοράς προστασίας από αυτόν (Rossi, 1989), η χρήση αλκοόλ (DiClemente & Hughes, 1990), η δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, η ιατρική συμμόρφωσης στη μαστογραφία και η διαχείριση άγχους. Πριν την αλλαγή συμπεριφοράς, έμφαση δίνεται στην πρόθεση της συμπεριφοράς, ενώ μετά στη διάρκεια της συμπεριφοράς (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998).

Με βάση το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής των Prochaska και Diclemente (Transtheoretical Model), τα άτομα στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος ακολουθούν κάποια συγκεκριμένα στάδια ανάλογα με την ετοιμότητά τους για αλλαγή. 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. Επίσης, κατά τη διάρκεια του περάσματος από τη μη υγιή σε μια υγιή συμπεριφορά, πραγματοποιούν διάφορες γνωσιακές και συμπεριφορικές αλλαγές. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί την προηγούμενη συμπεριφορά και τις συμπεριφορικές προθέσεις ενός ατόμου προκειμένου να χαρακτηρίσει την ετοιμότητά του για αλλαγή.

Στο πρώτο στάδιο, το στάδιο του «προσυλλογισμού», το άτομο δεν έχει σκέψη για να αλλάξει τη συμπεριφορά του μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Σε αυτό το στάδιο ανήκουν συνήθως άτομα, που δεν είναι ενημερωμένα για τις συνέπειες του καπνίσματος ή άτομα που προσπάθησαν στο παρελθόν, δεν τα κατάφεραν και απογοητεύτηκαν όσον

αφορά στην ικανότητά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτά τα άτομα έχουν χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και αποφεύγουν κάθε επικοινωνία και συζήτηση που έχει σχέση με την αλλαγή της συνήθειας του καπνίσματος. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο πρέπει να αρχίσει να σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα μέσα από γενικές πληροφορίες για το ρόλο του τσιγάρου στην υγεία και να κατανοήσει τα οφέλη της διακοπής και την αξία της υγείας. Έτσι, στόχος για όσους βρίσκονται σε αυτό το στάδιο είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του ατόμου, εστιάζοντας στα παραπάνω σημεία. Ειδικά στο στάδιο του προσυλλογισμού, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μεταβλητές τα μακρόπνοα 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). 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 οτιδήποτε έχει να κάνει με τις βλαβερές συνήθειές τους. Σίγουρα δεν είναι έτοιμοι να εγγραφούν σε προγράμματα με στόχο τη δράση, αλλά και χωρίς κάποια σχεδιασμένη παρέμβαση μπορεί να κολλήσουν σε αυτό το στάδιο για χρόνια. Οι παρεμβάσεις χρειάζεται να εστιάσουν στην αύξηση της επίγνωσης και της αυτοπεποίθησης (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στο δεύτερο στάδιο, το στάδιο του «συλλογισμού», το άτομο έχει πρόθεση να διακόψει το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Σε αυτό το στάδιο το άτομο συνεχίζει να έχει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει και η σκέψη για αλλαγή. Τα άτομα αυτά είναι ενημερωμένα για τα οφέλη της αλλαγής. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του καπνίσματος είναι σε μια ισορροπία, με τα μειονεκτήματα να υπερέχουν λίγο. Πολλά άτομα μένουν «κολλημένα» σε αυτό το στάδιο για αρκετό χρονικό διάστημα λόγω της αμφιβολίας εξισορρόπησης των πλεονεκτημάτων με τα μειονεκτήματα. Οι παρεμβάσεις πρέπει να εστιάσουν στη

μείωση της δύναμης των μειονεκτημάτων ή του κόστους της διακοπής (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Στη συνέχεια ακολουθεί το στάδιο της «προετοιμασίας-προπαρασκευής», όπου το άτομο σχεδιάζει να αλλάξει τη συμπεριφορά, να διακόψει δηλαδή το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες και συνήθως έχει κάνει κάποια προηγούμενη προσπάθεια βελτίωσης. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο κάνουν κάποια μικρά βήματα προς τη διακοπή και έχουν ένα σχέδιο δράσης ως προς την αλλαγή. Η αυτό-αποτελεσματικότητα αρχίζει να αυξάνεται και τα πλεονεκτήματα της αλλαγής συμπεριφοράς να υπερισχύουν των μειονεκτημάτων. Είναι πιο πεπεισμένοι ότι τα θετικά της διακοπής υπερτερούν των αρνητικών και είναι αγχωμένοι για το ενδεχόμενο αποτυχίας (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Το επόμενο στάδιο είναι το στάδιο της «διακοπής-ενεργοποίησης», όπου τα άτομα έχουν πραγματοποιήσει την αλλαγή της συμπεριφοράς, δηλαδή τη διακοπή καπνίσματος για χρονικό διάστημα μικρότερο από 6 μήνες. Τα μειονεκτήματα της συμπεριφοράς του καπνίσματος υπερισχύουν έναντι των πλεονεκτημάτων και η αυτό-αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Στο στάδιο αυτό απαιτείται χρόνος και ενέργεια, κυρίως όταν εμφανίζονται πειρασμοί. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο, λόγω του ότι αντιμετωπίζουν τις πιθανότητες της υποτροπής. Πολλές φορές σε αυτό το στάδιο βοηθάει και η ύπαρξη προγραμμάτων αντικατάστασης νικοτίνης. Στο στάδιο αυτό, οι άνθρωποι δουλεύουν περισσότερο και χρησιμοποιούν περισσότερο συχνά τις διαδικασίες της αλλαγής. Σε αυτό το στάδιο πολλοί νομίζουν ότι οι δυσκολίες είναι κάτι που θα περάσει πολύ σύντομα με αποτέλεσμα να χαλαρώνουν τις προσπάθειες, κάτι που μπορεί να αποτελέσει λόγο υποτροπής (Prochaska, 1996; Burbank & Riebe, 2002).

Τέλος, ακολουθεί το στάδιο της «διατήρησης», στο οποίο τα άτομα διατηρούν τη συμπεριφορά υγείας για αρκετό χρονικό διάστημα. Επειδή υπάρχει ακόμη ο κίνδυνος

της υποτροπής τα άτομα δουλεύουν ως προς την πρόληψη της υποτροπής. Η διάρκεια του σταδίου αυτού ποικίλλει. Όσοι βρίσκονται σε αυτό το στάδιο έχουν πολύ υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα για τη συμπεριφορά υγείας. Είναι περισσότερο σίγουροι, δηλαδή, ότι μπορούν να συνεχίσουν τον υγιεινό τρόπο ζωής που έχουν ακολουθήσει. Αυτό το στάδιο εκτιμάται ότι διαρκεί από 6 μήνες έως 5 χρόνια. Στο στάδιο της διατήρησης, συνεχίζεται η χρήση των σταδίων της αλλαγής, αλλά δεν χρειάζεται η ίδια προσπάθεια για την πρόληψη της υποτροπής. Σε κάθε στάδιο το μοντέλο προτείνει ότι οι άνθρωποι χρειάζεται να κάνουν τα σωστά πράγματα στη σωστή στιγμή, ώστε να περάσουν στο επόμενο στάδιο (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1996), κάτι που αντιπροσωπεύει τις ανάγκες των ανθρώπων να δεσμευτούν με κάποιες διαδικασίες αλλαγής.

Η μετάβαση από το στάδιο του προσυλλογισμού στο στάδιο της διατήρησης δεν είναι γραμμική. Αρκετοί παλινδρομούν σε προηγούμενα στάδια πριν επιτύχουν μια αλλαγή συμπεριφοράς (Norman, Velicer, Fava, & Prochaska, 1998). Στο κάπνισμα και στην άσκηση μόνο το 15% των ανθρώπων παλινδρομούν στο στάδιο του προσυλλογισμού, ενώ συνήθως οι πιο πολλοί 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. 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).

Για όσους βρίσκονται στο στάδιο του συλλογισμού προτείνεται η αντιμετώπιση των εμποδίων και της αντίστασης στη διακοπή. Στο στάδιο της προπαρασκευής οι 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).

Έρευνες, που μελέτησαν την εφαρμογή του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής για τη διακοπή καπνίσματος, υποστήριξαν ότι τα άτομα που βρίσκονται στο δεύτερο και το τρίτο στάδιο είναι πιο πιθανό να πετύχουν τη διακοπή από τα άτομα που βρίσκονται στο πρώτο στάδιο (Dijkstra, De Vries, Roijackers, & van Breukelen, 1998; Fava, Velicer & Prochaska, 1995; Perz et al., 1996).

Οι Diclemente και Prochaska (1985) παρατήρησαν σημαντικές διαφορές στις διαδικασίες αλλαγής ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια αλλαγής. Η πορεία από στάδιο σε στάδιο συνδέεται με αλλαγές στην αυτό-αποτελεσματικότητα, το ισοζύγιο αποφάσεων και τις διαδικασίες σταδίων (Prochaska & Marcus, 1994). Έτσι κομβικό ρόλο στο Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής θα λέγαμε ότι παίζουν οι προαναφερθέντες παράγοντες καθώς και ο πειρασμός. Οι διαδικασίες της αλλαγής είναι οι γνωστικές λειτουργίες, οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα, που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους (Hoerpner et al., 2006).

Αρχικά, ο Bandura (1977a) είχε αντιληφθεί ότι διαμεσολαβητής στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς είναι ένας γνωστικός μηχανισμός, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η οποία αναφέρεται στην πίστη του ατόμου στις ικανότητές του ώστε να ανταπεξέλθει επιτυχώς σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Επομένως η αυτό-αποτελεσματικότητα επηρεάζει τις επιλογές που θα κάνει κάποιος, την προσπάθειά του, την επιμονή του, το χρόνο που θα διαθέσει, το άγχος και τις

τεχνικές αντιμετώπισής του (Bandura, 1986, 1992). 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). Επίσης, δρα ως παράγοντας παρακίνησης και επηρεάζει το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Bandura 1986, 1997). 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 (Riet, Ruiter, Werrij & De Vries, 2008). Καθώς οι άνθρωποι προχωρούν στα 5 στάδια διακοπής καπνίσματος, η αυτο-αποτελεσματικότητά τους αυξάνεται σταδιακά. 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 που προέρχονται από διαφορετικές πηγές, όπως οι προηγούμενες επιτυχημένες εμπειρίες του ατόμου, οι εμπειρίες άλλων, η παρατήρηση άλλων και η σύγκριση που ενισχύει τη διαμόρφωση κρίσης για τις ικανότητες του ατόμου, οι τεχνικές πειθούς (λεκτική πειθώ, καθοδήγηση, ανατροφοδότηση, προσδοκίες άλλων, θετική νοερή εικόνα), η φυσιολογική και συναισθηματική κατάσταση και οι νοερές εμπειρίες (Maddux, 1995).

Οι πεποιθήσεις αυτο-αποτελεσματικότητας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της συμπεριφοράς και ενισχύουν την επίδοση όταν υπάρχουν: εσωτερική παρακίνηση, απαραίτητες ικανότητες, σαφείς συνθήκες και πληροφορίες για το έργο.

Το ισοζύγιο αποφάσεων (decisional balance) προτάθηκε από τους Janis και Mann (1977) και αντικατοπτρίζει την ικανότητα κάποιου να εξισορροπεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής μιας συμπεριφοράς. Η ισορροπία των

πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων ποικίλει ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται κανείς. Για παράδειγμα, στο στάδιο, όπου δεν υπάρχει ακόμη η σκέψη για αλλαγή, τα άτομα θεωρούν ότι τα πλεονεκτήματα του «προβλήματος» υπερτερούν έναντι των μειονεκτημάτων. Αντίθετα στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης τα μειονεκτήματα υπερτερούν έναντι των πλεονεκτημάτων. Κατά τη μετάβαση από τον προσυλλογισμό στον συλλογισμό, τα θετικά του καπνίσματος μειώνονται, ενώ τα αρνητικά αυξάνονται (Plummer et al., 2001). 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 στο στάδιο του συλλογισμού συμβαίνει το αντίθετο (Carlson, Taenzera, Koormansa, Casebeer, 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 εμφανίζεται στη μετάβαση από τον συλλογισμό στην προπαρασκευή. Μετάβαση προς τα πίσω από τον συλλογισμό προβλέπεται από την αντίληψη λιγότερων θετικών για την διακοπή (Hoving, Mudde, & De Vries, 2006). 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).

Όταν μιλάμε για πειρασμό, αναφερόμαστε στην ένταση των πιέσεων να επαναληφθούν κάποιες συγκεκριμένες συνήθειες, όταν τα άτομα βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις. Οι πιο κοινοί τύποι τέτοιων πειρασμών είναι τα αρνητικά συναισθήματα, το συναισθηματικό στρες, οι ευχάριστες-θετικές κοινωνικές καταστάσεις και η έντονη επιθυμία για τσιγάρο.



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).
- 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.
- Προσωπική επανεκτίμηση και κατανόηση του ατόμου σε σχέση με την μη υγιεινή συνήθεια του (self reevaluation).
- Κοινωνική απελευθέρωση και αλλαγές της κοινωνίας και της πολιτικής ως προς το αντικείμενο (social liberation).
- Περιβαλλοντική επανεκτίμηση και επίγνωση των επιπτώσεων, που έχει η συμπεριφορά στο περιβάλλον (environmental reevaluation).
- Αντικατάσταση των μη υγιών συμπεριφορών με υγιείς (counter-conditioning).
- Έλεγχος κινήτρου, ενίσχυση της θετικής συμπεριφοράς και περιορισμός όλων εκείνων, που ενισχύουν την αρνητική (stimulus control).
- Διαχείριση ενίσχυσης και ανταμοιβές για την τήρηση της θετικής συμπεριφοράς (reinforcement management).
- Συναισθηματική διέγερση και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως φόβος, λύπη, θυμός, στις προειδοποιήσεις για τα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία (dramatic relief).
- Σχέσεις βοήθειας και κοινωνική υποστήριξη στην προσπάθεια αλλαγής (helping relationships).

Οι δέκα διαδικασίες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τις εμπειρικές (αύξηση της επίγνωσης, συναισθηματική διέγερση, περιβαλλοντική επανεκτίμηση, αυτοαπελευθέρωση και προσωπική επανεκτίμηση) και τις συμπεριφορικές (σχέσεις βοήθειας, έλεγχος κινήτρου, αντικατάσταση, διαχείριση ενίσχυσης και αυτοαπελευθέρωση) (Hoerrner et al., 2006; Carlson et al., 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 προκαλείται από τις διαδικασίες της αλλαγής, την ισορροπία αποφάσεων και το δίπτυχο πειρασμός/ αυτοαποτελεσματικότητα (Aveyard, Massey, Parsons, Manaseki, & Griffin, 2009). 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 αυτό-επανεκτίμηση 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). 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 λιγότερο συχνά στο στάδιο του προσυλλογισμού (Kristeller, Rossi, Ochene, Goldberg, Prochaska, 1992). Μπορεί να είναι αποτελεσματικές για άτομα, που είναι σε φάση δράσης, αλλά μπορούν να προκαλέσουν αντίσταση σε όσα βρίσκονται στον προσυλλογισμό όπου η αύξηση της επίγνωσης και η συναισθηματική διέγερση μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές να τους δραστηριοποιήσουν γνωσιακά και συναισθηματικά και να τους βοηθήσουν να μεταβούν στον συλλογισμό (Prochaska, 1996). Όσα άτομα έχουν διακόψει με επιτυχία το

κάπνισμα χρησιμοποιούν λιγότερο τις εμπειρικές διαδικασίες και περισσότερο τις συμπεριφορικές διαδικασίες (Sun, Prochaska, Velicer, & Laforge, 2007). Οι υποτροπιάζοντες και όσοι βρίσκονται στο στάδιο του συλλογισμού παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες (Ahijevych & Wewers, 1992).

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, 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 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.

Φαίνεται να υπάρχουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής και της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Οι Courneya και Bobick (2000) υποστηρίζουν ότι τα «υπέρ» και τα «κατά» του Μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής είναι παρόμοια με τις συμπεριφορικές πεποιθήσεις της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Ωστόσο η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην επίδραση

των σημαντικών άλλων, κάτι στο οποίο δεν εστιάζει το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής. Τέλος, υποστηρίζουν ότι η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς φαίνεται να είναι ένα μοντέλο περισσότερο περιεκτικό και σύνθετο.

### **Παραδείγματα παρεμβάσεων βασισμένα στο Διαθεωρητικό Μοντέλο**

Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής έχει εφαρμοστεί σε έρευνες που μελετούν πώς θα αναπτύξει κάποιος υγιεινές συμπεριφορές, όπως η φυσική δραστηριότητα ή θα αντιμετωπίσει προβληματικές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η υπερφαγία, η χρήση αλκοόλ κ.α. Η έρευνα των Di Noia, Contento και Prochaska (2008) εξέτασε την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης βασισμένης στο Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι η παρέμβαση που βασίστηκε στο Διαθεωρητικό Μοντέλο κατάφερε να αυξήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Οι Kohler, Fish και Davies (2004) εξέτασαν τις πιθανές σχέσεις μεταξύ του Μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής και άλλων χαρακτηριστικών και υποστήριξαν ότι υπήρχαν παράγοντες που προέβλεπαν τα διαφορετικά στάδια αλλαγής όπως το ισοζύγιο αποφάσεων και η αυτό-αποτελεσματικότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούσε το ότι τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του συλλογισμού εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ «κατά» του καπνίσματος, υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα και χαμηλότερο σκορ «υπέρ» του καπνίσματος συγκριτικά με τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού.

Οι Erol και Erdogan (2008) εφάρμοζοντας μία παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε έφηβους υποστήριξαν ότι η αντίληψη των αρνητικών του καπνίσματος αυξήθηκε σημαντικά, ο πειρασμός έπεσε κατά την μετάβαση στο στάδιο της δράσης και τα θετικά του καπνίσματος μαζί με τον πειρασμό μειώθηκαν. Το ποσοστό όσων διέκοψαν το κάπνισμα στους 3 και στους 6 μήνες ήταν 18.3% και 33.3% αντιστοίχως.

Στην έρευνα των Girma, Assefa και Deribew (2010) φαίνεται επίσης ότι στο 64.3% των ατόμων ο μέσος βαθμός των αρνητικών του καπνίσματος υπερνικά αυτόν των θετικών (αρνητική ισορροπία απόφασης) κατά την μετάβαση δηλαδή από στάδιο σε στάδιο, τα θετικά του καπνίσματος μειώνονταν, ενώ αυξάνονταν τα αρνητικά.

Οι Everson-Hock, Taylor και Ussher (2010) αντίστοιχα υποστήριξαν ότι όσοι βρίσκονταν σε προχωρημένα στάδια ετοιμότητας για την προαγωγή της φυσικής άσκησης ως βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος είχαν περισσότερο θετικές απόψεις για τα θετικά και αρνητικά του καπνίσματος, την αυτοαποτελεσματικότητα και την σημασία της φυσικής άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος. Το 22% όσων διέκοψαν χρησιμοποιούσαν την άσκηση για τον έλεγχο του καπνίσματος και το 35% την είχαν χρησιμοποιήσει στο παρελθόν. Όσοι βρίσκονταν στα τελευταία στάδια ετοιμότητας για την χρήση της ως βοήθεια για τη διακοπή, είχαν αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα και συμμετείχαν σε πιο έντονο πρόγραμμα άσκησης.

Οι καπνιστές που βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής είναι πιθανότερο να απέχουν από το κάπνισμα στον επανέλεγχο, σε σχέση με τους καπνιστές, που βρίσκονται στο στάδιο του προσυλλογισμού (Farkas et al., 1996). Όσοι βρίσκονται στα στάδια του προσυλλογισμού φαίνεται να κάνουν λιγότερη χρήση των διαδικασιών αλλαγής και έχουν λιγότερο αρνητική στάση απέναντι στο κάπνισμα συγκριτικά με όσους βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής. Όσοι βρίσκονται στα στάδια του προσυλλογισμού και του συλλογισμού φαίνεται να καπνίζουν σε περισσότερες καταστάσεις και να είναι περισσότερο εθισμένοι σε σχέση με όσους βρίσκονται στο στάδιο της προπαρασκευής (Fava et al., 1995, Velicer & Prochaska, 1995).

### **Παρακινητική ή Κινητοποιητική Συνέντευξη (Motivational Interviewing)**

Αρκετά παρεμβατικά προγράμματα τα τελευταία χρόνια βασίστηκαν στη θεωρία της παρακινητικής ή κινητοποιητικής συνέντευξης (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick, Miller, Butler, & Aloia 2008; Miller & Rollnick, 2012). Πρόκειται για ένα είδος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής υποστήριξης, που έχει ως σκοπό την αύξηση της παρακίνησης, την ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου για αλλαγή, την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και την καθοδήγηση, ώστε να γίνεται κατανοητή η συμπεριφορά χωρίς ωστόσο να υπάρχει πίεση από την πλευρά του συμβούλου για αλλαγή, μέσω της εξερεύνησης και της επίλυσης της αμφιθυμίας. Η αμφιθυμία παρουσιάζεται όταν το άτομο αισθάνεται με δύο διαφορετικούς τρόπους για κάτι ή κάποιον. 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 (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012).

Η παρακινητική συνέντευξη είναι μια βραχεία ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που σχεδιάστηκε για να αυξήσει την πιθανότητα ενός ατόμου να σκεφτεί, να ξεκινήσει και να διατηρήσει συγκεκριμένες αλλαγές στρατηγικών με σκοπό να μειώσει την προβληματική συμπεριφορά. Η παρακινητική συνέντευξη αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας και ύπαρξης με τους ανθρώπους, ένα στυλ συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας και όχι ένα σύνολο τεχνικών. Ο σύμβουλος σέβεται την αυτονομία και την ελευθερία επιλογής του συμβουλευόμενου, ο οποίος έχει πρωταγωνιστικό ρόλο σε όλη τη διαδικασία (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012).

Πολλές έρευνες υποστήριξαν αυτή την προσέγγιση ως ιδιαίτερα βοηθητική στην προώθηση συμπεριφορών σχετικά με το κάπνισμα κυρίως στους εφήβους.

Βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η παρακινητική συνέντευξη είναι οι εξής:

- Έκφραση ενσυναίσθησης
- Ανάπτυξη διαφοροποίησης
- Διαχείριση της αντίστασης
- Υποστήριξη Αυτο-αποτελεσματικότητας (Miller & Rollnick, 2002).

Βασικό χαρακτηριστικό της παρακινητικής συνέντευξης είναι η αποδοχή, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της ενεργητικής ακρόασης. Ο σύμβουλος καταλαβαίνει τα συναισθήματα και τις απόψεις του συμβουλευόμενου χωρίς να εκφράζει κριτική. Αξίζει να τονίσουμε ότι η αποδοχή δεν ταυτίζεται με τη συμφωνία. Η αποδοχή των ατόμων, όπως είναι, φαίνεται να τους απελευθερώνει μπροστά στην αλλαγή ενώ η μη αποδοχή προκαλεί στασιμότητα στη διαδικασία αλλαγής. Η στάση της αποδοχής αυξάνει την αυτο-εκτίμηση του συμβουλευόμενου, κάτι που στη συνέχεια προωθεί τη διαδικασία της αλλαγής.

Όταν αναφερόμαστε στη διαφοροποίηση, είναι με την έννοια της σημαντικότητας της αλλαγής. Ο συμβουλευόμενος πρέπει να επικεντρωθεί στα επιχειρήματα της αλλαγής. Η αλλαγή κινητοποιείται μέσα από την αντιλαμβανόμενη διαφοροποίηση της παρούσας συμπεριφοράς και των μελλοντικών σημαντικών στόχων ή αξιών.

Άλλη βασική αρχή της παρακινητικής συνέντευξης είναι ο σύμβουλος να «κυλάει με την αντίσταση». Αυτό σημαίνει ότι αποφεύγει να διαφωνήσει για την αλλαγή. Από την αντίσταση του συμβουλευόμενου μπορεί να προκύψουν νέα στοιχεία για τη συμβουλευτική διαδικασία. Είναι σημαντικό νέες απόψεις και απαντήσεις να προέλθουν από τον ίδιο το συμβουλευόμενο. Ο σύμβουλος συνηθίζεται να «γυρίζει» τις ερωτήσεις και τα προβλήματα στον συμβουλευόμενο. Δεν είναι δουλειά του συμβούλου να έχει

απαντήσεις και λύσεις για όλες τις απορίες και τα προβλήματα. Έτσι προκαλεί το άτομο να εμπλακεί ενεργά στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και να αναζητήσει λύσεις. Φαίνεται ότι η αντίσταση είναι ένα τρόπος να απαντάει κανείς διαφορετικά. Το πώς θα απαντήσει ο σύμβουλος στην αντίσταση θα επηρεάσει και τη στάση του συμβουλευόμενου.

Τέλος, άλλη σημαντική αρχή στην οποία βασίζεται η παρακινητική συνέντευξη είναι η υποστήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας. Ακολουθώντας τις τρεις πρώτες αρχές αναπτύσσεται στο άτομο η αντίληψη ότι έχει κάποιες σημαντικές δυσκολίες. Αν στη συνέχεια δεν του παρέχουμε και κάποια ελπίδα ή πιθανότητα για αλλαγή, δεν θα πραγματοποιήσει καμία προσπάθεια και η μέχρι τώρα προσπάθεια του συμβούλου θα είναι μάταιη. Η ελπίδα και η πίστη είναι βασικά στοιχεία της αλλαγής. Οι προσδοκίες του συμβούλου για τις πιθανότητες του συμβουλευόμενου να πετύχει την αλλαγή μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στο αποτέλεσμα (φαινόμενο αυτοεκπληρούμενης προφητείας). Βασικός στόχος της παρακινητικής συνέντευξης είναι να αυξήσει την πίστη του συμβουλευόμενου στις δυνάμεις του ώστε να καταφέρει να ξεπεράσει τα εμπόδια και να πετύχει την αλλαγή.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η παρακινητική συνέντευξη είναι κάτι περισσότερο από ένα σύνολο τεχνικών με τις οποίες μπορεί κάποιος να παρέχει συμβουλευτική. Έχει δημιουργηθεί για να λύνει θέματα παρακίνησης, τα οποία αναστέλλουν την εμφάνιση θετικών αλλαγών συμπεριφοράς. Στην εφαρμογή της παρακινητικής συνέντευξης, ο σύμβουλος χρησιμοποιεί κάποιες τεχνικές που προωθούν τη συζήτηση, όπως οι ανοιχτές ερωτήσεις, προσπαθώντας να ενθαρρύνει το άτομο να μιλήσει και στη συνέχεια να εξερευνήσουν και να επεξεργαστούν μαζί τις ιδέες του. Άλλη τεχνική είναι η αντανακλαστική ακρόαση, που σκοπό έχει την ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης προσωπικής εξερεύνησης. Ο σύμβουλος, επίσης, επιβεβαιώνει και ενισχύει τα δυνατά



σημεία και τις προσπάθειες του ατόμου. 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 (Miller & Rollinick, 2002; Rollinick et al, 2008; Miller & Rollinick, 2012).

Η Παρακινητική Συνέντευξη αποτελείται από δύο φάσεις (Miller & Rollinick , 2002; Rollinick et al, 2008; Miller & Rollinick, 2012). Η πρώτη φάση έχει ως στόχο την επίλυση της αμφιθυμίας και το χτίσιμο της εσωτερικής παρακίνησης για αλλαγή. Η προθυμία και η ικανότητα του ατόμου για αλλαγή αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της εσωτερικής παρακίνησης. Αν το άτομο δεν πιστεύει ότι η αλλαγή είναι σημαντική για το ίδιο (χαμηλή προθυμία), τότε η αλλαγή δεν είναι πιθανό να συμβεί (Miller & Rollinick, 2002; Rollinick et al, 2008; Miller & Rollinick, 2012). Σε αυτή την περίπτωση, σκοπός της παρακινητικής συνέντευξης είναι η αύξηση της σπουδαιότητας της αλλαγής (Treasure, 2004). Έτσι, ο σύμβουλος προσπαθεί να κάνει τον συμβουλευόμενο να κατανοήσει και να «δει» τις ασυμφωνίες μεταξύ της παρούσας και της ιδανικής κατάστασης του συμβουλευόμενου και προκαλεί τη συζήτηση γύρω από αυτές (Treasure, 2004), χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους (Miller & Rollinick, 2002), όπως: χρήση της κλίμακας σημαντικότητας, διερεύνηση της ισορροπίας της απόφασης, αναζήτηση λόγου αλλαγής, ερωτήσεις σχετικά με τις συνέπειες της παρούσας κατάστασης και τις συνέπειες της αλλαγής, σύγκριση καταστάσεων πριν και μετά την εμφάνιση του προβλήματος, προσπάθεια να φανταστεί την κατάσταση μετά την αλλαγή ή την αποτυχία αλλαγής, διερεύνηση στόχων και αξιών και εντοπισμός τυχόν ασυνέπειας με την τρέχουσα κατάσταση. Όταν ο σύμβουλος εντοπίσει ότι το άτομο είναι έτοιμο για αλλαγή, προχωρά στη δεύτερη φάση, στόχος της οποίας είναι η δέσμευση του ατόμου για αλλαγή και ο σχεδιασμός του πλάνου αλλαγής. Στη φάση

αυτή υπάρχει μειωμένη αντίσταση, συζήτηση και ανησυχία για το πρόβλημα και αυξημένη αίσθηση ηρεμίας και προστασίας, που έχει το άτομο για την εύρεση κάποιου είδους επίλυσης του προβλήματος (Miller & Rollinick, 2002). Έτσι, βασικός στόχος είναι η δημιουργία ενός συγκεκριμένου και ξεκάθਾਰου σχεδίου δράσης, ακολουθώντας τα ακόλουθα βήματα (Miller & Rollinick, 2002): α) από κοινού σύνθεση συγκεκριμένων, ρεαλιστικών, προσωπικών και βραχυπρόθεσμων στόχων, β) αναζήτηση και επιλογή των πιθανών τρόπων για αλλαγή, γ) από κοινού δημιουργία και καταγραφή του σχεδίου δράσης, δ) δέσμευση του ατόμου για αλλαγή και δημοσιοποίησή της στον περίγυρο του ατόμου – στην περίπτωση έλλειψης ετοιμότητας για δέσμευση εκ μέρους του ατόμου.

### **Παραδείγματα Παρεμβάσεων βασισμένα στην Παρακινητική Συνέντευξη**

Στη συνέχεια θα δούμε το πώς κάποιοι ερευνητές χρησιμοποίησαν την τεχνική της παρακινητικής συνέντευξης για να δημιουργήσουν παρεμβατικά προγράμματα για τη διακοπή καπνίσματος.

Οι Colby και συν. (1998) χρησιμοποίησαν αυτή την τεχνική σε μια έρευνα με 40 έφηβους καπνιστές, από τους οποίους οι 20 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, που δέχτηκε μια σύντομη ενημέρωση γύρω από το κάπνισμα. Οι ερευνητές ακολούθησαν τις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης και επιπλέον προσέφεραν ανατροφοδότηση για την επίδραση του καπνίσματος σε κάθε έφηβο ξεχωριστά και έδωσαν έμφαση στην ελεύθερη επιλογή και προσωπική ευθύνη του καθενός. Επίσης, οι έφηβοι είδαν και τέσσερις βιντεοσκοπημένες σκηνές με συγκεκριμένα θέματα, όπως επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία, συνέπειες, εξάρτηση, οικονομικό κόστος κ.α. Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική επίδραση της παρακινητικής συνέντευξης με το 72% των εφήβων να δηλώνει ότι έκανε μια σοβαρή προσπάθεια μετά από αυτό να κόψει το κάπνισμα. Και άλλες έρευνες έδειξαν ότι η τεχνική της παρακινητικής συνέντευξης

μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές (Butler et al., 1999; Rollnick, Butler, & Scott, 1997; Rollnick & Heather, 1992). Επιπρόσθετα, οι Dunn, Deroo και Rivara (2001) κάνοντας μια ανασκόπηση 29 ερευνών, βρήκαν ότι αυτή η τεχνική έχει θετικά αποτελέσματα ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που πάσχουν από διάφορες εξαρτήσεις, όπως το κάπνισμα.

Λίγα χρόνια αργότερα οι Colby και συν. (2005) πραγματοποιούν ανάλογη έρευνα, η οποία έχει ως σκοπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος σύντομης διάρκειας, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, σε έφηβους ασθενείς, που νοσηλεύονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Το δείγμα αποτελούσαν 85 άτομα 14-19 ετών. Το κάθε άτομο συμμετείχε σε συνεδρία παρακινητικής συνέντευξης ή σε συμβουλευτική σύντομης διάρκειας για τη διακοπή καπνίσματος. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις 1,3 και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτό-αναφορές, έδειξαν ότι τα ποσοστά αποχής 7 ημερών στο follow-up των έξι μηνών ήταν υψηλότερα για την ομάδα που συμμετείχε σε συνεδρίες παρακινητικής συνέντευξης παρά για την ομάδα συμβουλευτικής. Στα follow-up, που πραγματοποιήθηκαν 3 μήνες μετά, τα άτομα που συμμετείχαν σε συνεδρίες βασισμένες στην παρακινητική συνέντευξη, έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά νικοτίνης. Τα αποτελέσματα προσφέρουν σημαντική υποστήριξη για τη χρήση της παρακινητικής συνέντευξης στη διακοπή καπνίσματος, αλλά οι αλλαγές στη διακοπή καπνίσματος φάνηκε να είναι ιδιαίτερα μικρές.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Erol και Erdogan (2007), η οποία μελέτησε την αποτελεσματικότητα μιας προσέγγισης παρακινητικής συνέντευξης και το πόσο αυτήν επηρεάζει την προσπάθεια των εφήβων για τη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 275 έφηβοι καπνιστές. Μια υπόθεση, που έγινε, ήταν ότι η παρέμβαση θα αύξανε την ετοιμότητα για αλλαγή και τις αντιλήψεις των καπνιστών για

τα μειονεκτήματα του καπνίσματος. Επίσης, άλλη βασική υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση θα μείωνε τις αντιλήψεις των καπνιστών για τα πλεονεκτήματα του καπνίσματος, τους πειρασμούς που θα είχαν σχέση με τη μελλοντική αλλαγή και το ποσοστό καπνίσματος μεταξύ των εφήβων. Για αυτούς τους σκοπούς παρέχονταν 5 σαρανταπεντάλεπτες συναντήσεις και κάποια από τα βασικά θέματα ήταν η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, η ανακάλυψη των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων του καπνίσματος, η παροχή ανατροφοδότησης, το να φανταστούν και να σχεδιάσουν το μέλλον, ο καθορισμός στόχων και η αύξηση των πλεονεκτημάτων της διακοπής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτού του είδους η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική για τη διακοπή καπνίσματος στους εφήβους και ήταν εμφανής η θετική κίνηση μεταξύ των σταδίων. Οι μισοί από τους εφήβους προετοιμάστηκαν για να διακόψουν το κάπνισμα και το ένα τρίτο το διέκοψε. Παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά καπνίσματος.

Σύμφωνα με τους Abrams και Niaura (2003), τα προγράμματα παρέμβασης, που βασίζονται στην παρακινητική συνέντευξη και συμπεριλαμβάνουν την ανατροφοδότηση και την ενεργητική ακρόαση, αποδείχθηκαν ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Ωστόσο υπάρχει η ανάγκη πραγματοποίησης περαιτέρω ερευνών για να εξεταστεί προσεκτικά η επίδραση και η αποτελεσματικότητα της παρακινητικής συνέντευξης στη διακοπή καπνίσματος, λόγω του ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις είναι σύντομης διάρκειας και κυρίως έχουν εφαρμοστεί σε εφήβους, αλλά και λόγω του ότι οι πιο πολλές παρεμβάσεις αποτελούν προσαρμοσμένους τρόπους εφαρμογής της παρακινητικής συνέντευξης (Adaptive Forms of Motivational Interviewing). Ελάχιστα γνωρίζουμε για την εφαρμογή της παρακινητικής συνέντευξης σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος σε ενήλικες.

## Παρεμβατικά Προγράμματα για τη Διακοπή Καπνίσματος

Στη σημερινή εποχή η αναγκαιότητα ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος γίνεται βασικό αντικείμενο πολλών ερευνών. Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος έχουν προταθεί διάφορες ιδέες-τρόποι και προγράμματα που θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε αυτό το σκοπό. Από την έρευνα των Θεοδωράκη και συν. (2005) βλέπουμε ότι 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. Πολλές από τις παρεμβάσεις στηρίχτηκαν σε μεθόδους όπως, αλλαγή στάσεων, εκμάθηση ψυχολογικών δεξιοτήτων, καθορισμός στόχων, παροχή ενημέρωσης με κατάλληλο υλικό. Όσον αφορά στη συμβουλευτική υποστήριξη αυτό που προτείνεται είναι η αξιοποίηση της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής (Thranstheoretical model, Prochaska, & DiClemente, 1983).

Ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι ένα από τα βασικότερα εργαλεία και η καλύτερη βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος είναι η προσωπική θέληση και η απόφαση του ίδιου του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα. Διάφορες στρατηγικές έχουν προταθεί και εφαρμοστεί με σκοπό να συμβάλλουν στην μείωση της ανθυγιεινής συμπεριφοράς του καπνίσματος, όπως συχνές αυξήσεις της τιμής (Chaloupka, 1999), απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων (Emery et al., 1999), προγράμματα πρόληψης καπνίσματος και η χρήση προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Αν το ίδιο το άτομο δεν είναι αποφασισμένο να απαλλαγεί από αυτή τη συνήθεια, δεν υπάρχει «θαυματουργό» πρόγραμμα παρέμβασης, που να μπορεί να το βοηθήσει (Roorchandani, Singhvi, & Kar, 2008). 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 έχουν διάθεση να το κόψουν. Επιπλέον, η μακροχρόνια ή η μόνιμη αποχή μπορεί να απαιτήσει πολλές προσπάθειες διακοπής (Fiore et al., 2000).

Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος, εάν παρέχονται έγκυρα και με αποτελεσματικό τρόπο, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση ή όχι ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. 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).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η πλέον αποτελεσματική μέθοδος στη διακοπή του καπνίσματος, με τα μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας, είναι οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις με την παράλληλη χρήση ενίοτε υποκατάστατων νικοτίνης (π.χ. τσίγλα, επιδερμικά αυτοκόλλητα ή -κυρίως- φαρμακευτικές ουσίες όπως η βουπροπιόνη). Οι παρεμβάσεις αυτές φαίνεται να διατηρούν τα αποτελέσματά τους μετά την παρέλευση 12 μηνών από τη διακοπή (το μεγαλύτερο ποσοστό των υποτροπών εμφανίζεται μέσα στους 6 πρώτους μήνες) (Garrison, Christakis, Ebel, Wiehe, & Rivara, 2003), καθώς τα αποτελέσματά τους διατηρούνται και με ποσοστά αποχής έως 25% (Ευθυμίου & Σοφianoπούλου, 2007). Τα προγράμματα παρέμβασης βασίζονται ουσιαστικά σε τρία στοιχεία:

- συμπεριφοριστικές τεχνικές αυτοελέγχου (αυτοπαρατήρηση με την τήρηση ημερολογίου, αυτοενίσχυση και αυτοτιμωρία με το σχεδιασμό ενός συστήματος αμοιβών).

- γνωσιακές τεχνικές (τροποποίηση των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων που διατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά, γνωσιακή αναδόμηση, άσκηση στη φαντασία και in vivo, καθώς και ασκήσεις χαλάρωσης) και

- συνοδευτική φαρμακοθεραπεία με τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης, κυρίως βουπροπιόνης ή βαρενικλίνης.

Σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των παρεμβατικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, θα λέγαμε ότι μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες: φαρμακολογικές παρεμβάσεις, προγράμματα αυτό-βοήθειας, προγράμματα άσκησης και προγράμματα συμβουλευτικής.

Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν αποτελεσματικότητα 2% έως 6 % σύμφωνα με τους οικογενειακούς γιατρούς ή 7% έως 16% σύμφωνα με αυτοαναφορές των καπνιστών (Marks, 1998). Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι η υποστήριξη από τους γιατρούς, την οικογένεια και τις ομάδες υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος, μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά και να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα για μεγάλο χρονικό διάστημα (Danis & Seaton, 1997).

Έχει υποστηριχτεί ότι η υιοθέτηση κάποιας μεμονωμένης παρέμβασης μπορεί να επιτύχει ποσοστά διακοπής από 5% έως 10% (US Public Health Service - USPHS, 1995). Ωστόσο, η χρήση και ο συνδυασμός πιο εκτεταμένων παρεμβάσεων, όπως υποκατάστατα νικοτίνης με την ταυτόχρονη παροχή γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος (Gourlay, Forbes, Marriner, Pethica & McNeil, 1994; Marks & Sykes, 2002). Ο συνδυασμός φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων διπλασιάζει τις πιθανότητες διακοπής καπνίσματος (Le Foll & George, 2007). Άλλοι ερευνητές έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στα πλεονεκτήματα των ομάδων και στην επίδραση

αυτών στην αύξηση των ποσοστών διακοπής καπνίσματος (Stead & Lancaster, 1998). Η συνδυαστική χρήση όλων των μεθόδων για τη διακοπή καπνίσματος (Sanchez, 1995) μπορεί να επιτύχει μέχρι και ποσοστά διακοπής άνω της τάξεως του 30% (Garcia-Vera, 2004). Τα τελευταία χρόνια η χρήση βοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος φαίνεται να αυξήθηκε και να συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας. Οι αμερικάνικες κατευθυντήριες οδηγίες του 2008 (USPHS, 2008) υποστήριξαν επίσης 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.

Όσον αφορά τη χρήση των διπλών συνδυασμών, έχει υποστηριχτεί ότι μόνο ο συνδυασμός του αυτοκόλλητου μαζί με τη χρήση παστίλιας νικοτίνης έχει σημαντικά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος (Piper et al., 2009). Στην παραπάνω έρευνα οι συμμετέχοντες εκτός από τη συμμετοχή σε 6 ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες λάμβαναν και μία από τις σπόλοιπες βοήθειες (παστίλιες νικοτίνης, αυτοκόλλητο νικοτίνης, bupropion SR, αυτοκόλλητο νικοτίνης + παστίλιες νικοτίνης, bupropion + παστίλιες νικοτίνης και placebo). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας επιβεβαιώθηκαν από ανάλογη έρευνα όπου συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα όλων των προαναφερθέντων επιλογών εκτός της varenicline 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 σύντομα συμβουλευτικά προγράμματα έχει υποστηριχτεί ότι είναι μέτριας αποτελεσματικότητας ενώ οι παρεμβάσεις μεγαλύτερης διάρκειας έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Αντίστοιχα η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης ή οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματική (έως και 20%). διπλασιάζοντας τις πιθανότητες διακοπής όταν παρέχεται σε συνδυασμό με μη φαρμακολογικές μεθόδους. Οι γνωστικές



θεραπείες συμπεριφοράς, καθώς και οι τεχνικές της παρακινητικής συνέντευξης, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στο να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διακόψουν το κάπνισμα. Η συνδυασμένη χρήση όλων αυτών των τεχνικών (Sanchez, 1995), μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα διακοπής (έως και 30%) υποστηρίζοντας ότι τα επιτυχημένα συνδυαστικά προγράμματα διακοπής μπορεί να είναι διαφόρων διπλών ή και τριπλών συνδυασμών (Garcia-Vera, 2004). Σε έρευνά τους οι Glasgow και συν. (2008) μελέτησαν τα αποτελέσματα ενός τριπλού συνδυαστικού προγράμματος διακοπής καπνίσματος, υποστηρίζοντας ότι είχε σημαντικά αποτελέσματα τόσο στη μείωση όσο και στη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο έχουν υπάρξει και έρευνες που δεν υποστήριξαν τη διαφοροποίηση των συνδυαστικών παρεμβάσεων (Ramos et al., 2010). Τα ποσοστά αποχής φαίνεται να αυξάνουν με αυξημένη επαφή στις συνεδρίες (Piasecki, 2006) δείχνοντας ότι υπάρχει μια αναλογική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού και της διάρκειας της θεραπείας και των ποσοστών επιτυχίας. Λιγότερο έντονες παρεμβάσεις τείνουν να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά αποχής. Από τα στοιχεία που έχουμε έως σήμερα φαίνεται ότι οι ατομικές και οι ομαδικές παρεμβάσεις έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα.

Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη των Hsueh, Chen, Yang και Huang (2010) που είχε στόχο την αξιολόγηση ενός συνδυαστικού προγράμματος διακοπής καπνίσματος (θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης + βραχείας συμβουλευτικής) εφαρμοσμένο από ιατρό στους εξωτερικούς ασθενείς ενός ιατρικού κέντρου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνδυασμός της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης με τη σύντομη συμβουλευτική ήταν πιο αποτελεσματικός και είχε μεγαλύτερα ποσοστά αποχής σε σύγκριση με τη συμβουλευτική, τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, ή την αυτοβοήθεια. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η έρευνα των Kahler και συν. (2014), η οποία μελέτησε την αποτελεσματικότητα ενός συνδυαστικού

προγράμματος διακοπής καπνίσματος (συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος με έμπλαστρο νικοτίνης και μια σειρά παρεμβάσεων θετικής ψυχολογικής υποστήριξης), υποστηρίζοντας ότι η συμμετοχή στις συνεδρίες, η αποτελεσματικότητα των θετικών ψυχολογικών παρεμβάσεων ήταν υψηλές και 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) μελέτησε την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος σε συνδυασμό με την χρήση επιθεμάτων νικοτίνης και τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα και οι επαγγελματίες ανέφεραν μεγάλη ικανοποίηση και πίστη στην αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος συμβουλευτικής.

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 καπνίσματος (εξατομικευμένη συμβουλευτική και θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης/βουπροπιόνη). Η παρέμβαση του οδοντιάτρου ήταν να πραγματοποιεί την οδοντιατρική εξέταση, να προτείνει μια θεραπεία υγιεινής του στόματος και να δίνει πληροφορίες σχετικά με χρόνιες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγιεινή του στόματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα ήταν παρόμοιο με αυτό, που βρίσκεται στη συνήθη ιατρική φροντίδα και η αποδοχή και η σκοπιμότητα της παρέμβασης φάνηκαν να είναι σημαντικά υψηλές.

*Υπνωση:* Η ύπνωση βάζει τους ανθρώπους σε μια φάση ύπνου, όπου γίνονται πιο επιρρεπείς στις εντολές και στις προτάσεις, ώστε να κατευθυνθούν πιο εύκολα σε μια αλλαγή συμπεριφοράς. Έχει δεχτεί αμφισβήτηση ως προς τα αποτελέσματα και στη συμβολή της στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, καθώς φαίνεται να είναι

αποτελεσματική για μια μερίδα ανθρώπων, ενώ για άλλους όχι (Roorchandani et al., 2008)

*Βελονισμός:* Ο βελονισμός έχει χρησιμοποιηθεί ως προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αλλά τα στοιχεία δεν επαρκούν για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητάς του στη διακοπή καπνίσματος (Roorchandani et al., 2008).

Η μελέτη των An και συν. (2010) σύγκρινε την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα των παρακάτω προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος: κλινικά-θεραπευτικά προγράμματα, προγράμματα εντός εργασιακού χώρου, τηλεφωνικές γραμμές, προγράμματα στο διαδίκτυο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το διαδίκτυο προσέλκυε νέους καπνιστές, στα θεραπευτικά κέντρα απευθύνονταν καπνιστές με μεγαλύτερη εξάρτηση στη νικοτίνη, στην τηλεφωνική γραμμή απευθύνονταν περισσότερο καπνιστές από χαμηλότερες κοινωνικά 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%). Το βασικό συμπέρασμα ήταν ότι τα διαφορετικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχουν διαφορές μεταξύ τους ως προς την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα, αλλά το καθένα παίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την υποστήριξη του πληθυσμού στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η διαδικασία διακοπής του καπνίσματος είναι προσωπική υπόθεση και πρέπει να υπάρχουν εσωτερικά και προσωπικά κίνητρα, αλλιώς ο καπνιστής δε θα αισθάνεται έτοιμος να ξεκινήσει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Δεν έχει αποδειχθεί έως σήμερα ότι τα παρεμβατικά προγράμματα μπορούν συστηματικά να κινητοποιήσουν τους καπνιστές προς ένα υψηλότερο επίπεδο ετοιμότητας για αλλαγή. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος έχουν σχεδιαστεί για όσους έχουν ήδη έχουν πάρει την απόφαση να το κόψουν. Το 20-30% των καπνιστών,

που προσέρχονται στα προγράμματα, είναι έτοιμοι να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι ειδικοί οφείλουν να βοηθήσουν στην εύρεση του κατάλληλου προγράμματος για τον κάθε καπνιστή. Οι καλύτερες και υψηλότερες προσδοκίες που έχουμε από τα εως σήμερα προγράμματα, είναι ότι περίπου το 30% θα επιτύχουν την αποχή από το κάπνισμα με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας να εμφανίζονται στα πιο περιεκτικά και εντατικά προγράμματα.

Η υποτροπή προς το κάπνισμα συνεχίζει να αποτελεί το πιο συχνό αποτέλεσμα για τους περισσότερους καπνιστές. Το 30-70% θα υποτροπιάσουν μέσα σε ένα χρόνο από την έναρξη του προγράμματος διακοπής (Musich et al., 2009). Δυστυχώς, η χρήση διάφορων μεθόδων από καπνιστές που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα, παραμένει χαμηλή με μόνο το 23% των ευρωπαίων να έχουν χρησιμοποιήσει NRT θεραπεία και ένα 15% συμβουλή από το γιατρό. Ιδιαίτερης σημασίας λοιπόν κρίνεται το 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).

Συμπερασματικά, τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος πρέπει να προσαρμόζονται λαμβάνοντας υπ' όψιν παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα, η φυλή, ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, τα κίνητρα, τα συμπτώματα στέρησης και τις αρνητικές επιπτώσεις. Η πληροφόρηση για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να προωθεί την σημαντικότητα της αναζήτησης βοήθειας για όλα τα επίπεδα καπνιστών, τα οφέλη της διακοπής, τις διαφορετικές επιλογές διακοπής καπνίσματος.

## Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις Διακοπής Καπνίσματος

Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά αποχής στους καπνιστές, που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα συγκριτικά με όσους προσπαθούν να επιτύχουν τη διακοπή μόνοι τους χωρίς τη χρήση κάποιας βοήθειας.

Αρκετοί έρευνες υποστήριξαν ότι η Βουπροπιόνη είναι μέχρι τώρα η μόνη φαρμακολογική θεραπεία που δεν βασίζεται στη νικοτίνη και έχει αποδειχθεί ως η πιο αποτελεσματική για τη διακοπή καπνίσματος (Hurt et al., 1997; Jorenby et al., 1999 & Shah, Rao, & Mayo, 2008). Νεώτερες μελέτες, όμως, καταδεικνύουν τη σημαντικότητα της κινητοποίησης του ίδιου του ατόμου στην τελική αποτελεσματικότητα του bupropion, μειώνοντας τα στερητικά συμπτώματα της αποχής του καπνίσματος μόνο σε όσους έχουν το κίνητρο να το διακόψουν το κάπνισμα (Tidey & Rohsenow, 2009). Ειδικότερα, η θετική αντιμετώπιση και χρήση του bupropion σχετίζεται άμεσα με τη θετική διάθεση του καπνιστή για διακοπή του καπνίσματος, την καλύτερη παραμονή στη θεραπεία και πιθανόν την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση (Fucito, Toll, Salovey, & O'Malley, 2009).

Πρόσφατα ο FDA (US Food and Drug Administration) ενέκρινε τη χρήση varenicline ως θεραπευτική επιλογή για τη διακοπή του καπνίσματος υποστηρίζοντας ότι βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος ανακουφίζοντας τα στερητικά συμπτώματα νικοτίνης (Hays & Ebbert, 2008). Συγκρινόμενη με το bupropion, η varenicline φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική 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). Επιπλέον, έχει φανεί ότι έχει υψηλότερη αποτελεσματικότητα ως προς τη διακοπή συγκρινόμενη με το bupropion (Ussher, Taylor, & Faulkner, 2008) και η

θεραπεία διατήρησης με την varenicline έχει επιδείξει καλύτερη αποτελεσματικότητα στη μακροχρόνια διακοπή του καπνίσματος (Hajek et al., 2009).

Στο πλαίσιο διακοπής καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως οι θεραπείες υποκατάστατων νικοτίνης, οι οποίες μειώνουν τα στερητικά συμπτώματα 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.

Ο FDA (US Food and Drug Administration) έχει εγκρίνει 5 τύπους υποκατάστατων νικοτίνης για χρήση για τη διακοπή του καπνίσματος (Roorchandani et al., 2008). Ωστόσο υπάρχουν και άλλα σκευάσματα νικοτίνης, που έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διακοπή καπνίσματος. Τα πιο συνηθισμένα διαθέσιμα είδη υποκατάστατων νικοτίνης είναι τα εξής: η μαστίχα νικοτίνης, το σπρέι, τα διαδερμικά αυτοκόλλητα, το εισπνεόμενο σκεύασμα, οι ταμπλέτες και οι παστίλιες. Η αυξημένη επιτυχία τους οφείλεται στο ότι μειώνουν τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης. Αν και είναι αρκετά ασφαλή (Shah et al., 2008), προτείνεται να αποφεύγονται από τους καρδιοπαθείς εξαιτίας των επιδράσεων της νικοτίνης, αλλά και στις γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, επειδή οι επιδράσεις στο έμβρυο δεν έχουν αποσαφηνιστεί (Alpert, 2009).

Αρκετές έρευνες μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της χρήσης μαστίχας νικοτίνης στη διακοπή καπνίσματος. Η τσίχλα νικοτίνης απορροφάται μέσω της στοματικής βλεννογόνου και βοηθά στο σύνδρομο στέρησης νικοτίνης. Βασικό συμπέρασμα είναι ότι η χρήση της μαστίχας νικοτίνης σε συνδυασμό με κάποιο πρόγραμμα συμπεριφοριστικής υποστήριξης διπλασιάζει το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα συγκριτικά με άλλες ψυχολογικές θεραπείες χωρίς καμία φαρμακευτική

υποστήριξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Forman και Killen (1994) επιβεβαίωσαν παλαιότερα ευρήματα σχετικά με το ότι η μαστίχα νικοτίνης βοηθάει στη διακοπή καπνίσματος (Blondal, 1989; Lam, Sacks, Sze, & Chalmers, 1987; Ockene et al., 1991; Oster, Huse, Delea & Colditz, 1986; Tonnesen et al., 1988). 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).

Οι παστίλιες νικοτίνης αποτελούν τη νεώτερη μορφή θεραπείας υποκατάστατου νικοτίνης (NRT), και έχει υποστηριχτεί ότι η χρήση τους είναι αποτελεσματική αυξάνοντας το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα στο διπλάσιο (15 %) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (6%) (Lauro & Paxeras, 2004).

Τα διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης φαίνεται να έχουν αρκετή ζήτηση λόγω της εύκολης χρήσης τους και της απουσίας συμπτωμάτων. Έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους δεν αυξάνουν το ποσοστό διακοπής. Ο συνδυασμός τους με άλλες θεραπείες, όπως με τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης, αυξάνει το ποσοστό διακοπής σε καπνιστές, που δεν είναι ικανοί να διακόψουν το κάπνισμα μόνο χρησιμοποιώντας τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης. Οι χρήστες του αυτοκόλλητου νικοτίνης είχαν διπλάσιες πιθανότητες να κόψουν το κάπνισμα σε σχέση με το Placebo (27% vs 13%), σε εντατικά ή μη συμβουλευτικά παρεμβατικά προγράμματα, κάτι που το καθιστά σημαντικό υποβοήθημα στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Fiore, Jorenby & Baker, 1992).

Τέλος, το σπρέι νικοτίνης και το εισπνεόμενο σκεύασμα έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά και φαίνεται να αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής λόγω της ταχείας απορρόφησης νικοτίνης (Silagy, Mant, Fowler, Lodge, 1994). Είναι μια ιδανική θεραπεία για όσους χρειάζονται γρήγορη ανακούφιση από το στερητικό σύνδρομο

έλλειψης νικοτίνης. Τα NRT χρησιμοποιούνται με ή χωρίς τη συνοδεία συμβουλευτικής, άλλα έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικά με υποστήριξη (Stead, Perera, Bullen, Mant, & Lancaster, 2008), αφού η εισαγωγή έστω και μιας συμβουλευτικής παρέμβασης κατά τη διάρκεια θεραπείας με NRT, σχεδόν διπλασιάζει τις πιθανότητες για επιτυχή διακοπή (33% vs 19%) (Miguez & Beeona, 2008). Η αντίληψη ως προς την αποτελεσματικότητα των NRT σχετίζεται με τη διάθεση του ατόμου να τα χρησιμοποιήσει και αυτό φαίνεται 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).

Από όλες τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις που έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα, η χορήγηση βουπροπιόνης και η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης προτείνονται ως οι πιο αποτελεσματικές για τη διακοπή καπνίσματος (Lauro & Paxeras, 2004). Για να αυξηθεί η επίδραση στη διακοπή καπνίσματος θα πρέπει οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις να συνδυάζονται με συμβουλευτική. Η επίτευξη διακοπής καπνίσματος για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να διατηρηθεί με την εκμάθηση στους καπνιστές δεξιοτήτων αλλαγής συμπεριφοράς (Alpert, 2009).

### **Προγράμματα αυτό-βοήθειας**

Το ενδιαφέρον των ερευνητών προσέλκυσε για μεγάλο χρονικό διάστημα και τα προγράμματα αυτό-βοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών συμφωνούν με τα συμπεράσματα της έρευνας των Lancaster & Stead (2005), στην οποία μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος συγκριτικά με την έλλειψη παρέμβασης και με άλλα είδη τεχνικών διακοπής καπνίσματος και υποστήριξε ότι τα προγράμματα αυτό-βοήθειας αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με τη μη συμμετοχή σε προγράμματα. Δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία για το εάν είναι περισσότερο



αποτελεσματικά όταν εφαρμόζονται σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις. Ακόμη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα προγράμματα, που έχουν συνέχεια, είναι περισσότερο αποτελεσματικά από τα προγράμματα που δεν έχουν, ακόμη και εάν το μέγεθος της παρέμβασης είναι σχετικά μικρό.

### **Προγράμματα Συμβουλευτικής**

Όταν μιλάμε για εξάρτηση από τη νικοτίνη, αναφερόμαστε τόσο στην ψυχολογική εξάρτηση όσο και στη σωματική. Για αυτό το λόγο αναπτύχθηκαν διαφόρων ειδών ψυχολογικές τεχνικές, οι οποίες είχαν ως στόχο να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος. Η συμβουλευτική βοηθάει τους καπνιστές να αναπτύξουν δεξιότητες διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα καθώς και να ζητήσουν βοήθεια από τους «σημαντικούς άλλους» για τη στήριξη τους σε αυτή την προσπάθεια (Alpert, 2009). Η συμβουλευτική θα πρέπει δηλαδή να προσεγγίζεται τόσο από πρακτικής όσο και από κοινωνικής πλευράς. Η «πρακτική» συμβουλευτική βοηθάει τους καπνιστές να αναπτύξουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, που θα βοηθήσουν στο να αντιμετωπίσει ο καπνιστής δυσκολίες και προβλήματα π.χ. να αναγνωρίζει τις καταστάσεις κατά τις οποίες έχει έντονη επιθυμία για τσιγάρο και ο σύμβουλος να τον βοηθήσει στο πώς μπορεί να αποφύγει αυτές τις καταστάσεις ή στο πώς μπορεί να φανεί δυνατός και να τις αντιμετωπίσει. Όσον αφορά στη συμβουλευτική από κοινωνικής πλευράς, αναφερόμαστε στην εμπλοκή των «σημαντικών άλλων» στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το άτομο θα πρέπει να τους ενημερώσει για το σχέδιό του σχετικά με τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και να ζητήσει την υποστήριξή τους σε αυτό (Alpert, 2009). Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: τις ατομικές παρεμβάσεις και τις ομαδικές παρεμβάσεις.

### Ατομική Συμβουλευτική

Στην ατομική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος η παρακολούθηση του ατόμου, όσον αφορά στη συχνότητα, διαφοροποιείται ανάλογα με το πρόγραμμα παρέμβασης και κυμαίνεται από λίγους μήνες έως και 2 χρόνια. Κύριος όγκος των συζητήσεων αφιερώνεται στο να κατανοήσει και να συζητήσει ο συμβουλευόμενος τι είναι για τον ίδιο το τσιγάρο, ποια είναι η λειτουργία του, ποιες ανάγκες του εξυπηρετεί, καθώς και να μοιραστεί τους φόβους και τις ανησυχίες για την υποτροπή. Μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου αναπτύσσεται θεραπευτική σχέση και συζητούνται θέματα, όπως η εμφάνιση πιθανών συμπτωμάτων, η εύρεση τρόπων αντιμετώπισης διαφόρων επικίνδυνων καταστάσεων και η συμβατότητα διαφόρων φαρμακευτικών θεραπειών, καθώς και η λειτουργία τους κ.α.

Η κάθε παρέμβαση, που είναι περιορισμένη σε αριθμό και διάρκεια επαφών, μεταξύ ενός επαγγελματία υγείας και ενός η περισσότερων ατόμων, η οποία προσφέρει προσωπική πληροφόρηση, σχεδιασμένη να αυξήσει την κινητοποίηση να βελτιωθεί μία ανθυγιεινή συμπεριφορά χαρακτηρίζεται με τον όρο σύντομη παρεμβατική μέθοδος (Werch, 2006). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Εθνικό Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ, οι σύντομες παρεμβάσεις είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί από σημαντικό αριθμό ερευνών. Οι 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. Σύμφωνα με τη μελέτη Shah και συν. (2008), η σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής έως και 2,5 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με την απουσία συμβουλευτικής.

Αρκετές μελέτες εστίασαν στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής. Η μελέτη των McCarthy και συν. (2010) μελέτησε την επίδραση της βραχείας συμβουλευτικής (οκτώ δεκάλεπτες συνεδρίες), που εστιάζονταν στην κοινωνική υποστήριξη, τα κίνητρα και τις δεξιότητες επίλυσης και διαχείρισης προβλημάτων σε ενήλικες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η συμβουλευτική ενίσχυσε την εμπιστοσύνη σχετικά με την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος, λειτούργησε προστατευτικά σε ζητήματα ενοχής μετά από υποτροπή και μείωσε τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος. Ανέδειξε επίσης, τη σημασία της περιορισμένης πρόσβασης σε τσιγάρα, της κοινωνικής υποστήριξης, των ισχυρών κινήτρων, της εμπιστοσύνης στον εαυτό και της μείωση του στρες κατά την προσπάθεια διακοπής.

Σύμφωνα με τους Guassora και Gannik (2010), σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παίζει το εάν η συμβουλή επιβεβαιώνει ή όχι τις προσδοκίες τόσο των συμβουλευόμενων όσο και των συμβούλων. Μεγάλο ρόλο όμως παίζει και το είδος της συμβουλής, που δίνεται. Οι Gemmel και DiClemente (2009) μελέτησαν δυο είδη συμβουλευτικών προτάσεων, μία άμεση συμβουλή του γιατρού προς τον καπνιστή να κόψει το κάπνισμα και μια κινητήριου τύπου συμβουλευτική. Η παρακινητική συμβουλευτική φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική.

Η μελέτη των Schane, Prochaska και Glantz (2013) συνέκρινε την αποτελεσματικότητα δύο ειδών συμβουλευτικής παρέμβασης: η μια παρέμβαση επικεντρώνονταν στη βλάβη που το κάπνισμα προκαλεί στον καπνιστή, ενώ η άλλη στο παθητικό κάπνισμα και στη βλάβη που προκαλεί. Οι καπνιστές φάνηκε να μην ανησυχούν για τις επιπτώσεις, που το τσιγάρο έχει στην υγεία τους, αλλά για αυτές που προκαλεί στους άλλους.

Οι Hall και συν. (2011) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα στη διακοπή καπνίσματος μιας διαδικασίας που περιελάμβανε γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και

βουπροπιόνη SR. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι συνθήκες που περιελάμβαναν τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από ό,τι οι άλλες συνθήκες.

Η μελέτη των Hunt, Rash, Burke και Parker (2010) προσπάθησε να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της προσθήκης μιας συνιστώσας έκτακτης διαχείρισης στην κλασική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η έκτακτη διαχείριση αφορούσε την επιβράβευση για τη συμμετοχή στις συνεδρίες και για την αποχή από το κάπνισμα μέσω της λήψης κουπονιών-μετρητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θεραπεία έκτακτης διαχείρισης παρουσίαζε υψηλότερα ποσοστά δέσμευσης, διατήρησης και αποχής από το κάπνισμα, σε σύγκριση με την κλασική γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία.

Αρκετές έρευνες προσπάθησαν να μελετήσουν παράγοντες που σχετίζονται με την συμβουλευτική όπως οι συνθήκες και η χρονική περίοδος που θα μπορούσε να κάνει τους καπνιστές πιο ευάλωτους ή πιο έτοιμους να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής. Χαρακτηριστικά βλέπουμε ότι παρεμβάσεις, που εφαρμόστηκαν σε νοσοκομεία με την υπόθεση ότι οι νοσηλεύόμενοι ίσως να είναι περισσότερο ευάλωτοι, ανοιχτοί και έτοιμοι στη διακοπή καπνίσματος τη συγκεκριμένη περίοδο, υποστήριξαν την αυξημένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών (Rigotti, Munafo & Stead, 2008) με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75%) να δηλώνει ετοιμότητα για διακοπή του καπνίσματος, να λαμβάνει συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος και να παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες πραγματοποίησης επιτυχημένης προσπάθειας αλλά και διατήρησης της αποχής, συγκριτικά με εκείνους που δήλωναν λιγότερο έτοιμοι (Shah et al., 2010; Rigotti, Regan, Majchrzak, Knight, & Wechsler, 2002). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των παραπάνω παρεμβάσεων δέχτηκε αμφισβήτηση από ερευνητές που υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά διακοπής

(Hennrickus et al., 2005; Hjalmarson & Boethius, 2007). Όσον αφορά τη χρονική στιγμή έχει υποστηριχτεί ότι η χρήση συμβουλευτικής αμέσως μετά την ημέρα της διακοπής του τσιγάρου (Front-Loaded Counseling) μπορεί να διασφαλίσει μεγαλύτερη αποχή και μειωμένες πιθανότητες υποτροπής ένα χρόνο μετά σε σχέση με τη χρήση συμβουλευτικής υποστήριξης σε εβδομαδιαία βάση σε όλη τη διάρκεια προσπάθειας διακοπής των συμμετεχόντων (Garvey et al., 2012).

Οι Lancaster και Stead (2005) είχαν ως σκοπό να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα της ατομικής συμβουλευτικής ως βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος μέσα από 11 δημοσιευμένες έρευνες. Κάποιες από αυτές σύγκριναν την ατομική συμβουλευτική με μια πιο σύντομη παρέμβαση, κάποιες άλλες σύγκριναν την ένταση της συμβουλευτικής και μια έκανε τη σύγκριση μεταξύ ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής. Τα βασικά συμπεράσματα ήταν ότι η ατομική συμβουλευτική ήταν περισσότερο αποτελεσματική. Δεν υπήρχε κανένα στοιχείο που να υποστήριζε ότι οι πιο εντατικές παρεμβάσεις (δηλαδή οι παρεμβάσεις που συμπεριελάμβαναν περισσότερες συναντήσεις συμβουλευτικής) ήταν πιο αποτελεσματικές από τη συμβουλευτική βραχείας διάρκειας. Τέλος, δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά στην επίδραση της ατομικής και της ομαδικής συμβουλευτικής όσον αφορά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Οι Pisinger, Vestbo, Borch-johnsen, Thomsen και Jorgensen (2005) προσπάθησαν να μελετήσουν πιθανούς τρόπους για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος χρησιμοποιώντας ενεργές στρατηγικές και προσφέροντας επαγγελματική βοήθεια για τη διακοπή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πριν από τη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής μόνο το 11% των καπνιστών σχεδίαζαν να κόψουν το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα. Μετά τη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής, το 27% συμμετείχε σε ομάδες συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος

και ένα ποσοστό 12 % σκόπευε να το κόψει χωρίς βοήθεια. Τα πιο σημαντικά αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι η συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής αύξανε τον αριθμό των ατόμων που ήθελαν να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές προτιμούσαν τη βοήθεια μέσω των ομάδων διακοπής καπνίσματος από το να προσπαθήσουν μόνοι τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν και προηγούμενα αποτελέσματα σχετικά με το ότι οι καπνιστές, που αναζητούν βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος, είναι συνήθως οι πιο βαρείς καπνιστές, με μεγάλο ιστορικό καπνίσματος, εθισμών και πολλές προηγούμενες προσπάθειες διακοπής. Επίσης οι γυναίκες φαίνεται να αναζητούν πιο συχνά βοήθεια από ό,τι οι άνδρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Rigotti και συν. (2008), σκοπός της οποίας ήταν να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος που είχαν εφαρμοστεί σε ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Παρεμβάσεις, που μπορούν να εφαρμοστούν κατά την παραμονή των ατόμων στο νοσοκομείο, φαίνεται να προσελκύουν το ενδιαφέρον των ερευνητών, πιστεύοντας ότι οι άνθρωποι είναι περισσότερο ευάλωτοι και περισσότερο ανοιχτοί τη συγκεκριμένη περίοδο στην ιδέα της διακοπής, κάτι που ίσως κάνει και πιο εύκολη τη διακοπή μέσα σε ένα περιβάλλον όπου ήδη απαγορεύεται το κάπνισμα. Όλα αυτά ίσως οδηγήσουν τα άτομα να κάνουν μια επιτυχημένη προσπάθεια. Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής, οι οποίες ξεκινούσαν κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και συνεχίζονταν με υποστηρικτικές επαφές για τουλάχιστον ένα μήνα φάνηκε να αυξάνουν το ποσοστό διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με τις παρεμβάσεις μικρότερης έντασης και διάρκειας. Ο συνδυασμός με πρόγραμμα αντικατάστασης νικοτίνης δεν άλλαξε τα αποτελέσματα που υπήρχαν με την παροχή μόνο συμβουλευτικής. Τα ίδια μη σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν και με την προσθήκη βουπροπιόνης.

Εξίσου σημαντική είναι και η έρευνα των Romand, Gourgou και Sancho-Garnier (2005), η οποία μελετάει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος FDP (Five- Day Plan) στη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 228 καπνιστές, ηλικίας από 18 ετών και άνω πρόθυμοι να κάνουν κάποια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν 119 άτομα. Το FDP είναι ένα πρόγραμμα βασισμένο στη συμπεριφοριστική θεραπεία το οποίο εφαρμόζεται στη Γαλλία από το 1965 και περιλαμβάνει 5 συνεδρίες συμπεριφοριστικής θεραπείας. Από την ομάδα παρέμβασης, 67 συμμετέχοντες διέκοψαν το κάπνισμα μέχρι το τέλος της παρέμβασης, ποσοστό το οποίο μειώθηκε στα 30 άτομα έπειτα από χρονικό διάστημα 3 μηνών και στα 14 άτομα μετά από ένα χρόνο. Στην ομάδα ελέγχου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 14 και 12 άτομα έπειτα από τρεις και δώδεκα μήνες αντίστοιχα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σύγκριση των ποσοστών διακοπής χωρίς υποτροπή ένα χρόνο μετά τη λήξη του προγράμματος και στις δυο ομάδες. Το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 13% και για την ομάδα ελέγχου 3%. Βασικό συμπέρασμα, στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές, ήταν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα μπορεί να θεωρηθεί ως βοήθημα για τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα.

Οι McClure, Ludman, Grothaus, Pabiniak και Richards (2009) προσπάθησαν να μελετήσουν εάν η παροχή ανατροφοδότησης για τους κινδύνους της υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματική από τις «κλασσικές» παρεμβάσεις συμβουλευτικής στην αύξηση της παρακίνησης των καπνιστών για τη διακοπή καπνίσματος και στη βραχυπρόθεσμη αποχή από το κάπνισμα. Το δείγμα αποτελούσαν 536 καπνιστές, οι οποίοι λάμβαναν είτε συμβουλευτική (διάρκειας 20 λεπτών), η οποία εστίαζε στην λειτουργία των πνευμόνων, την εκπομπή διοξειδίου του άνθρακα ή λάμβαναν γενικές πληροφορίες για τους κινδύνους του καπνίσματος και συμβουλευτική για τη διατροφή, το δείκτη μάζας σώματος και τη σωματική δραστηριότητα. Σε όλους παρεχόταν η

συμβουλευτική της διακοπής καπνίσματος και η δυνατότητα συμμετοχής σε πρόγραμμα τηλεφωνικής συμβουλευτικής. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρείχαν καμία υποστήριξη για την προσθήκη συμβουλών για τους κινδύνους του καπνίσματος στην υγεία στα γενικά προγράμματα συμβουλευτικής, τα οποία έχουν ήδη δημιουργηθεί έως σήμερα.

Η έρευνα των Hjalmarson και Boethius (2007) είχε ως σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα δυο παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος, τα οποία λάμβαναν χώρα μέσα στα νοσοκομεία. Το δείγμα αποτελούσαν 770 καπνιστές. Κάποια άτομα συμμετείχαν σε βραχύχρονο πρόγραμμα με στόχο την παροχή συμβουλών από νοσηλεύτριες και σε κάποια άλλα υπήρξε η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης από εκπαιδευμένους συμβούλους και η παροχή τηλεφωνικής υποστήριξης για τουλάχιστον 30 ημέρες μετά το τέλος του προγράμματος. Τα αποτελέσματα δεν επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα των Rigotti και συν. (2002), οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι εντατικές παρεμβάσεις σε καπνιστές, που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος, αλλά τα αποτελέσματα των Hennrickus και συν. (2005), που δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά διακοπής.

Στο πλαίσιο δημιουργίας προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος, όπως είδαμε και από τα παρεμβατικά προγράμματα που παρουσιάστηκαν έως τώρα, οργανώθηκαν και παρεμβάσεις, οι οποίες προσπάθησαν να συνδυάσουν διαφορετικά είδη θεραπειών. Ωστόσο, δε λείπουν και τα παρεμβατικά προγράμματα, που έχουν εφαρμοστεί από άτομα διάφορων ειδικοτήτων. Τέτοια ήταν και η παρέμβαση των Gonseth και συν. (2010), η οποία είχε ως σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, της φαρμακοθεραπείας και της παρέμβασης για την στοματική υγιεινή. Οι οδοντίατροι μπορούν να συμβάλλουν ιδιαίτερα με τη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος,



λόγω του ότι είναι στη μοναδική θέση να συμβουλεύουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της συμβουλευτικής για τις ασθένειες, που μπορεί να επιφέρει το κάπνισμα. Το δείγμα αποτελούσαν 39 ενήλικες, από τους οποίους οι 27 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Τα άτομα συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα 8 εβδομάδων, το οποίο συνδύαζε την ατομική συμβουλευτική με τη θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης ή με την παροχή βουπροπιόνης. Επιπρόσθετα ένας οδοντίατρος πραγματοποιούσε οδοντικό έλεγχο, ο οποίος συνοδευόταν από μια ολοκληρωτική παρέμβαση υγιεινής και έδινε πληροφορίες σχετικά με τις χρόνιες επιδράσεις του καπνίσματος. Τα άτομα συμμετείχαν και σε 4 συνεδρίες συμβουλευτικής. Η συμβουλευτική βασιζόταν στις διεθνείς αρχές της συμβουλευτικής, οι οποίες στόχευαν στην αύξηση της παρακίνησης για τη διακοπή καπνίσματος, στην αναγνώριση των εμποδίων και στην πρόληψη της υποτροπής. Η διάρκεια των συνεδριών ήταν περίπου 30 λεπτά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έκαναν πολύ θετικά σχόλια σχετικά με τη συμβουλευτική από τον οδοντίατρο, τις εξετάσεις στοματικής υγιεινής και την επίδραση, που είχαν όλα αυτά στην παρακίνησή τους, με αποτέλεσμα να τους ενθαρρύνουν για την αποχή από το κάπνισμα. Στο τέλος του προγράμματος, 17 συμμετέχοντες απείχαν από το κάπνισμα. Μετά από 6 μήνες οι 6 διατηρούσαν αυτή την αποχή. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν σε άλλες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της ιατρικής φροντίδας. Η συγκεκριμένη παρέμβαση αποτελεί μια νέα πολύπλευρη παρέμβαση για τη διακοπή καπνίσματος, αλλά φαίνεται να χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι αρκετά παρεμβατικά προγράμματα βασίστηκαν στην ψυχολογική υποστήριξη (Θεοδωράκης και συν., 2005) εστιάζοντας στην υποστήριξη των ατόμων σε επίπεδο παρακίνησης, αυτοαποτελεσματικότητας και υποστηρικτικών κοινωνικών σχέσεων, λόγω του ότι οι παραπάνω παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι

συμβάλλουν και επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004; Norman, Conner, & Bell, 1999), αλλά και επειδή η συναισθηματική κάλυψη αποτελεί έναν βασικό λόγο καπνίσματος (Singleton & Pope, 2000).

### **Συμβουλευτική μέσω διαδικτύου**

Το internet παρέχει το μέσον για μια προσέγγιση δημόσιας υγείας. Το 2004 60% των Αμερικανών είχαν πρόσβαση στο internet από τα σπίτια τους και 70-75% είχαν πρόσβαση στο σπίτι, το σχολείο ή τη δουλειά (Nie, Simpser, Stepanikova, & Zheng, 2005). Από αυτούς που είχαν πρόσβαση στο internet, το 80% το χρησιμοποιούσαν για την αναζήτηση πληροφοριών υγείας (Taylor & Leitman, 2003). Οι ιστότοποι στο internet έχουν μοναδικά πλεονεκτήματα ως μηχανισμός θεραπείας, λόγω του ότι είναι ανώνυμοι, ικανοί να διαχειρίζονται απεριόριστο όγκο συμμετεχόντων, διαθέσιμοι 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, διαθέσιμοι για επαναλαμβανόμενη χρήση και ικανοί να παρέχουν πληροφορίες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός (Cline & Haynes, 2001). Μέσα από μια συστηματική κριτική των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος για νέους, που ζουν στις Η.Π.Α., φάνηκε ότι οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ήταν βραχείες, με υποστήριξη μέσω τηλεφώνου και ηλεκτρονικών μέσων (Villanti, McKay, Abrams, Holtgrave & Bowie, 2010). Το διαδίκτυο λοιπόν αποτελεί έναν νέο τρόπο προώθησης της διακοπής του καπνίσματος, είτε μέσω εξατομικευμένων ιστότοπων βοήθειας διακοπής του καπνίσματος (WATIs) (Bock, Graham, Whiteley, & Stoddard, 2008), είτε μέσω εξειδικευμένων e-mails (Poel, Bolman, Reubsæet, & de Vries, 2009). Ωστόσο, ο βαθμός της αποτελεσματικότητας διαφοροποιείται ανάλογα με τη ετοιμότητα και τη διαθεσιμότητα των καπνιστών να μπουν σε διαδικασία διακοπής καπνίσματος, εμφανίζοντας αυξημένα ποσοστά όταν απευθυνόταν σε καπνιστές διατεθειμένους να κόψουν το κάπνισμα (Norman, Maley, Li, & Skinner, 2008; Shahab & McEwen, 2009).

