

# Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ

## ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

της  
Κωφού Γεωργίας

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

Τρίκαλα  
2012

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

---

1<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής

---

2<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής

---

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Γούδας Μάριος, Αναπληρωτής Καθηγητής

**Σύνθεση επταμελούς επιτροπής:**

Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.,  
Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, ΠΘ.,  
Μάριος Γούδας, Αναπληρωτής Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.,  
Παπαϊωάννου Αθανάσιος, Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.,  
Ζήση Βασιλική, Επίκουρος Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.,  
Χατζηγεωργιάδης Αντώνιος, Επίκουρος Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.,  
Χρόνη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγητής, ΤΕΦΑΑ, ΠΘ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γεωργία Κωφού: Η επίδραση της άσκησης και της ψυχολογικής υποστήριξης στη διακοπή του καπνίσματος  
(Υπό την επίβλεψη του κ. Θεοδωράκη Γιάννη, Καθηγητή)

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τις εμπειρίες των συμμετεχόντων ενός συμβουλευτικού προγράμματος διακοπής καπνίσματος μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, στο οποίο συμπεριλαμβανόταν και η άσκηση ως βοηθητικό μέσο καθώς επίσης να εξετάσει και τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη χρησιμότητα του προγράμματος, της αποτελεσματικότητάς του καθώς και της αξιολόγησής του. Δείγμα: Συμμετείχαν συνολικά 80 άτομα, 50 εκ των οποίων συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα (41 άτομα, 12 άντρες και 29 γυναίκες με Μ.Ο. ηλικίας 45.6 χρόνια ολοκλήρωσαν την παρέμβαση) και τα υπόλοιπα 30 τριάντα άτομα, (17 άντρες και 13 γυναίκες με Μ.Ο. ηλικίας 38.9 χρόνια) στην ομάδα ελέγχου. Στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης και οι 2 ομάδες συμπλήρωσαν: α) την ελληνική έκδοση της Κλίμακας Συμμετοχής σε Φυσικές Δραστηριότητες, β) το ερωτηματολόγιο της Συμπεριφοράς Καπνίσματος, γ) την ελληνική έκδοση της Κλίμακας Συνήθειας του Καπνίσματος, δ) την κλίμακα της αυτο-αποτελεσματικότητας για το κάπνισμα και ε) την ελληνική έκδοση της κλίμακας Κοινωνικής Αποδοχής. Επίσης μετά το πέρας της παρέμβασης η πειραματική ομάδα έδωσε συνέντευξη. Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις έγινε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης ενώ για την ανάλυση των διαφορών μεταξύ της αρχικής και των μετά την παρέμβαση μετρήσεων εκτελέστηκαν επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ανάλυσης διακύμανσης. Αποτελέσματα – συμπεράσματα: Τόσο τα ποιοτικά όσο και τα ποσοτικά αποτελέσματα ανέδειξαν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος. Το 56,1% των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσε την παρέμβαση διέκοψε το κάπνισμα ενώ το 36% των συμμετεχόντων κατάφερε να κρατηθεί μακριά από το τσιγάρο για έναν ολόκληρο χρόνο. Μετά το πέρας της παρέμβασης υπάρχει μείωση της συνήθειας για κάπνισμα, ενώ υπάρχει αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή του. Η άσκηση φαίνεται να επιδρά θετικά στην προσπάθεια των καπνιστών να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα.

*Λέξεις-κλειδιά:* άσκηση, ΦΔ, πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος

## ABSTRACT

Georgia Kofou: The effects of exercise and psychological counseling in smoking cessation  
(Under the supervision of Theodorakis Yannis, Professor)

**Aim:** The purpose of this study was to explore the experiences of participants in a smoking cessation counseling program, which integrated physical activity as a cessation aid, in relation to the effectiveness of their effort. **Sample:** The participants were 80 totally. Fifty of them composed the experimental group (12 men and 29 women with mean of age 45.6 years) and 30 participants composed the control group (17 men and 13 women with mean of age 38.9 years). In the beginning and at the end of the intervention, both groups completed: a) the Greek edition of the «leisure-time exercise questionnaire» , b) the questionnaire of smoking behavior (Sorensen, et al., 2004), c) the Greek edition of the questionnaire of habit, d) the self efficacy scale for smoking, e) the social desirability scale. The experimental group was interviewed at the end of the 10-week smoking cessation program. The analysis of qualitative data were analyzed according to the thematic analysis and the quantitative data were analyzed with the repeated measures analysis of variance in order to examine the differences between the two measures. **Results:** 56% out of the participants, who completed the program, quit smoking and 36% out of the participants, succeeded to quit smoking for one year. At the end of the program, the habit for smoking had reduced and the self efficacy for quit smoking was increased. Also, they increased their self-efficacy to abstain from smoking and decreased their scores on habit of smoking compared to their initial scores before they enrolled to the program. Overall, it could be suggested that people who try to quit smoking should be encouraged to be more physically active. In conclusion, according to the results of this study, physical activity promotion in combination with psychological support to a smoking cessation program can have positive results on the participants effort to quit.

**Keywords:** exercise, physical activity, smoking cessation program.

## Πρόλογος

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Γιάννη Θεοδωράκη που μου έδειξε εμπιστοσύνη και με ανέχτηκε όλα αυτά τα χρόνια.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ζουρμπάνο Νίκο, την κ. Ζήση Βασιλική και την κ. Γρατσάνη Σταματία για την πολύτιμη βοήθειά τους και την άριστη συνεργασία που είχαμε όλα αυτά τα χρόνια.

Ιδιαίτερος όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την κ.Χασάνδρα Μαίρη, η οποία από τότε που τη γνώρισα δε σταμάτησε ούτε στιγμή να μου προσφέρει απλόχερα τη βοήθειά της, τις γνώσεις της και τις συμβουλές της. Είναι το λιγότερο που μπορώ να κάνω για εκείνη. Χωρίς την παρότρυνσή της δεν ξέρω αν θα τα κατάφερα και αν θα είχα την υπομονή να φτάσω ως εδώ. Τυχερή η Φινλανδία... Την χιλιοευχαριστώ!!!

Αφιερώνω τη διδακτορική διατριβή μου στον πατέρα μου Νίκο, στη μητέρα μου Ιουλία, στον αδερφό μου Κώστα, στην αδερφή μου Όλγα και στο γαμπρό μου Χρήστο, στις ανιψιές μου Ρένια και Μαρίλια και στον αρραβωνιαστικό μου Ντίνο οι οποίοι μου συμπαραστέκονται σε κάθε βήμα της ζωής μου και είναι πάντα περήφανοι για μένα!!!

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iii
ABSTRACT .....	iv
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	x
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
Προσδιορισμός του προβλήματος .....	2
Σημασία της μελέτης.....	3
Σκοπός της μελέτης.....	3
Ερευνητικές υποθέσεις.....	3
Οριοθέτηση της μελέτης .....	4
Περιορισμοί της μελέτης.....	6
Θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί.....	6
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	7
1. Ποιοι είναι οι παράγοντες που ωθούν τα άτομα στο κάπνισμα;.....	7
2. Θεωρίες στις οποίες βασίστηκε η παρέμβαση.....	9
3. Επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.. .....	13
4. Παθητικό κάπνισμα.....	15
5. Κάπνισμα και περιβάλλον .....	17
6. Πεδόμετρα και άσκηση .....	18
7. Κάπνισμα και άσκηση.....	20
8. Προγράμματα παρέμβασης για περιορισμό του καπνίσματος .....	27
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	32
Συμμετέχοντες-ουσες, Σύμβουλοι .....	32
Διαδικασία παρέμβασης.....	33
Περιγραφή παρεμβατικού προγράμματος.....	34
Περιγραφή προγραμμάτων άσκησης .....	38
Όργανα αξιολόγησης.....	39

Μετρήσεις.....	39
Ανάλυσεις.....	41
<b>IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>42</b>
Ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων .....	42
Ποσοτική ανάλυση- Αποτελέσματα ερωτηματολογίων .....	64
Περιγραφικά στατιστικά .....	64
Αποτελέσματα από μέσους όρους .....	64
Εξέταση διαφορών αρχικής μέτρησης .....	69
Κύριες αναλύσεις .....	69
Προτάσεις συμμετεχόντων βελτίωσης του παρεμβατικού προγράμματος .....	75
<b>V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>76</b>
Μελλοντικές έρευνες .....	81
<b>VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>84</b>
<b>VII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>100</b>
Παράρτημα 1: Κλίμακα συμπεριφοράς άσκησης.....	100
Παράρτημα 2: Κλίμακα για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος.....	101
Παράρτημα 3: Κλίμακα συνήθειας του καπνίσματος.....	101
Παράρτημα 4: Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας.....	102
Παράρτημα 5: Κλίμακα συνεκτίμησης επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή .....	103
Παράρτημα 6: Interview protocol.....	104

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1.</b> Ερώτηση 1: Γενικότερη συμπεριφορά των καπνιστών πριν και μετά την παρέμβαση σχετικά με το κάπνισμα .....	42
<b>Πίνακας 2.</b> Ερώτηση 2: Θυμήσου πως ένιωθες το σώμα σου όταν κάπνιζες κανονικά. Πώς νοιώθεις μετά την παρέμβαση;.....	45
<b>Πίνακας 3.</b> Ερώτηση 3: Περιέγραψε όποιες αλλαγές νοιώθεις ότι υπάρχουν στις σκέψεις, στις συνήθειες και στα συναισθήματα σου, σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. (Τι ένιωθες και τι σκεφτόσουν για το κάπνισμα πριν την παρέμβαση) .....	48
<b>Πίνακας 4.</b> Ερώτηση 4: Ποια ήταν η σχέση σου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά (τι ακριβώς έκανες πριν; Τώρα; Πιστεύεις σε βοήθησε στην προσπάθειά σου;) .....	50
<b>Πίνακας 5.</b> Ερώτηση 5: Πώς βλέπεις τον εαυτό σου μετά από καιρό κάπνισμα και πώς μπορεί το κοινωνικό σου περιβάλλον να σε επηρεάσει;. ....	53
<b>Πίνακας 6.</b> Ερώτηση 6: Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησε περισσότερο; (τετράδιο, ασκήσεις, επικοινωνία – συζήτηση, το ενδιαφέρον μας; Συγκεκριμένα).....	56
<b>Πίνακας 7.</b> Ερώτηση 7: Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προσθέσεις στη συζήτησή μας και το θεωρείς σημαντικό; (Γενικά, Σχόλια και προτάσεις των καπνιστών για τη βελτίωση του προγράμματος) .....	62
<b>Πίνακας 8.</b> Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, και δείκτες $\alpha$ του Cronbach των μεταβλητών μεταξύ της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου .....	65
<b>Πίνακας 9.</b> Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις από το δείκτη LSI .....	65
<b>Πίνακας 11.</b> Ποσοστά συμπεριφοράς καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για όλες τις ομάδες .....	66
<b>Πίνακας 10.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της πειραματικής ομάδας.....	68
<b>Πίνακας 12.</b> Αριθμός τσιγάρων την ημέρα πριν, μετά την παρέμβαση, μετά από 3 μήνες, 6 μήνες και 12 μήνες για κάθε ομάδα.....	69



**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

<b>Σχήμα 1.</b> Διαφορές στον αριθμό των τσιγάρων πριν και μετά από την παρέμβαση.....	71
<b>Σχήμα 2.</b> Διαφορές στα σκορ της συνήθειας για κάπνισμα πριν και μετά από την παρέμβαση .....	72
<b>Σχήμα 3.</b> Διαφορές στα σκορ της αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή καπνίσματος πριν και μετά από την παρέμβαση .....	73
<b>Σχήμα 4.</b> Αριθμός βημάτων 5 συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας με τη χρήση πεδομέτρων.....	74

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

**ΔΚ:** Διακοπή Καπνίσματος

**ΦΔ:** Φυσική Δραστηριότητα

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να καπνίζουν ανεξάρτητα από τον καθημερινό βομβαρδισμό πληροφοριών για τις θανατηφόρες συνέπειές του. Το κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, υπέρτασης και μια από τις κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας στις βιομηχανικές χώρες (Bartechhi, MacKenzie, & Schrier, 1994; Peto et al., 1996). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) υπολογίζει ότι υπάρχουν παγκοσμίως γύρω στους 1100 εκατομμύρια καπνιστές (WHO, 2008). Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από ειδικούς για την ανάπτυξη παρεμβατικών προγραμμάτων (κρατικά ή ιδιωτικά) (Ockene et al., 1994) που θα βοηθήσουν τους καπνιστές να μειώσουν ή και να κόψουν το κάπνισμα χωρίς τη χρήση φαρμάκων, αλλά κυρίως με την ψυχολογική υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων περιλαμβανομένου και αυτών από το χώρο της ψυχολογίας της άσκησης και της υγείας.

Η κατανόηση των παραγόντων που προκαλούν αλλά και διακόπτουν το κάπνισμα είναι δύσκολη αλλά συγχρόνως και πολύ καθοριστική τόσο σε ερευνητικό όσο και σε συμβουλευτικό επίπεδο. Εντούτοις, πολλά από τα προγράμματα αυτά που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη για τη ΔΚ κοστίζουν, επιτρέποντας μόνο σε μια μικρή μερίδα καπνιστών να τα παρακολουθήσουν (West, McNeill & Raw, 2000). Τελευταία, αρκετές είναι οι έρευνες που προτείνουν την άσκηση ως συμπληρωματική στρατηγική για τη ΔΚ (Taylor, Ussher & Faulkner, 2007; Ussher, West, Taylor & McEwen, 2005), μια στρατηγική που δεν κοστίζει χρήματα στα άτομα που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα (Kawachi et al., 1996). Η άσκηση, όταν γίνεται συστηματικά και με την κατάλληλη καθοδήγηση, μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα τόσο στη μείωση ή και ΔΚ όσο και στην σταθεροποίηση του σωματικού βάρους (Taylor & Ussher, 2005; Kawachi et al., 1996).

Αποτελεί γεγονός, ότι οι περισσότεροι καπνιστές προσπαθούν αρκετές φορές για να κόψουν το κάπνισμα. Επιπλέον, οι περισσότερες προσπάθειες για αποχή από το κάπνισμα πέραν των 12 συνεχόμενων μηνών παραμένουν άκαρπες. Μόνον ένα ποσοστό της τάξης του 2 με 4% ξεπερνούν το διάστημα αυτό χωρίς τσιγάρο (Hughes, 1992), με τους περισσότερους συνήθως να το ξαναρχίζουν (Garvey, Bliss, Hitchcock, Heinhold & Rosner, 1992). Η ΔΚ και η αποχή από αυτό μπορεί να μειώσει τις τραγικές του

παρενέργειες και να έχει ευεργετική επίδραση στην υγεία (Novello, 1990). Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνεργασία με κάποια σκευάσματα νικοτίνης δείχνουν να αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Jorenby, 2002), εντούτοις χρειάζονται νέες παρεμβάσεις πιο αποτελεσματικές.

Προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η άσκηση φαίνεται να αποτρέπει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος και να ενισχύει την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (Taylor et al., 2007; Taylor & Ussher, 2005; Ussher, West, Taylor, & McEwen, 2005). Σε γενικές γραμμές οι πειραματικές έρευνες δείχνουν ότι η μέτρια σε ένταση άσκηση μειώνει την άμεση επιθυμία για κάπνισμα (Daniel et al., 2004; Daniel, Cropely & Fife-Schaw, 2006; Taylor et al., 2005; Ussher et al., 2001) αμέσως μετά την άσκηση αλλά και μετά από 15 λεπτά (Van Resburg & Taylor, 2008).

Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων, που επιδιώκει να διακόψει το κάπνισμα, προσπαθεί να το πραγματοποιήσει σε μια κλινική διακοπής καπνίσματος παρά να αποζητήσει την επαγγελματική υποστήριξη (West, McEwen, Bolling & Owen, 2001). Λαμβάνοντας υπόψη τα άμεσα αποτελέσματα της άσκησης στη μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα καθώς επίσης και τις προτροπές των ειδικών για εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης που εμπεριέχουν ψυχολογική υποστήριξη, σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας ενός παρεμβατικού προγράμματος διακοπής του καπνίσματος που ενσωματώνει την άσκηση, σε τέσσερις πόλεις της Θεσσαλίας, τα Τρίκαλα, τη Λάρισα, την Καρδίτσα και το Βόλο. Πιο συγκεκριμένα το πρόγραμμα έλαβε χώρα στο εργαστήριο ψυχολογίας της άσκησης και ποιότητας ζωής του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος των Γενικών Νοσηλευτικών Νοσοκομείων των Τρικάλων και της Καρδίτσας, στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Δημοτικού Οργανισμού Υγείας & Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.) του Βόλου, και της ψυχιατρικής Κλινικής και του ιατρείου διακοπής καπνίσματος σε συνεργασία με την πνευμονολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Λάρισα) με βασικό του όπλο την άσκηση ως συμπληρωματική στρατηγική για τη ΔΚ.

### ***Προσδιορισμός του προβλήματος***

Είναι πλέον γνωστές σε όλους, τόσο από την τηλεόραση όσο και από ειδικούς στο χώρο της υγείας, οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου. Ενώ πολλοί παρουσιάζονται οι τρόποι διακοπής του, εντούτοις τα ποσοστά υποτροπής παραμένουν υψηλά. Τα τελευταία χρόνια ένας από τους συμπληρωματικούς τρόπους διακοπής του καπνίσματος, μαζί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, αποτελεί και

η άσκηση. Τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών δείχνουν ότι η άσκηση βοηθάει στη ΔΚ. Ωστόσο ελάχιστες είναι οι παρεμβατικές έρευνες, που περιέχουν την άσκηση ως συμπληρωματική στρατηγική για τη ΔΚ (Taylor, Everson-Hock & Ussher, 2010). Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι για ποιο λόγο ένα τέτοιο πρόγραμμα θα βοηθούσε τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα και κυρίως αν είναι αποτελεσματική η χρήση της άσκησης στη ΔΚ;

### ***Σημασία της μελέτης***

Τα ερευνητικά δεδομένα από παρεμβατικές μελέτες στο χώρο της άσκησης και της υγείας με στόχο τη ΔΚ είναι ελάχιστα και επικεντρώνονται κυρίως στη χρήση της άσκησης ως μέσο μείωσης της επιθυμίας για κάπνισμα μετά από μέτριας έντασης άσκηση. Υπάρχουν επίσης ελάχιστες έρευνες που έχουν συλλέξει ποιοτικά δεδομένα για την άσκηση ως ένα βοηθητικό μέσο ΔΚ. Για όλους αυτούς τους λόγους λοιπόν και καθώς υπάρχει ανάγκη να γίνουν κι άλλες ποιοτικές έρευνες που θα εξετάζουν τη χρησιμότητα της άσκησης ως μια συμπληρωματική στρατηγική στη ΔΚ, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εξετάσουμε, αν η δημιουργία ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος με τη χρήση άσκησης και την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.

### ***Σκοπός της μελέτης***

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εξετάσει ποιοτικά αλλά και ποσοτικά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων ενός συμβουλευτικού προγράμματος διακοπής καπνίσματος μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, στο οποίο συμπεριλαμβανόταν και η άσκηση ως βοηθητικό μέσο καθώς επίσης να εξετάσει και τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη χρησιμότητα του προγράμματος, της αποτελεσματικότητάς του καθώς και της αξιολόγησής του.

### ***Ερευνητικές υποθέσεις***

Εξετάστηκαν οι παρακάτω μηδενικές υποθέσεις:

- Ο συνδυασμός άσκησης και ψυχολογικής υποστήριξης δεν θα βοηθήσει αρκετούς συμμετέχοντες-ουσες να μειώσουν ή και να διακόψουν το κάπνισμα
- Δεν θα υπάρχει ένα ικανοποιητικό ποσοστό που θα μειώσει ή θα διακόψει το κάπνισμα

- Οι περισσότεροι συμμετέχοντες-ουσες που δεν ασκούσαν πριν από την παρέμβαση δεν θα αρχίσουν να γυμνάζονται και εκείνοι που ασκούσαν λίγο πριν από το πρόγραμμα δεν θα αυξήσουν τη ΦΔ μετά.
- Δεν θα μειωθεί ο αριθμός των τσιγάρων μετά την παρέμβαση
- Δεν θα μειωθούν τα επίπεδα της συνήθειας του καπνίσματος μετά την παρέμβαση
- Δεν θα μειωθούν τα επίπεδα της αυτο-αποτελεσματικότητας για ΔΚ μετά την παρέμβαση.

### **Οριοθέτηση της μελέτης**

Συμμετείχαν 50 άτομα (41 άτομα ολοκλήρωσαν την παρέμβαση) που αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και 30 άτομα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Οι παρακάτω κλίμακες χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση των μεταβλητών της έρευνας:

A) Συμπεριφορά άσκησης. Η συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες εκτιμήθηκε με το δείκτη αυτό-αναφοράς «Leisure score index» (LSI) του ερωτηματολογίου «Godin Leisure Time Exercise Questionnaire» (GLTEQ; Godin & Shephard 1985; Godin, Jobin & Bouillon, 1986). Το LSI περιλαμβάνει τρεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις που καλύπτουν τη συχνότητα της έντονης, μέτριας και ήπιας άσκησης, μιας τυπικής εβδομάδας, για διάστημα τουλάχιστον 15 λεπτών κάθε φορά.

B) Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος χρησιμοποιήθηκαν 7 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) και βασίζονται σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004). Οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά «Ναι» ή «Όχι». Η 1<sup>η</sup> ερώτηση διαχώριζε τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η 2<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η 3<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η 5<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές (heavy smokers). Στην 6<sup>η</sup> ερώτηση οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να συμπληρώσουν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα, ενώ

στην 7<sup>η</sup> ερώτηση πρέπει να τσεκάρουν μία από τις επτά επιλογές που δίνονται για το πόσα τσιγάρα κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα.

Γ) Κλίμακα Συνήθειας του Καπνίσματος. Για την Συνήθεια του Καπνίσματος χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Self-Report Habit Index (Verplanken & Orbell, 2003), η οποία προσαρμόστηκε στην συνήθεια του καπνίσματος για τους σκοπούς της έρευνας. Οι απαντήσεις δίνονται σε επτα-βάθμια κλίμακα τύπου Likert όπου «*Διαφωνώ απόλυτα*» (1) και «*Συμφωνώ απόλυτα*» (7).

Δ) Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας (self efficacy scale for smoking). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αυτό-αποτελεσματικότητας και σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του Bandura (1997). Περιλαμβάνει δεκαοκτώ ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, σχετικά με το πόσο σίγουρος είναι κάποιος ότι δε θα καπνίσει σε διάφορες συνθήκες, όπου «*καθόλου σίγουρος*» (1) και «*Απόλυτα σίγουρος*» (5).

Ε) Κλίμακα συνεκτίμησης επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή

Ως επιθυμία για κοινωνική αποδοχή ορίζεται η ανάγκη των ατόμων να απαντούν με τρόπο που είναι κοινωνικά αποδεκτός (Crowne & Marlowe, 1960). Η επιθυμία για κοινωνική αποδοχή είναι μεγάλο πρόβλημα για την εγκυρότητα ερωτηματολογίων (Runkel & McGrath, 1972). Έτσι, είναι πολύ πιθανό να επιδέχονται απαντήσεις θετικά προκατειλημμένες. Οι συμμετέχοντες-ουσες συνειδητά ή ασυνείδητα απαντούν σε ψυχολογικά και κοινωνικά ερωτηματολόγια, έτσι ώστε να φαίνονται καλύτεροι από ό,τι είναι, κάτι που έχει μεγάλη επιρροή στην εγκυρότητα της μέτρησης. Για αυτόν το λόγο, στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες-ουσες συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (The short version of the Crowne & Marlowe, 1960; Social Desirability Scale).

### ***Περιορισμοί της μελέτης***

Ένας από τους περιορισμούς της μελέτης αποτελεί η συλλογή των δεδομένων μόνο από την περιοχή της Θεσσαλίας γεγονός που δεν μας δίνει τη δυνατότητα να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας και σε μεγάλα αστικά κέντρα όπως είναι η Αθήνα στα οποία οι συμμετέχοντες-ουσες έχουν λιγότερο χρόνο για άσκηση.

Ένας άλλος περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιεί ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που βρίσκεται σε πειραματικό ακόμη στάδιο. Η συγκεκριμένη διατριβή με την ποιοτική προσέγγιση που έχει, στοχεύει στη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που θέλουν περαιτέρω διερεύνηση.

Ο μικρός αριθμός ανδρών στο δείγμα δεν μας επιτρέπει να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά μας στο ανδρικό πληθυσμό.

Η χρήση πεδομέτρων ενώ είναι ευρύτερα διαδεδομένη σε ανάλογες μελέτες δεν αποτελεί και την πιο αντικειμενική καταγραφή φυσικής δραστηριότητας. Η χρήση επιταχυνσιόμετρων θα μπορούσε να μας δώσει πιο σαφή εικόνα για τη ΦΔ των συμμετεχόντων.

### ***Θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί***

Πεδόμετρα ή βηματόμετρα

Τα πεδόμετρα ή βηματόμετρα είναι αισθητήρες καταγραφής κίνησης που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο για την αύξηση της παρακίνησης των ατόμων για άσκηση ή απλή σωματική δραστηριότητα όπως είναι το περπάτημα.



## II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### *Ποιοι είναι οι παράγοντες που ωθούν τα άτομα στο κάπνισμα;*

Οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα καπνίζουν είναι πολλοί και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες και επιστημονικές προσεγγίσεις. Το πεδίο διερεύνησης των παραγόντων είναι τεράστιο και ευρύνεται ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο. Οι παράγοντες που επιδρούν στο να καπνίσει κάποιος μπορεί να είναι νευροχημικοί με την έκκριση διαφόρων πεπτιδίων (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, βήτα-ενδορφίνη) στον εγκέφαλο που τους προκαλούν αισθήματα ευεξίας (Le Houezec, 1998), κοινωνικοί εξαρτώμενοι από το κοινωνικό περιβάλλον (Wetterer & Troschke, 1986) και ψυχολογικοί μέσω διαφόρων ψυχολογικών θεωριών όπως αυτός της προσωπικότητας (Wetterer & Troschke, 1986) και διαπολιτισμικών προσεγγίσεων (Unger et al., 2003). Η τελευταία αυτή προσέγγιση αν και όχι τόσο διαδεδομένη βλέπει τη χρήση του καπνού από τρία φωλιασμένα επίπεδα (nested levels) διερεύνησης. Το μικρό επίπεδο (micro level) στο οποίο υπάρχουν οι προσωπικές αλλά και οι διαπροσωπικές επιδράσεις, το μέσο επίπεδο (meso level) στο οποίο επιδρούν παράγοντες της τοπικής κοινωνίας που αλληλεπιδρά το άτομο και το μακρό επίπεδο (macro level) με επιδράσεις από την κοινωνία και το ευρύτερο κοινωνικό γίγνεσθαι. Επίσης, για πολλούς τα γενετικά και οικογενειακά στοιχεία που κληρονομούνται μπορούν να δώσουν άλλη μια εξήγηση γιατί τα άτομα καπνίζουν. Οι Carmelli, Swan, Robinette και Fabsitz (1992) πραγματοποιώντας μια έρευνα σε ζευγάρια διδύμων βρήκαν ότι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά και τις πρακτικές ενός ατόμου σε σχέση με το κάπνισμα.

Σκοπός μίας δεκάχρονης μελέτη των Otten και συνεργατών του, ήταν να εξετάσει ποιοι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες προβλέπουν και τροποποιούν την καπνιστική συνήθεια και τη διακοπή του καπνίσματος σε έφηβους. 2970 έφηβοι συμμετείχαν στο μεγάλο αυτό σχέδιο πρόβλεψης καπνίσματος του Washington State Hutchinson. Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες εξετάστηκαν όταν οι έφηβοι ήταν 17-18 χρόνων. Ξαναμετρήθηκαν όταν ήταν 28 χρόνων. Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες προέβλεψαν το 3% -7% της πιθανότητας απόκτησης της συνήθειας του

καπνίσματος και 24% πιθανότητα να συνεχίζουν να καπνίζουν και μετά την ενηλικίωσή τους. Ταυτόχρονα η επιρροή των φίλων και η ανυποταξία ήταν οι πιο δυναμικοί παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο τη συνέχιση του καπνίσματος από ότι την απόκτηση της συνήθειας των νέων. Η επιρροή των γονέων και των φίλων καθώς και η έλλειψη κινήτρου των νέων προβλέπουν την απόκτηση της συνήθειας του καπνίσματος και την διακοπή του (Otten et al., 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη όλες αυτές τις προσεγγίσεις γίνεται κατανοητό ότι οι λόγοι που καπνίζει κάποιος ή κάποια είναι πολλοί και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Ωστόσο σκοπός της παρούσας διατριβής δεν είναι η εξέταση των παραγόντων που επιδρούν στη ΔΚ αλλά η εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος διακοπής καπνίσματος. Αξίζει όμως να σημειωθούν κάποιοι ψυχολογικοί μηχανισμοί που οδηγούν τα άτομα στο κάπνισμα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Lujic, Reuter και Netter (2005) οι μηχανισμοί των κινήτρων είναι κυρίως α) ψυχοκοινωνικοί: Με το μηχανισμό αυτό ασχολούνται κυρίως οι θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας και της προσωπικότητας. Οι θεωρίες αυτές προσεγγίζουν το φαινόμενο από την άποψη ότι τα άτομα καπνίζουν λόγω της επιρροής που δέχονται από φίλους, διαφημίσεις, οικογενειακό περιβάλλον αλλά και λόγω χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους, όπως είναι η επιθυμία να βελτιώσουν το κοινωνικό τους προφίλ. β) αισθητηριο-κινητικά κίνητρα: Τα άτομα καπνίζουν γιατί τους αρέσει η κίνηση του καπνίσματος, η μυρωδιά και η γεύση του τσιγάρου. γ) διέγερσης: Τα άτομα καπνίζουν όταν θέλουν να χαλαρώσουν, ή όταν πρέπει να φέρουν εις πέρας δύσκολες καταστάσεις που απαιτούν προσπάθεια. Κάποια άτομα (με χαρακτηριστικά προσωπικότητας τύπου Α ή καταθλιπτικά) καπνίζουν για να διαχειριστούν τα επίπεδα διέγερσής τους, έτσι ώστε να βελτιώσουν την επεξεργασία πληροφοριών και την προσοχή τους. Τα άτομα οδηγούνται στο αυτόματο κάπνισμα εξαιτίας της χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας που αποτελεί έναν από τους παράγοντες προσωπικότητας. Η διαδικασία του καπνίσματος γίνεται αυτόματα και ασυνείδητα. δ) καταπράυνσης και ηρεμίας: Τα άτομα καπνίζουν για να μειώσουν την κακή διάθεση, ή την κατάθλιψη μέσα από ουσίες που εκκρίνονται από τη χρήση νικοτίνης (βήτα-ενδορφίνες, σεροτονίνη) ακόμη και έντονες συναισθηματικές καταστάσεις θυμού, φόβου, ντροπής ή έντασης. ε) εξάρτησης: Τα άτομα που καπνίζουν για λόγους εξάρτησης κάνουν συχνές προσπάθειες για να μειώσουν τα επίπεδα νικοτίνης στον οργανισμό τους. στ) αυτοματισμός: Η διαδικασία του καπνίσματος γίνεται αυτόματα και ασυνείδητα. Η χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα αποτελεί έναν από τους παράγοντες προσωπικότητας που οδηγούν στο αυτόματο κάπνισμα.

Ένας άλλος βασικός λόγος, που βασίζεται κυρίως σε κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια, είναι και η ανησυχία των ατόμων για το σωματικό τους βάρος και την εικόνα τους προς τους άλλους. Είναι γενικά αποδεκτό ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του σωματικού βάρους, όταν τα άτομα ξεκινούν το κάπνισμα χάνουν βάρος και το αντίθετο συμβαίνει όταν το κόψουν. Αρκετοί είναι εκείνοι, και κυρίως γυναίκες (Perkins, Mitchell & Epstein, 1995), που καπνίζουν με σκοπό να διατηρούν το βάρος τους στα ίδια επίπεδα (Clark et al., 2004). Αυτός είναι και ένας σημαντικός λόγος που πολλοί αρνούνται να κόψουν το τσιγάρο από το φόβο μήπως πάρουν κιλά και χειροτερέψουν τη σωματική τους εικόνα (King, Matarin, Marcus, Bock & Tripolone, 2000). Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα των Sanchez-Johnsen, Ahluwalia, Fitzgibbon και Spring (2006) που εξέτασαν τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ λευκών και μαύρων όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους καπνίζουν και η οποία έδειξε ότι υπήρξαν περισσότερες ομοιότητες μεταξύ τους παρά διαφορές, φάνηκε ότι οι μαύροι δεν έχουν ιδιαίτερες ανησυχίες να καπνίσουν για να διατηρούν το βάρος τους όπως οι λευκοί. Τέλος σε μια ανασκόπηση (Filozof, Pinilla & Fernández-Cruz, 2004) για τη διακοπή καπνίσματος και αύξηση του βάρους, συμπέραναν ότι ο μηχανισμός της αύξησης βάρους περιλαμβάνει την αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, τη μείωση του μεταβολικού ρυθμού κατά την ανάπαυση, τη μειωμένη ΦΔ και την αυξημένη λιποπρωτεϊνική δραστηριότητα. Αν και υπάρχουν αποδείξεις για τη σύνδεση της διακοπής του καπνίσματος με την αύξηση του βάρους, οι μοριακοί μηχανισμοί αυτής της σχέσης δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Επίσης το κάπνισμα έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ανοχή στη γλυκόζη και στην ινσουλίνη με τις μελέτες να δείχνουν ότι οι καπνιστές είναι ανθεκτικοί στην ινσουλίνη σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι τα σκευάσματα νικοτίνης και ειδικότερα η τσίγλα νικοτίνης, φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην καθυστέρηση της αύξησης του βάρους μετά τη ΔΚ. Τέλος, η άσκηση παρουσιάζεται ως ένας ακόμη παράγοντας σταθεροποίησης και μερικές φορές ακόμη και μείωσης του βάρους μετά τη ΔΚ (Ussher et al., 2005).

### ***Θεωρίες στις οποίες βασίστηκε η παρέμβαση***

Παρακάτω γίνεται αναφορά σε θεωρίες στις αρχές των οποίων έχει βασιστεί η ανάπτυξη του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος. Οι θεωρίες αυτές είναι η Κοινωνική Γνωστική θεωρία (Bandura, 1997), το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model, Rosenstock, 1974), το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model, Prochaska & Diclemente, 1983), η θεωρία στάσεων της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Butler, 2001), και η θεωρία των στόχων (Locke & Latham, 1990).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Θεοδωράκη και συνεργατών του (2005), παρουσιάζονται παρακάτω ιδέες για αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών προς το κάπνισμα με βάση αυτές τις θεωρίες καθώς επίσης και παραδείγματα αυτών των ιδεών για τη χρήση της άσκησης ως μέσου που βοηθάει.

Η Κοινωνική Γνωστική θεωρία: Σύμφωνα με την κοινωνική – γνωστική θεωρία τα άτομα είναι ικανά να αυτορυθμίζονται, ασκώντας άμεσο έλεγχο στη συμπεριφορά τους, συλλέγοντας πληροφορίες και αλλάζοντας τις συνθήκες του περιβάλλοντος και στη συνέχεια τη δική τους συμπεριφορά. Περιβαλλοντικοί παράγοντες (συναισθηματικοί, βιολογικοί και γνωστικοί) και συμπεριφορές αλληλεπιδρούν. Τα άτομα μέσω γνωστικών διεργασιών, ελέγχουν τη συμπεριφορά τους, και στη συνέχεια, επηρεάζουν όχι μόνο το περιβάλλον τους, αλλά και συναισθηματικές, βιολογικές και γνωστικές καταστάσεις (Bandura, 1997). Ένα παράδειγμα για κάποιον που θέλει να διακόψει το κάπνισμα με βάση τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης είναι να αποφεύγει παρέες, ή χώρους όπου τα άτομα καπνίζουν. Για να γίνει κατανοητή η χρήση της θεωρίας αυτής στην πράξη, στο 7<sup>ο</sup> βήμα της παρέμβασης προτείνονται μερικές καλές τεχνικές για να ξεπεράσουν τον πειρασμό όσοι καπνιστές συνηθίζουν να καπνίζουν κατά την κοινωνική τους έξοδο. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή τα άτομα αλλάζουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και στη συνέχεια τη δική τους συμπεριφορά. Αυτά λοιπόν που προτείνονται σε τέτοια περίπτωση είναι να κάθονται με αυτούς που δεν καπνίζουν στην παρέα, αν συνηθίζαν να πίνουν αλκοόλ με το τσιγάρο να προτιμούν τώρα πια να πίνουν κάποιο αναψυκτικό, να πηγαίνουν σπίτι νωρίς και άλλα πολλά.

Το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας -Health Believe Model: Σύμφωνα με το μοντέλο των πιστεύω υγείας (Butler, 2001), η διαδικασία παρέμβασης πρέπει να εστιάζεται στο να κατανοήσει το άτομο την σοβαρότητα του προβλήματος και την πιθανότητα για ασθένειες, λόγω του καπνίσματος. Το μοντέλο είναι κατάλληλο για ερμηνεία συμπεριφορών σχετικών με την υγεία και την προστασία από ασθένειες περισσότερο και σε περιπτώσεις όπου η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης συνδέεται κυρίως με τη θωράκιση της υγείας των ατόμων. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή μια πιθανή ενέργεια για συμπεριφορά σχετική με την υγεία εξαρτάται από το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή για μια ασθένεια, τα οφέλη από τη διαδικασία πρόληψης και τα πιθανά εμπόδια που θα συναντήσει (Θεοδωράκης, 2010). Ένα από τα βήματα στο οποίο γίνεται εφαρμογή αυτής της θεωρίας είναι το πρώτο βήμα, όπου το άτομο πρέπει να κατανοήσει τη σοβαρότητα του

προβλήματος και την πιθανότητα για ασθένειες λόγω του καπνίσματος όπως λέει και η θεωρία άλλωστε. Για το λόγο αυτό λοιπόν το πρώτο βήμα βασίζεται κυρίως στην ενημέρωση του ατόμου όσον αφορά στα λειτουργικά προβλήματα και στις ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα και στην κατανόηση της σοβαρότητας του προβλήματος.