Οι Jaruntich και συν. (2006) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης μέσω internet για τη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 284 άτομα, τα οποία δέχτηκαν να λάβουν ή μόνο βουπροπιόνη ή μόνο συμβουλευτική ή βουπροπιόνη μαζί με συμβουλευτική για ένα διάστημα 12 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έκαναν χρήση της πρόσβασης στο διαδίκτυο και ότι αυτή η χρήση συνδεόταν με την επιτυχία της διακοπής και με αυξημένα ποσοστά αποχής. Ωστόσο χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες για να μελετήσουν αυτό το σκοπό.

Το e-mail φαίνεται να αποτελεί την πιο κοινή δραστηριότητα μέσα στο internet. Οι περισσότεροι χρήστες του internet αναφέρουν εμπλοκή με e-mail και όχι με ιστοσελίδες, chat κ.α. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία του πληθυσμού που έχει πρόσβαση στο internet στέλνει και λαμβάνει καθημερινά e-mail (U.S Department of Commerce, 2004). Η χρήση μηνυμάτων για τη διακοπή καπνίσματος μέσω εξατομικευμένων e-mails αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και τα αποτελέσματα φαίνονται αρκετά ικανοποιητικά. Η έρευνα των Poel και (2009) μελέτησε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος μέσω εξατομικευμένων e-mails και υποστήριξε ότι υπήρχε σημαντική μείωση του καπνίσματος μετά από 1 εβδομάδα (20,4% έναντι 7,8% στην ομάδα ελέγχου) και καλύτερη κατανόηση των λόγων που θα πρέπει κάποιος να μπει σε διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Οι Abroms, Gill, Windsor, και Morton (2009) μελέτησαν πώς ένα πρόγραμμα παρέμβασης μέσω e-mail μπορεί να επηρεάσει τη διακοπή καπνίσματος. Το 91 % των συμμετεχόντων ανέφερε ότι διάβασε όλα ή τουλάχιστον τα περισσότερα από τα e-mail και το 73% απάντησε σε τουλάχιστον ένα από τα e-mail που έλαβε. Κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες ήταν θετικοί για τη λήψη των e-mail και οι περισσότεροι ανέφεραν ότι τους άρεσε η διαδικασία αυτή λόγω της κοινωνικής υποστήριξης και της παροχής

ενθάρρυνσης. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι μπορεί ένα πρόγραμμα παρέμβασης βασισμένο στα e-mail να είναι αποτελεσματικό για τη διακοπή καπνίσματος. Μια δυσκολία του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν τα χαμηλά ποσοστά απάντησης των συμβουλευόμενων στα e-mail, κάτι που σημαίνει ότι οι σύμβουλοι δεν είχαν ανατροφοδότηση για το τι ακριβώς συμβαίνει και σε ποια κατάσταση βρίσκονται οι συμβουλευόμενοι. Για παράδειγμα μπορεί να έστελναν συγχαρητήριο μήνυμα για τη διακοπή και ο συμβουλευόμενος να μην είχε διακόψει το κάπνισμα. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει με κάποια διαδικασία να μειώσουν το ποσοστό μη-απάντησης των συμμετεχόντων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Bock και συν. (2008), σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση του περιεχομένου και της ποιότητας των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος με τη χρήση του internet, όπως αναφέρονται από τους καπνιστές, που ψάχνουν βοήθεια μέσω διαδικτύου και η εξέταση τυχόν υπάρχουσών διαφορών μεταξύ των σημερινών ιστοσελίδων και αυτών που μελετήθηκαν σε ανάλογη ανασκόπηση του 2004. Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι περισσότερες ιστοσελίδες αποκλείστηκαν (65 από τις 88) από την τελική ανάλυση λόγω του ότι δεν πληρούσαν βασικά κριτήρια συμμετοχής. Ο βασικός λόγος αποκλεισμού ήταν ότι πουλούσαν προϊόντα σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και δεν παρείχαν αντιμετώπιση - θεραπεία σύμφωνα με τις προβλεπόμενες αρχές των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Οι ιστοσελίδες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα εμφανίζουν σημαντικά ανώτερη ποιότητα σε τέσσερις τομείς: την παροχή πληροφοριών για τη διακοπή, τη συμβουλευτική στο πρακτικό κομμάτι, την αύξηση της παρακίνησης για τη διακοπή καπνίσματος μέσα από τα προσωπικά οφέλη (relevance) και την αύξηση της παρακίνησης μέσα από τους κινδύνους. Οι περισσότερες ιστοσελίδες (16/23) περιέχουν ακριβείς πληροφορίες. Ως βασικό συμπέρασμα θα λέγαμε ότι υπάρχει

σημαντική βελτίωση στην ποιότητα των ιστοσελίδων συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα (Bock et al., 2004).

Ωστόσο, αν και οι παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου είναι αποτελεσματικές και μπορεί να βοηθήσουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, να διατηρήσουν την αποχή (Rabius, Pike, Wiatrek, & McAlister, 2008) και να αυξήσουν τις αντιστάσεις των καπνιστών ως προς την έναρξη του καπνίσματος (Norman, Maley, Li, & Skinner, 2008), υπάρχει ακόμη χώρος για περαιτέρω βελτίωση, ώστε να δημιουργηθούν υψηλότερης ποιότητας παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος. Έως σήμερα θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει αξιοσημείωτη χρήση αλληλεπιδραστικών δυνατοτήτων ώστε να υπάρχει εξατομικευμένη παρέμβαση, σύνδεση με εικονικό σύστημα υποστήριξης και παροχή αξιολογήσεων της παρέμβασης με follow-up. Ακόμη φαίνεται ότι χρειάζονται και περαιτέρω έρευνες για να κατανοήσουμε πώς μπορεί να αυξηθούν οι δυνατότητες αλληλεπίδρασης που παρέχονται μέσω internet ώστε να συμβάλλουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας του πληθυσμού που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο.

### **Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου**

Ένα άλλο είδος συμβουλευτικής υποστήριξης, που έχει χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο διακοπής καπνίσματος, είναι η συμβουλευτική υποστήριξη μέσω τηλεφώνου. Ως μέθοδος φαίνεται να απαριθμεί διάφορα πλεονεκτήματα, όπως ότι ο συμβουλευόμενος λαμβάνει την υποστήριξη βρισκόμενος στον προσωπικό του χώρο, κάτι που κάνει μια τέτοιου είδους επικοινωνία πιο εύκολη να πραγματοποιηθεί. Ακόμη, φαίνεται να εξυπηρετεί άτομα με δυσκολίες μετακίνησης, καθώς και όσους μένουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Από την άλλη πλευρά, σημαντικό είναι να τονιστεί η απουσία προσωπικής επαφής μέσω του τηλεφώνου, κάτι που δυσκολεύει τη δημιουργία σχέσης, την ανάπτυξη οικειότητας, δεσίματος και εμπιστοσύνης και όλα αυτά ίσως οδηγήσουν στη δυσκολία των ανθρώπων να εκφράσουν την επιθυμία τους για

αλλαγή. Όλα τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να κάνουν την επικοινωνία και τη δέσμευση πιο δύσκολη (Glasgow, Whitlock, Eakin & Lichtenstein, 2000). Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου για τη διακοπή καπνίσματος έχει εφαρμοστεί σε ποικίλους πληθυσμούς όπως σε ασθενείς νοσοκομείων, καπνιστές από την κοινότητα κ.α. με το σύνολο των παρεμβάσεων να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου. Οι Zhu, Tedeschi, Anderson και Pierce (1996) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της τηλεφωνικής υποστήριξης ανάλογα με τη συχνότητα των τηλεφωνικών επαφών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο περισσότερη ήταν η επικοινωνία μεταξύ συμβούλων και συμβουλευόμενων τόσο μεγαλύτερη ήταν η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Μεγαλύτερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα εντοπίστηκαν στη συνθήκη συμβουλευτικής πολλαπλών συνεδριών, σε σχέση με τις συνθήκες αυτοβοήθειας και τη συμβουλευτική μιας συνεδρίας (26,7%, 14,7%, 19,8% αντίστοιχα). Δεν υπάρχουν όμως αρκετά στοιχεία για την ιδανική χρονική διάρκεια και το ιδανικό περιεχόμενο των τηλεφωνημάτων. Αντίστοιχα οι Fiore και συν. (2000) υποστήριξαν ότι όταν τα παρεμβατικά προγράμματα συνεχίζονται για αρκετό διάστημα μετά την παρέμβαση τόσο θετικότερα αποτελέσματα έχουν.

Υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η συμβουλευτική υποστήριξη μέσω τηλεφώνου (Zhu et al., 1996). Πρώτα από όλα η τηλεφωνική συμβουλευτική δομείται σε μια εξατομικευμένη βάση, κάτι που βοηθάει το σύμβουλο να εστιάσει στις μοναδικές ανάγκες του ατόμου στο οποίο απευθύνεται. Άλλη βασική αρχή είναι η ανωνυμία επειδή σύμβουλος και συμβουλευόμενος δεν έχουν συναντηθεί ποτέ δια ζώσης. Σημαντικό μειονέκτημα βέβαια της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου είναι ότι οι οπτικές πληροφορίες που σχετίζονται με τη στάση του σώματος ή την εμφάνιση δεν μπορούν να μεταφερθούν. Οι βασικές αρχές συμβουλευτικής που ακολουθούνται σε μια τηλεφωνική επικοινωνία έχουν ως σκοπό να προσεγγίσουν το

κάπνισμα ως μια μαθημένη συμπεριφορά και να υποστηρίξουν ότι μια καινούρια γνώση μπορεί να οδηγήσει αντίστοιχα σε μια καινούρια συμπεριφορά. Ακόμη, βασική προϋπόθεση για να διακόψει κανείς το κάπνισμα είναι να είναι κινητοποιημένος και να αναλαμβάνει έναν ενεργό ρόλο στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει έναν καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα μέσα από την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων διαχείρισης και μέσα από την υποστήριξη. 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 βασικές αρχές που συνήθως ακολουθούνται στα προγράμματα τηλεφωνικής συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος προέρχονται από τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, τονίζοντας τον σημαντικό ρόλο της αυτορρύθμιση, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της παρακίνησης στην πραγματοποίηση αλλαγών συμπεριφοράς.

Στο πλαίσιο της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου, συνήθως ακολουθείται ένας συνδυασμός της παρακινήτικής συνέντευξης για να παρακινήσει τον συμβουλευόμενο και να επιφέρει την αλλαγή της συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 1991) και της γνωστικο-συμπεριφορικής προσέγγισης για να επικεντρωθεί στην αναδόμηση των πεποιθήσεων του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή και να δώσει έμφαση στην ανάπτυξη και την εφαρμογή δεξιοτήτων διαχείρισης για την αντιμετώπιση του καπνίσματος (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Marlatt & Gordon, 1985).

Δε λείπουν και τα προγράμματα παρέμβασης που αποτελούν συνδυασμό χρήσης διαδικτύου και κινητού τηλεφώνου. Οι Brendryen, Drozd και Kraft (2008), μέσα από

ένα δείγμα 290 ατόμων, μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ενός ψηφιακού προγράμματος διακοπής καπνίσματος, διάρκειας ενός έτους, που παρεχόταν μέσω internet και τηλεφώνου και χωρίς τη χορήγηση θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης. Το πρόγραμμα περιελάμβανε τόσο γραμμή βοήθειας, στην οποία μπορούσε να απευθυνθεί κανείς όταν υπήρχε έντονη επιθυμία, όσο και σύστημα πρόληψης της υποτροπής που παρεχόταν την ώρα που χρειαζόταν. Τα άτομα της ομάδας παρέμβασης εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ακόμη, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και ικανοτήτων διαχείρισης. Ωστόσο, δεν υποστηρίχτηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος αυτών στην αντιμετώπιση του τσιγάρου. Σαν γενικό συμπέρασμα θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τη χρήση ψηφιακών συστημάτων στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς.

Στην Αμερική λειτουργεί μία εθνική γραμμή βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος (Alpert, 2009), η οποία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική ως συμβουλευτική μέθοδος διακοπής. Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν περισσότερο τις υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών έφτανε το 95% και τα ποσοστά διακοπής ήταν υψηλά (Zbikowski, Hargood, Barnwell, & McAfee, 2008). Το τελευταίο διάστημα αυξάνονται και τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος που χρησιμοποιούν μηνύματα στα κινητά τηλέφωνα, κάτι που απευθύνεται κυρίως στους νέους και φαίνεται να εμφανίζει αυξημένα ποσοστά αποχής (Riley, Jami, & Jersino, 2008).

Την αυξημένη αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου, καταγράφοντας μείωση στην ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, υποστήριξε επίσης η έρευνα των Witkiewitz, Bush, Magnusson, Carlini και Zbikowski (2012). Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Rothemich και συν. (2010), η οποία υποστήριξε ότι η παροχή υποστήριξης για διακοπή καπνίσματος στις ιατρικές δομές



ενισχύεται και είναι πιο αποτελεσματική, όταν γίνεται σε συνεργασία με τηλεφωνικές γραμμές στήριξης.

### **Ομαδική Συμβουλευτική**

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί προς τη μελέτη των ομαδικών παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος. Ένας από τους σημαντικότερους λόγους, για τους οποίους αναπτύχθηκε ιδιαίτερα η δουλειά μέσα από τις ομάδες, είναι το γεγονός ότι οι άνθρωποι αναπτύσσονται μέσα σε ομάδες π.χ οικογένεια, οι οποίες ακόμη και αν αποτελούνται από λίγα μέλη ανήκουν σε μεγαλύτερες ομάδες. Έχει υποστηριχτεί ότι οι ομάδες παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του ατόμου. Η αλλαγή επιτυγχάνεται από τα μέλη της ομάδας μέσω των διαδικασιών της συμμετοχής, της εκμάθησης, της προσφοράς και αποδοχής πληροφοριών και της έκθεσης σε διαφορετικούς τρόπους σκέψης και δράσης. Όταν κάποιοι άνθρωποι με ένα κοινό πρόβλημα συγκεντρώνονται σε μια ομάδα ανακαλύπτουν σύντομα ότι παρά τις τεράστιες ατομικές διαφορές, που υπάρχουν μεταξύ τους, όλοι έχουν ίδιες ή παρόμοιες δυσκολίες και αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα. Αυτό είναι και το πρώτο βήμα για να μειωθούν αισθήματα απομόνωσης και διαφορετικότητας.

Η δημιουργία παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος είναι κάτι που βρίσκεται σε εξέλιξη τα τελευταία χρόνια με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότες, αλλά αρκετά σημαντικές έρευνες, που μελετούν την αποτελεσματικότητά της ομαδικής συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος. 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).

Η έρευνα των Stead και Lancaster (2009) είχε ως σκοπό τη μελέτη της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ομαδικής συμβουλευτικής, συγκριτικά με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας και την μη ύπαρξη προγραμμάτων. Ήθελε επίσης να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της ομαδικής και της ατομικής συμβουλευτικής και να καθορίσει την αποτελεσματικότητα της πρόσθετης ομαδικής συμβουλευτικής συγκριτικά με τη συμβουλή από κάποιον ειδικό επαγγελματία υγείας ή τα προγράμματα υποκατάστατων νικοτίνης. Είχαν, επίσης, ως σκοπό να προσπαθήσουν να εντοπίσουν συγκεκριμένα περιεχόμενα, που ίσως αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών παρεμβάσεων, καθώς και τη συχνότητα που είναι καλό να παρέχονται οι ομαδικές παρεμβάσεις. Δεκατρείς μελέτες σύγκριναν τα ομαδικά προγράμματα με τα προγράμματα αυτό-βοήθειας. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι υπήρξε αύξηση στα ποσοστά διακοπής με τη χρήση των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, κάποιες μελέτες υποστήριξαν ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τις ατομικές, όταν η ένταση τους είναι παρόμοια. Δεν υπάρχουν επίσης στοιχεία για το ότι η προσθήκη ομαδικών θεραπειών σε άλλους τύπους παρεμβάσεων, όπως η συμβουλή από κάποιον επαγγελματία υγείας ή τα προγράμματα αντικατάστασης νικοτίνης, θα είχαν περαιτέρω πλεονεκτήματα. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία σχετικά με το αν τα προγράμματα, που στοχεύουν να αυξήσουν τις γνωστικές και συμπεριφοριστικές δεξιότητες και να μειώσουν τις πιθανότητες της υποτροπής, είναι περισσότερο αποτελεσματικά από προγράμματα μικρότερης διάρκειας χωρίς αυτό το περιεχόμενο. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία, που να υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών μιας ομάδας, έχει κάποια επίδραση στο αποτέλεσμα. Το βασικό συμπέρασμα ήταν ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις είναι καλύτερες από τα προγράμματα αυτό-βοήθειας χωρίς την «πρόσωπο με πρόσωπο» καθοδήγηση και τις λιγότερο εντατικές παρεμβάσεις. Οι πιθανότητες

διακοπής είναι σχεδόν διπλάσιες. Δεν είναι ξεκάθαρο, εάν οι ομαδικές παρεμβάσεις είναι καλύτερες από την ατομική συμβουλευτική ή άλλες παρεμβάσεις, αλλά είναι περισσότερο αποτελεσματικές από όταν δεν υπάρχει κανένα είδος συμβουλευτικής παρέμβασης. Ενώ υπάρχουν στοιχεία για την καλύτερη αποτελεσματικότητα των ομάδων συγκριτικά με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας και τις λιγότερο έντονες παρεμβάσεις (Moller & Tonnesen, 1999), ωστόσο δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα τους συγκριτικά με τις έντονες ατομικές παρεμβάσεις. Οπότε η συμμετοχή ενός ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εάν υπάρχει κάποια τέτοια διαθεσιμότητα, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής.

Το να συμπεριλαμβάνονται στα προγράμματα δεξιότητες, που θα βοηθούν τους καπνιστές να αντιστέκονται και να προλάβουν την υποτροπή, είναι βοηθητικές έστω και εάν τα στοιχεία είναι περιορισμένα. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση συγκεκριμένου περιεχομένου σε τέτοιου είδους προγράμματα, εκτός από την υποστήριξη και τις δεξιότητες που κανονικά συμπεριλαμβάνονται. Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποίησαν και οι Camarelles και συν. (2002), που μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών παρεμβάσεων συγκριτικά με την αποτελεσματικότητα των ατομικών παρεμβάσεων. Το δείγμα αποτελούσαν 106 καπνιστές, που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δυο ειδών παρεμβάσεις: 1) βραχύχρονη ατομική παρέμβαση και 2) ομαδική παρέμβαση. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης σαν συμπληρωματική θεραπεία, όποτε χρειαζόταν. Η αποτελεσματικότητα των δυο διαφορετικών παρεμβάσεων φάνηκε να κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα τόσο για 3 μήνες μετά την παρέμβαση όσο και για 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμόρφωση προς τις ομαδικές παρεμβάσεις ήταν μικρή και λιγότερο από το 60%

των καπνιστών συμμετείχε σε 5 από τις 7 ομαδικές συναντήσεις. Υποστηρίχτηκε ότι η ομαδική παρέμβαση δεν ήταν περισσότερο αποτελεσματική από την βραχεία ατομική παρέμβαση. Ωστόσο αυτό μπορεί να οφειλόταν στη χαμηλή συμμόρφωση των καπνιστών, που σχετιζόταν με τη συμμετοχή στις ομαδικές συναντήσεις.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα του Huang (2005), η οποία αναπτύσσει και αξιολογεί ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που παρέχει ένα συνδυασμό σωματικής και ψυχολογικής θεραπείας στο πλαίσιο μιας βραχύχρονης υποστηρικτικής ομάδας. Το δείγμα αποτελούσαν 10 ενήλικοι καπνιστές. Το τρίμηνο πρόγραμμα αποτελούνταν από τρεις μηνιαίες ομαδικές συναντήσεις, διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης, τηλεφωνική συμβουλευτική και τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Οι συμμετέχοντες κινητοποιήθηκαν να κρατούν ημερολόγιο των τσιγάρων που καπνίζουν και των «πειρασμών» που αντιμετωπίζουν. Ακόμη, κινητοποιήθηκαν να απαριθμήσουν τα προσωπικά οφέλη της διακοπής, να οργανώσουν το συμβόλαιο διακοπής, και να επιλέξουν μέλη της οικογένειας, οι οποίοι θα παρακολουθούν την πορεία της διακοπής. Οι συμμετέχοντες, επίσης, μέσα από το πρόγραμμα εκπαιδεύτηκαν σε συμπεριφοριστικές τεχνικές αντιμετώπισης του πειρασμού του τσιγάρου, στην τεχνική της νοερής απεικόνισης, σε τεχνικές χαλάρωσης, σε τρόπους άσκησης και σε τεχνικές απόσπασης της προσοχής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν σημαντικές μειώσεις στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν οι συμμετέχοντες μετά από έναν, τρεις και εννέα μήνες, καθώς και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Στο follow-up, που ακολούθησε μετά από 9 μήνες, το 50% των συμμετεχόντων είχε πραγματοποιήσει αποχή από το κάπνισμα και το 30% είχε μειώσει την κατανάλωση τσιγάρων σε ποσοστό τουλάχιστον 49% από τα επίπεδα καπνίσματος πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Το 80% πραγματοποίησε αλλαγές στις συνήθειες του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα αυτά έδωσαν έμφαση στην ανάγκη να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν ανάλογοι

τύποι θεραπειών σε ευρύτερους πληθυσμούς και να αξιοποιηθούν στη δημιουργία αντίστοιχων τύπων προγραμμάτων. Το πλεονέκτημα του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος ήταν ο συνδυασμός ψυχολογικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων, μέσω της δημιουργίας μιας υποστηρικτικής ομάδας. Οι ενήλικοι χρειάζονται κάτι περισσότερο από ενημέρωση και φαρμακευτική αγωγή όπως βοήθεια, τεχνικές, συναισθηματική υποστήριξη, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται τις σωματικές και ψυχολογικές καταστάσεις που τους οδηγούν στη φαρμακευτική αγωγή. Έτσι, αποκτούσαν στρατηγικές που τους καθιστούσαν ικανούς να ελέγχουν τη συνήθεια του καπνίσματος. Η έρευνα προτείνει ότι θα είναι βοηθητικό για τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν βραχύχρονες υποστηρικτικές ομάδες, που θα παρέχουν τεχνικές για να ξεπεράσει κανείς τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική εξάρτηση από την νικοτίνη και όχι να επικεντρώνονται μόνο στη σωματική εξάρτηση.

Η έρευνα των Weiss και συν. (2004), λόγω του γεγονότος ότι η ομαδική θεραπεία είναι η πιο κυρίαρχη θεραπεία για τη χρήση ουσιών και λόγω της έλλειψης ερευνών που μελετούν την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβατικών προγραμμάτων, είχε ως σκοπό να συγκρίνει την ομαδική θεραπεία με άλλες μορφές θεραπείας. Μελετήθηκαν οι έξι κατηγορίες παρεμβάσεων: 1) ομαδική θεραπεία συγκριτικά με μη ομαδική θεραπεία, 2) ομαδική θεραπεία συγκριτικά με ατομική, 3) συνδυασμός ομαδικής και ατομικής θεραπείας συγκριτικά με μόνο ομαδική θεραπεία, 4) συνδυασμός ομαδικής με ατομική θεραπεία συγκριτικά με ατομική θεραπεία μόνο, 5) ομαδική θεραπεία συγκριτικά με ομαδική θεραπεία με διαφορετικό περιεχόμενο και θεωρητικό υπόβαθρο, 6) περισσότερες ομαδικές συναντήσεις συγκριτικά με λιγότερες ομαδικές συναντήσεις. Γενικά θα λέγαμε ότι τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων και κανείς τύπος δεν αποδείχθηκε πολύ

περισσότερο αποτελεσματικός από τους υπόλοιπους. Απαιτείται περαιτέρω μελλοντική έρευνα για τη μελέτη της ομαδικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών.

Στην έρευνα τους οι Ramos και συν. (2010) έχουν ως σκοπό τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των ατομικών και των ομαδικών παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το δείγμα αποτελούσαν 287 καπνιστές, 81 συμμετείχαν σε έντονο ατομικό πρόγραμμα, 111 σε έντονο ομαδικό πρόγραμμα και 95 σε παρέμβαση σύντομης διάρκειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών τρόπων παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα των έντονων παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος ήταν χαμηλότερη από όσο προβλεπόταν. Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων των ατομικών και των ομαδικών παρεμβάσεων. Οι DeLucia-Waack, Kalodner, & Riva, (2013) σύγκριναν την ομαδική με την ατομική παρέμβαση, όσον αφορά τη συμπεριφορά της διακοπής καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος επιτεύχθηκαν μετά από 6 μήνες με την ομαδική παρέμβαση παρά με την ατομική, αλλά οι παρατηρούμενες διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Η έρευνα των Moller και Tonnesen (1999) είχε ως σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονταν τουλάχιστον 2 ομαδικές συναντήσεις και follow-up έξι μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος. Ήθελαν να συγκρίνουν τα ομαδικά προγράμματα παρέμβασης με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας, την ατομική συμβουλευτική και άλλου είδους παρεμβάσεις. Δέκα μελέτες σύγκριναν τα ομαδικά προγράμματα με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας, παρουσιάζοντας τις ίδιες πληροφορίες και τις ίδιες συμπεριφοριστικές τεχνικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι διακόπτουν το κάπνισμα με τη βοήθεια των ομαδικών παρεμβάσεων και ότι

ήταν πιο αποτελεσματικές από τις βραχύχρονες παρεμβάσεις και τις μη παρεμβάσεις. Κάποιες μελέτες υποστήριξαν ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τις ατομικές, όταν η έντασή τους είναι παρόμοια. Οι συγκρίσεις της ομαδικής θεραπείας με τις συμβουλές από κάποιον επαγγελματία υγείας, π.χ. γιατρό ή νοσηλεύτρια, δεν απέδωσαν κανένα στοιχείο που να επηρεάζει. Δεν υπάρχουν στοιχεία, που να υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών μιας ομάδας έχει κάποια επίδραση στο αποτέλεσμα. Το βασικό συμπέρασμα ήταν ότι ενώ υπάρχουν στοιχεία για την καλύτερη αποτελεσματικότητα των ομάδων συγκριτικά με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας και τις λιγότερο έντονες παρεμβάσεις, δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα τους συγκριτικά με τις έντονες ατομικές παρεμβάσεις. Οπότε, η συμμετοχή ενός ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εάν υπάρχει κάποια τέτοια διαθεσιμότητα, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής.

Τέλος, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Zisi et al., (2016) σύμφωνα με τα οποία η προσθήκη ομαδικών συνεδριών συμβάλλει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η αίσθηση του ότι δεν είναι μόνοι τους και η ύπαρξη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, που ήταν το πλαίσιο της ομάδας, μέσα στο οποίο μπορούσαν να εκφράζονται και να μοιράζονται γνώσεις, εμπειρίες και συναισθήματα, ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά. Επίσης ιδιαίτερα βοηθητικό ήταν το διαφορετικό επίπεδο εξέλιξης που βρισκόταν το κάθε άτομο. Το 87.5% (7 από τα 8 άτομα) πέτυχαν το στόχο τους στο τέλος του προγράμματος, ενώ στο τέλος του προγράμματος ένα άτομο παρουσίασε υποτροπή και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος έφτασε το 75%.

## Φυσική δραστηριότητα και Κάπνισμα

Η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα αναφέρεται από τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ ο WHO την τοποθετεί στην τέταρτη αιτία θανάτων παγκοσμίως (Shephard, 2002). Περίπου 3,2 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως οφείλονται σε ανεπαρκή φυσική δραστηριοποίηση (WHO, 2011).

Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί και αναδειξεί τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία του ανθρώπου. Από τα πιο σημαντικά οφέλη είναι η σημαντική επίδραση της άσκησης στην καρδιαγγειακή λειτουργία (Blair, 1994; Berlin & Colditz, 1990; Oguma & Shinoda-Tagawa, 2004; Wendel-Vos et al., 2004; WHO 2011) και την παχυσαρκία (Despres, 1994). Συγκεκριμένα σε αρκετές έρευνες φαίνεται μία σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της άσκησης και της μείωσης της θνητότητας και νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικά. 150 λεπτά μέτριας άσκησης την εβδομάδα φαίνεται να επαρκούν, ώστε να ελαττώσουν τον κίνδυνο ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 30% (Blair, Kohl, & Barlow, 1993; Hapaneen, Miilunpalo, Vuori, Oja, & Pasanen, 1997; Sesso, Paffenbarger, Ha, & Lee, 1999). Επίσης η φυσική δραστηριότητα έχει υποστηριχτεί ότι συμβάλλει στη μείωση του σωματικού βάρους, στον γλυκαιμικό έλεγχο, στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και του λιπιδαιμικού προφίλ, καθώς και στη ρύθμιση της ινσουλίνης, στα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης οστεοπόρωσης και καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού (Cornelissen & Fagard, 2005; Kelley, Kelley, & Vu Tran, 2005; Ettinger et al., 1997; Oguma & Shinoda-Tagawa, 2004; Dishman, Washburn, & Heath, 2004).

Αρκετές έρευνες προσπάθησαν να μελετήσουν τη συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με ψυχολογικές παραμέτρους και χαρακτηριστικά. Υποστήριξαν ότι σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης (Blumenthal et al. 1999; Brown, 2009; Doyne et al., 1987; Plante, 1993) και βελτιώνει την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση



από τη σωματική εικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοενεργοποίηση (Rejeski et al., 2001), τη διαμόρφωση θετικής άποψης για τον εαυτό και τη γενικότερη ψυχική υγεία (Μπενέτου, Κωφού, Ζήση & Θεοδωράκης, 2008). Σημαντική είναι η επίδραση της άσκησης στη διαχείριση άγχους (Petruzello et al., 1991), στη βελτίωση του ύπνου (Kubitz et al., 1996) και των γνωστικών λειτουργιών (Tomporowski & Ellis, 1986). Μέσω της καλύτερη διαχείρισης του άγχους και της αύξησης της αυτοπεποίθησης μειώνονται οι πιθανότητες υποτροπής, λόγω του ότι αυτοί οι δυο παράγοντες σχετίζονται άμεσα με την υποτροπή (Derby, Lasaster, Vaas, Gonzalez, & Carlton, 1994; King, Marcus, Pinto, Emmon, & Abrams, 1996).

Λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, πολλές έρευνες προσπαθούν να εντοπίσουν τρόπους και μέσα για την αποτροπή του καπνίσματος (Θεοδωράκης και συν. 2005), ένας από τους οποίους φαίνεται να είναι και η άσκηση (Hill, 1981). Η ενσωμάτωση προγραμμάτων άσκησης μέσα σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι πιθανό να επηρεάσει θετικά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Everson-Hock, Taylor, Ussher, & Faulkner, 2010; Θεοδωράκης και συν., 2005). Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι η άσκηση βελτιώνει τη διάθεση (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 κλασσικές συμπεριφορές, που εμφανίζονται κατά την περίοδο διακοπής του καπνίσματος. Ένας από τους λόγους λοιπόν ενσωμάτωσης της άσκησης στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος ήταν η προσπάθεια μείωσης των συμπτωμάτων που προκαλούνται από την έλλειψη καπνού και νικοτίνης (Kinnunen et al., 2010). Η άσκηση έχει υποστηριχτεί ότι μειώνει σημαντικά τη λαχτάρα για τσιγάρο και τα συμπτώματα απόσυρσης (Taylor et al., 2007). 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, μειώνοντας πιθανόν ανησυχίες ως προς το βάρος, βελτιώνοντας συμπτώματα κατάθλιψης και παρέχοντας ένα κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον στο άτομο (Taylor et al., 2007).

Η επίδραση της άσκησης έχει μελετηθεί συνδυαστικά με διάφορες συμπεριφορές υγείας και φαίνεται να αποτελεί βασικό παράγοντα των προγραμμάτων ελέγχου βάρους (DiPietro, 1995). Η απόκτηση βάρους πολύ συχνά αναφέρεται ως φόβος από τους καπνιστές, που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και πολλές φορές αποτελεί και την αιτία των υποτροπών και εγκατάλειψης της προσπάθειας (Levine, Perkins, & Marcus, 2001). 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, Matarcin, 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) και Taylor & 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.

Πλήθος ερευνών πραγματοποιήθηκαν και επιβεβαίωσαν τα θετικά αποτελέσματα της επίδρασης της άσκησης στη διακοπή καπνίσματος (Bock et al., 1999; Marcus et al., 1999; Marcus, et al., 1991; Marcus et al., 2003). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Marcus και συν. (2003), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 281 γυναίκες με καθιστικό τρόπο ζωής, χρησιμοποιώντας πρόγραμμα παρέμβασης βασιζόμενο στη γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία και την άσκηση και υποστήριξε ότι τα άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης είχαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα και πήραν λιγότερο βάρος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Prapavessis και συν. (2007), στην οποία μελετήθηκε η επιρροή της άσκησης και της θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης στη συχνότητα διακοπής καπνίσματος των γυναικών. Τα υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας παρουσιάστηκαν όταν η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικά και με τα δυο άλλα προγράμματα. Συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στη γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία, αυτοί που συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης είχαν αυξημένη ικανότητα άσκησης και λιγότερο βάρος κατά τη διάρκεια του τέλους του προγράμματος. Τα αποτελέσματα αυτά όμως δεν ίσχυαν στο follow-up που πραγματοποιήθηκε 12 μήνες μετά. Συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα άσκησης, όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας ένιωθαν μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα ως προς τη διακοπή, είχαν περισσότερες γνώσεις, ικανότητες διαχείρισης και πηγές υποστήριξης στο τέλος του προγράμματος. Η συγκεκριμένη έρευνα προτείνει προγράμματα που συνδυάζουν τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης με την άσκηση για γυναίκες που είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένες και ενδιαφέρονται για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η άσκηση εδώ και αρκετά χρόνια προτείνεται ως βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος από τους ειδικούς κλινικών (Hurt et al., 1992), από φαρμακευτικές εταιρίες (Boots, 1998), από οδηγούς αυτο-βοήθειας (Marcus et al. 2004) και από τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες (Ussher, Taylor, West, McEwen, 2000; USDHHS, 2008).

Στην έρευνα των Hassandra και συν. (2012) έγινε αξιολόγηση ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος, που περιελάμβανε φυσική δραστηριότητα, απευθυνόμενο σε 40 ενήλικες και υποστήριξε ότι η ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας σε ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος συνεισφέρει θετικά αποτελέσματα διακοπής του καπνίσματος και αυξάνει τη φυσική δραστηριότητα.

Έρευνες προσπάθησαν να μελετήσουν την κατάλληλη στιγμή έναρξης ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Τα αποτελέσματά του υποστήριξαν 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), κάτι που έχουν κάνει λίγες μελέτες (Ussher et al., 2000).

Σύμφωνα με την έρευνα των Ussher και συν. (2003), η άσκηση προτείνεται ως μέσο για τη μείωση του εθισμού και περιορισμό των ψυχολογικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται κατά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Ωστόσο δεν χρησιμοποιείται ως μέσο μείωσης του εθισμού, αλλά ως μέσο υποβοήθειας της διακοπής του καπνίσματος (Hill, 1981; Ussher et al., 2000), ως εναλλακτική τεχνική απασχόλησης από τις συνήθειες των καπνιστών, ως τρόπος διαχείρισης της επιθυμίας και των δυσκολιών και ως διαδικασία συναισθηματικής κάλυψης.

Αρκετές έρευνες υποστήριξαν τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Marcus et al., 1991; Marcus et al., 1995; Marcus et al., 1999) σε παρεμβατικά προγράμματα, που χρησιμοποιούσαν άσκηση, κυρίως σε όσα τη χρησιμοποιούσαν συμπληρωματικά με κάποιο πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος

(Marcus et al., 1999). Τα ποσοστά άγγιζαν το 12% συγκριτικά με όσους δεν ασκήθηκαν (5%) αρκετά υψηλά, αν σκεφτούμε ότι ο μέσος όρος ποσοστού διακοπής χωρίς κάποια υποβοήθεια είναι 3-8 % (Fiore et al., 2000).

Αρκετά απασχόλησε τους ερευνητές και η ένταση της άσκησης. 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.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005), τα οποία επιβεβαιώνουν την άποψη ότι η ενασχόληση των ατόμων με την άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα υποστηρίζοντας 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.

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), υποστηρίζοντας ότι η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες, ή προγράμματα άσκησης πιθανά βοηθάει στις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, λειτουργεί ως εναλλακτική δραστηριότητα, βοηθάει στη δημιουργία καλύτερης ψυχολογικής διάθεσης, μειώνει τα ψυχολογικά συμπτώματα διακοπής και την επιθυμία για τσιγάρο σε καπνιστές, κάτι που φαίνεται να ισχύει τόσο για μικρής διάρκειας (5 με 10 λεπτά) συνεδρίες μέτριας έντασης άσκησης, όσο για μέτριας διάρκειας (30 με 40 λεπτά)

συνεδρίες έντονης άσκησης (Taylor & Katomeri, 2007). Σύμφωνα με μελέτες η άσκηση μειώνει την αίσθηση κατάθλιψης (Doayne et al., 1987; Lujic et al., 2005), περιορίζει το στρες (Abrams et al., 1987; Landers, 1994; Sorenson & Pechacek, 1987), μειώνει τα συμπτώματα παραίτησης από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αλλά και την αίσθηση εξάρτησης από τη νικοτίνη (Bock et al., 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. Άλλωστε, σύμφωνα με τους Taylor, Katomeri και Ussher (2005), 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). Γενικότερα θα λέγαμε ότι η άσκηση μπορεί να συμβάλει στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών (Marcus et al., 2003; Papaioannou, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004; Shephard, 1989). 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 Μπεμπέτσος και συν. (2000). Επιπροσθέτως, η άσκηση θεωρείται μια υγιεινή συμπεριφορά, που μπορεί να λειτουργήσει εναλλακτικά και να αντικαταστήσει το τσιγάρο (King et al., 1996). Τέλος, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) κατέληξαν ότι η άσκηση, η οποία συνδυάζεται με συμβουλευτική, μπορεί να αποβεί βοηθητική στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΜΕΛΕΤΗ Ι:**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΒΑΣΙΣΜΕΝΟ ΣΤΗΝ**  
**ΠΑΡΑΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ, ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**  
**ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.**

### **Εισαγωγή**

Τα τελευταία χρόνια, όταν μιλάμε για εξάρτηση από τη νικοτίνη, εστιάζουμε κυρίως στην ψυχολογική εξάρτηση και όχι τόσο στη σωματική, καθώς το κάπνισμα ανήκει στην κατηγορία των εξαρτήσεων (Σύνδρομο στέρησης από τον καπνό: Κατάταξη F17.2) στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών, Δέκατη Αναθεώρηση (ICD-10, WHO, 2015). Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκαν διάφορων ειδών ψυχολογικές τεχνικές, οι οποίες είχαν ως στόχο να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των ψυχολογικών παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος.

Η συμβουλευτική παίζει καθοριστικό ρόλο στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφορών υγείας και φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος είναι αποτελεσματικές, όταν περιλαμβάνουν συμβουλευτική, είτε αυτή είναι βραχεία, είτε εντατική, είτε συνδυάζεται με άλλη θεραπεία ή όχι (Γρατσάνη και συν., 2016). Ακόμη και οι παρεμβάσεις σύντομης συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να βελτιώνουν τα ποσοστά διακοπής έως και 2,5 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με την απουσία συμβουλευτικής (Shah et al., 2008).

Πλήθος ερευνών πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να μελετήσουν την επιρροή των προγραμμάτων ατομικής συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος. Στο πλαίσιο αυτό αρκετοί ερευνητές, όπως και οι Lancaster και Stead (2005), υποστήριξαν ότι η ατομική

συμβουλευτική είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες παρεμβάσεις, χωρίς ωστόσο να υποστηρίζουν ότι οι πιο εντατικές παρεμβάσεις (δηλαδή οι παρεμβάσεις που συμπεριελάμβαναν περισσότερες συναντήσεις συμβουλευτικής) είναι πιο αποτελεσματικές από τη συμβουλευτική βραχείας διάρκειας.

Αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν και προσπάθησαν να μελετήσουν πιθανούς τρόπους για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Ένας από αυτούς ήταν και η συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής. Έτσι, υποστήριξαν ότι μετά τη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής, αυξήθηκε σημαντικά το ποσοστό των ατόμων που ήθελαν να κόψουν το κάπνισμα (από 11% σε 39%) και κινητοποιήθηκαν οι συμμετέχοντες να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής είτε συμμετέχοντας σε ομάδα συμβουλευτικής είτε προσπαθώντας μόνοι (Pisinger et al., 2005).

Αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την ιδέα του συνδυασμού της συμβουλευτικής με άλλες παρεμβάσεις, όπως οι φαρμακευτικές (π.χ. με βουπροπιόνη, ή άλλα σκευάσματα νικοτίνης), πιστεύοντας ότι μπορεί να αυξηθεί έτσι η αποτελεσματικότητά της, αλλά τελικά φάνηκε ότι αυτός ο συνδυασμός δεν αλλάζει, δεν αυξάνει και δεν επηρεάζει τα αποτελέσματα που υπάρχουν μόνο με την παροχή συμβουλευτικής (Hall et al., 2011). Ωστόσο, όταν οι συνδυασμένες παρεμβάσεις εφαρμόζονταν από τους αντίστοιχους ειδικούς η κάθε μία – για παράδειγμα συμβουλευτική από ειδικούς ψυχικής υγείας, φαρμακευτική αγωγή από ιατρικό προσωπικό, παρέμβαση για την στοματική υγιεινή από οδοντίατρους – φάνηκε να αυξάνεται η παρακίνηση των καπνιστών να απέχουν από το κάπνισμα (Gonseth et al., 2010). Η υπόθεσή τους ήταν ότι οι οδοντίατροι ίσως μπορούν να συμβάλλουν ιδιαίτερα με τη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος, λόγω του ότι είναι στη μοναδική θέση να συμβουλεύουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της



συμβουλευτικής για τις ασθένειες που μπορεί να επιφέρει το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν σε άλλες έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της ιατρικής φροντίδας υποστηρίζοντας ότι οι συμμετέχοντες έκαναν πολύ θετικά σχόλια σχετικά με τη συμβουλευτική από τον οδοντίατρο, τις εξετάσεις στοματικής υγιεινής και την επίδραση που είχαν όλα αυτά στην παρακίνησή τους με αποτέλεσμα να τους ενθαρρύνουν για την αποχή από το κάπνισμα.

Σκοπός της ατομικής συμβουλευτικής είναι να προκαλέσει στο συμβουλευόμενο σκέψεις και συναισθήματα για τα οποία δεν είχε ως τότε πλήρη επίγνωση με απώτερο σκοπό να τον βοηθήσει να αναπτυχθεί και να επιλύσει τα προβλήματα που τον ανησυχούν, στη συγκεκριμένη περίπτωση το κάπνισμα. Ο κύριος όγκος των συζητήσεων αφιερώνεται στο να κατανοήσει και να συζητήσει ο συμβουλευόμενος τι είναι για τον ίδιο το τσιγάρο, ποια είναι η λειτουργία του, ποιες ανάγκες του εξυπηρετεί, καθώς και να μοιραστεί τους φόβους και τις ανησυχίες για την υποτροπή και να συζητηθούν θέματα, όπως η εμφάνιση πιθανών συμπτωμάτων, η εύρεση τρόπων αντιμετώπισης διαφόρων επικίνδυνων καταστάσεων και η συμβατότητα διαφόρων φαρμακευτικών θεραπειών και η λειτουργία τους. Η συμβουλευτική φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της εμπιστοσύνης/αυτοπεποίθησης για την επιτυχία της διακοπής καπνίσματος, στην προστασία από ζητήματα ενοχής μετά από υποτροπή και στη μείωση των αντιλαμβανόμενων δυσκολιών στις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (McCarthy et al., 2010).

Το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε σε αρκετούς παράγοντες που έχουν να κάνουν με την συμβουλευτική, όπως οι συνθήκες και η χρονική περίοδος που θα μπορούσε να κάνει τους καπνιστές πιο ευάλωτους ή πιο έτοιμους να μουν σε μια διαδικασία διακοπής. Χαρακτηριστικά βλέπουμε ότι παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν σε

νοσοκομεία με την υπόθεση ότι οι νοσηλευόμενοι ίσως να είναι περισσότερο ευάλωτοι, ανοιχτοί και έτοιμοι στη διακοπή καπνίσματος τη συγκεκριμένη περίοδο, υποστήριξαν την αυξημένη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών (Rigotti et al., 2008) με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (75%) να δηλώνει ετοιμότητα για διακοπή του καπνίσματος, να λαμβάνει συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος και να παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες πραγματοποίησης επιτυχημένης προσπάθειας, αλλά και διατήρησης της αποχής, συγκριτικά με εκείνους που δήλωναν λιγότερο έτοιμοι (Shah et al., 2010; Rigotti et al., 2002). Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των παραπάνω παρεμβάσεων δέχτηκε αμφισβήτηση από ερευνητές, που υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά διακοπής (Hennrickus et al., 2005; Hjalmarson & Boethius, 2007). Όσον αφορά τη χρονική στιγμή, έχει υποστηριχτεί ότι η χρήση συμβουλευτικής αμέσως μετά την ημέρα της διακοπής του τσιγάρου (Front-Loaded Counseling) μπορεί να διασφαλίσει μεγαλύτερη αποχή και μειωμένες πιθανότητες υποτροπής ένα χρόνο μετά, σε σχέση με τη χρήση συμβουλευτικής υποστήριξης σε εβδομαδιαία βάση σε όλη τη διάρκεια προσπάθειας διακοπής των συμμετεχόντων (Garvey et al., 2012).

Αρκετά παρεμβατικά προγράμματα εστίασαν στην ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων σε επίπεδο παρακίνησης, αυτό-αποτελεσματικότητας και υποστηρικτικών κοινωνικών σχέσεων, καθώς αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Johnston et al., 2004; Norman et al., 1999; Hassandra, Goudas, Theodorakis 2015), αλλά και επίσης γιατί η ανάγκη για συναισθηματική κάλυψη έχει αποδειχτεί ότι είναι ένας πολύ σημαντικός λόγος καπνίσματος (Singleton & Pope, 2000). Επιπρόσθετα η χρήση της επιβράβευσης (λήψη κουπονιών μετρητών για τη συμμετοχή τους στις συνεδρίες) φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της δέσμευσης, της διατήρησης της θεραπείας και της

αποχής από το κάπνισμα, σε σύγκριση με τη συνήθη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (Hunt et al., 2010).

Η ανατροφοδότηση για τους κινδύνους της υγείας δε φάνηκε να επηρεάζει την παρακίνηση των καπνιστών για τη διακοπή καπνίσματος, την αποχή από το κάπνισμα και τη συχνότερη χρήση θεραπευτικών υπηρεσιών (McClure et al., 2009). Επίσης, αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες που προσπαθούν να συγκρίνουν διαφορετικά είδη συμβουλευτικής και να καταλήξουν στο ποιο είναι το πιο αποτελεσματικό. Στο πλαίσιο αυτό η μελέτη των Schane και συν. 2013 συνέκρινε το βαθμό αποτελεσματικότητας δύο ειδών συμβουλευτικής παρέμβασης: η μια παρέμβαση επικεντρώνονταν στο κακό, που το κάπνισμα προκαλεί στον καπνιστή, ενώ η άλλη στο παθητικό κάπνισμα και στη βλάβη, που προκαλεί ο καπνός στους άλλους ανθρώπους. Οι καπνιστές δε φαίνεται να ανησυχούν για τις επιπτώσεις, που το τσιγάρο έχει στην υγεία τους, αλλά ανησυχούσαν για τις συνέπειες που αυτό έχει στους άλλους (παθητικό κάπνισμα) (Schane et al., 2013). Έτσι λοιπόν, η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής για τους κινδύνους που προκαλεί το κάπνισμα στους άλλους, μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σημαντική κατεύθυνση που ενδείκνυται να ακολουθείται και να συμπεριλαμβάνεται στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Έρευνες υποστήριξαν επίσης, συγκρίνοντας δύο ειδών συμβουλευτικές προτάσεις, μία άμεση συμβουλή του γιατρού προς τον καπνιστή να κόψει το κάπνισμα και μια κινητήριου τύπου συμβουλευτική, ότι ο τρόπος που παρέχεται η πληροφορία φαίνεται να είναι πολύ σημαντικός και η παρακινητική συνέντευξη έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από την απλή άμεση συμβουλή διακοπής (Gemmel & DiClemente, 2009).

Εκτός από την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, η φυσική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί βασικό κομμάτι κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Έρευνες υποστήριξαν ότι όσο πιο πολύ

ασκούνται τα άτομα τόσο πιο λίγο καπνίζουν (Marti et al., 1988; Marti, Abelin, Minder, & Vader, 1988; Salonen et al., 1988; Tuomilehto et al., 1987), καθώς και ότι άτομα που ασκούνται μπορούν πιο εύκολα να περιορίσουν και να διακόψουν το κάπνισμα (Godin, 1989; Boudreaux et al., 2003; Hassandra et al., 2015). Η άσκηση στις μέρες μας αναγνωρίζεται ως ένας χαμηλού κόστους παράγοντας πρόληψης και διακοπής καπνίσματος. Έτσι τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να εστιάσουν συνολικά σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής συμπεριλαμβανομένης της άσκησης και όχι μόνο στο κάπνισμα. Επιπλέον, οι μακροχρόνιες παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν την άσκηση σαν έναν τρόπο διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να τις συνδυάζουν με τις αντίστοιχες τεχνικές συμβουλευτικής (Hassandra et al., 2015).

Από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα ιδιαίτερα αποτελεσματικά έχουν αποδειχθεί τα προγράμματα που έχουν βασιστεί στη θεωρία της παρακινήτικης συνέντευξης (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012). Πρόκειται για ένα είδος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής υποστήριξης, που έχει ως σκοπό την αύξηση της παρακίνησης, την ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου για αλλαγή, την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και την καθοδήγηση, ώστε να γίνεται κατανοητή η συμπεριφορά χωρίς ωστόσο να υπάρχει πίεση από την πλευρά του συμβούλου για αλλαγή. Αποτελεί μια βραχεία ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που σχεδιάστηκε για να αυξήσει την πιθανότητα ενός ατόμου να σκεφτεί, να ξεκινήσει και να διατηρήσει συγκεκριμένες αλλαγές στρατηγικών με σκοπό να μειώσει την προβληματική συμπεριφορά. Βασικοί σκοποί της παρακινήτικης συνέντευξης είναι η επίλυση της αμφιθυμίας, η οποία θεωρείται το βασικό εμπόδιο στην έναρξη της διαδικασίας αλλαγής, η αύξηση της παρακίνησης και η διευκόλυνση της αλλαγής. Η παρακίνηση για αλλαγή εκμαιεύεται από το εσωτερικό του ατόμου και δεν επιβάλλεται από έξω (Miller

& Rollnick, 2002; Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012). Η αμφιθυμία παρουσιάζεται, όταν το άτομο αισθάνεται με δύο διαφορετικούς τρόπους για κάτι ή κάποιον και παίρνει τη μορφή της σύγκρουσης μεταξύ δύο τρόπων δράσης, κάθε ένας από τους οποίους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, που σχετίζονται με αυτή. Η παρακινητική συνέντευξη αποτελεί έναν τρόπο επικοινωνίας και ύπαρξης με τους ανθρώπους, ένα στυλ συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας και όχι ένα σύνολο τεχνικών. Ο σύμβουλος οφείλει να σέβεται την αυτονομία και την ελευθερία επιλογής του συμβουλευόμενου, ο οποίος έχει πρωταγωνιστικό ρόλο σε όλη τη διαδικασία (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2002).

Πολλές έρευνες υποστήριξαν αυτή την προσέγγιση ως ιδιαίτερα βοηθητική, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που πάσχουν από διάφορες εξαρτήσεις, όπως το κάπνισμα (Butler et al., 1999; Dunn et al., 2001; Rollnick et al., 1997; Rollnick & Heather, 1992), αν και οι περισσότερες από αυτές είναι παρεμβάσεις σύντομης διάρκειας που αφορούν εφήβους (Erol & Erdogan, 2007; Colby et al., 2005; Colby, et al., 1998). Ωστόσο δε γνωρίζουμε πολλά για την εφαρμογή της παρακινητικής συνέντευξης σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος για ενήλικες. Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί ελάχιστες κλινικές μελέτες παρεμβάσεων που χρησιμοποιούν βραχείες προσαρμογές της κινητοποιητικής συνέντευξης (Adaptive forms of Motivational Interviewing –AMI, Colby et al., 1998; Butler et al., 1999), τα αποτελέσματα των οποίων ευνοούσαν την παρέμβαση της παρακινητικής συνέντευξης, ωστόσο δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σημαντικές μετρήσεις, όπως το ποσοστό αποχής και οι προσπάθειες διακοπής.

Λόγω της έλλειψης των μελετών, βασισμένων στην παρακινητική συνέντευξη για τη διακοπή καπνίσματος σε ενήλικες, δεν υπάρχουν προς το παρόν, αρκετά στοιχεία που θα μπορούσαν να στηρίξουν την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων στη

διακοπή καπνίσματος. Καινοτομία, λοιπόν, του δικού μας προγράμματος είναι η προσπάθεια εφαρμογής ενός προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη σε ενήλικες καπνιστές, με σκοπό να προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους, μέσα από την αλλαγή τρόπου σκέψης, να κόψουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα. Απώτερος σκοπός ήταν να καλύψουμε το υπάρχον κενό γνώσης στο συγκεκριμένο τομέα, να αναδείξουμε κάποια κομβικά σημεία και να συμβάλλουμε στη δημιουργία πιο ολοκληρωμένων παρεμβατικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος.

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρέμβασης ήταν να μελετήσουμε εάν και πώς ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, θα επιδράσει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Οι διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς μελετήθηκαν όχι μόνο σε όσους διέκοψαν το κάπνισμα, αλλά και σε όσους μείωσαν το κάπνισμα σε σημαντικό βαθμό έως το τέλος του προγράμματος. Σκοπός επομένως ήταν να μελετήσουμε εάν από εκείνους που δεν θα διακόψουν το κάπνισμα σημαντικό ποσοστό θα το μειώσει μέχρι το πέρας της παρέμβασης. Τέλος, κρίθηκε σημαντικό να μελετηθεί εάν και πώς οι συμμετέχοντες θα πραγματοποιήσουν αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

### **Υποθέσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος, τα

οποία χρησιμοποίησαν παρόμοια μεθοδολογία (Γρατσάνη και συν., 2016), δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις: α) Η συμμετοχή των καπνιστών στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος θα επιδράσει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, β) Οι συμμετέχοντες που δεν θα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα θα πετύχουν σημαντική μείωση στον καθημερινό αριθμό των τσιγάρων, γ) Η φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων θα αυξηθεί και δ) Οι συμμετέχοντες θα πραγματοποιήσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα και θα υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και συνήθειες στην κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

## **Μεθοδολογία**

### **Συμμετέχοντες**

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από ειδικούς ψυχικής υγείας. Το δείγμα αποτελούσαν 8 ενήλικες, 2 άντρες και 6 γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 25-54 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 38.5 έτη. Η ενημέρωση των συμμετεχόντων έγινε από Δελτίο Τύπου που ανακοινώθηκε στον τοπικό έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο. Οι συμμετέχοντες προσήλθαν με αίτημα την προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη μείωση - διακοπή καπνίσματος και η πρόθεση συμμετοχής στην ατομική παρέμβαση. Δεν υπήρχε κανένα κριτήριο αποκλεισμού από τη συμμετοχή στη μελέτη. Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά από τους ερευνητές για τον σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί και τον αριθμό των απαιτούμενων συναντήσεων για την ολοκλήρωση του παρεμβατικού προγράμματος. Υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης, μέσα από το οποίο παρεχόταν η επιβεβαίωση της διατήρησης της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων και όλου του υλικού, η διατήρηση του απορρήτου και το δικαίωμα τους να σταματήσουν και να

αποχωρήσουν από το πρόγραμμα όποτε το επιθυμούσαν. Η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, (1-1/20-6-2012) (Παράρτημα 1).

### Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Παρεμβατικό Πρόγραμμα για τη Διακοπή Καπνίσματος, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία. Η πλειοψηφία των ατόμων ήταν άγαμοι (62.5%). Η πλειοψηφία (62.5%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 50% ήταν αυτοαπασχολούμενοι και το άλλο 50% ήταν ετεροαπασχολούμενοι.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης

Περιγραφικά Στοιχεία	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα n=4 (50%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Φύλο</b>				
Άρρεν	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0%	2 (25%)
Θήλυ	2 (25%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	6 (75%)
<b>Ηλικία</b>				
25-34 ετών	1 (12.5%)	2 (25%)	0%	3 (37.5%)
35-44 ετών	2 (25%)	0 %	1(12.5%)	3 (37.5%)
45-54 ετών	0 %	2 (25%)	0%	2 (25 %)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>				
Άγαμος	2 (25%)	2 (25%)	1 (12.5%)	5 (62.5%)
Έγγαμος	1 (12.5%)	2 (25%)	0%	3 (37.5%)
<b>Εκπαίδευση</b>				
Απόφοιτος Λυκείου	1 (12.5%)	0 %	0%	1 (12.5%)
Απόφοιτος ΙΕΚ	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0%	2 (25%)
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας	1 (12.5%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	5 (62.5%)
<b>Εργασία</b>				
Αυτοαπασχολούμενος	1 (12.5%)	3 (62.5%)	0%	4 (50%)
Ετεροαπασχολούμενος	2 (25%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	4 (50%)



Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται το οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχόντων, δηλαδή εάν και ποια μέλη της οικογένειας του συμμετέχοντα καπνίζουν.

**Πίνακας 2.** Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος

Οικογένεια	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα n=4 (50%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Σύζυγος /Σύντροφος</b>				
Καπνίζει	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0%	2 (25%)
Δεν καπνίζει	2 (25%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	6 (75%)
<b>Πατέρας</b>				
Καπνίζει	1 (12.5%)	2 (25%)	0%	3 (37.5%)
Δεν καπνίζει	2 (25%)	2 (25%)	1(12.5%)	5 (62.5%)
<b>Μητέρα</b>				
Καπνίζει	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0%	2 (25%)
Δεν καπνίζει	2 (25%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	6 (75%)
<b>Αδέρφια</b>				
Καπνίζουν	2 (25%)	3 (62.5%)	0%	5 (62.5%)
Δεν καπνίζουν	1 (12.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)

**Πίνακας 3.** Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα n=4 (50%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής</b>				
Όχι	3 (37.5%)	4 (50%)	1 (12.5%)	8 (100%)
<b>Άλλες Εξαρτήσεις</b>				
Τίποτα	3 (37.5%)	5 (62.5%)	0%	8 (100%)
<b>Φυσική Δραστηριότητα</b>				
Περπάτημα	1 (12.5%)	0%	0%	1 (12.5%)
Τίποτα	1 (12.5%)	2 (25%)	1 (12.5%)	4 (50%)
Γυμναστήριο	1 (12.5%)	0 %	0%	1 (12.5%)
Τρέξιμο	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0%	2 (25%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	0%	0%	0%	0%
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	0%	0%	0%	0%

Φαίνεται ότι το 25% έχουν συντρόφους που καπνίζουν, το 37.5% πατέρες που καπνίζουν, το 25% μητέρες που καπνίζουν και το 62.5% αδέρφια που καπνίζουν.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν το προφίλ των συμμετεχόντων και σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα, όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή καπνίσματος, η ύπαρξη ή όχι άλλων εξαρτήσεων, οι συνήθειες άσκησης που έχει κάθε άτομο, η ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών δυσκολιών.

Στην ερώτηση για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, το 100% του δείγματος απάντησε ότι δε λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Σημαντικό ήταν το ότι στο παρόν πρόγραμμα δε γινόταν λήψη φαρμακευτικής αγωγής, όπως σε κάποιες περιπτώσεις παλαιότερα, όταν το πρόγραμμα πραγματοποιούνταν σε συνεργασία με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος. Οι ίδιοι δεν το επιθυμούσαν. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συνεντεύξεων, η φαρμακευτική αγωγή τους έκανε να αισθάνονται περισσότερη ανασφάλεια όσον αφορά στο τι θα κάνουν και πώς θα τα καταφέρουν μετά τη διακοπή. Τι θα είναι αυτό που θα τους βοηθήσει και θα τους στηρίξει τότε ώστε να διατηρήσουν τη διακοπή. Ήθελαν να αναπτύξουν τις δικές του δυνάμεις, να βασίζονται σε αυτές και να ενεργοποιήσουν τα δικά τους αποθέματα και δεξιότητες. Επίσης, κάποιιοι συμμετέχοντες, που είχαν χρησιμοποιήσει φαρμακευτική αγωγή ως συμπληρωματική βοήθεια στο παρελθόν, ανέφεραν ότι δεν τους βοήθησε.

Επίσης, το 100% ανέφερε ότι δεν είχε κάποια άλλη εξάρτηση εκτός από το τσιγάρο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (50%) ανέφερε ότι δεν ασχολείται με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας. Το (25%) δήλωσε ως φυσική δραστηριότητα το τρέξιμο και ακολουθούσε με 12.5% το περπάτημα και το γυμναστήριο (12.5%). Ακόμη και όσοι είχαν ενασχόληση με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας ανέφεραν ότι δεν είχαν συνέχεια και σταθερότητα. Από το σύνολο των απαντήσεων, το 100% των ατόμων, που μείωσαν ή διέκοψαν το κάπνισμα, είχε μια κάποια ενασχόληση με τη φυσική

δραστηριότητα ενώ κανείς από όσους δεν διέκοψαν το κάπνισμα δεν είχε καμία ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα.

Ως προς την ερώτηση, που σχετίζονταν με σωματικές και ψυχικές δυσκολίες, φαίνεται ότι κανείς δεν εμφανίζει δυσκολίες είτε σωματικής είτε ψυχικής υγείας.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα και συγκεκριμένα αποτυπώνονται οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και οι λόγοι της υποτροπής, αλλά και περισσότερα στοιχεία της παρούσας προσπάθειας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που αφορούν τα χρόνια και την ποσότητα καπνίσματος, την ανάγκη ή ευχαρίστηση για τσιγάρο, τους λόγους καπνίσματος, κάποια πράγματα που μπορεί να βοήθησαν προηγούμενες φορές, τις απόψεις τους για τη συνήθεια του καπνίσματος, καθώς και τις πεποιθήσεις τους για το τι πιστεύουν ότι μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τους την προσπάθεια ή να δυσκολέψει αντίστοιχα.

**Πίνακας 4.** Ιστορικό Καπνίσματος

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα n=4 (50%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής</b>				
Καμία	0 %	0 %	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Μια	0%	2 (25%)	0%	2 (25%)
Δυο	3 (37.5%)	1 (12.5%)	0%	4 ( 50 %)
Τέσσερις	0 %	1 (12.5%)	0%	1 (12.5%)
<b>Λόγοι Υποτροπής</b>				
Αντιμέτωπιση Δύσκολων Κατ. -				
Στρες	3 (20%)	4 (26.7%)	0%	7 (46.7%)
Έντονη επιθυμία	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0%	3 (20%)
Περιβάλλον	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0%	2 (13.3%)
Χωρίς σημαντικό λόγο	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0%	2 (13.3%)
Έλλειψη εσωτερικού κινήτρου	0%	1 (6.7%)	0%	1 (6.7%)
<b>Ποσότητα Καπνίσματος</b>				
10-20 τσιγάρα	0 %	3 (37.5%)	0%	3 (37.5%)
20-30 τσιγάρα	2 (25%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	4 (50%)
30-40 τσιγάρα	0 %	1 (12.5%)	0%	1 (12.5%)

Πίνακας 4. (συνέχεια)

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα n=4 (50%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Λόγοι Καπνίσματος</b>				
Ευχαρίστηση	2 (7.1%)	2 (7.1%)	0%	4 (14.2%)
Χαλάρωση	2 (7.1%)	2 (7.1%)	0%	4 (14.2%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (3.6%)	0%	0%	1 (3.6%)
Συνήθεια	2 (7.1%)	3 (10.7%)	0%	5 (17.9%)
Διαχείριση άγχους	2 (7.1%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)	5 (17.9%)
Αυτοματοποιημένα	1 (3.6%)	0%	0%	1 (3.6%)
Στεναχώρια	2 (7.1%)	2 (7.1%)	0%	4 (14.2%)
Χαρά	0%	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Λόγο επίδειξης	0%	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
Εξάρτηση	0%	0%	1 (3.6%)	1 (3.6%)
Διαχείριση Θυμού	0%	1 (3.6%)	0%	1 (3.6%)
<b>Ανάγκη για τσιγάρο</b>				
Στρες-Πίεση	2 (8%)	3 (12%)	1 (4%)	6 (24%)
Τα πρωινά	1 (4%)	3 (12%)	0%	4 (16%)
Τα βράδια	1 (4%)	3 (12%)	0%	4 (16%)
Σε στιγμές χαλάρωσης	2 (8%)	3 (12%)	0%	5 (20%)
Στη δουλειά	1 (4%)	1 (4%)	0%	2 (8%)
Κακοκεφιά-στεναχώρια	1 (4%)	2 (8%)	1 (4%)	4 (16%)
<b>Ευχαρίστηση από το τσιγάρο</b>				
Μαζί με τον καφέ	1 (4.2%)	4 (16.7%)	0%	5 (20.8%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	2 (8.3%)	3 (12.5%)	0%	5 (20.8%)
Με το ποτό	0%	4 (16.7%)	0%	4 (16.7%)
Όταν βρίσκεται με παρέα	0%	3 (12.5%)	0%	3 (12.5%)
Τα βράδια	0%	3 (12.5%)	0%	3 (12.5%)
Μετά το φαγητό	1 (4.2%)	3 (12.5%)	0%	4 (16.7%)
<b>Άποψη για το κάπνισμα</b>				
Συνήθεια	2(10%)	2 (10%)	0%	4 (20%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (5%)	0%	1 (5%)	2 (10%)
Επικίνδυνο	1 (5%)	4 (20%)	1 (5%)	6 (30%)
Βοηθάει να διαχειρίζεσαι το άγχος	1 (5%)	1 (5%)	0%	2 (10%)
Χαλάρωση	0%	1 (5%)	0%	1 (5%)
Βρομερό	1 (5%)	1 (5%)	0%	2 (10%)
Άχρηστο	1 (5%)	1 (5%)	0%	2 (10%)
Παρηγοριά	1 (5%)	0%	0%	1 (5%)
<b>Τι βοήθησε στο παρελθόν</b>				
Τίποτα	2 (18.2%)	3 (27.3%)	0%	5 (45.5%)
Υποστηρικτικό περιβάλλον	1 (9.1%)	0%	0%	1 (9.1%)
Βελονισμός	1 (9.1%)	0%	0%	1 (9.1%)
Φαρμακευτική αγωγή	1 (9.1%)	1 (9.1%)	0%	2 (18.2%)
Περπάτημα	0%	1 (9.1%)	0%	1 (9.1%)
Γυμναστική	0%	1 (9.1%)	0%	1 (9.1%)
<b>Πιθανά Εμπόδια</b>				
Αντιμέτωπιση Δύσκολων Καταστάσεων	1 (6.7%)	4 (26.7%)	0%	5 (33.3%)
Στρες	1 (6.7%)	3 (20%)	0%	4 (26.7%)
Περιβάλλον καπνιστών	1 (6.7%)	0%	0%	1 (6.7%)
Εθισμός/Εξάρτηση	2 (13.3%)	0%	0%	2 (13.3%)
Συνήθεια	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0%	2 (13.3%)
Τα τέσσερα σημαντικά τσιγάρα	0%	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)

Στην αρχική αξιολόγηση όλοι οι συμμετέχοντες εκτός από έναν ανέφεραν ότι είχαν πραγματοποιήσει προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος με διάφορους τρόπους και τεχνικές. Στην ερώτηση για το τι βοήθησε στο παρελθόν ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 45.5% ανέφερε τίποτα, και αυτός ήταν ο λόγος που αποφάσισαν αυτή τη φορά να συμμετέχουν σε κάτι πιο οργανωμένο. Λαμβάνοντας υπόψη ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν καπνιστές για πολλά χρόνια (Μ.Ο ετών καπνίσματος τα 21.25 έτη και Μ.Ο ημερήσιων τσιγάρων πριν την παρέμβαση τα 18.37 τσιγάρα) τα παραπάνω ευρήματα είναι σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που υποστήριζαν ότι στα οργανωμένα προγράμματα συμμετέχουν συνήθως οι πιο βαρείς καπνιστές (Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000), οι οποίοι συνήθως κάπνιζαν μεγάλες ποσότητες για πολλά χρόνια και είχαν κάνει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής έως ότου επιτευχθεί η διακοπή (Eurobarometer, 2009; Jardin & Carpenter, 2012; Zhou et al., 2009).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι βασικότεροι λόγοι υποτροπής που ακολουθούσαν τις προσπάθειες διακοπής που είχαν κάνει στο παρελθόν ήταν η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και καταστάσεων άγχους (46.7%). Το τσιγάρο βοηθούσε σε αυτό, δίνοντας πρόσκαιρη ανακούφιση. Για το λόγο αυτό δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση νέων τρόπων διαχείρισης άγχους και στην ανανοηματοδότηση του τρόπου λειτουργίας του καπνίσματος ως προς την ανακούφιση από το άγχος. Τονίστηκε ο φαύλος τρόπος λειτουργίας της διαχείρισης του άγχους και ανακούφισης από τα συμπτώματα. Ένα μικρότερο ποσοστό (20%) αναφέρει ότι υποτροπίασε λόγω της έντονης επιθυμίας και έλλειψης του τσιγάρου. Με μικρότερα ποσοστά αναφέρθηκαν και άλλοι λόγοι υποτροπής όπως το περιβάλλον (13.3%) και χωρίς σημαντικό λόγο (13.3%), ενώ με μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 6.7% ακολουθεί η έλλειψη εσωτερικού κινήτρου. Σημαντικό κομμάτι του προγράμματος επικεντρώθηκε στην

πρόληψη της υποτροπής. Τα παραπάνω δεδομένα συμφωνούν με την έρευνα των Aubin και συν. (2010), που υποστήριξαν ότι η υποτροπή πυροδοτούνταν από το άγχος και το στρες, τα σημαντικά γεγονότα ζωής, την έντονη επιθυμία και την ευερεθιστότητα. Επίσης σύμφωνα με τους Shiffman και συν. (1997), βασικός παράγοντας υποτροπής είναι η ανάγκη για τσιγάρο ενώ για τους Kenford και συν. (2002) η αρνητική διάθεση και το άγχος.

Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία (62.5%) ανέφερε ότι κάπνιζε πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Ως λόγο καπνίσματος το 17.9% ανέφερε τη συνήθεια και τη διαχείριση άγχους αντίστοιχα και ακολουθούν με ποσοστό της τάξεως του 14.2% η ευχαρίστηση, η χαλάρωση και η στεναχώρια. Αμέσως μετά έρχονται η συντροφιά/παρέα (3.6%), η χαρά (3.6%), οι λόγοι επίδειξης (3.6%), η εξάρτηση (3.6%), η διαχείριση θυμού (3.6%) και το ότι γίνεται αυτοματοποιημένα (3.6%). Παρατηρούμε επομένως ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συνδέει το κάπνισμα με διαχείριση συναισθημάτων είτε δυσάρεστων (διαχείριση άγχους, θυμού, στεναχώριας) είτε ευχάριστων όπως χαρά, διασκέδαση, χαλάρωση. Και επίσης, ένα πολύ μικρό ποσοστό μιλάει για συνήθεια (17.9%). 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 (Graham et al., 2008), προσφέρει ευχαρίστηση (Ashton et al., 1973; Schauflier 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).

Σημαντικό ποσοστό (24%) ανέφερε το στρες και την πίεση ως νούμερο ένα παράγοντα που προκαλούν την ανάγκη για τσιγάρο. Έτσι, η λειτουργία του τσιγάρου στη διαχείριση του άγχους επιβεβαιώθηκε και από την ανάγκη τους για τσιγάρο, όπου

το μεγαλύτερο ποσοστό συνδυάζει τη μεγαλύτερη ανάγκη για τσιγάρο με τις καταστάσεις άγχους, στεναχώριας και θυμού. Ακολουθούν οι στιγμές χαλάρωσης (20%). Στη συνέχεια αναφέρονται οι βραδινές ώρες (16%) που σηματοδοτούν το τελείωμα της ημέρας, οι πρωινές ώρες (16%), που σηματοδοτούν την ανάγκη για το πρώτο τσιγάρο. Ένα ποσοστό της τάξεως του 16% αναφέρεται στην κακοκεφιά και την στεναχώρια. Τέλος ακολουθεί η εργασία (8%).

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 (20.8%) και οι στιγμές χαλάρωσης-διασκέδασης (20.8%). Ακολουθούν το ποτό (16.7%), το φαγητό (16.7%), η παρέα (12.5%) και οι βραδινές ώρες (12.5%).

Η πλειοψηφία χαρακτήρισε το κάπνισμα ως επικίνδυνο (30%). Ένα σημαντικό ποσοστό (20%) το χαρακτήρισε ως συνήθεια. Στη συνέχεια ακολούθησαν ποσοστά της τάξεως του 10% που το χαρακτήρισαν ως κάτι άχρηστο, ως παρέα και συντροφιά ως βοήθημα στη διαχείριση του άγχους και ως κάτι βρομερό. Τέλος, μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 5% το χαρακτήρισαν ως χαλάρωση και παρηγοριά αντίστοιχα.

Ως σημαντική τονίζεται η βοήθεια από το υπόλοιπο κοινωνικό-υποστηρικτικό περιβάλλον (9.1%). Από το πρόγραμμα δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα ως προς το κοινωνικό κομμάτι της διακοπής, κάτι που φροντίστηκε τόσο από τον σύμβουλο όσο και από την κινητοποίηση της υποστήριξη της προσπάθειας από το υπόλοιπο περιβάλλον. Στη συνέχεια αναφέρθηκε η φαρμακευτική αγωγή (18.2%) και με μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 9.1% ακολούθησαν ο βελονισμός, το περπάτημα και η γυμναστική. Παραπάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφραξαν ότι τίποτα δεν βοήθησε στο παρελθόν.

Σχετικά με τα πιθανά εμπόδια, που πιστεύουν ότι θα αντιμετωπίσουν στην πορεία του προγράμματος, ο βασικός λόγος που ανησυχούν περισσότερο -και στην περίπτωση που δεν τα καταφέρουν και στην περίπτωση που τα καταφέρουν και υποτροπιάσουν- είναι η αντιμετώπιση δύσκολων και στρεσογόνων καταστάσεων (33.3%), που θα τους λυγίσουν. Μιλούν για κάτι που μπορεί να εμφανιστεί και η αντιμετώπισή του θα είναι πάνω από τις δυνάμεις τους. Το 26.7% ανέφερε ως εμπόδιο το στρες και άλλο ένα 13.3% τη συνήθεια. Ως εμπόδιο αναφέρθηκε το περιβάλλον των καπνιστών με 6.7% και ο εθισμός με 13.3%. Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 6.7% αναφέρθηκε στα τέσσερα σημαντικά τσιγάρα της ημέρας. Σαν βασικό εμπόδιο στην τελική αξιολόγηση μειώνεται το ποσοστό της απάντησης της συνήθειας, καθώς το πρόγραμμα τούς ενισχύει στο να πιστεύουν και να δημιουργούν αρκετές νέες συνήθειες, οπότε αποδυναμώνεται ως λόγος.

### **Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες**

Ο λόγος προσέλευσης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, όπως δήλωσαν οι ίδιοι στην αντίστοιχη ερώτηση, ήταν για όλους η προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Βασικός λόγος που ήθελαν να μουν σε μια τέτοια διαδικασία και βασικός λόγος που ήθελαν να επιδιώξουν και τη μείωση και τη διακοπή ήταν οι λόγοι υγείας προληπτικά, χωρίς κάποιος να αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό πρόβλημα που να απαιτεί την άμεση διακοπή καπνίσματος. Οι περισσότεροι επομένως καπνιστές αποφάσισαν να συμμετάσχουν λόγω της ανησυχίας τους για την πρόληψη τυχόν προβλημάτων υγείας, που θα μπορούσαν να έχουν άμεση σχέση με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, όπως διάφορα είδη καρκίνων. Επομένως, η υγεία ήταν ο πρωτεύον και σημαντικότερος λόγος που οι καπνιστές αποφάσισαν να συμμετάσχουν στο τρέχον πρόγραμμα. Οι περισσότεροι αναφέρθηκαν συμπληρωματικά και σε κάποιους άλλους λόγους όπως οικονομικούς λόγους (25%) αλλά και λόγω της πρόθεσής τους να αλλάξουν τις



συνήθειες και τον τρόπο ζωής για διάφορους λόγους όπως το ότι δεν αισθάνονται καλά με την εικόνα τους ως καπνιστή, η αίσθηση της εξάρτησης, η ενόχληση από τη μυρωδιά του τσιγάρου και οι επιπτώσεις στην υγεία και το δέρμα κ.α

Όλοι οι προαναφερθέντες λόγοι επιβεβαιώνονται από την Ευρωπαϊκή επιτροπή για τη χρήση καπνού (Eurobarometer, 2009), η οποία υποστηρίζει ότι οι κύριοι λόγοι που κινητοποιούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν και να συμμετέχουν σε μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος είναι σε πρώτη θέση η προστασία της υγείας τους και στη συνέχεια το οικονομικό κόστος, η επίδραση του τσιγάρου στον εαυτό τους και σε τρίτους, η αρνητική αυτοεικόνα και η αίσθηση της εξάρτησης. Επίσης οι έρευνες των Musich και συν. (2009) και Graham και συν. (2008) εστίαζαν στους λόγους υγείας και στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους του τσιγάρου, ενώ οι Aubin και συν. (2010) ως λόγους διακοπής αναφέρουν το κόστος, την πίεση από το περιβάλλον, την επιθυμία βελτίωσης της φυσικής κατάστασης και τον φόβο εμφάνισης κάποιας ασθένειας.

Όσον αφορά τις προσδοκίες τους από το πρόγραμμα όλοι αναφέρθηκαν στην προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Σε μια προσπάθεια συγκεκριμενοποίησης των προσδοκιών, το 45.4% ανέφερε ως μοναδική προσδοκία την προσπάθεια μείωσης ενώ μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 18.2% αναφέρθηκαν στη συζήτηση και την ενημέρωση, στις συμβουλές και τα πράγματα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν και στην ενίσχυση της προσπάθειας και την αίσθηση ότι δεν θα είναι μόνοι τους σε αυτή την προσπάθεια.

### **Διαδικασία**

Το πρόγραμμα παρέμβασης περιελάμβανε 12 ατομικές συνεδρίες συμβουλευτικής. Η συχνότητα των συναντήσεων ήταν 1 φορά την εβδομάδα και η διάρκεια μια ώρα. Η ατομική συμβουλευτική υποστήριξη ήταν προσωποκεντρική και βασίστηκε στη θεωρία της παρακινητικής συνέντευξης (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 2002

Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012). Σε κάθε βήμα-συνάντηση, με τον συμβουλευόμενο συζητούνταν και καθορίζονταν οι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Οι στόχοι επικεντρώνονταν κυρίως σε θέματα μείωσης του τσιγάρου, άσκησης και διατροφής, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου, ανάπτυξης προσωπικών δεξιοτήτων, ενίσχυσης αυτοπεποίθησης, αύξησης της αυτο-αποτελεσματικότητας κ.α.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος αποτελεί μια παρέμβαση σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (μείωση τσιγάρου, άσκηση και διατροφή, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου), αλλά και έχει πολλούς στόχους όπως την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση, την παρακίνηση, την επίτευξη της αλλαγής της συμπεριφοράς (κάπνισμα), την υποστήριξη κ.α., κάτι που δίνει τη δυνατότητα στο σύμβουλο να εξασκηθεί, να εξοικειωθεί και να δουλέψει με πολλές τεχνικές εκπληρώνοντας συνεχώς πολλούς και διαφορετικούς υποστόχους.

Το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στηρίζεται στη συμβουλευτική υποστήριξη, η οποία διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Bandura, 1997), Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1985; Butler, 2001), Θεωρία Καθορισμού Στόχων (Locke & Latham, 1990), Μοντέλο «Πιστεύω» Υγείας (Rosenstock, 1974), Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Prochaska, & DiClemente, 1983). Το κάθε βήμα συμβουλευτικής είχε συγκεκριμένα θέματα, όπως η γνωστική ευαισθητοποίηση σε θέματα σχετικά με το κάπνισμα, η συζήτηση λόγων καπνίσματος και τρόπων διακοπής, η αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με το κάπνισμα, η αλλαγή στάσεων και ανθυγιεινών συμπεριφορών, η συζήτηση για τη σκέψη της διακοπής και τους προβληματισμούς – ανησυχίες που έχουν σχετικά με αυτό, η θετική αναπλαισίωση προηγούμενων προσπαθειών, η αύξηση αυτοπεποίθησης και αυτο-εκτίμησης, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι ασκήσεις νοεράς απεικόνισης, η συζήτηση για τα

οφέλη της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, οι δεξιότητες ελέγχου της επιθυμίας για τσιγάρο, ο αυτοδιάλογος, η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, η καταγραφή ημερολογίων, η διαδικασία καθορισμού στόχων, η συζήτηση για τα συμπτώματα της διακοπής και για τους τρόπους αντιμετώπισης, η συζήτηση για τις υποτροπές και τους τρόπους πρόληψης, η παροχή συμβουλών διατροφής, η συζήτηση γύρω από τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους και τους τρόπους οργάνωσης του χρόνου κ.α. Η δομή της παρέμβασης και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε προηγούμενη έρευνα (Γρατσάνη και συν., 2016). Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο προέρχεται από το εγχειρίδιο «Τέρμα το Κάπνισμα και Ώρα για άσκηση» (Θεοδωράκης και Γουργουλιάνης, 2006) όπως αυτό διαμορφώθηκε και εμπλουτίστηκε από τα άτομα του «Εργαστηρίου Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» και στοχεύει 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.

Στο τέλος κάθε συνάντησης ορίζονταν οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα η ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας εντάσσεται βασιζόμενη στις βασικές αρχές της θεωρίας του καθορισμού στόχων, αλλά και της εφαρμογής της στην άσκηση (Locke & Latham, 1990; Theodorakis, Hatzigeorgiadis, Chroni, & Goudas, 2007). Η συχνότητα και η διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας δεν ήταν κάτι συγκεκριμένο, προσχεδιασμένο και ίδιο για όλους, αλλά

διαμορφωνόταν εξατομικευμένο πλάνο για το κάθε άτομο. Το πρόγραμμα και οι στόχοι φυσικής δραστηριότητας συναποφασίζονταν και οργανώνονταν μαζί με το άτομο. Εάν το άτομο ήταν εξοικειωμένο με την άσκηση, ο στόχος που έμπαινε ήταν ανάλογος της επιθυμίας και συνήθειάς του. Ο συμβουλευόμενος μπορούσε να υιοθετήσει διάφορες μορφές φυσικής δραστηριότητας, ξεκινώντας συνήθως από το περπάτημα, που είναι κάτι το οποίο μπορούν να κάνουν όλοι. Αρχικά πραγματοποιούνταν καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας του ατόμου με τη χρήση βηματόμετρων (αισθητήρες καταγραφής κίνησης, που καταγράφουν το κάθε βήμα), και με βάση αυτές τις ενδείξεις καθορίζονταν οι πρώτοι στόχοι φυσικής δραστηριότητας και στη συνέχεια αξιολογούνταν η επίτευξη ή όχι των στόχων και ακολουθούσε ο καθορισμός ή όχι νέων στόχων. Απώτερος στόχος ήταν στις επόμενες και κυρίως στην τελευταία καταμέτρηση βημάτων οι ενδείξεις να είναι όσο υψηλότερες γίνεται και το άτομο να έχει αυξήσει την ενασχόλησή του με τη φυσική δραστηριότητα.

### **Follow-up**

Μετά την ολοκλήρωση των ατομικών συναντήσεων πραγματοποιήθηκαν 3 μηνιαία follow-up σε ατομικό επίπεδο. Επίσης πραγματοποιούνταν συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες σε εβδομαδιαία βάση μετά το τέλος της παρέμβασης και για 6 μήνες. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης και του follow up υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία (περίπου μια φορά την εβδομάδα), είτε με πρωτοβουλία του συμβούλου, είτε με πρωτοβουλία του συμβουλευόμενου. Σκοπός των follow-up ήταν η ενημέρωσή μας 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. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι το πρόγραμμα απευθύνθηκε σε βαρείς καπνιστές.

### **Όργανα Αξιολόγησης**

Για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων, αλλά και για τη λήψη βασικών πληροφοριών όπως για το ιστορικό καπνίσματος και τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής χρησιμοποιήθηκε δομημένη συνέντευξη (ερωτηματολόγιο για το προφίλ του συμμετέχοντα) (Παράρτημα 2). Επίσης, για τους σκοπούς της έρευνας στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ατομικής συμβουλευτικής, αλλά και τη συγκεκριμενοποίηση των παραγόντων που συνέβαλλαν σε αυτό (Παράρτημα 3). Στο συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, έγινε χρήση βηματόμετρων Pedometers SW-200 (Yamax) (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 βηματόμετρα χρησιμοποιήθηκαν κυρίως ως τρόπος κινητοποίησης των συμμετεχόντων ως προς τη φυσική δραστηριότητα.

### **Στατιστική Ανάλυση**

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis). Για την οργάνωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo.

### **Αποτελέσματα - Συζήτηση**

Σκοπός της παρούσας ανεξάρτητης μελέτης ήταν να μελετήσουμε εάν και πώς η συμμετοχή των ατόμων στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος επηρεάζει τη διαδικασία

διακοπής καπνίσματος, αλλά και τη γενικότερη αλλαγή τους ως προς έναν πιο υγιεινό και ποιοτικό τρόπο ζωής.

Στο τέλος του προγράμματος, τρεις από τους συμμετέχοντες, δηλαδή το 37.5%, διέκοψαν το κάπνισμα. Αυτοί οι συμμετέχοντες ήταν ανάμεσα στους τέσσερις πιο βαρείς καπνιστές που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη και αυτό προκύπτει από την παρούσα ηλικία τους και τα έτη καπνίσματος, ξεκίνησαν την κακή συνήθεια του καπνίσματος στην ηλικία των 15-18 ετών. Ένας από αυτούς τους τέσσερις βαρείς καπνιστές πραγματοποίησε σημαντική μείωση στο τέλος του προγράμματος παρέμβασης, αλλά 9 μήνες αργότερα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος επέστρεψε σχεδόν στον αρχικό αριθμό τσιγάρων. Τα υπόλοιπα 4 άτομα πραγματοποίησαν σημαντική μείωση μεγαλύτερη της τάξεως του 50% με αποτέλεσμα να ανήκουν στο επίπεδο των ελαφρών καπνιστών, κάτω από 10 τσιγάρα. Αυτοί οι συμμετέχοντες ξεκίνησαν το κάπνισμα επίσης στην ηλικία των 15-18 και κάπνιζαν για σχεδόν 30 χρόνια καθώς τρεις από αυτούς ήταν πάνω από 45 ετών. Όσον αφορά τα ποσοστά συμμετοχής από τα 12 άτομα που ξεκίνησαν το πρόγραμμα τα 8 το ολοκλήρωσαν. Είναι αξιοσημείωτο ότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν διέκοψε το πρόγραμμα χωρίς να υπάρχει κάποιος σοβαρός λόγος (εμφάνιση σοβαρής ασθένειας, φυγή στο εξωτερικό για δουλειά κ.α). Όλοι οι υπόλοιποι κατάφεραν να ολοκληρώσουν όλες τις συνεδρίες πετυχαίνοντας λιγότερο ή περισσότερο σημαντικούς στόχους και πραγματοποιώντας κάποια αλλαγή σε κάποιον από τους βασικούς τομείς που διαπραγματευόταν το πρόγραμμα, όπως μείωση ή διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης, διαχείριση άγχους, διαχείριση χρόνου, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γενικά υιοθέτηση ενός συνολικά πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Τα παραπάνω υποστηρίζουν και την αποτελεσματικότητά του προγράμματος μας, αφού σύμφωνα με έρευνες όπως του Javitz και συν. (2004), το

ποσοστό υποτροπής μέσα σε έναν χρόνο των ατόμων που κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα κυμαίνεται μεταξύ του 35% και 40%.

### Αξιολόγηση του προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος

Στον Πίνακα 5 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 5.** Ερωτήσεις της συνέντευξης αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Ερωτήσεις προς συμμετέχοντα	Σκοπός Ερωτήσεων
Τι πιστεύει ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;	Να εντοπίσουμε τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να δοθεί έμφαση και να αξιοποιηθούν και σε μελλοντικά προγράμματα.
Τι πιστεύει ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;	Να εντοπίσουμε τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να διακρίνουμε πιθανές δυσκολίες και στοιχεία που χρειάζεται να προσεχτούν, να τροποποιηθούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση.
Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;	Να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος ώστε να αξιοποιηθούν και να προσεχτούν ιδιαίτερα και σε μελλοντικές παρεμβάσεις αλλά και να αξιοποιούνται ως τρόπος κινητοποίησης των νέων συμμετεχόντων.
Ποια πιστεύει ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;	Να εντοπίσουμε τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να μελετήσουμε το πώς θα μπορούσαν να προβλεφτούν, να δουλευτούν με κάποιο τρόπο και να προστεθούν ανάλογες παρεμβάσεις στο εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος.
Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα: (γενικότερη εξάρτηση)	Να εντοπίσουμε τις διαφορές που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ώστε να καταλάβουμε πως και σε ποιους τομείς επιδρά-επηρεάζει η συμμετοχή κάποιου στο πρόγραμμα.
Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;	Να κατανοήσουμε το εάν και πως η συμμετοχή κάποιου στο πρόγραμμα διακοπής προκάλεσε/ επηρέασε κάποιες σωματικές αλλαγές.
Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του / της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;	Να εστιάσουμε στις αλλαγές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς. Με απώτερο σκοπό να αξιοποιηθούν οι θετικές αλλαγές και να τονιστεί η σημασία τους στο πρόγραμμα.

**Πίνακας 5. (συνέχεια)**

<b>Ερωτήσεις προς συμμετέχοντα</b>	<b>Σκοπός Ερωτήσεων</b>
Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;)	Να εντοπίσουμε 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 τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)	Να εντοπίσουμε τις πεποιθήσεις αλλά και τις προσδοκίες του ατόμου για τη μελλοντική του κατάσταση αλλά και τη γνώμη του για το πώς μπορεί το περιβάλλον να επηρεάζει σε αυτή την προσπάθεια ή όχι ώστε να κινητοποιηθεί να αξιοποιήσει το περιβάλλον ή όχι.
Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)	Να εντοπίσουμε ποια κομμάτια του προγράμματος βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να ενισχυθούν, να προσεχτούν περισσότερο.
Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης.	Να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή τους 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.	Ίσως να προκύψουν και κάποιες ιδέες που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα

**Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης.** Σαν Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη. Η δεύτερη σειρά Κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων, όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα που ακολουθούν.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 12 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης.

**Ερώτηση 1:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος. (Πίνακας 6).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.



**Πίνακας 6.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Συναντήσεις με τον Σύμβουλο		«Οι συναντήσεις με τον σύμβουλο ήταν το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος. Αισθανόμουν ότι δεν ήμουν μόνος στη διαδικασία, υπήρχε ένας άνθρωπος που με συνόδευε στην προσπάθεια, ένας χώρος που μπορούσα να μοιράζομαι τα πάντα» (n=8)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Άσκηση	«Η άσκηση που μπήκε στη ζωή μου» (n=2)
	Συζήτηση	«Η συζήτηση με τον σύμβουλο ήταν το πιο βοηθητικό πράγμα. Μέσα από τη συζήτηση συνειδητοποίησα πράγματα για τον εαυτό μου» (n=6)
	Τεχνικές Αντίστασης- Διαχείρισης	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι τεχνικές που προτείνονται από το πρόγραμμα. Με βοήθησαν ώστε να αντιστέκομαι στον πειρασμό του τσιγάρου» (n=2)
	Διαδικασία Καθορισμού Στόχων	«Το καθημερινό πρόγραμμα, το ότι έβαζα στόχους και η προσπάθεια να βρω τρόπους να τους πετύχω ήταν πολύ βοηθητικό» (n=2)
Λειτουργία	Οργάνωση Χρόνου	«Στη μείωση των τσιγάρων με βοήθησε πάρα πολύ η οργάνωση του χρόνου μου μέσα στην ημέρα, το καθημερινό πρόγραμμα που έβαζα και ακολουθούσα» (n=2)
	Υποστήριξη από το σύμβουλο	«Το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος ήταν η συνεχής επαφή και υποστήριξη από τον σύμβουλο» (n=4)
	Υποστήριξη από το περιβάλλον	«Με βοήθησε πολύ η υποστήριξη από το περιβάλλον κυρίως από το σύζυγο αλλά και από άλλους ανθρώπους που είχαν κόψει το κάπνισμα και ήταν κοντά μου» (n=2)
Ιδέα του προτύπου	Αλλαγή Τρόπου σκέψης	«Ο διαφορετικός τρόπος σκέψης που υιοθέτησα μέσα από το πρόγραμμα» (n=2)
		«Ηθελα να αποτελέσω το καλό παράδειγμα για το γιό μου αλλά και το πρότυπο ώστε να προσπαθήσει μετά να το διακόψει και εκείνος» (n=2)

Όλοι οι συμμετέχοντες (n=8) παρουσίασαν τις συναντήσεις με τον σύμβουλο ως το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος, με το μεγαλύτερο μερίδιο από αυτούς (n=6) να τονίζει τα οφέλη των συζητήσεων με τον σύμβουλο. Ανέφεραν ότι αυτή η διαδικασία τους βοήθησε να καλύψουν ανάγκες όπως η έκφραση, το μοίρασμα των συναισθημάτων, η επαφή, και αυτό ήταν πολύ υποστηρικτικό κατά τη διάρκεια της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος. Αντλούσαν δύναμη από τη συνεχή επαφή με τον σύμβουλο και τις συνεδρίες και έτσι μπορούσαν να συνεχίζουν την δύσκολη προσπάθεια, να δουλεύουν και να επεξεργάζονται ότι τους εμποδίζει, να μοιράζονται τα συναισθήματα κ.α. 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 και τη βοήθεια ειδικών. Επίσης, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) έχουν αναφερθεί στην προσπάθεια οργάνωσης προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Η έρευνα των McCarthy και συν. (2010) αναφέρει ότι η συμβουλευτική μειώνει τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος, ενώ οι Zhou και συν. (2009) ανέφεραν ως πρόβλημα και λόγο υποτροπής την έλλειψη βοήθειας.

Δυο από τους συμμετέχοντες θεώρησαν ιδιαίτερα βοηθητική τη διαδικασία αναζήτησης τρόπων αντίστασης και διαχείρισης της επιθυμίας. Ο Alpert (2009) αναφέρει ως βασικό συστατικό ενός προγράμματος διακοπής την εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης. Επίσης διάφοροι άλλοι ερευνητές (Osch et al., 2008; Riet, Ruiter, Werrij, & De Vries, 2008; Velicer, DiClemente, Rossi, & Proshaska, 1990) συσχετίζουν την αντίσταση στο κάπνισμα και τους πειρασμούς με την επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής και την αποφυγή υποτροπών.

Ένα σημαντικό ποσοστό (n=2), αναφέρεται στον βοηθητικό ρόλο της διαδικασίας καθορισμού στόχων και της δέσμευσης σε αυτούς, και γενικότερα της συνεισφοράς τους στη διαδικασία διακοπής, κάτι που επιβεβαιώθηκε και από τους Θεοδωράκης και συν. (2007) και Locke και Latham (1990,2002). Ιδιαίτερα κινητοποιητικό ρόλο είχε και για κάποιους γονείς (n=2) το να αποτελέσουν πρότυπο για τα παιδιά τους πιστεύοντας έτσι ότι ίσως τα επηρεάσουν να μουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Έβλεπαν την δική τους προσπάθεια ως έναν έμμεσο τρόπο να κάνουν καλό στην υγεία των παιδιών τους και αυτό αποτελούσε τον πιο σημαντικό λόγο συνέχισης της προσπάθειας.

Τέλος, κάποιοι συμμετέχοντες αναφέρουν σαν πιο σημαντική βοήθεια (n=2), την αλλαγή τρόπου σκέψης που υιοθέτησαν μέσα από το πρόγραμμα και επομένως και την

αλλαγή τρόπου ζωής, που αποτελούσε βασικό στόχο του προγράμματος, κάτι που τους βοήθησε όχι μόνο στην συγκεκριμένη προσπάθεια, αλλά στο να αρχίσουν να οργανώνουν και να πετυχαίνουν στόχους και σε άλλους βασικούς τομείς της ζωής τους. Επίσης οι Epstein και συν. (2000) τόνισαν το ρόλο και τη συνεισφορά ενός προγράμματος ανάπτυξης προσωπικών δεξιοτήτων στη διακοπή καπνίσματος. Στο πλαίσιο αυτό ιδιαίτερα βοηθητική φάνηκε να είναι η οργάνωση του χρόνου τους και το καθημερινό πρόγραμμα που ακολουθούσαν (n=2).

Ένα μικρότερο ποσοστό (n=2) αναφέρθηκε στην άσκηση και στον βοηθητικό ρόλο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί έως σήμερα από πολλές έρευνες (Boudreaux et al., 2003; De Ruiter & Faulkner, 2006; Everson-Hock et al., 2010; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Lujic et al., 2005; Marcus et al., 2003; Raavola et al., 2001; Taylor et al., 2010; Taylor & Katomeri, 2007; Ussher et al., 2003).

Τέλος, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (7 από τους 8) αναφέρονται στον βοηθητικό ρόλο της υποστήριξης τόσο από τον σύμβουλο όσο και από το υπόλοιπο περιβάλλον, κάτι που υποστηρίχθηκε από πολλές έρευνες, όπως η έρευνα των Carlson και συν. (2003), που τονίζει τον σημαντικό ρόλο της κοινωνικής στήριξης στην προσπάθεια διακοπής και η έρευνα των Christakis & Fowler (2008), όπου τονίζεται η υποστήριξη από φίλους και οικογένεια. Η υποστήριξη από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Clarke & Aish, 2002; Lawhon, Humfleet, Hall, Reus & Munoz, 2009; Manfredi et al., 2007). Η έρευνα των Hyland και συν. (2005), καταδεικνύει τη σημαντικότητα τροποποίησης του περιβάλλοντος, όπως ο περιορισμός του καπνίσματος στο σπίτι, ως εργαλείο διακοπής του καπνίσματος. Η έρευνα των Θεοδωράκη και συν. (2010) εστιάζει στον σημαντικό ρόλο του περιβάλλοντος θεωρώντας ότι μπορεί να έχει και θετική και αρνητική επιρροή

στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Η έρευνα των Nichter και συν. (2010) αναφέρθηκε επίσης στον προστατευτικό ρόλο των φίλων στη διακοπή καπνίσματος και η έρευνα των Zhou και συν. (2009) στο ρόλο του περιβάλλοντος ως σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της υποτροπής. Φαίνεται ότι η ατομική συμβουλευτική, που βασίζεται στην παρακινητική συνέντευξη, προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη που είναι σημαντικής σημασίας για να διακόψει κανείς το κάπνισμα.

**Ερώτηση 2:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 7).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 7.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα		«Τίποτα, δεν υπήρχε κάτι που να αισθάνθηκα ότι βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής» (n=2)
Δύσκολες Καταστάσεις- stress		«Μια δύσκολη περίοδος, κατάσταση που αντιμετώπιζα» (n=4)
Έλλειψη υποστήριξης	Από οικογένεια	«Η μητέρα μου που κάπνιζε μπροστά μου και δεν πίστευε στην προσπάθειά μου» (n=1)
	Από τους σημαντικούς άλλους	«Οι παρέες των καπνιστών που ήταν κοντά μου και δεν πίστευαν σε εμένα και στην προσπάθεια μου με αποθάρρυναν συνεχώς» (n=1)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Τεχνικές χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλάρωσης δεν με βοήθησαν και δεν τις χρησιμοποίησα ποτέ» (n=1)
	Οι ασκήσεις	«Οι ασκήσεις του προγράμματος που όριζε το πρωτόκολλο δεν με βοήθησαν ιδιαίτερα» (n=1)
Αλλαγή συνθηκών- Τρόπου ζωής	Βραδινή έξοδος	«Η βραδινή έξοδος που είχα συνδυασμένη με ποτό και τσιγάρο, κάτι που δυστυχώς δεν μπορούσα να αποφύγω λόγω της δύσκολης συναισθηματικής κατάστασης (χωρισμό) που περνούσα. Έβγαινα συνεχώς και δεν μπορούσα να μην πω και να μην καπνίσω» (n=1)
	Η δουλειά	«Ο χώρος της δουλειάς στον οποίο συνήθιζα να καπνίζω σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες» (n=1)
Ακατάλληλη Χρονική Στιγμή		« Το ακατάλληλο timing. Δεν ήταν η κατάλληλη στιγμή να μπω σε μια διαδικασία διακοπής. Αντιμετώπιζα κάποιες σημαντικές προσωπικές καταστάσεις που με εμπόδιζαν να επικεντρωθώ στην προσπάθεια που έκανα» (n=3)

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα όπως τα τέσσερα άτομα που ανέφεραν ως παράγοντες δυσκολίας τις καταστάσεις άγχους, που κατά καιρούς αντιμετώπιζαν, δυο άτομα ανέφεραν την έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον τους, που εκδηλωνόταν με διάφορους τρόπους, όπως με το να μην πιστεύουν και να αμφισβητούν την προσπάθειά τους, κάτι που επηρέαζε και την δική τους πίστη στην προσπάθεια τους, να τους προκαλούν με το να καπνίζουν συνεχώς μπροστά τους και να τους προσφέρουν τσιγάρο, με το να τους αποθαρρύνουν λέγοντάς τους ότι αυτό είναι κάτι ακατόρθωτο και δεν πρόκειται να το πετύχουν και με διάφορους άλλους τρόπους. Ένα άτομο αναφέρθηκε στις αλλαγές των συνηθειών και του τρόπου ζωής όπως, η βραδινή έξοδος με ποτό και χωρίς τσιγάρο, ο χώρος της δουλειάς, όπου συνήθιζε να καπνίζει σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες, κάτι που απαιτούσε και χρόνο και προσπάθεια και υπομονή μέχρι να υιοθετήσουν νέες συνήθειες. Τέλος, τρία άτομα μίλησαν για ακατάλληλη χρονική στιγμή λόγω του ότι αντιμετώπιζαν ιδιαίτερες και δύσκολες προσωπικές καταστάσεις που δεν τους επέτρεπαν να εστιάσουν και να επικεντρωθούν στην προσπάθειά τους ενώ κάποιοι εστίασαν σε συγκεκριμένα στοιχεία του προγράμματος, όπως τα δυο άτομα που δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κάτι, που να θεώρησαν ότι βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής, όσον αφορά το πρόγραμμα. Δύο άτομα αναφέρθηκαν στο περιεχόμενο του προγράμματος: ένα άτομο ανέφερε ότι βρήκε λιγότερο βοηθητικές τις ασκήσεις του προγράμματος και άλλο ένα ότι δεν βρήκε βοηθητικές τις τεχνικές χαλάρωσης και είχε δυσκολία να τις χρησιμοποιήσει.

**Ερώτηση 3:** Τι κέρδισε το άτομο από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 8).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος

ώστε να αξιοποιηθούν και να αξιοποιηθούν ως κίνητρο συμμετοχής σε μελλοντικές παρεμβάσεις. Σε μια προσπάθεια συγκεκριμενοποίησης του γενικότερου κέρδους τους από το παρόν πρόγραμμα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ό,τι είχαν προαναφέρει στην πρώτη γενική ερώτηση που αφορούσε το τι βοήθησε στη διαδικασία διακοπής, προσθέτοντας συμπληρωματικά κάποιες απαντήσεις.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες και αφορούν τη λειτουργία και το σκοπό του προγράμματος και τις αλλαγές σε στάσεις και συμπεριφορές, σχηματίζοντας έτσι τη δεύτερη σειρά κατηγοριοποίησης. Υπήρχε επίσης και τρίτη σειρά κατηγοριοποίησης εντός αυτών των τεσσάρων κατηγοριών.

Σε μια προσπάθεια να αναδείξουν τα οφέλη που προέκυπταν από την λειτουργία του προγράμματος ανέφεραν ότι οι γνώσεις και η ενημέρωση (n=4) που απέκτησαν τόσο για το κάπνισμα και με ό,τι αυτό συνδέεται, αλλά και γενικότερα για τη διαδικασία διακοπής, ήταν κάτι που θα τους κινητοποιήσει τόσο σε μια μελλοντική προσπάθεια διακοπής όσο και στη διατήρηση της διακοπής. Αρκετές έρευνες εστιάζουν στο γνωστικό κομμάτι, που αναφέρεται στα οφέλη και της ζημιές της καπνιστικής και μη καπνιστικής συμπεριφοράς (Θεοδωράκης, 2010). Θεωρείται σημαντικό για ένα πρόγραμμα να συμπεριλαμβάνει πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνού στην υγεία και τις κοινωνικές επιρροές του καπνίσματος (Alpert, 2009). Επιπλέον φαίνεται ότι οι ανησυχίες για την υγεία επηρεάζουν και αυξάνουν την ετοιμότητα για διακοπή (Curry et al., 1997) και ότι η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο παροχής συμβουλευτικής για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος μπορεί να επηρεάσει και να συμβάλλει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Schane et al., 2013). Απο όλους τους συμμετέχοντες αναφέρθηκε ως σημαντικότερο κέρδος η υποστήριξη που λάμβαναν από τον σύμβουλο. Αρκετοί επίσης συμμετέχοντες εστίασαν στο δεσμευτικό ρόλο του

προγράμματος για την επίτευξη της διακοπής αλλά και τη διαήρηση της αποχής τόσο κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους στο πρόγραμμα όσο και μετά την ολοκλήρωσή του.

**Πίνακας 8.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Ως προς τη λειτουργία	Γνώση- Ενημέρωση	«Απέκτησα πολλές γνώσεις αποτρεπτικές για το κάπνισμα, για τις βλαβερές επιπτώσεις στον οργανισμό και για τους τρόπους διακοπής και γενικότερα πολλά που με βοήθησαν στη διακοπή και την αποχή» (n=4)
	Δέσμευση	«Η δέσμευση ήταν κάτι που με βοήθησε κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα λειτουργεί ως δέσμευση τόσο κατά τη διάρκεια της προσπάθειας όσο και τώρα που έχω ολοκληρώσει το πρόγραμμα» (n=3)
	Υποστήριξη	«Η Υποστήριξη από τους συμβούλους του προγράμματος. Το ότι υπήρχε κάποιος με τον οποίο μπορούσα να συζητάω τα πάντα, να μοιράζομαι τα πάντα και να βάζουμε στόχους. Το να έχω υποστήριξη σε αυτό τον δρόμο προς την διακοπή ήταν το μεγαλύτερο κέρδος» (n=8)
Ως προς το στόχο	Διακοπή Καπνίσματος	«Μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Το πιο σημαντικό πράγμα που κέρδισα από το πρόγραμμα» (n=3)
	Μείωση καπνίσματος	«Μείωσα αισθητά τον αριθμό τσιγάρων, κάτι που ήταν το πιο σημαντικό για εμένα» (n=4)
	Τεχνικές διαχείρισης	«Έμαθα κάποιους τρόπους με τους οποίους μπορώ να παίρνω τον έλεγχο του τσιγάρου και να αντιστέκομαι στον πειρασμό» (n=1)
Ως προς τη στάση	Παρακίνηση- Ευαισθητοποίησης	«Μέσα από το πρόγραμμα κινητοποιήθηκα και δεσμεύτηκα περισσότερο ως προς την προσπάθεια της διακοπής. Ασχολούμαι συνεχώς με την ιδέα της διακοπής» (n=3)
	Αυτοπεποίθηση	«Αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή μου και πίστεψα περισσότερο στον εαυτό μου και τις δυνάμεις μου. Ξέρω τι μπορώ να κάνω, τι μπορώ να καταφέρω, τι είναι ρεαλιστικό και εφικτό» (n=5)
	Αυτογνωσία	« Είδα, έμαθα και γνώρισα περισσότερα πράγματα όχι μόνο για τον ίδιο μου τον εαυτό όπως τι μπορώ να κάνω, τι μπορώ να αντέξω, αλλά και για τη σχέση μου με το τσιγάρο, τι είναι για εμένα το τσιγάρο, τι μου δίνει γιατί το χρησιμοποιώ και τώρα προσπαθώ να τα αντλήσω αυτά από άλλους πιο υγιείς τρόπους» (n=5)
Ως προς τα συναισθήματα	Μια βάση	«Μετά το πέρας του προγράμματος αισθανόμουν ότι έχω μια βάση σε αυτό που λέγεται προσπάθεια διακοπής» (n=1)
	Σιγουριά/Ασφάλεια	«Το πρόγραμμα με έκανε να αισθάνομαι πιο σίγουρος για τον εαυτό μου, για τις ικανότητές μου για την προσπάθειά μου γενικότερα» (n=1)
	Μείωση άγχους	«Δεν έχω το άγχος και την αγωνία που είχα παλιά για το κάπνισμα» (n=1)
	Ηρεμία, χαλάρωση	«Είμαι γενικά πιο ήρεμη, πιο χαλαρή, λιγότερο αυστηρή με τα παιδιά» (n=2)

Όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι το πιο σημαντικό κέρδος για εκείνους ήταν ότι πέτυχαν τους στόχους τους είτε αφορούσε τη διακοπή καπνίσματος (n=3), είτε τη μείωση (n=4). Η ανάπτυξη και απόκτηση τεχνικών διαχείρισης της επιθυμίας και του τσιγάρου (n=1) θεωρήθηκε επίσης σημαντικός στόχος. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες μιλούν για αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο όσον αφορά τις στάσεις τους. Αναφέρουν ως ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη που έχουν να κάνουν με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η αύξηση της εναισθησίας και της αυτογνωσίας (n=5), κάτι που βοήθησε να γίνεται κατανοητή η συμπεριφορά από τον ίδιο τον συμβουλευόμενο χωρίς ωστόσο να υπάρχει πίεση από την πλευρά του συμβούλου, καθώς η έλλειψη πίεσης αποτελεί βασική αρχή της παρακινητικής συνέντευξης. Βασικές αλλαγές αναφέρθηκαν επίσης στην αύξηση της αυτοπεποίθησης (n=5), αισθανόμενοι έτσι πιο δυνατοί και πιο σίγουροι για την προσπάθεια τους και την επίτευξη των στόχων τους. Η αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα τους παρακίνησε στην εκπλήρωση των στόχων τους (n=3) και, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενες μελέτες, συνέβαλλε αποτελεσματικά στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Prochaska, 1996; Prochaska et al. 1991; Osch et al., 2008; Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990). Από τα παραπάνω διαφαίνεται το πόσο βοηθητική και αποτελεσματική αποδεικνύεται η παρακινητική συνέντευξη, στην οποία βασίστηκε η παρέμβασή μας, σημαντική αρχή της οποίας είναι η υποστήριξη της αυτό-αποτελεσματικότητας προκειμένου να αυξήσουμε τις πιθανότητες για επίτευξη της αλλαγής. Οι συμμετέχοντες επίσης ανέφεραν ότι μέσα από το πρόγραμμα αισθάνθηκαν ότι έχουν μια ασφάλεια (n=1), μια βάση (n=1) και μια σιγουριά, που τους βοήθησε ιδιαίτερα σε όλη αυτή τη προσπάθεια, κάτι που αποτελούσε βασική αρχή της παρακινητικής συνέντευξης, το να αυξήσει δηλαδή την πίστη του συμβουλευόμενου στις δυνάμεις του, ώστε να καταφέρει να ξεπεράσει τα εμπόδια και να πετύχει την αλλαγή. Στο σημαντικό ρόλο ενός γνωστικού μηχανισμού, της αυτό-



αποτελεσματικότητας, που λειτουργούσε ως διαμεσολαβητής στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς, είχε αναφερθεί πρώτος ο Bandura (1997). Τη χαρακτήρισε ως την κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του για τις ικανότητές του να αντιμετωπίζει επικίνδυνες καταστάσεις χωρίς να κάνει κάποια υποτροπή. Έχει αποδειχτεί ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της αλλαγής διαφόρων συμπεριφορών υγείας επηρεάζοντας τις επιλογές που θα κάνει κάποιος, την προσπάθειά του, την επιμονή του, το χρόνο που θα διαθέσει, το άγχος και τις τεχνικές αντιμετώπισής του (Bandura, 1997). Επίσης δρα ως παράγοντας παρακίνησης και επηρεάζει το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Bandura, 1997) και αυξάνεται σταδιακά καθώς οι άνθρωποι προχωρούν στα 5 στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς.

Σημαντικό ποσοστό αναφέρθηκε σε κέρδος ως προς τα συναισθήματα αναφερόμενος στη μείωση του άγχους και των ανησυχιών (n=1) και την εξασφάλιση περισσότερης ηρεμίας και χαλάρωσης (n=2). Η διαχείριση του στρες με διάφορους τρόπους έγινε αντικείμενο πολλών ερευνών στο πεδίο της διακοπής καπνίσματος και έχει υποστηριχτεί ο σημαντικός ρόλος του άγχους και του στρες στην ενίσχυση της καπνιστικής συμπεριφοράς (Nosen & Woody, 2009), καθώς η ανακούφιση από το άγχος συχνά αναφέρεται ως κίνητρο καπνίσματος (Curry et al., 1998; Graham et al., 2008) και επομένως εμπόδιο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Aubin et al., 2010; Hughes, 2009). Έχει υποστηριχτεί ότι παρεμβατικά προγράμματα, που στόχευαν στον περιορισμό του στρες αποδείχτηκαν περισσότερο επιτυχημένα (Zhu et al., 1996). Έτσι, φαίνεται ότι η μείωση του άγχους δεν αποτελεί μόνο προσωπικό όφελος, αλλά και ένα σημαντικό εργαλείο που αυξάνει τις πιθανότητες μιας επιτυχημένης προσπάθειας διακοπής καπνίσματος.

Τέλος, αναφέρουν ότι ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το γεγονός ότι όλα αυτά τα οφέλη, που αποκόμισαν από το πρόγραμμα, τα γενίκευσαν και τα αξιοποίησαν και στους υπόλοιπους σημαντικούς τομείς της ζωής τους εκτός από το κάπνισμα.

**Ερώτηση 4:** Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια για το άτομο στο να διακόψει το κάπνισμα (Πίνακας 9).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε μελετήσουμε το πώς θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και να αναπτύξουμε στρατηγικές και τεχνικές για μελλοντική χρήση και βελτίωση του παρόντος παρεμβατικού προγράμματος.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9 και μετά τη λήξη του προγράμματος οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως βασικές δυσκολίες-εμπόδια στην διαδικασία διακοπής καπνίσματος και διατήρησης της αποχής την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (n=5), που τους ωθούσαν να αναζητήσουν βοήθεια και παρηγοριά στο τσιγάρο, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Hughes, 2009; Nosen & Woody, 2009). Ως βασικό εμπόδιο έχει επίσης αναφερθεί η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό-υποστηρικτικό περιβάλλον, όχι μόνο με την έννοια έλλειψης στήριξης και πίστης στην προσπάθειά τους (n=2), αλλά και με την λανθασμένη προσπάθεια επηρεασμού τους (n=2) προσφέροντας τους τσιγάρο, σχολιάζοντας την προσπάθειά τους, καπνίζοντας μπροστά τους και άλλες παρόμοιες συμπεριφορές. Η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και η έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον αποτελούν δυο πολύ σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να αποσπάσουν και να αποσυντονίσουν τους συμμετέχοντες από την προσπάθειά τους, μειώνοντας την συγκέντρωσή τους, χάνοντας την ενέργειά τους, προκαλώντας άγχος και στεναχώρια, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί και από προηγούμενες έρευνες (Christakis &

Flower, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Nichter et al., 2010; Zhou et al., 2009).

**Πίνακας 9.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δύσκολες καταστάσεις-stress	«Τα οικογενειακά ζητήματα που αντιμετώπιζα και με δυσκόλευαν στη προσπάθεια και κυρίως στη συγκέντρωση, στη διατήρηση της ηρεμίας και στη διαχείριση του άγχους» (n=5)
Πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον	«Έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον» (n=2)
Οι παρέες	«Στις παρέες μου είναι όλοι καπνιστές, κάτι που με δυσκόλευε ιδιαίτερα στην προσπάθειά μου. Αισθανόμουν ότι δεν είχα συμμάχους, κάποιον στον οποίο θα μιλήσω σε μια δύσκολη στιγμή και θα με καταλάβει» (n=2)
Η συνήθεια	«Πίστευα ότι δεν θα μπορούσε να αλλάξει με τίποτα αλλά κατάλαβα ότι θα μπορούσε όπως και έγινε» (n=1)
Εθισμός	«Ο εθισμός. Αισθανόμουν απόλυτα εξαρτημένος στο κάπνισμα. Τα συμπτώματα στέρησης που αισθανόμουν από τη νικοτίνη» (n=1)
Ο εαυτός μου	«Ο εαυτός μου. Η αδυναμία μου σαν χαρακτηριστικό προσωπικότητας με δυσκόλεψε. Δεν είμαι και τόσο δυνατός χαρακτήρας» (n=2)
Τίποτα	«Δεν αντιμετώπισα σοβαρά εμπόδια στην προσπάθεια μου να διακόψω το κάπνισμα. Με τη βοήθεια του προγράμματος ένιωθα ικανός να αντιμετωπίσω οποιαδήποτε δυσκολία στην προσπάθειά μου» (n=2)
Η δουλειά	«Το άγχος της δουλειάς με δυσκόλευε ιδιαίτερα και για να το διαχειριστώ χρησιμοποιούσα το τσιγάρο όπως είχα μάθει μέχρι τώρα» (n=1)
Ιδέα οριστικής διακοπής	«Με έπιανε πανικός στη σκέψη ότι δεν θα ξανακάνω ποτέ ούτε ένα τσιγάρο» (n=1)

Ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρθηκε σε άλλα εμπόδια που έκαναν την αποχή από το κάπνισμα δύσκολη, όπως ο εθισμός και η συνήθεια (n=1), εμπόδια που έχουν αναφερθεί επίσης από τον Hughes (2006). Οι συμμετέχοντες επίσης ανέφεραν ως εμπόδια το χώρο, αλλά και τη φύση της εργασίας (n=1), που καθιστούσε δύσκολη την αποχή από το κάπνισμα, όπως και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (n=1), αλλά και την ιδέα της οριστικής διακοπής (n=1). Αξίζει να αναφερθεί ότι από τις αναφορές των συμμετεχόντων προκύπτει σημαντική αλλαγή ως προς τις περιγραφές και συγκεκριμένα τον τρόπο και την ένταση που μιλούν για τις δυσκολίες και τα πιθανά εμπόδια που θα αντιμετωπίσουν στην πορεία της διαδικασίας διακοπής. Η βασική

διαφορά εντοπίζεται στο μέγεθος των εμποδίων και στο κατά πόσο θεωρούν ότι μπορούν να τα διαχειριστούν και να τα ξεπεράσουν. Χαρακτηριστικά, αρχικά αναφέρονται σε ανυπέρβλητα εμπόδια που μπορεί να εμφανιστούν και να έχουν ως κόστος ακόμη και τη διακοπή της προσπάθειάς τους ενώ μετά το τέλος της παρέμβασης αναφέρονται σε εμπόδια, που μπορεί να δυσκόλευσαν την προσπάθεια τους, αλλά πιστεύουν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις δυσκολίες. Δεν φαντάζει κάποιο μεγαλύτερο από τις δυνάμεις τους, όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν δυο συμμετέχοντες στο τέλος του προγράμματος. Επομένως, μιλούν για αντιμετωπίσιμες-διαχειρίσιμες δυσκολίες και όχι ανυπέρβλητα εμπόδια, που θα έχουν ως κόστος την παραίτηση από τη διαδικασία διακοπής. Άλλωστε είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι και ένα ποσοστό της τάξεως του 20% απαντά ότι δεν υπήρχε καμία δυσκολία και κανένα εμπόδιο στην προσπάθεια διακοπής. Φαίνεται ότι η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο, όπως αύξηση εναισθησίας, αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοπεποίθησης, κάτι που αύξησε την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και καλλιέργησε τη σιγουριά ότι μπορούν να διαχειριστούν οποιαδήποτε δυσκολία. Επιπλέον αυτός ήταν και ο βασικός στόχος της παρακινητικής συνέντευξης, να αυξήσει την πίστη του συμβουλευόμενου στις δυνάμεις του ώστε να καταφέρει να ξεπεράσει τα εμπόδια και να πετύχει την αλλαγή.

**Ερώτηση 5:** Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση) (Πίνακας 10).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις διαφορές που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 10.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση);*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Απόλυτα εξαρτημένος	«Αισθανόμουν πολύ εξαρτημένη, κολλημένη με το κάπνισμα. Θα έκανα τα πάντα, θα άφηνα ακόμη και τα παιδιά μικρά μόνα τους προκειμένου να βγω να καπνίσω. Η κάθε δραστηριότητα πριν σχετιζόταν και συνδυαζόταν με το κάπνισμα» (n=7)
	Δεν είχε τον έλεγχο	«Πριν την παρέμβαση κάπνιζα χωρίς έλεγχο. Ούτε σκεφτόμουν πόσα τσιγάρα κάπνισα ή αν θέλω να καπνίσω. Βρισκόμουν με περισσότερα του ενός τσιγάρα αναμμένα χωρίς να το καταλάβω» (n=5)
Μετά	Αισθάνεται περισσότερο ανεξάρτητος	«Τώρα νιώθω πιο ανεξάρτητη, πιο απελευθερωμένη, πιο ελεύθερη. Τώρα πια δεν με απασχολεί να κάνω τα πάντα για να βρω ένα τσιγάρο και δεν συνδέονται όλες μου οι κινήσεις, οι δράσεις, οι δραστηριότητες και οι συμπεριφορές με το κάπνισμα» (n=6)
	Μεγαλύτερος έλεγχος	«Μετά την παρέμβαση αισθάνομαι ότι έχω μεγαλύτερο έλεγχο. Για αυτό και κατάφερα να φτάσω στα 8 τσιγάρα και να τα ελέγγω. Νιώθω καλά με αυτά τα 8 και δεν θέλω να πάω παρακάτω. Τώρα σκέφτομαι πόσα τσιγάρα κάπνισα, αν θέλω να καπνίσω τώρα και κάθε φορά που καπνίζω είναι συνειδητή επιλογή και όχι αυτοματοποιημένη κίνηση» (n=6)

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά στη γενικότερη αλλαγή τους πριν και μετά στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=7) μιλούν για την απόλυτη εξάρτηση που είχαν πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και την έλλειψη ελέγχου (n=5) στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αναφέρουν ότι θα έκαναν τα πάντα για ένα τσιγάρο, ότι κάπνιζαν χωρίς κανέναν έλεγχο και ότι πολλές φορές «έπιαναν» τον εαυτό τους να καπνίζει περισσότερα του ενός τσιγάρου ταυτόχρονα ή να βρίσκεται με ένα τσιγάρο στο χέρι χωρίς να έχει καταλάβει πως και πότε μπήκε σε αυτή τη διαδικασία ενώ τώρα ελέγχουν εκείνοι τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Ωστόσο μετά το πέρας της παρέμβασης όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ανεξάρτητοι (n=6), πιο ελεύθεροι, ότι δεν αισθάνονται δέσμιοι του τσιγάρου και ότι πλέον τώρα εκείνοι έχουν τον έλεγχο και αποφασίζουν πότε και εάν θα κάνουν ένα τσιγάρο. Μιλούν για απόλυτα συνειδητό έλεγχο της

κατάστασής τους (n=6). Ακόμη και όσοι δεν το έχουν διακόψει, επιλέγουν το πότε θέλουν να κάνουν τσιγάρο και εάν το θέλουν πραγματικά.

Ο έλεγχος της συμπεριφοράς καπνίσματος είναι πολύ σημαντικός στην διαδικασία διακοπής καθώς επηρεάζει τόσο την πρόθεση όσο και την προσπάθεια διακοπής (Konac et al., 2009). Ο σημαντικός ρόλος του ελέγχου έχει τονιστεί από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB, Ajzen, 1985), η οποία χρησιμοποιείται για να αναδείξει παράγοντες, στους οποίους πιθανόν οφείλεται η υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Fishbein & Ajzen, 2005). Σύμφωνα με τη θεωρία της Σχεδιασμένη Συμπεριφοράς, βασικός παράγοντας που προβλέπει τη συμπεριφορά είναι η πρόθεση, η οποία καθορίζεται από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Για να αλλάξει λοιπόν το άτομο τη συμπεριφορά του σαν καπνιστής θα πρέπει να επηρεασθεί συναισθηματικά, γνωστικά, να πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από τον ίδιο και να δέχεται βοήθεια και υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους. Έτσι επιβεβαιώνουμε το πόσο σημαντική είναι η αλλαγή που έγινε σε επίπεδο ελέγχου όχι μόνο για να πετύχουν την αλλαγή, δηλαδή τη διακοπή, όσοι δεν την πέτυχαν, αλλά και για να την διατηρήσουν όσοι τα κατάφεραν.

**Ερώτηση 6:** Πως ένιωθε το άτομο το σώμα του όταν κάπνιζε κανονικά. Πως νιώθει μετά την παρέμβαση (Πίνακας 11).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις σωματικές αλλαγές που προκάλεσε το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Όσον αφορά το διάστημα πριν την παρέμβαση, δυο άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν το σώμα τους βαρύ, τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι κουράζονταν εύκολα και είχαν μειωμένη αντοχή και άλλα τέσσερα ότι είχαν δυσκολία αναπνοής, ένα άτομο έκανε λόγο για βραχνιασμένο λαιμό, δυο άτομα ανέφεραν ότι ένιωθαν το σώμα τους μη υγιές, δυο άτομα έκαναν λόγο για μειωμένη

φυσική κατάσταση και ένα άτομο δήλωσε ότι δεν είχε γεύση, και δυο άτομα μίλησαν για γερασμένο δέρμα.

**Πίνακας 11.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Δεν είχα γεύση	«Δεν είχα γεύση. Αισθανόμουν όλες τις γεύσεις αλλοιωμένες» (n=1)
	Δυσκολία αναπνοής	«Δυσκολευόμουν πολύ στην αναπνοή από το πρωί που ξυπνούσα» (n=4)
	Βαρύ σώμα	«Ένιωθα βαρύ το σώμα μου» (n=2)
	Εύκολη κούραση	«Κουραζόμουν εύκολα. Δεν μπορούσα να τρέξω. Αισθανόμουν κάποιες φορές σαν να μην είχα καμία αντοχή» (n=4)
	Βραχνιασμένος λαιμός	«Είχα συνεχώς βήχα και βραχνιασμένο λαιμό» (n=1)
	Μη υγιές σώμα	«Αισθανόμουν το σώμα μου σαν να μην ήταν υγιές» (n=2)
	Μειωμένη φυσική κατάσταση	«Μειωμένη φυσική κατάσταση» (n=2)
	Γερασμένο Δέρμα	«Αισθανόμουν το δέρμα μου μη υγιές και γερασμένο» (n=2)
Μετά	Καμία διαφορά	«Δεν έχω δει κάποιες διαφορές στο σώμα μου» (n=1)
	Καλύτερη αίσθηση σώματος	«Νιώθω καλύτερα το σώμα μου, όχι όμως μόνο επειδή μείωσα το τσιγάρο αλλά επειδή αύξησα την άσκηση» (n=2)
	Μεγαλύτερη αντοχή	«Τώρα αισθάνομαι ότι έχω περισσότερες αντοχές σε σχέση με πριν που λαχάνιαζα αμέσως και δεν μπορούσα να συνεχίσω το τρέξιμο» (n=5)
	Περισσότερο καθαρός	«Νιώθω περισσότερο καθαρή σωματικά» (n=1)
	Υποχώρηση βήχα	«Τώρα δεν έχω πλέον βήχα ενώ πριν ήταν πολύ έντονος» (n=1)
	Βελτίωση αναπνοής	«Διευκολύνομαι κατά πολύ στην αναπνοή. Αναπνέω καλύτερα» (n=4)
	Βελτίωση γεύσης	«Έχω καλύτερη γεύση. Καταλαβαίνω όλες τις γεύσεις. Τώρα καταλαβαίνω πόσο έντονη ήταν η αλλοίωση» (n=2)
	Βελτίωση δέρματος	«Βλέπω μεγάλη διαφορά στο δέρμα μου. Το νιώθω πιο λαμπερό» (n=2)

Όσον αφορά το διάστημα αμέσως μετά την παρέμβαση, πέντε άτομα αναφέρθηκαν στη μεγαλύτερη αντοχή, δυο 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, ένα άτομο ανέφερε την υποχώρηση του

βήχα, δυο συμμετέχοντες ανέφεραν βελτίωση γεύσης, δυο βελτίωση δέρματος, τέσσερις βελτίωση αναπνοής και τέλος, ένας δήλωσε ότι δεν είδε καμία διαφορά στο σώμα του και ένας ότι αισθανόταν περισσότερο καθαρός.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές που παρατήρησαν στο σώμα τους πριν και μετά την παρέμβαση. Όλοι εντοπίζουν βασικές δυσκολίες πριν, όπως δυσκολίες αναπνοής, έλλειψη γεύσης, βαρύ σώμα, εύκολη κόπωση, βραχνιασμένος λαιμός, αίσθηση μη υγιούς σώματος, γερασμένο δέρμα και μειωμένη φυσική κατάσταση. Είτε διέκοψαν είτε όχι, όπως επίσης και είτε υιοθέτησαν την άσκηση είτε όχι, όλοι μιλούν για μικρότερες ή μεγαλύτερες σωματικές αλλαγές. Κυρίως μιλούν για αλλαγές στην μεγαλύτερη αντοχή, στην υποχώρηση του βήχα, στη βελτίωση της αναπνοής, της γεύσης και του δέρματος, στην καλύτερη αίσθηση σώματος, στην μεγαλύτερη αίσθηση καθαριότητας κ.α. Αλλαγές εντοπίζονται έστω και σε όσους πραγματοποίησαν μικρή μείωση. Όσο μεγαλύτερη μείωση και ενασχόληση με την άσκηση τόσο μεγαλύτερα σωματικά οφέλη (Digelidis et al., 2007; Taylor et al., 2007).

**Ερώτηση 7:** Ποιές αλλαγές νιώθει το άτομο ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση (Πίνακας 12).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς. Όπως φαίνεται στον πίνακα 6, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 κατηγορίες και αφορούσαν αλλαγές σε σκέψεις, συναισθήματα και συνήθειες δημιουργώντας έτσι την δεύτερη σειρά κατηγοριοποίησης. Δημιουργήθηκε επίσης και τρίτη σειρά κατηγοριοποίησης εντός των παραπάνω τριών κατηγοριών.



**Πίνακας 12.** 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	Αρνητικός τρόπος Σκέψης	«Κάνω μόνο αρνητικές σκέψεις για το τσιγάρο που πριν δεν έκανα. Σκέφτομαι συνεχώς ότι είναι κάτι κακό» (n=2)
	Έλεγχος σκέψης	«Η πιο βασική αλλαγή είναι σε επίπεδο σκέψης. Τώρα ελέγχω εγώ το τσιγάρο και τη σκέψη για αυτό και όχι αυτό εμένα» (n=2)
	Θετικός τρόπος Σκέψης	«Κάνω θετικές και αισιόδοξες σκέψεις για μια ζωή χωρίς τσιγάρο» (n=2)
	Το σκέφτομαι περισσότερο	«Το σκέφτομαι πολύ περισσότερο και όταν το κάνω νιώθω άσχημα» (n=2)
	Το σκέφτομαι λιγότερο	«Δεν σκέφτομαι πλέον το τσιγάρο. Δεν με απασχολεί καθόλου» (n=1)
	Συνειδητοποιημένη σκέψη	«Συνειδητοποίησα πως χρησιμοποιώ το τσιγάρο. Τι είναι για μένα, τι μου δίνει, τι μου στερεί» (n=8)
Συναισθήματα	Ενοχές	«Νιώθω τύψεις και ενοχές που συνεχίζω και καπνίζω. Το αισθάνομαι σαν βρωμιά πάνω μου» (n=1)
	Ικανοποίηση	«Μισούσα την εξάρτηση και ήθελα με κάποιο τρόπο να σταματήσει να υπάρχει. Αισθάνομαι πολύ ικανοποιημένος, γεμάτος και κερδισμένος που ξέφυγα από αυτή την εξάρτηση» (n=4)
	Ηρεμία	«Αισθάνομαι πιο χαλαρός και πιο ήρεμος» (n=1)
	Ζωντάνια	«Ζω έντονα, με περισσότερη ζωντάνια» (n=1)
	Ευτυχία	«Αισθάνομαι πιο ευτυχισμένη, πιο χαρούμενη» (n=2)
	Περηφάνια	«Αισθάνομαι κυρίως περήφανη για τον εαυτό μου κάτι που το είχα ανάγκη» (n=7)
	Ελευθερία	«Αισθάνομαι πιο ελεύθερη» (n=3)
Συμπεριφορά	Έλεγχος	«Η βασικότερη αλλαγή για εμένα είναι ότι έμαθα να ελέγχω το τσιγάρο και όχι εκείνο εμένα (n=8)
	Αλλαγή Συμπεριφορών και Συνηθειών συνδρασμένων με το κάπνισμα	«Έχουν αλλάξει αρκετά και οι συνήθειες αλλά και οι συμπεριφορές μου σε διάφορα επίπεδα. Ένα από τα πιο σημαντικά για εμένα είναι ότι σηκώνομαι πιο νωρίς το πρωί για να προλάβω να καπνίσω. Τώρα δεν με απασχολεί τόσο απολαμβάνω περισσότερο τον ύπνο μου και σηκώνομαι πιο αργά χωρίς άγχος» (n=8)
	Έναρξη Δραστηριοτήτων	«Ασχολούμαι με δραστηριότητες» (n=4)
	Υιοθέτηση Υγιεινού Τρόπου Ζωής	«Ζω πιο υγιεινά. Θα συνεχίσω την προσπάθεια» (n=8)

Αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρουν, ως αποτέλεσμα της παρέμβασης, αλλαγές σε σκέψεις, κάτι που έχει υποστηριχτεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή

καπνίσματος (Nosen & Woody, 2009). Συγκεκριμένα μιλούν για πιο συνειδητοποιημένη σκέψη (n=8), κάτι που έχει να κάνει τόσο με την επίγνωση, η οποία σύμφωνα με την παρακινητική συνέντευξη επηρεάζει τη σχέση με το κάπνισμα (Gemmel & Di Clemente, 2009), αλλά και με την δέσμευση και το πώς επηρεάζει την διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Glanz et al., 2002; Kovac et al., 2009; Locke & Latham, 1990, 2002, Musich et al., 2009). Ακόμη μιλούν για πιο θετική σκέψη (n=2) για την υγεία και την διακοπή, αλλά και πιο αρνητική σκέψη για το κάπνισμα και τις συνέπειες του (n=2) (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013). Φαίνεται ότι όσον αφορά το ισοζύγιο αποφάσεων (decisional balance), που προτάθηκε από τους Janis και Mann (1977) και αντικατοπτρίζει την ικανότητα κάποιου να εξισορροπεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής μιας συμπεριφοράς, οι συμμετέχοντες έχουν πραγματοποιήσει σημαντικές αλλαγές. Ενώ δηλαδή αρχικά οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι τα πλεονεκτήματα της «προβληματικής συμπεριφοράς» υπερτερούσαν έναντι των μειονεκτημάτων τώρα τα μειονεκτήματα υπερτερούν έναντι των πλεονεκτημάτων, κάτι που επιβεβαιώνει επίσης και την αλλαγή σταδίου σύμφωνα με το Διαθεωρητικό Μοντέλο (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick et al, 2008; Miller & Rollnick, 2012). Στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης τα μειονεκτήματα υπερτερούν έναντι των πλεονεκτημάτων.

Τέλος, δυο άτομα αναφέρουν ότι οι πιο σημαντικές αλλαγές αφορούσαν τον έλεγχο της σκέψης τους, άλλα δυο ότι σκέφτονται πολύ περισσότερο ότι έχει να κάνει με τη διακοπή καπνίσματος και άλλο ένα ότι δεν το σκέφτεται καθόλου.

Αρκετοί συμμετέχοντες μίλησαν επίσης για αλλαγές σε συναισθήματα, κάτι που υποστηρίζεται και από την έρευνα των Shahab και West (2009), οι οποίοι εντόπισαν στην έρευνά τους σημαντική θετική συναισθηματική αλλαγή μετά τη διακοπή εστιάζοντας κυρίως στην αυτοικανοποίηση και την αυτοδικαίωση. Επίσης, οι Musich

και συν. (2009) υποστηρίζουν ότι τα συναισθήματα σχετίζονται άμεσα με την πρόθεση διακοπής και μάλιστα περισσότερο και από τις συμπεριφορές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι αισθάνονται πιο χαλαροί και πιο ήρεμοι (n=1), κάτι που μπορεί να συσχετισθεί με βελτιώσεις στην διαχείριση άγχους (McCarthy et al., 2010). Δυο συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονται περισσότερο ευτυχισμένοι και χαρούμενοι, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Scahab και West (2009). Ένας από τους συμμετέχοντες ανέφερε ότι μετά από την αλλαγή που πραγματοποίησε, όσον αφορά τη συμπεριφορά καπνίσματος, αισθάνεται πιο ζωντανός και δραστήριος, κάτι που ίσως σχετίζεται με τις αλλαγές στο σώμα (Everson-Hock et al., 2010). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είπαν ότι αισθάνονται πιο χαρούμενοι, ικανοποιημένοι κερδισμένοι (n=8) και με αυξημένη αυτοπεποίθηση από την επίτευξη των στόχων (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990). Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονται πιο ελεύθεροι και ανεξάρτητοι (n=3), κάτι που ίσως συνδέεται με την αυξημένη αυτοπεποίθηση και πίστη ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις δυνάμεις τους. Επιπλέον η αυξημένη αυτοπεποίθηση έχει βρεθεί ότι μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής (Manfredi et al., 2007). Τέλος, όσοι πέτυχαν τον στόχο της μείωσης ή της διακοπής (n=7) αναφέρουν ότι αισθάνονται περήφανοι για την επίτευξη του στόχου τους ενώ το άτομο που δεν κατάφερε να πετύχει κάποια αλλαγή, αναφέρει ότι αισθάνεται τύψεις και ενοχές που συνεχίζει να καπνίζει (n=1).

Σχετικά με τη συμπεριφορά, όλοι οι συμμετέχοντες παραδέχονται ότι άλλαξαν πολλές από τις καθημερινές τους συνήθειές που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα (n=8), κάτι που σύμφωνα με τους Θεοδωράκη και Παπαϊωάννου (2002) απαιτείται σε τέτοιου είδους προσπάθειες, υποστηρίζοντας ότι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι

όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι απέκτησαν τον έλεγχο του τσιγάρου (n=8), κάτι που τόσο σύμφωνα με την έρευνα μας όσο και με προηγούμενες έρευνες (Butler, 2001; Konac et al., 2009) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα οφέλη, επειδή σχετίζεται άμεσα με αυξημένη αυτοπεποίθηση, αυτό-αποτελεσματικότητα, αυξημένα θετικά συναισθήματα, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με αυξημένες πιθανότητες μιας επιτυχημένης διακοπής. Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, ενώ οι μισοί από αυτούς εμφάνισαν αυξημένη δραστηριοποίηση (n=4), κάτι που ίσως οφείλεται στην έναρξη και ενασχόληση με νέες δραστηριότητες εναλλακτικά του τσιγάρου (Alpert, 2009; Davis et al., 1994).

**Ερώτηση 8:** Ποια ήταν η σχέση του ατόμου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά. (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε στην προσπάθειά του) (Πίνακας 13).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε το πώς μπορεί το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση και πώς μπορεί αυτή η διαφορετική συμπεριφορά να επηρεάσει και να συμβάλει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν από την παρέμβαση, τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι δεν είχαν καμία σχέση με την άσκηση και τέσσερα άτομα ότι είχαν ελάχιστη σχέση. Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση μετά την παρέμβαση, δυο άτομα δήλωσαν ότι δεν άλλαξε κάτι, ενώ τα υπόλοιπα έξι ανέφεραν βελτίωση της σχέσης τους με την άσκηση. Από τις αναφορές των συμμετεχόντων προέκυψε ότι χρησιμοποιούσαν την άσκηση ως βοήθεια διαχείρισης της επιθυμίας του τσιγάρου. Όσον αφορά τα αποτελέσματα για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας όλοι ασχολήθηκαν με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας. Όσοι αύξησαν τη φυσική δραστηριότητα κυρίως τη χρησιμοποίησαν σαν τρόπο διαχείρισης της επιθυμίας για το

τσιγάρο, όπως δηλαδή έχει χρησιμοποιηθεί στα περισσότερα προγράμματα έως σήμερα ως βοήθεια (Everson-Hock et al., 2010) και εναλλακτική κατά του τσιγάρου (King et al., 1996), ως εναλλακτική διαχείρισης του πειρασμού και βοήθημα για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Marcus et al., 2003; Μπενέτου και συν., 2008; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989). Σύμφωνα με τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων, λειτούργησε επιπλέον ως μέσον απόσπασης της προσοχής από τη σκέψη του τσιγάρου, για να ηρεμούν και να χαλαρώνουν. Δεν υπήρχε συστηματική ενασχόληση με κάποια μορφή άσκησης σε βάθος χρόνου και υιοθέτησης της συμπεριφοράς της άσκησης συστηματικά. Έτσι, μια βασική μας δυσκολία ήταν η κινητοποίηση των ατόμων για τη συμμετοχή σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα και την υιοθέτηση της άσκησης στον τρόπο ζωής τους.

**Πίνακας 13.** Αποτελέσματα για την ερώτηση Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;).

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Δεν είχε σχέση με την άσκηση	«Πριν το πρόγραμμα δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση» (n=4)
	Είχε σχέση με την άσκηση	«Είχα μικρή σχέση με την άσκηση πριν την παρέμβαση» (n=4)  «Γυμναζόμουν και πριν το πρόγραμμα και τώρα» (n=2)
Μετά	Δεν άλλαξε κάτι	«Δεν έχει αλλάξει κάτι. Είναι στο ίδιο επίπεδο. Ελάχιστη» (n=2)
	Αύξησε τη φυσική δραστηριότητα	«Τώρα κάνω συστηματικά γυμναστική και έχω υιοθετήσει έναν αθλητικό-δραστήριο τρόπο ζωής. Πηγαίνω γυμναστήριο, κάνω ποδήλατο και περπάτημα. Δεν χρησιμοποιώ το αυτοκίνητο και το ασανσέρ» (n=4)

**Ερώτηση 9:** Πως βλέπει το άτομο τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει (θετικά ή αρνητικά). (Πίνακας 14).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν ώστε να δούμε 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.

**Πίνακας 14.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως βλέπει τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά).*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Μη Καπνιστής	«Θέλω να βλέπω τον εαυτό μου ως μη καπνιστή και να μην είμαι εξαρτημένη» (n=8)
Θετικά	«Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει θετικά» (n=4)
Αρνητικά	«Το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει αρνητικά όταν οι παρέες σου καπνίζουν ή όταν η οικογένεια και το γενικότερο υποστηρικτικό περιβάλλον δεν σε στηρίζει στην προσπάθειά σου» (n=4)

Επίσης πολύ σημαντικό θεωρήθηκε το αποτέλεσμα ότι όλοι, είτε διέκοψαν το κάπνισμα είτε όχι, βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον ως μη καπνιστή. Όσοι το διέκοψαν είναι σίγουροι ότι μπορούν να διατηρήσουν τη διακοπή ενώ όσοι δεν το διέκοψαν πιστεύουν ότι έχουν τις γνώσεις, τα εφόδια, τη δύναμη και ό,τι άλλο απαιτείται για τη διακοπή. Είναι πολύ πιο σίγουροι για τον εαυτό τους, με αυξημένη αυτοπεποίθηση και αυτοαποτελεσματικότητα, κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί στη συμβολή του προγράμματος στη δημιουργία της νέας τους ταυτότητας ως «μη καπνιστές».

Ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος, το 50% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκαναν και θα είναι βοηθητικό, ενώ το υπόλοιπο 50% ανέφερε ότι το περιβάλλον δε θα είναι βοηθητικό, κυρίως λόγω του ότι οι περισσότεροι φίλοι και συγγενείς καπνίζουν. Πολλές έρευνες έως σήμερα έχουν υποστηρίξει τον σημαντικό ρόλο του περιβάλλοντος στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Carlson et al., 2003; Christakis & Fowler, 2008; Clarke & Aish,

2002; Hyland et al., 2005; Theodorakis et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Manfredi et al., 2007; Nichter et al., 2010 & Zhou et al., 2009).

**Ερώτηση 10:** Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησαν το άτομο περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ) (Πίνακας 15).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε ποια κομμάτια του προγράμματος βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο.

Οι απαντήσεις μπορούν να κωδικοποιηθούν 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.

Οι περισσότερες απαντήσεις έχουν δοθεί στην ερώτηση τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής, καθώς και στην ερώτηση για το κέρδος-όφελος του προγράμματος. Οι απαντήσεις που δίνονται σε αυτή την ερώτηση είναι οι εξής:

1) Ως προς τη δομή και τα χαρακτηριστικά του προγράμματος, δύο άτομα ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικό το γεγονός ότι αποτελούσε εξατομικευμένη παρέμβαση. Το πρόγραμμα λάμβανε υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και προσαρμόζονταν στις ανάγκες του κάθε ατόμου. Ναι μεν επρόκειτο για ένα αρκετά δομημένο πρόγραμμα με συγκεκριμένες τεχνικές, περιεχόμενο, στόχους, αλλά υπήρχε η δυνατότητα εξατομίκευσης ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός.

**Πίνακας 15.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ).*

2 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Όλα		«Όλα με βοήθησαν. Το κάθε ένα χωριστά συνέβαλλε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος» (n=2)
Δομή- Χαρακτηριστικά Προγράμματος	Εξατομικευμένη Παρέμβαση	«Με βοήθησε ιδιαίτερα το ότι ναι μεν υπάρχει ένα πρωτόκολλα αλλά από εκεί και πέρα το πρόγραμμα προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του καθενός» (n=2)
Περιεχόμενο	Καθορισμός Στόχων	«Με βοήθησε περισσότερο η διαδικασία καθορισμού στόχων. Έμαθα να βάζω στόχους, και ήταν κάτι που χρησιμοποιούσα και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής μου» (n=3)
	Τεχνικές Αντίστασης	«Με βοήθησαν επίσης οι τεχνικές που έμαθα για την αντιμετώπιση της επιθυμίας, οι εναλλακτικοί τρόποι που μπορούσες να χρησιμοποιήσεις αντί του τσιγάρου. Τους χρησιμοποιούσα συστηματικά και είχαν αποτέλεσμα» (n=2)
	Γνώση- Ενημέρωση	«Ιδιαίτερα σημαντικό και βοηθητικό μου φάνηκε το γνωστικό κομμάτι. Μέσα από τα φυλλάδια γνώρισα περισσότερα πράγματα για τον εαυτό μου» (n=3)
	Δραστηριότητες	«Με βοήθησαν πολύ οι ασκήσεις και τα ερωτηματολόγια του προγράμματος, μέσα από τα οποία έμαθα περισσότερα πράγματα για τον εαυτό μου και τη σχέση μου με το τσιγάρο» (n=3)
Λειτουργία	Επικοινωνία- Συζήτηση	«Η συζήτηση ήταν για εμένα το πιο σημαντικό κομμάτι του προγράμματος. Ένιωθα ότι είχα έναν σύμμαχο αντικειμενικό στην προσπάθεια μου που μπορούσα να μοιράζομαι οτιδήποτε» (n=7)
	Απόκτηση ελέγχου	«Το πιο βοηθητικό ήταν ότι άρχισα να έχω εγώ τον έλεγχο του τσιγάρου, αυτό μου έδινε δύναμη και αυτοπεποίθηση να συνεχίσω την προσπάθεια» (n=3)
	Σχέση με το σύμβουλο	«Η καλή σχέση που δημιούργησα με τη σύμβουλο με έκανε να πιστέψω ότι μπορώ να τα καταφέρω πράγματα και έτσι να δεσμευτώ σε μια τέτοια προσπάθεια. Ήταν από τα πιο βοηθητικά πράγματα στο πρόγραμμα» (n=2)
	Επιβράβευση	«Η επιβράβευση ήταν ιδιαίτερα βοηθητική για εμένα λόγω του ότι ήταν κάτι που μου έλειπε και με δυσκόλευε από την οικογένεια και το υπόλοιπο κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον» (n=1)
	Ημερολόγιο	«Περισσότερο με βοήθησε το ημερολόγιο. Ένιωθα ότι μπήκα σε ένα πρόγραμμα παρατήρησης του εαυτού μου και γενικότερα σε μια οργανωμένη παρέμβαση» (n=1)

2) Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, τρία άτομα εστίασαν στις δραστηριότητες, τις ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και γενικά τα εργαλεία, που χρησιμοποιηθήκαν, αναφέροντας ότι αυτά τους βοήθησαν τόσο σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων όσο και σε επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης,



επιβεβαιώνοντας έτσι τις έρευνες των Alpert (2009) και Epstein και συν. (2000) που εστίασαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, αλλά και γενικά σε ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης και στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων. Δυο άτομα ανέφεραν πολύ συγκεκριμένα πόσο βοηθητικές ήταν οι τεχνικές αντίστασης απέναντι στην επιθυμία και την αντιμετώπιση του πειρασμού. Τρία άτομα αναφέρθηκαν στο πόσο βοηθητική ήταν η διαδικασία καθορισμού των στόχων και πόσο ήταν βοηθητική για την επίτευξή τους η δέσμευση σε αυτούς, αλλά και πως μπόρεσαν να την επεκτείνουν και να την χρησιμοποιούν και σε άλλους τομείς της ζωής τους. 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.

3) Ως προς τη λειτουργία του προγράμματος, επτά 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. Δυο 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. Τρία 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. Όλα τα παραπάνω αναφέρθηκαν και σε προηγούμενες ερωτήσεις. Επιπλέον ένα άτομο εστίασε στο σημαντικό ρόλο της επιβράβευσης και στο πώς συνέβαλλε στη συνέχιση της προσπάθειάς τους και άλλο ένα αναφέρθηκε στην καταγραφή ημερολογίων και στο πώς συνεισέφερε στην παρακολούθηση του εαυτού τους και γενικότερα στη διαδικασία διακοπής.

**Ερώτηση 11:** Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης (Πίνακας 16).

Βασικές ερωτήσεις στο τέλος της προσωπικής αξιολόγησης ήταν οι γενικότερες εντυπώσεις τους από το πρόγραμμα. Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή τους για το πρόγραμμα, που ίσως συμπεριλαμβάνει και πράγματα που δεν μπόρεσαν να προβλεφθούν από τις παραπάνω ερωτήσεις και τα οποία θεωρούν πολύ σημαντικά και θα ήθελαν να προσθέσουν.

Οι απαντήσεις των ατόμων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: στην πρώτη 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, στη δεύτερη 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 τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις, που αποτελούν γενικό σχολιασμό του προγράμματος.

Ως προς τις προϋποθέσεις, δυο άτομα ανέφεραν ως προϋπόθεση για την έναρξη οποιασδήποτε διαδικασίας διακοπής καπνίσματος την ύπαρξη ειλημμένης σχετικής απόφασης και δύο άτομα ανέφεραν ως προϋπόθεση την συμμετοχή και την προσωπική συμβολή.

Ως προς τον τρόπο που το εν λόγω πρόγραμμα λειτούργησε, έξι άτομα εστίασαν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης απέναντι στο τσιγάρο, κάνοντας αναφορά μεταξύ άλλων και σε ζητήματα ελέγχου και αντίστασης, τρία άτομα μίλησαν για τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους μέσα από το πρόγραμμα, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής τους, κάνοντας λόγο για την απόκτηση τρόπων διαχείρισης προβλημάτων και επικοινωνίας με άλλους, και ένα άτομο αναφέρθηκε στη λειτουργία της σχέσης με τον σύμβουλο.

**Πίνακας 16.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης.*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προϋποθέσεις	Συμμετοχή- Προσωπική Συμβολή	«Το πρόγραμμα είναι αρκετά βοηθητικό αλλά θα πρέπει όμως να κάνεις και πράγματα μόνος σου. Αν δεν είναι κάποιος διατεθειμένος για αυτό δεν ξέρω πόσο αποτελεσματικό μπορεί να είναι» (n=2)
	Απόφαση	«Θεωρώ ότι το πρόγραμμα μπορεί να βοηθήσει κάποιον που έχει πάρει την απόφαση και είναι διατεθειμένος, έτοιμος και αποφασισμένος να αλλάξει και να κάνει πράγματα ώστε να πετύχει τη διακοπή ή τη μείωση» (n=2)
Λειτουργία	Αλλαγή τρόπου σκέψης	«Άλλαξε ο τρόπος σκέψης μου ως προς αυτό. Μπήκα σε μια διαδικασία να ελέγχο το τσιγάρο και να χρησιμοποιώ διάφορες τεχνικές ώστε να αντιστέκομαι σε αυτό. Βοηθάει πολύ στο να υιοθετήσεις έναν συγκεκριμένο τρόπο σκέψης προσανατολισμένο σε πιο υγιεινές συμπεριφορές» (n=6)
	Εμπλουτισμός γνώσεων	«Κατά τη διάρκεια του προγράμματος ανακάλυψα πολλά καινούρια πράγματα και για το κάπνισμα και για τη διαδικασία διακοπής αλλά κυρίως για τον ίδιο μου τον εαυτό» (n=3)
	Ασφάλεια	«Νιώθω περισσότερη ασφάλεια και φροντίδα» (n=1)
Γενικά Σχόλια	Γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής	«Το πρόγραμμα με βοήθησε να αλλάξω όλη μου τη ζωή, όχι μόνο να κόψω το κάπνισμα. Ξεκίνησα νέες δραστηριότητες. Υιοθέτησα ένα γενικά πιο υγιεινό τρόπο ζωής με πολλές νέες συνήθειες και συμπεριφορές» (n=3)
	Σχέση με τον σύμβουλο	«Βοηθάει πολύ στην αναζήτηση εναλλακτικών τεχνικών για τη διαχείριση της επιθυμίας του τσιγάρου» (n=1)  «Η επικοινωνία και η σχέση που αναπτύσσεται με τον σύμβουλο είναι από τα πιο βοηθητικά πράγματα. Είχα έναν άνθρωπο να μιλάω μόνο για αυτή μου την προσπάθεια» (n=1)
	Άριστο	«Πλήρες πρόγραμμα. Πολύ καλά δομημένο πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς Για μένα ήταν άριστο και είχε ότι θα ήθελα από ένα πρόγραμμα» (n=6)
	Εξατομικευμένο/ ευέλικτο πρόγραμμα	«Το ότι το πρόγραμμα δεν ήταν άκαμπτο αλλά υπήρχε εξατομικευμένη παρέμβαση και ήταν ευέλικτο και προσαρμοσμένο ανάλογα με τις ανάγκες μου με βοήθησε ακόμη περισσότερο» (n=2)
	Πολύ βοηθητικό	«Είναι πολύ βοηθητικό. Αν δεν ήταν το πρόγραμμα θα τα είχα παρατήσει. Νιώθω δυνατή. Βοηθάει πολύ στις εναλλακτικές τεχνικές και στο να υιοθετήσεις έναν συγκεκριμένο τρόπο σκέψης. Με έσπρωξε σε πολλά (n=7)
	Σημαντικό	«Όλο το πρόγραμμα είναι πάρα πολύ σημαντικό τόσο στη διαδικασία διακοπής αλλά και στη γενικότερη ζωή» (n=2)

Ως προς τα γενικά σχόλια σχετικά με το πρόγραμμα, επτά 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 δυο άτομα ως σημαντικό όχι μόνο στη διαδικασία της διακοπής, αλλά γενικότερα στη ζωή τους.

**Ερώτηση 12:** Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει (Πίνακας 17).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε τι θα συμβούλευαν οι συμμετέχοντες άλλους καπνιστές και ίσως από τις συμβουλές τους προέκυπταν και κάποιες ιδέες/προτάσεις που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα.

**Πίνακας 17.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;*

2 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πίστη	«Πρέπει να πιστέψει στον εαυτό του και ότι θα τα καταφέρει. Οποιοσδήποτε μπορεί να διακόψει το κάπνισμα εάν πιστέψει στον εαυτό του και μείνει πιστός στους στόχους του» (n=3)
Συμβουλευτική	«Αν θέλει κάποιος να διακόψει το κάπνισμα χρειάζεται να συμμετέχει στο πρόγραμμα γιατί είναι πολύ βοηθητικό και γιατί δύσκολα μπορεί να τα καταφέρει κάποιος μόνος του» (n=7)
Αξίζει. Να μην τα παρατήσει	«Αξίζει τον κόπο να προσπαθήσει κάποιος να διακόψει το κάπνισμα. Ότι και να γίνει στο τέλος το σίγουρο είναι ότι θα βγει κερδισμένος-κάτι θα έχει πάρει. Όσες δυσκολίες και να δει να μην τα παρατήσει. Στο τέλος θα δει ότι αξίζει» (n=3)
Προτροπή για Διακοπή	«Να διακόψουν το κάπνισμα. Θα είναι ότι πιο σημαντικό θα έχουν καταφέρει στην προσπάθειά τους» (n=2)
Απόφαση	« Μια απόφαση είναι» (n=1)
Περιβάλλον μη καπνιστών	«Να συναναστρέφεται με μη καπνιστές, θα του είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και πολύ σημαντικό στην προσπάθειά του» (n=1)
Αναζήτηση Εσωτερικού Κινήτρου	«Να αναζητήσει προσωπικό εσωτερικό κίνητρο. Αν έχουν εσωτερικό κίνητρο θα τα καταφέρουν αν όχι δύσκολα τα πράγματα» (n=3)
Αναζήτηση Βοήθειας	«Εκτός από τη συμμετοχή στο πρόγραμμα ιδιαίτερα βοηθητικό είναι να το ανακοινώσει σε φίλους και οικογένεια και να ζητήσει βοήθεια και από αυτούς» (n=2)

Εφτά άτομα εστίασαν στο ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην πίστη στον εαυτό τους, τρία άτομα τόνισαν ότι αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα επίπεδα, τρία άτομα εστίασαν στο βασικό ρόλο που παίζει η αναζήτηση εσωτερικού κινήτρου για την διακοπή, δύο άτομα μίλησαν για τον σημαντικό ρόλο που παίζει η αναζήτηση βοήθειας από φίλους και άλλο ένα η συναναστροφή με μη καπνιστές, ένα άτομο μίλησε για τη βασική σημασία της απόφασης, δύο άτομα προσπάθησαν να προτρέψουν τους υπόλοιπους να ξεκινήσουν τη διαδικασία διακοπής. Τέλος, από τις αναφορές των συμμετεχόντων φαίνεται ότι όλοι προσπαθούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο να προτρέψουν τους υπόλοιπους να ξεκινήσουν τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Θεωρούν ότι θα είναι από τα πιο σημαντικά πράγματα που θα έχουν κάνει για τον εαυτό τους και την ίδια τους τη ζωή.