Το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής -Transtheoretical Model (Prochaska & DiClemente, 1983): Σύμφωνα με το μοντέλο των σταδίων αλλαγής από τους Prochaska και DiClemente (1983), τα άτομα ακολουθούν ορισμένα στάδια στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, όπου το κάθε άτομο ξεχωριστά βρίσκεται σε διαφορετικό στάδιο αφετηρίας. Το μοντέλο αυτό βοηθάει στην κατανόηση του «πότε», του «γιατί» και το πώς μπορούμε να αλλάξουμε τις ανθυγιεινές συμπεριφορές των ατόμων. Υπάρχουν 5 στάδια ετοιμότητας για αλλαγή. Στο πρώτο στάδιο, το άτομο καπνίζει, δε γυμνάζεται αλλά ούτε και σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα και να γυμναστεί. Αυτό είναι το στάδιο του προ – συλλογισμού. Στο δεύτερο στάδιο του συλλογισμού, το άτομο δε γυμνάζεται και σκέφτεται να γυμναστεί, καπνίζει και πρέπει να αρχίσει να σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα. Στο τρίτο στάδιο της προπαρασκευής, γίνεται κάποια αλλαγή. Το άτομο αρχίζει λίγο να γυμνάζεται όχι συστηματικά και μειώνει ελαφρώς το κάπνισμα. Στο τέταρτο στάδιο της ενεργοποίησης, γίνεται αρκετή αλλαγή. Το άτομο γυμνάζεται συστηματικά και διακόπτει το κάπνισμα, όχι όμως για περισσότερο από 6 μήνες. Το στάδιο αυτό είναι κρίσιμο γιατί μπορεί το άτομο να μείνει σε αυτό το επίπεδο μπορεί και να μη μείνει. Τέλος στο πέμπτο στάδιο της διατήρησης όπου είναι και το επιθυμητό στάδιο, η συμπεριφορά γίνεται συνήθεια και τρόπος ζωής για περισσότερο από 6 μήνες. Οι πιθανότητες, για να μείνει στο στάδιο αυτό είναι πάρα πολλές. Αυτή τη σειρά των σταδίων της θεωρίας ακολουθεί και η διαδικασία της παρέμβασης. Στην αρχή, οι συμμετέχοντες-ουσες πρέπει να αρχίσουν να σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα, στη συνέχεια πρέπει να υιοθετήσουν την ιδέα του μη καπνιστή. Όταν γίνει κάποια αλλαγή, οι συμμετέχοντες-ουσες μπορούν να υιοθετήσουν συνήθειες που βοηθάνε, όπως την άσκηση. Να κάνουν τη νέα συνήθεια μόνιμη. Να κάνουν την αποχή από το κάπνισμα μόνιμη, και την άσκηση συνήθεια και χόμπι σταθερό. Τέλος, όταν η συμπεριφορά γίνεται συνήθεια, οι συμμετέχοντες-ουσες προσπαθούν να διατηρούνται στο επίπεδο αυτό για όλη τους τη ζωή έχοντας εισπράξει από την διαδικασία της παρέμβασης αρκετά εφόδια. Για το λόγο αυτό λοιπόν στο ένατο και προτελευταίο βήμα επισημαίνονται τα πιο σημαντικά σημεία ολόκληρης της παρέμβασης τα οποία θα τους φανούν χρήσιμα στο δρόμο που χάραξαν χωρίς τσιγάρο.

Η θεωρία στάσεων της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς: Σύμφωνα με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Butler, 2001), όταν θέλει κάποιος να αλλάξει τις αρνητικές στάσεις των ατόμων, κάνοντάς τα να υιοθετήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, πρέπει να επηρεασθούν συναισθηματικά, γνωστικά, να βοηθήνε σημαντικά άλλα πρόσωπα, και το άτομο να πιστεύει ότι από αυτό ελέγχονται τα πράγματα.

Ένα παράδειγμα εφαρμογής αυτής της θεωρίας υπάρχει στο 5<sup>ο</sup> βήμα. Οι ειδικοί συμβουλεύουν τον καπνιστή να ενημερώσει το κοινωνικό του περιβάλλον για την προσπάθεια του ΔΚ και να το συμβουλεύσει πώς να του συμπεριφέρεται. Το κοινωνικό περιβάλλον θα πρέπει να συμφωνήσει ότι δεν θα του προσφέρει κανένα τσιγάρο και σε περίπτωση που το άτομο ζητήσει ένα τσιγάρο εκείνο να του αρνείται. Αν οι φίλοι καπνίζουν, μια καλή ιδέα που προτείνεται είναι να κάνουν από κοινού προσπάθεια διακοπής, να ενθαρρύνουν την κοινή προσπάθεια και αν δεν καπνίζουν να είναι πρότυπα.

Η Θεωρία των στόχων: Η σχετική θεωρία των στόχων έχει αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλούς τομείς, δείχνοντας έτσι την αποτελεσματικότητάς της απόδοσης (Locke & Latham, 1990). Ταυτόχρονα είναι μια θεωρία αισιόδοξη, καθώς κάνει τα άτομα να αποκτούν την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου, της ατομικής ευθύνης, της συγκέντρωσης στην αξία της προσπάθειας και χτίζει την αυτοπεποίθηση. Σύμφωνα με την παρούσα θεωρία τα άτομα όταν θέτουν ένα στόχο παρακινούνται, δεσμεύονται και βελτιώνονται. Η δέσμευση στο στόχο που είναι η αποφασιστικότητα του ατόμου να προσπαθήσει για το στόχο του και η επιμονή του να τον επιδιώκει διαρκώς είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχία των στόχων (Θεοδωράκης, Γούδας & Παπαιωάννου, 2001). Οι Hollenbeck και Klein (1987) έχουν εξετάσει το ρόλο της δέσμευσης στη διαδικασία των στόχων και έδειξαν ότι όσο πιο πολύ δεσμεύονται τα άτομα στους στόχους τους τόσο πιο καλά αποδίδουν. Η επιτυχία αυτής της θεωρίας εξαρτάται από το αν οι στόχοι που θέτει κάποιος είναι συγκεκριμένοι, όσο το δυνατόν εφικτοί και ρεαλιστικοί. Στη συνέχεια, οι στόχοι που έχουν τεθεί αποτελούν ένα είδος δέσμευσης, κυρίως απέναντι σε αυτόν που τους καθορίζει, τον παρακινούν και τον βοηθούν να προσπαθεί, θύμιζοντάς του αυτό που θέλει να καταφέρει. Η συγκεκριμένη λοιπόν παρέμβαση βασίστηκε κατά κύριο λόγο στη θεωρία των στόχων αφού η επιθυμία της ήταν να δεσμευτούν κατά κάποιο τρόπο οι καπνιστές απέναντι στον εαυτό τους ότι θα κόψουν το κάπνισμα, να θέσουν στόχους όσον αφορά την άσκηση και να τους επαναξιολογούν διαρκώς, με αποτέλεσμα να τους είναι πιο εύκολο να κόψουν το κάπνισμα, καθώς επίσης να παρακινηθούν, να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες και να

αποφύγουν την ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος. Από το έκτο βήμα και έπειτα το άτομα αφού επιλέξει τη δραστηριότητα, μαθαίνει να θέτει στόχους συγκεκριμένους, όσο το δυνατόν εφικτούς και ρεαλιστικούς. Στο δέκατο και τελευταίο βήμα το άτομα μαθαίνει τώρα πια να θέτει μακροχρόνιους στόχους.

### ***Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία***

Το κάπνισμα έχει χαρακτηριστεί ως η «βουβωνική πανώλη» του 20<sup>ου</sup> και 21<sup>ου</sup> αιώνα που δημιουργήθηκε από τον άνθρωπο (Peto, Lopez, Boreham, Thun & Heath, 1994). Περίπου το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενηλίκου πληθυσμού υπολογίζεται ότι καπνίζουν. Επίσης ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα υπολογίζεται ότι ευθύνονται για 4 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Περίπου 5 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα, με δυσανάλογα ποσοστά θνησιμότητας για τις αναπτυγμένες χώρες (CDC, 2006). Προβλέπεται ότι μέχρι το έτος 2020, 1 στους 3 θανάτους ενηλίκων θα είναι εξαιτίας του καπνίσματος και μέχρι το 2030, 10 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθαίνουν ετησίως από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα (Kumra & Markoff, 2000). Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%) (WHO, 2008) και έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη. Όλες οι χώρες του σύγχρονου κόσμου αντιμετωπίζουν το κάπνισμα, όμως δυστυχώς τη θλιβερή πρωτιά στην κατανάλωση προϊόντων καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε) διατηρούν οι Έλληνες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ευρωβαρομέτρου που δόθηκε στη δημοσιότητα στις Βρυξέλλες με την ευκαιρία της παγκόσμιας ημέρας κατά του καπνίσματος το Μάιο του 2010.

Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό θανάτων των καπνιστών έχει αυξηθεί σημαντικά στις περισσότερες από τις μορφές του καρκίνου, οι οποίες έχουν σχέση με το κάπνισμα (La Vecchia et al., 1991). Συγκεκριμένα, φαίνεται λοιπόν ότι το κάπνισμα είναι η αιτία εμφάνισης διάφορων λειτουργικών προβλημάτων και σοβαρών ασθενειών. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου των πνευμόνων, του καρκίνου του στομάχου, του καρκίνου του μαστού, του καρκίνου του παγκρέατος, σχέση μεταξύ καπνίσματος και οστεοπόρωσης, καπνίσματος και αρτηριοσκλήρυνσης και καπνίσματος και χοληστερίνης. Επίσης το κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για πολλές καρδιακές παθήσεις, όπως η στεφανιαία νόσος, εμφύσημα και βρογχίτιδα (Θεοδωράκης, 2010).

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις δεκαέξι κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται από την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία (Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008). Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, όσο αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος και όσο αυξάνει ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται.

Το κάπνισμα είναι συχνή αιτία τύφλωσης. Όσο πιο νωρίς αρχίζει κάποιος να καπνίζει και όσο περισσότερα τσιγάρα ή άλλα προϊόντα του καπνού καπνίζει, τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος για να καταστρέψει την όρασή του και να τυφλωθεί. Σε έρευνες που συμπεριέλαβαν 12.468 ασθενείς βρέθηκε ότι περισσότερες από 25% των περιπτώσεων εκφυλισμού της ωχράς κηλίδας οφείλονται στο κάπνισμα. Σε αυτούς που σταμάτησαν να καπνίζουν ο κίνδυνος τύφλωσης μειώνεται δραστικά.

Το κάπνισμα επηρεάζει το γενετικό υλικό, το DNA, των σπερματοζωαρίων και συνεπώς επηρεάζεται και η γονιμότητα των ανδρών. Σε άνδρες που υποφέρουν από στειρότητα και τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, οι πιθανότητες επιτυχίας των μεθόδων αντιμετώπισης της στειρότητας μειώνονται στους άνδρες οι οποίοι καπνίζουν. Εάν σε ένα ζευγάρι καπνίζουν και ο άνδρας και η γυναίκα τότε οι αρνητικές επιδράσεις για την τεκνοποίηση είναι μεγαλύτερες. Τα προβλήματα εστιάζονται τόσο σε δυσκολίες στη σύλληψη αλλά και για την ανάπτυξη του εμβρύου. Το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης για μια γυναίκα κατά 40%, ενώ οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να γεννήσουν ελλιποβαρές νεογνό. Υπάρχει επίσης μεγάλος κίνδυνος Τερατογέννησης. Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο για συγκεκριμένες εμβρυικές δυσμορφίες, όπως το λαγόχειλο και το λυκόστομα. Τέλος, το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, τον πρόωφο τοκετό, τα αναπνευστικά νοσήματα κατά την παιδική ηλικία και την εκδήλωση παιδικού άσθματος". Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη αιτία πρόκλησης του



καρκίνου. Μπορεί να προληφθεί εάν σταματήσει έγκαιρα η νοσηρή αυτή συνήθεια. Πρόσφατες μελέτες όπως αυτή που παρουσιάζουμε σήμερα δείχνουν ότι οι γυναίκες που καπνίζουν κινδυνεύουν ακόμη περισσότερο. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν πως το κάπνισμα προκαλεί Σοβαρότατη απώλεια μνήμης. Στις έρευνες αποδείχθηκε πως οι καπνιστές παρουσιάζουν έως και 20% μικρότερη λειτουργία του εγκεφάλου και απώλεια Ευφυΐας κατά το ίδιο ποσοστό. Μια υποψία είναι ότι η επιτάχυνση της απώλειας της μνήμης που παρατηρείται στους καπνιστές, μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της πίεσης που προκαλεί το κάπνισμα. Η αύξηση της πίεσης αλλοιώνει τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό μπορεί να συμβάλλει σε μειωμένη προσφορά προς τον εγκέφαλο θρεπτικών ουσιών που με τη σειρά τους να προκαλούν μακροχρόνια προβλήματα στη μνήμη. Ο εγκέφαλος των καπνιστών παρουσιάζει αλλαγές στο μεταβολισμό του, λόγω της χρόνιας στέρησης οξυγόνου που του επιφέρει το κάπνισμα. .

Οι άνθρωποι οι οποίοι καπνίζουν συνηθισμένα ή ελαφριά τσιγάρα στην πραγματικότητα εισπνέουν σημαντικά περισσότερη νικοτίνη και πίσσα από αυτή που αναγράφεται πάνω στα πακέτα τσιγάρων. Όσο περισσότερο χρόνο καπνίζει ένας άνθρωπος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος μη αναστρέψιμης ζημιάς στους αεραγωγούς και τους πνεύμονες. Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει την πτώση της αναπνευστικής λειτουργίας που προκαλεί το κάπνισμα.

Το εθνικό ινστιτούτο καρκίνου της Αμερικής (2004) σε μια τελευταία έκθεσή του αναφέρει ότι μετά από 10 χρόνια αποχής από το κάπνισμα η μείωση του κινδύνου θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα κυμαίνεται από 30% έως και 50%. Αν και ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται δραματικά από τη στιγμή που κάποιος σταματάει το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον 5 ετών, οι πρώην καπνιστές δεν μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα στο ίδιο επίπεδο με εκείνο των μη καπνιστών. Σε γενικές γραμμές οι καπνιστές αναγνωρίζουν ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ωστόσο, αντιλαμβάνονται το κάπνισμα λιγότερο επικίνδυνο από ό,τι οι μη καπνιστές (Weinstein, 1998).

### ***Παθητικό κάπνισμα***

Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται και με το παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμα, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα,

καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών. Μελέτη του διεθνούς οργανισμού για την έρευνα κατά του καρκίνου του WHO (IARC, 2002) έδειξε ότι για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος. Ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12-19%. Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου είναι λιγότερο σαφείς.

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά 25-30%. Υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου. Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται επίσης με αναπνευστικές νόσους και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονική πάθηση, που οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό.

Το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη, εφόσον συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος καθώς και παθήσεις του μέσου αυτού. Η έκθεση των εγκύων στον καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους, θάνατο του εμβρύου και πρόωρα νεογνά. Στις έγκυες γυναίκες επίσης, το παθητικό κάπνισμα έχει συνδεθεί με ελλιποβαρή νεογνά κυρίως, αλλά και με πρόωρο τοκετό (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, 2005).

Μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εκφύλισης της ωχράς κηλίδας λόγω γήρανσης- την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην Ευρώπη (Khan et al., 2006). Περισσότεροι από 79000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της Ε.Ε. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Εντούτοις, στις εκτιμήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι θάνατοι ενηλίκων που οφείλονται σε άλλες νόσους που συνδέονται με την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος (όπως πνευμονία), οι θάνατοι παιδιών και η σοβαρή νοσηρότητα, οξεία και χρόνια, λόγω του παθητικού καπνίσματος (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την εφηβική ηλικία. Λίγοι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών (λιγότερο από 10%). Σύμφωνα με μελέτη, 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. Φαίνεται δηλαδή ότι ενώ όπως προαναφέρθηκε, το ποσοστό των Ελλήνων εφήβων καπνιστών είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη η έναρξη του καπνίσματος γι' αυτούς ξεκινάει σε μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες (Εθνικό σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008).

### ***Κάπνισμα και περιβάλλον***

Είναι γεγονός ότι αρκετές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία φαίνεται να επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον. Για παράδειγμα έρευνες για το κάπνισμα έδειξαν ότι οι έφηβοι που βλέπουν θετικά τη συμπεριφορά του καπνίσματος είναι όσοι έχουν φίλους καπνιστές ή όσοι έχουν στο οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον καπνιστές (Eisenberg & Foster, 2003; Leatherdale, McDonald, Cameron & Brown, 2005).

Εκτός από τους φίλους, τους συμμαθητές-τριες και τις παρέες σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και το οικογενειακό περιβάλλον. Ερευνητές θέλησαν να διερευνήσουν αν η υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος επηρεάζεται από το στενότερο οικογενειακό περιβάλλον ή το ευρύτερο περιβάλλον των φίλων και γνωστών (Brook, Saar, Zhang & Brook, 2009). Το οικογενειακό περιβάλλον αναφέρεται στο αν γονείς ή αδέρφια καπνίζουν ή όχι. Ως μη οικογενειακό περιβάλλον ορίζουμε το περιβάλλον που κάποιος επιλέγει και περιλαμβάνει τους φίλους και τους συμμαθητές-τριες. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι και το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον επηρεάζει τους νέους ενήλικες στην υιοθέτηση του καπνίσματος καθώς και στο βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (Brook et al. 2009).

Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες σε καπνιστές για τον τρόπο που δρα η άσκηση στην καπνιστική τους συνήθεια. Κάποιοι θεωρούν (Daniel, Cropley, Ussher & West, 2004) ότι 5 λεπτά μέτριας έντασης άσκηση μπορεί να μην είναι αρκετά ώστε να προκαλέσουν ελάττωση των συμπτωμάτων ανάκλησης του καπνίσματος που παρατηρήθηκε σε προηγούμενες έρευνες μετά από 10λεπτη άσκηση (Ussher, West, McEwen, Taylor & Steptoe, 2003). Επίσης η μέτριας έντασης άσκηση φάνηκε να έχει μια επίδραση επιβράδυνσης στα συμπτώματα ανάκλησης του καπνίσματος, της κούρασης, του άγχους, της έντασης και της μειωμένης συγκέντρωσης (Grove, Wilkinson & Dawson, 1993; Bock et al., 1999).

Έρευνα των Audrain-McGovern, Rodriguez και Moss (2003) έδειξε ότι η συστηματική άσκηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο έναρξης καπνίσματος στους νέους. Υποστηρίζουν ότι αυτό πιθανά να οφείλεται στα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει η άσκηση στη διάθεση των ασκουμένων και προτείνουν για την πρόληψη του καπνίσματος την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας.

Η νικοτίνη είναι ένα διεγερτικό που αυξάνει τη νευρική δραστηριότητα. Μιμείται τη δράση της ορμόνης επινεφρίνης, ένα φυσικό διεγερτικό που προκαλεί φυσιολογική αύξηση του ρυθμού της καρδιάς και της πίεσης του αίματος. Έρευνες έδειξαν ότι μετά από εκτεταμένη χρήση νικοτίνης, η καρδιά ενός καπνιστή ανταποκρίνεται λιγότερο στην επινεφρίνη, η οποία υποχρεώνει την καρδιά να επιταχύνει για να αντεπεξέρθει στις επιπλέον απαιτήσεις της άσκησης. Αυτή η ανταπόκριση μπορεί να αποδειχθεί θανατηφόρα.

Τέλος, από τη βιβλιογραφία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η άσκηση μάλλον βρίσκεται στον αντίποδα του καπνίσματος μιας που και οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι άτομα που ασκούνται φαίνεται να μην καπνίζουν με την ίδια συχνότητα και ποσότητα όσο τα άτομα που δεν ασκούνται. Τα περισσότερα προγράμματα προτείνουν την άσκηση σαν εναλλακτικό τρόπο απασχόλησης αντίθετο από το κάπνισμα παρουσιάζοντας σχετικές πληροφορίες για αυτό. Είναι θλιβερό το γεγονός ότι έως το 2025 θα έχουν πεθάνει 100.000.000 άνθρωποι με αιτία το κάπνισμα, και ένα μεγάλο μέρος αυτών, θα είναι νέοι άνθρωποι. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο το κόσμο είναι 1.100.000.000. άνθρωποι και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο (10.000 την ημέρα) εξαιτίας του καπνίσματος. Στην Ελλάδα 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών.