## **Συμπεράσματα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το πρόγραμμα παρέμβασης, που βασίστηκε στην παρακινητική συνέντευξη, βοήθησε τους συμμετέχοντες στη διαδικασία διακοπής και αποχής από το κάπνισμα. Από τα 12 άτομα που ξεκίνησαν το πρόγραμμα τα 8 το ολοκλήρωσαν. Όλοι πραγματοποίησαν αλλαγές ως προς τον τρόπο ζωής και τον τρόπο σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ολοκλήρωσε το πρόγραμμα χωρίς να έχει πραγματοποιήσει κάποια αλλαγή σε κάποιον από τους βασικούς τομείς, που διαπραγματεύονταν το πρόγραμμα, όπως μείωση ή διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης, αύξηση γνώσεων διαχείρισης άγχους, διαχείριση χρόνου, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γενικά υιοθέτηση ενός συνολικά πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Μετά το τέλος της παρέμβασης

όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονται ότι πια έχουν εκείνοι τον έλεγχο του τσιγάρου και αισθάνονται έτσι πιο σίγουροι ότι τώρα μπορούν να βασίζονται στις δικές τους δυνάμεις. Είναι πολύ σημαντικό ότι όλοι οι συμμετέχοντες, είτε πέτυχαν τη διακοπή είτε όχι, βλέπουν τον εαυτό τους ως μελλοντικό μη καπνιστή. Όσοι διέκοψαν ήταν σίγουροι ότι μπορούν να διατηρήσουν τη διακοπή καπνίσματος ενώ όσοι δε διέκοψαν πιστεύουν ότι έχουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη δύναμη και ότι άλλο απαιτείται για την επίτευξη της διακοπής. Ήταν πολύ πιο σίγουροι για τον εαυτό τους με αυξημένη αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας και σιγουριάς, κάτι που επίσης επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της παρακινητικής συνέντευξης στην παρούσα παρέμβαση.

Μια σημαντική δυσκολία της παρούσας παρέμβασης ήταν η δυσκολία κινητοποίησης ως προς την άσκηση και η υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης σε βάθος χρόνου και της ενσωμάτωσης της στον τρόπο ζωής. Το πρόγραμμα δεν περιελάμβανε τη συστηματική συμμετοχή σε κάποια μορφή άσκησης. Η φυσική δραστηριότητα χρησιμοποιούνταν κυρίως ως ένα τρόπος διαχείρισης μόνο της επιθυμίας και όχι σαν μια αλλαγή συμπεριφοράς υγείας και για το λόγο αυτό δεν είχε διάρκεια στην πορεία του χρόνου. Λαμβάνοντας υπόψη τη δυσκολία κινητοποίησης των συμμετεχόντων στην υιοθέτηση συνηθειών άσκησης ενσωματωμένων στον τρόπο ζωής τους στην πορεία του χρόνου, το επόμενο βήμα θα πρέπει να είναι η δημιουργία ενός παρεμβατικού προγράμματος, που θα συμπεριλαμβάνει το συνδυασμό της παροχής ατομικής συμβουλευτικής για το κάπνισμα από ειδικούς ψυχικής υγείας και ατομικής συμβουλευτικής για την άσκηση από ειδικούς της άσκησης με εκπαίδευση στη συμβουλευτική έτσι ώστε να αποτελεί ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο συμβουλευτικής για αλλαγή συνηθειών και συμπεριφορών υγείας προς έναν πιο ποιοτικό τρόπο ζωής. Παρόλο που η διαδικασία διακοπής καπνίσματος είναι αρκετά εξατομικευμένη, μια

μεγαλύτερη προσπάθεια χρειάζεται για να ρίξει περισσότερο φως στην αποτελεσματικότητα των τεχνικών της παρακινητικής συνέντευξης σε αυτή τη διαδικασία, κυρίως σε παρεμβάσεις που συμπεριλαμβάνουν βελτίωση φυσικής δραστηριότητας.

## Προβληματισμοί

Λαμβάνοντας υπόψη την δυσκολία που αναφέρθηκε παραπάνω και είχε να κάνει με την κινητοποίηση και την υιοθέτηση κάποιας μορφής άσκησης σε βάθος χρόνου, αλλά και τον τρόπο που έφταναν σε εμάς οι συμμετέχοντες αποκλειστικά έπειτα από δικό τους αίτημα, με αίτημα τη μείωση του καπνίσματος και χωρίς να υπάρχει κάποιος σοβαρός λόγος που να τους το επιβάλλει, όπως κάποιο πρόβλημα υγείας, προέκυψαν οι παρακάτω προβληματισμοί:

■ Μήπως για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και την υιοθέτησή της ως συμπεριφορά υγείας χρειάζεται να εμπλακούν ως σύμβουλοι άτομα ειδικά σε θέματα φυσικής δραστηριότητας με εκπαίδευση στη συμβουλευτική; (Μελέτη II)

■ Μήπως τα Κίνητρα δεν ήταν τόσο ισχυρά; Τι θα γινόταν σε περίπτωση που το κίνητρο διακοπής είναι λόγοι υγείας και η παραπομπή γινόταν από κάποιον γιατρό; (Μελέτη III)

Έπειτα από τους παραπάνω προβληματισμούς αποφασίστηκε η εφαρμογή του προγράμματος από ειδικούς της άσκησης (Μελέτη II) και ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Μελέτη III). Διοργανώθηκαν σεμινάρια διάρκειας 50 ωρών από ειδικούς ψυχικής υγείας, σκοπός των οποίων ήταν η εκπαίδευση των συμβούλων τόσο σε θέματα συμβουλευτικής όσο και στην εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΜΕΛΕΤΗ II.**

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ**

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ**

**ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.**

**Εισαγωγή**

Ο σημαντικός ρόλος της άσκησης στην υγεία του ανθρώπου έχει μελετηθεί και επιβεβαιωθεί ποικιλοτρόπως εδώ και πάρα πολλά χρόνια και η έλλειψη της έχει συνδεθεί με πολλές ασθένειες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), τοποθετείται στην τέταρτη αιτία θανάτων παγκοσμίως, κυρίως σε πληθυσμούς τρίτης ηλικίας υψηλού κινδύνου (Shephard, 2002) με περίπου 3,2 εκατομμύρια θανάτους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως φυσική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται το σύνολο των κινήσεων, που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της καθημερινής ζωής, της εργασίας, της αναψυχής και των αθλητικών δραστηριοτήτων και ως ανεπαρκής φυσική δραστηριότητα η λιγότερο από 5 φορές την εβδομάδα 30λεπτη μέτρια δραστηριοποίηση, ή η λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα 20λεπτη έντονη δραστηριότητα (WHO, 2011).

Όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη έρευνα, το κάπνισμα έχει συνδεθεί με διάφορες ασθένειες και παρά τη σύνδεσή του με πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των ατόμων, όπως καρκίνος και οι καρδιοπάθειες (Akiba & Hirayama 1990; Gao, Zheng, Gao, & Jin, 1991; La Vecchia et al., 1991; McGill, 1990), τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν πολύ υψηλά (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Στο πλαίσιο αυτό αρκετές έρευνες έχουν αφιερωθεί στην αναζήτηση και μελέτη τρόπων,



προσεγγίσεων και παρεμβάσεων για την αποτροπή του καπνίσματος (Θεοδωράκης και συν., 2005), ένας από τους οποίους είναι και η άσκηση (Hill, 1981). Έχει υποστηριχτεί ότι 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).

Η φυσική δραστηριότητα και το κάπνισμα είναι μεταξύ αυτών των τροποποιήσιμων συμπεριφορών που έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία. Σήμερα υπάρχουν άφθονα στοιχεία για τη θετική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στην υγεία (Dishman et al., & Kahn et al 2012). Ωστόσο, μόνο το 15% των Ελλήνων συμμετέχει σε ορισμένες μορφές σωματικής άσκησης 5 φορές την εβδομάδα και μόνο το 3% κάνει αθλητισμό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (European Commission, 2010).

Η άσκηση από παλιά έχει μελετηθεί ως μέσο υποβοήθειας της διακοπής του καπνίσματος και έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες για τις επιδράσεις της άσκησης στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (Hill, 1981, Ussher et al., 2000), τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Marcus et al., 1991; Marcus et al., 1995; Marcus et al., 1999; Fiore et al., 2000).

Συγκεκριμένα, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την ένταση και τη συχνότητα της άσκησης και υποστήριξαν ότι η άσκηση βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής, όταν είναι έντονη ενώ αντίθετα η μέτριας έντασης άσκηση δεν συμβάλλει θετικά στη διακοπή του καπνίσματος (Marcus et al., 1999; Prapavessis et al., 2007). Όσον αφορά τη συχνότητα, έχει υποστηριχτεί ότι όσο πιο συχνή η ενασχόληση με την άσκηση, τόσο η δέσμευση στο πρόγραμμα όσο και η αποχή διατηρούνται υψηλές (Ussher et al., 2008). Όσον αφορά τη σχέση άσκησης-καπνίσματος, έχει υποστηριχτεί ότι τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα

ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας, τα μη ασκούμενα άτομα καπνίζουν περισσότερο από τα ασκούμενα και τα άτομα, που ήταν στο παρελθόν αθλητές, καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με άτομα, που δεν έχουν ποτέ ασχοληθεί με την άσκηση. (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το πώς λειτουργεί η άσκηση στον οργανισμό μας. Η άσκηση, οποιασδήποτε έντασης, φαίνεται να βελτιώνει την έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας και να μειώνει τον κίνδυνο της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Anto, 2007; WHO, 2009; 2011), κάτι που βασίζεται στις αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις της (Das, 2004). Η βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας και η συνεπαγόμενη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της υγείας μπορεί να κινητοποιήσει τους πρώην καπνιστές να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα (Garcia-Aymerich et al., 2007). Η άσκηση 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 (Marlatt & Gordon, 1985). Αποτελεί έτσι 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 (Daniel, Croyley, Fife-Schaw, 2006). Διάφοροι γνωστικοί μηχανισμοί έχουν μελετηθεί, όπως η αυτοϊκανότητα και έχει υποστηριχτεί ότι σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος και με την αυξημένη φυσική δραστηριότητα (King et al., 1996).

Η αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος υποστηρίχτηκε από αρκετές έρευνες (Marti et al., 1988; Salonen et al., 1988; Tuomilehto et al., 1987), συμπεραίνοντας, ότι όσο τα άτομα ασκούσαν τόσο λιγότερο κάπνιζαν και αυτό επειδή

η άσκηση λειτουργούσε ως εναλλακτική δραστηριότητα, δημιουργούσε καλύτερη ψυχολογική διάθεση, μείωνε τα ψυχολογικά συμπτώματα διακοπής (αρνητική διάθεση και στέρηση) και την επιθυμία για τσιγάρο, κάτι που φαίνεται να ισχύει τόσο για μικρής διάρκειας συνεδρίες μέτριας έντασης άσκησης, όσο και για μέτριας διάρκειας συνεδρίες έντονης άσκησης μεταξύ καπνιστών, που προσπαθούν να το κόψουν (Taylor & Katomeri, 2007). Σύμφωνα με μελέτες, η άσκηση μειώνει την αίσθηση κατάθλιψης (Doayne et al., 1987; Lujic et al., 2005), περιορίζει το στρες (Abrams et al., 1987; Landers, 1994; Sorenson & Pechacek, 1987), μειώνει τα συμπτώματα παραίτησης από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αλλά και την αίσθηση εξάρτησης από τη νικοτίνη (Bock et al., 1999; Ussher et al., 2001). Η άσκηση επομένως μπορεί να συμβάλλει στην επιτυχή διακοπή με πολλούς τρόπους όπως τη ρύθμιση των διαθέσεων συμπεριφοράς και τον έλεγχο του βάρους (Marcus et al., 2003). Επιπλέον, οι πρώην καπνιστές ασκούνται συχνότερα από τους καπνιστές (Kawada, 2004). Επίσης, η άσκηση σαν 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 σε προώθηση της υγείας.

Η εισαγωγή συχνής άσκησης στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής του (DeRuiter & Faulkner, 2006; Bauman, 2004; Warburton, Nicol, & Bredin, 2006), να συμβάλει στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών (Marcus et al., 2003; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989), να βοηθήσει τα άτομα που καπνίζουν να ελαττώσουν ή ακόμα και να κόψουν το κάπνισμα (Godin 1989; Boudreaux et al., 2003; Μπεμπέτσος και συν., 2000). Επιπροσθέτως, η άσκηση θεωρείται μια υγιεινή συμπεριφορά, που μπορεί να λειτουργήσει εναλλακτικά και να αντικαταστήσει το τσιγάρο (King et al., 1996). Τέλος, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) κατέληξαν στο 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).

Αρκετά απασχόλησε τους ερευνητές η ταυτόχρονη προσπάθεια αλλαγής δυο συμπεριφορών υγείας. Μελέτη που ασχολήθηκε με συμμετέχοντες που προσπάθησαν να σταματήσουν συγχρόνως το κάπνισμα και το ποτό εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά παραίτησης σε σχέση με όσους ήταν κινητοποιημένοι ως προς μόνο μια συμπεριφορά (Stotts, Schmitz, & Grabowski (2003). Αντίστοιχα παρεμβάσεις που αφορούσαν την ταυτόχρονη διακοπή καπνίσματος και ελέγχου βάρους δεν ήταν τόσο αποτελεσματικές (Cheskin, Hess, Henningfield, & Gorelick, 2005). Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι το να υπάρχουν δυο ταυτόχρονοι στόχοι (π.χ. του καπνίσματος και της άσκησης) προς αλλαγή μπορεί να έχει αθροιστικά και σημαντικά 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.

Η αντίληψη ότι η άσκηση βελτιώνει τη διάθεση είναι ευρέως καθιερωμένη (DiLorenzo et al., 1999; Gauvin & Spence, 1996; Taylor et al., 2007; Ussher et al., 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). Πιθανόν η πιο έντονης έντασης άσκηση είναι απαραίτητη για να παράγει ανακούφιση των συμπτωμάτων (Bock et al., 1999; Kinnunen et al., 2010). Υπήρξαν μελέτες που υποστήριζαν ότι τα άτομα που διάλεξαν από μόνα τους να κάνουν πιο έντονη άσκηση ανέφεραν σημαντικές μειώσεις στις αρνητικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος (Kinnunen et al., 2010).

Οι Ussher και συν. (2000), εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της εποπτευόμενης, έντονης έντασης άσκησης σε πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος. Σημαντικά οφέλη για τους συμμετέχοντες που εμπλέκονται σε πρόγραμμα άσκησης υπήρχαν στο τέλος της παρέμβασης όπως η απόκτηση σημαντικά λιγότερου βάρους, σημαντικά λιγότερη συμπτώματα στέρησης και έντονης επιθυμίας, λαχτάρας για τσιγάρο και διπλάσια ποσοστά αποχής για όσους συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης.

Οι Ussher και συν. (2003), σε μια κλινική διακοπή του καπνίσματος μέσα από την εφαρμογή ενός προγράμματος επτά εβδομάδων διακοπής καπνίσματος με συμβουλευτική άσκησης και συμβουλές εκπαίδευσης σε θέματα υγείας, υποστήριζαν τη θετική επίδραση στο επίπεδο της άσκησης, μειωμένα επίπεδα άγχους-στρες, λιγότερη ένταση και περισσότερη ευτυχία και βελτίωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων.

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Χασσάνδρα και συν. (2015) που είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών και υποστήριζαν ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει την επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης που συνοδεύουν το κάπνισμα. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα για περίοδο που κυμαίνεται από 15 λεπτά έως μισή ημέρα. Οι συμμετέχοντες αποδίδουν αυτή την

καθυστέρηση όχι μόνο σε συναισθηματικούς και βιολογικούς λόγους, αλλά και σε γνωστικούς λόγους.

Στην βιβλιογραφία έχει υποστηριχτεί επίσης ότι η καθυστέρηση του καπνίσματος μετά από έντονη άσκηση εξαρτάται τόσο από τη διάρκεια όσο και από την ένταση της άσκησης. Τα αποτελέσματα της έρευνα των Hatzigeorgiadis και συν. (2016) υποστήριξαν ότι τα 30 λεπτά μέτριας άσκησης καθυστέρησαν σημαντικά το κάπνισμα σε σύγκριση με μια κατάσταση ελέγχου. Τα ευρήματα φαίνεται να συμπίπτουν με τη μετα-ανάλυση του Hassona και συν. (2012), η οποία εντόπισε καλύτερα αποτελέσματα για μελέτες που περιλαμβάνουν μόνο μέτριας έντασης άσκηση. Τα ευρήματα υποστήριξαν την προηγούμενη έρευνα ότι η έντονη άσκηση μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα και προτείνει ότι η χρήση στρατηγικών αυτορρύθμισης μπορεί να ενισχύσει την άσκηση σε παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος.

Η έρευνα των Ζουρμπάνος και συν. (2016) μελέτησε το εάν οι συμμετέχοντες προτιμούσαν να διαλέγουν εκείνοι έναν τύπο άσκησης στον οποίο θα μπορούσαν να καθορίζουν την ένταση της ή εάν προτιμούσαν μια προκαθορισμένη μορφή άσκησης όπου ο σύμβουλος θα διάλεγε την ένταση της άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επιθυμία για κάπνισμα μειωνόταν και στις δυο συνθήκες άσκησης. Ωστόσο η διακοπή καπνίσματος και η αύξηση της παρακίνησης αυξανόταν επιτρέποντας στους καπνιστές να επιλέγουν την ένταση του προγράμματος άσκησης. Η παρούσα έρευνα αποκάλυψε για πρώτη φορά ότι οι βαρείς καπνιστές εκδηλώνουν πιο θετική στάση για την άσκηση που επιλέγεται από τους ίδιους παρά για την προκαθορισμένη μορφή άσκησης. Η διάσταση της αυτονομίας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν σχεδιάζονται προγράμματα διακοπής καπνίσματος για καπνιστές.

Στην προσπάθεια αναζήτησης τρόπων που μπορεί να αυξήσουν την παρακίνηση για την συμπεριφορά της άσκησης εστίασαν αρκετές έρευνες. Στο πλαίσιο αυτό πολύ

σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Τζατζάκη, Παππά, Αποστόλου, Χατζηγεωργιάδη και Θεοδωράκη (2016), η οποία βασίστηκε στη θεωρία του αυτοκαθορισμού και προσπάθησε μέσω της άσκησης και της αυτορύθμισης να ενθαρύνει τα άτομα στη διακοπή καπνίσματος. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία, όταν ικανοποιούνται οι τρεις βασικές ψυχολογικές ανάγκες (αυτονομία, επάρκεια, ουσιαστικές σχέσεις), τότε τα άτομα είναι πιο πιθανό να εμπλακούν στην αλλαγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, τα άτομα επιλέγουν το είδος, τον τόπο και τον χρόνο της άσκησης, εφαρμόζουν συγκεκριμένο πρόγραμμα στόχων σχετικά με την διάρκεια και τη συχνότητα της άσκησης, όπως επίσης και τις καπνιστικές τους συνήθειες, και λαμβάνουν καθημερινή υποστήριξη από τους προσωπικούς εκπαιδευτές. Κατά αυτόν τον τρόπο τα άτομα αισθάνονται ότι είναι αυτά που έχουν λόγο για τις πράξεις τους. Επίσης, αυξάνουν την αυτοπεποίθησή τους, κατακτώντας μικρούς καθημερινούς στόχους, καθώς παρατηρούν τις ικανότητες τους να βελτιώνονται και παράλληλα λαμβάνουν θετική ανατροφοδότηση και ενίσχυση. Τονίστηκε επίσης ο σημαντικός ρόλος της σωστής κατάρτισης του ειδικού της άσκησης, ο οποίος εκτός από τον καθοδηγητικό/τεχνικό του ρόλο διαμορφώνει κατάλληλο διαπροσωπικό κλίμα μεταξύ των εμπλεκομένων και ενισχύει την εμπιστοσύνη των εκπαιδευομένων στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Επιπρόσθετα, καθοριστικά στην όλη προσπάθεια φαίνεται να είναι και η χρήση των ψυχολογικών στρατηγικών αυτορύθμισης και οι ασκήσεις αναπνοής.

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Τσιάμη, Κολοβελώνη, Γούδα και Θεοδωράκη (2016), οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης καθώς και το ρόλο της άσκησης στη σχέση αυτή. Υποστήριξαν ότι ο ρόλος της άσκησης ήταν καθοριστικός. Κατά την περίοδο συμμετοχής στην άσκηση τα άτομα ένιωθαν θετικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα να επιδιώκουν τη μεγαλύτερη

συμμετοχή. Επιπρόσθετα, η βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης μέσω της άσκησης, ενίσχυε τη θετική τους διάθεση. Η έρευνα των Penedo και Dahn (2005) υποστήριξε ότι η θετική βελτίωση της διάθεσης οφείλεται στο ότι τα άτομα μέσω της άσκησης, βιώνουν ευχάριστες και έντονες εμπειρίες, βελτιώνουν τη σωματική τους υγεία, κατ' επέκταση την σωματική τους εμφάνιση και έλεγχουν αγχωτικούς και αρνητικούς για την διάθεση παράγοντες. Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μειωμένη επιθυμία για κάπνισμα ενισχύοντας έτσι την βιβλιογραφία βάσει της οποίας παρουσιάζεται αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος (Θεοδωράκης, 2010; Μπεμπέτσος και συν., 1999). Παρουσιάζουν θετική στάση για την άσκηση στο μέλλον, με βασική προϋπόθεση η μορφή άσκησης να είναι τέτοια που να μην δημιουργεί αίσθημα άγχους και στρες. Αναφέρουν πως η συμμετοχή τους στην άσκηση αποσκοπεί στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας, στη διαχείριση του σωματικού τους βάρους και στη μείωση του καπνίσματος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που είναι περισσότερο κινητικά δραστήρια έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη (Martinsen, 2008), ενώ η συμμετοχή στην άσκηση μπορεί να δράσει ως ασπίδα κατά του κινδύνου παρουσίασης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Bodin & Martinsen, 2004).

Αν και έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες, οι οποίες μελετούν την επίδραση των προγραμμάτων ατομικής συμβουλευτικής στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, δεν είναι γνωστό να έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόγραμμα, το οποίο να εστιάζει στο συνδυασμό και την ταυτόχρονη παροχή της ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος και ατομικής συμβουλευτικής για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και γενικά την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Πιστεύοντας ότι ένα αντίστοιχο πρόγραμμα ίσως αναδείκνυε κάποια κομβικά σημεία και συνέβαλλε στη δημιουργία πιο αποτελεσματικών και ολοκληρωμένων παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος, προχωρήσαμε στην



οργάνωση του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος. Συγκεκριμένα, το παρόν παρεμβατικό πρόγραμμα, αποτελούμενο από συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής, αποσκοπεί στο να διαπιστώσει εάν και κατά πόσο η προσθήκη συμβουλευτικής για το κάπνισμα και την άσκηση επηρεάζει την αλλαγή του τρόπου ζωής, την αλλαγή τρόπου σκέψης μέσα από τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και να διερευνήσει ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες της συμβουλευτικής διαδικασίας είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους και επιδρούν στην παραπάνω διαδικασία.

### **Σκοπός**

Να μελετήσουμε, εάν η συμβουλευτική από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας, θα συμβάλει στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, εάν η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος και εάν και με ποιο τρόπο μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Το παρόν παρεμβατικό πρόγραμμα θα προσπαθήσει να μελετήσει την επίδραση της συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την υπό εποπτεία, δομημένη και ελεγχόμενη φυσική δραστηριότητα στο πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος.

### **Υποθέσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και χρησιμοποιώντας το εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος (Γρατσάνη και συν., 2016) δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις: α) Η συμμετοχή των καπνιστών στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος θα επιδράσει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, β) η

παροχή συμβουλευτικής για την υιοθέτηση φυσικής δραστηριότητας από ειδικό φυσικής δραστηριότητα θα συμβάλλει θετικά στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, γ) η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος, δ) όσοι δεν καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα θα πετύχουν σημαντικές μειώσεις και ε) οι συμμετέχοντες του προγράμματος θα πραγματοποιήσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα και θα υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και συνήθειες προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

## Μεθοδολογία

### Συμμετέχοντες

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από ειδικούς ψυχικής υγείας και συμβούλους ειδικούς σε θέματα φυσικής δραστηριότητας εκπαιδευμένους σε θέματα συμβουλευτικής. Το δείγμα αποτελούσαν 8 άτομα, 5 άντρες και 3 γυναίκες, ενήλικες, άνω των 18 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 43.8 έτη. Η ενημέρωση των συμμετεχόντων έγινε από Δελτίο Τύπου που ανακοινώθηκε στον τοπικό έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο. Οι συμμετέχοντες προσήλθαν με αίτημα την προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη μείωση - διακοπή καπνίσματος και η πρόθεση συμμετοχής στην ατομική παρέμβαση. Δεν υπήρχε κανένα κριτήριο αποκλεισμού από τη συμμετοχή στη μελέτη.

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

οι σύμβουλοι που διεξήγαγαν τις συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα και τις εποπτευόμενες συνεδρίες άσκησης ήταν μεταπτυχιακοί φοιτητές ΤΕΦΑΑ, εκπαιδευμένοι τόσο σε θέματα συμβουλευτικής όσο και στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

### Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Παρεμβατικό Πρόγραμμα για τη Διακοπή Καπνίσματος όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία.

**Πίνακας 18.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης

Περιγραφικά Στοιχεία	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=5 (62.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Φύλο</b>			
Άρρεν	1 (12.5%)	4 (50%)	5 (62.5%)
Θήλυ	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
<b>Ηλικία</b>			
25-34 ετών	1 (12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
35-44 ετών	2 (25%)	0%	2 (25%)
45-54 ετών	0%	2 (25%)	2 (25%)
54 και άνω	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>			
Άγαμος	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
Έγγαμος	1 (12.5%)	4 (50%)	5 (62.5%)
<b>Εκπαίδευση</b>			
Απόφοιτος Δημοτικού	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Απόφοιτος Λυκείου	0%	2 (25%)	2 (25%)
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας	3 (37.5%)	1 (12.5%)	4 (50%)
<b>Εργασία</b>			
Αυτοαπασχολούμενος	0%	2 (25%)	2 (25%)
Ετεροαπασχολούμενος	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
Άνεργος	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Συνταξιούχος	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)

**Πίνακας 19.** Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος

<b>Οικογένεια</b>	<b>Όσοι Διέκοψαν</b> n=3 (37.5%)	<b>Όσοι δεν Διέκοψαν</b> n=1 (12.5%)	<b>Συνολικό Δείγμα</b> n=8 (100%)
<b>Σύζυγος /Σύντροφος</b>			
Καπνίζει	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)
Δεν καπνίζει	1 (12.5%)	3 (37.5%)	4 (50%)
<b>Πατέρας</b>			
Καπνίζει	3 (37.5%)	2 (25%)	5 (62.5%)
Δεν καπνίζει	0%	3 (37.5%)	3 (37.5%)
<b>Μητέρα</b>			
Καπνίζει	0%	0%	0%
Δεν καπνίζει	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)
<b>Αδέρφια</b>			
Καπνίζουν	1 (12.5%)	3 (37.5%)	4 (50%)
Δεν καπνίζουν	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται το οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος των συμμετεχόντων, δηλαδή εάν και ποια μέλη της οικογένειας του συμμετέχοντα καπνίζουν. Φαίνεται ότι το 50% έχουν συντρόφους που καπνίζουν, το 62.5% πατέρες που καπνίζουν, κανείς μητέρες που καπνίζουν και το 50% αδέρφια που καπνίζουν.

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν το προφίλ των συμμετεχόντων και σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή καπνίσματος, η ύπαρξη ή όχι άλλων εξαρτήσεων, οι συνήθειες άσκησης που έχει κάθε άτομο, η ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών δυσκολιών. Στην ερώτηση για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής το 100% του δείγματος απάντησε ότι δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Επίσης το 100% ανέφερε ότι δεν είχε κάποια άλλη εξάρτηση εκτός από το τσιγάρο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (62.5%) ανέφερε ότι δεν ασχολείται με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας, το 25% ανέφερε ότι πηγαίνει για περπάτημα και το 12.5% ασχολείται με ποδηλασία. Ακόμη και όσοι είχαν ενασχόληση με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας ανέφεραν ότι δεν είχαν συνέχεια και

σταθερότητα. Στην ερώτηση, που σχετίζονταν με σωματικές και ψυχικές δυσκολίες, φαίνεται ότι κανείς δεν εμφανίζει δυσκολίες είτε σωματικής είτε ψυχικής υγείας.

**Πίνακας 20.** Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=5 (62.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής</b>			
Όχι	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)
<b>Άλλες Εξαρτήσεις</b>			
Τίποτα	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)
<b>Φυσική Δραστηριότητα</b>			
Περπάτημα	0%	2 (25%)	2 (25%)
Τίποτα	2 (25%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
Ποδηλασία	1 (12.5%)	0%	1 (12.5%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	0%	0%	0%

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα και συγκεκριμένα αποτυπώνονται οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και οι λόγοι της υποτροπής αλλά και περισσότερα στοιχεία της παρούσας προσπάθειας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που αφορούν τα χρόνια και την ποσότητα καπνίσματος, την ανάγκη ή ευχαρίστηση για τσιγάρο, τους λόγους καπνίσματος, κάποια πράγματα που μπορεί να βοήθησαν προηγούμενες φορές, τις απόψεις τους για τη συνήθεια του καπνίσματος καθώς και τις πεποιθήσεις τους για το τι πιστεύουν ότι μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τους την προσπάθεια ή να δυσκολέψει αντίστοιχα.

Όπως φαίνεται, ένα ποσοστό 25% επί του δείγματος δήλωσε ότι δεν υπήρξε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, έναντι του 75% που είχε προσπαθήσει ήδη στο παρελθόν. Από εκείνους, που το διέκοψαν όλοι δήλωσαν ότι η συγκεκριμένη δεν ήταν η πρώτη τους προσπάθεια αλλά ήδη είχαν κάνει προηγούμενες

προσπάθειες χωρίς επιτυχία, ενώ από αυτούς που δεν το διέκοψαν για τα δυο άτομα ήταν η πρώτη προσπάθεια.

**Πίνακας 21.** Ιστορικό Καπνίσματος

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής</b>			
Καμία	0 %	2 (25%)	2 (25%)
Μια	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Δυο	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Περισσότερες από τρεις	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
<b>Λόγοι Υποτροπής</b>			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Κατ. -Στρες	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
Έντονη επιθυμία	2 (25%)	0%	2 (25%)
Περιβάλλον	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Χωρίς σημαντικό λόγο	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Έλλειψη εσωτερικού κινήτρου	0%	1 (12.5%)	1 (12.5%)
<b>Ποσότητα Καπνίσματος</b>			
10-20 τσιγάρα	1 (12.5%)	0%	1 (12.5%)
20-30 τσιγάρα	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)
30-40 τσιγάρα	0 %	1 (12.5%)	1 (12.5%)
40 και άνω	0%	2 (25%)	2 (25%)
<b>Λόγοι Καπνίσματος</b>			
Ευχαρίστηση	2 (5.1%)	3 (7.7%)	5 (12.8%)
Χαλάρωση	2 (5.1%)	4 (10.2%)	6 (15.4%)
Συντροφιά/ Παρέα	3 (7.7%)	2 (5.1%)	5 (12.8%)
Συνήθεια	1 (2.6%)	4 (10.2%)	5 (12.8%)
Διαχείριση άγχους	2 (5.1%)	3 (7.7%)	5 (12.8%)
Εεκούραση	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Στεναχώρια	1 (2.6%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)
Χαρά	1 (2.6%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)
Λόγο επίδειξης	1(2.6%)	0%	1 (2.6%)
Ανασφάλεια	2 (5.1%)	0%	2 (5.1%)
Κοινωνικότητα	2 (5.1%)	0%	2 (5.1%)
Αίσθηση του «ανήκειν» σε μια ομάδα	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Γεννήθηκα για να καπνίζω	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
Επιβράβευση	1 (2.6%)	0%	1 (2.6%)
<b>Ανάγκη για τσιγάρο</b>			
Στρες-Πίεση	2 (8.3%)	4 (16.7%)	6 (25%)
Τα πρωινά	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)
Τα βράδια	2 (8.3%)	3 (12.5%)	5 (20.8%)
Σε στιγμές χαλάρωσης	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)
Στη δουλειά	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)
Κακοκεφιά-στεναχώρια	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)
Μετά από κούραση	1 (4.2%)	0%	1 (4.2%)

Πίνακας 21. (συνέχεια)

	Όσοι Διέκοψαν n=3 (37.5%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=1 (12.5%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (100%)
<b>Ευχαρίστηση από το τσιγάρο</b>			
Μαζί με τον καφέ	1 (4%)	3 (12%)	4 (16%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	2 (8%)	2 (8%)	4 (16%)
Με το ποτό	2 (8%)	3 (12%)	5 (20%)
Όταν βρίσκεται με παρέα	2 (8%)	2 (8%)	4 (16%)
Τα βράδια	2 (8%)	2 (8%)	4 (16%)
Μετά το φαγητό	1 (4%)	2 (8%)	3 (12%)
Τίποτα	0%	1 (4%)	1 (4%)
<b>Αποψη για το κάπνισμα</b>			
Συνήθεια	2 (10.5%)	2 (10.5%)	4 (21.1%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (5.3%)	0%	1 (5.3%)
Ευχαρίστηση	1 (5.3%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)
Εθισμός	1 (5.3%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)
Επικίνδυνο	3 (15.8%)	4 (21.1%)	7 (36.8%)
Αχρηστο	0%	1 (5.3%)	1 (5.3%)
Χαλάρωση	1 (5.3%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)
<b>Τι βοήθησε στο παρελθόν</b>			
Τίποτα	3 (37.5%)	4 (50%)	7 (87.5%)
Υποστηρικτικό περιβάλλον	1 (12.5%)	0%	1 (12.5%)
<b>Πιθανά Εμπόδια</b>			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	2 (15.4%)	4 (31%)	5 (46.4%)
Στρες	1 (7.7%)	0%	1 (7.7%)
Συνήθεια	2 (15.4%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)
Τίποτα	0%	1(7.7%)	1 (7.7%)
Η δουλειά του	1 (7.7%)	0%	1 (7.7%)
Επιθυμία	0%	1 (7.7%)	1 (7.7%)

Στους λόγους που οδήγησαν σε υποτροπή, την κυρίαρχη θέση κατέχει το άγχος και η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (37.5%) και ακολουθούν η έντονη επιθυμία για τσιγάρο (25%), το περιβάλλον καπνιστών (12.5%), χωρίς σημαντικό λόγο (12.5%) και η συνήθεια (12.5%).

Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία (87.5%) ανέφερε ότι κάπνιζε από 20 τσιγάρα και πάνω την ημέρα. Τα άτομα, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, είχαν Μ.Ο. διαστήματος καπνίσματος τα 26 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) κάπνιζε για παραπάνω από 20 χρόνια.

Ως λόγο καπνίσματος το 15.4% ανέφερε τη χαλάρωση και ακολουθούν με ποσοστό της τάξεως του 12.8% η ευχαρίστηση, η συντροφιά, η συνήθεια και η διαχείριση άγχους. Αμέσως μετά έρχονται η στεναχώρια (5.1%), η χαρά (5.1%), η ανασφάλεια (5.1%) και η κοινωνικότητα (5.1%) και τέλος με ποσοστά της τάξεως του 2.6% οι λόγοι επίδειξης, η ξεκούραση, η αίσθηση του ανήκειν, ο ρόλος ύπαρξης και η επιβράβευση.

Σημαντικό ποσοστό (25%) ανέφερε το στρες και την πίεση ως νούμερο ένα παράγοντα που προκαλούν την ανάγκη για τσιγάρο. Ακολουθούν οι βραδινές ώρες (20.8%) που σηματοδοτούν το τελείωμα της ημέρας. Στη συνέχεια αναφέρονται οι στιγμές χαλάρωσης (16.7%), οι πρωινές ώρες (16.7%), που σηματοδοτούν την ανάγκη για το πρώτο τσιγάρο. Ένα ποσοστό της τάξεως του 8.3% αναφέρεται στην κακοκεφιά και την στεναχώρια, στην εργασία (8.3%) και τέλος ακολουθούν οι στιγμές κούρασης (4.2%).

Όσον αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, φαίνεται ότι οι πιο σημαντικές στιγμές είναι ο καφές (16%) και οι στιγμές χαλάρωσης-διασκέδασης (16%), το ποτό (20%), η παρέα (16%), οι βραδινές ώρες (16%), το φαγητό (12%) ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 4% απαντάει τίποτα.

Η πλειοψηφία χαρακτήρισε το κάπνισμα ως επικίνδυνο (36.8%). Ένα σημαντικό ποσοστό (21.1%) το χαρακτήρισε ως συνήθεια. Ένα 10.5% το χαρακτήρισε ως εθισμό. Άλλο ένα 10.5% ως ευχαρίστηση και ως χαλάρωση. Τέλος, μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 5.3% το χαρακτήρισαν ως άχρηστο και συντροφιά/παρέα.

Ένα σημαντικό ποσοστό (87.5%) ανέφερε ότι δεν υπήρχε τίποτα στο παρελθόν, που να βοήθησε στη διακοπή του καπνίσματος. Το 12.5% του δείγματος ανέφερε ότι αυτό, που βοήθησε, ήταν το υποστηρικτικό περιβάλλον.



Το 46.4% δήλωσε ότι η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων/στρες θα αποτελέσει εμπόδιο στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Το 23.1 % ανέφερε ως εμπόδιο τη συνήθεια. Το 7.7% πίστευε ότι τίποτα δεν θα μπορούσε να αποτελέσει εμπόδιο στην προσπάθειά του και αντίστοιχα ποσοστά αναφέρθηκαν στο στρες, τη δουλειά και την επιθυμία.

### **Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες**

Και σε αυτή τη μελέτη η υγεία αποτελεί τον πρωτεύον και σημαντικότερο λόγο που οι καπνιστές αποφάσισαν να συμμετάσχουν στο τρέχον πρόγραμμα και στη συνέχεια ακολουθούν οι οικονομικοί λόγοι, η βελτίωση ποιότητας ζωής και η αλλαγή τρόπου ζωής και συνηθειών, η αίσθηση της ελευθερίας, η βελτίωση της εικόνας τους και των αντοχών τους καθώς και το να αποτελέσουν πρότυπο για τα παιδιά ως δευτερεύοντες λόγοι. Στην παρούσα μελέτη μόνο το 25 % αναγκάστηκαν να συμμετάσχουν λόγω ενός προβλήματος υγείας, το υπόλοιπο 75 %, λόγω της πρόθεσής τους να αλλάξουν τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής.

Ένας άλλος λόγος για να συμμετάσχουν ήταν οι σημαντικοί άλλοι που έχουν υιοθετήσει κάποια συμπεριφορά υγείας. Οι περισσότεροι συμμετείχαν σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα. Το ποσοστό 62.5 % (n = 5) αναφέρει στη συνέντευξη του προφίλ γνωριμία ότι, τουλάχιστον ένα σημαντικό μέλος της οικογένειας (π.χ. ο / η σύζυγος, παιδί ή πολύ καλός φίλος ) είναι λάτρης της φυσικής δραστηριότητας και οι καπνιστές αισθάνονται απογοητευμένοι γιατί δεν μπορούν ούτε να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στη ρουτίνα τους ούτε να μουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το ότι το πρόγραμμα ήταν πολυεπίπεδο με παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς ταυτόχρονα κάπνισμα, άσκηση, διατροφή ήταν κάτι που λειτουργούσε σαν πρόκληση σε εκείνους, μείωνε την απογοήτευση τους και αύξανε την κινητοποίηση τους έστω και η ιδέα ότι θα προσπαθήσουν να κάνουν κάτι καλό για τον εαυτό τους.

Όσον αφορά τις προσδοκίες τους από το πρόγραμμα όλοι αναφέρθηκαν στην προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Σε μια προσπάθεια συγκεκριμενοποίησης των προσδοκιών το 37.5% ανέφεραν ως μοναδική προσδοκία την προσπάθεια μείωσης ενώ μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 25% την συζήτηση και υποστήριξη στην πορεία της προσπάθειας διακοπής ενώ ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 12.5% αναφέρθηκε στο να μπορέσει μέσα από τις συζητήσεις με τον σύμβουλο να αναζητήσει το σωστό εσωτερικό κίνητρο για την προσπάθεια διακοπής.

### **Διαδικασία**

Ο κάθε συμβουλευόμενος πραγματοποίησε 12 ατομικές εβδομαδιαίες συνεδρίες συμβουλευτικής για το κάπνισμα με ειδικό ψυχικής υγείας και αντίστοιχα 12 ατομικές εβδομαδιαίες συνεδρίες συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με εποπτευόμενη φυσική δραστηριότητα με ειδικούς σε θέματα φυσικής δραστηριότητας εκπαιδευμένους σε θέματα συμβουλευτικής μέχρι την ολοκλήρωση της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Η συχνότητα των συναντήσεων ήταν 1 φορά την εβδομάδα και είχαν διάρκεια μια ώρα. Όσον αφορά την ατομική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος βασίστηκε στο εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος προηγούμενης έρευνας (Γρατσάνη και συν., 2016). Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεδριών συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα προερχόταν από το εγχειρίδιο «No more smoking! It's time for exercise». Το εγχειρίδιο αυτό δημιουργήθηκε από το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Τμήματος Επιστήμης και Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού.

Τα κυριότερα σημεία των συνεδριών συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα ήταν: η γνωστική ευαισθητοποίηση σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, η συζήτηση για τις ανησυχίες των συμμετεχόντων, τις σκέψεις, τα

συναισθήματα για τη φυσική δραστηριότητα και το κάπνισμα, τις προσωπικές πεποιθήσεις σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα και τη συμπεριφορά του καπνίσματος, καθώς και την προσωπική τους εμπειρία από την έως τώρα φυσική δραστηριότητα, η θετική αναπλαισίωση προηγούμενων προσπαθειών να ασκηθεί, η προσπάθεια αύξησης της εμπιστοσύνης, της αυτοπεποίθησης, της αυτοαποτελεσματικότητας, οι τεχνικές χαλάρωσης, τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος, ο αυτοδιάλογος, η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, η διαδικασία καθορισμού στόχων κ.α.

### **Εποπτευόμενη Φυσική Δραστηριότητα**

Η άσκηση ορίστηκε για όλους τους συμμετέχοντες ως οι δραστηριότητες που εκτελούνται σε μια έντονη ένταση τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 30 λεπτά κάθε φορά (American College of Sports Medicine, 2000). Εποπτευόμενες συνεδρίες άσκησης πραγματοποιήθηκαν ανάλογα με τις ικανότητες του κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά. Οι συνεδρίες άσκησης πραγματοποιήθηκαν στο εργαστήριο «Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας ζωής» του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ή σε εξωτερικούς χώρους (πάρκο, γήπεδο κ.α) κατάλληλους για την πραγματοποίηση άσκησης. Το πρόγραμμα άσκησης μέτριας έντασης περιλαμβάνει αεροβική άσκηση, όπως 30 λεπτά περπάτημα, ασκήσεις ενδυνάμωσης και κάποιες ασκήσεις stretching, ώστε να μπορούν να χαλαρώσουν στο τέλος. Οι συνεδρίες σχεδιάστηκαν με τέτοιο τρόπο, προκειμένου να εξοικειωθούν με διάφορα είδη δραστηριοτήτων και ασκήσεων, ώστε να μπορούν να τις εκτελούν ανεξάρτητα από το πρόγραμμα και εκτός προγράμματος μόνοι τους.

### **Follow-up**

Μετά την ολοκλήρωση των ατομικών συναντήσεων, πραγματοποιήθηκαν 3 μηνιαία follow-up σε ατομικό επίπεδο. Επίσης, πραγματοποιούνταν συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες σε εβδομαδιαία βάση μετά το τέλος της παρέμβασης και για 6 μήνες. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης και του follow up υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία (περίπου μια φορά την εβδομάδα), είτε με πρωτοβουλία του συμβούλου, είτε με πρωτοβουλία του συμβουλευόμενου. Σκοπός των follow-up ήταν η ενημέρωσή μας 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.

### **Όργανα Αξιολόγησης**

Για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων και τη λήψη βασικών πληροφοριών για το ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα, χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα όπως και στην πρώτη έρευνα το ερωτηματολόγιο για το προφίλ του συμμετέχοντα (Παράρτημα 2). Όπως και στην πρώτη μελέτη, στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος (Παράρτημα 3). Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς της άσκησης στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη (Παράρτημα 4). Και σε αυτή την έρευνα έγινε χρήση βηματόμετρων SW-200 (Yamax) (αισθητήρες καταγραφής κίνησης, που καταγράφουν το κάθε βήμα), στην αρχή, τη μέση και στο τέλος του προγράμματος, προκειμένου να επιτευχθεί η καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα (Taylor et al., 2010). Τα βηματόμετρα αποτέλεσαν σημαντικό μέσον παρακίνησης των συμμετεχόντων στην προσπάθεια αύξησης και υιοθέτησης της συμπεριφοράς της άσκησης.

## Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis). Για την οργάνωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo.

## Αποτελέσματα

Από τα οχτώ άτομα που αποτελούσαν το δείγμα, τα 3, δηλαδή το 37.5%, διέκοψαν το κάπνισμα. Το υπόλοιπο 62.5% (5 άτομα) πέτυχε σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων, εκ των οποίων τα 3 άτομα πάνω από 75%) και πέρασε στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή κάτω δηλαδή από 10 τσιγάρα.

## Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης

Σαν πρώτη σειρά Κατηγοριοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη. Η δεύτερη σειρά Κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα που ακολουθούν. Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 12 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης.

**Ερώτηση 1:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος. (Πίνακας 22).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν τις συναντήσεις με τον σύμβουλο και την υποστήριξη ως το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος. Επίσης όλοι χαρακτήρισαν το περιεχόμενο του προγράμματος ως βοηθητικό: έξι άτομα ανέφεραν τις συζητήσεις με τον σύμβουλο και δυο άτομα δήλωσαν ότι τους βοήθησαν οι γνώσεις που πήραν από το πρόγραμμα.

Τέσσερα άτομα ανέφεραν ως βοηθητική την άσκηση / κίνηση, που μπήκε στη ζωή τους. Ένα άτομο ανέφερε την προσωπική θέληση και άλλο ένα την πρόληψη θεμάτων υγείας. Τέλος δυο άτομα αναφέρθηκαν στην αυτοδέσμευση προς το πρόγραμμα και άλλα δυο ανέφεραν ότι όλα ήταν βοηθητικά το κάθε ένα με τον δικό του μοναδικό τρόπο.

**Πίνακας 22.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προσωπική Θέληση		«Περισσότερο με βοήθησε η προσωπική θέληση» (n=1)
Αυτοδέσμευση		«Η αυτοδέσμευση μου στο πρόγραμμα» (n=2)
Άσκηση		«Πρώτα από όλα με βοήθησε η κίνηση που μπήκε στη ζωή μου» (n=4)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Γνώση	«Οι γνώσεις που απέκτησα για το κάπνισμα ήταν κάτι που με βοήθησε πάρα πολύ σε όλη τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος» (n=2)
	Συζήτηση	«Οι συζητήσεις με το σύμβουλο ήταν ότι πιο σημαντικό είχε να μου προσφέρει το πρόγραμμα» (n=6)
Υποστήριξη	Από το σύμβουλο	«Περισσότερο με βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη και γενικότερα η βοήθεια που δεχόμουν στις συναντήσεις από τον σύμβουλο. Το ότι είχα και έναν άλλο άνθρωπο μαζί μου σε αυτή την προσπάθεια» (n=8)
Θέματα υγείας		«Ο φόβος εμφάνισης προβλημάτων υγείας στο μέλλον ήταν αυτό που με κινητοποίησε περισσότερο στη σκέψη της διακοπής και την προσπάθεια» (n=1)
Όλα		«Όλα με βοήθησαν το κάθε ένα με τον δικό του τρόπο» (n=2)

**Ερώτηση 2:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος. (Πίνακας 23).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα όπως τα τέσσερα άτομα που ανέφεραν ως παράγοντες δυσκολίας τις καταστάσεις άγχους, που κατά καιρούς αντιμετώπιζαν, τρία άτομα ανέφεραν την έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον τους. Ένα άτομο αναφέρθηκε στις γνωστικές

πληροφορίες που πήρε από το πρόγραμμα και άλλο ένα στο χώρο της δουλειάς όπου συνήθιζε να καπνίζει σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες. Τέλος, τέσσερα άτομα μίλησαν για ακατάλληλη χρονική στιγμή λόγω του ότι αντιμετώπιζαν ιδιαίτερες και δύσκολες προσωπικές καταστάσεις με πολύ ένταση και άγχος που δεν τους επέτρεπαν να εστιάσουν και να επικεντρωθούν στην προσπάθειά τους. Κάποιοι εστίασαν σε συγκεκριμένα στοιχεία του προγράμματος όπως τα τρία άτομα που δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κάτι, που να θεώρησαν ότι βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής, όσον αφορά το πρόγραμμα. Τέλος, ένα άτομο ανέφερε ότι δεν βρήκε βοηθητικό ούτε κινητοποιητικό τον φόβο για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας.

**Πίνακας 23.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα		«Τίποτα. Όλα ήταν βοηθητικά» (n=3)
Δύσκολες Καταστάσεις- stress		«Οι καταστάσεις άγχους που αντιμετώπιζα. Η χειρότερη περίοδος για εμένα ήταν αυτή που ξεκίνησα την προσπάθεια διακοπής» (n=4)
Έλλειψη υποστήριξης από το περιβάλλον	Οικογένεια	«Η βοήθεια που δεν είχα από το οικογενειακό περιβάλλον» (n=3)
Χαρακτηριστικά- Περιεχόμενο Προγράμματος	Γνωστικές πληροφορίες	«Η ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους κινδύνους. Τα στατιστικά και τα δεδομένα για το πόσο βλάπτει το τσιγάρο» (n=1)
Η δουλειά		«Ο χώρος της δουλειάς στον οποίο κάπνιζαν όλοι και συνήθιζα να καπνίζω και εγώ σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες» (n=1)
Ακατάλληλη Χρονική Στιγμή		«Η συγκεκριμένη περίοδος που όρισα ως περίοδο διακοπής καπνίσματος. Ήταν η χειρότερη περίοδος της ζωής μου. Μια περίοδος με πολύ έντονο άγχος και πίεση από πολλούς παράγοντες» (n=4)
Φόβος επιπτώσεων		«Ο φόβος για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας ήταν αυτό που βοήθησε λιγότερο» (n=1)

**Ερώτηση 3:** Τι κέρδισε το άτομο από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 24).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος ώστε να αξιοποιηθούν και να χρησιμοποιηθούν ως τρόπος παρακίνησης των καπνιστών σε μελλοντικές παρεμβάσεις.

Η πιο συχνή αναφορά από όλα τα άτομα (n=8) ήταν η υποστήριξη από τον σύμβουλο του προγράμματος, σε επίπεδο συζήτησης και επικοινωνίας για όλα τα θέματα που τον απασχολούσαν. Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν επίσης ότι βγήκαν κερδισμένοι ως προς τους στόχους που είχαν θέσει και συγκεκριμένα τρεις ανέφεραν ότι πέτυχαν το στόχο της διακοπής καπνίσματος και πέντε ανέφεραν ότι μείωσαν αισθητά τον αριθμό των τσιγάρων. Πέντε άτομα ανέφεραν ως κέρδος από το πρόγραμμα τις γνώσεις και την ενημέρωση, που απέκτησαν σε διάφορους τομείς και βοήθησαν στην προσπάθειά τους και στην αναγνώριση του προβλήματος. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βγήκαν κερδισμένοι ως προς τη στάση τους και συγκεκριμένα, τέσσερις από αυτούς δήλωσαν ότι αυξήθηκε η αυτοπεποίθηση και η πίστη στον εαυτό τους, τρεις ότι μέσω του προγράμματος κινητοποιήθηκαν και παρακινήθηκαν, δυο ότι ευαισθητοποιήθηκαν σε σχέση με το θέμα της διακοπής και δυο ότι απέκτησαν μεγαλύτερη αυτογνωσία και ασχολήθηκαν περισσότερο με τον εαυτό τους. Τρία άτομα εστίασαν στην καλύτερη φυσική κατάσταση. Δύο άτομα ανέφεραν ως πιο σημαντικό κέρδος την ελευθερία και άλλα δυο την επικοινωνία. Τρία άτομα εστίασαν στην καλύτερη ποιότητα ζωής. Τέλος τέσσερα άτομα μίλησαν για αυξημένο αυτοέλεγχο, δύο για περισσότερη αισιοδοξία και ένα άτομο για μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας.



**Πίνακας 24.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Περιεχόμενο Προγράμματος	Γνώση	«Απέκτησα πολλές γνώσεις για την καταστροφική δράση του καπνίσματος κάτι που επηρέασε και συνέβαλλε πολύ στην προσπάθειά μου. Πήρα υλικό με πιο σωστό και οργανωμένο τρόπο. Αναγνώρισα το πρόβλημα που δημιουργεί το κάπνισμα» (n=5)
	Υποστήριξη	«Υποστήριξη στην προσπάθειά μου. Η προσπάθειά μου πήρε άλλη μορφή. Έγινε πιο επίσημο και πιο σημαντικό» (n=8)
Καλύτερη Φυσική Κατάσταση		«Καλύτερη φυσική κατάσταση, καλύτερη αντοχή με το που μπήκε η άσκηση στη ζωή μου. Με βοήθησε και στην προσπάθεια διακοπής και γενικότερα» (n=3)
Ως προς το στόχο	Διακοπή Καπνίσματος	«Πέτυχα το στόχο της διακοπής καπνίσματος» (n=3)
	Μείωση καπνίσματος	«Μείωσα σε σημαντικό βαθμό τον αριθμό των τσιγάρων» (n=5)
Ως προς τη στάση του	Παρακίνηση	«Μέσα από το πρόγραμμα βρήκα πραγματικά, προσωπικά και εσωτερικά κίνητρα για τη διακοπή κάτι που με κινητοποίησε περισσότερο»(n=3)
	Ευαισθητοποίηση	«Πολλά κομμάτια του προγράμματος με ευαισθητοποίησαν περισσότερο ως προς την ιδέα της διακοπής. 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	«Ενώ πίστευα ότι δεν είναι εφικτό και δεν έχω τις δυνάμεις που απαιτούνται μέσα από το πρόγραμμα αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή μου και πίστεψα περισσότερο στον εαυτό μου και τις δυνάμεις μου» (n=4)
	Αισιοδοξία	«Βλέπω πιο αισιόδοξα τα πάντα όχι μόνο τη διακοπή αλλά και τη ζωή γενικότερα και αυτό έχει προεκτάσεις σε όλα και στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά μου» (n=2)
	Ελευθερία	«Κέρδισα την ελευθερία από το τσιγάρο, μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Τι πιο σημαντικό; Δεν αισθάνομαι δέσμιος κανενός και δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό και ανακουφιστικό» (n=2)
	Ποιότητας ζωής	«Βελτίωσα την ποιότητα της ζωής μου σε όλους τους σημαντικούς τομείς (άσκηση, διατροφή, κάπνισμα κ.α) Είμαι ένας άλλο άνθρωπος» (n=3)
	Επικοινωνία	«Με βοήθησε πολύ στο να βελτιώσω την επικοινωνία μου με τους γύρω μέσα από πράγματα που έμαθα για τη διεκδίκηση, τις δεξιότητες διαχείρισης και άρνησης, την έκφραση συναισθημάτων κ.α» (n=2)
	Αυτογνωσία	«Γνώρισα και ασχολήθηκα περισσότερο με τον εαυτό μου» (n=2)
	Αυτοέλεγχος	«Έμαθα να έχω αυτοέλεγχο όχι μόνο στο κάπνισμα αλλά και γενικότερα, κάτι που δεν είχα πριν σε κανένα θέμα. Να διαχειρίζομαι και να έχω εγώ τον έλεγχο των πραγμάτων σε εμένα και στη ζωή μου και όχι εκείνα σε εμένα» (n=4)
	Ασφάλεια	«Ότι έγινε στο πρόγραμμα έγινε με σωστό τρόπο και αυτό με έκανε να νιώσω ασφάλεια» (n=1)

**Ερώτηση 4:** Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια για το άτομο στο να διακόψει το κάπνισμα (Πίνακας 25).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να μελετήσουμε το πώς θα μπορούσαν να δουλευτούν με κάποιο τρόπο και να προστεθούν ανάλογες παρεμβάσεις στο εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 25.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δύσκολες καταστάσεις-stress	«Η συγκεκριμένη περίοδος που επέλεξα να διακόψω το κάπνισμα ήταν πολύ δύσκολη επειδή υπήρχαν πολλοί παράγοντες που με άγχωναν και με πίεζαν καθημερινά. Υπήρχαν συνεχώς άσχημες καθημερινές καταστάσεις που με εμπόδιζαν στην προσπάθεια της διακοπής» (n=5)
Πίεση από το περιβάλλον	«Η παρέα με φίλους που καπνίζουν και η πίεση τους στο να καπνίσω καθώς και διάφορα σχόλια από το οικογενειακό μου περιβάλλον για την προσπάθεια που έκανα και την επιτυχία της ή όχι» (n=2)
Αλλαγή συνηθειών & τρόπου ζωής	«Τα σοβαρότερα εμπόδια ήταν η αλλαγή συνηθειών. Είχα συνηθίσει να καπνίζω στις εξόδους κάτι που με δυσκόλευε ιδιαίτερα. Δυσκολευόμουν πάρα πολύ να αλλάξω τις συνήθειές μου και να υιοθετήσω νέες. Σε όλα μου έλλειπε κάτι βασικό και δυσκολευόμουν πάρα πολύ» (n=3)
Η συνήθεια του συντρόφου να καπνίζει	«Το ότι κάπνιζε και ο σύζυγος με δυσκόλευε πάρα πολύ» (n=1)
Εθισμός	«Ο εθισμός. Αισθανόμουν απόλυτα εξαρτημένος στο κάπνισμα, κυρίως ψυχολογικά επειδή κάπνιζα από τα 17 και πίστευα ότι δεν θα καταφέρω να κάνω βήμα χωρίς τσιγάρο» (n=2)
Η δουλειά	«Ο χώρος της εργασίας μου, όπου για διάφορους λόγους δεν μπορούσα να μείνω χωρίς τσιγάρο» (n=1)
Ο καιρός	«Ο καιρός που δεν μου επέτρεπε να κάνω όση γυμναστική ήθελα και χρειαζόμουν» (n=1)

Στην εν λόγω ερώτηση, πέντε 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. Δυο άτομα αναφέρθηκαν στην πίεση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, υπό την έννοια ότι τους πρόσφεραν τσιγάρο, κάπνιζαν μπροστά τους, τους πίεζαν να καπνίσουν και σχολίαζαν

την όλη προσπάθεια διακοπής, που τα άτομα κατέβαλαν με αποτέλεσμα να μην αισθάνονται ότι έχουν υποστήριξη σε αυτή την προσπάθεια. Τρία άτομα ανέφεραν ως εμπόδιο την αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής και ένα τη συνήθεια του συντρόφου να καπνίζει. Δύο άτομα μίλησαν για τον εθισμό και την ψυχολογική εξάρτηση ως πρόβλημα, και ένα άτομο για το χώρο εργασίας που δεν άφηνε, για διάφορους λόγους, περιθώρια να μείνει χωρίς τσιγάρο όπως και τον καιρό που δεν ευνοούσε να γυμνάζεται όπου και όσο ήθελε κάτι που πιστεύει ότι θα βοηθούσε πολύ στη διαδικασία διακοπής.

**Ερώτηση 5:** Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση) (Πίνακας 26).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις διαφορές που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 26.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα: (γενικότερη εξάρτηση):*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Απόλυτα εξαρτημένος	«Όταν ήρθα στο πρόγραμμα κάπνιζα περίπου ένα πακέτο την ημέρα. Η εξάρτηση και ο εθισμός ήταν πολύ έντονος. Σήμερα έχω καταφέρει να κάνω 4-5 τσιγάρα την ημέρα και να μην επιθυμώ πραγματικά περισσότερα» (n=4)
	Δεν είχε τον έλεγχο	«Πριν την παρέμβαση κάπνιζα χωρίς κανέναν έλεγχο. Στην αρχή του προγράμματος ένιωθα να μην μπορώ να το κόψω. Σήμερα είδα ότι μπορώ να το διακόψω. Ακόμη θέλω το τσιγάρο αλλά προσπαθώ να μένω μακριά από αυτό» (n=4)
Μετά	Αισθάνεται περισσότερο ανεξάρτητος	«Τώρα νιώθω πιο ανεξάρτητη. Πολλές φορές το ξεχνάω τελείως. Κάνω άλλα δημιουργικά διαλείμματα αντί του τσιγάρου» (n=2)
	Μεγαλύτερος έλεγχος	«Μετά την παρέμβαση αισθάνομαι ότι έχω μεγαλύτερο έλεγχο, φιλοσοφώ καλύτερα τα πράγματα και παρά τις δύσκολες μέρες που περνάω δεν κάνω παραπάνω από 6-7 τσιγάρα καθημερινά. Είμαι πιο συνειδητοποιημένος για τη ζημιά που γίνεται στον οργανισμό και έχω τη δυνατότητα να κοντρολάρω καλύτερα τον εαυτό μου σε ότι αφορά το κάπνισμα» (n=6)

Αναφορικά με τη χρονική περίοδο πριν την παρέμβαση, τέσσερα άτομα δήλωσαν ότι ένιωθαν ότι δεν είχαν τον έλεγχο σχετικά με το κάπνισμα, για παράδειγμα σχετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν και τέσσερα 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.

Μετά την παρέμβαση, έξι άτομα ανέφεραν ότι ένιωθαν πως απέκτησαν έλεγχο πάνω στο τσιγάρο και δυο άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν πλέον πιο ανεξάρτητοι και μπορούσαν πια να στηριχθούν στις δικές τους δυνάμεις.

**Ερώτηση 6:** Πως ένιωθε το άτομο το σώμα του όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση (Πίνακας 27).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις σωματικές αλλαγές που προκάλεσε το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 27.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Βαρύ σώμα	«Ένιωθα το σώμα μου βαρύ. Δυσκολευόμουν σε κάθε μου κίνηση, σαν να κουβαλούσα ένα βάρος» (n=6)
	Εύκολη κούραση	«Πριν το πρόγραμμα κουραζόμουν πιο εύκολα και λαχάνιαζα με μια ώρα άσκηση σαν να μην είχα καμία αντοχή για παράδειγμα ενώ τώρα όχι» (n=5)
	Βραχνιασμένος λαιμός	«Ο λαιμός μου ήταν συνεχώς πιο βραχνιασμένος και είχα έντονο βήχα» (n=2)
	Μη υγιές σώμα	«Αισθανόμουν το σώμα μου σαν να μην ήταν υγιές, σαν κάτι να μην πήγαινε καλά» (n=7)
	Μειωμένη φυσική κατάσταση	«Καταλάβαινα ότι είχα μειωμένη φυσική κατάσταση» (n=5)
Μετά	Νιώθει καλύτερα το σώμα του	«Τώρα νιώθω πιο ανάλαφρος. Είδα μεγάλη διαφορά στο σώμα μου. Νιώθω πολύ καλύτερα και πιστεύω ότι οφείλεται τόσο στη μείωση του καπνίσματος όσο και στην αύξηση της άσκησης» (n=8)
	Μεγαλύτερη αντοχή	«Τώρα αισθάνομαι ότι έχω περισσότερες αντοχές σε σχέση με πριν. Δεν λαχανιάζω» (n=3)
	Υποχώρηση βήχα	«Είχα βήχα, ο οποίος μετά τη διακοπή του καπνίσματος σταμάτησε τελείως» (n=2)
	Αύξηση κιλών	«Τώρα νιώθω πιο αδύνατη και ανάλαφρη και ας πήρα 2 κιλά» (n=1)

Όσον αφορά το διάστημα πριν την παρέμβαση, έξι άτομα ανέφεραν ότι αισθάνονταν το σώμα τους βαρύ, πέντε άτομα ανέφεραν ότι κουράζονταν εύκολα και είχαν μειωμένη αντοχή, δυο άτομα έκαναν λόγο για βραχυσμένο λαιμό, επτά άτομα ανέφεραν ότι ένιωθαν το σώμα τους μη υγιές, πέντε άτομα έκαναν λόγο για μειωμένη φυσική κατάσταση.

Όσον αφορά το διάστημα αμέσως μετά την παρέμβαση όλοι ανέφεραν ότι ένιωθαν πολύ καλύτερα το σώμα τους. Τρία άτομα αναφέρθηκαν στη μεγαλύτερη αντοχή, δυο άτομα ανέφεραν την υποχώρηση του βήχα και ένα την αύξηση των κιλών συνοδεύοντάς την από ευχάριστη και ανάλαφρη αίσθηση.

**Ερώτηση 7:** Ποιές αλλαγές νιώθει το άτομο ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. (Πίνακας 28).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς.

Αναφορικά με τις αλλαγές στις σκέψεις, πέντε άτομα ανέφεραν ότι πλέον σκέφτονται πιο συνειδητοποιημένα σχετικά με τη σχέση τους με το τσιγάρο και τους απασχολεί έντονα η διακοπή την οποία βλέπουν ως κάτι εφικτό και ρεαλιστικό, δυο άτομα ανέφεραν ότι γνωρίζουν και σκέφτονται πιο αρνητικά για τις άσχημες συνέπειες του τσιγάρου και το κακό που έκαναν στον εαυτό τους καπνίζοντας και τέσσερα άτομα ότι άλλαξε πολύ ο τρόπος σκέψης τους ως προς τη διακοπή και το σκέφτονται πολύ πιο θετικά και αισιόδοξα.

Όσον αφορά τα συναισθήματα τρία άτομα εστίασαν στην ικανοποίηση που άντλησαν από την επίτευξη των στόχων που έβαλαν και τρία άτομα μίλησαν για το συναίσθημα της ελευθερίας που ένιωσαν. Τρία άτομα μίλησαν για τις ενοχές που έχουν

λόγω του ότι συνεχίζουν να καπνίζουν. Δύο άτομα εστίασαν στο συναίσθημα της χαλάρωσης και της ηρεμίας, δυο άτομα είπαν ότι αισθάνονται πιο δραστήριοι και άλλα δυο μίλησαν για περισσότερη ευεξία. Δυο άτομα μίλησαν για αυξημένη αισιοδοξία ως προς το να παραμείνουν μη καπνιστές και άλλα δύο για αυξημένη σιγουριά ότι θα πετύχουν το στόχο τους.

**Πίνακας 28.** 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	Θετικός τρόπος Σκέψης	«Το πρόγραμμα μου έδωσε την ευκαιρία να δω ότι είναι κάτι πραγματοποιήσιμο και ότι μπορώ να τα καταφέρω εάν υπάρχει θέληση, αποφασιστικότητα και προσπάθεια. Δεν νιώθω ότι είναι κάτι ακατόρθωτο» (n=4)
	Το σκέφτομαι περισσότερο	«Η διακοπή του καπνίσματος είναι κάτι που με απασχολούσε αλλά τώρα με απασχολεί ακόμη πιο έντονα» (n=5)
	Αρνητικός τρόπος σκέψης	«Σκέφτομαι πλέον πολύ περισσότερο πριν ανάψω ένα τσιγάρο, κυρίως το πόσο κακό μου κάνει και νιώθω άσχημα όταν καπνίζω» (n=2)
Συναισθήματα	Ηρεμία	«Αισθάνομαι πιο χαλαρός και πιο ήρεμος, κάτι που το είχα ανάγκη» (n=2)
	Ικανοποίηση	«Αισθάνομαι πολύ ικανοποιημένος που ξέφυγα από αυτή την εξάρτηση» (n=3)
	Αισιοδοξία	«Είμαι πιο αισιόδοξος για το ότι θα παραμείνω μη καπνιστής» (n=2)
	Σιγουριά	«Αισθάνομαι πιο σίγουρη για την επίτευξη του στόχου μου» (n=2)
	Ενέργεια	«Αισθάνομαι πιο δραστήρια» (n=2)
	Ευεξία	«Αισθάνομαι πολύ περισσότερη ευεξία» (n=2)
	Ελευθερία	«Έχει αλλάξει αρκετά η εξάρτηση που αισθανόμουν. Τώρα αισθάνομαι ελεύθερος και ανεξάρτητος» (n=3)
	Ενοχές	«Έχω ενοχές όταν συνεχίζω να καπνίζω» (n=3)
	Αλλαγή Συμπεριφορών και Συνηθειών συνδυασμένων με το κάπνισμα	«Έχουν αλλάξει πολλές συνήθειές μου. Πλέον κάνω πράγματα που έκανα στο παρελθόν και τα είχα συνδέσει με το κάπνισμα, όπως η περιήγηση στο internet και τώρα τα κάνω χωρίς να αισθάνομαι την ανάγκη-επιθυμία για κάπνισμα. Έχω αλλάξει πολλά πράγματα από την καθημερινότητά μου για να μείνω μακριά από το τσιγάρο» (n=8)
	Απόκτηση ελέγχου	«Έχει αλλάξει αρκετά ο έλεγχος που έχω στο κάπνισμα. Πλέον έχω εγώ τον έλεγχο της ζωής μου και των πράξεών μου και όχι το τσιγάρο. Πριν το πρόγραμμα με έπιανε πανικός, αν δεν είχα τσιγάρα στην τσέπη μου ενώ τώρα δεν με νοιάζει» (n=8)
Συμπεριφορά	Υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής	«Γενικά έχω υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Έχω κάνει αλλαγές σε όλους τους σημαντικούς τομείς άσκηση, κάπνισμα, διατροφή» (n=8)

Όσον αφορά τις συμπεριφορικές αλλαγές και αλλαγές συνηθειών, όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στον έλεγχο, που πλέον ασκούν στο κάπνισμα και στο ότι πραγματοποίησαν αλλαγές σε συνήθειες και συμπεριφορές που είχαν συνδυασμένες με το κάπνισμα και ότι όλοι υιοθέτησαν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

**Ερώτηση 8:** Ποια ήταν η σχέση του ατόμου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά. (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του;) (Πίνακας 29).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε το πώς μπορεί το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση και πως μπορεί αυτή η διαφορετική συμπεριφορά να επηρέασε και να συνέβαλλε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση πριν από την παρέμβαση, πέντε άτομα ανέφεραν ότι πριν από την παρέμβαση δεν είχαν καμία σχέση με την άσκηση και τρία άτομα ότι είχαν ελάχιστη σχέση. Ως προς τη σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση μετά την παρέμβαση, δυο άτομα δήλωσαν ότι δεν άλλαξε κάτι, ενώ τα υπόλοιπα εξι ανέφεραν βελτίωση της σχέσης τους με την άσκηση.

**Πίνακας 29.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;).*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Δεν είχε σχέση με την άσκηση	«Πριν το πρόγραμμα δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση» (n=5)
	Είχε σχέση με την άσκηση	«Είχα σχέση με την άσκηση και πριν την παρέμβαση αλλά ελάχιστη. Συνήθως πήγαινα για περπάτημα ή ποδηλασία» (n=3)
Μετά	Δεν άλλαξε κάτι	«Δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση ούτε πριν από τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα αλλά ούτε τώρα. Ωστόσο μετά τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα είμαι περισσότερο κινητοποιημένος και έτοιμος να ξεκινήσω κάποια μορφή άσκησης» (n=2)
	Αύξησε τη φυσική δραστηριότητα	«Μετά την παρέμβαση έχει αλλάξει η καθημερινότητά μου. Σήμερα και μετά την παρέμβαση έχω ανακαλύψει νέους τρόπους και χώρους άσκησης. Είναι το νούμερο ένα βοηθητικό στοιχείο για εμένα. Ακολουθώ συστηματικά και πρόγραμμα άσκησης και περπάτημα» (n=6)

**Ερώτηση 9:** Πως βλέπει το άτομο τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει. (θετικά ή αρνητικά) (Πίνακας 30).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν για να δούμε 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.

**Πίνακας 30.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά).*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Μη Καπνιστής	«Βλέπω τον εαυτό μου ως μη καπνιστή αν και ξέρω ότι είναι δύσκολο και φοβάμαι. Θα συνεχίζω καθημερινά την προσπάθεια» (n=8)
Θετικά	«Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει θετικά. Εισπράττω ενθάρρυνση αλλά και υποστήριξη στην παρούσα κατάσταση. Ιδιαίτερα βοηθητικό είναι το ότι οι περισσότεροι είναι αντικαπνιστές και οι υπόλοιποι δεν καπνίζουν μπροστά μου για να μην με επηρεάσουν» (n=4)
Αρνητικά	«Το περιβάλλον μου εδώ δεν είναι καθόλου βοηθητικό και αυτό με έχει επηρεάσει πολύ στη διαδικασία διακοπής. Το ότι όλοι στο περιβάλλον μου καπνίζουν δεν με βοηθάει καθόλου στη διαδικασία διακοπής» (n=4)

Σε σχέση με το πώς βλέπουν τον εαυτό τους μελλοντικά, όλοι είτε διέκοψαν το κάπνισμα είτε όχι απάντησαν ότι βλέπουν τον εαυτό τους ως μη καπνιστή.

Ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος, τα τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκαναν και θα είναι βοηθητικό, ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα 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 τη γενικότερη διαδικασία βοήθησαν το άτομο περισσότερο. (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ) (Πίνακας 31).



Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε ποια κομμάτια του προγράμματος βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο.

**Πίνακας 31.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)*

2 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα	
Δομή- Χαρακτηριστικά Προγράμματος	Συνέπεια & σταθερότητα προγράμματος	«Η σταθερότητα εκ μέρους του συμβούλου και του προγράμματος ήταν ιδιαίτερα βοηθητική καθ' όλη την πορεία της προσπάθειας» (n=1)	
	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=2)	
	Διάρκεια Προγράμματος	«Το ότι υπήρχε μια συνέχεια και διάρκεια του προγράμματος με έκανε να αισθάνομαι ότι ανήκω σε κάποιο πλαίσιο και ότι κάτι με συνόδευε σε όλη την πορεία της διαδικασίας διακοπής. Ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό» (n=2)	
	Καθορισμός Στόχων	«Με βοήθησε περισσότερο η διαδικασία καθορισμού στόχων. Έκανα κάποιες συμφωνίες με τον σύμβουλο και κατά τη διάρκεια της εβδομάδας έψαχνα τρόπους να πετύχω τους στόχους μου» (n=1)	
	Τεχνικές Αντίστασης	«Με βοήθησαν πολύ οι τεχνικές που έμαθα για την αντιμετώπιση της επιθυμίας. Τις χρησιμοποιούσα συστηματικά ειδικά το πρώτο χρονικό διάστημα που ήταν πιο δύσκολο να αντιστέκομαι» (n=1)	
	Περιεχόμενο	Γνώση	«Με βοήθησαν πολύ οι γνώσεις που πήρα και για το κάπνισμα και για τις επιπτώσεις στην υγεία μου αλλά κυρίως οι γνώσεις για το παθητικό κάπνισμα» (n=1)
		Δραστηριότητες	«Όλες οι ασκήσεις και τα ερωτηματολόγια του προγράμματος ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά. Έμαθα περισσότερα πράγματα κυρίως για τον ίδιο μου τον εαυτό και τη σχέση μου με το κάπνισμα» (n=3)
Επικοινωνία- Συζήτηση		«Η επικοινωνία, η συζήτηση και το ενδιαφέρον του συμβούλου για την υγεία μου, το σώμα μου, τη διατροφή μου, τη σχέση μου με το κάπνισμα και την καθημερινότητα μου με βοήθησε πάρα πολύ» (n=6)	
Λειτουργία	Σχέση με το σύμβουλο-	«Θεωρώ καίριο το ρόλο του συμβούλου. Το ενδιαφέρον, τα συναισθήματα του, το ότι υπήρχε κατανόηση ήταν ιδιαίτερα σημαντικά για εμένα και την προσπάθειά μου. Με έκαναν να πιστέψω σε εμένα και να δεσμευτώ περισσότερο» (n=4)	
	Δέσμευση	«Ακόμη 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=2)	
	Απόκτηση ελέγχου	«Το ότι άρχισα να αποκτώ τον έλεγχο του τσιγάρου με ικανοποίησε ιδιαίτερα και με έκανε να βλέπω όλη τη διαδικασία ως πρόκληση και ως παιχνίδι και να προσπαθώ να πετύχω όλο και περισσότερους στόχους» (n=4)	

Οι απαντήσεις μπορούν να κωδικοποιηθούν 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, δύο άτομα ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικό το γεγονός ότι το πρόγραμμα λάμβανε υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και προσαρμόζονταν στις ανάγκες του κάθε ατόμου, δυο άτομα αναφέρθηκαν στη διάρκεια και τη συνέχεια του προγράμματος και άλλο ένα στη σταθερότητα και στη συνέπεια του συμβούλου και του προγράμματος.

Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, τρία 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 επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης. Ένα άτομο ανέφερε πολύ συγκεκριμένα πόσο βοηθητικές ήταν οι τεχνικές αντίστασης απέναντι στην επιθυμία και την αντιμετώπιση του πειρασμού και άλλο ένα το πόσο βοηθητική ήταν η διαδικασία καθορισμού των στόχων. Τέλος, ένα άτομο έδωσε έμφαση 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, έξι 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. 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 και στη δημιουργία δέσμευσης. Τέσσερα 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, δυο άτομα αναφέρθηκαν στη δέσμευση και στο πως λειτουργούσε καθοριστικά κάθε φορά που κάτι τους δυσκόλευε.

**Ερώτηση 11:** Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης (Πίνακας 32).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή τους για το πρόγραμμα που ίσως συμπεριλαμβάνει και πράγματα που δεν μπόρεσαν να προβλεφθούν από τις παραπάνω ερωτήσεις και τα οποία θεωρούν πολύ σημαντικά και θα ήθελαν να προσθέσουν.

Οι απαντήσεις των ατόμων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: στην πρώτη 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 δεύτερη 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 τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις, που αποτελούν γενικό σχολιασμό του προγράμματος.

Ως προς τις προϋποθέσεις, δυο άτομα ανέφεραν ως προϋπόθεση για την έναρξη οποιασδήποτε διαδικασίας διακοπής καπνίσματος την ύπαρξη ειλημμένης σχετικής απόφασης και δύο άτομα την πίστη στον εαυτό τους και τις δυνάμεις τους.

**Πίνακας 32.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προϋποθέσεις	Πίστη	«Το πιο σημαντικό είναι να πιστεύει κανείς στον εαυτό του και τις δυνάμεις του. Το πρόγραμμα είναι συμπληρωματικό. Βοηθάει από εκεί και πέρα» (n=2)
	Απόφαση	«Μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για κάποιον που έχει πάρει την απόφαση διακοπής καπνίσματος και είναι έτοιμος για αυτό. Εγώ ξεκίνησα με όρεξη αλλά στην πορεία ανακάλυψα ότι δεν ήμουν έτοιμος για αυτή την αλλαγή στη ζωή μου τώρα» (n=2)
Λειτουργία	Καλύπτει βασικές ανάγκες	«Λειτουργεί σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα. Καλύπτει βασικές ανάγκες ενός ατόμου που βρίσκεται σε διαδικασία διακοπής όπως το γνωστικό κομμάτι, η κινητοποίηση, η ενημέρωση, η υποστήριξη αλλά και δίνει ιδέες για λύσεις απλών καθημερινών δυσκολιών» (n=3)
	Σε φέρνει αντιμέτωπο με τις αδυναμίες σου	«Σε φέρνει αντιμέτωπο με τις αδυναμίες σου και σε βοηθάει να τις ξεπεράσεις» (n=1)
	Αλλαγή Τρόπου σκέψης	«Μέσα από το πρόγραμμα άλλαξε ο τρόπος σκέψης μου όχι μόνο ως προς το κάπνισμα αλλά και ως προς τη ζωή γενικότερα. Άρχισα να σκέφτομαι και να συμπεριφέρομαι πολύ διαφορετικά σε πολλά επίπεδα. Να ελέγχω το τσιγάρο, να υιοθετώ την άσκηση, να προσέχω τη διατροφή μου και γενικά να σκέφτομαι και να ζω με έναν πιο υγιεινό και ποιοτικό τρόπο ζωής» (n=7)
	Εμπλουτισμός γνώσεων	«Κατά τη διάρκεια του προγράμματος ανανέωσα γνώσεις που ήξερα, πήρα καινούριες και επεξεργάστηκα διαφορετικά πληροφορίες που είχα και στο παρελθόν αλλά δεν με άγγιζαν τόσο» (n=3)
	Ασφάλεια	«Μέσα από το πρόγραμμα αισθάνθηκα ασφαλής. Ανήκα σε ένα πλαίσιο και υπήρχε και ένας άνθρωπος να με καθοδηγεί» (n=1)
	Γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής	«Μέσα από το πρόγραμμα και τα οφέλη που αποκόμισα άρχισα σιγά σιγά να αλλάζω όλη μου τη ζωή και όχι μόνο να κόψω το κάπνισμα. Έμαθα πώς να βάζω στόχους, πώς να εκφράζομαι, πώς να διεκδικώ, πώς να χειρίζομαι το άγχος και τα δύσκολα συναισθήματα και πολλά πολλά άλλα που με εξέλιξαν και με βοήθησαν ως άνθρωπο» (n=7)
	Στόχοι	«Έμαθα να δουλεύω με στόχους και από τότε και μετά το εφαρμόζω παντού και οργανώνω τη ζωή μου τελείως διαφορετικά» (n=1)
Γενικά Σχόλια	Πλήρες πρόγραμμα	«Μου άρεσε το πώς ήταν δομημένο το πρόγραμμα. Για μένα ήταν πλήρες. Περιελάμβανε παρεμβάσεις σε όλους τους σημαντικούς τομείς της ζωής ενός ανθρώπου» (n=2)
	Πολύ βοηθητικό	«Μου έδωσε πάρα πολλά πράγματα όχι μόνο στην προσπάθεια διακοπής αλλά και στο να αλλάξω τη ζωή μου γενικότερα. Κατάφερα να κάνω πράγματα που δεν θα πετύχαινα μόνος μου και το σημαντικότερο με βοήθησε να πετύχω και το στόχο μου» (n=6)
	Εφόδια	«Νιώθω ότι πήρα πολλά από αυτό και συγκεκριμένα νιώθω πολύ δυνατός για την επόμενη φορά που θα αποφασίσω να το διακόψω» (n=3)
	Άριστο	Μου πρόσφερε πράγματα που περίμενα να βρω σε μια εξελιγμένη χώρα. Ήταν πολύ επαγγελματικό το επίπεδο παρέμβασης. Θεωρώ ότι σήμερα που βγαίνω από αυτό δεν μου λείπει τίποτα» (n=4)

Ως προς τον τρόπο που το εν λόγω πρόγραμμα λειτούργησε, επτά άτομα εστίασαν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης απέναντι στο τσιγάρο και στη γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής, τρία άτομα μίλησαν για τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους μέσα από το πρόγραμμα και άλλα τρία στο ότι καλύπτει βασικές ανάγκες. Επτά άτομα αναφέρθηκαν στην γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής τους. Τέλος, ένα άτομο ανέφερε ότι σε φέρνει αντιμέτωπο με τις αδυναμίες σου, άλλο ένα μίλησε για την αίσθηση ασφάλειας που δημιουργεί και άλλο ένα για τη λειτουργία των στόχων.

Ως προς τα γενικά σχόλια σχετικά με το πρόγραμμα, έξι άτομα το χαρακτήρισαν πολύ βοηθητικό, δυο ως πλήρες πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς, όπως κάπνισμα, άσκηση και διατροφή, τρία άτομα μίλησαν για τα εφόδια που τους πρόσφερε και άλλα τέσσερα το χαρακτήρισαν ως άριστο, επαγγελματικό παρόμοιο με προγράμματα ανεπτυγμένων χωρών.

**Ερώτηση 12:** Τι θα ήθελε να πει το άτομο ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει. (Πίνακας 33).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε τι θα συμβούλευαν οι συμμετέχοντες άλλους καπνιστές και ίσως από τις συμβουλές τους προέκυπταν και κάποιες ιδέες που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα. Πέντε άτομα εστίασαν στο ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην πίστη στον εαυτό τους, τέσσερα άτομα τόνισαν ότι αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα επίπεδα, δύο άτομα τόνισαν ότι είναι κάτι ρεαλιστικό και πραγματοποιήσιμο. Δυο άτομα ανέφεραν ότι για να τα καταφέρει κάποιος θα πρέπει να κάνει μια οργανωμένη προσπάθεια, ενώ ένα άτομο ότι πρέπει να ασκείται καθημερινά και άλλο ένα ότι πρέπει να μειώνει τον καθημερινό αριθμό τσιγάρων. Δύο άτομα μίλησαν για τον σημαντικό ρόλο της υπομονής και της επιμονής, άλλα δυο για το ότι ήταν η πιο σημαντική εμπειρία της ζωής τους και τέλος ένα άτομο για την αίσθηση της ελευθερίας.

**Πίνακας 33.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει.*

2 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Είναι ρεαλιστικό-πραγματοποιησιμο	«Είναι δύσκολο αλλά αν το προσπαθήσεις μπορείς να το καταφέρεις» (n=2)
Πίστη	«Η πίστη είναι το πιο σημαντικό για να τα καταφέρει κάποιος» (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=5)
Τρόπος Διακοπής-Μαχαίρι	«Αυτό που θέλω να πω είναι ότι ο μόνος τρόπος διακοπής για εμένα είναι το μαχαίρι να το κόψει μια και έξω» (n=1)
Αξίζει	«Αξίζει τον κόπο. Όλοι πρέπει να προσπαθήσουν. Είτε πετύχουν το στόχο τους είτε όχι κάτι θα πάρουν. Χαμένοι δεν πρόκειται να βγουν» (n=4)
Επιμονή και υπομονή	«Χρειάζεται να επιμείνει, να επιμένει, να επιμένει στην προσπάθεια. Μόνο έτσι θα πετύχει τους στόχους του» (n=2)
Άσκηση	«Άσκηση σε καθημερινή βάση. Να ασκείται σε καθημερινή βάση» (n=1)
Μείωση τσιγάρων	«Να μειώνει τα τσιγάρα του καθημερινά» (n=1)
Σημαντική Εμπειρία	«Ήταν η πιο σημαντική εμπειρία της ζωής μου. Μου δίδαξε πάρα πολλά πράγματα και βγαίνοντας από αυτή τη διαδικασία έχω πάρει πολλά» (n=2)
Ελευθερία	«Θα ήθελες να είσαι επιβάτης σε ένα λεωφορείο με λασπωμένα τζάμια που δεν σε αφήνει να δεις έξω ή θα ήθελες να είσαι πεζός, ελεύθερος, να πας όπου θέλεις και να απολαμβάνεις τη φύση; Φυσικά θα έχεις κινδύνους και πειρασμούς σαν πεζός, είτε από αυτοκίνητο είτε από κάτι άλλο αλλά πιστεύω με είναι προτιμότερο από το να είσαι μέσα στο ασφαλές λεωφορείο που σε πηγαίνει όπου και όπως θέλει αυτό» (n=1)

### Ερωτήσεις Αξιολόγησης και Απαντήσεις για τη Φυσική Δραστηριότητα

Στο Παράρτημα 3 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέντευξη αξιολόγησης για τη συμπεριφορά της άσκησης.

**Ερώτηση 1:** Τι σκέφτεται το άτομο όταν ακούει τη λέξη φυσική δραστηριότητα. (Πίνακας 34).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις ιδέες και τις απόψεις των συμμετεχόντων για το τι σκέφτονται όταν ακούν τη λέξη φυσική δραστηριότητα.

**Πίνακας 34.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη φυσική δραστηριότητα;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα	
Πριν	Αθλήματα	«Γυμναστική» (n =2)	
		«Το κολύμπι» (n =1)	
		«Το περπάτημα» (n =1)	
		«Το τρέξιμο» (n =1)	
		«Τον αθλητισμό» (n =1)	
		«Άρση βαρών» (n=2)	
	Συμπτώματα/ Αρνητικές επιπτώσεις	«Ιδρώτα» (3) (n =2)	
		«Χάσιμο χρόνου» (n =2)	
		«Κόπωση» (n =2)	
		«Δύσπνοια» (n =2)	
Μετά	Θετικά	«Ευχάριστα συναισθήματα» (n =1)	
		«Χαρά» (n =1)	
	Συναισθήματα	«Ανακούφιση» (n =1)	
		«Ενθουσιασμός» (n =1)	
		«Θετική διάθεση» (n =1)	
		Οφέλη	«Καθαρός αέρας» (n =1)
			«Οξυγόνο» (n =1)
			«Μου αρέσει αυτό» (n =1)
			«Ενέργεια» (n =1)
			«Υγεία» (n =1)
		«Καλύτερη εμφάνιση» (n =1)	

**Ερώτηση2:** Πιστεύει το άτομο ότι θα μπορούσε να ενσωματώσει τη φυσική δραστηριότητα ως τρόπο ζωής μετά το τέλος του προγράμματος (Πίνακας 35).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε το κατά πόσο πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι είναι κάτι ρεαλιστικό ή όχι το να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στον τρόπο ζωής και εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να τα καταφέρουν, ώστε να εντοπίσουμε σε ποια σημεία χρειάζεται να εστιάσουμε περισσότερο κατά τη διαδικασία της συμβουλευτικής.

**Πίνακας 35.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να ενσωματώσετε τη φυσική δραστηριότητα ως τρόπο ζωής μετά το τέλος του προγράμματος;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	«Όχι δεν νομίζω, είναι πολύ δύσκολο»(n=2) «Έλλειψη χρόνου, δεν έχω χρόνο» (n=2)
Μετά	«Ίσως, ίσως, δεν ξέρω» (n=2) «Δουλεύω και έτσι δεν μπορώ» (n=2) «Όχι γιατί αντιμετωπίζ αρκετά οικογενειακά και κοινωνικά ζητήματα» (n=2) «Σίγουρα, μπορώ. Είναι χρήσιμο» (n=2) «Μου δίνει ενέργεια, καλύτερο ύπνο, καλύτερη διαχείριση του χρόνου» (n=2)

**Ερώτηση 3:** Θα χαρακτηρίζε το άτομο τον εαυτό του ως ενεργό άτομο. (Πίνακας 36)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να γνωρίσουμε περισσότερο τις συμπεριφορές υγείας των ατόμων αλλά κυρίως την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους.

**Πίνακας 36.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως ενεργό άτομο;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Παθητικός τρόπος Ζωής	«Ναι, housekeeping» (n=3) «Ασχολούμαι με την κηπουρική» (n=2)
Μετά	Δραστήριος Τρόπος Ζωής	«Απολαμβάνω την παρέα με φίλους» (n=3) «Περπατάω για τις μετακινήσεις» (n=3) «Χρησιμοποιώ αρκετά το ποδήλατο» (n1) «Προσπαθώ να είμαι πιο δραστήριος» (n=2) «Πηγαίνω για περπάτημα στο πάρκο» (n=1)

**Ερώτηση 4:** Σκέφτηκε ποτέ το άτομο ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να τον βοηθήσει να κόψει ή να μειώσει το κάπνισμα (Πίνακας 37).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε κατά πόσο έχει σκεφτεί το άτομο το βοηθητικό ρόλο της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και τι πιστεύει για αυτό.



**Πίνακας 37.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Σκεφτήκατε ποτέ ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να σας βοηθήσει να κόψετε ή να μειώσετε τι κάπνισμα.;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	«Ίσως, μερικές φορές ναι, αλλά δεν ξέρω πώς» (n=2) «Όχι.. Δε νομίζω. Το κάπνισμα είναι σαν μια ασθένεια» (n=4)
Μετά	«Για να μειώσω ναι ίσως αλλά όχι για να σταματήσω το κάπνισμα» (n=2) «Εγώ δεν θα πετύχαινα τίποτα χωρίς άσκηση, το κίνητρό μου ήταν η υγεία μου, ο έλεγχος του βάρους, η εμφάνιση» (n=4) «Με βοήθησε στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων και στην αύξηση εμπιστοσύνης» (n=4)

**Ερώτηση 5:** Νομίζει το άτομο ότι μπορεί να αυξήσει τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή του ζωή (Πίνακας 38).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε κατά πόσο πιστεύει το άτομο ότι μπορεί να αυξήσει τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή του ζωή.

**Πίνακας 38.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Νομίζετε ότι μπορείτε να αυξήσετε τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή σας ζωή;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Έλλειψη χρόνου	«Δεν γίνεται δεν μπορώ, δεν έχω χρόνο» (n=3) «Δεν θέλω. Δεν μπορεί να με βοηθήσει» (n=2)
	Έλλειψη επιθυμίας	«Προτιμώ να κάνω κάτι άλλο» (n=2) «Δεν μου αρέσει να πάω στο γυμναστήριο. Είναι άσκοπο» (n=1)
Μετά		«Φυσικά μπορώ, δεν πιστεύω ότι εγώ θα μπορούσα αλλιώς» (n=3) «Έχασα πολύ χρόνο με το κάπνισμα» (n=3) «Είναι πολύ εύκολο, μόνο περπάτημα για 30 λεπτά και αισθάνομαι υγιείς. Αισθάνομαι ευτυχής» (n=3)

**Ερώτηση 6:** Πιστεύει το άτομο ότι η φυσική δραστηριότητα θα το ωφελήσει (Πίνακας 39)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε τις πεποιθήσεις των ατόμων για τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας καθώς αυτό το κομμάτι θα είναι κάτι στο οποίο θα εστιάσουν ιδιαίτερα οι συνεδρίες συμβουλευτικής.

**Πίνακας 39.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πιστεύετε ότι η φυσική δραστηριότητα θα σας ωφελήσει;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	«Έχω διαβάσει και ακούσει από τους άλλους ότι μπορεί να με βοηθήσει, αλλά δεν μπορώ να καταλάβω πώς» (n=3) «Ίσως στη διαχείριση του άγχους, στην ανακούφιση από τις συνέπειες του καπνίσματος, στη βελτίωση της υγείας» (n=2) «Ίσως μια καλύτερη ζωή, μείωση του άγχους, μείωση της εμμονής να καπνίζω» (n=3) «Ναι, ο χρόνος χωρίς τσιγάρο που θα εξασφαλίσω είναι πολύ σημαντικός» (n=2)
Μετά	«Ενίσχυε την αντίστασή μου απέναντι στο κάπνισμα κάθε μέρα Έχω πιο θετικά συναισθήματα, καλύτερη ψυχολογία, καλύτερη υγεία, λιγότερο άγχος και προβλήματα» (n=4) «Αισθάνομαι ζωντανός, με περισσότερη αυτοπεποίθηση, διαχειρίζομαι καλύτερο το άγχος μου και το σωματικό βάρος» (n=2) «Βλέπω διαφορές ακόμη και στην εμφάνισή μου» (n=2) «Δεν θα τα πετύχαινα όλα αυτά χωρίς άσκηση» (n=5) «Αισθάνομαι χαλαρή» (n=3)

**Ερώτηση 7:** Πιστεύει το άτομο ότι το πρόγραμμα λειτούργησε ως σύμμαχος στις προσπάθειές του να υιοθετήσει την άσκηση ως τρόπο ζωής και ως εκ τούτου, να απέχει από το κάπνισμα (Πίνακας 40).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε κατά πόσο το άτομο αναγνωρίζει τη συμβολή του προγράμματος στην υιοθέτηση της άσκησης και στην αποχή από το κάπνισμα.

**Πίνακας 40.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πιστεύετε ότι το πρόγραμμα λειτούργησε ως σύμμαχος στις προσπάθειές σας να υιοθετήσετε την άσκηση ως τρόπο ζωής και ως εκ τούτου, να απέχετε από το κάπνισμα;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν		«Δεν ξέρω. Ελπίζω, εύχομαι. Μπορεί. Μερικοί φίλοι κατάφεραν να σταματήσουν το κάπνισμα με τη βοήθεια της άσκησης. Μπορεί να συμβεί και σε μένα» (n=6) «Πιστεύω στα ηλεκτρικά τσιγάρα, μπορεί να έχει περισσότερα θετικά αποτελέσματα από την άσκηση» (n=2)
Μετά	Ποιοτικός τρόπος ζωής	«Με βοήθησε πάρα πολύ. Υιοθέτησα έναν υγιεινό τρόπο ζωής και βελτίωσα την ποιότητα της ζωής μου σε όλους τους τομείς. Χωρίς την άσκηση δεν νομίζω ότι θα μπορούσα να το κάνω. Η μέγιστη βοήθεια προήλθε από την άσκηση και τη θέλησή μου» (n=4) «Το τσιγάρο ήταν σαν μια ασθένεια, τώρα νιώθω υγιής και ελεύθερος» (n=4)

## Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας ανεξάρτητης μελέτης ήταν να μελετήσουμε, εάν η συμβουλευτική από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας, θα συμβάλλει στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, εάν η σχέση των συμμετεχόντων με την άσκηση θα επηρεάσει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος και εάν και με ποιο τρόπο μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες θα έχουν πραγματοποιήσει αλλαγές στην καθημερινότητά τους προς έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής .

Βλέπουμε ότι το πρόγραμμα βοήθησε τα άτομα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Όσον αφορά στα ποσοτικά στοιχεία παρατηρούμε ότι τα ποσοστά είναι κοντά στη διεθνή βιβλιογραφία. Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 37.5% (3 άτομα) πραγματοποίησε διακοπή καπνίσματος και το υπόλοιπο 62.5% (5 άτομα) έχει πραγματοποιήσει σημαντική μείωση με αποτέλεσμα να καπνίζουν πλέον κάτω από 10 τσιγάρα και να ανήκουν στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή.

Από τα 12 άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, τα 8 κατάφεραν και το ολοκλήρωσαν. Όσοι δε διέκοψαν το κάπνισμα, πραγματοποίησαν σημαντική μείωση, μεγαλύτερη του 50% (3 από τα 5 άτομα μεγαλύτερη του 75%) από την αρχική κατάσταση καπνίσματος, αλλάζοντας κατηγορία και περνώντας από την κατηγορία του βαρύ καπνιστή (που αξιολογείται από τα χρόνια καπνίσματος και την ποσότητα των τσιγάρων) στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ολοκλήρωσε το πρόγραμμα χωρίς να έχει πραγματοποιήσει κάποια αλλαγή σε κάποιον από τους βασικούς τομείς που διαπραγματευόταν το πρόγραμμα, όπως μείωση ή διακοπή καπνίσματος, υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης, διαχείριση άγχους, διαχείριση χρόνου, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γενικά υιοθέτηση ενός συνολικά πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Είναι αξιοσημείωτο ότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν διέκοψε το πρόγραμμα χωρίς να υπάρχει κάποιος σοβαρός

λόγος (εμφάνιση σοβαρής ασθένειας, φυγή στο εξωτερικό για δουλειά κ.α.), αλλά όλοι οι υπόλοιποι κατάφεραν να το ολοκληρώσουν, έχοντας πετύχει λιγότερο ή περισσότερο σημαντικούς στόχους και οι στόχοι αυτοί να παραμείνουν σταθεροί μέχρι το τέλος της παρακολούθησης, δηλαδή 12 μήνες αργότερα, κάτι που υποστηρίζει και την αποτελεσματικότητά του προγράμματος μας, αφού σύμφωνα με έρευνες, όπως του Javitz και συν. (2004), το ποσοστό υποτροπής μέσα σε έναν χρόνο των ατόμων που κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα κυμαίνεται μεταξύ του 35% και 40%.

Όσον αφορά κάποια χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων του δείγματός, εκτός από δύο άτομα, όλοι οι υπόλοιποι είχαν πραγματοποιήσει προηγούμενες προσπάθειες, είχαν δοκιμάσει αρκετούς τρόπους και τεχνικές και επέλεξαν τώρα να συμμετέχουν σε κάτι πιο οργανωμένο, κάτι που αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει, ότι δηλαδή στα προγράμματα εντάσσονται οι πιο βαρείς καπνιστές (Bauld et al., 2009; Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000), οι οποίοι συνήθως κάπνιζαν μεγάλες ποσότητες για πολλά χρόνια και είχαν κάνει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής έως ότου επιτευχθεί η διακοπή (Eurobarometer, 2009; Jardin & Carpenter, 2012; Zhou et al., 2009).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι βασικότεροι λόγοι υποτροπής, που ακολουθούσαν τις προσπάθειες διακοπής που είχαν κάνει στο παρελθόν, ήταν η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων και καταστάσεων άγχους. Το τσιγάρο βοηθούσε σε αυτό δίνοντας πρόσκαιρη ανακούφιση. Για το λόγο αυτό δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση νέων τρόπων διαχείρισης άγχους και στην ανανοηματοδότηση του τρόπου λειτουργίας του καπνίσματος ως προς την ανακούφιση από το άγχος. Τονίστηκε ο φαύλος τρόπος λειτουργίας της διαχείρισης του άγχους και ανακούφισης από τα συμπτώματα. Ένα μικρότερο ποσοστό 25% αναφέρει ότι υποτροπίασε λόγω της έντονης επιθυμίας και έλλειψης του τσιγάρου και με μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 12.5%

ακολουθούσαν η συνήθεια, το περιβάλλον καπνιστών και “χωρίς να καταλάβουν πώς”. Σημαντικό κομμάτι του προγράμματος επικεντρώθηκε στην πρόληψη της υποτροπής. Τα παραπάνω δεδομένα συμφωνούν με την έρευνα των Aubin και συν. (2010), που υποστήριξαν ότι η υποτροπή πυροδοτούνταν από το άγχος και το στρες, τα σημαντικά γεγονότα ζωής, την έντονη επιθυμία και την ευερεθιστότητα. Επίσης, σύμφωνα με τους Shiffman και συν. (1997), βασικός παράγοντας υποτροπής είναι η ανάγκη για τσιγάρο ενώ για τους Kenford και συν. (2002) η αρνητική διάθεση και το άγχος.

Η λειτουργία του τσιγάρου στη διαχείριση του άγχους επιβεβαιώθηκε και από την ανάγκη τους για τσιγάρο όπου το μεγαλύτερο ποσοστό συνδυάζει τη μεγαλύτερη ανάγκη για τσιγάρο με τις καταστάσεις άγχους, στεναχώριας και θυμού.

Όσον αφορά τους λόγους καπνίσματος, βλέπουμε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συνδέει το κάπνισμα με διαχείριση συναισθημάτων είτε δυσάρεστων (διαχείριση άγχους, θυμού, στεναχώριας) είτε ευχάριστων όπως χαρά, διασκέδαση, χαλάρωση. Και επίσης ένα πολύ μικρό ποσοστό μιλάει για συνήθεια (12.8%). 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 (Graham 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).

Όσον αφορά το τι βοήθησε στο παρελθόν, το 87.5% αναφέρει τίποτα, κάτι που σε συνδυασμό με τις προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες ενίσχυσε την πρόθεσή τους για συμμετοχή σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα. Αυτός ήταν και ο βασικός λόγος που τους ώθησε να συμμετέχουν τώρα σε κάποιο πιο οργανωμένο πρόγραμμα. Ως πολύ

σημαντική τονίζεται η βοήθεια από το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον (12.5%), κάτι στο οποίο δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση μέσα από το πρόγραμμα τόσο με τη βοήθεια/υποστήριξη από τον σύμβουλο όσο και από την κινητοποίηση της υποστήριξη της προσπάθειας από το υπόλοιπο περιβάλλον. Από το πρόγραμμα δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα ως προς το κοινωνικό κομμάτι της διακοπής.

Όσον αφορά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, σημαντικό ήταν ότι στο παρόν πρόγραμμα, όπως και στην προηγούμενη μελέτη, δεν γινόταν λήψη φαρμακευτικής αγωγής, όπως σε αρκετά προγράμματα στο παρελθόν, που χρησιμοποιούσαν το συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής. Οι συμμετέχοντες δεν το επιθυμούσαν. Ήθελαν να αναπτύξουν τις δικές τους δεξιότητες και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, κάτι που θεωρούσαν ότι θα τους πρόσφερε και την μεγαλύτερη αποχή από το κάπνισμα και όχι να βασιστούν σε κάτι άλλο, όπως η φαρμακευτική αγωγή, που ναι μεν θα έκανε τη διαδικασία διακοπής ίσως πιο εύκολη για εκείνους, αλλά θα τους συνόδευε ανασφάλεια ως προς το τι θα γίνει μετά τη διακοπή της αγωγής. Πολλοί συμμετέχοντες χαρακτηριστικά και εν είδη αστείου ανέφεραν ότι ήρθαν στο πρόγραμμα για να κόψουν μια εξάρτηση (το κάπνισμα) και όχι να δημιουργήσουν μια νέα (τη φαρμακευτική αγωγή).

Σχετικά με τα πιθανά εμπόδια, που πιστεύουν ότι θα αντιμετωπίσουν στην πορεία του προγράμματος, οι βασικοί λόγοι για τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό ανησυχεί περισσότερο, είτε στην περίπτωση που δεν τα καταφέρει είτε στην περίπτωση που υποτροπιάσει, είναι η αντιμετώπιση δύσκολων και στρεσογόνων καταστάσεων και η συνήθεια. Το μεγαλύτερο ποσοστό (87.5%) δήλωσε ότι σε προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος είχαν κάνει χρήση κάθε είδους υποκατάστατο του τσιγάρου (φάρμακα, υποκατάστατα νικοτίνης, βελονισμό κλπ), αλλά χωρίς φυσική δραστηριότητα και χωρίς θετικά αποτελέσματα. Έτσι, παρόλο που είχαν προσπαθήσει

στο παρελθόν και είχαν απογοητευτεί από διάφορους τρόπους, όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν, όλοι δήλωσαν διαθέσιμοι να μπουν πάλι σε μια νέα προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Σαν βασικό εμπόδιο στην τελική αξιολόγηση αναφέρεται πάλι η αντιμετώπιση δύσκολων στρεσογόνων καταστάσεων, αλλά το ποσοστό έχει μειωθεί σημαντικά, καθώς το πρόγραμμα τους βοήθησε να αποκτήσουν τρόπους διαχείρισης του άγχους εναλλακτικούς αντί του τσιγάρου, στο οποίο κατέφευγαν έως τότε οι περισσότεροι σε καταστάσεις έντονου άγχους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως λόγο συμμετοχής στο πρόγραμμα την προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος. Βασικός λόγος που ήθελαν να μπουν σε μια τέτοια διαδικασία ήταν προληπτικά οι λόγοι υγείας και στη συνέχεια ακολουθεί η αλλαγή τρόπου ζωής, κάτι που έχει υποστηριχτεί από αρκετές έρευνες στο παρελθόν (Aubin et al., 2010; Eurobarometer, 2009; Graham et al., 2008; Musich et al., 2009).

Όσον αφορά στην ερώτηση σχετικά με το τι πιστεύουν ότι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής, το μεγαλύτερο ποσοστό επικεντρώνεται στα σημαντικά οφέλη των συναντήσεων με τον σύμβουλο και κυρίως στην υποστήριξη που αντλούσαν μέσα από αυτές και στο σημαντικό ρόλο που έπαιξε στην προσπάθεια διακοπής. Ο ρόλος της υποστήριξης είναι κάτι που υποστηρίχθηκε από πολλές έρευνες (Carlson et al., 2003), τονίζοντας ότι αυξάνει την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Christakis & Fowler, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009 & Manfredi et al., 2007). Στην έρευνα των Θεοδωράκη και συν. (2005) γίνεται επίσης αναφορά στη θετική και αρνητική επιρροή από το περιβάλλον. Τέλος, η έρευνα των Nichter και συν. (2010) αναφέρθηκε στον προστατευτικό ρόλο των φίλων στη διακοπή καπνίσματος και η έρευνα των Zhou και συν. (2009) στο ρόλο του περιβάλλοντος ως σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της υποτροπής.

Η σημαντικότητα της συζήτησης αναφέρθηκε επίσης σχεδόν από όλους, καθώς και το πόσο βοηθητική ήταν για εκείνους και για την προσπάθεια διακοπής. Μέσα από την επαφή και τις συζητήσεις με τον σύμβουλο αντλούσαν δύναμη και μπορούσαν να συνεχίζουν την δύσκολη προσπάθεια, να δουλεύουν και να επεξεργάζονται ό,τι τους δυσκολεύει, να μοιράζονται τα συναισθήματα κ.α. Και στο παρελθόν, οι Singleton και Pore (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. Επίσης, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) έχουν αναφερθεί στην προσπάθεια οργάνωσης προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς. Η έρευνα των McCarthy και συν. (2010) αναφέρει ότι η συμβουλευτική μειώνει τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος. Επιπλέον οι Zhou και συν. (2009) ανέφεραν ως πρόβλημα και λόγο υποτροπής την έλλειψη βοήθειας. Οι μισοί συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην άσκηση και στον βοηθητικό ρόλο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί έως σήμερα από πολλές έρευνες (Bock et al., 1999; Boudreaux et al., 2003; De Ruiter & Faulkner, 2006; Everson-Hock et al., 2010; Godin, 1989; Θεοδωράκης, 2010; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Θεοδωράκης και συν., 2005; King et al., 1996; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Lujic et al., 2005; Marcus et al., 2003; Μπεμπέτσος και συν., 2000; Μπεμπέτσος και συν., 1998; Μπενέτου και συν., 2008; Paavola et al., 2001; Papaioannou et al., 2004; Taylor et al., 2010; Taylor & Katomeri, 2007; Taylor et al., 2007; Ussher et al., 2001). Τέλος, με μικρότερα ποσοστά, αναγνωρίστηκε ο σημαντικός ρόλος των γνώσεων που πήραν από το πρόγραμμα, της δέσμευσης στο πρόγραμμα και του πώς αυτή βοηθούσε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, της προσωπικής θέλησης και του πώς αποτελούσε τον νούμερο ένα παράγοντα για να ξεκινήσει κάποιος τη διαδικασία διακοπής, αλλά και για την



υπερπήδηση των διαφόρων εμποδίων στην πορεία, καθώς επίσης και για τον φόβο εμφάνισης κάποιων προβλημάτων υγείας, που περισσότερο λειτουργούσε κινητοποιητικά για να μπου σε διαδικασία διακοπής.

Σε μια προσπάθεια συγκεκριμενοποίησης του γενικότερου κέρδους τους από το παρόν πρόγραμμα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ό,τι είχαν προαναφέρει σχετικά με το τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Έτσι, βλέπουμε ότι συμπληρωματικά και σε συνέχεια της πρώτης γενικής ερώτησης, που αφορούσε το τι βοήθησε στη διαδικασία διακοπής, οι συμμετέχοντες πρόσθεσαν κάποιες απαντήσεις όπως: 1) οι γνώσεις και η ενημέρωση που απέκτησαν για το κάπνισμα και για ό,τι συνδέεται με αυτό, αλλά και γενικότερα για τη διαδικασία διακοπής, κάτι που θα συνέβαλλε στο να οργανώσουν με πιο σωστό τρόπο τις πληροφορίες που είχαν και στο παρελθόν, να τις κατανοήσουν καλύτερα και το πιο σημαντικό να αναγνωρίσουν το πρόβλημα που δημιουργεί στον ίδιο τους τον εαυτό. Αρκετές έρευνες τονίζουν το σημαντικό ρόλο που ασκεί το γνωστικό κομμάτι, όπως ο Θεοδωράκης (2010) που αναφέρεται στα οφέλη και της ζημιάς της καπνιστικής και μη καπνιστικής συμπεριφοράς. Ο Alpert (2009) αναφέρει ότι ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνού και τις κοινωνικές επιρροές του καπνίσματος, κάτι που έχει υποστηριχτεί ότι αυξάνει την ετοιμότητα για διακοπή (Curry et al., 1997). Επίσης, η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο παροχής συμβουλευτικής για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος μπορεί να επηρεάσει και να συμβάλλει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Schane et al., 2013)

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες μιλούν για αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο και αναφέρουν ως ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη που έχουν να κάνουν με προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως η αύξηση της εναισθησίας, της αυτογνωσίας, της αυτοπεποίθησης, της αισιοδοξίας, του αυτοελέγχου, της αίσθησης της ελευθερίας,

αισθανόμενοι έτσι πιο δυνατοί και πιο σίγουροι για την προσπάθειά τους και την επίτευξη των στόχων, κάτι που αύξανε την αυτοαποτελεσματικότητά τους, την ευαισθητοποίησή τους και και την παρακίνησή τους και συνέβαλλε στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Prochaska, 1996; Prochaska et al. 1991; Osch et al., 2008; Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990).

Όλοι τόνισαν ιδιαίτερα και επανέλαβαν την υποστήριξη που έλαβαν από τους συμβούλους ως το μεγαλύτερο κέρδος. Το να έχουν κάποιον να μοιράζονται, να συζητάνε, να βρίσκουν λύσεις, να βάζουν στόχους και γενικά το να έχουν υποστήριξη σε όλο αυτόν το δρόμο ήταν ό,τι πιο σημαντικό για τους ίδιους. Επίσης, όλη αυτή η διαδικασία τους εξασφάλισε καλύτερη επικοινωνία και καλύτερη αίσθησης ασφάλειας, αλλά το πιο σημαντικό είναι ότι βελτίωσε την ποιότητα ζωής.

Τέλος, αναφέρουν ότι όλα αυτά τα οφέλη, που αποκόμισαν από το πρόγραμμα, είτε σε επίπεδο στόχων είτε σε επίπεδο απόκτησης διαφόρων δεξιοτήτων και ανάπτυξης διαφόρων ικανοτήτων ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας, τα γενίκευσαν και τα αξιοποίησαν και στους υπόλοιπους σημαντικούς τομείς της ζωής τους.

Στην ερώτηση ποιες ασκήσεις ή συμβουλές βοήθησαν περισσότερο, που είχε σκοπό να εντοπίσουμε τα κομμάτια του προγράμματος, που βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο, οι απαντήσεις μπορούν να κωδικοποιηθούν 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. Οι περισσότερες απαντήσεις έχουν δοθεί και στην ερώτηση τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής, καθώς και

στην ερώτηση για το κέρδος/όφελος του προγράμματος. Επιπρόσθετα, οι απαντήσεις που δίνονται σε αυτή την ερώτηση είναι οι εξής: 1) Ως προς τη δομή και τα χαρακτηριστικά του προγράμματος ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικό το ότι υπήρχε σταθερότητα και συνέπεια από την πλευρά του προγράμματος και του συμβούλου, όπως και το ότι το πρόγραμμα είχε διάρκεια και έτσι οι συμμετέχοντες είχαν την αίσθηση ότι τους συνοδεύει σε όλη την πορεία της διακοπής. Επίσης ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικό το γεγονός ότι το πρόγραμμα λάμβανε υπόψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και προσαρμόζονταν στις ανάγκες του κάθε ατόμου. 2) Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 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 επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης, επιβεβαιώνοντας έτσι τις έρευνες των Alpert (2009) και Epstein και συν. (2000), που εστίασαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, αλλά και γενικά σε ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης και στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων. Επίσης αναφέρθηκε το πόσο βοηθητικές ήταν οι τεχνικές αντίστασης απέναντι στην επιθυμία και την αντιμετώπιση του πειρασμού, αλλά και η διαδικασία καθορισμού των στόχων και πόσο ήταν βοηθητική για την επίτευξή τους η δέσμευση σε αυτούς, αλλά και πώς μπόρεσαν να την επεκτείνουν και να την χρησιμοποιούν και σε άλλους τομείς της ζωής τους. 3) Ως προς τη λειτουργία του προγράμματος, δεν πρόσθεσαν κάτι διαφορετικό από ό,τι είχαν αναφέρει και στις 2 προηγούμενες ερωτήσεις, αλλά επανέλαβαν και τόνισαν το σημαντικό ρόλο της επικοινωνίας, της συζήτησης, της υποστήριξης από το σύμβουλο, της δέσμευσης και απόκτησης αυτοελέγχου και στο πώς αυτά συνέβαλλαν στη συνέχιση της προσπάθειας .

Όσον αφορά το τι βοήθησε λιγότερο, σε πρώτο επίπεδο αναφέρουν την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Hughes, 2009; Nosen & Woody, 2009) και την ακατάλληλη χρονική στιγμή που ξεκίνησαν τη διαδικασία διακοπής λόγω έντονου άγχους και πίεσης που τους συνόδευε. Αρκετά σημαντικό ποσοστό στη συνέχεια αναφέρθηκε στην έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό-υποστηρικτικό περιβάλλον με διάφορες μορφές, όπως την έλλειψη στήριξης και πίστης στην προσπάθειά τους, την προσπάθεια επηρεασμού τους, την αρνητική κριτική για την προσπάθειά τους και την έλλειψη ενθάρρυνσης (Christakis & Flower, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Nichter et al., 2010; Zhou et al., 2009). Ένα σημαντικό ποσοστό αναφέρει ότι δεν υπήρχε κάτι που να μην ήταν σημαντικό και βοηθητικό, το κάθε ένα συνέβαλλε με τον δικό του μοναδικό και διαφορετικό τρόπο. Ένα άτομο αναφέρθηκε στις γνωστικές πληροφορίες που πήρε από το πρόγραμμα και άλλο ένα στο χώρο της δουλειάς, όπου συνήθιζε να καπνίζει σε συγκεκριμένες στιγμές και δραστηριότητες. Τέλος, μη βοηθητικός φάνηκε να είναι και ο φόβος των επιπτώσεων και αντίθετα με ό,τι μπορεί να πιστεύουμε, δε φάνηκε ούτε να κινητοποιεί τα άτομα για να συμμετέχουν σε κάποια διαδικασία διακοπής, αλλά ούτε και να τους στηρίζει ή να τους δεσμεύει στην πορεία της διακοπής.

Ως προς τις βασικές δυσκολίες-εμπόδια αναφέρθηκαν οι ίδιοι παράγοντες που αναφέρθηκαν και στην ερώτηση σχετικά με το τι βοήθησε λιγότερο: οι δύσκολες καταστάσεις και το στρες, που τους ωθούσαν να αναζητήσουν βοήθεια και παρηγοριά στο τσιγάρο (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Hughes, 2009; Nosen and Woody, 2009) και η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό-υποστηρικτικό περιβάλλον (Christakis & Flower, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Nichter et al., 2010; Zhou et al., 2009). Αυτοί ήταν δυο πολύ σημαντικοί παράγοντες, που τους αποσπούσαν και τους αποσυντόνιζαν από την προσπάθεια,

μείωναν την συγκέντρωσή τους, ελαχιστοποιούσαν την ενέργειά τους, τους γέμιζαν άγχος και στεναχώρια με αποτέλεσμα αυτό να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην προσπάθεια που έκαναν. Τέλος, ένα πιο μικρό ποσοστό αναφέρθηκε στον εθισμό και την εξάρτηση (Hughes, 2009), το χώρο, αλλά και τη φύση της εργασίας, που καθιστούσε δύσκολη την αποχή από το κάπνισμα. Ιδιαίτερα φάνηκε να δυσκολεύει η αλλαγή των συνηθειών και η δημιουργία νέων. Σύμφωνα με τις αναφορές των συμμετεχόντων, αποτελούσε σημαντικό κενό σε όσους είχαν συνδυασμένο το κάπνισμα με βασικές τους συνήθειες. Αρχικά είχαν την αίσθηση ότι σε όλα λείπει κάτι. Στην πορεία όμως και δημιουργώντας νέες προσωπικές συνήθειες, αυτό το κενό καλύφθηκε και η αίσθηση της έλλειψης υποχώρησε. Εκτός από τις δικές τους συνήθειες δυσκόλευε και το να βλέπουν τις συνήθειες των συντρόφων να συνεχίζονται κανονικά με το να καπνίζουν μπροστά τους σε διάφορες καταστάσεις. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αλλαγή, που παρατηρείται από τις περιγραφές των συμμετεχόντων για τα εμπόδια και τις δυσκολίες. Παρατηρείται μια σημαντική μετακίνηση, κυρίως ως προς τον τρόπο και την ένταση που τα περιγράφουν. Η βασική διαφορά εντοπίζεται στο μέγεθος των εμποδίων και στο κατά πόσο θεωρούν ότι μπορούν να τα διαχειριστούν και να τα ξεπεράσουν. Αρχικά αναφέρονται σε ανυπέρβλητα εμπόδια, που η εμφάνισή τους μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της διαδικασίας διακοπής, ενώ στο τέλος της παρέμβασης μιλούν για διαχειρίσιμες δυσκολίες και εμπόδια. Κανένα εμπόδιο δεν φαντάζει μεγαλύτερο από τις δυνάμεις τους, όπως είχαν αναφέρει στην αρχή του προγράμματος. Θεωρούν πως ό,τι και να είναι, μπορούν να έχουν τον έλεγχο και πως απλώς θα τους δυσκολέψει.

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι και τα αποτελέσματα που αφορούν τη γενικότερη αλλαγή τους πριν και μετά στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Όλοι μιλούν για την απόλυτη εξάρτηση που είχαν πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και την έλλειψη ελέγχου στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αναφέρουν ότι θα έκαναν τα

πάντα για ένα τσιγάρο, ότι δεν μπορούσαν να οριοθετήσουν ούτε τον ίδιο τους τον εαυτό ούτε να ελέγξουν την συμπεριφορά του καπνίσματος, με αποτέλεσμα πολλές φορές να έχουν ξεκινήσει διαδικασία καπνίσματος χωρίς να καταλαβαίνουν πώς. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, όλοι αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ανεξάρτητοι, πιο ελεύθεροι, ότι δεν αισθάνονται δέσμιοι του τσιγάρου και ότι πλέον τώρα εκείνοι έχουν τον έλεγχο και αποφασίζουν πότε και εάν θα κάνουν ένα τσιγάρο. Μιλούν για απόλυτα συνειδητό έλεγχο της κατάστασής τους ακόμη και όσοι δεν το έχουν διακόψει. Τη σημαντική σημασία του ελέγχου υποστηρίζει και η έρευνα των Κονας και συν. (2009), όπου κάνει λόγο για τον έλεγχο της καπνιστικής συμπεριφοράς και το πώς επηρεάζει τόσο την πρόθεση όσο και την προσπάθεια διακοπής.

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι και τα αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές που παρατήρησαν στο σώμα τους πριν και μετά την παρέμβαση. Όλοι εντοπίζουν βασικές δυσκολίες πριν, όπως βαρύ σώμα, εύκολη κόπωση, βραχνιασμένος λαιμός, αίσθηση μη υγιούς σώματος και μειωμένη φυσική κατάσταση. Είτε διέκοψαν είτε όχι, όλοι μιλούν για μικρότερες ή μεγαλύτερες σωματικές αλλαγές. Κυρίως μιλούν για αλλαγές στη μεγαλύτερη αντοχή, στην υποχώρηση του βήχα, στην καλύτερη αίσθηση σώματος ακόμη και στην αρχική αύξηση κιλών, η οποία όμως συνοδευόταν από ανάλαφρη αίσθηση. Αλλαγές εντόπισαν όλοι οι συμμετέχοντες και ίσως αυτό να σχετιζόταν με το ότι όλοι πραγματοποίησαν σημαντικά βήματα τόσο ως προς τη μείωση καπνίσματος όσο και ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, κάτι που επιβεβαιώνεται και από έρευνες, που υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερη μείωση του καπνίσματος και ενασχόληση με την άσκηση τόσο μεγαλύτερα σωματικά οφέλη (Digelidis et al., 2007; Taylor et al., 2007).

Στην ερώτηση, που αφορά τις αλλαγές, που παρατηρήθηκαν σχετικά με το κάπνισμα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και θα μπορούσαν να αποδοθούν σε

αυτό, οι συμμετέχοντες αναφέρουν τις ακόλουθες: α) Αλλαγές σε σκέψεις, κάτι που σύμφωνα με τους Nosen και Woody (2009) παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή. Συγκεκριμένα μιλούν για αυξημένη και πιο συνειδητοποιημένη σκέψη για τη διακοπή καπνίσματος, κάτι που φαίνεται να σχετίζεται με την αυτογνωσία, η οποία σύμφωνα με την παρακινήτική συνέντευξη επηρεάζει τη σχέση με το κάπνισμα (Gommel & Di Clemente, 2009), αλλά και με τη δέσμευση στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Glanz et al., 2002; Kovac et al., 2009; Locke & Latham, 1990, 2002, Musich et al., 2009). Ακόμη, μιλούν για πιο θετική σκέψη για την υγεία και την διακοπή, αλλά και πιο αρνητική σκέψη για το κάπνισμα και τις συνέπειές του (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013).

β) Αλλαγές σε συναισθήματα, κάτι που συμφωνεί με ευρήματα παλαιότερων ερευνών, τα οποία έχουν υποστηρίξει τη θετική συναισθηματική αλλαγή μετά τη διακοπή (Shahab & West, 2009). Αυτή η αλλαγή είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω του ότι έχει βρεθεί ότι σχετίζεται άμεσα και επηρεάζει την πρόθεση διακοπής και μάλιστα περισσότερο και από τις συμπεριφορές (Musich et al., 2009). Έτσι, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι αισθάνονται: 1) πιο χαλαροί και πιο ήρεμοι, κάτι που μπορεί να συσχετισθεί με την διαχείριση άγχους (McCarthy et al., 2010), 2) πιο ζωντανό και πιο δραστήριοι, κάτι που σχετίζεται με τις αλλαγές στο σώμα (Everson-Hock et al., 2010), 3) πιο ικανοποιημένοι, πιο κερδισμένοι και με αυξημένη αυτοπεποίθηση από την επίτευξη των στόχων (Θεοδωράκης και συν., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 4) πιο ελεύθεροι και ανεξάρτητοι και με περισσότερη πίστη, σιγουριά και αισιοδοξία ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις δυνάμεις τους, κάτι που συμφωνεί με το συμπέρασμα των Manfredi και συν. (2007) ότι η αυτοπεποίθηση μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες καπνίστριες σε επιτυχημένη διακοπή. Τέλος, όσοι συνεχίζουν να καπνίζουν και μεν

αναφέρουν ότι αισθάνονται ικανοποιημένοι από τη σημαντική μείωση που πέτυχαν, αλλά αισθάνονται επίσης τύψεις και ενοχές που συνεχίζουν να καπνίζουν.

Σχετικά με τη συμπεριφορά, εντοπίζουν τις παρακάτω αλλαγές: 1) άλλαξαν πολλές από τις καθημερινές τους συνήθειες, που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα, κάτι που σύμφωνα με τους Θεοδωράκη και Παπαϊωάννου (2002) απαιτείται σε τέτοιου είδους προσπάθειες, υποστηρίζοντας ότι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών, 2) απέκτησαν τον έλεγχο του τσιγάρου, κάτι που τόσο σύμφωνα με την έρευνα μας όσο και με προηγούμενες έρευνες (Butler, 2001; Kovac et al., 2009) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα οφέλη, επειδή σχετίζεται άμεσα με αυξημένη αυτοπεποίθηση, αυτό-αποτελεσματικότητα και αυξημένα θετικά συναισθήματα, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με αυξημένες πιθανότητες μιας επιτυχημένης διακοπής, 3) έχουν υιοθετήσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η οποία αποτέλεσε βασικό κομμάτι της διαδικασίας της συμβουλευτικής και της οποίας η αύξηση και ενσωμάτωση στην καθημερινότητα αποτέλεσε βασικό στόχο της παρούσας έρευνας, όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τους βοήθησε με διάφορους τρόπους στη συνολική προσπάθειά τους για αλλαγή τρόπου ζωής και φυσικά και στην προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος. Όλοι οι συμμετέχοντες ασχολήθηκαν με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας. Αρχικά χρησιμοποίησαν τη φυσική δραστηριότητα σαν τρόπο διαχείρισης της επιθυμίας για το τσιγάρο, όπως δηλαδή έχει χρησιμοποιηθεί στα περισσότερα προγράμματα έως σήμερα (Everson-Hock et al., 2010), ως εναλλακτική διαχείρισης του πειρασμού (King et al., 1996) και βοήθημα για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Marcus et al., 2003; Μπενέτου και συν., 2008; Παπαϊωάννου et al., 2004; Shephard, 1989). Ιδιαίτερα βοηθητικό ήταν το ότι λειτούργησε επιπλέον ως μέσον απόσπασης της προσοχής από τη σκέψη του τσιγάρου, για να ηρεμούν και να



χαλαρώνουν. Στην πορεία του προγράμματος και μέσα από τη διαδικασία της συμβουλευτικής βλέπουμε ότι υπήρχε συστηματική ενασχόληση με κάποια μορφή άσκησης σε βάθος χρόνου και ότι πραγματοποίησαν αλλαγή στην καθημερινότητά τους, εντάσσοντας νέους τρόπους και χώρους άσκησης και υιοθετώντας τη συμπεριφορά της άσκησης συστηματικά. Έτσι ήταν πολύ σημαντικό το ότι ξεπεράστηκε μια βασική μας δυσκολία προηγούμενων μελετών, που ήταν η κινητοποίηση των ατόμων για τη συμμετοχή σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα και η υιοθέτηση της άσκησης στον τρόπο ζωής τους. Από τους οκτώ συμμετέχοντες, οι επτά κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα, εκτός από ένα άτομο, που παρουσίασε σοβαρό πρόβλημα υγείας. Οι έξι από αυτούς κατάφεραν να εντάξουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινότητά τους.

Μια πληθώρα παραγόντων φαίνεται να συνέβαλε, πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, στη δυσκολία τους να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στον τρόπο ζωής, όπως: η έλλειψη κινήτρου, η έλλειψη χρόνου, η δυσκολία πρόσβασης στις εγκαταστάσεις ή στον εξοπλισμό, η δουλειά, οι οικογενειακές υποχρεώσεις κ.α. Επιπλέον, έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι τα άτομα με καθιστικό τρόπο ζωής συχνά βιώνουν δυσφορία (π.χ. πόνος ή δυσκολία στην αναπνοή) κατά την αρχική προσπάθεια έκθεσης σε παρατεταμένη άσκηση, κάτι που τους αποθαρρύνει περαιτέρω να κάνουν την άσκηση μέρος της καθημερινής ρουτίνας τους (Miller, Ogletree & Welshimer, 2002). Μετά το τέλος του προγράμματος, είχαν αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, όχι μόνο πίστευαν, αλλά ήταν σίγουροι ότι μπορούν να τα καταφέρουν να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ζωή και αναγνώριζαν όλες τις θετικές επιδράσεις της άσκησης, όπως ενέργεια, καλύτερο ύπνο, καλύτερη διαχείριση του χρόνου και του άγχους κ.α.

Στην αρχή του προγράμματος υπήρχε δυσπιστία σχετικά με το εάν η άσκηση θα τους ωφελήσει συγκεκριμένα στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και γενικά στον τρόπο ζωής τους. Έκαναν κάποιες υποθέσεις, κυρίως από πράγματα που είχαν ακούσει από άλλους παλαιότερους καπνιστές, αλλά δεν μπορούσαν επακριβώς να εντοπίσουν και να πιστέψουν πώς θα μπορούσε να συμβεί κάτι τέτοιο. Ίσως στη δυσκολία αυτή να συνέβαλλε η δυσκολία κατανόησης του τι σημαίνει φυσική δραστηριότητα και διαφοροποίησής της από τα αθλήματα και τον αθλητισμό γενικότερα. Κάποιοι το πίστευαν, αλλά λόγω έλλειψης γνώσεων κανένας από αυτούς δεν μπορούσε να καταλάβει πώς μια μέτρια φυσική δραστηριότητα μπορεί να ενισχύσει την προσπάθειά τους και να έχει θετική επίδραση προς τη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχε αρκετή επιφύλαξη ως προς το εάν η άσκηση θα ενισχύσει την προσπάθειά τους να σταματήσουν το κάπνισμα, στο τέλος της παρέμβασης όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι δε θα πετύχαιναν τίποτα χωρίς την άσκηση όχι μόνο ως προς τη διακοπή αλλά και και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τα θετικά συναισθήματα που βίωναν, τη θετική ψυχολογία που έχουν τώρα, την καλύτερη υγεία, τη μείωση του άγχους και τη διαχείρισή του, κάτι που έχει αναφερθεί και σε άλλες έρευνες, (Τσιάμη και συν., 2016; Abrams et al., 1987; Everson-Hock et al., 2010; De Ruiter & Faulkner, 2006; Kinnunen et al., 2010; Landers, 1994; Marcus et al., 2003; Sorenson & Pechacek, 1987), τη μείωση ή τη διατήρηση του σωματικού βάρους, την αύξηση της αυτοπεποίθησης (Τζατζάκη και συν., 2016) κ.α. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν και με έρευνες του παρελθόντος, που 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 (Τσιάμη και συν., 2016; Μπενέτου

και συν., 2008; Digelidis et al., 2007) και στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών (Marcus et al., 2003; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989).

Όσον αφορά την ερώτηση, που προσπάθησε να εντοπίσει τι σκέφτονται όταν ακούν τη λέξη φυσική δραστηριότητα, είναι προφανές ότι οι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν την πραγματική έννοια της φυσικής δραστηριότητας και για το λόγο αυτό επικεντρώθηκαν κυρίως σε διάφορα αθλήματα (κολύμπι, τρέξιμο, άρση βαρών κ.α.), αλλά και διάφορες αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα (ιδρώτα, χάσιμο χρόνου, κόπωση, δύσπνοια, βρώμικα ρούχα). Σκοπός μας ήταν, μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση για τη σημασία της φυσικής δραστηριότητας στη ζωή τους, κάτι στο οποίο εστίασε το πρόγραμμα μέσα από τη γνωστική ευαισθητοποίηση, την παροχή γνώσεων, πληροφοριών και ενημέρωσης για το τι είναι η φυσική δραστηριότητα και πώς μπορεί να λειτουργήσει, όχι μόνο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, αλλά και στον τρόπο ζωής γενικότερα. Μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο τέλος του προγράμματος παρέμβασης, εντοπίστηκαν θετικές αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά τους, θετικά συναισθήματα ως προς τη φυσική δραστηριότητα, αλλά και είχαν αναπτύξει μια σαφή εικόνα σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα.

Αρχικά δεν μπορούσαν να φανταστούν πώς μπορούσαν να αυξήσουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ζωή και πρόβαλλαν διάφορες δυσκολίες και εμπόδια, όπως ότι δεν μπορεί να τους βοηθήσει, ότι προτιμούν να κάνουν κάτι άλλο, ότι το θεωρούν άσκοπο, ότι βαριούνται, ότι δεν έχουν χρόνο, ότι είναι αρκετά πιεσμένοι και αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας και ψυχικής υγείας, ότι τους δυσκολεύουν οι καιρικές συνθήκες κ.α. Μετά το πέρας της παρέμβασης οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν μια σαφή εικόνα για το πώς μπορούν να ρυθμίσουν να εντάξουν τη φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης στην καθημερινή τους ζωή και έτσι να

αντικαταστήσουν την ανθυγιεινή συμπεριφορά του καπνίσματος και την καθιστική ζωή με μια ζωή πιο ενεργή και πιο υγιή. Ήταν σίγουροι ότι μπορούν να αυξήσουν και να εντάξουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ζωή και θεωρούσαν ότι έχασαν πολύ χρόνο τόσο με το κάπνισμα όσο και με την μη ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στη ζωή τους. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν και παλαιότερες έρευνες, που υποστήριζαν ότι η συμβουλευτική παρέμβαση, όταν βασίζεται στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με φυσική δραστηριότητα, μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα της άσκησης (Dunn et al., 2001; Garcia-Aymerich et al., 2007; Marcus et al. 2003). Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να προσθέσουμε ότι οι συμμετέχοντες δεν έβρισκαν λόγους και κίνητρα, όπως η υγεία, η διάθεση, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αναπνοής, τα θετικά συναισθήματα κ.α., προκειμένου να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινότητά τους πριν τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παρά μόνο μετά την ολοκλήρωσή του.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ήταν σύμφωνα με ανάλογα προγράμματα του παρελθόντος, που χρησιμοποίησαν τον συνδυασμό συνεδριών συμβουλευτικής και άσκησης (Θεοδωράκης και συν. 2005) και υποστήριζαν ότι συνέβαλαν θετικά στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος με το ποσοστό του 75% να έχει καταφέρει να υιοθετήσει τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή του ζωή, την αύξηση της συμμετοχής του σε φυσική δραστηριότητα από μία φορά την εβδομάδα σε τρεις ή ακόμη και τέσσερις φορές την εβδομάδα. Εξίσου σημαντικό είναι ότι οι τρεις συμμετέχοντες κατάφεραν να σταματήσουν το κάπνισμα και οι υπόλοιποι πέντε το μείωσαν σε πολύ σημαντικό βαθμό. Παρόμοια με τα αποτελέσματά μας, παλαιότερα στοιχεία υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των εποπτευόμενων συνεδριών άσκησης (για παράδειγμα, έντονης έντασης άσκηση, τρεις φορές την εβδομάδα για 12

εβδομάδες) ως παρέμβαση αποτελεσματική στη διακοπή καπνίσματος (Marcus et al. 1999).

Ιδιαίτερα σημαντικά ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης των Χασάνδρα και συν. 2012, οι οποίοι μελέτησαν την αξιολόγηση της εφαρμογής ενός προγράμματος διακοπής του καπνίσματος μέσω της προώθησης της άσκησης σε αντικαπνιστικές κλινικές, με σκοπό την ψυχολογική υποστήριξη και τη δημιουργία κινήτρου, ώστε να αυξήσουν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν την αποτελεσματικότητα της προώθησης της φυσικής δραστηριότητας στο πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος με τριάντα έξι τοις εκατό των συμμετεχόντων, που συμμετείχε, να έχει διακόψει το κάπνισμα και να απέχει από αυτό για ένα έτος μετά.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό κατάφεραν να αλλάξουν τις ανθυγιεινές συμπεριφορές του, όπως καθιστική ζωή, κάπνισμα και ανθυγιεινή διατροφή και να τις αντικαταστήσουν με υγιεινές. Τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο οι άνθρωποι ασχολούνται με τη φυσική δραστηριότητα ή γενικά με πιο υγιείς συμπεριφορές τόσο λιγότερο καπνίζουν.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες, που ασκούσαν πιο εντατικά στο παρελθόν, κατάφεραν πιο εύκολα να κινητοποιηθούν και να συμμετάσχουν σε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Στην τελική αξιολόγηση τα άτομα ανέφεραν ως ιδιαίτερα σημαντικό να έχουν εξοικειωθεί με την εποπτευόμενη άσκηση, για να γίνει η διαδικασία ευκολότερη και ότι προτιμούν να έχουν περισσότερες συνεδρίες εποπτευόμενης άσκησης την εβδομάδα αντί για μία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα περισσότερα προγράμματα, που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα, η άσκηση δεν ήταν βασικός στόχος, αλλά βοηθητικός παράγοντας στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την αποφυγή της υποτροπής. Ο

λόγος, που οδηγούσε σε κάτι τέτοιο, ήταν ότι 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, οι έως τώρα παρεμβάσεις δεν στόχευαν εντατικά στην αύξηση της άσκησης, ούτε εστίαζαν στη συστηματική και ακριβή καταμέτρηση της αύξησής της, αλλά την εισήγαγαν ως βοηθητικό στοιχείο για τη διακοπή του καπνίσματος, που ήταν ο πρωταρχικός στόχος. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση, που προέκυψε από την παρούσα έρευνα, ήταν ότι η εισαγωγή της άσκησης στην καθημερινότητα των ατόμων, όχι μόνο διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της παρέμβασης και μάλιστα με συνέπεια, συνέχεια, σταθερότητα και συχνότητα, αλλά συνεχίστηκε και μετά το πέρας της παρέμβασης. 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 και συν., 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, 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 ζωής. 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 και συν., 2008; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989). Τέλος, αναφέρθηκε ότι η άσκηση χρησιμοποιούνταν πλέον ως βοήθεια και εναλλακτική κατά του τσιγάρου, δεδομένο που συμφωνεί με την έρευνα των King και συν. (1996).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, παρότι δεν πέτυχαν όλοι τη διακοπή του καπνίσματος, αύξησαν τη φυσική δραστηριότητα μέχρι το πέρας της παρέμβασης, γεγονός που θεωρείται ένα από τα θετικά αποτελέσματα της παρέμβασης (De Ruiter & Faulkner, 2006).

Αξιοσημείωτο είναι το ότι όλοι οι συμμετέχοντες είτε διέκοψαν το κάπνισμα είτε όχι, βλέπουν τον εαυτό τους στο μέλλον ως μη καπνιστή. Όσοι το διέκοψαν πιστεύουν ότι μπορούν να διατηρήσουν τη διακοπή και να μην υποτροπιάσουν ενώ όσοι δεν το διέκοψαν πιστεύουν ότι είναι πιο έτοιμοι και όταν έρθει η κατάλληλη στιγμή έχουν τις γνώσεις, τα εφόδια, τη δύναμη και ό,τι άλλο απαιτείται για να τα καταφέρουν. Είναι πολύ πιο σίγουροι για τον εαυτό τους με αυξημένη αυτοπεποίθηση, αισιοδοξία και αυτοαποτελεσματικότητα, κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί στη συμβολή του προγράμματος στη δημιουργία της νέας τους ταυτότητας ως «μη καπνιστές».

Ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος, το 50% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκαναν και θα είναι βοηθητικό, ενώ το υπόλοιπο 50% ανέφερε ότι το περιβάλλον δε θα είναι βοηθητικό, κυρίως λόγω του ότι οι περισσότεροι φίλοι και συγγενείς καπνίζουν. Όπως βλέπουμε, τα αποτελέσματά μας υποστήριξαν ανάλογα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για το σημαντικό ρόλο του περιβάλλοντος στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Carlson et al., 2003; Christakis & Fowler., 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Θεοδωράκης και συν., 2005; Lawhon et al., 2009; Manfredi et al., 2007; Nichter et al., 2010 & Zhou et al., 2009).

Βασικές ερωτήσεις στο τέλος της προσωπικής αξιολόγησης ήταν οι γενικότερες εντυπώσεις τους από το πρόγραμμα, με σκοπό να προσθέσουν οι συμμετέχοντες ο,τιδήποτε θεωρούσαν σημαντικό για το πρόγραμμα, που μπορεί να είχαν παραλείψει ή να μην το κάλυπτε κάποια από τις υπόλοιπες ερωτήσεις αξιολόγησης. Οι απαντήσεις

των ατόμων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: στην πρώτη 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 δεύτερη 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 τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι απαντήσεις, που αποτελούν γενικό σχολιασμό του προγράμματος.

Ως προς τις προϋποθέσεις, αναφέρθηκαν η ύπαρξη ειλημμένης απόφασης και η πίστη.

Ως προς τον τρόπο που το εν λόγω πρόγραμμα λειτούργησε, εστίασαν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης απέναντι στο τσιγάρο, στον εμπλουτισμό των γνώσεών τους μέσα από το πρόγραμμα, στην κάλυψη βασικών αναγκών, στην γενικότερη αλλαγή του τρόπου ζωής τους και την αναγώριση των αδυναμιών τους, στην αίσθηση της ασφάλειας και στη λειτουργία των στόχων.

Ως προς τα γενικά σχόλια σχετικά με το πρόγραμμα, το χαρακτήρισαν ως πολύ βοηθητικό, ως πλήρες πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς, όπως κάπνισμα, άσκηση και διατροφή, ως ιδιαίτερα σημαντικό στην προσφορά εφοδίων και τέλος ως άριστο, επαγγελματικό, παρόμοιο με προγράμματα ανεπτυγμένων χωρών.

Τέλος, η ερώτηση τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον, που καπνίζει, είχε ως σκοπό τη συλλογή προτάσεων των συμμετεχόντων, που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Ως προτάσεις, λοιπόν, οι οποίες προέκυψαν από απαντήσεις στην παραπάνω ερώτηση αναφέρουν τα παρακάτω:

- 1) η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, 2) χρειάζεται πίστη στον εαυτό τους, 3) αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα



επίπεδα, 4) χρειάζεται επιμονή και υπομονή 5) πρέπει να ασκείσαι καθημερινά 6) πρέπει να μειώνεις καθημερινά τον αριθμό των τσιγάρων και γενικά για να τα καταφέρεις πρέπει να κάνεις μια οργανωμένη προσπάθεια. Τότε θα αισθανθείς πραγματικά ελεύθερος, θα είναι η πιο σημαντική εμπειρία της ζωής σου. Τέλος, από τις αναφορές των συμμετεχόντων, φαίνεται ότι όλοι προσπαθούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο να προτρέψουν τους υπόλοιπους να ξεκινήσουν τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Θεωρούν ότι θα είναι από τα πιο σημαντικά πράγματα που θα έχουν κάνει για τον εαυτό τους και την ίδια τους τη ζωή.

## **Συμπεράσματα**

Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει πολλές παρεμβάσεις με σκοπό τη βελτίωση των γνώσεων και της αποτελεσματικότητας της φυσικής δραστηριότητας και την υιοθέτηση και τη διατήρηση της συμπεριφοράς της άσκησης. Τα μέχρι σήμερα στοιχεία δείχνουν ότι η φυσική δραστηριότητα και οι παρεμβάσεις άσκησης μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της άσκησης στο 50% - 60%, με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο να περιέχει στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, δίνοντας έμφαση σε δραστηριότητες χαμηλότερης έντασης (Dishman & Buckworth, 1996).

Το παρόν παρεμβατικό πρόγραμμα, συνδυάζοντας την παροχή ατομικής συμβουλευτικής για το κάπνισμα από ειδικούς ψυχικής υγείας και ατομικής συμβουλευτικής για την άσκηση από ειδικούς της άσκησης με εκπαίδευση στη συμβουλευτική, φάνηκε να αποτελεί ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο συμβουλευτικής προς έναν πιο ποιοτικό τρόπο ζωής ξεπερνώντας τη δυσκολία προηγούμενων παρεμβάσεων που είχαν να κάνουν με την κινητοποίηση ως προς την άσκηση και την υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης σε βάθος χρόνου και της ενσωμάτωσης της στον τρόπο ζωής.

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι όλοι όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα (8 από τα 12 άτομα), πέτυχαν σημαντικούς στόχους ως προς τη διακοπή, ως προς τη μείωση, ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, ως προς την αύξηση γνώσεων, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, ως προς την αλλαγή τρόπου ζωής, τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής.

Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται ότι ο συνδυασμός παροχής συμβουλευτικής για τη φυσική δραστηριότητα και την διακοπή του καπνίσματος είχε θετική επίδραση τόσο στην υιοθέτηση της φυσικής δραστηριότητας όσο και στη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η φυσική δραστηριότητα έχει υιοθετηθεί από τους συμμετέχοντες στον ελεύθερο χρόνο, συμπεριλαμβανομένων των δραστηριοτήτων, τον αθλητισμό, το περπάτημα για την άσκηση, με το 62.5% των συμμετεχόντων να υιοθετεί το περπάτημα και το ποδήλατο ως φυσική δραστηριότητα προκειμένου να μετακινηθεί, να κάνει τις δουλειές του και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας. Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό (75%) υιοθέτησε τη φυσική δραστηριότητα και την ενσωμάτωσε στον τρόπο ζωής. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι εποπτευόμενες και δομημένες συνεδρίες άσκησης ήταν αποτελεσματικές για τη διακοπή. Φάνηκε να αυξάνουν τη δέσμευσή τους και τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα παρέμβασης και να έχουν ως αποτέλεσμα την αποχή από τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για τον καθορισμό των ελάχιστων επιπέδων άσκησης και των παρεμβάσεων της άσκησης που απαιτούνται για να οδηγήσουν σε σημαντικές μακροπρόθεσμες αυξήσεις των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα. Με βάση την έρευνα, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν διάρκεια περισσότερο από έξι

μήνες, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική η αποχή από το κάπνισμα, η πρόληψη της υποτροπής και η διατήρηση της αποχής.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΜΕΛΕΤΗ ΙΙΙ.**

**ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.**

**ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ**

**ΤΡΙΚΑΛΩΝ.**

### **Εισαγωγή**

Εδώ και αρκετές δεκαετίες διερευνάται ο ρόλος διαφόρων παραγόντων σε μια προσπάθεια εξεύρεσης των πιο σημαντικών κινήτρων συμμετοχής σε κάποιο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Αρκετά έχει υποστηριχτεί έως σήμερα η άποψη ότι η ανησυχία για την υγεία είναι το πρωταρχικό κίνητρο για την προσπάθεια απαλλαγής από αυτή τη βλαβερή συνήθεια, 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), αλλά και επιβεβαιώνεται από την μεγάλη έρευνα για το κάπνισμα που έγινε στην Ευρώπη (Eurobarometer, 2009). Τα παραπάνω αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο που μπορεί να έχουν οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθεια μείωσης ή και διακοπής του καπνίσματος, κυρίως κατά την ενημέρωση των καπνιστών για τους κινδύνους, που επιφέρει το τσιγάρο.

Ωστόσο, η σημαντικότητα των λόγων υγείας ως κίνητρο διακοπής επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία. Φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες (>39) είναι πιο πιθανόν να μπουν σε διαδικασία διακοπής για λόγους υγείας (Graham et al., 2008), αλλά παίζουν ρόλο και άλλα κίνητρα τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χώρα, την κοινωνική τάξη και άλλους παράγοντες. Για παράδειγμα, οι λόγοι που οδηγούν τους

Κινέζους στη διακοπή του καπνίσματος βρέθηκαν να είναι η πρόληψη από μελλοντικές ασθένειες (58%) και οι παρούσες ασθένειες (31%) (Hesketh, Lu, Jun, & Mei, 2007). Σε αντίστοιχη έρευνα στη Γαλλία οι λόγοι υγείας είχαν πολύ μικρό ποσοστό συμμετοχής στα κίνητρα διακοπής καπνίσματος (Haug et al., 2010). Αν και αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι λόγοι υγείας, αλλά και η κατάσταση υγείας των καπνιστών, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος (Chen et al., 2014), δε λείπουν και οι έρευνες που υποστήριξαν ότι τα προαναφερθέντα κίνητρα δεν αλλάζουν τα ποσοστά διακοπής, αλλά αυξάνουν την κινητοποίηση για συμμετοχή σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Απαιτείται επομένως περαιτέρω διερεύνηση για το ρόλο που μπορεί να παίζουν οι λόγοι υγείας ως κίνητρο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε επίσης και στη διερεύνηση του ρόλου του ιατρικού προσωπικού στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Επιβεβαιώνεται ότι εκτός από την φαρμακοθεραπεία, οι συμβουλές από τον ιατρό και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες (αυτοβοήθεια, ατομική συμβουλευτική, ομαδική συμβουλευτική και τηλεφωνική συμβουλευτική) είναι ιδιαίτερα 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). Έχει υποστηριχθεί ότι ο ρόλος του θεράποντος ιατρού είναι σημαντικός, αφού οι συμβουλές και οι πληροφορίες για τους κινδύνους στην υγεία επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων μέσης ηλικίας να διακόψουν το κάπνισμα (Yong, Borland, & Siahpush, 2005). Γενικά, οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα που συνδέονται με το κάπνισμα, όπως συχνός βήχας, δυσκολία αναπνοής, κούραση και προβλήματα αναπνευστικού, οπότε και η προσέγγιση για τη διακοπή του

καπνίσματος, βασισμένη στα συμπτώματά τους μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα σημαντική στρατηγική (Clark et al., 1999).

Ο Εθνικός οργανισμός υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (PHS), επιβεβαιώνοντας τον σημαντικό ρόλο των ιατρών στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, δημοσίευσε το 2000 έναν οδηγό κλινικής πρακτικής «Θεραπεύοντας τη χρήση και εξάρτηση από τον Καπνό» με σκοπό 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 τη διαδικασία της θεραπείας. 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 να 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). Οι καπνιστές που συμμετείχαν σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά διακοπής (Quinn et al., 2009).

Έρευνες επίσης υποστήριξαν ότι η εφαρμογή παρεμβάσεων συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος από γιατρούς παίζουν καθοριστικό ρόλο για τη διάδοση των παρεμβάσεων αυτών στην κοινότητα (Goldstein et al., 2003), Επίσης, σε έρευνα των Champassak και συν. (2014), όπου μελετήθηκαν οι απόψεις των γιατρών για τη συμβουλευτική σε μη κινητοποιημένους καπνιστές, φάνηκε ότι οι γιατροί πιστεύουν μεν

στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, ειδικά όταν εστιάζει στην αφύπνιση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, αλλά από την άλλη εντοπίζουν ότι είναι αναγκαία η εκπαίδευση τους σε θέματα παρακινητικής συμβουλευτικής και ανατροφοδότησης έτσι ώστε να είναι πιο αποτελεσματικοί.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι είναι πλέον αναγκαιότητα, η εντατική έρευνα για την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών επιλογών και την εκπαίδευση / ενημέρωση των επαγγελματιών σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος, στην προσπάθεια δόμησης ολοκληρωμένων προγραμμάτων συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, που θα εφαρμόζονται από πολυκλαδικές ομάδες ειδικών υγείας και ψυχικής υγείας. Ενώ έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες, οι οποίες μελετούν μεμονωμένα την επίδραση των κινήτρων ή του ρόλου των ειδικών στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια ολοκληρωμένη έρευνα, που να μελετά την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου προγράμματος συμβουλευτικής μακράς διάρκειας, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, το οποίο να εστιάζει στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, εφαρμοσμένο από ειδικούς υγείας, σε συμμετέχοντες με ισχυρά κίνητρα, δηλαδή λόγους υγείας που απαιτούν την άμεση διακοπή του καπνίσματος.

Καινοτομία του συγκεκριμένου προγράμματος είναι ο συνδυασμός διαφόρων παραγόντων, που φαίνεται να συντελούν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, όπως τα ισχυρά κίνητρα – λόγοι υγείας, ο ρόλος και η προτροπή των γιατρών για διακοπή. Οι γιατροί, που είναι συνήθως η πρώτη επαφή των ασθενών και ως εκ τούτου συναντούν μεγάλο αριθμό καπνιστών (Eldein, Mansour, & Mohamed, 2013), εκπαιδεύτηκαν σε θέματα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας παροχής συμβουλευτικής υποστήριξης σε χώρους υγείας.

### **Σκοπός**

Σκοπός της συγκεκριμένης παρέμβασης ήταν να μελετήσει εάν και πώς τα διαφορετικά κίνητρα προσέλευσης (προβλήματα υγείας), ο διαφορετικός τρόπος προσέγγισης (παραπομπή ιατρών) και η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους υγείας επηρεάζει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, την αποτελεσματικότητα του προγράμματος και την πραγματοποίηση αλλαγών στην καθημερινότητα, προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

### **Υποθέσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και χρησιμοποιώντας το εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος (Γρατσάνη και συν., 2016) δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις: α) Η εφαρμογή του προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος από ειδικούς υγείας σε κέντρα υγείας του νομού θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, β) Η εφαρμογή του προγράμματος σε άτομα που το κίνητρό τους είναι πρόβλημα υγείας θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, γ) Η συμμετοχή των καπνιστών στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος θα επηρεάσει και θα αυξήσει τη φυσική δραστηριότητα, δ) Όσοι δεν καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα θα πετύχουν σημαντικές μειώσεις, ε) Οι συμμετέχοντες του προγράμματος θα πραγματοποιήσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα και θα υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και συνήθειες στην κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.



## Μεθοδολογία

### Συμμετέχοντες

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από συμβούλους υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) εκπαιδευμένους σε θέματα συμβουλευτικής και στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 36 συστηματικοί καπνιστές, από τους οποίους μόνο 12 κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, 9 άντρες και 3 γυναίκες, ηλικίας 37-71 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 55.4 έτη. Η ενημέρωση και η παραπομπή των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα γίνονταν από τους θεράποντες ιατρούς στα κατά τόπους κέντρα υγείας του νομού Τρικάλων. Στο πρόγραμμα παρέμβασης συμμετείχαν άτομα μετά από δική τους βούληση, έχοντας εκδηλώσει ενδιαφέρον και αίτημα για την μείωση-διακοπή καπνίσματος.

### Λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος

Ο λόγος προσέλευσης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα, όπως δήλωσαν οι ίδιοι στην αντίστοιχη ερώτηση, ήταν για όλους διακοπή καπνίσματος για λόγους υγείας.

### Χαρακτηριστικά Δείγματος

Στον Πίνακα 41 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Παρεμβατικό Πρόγραμμα για τη Διακοπή Καπνίσματος όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία. Η πλειοψηφία των ατόμων ήταν έγγαμοι (83.3%). Το 42% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 25% απόφοιτοι Λυκείου και ένα άλλο 25% απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 50% ήταν αυτοαπασχολούμενοι.

Στον Πίνακα 42 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν το προφίλ των συμμετεχόντων και σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα όπως η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή καπνίσματος, η ύπαρξη ή όχι άλλων εξαρτήσεων, οι συνήθειες άσκησης που έχει κάθε άτομο, η ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών δυσκολιών.

**Πίνακας 41.** Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης

Περιγραφικά Στοιχεία	Όσοι Διέκοψαν n=4 (33.3%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=8 (66.7%)	Συνολικό Δείγμα n=12 (100%)
<b>Φύλο</b>			
Άρρεν	4 (33.3%)	5 (42%)	9 (75%)
Θήλυ	0 %	3 (25%)	3 (25%)
<b>Ηλικία</b>			
35-44 ετών	1 (8.3%)	3 (25%)	4 (33.3%)
45-54 ετών	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
54 και άνω	3 (25%)	4 (33.3 %)	7 (58.3%)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>			
Άγαμος	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
Παντρεμένος	4 (33.3%)	6 (50%)	10 (83.3%)
Χήρος	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
<b>Εκπαίδευση</b>			
Απόφοιτος Δημοτικού	3 (25%)	2 (16.7%)	5 (42%)
Απόφοιτος Λυκείου	1 (8.3%)	2 (16.7%)	3 (25%)
Απόφοιτος ΙΕΚ	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	0%	3 (25%)	3 (25%)
<b>Εργασία</b>			
Αυτοαπασχολούμενος	4 (33.3%)	2 (16.7%)	6 (50 %)
Ετεροαπασχολούμενος	0 %	2 (16.7%)	2 (16.7%)
Άνεργος	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
Συνταξιούχος	0 %	3 (25 %)	3 (25%)

**Πίνακας 42** Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα

	Όσοι Διέκοψαν n=4 (33.3%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=8 (66.7%)	Συνολικό Δείγμα n=12 (100%)
<b>Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής</b>			
Ναι	2 (16.7%)	4 (33.3%)	6 (50 %)
Όχι	2 (16.7%)	4 (33.3%)	6 (50 %)
<b>Άλλες Εξαρτήσεις</b>			
Τίποτα	2 (16.7%)	5 (41.7%)	7 (58.3%)
Αλκοόλ	2 (16.7%)	3 (25%)	5 (41.7%)
<b>Φυσική Δραστηριότητα</b>			
Περπάτημα	0%	3 (25%)	3 (25%)
Τίποτα	4 (33.3%)	5 (41.7%)	9(75%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	3(25%)	1 (8.3%)	4 (33.3%)
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	4 (33.3%)	1 (8.3%)	5 (41.7%)

Στην ερώτηση για τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής το 50% του δείγματος απάντησε ότι δεν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή ενώ το υπόλοιπο 50% λάμβανε.