### ***Πεδόμετρα και Άσκηση***

Η ακριβής μέτρηση της άσκησης ή της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη διερεύνηση των ευεργετικών επιδράσεων της ή της σχέσης της με παράγοντες που σχετίζονται με αυτή όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση ακόμη και η συνήθεια του καπνίσματος. Τα πεδόμετρα ή βηματόμετρα είναι αισθητήρες καταγραφής κίνησης. Είναι φθηνά (έως και 30-200 ευρώ το ένα), εύκολα στη χρήση και χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο για την αύξηση της παρακίνησης των ατόμων για άσκηση ή απλή σωματική δραστηριότητα όπως είναι το περπάτημα (Tudor- Locke & Bassett, 2004). Τα άτομα φορούν κυρίως τα πεδόμετρα την ημέρα και απαγορεύεται η χρήση τους στο μπάνιο και όταν κολυμπούν. Προσαρμόζονται στη ζώνη, στο ύψος της

μηρό-βουβωνικής χώρας. Λειτουργούν με ένα οριζόντιο ελατήριο το οποίο κινείται σε κάθετο άξονα όταν το άτομο περπατάει ή τρέχει καταγράφοντας κάθε του βήμα. Σε γενικές γραμμές τα πεδόμετρα καταγράφουν με ακρίβεια τα βήματα σε ημερήσια βάση αλλά δεν μπορούν να καταγράψουν την ένταση της δραστηριότητας (Hardman & Stensel, 2009). Σε αντίθεση τα επιταχυνσιόμετρα, μας επιτρέπουν να κάνουμε πιο ακριβής μετρήσεις των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας εξαιτίας της λειτουργίας τους σε τρεις άξονες (μέσος ή προσθοπίσθιος-x, εγκάρσιος ή οριζόντιος-y, επιμήκης ή μετωπιαίος-z). Εντούτοις είναι πολύ ακριβά (έως και 500-700 ευρώ το ένα) και πιο πολύπλοκα στην καταγραφή και ανάλυση της φυσικής δραστηριότητας (McClain & Tudor-Locke 2009) από τα πεδόμετρα. Οι Masurier και Tudor-Locke (2003) σύγκριναν την ακρίβεια καταγραφής βημάτων σε πειραματικές συνθήκες με τη χρήση συγκεκριμένης μάρκας βηματομέτρων και επιταχυνσιόμετρων αντίστοιχα. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι και οι δυο αισθητήρες καταγράφουν με σχετική ακρίβεια (μέγεθος σφάλματος) τα βήματα που έκαναν οι συμμετέχοντες-ουσες, ωστόσο σημειώνουν ότι τα πεδόμετρα μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα στη μέτρηση βημάτων σε ηλικιωμένους που περπατούν πολύ σιγά, ενώ τα επιταχυνσιόμετρα σε άτομα που κάθονται πολύ και χρησιμοποιούν μέσα μεταφοράς για τη μετακίνησή τους.

Σε γενικές γραμμές τα 10.000 βήματα ανά ημέρα έχουν οριστεί ως μέσος όρος καθημερινής δραστηριότητας που θα πρέπει να κάνει ένα άτομο, για τη σωματική και τη ψυχική του υγεία (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Παρ' όλα αυτά τα 10.000 βήματα ανά ημέρα δεν μπορούν να εφαρμοσθούν σε όλες τις ομάδες ατόμων ιδίως σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Ο Bohannon (2007) στη μετα-ανάλυσή του, με δείγμα 6.199 άτομα και 42 έρευνες, κατέληξε ότι για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πάνω από 65 ετών τα βήματα κυμαίνονται κάτω από 10.000 την ημέρα, περίπου από 7.500 -9.999 βήματα. Συμπερασματικά, από τους ερευνητές ορίζονται τα 10.000 βήματα ημερησίως ως όριο ενεργής (συμπεριλαμβανομένου της άσκησης) καθημερινής δραστηριότητας όσον αφορά τα ενήλικα υγιή άτομα (Tudor-Locke & Bassett, 2004), σε ενήλικες που κάνουν καθιστική ζωή περίπου στα 5.000 ημερησίως, από 5.000-7.499 σε άτομα που ασκούνται λίγο, από 7.500-9,999 σε άτομα που κάπως ασκούνται, από 10.000-12.499 σε άτομα που ασκούνται και πάνω από 12.500 σε άτομα που ασκούνται πολύ. Σε νεαρά άτομα το νούμερο αυτό κυμαίνεται στα 3.000 βήματα σε 30 λεπτά για μέτρια έντασης άσκηση (Tudor-Locke, Sisson, Collova, Lee, & Swan, 2005). Ενώ σε παιδιά από 8 έως 10 ετών το νούμερο κυμαίνεται 12.000-16.000 ημερησίως (Tudor-Locke & Bassett, 2004).

Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των Bravata και συν. (2007) υποδεικνύουν ότι η χρήση βηματομέτρων συνδέεται με σημαντικές αυξήσεις στη σωματική δραστηριότητα των ατόμων. Επιπλέον, η χρήση τους μπορεί να συσχετιστεί με σχετικές μειώσεις στο βάρος και στην αρτηριακή πίεση. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές ανάλυσαν 26 έρευνες με δείγμα 2.767 συμμετέχοντες-ουσες που χρησιμοποιούσαν βηματομέτρα. Οι συμμετέχοντες-ουσες που έκαναν χρήση βηματομέτρων αύξησαν την σωματική τους δραστηριότητα κατά 2.491 βήματα την ημέρα περισσότερο από αυτούς που δεν χρησιμοποιούσαν και έκαναν κατά μέσο όρο 1.098 με 3.885 βήματα ημερησίως. Πρέπει να σημειωθεί, ότι σημαντικός παράγοντας της αύξησης της σωματικής δραστηριότητας αποτελεί ο καθορισμός στόχων για αύξηση των βημάτων καθώς και η χρήση ημερολογίου καταγραφής των βημάτων που κάνει το άτομο την ημέρα. Ενώ ανασταλτικός παράγοντας μπορεί να αποτελέσουν οι καιρικές συνθήκες (Chan, Ryan, & Tudor-Locke, 2006).

Οι Taylor, Everson-Hock και Usser (2010) σε μια παρεμβατική μελέτη διάρκειας 6-7 εβδομάδες και 72 συμμετέχοντες-ουσες, προσπάθησαν να εντάξουν τη ΦΔ, καταγράφοντάς τη με πεδόμετρα, ως βοηθητικό μέσο για τη ΔΚ. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν, ότι τα πεδόμετρα σύμφωνα με τους συμμετέχοντες-ουσες αύξησαν την παρακίνησή τους για άσκηση και αποτέλεσαν μια μορφή απόσπασης της προσοχής από την ανάγκη τους για κάπνισμα. Ωστόσο οι συμμετέχοντες-ουσες έδειξαν δυσκολία στην καταγραφή των βημάτων τους. Τέλος τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι συμμετέχοντες-ουσες έδειξαν θετική στάση για τη χρήση της άσκησης ως βοηθητικό μέσο για τη διακοπή καπνίσματος.

Σε γενικές γραμμές οι ερευνητές συμπεραίνουν, ότι ενώ υπάρχουν ενδείξεις για τα ευεργετικά οφέλη από τη χρήση πεδομέτρων, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τα μακροχρόνια οφέλη από τη χρήση αυτών. Στη συγκεκριμένη διατριβή και με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Taylor et al., 2010) χρησιμοποιήσαμε πεδόμετρα για την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας των ατόμων που έλαβαν μέρος στο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος και θέλησαν να κάνουν χρήση των πεδομέτρων.

### ***Κάπνισμα και άσκηση***

Σχετικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας έδειξαν ότι το πρόβλημα του καπνίσματος εστιάζεται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και αρχίζει από την εφηβική ηλικία (Θεοδωράκης, 2010). Η Ελλάδα κατέχει το χαμηλότερο ποσοστό (3%) συστηματικών ασκουμένων και το υψηλότερο ποσοστό (67%) μη ασκουμένων συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης (Eurobarometer, 2010). Η άσκηση έχει

βρεθεί ότι βοηθάει στη ΔΚ κυρίως ως μέσο για τη μείωση του βάρους ή του φόβου για αύξηση του βάρους (Taylor et al., 2007). Σύμφωνα με αρκετές έρευνες (Marcus et al., (2003); Taylor & Katomeri, 2007; Taylor & Ussher, 2005) συχνή χρήση της ΦΔ αυξάνει την καύση των θερμίδων και αυξάνει τη λειτουργία του μεταβολισμού μειώνοντας την απόκτηση βάρους και τη χρήση καπνού. Σε ανασκοπήσεις των Ussher, Taylor, West και McEwen (2000) και των Ussher, West, Taylor και McEwen (2005) κατέληξαν στο γενικό συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την επίδραση στη διακοπή ή ελάττωση του καπνίσματος. Ενώ, σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση (Taylor et al., 2007) οι ερευνητές βρήκαν ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη ΔΚ και στη ρύθμιση της επιθυμίας για τσιγάρο καθώς επίσης και των αρνητικών συναισθημάτων μετά τη διακοπή του. Καπνιστές και σύμβουλοι ΔΚ τονίζουν ότι η χρήση της άσκησης είναι ένα πολύτιμο βοηθητικό μέσο ΔΚ (Everson-Hock, Taylor, Ussher & Faulkner, 2010).

Η άσκηση βοηθάει στην καταπολέμηση της υπερέντασης και του στρες (Landers, 1994) και μπορεί, με αυτόν τον τρόπο, να ικανοποιηθούν τα κίνητρα όσων δηλώνουν ότι καπνίζουν για καταπράνση – ηρεμία. Επίσης, η άσκηση προκαλεί την έκκριση ουσιών (νευροδιαβιβαστών) που προκαλούν αίσθημα ευεξίας (ενδορφίνες, σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη) και θα μπορούσε, σε κάποιο βαθμό, να ικανοποιήσει τα κίνητρα όσων δηλώνουν ότι καπνίζουν, γιατί αισθάνονται όμορφα (θεωρίες «αδυναμίας – άφεσης – ικανοποίησης»). Ακόμη, όσοι ασκούνται έχουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, επομένως η άσκηση μπορεί να υποκαταστήσει το κάπνισμα σε όσους καπνίζουν, για να αντιμετωπίσουν αισθήματα κατάθλιψης (Lujic et al., 2005). Τέλος, η άσκηση ενισχύει την αίσθηση του αυτοελέγχου, την αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμησης και την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Καλύπτει, επομένως, αρκετά από τα ψυχοκοινωνικά κίνητρα όσων υποστηρίζουν ότι καπνίζουν για τέτοιους λόγους.

Όσον αφορά στις άμεσες επιδράσεις της άσκησης, τέσσερις έρευνες (Daniel et al. 2004; Pomerleau et al. 1987; Thayer et al. 1993; Ussher et al. 2001) έχουν ασχοληθεί με την επιθυμία για τσιγάρο και τη διακοπή του μέσω της άσκησης. Εντούτοις υπάρχουν αρκετοί μεθοδολογικοί περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών βασίστηκαν μόνο σε μια ερώτηση η οποία απαντούσε σε κάθε σύμπτωμα για μείωση ή διακοπή από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια προσωρινής αποχής. Επίσης, οι έρευνες των Pomerleau και συν. (1987) ανέφεραν θετικά αποτελέσματα της άσκησης στην ανάγκη για τσιγάρο και διακοπής αυτού μόνο μετά από (30-45 λεπτά) αποχή από το τσιγάρο. Μετά από 15 ώρες διακοπής από το τσιγάρο οι Ussher και συν. (2001) ανέφεραν ότι 10 λεπτά μέτριας σε ένταση άσκηση σε ποδηλατοεργόμετρο με 40-60% της μέγιστης καρδιακής

συχνότητας, είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της ανάγκης των καπνιστών για κάπνισμα (West & Russell, 1985) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι Daniel και συν. (2004) με βάση την έρευνα των Ussher και συν. (2001) σύγκριναν την επίδραση μέτριας σε ένταση άσκησης διάρκειας 5 λεπτών (40-60% καρδιακής συχνότητας) ή ελαφριάς σε ένταση άσκησης (10-20% καρδιακής συχνότητας) στο ποδηλατοεργόμετρο, με την ομάδα ελέγχου που δεν έκανε άσκηση, στην ανάγκη για κάπνισμα μετά από 11-15 ώρες αποχής από το κάπνισμα. Η μέτρια σε ένταση άσκηση μείωσε στατιστικά σημαντικά την ανάγκη για κάπνισμα ακόμη και μετά από 5 λεπτά μετά την άσκηση με μέγεθος επίδρασης μεταξύ της ομάδας που έκανε άσκηση και της παθητικής ομάδας που ήταν ίσο με 0.54, 0.47, 0.27 και 0.14, κατά τη διάρκεια, μετά, μετά από 5 λεπτά και στα 10 λεπτά μετά την άσκηση αντιστοίχως. Σε σύγκριση με την ελαφριά σε ένταση άσκηση, η μέτρια ένταση μείωσε την ανάγκη για τσιγάρο κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από την τελική μέτρηση. Η ελαφριά σε ένταση άσκηση δεν είχε καμία επίδραση στην ανάγκη για κάπνισμα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (παθητική ομάδα). Ενώ αυτές οι πρωταρχικές μελέτες των Ussher και συν. (2001) και Daniel και συν. (2004) έχουν δώσει κάποια δείγματα στην επίδραση της άσκησης στην μείωση της ανάγκης για τσιγάρο με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, εντούτοις αρκετά μεθοδολογικά θέματα έχουν δημιουργηθεί σχετικά με την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα. Πρώτον, και οι 4 έρευνες εξέτασαν την επιθυμία για κάπνισμα με τη χρήση μόνο μιας ερώτησης (π.χ. ανάγκη για κάπνισμα και βάση του πόσο πολύ επιθυμώ να καπνίσω). Σε αυτά τα πρωταρχικά στάδια της έρευνας είναι αναγκαίο τα αποτελέσματα να στηρίζονται σε περισσότερες από μια ερωτήσεις. Οι Shiffman και συν. (2004) πρόσφατα σημείωσαν ότι οι περισσότερες από μια ερωτήσεις σχετικά με την αποχή από το κάπνισμα και την επιθυμία για κάπνισμα έχουν καλύτερη επίδραση από τη μια μόνο ερώτηση βασισμένοι σε ψυχομετρικές αρχές. Επίσης, οι έρευνες των Ussher και συν. (2001) και Daniel και συν. (2004) ως μέσο άσκησης είχαν την ποδηλασία με μέτρια ένταση. Το περπάτημα είναι η πιο συχνή μορφή άσκησης ως ΦΔ που συχνά συναντάται στις έρευνες σε χαμηλή ένταση. Ακόμη, η διάρκεια των άμεσων επιδράσεων της άσκησης στο συναίσθημα έχουν γενικά αναγνωριστεί από τη βιβλιογραφία ότι σε γενικές γραμμές η επίδραση της άσκησης μπορεί να κρατήσει αρκετές ώρες. Οι έρευνες των Ussher και συν. (2001) και Daniel και συν. (2004) εξέτασαν τις επιδράσεις όχι περισσότερο από τα 10 λεπτά. Είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί αν οι επιδράσεις της άσκησης διαρκούν μέχρι 10 λεπτά ή υπάρχει το ενδεχόμενο για μεγαλύτερη διάρκειας επίδραση. Επίσης, συνεχής συμμετοχή στην άσκηση για πολλά συνεχόμενα χρόνια έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη



μείωση του καπνίσματος περισσότερο από τη σποραδική και αραιή συμμετοχή στην άσκηση (Rodriguez & Audrain-McGovern, 2004).

Οι Van Rensburg, Taylor, Hodgson και Benattayallah (2009) εξέτασαν την επίδραση της άσκησης στην ενεργοποίηση συγκεκριμένων περιοχών στον εγκέφαλο που είχε να κάνει με τη χρήση ουσιών, όπως η νικοτίνη (μέσω εικόνων που είχαν να κάνουν με το κάπνισμα), και την μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα. Το δείγμα αποτέλεσαν 20 καπνιστές οι οποίοι δεν είχαν καπνίσει για 15 ώρες. Δέκα καπνιστές (πειραματική ομάδα) κλήθηκαν να ασκηθούν σε μέτρια ένταση για 10 λεπτά στο ποδήλατο και οι άλλοι δέκα (ομάδα ελέγχου) κάθονταν για 10 λεπτά. Μετά το πέρας της παρέμβασης όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία βλέποντας εικόνες που είχαν να κάνουν με κάπνισμα αλλά και άσχετες με αυτό. Η επιθυμία για κάπνισμα μετρήθηκε πριν, μετά και στο τέλος της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επιθυμία για κάπνισμα μειώθηκε κατά τη διάρκεια και μετά την άσκηση. Στην ομάδα ελέγχου η μαγνητική έδειξε ενεργοποίηση σε περιοχές που είχαν να κάνουν με την επιβράβευση, την παρακίνηση και την προσοχή. Ενώ στην πειραματική έδειξαν μια υπο-ενεργοποίηση των περιοχών αυτών και μια μετατόπιση στην ενεργοποίηση σε περιοχές του εγκεφάλου που ορίζονται ως «brain default mode» (Περιοχή Broadmanns 10). Συμπερασματικά οι ερευνητές κατέληξαν ότι η άσκηση (μια προπόνηση) μπορεί να μειώσει την επιθυμία για κάπνισμα και για πρώτη φορά απέδειξαν ότι μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση στην ενεργοποίηση των περιοχών του εγκεφάλου που σχετίζονται με ερεθίσματα του καπνίσματος.

Οι Ussher, Cropely, Playle, Mohidin και West (2009) εξέτασαν τις άμεσες επιδράσεις μιας τεχνικής χαλάρωσης (με σάρωση σώματος) και της ισομετρικής άσκησης στην επιθυμία για κάπνισμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 48 άτομα που κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα ημερησίως. Το δείγμα χωρίστηκε σε 3 ομάδες που ακολούθησαν για 10 λεπτά 2 φορές την ημέρα τις παρακάτω πειραματικές καταστάσεις: τεχνική χαλάρωσης, ισομετρική άσκηση και διάβασμα ιστορίας (ομάδα ελέγχου). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στις δυο πειραματικές καταστάσεις μειώθηκε η επιθυμία για κάπνισμα ακόμη και 30 λεπτά μετά την άσκηση και την χαλάρωση σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Οι Linke και συν. (2009) εξέτασαν την επίδραση του καπνίσματος συνδυαστικά με το επίπεδο σωματικής άσκησης στην πρόκληση σοβαρών ιατρικών περιστατικών όπως καρδιακή ανακοπή και εγκεφαλικό. Συγκεκριμένα υπέβαλλαν 789 γυναίκες με πιθανή μυοκαρδιακή ισχαιμία σε αγγειογραφικό τεστ, ώστε να διαπιστωθεί η σοβαρότητα του

προβλήματος της κάθε μιας, και ταυτόχρονα τους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο ώστε να εξετασθεί το ιστορικό καπνίσματος και η ικανότητα άσκησης μαζί με άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά και επιπλέον παράγοντες κίνδυνου. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι πρώτες σε βαθμό επικινδυνότητας να εμφανίσουν ένα τέτοιο σοβαρό ιατρικό επεισόδιο ήταν οι γυναίκες που ήταν καπνίστριες στο παρελθόν και ανέφεραν χαμηλή ικανότητα άσκησης, και δεύτερες ήταν καπνίστριες με σωματική αντοχή στην άσκηση, συγκρινόμενες με αυτές που δεν ήταν καπνίστριες και είχαν καλή φυσική κατάσταση. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ιστορικό καπνίσματος του ατόμου και την ικανότητα για άσκηση έχει ως εξής: ενώ οι καπνίστριες δεν είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κάποιο από τα προαναφερθέντα ιατρικά περιστατικά λόγω μη άσκησης, αντίθετα οι μη καπνίστριες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εάν δεν αθλούνταν. Συμπερασματικά οι ερευνητές προτείνουν ότι ο συνδυασμός έλλειψης καπνίσματος και η καλή φυσική κατάσταση έχει σημαντική επίδραση στην προστασία των γυναικών με πιθανή μυοκαρδιακή ισχαιμία στο να μην εμφανίσουν κάποιο σοβαρό ιατρικό συμβάν.