Πέντε άτομα ανέφεραν ότι είχαν και άλλη εξάρτηση και αυτή είναι το αλκοόλ ενώ επτά άτομα ανέφεραν ότι δεν είχε άλλες εξαρτήσεις.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) ανέφερε ότι δεν ασχολείται με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας και το 25% ανέφερε ότι πηγαίνει για περπάτημα. Ακόμη και όσοι είχαν ενασχόληση με κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας ανέφεραν ότι δεν είχαν συνέχεια και σταθερότητα. Από το σύνολο των απαντήσεων, το 37.5% των ατόμων που μείωσαν ή διέκοψαν το κάπνισμα είχε μια κάποια ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα ενώ κανείς από όσους δεν διέκοψαν το κάπνισμα δεν είχε καμία ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα.

Στην ερώτηση, που σχετίζονταν με σωματικές και ψυχικές δυσκολίες, φαίνεται ότι το 33.3% εμφανίζει δυσκολίες σωματικής υγείας και το 41.7% αντιμετωπίζει δυσκολίες ψυχικής υγείας.

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα και συγκεκριμένα αποτυπώνονται οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και οι λόγοι της υποτροπής αλλά και περισσότερα στοιχεία της παρούσας προσπάθειας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που αφορούν τα χρόνια και την ποσότητα καπνίσματος, την ανάγκη ή ευχαρίστηση για τσιγάρο, τους λόγους καπνίσματος, κάποια πράγματα που μπορεί να βοήθησαν προηγούμενες φορές, τις απόψεις τους για τη συνήθεια του καπνίσματος καθώς και τις πεποιθήσεις τους για το τι πιστεύουν ότι μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τους την προσπάθεια ή να δυσκολέψει αντίστοιχα.

Πίνακας 43 Ιστορικό Καπνίσματος

	Όσοι Διέκοψαν n=4 (33.3%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=8 (66.7%)	Συνολικό Δείγμα n=12 (100%)
<b>Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής</b>			
Καμία	1 (8.3%)	0%	1 (8.3%)
Μια	0%	4 (33.3%)	4 (33.3%)
Δυο	2 (16.7%)	4 (33.3%)	6 (50%)
Τρεις	1 (8.3%)	0%	1 (8.3%)
<b>Λόγοι Υποτροπής</b>			
Αντιμέτωπιση Δύσκολων Καταστ.	1 (7.7%)	0%	1 (7.7%)
Έντονη επιθυμία	2 (15.4%)	5 (38.5%)	7 (53.8%)
Περιβάλλον	0%	2 (15.4%)	2 (15.4%)
Άγχος	0%	1 (7.7%)	1 (7.7%)
Αύξηση βάρους	0%	1 (7.7%)	1 (7.7%)
Χωρίς σημαντικό λόγο	0%	1 (7.7%)	1 (7.7%)
<b>Ποσότητα Καπνίσματος</b>			
10-20 τσιγάρα	1 (8.3%)	4 (33.3%)	5 (42%)
20-30 τσιγάρα	2 (16.7%)	2 (16.7%)	4 (33.3%)
30-40 τσιγάρα	0%	1 (8.3%)	1 (8.3%)
40-50 τσιγάρα	1 (8.3%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)
<b>Λόγοι Καπνίσματος</b>			
Ευχαρίστηση	1 (2.9%)	2 (5.9%)	3 (8.8%)
Χαλάρωση	3 (8.8%)	3 (8.8%)	6 (17.6%)
Συγκέντρωση	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (2.9%)	3 (8.8%)	4 (11.8%)
Συνήθεια	1 (2.9%)	6 (17.6%)	7 (20.6%)
Διαχείριση άγχους	2 (5.9%)	2 (5.9%)	4 (11.8%)
Τόνωση	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Αυτοματοποιημένα	0%	1 (2.9%)	1 (2.9%)
Εκούραση	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Διαχείριση θυμού	1 (2.9%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)
Αυτοπεποίθηση	1 (2.9%)	0%	1 (2.9%)
<b>Ανάγκη για τσιγάρο</b>			
Στρες-Πίεση	3 (12.5%)	2 (8.3%)	5 (20.8%)
Τα πρωινά	1 (4.2%)	2 (8.3%)	3 (12.5%)
Τα βράδια	0%	2 (8.3%)	2 (8.3%)
Σε στιγμές χαλάρωσης	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)
Στη δουλειά	1 (4.2%)	2 (8.3%)	3 (12.5%)
Κακοκεφιά-στεναχώρια	0%	3 (12.5%)	3 (12.5%)
Στην αναμονή	0%	1 (4.2%)	1 (4.2%)
Μετά από κούραση	0%	3 (12.5%)	3 (12.5%)
<b>Ευχαρίστηση από το τσιγάρο</b>			
Μαζί με τον καφέ	1 (4.8%)	2 (9.5%)	3 (14.3%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	3 (14.3%)	5 (23.8%)	8 (38.1%)
Με το ποτό	0%	2 (9.5%)	2 (9.5%)
Όταν βρίσκεται με παρέα	2 (9.5%)	3 (14.3%)	5 (23.8%)
Τα βράδια	0%	1 (4.8%)	1 (4.8%)
Καμία	0%	2 (9.5%)	2 (9.5%)

Πίνακας 43 (συνέχεια)

	Όσοι Διέκοψαν n=4 (33.3%)	Όσοι δεν Διέκοψαν n=8 (66.7%)	Συνολικό Δείγμα n=12 (100%)
<b>Αποψη για το κάπνισμα</b>			
Συνήθεια	1 (4.8%)	3 (14.3%)	4 (19%)
Συντροφιά/ Παρέα	0 %	2 (9.5%)	2 (9.5%)
Ευχαρίστηση	2(9.5%)	1 (4.8%)	3 (14.3%)
Εθισμός	1 (4.8%)	1 (4.8%)	2 (9.5%)
Επικίνδυνο	3 (14.3%)	4 (19 %)	7 (33.3%)
Βοηθάει να διαχειρίζεσαι το άγχος	0%)	1 (4.8%)	1 (4.8%)
Χαλάρωση	1 (4.8%)	1 (4.8%)	2 (9.5%)
<b>Τι βοήθησε στο παρελθόν</b>			
Τίποτα	3 (25%)	4 (33.3%)	7 (58.3%)
Τα παιδιά	0%	1 (8.3%)	1 (8.3%)
Θέματα υγείας	1 (8.3%)	2 (16.7%)	3 (25%)
Υποκατάστατα Νικοτίνης	0 %	1 (8.3%)	1 (8.3%)
<b>Πιθανά Εμπόδια</b>			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	0 (%)	2 (7.7%)	2 (7.7%)
Στρες	1 (3.8%)	1 (3.8%)	2 (7.7%)
Έλλειψη	0 %	3 (11.5%)	3 (11.5%)
Ευχαρίστηση από το κάπνισμα	1 (3.8%)	1 (3.8%)	2 (7.7%)
Περιβάλλον καπνιστών	1 (3.8%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)
Εθισμός/Εξάρτηση	2 (7.7%)	4 (15.4%)	6 (23%)
Μοναξιά	0 %	1 (3.8%)	1 (3.8%)
Τα βράδια	0%	2 (7.7%)	2 (7.7%)
Συνήθειες Συνδυασμένες με το κάπνισμα	1 (3.8%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)

Όπως φαίνεται, ένα ποσοστό 8.3% επί του δείγματος δήλωσε ότι δεν υπήρξε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, έναντι του 91.7% που είχε προσπαθήσει ήδη στο παρελθόν. Από εκείνους, που το διέκοψαν όλοι δήλωσαν ότι η συγκεκριμένη δεν ήταν η πρώτη τους προσπάθεια άλλα ήδη είχαν κάνει άλλες προηγούμενες προσπάθειες χωρίς επιτυχία. Είχαν δοκιμάσει αρκετούς τρόπους και τεχνικές. Αυτός ήταν και ο λόγος που αποφάσισαν αυτή τη φορά να συμμετέχουν σε κάτι πιο οργανωμένο, κάτι που επιβεβαιώνεται και από διάφορες έρευνες που αναφέρουν ότι στα προγράμματα εντάσσονται οι πιο βαρείς καπνιστές (Bauld et al., 2009; Raupach et al., 2008; Zhu et al., 2000), οι οποίοι συνήθως κάπνιζαν μεγάλες ποσότητες για πολλά χρόνια και είχαν κάνει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες

διακοπής έως ότου επιτευχθεί η διακοπή (Eurobarometer, 2009; Jardin & Carpenter, 2012; Zhou et al., 2009).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο βασικότερος λόγος υποτροπής που ακολουθούσε τις προσπάθειες διακοπής που είχαν κάνει στο παρελθόν ήταν η έντονη επιθυμία για τσιγάρο (53.8%) και ακολουθούν το περιβάλλον (15.4%), και με μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 7.7% η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, το άγχος, η αύξηση βάρους και χωρίς σημαντικό λόγο. Σημαντικό κομμάτι του προγράμματος επικεντρώθηκε στην πρόληψη της υποτροπής, αφού ερευνητικά δεδομένα (Aubin et al., 2010) δείχνουν ότι αυτή πυροδοτείται από την αρνητική διάθεση, το άγχος, το στρες (Kenford et al., 2002), τα σημαντικά γεγονότα της ζωής, την έντονη επιθυμία για τσιγάρο (Shiffman et al., 1997) και την ευερεθιστότητα. Όπως φαίνεται, η πλειοψηφία (58.3%) ανέφερε ότι κάπνιζε από 20 τσιγάρα και πάνω την ημέρα. Τα άτομα, που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, είχαν Μ.Ο. διαστήματος καπνίσματος τα 28 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό (91.7%) κάπνιζε για παραπάνω από 20 χρόνια.

Ως λόγο καπνίσματος το 20.6% ανέφερε τη συνήθεια. Ακολουθεί η χαλάρωση με ποσοστό 17.6%, η συντροφιά/παρέα και η διαχείριση άγχους αντίστοιχα με ποσοστά της τάξεως του 11.8% και η ευχαρίστηση (8.8%). Αμέσως μετά έρχονται με ποσοστό της τάξεως του 5.9% η συγκέντρωση, η τόνωση, η διαχείριση θυμού και η ξεκούραση. Τέλος με μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 2.9% η αυτοπεποίθηση και το ότι γίνεται αυτοματοποιημένα. Βλέπουμε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συνδέει το κάπνισμα με διαχείριση συναισθημάτων είτε δυσάρεστων (διαχείριση άγχους, θυμού, στεναχώριας) είτε ευχάριστων όπως χαρά, διασκέδαση, χαλάρωση. 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 (Graham 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).

Η λειτουργία του τσιγάρου στη διαχείριση του άγχους επιβεβαιώθηκε και από την ανάγκη τους για τσιγάρο όπου το μεγαλύτερο ποσοστό συνδυάζει τη μεγαλύτερη ανάγκη για τσιγάρο με τις καταστάσεις άγχους, στεναχώριας και θυμού. Σημαντικό ποσοστό (20.8%) ανέφερε το στρες και την πίεση ως νούμερο ένα παράγοντα που προκαλούν την ανάγκη για τσιγάρο. Ακολουθούν οι στιγμές χαλάρωσης (16.7%). Στη συνέχεια αναφέρονται οι πρωινές ώρες (12.5%) που σηματοδοτούν την έναρξη της ημέρας, η εργασία (12.5%), η κακοκεφιά/στεναχώρια (12.5%) και μετά από κούραση (12.5%). Ένα ποσοστό της τάξεως του 8.3% αναφέρεται στις βραδινές ώρες που σηματοδοτούν το τελείωμα της ημέρας και ένα μικρότερο (4.2%) όταν βρίσκονται σε κατάσταση αναμονής για κάτι.

Όσον αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες τα άτομα απολάμβαναν περισσότερο το τσιγάρο, φαίνεται ότι η πιο σημαντική στιγμή, με διαφορά από τις άλλες, είναι σε στιγμές χαλάρωσης-διασκέδασης (38.1%) και όταν βρίσκεται με παρέα (23.8%). Ακολουθούν ο καφές (14.3%), το ποτό (9.5%), καμία (9.5%) και οι βραδινές ώρες (4.8%).

Η πλειοψηφία χαρακτήρισε το κάπνισμα ως επικίνδυνο (33.3%). Ένα σημαντικό ποσοστό (19%) το χαρακτήρισε ως συνήθεια. Ένα 14.3% το χαρακτήρισε ως ευχαρίστηση. Μικρότερα ποσοστά της τάξεως του 9.5% το χαρακτήρισαν ως χαλάρωση, εθισμό, συντροφιά παρέα και τέλος ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 4.8% βοηθητικό στη διαχείριση άγχους.

Όσον αφορά το τι βοήθησε στο παρελθόν το 58.3 % αναφέρει τίποτα. Αυτός ήταν και ο βασικός λόγος που τους ώθησε να συμμετέχουν τώρα σε κάτι πιο οργανωμένο. Επίσης στο παρελθόν τα θέματα υγείας (25%) τους βοήθησαν και τους κινητοποίησαν να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής. Τέλος, βοηθητικά αλλά σε μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 8.3% ακολούθησαν το πρότυπο που θα αποτελούσαν ως προς τα παιδιά και τα υποκατάστατα νικοτίνης.

Όσον αφορά τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής σημαντικό ήταν το ότι στο παρόν πρόγραμμα γινόταν λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τα 50% των συμμετεχόντων. Σχετικά με τα πιθανά εμπόδια που πιστεύουν ότι θα αντιμετωπίσουν στην πορεία του προγράμματος ο βασικός λόγος που ανησυχούν περισσότερο είτε ότι δεν θα καταφέρουν είτε ότι εάν τα καταφέρουν θα υποτροπιάσουν είναι ο εθισμός, η εξάρτηση (23%), οι συνήθειες συνδυασμένες με το κάπνισμα (15.4%), η έλλειψη του τσιγάρου (11.5%), η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων που μπορεί να εμφανιστούν και η αντιμετώπισή τους θα είναι πάνω από τις δυνάμεις τους (7.7%), το στρες (7.7%), η ευχαρίστηση από το κάπνισμα (7.7%), οι βραδινές ώρες (7.7%), και τέλος ένα ποσοστό 3.8% αναφέρθηκε στις στιγμές μοναξιάς.

### **Λόγοι διακοπής και Προσδοκίες**

Ως λόγοι διακοπής και συμμετοχής στο πρόγραμμα αναφέρθηκαν από όλους τους συμμετέχοντες οι λόγοι υγείας. Από το 58.3% προληπτικά για να αποφύγουν την εμφάνιση κάποιων σοβαρών προβλημάτων υγείας ενώ από το υπόλοιπο 41.7% αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που απαιτούσαν την άμεση διακοπή του καπνίσματος. Να επισημάνουμε ότι όλοι οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν το ενδιαφέρον να συμμετέχουν στο πρόγραμμα διακοπής έπειτα από παραπομπή του θεράποντος ιατρού τους. Οι κύριοι λόγοι που κινητοποιούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν και να συμμετέχουν σε μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος είναι οι λόγοι υγείας (Graham et



al.,2008; Musich et al., 2009), ενώ σε δεύτερη θέση έρχονται το οικονομικό κόστος, (Aubin et al., 2010), η αρνητική αυτοεικόνα και η αίσθηση της εξάρτησης (Eurobarometer, 2009). Ως λόγοι διακοπής ακόμη αναφέρονται η πίεση από το περιβάλλον, η επιθυμία βελτίωσης της φυσικής κατάστασης, αλλά και ο φόβος εμφάνισης κάποιας ασθένειας.

Όσον αφορά τις προσδοκίες τους από το πρόγραμμα το 91.6% αναφέρθηκαν στην διακοπή καπνίσματος ενώ το 8.4% στην μείωση του καπνίσματος.

### **Όργανα Αξιολόγησης**

Για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων αλλά και για τη λήψη βασικών πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε όπως και στις προηγούμενες μελέτες το ερωτηματολόγιο για το προφίλ του συμμετέχοντα (Παράρτημα 2). Επίσης, για τους σκοπούς της έρευνας στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ατομικής συμβουλευτικής αλλά και τη συγκεκριμενοποίηση των παραγόντων και των τεχνικών που βοήθησαν τους συμβουλευόμενους καθώς και αυτών που τους δυσκόλεψαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Παράρτημα 3). Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν βηματόμετρα Pedometers SW-200 (Yamax) (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 et al., 2010), δεδομένου ότι η χρήση τους συνδέεται με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (Bravata et al., 2007). Αξίζει να διευκρινίσουμε ότι χρησιμοποιήθηκαν ως τρόπος παρακίνησης των συμμετεχόντων.

Πρόγραμμα παρέμβασης - ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος

Ο κάθε συμβουλευόμενος πραγματοποίησε 12 ατομικές συνεδρίες μέχρι την ολοκλήρωση της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Η συχνότητα των συνεδριών ήταν 1 φορά την εβδομάδα, με διάρκεια μιας ώρας. Μετά το τέλος της παρέμβασης ακολούθησαν συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες σε εβδομαδιαία βάση και για 6 μήνες. Έγιναν ακόμη 3 μηνιαία follow-up, με την μορφή ατομικών συνεδριών, σκοπός των οποίων ήταν η παρακολούθηση της πορείας κάθε συμμετέχοντα, η παροχή υποστήριξης και βοήθειας που αποσκοπούσε στην παγίωση της αλλαγής και την πρόληψη της υποτροπής.

Η συμβουλευτική υποστήριξη της συγκεκριμένης παρέμβασης διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής. Συνολικά το παρεμβατικό πρόγραμμα, αποτελεί μια παρέμβαση σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (μείωση τσιγάρου, άσκηση και διατροφή, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου) και στηρίζεται σε προσωποκεντρική συμβουλευτική υποστήριξη, βασισμένη στη θεωρία της παρακινητικής συνέντευξης (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991). Το κάθε βήμα συμβουλευτικής έχει συγκεκριμένα θέματα όπως η γνωστική ευαισθητοποίηση σε θέματα σχετικά με το κάπνισμα, η συζήτηση λόγων καπνίσματος και τρόπων διακοπής, η αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με το κάπνισμα, η αλλαγή στάσεων και ανθυγιεινών συμπεριφορών, η συζήτηση για τη σκέψη της διακοπής και τους προβληματισμούς – ανησυχίες που έχουν σχετικά με αυτό, η θετική αναπλαισίωση προηγούμενων προσπαθειών, η αύξηση αυτοπεποίθησης και αυτό-εκτίμησης, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι ασκήσεις νοερής απεικόνισης, η συζήτηση για τα οφέλη της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, οι δεξιότητες ελέγχου της επιθυμίας για τσιγάρο, η αυτο-ομιλία ο αυτοδιάλογος, η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, η καταγραφή

ημερολογίων, η διαδικασία καθορισμού στόχων, η συζήτηση για τα συμπτώματα της διακοπής και για τους τρόπους αντιμετώπισης, η συζήτηση για τις υποτροπές και τους τρόπους πρόληψης, η παροχή συμβουλών διατροφής, η συζήτηση γύρω από τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους και τους τρόπους οργάνωσης του χρόνου κ.α. Η διάρθρωση της παρέμβασης και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε περιγράφονται αναλυτικά σε άλλη έρευνα (Γρατσάνη και συν., 2016). Στο τέλος κάθε συνάντησης ορίζονταν οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Όλες οι συνεδρίες έλαβαν χώρα σε κέντρα υγείας του νομού Τρικάλων από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

### **Ιατρικό Προσωπικό-Σύμβουλοι**

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό-σύμβουλοι παρακολούθησε εκπαιδευτικό πρόγραμμα, διάρκειας 50 ωρών, το οποίο πραγματοποιήθηκε από τους συμβούλους του προγράμματος. Οι σύμβουλοι εκπαιδεύτηκαν τόσο σε θέματα συμβουλευτικής όσο και στην εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Το πρόγραμμα περιελάμβανε το κομμάτι της θεωρητικής εκπαίδευσης με σκοπό τη γνωριμία, την εξοικείωση και την ευαισθητοποίηση σε έννοιες, θεωρητικά μοντέλα και τεχνικές που είχαν να κάνουν τόσο με τη συμβουλευτική όσο και με τη διακοπή καπνίσματος και το κομμάτι της πρακτικής άσκησης, το οποίο περιελάμβανε διάφορες βιωματικές ασκήσεις, όπως roleplaying, αλλά και την παρακολούθηση και την εκτέλεση συνεδριών συμβουλευτικής. Οι σύμβουλοι εκπόνησαν το κομμάτι της πρακτικής άσκησης αρχικά ως παρατηρητές μέσα σε συνεδρίες, στη συνέχεια ανέλαβαν τους δικούς τους συμβουλευόμενους υπό την εποπτεία του προσώπου αναφοράς (συγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής υγείας που είχε οριστεί ως πρόσωπο αναφοράς για κάθε εκπαιδευόμενο και είχε ως βασική ευθύνη την υποστήριξη, την καθοδήγηση, την ενίσχυση στο ρόλο του ως σύμβουλο) και στη συνέχεια μόνοι τους, αλλά πάντα υπό την επίβλεψη και την εποπτεία των συμβούλων-εκπαιδευτών του προγράμματος. Εκτός από τις καθορισμένες ατομικές εποπτείες μετά

την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος ακολούθησαν ομαδικές εποπτείες, μαζί με άλλους εκπαιδευόμενους συμβούλους, με σκοπό την ανταλλαγή γνώμων και εμπειριών, το μοίρασμα συναισθημάτων, την αναζήτηση λύσεων και προτάσεων για διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κ.α.

Βασικές Θεματικές ενότητες του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν: 1) Θεωρίες συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής, παρακινητική συνέντευξη 2) Αρχές και Τεχνικές Συμβουλευτικής Υποστήριξης, 3) Πρόγραμμα Συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος.

### **Διαδικασία**

Η Συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε σε δυο έτη. Αρχικά μέλη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας επισκέφθηκαν τα Κέντρα Υγείας του Νομού με σκοπό να τους ενημερώσουν για το Πρόγραμμα Συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος που υλοποιούν σε συνεργασία με το ΤΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αλλά και να κάνουν διερεύνηση αναγκών για την υλοποίηση ανάλογου προγράμματος στα Κέντρα Υγείας. Στη συνέχεια, και μετά την καταγραφή των αναγκών, εκπαιδεύτηκε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τόσο σε θέματα συμβουλευτικής όσο και στην εφαρμογή του προγράμματος συμβουλευτικής. Οι συμμετέχοντες προσέρχονταν στα Κέντρα Υγείας για διάφορους λόγους υγείας και όπου κρινόταν αναγκαίο υπήρχε η προτροπή του θεράποντος ιατρού για την συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα η ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας έγινε σύμφωνα με τον οδηγό και το εγχειρίδιο που χρησιμοποιήθηκε και στην πρώτη μας μελέτη (Γρατσάνη και συν., 2016).

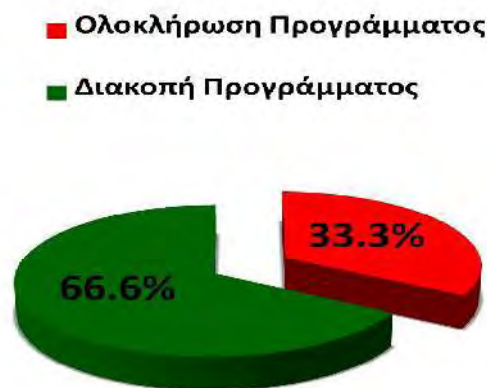
## Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis). Για την οργάνωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo.

## Αποτελέσματα-Συζήτηση

Από τα 36 άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα μόνο 12 κατάφεραν να το ολοκληρώσουν ενώ τα υπόλοιπα 24 διέκοψαν. Από τα δώδεκα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, τα 8, δηλαδή το 66.6%, διέκοψαν το κάπνισμα. Τα υπόλοιπα 4 άτομα (33.3%) πέτυχαν σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων) και πέρασαν στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή κάτω δηλαδή από 10 τσιγάρα (Σχήμα 1).

### Εξέλιξη Προγράμματος



Σχήμα 1. Ποσοστά ολοκλήρωσης – διακοπής προγράμματος διακοπής καπνίσματος

Από όσους διέκοψαν το πρόγραμμα το 13% ανέφεραν ότι δεν ήταν ψυχολογικά έτοιμοι να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος και να ζήσουν μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Ένα ποσοστό 4.3% διέκοψαν το πρόγραμμα λόγω φόρτου εργασιών. Επίσης 4.3% διέκοψαν το πρόγραμμα επειδή έφευγαν στο εξωτερικό για δουλειά. Το 8.7% αναφέρει ότι αντιμετώπιζαν διάφορες οικογενειακές δυσκολίες που δεν τους επέτρεπαν

να συνεχίσουν την παρακολούθηση του προγράμματος. Τέλος ένα ποσοστό της τάξεως του 4.3% αναφέρει ότι σταμάτησε το πρόγραμμα λόγω του ότι υποτροπίασε και πίστεψε ότι δεν θα μπορέσει να τα καταφέρει. Το 65% που διέκοψαν το πρόγραμμα, απλώς δεν προσήλθαν στο επόμενο ραντεβού, χωρίς καμία ενημέρωση αλλά και καμία ανταπόκριση στις προσπάθειες των συμβούλων για επικοινωνία.

### Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης

Σαν Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη. Η δεύτερη σειρά Κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα που ακολουθούν.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 12 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης.

**Ερώτηση 1:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος.  
(Πίνακας 44)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 44.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τα υποκατάστατα νικοτίνης		«Θεωρώ ότι περισσότερο από όλα στη διακοπή με βοήθησαν τα υποκατάστατα νικοτίνης. Το πιπάκι που λειτουργούσε ως υποκατάστατο του τσιγάρου με βοήθησε ιδιαίτερα στην προσπάθεια της διακοπής» (n=4)
Η δέσμευση		«Η δέσμευση προς το πρόγραμμα ήταν από τα πιο σημαντικά πράγματα για εμένα. Με κρατούσε και με κινητοποιούσε σε κάθε δυσκολία» (n=2)
Η επιρροή του περιβάλλοντος		«Η επιρροή του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και κυρίως η δέσμευση και η πίεση του παιδιού μου ήταν αυτό που βοήθησε περισσότερο να πετύχω τη διακοπή» (n=3)

Προσωπική Θέληση		«Περισσότερο με βοήθησε η προσωπική θέληση. Αν δεν είχα τη θέληση δεν θα πετύχαινα τίποτα» (n=4)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Δραστηριότητες	«Οι δραστηριότητες και γενικά η βοήθεια του προγράμματος και ότι αυτό μου παρείχε ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά όσον αφορά τη διακοπή» (n=1)
	Γνώσεις	«Οι γνώσεις που απέκτησα για το κάπνισμα» (n=2)
	Συζήτηση	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι συζητήσεις με το σύμβουλο. Μπορούσα να εκφράζομαι, να μοιράζομαι τα συναισθήματα μου και τις δυσκολίες μου και να αντλώ δύναμη για να συνεχίσω» (n=4)
	Τεχνικές Αντίστασης	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι τεχνικές που έμαθα ώστε να αντιστέκομαι στον πειρασμό του τσιγάρου» (n=3)
Θέματα υγείας		«Τόσο τα προβλήματα υγείας που είχα ήδη και με ενοχλούσαν ιδιαίτερα, αλλά και ο φόβος και η ανάγκη της πρόληψης μελλοντικών πιο σοβαρών θεμάτων υγείας ήταν αυτό που με κινητοποίησε και με βοήθησε ιδιαίτερα» (n=4)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 44, τέσσερις από τους συμμετέχοντες του προγράμματος συμφώνησαν ότι ιδιαίτερα βοηθητικές στη διαδικασία διακοπής ήταν οι συζητήσεις με τον σύμβουλο και οι ανάγκες που τους κάλυπταν όπως έκφραση, μοίρασμα συναισθημάτων, επαφή. Η συνεχής επαφή με τον σύμβουλο και οι συνεδρίες ήταν κάτι από το οποίο αντλούσαν δύναμη και μπορούσαν να συνεχίζουν την δύσκολη προσπάθεια, να δουλεύουν και να επεξεργάζονται ότι τους δυσκολεύει, να μοιράζονται συναισθήματα κ.α. Και στο παρελθόν το κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη συναισθηματική κάλυψη και έχει τονιστεί ότι οι καπνιστές μπορούν να βοηθηθούν στη διακοπή του καπνίσματος, εάν αναζητήσουν τη συνδρομή ειδικών (Singleton & Pope, 2000) συμμετέχοντας σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος που θα περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς (Γρατσάνη και συν., 2016; Θεοδωράκης & Χασσάνδρα, 2005). Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι η συμβουλευτική μειώνει τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος (Γρατσάνη και συν., 2016; McCarthy et al., 2010) ενώ η έλλειψη βοήθειας αποτελεί λόγο υποτροπής και εμφάνισης αυξημένων δυσκολιών (Zhou et al., 2009). Ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (n=3) θεωρεί ιδιαίτερα βοηθητική την διαδικασία αναζήτησης τρόπων αντίστασης και

διαχείρισης της επιθυμίας, κάτι που έχει συσχετιστεί έως τώρα με την επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής και την αποφυγή υποτροπών (Osch et al., 2008; Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990). Άλλωστε, ως βασικό συστατικό ενός προγράμματος διακοπής αναφέρεται η εκπαίδευση σε δεξιότητες άρνησης (Alpert, 2009) αλλά και η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων στη διακοπή καπνίσματος (Erstein et al., 2000).

Σημαντικό ρόλο για να μπου σε μια διαδικασία διακοπής έπαιξαν τα προβλήματα υγείας (n=4) που ήδη αντιμετώπιζαν ή η απειλή κάποιων προβλημάτων υγείας εάν συνέχιζαν το κάπνισμα, τα οποία λειτούργησαν ως κινητοποιητική δύναμη για τη διακοπή καπνίσματος (Curr et al., 1997). Τα υποκατάστατα νικοτίνης αναφέρθηκαν από 4 άτομα ως ιδιαίτερα βοηθητικά, κάτι που αποτελεί συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία (Goldman et al., 2009). Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 2 άτομα αναφέρθηκαν στον βοηθητικό ρόλο των γνώσεων που απέκτησαν και ένα άτομο μίλησε γενικά για τις δραστηριότητες και ότι παρείχε το πρόγραμμα (φυλλάδια, ασκήσεις κ.α.), τα οποία βοήθησαν σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων και προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης. Η έμφαση του προγράμματος στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση συμφωνεί με πολλούς ερευνητές που επικεντρώθηκαν στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση των καπνιστών (Θεοδωράκης, 2010), εστιάζοντας στα οφέλη και τις ζημιές της καπνιστικής και μη καπνιστικής συμπεριφοράς. 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, (Alpert, 2009), καθώς έχει υποστηριχτεί ότι οι ανησυχίες για την υγεία αυξάνουν την ετοιμότητα για διακοπή (Curry et al., 1997). Επίσης, 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 (Schane et al., 2013). Δύο άτομα μίλησαν για τη δέσμευση απέναντι στο πρόγραμμα και



τους συμβούλους, ως «κράτημα», όταν τα πράγματα δυσκόλευαν και άλλα τέσσερα για την προσωπική θέληση και το πόσο βοηθητική ήταν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Τόσο η δέσμευση (Θεοδωράκης και συν., 2001) όσο και η προσωπική θέληση (Μπεμπέτσος και συν., 2000) θεωρούνται σημαντικά στοιχεία σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος, καθώς φαίνεται ότι η υιοθέτηση διάφορων συμπεριφορών υγείας όπως η αποχή από το κάπνισμα και η άσκηση εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη θέληση (Roorchandani et al., 2008), η οποία αυξάνει την κινητοποίηση αλλά και τη θετική έκβαση της προσπάθειας.

Τρία άτομα ανέφεραν ότι τους βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος η επιρροή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον είναι κάτι που τονίστηκε σε πολλές έρευνες, (Carlson et al., 2003; Christakis & Fowler, 2008), ως παράγοντας που επηρεάζει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής, αυξάνοντας την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Clarke & Aish, 2002). Αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με την θετική και αρνητική επιρροή από το περιβάλλον (Θεοδωράκης και συν., 2005), τονίζοντας το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης (Lawhon et al., 2009) προς δυο κατευθύνσεις είτε οδηγώντας σε επιτυχημένη προσπάθεια (Manfredi et al., 2007) παίζοντας έναν προστατευτικό ρόλο στη διακοπή καπνίσματος είτε αποτελώντας σημαντικό παράγοντα υποτροπής (Zhou et al., 2009).

**Ερώτηση 2:** Τι πιστεύει το άτομο ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος. (Πίνακας 45)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Όσον αφορά το τι βοήθησε λιγότερο οι περισσότεροι συμμετέχοντες (n=8) αναφέρουν τίποτα τονίζοντας τον σημαντικό και βοηθητικό ρόλο του προγράμματος. Στη συνέχεια αναφέρθηκε η δυσκολία της αλλαγής των βασικών συνηθειών που είχαν τόσα χρόνια (n=3), κάτι που

απαιτούσε και χρόνο και προσπάθεια και υπομονή μέχρι να υιοθετήσουν νέες συνήθειες όπως και γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα όπως οι δύσκολες καταστάσεις που αντιμετώπιζαν και τους δυσκόλευαν στην διαδικασία της διακοπής (n=3). Τέλος από μικρότερα ποσοστά αναφέρθηκαν οι τεχνικές χαλάρωσης (n=2), οι τεχνικές απόσπασης (n=1), οι συμβουλές διατροφής (n=1) και οι ασκήσεις (n=1).

**Πίνακας 45.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τεχνικές Απόσπασης	«Οι συμβουλές για τη διαχείριση της έντονης επιθυμίας δεν μου φάνηκαν ιδιαίτερα βοηθητικές» (n=1)
Δύσκολες Καταστάσεις- stress	«Οι καταστάσεις άγχους που αντιμετώπιζα κατά καιρούς» (n=3)
Τίποτα	« Τίποτα» (n=8)
Ασκήσεις	«Οι ασκήσεις δεν μου φάνηκαν τόσο βοηθητικές» (n=1)
Συμβουλές Διατροφής	«Οι συμβουλές διατροφής μου ήταν λιγότερο βοηθητικές από όλα τα υπόλοιπα μέρη του προγράμματος» (n=1)
Τεχνικές χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλάρωσης δεν μου φάνηκαν ιδιαίτερα βοηθητικές. Δυσκολευόμουν να τις χρησιμοποιήσω» (n=2)
Αλλαγή τρόπου ζωής	«Το ότι έπρεπε γενικότερα να αλλάξω τον τρόπο ζωής μου και τις συνήθειές μου όπως ο καφές και ότι άλλο είχα συνδυασμένο με το κάπνισμα ήταν κάτι που βοήθησε λιγότερο στη διακοπή» (n=3)

**Ερώτηση 3:** Τι κέρδισε το άτομο από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 46)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος ώστε να αξιοποιηθούν και να προσεχτούν ιδιαίτερα και σε μελλοντικές παρεμβάσεις. Στον Πίνακα 46 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση «*Τι κέρδισες από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*», όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας αποσκοπούσαν στο να διερευνηθεί τι θεωρούσαν ως γενικότερο κέρδος τους από το πρόγραμμα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφώνησαν ότι το πιο σημαντικό κέρδος ήταν η επίτευξη των στόχων τους (n=12) είτε

αυτός αφορούσε τη διακοπή (n=8) είτε τη μείωση του καπνίσματος (n=4). Πέντε συμμετέχοντες μιλούν για αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο και αναφέρουν ως ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη που έχουν να κάνουν με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η αύξηση του αυτοελέγχου (n=1) και της αυτοπεποίθησης (n=4). Η αίσθηση ότι είναι πιο δυνατοί και πιο σίγουροι για την προσπάθεια και την επίτευξη των στόχων τους, αύξανε την αυτοαποτελεσματικότητά τους και την παρακίνησή τους και συνέβαλλε στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, κάτι που αναφέρεται και σε άλλες μελέτες για τη διακοπή καπνίσματος (Prochaska, 1996; Prochaska et al., 1991; Osch et al., 2008; Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990). Τρία άτομα αναφέρονται σε κάποια σωματικά οφέλη όπως υγεία (n=1), ευεξία(n=1) και υιοθέτηση πιο υγιεινών συμπεριφορών (n=1).

**Πίνακας 46.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προσωπικά Χαρακτηριστικά	Αυτοέλεγχος	«Πριν είχε το τσιγάρο τον έλεγχο της ζωής μου ενώ ένα από τα πιο σημαντικά κέρδη ήταν ότι τώρα τον απέκτησα εγώ» (n=1) «Αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή μου. Αισθάνομαι πιο σίγουρος, πιο δυνατός, πιο έτοιμος να αντιμετωπίσω κάθε δυσκολία» (n=4)
	Αυτοπεποίθηση	
Σωματικά Οφέλη	Ευεξία	«Αισθάνομαι μεγαλύτερη σωματική ευεξία» (n=1)
	Υγεία	«Αισθάνομαι πολύ καλύτερα όσον αφορά την υγεία μου» (n=1)
	Υγιεινός Τρόπος Ζωής	«Έχω υιοθετήσει πιο υγιεινές συμπεριφορές. Έχω αλλάξει τη ζωή μου προς το καλύτερο. Έχω ένα πιο ποιοτικό τρόπο ζωής πια» (n=1)
Ως προς το στόχο	Διακοπή Καπνίσματος	«Πέτυχα το στόχο της διακοπής καπνίσματος» (n=8)
	Μείωση καπνίσματος	«Μείωσα αισθητά τον αριθμό τσιγάρων. Το ότι έφτασα στα 2-3 τσιγάρα για εμένα είναι το πιο σημαντικό, σαν τη διακοπή» (n=4)

**Ερώτηση 4:** Ποια πιστεύει το άτομο ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα (Πίνακας 47)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τα σοβαρότερα εμπόδια στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να μελετήσουμε το πώς θα μπορούσαν να δουλευτούν με κάποιο τρόπο και να προστεθούν ανάλογες παρεμβάσεις στο εγχειρίδιο διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 47.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δύσκολες καταστάσεις-stress	«Δεν υπάρχουν υπερβολικά εμπόδια. Ότι παρουσιάστηκε από δυσκολίες κατάφερα να το ξεπεράσω» (n=2)
Κανένα	«Οι δύσκολες καταστάσεις που βίωνα και τις οποίες μέχρι τώρα δεν είχα μάθει να αντιμετωπίζω» (n=1)
Αλλαγή συνηθειών & τρόπου ζωής	«Αναγκάστηκα να αλλάξω γενικότερα τον τρόπο ζωής μου π.χ συνηθειες όπως μείωση καφέδων. Ακόμη πραγματοποίησα αλλαγές στο κοινωνικό κομμάτι όπως να κάνω περισσότερη παρέα με μη καπνιστές, να αποφεύγω παρέες καπνιστών, να περιορίσω τις εξόδους κ.α» (n=1)
Πίεση από το κοινωνικό περιβάλλον	«Η παρέα με φίλους που καπνίζουν. Λειτουργούσε σαν πειρασμός και δυσκολευόμουν να αντισταθώ» (n=3)
Αρέσκεια στο κάπνισμα	«Το ότι μου αρέσει πολύ να καπνίζω γιατί το απολαμβάνω» (n=1)
Εθισμός	«Ο εθισμός» (n=6)

Και μετά τη λήξη του προγράμματος ως βασικές δυσκολίες-εμπόδια έξι άτομα αναφέρουν αρχικά τον εθισμό (Hughes, 2009) αλλά και την έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό-υποστηρικτικό περιβάλλον (n=3) όχι μόνο με την έννοια έλλειψης στήριξης και πίστης στην προσπάθειά τους αλλά και με την προσπάθεια επηρεασμού τους με διάφορους τρόπους (Christakis & Flower, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Nichter et al., 2010; Zhou et al., 2009). Στη συνέχεια αλλά με πολύ μικρότερα ποσοστά (n=1) ακολούθησαν η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων που τους ωθούσαν να αναζητήσουν βοήθεια και παρηγοριά στο τσιγάρο (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Hughes, 2009; Nosen and Woody, 2009), η αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής (n=1) και η αρέσκεια στο κάπνισμα (n=1). Επίσης δυο άτομα ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν κανένα εμπόδιο. Αξίζει να αναφερθεί ότι

από τις αναφορές των συμμετεχόντων προκύπτει σημαντική αλλαγή ως προς τις περιγραφές και συγκεκριμένα τον τρόπο και την ένταση που μιλούν για τις δυσκολίες και τα πιθανά εμπόδια που θα αντιμετωπίσουν στην πορεία της διαδικασίας διακοπής. Η βασική διαφορά εντοπίζεται στο μέγεθος των εμποδίων και στο κατά πόσο θεωρούν ότι μπορούν να τα διαχειριστούν και να τα ξεπεράσουν. Χαρακτηριστικά αρχικά αναφέρονται σε εμπόδια που μπορεί να εμφανιστούν και να έχουν ως κόστος ακόμη και τη διακοπή της προσπάθειάς τους ενώ μετά το τέλος της παρέμβασης αναφέρονται σε εμπόδια που μπορεί να τους δυσκόλευσαν αλλά πιστεύουν ότι μπορούν να τα αντιμετωπίσουν όλα. Μιλούν επομένως για διαχειρίσιμες δυσκολίες και όχι εμπόδια που ξεπερνούν τις δυνάμεις τους και θα έχουν ως κόστος ακόμη και την παραίτηση από την προσπάθειά τους.

**Ερώτηση 5:** Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα (γενικότερη εξάρτηση) (Πίνακας 48)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις διαφορές που μπορεί να προέκυψαν στη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σχετικά με το κάπνισμα λόγω της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα όσον αφορά στη γενικότερη αλλαγή τους πριν και μετά στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Όλοι οι συμμετέχοντες μιλούν για την απόλυτη εξάρτηση που είχαν πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και την έλλειψη ελέγχου στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αναφέρουν ότι αισθανόντουσαν απόλυτα εξαρτημένοι και θα έψαχναν με όλους τους πιθανούς τρόπους για να βρουν ένα τσιγάρο καθώς και το ότι δεν είχαν κανέναν έλεγχο στο τσιγάρο αλλά δεν τους ενδιέφερε κιόλας. Ωστόσο μετά το πέρας της παρέμβασης όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ανεξάρτητοι, σαν να έχουν μεγαλώσει και να έχουν ωριμάσει ως προς τη διαχείριση του καπνίσματος αλλά και να έχουν αποκλειστικά και μόνο εκείνοι τον έλεγχο της

κατάστασής τους. Η σημαντική σημασία του ελέγχου έχει υποστηριχτεί και στο παρελθόν από έρευνα όπου κάνει λόγο για το πώς επηρεάζει τόσο την πρόθεση όσο και την προσπάθεια διακοπής (Κοναΰ, Rise, & Moan, 2009).

**Πίνακας 48.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα; (γενικότερη εξάρτηση).*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Απόλυτα εξαρτημένος	«Κάπνιζα περισσότερο από 30 τσιγάρα την ημέρα. Αισθανόμουν πολύ εξαρτημένος. Θα έψαχνα με όλους τους πιθανούς τρόπους για να βρω τσιγάρο και θα έκανα τα πάντα» (n=4)
	Δεν είχε τον έλεγχο	«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=8)
Μετά	Αισθάνεται περισσότερο ανεξάρτητος/ελε υθερία	«Τώρα νιώθω πιο ανεξάρτητη, σαν το παιδί που μεγάλωσε και τώρα πια μπορεί να στηρίζεται στα πόδια της και στις δικές της δυνάμεις» (n=4)
	Μεγαλύτερος έλεγχος	«Μετά την παρέμβαση αισθάνομαι πιο δυνατή και με μεγαλύτερο έλεγχο- σαν να βρήκα καλύτερα τον εαυτό μου» (n=4)
	Δεν έχει διαφορά	«Καμία αλλαγή» (n=4)

**Ερώτηση 6:** Πως ένιωθε το άτομο το σώμα του όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση (Πίνακας 49).

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι και τα αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με τις αλλαγές που παρατήρησαν στο σώμα τους πριν και μετά την παρέμβαση. Όλοι εντοπίζουν βασικές δυσκολίες πριν όπως βαρύ σώμα, αίσθηση μη υγιούς σώματος και μειωμένη φυσική κατάσταση. Μετά το πέρας της παρέμβασης σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι δεν εντόπισαν κάποια διαφορά (n=5) ενώ οι υπόλοιποι μίλησαν για αλλαγές στην μεγαλύτερη αντοχή/δύναμη (n=1), στη ζωντάνια (n=4), και στην καλύτερη αίσθηση σώματος (n=2). Το ότι δεν αναφέρονται από όλους σωματικές αλλαγές οφείλεται στην μειωμένη κινητικότητα ως προς την φυσική δραστηριότητα.

Όσο μεγαλύτερη μείωση και ενασχόληση με την άσκηση τόσο μεγαλύτερα σωματικά οφέλη (Digelidis et al., 2007; Taylor et al., 2007).

**Πίνακας 49.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Βαρύ σώμα	«Σα να κουβαλούσα, όχι στην πλάτη, αλλά εσωτερικά ένα βάρη φορτίο που με έκανε να αγκομαχώ» (n=1)
	Μη υγιές σώμα	«Αισθανόμουν πιο αδύνατος, άτονος, «σάπιος» δηλαδή αισθανόμουν το σώμα μου σαν να μην ήταν υγιές» (n=2)
	Μειωμένη φυσική κατάσταση	«Μειωμένη φυσική κατάσταση» (n=1)
Μετά	Πιο δυνατή	«Αισθανόμουν σαν να ήμουν πιο δυνατή» (n=1)
	Ζωντάνια	«Αισθανόμουν περισσότερη ενέργεια και ζωντάνια» (n=4)
	Καμία διαφορά	«Δεν έχω δει κάποιες διαφορές στο σώμα μου» (n=5)
	Καλύτερη αίσθηση σώματος	«Νιώθω καλύτερα το σώμα μου, όχι όμως επειδή μείωσα το τσιγάρο άλλα επειδή αύξησα την άσκηση» (n=2)

**Ερώτηση 7:** Ποιές αλλαγές νιώθει το άτομο ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. (Πίνακας 50).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς. Στον Πίνακα 50 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση «Ποιες αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;» Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας αποσκοπούσαν στον εντοπισμό των διαφοροποιήσεων που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες σχετικά με το κάπνισμα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, σε επίπεδο σκέψης,

συναισθήματος και συμπεριφοράς. Στην ερώτηση που αφορά τις αλλαγές οι συμμετέχοντες αναφέρουν τις ακόλουθες:

**Πίνακας 50.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του / της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Σκέψεις	Για την Διακοπή	«Σκέφτομαι πολύ πιο έντονα την επικινδυνότητα του τσιγάρου και προβληματίζομαι συνεχώς για το πώς θα πετύχω τη διακοπή» (n=4)
	Για τις επιπτώσεις του τσιγάρου	«Σκέφτομαι συνεχώς πόσο έβλαπτα τον εαυτό μου. Έπρεπε να μπω σε διαδικασία διακοπής πιο νωρίς» (n=4)
Συναισθήματα	Ελευθερία	«Αισθάνομαι ελεύθερος, ανεξάρτητος και απαλλαγμένος από αυτή την κακή συνήθεια. Έκανα κάτι θετικό για τον εαυτό μου» (n=2)
	Αυτοπεποίθηση	«Πιστεύω πιο πολύ στον εαυτό μου και στις δυνάμεις μου. Αισθάνομαι ότι έχω αυξημένη αυτοπεποίθηση και μπορώ να καταφέρω τα πάντα»(n=2)
	Χαρά	«Είμαι πολύ χαρούμενος και ευτυχισμένος που τα κατάφερα τελικά» (n=2)
	Ικανοποίηση	«Είμαι πολύ ικανοποιημένος από την επίτευξη του στόχου μου» (n=4)
	Υπερένταση	«Πολύ συχνά έχω υπερένταση κυρίως θέλω να μην καπνίσω αλλά δεν τα καταφέρνω» (n=2)
	Ενοχές	«Αισθάνομαι ενοχές που συνεχίζω να καπνίζω. Κάτι πρέπει να κάνω με αυτό άμεσα» (n=2)
Συμπεριφορά	Αλλαγή συνθηγιών	«Έχουν αλλάξει πολλές συνήθειές μου. Έχουν μειωθεί οι καφέδες και έχουν αυξηθεί οι παρέες- οι έξοδοι και οι συζητήσεις με μη καπνιστές» (n=8)
	Υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών	«Έχω υιοθετήσει γενικά πιο υγιεινές συνήθειες. Τρώω πιο υγιεινά, περπατάω, δεν καπνίζω. Γενικά έχω καλύτερη ποιότητα ζωής» (n=4)

α) Αλλαγές σε σκέψεις, κάτι που ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή (Nosen & Woody, 2009). Συγκεκριμένα μιλούν για πιο θετική σκέψη για την υγεία και την διακοπή (n=4) αλλά και πιο αρνητική σκέψη (n=4) για το κάπνισμα και τις συνέπειες του (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013).

β) Αλλαγές σε συναισθήματα, που εστιάζουν στην αυτό-αποτελεσματικότητα (n=4) και την αυτό-δικαίωση. Αυτές οι αναφορές συμβαδίζουν με ευρήματα από άλλες



έρευνες όπου οι καπνιστές μετά τη διακοπή εντοπίζουν σημαντική θετική συναισθηματική αλλαγή (Shahab & West, 2009). Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να σχετίζονται άμεσα με την πρόθεση διακοπής και μάλιστα περισσότερο και από τις συμπεριφορές (Musich et al., 2009). Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ανέφεραν ότι αισθάνονται: 1) ευτυχισμένοι και πιο χαρούμενοι (n=2) κάτι που συμφωνεί και με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα (Shahab & West, 2009), 2) πιο ικανοποιημένοι, πιο κερδισμένοι και με αυξημένη αυτοπεποίθηση από την επίτευξη των στόχων (n=4), (Θεοδωράκης και συν., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 3) πιο ελεύθεροι και ανεξάρτητοι (n=2) και με περισσότερη πίστη (n=2) ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις δυνάμεις τους. Σε παλαιότερες έρευνες, η αυτοπεποίθηση οδήγησε γυναίκες καπνίστριες σε επιτυχημένη διακοπή (Manfredi et al., 2007). Τέλος, όσοι δεν κατάφεραν να πετύχουν κάποια αλλαγή αναφέρουν ότι αισθάνονται τύψεις και ενοχές (n=2) που συνεχίζουν να καπνίζουν αλλά και υπερένταση (n=2).

Σχετικά με τη συμπεριφορά εντοπίζουν τις παρακάτω αλλαγές: 1) άλλαξαν πολλές από τις καθημερινές τους συνήθειές που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα (n=8), κάτι που απαιτείται σε τέτοιου είδους προσπάθειες, αφού η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών, (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002) και 2) εμφάνισαν αυξημένη δραστηριοποίηση λόγω της έναρξης και της ενασχόλησής τους με νέες δραστηριότητες, εναλλακτικά του τσιγάρου (Alpert, 2009; Davis et al., 1994) και γενικότερα υιοθέτησαν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (n=4).

**Ερώτηση 8:** Ποια ήταν η σχέση του ατόμου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά. (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του;) (Πίνακας 51)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε το πώς μπορεί το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση

και πως μπορεί αυτή η διαφορετική συμπεριφορά να επηρέασε και να συνέβαλλε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

**Πίνακας 51.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποια ήταν η σχέση του / της με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;)*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Δεν είχε σχέση με την άσκηση	«Πριν το πρόγραμμα δεν είχα καμία σχέση με την άσκηση» (n=12)
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=8)
	Αύξησε τη φυσική δραστηριότητα	«Βλέπω πιο σοβαρά την άσκηση: περπατάω συστηματικά και με συγκεκριμένο στόχο (4 φορές την εβδομάδα) με φόρμες και σπορτέξ. Επίσης έβαλα στην ζωή μου τον χορό. Αυτά με κρατάνε και δεν καπνίζω» (n=4)

Όσον αφορά τα αποτελέσματα για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας όλοι ανέφεραν ότι δεν είχαν σχέση με την φυσική δραστηριότητα πριν την παρέμβαση. Μετά το πέρας της παρέμβασης μόνο τέσσερα άτομα αύξησαν την φυσική δραστηριότητα ενώ για τους υπόλοιπους δεν άλλαξε κάτι. Όσοι αύξησαν τη φυσική δραστηριότητα κυρίως τη χρησιμοποίησαν σαν τρόπο διαχείρισης της επιθυμίας για το τσιγάρο όπως δηλαδή έχει χρησιμοποιηθεί στα περισσότερα προγράμματα έως σήμερα ως βοήθεια (Everson-Hock et al., 2010) και εναλλακτική κατά του τσιγάρου (King et al., 1996), ως εναλλακτική διαχείρισης του πειρασμού και βοήθημα για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής (Marcus et al., 2003; Μπενέτου και συν., 2008; Papaioannou et al., 2004; Shephard, 1989). Έτσι, μια βασική μας δυσκολία ήταν η κινητοποίηση των ατόμων για τη συμμετοχή σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα και την υιοθέτηση της άσκησης στον τρόπο ζωής τους.

**Ερώτηση 9:** Πως βλέπει το άτομο τον εαυτό του μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά) (Πίνακας 52).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν ώστε να δούμε 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.

**Πίνακας 52.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά);.*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Μη Καπνιστής	«Βλέπω τον εαυτό μου ως ένα άτομο που καθημερινά θα επιλέγει να μην καπνίζει» (n=8)
Δεν ξέρει	«Δεν ξέρω καθόλου. Η αλήθεια είναι ότι στόχος μου ήταν η μείωση και είμαι πολύ ικανοποιημένος από αυτόν. Δεν ξέρω αν θα μπορούσα να πετύχω τη διακοπή» (n=4)
Θετικά	«Το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να με επηρεάσει θετικά. Βοηθάει ήδη το ότι όλοι είναι αντικαπνιστές και αναφέρει ότι τον υποστήριξαν πάρα πολύ στην παρούσα κατάσταση» (n=4)
Αρνητικά	«Όλοι οι φίλοι μου και συγγενείς καπνίζουν και αυτό δεν με βοηθάει να το κόψω» (n=8)

Πολύ σημαντικό θεωρήθηκε το αποτέλεσμα ότι όσοι διέκοψαν το κάπνισμα βλέπουν τον εαυτό τους ως μη καπνιστή ενώ όσοι δεν το διέκοψαν είναι επιφυλακτικοί και απαντούν ότι δεν ξέρουν. Όσοι το διέκοψαν είναι σίγουροι ότι μπορούν να διατηρήσουν τη διακοπή ενώ όσοι δεν το διέκοψαν πιστεύουν ότι έχουν τις γνώσεις, τα εφόδια, τη δύναμη και ότι άλλο απαιτείται για τη διακοπή, κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί στη συμβολή του προγράμματος στη δημιουργία της νέας τους ταυτότητας ως «μη καπνιστές».

Ως προς την επίδραση του περιβάλλοντος, το 33.3% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι το περιβάλλον θα επηρεάσει θετικά στην προσπάθεια που έκαναν και θα είναι βοηθητικό, ενώ το υπόλοιπο 66.6% ανέφερε ότι το περιβάλλον δε θα είναι βοηθητικό,

κυρίως λόγω του ότι οι περισσότεροι φίλοι και συγγενείς καπνίζουν. Πολλές έρευνες έως σήμερα έχουν υποστηρίξει τον σημαντικό ρόλο του περιβάλλοντος στη διαδικασία διακοπής, όπως προαναφέραμε και στην ερώτηση «τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος».

**Ερώτηση 10:** Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε το άτομο περισσότερο. (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ) (Πίνακας 53).

**Πίνακας 53.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ).*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Περιεχόμενο προγράμματος	Συμβουλές	«Οι συμβουλές ήταν το πιο χρήσιμο-βοηθητικό σε όλη την προσπάθεια. Προσπαθούσα να τις ακούω και να τις εφαρμόζω και αυτό με βοηθούσε να πετυχαίνω τους στόχους μου» (n=4)
	Δραστηριότητες	«Μέσα από τις ασκήσεις μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω περισσότερο τον ίδιο μου τον εαυτό» (n=7)
	Ενημερωτικά Φυλλάδια	«Τα φυλλάδια μέσα από τα οποία έμαθα περισσότερα πράγματα για το κάπνισμα, τον τρόπο επίδρασης στον οργανισμό, το παθητικό κάπνισμα και άλλα πολύ σημαντικά πράγματα που με κινητοποίησαν ακόμη περισσότερο στη διαδικασία διακοπής» (n=4)
	Εργαστηριακός έλεγχος	«Ο εργαστηριακός έλεγχος και το γεγονός ότι ήταν παθολογικός. Αυτό με κινητοποίησε να πάρω άμεσα την απόφαση της διακοπής και να δεσμευτώ περισσότερο στη διαδικασία» (n=1)
	Στόχοι	«Η διαδικασία καθορισμού στόχων με βοηθούσε να παραμένω συγκεντρωμένος και προσηλωμένος στους στόχους που είχα να δουλέψω στην προσπάθεια γενικότερα» (n=1)
Λειτουργία	Ασκήσεις χαλάρωσης	«Όταν ήμουν πολύ αγχωμένος, πιεσμένος ή δυσκολευόμουν ιδιαίτερα με τη διαχείριση της επιθυμίας με βοηθούσαν πολύ οι ασκήσεις χαλάρωσης» (n=1)
	Επικοινωνία	«Η επικοινωνία που υπήρχε με τον σύμβουλο με έκανε να αισθάνομαι ότι δεν είμαι μόνος, ότι υπάρχει μια σχέση ασφάλειας και κάποιος καταλαβαίνει την προσπάθειά μου και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζω» (n=4)
	Συζήτηση	«Η συζήτηση και το ενδιαφέρον της συμβούλου για την υγεία μου, το σώμα μου, τη διατροφή μου και την καθημερινότητα μου» (n=7)
	Το ενδιαφέρον και η κατανόηση του συμβούλου	«Για μένα ήταν καίριος ο ρόλος του συμβούλου. Υπήρχε κατανόηση, παραχώρηση χρόνου και χώρου, ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα ως προς τα ραντεβού όποτε υπήρχε ανάγκη. Οι ατομικές συναντήσεις ήταν ένας τρόπος διασφάλισης και προστασίας από τα αρνητικά συναισθήματα» (n=5)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε ποια κομμάτια του προγράμματος βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο.

Στον Πίνακα 53 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση *«Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)»* η οποία αποσκοπούσε στον εντοπισμό εκείνων των σημείων του προγράμματος που βοηθούν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο. Στη δεύτερη σειρά κωδικοποίησης, οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνες που αναφέρονται στο περιεχόμενο του προγράμματος και η δεύτερη εκείνες που αναφέρονται στη λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 7 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 σε επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης, επιβεβαιώνοντας έτσι αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που εστίασαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αλλά και γενικά σε ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης και στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων (Alpert, 2009; Epstein et al., 2000). Τέσσερα 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. Τέσσερα άτομα αναφέρθηκαν στις συμβουλές που λάμβαναν από τον σύμβουλο επιβεβαιώνοντας έτσι τον ενισχυτικό ρόλο της συμβουλευτικής στη

διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης και συν., 2005; McCarthy et al., 2010). Από ένα άτομο αναφέρθηκε ότι ο εργαστηριακός έλεγχος (n=1) λειτούργησε σαν κίνητρο για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα, κυρίως αυξάνοντας τη δέσμευσή του στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Φαίνεται ότι ο εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος γίνεται στα κέντρα υγείας για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου, που είναι μια αντικειμενική και αδιαμφισβήτητη ένδειξη, μπορεί να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο ένταξης και δέσμευσης σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Τέλος, ένα άτομο ανέφερε ότι ιδιαίτερα βοηθητική για να παραμένει συγκεντρωμένος στην προσπάθεια ήταν η διαδικασία καθορισμού στόχων και άλλο ένα οι ασκήσεις χαλάρωσης που χρησιμοποιούσε σε δύσκολες στιγμές.

Ως προς τη λειτουργία του προγράμματος σχεδόν όλοι αναφέρθηκαν στην επικοινωνία (n=4) και τη συζήτηση (n=7), που είχαν με τον σύμβουλο για διάφορα ζητήματα και τομείς της ζωής τους, επιβεβαιώνοντας έτσι τη σημαντική λειτουργία της επικοινωνίας και της συζήτησης (Singleton & Pope, 2000). Πέντε άτομα τόνισαν τη σημασία και τη συμβολή της σχέσης, του ενδιαφέροντος και των συναισθημάτων του συμβούλου όπως κατανόηση, μοίρασμα, προστασία από τα αρνητικά συναισθήματα, συμπαράσταση, υποστήριξη, κάτι που παραπέμπει στο ρόλο του ειδικού (Θεοδωράκης και συν., 2005; McCarthy et al., 2010; Zhou et al., 2009) και πως αυτά συνεισέφεραν γενικότερα στη διαδικασία διακοπής, αυξάνοντας την πίστη τους στον εαυτό τους και τις δυνάμεις τους ότι μπορούν να τα καταφέρουν αλλά και τη δέσμευσή τους.

**Ερώτηση 11:** Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης. (Πίνακας 54).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή τους για το πρόγραμμα και να προσθέσουν πράγματα που δεν μπόρεσαν να

προβλεφθούν από τις παραπάνω ερωτήσεις και τα οποία θεωρούν πολύ σημαντικά ή κάτι που μπορεί να είχαν παραλείψει.

Οι απαντήσεις των ατόμων, αναφέρονται στον τρόπο, που το εν λόγω πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος λειτούργησε ατομικά στον καθένα. Πέντε άτομα το χαρακτήρισαν πολύ βοηθητικό σε επίπεδο παροχής ιδεών και λύσεων, ψυχολογικής υποστήριξης και επίτευξης στόχων. Τρία άτομα μίλησαν για την καθοριστική συμβολή του προγράμματος στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Ένα άτομο εστίασε στην γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής στην οποία φαίνεται να συμβάλλει η συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Τέλος ένα άτομο το χαρακτήρισε ως χρήσιμο όχι μόνο στη διαδικασία διακοπής αλλά σε διάφορους τομείς της ζωής του, άλλο ένα ως απαραίτητο χωρίς το οποίο δεν θα μπορούσε να φανταστεί πως θα πετύχαινε τη διακοπή και άλλο ένα τόνισε το δεσμευτικό ρόλο του προγράμματος στη διαδικασία διακοπής.

**Πίνακας 54.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Γενικότερη αλλαγή τρόπου ζωής	«Βοηθάει να αλλάζει κανείς όλη του τη ζωή, όχι μόνο να κόψει το κάπνισμα. Βοηθάει και στο πώς να επικοινωνήσουμε γενικά με τους άλλους ανθρώπους, και στο πώς να αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα μας» (n=1)
Πολύ σημαντικό βοήθημα	«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=5)
Χρήσιμο	«Ήταν πολύ χρήσιμο όχι μόνο στη διαδικασία διακοπής αλλά και σε άλλους τομείς της ζωής» (n=1)
Καθοριστικής συμβολής	«Είχε καθοριστική σημασία για εμένα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Αλλιώς δεν ξέρω αν θα τα κατάφερα» (n=3)
Απαραίτητο	«Ήταν απαραίτητο για τη διακοπή καπνίσματος» (n=1)
Δεσμευτικό	«Λειτουργούσε δεσμευτικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος» (n=1)

**Ερώτηση 12:** Τι θα ήθελε το άτομο να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει. (Πίνακας 55)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε τι θα συμβούλευαν οι συμμετέχοντες άλλους καπνιστές και ίσως από τις συμβουλές τους προέκυπταν και κάποιες ιδέες που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα.

**Πίνακας 55.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Επιμονή και Υπομονή	«Επειδή είναι δύσκολη προσπάθεια και απαιτεί και κόπο και θυσίες χρειάζεται επιμονή και υπομονή» (n=2)
Πίστη	«Χωρίς πίστη στον εαυτό σου και τις δυνάμεις σου δεν μπορείς να πετύχεις τίποτα» (n=1)
Οργανωμένη προσπάθεια	«Να το διακόψει με τη βοήθεια ενός ιατρού διακοπής καπνίσματος ή ενός οργανωμένου προγράμματος. Μόνο έτσι γίνεται με επιτυχία» (n=8)
Γενικότερη αλλαγή	«Για να το κόψεις οριστικά δεν αρκεί να μην καπνίζεις πρέπει να αλλάξεις γενικότερα, να γίνεις ένας άνθρωπος άλλος- καλύτερος» (n=1)
Αξίζει	«Αξίζει τον κόπο να προσπαθήσει κάποιος να διακόψει το κάπνισμα. Ότι και να γίνει στο τέλος το σίγουρο είναι ότι θα βγει κερδισμένος-κάτι θα έχει πάρει» (n=3)

Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό (n=8) εστίασε στο ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με κάποια οργανωμένη προσπάθεια και κυρίως με τη συμμετοχή σε κάποιο οργανωμένο πρόγραμμα. Ένα άτομο αναφέρθηκε στην πίστη στον εαυτό του ως απαραίτητη προϋπόθεση για μια επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής, άλλο ένα στη γενικότερη αλλαγή που απαιτείται και άλλο ένα στο ότι αξίζει να μπει κάποιος σε αυτή τη διαδικασία. Τρία άτομα τόνισαν ότι αξίζει μια τέτοια προσπάθεια γιατί παρέχει κέρδος σε διάφορα επίπεδα και άλλα δυο ότι βασικό ρόλο παίζει η υπομονή και η επιμονή.

## Συμπεράσματα

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες, οι οποίοι εντάχθηκαν στο πρόγραμμα έπειτα από προτροπή κάποιου γιατρού και έχοντας ισχυρά κίνητρα, δηλαδή λόγους υγείας, πέτυχαν τη διακοπή καπνίσματος σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό



(66.6%), αρκετά μεγάλο σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Όλοι όσοι κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα πέτυχαν σημαντικούς στόχους ως προς τη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, την αλλαγή τρόπου ζωής και τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον επίσης είναι ότι όσο διέκοψαν το κάπνισμα βλέπουν τον εαυτό τους ως μη καπνιστή ενώ όσοι δεν το διέκοψαν είναι επιφυλακτικοί και απαντούν ότι δεν ξέρουν.

Φαίνεται, επίσης, ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση, να είναι αποτελεσματικό τόσο στην εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος όσο και στην αλλαγή συμπεριφορών υγείας.

Αρκετοί καπνιστές δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι αυτό ίσως οφείλεται στην ταύτιση του προγράμματος με τη διακοπή καπνίσματος ως μοναδικό σκοπό, στα συναισθήματα που μπορεί να προκαλούσε η μη επίτευξη αυτού του στόχου και στη ματαιότητα συνέχισης της προσπάθειας από τη στιγμή που δεν πετύχαιναν τον στόχο. Εδώ να σημειωθεί ότι σκοπός του προγράμματος δεν ήταν η διακοπή καπνίσματος, αλλά η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, δηλαδή μείωση καπνίσματος, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, αλλά και απόκτηση δεξιοτήτων σε προσωπικό επίπεδο, όπως διαχείριση χρόνου, ικανότητα αυτοελέγχου κ.α. Οι περισσότεροι καπνιστές ανέφεραν ότι δεν ήταν εκείνο το διάστημα ψυχολογικά έτοιμοι να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής. Τι θα συνιστούσε άραγε αυτή την ετοιμότητα; Πώς θα μπορούσε το πρόγραμμα να συμβάλλει σε αυτό; Τι θα σήμαινε για τους ίδιους αν ολοκληρωνόταν το πρόγραμμα χωρίς να είχαν πετύχει τη διακοπή; Τι θα συνιστούσε αποτυχία; Ίσως αυτά να αποτελούν ερωτήματα και προβληματισμούς, στα οποία θα πρέπει να στραφούν και να εστιάσουν μελλοντικά προγράμματα διακοπής

καπνίσματος, που θα αποσκοπούσαν όχι μόνο στην διακοπή καπνίσματος, αλλά σε μια γενικότερη αλλαγή προς έναν πιο ποιοτικό τρόπο ζωής, ώστε να μειωθεί το ποσοστό των ατόμων που διακόπτουν το πρόγραμμα.

Φαίνεται ότι τα ιατρικά πλαίσια και οι υπηρεσίες δημόσια υγείας αποτελούν σημαντικούς χώρους εφαρμογής παρακινητικής συνέντευξης, λόγω του ότι μπορούν να αξιοποιήσουν τις ευάλωτες στιγμές, στις οποίες οι άνθρωποι είναι περισσότερο δεκτικοί στις προτροπές να τροποποιήσουν κάποια συμπεριφορά. Αξίζει να αναφερθεί ότι στα κέντρα υγείας τα άτομα προσέρχονταν ζητώντας βοήθεια για μια άλλη κατάσταση ή προβληματισμό και στη συνέχεια ο γιατρός έθετε το θέμα του καπνίσματος. Δεδομένου όμως ότι δεν είχε ξεκινήσει τη συζήτηση του θέματος το ίδιο το άτομο, είναι πιθανό να υπήρχε μικρότερο ενδιαφέρον ή θέληση να αντιμετωπίσει αυτές τις συμπεριφορές στο παρόν πλαίσιο, κάτι που πιθανόν να σχετίζεται με το ποσοστό που δεν ολοκλήρωσε το πρόγραμμα. Ίσως δηλαδή κινητοποιήθηκαν αρχικά λόγω της προτροπής του γιατρού ή του φόβου που προκάλεσε η διαγνωσθείσα κατάσταση υγείας, αλλά στην πορεία να κατάλαβαν ότι δεν ήταν έτοιμοι για κάτι τέτοιο. Δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί κατά πόσο μια παρέμβαση συμβουλευτικής, η οποία είναι πρωτοβουλία του γιατρού λειτουργεί διαφορετικά από αυτές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα αιτήματος ή πραγματικής επιθυμίας του καπνιστή. Επομένως, όταν το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος εφαρμόζεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα κέντρα υγείας και σε άτομα με σοβαρό κίνητρο, δηλαδή λόγους υγείας, λειτουργεί όταν ενυπάρχει και κάποιο κίνητρο ή σκέψη από τον ίδιο τον καπνιστή και έτσι συμβάλλει στην αύξηση της κινητοποίησης και την λήψη της απόφασης για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Σε αντίθετες περιπτώσεις μπορεί να λειτουργεί αρχικά, αλλά στην πορεία να αποδυναμώνεται. Αυτά τα στοιχεία τονίζουν τους τομείς στους οποίους θα πρέπει να εστιάσουν περισσότερο μελλοντικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, ώστε όχι μόνο να αυξάνονται τα

άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα και πετυχαίνουν τη διακοπή, αλλά κυρίως να επιτευχθεί το «κράτημα» των καπνιστών στη διαδικασία και να γίνει δουλειά με αμφίθυμους καπνιστές χωρίς κίνητρο.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση προσπάθησε να ξεπεράσει τις δυσκολίες εφαρμογής προγραμμάτων συμβουλευτικής εντός των ιατρικών πλαισίων (χρόνος, φόρτος εργασίας, μια και μοναδική φορά που μπορεί ένας γιατρός να δει ένα άτομο, κάτι που του επέτρεπε μόνο να θίξει το θέμα της αλλαγής συμπεριφοράς) και τους παράγοντες που περιόριζαν τη δυνατότητα και το κίνητρό των γιατρών για την εφαρμογή υπηρεσιών συμβουλευτικής. Έως σήμερα είχαν χρησιμοποιηθεί βραχείες προσαρμογές της κινητοποιητικής συνέντευξης, οι οποίες διακρίνονται από την πλήρη μορφή σε πολλά σημεία, κυρίως όσον αφορά τον χρόνο επαφής με τον ασθενή, τη διάρκεια και τη συχνότητα των συνεδριών, τη χρήση των τεχνικών κινητοποίησης και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης σε τέτοιο βαθμό που απαιτείται για να μεγιστοποιηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκαν δυσκολίες κινητοποίησης ως προς τη φυσική δραστηριότητα, κάτι που εντοπίζεται και σε παλαιότερες έρευνες (Υποφάντη και συν., 2015). Μόνο τέσσερα άτομα αύξησαν την άσκηση, χρησιμοποιώντας την ως τρόπο διαχείρισης της επιθυμίας. Ιδιαίτερο προβληματισμό προκάλεσε και το αρκετά σημαντικό ποσοστό των ατόμων που διέκοψαν το πρόγραμμα. Παραπάνω αναφέραμε ως υπόθεση την πιθανή ταύτιση του προγράμματος στην αντίληψη των συμμετεχόντων με μοναδικό σκοπό τη διακοπή προγράμματος. Ένας ακόμη προβληματισμός που γεννήθηκε και ίσως και μια πιθανή υπόθεση ήταν εάν σε αυτό συνέβαλλε και ο ιατρικεντρικός τρόπος εφαρμογής του προγράμματος από τους συμβούλους υγείας, κάτι που χρειάζεται να μελετηθεί περισσότερο σε επόμενες έρευνες και κυρίως να μελετηθεί και να αξιολογηθεί τόσο το

κομμάτι της εκπαίδευσης των συμβούλων και η συμβολή του στην εφαρμογή του προγράμματος, αλλά και κατά πόσο η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους με διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητά του.

## Προβληματισμοί

Λαμβάνοντας υπόψη τις παρατηρήσεις που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, δηλαδή το μεγάλο μέρος του δείγματος που δεν κατάφερε να ολοκληρώσει το πρόγραμμα συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά από τις προηγούμενες μελέτες, που είναι σημαντικά μειωμένα, προέκυψαν οι παρακάτω προβληματισμοί:

- Μήπως οι σύμβουλοι του προγράμματος δεν είχαν αποτελεσματική εκπαίδευση;
- Πώς γινόταν η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων και πώς μπορεί αυτό, η διαφορετική δηλαδή εφαρμογή του προγράμματος ή το διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο, να επηρέαζε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος;

Έπειτα από τους παραπάνω προβληματισμούς προέκυψε η ανάγκη πραγματοποίησης της τέταρτης Μελέτης που αφορούσε την αξιολόγηση των συμβούλων του προγράμματος σε δυο επίπεδα:

- Η αξιολόγηση το εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα συμβουλευτικής.
- Η αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΜΕΛΕΤΗ IV:**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΥΟ**

**ΕΠΙΠΕΔΑ: 1) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ**

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ & 2) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

**ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

### **Εισαγωγή**

Η αξιολόγηση αποτελεί το σημαντικότερο κομμάτι στην προσπάθεια δημιουργίας ενός προγράμματος ή μιας παρέμβασης. Συμβαίνει μόνο μία φορά στο τέλος ενός προγράμματος ή στο τέλος ενός σταδίου του προγράμματος. Επομένως είναι είτε περιοδική είτε τελική. Αντανακλά το τελικό προϊόν της μάθησης και δίνει μια συνολική αποτίμηση. Τα αποτελέσματα μιας αξιολόγησης είναι καθοριστικά για τη συνέχιση ή όχι ενός προγράμματος.

Οι πληροφορίες οι οποίες συλλέγονται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης είναι τέτοιας φύσεως ώστε οι μετέχοντες στο πρόγραμμα να μπορούν να εντοπίζουν τις πλευρές του προγράμματος, οι οποίες χρειάζονται βελτίωση. Επιτυγχάνεται έτσι η επανατροφοδότηση του προγράμματος (επαναπροσδιορισμός στόχων, μέσω κ.ά.).

Σε μια προσπάθεια να ορίσουμε το τι είναι αξιολόγηση θα λέγαμε ότι αποτελεί τη συστηματική και προσχεδιασμένη συγκέντρωση στοιχείων για τις δραστηριότητες, τους στόχους και τα αποτελέσματά του, με σκοπό την επεξεργασία τους προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για την επίτευξη των στόχων του, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του, τον ανασχεδιασμό του για την εκ νέου εφαρμογή του. Τα συμπεράσματα πρέπει να στηρίζονται σε αξιόπιστα και έγκυρα δεδομένα και να

διατυπώνονται με τρόπο που να στηρίζει τη λήψη αποφάσεων για θέματα που αναφέρονται στο πρόγραμμα.

Στο τέλος μέσα από μετρήσεις μπορεί να εκτιμηθεί το πόσο άλλαξαν οι τιμές συγκεκριμένων μεγεθών, πόσο βελτιώθηκαν οι γνώσεις των συμμετεχόντων για συγκεκριμένο θέμα, πόσο έχουν διαφοροποιηθεί οι στάσεις και τα ενδιαφέροντά τους κλπ. Συγκεντρώνονται επίσης και εμπειρίες σχετικά με τη συναισθηματική ικανοποίηση των συμμετεχόντων, τις απογοητεύσεις τους, τις επιτυχίες τους κλπ.

Έτσι, βασικός σκοπός της αξιολόγησης ενός προγράμματος θα λέγαμε ότι είναι να τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητά του σε σχέση με τις ανάγκες που το γέννησαν και τους στόχους που τέθηκαν, τα χαρακτηριστικά, το περιεχόμενο και τις διαδικασίες που το συγκροτούν και το κάνουν λειτουργικό σε σχέση με την επίτευξη των στόχων του. Μέσω της αξιολόγησης αναζητούμε απαντήσεις σε ερωτήματα του τύπου: 1) Τι θέλουμε να αξιολογήσουμε σχετικά με το συγκεκριμένο πρόγραμμα (το αν και κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι σκοποί οι οποίοι τέθηκαν κατά το σχεδιασμό; τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν; τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν; τους πρωταγωνιστές του προγράμματος;), 2) Σε ποια χρονική στιγμή θα γίνει η αξιολόγηση (αρχή, τέλος, ενδιάμεσα), 3) Ποιους δείκτες θα χρησιμοποιήσουμε, 4) Ποια είναι τα καταλληλότερα εργαλεία αξιολόγησης για τη συλλογή των πληροφοριών που μας ενδιαφέρουν (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη, συστηματική παρατήρηση).

Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους, όπως από κάποιον εξωτερικό παρατηρητή, από κάποιον ερευνητή που συμμετέχει και ο ίδιος στο πρόγραμμα, από κάποιον συγκαλυμμένο παρατηρητή, ο οποίος συμμετέχει στη συγκεκριμένη ενέργεια, αλλά δεν έχει φανερώσει την ιδιότητά του αυτή.

Το πιο συνηθισμένο μέσο αξιολόγησης, που συνήθως χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, είναι τα ερωτηματολόγια. Με τα

ερωτηματολόγια μπορούμε να ελέγξουμε ποσοτικούς δείκτες (π.χ. πόσοι συμμετείχαν αρχικά στο πρόγραμμα και πόσοι παρέμειναν ως το τέλος) και ποιοτικούς δείκτες (π.χ. στάσεις, συμπεριφορές). Συλλέγουμε πληροφορίες από αυτούς που συμμετέχουν ή δέχονται επιδράσεις από το πρόγραμμα. Συνήθως, στα ερωτηματολόγια περιέχονται σύντομες ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ στις συνεντεύξεις περιέχονται αναλυτικές – εκτεταμένες και ανοικτού τύπου ερωτήσεις. Υπάρχει περίπτωση όμως να συναντήσουμε ερωτηματολόγια με ανοιχτές ερωτήσεις και συνεντεύξεις με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Οι συνεντεύξεις είναι πιο προσωπικές από τις έρευνες με ερωτηματολόγια και ο ερευνητής έρχεται απ' ευθείας σε επαφή με τον ερωτώμενο και μπορεί να δώσει επεξηγήσεις πάνω στις ερωτήσεις. Υπάρχουν και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις και οι ομαδικές συνεντεύξεις. Στην ομαδική συνέντευξη ο ερωτών διευκολύνει τη διαδικασία. Οι άνθρωποι εργάζονται σαν μια ομάδα, ακούν ο ένας τον άλλον και απαντούν στις ερωτήσεις.

Τρόποι διακίνησης των ερωτηματολογίων είναι: πρόσωπο με πρόσωπο, ομαδική, ταχυδρομική διακίνηση του ερωτηματολογίου, τηλεφωνική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Εκτός από την αξιολόγηση των προγραμμάτων μέσα από τους συμμετέχοντες σε αυτά, έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σε σημαντικά μικρότερο βαθμό που αξιολογούν στοιχεία των συμβούλων, όπως οι απόψεις, στάσεις, γνώσεις, δεξιότητες και προσπαθούν να μελετήσουν τη σχέση τους με την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων συμβουλευτικής με στόχο τη βελτίωση, εκ μέρους τους, της ποιότητας παροχής συμβουλευτικής υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος (Eldein et al. 2013).

Οι Bodner, Miller, Rhodes, και Dean (2011) μέσα από μια διαδικασία αξιολόγησης επαγγελματιών υγείας, που εστιαζόταν στις απόψεις τους για την παροχή υποστήριξης στη διακοπή καπνίσματος, υποστήριξαν ότι θα επιθυμούσαν μεγαλύτερη

εμπλοκή του επαγγέλματός τους σε αυτό, ότι υπήρχε αναγκαιότητα περαιτέρω εκπαίδευσης σε θέματα συμβουλευτικής και τόνισαν το σημαντικό ρόλο της αυτοαποτελεσματικότητας στην εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της υποστήριξης των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, από την έρευνα των Champassak και συν. (2014) προέκυψε η αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των γιατρών σε θέματα παρακινητικής συμβουλευτικής και ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων, ώστε να είναι χρήσιμη και αποτελεσματική η διαδικασία συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος σε μη κινητοποιημένους ασθενείς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας των Knudsen, Studts, και Studts (2011) που αξιολόγησαν την εφαρμογή θεραπευτικών συνεδριών, υποστηρίζοντας ότι η εφαρμογή της συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος επηρεάστηκε αφενός από τα χαρακτηριστικά του συμβούλου (γνώσεις και στάσεις σε σχέση με τη συμβουλευτική), από το οργανωσιακό πλαίσιο και από την υποστήριξη από τους υπεύθυνους και την πεποίθηση ότι η διακοπή καπνίσματος μπορεί να έχει θετική επίδραση στην ανάρρωση.

Για τη διάδοση παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος (Goldstein et al., 2003) μια καλή στρατηγική φάνηκε να είναι η παροχή των παρεμβάσεων, οι οποίες ενίσχυαν τη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος, όταν παρεχόταν από γιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας.

Οι ελλειπείς γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τις μεθόδους διακοπής του έχουν μελετηθεί από τους Kusma και συν. (2010) και έχει υποστηριχτεί ότι επηρέαζαν την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την εφαρμογή προγραμμάτων συμβουλευτικής. Μόνο το 1/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αισθάνονταν ότι είχαν τα προσόντα να συμβουλευθούν ασθενείς για την απεξάρτηση από τον καπνό.



Επίσης, η εμπιστοσύνη που οι επαγγελματίες έχουν στις ικανότητές τους έχει βρεθεί ότι σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την εφαρμογή και προώθηση παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος και άσκησης (Wendt, 2005). Ο Wendt, (2005) αξιολόγησε τις συμπεριφορές και τις στάσεις ψυχολόγων σχετικά με τη συμβουλευτική για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος και της άσκησης μέσα σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο, υποστηρίζοντας ότι το κάπνισμα και η άσκηση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο. Σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της προώθησης της διακοπής καπνίσματος και της άσκησης αποτελούν η έλλειψη αυτοπεποίθησης, οι πεποιθήσεις για τη σχέση καπνίσματος και άσκησης με την ψυχική υγεία και οι πεποιθήσεις ότι τέτοιες προσωπικές επιλογές δεν θα πρέπει να διευθετούνται σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο. 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.

Συμπερασματικά, λοιπόν, φαίνεται ότι δεν αποτελεί αναγκαιότητα μόνο η αναπαραγωγή ερευνών, οι οποίες δείχνουν την επίδραση του καπνίσματος στην υγεία, ή η αναζήτηση προγραμμάτων που θα βελτιώσουν τα αποτελέσματα επιτυχίας. Εκείνο, που επίσης αποτελεί αναγκαιότητα, είναι η αξιολόγηση των προγραμμάτων και από άλλη οπτική πλευρά, όπως η πλευρά των συμβούλων, η αξιοποίηση των αξιολογήσεων των συμβούλων, ώστε να δημιουργηθούν νέες και πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις, η έρευνα όσον αφορά την εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και τη σύνδεση και την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αυτούς τους τομείς.

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση όλων των συμβούλων του προγράμματος τόσο για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική διαδικασία όσο

και για την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Η Αξιολόγηση Συμβούλων του Προγράμματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ημι-δομημένης συνέντευξης σε δυο επίπεδα:

- Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος σε θέματα συμβουλευτικής
- Αξιολόγησης του προγράμματος διακοπής καπνίσματος

### **Υποθέσεις**

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της προηγούμενης μελέτης μας και των προβληματισμών που προέκυψαν από αυτήν, δημιουργήθηκαν οι εξής υποθέσεις: α) η συμμετοχή των συμβούλων στο πρόγραμμα εκπαίδευσης θα συνέβαλλε θετικά στην εφαρμογή του προγράμματος διακοπής καπνίσματος, β) σύμφωνα με τους συμβούλους, η συμμετοχή των καπνιστών στο πρόγραμμα θα επιδράσει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, όσοι δεν καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα θα πετύχουν σημαντικές μειώσεις, οι συμμετέχοντες του προγράμματος θα πραγματοποιήσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα και θα υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές και συνήθειες στην κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, γ) η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων θα επηρεάσει τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος και την αποτελεσματικότητά του.

### **Μεθοδολογία**

#### **Συμμετέχοντες**

Στο πλαίσιο του προγράμματος διακοπής καπνίσματος οργανώθηκε και υλοποιήθηκε πρόγραμμα εκπαίδευσης στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος. Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας και φοιτητές ΤΕΦΑΑ που ενδιαφέρονται να εργαστούν ως σύμβουλοι σε προγράμματα διακοπής

καπνίσματος. Έτσι, στο πρόγραμμα συμμετείχαν δέκα σύμβουλοι οι ειδικότητες των οποίων ήταν ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί και γιατροί. Βασικός σκοπός του προγράμματος ήταν η εκπαίδευση στη Συμβουλευτική για αλλαγή συμπεριφορών υγείας και η εκπαίδευση στο Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος.

### **Όργανα αξιολόγησης**

Για την αξιολόγηση του προγράμματος μέσω των συμβούλων χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος (Παράρτημα 4) και τη συνεισφορά του στη μετέπειτα πραγματοποίηση των συνεδριών συμβουλευτικής αλλά και την αξιολόγηση του προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος (Παράρτημα 2) μέσα από τα μάτια των συμβούλων εστιάζοντας στη συγκεκριμενοποίηση των παραγόντων και των τεχνικών που βοήθησαν τους συμβουλευόμενους καθώς και αυτών που τους δυσκόλεψαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

### **Διαδικασία**

Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 50 ώρες και πραγματοποιήθηκε από τους συμβούλους του προγράμματος. Το πρόγραμμα περιελάμβανε το κομμάτι της θεωρητικής εκπαίδευσης με σκοπό τη γνωριμία, την εξοικείωση και την ευαισθητοποίηση σε έννοιες, θεωρητικά μοντέλα και τεχνικές που είχαν να κάνουν τόσο με τη συμβουλευτική όσο και με τη διακοπή καπνίσματος και το κομμάτι της πρακτικής άσκησης, το οποίο περιελάμβανε διάφορες βιωματικές άσκησης όπως παιχνίδι ρόλων, αλλά και την παρακολούθηση και την εκτέλεση συνεδριών συμβουλευτικής. Οι σύμβουλοι εκπόνησαν το κομμάτι της πρακτικής άσκησης αρχικά ως παρατηρητές μέσα σε συναντήσεις, στη συνέχεια αναλαμβάνοντας τους δικούς τους συμβουλευόμενους υπό την εποπτεία του προσώπου αναφοράς (συγκεκριμένος επαγγελματίας ψυχικής

υγείας που είχε οριστεί ως πρόσωπο αναφοράς για κάθε εκπαιδευόμενο και είχε ως βασική ευθύνη την υποστήριξη, την καθοδήγηση, την ενίσχυση στο ρόλο του ως σύμβουλο) και στη συνέχεια μόνοι τους αλλά πάντα υπό την επίβλεψη και την εποπτεία των συμβούλων του προγράμματος.

Εκτός από τις καθορισμένες ατομικές εποπτείες, να προσθέσουμε ότι μετά την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος ακολούθησαν ομαδικές εποπτείες με σκοπό την ανταλλαγή γνώμων και εμπειριών, το μοίρασμα συναισθημάτων, την αναζήτηση λύσεων και προτάσεων για διάφορες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κ.α.

Βασικές Θεματικές ενότητες του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν: 1) Θεωρίες συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής, παρακινητική συνέντευξη 2) Αρχές και Τεχνικές Συμβουλευτικής Υποστήριξης, 3) Πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

### **Στατιστική Ανάλυση**

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου (content analysis). Για την οργάνωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Qualitative Software Package N Vivo.

## **Αποτελέσματα Αξιολόγησης Εκπαιδευτικού Προγράμματος**

### **Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης**

Σαν πρώτη σειρά Κατηγοριοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη (Παράρτημα 4). Η δεύτερη σειρά Κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα που ακολουθούν.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 7 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης που αφορούσαν στην αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος.

**Ερώτηση 1:** Πόσο βοήθησε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος να γίνει το άτομο καλύτερος σύμβουλος. (Πίνακας 56).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να καταλάβουμε εάν οι συμμετέχοντες θεωρούσαν βοηθητικό ή όχι καθώς σε ποιο βαθμό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Έξι σύμβουλοι ανέφεραν ότι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν πάρα πολύ βοηθητικό και έπαιξε καταλυτικό ρόλο στο να γίνουν καλύτεροι σύμβουλοι ενώ τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι ήταν πολύ βοηθητικό.

**Πίνακας 56.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πόσο σε βοήθησε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος να γίνεις καλύτερος σύμβουλος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πολύ	«Το πρόγραμμα εκπαίδευσης με βοήθησε πολύ να γίνω καλύτερος σύμβουλος. Μάθαμε το θεωρητικό κομμάτι του προγράμματος αλλά και τις τεχνικές συμβουλευτικές προσαρμοσμένες σε αυτό» (n=4)
Πάρα Πολύ	«Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα με βοήθησε αρκετά κυρίως στο να θυμηθώ τις τεχνικές συμβουλευτικής και γενικότερα με έκανε να αισθανθώ πιο ασφαλής ως σύμβουλος» (n=6)

**Ερώτηση 2:** Τι θεωρεί το άτομο πιο σημαντικό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Πίνακας 57).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τις δραστηριότητες εκείνες που θεωρούν πιο σημαντικές κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος. Αρχικά όλοι οι σύμβουλοι ανέφεραν ότι το πιο σημαντικό κομμάτι του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν η συζήτηση που έδινε τη δυνατότητα να εκφράζουν απορίες και συναισθήματα, να μιλούν για δυσκολίες, να παίρνουν απαντήσεις και γενικά να αισθάνονται ότι έτσι ολοκληρώνεται η διαδικασία μάθησης. Τέσσερα άτομα ανέφεραν

ότι το πιο σημαντικό για εκείνους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν οι βιωματικές ασκήσεις και κυρίως τα παιχνίδια ρόλων λόγω του ότι μπορούσαν να καταλάβουν καλύτερα όλους τους ρόλους και του συμβούλου και του συμβουλευόμενου. Επίσης τέσσερα άτομα ανέφεραν ως το πιο σημαντικό τις τεχνικές συμβουλευτικής που ήταν το βασικό τους εργαλείο. Έτσι, η εξοικείωση με τις τεχνικές τους έκανε να αισθανθούν πιο ασφαλής και πιο έτοιμοι στο ρόλο του συμβούλου. Επίσης ένα άτομο ανέφερε το σημαντικό ρόλο του θεωρητικού πλαισίου και πως αποτελούσε τη βάση ώστε να ξαναθυμηθούν όσα ήξεραν και να οργανώσουν τις γνώσεις τους κάτι που αποτελούσε τη βασική κινητήρια δύναμη για την εφαρμογή τους. Τέλος, άλλος ένας σύμβουλος εστίασε στο σημαντικό ρόλο του παρατηρητή και πόσο βοηθητικός ήταν στην διαδικασία εκπαίδευσης λόγω του ότι του έδινε την ευκαιρία να κρατήσει απόσταση και να παρατηρήσει όλη τη διαδικασία απ' έξω.

**Πίνακας 57.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θεωρείς πιο σημαντικό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Βιωματικές Ασκήσεις	«Οι βιωματικές ασκήσεις ήταν το πιο σημαντικό κομμάτι της εκπαίδευσης. Καταλάβαινες στην πράξη όσα είχες μάθει στο θεωρητικό κομμάτι» (n=4)
Role-Playing	«Πιο σημαντικά μου φάνηκαν τα παιχνίδια ρόλων λόγω του ότι μπορούσες να μπεις στο ρόλο του συμβούλου και του συμβουλευόμενου και να καταλάβεις πιθανά συναισθήματα, δυσκολίες κ.α» (n=4)
Θεωρητικό Πλαίσιο	«Για μένα το πιο σημαντικό ήταν το θεωρητικό πλαίσιο. Ξαναθυμήθηκα όσα ήξερα και έμαθα πολλά πράγματα που δεν γνώριζα. Όλα αυτά αισθανόμουν ότι ήταν η βάση μου ώστε να εφαρμόσω καλύτερα τα όσα μάθαινα»(n=1)
Συζήτηση	«Η συζήτηση ήταν το πιο βασικό κομμάτι της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Το ότι υπήρχε αρκετός χώρος για συζήτηση έπειτα τόσο από το θεωρητικό κομμάτι όσο και το πρακτικό έδινε τη δυνατότητα να εκφράζονται και να λύνονται απορίες, να μοιράζονται συναισθήματα και γενικά να ολοκληρώνεται όλη η διαδικασία της εκπαίδευσης» (n=10)
Οι Παρατηρητές	«Ο ρόλος των παρατηρητών με βοήθησε πάρα πολύ. Μπόρεσα να κρατήσω κάποια απόσταση, να δω και να παρατηρήσω όλη τη διαδικασία απ' έξω» (n=1)
Τεχνικές Συμβουλευτικής	«Η εκπαίδευση στις τεχνικές συμβουλευτικής ήταν το πιο σημαντικό για μένα. Με έκανε να εξοικειωθώ περισσότερο με το ρόλο του συμβούλου, να αποκτήσω εμπειρία στην εφαρμογή των τεχνικών και όλα αυτά συνετέλεσαν να αισθανθώ πιο ασφαλής στο να ασκώ το ρόλο του συμβούλου»(n=4)

**Ερώτηση 3:** Υπάρχει κάτι που δυσκόλεψε το άτομο κατά την διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος. Αν ναι, τι; (Πίνακας 58).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι δυσκόλεψε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος ώστε να διακρίνουμε πιθανές δυσκολίες του προγράμματος και στοιχεία που χρειάζεται να προσεχτούν, να διορθωθούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση.

**Πίνακας 58.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος; Αν ναι, τι;*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν υπήρξε κάτι που να με δυσκόλεψε» (n=7)
Μεγάλος όγκος πληροφοριών	«Αυτό που με δυσκόλεψε είναι ότι υπήρχε αρκετά μεγάλος όγκος πληροφοριών και πολύ συμπυκνωμένο υλικό που κάποιες φορές δυσκολευόμουν να το διαχειριστώ» (n=2)
Έλλειψη περαιτέρω εποπτείας	«Αυτό που με δυσκόλεψε κάποιες φορές είναι ότι δεν υπήρχε πολύ συστηματική εποπτεία» (n=1)

Εφτά σύμβουλοι ανέφεραν ότι δεν υπήρξε κάτι που να τους δυσκόλεψε κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος. Δυο άτομα ανέφεραν ότι δυσκολεύτηκαν από το μεγάλο όγκο πληροφοριών και ένα άτομο από το ότι θα ήθελε περαιτέρω εποπτεία.

**Ερώτηση 4:** Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησαν περισσότερο το άτομο κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος. (Πίνακας 59)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε πιο συγκεκριμένα τι είναι αυτό που βοήθησε περισσότερο τους συμβούλους κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος ώστε να ενισχυθούν και να διατηρηθούν.

**Πίνακας 59.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησαν περισσότερο κατά τη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Εξειδικευμένες γνώσεις για το κάπνισμα και την άσκηση	«Όσο περισσότερα γνώριζα γύρω από το κάπνισμα και την άσκηση τόσο πιο σίγουρος αισθανόμουν να χειριστώ όποιες πληροφορίες και δυσκολίες μου έφερναν» (n=5)
Motivational Interviewing	«Ιδιαίτερα βοηθητική για να καταλάβουμε σε ποιο στάδιο βρισκόταν ο καπνιστής και τι πρέπει να κάνω για να τον βοηθήσω στο κάθε στάδιο» (n=4)
Όλα τα εργαλεία	«Όλα τα εργαλεία μου φάνηκαν ιδιαίτερα χρήσιμα και βοηθητικά» (n=10)
Τεχνικές Συμβουλευτικής	«Περισσότερο χρήσιμες και βοηθητικές μου φάνηκαν όλες οι τεχνικές συμβουλευτικής, που αποτελούσαν και το βασικό μου εργαλείο για την υλοποίηση του προγράμματος» (n=8)
Στοιχεία για τη δημιουργία σχέσης	«Το να καταλάβω τι έπρεπε να κάνω ως σύμβουλος, τι έπρεπε να έχω για να δομήσω καλύτερα μια καλή θεραπευτική σχέση με βοήθησε πάρα πολύ» (n=5)
Στοιχεία συμβούλου	«Με βοήθησε πάρα πολύ το να καταλάβω πως πρέπει να είμαι ως σύμβουλος, ποια στοιχεία πρέπει να έχω για να δημιουργήσω σχέση εμπιστοσύνης με τον συμβουλευόμενο» (n=4)
Ενεργητική Ακρόαση	«Ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα ήταν η ενεργητική ακρόαση. Με βοηθούσε ιδιαίτερα να ακούω, να προσέχω, να κατανοώ το συμβουλευόμενο αλλά έβλεπα ότι είχε πολύ σημαντικό νόημα και για εκείνον το να αισθάνεται ότι τον ακούν πραγματικά» (n=6)
Ενσυναίσθηση	«Η τεχνική της ενσυναίσθησης με βοήθησε πάρα πολύ. Προσπαθώντας να μπω στη θέση του άλλου καταλάβαινα πολύ περισσότερο τις πραγματικές του ανάγκες, δυσκολίες, στάσεις αλλά και τον τρόπο που θα μπορούσα εγώ να βοηθήσω σε αυτό» (n=5)
Πρακτικά Κομμάτια	«Το πιο σημαντικό για μένα ήταν το πρακτικό κομμάτι γιατί μου έδινε τη δυνατότητα να εφαρμόσω στην πράξη ότι μάθαινα να δω πως ήμουν εφαρμόζοντας όλα αυτά να ελέγξω τον εαυτό μου, να τον αξιολογήσω, να αλλάξω πράγματα κ.α» (n=8)
Εξοικείωση με το αντικείμενο	«Η δυνατότητα που μου έδωσε η εκπαίδευση να εξοικειωθώ με το αντικείμενο ήταν ότι πιο σημαντικό για μένα και ότι πιο βοηθητικό για να σταθώ αργότερα στο ρόλο μου ως σύμβουλος» (n=9)
Να ακούω πέρα από το περιεχόμενο	« Η εκπαίδευση με βοήθησε ιδιαίτερα στον να μην ακούω απλώς το περιεχόμενο όσων λένε αλλά να προσπαθώ να δω και πίσω από αυτό τι εννοούν, πως αισθάνονται, ποιο μήνυμα προσπαθούν να μεταφέρουν» (n=3)
Τοποθέτηση ορίων	«Η εκπαίδευση με βοήθησε πάρα πολύ στο πώς να βάζω όρια στους συμβουλευόμενους κάτι που ήταν ιδιαίτερα σημαντικό» (n=5)

Όλοι οι σύμβουλοι ανέφεραν ότι όλα τα εργαλεία ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά. Πέντε άτομα αναφέρθηκαν στο σημαντικό ρόλο που έπαιξαν οι εξειδικευμένες γνώσεις για το κάπνισμα και άλλα τέσσερα στο σημαντικό ρόλο της κινητοποιητικής συνέντευξης. Οχτώ σύμβουλοι μίλησαν για το βασικό ρόλο των τεχνικών



συμβουλευτικής που αποτέλεσε τη βάση της δουλειάς τους. Όσον αφορά τις τεχνικές συμβουλευτικής έξι σύμβουλοι επικεντρώθηκαν στο σημαντικό ρόλο της ενεργητικής ακρόασης και πέντε στην τεχνική της ενσυναίσθησης. Οχτώ σύμβουλοι ανέφεραν ότι περισσότερο από όλα βοήθησε το πρακτικό κομμάτι γιατί του δόθηκε η δυνατότητα να εφαρμόζει στην πράξη όσα έμαθε και να βλέπει τον εαυτό του μέσα σε αυτή τη διαδικασία και εννιά σύμβουλοι ότι το πιο σημαντικό ήταν η εξοικείωση με το αντικείμενο που απέκτησαν μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία. Ως ιδιαίτερα σημαντικά αναφέρουν (n=5) ότι ήταν τα στοιχεία που έμαθαν για το πώς χρειάζεται να δομείται μια σχέση και άλλα τέσσερα άτομα τα στοιχεία που πρέπει να έχουν ως σύμβουλοι. Τέλος, τρία άτομα ανέφεραν το πόσο σημαντικό ήταν το ότι η εκπαίδευση τους βοήθησε να ακούν και κάποια άλλα πράγματα πέρα από το περιεχόμενο και άλλα πέντε άτομα στο να καταφέρνουν να βάζουν όρια όταν προέκυπταν άλλα θέματα εκτός του καπνίσματος.

**Ερώτηση 5:** Τι θα ήθελε να αλλάξει το άτομο στη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος (Πίνακας 60).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε εάν υπήρχαν πράγματα που θα ήθελαν οι συμμετέχοντες να αλλάξουν μέσα στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

**Πίνακας 60.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θα ήθελες να αλλάξεις στη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν θα ήθελα να αλλάξει τίποτα» (n=6)
Περισσότερος Χρόνος	«Θα ήθελα να υπάρχει περισσότερος χρόνος ώστε να εξοικειωθούμε περισσότερο με τις πληροφορίες και τις τεχνικές» (n=3)
Να υπήρχαν και κάποιοι πιο έμπειροι που θα είχαν μπει στη διαδικασία	«Θα ήθελα να υπήρχαν και κάποιοι πιο έμπειροι που θα είχαν μπει στη διαδικασία ώστε να βρισκόταν και κάποιος μέσα στη διαδικασία και να μας μετέφερε τη δική του εικόνα και εμπειρία. Πιστεύω ότι αυτό θα μας βοηθούσε να προετοιμαστούμε καλύτερα» (n=1)

Έξι σύμβουλοι ανέφεραν ότι δεν θα άλλαζαν τίποτα στη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος, τρία άτομα ανέφεραν ότι θα ήθελαν να δοθεί περισσότερος χρόνος στην εκπαιδευτική διαδικασία και ένα άτομο ότι θα ήθελε στην εκπαιδευτική διαδικασία σαν εκπαιδευόμενοι να υπάρχουν κάποιοι σύμβουλοι πιο προχωρημένοι οι οποίοι θα μπορούν να μεταφέρουν τη δική τους γνώση και εμπειρία, κάτι που θα τους βοηθούσε να προετοιμαστούν καλύτερα.

**Ερώτηση 6:** Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελε το άτομο να προτείνει - προσθέσει και το θεωρεί σημαντικό όσον αφορά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος. (ασκήσεις, θέματα προς συζήτηση, τρόπος διεξαγωγής κ.λπ.) (Πίνακας 61).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να συγκεντρώσουμε τις προτάσεις των συμβούλων για το πώς θα ήθελαν να είναι διαμορφωμένο το εκπαιδευτικό πρόγραμμα όσον αφορά διάφορους τομείς όπως δομή, περιεχόμενο, δείγμα κ.α.

**Πίνακας 61.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις-προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος; (ασκήσεις, θέματα προς συζήτηση, τρόπος διεξαγωγής κ.λπ.)*.

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν θα ήθελα να προτείνω τίποτα διαφορετικό. Το πρόγραμμα με κάλυψε όπως ήταν δομημένο» (n=5)
Περισσότερες ασκήσεις	«Θα ήθελα να υπάρχουν περισσότερες ασκήσεις ώστε να εξοικειωθούμε ακόμη περισσότερο, να αποκτήσουμε περισσότερη εμπειρία και να αισθανθούμε πιο ασφαλή στο ρόλο μας» (n=3)
Συνέχεια εποπτείας	«Να υπάρχουν περισσότερες εποπτείες και σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο και να είναι κάτι που να μην σταματάει όσο καιρό είσαι σε αυτό το ρόλο» (n=1)
Ομαδικές Εποπτείες	«Θα ήθελα να υπάρχουν περισσότερες ομαδικές εποπτείες ώστε να ακούω και τη γνώμη των άλλων, να ανταλλάσω εμπειρίες, να μοιράζομαι τα συναισθήματά μου και τις δυσκολίες και να έχω τη γενικότερη στήριξη της ομάδας» (n=1)

Πέντε σύμβουλοι ανέφεραν ότι δεν θα ήθελαν να προσθέσουν κάτι άλλο και ότι το πρόγραμμα τους κάλυψε όπως ήταν δομημένο. Τρία άτομα ανέφεραν ότι θα ήθελαν

περισσότερες ασκήσεις ώστε να εξοικειωθούν περισσότερο. Ένας σύμβουλος τόνισε το σημαντικό ρόλο του να υπάρχουν περισσότερες εποπτείες και άλλος ένας περισσότερες ομαδικές εποπτείες.

## Αποτελέσματα Αξιολόγησης Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος

### Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης

Σαν πρώτη σειρά Κατηγοριοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις με βάση τις οποίες έγινε η συνέντευξη (Παράρτημα 5). Η δεύτερη σειρά Κατηγοριοποίησης δημιουργήθηκε ανάλογα με τις απαντήσεις των ερωτήσεων όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα που ακολουθούν.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 10 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης.

**Ερώτηση 1:** Πόσο πιστεύει ο σύμβουλος ότι βοήθησε το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος τους συμβουλευόμενους του προγράμματος. (Πίνακας 62).

**Πίνακας 62.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Πόσο βοήθησε το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος τους συμβουλευόμενους του προγράμματος;*

2η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πολύ	«Το πρόγραμμα συμβουλευτικής βοήθησε πολύ τους συμβουλευόμενους και σε διαφορετικά επίπεδα. Και όσοι δεν πέτυχαν τη διακοπή άλλαξαν κάτι σε σχέση με το κάπνισμα» (n=4)
Πάρα Πολύ	«Το πρόγραμμα συμβουλευτικής βοήθησε πάρα πολύ τους συμβουλευόμενους στη διαδικασία διακοπής. Βοήθησε στο να έχουν επίγνωση των λόγων που καπνίζουν, των τρόπων που χρησιμοποιούν το τσιγάρο. Επίσης βοήθησε ιδιαίτερα στο να ανακαλύψουν εσωτερικά κίνητρα για τη διακοπή» (n=5)
Αρκετά	«Πιστεύω ότι το πρόγραμμα συμβουλευτικής βοήθησε αρκετά τους συμβουλευόμενους σε πολύ σημαντικό βαθμό όχι μόνο στη διακοπή αλλά και στο να μιλάνε πιο εύκολα για ότι τους απασχολεί σε σχέση με τη διακοπή. Ήρθαν πιο κοντά στη συμβουλευτική» (n=1)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε εάν και πόσο βοήθησε τους συμμετέχοντες το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Πέντε άτομα το χαρακτήρισαν

πάρα πολύ βοηθητικό σε επίπεδο αυτογνωσίας, αύξησης γνώσεων παροχής ιδεών και λύσεων, ψυχολογικής υποστήριξης και επίτευξης στόχων. Τέσσερα άτομα το χαρακτήρισαν πολύ βοηθητικό τονίζοντας τη βοήθεια σε διάφορους τομείς ταυτόχρονα και ένα άτομο αρκετά βοηθητικό όχι μόνο για τη διακοπή αλλά για τη σχέση τους και το πώς μιλούν για τη διακοπή, ήρθαν πιο κοντά στην ιδέα της διακοπής.

**Ερώτηση 2:** Τι πιστεύει ο σύμβουλος ότι βοήθησε περισσότερο τους συμβουλευόμενους κατά την διαδικασία του προγράμματος στη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 63).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Οι απαντήσεις των συμβούλων χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη αφορούσε τα χαρακτηριστικά του προγράμματος και η δεύτερη τα χαρακτηριστικά του συμβούλου. Στην πρώτη κατηγορία τέσσερα άτομα μίλησαν για τη δέσμευση και το σημαντικό ρόλο που έπαιξε στην αύξηση της κινητοποίησης. Πέντε άτομα ανέφεραν ως πιο βοηθητικό τις ασκήσεις μέσα από τις οποίες απέκτησαν περισσότερη αυτογνωσία και δεσμεύτηκαν περισσότερο. Επίσης άλλα δυο άτομα μιλούν για τις συναντήσεις με τον σύμβουλο ως το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος και ότι έτσι είχαν τον προσωπικό τους χώρο και χρόνο. Άλλα δυο άτομα εστιάζουν στον σημαντικό ρόλο της συζήτησης, κάτι που τους έδινε την ευκαιρία και να μοιράζονται τα πάντα αλλά και να αναγνωρίζουν όσα έχουν ήδη καταφέρει. Ένα άτομο μίλησε για τον κινητοποιητικό ρόλο που έπαιξε η διαδικασία καθορισμού στόχων. Επίσης, άλλο ένα άτομο μίλησε για τις τεχνικές συμβουλευτικής και πόσο βοηθητικές ήταν στη διαδικασία και κυρίως η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση.

**Πίνακας 63.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Χαρακτηριστικά Προγράμματος	Ασκήσεις	«Οι ασκήσεις τους βοηθούσαν να γίνει πιο αισθητή η κατάστασή τους, να την αναγνωρίσουν, συνέβαλλαν στην αύξηση της αυτογνωσίας και φαίνεται να τους βοήθησε να δεσμευτούν περισσότερο ως προς τη διαδικασία» (n=5)
	Δέσμευση	«Η δέσμευση στο συμβόλαιο βοηθούσε ιδιαίτερα στο να αυξηθεί η κινητοποίησή τους και η παρακίνησή τους» (n=4)
	Συζήτηση	«Η συζήτηση τους έκανε να αισθανθούν ότι υπάρχει ο δικός τους χώρος όπου μπορούσαν να μοιραστούν ότι είχε να κάνει με το θέμα της διακοπής. Επίσης συνέβαλλε σημαντικά στο να αναγνωρίσουν όσα έχουν ήδη καταφέρει» (n=2)
	Συναντήσεις με τον σύμβουλο	«Ιδιαίτερα βοηθητικό ήταν ότι μέσα από τις συναντήσεις με τον σύμβουλο υπήρχε προσωπικός χρόνος και χώρος και αυτό έδινε μια αίσθηση ελευθερίας σε αναφορά προσωπικών ζητημάτων» (n=2)
	Διαδικασία καθορισμού στόχων	«Οι στόχοι βοηθούσαν πάρα πολύ κυρίως στην αύξηση της δέσμευσης και της κινητοποίησης» (n=1)
	Τεχνικές Συμβουλευτικής	«Όλες οι τεχνικές συμβουλευτικής φάνηκε να είναι ιδιαίτερα βοηθητικές και κυρίως η ενεργητική ακρόαση και η ενσυναίσθηση» (n=1)
Χαρακτηριστικά Συμβούλου	Έλλειψη κριτικής	«Η έλλειψη κριτικής τους έκανε να αισθανθούν ότι μπορούν να μοιραστούν οτιδήποτε τους απασχολεί χωρίς δισταγμούς. Η αίσθηση της άνευ όρων αποδοχής ήταν από τα πιο σημαντικά πράγματα που αναφέρουν» (n=2)
	Εμπνευστικός ρόλος συμβούλου	«Η σχέση συμβούλου – συμβουλευόμενου βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής. Ο υποστηρικτικός, ενισχυτικός, εμπνευστικός ρόλος αποτελούσαν το βασικό στήριγμα σε όλη την προσπάθεια και ήταν αυτό που τους κινητοποιούσε περισσότερο στη διαδικασία, στην αντιμετώπιση των δυσκολιών και στη συνέχιση της προσπάθειας» (n=3)
	Σχέση συμβούλου-συμβουλευόμενου	«Η σχέση συμβούλου-συμβουλευόμενου φάνηκε να είναι ιδιαίτερα βοηθητική» (n=5)

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του συμβούλου δυο άτομα μιλούν για την έλλειψη κριτικής, τρία άτομα για τον εμπνευστικό ρόλο του συμβούλου και τα υπόλοιπα πέντε γενικά για την αξία και την συμβολή της σχέσης συμβούλου-συμβουλευόμενου στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

**Ερώτηση 3:** Ποια πιστεύει ο σύμβουλος ότι ήταν τα σοβαρότερα μειονεκτήματα του προγράμματος- εμπόδια στο να διακόψει κάποιος το κάπνισμα (Πίνακας 64).

**Πίνακας 64.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν υπάρχει κάτι που να θεωρώ λιγότερο βοηθητικό. Όλα συνέβαλαν με κάποιο τρόπο άλλα σε λιγότερο σημαντικό βαθμό και άλλα σε περισσότερο» (n=8)
Πολλά ερωτηματολόγια	«Τα πολλά ερωτηματολόγια ήταν κάτι που προκαλούσε αρχικά κούραση, δυσκολία συγκέντρωσης και αποσυντονισμό» (n=1)
Κενά	«Όταν υπήρχαν μεγάλα διαστήματα μεταξύ των συνεδριών, κυρίως λόγω προβλημάτων υγείας που δεν τους επέτρεπαν να συνεχίσουν, έχαναν το στόχο, την κινητοποίηση και δυσκολευόντουσαν να ξανασυντονιστούν στην προσπάθεια διακοπής» (n=1)
Δομημένο Πρόγραμμα	«Το ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά δομημένο ίσως έκανε κάποια στιγμή τους συμβουλευόμενους να αισθανθούν περισσότερη πίεση ως προς τη διακοπή» (n=1)
Διακοπή Καπνίσματος- Υγιεινός Τρόπος ζωής	«Άγχος φάνηκε να δημιουργεί σε κάποιους συμβουλευόμενους η ταύτιση της διακοπής και του υγιεινού τρόπου ζωής. Άρα αν δεν την πετύχω θα έχω μη υγιεινό τρόπο ζωής» (n=1)
Δυσκολία στην οριοθέτηση	«Για κάποιους το τσιγάρο ήταν κάτι άλλο. Θέμα ψυχικής υγείας, κάτι που δεν θα μπορούσε να βρει χώρο σε αυτό το πλαίσιο» (n=1)

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος με σκοπό να διορθωθούν και να βελτιωθούν τα μειονεκτήματα του προγράμματος.

Οχτώ άτομα ανέφεραν ότι τίποτα δεν βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος αλλά τα περισσότερα πράγματα συνέβαλλαν με το δικό τους μοναδικό τρόπο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Κάποιοι από τους συμβούλους αναφέρθηκαν σε γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα όπως το ένα άτομο που αναφέρθηκε στα κενά και στις διακοπές που μπορεί να υπήρχαν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος, κάτι που φάνηκε να τους αποσυντονίζει και να μειώνει την κινητοποίηση και την δέσμευση στο στόχο. Ένα άτομο αναφέρθηκε στα πολλά ερωτηματολόγια και στο πως αυτό μπορεί να λειτουργούσε αρνητικά και τέλος ένα άτομο αναφέρθηκε στην πιθανή πίεση που μπορεί να αισθάνθηκαν κάποιοι συμμετέχοντες όσον αφορά το ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά δομημένο όπως και η ταύτιση της διακοπής με τον υγιεινό τρόπο ζωής. Τέλος, δυσκολία αποτέλεσε σε

κάποιες περιπτώσεις το ότι αναδύονταν στην επιφάνεια άλλα θέματα ψυχολογικής φύσεως, κάτι που δεν θα μπορούσε να βρει χώρο σε αυτό το πλαίσιο.

**Ερώτηση 4:** Υπάρχει κάτι που πιστεύει ο σύμβουλος ότι δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος. Αν ναι, τι; (Πίνακας 65).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι δυσκόλεψε τους συμβούλους κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος με σκοπό να αναζητηθούν τρόποι ώστε να μειώσουμε τις πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αντίστοιχες δυσκολίες μελλοντικοί σύμβουλοι.

**Πίνακας 65.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος; Αν ναι, τι;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Όγκος πληροφοριών	«Ο αρκετά μεγάλος όγκος πληροφοριών ήταν κάτι που κάποιες φορές με δυσκόλευε και αισθανόμουν ότι ίσως κουράζει τον συμβουλευόμενο» (n=1)
Οριοθέτηση άλλων θεμάτων	«Φοβόμουν μήπως η οριοθέτηση κάποιων άλλων προσωπικών θεμάτων, που πολλές φορές έβγαιναν κατά τη διάρκεια των συνεδριών, εκληφθεί ως αδιαφορία. Σε αυτό βοήθησε το πρωτόκολλο καθώς και η παραπομπή στο πλαίσιο της Κινητής Μονάδας. Επίσης δεν ήμουν σίγουρος για τη στάση τόσο όσο που έπρεπε να ακολουθήσω. Πως αποφασίζουμε πως, πόσο και μέχρι που θα συζητήσουμε. Πως διαχειριζόμαστε τα άλλα άσχετα θέματα που έβγαζαν. Σύγχυση με ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες» (n=3)
Ερωτηματολόγια	«Τα πολλά ερωτηματολόγια ήταν κάτι που με δυσκόλεψε. Αισθανόμουν κάποιες φορές ότι ίσως προτεραιότητα δεν αποτελεί η συγκέντρωση πληροφοριών και δεδομένων αλλά ο χώρος του να μιλήσει καθώς και το ότι αποτελούσαν εμπόδιο σε συζητήσεις. Κάποιες φορές κυρίως στις μεγάλες ηλικίες η συμπλήρωσή τους ήταν κάτι δύσκολο και χρονοβόρο» (n=3)
Παροχή προσωπικών στοιχείων	«Η παροχή του κινητού τηλεφώνου ήταν κάτι που με έκανε να αισθανθώ περίεργα. Δεν έγινε κάτι για να με φέρει σε δύσκολη θέση αλλά η αίσθηση αύξησης ευθυνών ήταν αυτό που με δυσκόλευε» (n=1)
Πρωτόκολλο	«Η παρακολούθηση πρωτοκόλλου και η πραγματοποίηση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων σε κάθε συνεδρία ήταν κάτι που με δυσκόλεψε αλλά και με άγχωνε ταυτόχρονα» (n=1)
Έλλειψη εμπειρίας	«Κάτι που με δυσκόλεψε συναισθηματικά ήταν η έλλειψη εμπειρίας και εξοικείωσης, κάτι στο οποίο βοήθησε η εκπαίδευση, η καλή προετοιμασία, η εποπτεία και η ασφάλεια του δομημένου προγράμματος» (n=1)

Ένα άτομο ανέφερε ότι δυσκόλευε ο μεγάλος όγκος πληροφοριών και άλλα τρία τα πολλά ερωτηματολόγια, λόγω του ότι αισθανόντουσαν ότι κούραζε τον

συμβουλευόμενο και του στερούσε χώρο και χρόνο από όλη την υπόλοιπη διαδικασία. Τρία άτομα ανέφεραν ότι τους δυσκόλεψε η οριοθέτηση άλλων θεμάτων που δεν είχαν να κάνουν με την διακοπή και άλλο ένα η παροχή προσωπικών στοιχείων όπως του προσωπικού κινητού. Τέλος, ένα άτομο μίλησε για το δομημένο πρόγραμμα και το πρωτόκολλο που έπρεπε να ακολουθούν και την έλλειψη εμπειρίας.

**Ερώτηση 5:** Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία πιστεύει ο σύμβουλος ότι βοήθησε περισσότερο. (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ) (Πίνακας 66).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησαν περισσότερο με σκοπό να διατηρηθούν και να ενισχυθούν.

Οι απαντήσεις μπορούν να κωδικοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει απαντήσεις, οι οποίες αναφέρονται στις τεχνικές του προγράμματος, η δεύτερη εκείνες που αναφέρονται σε ασκήσεις και δραστηριότητες του προγράμματος, η τρίτη σε εκείνες που αφορούν χαρακτηριστικά και ποιότητες του συμβούλου και η τέταρτη σε χαρακτηριστικά του προγράμματος.

Ως προς τις τεχνικές του προγράμματος, οχτώ άτομα ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικές τις τεχνικές διαχείρισης της επιθυμίας, έξι άτομα τονίζουν το βοηθητικό ρόλο των τεχνικών χαλάρωσης και τρία των τεχνικών συμβουλευτικής.

Ως προς τις δραστηριότητες του προγράμματος δόθηκαν μεμονωμένες απαντήσεις σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες και συγκεκριμένα για τα ημερολόγια, για τους στόχους, για τις ασκήσεις νοερής απεικόνισης, για τη φυσική δραστηριότητα για τις ασκήσεις αναγνώρισης εσωτερικών κινήτρων τονίζοντας για την κάθε μία χωριστά πως βοηθούσε και συνέβαλλε θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Επιπλέον



**Πίνακας 66.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τεχνικές	Τεχνικές Διαχείρισης	«Από τα πιο χρήσιμα εργαλεία ήταν οι εναλλακτικές τεχνικές απόσπασης ή αντίστασης και διαχείρισης στον πειρασμό. Τους έδινε ασφάλεια. Αύξανε την αίσθηση του έλεγχου της επιθυμίας και μείωνε την αίσθηση του φόβου ως προς την επίτευξη ή όχι του στόχου τους» (n=8)
	Τεχνικές Χαλάρωσης	«Οι τεχνικές χαλάρωσης ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές τόσο σε περιπτώσεις άγχους όσο και σε περιπτώσεις διαχείρισης της επιθυμίας» (n=6)
	Τεχνικές Συμβουλευτικής	«Όλες οι τεχνικές συμβουλευτικής βοήθησαν στην καλύτερη διεξαγωγή του προγράμματος και κατ' επέκταση στην καλύτερη στήριξη του ατόμου κατά τη διάρκεια της προσπάθειας της διακοπής» (n=3)
Ασκήσεις-Δραστηριότητες	Ημερολόγια	«Τα ημερολόγια βοήθησαν ιδιαίτερα τους συμβουλευόμενους στη διαδικασία της παρατήρησης, της αναγνώρισης, της αποδοχής της πραγματικής κατάστασης και στην έναρξη της προσπάθειας» (n=1)
	Καθορισμός Στόχων	«Η διαδικασία καθορισμού στόχων ήταν ιδιαίτερα σημαντική γιατί αύξανε τη δέσμευση, την κινητοποίηση και την προσπάθειά τους» (n=1)
	Νοερή απεικόνιση	«Η νοερή απεικόνιση βοήθησε ιδιαίτερα κυρίως ως τεχνική χαλάρωσης και τεχνική διαχείρισης του πειρασμού» (n=1)
	Συζήτηση	«Από όλους αναφέρθηκε ότι το πιο σημαντικό-βοηθητικό ήταν η συζήτηση. Τους έδινε τη δυνατότητα να μοιραστούν θέματα, ανησυχίες, δυσκολίες, προβληματισμούς, να ακούσουν άλλες προτάσεις και να βρουν λύσεις. Όλοι μιλούν για πολλαπλά οφέλη» (n=8)
	Φυσική δραστηριότητα	«Η άσκηση ήταν ιδιαίτερα βοηθητική στο να αρχίζουν να αλλάζουν τον τρόπο ζωής και να υιοθετούν πιο υγιεινές συνήθειες» (n=1)
	Ασκήσεις	«Οι ασκήσεις και κυρίως αυτές που τους βοηθούσαν να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν εσωτερικά κίνητρα διακοπής ήταν ιδιαίτερα σημαντικές» (n=1)
	Μη κριτική στάση	«Η έλλειψη κριτικής στάσης αναφέρθηκε από όλους τους συμβουλευόμενους ως ιδιαίτερα σημαντική. Τους βοηθούσε να μοιράζονται τα πάντα και λειτουργούσε ως έναυσμα για να συνεχίσουν την προσπάθεια» (n=2)
Χαρακτηριστικά-ποιότητες συμβούλου	Άνευ όρων αποδοχή	«Η άνευ όρων αποδοχή φάνηκε ιδιαίτερα βοηθητική. Έκανε τους συμβουλευόμενους να αισθάνονται πιο ελεύθεροι, πιο αποδεκτοί. Συνέβαλλε στη δημιουργία μιας καλής θεραπευτικής σχέσης» (n=3)
	Ενσυναίσθηση	«Ένα από τα πιο βοηθητικά και σημαντικά πράγματα φάνηκε να είναι η ενσυναίσθηση. Ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό για εκείνους να καταλαβαίνουν ότι μπαίνεις στη θέση τους και καταλαβαίνεις τις δυσκολίες τους» (n=3)
	Ανατροφοδότηση	«Η ανατροφοδότηση βοηθούσε ιδιαίτερα στο να γνωρίζουν οι συμβουλευόμενοι σε ποιο στάδιο βρίσκονται, να αναγνωρίζουν όσα έχουν πετύχει, στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοαποτελεσματικότητας» (n=2)
Χαρακτηριστικά Προγράμματος	Συνέπεια & σταθερότητα προγράμματος	«Η συνέπεια και η σταθερότητα του προγράμματος συνέβαλλε σημαντικά στην αίσθηση ασφάλειας των συμβουλευόμενων» (n=6)
	Δέσμευση	«Η δέσμευση βοηθούσε ιδιαίτερα τους συμβουλευόμενους. Τους κινητοποιούσε περισσότερο» (n=5)

σχεδόν από όλους (n=8) αναφέρθηκε για ακόμη μια φορά ο σημαντικός ρόλος της συζήτησης.

Ως προς τα χαρακτηριστικά του συμβούλου τρία άτομα αναφέρθηκαν στον καταλυτικό ρόλο της ενσυναίσθησης και άλλα τρία στο σημαντικό ρόλο της άνευ όρων αποδοχής. Επίσης δυο άτομα τόνισαν το σημαντικό ρόλο της μη κριτικής στάσης και άλλα δυο της ανατροφοδότησης.

Τέλος, ως προς τα χαρακτηριστικά του προγράμματος αναφέρθηκαν στην συνέπεια και τη σταθερότητα (n=6) αλλά και στη δέσμευση (n=5) του προγράμματος.

**Ερώτηση 6:** Ποιές αλλαγές νιώθει ο σύμβουλος ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του συμμετέχοντα σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση (Πίνακας 67).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς και να αξιοποιηθούν αυτές οι πληροφορίες σε σχέση με το πρόγραμμα.

Όσον αφορά τις αλλαγές στις σκέψεις, επτά σύμβουλοι ανέφεραν ότι εντόπισαν βασικές αλλαγές στους συμμετέχοντες στη γενικότερη αλλαγή του τρόπου σκέψης τους και συγκεκριμένα αναφέρουν ότι σκέφτονται πιο θετικά τόσο για την υγεία αλλά και για τη γενικότερη ποιότητα ζωής, πολύ πιο αρνητικά για τη διακοπή και για το κάπνισμα. Δυο άτομα δήλωσαν ότι οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια του προγράμματος προβληματίστηκαν περισσότερο για τη διακοπή. Ένας σύμβουλος ανέφερε ότι άρχισαν πλέον να σκέφτονται ως μη καπνιστές και άλλος ένας ότι κατανόησαν περισσότερο τους λόγους αλλά και τη λειτουργία του καπνίσματος για τους ίδιους. Τέλος ένας σύμβουλος

**Πίνακας 67.** 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	Δεν είμαι καπνιστής	«Η βασικότερη αλλαγή στη σκέψη είναι η μετάβαση από τη σκέψη “είμαι καπνιστής” στη σκέψη “δεν είμαι καπνιστής”, κάτι που στη συνέχεια επηρέασε πολύ τη συμπεριφορά τους και άρχισαν και να συμπεριφέρονται σαν να μην είναι καπνιστές» (n=1)
	Αλλαγή τρόπου σκέψης	«Όλοι οι συμμετέχοντες πραγματοποίησαν μια γενικότερη αλλαγή στον τρόπο σκέψης με πιο βασικά σημεία να σκέφτονται πιο θετικά τόσο για την υγεία αλλά και για τη γενικότερη ποιότητα ζωής, πολύ πιο αρνητικά για τη διακοπή και για το κάπνισμα. Κανείς δεν έμεινε αμετακίνητος σε επίπεδο σκέψης. Όλοι πραγματοποίησαν μικρότερες ή μεγαλύτερες αλλαγές» (n=7)
	Διάφορες Επιλογές	«Αλλαγή στη σκέψη ότι υπάρχουν διάφορες επιλογές και εναλλακτικές στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και όλες είναι σεβαστές» (n=1)
	Προβληματισμός	«Όσοι δεν ήταν πολύ κινητοποιημένοι ως προς την αλλαγή προβληματίστηκαν περισσότερο για το τι κάνουν στον εαυτό τους και για την ιδέα της διακοπής» (n=2)
	Κατανόηση λόγων καπνίσματος	«Άλλαξε ο τρόπος σκέψης τους και η κατανόηση των λόγων καπνίσματος και της λειτουργίας του τσιγάρου για τους ίδιους» (n=1)
	Η διακοπή είναι ρεαλιστική	«Αρχικά οι περισσότεροι ήταν επιφυλακτικοί ως προς την ιδέα της διακοπής, κάτι που στη συνέχεια υποχώρησε. Η βασικότερη αλλαγή στη σκέψη είναι ότι σχεδόν όλοι πίστεψαν ότι η διακοπή είναι κάτι ρεαλιστικό» (n=3)
Συναισθήματα	Χαρά-Ικανοποίηση	«Η βασικότερη αλλαγή που παρατήρησαν σχεδόν σε όλους τους συμμετέχοντες ήταν η χαρά και η ικανοποίηση ως προς την επίτευξη του στόχου τους ακόμη και σε όσους δεν πέτυχαν τη διακοπή» (n=3)
	Δύναμη	«Αισθανόντουσαν πιο δυνατοί στο να πετύχουν το στόχο της διακοπής» (n=4)
	Σιγουριά	«Αισθανόντουσαν πιο σίγουροι στο να πετύχουν το στόχο της διακοπής» (n=4)
	Αυξημένη αυτο-αποτελεσματικότητα	«Αυξήθηκε η αυτοαποτελεσματικότητά τους ως προς την επίτευξη του στόχου τους» (n=3)
	Αύξηση αυτοπεποίθησης	«Αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή τους, τόσο ως προς τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος αλλά και γενικότερα ως άτομα» (n=3)
	Αίσθηση ασφάλειας	«Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν το ότι μέσα από το πρόγραμμα αισθάνονταν ιδιαίτερα ασφαλή» (n=1)
	Μείωση άγχους	«Εμφάνιζαν μειωμένο άγχος σε σχέση με την προηγούμενη χρονική περίοδο που κάπνιζαν» (n=2)
	Υποχώρηση αμφιθυμίας	«Το πρόγραμμα τους βοήθησε να μειωθεί πολύ η αμφιθυμία που στην αρχή ήταν πολύ έντονη» (n=1)
	Μείωση εξάρτησης	«Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν η μείωση αίσθησης εξάρτησης που αισθάνοντουσαν» (n=1)
	Ανεξαρτησία/Ελευθερία	«Αισθανόντουσαν πιο ελεύθεροι και πιο ανεξάρτητοι. Αποδεσμευμένοι από το τσιγάρο» (n=2)
Βελτίωση διάθεσης	«Άρχισε να βελτιώνεται αρκετά η διάθεσή τους και να βρίσκουν ενδιαφέρον σε περισσότερα πράγματα» (n=1)	

Πίνακας 67. (συνέχεια)

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Συμπεριφορά	Αλλαγή συνηθειών συνδυασμένων με το κάπνισμα	«Αλλάξαν όλες τις συνήθειες της καθημερινότητας που είχαν συνδυασμένες με το κάπνισμα, όπως αποφυγή φίλων ή σημείων όπου κάπνιζαν, αλλαγή παρέας κ.α κάτι που ανά περιόδους τους δυσκόλεψε και περιστασιακά έβγαζαν και άρνηση» (n=3)
	Αύξηση κινητοποίησης	«Το πρόγραμμα βοήθησε στο να αυξήσει την κινητοποίησή τους σε όλα τα επίπεδα και να εντατικοποιήσει την προσπάθειά τους» (n=2)
	Αυτοέλεγχος	«Αυξήθηκε η αίσθηση του αυτοελέγχου ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αρχικά είχαν την αίσθηση ότι δεν μπορούν να το ελέγξουν ενώ τώρα αισθάνονται ότι έχουν εκείνοι τον αποκλειστικό έλεγχο» (n=2)
	Εσωτερικά Κίνητρα	«Κατά τη διάρκεια του προγράμματος αυξήθηκαν και ισχυροποιήθηκαν τα εσωτερικά και προσωπικά κίνητρα για τη διακοπή» (n=1)
	Άσκηση	«Μια απ τις βασικές αλλαγές ήταν η υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης» (n=1)
	Τεχνικές Απόσπασης	«Οι περισσότεροι ενσωμάτωσαν στην καθημερινότητά τους διάφορες τεχνικές απόσπασης προσοχής και διαχείρισης της επιθυμίας που τους βοηθούσαν ιδιαίτερα στην προσπάθειά τους» (n=1)
	Υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών	«Από τις πιο σημαντικές αλλαγές που ανέφεραν ήταν η υιοθέτηση πιο υγιεινών τρόπων συμπεριφοράς» (n=1)
	Αποφασιστικότητα	«Ήταν πιο αποφασιστικοί στον τρόπο συμπεριφοράς και διεκδίκησης» (n=1)

ανέφερε ότι άρχισαν να σκέφτονται πως υπάρχουν διάφορες επιλογές και εναλλακτικές στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και είναι όλες σεβαστές και επιτρεπτές.

Όσον αφορά τα συναισθήματα, τρεις σύμβουλοι εστίασαν στη βασική αλλαγή όσον αφορά την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας ανέφεραν ότι πλέον αισθάνονται ότι μπορούν να τα καταφέρουν, τρία άτομα εστίασαν στην ικανοποίηση που άντλησαν οι συμμετέχοντες από την επίτευξη των στόχων που έβαλαν, δυο άτομα μίλησαν για το συναίσθημα της ελευθερίας και της ανεξαρτησίας που ένιωσαν, τρία άτομα αναφέρθηκαν στην αυξημένη αυτοπεποίθηση που προήλθε από την επίτευξη των στόχων, δυο άτομα έκαναν λόγο για μείωση του άγχους. Επίσης τέσσερις σύμβουλοι τόνισαν το ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αισθάνονταν πιο δυνατοί, και άλλοι

τέσσερις με περισσότερη σιγουριά. Ένας σύμβουλος αναφέρθηκε στην αίσθηση της ασφάλειας που απέκτησαν μέσα από το πρόγραμμα, άλλος ένας στην υποχώρηση της αμφιθυμίας, στη βελτίωση της διάθεσης και τέλος άλλος ένας στην μείωση της αίσθησης εξάρτησης αλλά και στην εύρεση ενδιαφέροντος σε διάφορα πράγματα.

Όσον αφορά συμπεριφορικές αλλαγές και αλλαγές συνηθειών, δυο άτομα αναφέρθηκαν στον έλεγχο, που πλέον έχουν οι συμμετέχοντες στη συμπεριφορά του καπνίσματος και άλλο ένα στις τεχνικές απόσπασης που χρησιμοποιούν για να έχουν το έλεγχο. Δυο άτομα ανέφεραν ότι κινητοποιήθηκαν περισσότερο στην καθημερινότητά τους, κάνοντας πράγματα εναλλακτικά του τσιγάρου. Τρεις σύμβουλοι αναφέρθηκαν στην αλλαγή συνηθειών που είχαν συνδυασμένες με το κάπνισμα, ένας στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και άλλος ένας στην υιοθέτηση της άσκησης. Τέλος, ένας σύμβουλος αναφέρθηκε στην αλλαγή των εσωτερικών κινήτρων και άλλος ένας στην πιο αποφασιστική και διεκδικητική συμπεριφορά του.

**Ερώτηση 6:** Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελε ο σύμβουλος να προτείνει-προσθέσει και το θεωρεί σημαντικό όσον αφορά το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 68).

Έξι άτομα ανέφεραν ότι θα πρότειναν συμπληρωματικές παρεμβάσεις. Τα τρία από αυτά μίλησαν για ομαδική συμβουλευτική των συμμετεχόντων, κάτι που προέκυψε από ανάγκη των ίδιων με σκοπό να γνωρίσουν και να ανταλλάξουν εμπειρίες με άτομα που κάνουν ταυτόχρονα την ίδια προσπάθεια. Δυο άτομα μίλησαν για τον καθοριστικό ρόλο που πίστευαν ότι θα παίζει η προσθήκη συναντήσεων με σύμβουλο διατροφής και ένα άτομο πρότεινε την ενίσχυση της ομαδικής εποπτείας των συμβούλων. Ένα άτομο πρότεινε να προστεθούν όσο περισσότερες ασκήσεις τονίζοντας τον κινητοποιητικό ρόλο των ασκήσεων αλλά και τη συμβολή τους στην αύξηση της κινητοποίησης. Επίσης ένα άτομο πρότεινε να υπάρχουν λιγότερα ερωτηματολόγια, άλλο ένα να υπάρχουν πιο

συχνές εποπτείες είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο και άλλο δυο να χρησιμοποιήσουν διάφορους τρόπους με του οποίους θα μπορούσαν να αυξήσουν το κίνητρο όπως διάφορες μετρήσεις. Τέλος ένα άτομο δεν είχε να κάνει καμία πρόταση θεωρώντας ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά δομημένο και ολοκληρωμένο.

**Πίνακας 68.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις-προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος; (ασκήσεις θέματα προς συζήτηση, τρόπο διεξαγωγής κ.λπ.)*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα		«Τίποτα. Θεωρώ ότι το πρόγραμμα είναι αρκετά δομημένο και ολοκληρωμένο. Δεν θα είχα να κάνω κάποια πρόταση» (n=1)
Άλλες Παρεμβάσεις	Συναντήσεις με σύμβουλο Διατροφής	«Θεωρώ ότι ίσως βοηθούσε οι παρεμβάσεις που γίνονται από εμάς σε επίπεδο διατροφής να γίνονται από κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία διατροφολόγο» (n=2)
	Ομαδική Εποπτεία Συμβούλων	«Ιδιαίτερα σημαντικό θα ήταν να υπάρχουν ομαδικές εποπτείες ώστε να ανταλλάσουν οι σύμβουλοι εμπειρίες δυσκολίες, συναισθήματα και να βλέπουν και την πορεία των υπόλοιπων συμβούλων» (n=1)
	Ομαδική Συμβουλευτική	«Σαν ανάγκη των συμβουλευόμενων έχει ακουστεί αρκετές φορές ότι θα τους βοηθούσε ιδιαίτερα να γίνονται κάποιες ομάδες με σκοπό να γνωρίσουν και άλλους ανθρώπους που κάνουν ταυτόχρονα την ίδια προσπάθεια, να ανταλλάζουν εμπειρίες, να πάρουν ιδέες κ.α» (n=3)
Ασκήσεις		«Όσο περισσότερες ασκήσεις τόσο καλύτερα. Τους κινητοποιούσε, ενεργοποιούσε, αύξανε την αυτοαποτελεσματικότητα κ.α» (n=1)
Λιγότερα Ερωτηματολόγια		«Ίσως θα ήταν πιο ξεκούραστο να υπήρχαν λιγότερα ερωτηματολόγια ώστε να δημιουργηθεί χώρος για συζήτηση κυρίως στις πρώτες συνεδρίες» (n=1)
Εποπτεία		«Πιο συχνές ατομικές και ομαδικές εποπτείες λόγω της έλλειψης εμπειρίας των συμβούλων» (n=1)
Κίνητρο		«Μεγαλύτερο κίνητρο για δέσμευση (μετρήσεις βηματόμετρου κ.α)» (n=2)

**Ερώτηση 7:** Τι θα ήθελε ο σύμβουλος να αλλάξει στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 69).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν οι αλλαγές που θα ήθελαν οι σύμβουλοι να πραγματοποιηθούν στο προγράμματα με σκοπό τη βελτίωση του και την καλύτερη λειτουργικότητά του.

**Πίνακας 69.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι θα ήθελες να αλλάξεις στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν θα ήθελα να αλλάξω κάτι στο πρόγραμμα. Μου φαίνεται ιδιαίτερα λειτουργικό» (n=7)
Ερωτηματολογία	«Θα μείωνα τα ερωτηματολόγια» (n=3)
Ελευθερία χώρου	«Θα προσπαθούσα να δίνω και άλλο χώρο στη συζήτηση προσωπικών θεμάτων» (n=1)
Ολιστική αντιμετώπιση	«Θα ενίσχυα ακόμη περισσότερο την ιδέα της ολιστικής αντιμετώπισης με όποιες άλλες παρεμβάσεις θα μπορούσαν να υπάρχουν π.χ σε επίπεδο άσκησης, διατροφής, υγείας, ψυχικής υγείας» (n=3)
Εποπτεία	«Θα ενίσχυα το θεσμό της εποπτείας για τους συμβούλους» (n=2)

Εφτά άτομα ανέφεραν ότι δεν θα άλλαζαν κάτι επειδή το πρόγραμμα τους φάνηκε ιδιαίτερα λειτουργικό. Τρία άτομα ανέφεραν ότι θα μείωναν τον αριθμό των ερωτηματολογίων ώστε να μειώσουν την πιθανή κούραση και να δώσουν περισσότερο χώρο σε ότι ήθελε να μοιραστεί εκείνος. Επίσης ένα άτομο συμπλήρωσε ότι θα προσπαθούσε με κάποιον τρόπο να δώσει χώρο σε άλλα προσωπικά θέματα. Τρία άτομα ανέφεραν ότι θα ενίσχυαν ακόμη περισσότερο την ολιστική αντιμετώπιση και άλλα δυο ότι θα ενίσχυαν το θεσμό της εποπτείας.

**Ερώτηση 8:** Τι κέρδισε ο σύμβουλος από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος (Πίνακας 70).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος στο ρόλο των συμβούλων. Όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το πιο σημαντικό κέρδος ήταν η εμπειρία που απέκτησαν στη συμβουλευτική και έξι από αυτούς μίλησαν για πιο εξειδικευμένη εμπειρία λόγω του ότι έμαθαν πως είναι να δουλεύεις σε κάτι πιο εξειδικευμένο, δηλαδή πληθυσμό με εθισμό. Τρεις από τους συμβούλους εστίασαν στην αύξηση των γνώσεων. Τρεις σύμβουλοι τόνισαν ως μεγαλύτερο όφελος την εκπαίδευση στην τεχνική της ενσυναίσθησης κάτι που τους βοήθησε όχι μόνο ως ειδικούς αλλά και ως ανθρώπους. Τέλος, έξι άτομα ανέφεραν ότι το μεγαλύτερο κέρδος ήταν η βοήθεια.

Τρεις από αυτούς εννοούσαν το πόσο σημαντική ήταν η αίσθηση ότι βοήθησαν άλλους ανθρώπους στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και άλλοι τρεις το πώς οι ίδιοι βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα να εξελιχθούν και ως άνθρωποι αλλά και ως ειδικοί.

**Πίνακας 70.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Εμπειρία	Στη συμβουλευτική	«Το μεγαλύτερο όφελος του προγράμματος για μένα ήταν ότι απέκτησα περισσότερη εμπειρία σε θέματα συμβουλευτικής» (n=10)
	Για κάτι πιο εξειδικευμένο	«Ένα από τα μεγαλύτερα οφέλη του προγράμματος ήταν ότι απέκτησα περισσότερη εμπειρία σε κάτι πιο εξειδικευμένο. Εξοικειώθηκα και είδα πως είναι να δουλεύεις σε πληθυσμό με εθισμό. Διεύρυνα τους επαγγελματικούς μου ορίζοντες» (n=6)
Γνώσεις		«Απέκτησα πολύ περισσότερες γνώσεις τόσο για το κάπνισμα όσο και για τα θέματα της διακοπής. Έγινα πιο πλούσιος στο θεωρητικό κομμάτι» (n=3)
Ενσυναίσθηση		«Η εκπαίδευση μου στην τεχνική της ενσυναίσθησης μέσα από την εφαρμογή του προγράμματος ήταν από τα σημαντικότερα οφέλη για μένα τόσο ως ειδικό όσο και ως άνθρωπο» (n=3)
Βοήθεια	Βοηθούσα περισσότερο	«Η αίσθηση ότι μπορώ μέσω του προγράμματος να προσφέρω τη βοήθεια μου και να αισθάνομαι ότι συμβάλλω στην προσπάθεια διακοπής του συμβουλευόμενου ήταν ιδιαίτερα σημαντική για μένα» (n=3)
	Με βοήθησε περισσότερο	« Εκτός από τη βοήθεια που παρείχα μέσω του προγράμματος έλαβα και ο ίδιος βοήθεια ως άνθρωπος όσο και ως ειδικός, εξελίχθηκα, απέκτησα γνώσεις, εμπειρία, εξοικειώθηκα με πολλά θέματα, εκπαιδεύτηκα σε πολλά αντικείμενα» (n=3)

**Ερώτηση 9:** Γενικά σχόλια και εντυπώσεις του συμβούλου από το πρόγραμμα παρέμβασης (Πίνακας 71).

Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή τους για το πρόγραμμα που ίσως συμπεριλαμβάνει και πράγματα που δεν μπόρεσαν να προβλεφτούν από τις παραπάνω ερωτήσεις. Δύο σύμβουλοι αναφέρθηκαν στο ότι είναι ένα πολύ καλά δομημένο πρόγραμμα. Δυο άτομα τόνισαν την καινοτομία ότι δηλαδή δεν πρόκειται απλώς για ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος αλλά με παρεμβάσεις σε όλους τους σημαντικούς τομείς. Δυο άτομα εστίασαν στο πόσο βοηθητικό είναι για



κάποιον που θέλει να μπει σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Επίσης άλλα δυο άτομα μίλησαν για τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την ολοκλήρωση του προγράμματος εστιάζοντας στην υπομονή και την θέληση και τέλος δυο σύμβουλοι τόνισαν ότι δεν πρόκειται για κάτι απλό και εύκολο αλλά για μια ολοκληρωμένη διαδικασία

**Πίνακας 71.** Αποτελέσματα για την ερώτηση *Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης*

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πολύ καλά δομημένο	«Είναι ένα πολύ καλά δομημένο πρόγραμμα, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό και βοηθητικό και για τον σύμβουλο αλλά και για τον συμβουλευόμενο» (n=2)
Καινοτόμο	«Είναι ιδιαίτερα καινοτόμο κυρίως λόγω της έμφασης όχι μόνο στο κάπνισμα αλλά γενικότερα στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής κάπνισμα, άσκηση, διατροφή» (n=2)
Βοηθητικό	«Είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για κάποιον που θέλει να μπει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος» (n=2)
Υπομονή & θέληση	«Χρειάζεται υπομονή και θέληση τόσο για την ολοκλήρωση του προγράμματος και την προσπάθεια όσο και για τη διακοπή» (n=2)
Διαδικασία	«Πρόκειται για μια διαδικασία. Δεν είναι κάτι απλό και εύκολο» (n=2)

## Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας ανεξάρτητης μελέτης ήταν να αξιολογήσουμε, μέσα από τα μάτια των συμβούλων, τόσο το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε θέματα συμβουλευτικής, που ακολούθησαν, όσο και το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, όλοι οι σύμβουλοι αναφέρουν ότι ήταν πάρα πολύ βοηθητικό και έπαιξε καταλυτικό ρόλο στο να γίνουν καλύτεροι σύμβουλοι και στην καλύτερη εφαρμογή και αποτελεσματικότητα του προγράμματος, επιβεβαιώνοντας έτσι και τη βιβλιογραφία, η οποία τονίζει το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης στην εφαρμογή και καλύτερη αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. (Bodner, Miller et al., 2011; Champassak et al., 2014)

Στην ερώτηση σχετικά με το τι πιστεύουν ότι ήταν πιο σημαντικό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, όλοι οι σύμβουλοι ανέφεραν αρχικά τη συζήτηση, που τους έδινε τη δυνατότητα να εκφράζουν απορίες και συναισθήματα, να μιλούν για δυσκολίες, να παίρνουν απαντήσεις και γενικά να αισθάνονται ότι έτσι ολοκληρώνεται η διαδικασία μάθησης. Επίσης οι βιωματικές ασκήσεις και κυρίως τα παιχνίδια ρόλων, λόγω του ότι μπορούσαν να καταλάβουν καλύτερα όλους τους ρόλους και του συμβούλου και του συμβουλευόμενου. Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στις τεχνικές συμβουλευτικής, που ήταν το βασικό τους εργαλείο και έτσι η εξοικείωση τους έκανε να αισθανθούν πιο ασφαλείς και πιο έτοιμοι στο ρόλο του συμβούλου. Επίσης, αναφέρθηκε ο σημαντικός ρόλος του θεωρητικού πλαισίου και πώς αποτελούσε τη βάση, ώστε να ξαναθυμηθούν όσα ήξεραν και να οργανώσουν τις γνώσεις τους, κάτι που αποτελούσε τη βασική κινητήρια δύναμη για την εφαρμογή τους. Τέλος, εστίασαν στο σημαντικό ρόλο του παρατηρητή και πόσο βοηθητικός ήταν στη διαδικασία εκπαίδευσης, λόγω του ότι τους έδινε την ευκαιρία να κρατήσουν απόσταση και να παρατηρήσουν όλη τη διαδικασία από έξω.

Στην ερώτηση για το ποιες ασκήσεις ή συμβουλές βοήθησαν περισσότερο, που είχε σκοπό να εντοπίσουμε τα κομμάτια του εκπαιδευτικού προγράμματος, που βοήθησαν περισσότερο, ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο, οι σύμβουλοι, συμπληρωματικά προς την ερώτηση τι βοήθησε περισσότερο, ανέφεραν και κάποια άλλα ζητήματα, όπως: 1) η παρακινητική συνέντευξη, 2) τα στοιχεία για τη δημιουργία σχέσης, 3) η ενεργητική ακρόαση, 4) το να ακούει κανείς πέρα από το περιεχόμενο, 5) η τοποθέτηση ορίων, 6) η εξοικείωση με το αντικείμενο, 7) τα στοιχεία του συμβούλου.

Στην ερώτηση, που αφορούσε πιθανές δυσκολίες, που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος, η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν υπήρξε κάτι

που να τους δυσκόλεψε κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος, εκτός από δύο άτομα, που αναφέρθηκαν στο μεγάλο όγκο πληροφοριών και στην επιθυμία τους για περαιτέρω εποπτεία, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση για το τι θα ήθελαν να αλλάξουν και ποιες είναι οι προτάσεις τους. Έτσι, ενώ η πλειοψηφία ανέφερε ότι δεν θα ήθελε να αλλάξει κάτι και ότι το πρόγραμμα τους κάλυψε πλήρως, υπήρχαν μεμονωμένες απαντήσεις, που αφορούσαν το να δοθεί περισσότερος χρόνος στην εκπαιδευτική διαδικασία, αλλά και σαν εκπαιδευόμενοι να υπάρχουν κάποιοι σύμβουλοι πιο προχωρημένοι, οι οποίοι θα μπορούν να μεταφέρουν τη δική τους γνώση και εμπειρία, κάτι που θα τους βοηθούσε να προετοιμαστούν καλύτερα. Συμπληρωματικά στις προτάσεις τους, πρόσθεσαν τις περισσότερες ασκήσεις, ώστε να εξοικειωθούν περισσότερο και τόνισαν το σημαντικό ρόλο του να υπάρχουν περισσότερες εποπτείες και και περισσότερες ομαδικές εποπτείες.

Όσον αφορά την αξιολόγηση του προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, οι σύμβουλοι θεωρούν ότι το πρόγραμμα βοήθησε πάρα πολύ τους συμβουλευόμενους στη διακοπή καπνίσματος, επιβεβαιώνοντας έτσι τις έρευνες, που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής προγραμμάτων συμβουλευτικής για όσους επιδιώκουν να κόψουν το κάπνισμα (McCarthy et al., 2010; Singleton & Pope, 2000, Zhou et al., 2009; Θεοδωράκης και συν., 2005) .

Στην ερώτηση για το τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής, οι απαντήσεις των συμβούλων χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη αφορούσε τα χαρακτηριστικά του προγράμματος και η δεύτερη τα χαρακτηριστικά του συμβούλου.

Στην πρώτη κατηγορία, οι περισσότεροι σύμβουλοι επικεντρώθηκαν στη δέσμευση και το σημαντικό ρόλο που έπαιξε στην αύξηση της κινητοποίησης (Θεοδωράκης et al., 2001). Αρκετοί σύμβουλοι ανέφεραν ως πιο βοηθητικό τις ασκήσεις μέσα από τις οποίες απέκτησαν περισσότερη αυτογνωσία και δεσμεύτηκαν ακόμη

περισσότερο. Και στο παρελθόν έχουν εφαρμοστεί προγράμματα, που προσπαθούν με διάφορους τρόπους να αυξήσουν γνώσεις, αυτογνωσία, δέσμευση και γενικότερα επενδύουν σε αυτό που λέμε ανάπτυξη γενικών δεξιοτήτων (Alpert, 2009) και εκπαίδευση σε δεξιότητες προσωπικής ανάπτυξης (Epstein et al., 2000), κάτι που έχει υποστηριχτεί ότι συμβάλλει σημαντικά στη διακοπή καπνίσματος. Επίσης, κάποιοι μιλούν για τις συναντήσεις με τον σύμβουλο ως το πιο βοηθητικό κομμάτι του προγράμματος και ότι έτσι είχαν τον προσωπικό τους χώρο και χρόνο. Τονίζεται επίσης ιδιαίτερα ο σημαντικός ρόλος της συζήτησης, κάτι που τους έδινε την ευκαιρία και να μοιράζονται τα πάντα, να εκφράζονται, να αντλούν δύναμη, να συνεχίζουν την προσπάθεια, αλλά και να αναγνωρίζουν όσα έχουν ήδη καταφέρει. Και στο παρελθόν, οι Θεοδωράκης και συν. (2005) έχουν αναφερθεί στην προσπάθεια οργάνωσης προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, που περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς, όπως και 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. Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι απαντήσεις, που αφορούν τον κινητοποιητικό ρόλο που έπαιξε η διαδικασία καθορισμού στόχων, κάτι στο οποίο έχουν αναφερθεί αρκετές έρευνες στο παρελθόν (Θεοδωράκης και συν., 2001; Locke & Latham 2002, 1990). Ακόμη, οι σύμβουλοι μίλησαν για τις τεχνικές συμβουλευτικής και πόσο βοηθητικές ήταν στη διαδικασία και κυρίως η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του συμβούλου, τονίζεται ιδιαίτερα η έλλειψη κριτικής, ο εμψυχωτικός ρόλος του συμβούλου και γενικά η αξία και η συμβολή της σχέσης συμβούλου-συμβουλευόμενου στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Ο σημαντικός ρόλος της υποστήριξης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, στη διατήρηση της αποχής και στην πρόληψη της υποτροπής έχει υποστηριχτεί αρκετά έως

τώρα (Carlson et al., 2003; Christakis & Fowler, 2008; Clarke & Aish, 2002; Hyland et al., 2005; Lawhon et al., 2009; Manfredi et al., 2007; Nichter et al., 2010; Theodorakis et al., 2005; Zhou et al., 2009).

Στην ερώτηση για τις ασκήσεις ή συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία του προγράμματος και το πόσο αυτά ήταν βοηθητικά, που είχε σκοπό να εντοπίσουμε τα κομμάτια του προγράμματος, που βοήθησαν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο, οι απαντήσεις μπορούν να κωδικοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει απαντήσεις, οι οποίες αναφέρονται στις τεχνικές του προγράμματος, η δεύτερη εκείνες που αναφέρονται σε ασκήσεις και δραστηριότητες του προγράμματος, η τρίτη σε εκείνες που αφορούν χαρακτηριστικά και ποιότητες του συμβούλου και η τέταρτη σε χαρακτηριστικά του προγράμματος.

Οι περισσότερες απαντήσεις έχουν δοθεί και στην ερώτηση τι βοήθησε περισσότερο στη διαδικασία διακοπής. Επιπρόσθετα, οι απαντήσεις που δίνονται σε αυτή την ερώτηση είναι οι εξής: α) Ως προς τις τεχνικές του προγράμματος, ανέφεραν ως ιδιαίτερα βοηθητικές τις τεχνικές διαχείρισης της επιθυμίας (Alpert 2009; Davis et al., 1994), όπως επίσης και τις τεχνικές χαλάρωσης, που βοηθούσαν τόσο στη μείωση του άγχους και του θυμού και την εξασφάλιση περισσότερης ηρεμίας και χαλάρωσης, όσο και στη διαχείριση της επιθυμίας. Η διαχείριση του στρες με διάφορους τρόπους έγινε 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 Graham 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. Έτσι, συμπεραίνουμε ότι η μείωση του άγχους δεν αποτελούσε μόνο προσωπικό όφελος, αλλά και ένα σημαντικό εργαλείο, που αύξανε τις πιθανότητες μιας επιτυχημένης προσπάθειας διακοπής καπνίσματος. Τέλος αναφέρθηκαν στο σημαντικό ρόλο όλων των τεχνικών συμβουλευτικής.