Η έρευνα των Metzger και των συνεργατών του, εξέτασε τη μακροχρόνια σχέση της ανάμειξης των εφήβων σε οργανωμένες δραστηριότητες, την έκθεση σε προβληματικούς συνομηλίκους και του καπνίσματος σε ένα δείγμα εφήβων που κάπνιζαν. Η 24μηνια συμμετοχή σε οργανωμένες δραστηριότητες προστάτευσε τους εφήβους από τη συνήθεια του καπνίσματος αλλά υπήρχαν διαφορές στο φύλο και στο βαθμό ενασχόλησης με τη συμμετοχή σε οργανωμένες δραστηριότητες (Metzger et al, 2011).

Σε μια άλλη έρευνα οι Scioli, Biller, Rossi και Riebe (2009) εξέτασαν τα κίνητρα για άσκηση ατόμων που κάπνιζαν και μη καπνιστών σε ένα δείγμα φοιτητών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές που κάπνιζαν και αθλούνταν παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού αλλά και σωματικού στρες σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνιζαν και αθλούνταν. Επίσης, οι φοιτητές που δεν κάπνιζαν και αθλούνταν είχαν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής παρακίνησης για άσκηση σε σύγκριση με αυτούς που κάπνιζαν και αθλούνταν. Εν κατακλείδι οι ερευνητές κατέληξαν ότι υπάρχει ανάγκη για παρεμβατικές έρευνες που θα προωθούν την άσκηση και τη διακοπή καπνίσματος σε εφήβους και θα επικεντρώνονται στην αύξηση των εσωτερικών κινήτρων για άσκηση.

Τέλος σε μια πρόσφατη ανασκόπηση οι Kinnunen, Korhonen, Craft και Perna (2010) εξέτασαν την αποτελεσματικότητα και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή καπνίσματος στο γυναικείο πληθυσμό. Παρατήρησαν ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα ποικιλοτρόπως: α) ευνοώντας μια θετική συναισθηματική

κατάσταση β) διατηρώντας ένα υγιές σώμα και ελεγχόμενο βάρος και γ) προσφέροντας ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περίγυρο. Επιπλέον, η τακτική άσκηση βρέθηκε να έχει αντίστροφη συσχέτιση με άλλους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με το κάπνισμα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι είναι ευρέως επιβεβαιωμένο μιν ότι η άσκηση κάνει καλό στην υγεία των γυναικών, αλλά για την ώρα υπάρχει λίγη και αδύναμη μεθοδολογικά έρευνα που να καταδεικνύει ότι η τακτική άσκηση μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα στη διακοπή καπνίσματος από τις παραδοσιακές μεθόδους. Επομένως, φαίνεται πως χρειάζεται επιπλέον έρευνα για να προσδιορίσουμε το εάν η άσκηση μπορεί να αποτελέσει τρόπο διακοπής του καπνίσματος από μόνη της, ή εναλλακτικά ποιος θα ήταν ο καλύτερος συνδυασμός άσκησης με τις παραδοσιακές μεθόδους θεραπείας όπως η συμβουλευτική.

Τελευταία γίνονται αρκετές προσπάθειες για τη διερεύνηση των άμεσων επιδράσεων της άσκησης στη ΔΚ δίνοντας περισσότερη σημασία στα μεθοδολογικά προβλήματα των προηγούμενων μελετών. Προς αυτήν την κατεύθυνση, οι Taylor και συν. (2005), συμπέραναν ότι το περπάτημα χαμηλής έντασης διάρκειας 15-20 λεπτών κατά τη διάρκεια αποχής από το κάπνισμα μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στη μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα. Σε μια παρόμοια έρευνα οι Taylor, Katomeri και Ussher (2006) σε δείγμα 15 ατόμων, που κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα ημερησίως, εφάρμοσαν άσκηση χαμηλής έντασης διάρκειας 15-20 λεπτών. Μετά την άσκηση οι συμμετέχοντες-ουσες δήλωσαν μείωση στην επιθυμία για κάπνισμα κατά τη διάρκεια αλλά 20 λεπτά μετά από την άσκηση. Σε δυο πρόσφατες έρευνες οι Taylor και Katomeri (2007) και Van Rensburg και Taylor (2008) παρουσίασαν ανάλογα αποτελέσματα μετά από μέτρια έντασης άσκηση.

Σε γενικές γραμμές, οι Papaioannou, Karastogiannidou και Theodorakis (2004) και οι Marcus και συν. (2003), ανέφεραν ότι η άσκηση είναι το μέσο για την προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και την αποφυγή των αρνητικών. Και άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα στη προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ο Shephard (1989) θεωρεί ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης έχει υψηλά ποσοστά συσχέτισης με άλλες υγιεινές συμπεριφορές. Αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος βρέθηκε και σε έρευνες με νεαρά άτομα αλλά και σε έρευνες με ενήλικες (Marti, Abetin, Minder & Vader, 1988; Marti, Salonen, Tuomilehto & Pulska, 1988; Salonen, Slater, Tuomilehto & Raurama, 1988). Μια συχνή παρατήρηση είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των αθλητών υψηλού επιπέδου δεν καπνίζουν. Στην έρευνα των Marti και συν. (1988), στην οποία συμμετείχαν άτομα που έκαναν τζόκινγκ,

μόνο το 2% ανέφερε ότι κάπνιζε 20 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα. Υπήρξε ακόμη, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης τσιγάρου και της εβδομαδιαίας προπόνησης σε χιλιομετρικές αποστάσεις. Ακόμα οι ίδιοι οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το 70% των ατόμων του δείγματος που κάπνιζαν στο παρελθόν, όταν άρχισαν να ασχολούνται με το τρέξιμο, σταμάτησαν να καπνίζουν. Ο Godin (1989) κάνοντας μια ανασκόπηση 24 ερευνών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η άσκηση βοηθάει τα άτομα που καπνίζουν να το ελαττώσουν ή ακόμα και να το κόψουν εντελώς.

Παρόμοια σε άλλη έρευνα οι Boudreaux, Francis, Taylor, Brantley και Scarinci (2003) θεωρούν ότι η άσκηση συνδέεται άμεσα με τον περιορισμό ή την ελάττωση του καπνίσματος, ενώ οι King και συν. (1996), θεωρούν ότι η άσκηση είναι η εναλλακτική υγιεινή συμπεριφορά για την αποφυγή του καπνίσματος και πολλές έρευνες μάλιστα έχουν επισημάνει τη σημασία της. Επίσης, τονίζουν ότι η άσκηση βοηθάει στην μείωση του στρες, του θυμού καθώς επίσης και της κατάθλιψης, η οποία συνήθως ακολουθεί μετά την ΔΚ. Οι Sussman και συνεργάτες (2004), στην παρέμβαση που εφάρμοσαν χρησιμοποίησαν καινοτόμες δραστηριότητες όπως τη γιόγκα, για να παρακινήσουν τους καπνιστές να αθληθούν, γιατί θεωρούν ότι η παρακίνηση είναι σημαντική στην εξάλειψη μιας αρνητικής συμπεριφοράς.

Οι έρευνες επίσης έδειξαν ότι η άσκηση επιδρά θετικά στην προσπάθεια καρδιοπαθών να περιορίσουν το κάπνισμα. Ο συνδυασμός άσκησης και αγωγής υγείας, πάνω στο κάπνισμα, τη διατροφή και τον έλεγχο του στρες, βοήθησε τους ασθενείς να υιοθετήσουν πιο υγιεινές συμπεριφορές, όπως μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος, καλή διατροφή και συχνή άσκηση (Lisspers et al., 2005). Επιπρόσθετα, δύο ανασκοπήσεις παρεμβατικών μελετών, με εξέταση της αποτελεσματικότητας της άσκησης ως μέσου αποκατάστασης καρδιοπαθών, διαπίστωσαν ότι η άσκηση παίζει σημαντικό ρόλο στις παρεμβατικές διαδικασίες και την υγεία των ασθενών και ότι η άσκηση βοηθάει τα άτομα με καρδιοπάθειες που καπνίζουν να ελαττώσουν ή ακόμα και να κόψουν, εντελώς, το κάπνισμα (Godin, 1989; Taylor et al., 2004).

Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται ότι, για άτομα με καρδιοπάθεια που θα καταφέρουν να εντάξουν την άσκηση στο πρόγραμμά τους, αυξάνονται οι πιθανότητες περιορισμού ή και διακοπής του καπνίσματος. Γενικότερα, η άσκηση είναι απαραίτητη, αφού μπορεί να επηρεάσει θετικά και να ωφελήσει τους ασθενείς που καπνίζουν, είτε βοηθώντας τους να κόψουν το κάπνισμα είτε βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Θεοδωράκης, 2010).

Παρόλο που η άσκηση τείνει να καθιερωθεί σαν μια αποτελεσματική βοηθητική στρατηγική στη ΔΚ, λίγες ποιοτικές έρευνες την έχουν συμπεριλάβει και μελετήσει ως συμπληρωματικό βοήθημα. Σε μια έρευνα των Nademin και συνεργατών (2010) που πήραν συνέντευξη από 43 κοπέλες 18-21 χρονών και συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου, δήλωσαν ότι οι παρεμβάσεις ΔΚ για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και την άσκηση. Οι ερωτήσεις σχετικά με την άσκηση ήταν: αν σχεδιάζατε ένα πρόγραμμα που θα βοηθούσε τις γυναίκες να ασκούνται περισσότερο, πως θα ήταν αυτό; Τι νομίζετε ότι θα μπορούσε να συμβάλει στην αυξομείωση του ενδιαφέροντος και της παρακίνησης στη συμμετοχή των γυναικών σε ένα πρόγραμμα που θα βοηθούσε στο να κόψουν το κάπνισμα; Οι συμμετέχοντες-ουσες αυτού του προγράμματος αναγνώρισαν την αξία της άσκησης. Αυτή η έρευνα είναι η μοναδική που έχει συλλέξει ποιοτικά δεδομένα για την άσκηση ως ένα βοηθητικό μέσο ΔΚ. Υπάρχει ανάγκη να γίνουν κι άλλες ποιοτικές έρευνες που θα εξετάζουν τη χρησιμότητα της άσκησης ως μια συμπληρωματική στρατηγική στη ΔΚ.

Φαίνεται λοιπόν ότι η άσκηση αποτρέπει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος, ή ενισχύει την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως οι έρευνες που δεν έδειξαν σημαντική επίδραση της άσκησης στη διακοπή καπνίσματος είχαν αρκετές μεθοδολογικές απειλές όπως μικρός αριθμός δείγματος, μη αποτελεσματικός έλεγχος των ομάδων που ασκούσαν, υψηλές ή χαμηλές εντάσεις στο τρόπο άσκησης. Αν και χρειάζονται περισσότερες έρευνες στο να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για τη βοήθεια της άσκησης στη μείωση του καπνίσματος, εντούτοις, μπορεί να συστήσει κανείς την άσκηση ως μέσο για τη μείωση του εθισμού και γενικότερων ψυχολογικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται στην προσπάθεια των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα (Ussher et al. 2003). Βέβαια η άσκηση δεν ενδείκνυται ως μέσο μείωσης του εθισμού, αλλά ως εναλλακτική τεχνική απασχόλησης, ή απόσπασης της προσοχής από τις τυπικές συνήθειες των καπνιστών, ως διαδικασία συναισθηματικής κάλυψης με τη βοήθεια μιας ευχάριστης ενασχόλησης, και ως διαδικασία που εισάγει στον υγιεινό τρόπο ζωής γενικά.

### ***Προγράμματα παρέμβασης για περιορισμό του καπνίσματος***

Η κατανόηση των παραγόντων που προκαλούν αλλά και διακόπτουν το κάπνισμα είναι δύσκολη αλλά συγχρόνως και πολύ καθοριστική τόσο σε ερευνητικό όσο και σε συμβουλευτικό επίπεδο. Εντούτοις, πολλά από τα προγράμματα αυτά που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη για τη ΔΚ κοστίζουν, επιτρέποντας μόνο σε μια μικρή μερίδα

καπνιστών να τα παρακολουθήσουν (West, McNeill & Raw, 2000). Όπως αναφέρουν οι Singleton και Pope (2000), οι καπνιστές μπορούν να ωφεληθούν από την βοήθεια ειδικών στην προσπάθειά τους να κόψουν το κάπνισμα, περισσότερο από το να προσπαθούν να το διακόψουν μόνοι τους.

Στο παρελθόν πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για την ανάπτυξη παρεμβάσεων βασισμένα στην ψυχολογική υποστήριξη (Θεοδωράκης & συνεργάτες, 2005). Όπως αναφέρουν οι Singleton και Pope (2000), ένας από τους λόγους που τόσο οι έφηβοι όσο και οι ενήλικες καπνίζουν είναι η ανάγκη να καλυφθούν συναισθηματικά. Αρκετά παρεμβατικά προγράμματα αποδείχτηκαν επιτυχημένα στο παρελθόν που στόχευαν σε παράγοντες όπως είναι η παρακίνηση, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο όπου είναι και οι πιθανότεροι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth & Mant, 2004; Norman, Conner, & Bell, 1999). Ένα πενταήμερο παρεμβατικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος ονομαζόμενο FDP (Five-Day Plan) που στόχευε στην αλλαγή της συμπεριφοράς και που εφαρμόσαν οι Romand, Gourgou και Sancho-Garnier (2005) σε 228 καπνιστές σε πέντε πόλεις της Γαλλίας, είχε θετικά αποτελέσματα. Στην πειραματική ομάδα εφαρμόστηκε το FDP ενώ η ομάδα ελέγχου ενημερώθηκε μέσα σε μία συνεδρία για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Μετά την παρέμβαση μεγάλο ποσοστό της πειραματικής ομάδας αλλά και της ομάδας ελέγχου έκοψαν το κάπνισμα ενώ μετά από 3 και 6 μήνες αυτό το ποσοστό είχε μειωθεί. Σύμφωνα λοιπόν με αυτούς τους ερευνητές το FDP μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα βοήθημα για τους καπνιστές που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

Η έρευνα των Kelly και των συνεργατών του εξέτασε την επίδραση της αυτό-ομιλίας και νοερής απεικόνισης μέσα από ένα παρεμβατικό πρόγραμμα στην αυτορρύθμιση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες-ουσες που ακολούθησαν την παρέμβαση μείωσαν την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων πιο γρήγορα από την αρχική μέτρηση στην οποία δεν υπήρχε κάποια παρέμβαση (Kelly, Zuroff & Foa, 2010).

Motivational interviewing: Η τεχνική αυτή που χρησιμοποιείται αρκετά το τελευταίο διάστημα είναι η συμβουλευτική με βάση τη θεωρία motivational interviewing (Miller & Rollnick, 1991). Το motivational interviewing είναι ευρέως διαδεδομένο και εφαρμόσιμο στυλ συμβουλευτικής για την αλλαγή της συμπεριφοράς (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005) ενώ οι Hettema, Steele και Miller (2005) το χαρακτηρίζουν ως ένα θεραπευτικό και άμεσο στυλ. Πρόκειται για ένα είδος προσωποκεντρικής

συμβουλευτικής, με τη διαφορά ότι είναι πιο καθοδηγητική, και βοηθάει στην αύξηση της παρακίνησης, ενισχύοντας τα κίνητρα του ατόμου για αλλαγή (Θεοδωράκης & συνεργάτες, 2005). Συγκεκριμένα λοιπόν, το έργο αυτής της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής είναι να αυξήσει την παρακίνηση του ατόμου με στόχο να αλλάξει ορισμένες συμπεριφορές (Hancock, Davidson, Daly, Webber & Chang, 2005). Με την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας, την απόλυτη κατανόηση και την καθοδήγηση μέσω διαφόρων παρακινητικών ερωτήσεων, προσπαθεί να δημιουργήσει στο άτομο μια αντιληπτή διαφορά ανάμεσα στην ιδεατή και πραγματική συμπεριφορά του χωρίς όμως ο ερευνητής να πιέζει για αλλαγή, ούτε να έρχεται σε αντίθεση με το άτομο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική της εφαρμογή αποτελεί το γεγονός ότι οι ειδικοί για να κάνουν χρήση αυτής της τεχνικής θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι και έμπειροι. Σε πρόσφατη έρευνα των Olson, Gaffney, Hedberg, Gladstone, Dugan, Mathes και Reiss (2005) που απευθύνονταν σε έφηβους, έδειξε ότι οι ειδικοί που εφαρμόζουν αυτή την τεχνική χρειάζεται να κάνουν περισσότερη εξάσκηση για να καταφέρουν να πείσουν κάποιον.

Έρευνες στο παρελθόν έδειξαν ότι η τεχνική του motivational interviewing μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές (Butler et al., 1999) καθώς επίσης οι Dunn, Deroo και Rivara (2001) κάνοντας μια ανασκόπηση 29 ερευνών βρήκαν ότι αυτή η τεχνική μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα πληθυσμούς που πάσχουν από διάφορες εξαρτήσεις, όπως το κάπνισμα.

Τηλεφωνική υποστήριξη: Σύμφωνα με την έρευνα των Θεοδωράκη και των συνεργατών του (2005), η τηλεφωνική υποστήριξη είναι ένα άλλο είδος συμβουλευτικής υποστήριξης. Ο ερευνητής επικοινωνεί τηλεφωνικά και τακτικά με τους καπνιστές κατά τη διάρκεια ή και μετά την παρέμβαση παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη ή συμπληρωματική πληροφόρηση για το κάπνισμα και τις συνέπειές του. Αν και δεν γνωρίζουμε ποια είναι η ιδανική διάρκεια μιας τέτοιας παρέμβασης, παρεμβατικά προγράμματα που περιλαμβάνουν τηλεφωνική επικοινωνία και για αρκετό διάστημα μετά την παρέμβαση, τείνουν να έχουν θετικά αποτελέσματα (Fiore et al., 2000). Τα πλεονεκτήματα βέβαια αυτής της μεθόδου είναι αρκετά. Καταρχάς, ο καπνιστής μπορεί να δεχτεί τη βοήθεια των ειδικών από το σπίτι του που αισθάνεται οικεία χωρίς να χρειάζεται να πάει σε μια κλινική ή έναν άλλο χώρο που δεν θα αισθάνεται άνετα. Επίσης, μέσω του τηλεφώνου, επειδή δεν υπάρχει προσωπική επαφή με τον ειδικό σύμβουλο, ο καπνιστής δεν δυσκολεύεται να εκδηλωθεί και να εκφραστεί ελεύθερα. Πέρα όμως από τα

πλεονεκτήματα που έχει η τηλεφωνική επικοινωνία υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα. Ο καπνιστής μέσω της τηλεφωνικής επικοινωνίας δεν δεσμεύεται απόλυτα και μάλιστα ορισμένες φορές η επικοινωνία είναι αδύνατη (Glasgow, Whitlock, Eakin & Lichtenstein, 2000).