β) Ως προς τις δραστηριότητες του προγράμματος, δόθηκαν μεμονωμένες συμπληρωματικές απαντήσεις σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες και συγκεκριμένα: 1) για τα ημερολόγια και γενικά για τις δραστηριότητες, τις ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και τα εργαλεία, τα οποία βοήθησαν σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων, προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης, υποστηρίζοντας για άλλη μια φορά τη σημαντικότητα του γνωστικού κομματιού στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης 2010; Alpert; 2009; Curry et al., 1997; Epstein et al., 2000) και τη σημασία της εκπαίδευσης των καπνιστών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής για τους κινδύνους, που έχει το κάπνισμα για τους άλλους, κάτι που φαίνεται να βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος (Schane et al., 2013), 2) για τις ασκήσεις νοερής απεικόνισης, 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, υποστηρίχτηκε αρκετά, όπως προναφέραμε στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Aubin et al., 2010; Curry et al., 1998; Graham et al., 2008; Hughes, 2009; Nosen & Woody, 2009; Zhu et al., 1996a), 3) για τη φυσική δραστηριότητα-κίνηση που μπήκε στη ζωή τους, κάτι που υποστηρίζεται από πληθώρα ερευνών (Bock et al., 1999; Boudreaux et al., 2003; De Ruiter & Faulkner, 2006; Everson-Hock et al., 2010; 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;

Μπεμπέτσος και συν., 2000; Μπεμπέτσος και συν., 1998; Μπενέτου και συν., 2008; Raavola et al., 2001; Papaioannou et al., 2004; Salonen et al., 1988; Taylor et al., 2010; Taylor & Katomeri, 2007; Taylor et al., 2007; Tuomilehto et al., 1987; Ussher et al., 2001) και 4) για τις ασκήσεις αναγνώρισης εσωτερικών κινήτρων, τονίζοντας το πόσο σημαντική ήταν η προσωπική ανάπτυξη και αυτοεπίγνωση, επιβεβαιώνοντας έτσι τις έρευνες των Alpert (2009) και Epstein και συν. (2000), που εστίασαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, αλλά και γενικά σε ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης και στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων.

γ) Ως προς τα χαρακτηριστικά του συμβούλου, οι σύμβουλοι αναφέρθηκαν στον καταλυτικό ρόλο της ενσυναίσθησης, της άνευ όρων αποδοχής, της μη κριτικής στάσης και της ανατροφοδότησης, για τη σημαντικότητα των οποίων μίλησε ο Carl Rogers (Μουλαλούδης & Κοσμόπουλος, 2003; Μπρούζος, 2004), αναφέροντας ότι είναι βασικές αρχές της σχέσης συμβούλου-συμβουλευόμενου, πάνω στις οποίες στηρίζεται η επικοινωνία αυτών.

Τέλος, ως προς τα χαρακτηριστικά, αναφέρθηκαν στη συνέπεια και τη σταθερότητα, αλλά και στη δέσμευση του προγράμματος.

Όσον αφορά το τι βοήθησε λιγότερο, σχεδόν όλοι οι σύμβουλοι ανέφεραν ότι τίποτα δεν βοήθησε λιγότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, αλλά τα περισσότερα πράγματα συνέβαλλαν στη διαδικασία διακοπής. Κάποιοι από τους συμβούλους αναφέρθηκαν σε γενικά ζητήματα, που δεν αφορούσαν ειδικά το πρόγραμμα, όπως στα κενά και στις διακοπές, που μπορεί να υπήρχαν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος, κάτι που φάνηκε να τους αποσυντονίζει και να μειώνει την κινητοποίηση και την δέσμευση στο στόχο. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό αναφέρθηκε στα πολλά ερωτηματολόγια και στο πώς αυτό μπορεί να λειτουργούσε αρνητικά και τέλος ένα άτομο αναφέρθηκε στην πιθανή πίεση, που μπορεί να αισθάνθηκαν κάποιοι

συμμετέχοντες όσον αφορά το ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά δομημένο, όπως και η ταύτιση της διακοπής με τον υγιεινό τρόπο ζωής. Τέλος, δυσκολία αποτέλεσε σε κάποιες περιπτώσεις το ότι αναδύονταν στην επιφάνεια άλλα θέματα ψυχολογικής φύσεως, κάτι που δεν θα μπορούσε να βρει χώρο σε αυτό το πλαίσιο.

Στην ερώτηση που αφορά τις αλλαγές που παρατηρήθηκαν σχετικά με το κάπνισμα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και θα μπορούσαν να αποδοθούν σε αυτό, οι σύμβουλοι αναφέρουν τις ακόλουθες: α) Αλλαγές σε σκέψεις, κάτι που σύμφωνα με τους Nosen και Woody (2009) παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή. Συγκεκριμένα μιλούν για αυξημένο προβληματισμό τόσο ως προς το τι κάνουν στην υγεία τους όσο και ως προς την ιδέα της διακοπής σε όσους δεν ήταν τόσο κινητοποιημένοι, ως προς την ιδέα της αλλαγής, κάτι που έχει να κάνει τόσο με την επίγνωση, η οποία σύμφωνα με την παρακινητική συνέντευξη επηρεάζει τη σχέση με το κάπνισμα (Gemmell & Di Clemente, 2009), όσο και με τη δέσμευση και το πώς επηρεάζει την διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Glanz et al., 2002; Konac et al., 2009; Locke & Latham, 1990, 2002, Musich et al., 2009). Ακόμη, μιλούν για πιο θετική σκέψη για την υγεία και τη διακοπή, αλλά και πιο αρνητική σκέψη για το κάπνισμα και τις συνέπειες του (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013). Γενικά θα λέγαμε ότι οι σύμβουλοι παρατήρησαν βασικές αλλαγές στον τρόπο σκέψης. Αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες σκέπτονται και κατανοούν πλέον τελείως διαφορετικά το κάπνισμα και τη λειτουργία, που έχει για εκείνους, αντιλαμβάνονται ότι υπάρχουν διάφορες επιλογές ως προς τη διακοπή, που είναι όλες σεβαστές και ότι η διακοπή είναι κάτι ρεαλιστικό και προβληματίζονται περισσότερο για την αλλαγή, με αποτέλεσμα να αρχίζουν να σκέφτονται διαφορετικά και για την ταυτότητά τους ως μη καπνιστή. Όλες αυτές οι αλλαγές, σύμφωνα με τις αναφορές των συμβούλων, αύξησαν



την κινητοποίησή τους, τη δέσμευση τους και την αυτοαποτελεσματικότητά τους, σημαντικούς δηλαδή παράγοντες, που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διακοπή.

β) Αλλαγές σε συναισθήματα, κάτι που υποστηρίζεται και από την έρευνα των Shahab και West (2009), που εντοπίζουν σημαντική θετική συναισθηματική αλλαγή μετά τη διακοπή. Επίσης, οι Musich και συν. (2009) υποστηρίζουν ότι τα συναισθήματα σχετίζονται άμεσα με την πρόθεση διακοπής και μάλιστα περισσότερο και από τις συμπεριφορές. Έτσι, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι αισθάνονται: 1) πιο χαλαροί και πιο ήρεμοι με μειωμένο άγχος (McCarthy et al., 2010), 2) πιο χαρούμενοι, κάτι που συμφωνεί με την έρευνα των Scahab και West (2009), 3) με περισσότερη δύναμη (Everson-Hock et al., 2010), 4) πιο ικανοποιημένοι, με αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα και με αυξημένη αυτοπεποίθηση από την επίτευξη των στόχων (Θεοδωράκης et al., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 5) με αυξημένη ανεξαρτησία, μειωμένη αίσθηση εξάρτησης και αυξημένη σιγουριά και πίστη ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις δυνάμεις τους, κάτι που σύμφωνα με τους Manfredi και συν. (2007) μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες καπνίστριες σε επιτυχημένη διακοπή. Τέλος, οι σύμβουλοι τονίζουν την αίσθηση ασφάλειας, που εντόπισαν ότι αποπνέει το πρόγραμμα στους συμμετέχοντες, αλλά και την υποχώρηση της αμφιθυμίας και την αύξηση αναζήτησης ενδιαφέροντος σε διάφορα πράγματα και νέες δραστηριότητες, θέλοντας έτσι να εστιάσουν στη γενικότερη αλλαγή προς έναν πιο ποιοτικό τρόπο ζωής.

γ) Σχετικά με τη συμπεριφορά, εντοπίζουν τις παρακάτω αλλαγές: 1) άλλαξαν πολλές από τις καθημερινές τους συνήθειες, που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα, υιοθετώντας γενικά έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, κάτι που σύμφωνα με τους Θεοδωράκη και Παπαϊωάννου (2002) απαιτείται σε τέτοιου είδους προσπάθειες, υποστηρίζοντας ότι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή αρνητικών συμπεριφορών, 2) απέκτησαν τον έλεγχο του τσιγάρου, κάτι που τόσο

σύμφωνα με την έρευνα μας όσο και με προηγούμενες έρευνες (Butler, 2001; Kovacs et al., 2009) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα οφέλη, επειδή σχετίζεται άμεσα με αυξημένη αυτοπεποίθηση, αυτό-αποτελεσματικότητα και αυξημένα θετικά συναισθήματα, παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με αυξημένες πιθανότητες μιας επιτυχημένης διακοπής, 3) εμφανίζουν αυξημένη κινητοποίηση λόγω της έναρξης και της ενασχόλησης με νέες δραστηριότητες εναλλακτικές του τσιγάρου (Alpert, 2009; Davis et al., 1994), 4) έχουν αυξημένη αποφασιστικότητα στον τρόπο συμπεριφοράς και διεκδίκησης, 5) οι περισσότεροι ενσωμάτωσαν στην καθημερινότητά τους διάφορες τεχνικές απόσπασης προσοχής και διαχείρισης της επιθυμίας, που τους βοηθούσαν ιδιαίτερα στην προσπάθειά τους, 6) κατά τη διάρκεια του προγράμματος αυξήθηκαν και ισχυροποιήθηκαν τα εσωτερικά και προσωπικά κίνητρα για τη διακοπή, 7) υιοθετήθηκε η συμπεριφορά της άσκησης.

Όσον αφορά την ερώτηση για το τι θα ήθελαν να προτείνουν-προσθέσουν στο πρόγραμμα συμβουλευτικής, ανέφεραν ότι θα πρότειναν συμπληρωματικές παρεμβάσεις, όπως: 1) ομαδική συμβουλευτική των συμμετεχόντων, κάτι που προέκυψε από ανάγκη των ίδιων με σκοπό να γνωρίσουν και να ανταλλάξουν εμπειρίες με άτομα που κάνουν ταυτόχρονα την ίδια προσπάθεια, 2) προσθήκη συναντήσεων με σύμβουλο διατροφής, 3) ενίσχυση της ομαδικής εποπτείας των συμβούλων, 4) περισσότερες ασκήσεις, τονίζοντας τον κινητοποιητικό τους ρόλο. Επίσης, ένα άτομο πρότεινε το να υπάρχουν λιγότερα ερωτηματολόγια, άλλο ένα να υπάρχουν πιο συχνές εποπτείες είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο και άλλο ένα να χρησιμοποιηθούν διάφοροι τρόποι με τους οποίους θα μπορούσαν να αυξήσουν το κίνητρο, όπως διάφορες μετρήσεις. Τέλος, ένα άτομο δεν είχε να κάνει καμία πρόταση, θεωρώντας ότι το πρόγραμμα ήταν αρκετά δομημένο και ολοκληρωμένο.

Επίσης, ως προτάσεις των συμμετεχόντων, που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, οι οποίες προέκυψαν από απαντήσεις στην ερώτηση “τι θα ήθελες να αλλάξεις στο πρόγραμμα διακοπής”, αναφέρουν τα παρακάτω: 1) θα μείωναν τον αριθμό των ερωτηματολογίων, ώστε να μειώσουν την πιθανή κούραση και να δώσουν περισσότερο χώρο σε ό,τι ήθελε να μοιραστεί ο συμβουλευόμενος, 2) θα προσπαθούσαν με κάποιον τρόπο να δώσουν χώρο σε άλλα προσωπικά θέματα, 3) θα ενίσχυαν ακόμη περισσότερο την ολιστική αντιμετώπιση, 4) θα ενίσχυαν το θεσμό της εποπτείας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφέρουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από τους συμμετέχοντες αναφέρουν ότι δεν θα άλλαζαν κάτι και ότι το πρόγραμμα τους φάνηκε ιδιαίτερα λειτουργικό όπως ήταν.

Όσον αφορά την ερώτηση για το μεγαλύτερο κέρδος, που αποκόμισαν μέσα από το πρόγραμμα, ανέφεραν ότι το πιο σημαντικό κέρδος ήταν: 1) η εμπειρία που απέκτησαν στη συμβουλευτική, 2) η πιο εξειδικευμένη εμπειρία λόγω του ότι έμαθαν πώς είναι να δουλεύεις σε κάτι πιο εξειδικευμένο, δηλαδή πληθυσμό με εθισμό, 3) η αύξηση των γνώσεων, 4) η εκπαίδευση στην τεχνική της ενσυναίσθησης, κάτι που τους βοήθησε όχι μόνο ως ειδικούς αλλά και ως ανθρώπους και 5) η αίσθηση ότι βοήθησαν άλλους ανθρώπους στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και ότι οι ίδιοι βοηθήθηκαν από το πρόγραμμα να εξελιχθούν και ως άνθρωποι, αλλά και ως ειδικοί.

Βασική ερώτηση στο τέλος της προσωπικής αξιολόγησης αφορούσε τις γενικότερες εντυπώσεις τους από το πρόγραμμα. Σκοπός αυτής της ερώτησης ήταν να προσθέσουν οι σύμβουλοι οτιδήποτε θεωρούσαν σημαντικό για το πρόγραμμα, που μπορεί να είχαν παραλείψει ή να μην το κάλυπτε κάποια από τις ερωτήσεις. Οι σύμβουλοι αναφέρθηκαν στο ότι είναι ένα πολύ καλά δομημένο πρόγραμμα, τόνισαν την καινοτομία του ότι δηλαδή δεν πρόκειται απλώς για ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, αλλά για ένα πρόγραμμα με παρεμβάσεις σε όλους τους σημαντικούς

τομείς, εστίασαν στο πόσο βοηθητικό μπορεί να αποβεί για κάποιον, που θέλει να μπει σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος, αναφέρθηκαν στις προϋποθέσεις συμμετοχής, ότι δηλαδή απαιτείται υπομονή και θέληση και τέλος τόνισαν ότι δεν πρόκειται για κάτι απλό και εύκολο, αλλά για μια ολοκληρωμένη διαδικασία.

## **Συμπεράσματα**

Καινοτομία της παρούσας έρευνας αποτελούσε το ότι έγινε αξιολόγηση όχι μόνο μέσα από τους συμμετέχοντες του προγράμματος, αλλά και από τους συμβούλους του προγράμματος με σκοπό να μελετήσουμε την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος από μια διαφορετική οπτική γωνία μέσα από τα μάτια των συμβούλων και με απώτερο σκοπό να προκύψουν στοιχεία που η ενσωμάτωσή τους στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος θα αυξήσει την αποτελεσματικότητά του. Επίσης, μας δόθηκε η ευκαιρία να εξετάσουμε και άλλα στοιχεία, όπως εάν ήταν επαρκής ή όχι εκπαίδευση των συμβούλων και με ποιον τρόπο μπορεί να συνέβαλλε στη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος, πώς μπορεί οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των συμβούλων ως προς την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος να επηρεάσουν τόσο την εφαρμογή όσο και την αποτελεσματικότητά του, εάν η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικών ειδικοτήτων μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητά του και άλλες πολύ σημαντικές και πολύτιμες πληροφορίες, που χωρίς την παρούσα έρευνα δεν θα είχαμε την δυνατότητα να αντλήσουμε και να αξιοποιήσουμε στην προσπάθεια συνεχούς βελτίωσης ενός ήδη ολοκληρωμένου προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι η εκπαίδευση των συμβούλων ήταν όχι μόνο επαρκής και βοηθητική, αλλά και απαραίτητη προκειμένου να μπορέσουν να εφαρμόσουν επιτυχώς το πρόγραμμα

διακοπής καπνίσματος. Επίσης, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των συμβούλων φάνηκε να συνέβαλλαν θετικά και να έπαιζαν καθοριστικό ρόλο τόσο στην εφαρμογή όσο και στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Δεν προέκυψαν κάποια στοιχεία που να δείχνουν ότι η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικής ειδικότητας μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, παρά μόνο το ότι οι σύμβουλοι-ψυχολόγοι λόγω της περισσότερης εμπειρίας και εξοικείωσης σε θέματα συμβουλευτικής αντιμετώπιζαν λιγότερες δυσκολίες στην εφαρμογή του προγράμματος. Ωστόσο χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση σε αυτό τον τομέα όσον αφορά τον τρόπο εφαρμογής του προγράμματος από άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων. Στην προηγούμενη μελέτη υπήρξε η υπόθεση της ταύτισης του σκοπού του προγράμματος μόνο με τη διακοπή, κάτι που ίσως δικαιολογούσε και τα αυξημένα ποσοστά διακοπής του προγράμματος. Μια άλλη συμπληρωματική υπόθεση θα ήταν ίσως ο ιατροκεντρικός τρόπος εφαρμογής του προγράμματος και πώς μπορεί αυτό να επηρέαζε την αποτελεσματικότητά του, κάτι που χρειάζεται να μελετηθεί περισσότερο σε επόμενες έρευνες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII:**

### **ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη συζήτηση των αποτελεσμάτων προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα, σε σχέση με τις αρχικές υποθέσεις. Από τα είκοσι οχτώ (28) άτομα του συνολικού δείγματος, τα δεκατέσσερα (14) διέκοψαν το κάπνισμα (ποσοστό 50%), κάτι που επιβεβαιώνει την πρώτη μας υπόθεση η οποία αφορούσε το ότι οι μισοί συμμετέχοντες του προγράμματος θα έχουν διακόψει το κάπνισμα με το πέρας της παρέμβασης.

Επίσης, βασική υπόθεση αποτελούσε το ότι από εκείνους, που δεν θα διακόψουν το κάπνισμα, σημαντικό ποσοστό θα το μειώσει μέχρι το πέρας της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας υποστήριξαν ότι το σύνολο των ατόμων, που δεν διέκοψαν το κάπνισμα, δηλαδή το 100%, μείωσε τον αριθμό των τσιγάρων και η μείωση αυτή διήρκησε για όλο το διάστημα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα και μάλιστα πέρασαν και στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή, δηλαδή κάπνιζαν κάτω από 10 τσιγάρα. Έτσι, τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαίωσαν και τη δεύτερή μας υπόθεση.

Άλλη υπόθεση της παρούσας έρευνας ήταν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από εκείνους που θα διακόψουν το κάπνισμα, θα διατηρήσουν αποχή από αυτό μέχρι και το τέλος της παρακολούθησης (follow-up), δηλαδή για 12 μήνες. Από τους 14 που διέκοψαν το κάπνισμα, οι 13 απείχαν από το κάπνισμα μέχρι και το τέλος της παρακολούθησής τους, δηλαδή 12 μήνες αργότερα.

Μια άλλη βασική μας υπόθεση ήταν 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 η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν πραγματοποιήσει με το πέρας της παρέμβασης

αλλαγές στην καθημερινότητά τους, προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, κατορθώνοντας να αναβαθμίσουν αισθητά την ποιότητα ζωής, αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα, βελτιώνοντας τη διατροφή και υιοθετώντας περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές σε διάφορα επίπεδα.

Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα βασική υπόθεση της ερευνάς μας αποτελούσε το 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, κάτι που επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της ερευνάς μας, δηλαδή η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αυξήθηκε η φυσική δραστηριότητα μέχρι το τέλος της παρέμβασης.

Συγκεκριμένα, τα άτομα που αποτελούσαν το δείγμα της δεύτερης μελέτης αύξησαν περισσότερο τη φυσική δραστηριότητα συγκρινόμενοι με τους συμμετέχοντες των άλλων δυο μελετών, όπου υπήρχε σημαντική δυσκολία στην κινητοποίηση στη φυσική δραστηριότητα και στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας σε βάθος χρόνου και οι οποίοι χρησιμοποίησαν περισσότερο την άσκηση σαν βοήθεια στη διαχείριση της επιθυμίας. Έτσι επιβεβαιώθηκε η αρχική μας υπόθεση που έλεγε ότι η συμβουλευτική από ειδικό σε θέματα φυσικής δραστηριότητας θα συμβάλλει θετικά στην υιοθέτηση και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Από τα αποτελέσματα της δεύτερης έρευνας προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες ήρθαν σε επαφή και γνώρισαν περισσότερα πράγματα τόσο για την άσκηση όσο και για τη συμβολή της στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Όλοι πειραματίστηκαν με διάφορες μορφές άσκησης και όχι μόνο την υιοθέτησαν, αλλά την ενσωμάτωσαν στον τρόπο ζωής τους με σταθερό και συστηματικό τρόπο κάτι που επιβεβαιώθηκε στην ολοκλήρωση και των follow up δηλαδή 12 μήνες μετά. Υιοθέτησαν δηλαδή οργανωμένες μορφές άσκησης σε βάθος χρόνου λόγω των οφελών που αποκόμιζαν από αυτή τη συμπεριφορά και όχι μόνο εντός του πλαισίου

διακοπής καπνίσματος, όπου οι συμμετέχοντες της πρώτης και τρίτης μελέτης κυρίως τη χρησιμοποιούσαν σαν βοήθεια διαχείρισης της επιθυμίας, του άγχους, του βάρους και άλλων στοιχείων, που είχαν να κάνουν με τη διακοπή καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα της ερευνάς μας υποστήριξαν ακόμη την αρχική μας υπόθεση που έλεγε ότι η φυσική δραστηριότητα θα βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς αναφέρθηκε από πολλούς συμμετέχοντες ο βοηθητικός της ρόλος στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η άσκηση τους βοήθησε στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος. Οι συμμετέχοντες της δεύτερης έρευνας ανέφεραν ότι χωρίς την άσκηση δεν θα τα είχαν καταφέρει και δεν θα είχαν πετύχει τους στόχους τους, ενώ οι συμμετέχοντες της πρώτης και τρίτης μελέτης εστίασαν πάλι στο βοηθητικό ρόλο της άσκησης, αλλά σαν υποβοήθημα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι όλοι οι συμμετέχοντες της δεύτερης μελέτης υιοθέτησαν τη συμπεριφορά της άσκησης, ενώ από τα δείγματα των άλλων μελετών υπήρχε δυσκολία στην κινητοποίηση όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα. Όλοι δήλωσαν ότι τους βοήθησε με διάφορους τρόπους στη συνολική προσπάθειά τους για αλλαγή τρόπου ζωής και φυσικά και στην προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος.

Όσον αφορά την τρίτη ανεξάρτητη έρευνα, όπου το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από ειδικούς υγείας σε άτομα που τα κίνητρα διακοπής ήταν λόγοι υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν την αρχική υπόθεση, που υποστήριζε ότι η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους υγείας και το ισχυρό κίνητρο κάποιων ατόμων (πρόβλημα υγείας) θα επηρεάσει με κάποιο τρόπο τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το ποσοστό των ατόμων, που διέκοψε το κάπνισμα στη συγκεκριμένη μελέτη, ήταν αυξημένο συγκριτικά με το δείγμα της πρώτης και της δεύτερη μελέτης. Βλέπουμε ότι το πιο σημαντικό και ισχυρό κίνητρο, που ήταν οι λόγοι υγείας, επηρέασε θετικά τη



διαδικασία διακοπής καπνίσματος και αύξησε τα ποσοστά των ατόμων που κατάφεραν να πετύχουν τη διακοπή συγκριτικά με τους συμμετέχοντες των άλλων δυο μελετών. Να υπενθυμίσουμε ότι οι λόγοι συμμετοχής στο πρόγραμμα και οι προσδοκίες των συμμετεχόντων στις άλλες δυο έρευνες ήταν η προσπάθεια μείωσης καπνίσματος και η πραγματοποίηση κάποιων αλλαγών με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και όχι η διακοπή ως αυτοσκοπός. Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι ο τρόπος που έφταναν σε εμάς οι συμμετέχοντες, έπειτα δηλαδή από παραπομπή από κάποιον γιατρό και έχοντας ισχυρά κίνητρα, δηλαδή λόγους υγείας, που απαιτούσαν την άμεση διακοπή του καπνίσματος, φάνηκε να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αύξηση του ποσοστού διακοπής καπνίσματος (66.6%), ποσοστά αρκετά αυξημένα σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Επομένως, βλέπουμε ότι όλοι όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα πέτυχαν σημαντικούς στόχους ως προς τη διακοπή, ως προς τη μείωση, ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, ως προς την αύξηση γνώσεων, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, ως προς την αλλαγή τρόπου ζωής, τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής.

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι από τα 36 άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα στα Κέντρα Υγείας, μόνο τα 12 κατάφεραν να το ολοκληρώσουν. Μια πιθανή υπόθεση είναι ότι σε αυτό συνέβαλε η ταύτιση του προγράμματος με τη διακοπή καπνίσματος, κάτι που σήμαινε ότι όσο ο συμβουλευόμενος έβλεπε ότι δεν πετυχαίνει το στόχο της διακοπής απογοητευόταν και θεωρούσε ότι δεν υπάρχει κάποιος λόγος συνέχισης του προγράμματος. Τα αντίστοιχα ποσοστά από το υπόλοιπο δείγμα είναι αρκετά μειωμένα. Να θυμίσουμε ότι σκοπός δεν ήταν η διακοπή καπνίσματος, αλλά η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, δηλαδή μείωση καπνίσματος, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, αλλά και δεξιότητες σε προσωπικό επίπεδο, όπως διαχείριση

χρόνου, ικανότητα αυτοελέγχου κ.α. Η πιθανή ταύτιση του προγράμματος με τη διακοπή του καπνίσματος αύξανε τα ποσοστά εκείνων που σταματούσαν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα.

Όσον αφορά την τελευταία μελέτη, που είχε ως αντικείμενο την αξιολόγηση των συμβούλων τόσο για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα όσο και για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, φάνηκε ότι η εκπαίδευση των συμβούλων ήταν όχι μόνο επαρκής, αλλά και απαραίτητη προκειμένου να μπορέσουν να εφαρμόσουν επιτυχώς το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Επίσης, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των συμβούλων φάνηκε να συνέβαλλαν θετικά και να έπαιζαν καθοριστικό ρόλο τόσο στην εφαρμογή όσο και στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Δεν προέκυψαν κάποια στοιχεία που να δείχνουν ότι η εφαρμογή του προγράμματος από συμβούλους διαφορετικής ειδικότητας μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, παρά μόνο ότι οι σύμβουλοι-ψυχολόγοι, λόγω της περισσότερης εμπειρίας και εξοικείωσης σε θέματα συμβουλευτικής, αντιμετώπιζαν λιγότερες δυσκολίες στην εφαρμογή του προγράμματος. Ωστόσο χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση σε αυτό τον τομέα όσον αφορά τον τρόπο εφαρμογής του προγράμματος από άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων.

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων προκύπτει ως γενικότερο συμπέρασμα ότι η οργανωμένη και εξατομικευμένη παρέμβαση συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος ήταν ιδιαίτερα βοηθητική τόσο στην προσπάθειά διακοπής καπνίσματος όσο και στην προσπάθεια αλλαγής και βελτίωσης του τρόπου ζωής τους και της υιοθέτησης και ενσωμάτωσης συμπεριφορών υγείας στην καθημερινότητά τους, βοηθώντας τους έτσι να ξεπεράσουν τα εμπόδια προηγούμενων προσπαθειών διακοπής, την έλλειψη ενθάρρυνσης και ψυχολογικής υποστήριξης.

Ως τα πιο σημαντικά και βοηθητικά σημεία του προγράμματος αναφέρθηκαν η συνεργασία και η επικοινωνία με τον σύμβουλο, το ενδιαφέρον του, η κατανόηση, το

μοίρασμα, η συμπαράσταση και η υποστήριξη που παρείχε, η ευελιξία και η 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. Δεν είναι και τυχαίο άλλωστε που βασική συμβουλή των συμμετεχόντων σε άλλους καπνιστές είναι ότι η διακοπή καπνίσματος επιτυγχάνεται με συμβουλευτική υποστήριξη, ότι είναι σημαντική η οργανωμένη προσπάθεια και ότι η αναζήτηση οργανωμένης βοήθειας και στήριξης είναι απαραίτητη. Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από πολλές έρευνες του παρελθόντος.

Ως βασικό συμπέρασμα θα λέγαμε ότι η προσθήκη των συνεδριών ήταν βοηθητική, επειδή έδωσε τη δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να ανταλλάξουν και να μοιραστούν ιδέες, εμπειρίες και συναισθήματα, ανησυχίες όσον αφορά τη διακοπή με τον σύμβουλο. Είχαν την αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι τους σε αυτή την προσπάθεια και ότι υπάρχει ένα ασφαλές περιβάλλον για εκείνους. Τέλος, οι αλλαγές πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε συναισθηματικό επίπεδο για τα άτομα που είχαν ως στόχο τη διακοπή καπνίσματος. Αλλαγές εντοπίστηκαν και στον τρόπο σκέψης στα άτομα όμως που είχαν ως στόχο τη μείωση του καπνίσματος. Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι όλοι όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα πέτυχαν σημαντικούς στόχους προς τη διακοπή, ως προς τη μείωση, ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, ως προς την αύξηση γνώσεων, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, ως προς την αλλαγή τρόπου ζωής, τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αλλαγή που παρατηρείται στις περιγραφές των συμμετεχόντων για τα εμπόδια και τις δυσκολίες. Ενώ αρχικά μιλούσαν για εμπόδια ή

δυσκολίες που θα τους στερούσαν ακόμη και τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, στο τέλος όλοι αναφέρουν ότι το πρόγραμμα ενίσχυσε τις δυνάμεις τους και έκανε κάθε δυσκολία και εμπόδιο να φαντάζει στα μάτια τους πολύ μικρότερης σημασίας από ό,τι αρχικά. Όλα ήταν διαχειρίσιμες δυσκολίες και αισθανόντουσαν ότι μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τα πάντα.

Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα που αφορούν τη γενικότερη αλλαγή τους πριν και μετά στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα όσον αφορά τη γενικότερη εξάρτηση. Πριν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι αισθανόντουσαν απόλυτη εξάρτηση και έλλειψη ελέγχου στη συμπεριφορά του καπνίσματος ενώ μετά όλοι ανέφεραν ότι αισθάνονται ανεξάρτητοι, πιο ελεύθεροι, δεν αισθάνονται δέσμιοι του τσιγάρου και έχουν τον απόλυτα συνειδητό έλεγχο.

Είτε διέκοψαν είτε όχι, όλοι μιλούν για σωματικές αλλαγές, κάτι που σχετιζόταν με τα σημαντικά βήματα που πραγματοποίησαν ως προς τη μείωση καπνίσματος και ως προς την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά τις γενικές εντυπώσεις τους από το πρόγραμμα, όλοι συμφωνούν ότι είναι ιδιαίτερα βοηθητικό, καθοριστικής σημασίας για τη διακοπή, καλύπτει βασικές ανάγκες, άρτια οργανωμένο, παρέχει τα απαραίτητα εφόδια και αυτό που θα πρότειναν σε άλλους καπνιστές είναι ότι αξίζει, χρειάζεται πίστη και μόνο εάν μπουν σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα θα πετύχουν τη διακοπή.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικό είναι το ότι τα οφέλη που αποκόμισαν από το πρόγραμμα (σε επίπεδο στόχων, απόκτησης διαφόρων δεξιοτήτων, ανάπτυξης διαφόρων ικανοτήτων ή χαρακτηριστικών προσωπικότητας) τα γενίκευσαν και τα αξιοποίησαν και στους υπόλοιπους σημαντικούς τομείς της ζωής τους.

## Περιορισμοί και Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Από το τρέχον παρεμβατικό πρόγραμμα δεν έλειψαν και οι δυσκολίες, οι οποίες παρουσιάστηκαν κυρίως στην κινητοποίηση των ατόμων για τη συμμετοχή σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα ( 1<sup>η</sup> & 3<sup>η</sup> Μελέτη). Είδαμε ότι άτομα, που δεν είχαν προηγούμενη σχέση με τη φυσική δραστηριότητα, ήταν πολύ δύσκολο να παρακινηθούν και να κάνουν έστω και κάποια βήματα στο κομμάτι της φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, βασικό συμπέρασμα ήταν ότι η ατομική συμβουλευτική από ειδικό της άσκησης σε θέματα φυσικής δραστηριότητα ήταν κάτι που συνέβαλλε σημαντικά στην αύξηση και την υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης. Κάτι που προέκυψε από τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων ήταν ότι θα ήθελαν περισσότερες συνεδρίες άσκησης και όχι μόνο μια φορά την εβδομάδα, μίλησαν δηλαδή για πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση σε επίπεδο άσκησης και ανέφεραν ότι αυτό θα τους κινητοποιούσε πολύ περισσότερο και θα συνέβαλλε και στη διατήρηση της συμπεριφοράς της άσκησης σε βάθος χρόνου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν πάνω σε αυτό το αίτημα των καπνιστών, με σκοπό το σχεδιασμό ακόμη πιο ολοκληρωμένων προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Παρόλο που η παρέμβαση είναι αρκετά εξατομικευμένη, χρειάζονται περισσότερες παρεμβάσεις για να επιβεβαιωθούν και να διευρυνθούν τα αποτελέσματά μας κυρίως στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας.

Όπως είδαμε και στην πρώτη μας μελέτη, η εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής καπνίσματος, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (1<sup>η</sup> Μελέτη). Ωστόσο επειδή δεν είναι γνωστές πολλές αντίστοιχες παρεμβάσεις εφαρμοσμένες σε ενήλικες σε αντίθεση με όσες έχουν εφαρμοστεί σε εφήβους, χρειάζεται να ακολουθήσουν αρκετές ακόμη παρεμβάσεις ώστε να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματά μας.

Όπως προαναφέραμε, το πρόγραμμα έκανε ταυτόχρονα πολλές παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς όπως η διατροφή. Ενώ οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αυτό το κομμάτι ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για εκείνους και ήθελαν κάποιες συμβουλές, ωστόσο φάνηκε στην πορεία να αποδυναμώνεται ιδιαίτερα. Ίσως θα ήταν αποτελεσματικό στο ίδιο πλαίσιο να γινόταν και μια συνάντηση με κάποιο διατροφολόγο, ο οποίος θα παρακολούθησε τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου και θα πρότεινε κάποιες διατροφικές αλλαγές που θα βοηθούσαν στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και στον έλεγχο του βάρους, κάτι που απασχολεί την πλειοψηφία των ατόμων που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα (η προκατάληψη δηλαδή ότι εάν κόψουν το κάπνισμα θα πάρουν κιλά). Ίσως, εάν όλα τα παραπάνω αποτελούσαν περιεχόμενο μιας ομαδικής συνεδρίας, αυτό να βοηθούσε στην καλύτερη κινητοποίησή τους. Για παράδειγμα, εάν οργανωνόταν μια ομαδική συνεδρία, που στόχο θα είχε την ενημέρωση και την ευαισθητοποίησή τους για τη διατροφή, αυτό να τους κινητοποιούσε.

Στην τρίτη μελέτη τα άτομα έφταναν στα κέντρα υγείας ζητώντας βοήθεια για μια άλλη κατάσταση και στη συνέχεια ο γιατρός έθετε το θέμα του καπνίσματος. Ίσως δηλαδή κινητοποιήθηκαν αρχικά λόγω της προτροπής του γιατρού ή του φόβου που προκάλεσε η διαγνωσθείσα κατάσταση υγείας. Δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί κατά πόσο μια παρέμβαση συμβουλευτικής, η οποία είναι πρωτοβουλία του γιατρού, λειτουργεί διαφορετικά από αυτές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα αιτήματος ή πραγματικής επιθυμίας του καπνιστή. Φάνηκε ότι το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος λειτουργεί, όταν εφαρμόζεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα κέντρα υγείας και σε άτομα με σοβαρό κίνητρο, δηλαδή λόγους υγείας, και όταν μάλιστα ενυπάρχει και κάποιο κίνητρο ή σκέψη από τον ίδιο τον καπνιστή, αυτό συμβάλλει ακόμη περισσότερο στην αύξηση της κινητοποίησης και την λήψη της απόφασης για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Σε αντίθετες περιπτώσεις μπορεί να λειτουργεί αρχικά,

αλλά στην πορεία να αποδυναμώνεται. Αυτά τα στοιχεία τονίζουν τους τομείς στους οποίους θα πρέπει να εστιάσουν περισσότερο μελλοντικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, ώστε όχι μόνο να αυξάνονται τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα και πετυχαίνουν τη διακοπή, αλλά κυρίως να επιτευχθεί το «κράτημα» των καπνιστών στη διαδικασία και να γίνει δουλειά με αμφίθυμους καπνιστές χωρίς κίνητρο.

Τέλος, περισσότερο διερεύνηση χρειάζεται όσον αφορά τον τρόπο εφαρμογής του προγράμματος από άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων, καθώς και τον πιθανό ιατροκεντρικό τρόπο εφαρμογής του προγράμματος και πως μπορεί να επηρεάζει την αποτελεσματικότητά του.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 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.
- Abrams, D. B., & Niaura, R. (Eds.). (2003). The tobacco dependence treatment handbook: A guide to best practices. Guilford Press.
- Abrams, L., Gill, J., Windsor, R., & Simons-Morton, B. (2009). A Process Evaluation of E-Mail Counseling for Smoking Cessation in College Students: Feasibility, Acceptability and Cost. *Journal of Smoking Cessation, 4*(1), 26-33.
- Ahijevych, K., & Wewers, M. E. (1992). Processes of change across five stages of smoking cessation. *Addictive Behaviors, 17*, 17–25.
- 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.
- 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., et al. (2010). The comparative effectiveness of clinic, work-site, phone, and Web-based tobacco treatment programs. *Nicotine & Tobacco Research, 12*(10), 989–996.



- Andersson, B., Hibell, B., & Beck, F. (2007). Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm.
- Arnsten, J. H., Reid, K., Bierer, M., & Rigotti, N. (2004). Smoking behavior and interest in quitting among homeless smokers. *Addictive Behaviors*, *29*, 1155-1161.
- 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.
- Aubin, H. J., Peiffer, G., Delbarre, A., Vicaut, E., Jeanpetit, Y., Solesse, A. et al. (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.
- 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. et al (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.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. *The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1992). Social Cognitive Theory. In V. Ross, et al., (Ed.), *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues* (pp. 285). London: Jessica Kingsley Publishers.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*: Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191–215.
- 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.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York: Guilford Press.  
Μετάφραση στα ελληνικά: *Εισαγωγή στη γνωστική θεραπεία* (2000), Αθήνα: Πατάκη.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. . New York: Guilford.
- 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 metanalysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, *132*(4), 612–628.
- Blair, S. N. (1994). Physical activity and psychosocial outcomes. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement* (pp. 579–590). Champaign, IL, England: Human Kinetics.
- 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.
- Bliss, R. E., Garvey, A. J., Heinold, J. W., & Hitchcock, J. L. (1989). The influence of situation and coping on relapse crisis outcomes after smoking cessation. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, *57*, 443-449.

- Blondal, T. (1989). Controlled trial of nicotine polacrilex gum with supportive measures. *Archives of Internal Medicine*, *149*, 846-852.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., et al. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of internal medicine*, *159*(19), 2349-2356.
- 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., Graham, A. L., Sciamanna, C., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J. A., Carmona-Barros, R., et al. (2004). Smoking Cessation treatment on the Internet: content, quality and usability. *Nicotine & Tobacco Research*, *6*(2), 207-219.
- 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.
- Bodin, T., & Martinsen, E. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized controlled study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *26*, 623-633.
- 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.
- Boots Company PLC. (1998). *Give up Smoking! Your guide to a brighter future without smoking*. Nottingham UK: The Boots Company PLC.
- Borland, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*, *15*, 235-245.
- Boudreaux, E., Francis, J., Taylor, C., Scarinci, I., & Brantley, P., (2003). Changing multiple health behaviors: smoking and exercise. *Preventive Medicine*, *36*, 471–478.
- Brandon, T. H., Tiffany, S. T., Oberemski, K. M., & Baker, T. B. (1990). Postcessation cigarette use: the process of relapse *Addictive Behaviors*, *15*, 105-114.

- Bravata, D. M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A. L., Lin, N., Lewis, R. et al. (2007). Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 298(19), 2296–2304.
- Brendryen, H., Drozd, F., & Kraft, P. (2008). A Digital Smoking Cessation Program Delivered Through Internet and Cell Phone Without Nicotine Replacement (Happy Ending): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 10(5).
- 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, R. A., Lejuez, C. W., Strong, D. R., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Carpenter, L. L., et al. (2009). A prospective examination of distress tolerance and early smoking lapse in adult self-quitters. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 493-502.
- Burbank, P. M., Riebe, D. (2002). *Promoting Exercise and Behavior Change in Older Adults*. New York: Springer.
- Butler, C. C., Rolnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M., & Stott, N. (1999). Motivational Consulting versus Brief Advice for Smokers in General Practice: A Randomized Trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.
- Butler, J. T. (2001). *Principles of health education and health promotion* (3<sup>rd</sup> 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.
- 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.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Disability and health state chartbook, 2006: Profiles of health for adults with disabilities. *Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.*
- Chaloupka, F. J. (1999). Macro-social influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. *Nicotine & Tobacco Research, 1*, 105-109.
- Champassak, S. L., Goggin, K., Finocchiaro-Kessler, S., Farris, M., Ehtesham, M., Schoor, R., et al. (2014). A qualitative assessment of provider perspectives on smoking cessation counseling. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(3), 281-287.
- 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. *Experimental and Therapeutic Medicine, 7*(3), 716–720.
- Cheskin, L. J., Hess, J. M., Henningfield, J., & Gorelick, D. A. (2005). Calorie restriction increases cigarette use in adult smokers. *Psychopharmacology, 179*, 430-43.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine, 358*, 2249-2258.
- Clark, M. M., Decker, P. A., Offord, K. P., Patten, C. A., Vickers, K. S., Croghan, I. T., et al. (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, 52*, 212–221.

- 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*, 20, 96-105.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. *Health Education Research*, 16, 671-692.
- Cohen, S. (1990). Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychology*, 9(4), 466-478.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., et al. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*, 30, 865-874.
- 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.
- Courneya, K. S., & Bobick, T. M. (2000). Integrating the Theory of Planned Behavior with the Processes and Stages of Change in the Exercise Domain. *Psychology of sport and exercise*, 1(1), 41-56.
- Craciun, C., & Baban, A. (2008). Exploring smoking in Romanian Adolescents: prevalence, predictors and Meanings of smoking. *Cognition Brain & Behavior. An interdisciplinary Journal*, 12(4), 435-452.
- 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(4), 339-357
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (2004). *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 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., Grothaus, L. C., McAfee, T., & Pabiniak, C. (1998). Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine*, 339(10), 673-679.

- Curry, S. J., Keller, P. A., Orleans, C. I., & Fiore, M. C. (2008). The role of health systems in increased tobacco cessation. *Annual Review of Public Health, 29*, 411–428.
- Dale, L. C., Glover, E. D., Sachs, D. P. L., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Croghan, I. T., et al. (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.
- Danis, P. G., & Seaton, T. L. (1997). Helping your patients to quit smoking. *American Family Physician, 55*(4), 1207-1218.
- 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
- Das, U. N. (2004). Anti-inflammatory nature of exercise. *Nutrition, 20*, 323–326.
- DeLucia-Waack, J. L., Kalodner, C. R., & Riva, M. (Eds.). (2013). Handbook of group counseling and psychotherapy. Sage Publications.
- Derby, C. A., Lasater, T. M., Vass, K., Gonzalez, S., & Carlton, R. A. (1994). Characteristics of smokers who attempt to quit and those who recently succeeded. *American Journal of Preventive Medicine, 10*, 327-334.
- DeRuiter, W., & Faulkner, G. (2006). Tobacco Harm Reduction Strategies: The Case for Physical activity. *Nicotine & Tobacco Research, 8*, 157-168.
- 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.
- 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.

- 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., & Gilbertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 181–200.
- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J., & van Breukelen, G. (1998). Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 549-557.
- 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.
- Di Noia, J., Contento, F. R., & Prochaska, J. O. (2008). Computer-Mediated Intervention Tailored on Transtheoretical Model Stages and Processes of Change Increases Fruit and Vegetable Consumption Among Urban African-American Adolescents. *American Journal of Health Promotion, 22*(5), 336-341.
- DiPietro, L. (1995). Physical activity, body weight, and adiposity: An epidemiology perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 23*, 275–303.
- 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., & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine and science in sports and exercise, 28*(6), 706-719.
- 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. *Nicotine & tobacco research, 10*(6), 975-983.
- 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.



- Droomers, M., Schrijvers, C. T., & Mackenbach, J. P. (2004). Educational differences in the intention to stop smoking: explanations based on the Theory of Planned Behavior. *European Journal of Public Health, 14*(2), 194-198.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The Use of Brief Interventions Adapted from Motivational Interviewing across Behavioral Domains: A Systematic Review. *Addiction, 96*, 1725-1742.
- 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. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 2*(2), 159.
- Emery, S., Choi, W. S., & Pierce, J. P. (1999). The Social Costs of Tobacco Advertising and Promotions. *Nicotine and Tobacco Research, 1*, 83-91.
- 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. (2005). Comparing the efficacy of two internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 7*(1).
- Ettinger, W. H., Burns R., Messier, S. P., Applegate, W., Rejeski, W. J., Morgan, T. M., et al. (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. Brussels: European Commission, TNS Opinion & Social.

- European Commission (2010) Special Eurobarometer: Sport and Physical Activity. Brussels.
- 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.
- Ευθυμίου, Κ. & Σοφianoπούλου, Α. (2007). Διακοπή καπνίσματος. Ένα δομημένο πρόγραμμα ομαδικής γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- 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., et al. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91 (9), 1271–1280.
- Faue, M., Folen, R. A., James, L. C., & Needels, T. (1997). The Tripler Tobacco-Cessation Program: predictors for success and improved efficacy. *Military Medicine*, 162(7), 445-449.
- 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.
- Fagard, R. H., & Cornelissen, V. A. (2007). Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(1), 12-17.
- Feltz, D. L., Short, S. E., & Sullivan, P. J. (2008). Self-efficacy in sport. *Human Kinetics*.
- 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](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, C., Jorenby, D. E., & Baker, T. B. (1992). Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA*, *266*, 3133.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2005). Theory-based behavior change interventions: Comments on Hobbis and Sutton. *Journal of Health Psychology*, *10*, 27-31.
- 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.
- 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.
- 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.
- Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., & Antó, J. M. (2007). Regular Physical Activity Modifies Smoking-related Lung Function Decline and Reduces Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Population-based Cohort Study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, *175*(5), 458-463.
- García-Vera, M. P. (2004). Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking-cessation treatment: five-year

- results of the “Ex-Moker” program. *Journal of substance abuse treatment*, 27(4), 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.
- Garrison, M., Christakis, M., Ebel, B., Wiehe, S., & Rivara, F. (2003). Smoking Cessation Interventions for Adolescents. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 25.
- Garvey, A. J., Kalman, D., Hoskinson, R. J., Kinnunen, T., Wadler, B. M., Thomson, C. C., et al. (2012). Front-Loaded Versus Weekly Counseling for Treatment of Tobacco Addiction. *Nicotine & Tobacco Research*, 14(5), 578–585.
- Gauvin, L., & Spence, J. C. (1996). Physical activity and psychological well-being: Knowledgebase, current issues, and caveats. *Nutrition Review*, 54, 53–65.
- 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.
- Giao, Y., Zheng, W., Giao, R., & Jin, F. (1991). Tobacco smoking and its effect on health in China. *IARC Science Publication*, 105, 62–67.
- 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. et al. (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.

- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Eakin, G., & Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health, 90*, 786-789.
- Godin, G. (1989). The Effectiveness of Interventions in Modifying Behavioral Risk Factors of Individuals with Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 9*(6), 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, et al. (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, et al. (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., et al. (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.
- 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.
- Gourlay, S. G., Forbes, A., Marriner, T., Pethica, D., & McNeil, J. (1994). Biochemical validation of smoking status: Pros, cons, and data from four low-intensity intervention trials. *Addictive Behaviors, 18*(5), 511-527.
- Graham, A. L., Cobb, N. K., Raymond, L., Sill, S., & Young, J. (2007). Effectiveness of an internet-based worksite smoking cessation intervention at 12 months. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 49*(8), 821-828.

- Graham, A. L., Papandonatos, G. D., DePue, J. D., Pinto, B. M., Borrelli, B., Neighbors, C. J. et al. (2008). Lifetime Characteristics of Participants and Non-Participants in a Smoking Cessation Trial: Implications for External Validity and Public Health Impact. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 295-307.
- Γρατσάνη, Σ., Λεοντάρη, Δ., & Ζήση, Β. (2016). Προγράμματα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος σε ενήλικες. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(2), 173-180.
- Γρατσάνη, Σ., Λεοντάρη, Δ., Ζήση, Β., & Θεοδωράκης, Γ. (2016). Συμβουλευτική υποστήριξη σε ενήλικες για τη διακοπή του καπνίσματος. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 14 (1), 67-78.
- 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. *Annals of Behavioral Medicine*, 11(4), 144-153.
- 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. *British journal of health psychology*, 14(1), 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. et al. (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.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., & Lancaster, T. (2009). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).

- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Prochaska, J. J., & 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. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(1), 81.
- 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.
- 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.
- Hassandra, M., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2015). Exercise and Smoking: A Literature Overview. *Health, 7*, 1477-1491.
- Hassandra, M., Kofou, G., Zourbanos, N., Gratsani, S., Zisi, V. & 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., Kolovelonis, A., Chroni, S.A., Olympiou, A., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2015). Understanding the Experiences of Heavy Smokers after Exercise. *Health, 7*, 1622-1633.
- 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, 26*(9), 1241-1258.
- Hassova, M., Warren, F., Ussher, M., Van Rensberg, K., Faulkner, G., et al. (2012). The acute effects of physical activity on cigarette cravings: Systematic review and meta-analysis with individual participant data. *Addiction, 108*, 26–37.

- Hatzigeorgiadis, A., Pappa, V., Tsiami, A., Tzatzaki, T., Georgakouli, K., Zourbanos, N., et al. (2016). Self-regulation strategies may enhance the acute effect of exercise on smoking delay. *Addictive behaviors*, *57*, 35-37.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Ru'ge, J., Rumpf, H. J. et al. (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. *New England Journal of Medicine*, *359*(19), 2018-2024.
- 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.
- Henrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C., Klevan, D., Holtan, N., Huebsch, J. A., et al. (2005). The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine*, *40*, 249-258.
- Hesketh, T., Lu, L., Jun, Y., & Mei, W. (2007). Smoking, cessation and expenditure in low income Chinese: cross sectional survey. *BMC Public Health*, *7*, 29–37
- Hill, J.S. (1981). Health behaviour: The role of exercise in smoking cessation. *(CAHPER) Journal*, *28*, 15–8.
- Hjalmarson, A., & Boethius, G. (2007). The effectiveness of brief advice and extended smoking cessation counseling programs when implemented routinely in hospitals. *Preventive Medicine*, *45*, 202-207.
- Hoepfner, B. B., Velicer, W. F., Redding, C. A., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Pallonen, et al. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, *31*, 1363–1372.
- Hogg, M., & Vaughn, G. M. (1995). Nature and measurement of attitudes. In M. Hogg & G. M. Vaughn (Eds.), *Social Psychology: An introduction* (pp. 108-147): Prentice Hall: Harvester Wheatsheaf.



- 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., Weismantel, D., & Wadland, W. C. (2008). Clinician perceptions of 39 factors influencing referrals to a smoking cessation program. *BMC Family Practice*, 9, 18.
- Hoving, E. F., Mudde, A. N., & De Vries, H. (2006). Smoking and the Ø pattern; predictors of transitions through the stages of change. *Health education research*, 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.
- Huang, C. L. (2005). Evaluating the program of a smoking cessation support group for adult smokers: a longitudinal pilot study. *Journal of Nursing Research*, 13(3), 197-205.
- Hughes, J. R. (2009). Smokers' beliefs about the inability to stop smoking. *Addictive Behaviors*, 34, 1005–1009.
- 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. In *Mayo Clinic Proceedings*, 67, 823–828.
- Hurt, R. D., Sachs, D. P., Glover, E. D., Offord, K. P., Johnston, J. A., Dale, L. C., et al. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 337(17), 1195-1202.
- Hyland, A., Wakefield, M., Higbee, C., Szczypka, G., & Cummings, K. M. (2005). Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health education research*, 21(2), 296-302.

- Hymowitz, N., Sexton, M., Ockene, J. K., & Grandits, G. (1991). Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. *Preventive Medicine, 20*, 590-601.
- Θεοδωράκης, Ι. (2010). *Άσκηση, Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Ι., Γιώτη, Γ. & Ζουρμπάνος, Ν., (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 1<sup>ο</sup>: Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 225–238.
- Θεοδωράκης, Ι., Γούδας, Μ. & Παπαιωάννου, Α., (2001). *Ψυχολογική υπεροχή στον αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Ι. & Γουργουλιάνης, Κ. (2006 ). *Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση*. Τρίκαλα, Θεσσαλίας: Εργαστήριο Ψυχολογίας και Ποιότητας Ζωής, ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Θεοδωράκης, Γ. & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547–562.
- Θεοδωράκης, Ι. & Χασάνδρα, Μ., (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239–248.
- IARC - International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volum 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Thomas, R. G., & Brenner, G. F. (1994). Drug and alcohol abuse inpatients' attitudes about smoking cessation. *Journal of Substance Abuse*, 6, 267-278.
- Ismailov, R. M. & Leatherdale, S. T. (2010). Smoking cessation aids and strategies among former smokers in Canada. *Addictive Behaviors, 35*, 282–285.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment New York: Free Press.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1–47.

- Japuntich, S., Zehner, M., Smith, S., Jorenby, D. E., Valdez, J., Fiore, M., et al. (2006). Smoking cessation via the Internet: A randomized clinical trial of an Internet intervention as adjuvant treatment in a smoking cessation intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(1), 59-67.
- 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.
- Javitz, H. S., Swan, G. E., Zbikowski, S. M., Curry, S. J., McAfee, T. A., Decker, D., 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 in Health*, 7(5), 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.
- 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., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., Hughes, A. R., et al. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340(9), 685-691.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E. M., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2014). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. *The Journal of Positive Psychology*, 9(1), 19-29.
- 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.
- 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. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 216–227.
- Khan, K. M., Thompson, A. M., Blair, S. N., Sallis, J. F., Powell, K. E., Bull, F.C. et al. (2012) Sport and Exercise as Contributors to the Health of Nations. *The Lancet*, 380, 59-64.
- King, T., Matacin, M., Marcus, B., Bock, B. & Tripolone, J. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*, 25, 613–618.
- 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.
- Kinnunen, T. H., Korhonen, T., Craft, L. L., & Perna, F. M. (2010). Treating tobacco dependence in women with exercise: Review on effectiveness and mechanisms. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 8(1), 48-60.
- Kirscht, J. P. (1989). Psychosocial predictors of change in cigarette smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(4), 298-308.
- 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.

- Kohler, C. L., Fish, L., & Davies, S. (2004). Transtheoretical Model of change among hospitalised African- American smokers. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 145-150.
- Kokkevi, A., Terzidou, M., Politikou, K., & Stefanis, C. (2000). Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1), 181-188.
- Kosmidou, E. & Theodorakis, Y. (2007). Examining differences in smoking attitudes between adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 101, 475–481.
- Kovač, V. B., Rise, J., & Moan, I. S. (2009). From Intentions to Quit to the Actual Quitting Process: The Case of Smoking Behaviour in Light of the TPB. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14, 181-197
- Kowalski, S. D. (1997). Self-Esteem and Self-Efficacy as Predictors of Success in Smoking Cessation. *Journal of Holistic Nursing*, 15(2), 128-142.
- 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.
- 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., et al. (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., Hope, H., & Davis, A. M. (1997). Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. *Preventive medicine*, 26(3), 340-349.
- Kyrlesi, A., Soteriades, E. S., Warren, C. W., Kremastinou, J., Papastergiou, P., Jones, N. R., et al. (2007). Tobacco use among students aged 13–15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health*, 7(1), 3.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*.

- Landers, D. (1994). Performance, stress, and health: Overall reaction. *Quest*, 46, 123–135.
- Lauro, I. S., & Paxeras, J. A. (2004). Update on the treatment of smoking dependence. *Archivos de Bronconeumología ((English Edition))*, 40(3), 123-132.
- LaVecchia, C., Boyle, P., Franceschi, S., Levi, F., Maisonneure, P., Negri, E., et al. (1991). Smoking and cancer with emphasis on Europe. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 27(1), 94-104.
- Lawhon, D., Humfleet, G. L., Hall, S. M., Reus, V. I., & Muñoz, R. F. (2009). Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. *Health Psychology*, 28(4), 465-472.
- Le Foll, B., & George, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*, 177(11), 1373-1380.
- 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. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 15(1), 21-36
- Levine, M. D., Perkins, K. A., & Marcus, M. D. (2001). The characteristics of women smokers concerned about post-cessation weight gain. *Addictive Behaviors*, 26, 749-756.
- 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.
- Locke, E. & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- 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.

- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist, 10*, 1–24.
- 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.
- Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R., & Nichter, M. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors, 34*, 973-975.
- Manfredi, 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 Education 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. et al. (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.
- Marks, D. F. (1998). Addiction, smoking and health: Developing policy-based interventions. *Psychology, Health and Medicine, 3*, 97-111.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford.

- Marti, B., Abelin, T., Minder, C., & Vader, J. (1988). Smoking, alcohol consumption, and endurance capacity: An analysis of 6.500 19 year-old conscripts and 4.100 joggers. *Preventive Medicine, 17*, 79-82.
- 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 Medica Scandinavica, 224*, 195-203.
- Matheny, K. B., & Weatherman, K. E. (1998). Predictors of smoking cessation and maintenance. *Journal of Clinical Psychology, 54*(2), 223-235.
- 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.
- 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.
- McEwen, A., West R., & McRobbie, H. (2008). Motives for smoking and their correlates in clients attending stop smoking treatment services. *Nicotine & Tobacco Research, 51*(10), 843–850.
- McGill, H. (1990). Smoking and the pathogenesis of atherosclerosis. *Advance Experimental Medical Biology, 273*, 9–16.
- McDermott, L. J., Dobson, A. J., & Owen, N. (2006). From partying to parenthood: young women's perceptions of cigarette smoking across life transitions. *Health Education Research, 21*(3), 428-439.
- Míguez, M. C., & Becoña, E. (2008). Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco research, 10*(1), 129-135.
- Miller, W. R. (2001). Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual.: New York: Guilford Press.



- Miller, K. H., Ogletree, R. J., & Welshimer, K. (2002). Impact of activity behaviors on physical activity identity and self-efficacy. *American Journal of Health Behavior, 26*(5), 323-330.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- 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.
- 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. (2005). Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev, 2*.
- Moller, A. M., & Tonnesen, H. (1999). Group therapy and smoking cessation. *Ugeskr Laeger, 161*, 4987-4988.
- 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.
- 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. (1999). 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.
- Nelson, D. E., Giovino, G. A., Shopland, D. R., Mowery, P. D., Mills, S. L., & Eriksen, M. P. (1995). Trends in Cigarette Smoking among US -Adolescents, 1974 through 1991. *American Journal of Public Health*, 85(1), 34–40.
- 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.
- Nides, M. A. (1995). Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 60-69.
- Nie, N. H., Simpsen, A., Stepanikova, I., & Zheng, L. (2005). Ten years after the birth of the Internet, how do Americans use the Internet in their daily lives. *Stanford Institute for the Quantitative Study of Society*.
- 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., & Woody, S. R. (2009). Applying lessons learned from obsessions: Metacognitive processes in smoking cessation. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 241-254.
- Nystul, M. S. (1993). *The art and science of counseling and psychotherapy*: Prentice-Hall.
- Ockene, J. K., Kristeller, J., Goldberg, R., Amick, T. L., Pekow, P. S., & Hosmer, D. (1991). Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: A randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 1-8.

- Oguma, Y., & Shinoda-Tagawa, T. (2004). Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: Review and metanalysis. *American 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.
- Osch, L., Lechner, L., Reubsact, A., Wigger, S., & De Vries, H. (2008). Relapse prevention in a national smoking cessation contest: Effects of coping planning. *British Journal of Health Psychology*, 13(3), 525-535.
- Osler, M., Holstein, B., Avlund, K., Damsgaard, M. T., & Rasmussen, N. K. (2001). Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scandinavian journal of public health*, 29(1), 32-39.
- Oster, G., Huse, D., Delea, T. E., & Colditz, G. A. (1986). Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician’s advice against cigarette smoking. *Journal of the American Medical Association*, 256, 1315-1318.
- 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., Vartianen, E., & Puska, P. (2001). Smoking Cessation between Teenage Years and Adulthood. *Health Education Research*, 16, 49-57.
- Paavola, M., Vartiainen, E., & Puska, P. (1996). Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research*, 11(3), 309-315.
- 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 review of anti-infective therapy*, 5(3), 385-391.

- 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.
- 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.
- 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.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C., & Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology, 15*, 462-468.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath Jr, C., & Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British medical bulletin, 52*(1), 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. *Clinical psychology review, 26*(2), 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., et al. (2009). A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies. *Archives of General Psychiatry, 66*(11), 1253–1262.

- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., Thomsen, T., & Jorgensen, T. (2005). Acceptance of the smoking cessation intervention in a large population-based study: The Inter99 study. *Scandinavian Journal of Public Health, 33*, 138-145.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. M., Chrysohoou, C. & 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.
- 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., et al. (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. T., Bolman, C., Reubsæet, A., & De Vries, H. (2009). Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Education Research, 24*(6).
- Pohl, J. M., Martinelli, A., & Antonakos, C. (1998). Predictors of participation in a smoking cessation intervention group among low-income women. *Addictive Behaviors, 23*(5), 699-704.
- 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.
- 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., & Marcus, B. H. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to exercise. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180): Champaign, IL: Human Kinetics.
- 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., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., & Rakowski, W. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 39-46.
- 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*, 83-107.
- 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.
- Pulvers, K. M., Catley, D., Okuyemi, K., Scheibmeir, M., McCarter, K., Jeffries, S. K., et al. (2004). Gender, smoking expectancies, and readiness to quit among urban African American smokers. *Addictive Behaviors, 29*, 1259-1263.
- Quinn, V. P., Hollis, J. F., Smith, K. S., Rigotti, N. A., Solberg, L. I., Hu, W., et al. (2009). Effectiveness of the 5-as tobacco cessation treatments in nine HMOs. *Journal of General Internal Medicine, 24*(2), 149–154.
- 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.

- Ramos, M., Ripoli, J., Estrades, T., Socias, I., Fe, A., Duro, R., et al. (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., et al. (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., Felten, D., Hasenfuß, G., & Andreas, S. (2008). Implementing a hospital-based smoking cessation programme: Evidence for a learning effect. *Patient education and counseling*, *70*(2), 199-204.
- Rayens, M. K., Hahn, E. J., & Hedgecock, S. (2008). Readiness to quit smoking in rural communities. *Issues in Mental Health Nursing*, *29*, 1115–1133.
- Raw, M., McNEILL, A. N. N., & West, R. (1998). Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals—A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, *53*, 1-18.
- 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.
- Riet, J. V. T., Ruiter, R. A., Werrij, M. Q., & De Vries, H. (2008). The Influence of Self-Efficacy on the Effects of Framed Health Messages. *European Journal of Social Psychology*, *38*, 800-809
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., & Stead, L. F. (2008). Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*, *168*(18), 1950-1960.
- 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., & Heather, N. (1992). Negotiating Behaviour Change in Medical Settings: The Development of Brief Motivational Interviewing. *Journal of Mental Health*, *1*, 25-37.
- Rollnick, S., Butler, C. C., & Scott, N. (1997). Helping Smokers Make Decisions: The Enhancement of Brief Intervention for General Practice. *Patient Education and Counseling*, *31*, 191-203.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 325–334.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. (2008). Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior.
- Romand, R., Gourgou, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assesing the Five-Day Plan for smoking cessation. *Addiction*, *100*, 1546–1554.
- Roopchandani, K., Singhvi, I., & Kar, M. (2008). Smoking cessation aids. *Asian Journal of Pharmaceutics*, *2*(4), 184–19.
- Rosenbloom, D. (1991). A tranrtheoretical analysis 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.



- Rothemich, S. F., Woolf, S. H., Johnson, R. E., Devers, K. J., Flores, S. K., Villars, P., et al. (2010) Promoting primary care smoking-cessation support with quitlines: The QuitLink Randomized controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 367–374.
- 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. *Psychological reports*, 53(1), 199-206.
- Rustin, T. A., & Tate, J. C. (1993). Measuring the Stages of Change in Cigarette Smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 209–220.
- 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. *American Journal of Epidemiology*, 127, 87–94.
- Sánchez, L. (1995). Tratamiento especializado del tabaquismo. *Arch Bronconeumol*, 31, 124–32.
- Sasco, A. J., Laforest, L., Benhaïm-Luzon, V., Poncet, M., & Little, R. E. (2002). Smoking and its correlates among preadolescent children in France. *Preventive medicine*, 34(2), 226-234.
- 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., Boyce-Smith, G., Rideout, J. A., & Kamil, J. (2001). Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tobacco Control*, 10(2), 175-180.
- Scholte, R. H., & Breteler, M. H. (1997). Withdrawal symptoms and previous attempts to quit smoking: associations with self-efficacy *Substance Use and Misuse*, 32(2), 133-148.

- 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.
- 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. et al. (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., & West, R. (2009). Do ex-smokers report feeling happier following cessation? Evidence from a cross-sectional survey. *Nicotine & Tobacco Research*, *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., et al. (1997). A day at a time: Predicting smoking lapse from daily urge. *Journal of Abnormal Psychology*, *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. & 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., & Glantz, S. A. (2010). Effect of smoking scenes in films on immediate smoking: a randomized controlled study. *American journal of preventive medicine*, *38*(4), 351-358.

- 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.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G., & Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *The Lancet*, 343(8890), 139-142.
- 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.
- Sorensen, G., Goldberg, R., Ockene, J., Klar, J., Tannenbaum, T., & Lemeshow, S. (1992). Heavy smoking among a sample of employed women. *American Journal of Preventive Medicine*, 8(4), 207-214.
- Sorenson, G., & Pechacek, T. F. (1987). Attitudes toward smoking cessation among men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 129–137.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2009). Group behavior therapy programs for smoking cessation *Cohrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (1998). Group behaviour therapy programs for smoking cessation (Cohrane Review). In. Oxford: UK: Update Software.
- Stead, L. F., Lancaster, T., & Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of SystematicReviews*, 1, CD002850.
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- 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.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the Transtheoretical Model applied to smoking cessation In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior: From beliefs to self-regulation.*: Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- 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.
- Taylor, A. H., Everson-Hock, E. S., & Ussher, M. (2010). Integrating the Promotion of Physical Activity within a Smoking Cessation Program: Findings from Collaborative Action Research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research*, *10*, 317.
- 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, H., & Leitman, R. (2003). No significant changes in the numbers of “Cyberchondriacs”-those who go online for health care information. Harris Interactive Health Care Research. Health Care News [serial online], from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2003.Vol3\\_Iss04.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2003.Vol3_Iss04.pdf)

- 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.
- Thomas, J. L., Patten, C. A., Mahnken, J., Offord, K. P., Hou, Q., Lynam, I. M., et al. (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.
- 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.
- 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.
- Tomprowski, P. D., & Ellis, N. R. (1986). Effects of exercise on cognitive processes: A review. *Psychological Bulletin, 99*, 338–346.
- 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.

- Treasure J. (2004). Motivational Interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 331–337.
- Τσιάμη, Α., Κολοβελώνης, Α., Γούδας, Μ., & Θεοδωράκης, Γ. (2016). Exercise, Smoking and Depression Symptoms. A Qualitative Study. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 14(1).
- 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.
- Τζατζάκη, Θ., Παππά, Β., Αποστόλου, Λ., Χατζηγεωργιάδης, Α., & Θεοδωράκης, Γ. (2016). Applications of Self-Determination Theory and Self-Regulation Strategies in Exercise Programs for Smoking Cessation. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 14(1).
- 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.
- U.S. Department of Commerce. (2004). A nation online: Entering the broadband age. Washington, DC: National Telecommunications and Information Administration.
- UK Department of Health (1998) Smoking kills: a White Paper on tobacco. London: The Stationary office. European Commission. (2003) Smoking and the environment: actions and attitudes. Brussels, 2003.
- US Department of Health & Human Services (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence Update. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Washington: Department of Health and Human Services. 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.
- U.S. Public Health Service (1995). Smoking cessation in adults. *American Family Physician*, 51(8), 1914-1918.

- 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., 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.
- Van Osch, L., Lechner, L., Reubsat, A., Steenstra, M., Wigger, S., & de Vries, H. (2008). Optimizing the efficacy of smoking cessation contests: an exploration of determinants of successful quitting. *Health education research*, *24*(1), 54-63.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Proshaska, J. O. (1990). Relapse Situations and Self-Efficacy: An Integrative Model. *Addictive Behaviors*, *15*, 271-283.
- 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.
- Vernon, J. D., Crane, L. A., Prochazka, A. V., Fairclough, D., & Mackenzie, T. D. (1999). Smokers hospitalized in an urban, public hospital: Addiction, stages of change, and self-efficacy. *Preventive Medicine*, *28*, 488-495.
- 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.

- 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 & Tobacco Research, 10*(8), 1405-1413.
- Wakefield, M., Germain, D., Durkin, S., & Henriksen, L. (2006). An experimental study of effects on schoolchildren of exposure to point-of-sale cigarette advertising and pack displays. *Health Education Research, 21*(3), 338-347.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal, 174*(6), 801-809.
- 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. *Addictive behaviors, 22*(4), 521-533.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., Menil de, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: What do we know?. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(6), 339-350.
- Welch, D. & Poulton, R. (2009). Personality Influences on Change in Smoking Behavior. *Health Psychology, 28*(3), 292–299.
- Wendel-Vos, G. C. W., Schuit, A. J., Feskens, E. J. M., Boshuizen, H. C., Verschuren, W. M. M., Saris, W. H. M., et al. (2004). Physical activity and stroke. A meta-analysis 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. (2006). The Behavior-Image Model: a paradigm for integrating prevention and health promotion in brief interventions. *Health Education Research, 22*(5), 677-690.
- 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 (2017β). Tobacco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- WHO (2017α) Report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2015). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision, 5th ed.). Geneva: WHO.
- WHO (2009). World Health Statistics. Available: <http://www.who.int.whois/whostat/2009/en/index.html>.
- World Health Organisation. (2008). *Health for all database*.
- World Health Organisation. (2008). National Expenditures on Health. From <http://www.who.int/nha/en/>).
- World Health Organisation. (2007). *The European Tobacco Control Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization -European strategy for smoking cessation policy. Revision 2004. European Tobacco Control Policy Series, No 1.
- World Health Organization (2003). An international treaty for tobacco control. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). Factsheet on cigarette consumption: World Health Organization: western Pacific Region Public Information Unit.
- World Health Organization and US National Cancer Institute (2016). The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, D., & Abraham, C. (2004). Constructing an integrated model of the antecedents of adolescent smoking. *British Journal of Health Psychology*, 9, 315-333.
- Wilson, K., Gibson, N., Willan, A., & Cook, D. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Archives of Internal Medicine*, 160, 939-944

- 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.
- Yeh, H. C., Duncan, B., Schmidt, M., Wang, N. Y. & Brancati, F. (2010). Smoking, Smoking Cessation, and Risk for Type 2 Diabetes Mellitus A Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*, *152*, 10–17.
- Υποφάντη, Μ., Λυράκος, Γ., Μουχτούρη, Β., Τζάννε, Π., Πανίδου, Μ., Νιαρχάκου, Η., et al., (2015). Γνωσίες, φυσική δραστηριότητα, δημογραφικά χαρακτηριστικά και «Συναισθηματική Σταθερότητα»: Πώς συνδέονται με τη διακοπή καπνίσματος. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, *32*(4), 492-500.
- 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.
- 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., Gilseman, 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., Rosbrook, B., & Pierce, J. P. (2000). Smoking Cessation with and without Assistance: A Population-Based Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, *18*, 305-311.
- Zhu, S. H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., & Pierce, J. P. (1996). 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.
- Zisi, V., Gratsani, S., Leontari, D., & Theodorakis, Y. (2016). Combining Individual and Group Counselling Sessions in a Smoking Cessation Intervention. *Psychology*, 7, 1766-1784.
- Zourbanos, N., Hatzigeorgiadis, A., Tsiami, A., Tzatzaki, T., Georgakouli, K., Manthou, E. et al. (2016). An initial investigation of smokers' urges to smoke and their exercise intensity preference: A mixed-methods approach. *Cogent Medicine*, 3(1), 1149043.
- Zourbanos, N & Theodorakis, Y (2016). Exercise and Smoking. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 14(1).
- 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.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### Έγκριση Επιτροπής Βιοηθικής



Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας

Τρίκαλα: 20/6/2012  
Αριθμ. Πρωτ.: 603

Έγκριση της πρότασης για διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο: «Ατομική και Ομαδική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας»

Επιστημονικώς υπεύθυνος-η / επιβλέπων-ουσα: Βασιλική Ζήση  
Ιδιότητα: Επίκουρη Καθηγήτρια  
Ίδρυμα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
Τμήμα: Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

Κύριος ερευνητής-τρια / φοιτητής-τρια: Λεοντάρη Δέσποινα  
Πρόγραμμα Σπουδών: Διδακτορικό  
Ίδρυμα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
Τμήμα: Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

Η προτεινόμενη έρευνα θα είναι: Διδακτορική Διατριβή **X**

Τηλ. επικοινωνίας: 6942469588  
Email επικοινωνίας: despolnaleontari@gmail.com

Η Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μετά την υπ. Αριθμ. 1-1 /20-6-2012 συνεδρίασή της εγκρίνει τη διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας.

Ο Πρόεδρος της  
Εσωτερικής Επιτροπής  
Δεοντολογίας – ΤΕΦΑΑ

Τσιόκανος Αθανάσιος  
Αναπληρωτής Καθηγητής

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ατομικό Προφίλ

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:

Αποψη 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:

Αποψη 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 πως είναι τώρα: (γενικότερη εξάρτηση)

Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως 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 πως εξελίχθηκε μετά; (Τι ακριβώς έκανε πριν; Τώρα; Πιστεύει ότι βοήθησε στην προσπάθειά του / της;)

Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)

Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και 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 που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

#### Συνέντευξη Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς της Άσκησης

---

Τι σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη φυσική δραστηριότητα;

Πιστεύετε ότι θα μπορούσε να ενσωματώσει τη φυσική δραστηριότητα ως τρόπο ζωής μετά το τέλος του προγράμματος;

Θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας ως ενεργό άτομο;

Σκεφτήκατε ποτέ ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να σας βοηθήσει να διακόψετε ή να μειώσετε το κάπνισμα;

Νομίζετε ότι μπορείτε να αυξήσετε τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή σας ζωή;

Ποια είναι τα κύρια εμπόδια για την ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στη ρουτίνα σας;

Ποια είναι τα κίνητρα για την ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας στη ρουτίνα σας;

Πιστεύετε ότι η φυσική δραστηριότητα θα σας ωφελήσει;

Πιστεύετε ότι το πρόγραμμα λειτούργησε ως σύμμαχο στην προσπάθειά σας να υιοθετήσετε την άσκηση ως τρόπο ζωής και ως εκ τούτου, να απέχετε από το κάπνισμα;

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

### Αξιολόγηση εκπαιδευτικού Προγράμματος

Ερωτήσεις	Σκοπός Ερωτήσεων
Πόσο σε βοήθησε το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος να γίνεις καλύτερος σύμβουλος;	Να καταλάβουμε εάν οι συμμετέχοντες θεωρούσαν βοηθητικό ή όχι καθώς σε ποιο βαθμό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος στο να γίνουν καλύτεροι σύμβουλοι.
Τι θεωρείς πιο σημαντικό στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;	Να εντοπίσουμε τις δραστηριότητες εκείνες που βοήθησαν περισσότερο τους συμβούλους κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος.
Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά την διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος; Αν ναι, τι;	Να διακρίνουμε πιθανές δυσκολίες του προγράμματος και στοιχεία που χρειάζεται να προσεχτούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση.
Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησαν περισσότερο κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος;	Να εντοπίσουμε πιο συγκεκριμένα τι είναι αυτό που βοήθησε περισσότερο τους συμβούλους κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος ώστε να ενισχυθούν και να διατηρηθούν.
Τι θα ήθελες να αλλάξεις στη διαδικασία του εκπαιδευτικού προγράμματος;	Να εντοπίσουμε εάν υπήρχαν πράγματα που θα ήθελαν οι σύμβουλοι να αλλάξουν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα.
Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις- προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το εκπαιδευτικό πρόγραμμα στη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος ;  (ασκήσεις, θέματα προς συζήτηση, τρόπος διεξαγωγής κ.λ.π)	Να συγκεντρώσουμε τις προτάσεις των συμμετεχόντων για το πώς θα ήθελαν να είναι διαμορφωμένο το εκπαιδευτικό πρόγραμμα όσον αφορά διάφορους τομείς όπως δομή, περιεχόμενο, δείγμα κ.α.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.

### Αξιολόγηση Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος μέσα από τους συμβούλους.

---

Ερωτήσεις	Σκοπός Ερωτήσεων
«Πόσο βοήθησε το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος τους συμβουλευόμενους του προγράμματος;».	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε εάν και πόσο πιστεύουν οι σύμβουλοι ότι βοήθησε τους συμμετέχοντες το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.
«Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι πιστεύουν οι σύμβουλοι ότι βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
«Τι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος;»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι πιστεύουν οι σύμβουλοι ότι βοήθησε λιγότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος με σκοπό να διορθωθούν και να βελτιωθούν τα μειονεκτήματα του προγράμματος.
«Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος; Αν ναι, τι;»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι δυσκόλεψε τους συμβούλους κατά τη διαδικασία εφαρμογής του προγράμματος με σκοπό να αναζητηθούν τρόποι ώστε να μειώσουμε τις πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αντίστοιχες δυσκολίες μελλοντικοί σύμβουλοι.
«Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ.)»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία πιστεύουν οι σύμβουλοι ότι βοήθησαν περισσότερο τους συμμετέχοντες με σκοπό να διατηρηθούν και να ενισχυθούν.
«Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρατήρησαν οι σύμβουλοι στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά τη συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλει το πρόγραμμα στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς και να αξιοποιηθούν αυτές οι πληροφορίες σε σχέση με το πρόγραμμα.
«Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις-προσθέσεις και το θεωρείς σημαντικό όσον αφορά το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος; (ασκήσεις θέματα προς συζήτηση, τρόπο διεξαγωγής κ.λπ.)».	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν πιθανές προσθήκες και ελλείψεις που παρατήρησαν οι σύμβουλοι στο περιεχόμενο και την εφαρμογή του προγράμματος και θα ήταν σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται σε μελλοντικά προγράμματα.

---

Ερωτήσεις	Σκοπός Ερωτήσεων
«Τι θα ήθελες να αλλάξεις στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν οι αλλαγές που θα ήθελαν οι σύμβουλοι να πραγματοποιηθούν στο πρόγραμμα με σκοπό τη βελτίωση του και την καλύτερη λειτουργικότητά του.
«Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;»	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπιστούν τα οφέλη του προγράμματος στο ρόλο των συμβούλων.
«Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης».	Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να κατανοήσουμε τη γενικότερη εντύπωσή των συμβούλων για το πρόγραμμα που ίσως συμπεριλαμβάνει και πράγματα που δεν μπόρεσαν να προβλεφτούν από τις παραπάνω ερωτήσεις.