Άσκηση: Στην έρευνα των Nademin και συνεργατών (2010) οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου, δήλωσαν ότι οι παρεμβάσεις ΔΚ για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να συμπεριλαμβάνουν και την άσκηση. Πράγματι λοιπόν, από τις παρεμβατικές μελέτες δε θα μπορούσε να λείπει η άσκηση, η οποία σε συνδυασμό με συμβουλευτική και γνωστική συμπεριφορά είχε θετική επίδραση στην προσπάθεια για ΔΚ (Θεοδωράκης & συνεργάτες, 2005). Πράγματι, σχετική έρευνα, έδειξε ότι ακόμα και πρόγραμμα ΦΔ που περιελάμβανε 15 λεπτά γρήγορο περπάτημα ήταν ικανό να προκαλέσει μείωση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα και των ανάλογων στερητικών συνδρόμων, και κατά τη διάρκεια της άσκησης και ύστερα από την άσκηση (Taylor & Katomeri, 2007).

Ενώ αρκετές προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η άσκηση φαίνεται να αποτρέπει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος και να ενισχύει μάλιστα την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης & Χρόνη, 2000), υπήρξαν και κάποιες που δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές τιμές για την ομάδα που ασκούσαν από την ομάδα ελέγχου.

Τέλος, οι Jung και συνεργάτες (2010) υποστηρίζουν ότι πρέπει να προτείνονται εναλλακτικές δραστηριότητες, για να υπάρχει δυνατότητα επιλογής και ιδιαίτερα η άσκηση. Η ανάπτυξη προγραμμάτων που εστιάζονται σε ψυχολογικές μεθόδους διακοπής του καπνίσματος και ταυτόχρονα, στη συμμετοχή των καπνιστών σε προγράμματα άσκησης είναι μια ενδιαφέρουσα περιοχή έρευνας εφαρμογής και στο μέλλον.

Οι προηγούμενες έρευνες βασίστηκαν σε πολλές και διάφορες θεωρίες με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος, ποτέ όμως καμία έρευνα στο παρελθόν δεν έκανε χρήση των εξής πέντε κυρίαρχων θεωριών: της Κοινωνικής Γνωστικής θεωρίας, του μοντέλου των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model), του μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model), της θεωρίας στάσεων της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και της θεωρίας των στόχων. Έτσι λοιπόν, σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εξετάσει ποιοτικά αλλά και ποσοτικά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, στο οποίο συμπεριλαμβανόταν και η άσκηση ως βοηθητικό μέσο καθώς επίσης να εξετάσει και τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη χρησιμότητα του



προγράμματος, της αποτελεσματικότητάς του καθώς και της αξιολόγησής του βασισμένο σε αυτές τις πέντε θεωρίες.

### **III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### ***Συμμετέχοντες-ουσες***

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 80 άτομα, 50 εκ των οποίων συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα (41 άτομα ολοκλήρωσαν την παρέμβαση ενώ 9 άτομα εγκατέλειψαν την παρέμβαση) και τα υπόλοιπα 30 άτομα στην ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έλαβε χώρα σε τέσσερις πόλεις της Θεσσαλίας (Τρίκαλα, Καρδίτσα, Λάρισα και Βόλο) και συγκεκριμένα στο εργαστήριο ψυχολογίας της άσκησης και ποιότητας ζωής του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος των Γενικών Νοσηλευτικών Νοσοκομείων των Τρικάλων και της Καρδίτσας, στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Δημοτικού Οργανισμού Υγείας & Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.) του Βόλου, και της ψυχιατρικής Κλινικής και του ιατρείου διακοπής καπνίσματος σε συνεργασία με την πνευμονολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Λάρισα. Η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από δώδεκα (12) άντρες και είκοσι εννιά (29) γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμαινόταν από 33-63 χρόνια, με μέσο όρο ηλικίας 45.6 χρόνια. Πέντε από αυτούς ολοκλήρωσαν την υποχρεωτική εκπαίδευση, δέκα ήταν απόφοιτοι λυκείου, δεκατέσσερα άτομα ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και δώδεκα άτομα ήταν απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΑΕΙ). Από αυτούς τους 41 λοιπόν συμμετέχοντες, οι τρεις ήταν συνταξιούχοι, επτά ήταν άνεργοι και οι υπόλοιποι ήταν δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι.

#### ***Σύμβουλοι***

Οι σύμβουλοι που ήταν υπεύθυνοι για την ανάπτυξη του παρεμβατικού προγράμματος έχοντας ως σκοπό να βοηθήσουν τους καπνιστές να μειώσουν ή και να κόψουν το τσιγάρο χωρίς τη χρήση φαρμάκων, αλλά κυρίως με την ψυχολογική υποστήριξη, ήταν 6 γυναίκες επιστήμονες, με ΜΟ ηλικίας 36.6 χρόνια. Οι τρεις από τις έξι γυναίκες ήταν ψυχολόγοι, οι δύο ήταν καθηγήτριες Φυσικής Αγωγής και αθλητικές ψυχολόγοι που εργάζονται στο εργαστήριο Ψυχολογίας της άσκησης και Ποιότητας Ζωής

του ΤΕΦΑΑ, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και τέλος η μία ήταν ιατρός που εργάζεται στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Δημοτικού Οργανισμού Υγείας & Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.) του Βόλου.

### *Διαδικασία παρέμβασης*

Εφαρμογή του εντύπου του Εργαστηρίου Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής του ΤΕΦΑΑ, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση» (θεοδωράκης και Γουργουλιάνης, 2006 ). Το έντυπο αυτό απαρτίζεται από 10 βήματα. Κάθε εβδομάδα οι συμμετέχοντες-ουσες της πειραματικής ομάδας ολοκληρώνουν ένα βήμα και η διάρκεια του κάθε βήματος είναι 60 περίπου λεπτά. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει πλήθος γνωστικών τεχνικών και τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς, δίνει έμφαση στην εισαγωγή της άσκησης ως εναλλακτική δραστηριότητα. Το πρόγραμμα ΔΚ λοιπόν, έχει 2 πτυχές. Πρώτον, βασίζεται σε ψυχολογικές στρατηγικές και δεύτερον, στην προώθηση της ΦΔ. Το ψυχολογικό μέρος σχεδιάστηκε με βάση άλλα παρόμοια προγράμματα ΔΚ και σύμφωνα με οδηγίες του εθνικού ινστιτούτου καρκίνου της Αμερικής. Το πρόγραμμα της συμβουλευτικής βασίστηκε στη θεωρία του motivational interviewing και τη θεωρία της γνωστικής συμπεριφοράς (treatment focused on the transtheoretical model, motivational interviewing and cognitive behaviourtheory), και το οποίο περιλαμβάνει τη γνώση και την πληροφόρηση σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία, αναλύει τους λόγους και τους τρόπους ΔΚ, περιλαμβάνει τεχνικές χαλάρωσης και αυτοελέγχου, τρόπους διαχείρισης του στρες και προσπαθεί να συμβάλει στην αντικατάσταση των ανθυγιεινών συνηθειών με υγιεινές (American Cancer Society, 2010; American Cancer Society, 2004; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1983).

Η διαδικασία της προώθησης της ΦΔ, η οποία ήταν ενσωματωμένη στο συμβουλευτικό πρόγραμμα, βασιζόταν στους κανόνες της θεωρίας των Στόχων (Locke & Latham, 1990; Theodorakis, Hatzigeorgiadis, Chroni & Goudas, 2007). Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της παρέμβασης, δόθηκαν γραπτές οδηγίες στους συμμετέχοντες-ουσες για τη ΦΔ. Εκείνοι έθεταν προσωπικούς στόχους και συμπλήρωναν ειδικές φόρμες καθορισμού στόχων για να ελέγχουν τη ΦΔ τους, αξιολογώντας τη διάρκεια (σε λεπτά), την ένταση και το είδος της ΦΔ.

### ***Περιγραφή παρεμβατικού προγράμματος (10 βήματα)***

Τα βήματα

1<sup>ο</sup> βήμα - Οι αλήθειες για το κάπνισμα

Στην αρχή του πρώτου βήματος γίνεται μία ενημέρωση των καπνιστών σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία αλλά και την πορεία του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό. Το 1<sup>ο</sup> βήμα βασίζεται κυρίως στο μοντέλο των Πιστεύω Υγείας, στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής και στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Με βάση λοιπόν αυτές τις 3 θεωρίες, σκοπός αυτού του βήματος είναι μέσα από τις πληροφορίες που θα συλλέξει ο καπνιστής για το ρόλο του καπνίσματος στην υγεία, να επηρεασθεί γνωστικά και να κατανοήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος και την πιθανότητα για ασθένειες λόγω του καπνίσματος. Στη συνέχεια γίνεται προβολή κάποιων δυσάρεστων φωτογραφιών στους καπνιστές, που απεικονίζουν τις συνέπειες του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό ενώ συμπληρώνουν και κάποια ερωτηματολόγια (τι γνωρίζεις για το κάπνισμα, τι πιστεύεις ότι θα συμβεί στον οργανισμό σου μόλις κόψεις το κάπνισμα).

Στο τέλος αυτού του βήματος οι καπνιστές μαθαίνουν να εφαρμόζουν στην καθημερινότητά τους κάποιες χαλαρωτικές ασκήσεις αναπνοής. Επίσης στο τέλος του πρώτου βήματος όπως και στα υπόλοιπα τέσσερα βήματα, προτείνονται και προγράμματα άσκησης για την κάθε εβδομάδα. Σύμφωνα με το μοντέλο των Σταδίων αλλαγής το άτομο πρέπει να υιοθετήσει συνήθειες που βοηθάνε στη ΔΚ όπως την άσκηση και να την κάνει συνήθεια και χόμπι σταθερό.

2<sup>ο</sup> βήμα – Σκέψου γιατί καπνίζεις και γιατί θες να το κόψεις

Στο δεύτερο βήμα οι καπνιστές, συμπληρώνοντας κάποια ερωτηματολόγια (ποιοι είναι οι λόγοι που καπνίζεις, γιατί θέλεις να το κόψεις, πόσο εθισμένος είσαι) ανακαλύπτουν τους λόγους για τους οποίους καπνίζουν, τους λόγους για του οποίους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα καθώς επίσης και πόσο εθισμένοι είναι. Ο καπνιστής καλείται να ανακαλύψει μόνος του και να κατανοήσει ποια είναι τα πλεονεκτήματα από την αποχή σύμφωνα με το μοντέλο των σταδίων αλλαγής.

Στη συνέχεια αναφέρονται παραδείγματα αρνητικών σκέψεων των καπνιστών και μετατροπή αυτών σε ευεργετικές – θετικές, με σκοπό να κάνουν το ίδιο και στην καθημερινότητά τους. Σε αυτό το βήμα ο καπνιστής βρίσκει τις κατάλληλες εναλλακτικές συνήθειες με σκοπό την αντικατάσταση του καπνίσματος ενώ εφαρμόζει

και πάλι κάποιες χαλαρωτικές ασκήσεις αναπνοής. Τέλος, προτείνονται προγράμματα γυμναστικής για την 2<sup>η</sup> εβδομάδα.

### 3<sup>ο</sup> βήμα - Πώς να το κόψεις

Στο τρίτο βήμα γίνεται η περιγραφή των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος ενώ στη συνέχεια ο καπνιστής επιλέγει την κατάλληλη μέθοδο διακοπής του καπνίσματος που θα ακολουθήσει. Το τρίτο βήμα βασίζεται κυρίως στο μοντέλο των Σταδίων αλλαγής και στο μοντέλο των Πιστεύω Υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με αυτά τα 2 μοντέλα διδάσκονται στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς (όπως πχ. κάπνιζε το μισό τσιγάρο κάθε φορά ή μην ρουφάς το καπνό πάντα) και καταγράφονται από τον καπνιστή τα πιθανά εμπόδια και γίνεται αναζήτηση των τρόπων να ξεπεραστούν. Σε αυτό το σημείο, ο καπνιστής καθορίζει την ημερομηνία της οριστικής διακοπής του καπνίσματος, ενώ στο τέλος προτείνονται προγράμματα άσκησης για την 3<sup>η</sup> εβδομάδα.

### 4<sup>ο</sup> βήμα – Προετοιμασία

#### Λίγο πριν κόψεις το κάπνισμα

Σε αυτό το βήμα ο καπνιστής κάνει καταγραφή των τσιγάρων του στο «ημερήσιο ημερολόγιο καπνίσματος τσιγάρων» (τόπος, χρόνος, ποσότητα, αριθμός, με ποιους κ.α) ενώ επιλέγει εκείνες τις ιδέες και τεχνικές που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίζει τις δύσκολες καταστάσεις αλλά και τους πειρασμούς της καθημερινότητας. Όπως στο 3<sup>ο</sup> βήμα έτσι και σε αυτό αλλά και στο 6<sup>ο</sup> βήμα, βασισμένα στο μοντέλο των Σταδίων αλλαγής, προτείνονται στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς (όπως πχ. αν καπνίζεις μόλις ξυπνάς, κάνε αμέσως ένα ντους ή φάε πρωινό). Επίσης προβάλλονται τα πιθανά οφέλη από υγιεινές συνήθειες όπως η άσκηση σύμφωνα με το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας. Στη συνέχεια, γίνεται ενημέρωση για τυχόν ενοχλήσεις που μπορεί να αισθάνθει ο καπνιστής μετά τη ΔΚ αλλά και για τρόπους αντιμετώπισής τους. Και σε αυτό το βήμα, ο καπνιστής εκτελεί μία άσκηση αναπνοής και προτείνονται προγράμματα άσκησης για την 4<sup>η</sup> εβδομάδα.

### 5<sup>ο</sup> βήμα - πώς να διευκολύνεις τον εαυτό σου

Αυτό το βήμα βασίζεται κυρίως στην Κοινωνική Γνωστική θεωρία. Σε αυτό το βήμα ο καπνιστής μαθαίνει πώς να χειρίζεται τυχόν πειρασμούς από το κοινωνικό του περιβάλλον ενώ τονίζεται ιδιαίτερα για το πώς μπορεί ο καπνιστής να ζητήσει από τον κοινωνικό του περίγυρο να του συμπεριφέρεται και πώς να τον βοηθήσει σε αυτή του την προσπάθεια.

Σκοπός αυτού του βήματος είναι η αύξηση της αυτοπεποίθησης του καπνιστή. Στη συνέχεια ο καπνιστής συμπληρώνει κάποιες κάρτες δέσμευσης ενώ χρησιμοποιείται η ψυχολογική στρατηγική της νοερής απεικόνισης. Με βάση αυτή τη στρατηγική, ο καπνιστής φαντάζεται ότι καταφέρνει να ξεπερνάει δύσκολες καταστάσεις και πειρασμούς δίχως να καπνίσει. Στη συνέχεια συμπληρώνει ένα πλάνο αλλαγής πριν τη διακοπή). Σε αυτό το πλάνο ο καπνιστής αναφέρει τους λόγους που θέλει να σταματήσει το κάπνισμα, τι μπορεί να τον εμποδίσει αλλά και πως μπορεί να το ξεπεράσει. Σκοπός της συμπλήρωσης αυτού του πλάνου είναι να υπενθυμίζει στον καπνιστή τους λόγους για τους οποίους ξεκίνησε αυτό το πρόγραμμα, αλλά και για να το συμβουλευτεί στο μέλλον σε δύσκολες καταστάσεις και πειρασμούς. Όπως στα προηγούμενα βήματα έτσι και σε αυτό, προτείνονται προγράμματα άσκησης για την 5<sup>η</sup> εβδομάδα.

#### 6<sup>ο</sup> βήμα - αμέσως μετά τη διακοπή

Στο 6<sup>ο</sup> βήμα, προτείνονται νέες ιδέες και τεχνικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και πειρασμών και ο καπνιστής επιλέγει ποιες από αυτές θα χρησιμοποιήσει στην καθημερινότητά του, σύμφωνα με το μοντέλο των Σταδίων αλλαγής. Στη συνέχεια, ο καπνιστής με βάση την Κοινωνική Γνωστική θεωρία προετοιμάζεται ψυχολογικά για να αντιμετωπίσει κάθε είδους αντιδράσεις από το κοινωνικό του περιβάλλον ενώ με βάση τη θεωρία των στόχων μαθαίνει να καθορίζει στόχους, σε πίνακες, όσον αφορά στην άσκηση (για τις 2 επόμενες μέρες και για μία ολόκληρη εβδομάδα). Στο τέλος, προτείνονται προγράμματα άσκησης για την 6<sup>η</sup> εβδομάδα.

#### 7<sup>ο</sup> βήμα – μια νέα συνήθεια

Όπως αναφέρει και ο τίτλος αυτού του βήματος, ο καπνιστής δημιουργία νέες και υγιεινές ρουτίνες (συνήθειες) στην καθημερινότητά του, με σκοπό να υιοθετήσει υγιεινές συμπεριφορές και να αποφύγει τις αρνητικές. Όπως στο 4<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> βήμα και σύμφωνα με το μοντέλο των Σταδίων αλλαγής, έτσι και σε αυτό προτείνονται νέες ιδέες και τεχνικές αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων – πειρασμών από τις οποίες θα επιλέξει ο καπνιστής τις καταλληλότερες για να εφαρμόσει στην καθημερινότητά του και μαθαίνει στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς (όπως πχ. αν κάπνιζες όταν έπινες καφέ, προσπάθησε να απασχολείσαι διαβάζοντας μια εφημερίδα). Στη συνέχεια, δίνεται το δικαίωμα επιλογής στον καπνιστή για το είδος της δραστηριότητας και τη συχνότητα με την οποία θα γυμναστεί και έπειτα με βάση τη θεωρία των Στόχων καθορίζει τους στόχους

σχετικά με δραστηριότητες για τις επόμενες ημέρες. Τέλος, προτείνονται προγράμματα άσκησης για την 7<sup>η</sup> εβδομάδα.

#### 8<sup>ο</sup> βήμα – βοήθησε το σώμα σου

Το 8<sup>ο</sup> βήμα είναι πιο πολύ ενημερωτικό και βασίζεται κυρίως στο μοντέλο των Πιστεύω Υγείας, στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής και στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Με βάση λοιπόν αυτές τις 3 θεωρίες, σκοπός αυτού του βήματος είναι μέσα από τις πληροφορίες που θα συλλέξει ο καπνιστής για το ρόλο της άσκησης και της διατροφής στην υγεία, να επηρεασθεί γνωστικά και να αποκτήσει γνώσεις για το θέμα. Σε αυτό το βήμα δίνονται χρήσιμες διατροφικές οδηγίες και έμφαση στα οφέλη της άσκησης με σκοπό την απόκτηση υγιεινών συμπεριφορών και την αποφυγή των αρνητικών. Τελειώνοντας, ο καπνιστής με βάση τη θεωρία των Στόχων επαναπροσδιορίζει τους στόχους του όσον αφορά στις δραστηριότητες του, για την 8<sup>η</sup> εβδομάδα.

9<sup>ο</sup> βήμα - αντιμετώπισε τους φόβους και τις αμφιβολίες σου (παρέμεινε στο δρόμο σου χωρίς τσιγάρο)

Σε αυτό το βήμα, δίνονται στον καπνιστή κάποιες συμβουλές σε περίπτωση υποχώρησης ενώ γίνεται επανάληψη των πιο σημαντικών τεχνικών για την αντιμετώπιση των πειρασμών. Στο 5<sup>ο</sup> βήμα, πριν τη διακοπή, ο καπνιστής είχε συμπληρώσει ένα πλάνο αλλαγής που αφορούσε το μέλλον. Σε αυτό το βήμα, μετά τη διακοπή πια, ο καπνιστής ξανασυμπληρώνει ένα παρόμοιο πλάνο αλλαγής στο οποίο αναφέρει αν το πλάνο του λειτούργησε και κάνει κάποιες αλλαγές αν χρειαστεί. Στη συνέχεια, ο καπνιστής μαθαίνει τρόπους για να αντιμετωπίζει επικίνδυνες καταστάσεις και μαθαίνει επίσης να λέει με σιγουριά όχι, σε αυτούς που του προσφέρουν τσιγάρο. Με βάση λοιπόν την Κοινωνική Γνωστική θεωρία επαναλαμβάνεται για το πώς να διαχειρίζεται ο καπνιστής τον κοινωνικό του περίγυρο. Σύμφωνα με το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας, καταγράφονται τα πιθανά εμπόδια και γίνεται αναζήτηση των τρόπων να ξεπεραστούν. Έπειτα, γίνεται αναφορά σε κάποιες κάρτες με ασκήσεις χαλάρωσης και αυτοδιαλόγου που βρίσκονται στο τέλος του βιβλίου ενώ δίνονται και κάποιες συμβουλές για την αντιμετώπιση του στρες. Τέλος, ο καπνιστής επαναπροσδιορίζει τους στόχους του για ακόμη μία φορά, βασισμένος στη θεωρία των Στόχων, όσον αφορά στις δραστηριότητες του, για την 9<sup>η</sup> εβδομάδα.

10<sup>ο</sup> βήμα - μια ζωή χωρίς τσιγάρο

Στο 10<sup>ο</sup> και τελευταίο βήμα, σκοπός είναι να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή του καπνιστή, επιβραβεύοντάς τον για την προσπάθεια που έχει κάνει μέχρι στιγμής ενώ δίνεται έμφαση στα πιο σημαντικά σημεία και στις πιο σημαντικές συμβουλές του εντύπου. Σύμφωνα με το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής το άτομο υιοθετεί την ιδέα του μη καπνιστή και κάνει την αποχή από το κάπνισμα μόνιμη. Τέλος, ο καπνιστής, με βάση τη θεωρία των Στόχων, μαθαίνει να καθορίζει όχι μόνο βραχυπρόθεσμους αλλά και μακροχρόνιους στόχους και να τους επαναπροσδιορίζει κάθε εβδομάδα.

***Περιγραφή των προγραμμάτων άσκησης του παρεμβατικού προγράμματος «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση».***

Στην αρχή του προγράμματος η άσκηση είναι ήπιας μορφής. Τα άτομα που ακολουθούν το συγκεκριμένο πρόγραμμα, θα πρέπει όταν γυμνάζονται, να μην ξεπερνάνε τους 120-150 σφυγμούς και όταν το πρόγραμμα απαιτεί τρέξιμο, να τρέχουν χαλαρά και με ρυθμό για να μην κουράζονται. Στη συνέχεια, εφόσον οι καπνιστές είναι ντυμένοι κατάλληλα και φυσικά έχουν αφήσει τα τσιγάρα τους στο σπίτι, τους δίνονται κάποιες οδηγίες για το τι θα πρέπει να σκέφτονται κατά τη διάρκεια της άσκησης, προσπαθώντας έτσι να εστιάσουν την προσοχή τους μόνο στις ευεργετικές επιδράσεις που τους προσφέρει η άσκηση, έχοντας έτσι ως στόχο την τόνωση του ηθικού και την αύξηση της αυτοπεποίθησης για να συνεχίσουν.

Τα προγράμματα που ακολουθούν οι συμμετέχοντες-ουσες είναι εξατομικευμένα, προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις, τις ικανότητες, τη φυσική κατάσταση του καθενός σε συνεννόηση πάντα και με την καθοδήγηση του ειδικού. Το είδος της δραστηριότητας είναι επιλογή του ασκούμενου ακολουθώντας πάντα τις συμβουλές του ειδικού για την ένταση, τη συχνότητα και την ποσότητα της άσκησης. Μετά το πέμπτο βήμα ο καπνιστής μαθαίνει να θέτει εφικτούς, ρεαλιστικούς και βραχυπρόθεσμους στόχους όσον αφορά στην άσκηση. Δηλαδή ο καπνιστής σχεδιάζει ο ίδιος το πρόγραμμά του, έχοντας το δικαίωμα να επιλέξει ο ίδιος το είδος, την ποσότητα και την ένταση της δραστηριότητας που θα εκτελέσει. Το άτομο σύμφωνα με τη θεωρία των στόχων γίνεται πιο ανεξάρτητο και υπεύθυνο, εκτελεί με ευχαρίστηση δραστηριότητες που ο ίδιος επιλέγει και αισθάνεται δέσμευση απέναντι στον εαυτό του ότι πρέπει να επιτύχει τους στόχους που ο ίδιος έθεσε. Στο τελευταίο βήμα ο καπνιστής συνεχίζει να θέτει εφικτούς και ρεαλιστικούς στόχους όσον αφορά στην άσκηση, με τη μόνη διαφορά ότι τώρα πια οι στόχοι είναι μακροπρόθεσμοι. Οι στόχοι τώρα πια δεν αφορούν μόνο τις επόμενες μέρες,



αλλά ο καπνιστής καλείται να σχεδιάζει στόχους ανά εβδομάδα έτσι ώστε από εδώ και στο εξής να οδηγηθεί σε μία νέα ζωή με άσκηση και φυσικά χωρίς τσιγάρο.

### *Όργανα αξιολόγησης*

#### *Μετρήσεις*

Στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης έγινε καταγραφή των συνηθειών όλων των καπνιστών, της πειραματικής αλλά και της ομάδας ελέγχου καθώς επίσης και συμπλήρωση των εξής ερωτηματολογίων:

A) Συμπεριφορά άσκησης (βλ. παράρτημα 1). Η συχνότητα συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες εκτιμήθηκε με το δείκτη αυτό-αναφοράς «Leisure score index» (LSI) του ερωτηματολογίου «Godin Leisure Time Exercise Questionnaire» (GLTEQ; Godin & Shephard 1985; Godin, Jobin, & Bouillon, 1986). Το LSI περιλαμβάνει τρεις ανοικτού τύπου ερωτήσεις που καλύπτουν τη συχνότητα της έντονης, μέτριας και ήπιας άσκησης, μιας τυπικής εβδομάδας, για διάστημα τουλάχιστον 15 λεπτών κάθε φορά.

B) Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος χρησιμοποιήθηκαν 5 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη & Χασάνδρα (2005) και βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004). Οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά «Ναι» ή «Όχι». Η 1<sup>η</sup> ερώτηση διαχώριζε τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η 2<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η 3<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η 5<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογούσε τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές (heavy smokers). ). Στην 6<sup>η</sup> ερώτηση οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να συμπληρώσουν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα, ενώ στην 7<sup>η</sup> ερώτηση πρέπει να τσεκάρουν μία από τις επτά επιλογές που δίνονται για το πόσα τσιγάρα κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα (βλ. παράρτημα 2).

Γ) Κλίμακα Συνήθειας του Καπνίσματος (βλ.παράρτημα 3). Για την Συνήθεια του Καπνίσματος χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Self-Report Habit Index

(Verplanken & Orbell, 2003), η οποία προσαρμόστηκε στην συνήθεια του καπνίσματος για τους σκοπούς της έρευνας. Οι απαντήσεις δίνονται σε επτα-βάθμια κλίμακα τύπου Likert όπου «*Διαφωνώ απόλυτα*» (1) και «*Συμφωνώ απόλυτα*» (7).

Δ) Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας (self efficacy scale for smoking). (βλ. παράρτημα 4). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της αυτό-αποτελεσματικότητας και σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του Bandura (1997). Περιλαμβάνει δεκαοκτώ ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, σχετικά με το πόσο σίγουρος είναι κάποιος ότι δε θα καπνίσει σε διάφορες συνθήκες, όπου «*καθόλου σίγουρος*» (1) και «*Απόλυτα σίγουρος*» (5).

Ε) Κλίμακα συνεκτίμησης επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (βλ. παράρτημα 5). Ως επιθυμία για κοινωνική αποδοχή ορίζεται η ανάγκη των ατόμων να απαντούν με τρόπο που είναι κοινωνικά αποδεκτός (Crowne & Marlowe, 1960; σελ. 353). Η επιθυμία για κοινωνική αποδοχή είναι μεγάλο πρόβλημα για την εγκυρότητα ερωτηματολογίων (Runkel & McGrath, 1972). Έτσι, είναι πολύ πιθανό να επιδέχονται απαντήσεις θετικά προκατειλημμένες. Οι συμμετέχοντες-ουσες συνειδητά ή ασυνείδητα απαντούν σε ψυχολογικά και κοινωνικά ερωτηματολόγια, έτσι ώστε να φαίνονται καλύτεροι από ό,τι είναι, κάτι που έχει μεγάλη επιρροή στην εγκυρότητα της μέτρησης. Για αυτόν το λόγο, στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες-ουσες συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιθυμίας για κοινωνική αποδοχή (The short version of the Crowne & Marlowe, 1960; Social Desirability Scale).

Στην αρχή της παρέμβασης, δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες-ουσες από ένα πεδόμετρο (YAMAX, DIGI-WALKER SW-200) για την καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας των ατόμων. Σκοπός της χρήσης των πεδομέτρων ήταν η αύξηση της παρακίνησης των ατόμων για άσκηση ή απλή σωματική δραστηριότητα όπως είναι το περπάτημα. Μόνο 5 από τους 41 συμμετέχοντες-ουσες θέλησαν να κάνουν χρήση των πεδομέτρων. Τα άτομα φορούσαν κυρίως τα πεδόμετρα την ημέρα και απαγορευόταν η χρήση τους στο μπάνιο και όταν κολυπούσαν. Τα πεδόμετρα κατέγραφαν με ακρίβεια τα βήματα σε ημερήσια βάση. Στο τέλος της κάθε ημέρας, οι συμμετέχοντες-ουσες συμπλήρωναν σε ένα ειδικό έντυπο τον συνολικό αριθμό βημάτων της κάθε ημέρας.

Στο τέλος της παρέμβασης οι συμμετέχοντες-ουσες της πειραματικής ομάδας έδωσαν ημι-δομημένη συνέντευξη σε βάθος 7 κύριων ερωτήσεων. Αρχικά έγιναν ανοιχτές

ερωτήσεις, τις οποίες ακολούθησαν επιπρόσθετες, διευκρινιστικές ερωτήσεις (Παράρτημα 1). Η χρήση των σε βάθος συνεντεύξεων ενδείκνυται όταν, όπως στην προκειμένη περίπτωση, η διερεύνηση αποσκοπεί στον εντοπισμό γενικών σημείων μόνο από την άποψη των συμμετεχόντων για το θέμα (Janesick, 1998). Η ημι-δομημένη μορφή συνέντευξης, με ανοιχτές αρχικά ερωτήσεις και διευκρινιστικές στη συνέχεια, επιλέχθηκε για να δοθεί η ευκαιρία στους συμμετέχοντες-ουσες να εκφράσουν την άποψή τους χωρίς περιορισμούς, στη συνέχεια να δικαιολογήσουν τις αρχικές απαντήσεις τους, και ταυτόχρονα να κινηθούν στα όρια του θέματος που διερευνάται.

Ο χρόνος που διήρκεσε η κάθε συνέντευξη ήταν από 60 έως και 90 λεπτά της ώρας. Οι συνεντεύξεις έγιναν στο χώρο του εργαστηρίου Ψυχολογίας της άσκησης και ποιότητας ζωής, του ΤΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Οι χώροι αυτοί πληρούσαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Εξασφάλιζαν τις κατάλληλες συνθήκες άνεσης χώρου, φωτισμού, θερμοκρασίας, ησυχίας και απομόνωσης.

### *Αναλύσεις*

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις συνεντεύξεις, έγινε με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Boyatzis, 1998). Η θεματική ανάλυση είναι μια διαδικασία κωδικοποίησης των ποιοτικών πληροφοριών. Στην παρούσα μελέτη τα θέματα που χρησιμοποιήθηκαν για την κωδικοποίηση των πληροφοριών αφορούσαν στις κύριες ερωτήσεις της συνέντευξης. Η ανάπτυξη των κωδικών έγινε σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο έγινε η δημιουργία των κωδικών που απορρέουν από τις ερωτήσεις. Στο δεύτερο στάδιο έγινε επιμέρους ανάπτυξη νέων υπο-κωδικών σύμφωνα με τα δεδομένα-πληροφορίες που είχαν συλλεχθεί. Ορίστηκαν δηλαδή οι κωδικοί στις συγκεκριμένες πληροφορίες. Στο τρίτο στάδιο ελέγχθηκε η αξιοπιστία μεταξύ δύο ερευνητών που κατηγοριοποίησαν τις πληροφορίες με τους κωδικούς (Boyatzis, 1998). Πληροφορίες που προέκυψαν από τα δεδομένα και που δεν μπορούσαν να ενταχθούν στους υπάρχοντες κωδικούς, κωδικοποιήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν με βάση κοινά ή αντίθετα στοιχεία. Σημειώνεται τέλος ότι η διαδικασία της κωδικοποίησης των συνεντεύξεων έγινε μετά τη συλλογή των δεδομένων (“at the end analysis” κατά Rossman και Rallis, 1998), δηλαδή αφού ολοκληρώθηκε η διεξαγωγή όλων των συνεντεύξεων.

#### IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

##### *Ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων*

**Πίνακας 1.** Ερώτηση 1: Γενικότερη συμπεριφορά των καπνιστών πριν και μετά την παρέμβαση σχετικά με το κάπνισμα

1 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
<b>Πριν</b>	Συμπεριφορά (39)	Διέκοψαν	«έκανα περίπου ενάμιση πακέτο την ημέρα» (2)
		Δεν διέκοψαν	«έκανα τουλάχιστον 30-35 τσιγάρα την ημέρα»(8)
	Διάθεση / συναισθήματα (3)	Διέκοψαν	«Κάθε βράδυ πριν κοιμηθώ έλεγα ότι την επόμενη θα κόψω το τσιγάρο. Όταν δεν τα κατάφερα όμως ένιωθα πολύ άσχημα ψυχολογικά γιατί έλεγα ότι δεν έχω δύναμη. Έχανα την εμπιστοσύνη στον εαυτό μου» (13)
		Δεν διέκοψαν	( και οι τρεις συμμετέχοντες- ουσες που αναφέρθηκαν στη διάθεση και τα συναισθήματα διέκοψαν το κάπνισμα)

Μετά	Συμπεριφορά(39)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«Τώρα όχι δεν κάνω κανένα τσιγάρο, τίποτα» (5)  « τώρα μετά την προσπάθεια, αναλόγως με τις φάσεις στη ζωή μου κάνω από 5-10 τσιγάρα» (3)
	Διάθεση / κατάσταση (7)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«αισθάνομαι τώρα πολύ καλά πρώτα για την υγεία μου γιατί έχω και πρόβλημα καρδιάς, χαρούμενη γιατί δε θα έχω πρόβλημα από το τσιγάρο, ωραία, πολύ ωραία αισθάνομαι»(2)  «τώρα που μείωσα τα τσιγάρα, δεν αισθάνομαι ούτε βαρύ κεφάλι, ούτε αυτό το ζόρι στον οργανισμό» (9)
	Εξάρτηση / εθισμός(6)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«τώρα δεν κάνω κανένα τσιγάρο. Που πήγε όλη αυτή η επιθυμία, όλο αυτό το πάθος, ο εθισμός, χαθήκαν».(25)  «δεν έχει αλλάξει κάτι μετά την παρέμβαση, ίσως γιατί είμαι πολύ εθισμένη»(10)
	Καταστάσεις στιγμές που καπνίζω ή που επιθυμώ να καπνίζω(4)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«όταν πίνω καφέ το επιθυμώ πολύ».(18)  «σε εντάσεις στην καθημερινότητά μου πχ. εργασιακές δυσκολίες, οικογενειακά προβλήματα, προβλήματα υγείας»(3)
	Αναζητώ κάτι να μου κάνει κλικ(1)	Διέκοψαν	«αναζητώ κάτι να μου κάνει κλικ για να το κόψω, αρκεί να είναι άμεσο»(3)
	Μέσα που χρησιμοποιώ για να ξεχνιέμαι(2)	Διέκοψαν	«δεν μου λείπει το τσιγάρο, μπορεί να μου λείπει η κίνηση που έκανα αλλά με το κομπολογάκι μου το ξεχνάω, μπορεί κάτι άλλο να κάνω εκείνη την ώρα. Μια απασχόληση με τα χέρια, μπορεί και κάτι να φάω διαιτητικό, όχι παχυντικό»(5)
	Λόγοι για τους οποίους καπνίζω	Δεν διέκοψε	«Όπως φαίνεται ο εθισμός είναι μεγάλος και δεν αλλάζει αυτό. Κάνω 20 τσιγάρα όσα

ακόμα(1)		και πριν»(50)
	Διέκοψαν	(κανείς από τους συμμετέχοντες-ουσες που έκοψαν το κάπνισμα δεν ανέφερε την άποψή του για το κάπνισμα)
Άποψη για το κάπνισμα(2)	Δεν διέκοψαν	«βλέπω το τσιγάρο σαν καταφύγιο»(3)

Σύμφωνα με την πρώτη ερώτηση της συνέντευξης οι καπνιστές καλούνταν να περιγράψουν τις συνήθειές τους όσον αφορά στο κάπνισμα πριν την παρέμβαση αλλά και πόσο και αν διαφοροποιήθηκαν αυτές μετά την παρέμβαση.

Συγκεκριμένα, τριάντα εννιά άτομα αναφέρθηκαν στην γενικότερη συμπεριφορά τους όσον αφορά στο κάπνισμα αλλά και στον αριθμό των τσιγάρων τους.

Είκοσι δύο συμμετέχοντες-ουσες αναφέρθηκαν στον βαθμό εξάρτησής τους από το τσιγάρο πριν την παρέμβαση και έξι άτομα από αυτούς αναφέρθηκαν για το πόσο εθισμένοι ή όχι ήταν μετά την παρέμβαση και μάλιστα ένας συμμετέχων δήλωσε ότι ο λόγος που ίσως δεν διέκοψε το κάπνισμα είναι ότι ο εθισμός είναι τόσο μεγάλος, που δυστυχώς δεν μπορεί να απελευθερωθεί από αυτόν. Άλλοι επτά συμμετέχοντες-ουσες έκαναν λόγο για τις καταστάσεις και τις στιγμές που κάπνιζαν στο παρελθόν και τέσσερα άτομα ανέφεραν τις στιγμές, τις καταστάσεις, (καθώς επίσης δύο από αυτούς) τους λόγους που καπνίζουν ή που επιθυμούν να καπνίζουν ακόμα και μετά το πέρας της παρέμβασης. Επτά άτομα δήλωσαν ότι έψαχναν κάτι που να τους κάνει ‘κλικ’ για να σταματήσουν να καπνίζουν ενώ ένα άτομο συνεχίζει να ψάχνει ακόμη και μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα κάτι που να το παρακινήσει να κόψει το κάπνισμα, καθώς επίσης δύο άτομα χρησιμοποιούν διάφορα μέσα για να αποσπάται η προσοχή τους από τη συνήθεια του καπνίσματος. Τρεις συμμετέχοντες-ουσες στη συνέχεια αναφέρθηκαν για τα συναισθήματα που ένοιωθαν και για τη διάθεση που είχαν στο παρελθόν και άλλοι επτά συμμετέχοντες-ουσες αναφέρθηκαν στα συναισθήματα που ένοιωθαν γενικά για το τσιγάρο και τη συνήθεια του καπνίσματος ακόμη και μετά το τέλος της παρέμβασης. Πέντε συμμετέχοντες-ουσες έκαναν λόγο για το αν είχαν επιχειρήσει ξανά στο παρελθόν ή όχι να κόψουν το κάπνισμα ενώ ένας από αυτούς αναφέρθηκε στη διάρκεια της αποχής του από το κάπνισμα, στη χρήση φαρμάκων αλλά και στους λόγους επανεκκίνησης του καπνίσματος. Τέλος δύο καπνιστές δήλωσαν ότι κάπνιζαν στο παρελθόν μόνο και μόνο για λόγους συνήθειας ή λόγω αυτοματοποίησης της κίνησης του καπνίσματος ενώ άλλα

δύο άτομα που μετά την παρέμβαση δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα παρουσίασαν την άποψή τους γενικά για το τσιγάρο, θεωρώντας το ως καταφύγιο και τρόπο διαφυγής τους από τα καθημερινά προβλήματα.

Συμπερασματικά, μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων δόθηκαν σημαντικά στοιχεία όσον αφορά στην επίδραση της ψυχολογικής υποστήριξης και της άσκησης στην ΔΚ. Από τους 50 καπνιστές οι 18 έκοψαν το κάπνισμα, 5 άτομα που αρχικά έκοψαν το κάπνισμα μετά από μικρό χρονικό διάστημα επανέκτησαν τις αρχικές τους συνήθειες, δηλαδή κάπνιζαν όσο και πριν. Μετά τη λήξη του προγράμματος, 8 άτομα μείωσαν το κάπνισμα και 6 άτομα που αμέσως μετά το πρόγραμμα μείωσαν το κάπνισμα, μετά από λίγο καιρό το αύξησαν ξανά. Τέλος, 4 άτομα δεν διαφοροποίησαν τις συνήθειες του καπνίσματος και της άσκησης ενώ δεν έλειψαν κι εκείνοι οι καπνιστές συνολικά 9, όπου δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν την παρέμβαση για προσωπικούς τους λόγους.

Επίσης είναι εμφανές ότι δεν τροποποιήθηκε μόνο ο αριθμός των τσιγάρων των καπνιστών αλλά και ο τύπος του τσιγάρου. Δύο άτομα που έκαναν χρήση καπνού πλέον καπνίζουν πακέτο και τρία άτομα που έκαναν κανονικά τσιγάρα τώρα καπνίζουν light τσιγάρα.

**Πίνακας 2.** Ερώτηση 2: Θυμήσου πως ένιωθες το σώμα σου όταν κάπνιζες κανονικά. Πώς νοιώθεις μετά την παρέμβαση;

2 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν – Μετά	Πως αισθανόμουν το σώμα μου πριν - μετά(41)	Διέκοψαν	«έβραζα! Όταν ξάπλωνα να ξεκουραστώ, ένιωθα ότι είχα γατάκια στο στήθος, φουρ φουρ... τώρα ξαπλώνω, περπατάω πάρα πολύ, δεν κουράζομαι και νοιώθω πολύ πιο ωραία.»(2)
		Δεν διέκοψαν	«Σαφώς είμαι πολύ καλύτερα τώρα. Πριν θυμάμαι σφύριζε η αναπνοή μου! Τώρα αναπνέω καλύτερα, η αναπνοή μου είναι πιο ευχάριστη, δεν κουράζομαι όσο πριν. Κυρίως με βοήθησε η άσκηση γιατί γυμναζόμουν σχεδόν καθημερινά.»(3)

Πριν – Μετά	Συμπτώματα (πριν – μετά) (26)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«όταν ξάπλωνα ανάσκελα αισθανόμουν ένα βράσιμο, μπορεί σε ανύποπτο χρόνο να έβηχα ξαφνικά και να έβγαζα λίγο φλέμα, το οποίο τώρα δεν το έχω. Νομίζω ότι τώρα αισθάνομαι πιο ξαλαφρωμένη»(5) «παλιότερα με ταλαιπωρούσε πολύ ο βήχας. Κουραζόμουν εύκολα και πολύ συχνά κοντανάσaina σαν να είχα τρέξει μαραθώνιο. Τώρα, μπορώ να πω ότι οι αντοχές μου αυξήθηκαν, ο λαιμός μου μαλάκωσε, κι αν συνεχίσω να γυμνάζομαι θα είμαι ακόμη καλύτερα» (6)
	Μικρή διαφορά μετά (1)	Δεν διέκοψε	«εντάξει αισθανόμουν πολύ χάλια, πολύ βαριά δεν έχω δει τρομερή αλλαγή γιατί ίσως δεν ξεκίνησα να γυμνάζομαι αλλά μια μικρή διαφορά την έχω δει αισθάνομαι κάπως πιο ανάλαφρα»(20)
	Το ίδιο πριν και μετά (4)	Δεν διέκοψαν	«Γυμναζόμουν και πριν άρα δεν είδα και καμιά μεγάλη διαφορά. Αθλούμουν έτρεχα. Τώρα εξακολουθώ να γυμνάζομαι. Δεν μπορώ να πω ότι η άσκηση ήταν κομμάτι από τη ζωή μου».(8)
	Πιο βαριά σωματικά μετά (1)	Δεν διέκοψε	«Σφύριζε η αναπνοή μου, ένοιωθα ένα βάρος στο αναπνευστικό ενώ τελευταία με είχε πειράξει πάλι το βρογχικό και αλλεργικό άσθμα. Ένοιωθα πολύ βαρύ το σώμα μου και όλο αυτό επιδεινώνεται λόγω του τσιγάρου, κάθε μέρα και πιο πολύ».(4)
	Αλλαγή σωματικά και ψυχολογικά Πριν – Μετά (8)	Διέκοψαν	«Δεν αισθανόμουν καλά, σωματικά και ψυχολογικά, δεν είχα διάθεση για τίποτα, δεν είχα αντοχή. Τώρα κοιμάμαι καλύτερα και το πρωί ξυπνάω ανανεωμένη, αισθάνομαι καλύτερα



---

 ψυχολογικά και  
 σωματικά»(22)
 

---

Δεν διέκοψαν	«μια διαφορά την είδα και καπνίζω μόνο δέκα τσιγάρα λιγότερα ημερησίως. Κάθομαι και σκέφτομαι πολλές φορές δηλαδή αν το κόψω εντελώς πως θα αισθάνομαι; Ήδη ελαττώθηκε ο βήχας και πήρα λίγο τα πάνω μου» (14)
-----------------	--

---

Σε αυτή την ερώτηση, οι συμμετέχοντες-ουσες έπρεπε να περιγράψουν πως ένοιωθαν το σώμα τους πριν το παρεμβατικό πρόγραμμα, όταν δηλαδή κάπνιζαν κανονικά, και στη συνέχεια έπρεπε να περιγράψουν εάν υπήρξε κάποια αλλαγή στο σώμα τους μετά την παρέμβαση.

Όλα τα άτομα της παρέμβασης (41) δήλωσαν ότι πριν την παρέμβαση αισθανόταν χάλια σωματικά και μάλιστα είκοσι έξι από αυτούς αναφέρουν και συμπτώματα εξαιτίας του τσιγάρου όπως βήχα, φλέμα κ.α. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες (τριάντα έξι) αισθανόταν πολύ καλύτερα σωματικά εκτός από τέσσερα άτομα που δεν παρατήρησαν καμία διαφορά στο σώμα τους, ενώ μία συμμετέχουσα η οποία γυμναζόταν το ίδιο και πριν και μετά από την παρέμβαση δήλωσε ότι αισθάνεται πιο βαριά σωματικά εξαιτίας του τσιγάρου. Ένα άτομο δήλωσε ότι παρατήρησε μια μικρή σωματική αλλαγή ενώ οχτώ άτομα παρατήρησαν όχι μόνο σωματική αλλαγή αλλά και διαφορά στην ψυχολογία τους προς το καλύτερο όχι μόνο εκείνοι που διέκοψαν το κάπνισμα αλλά ακόμη και εκείνοι που δεν διέκοψαν το κάπνισμα κι αυτό γιατί είτε άρχισαν να ασκούνται ή αύξησαν την ένταση της άσκησης είτε γιατί ελάττωσαν το κάπνισμα.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν είδαν καμία διαφορά σωματικά και ψυχολογικά μετά την παρέμβαση, είτε είδαν μόνο μικρή διαφορά ήταν άτομα που δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα, ούτε να το μειώσουν, είτε δεν ασκούσαν καθόλου ούτε πριν αλλά ούτε και μετά την παρέμβαση, είτε ήταν άτομα που ναι μεν γυμναζόταν πριν αλλά δεν άλλαξαν κάτι μετά όσον αφορά στη συνήθεια του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, μία συμμετέχουσα που γυμναζόταν με την ίδια ένταση πριν και μετά το πρόγραμμα και συνέχισε να κάνει τον ίδιο αριθμό τσιγάρων,

δήλωσε ότι αισθανόταν πιο βαριά σωματικά γιατί ο καιρός περνούσε κι εκείνη συνέχιζε να καπνίζει το ίδιο και μετά το πρόγραμμα. Μάλιστα δήλωσε ότι για να αισθανθεί καλύτερα θα έπρεπε είτε να μειώσει τα τσιγάρα είτε να αυξήσει την άσκηση, είτε ταυτόχρονα και τα δύο.

**Πίνακας 3.** Ερώτηση 3. Περιέγραψε όποιες αλλαγές νοιώθεις ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματα σου σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. (Τι ένοιωθες και τι σκεφτόσουν για το κάπνισμα πριν την παρέμβαση)

3 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Συναισθήματα (5)	Διέκοψαν	<i>«τα συναισθήματα δεν ήταν ευχάριστα, θα μπορούσα να πω ότι ήταν άσχημα κιόλας έλεγα τι πίκρα ήταν αυτή που είχα μέσα μου...»(2)</i>
		Δεν διέκοψαν	<i>«θυμάμαι πως ήμουν τότε που κάπνιζα, πως ένοιωθα, ήμουν μέσα στα μαύρα χάλια» (23)</i>
	Σκέψεις (3)	Διέκοψαν	<i>«Πίστευα ότι δε θα το κόψω ποτέ, ότι ήμουν εξαρτημένος»(1) «Δε μπορούσα να φανταστώ τη ζωή μου χωρίς να κρατώ ένα τσιγάρο στο χέρι»(5)</i>
		Δεν διέκοψαν	<i>(και τα τρία άτομα που ανέφεραν τις σκέψεις τους για το κάπνισμα ήταν άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα)</i>
	Συνήθειες (3)	Διέκοψαν	<i>«Τα πάντα ότι έκανα σταματούσα και κάπνιζα. Δηλαδή μαγείρευα και το τσιγάρο ήταν δίπλα στο τασάκι. Έπλενα πιάτα το τασάκι δίπλα, σκούπιζα, σφουγγάριζα το τασάκι εκεί με το τσιγάρο αναμμένο μόνιμα, δεν υπήρχε περίπτωση να κάνω κάτι χωρίς το τσιγάρο δίπλα»(5)</i>
		Δεν διέκοψαν	<i>«κάπνιζα παντού, παρά μόνο σε χώρους που δεν επιτρεπόταν το κάπνισμα δεν κάπνιζα» (9)</i>
Μετά	Συναισθήματα (30)	Διέκοψαν	<i>«Για το τσιγάρο δεν αισθάνομαι τίποτα, απλώς ώρες ώρες αισθάνομαι μια νευρικότητα. Το τσιγάρο δεν μπορώ να πω ότι σαν επιθυμία το θέλω, αλλά μια νευρικότητα την έχω ώρες</i>

		ώρες»(5)
Συναισθήματα (7)	Δεν Διέκοψαν	«είμαι τρομερά θυμωμένος με τον εαυτό μου, που δεν μπόρεσα να κόψω το κάπνισμα. Αισθάνομαι φοβερά απογοητευμένος, νευριασμένος και άσχημα απέναντι στα συγγενικά μου πρόσωπα, περισσότερο απέναντι στο γιο μου που το υποσχέθηκα ότι θα το κόψω».(3)
Σκέψεις (14)	Διέκοψαν	«τώρα σκέφτομαι ότι χαλούσα τα λεφτά μου και την υγεία μου, το σπίτι μου βρωμούσε και επιμένω και στον άντρα μου να το κόψει κι αυτός».(2)
Σκέψεις (3)	Δεν Διέκοψαν	«Τώρα επειδή ξέρω τι προκαλεί, προβληματίζομαι αρκετά πριν καπνίσω και σκέφτομαι όλα τα αρνητικά. Λες να με πείσουν να το κόψω;» (10)
Συνήθειες (17)	Διέκοψαν	«Άλλαξα συνήθειες, δεν καπνίζω, γυμνάζομαι, τρώω καλύτερα. Ακολούθησα κατά γράμμα το εγχειρίδιο»(15)
	Δεν διέκοψαν	«δεν θα πήγαινα σε ένα μπαρ για να πω και να καπνίσω, αποφεύγω τα μέρη των καπνιστών, κι ενώ με πειράζει ο καπνός δεν μπορώ να το κόψω. Κατάφερα όμως να το μειώσω. Τώρα δεν θα πάω μέσα στη νύχτα για να πάρω ένα πακέτο τσιγάρα» (3)

Σε αυτή την ερώτηση οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να περιγράψουν όποιες αλλαγές νοιώθουν ότι υπάρχουν στις σκέψεις, στις συνήθειες και στα συναισθήματά τους σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση κάνοντας μια μικρή αναφορά και στο παρελθόν, για το πώς ένοιωθαν και τι σκεφτόταν για το κάπνισμα πριν το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με τις δηλώσεις τους, η αλλαγή στις σκέψεις τους, τις συνήθειες και τα συναισθήματά τους είναι εμφανέστατη.

Όσον αφορά στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συνήθειες των καπνιστών πριν την παρέμβαση, δεν έκαναν λόγο για το παρελθόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες. Πέντε άτομα δήλωσαν ότι τα συναισθήματα τους δεν ήταν τόσο ευχάριστα απέναντι στο τσιγάρο και δεν αισθανόταν καλά που κάπνιζαν. Τρία άτομα σκεφτόταν ότι τότε δεν μπορούσαν να

φανταστούν τον εαυτό τους χωρίς τσιγάρο και δεν μπορούσαν επίσης να πιστέψουν ότι μπορούν να το κόψουν, ενώ τρία άτομα είχαν συνδυάσει τις καθημερινές τους συνήθειες με το κάπνισμα.

Μετά την παρέμβαση, τα συναισθήματα τριάντα συμμετεχόντων μετατράπηκαν σε θετικά και αισθανόταν πολύ καλύτερα γιατί κατάφεραν να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ τα συναισθήματα επτά καπνιστών που δεν κατάφεραν να μειώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση, έγιναν ακόμη πιο δυσάρεστα, με κυρίαρχα την απογοήτευση και το θυμό λόγω της άκαρπης προσπάθειάς τους.

Δεκατέσσερα άτομα που έκοψαν το κάπνισμα κάνουν πλέον θετικές σκέψεις λόγω της επιτυχημένης προσπάθειάς τους και σχεδιάζουν να βοηθήσουν και τους γύρω τους να κόψουν το κάπνισμα, ενώ απορούν με τον εαυτό τους που κάπνιζαν στο παρελθόν, χαλούσαν τα λεφτά τους για τσιγάρα και μύριζαν.

Τρία άτομα που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα έχουν προβληματιστεί πολύ ενώ δεκαεπτά άτομα έχουν υιοθετήσει υγιεινές συνήθειες στην ζωή τους τώρα μετά την παρέμβαση ή έχουν αντικαταστήσει τις αρνητικές με θετικές.

Κατά γενική ομολογία λοιπόν, όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες, είτε μείωσαν, έκοψαν ή ακόμα και αυτοί που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα, δηλώνουν ότι είχαν αλλαγές, είτε στις σκέψεις, είτε στα συναισθήματα, είτε στις συνήθειες είτε και σε όλα ταυτόχρονα τα παραπάνω. Ακόμη και εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν έκοψαν το κάπνισμα και μπόρεσαν να το μειώσουν, άλλαξαν κάποιες από τις συνήθειές τους. Προβληματίζονται περισσότερο πριν καπνίσουν ένα τσιγάρο, είναι ενημερωμένοι πλέον για τις συνέπειες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία και σε κάποιους η συναισθηματική τους κατάσταση είναι λίγο πιο άσχημη γιατί έχουν απογοητευτεί που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα.

**Πίνακας 4.** Ερώτηση 4: Ποια ήταν η σχέση σου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά (τι ακριβώς έκανες πριν; Τώρα; Πιστεύεις σε βοήθησε στην προσπάθειά σου;)

4 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
Πριν	Γυμναζόμενη (4)	Διέκοψαν	«η άσκηση ήταν κομμάτι από τη ζωή μου» (8)
		Δεν	«ναι, γυμναζόμενη»

<b>Μετά</b>		διέκοψαν	και πριν» (50)
	Γυμναζόμενηνα λίγο (7)	Διέκοψαν	«γυμναζόμενηνα και παλιότερα αλλά όχι και πολλά πράγματα» (45)
		Δεν διέκοψαν	«εντάξει, μια μικρή σχέση με την άσκηση την είχα και πριν το πρόγραμμα» (17)
	Δεν γυμναζόμενηνα (30)	Διέκοψαν	«δεν είχα σχέση με την άσκηση» (19)
		Δεν διέκοψαν	«πριν δεν γυμναζόμενηνα καθόλου» (6)
	Γυμνάζομαι (27)	Διέκοψαν	«Δεν πήγαινε άλλο, έκοψα και το τσιγάρο και ξεκίνησα γυμναστική (43)
		Δεν διέκοψαν	«τόρα έχω ξεκινήσει να περπατάω» (6)
	Γυμνάζομαι περισσότερο (7)	Διέκοψαν	«τόρα με το που ανέβασα λίγο ένταση και συχνότητα έκοψα το κάπνισμα» (18)
		Δεν διέκοψαν	«τόρα γυμνάζομαι περισσότερο» (21)
	Αλλαγή συνηθειών (6)	Διέκοψαν	«όταν έχω έντονη επιθυμία για τσιγάρο, βάζω αθλητικά και βγαίνω έξω από το σπίτι, όταν είμαι στη δουλειά πάω καμιά βόλτα περπατώντας κι επιστρέφω. Σιγά σιγά τα απέφευγα τα τσιγάρα»(29)
	Δεν διέκοψαν	«άλλαξα και κάποιες συνήθειες που υιοθέτησα από το πρόγραμμα. Τρέφομαι καλύτερα και επειδή κάποιες φορές κάπνιζα από συνήθεια, αυτόματα και συνηθισμένη να έχω κάτι στο χέρι τώρα κρατάω στυλό στα χέρια και ξεχνιέμαι»(19)	

Δεν γυμνάζομαι (7)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«ενώ λέω συνέχεια να ξεκινήσω να περπατάω, να τρέχω, δυστυχώς τίποτα. Πιστεύω να ξεκινήσω κάποια στιγμή» (12) «δεν γυμναζόμουνα και δυστυχώς δεν ξεκίνησα να γυμνάζομαι ούτε τόρα. Μακάρι μετά από καιρό να γυμνάζομαι και να μην καπνίζω» (37)
Πιστεύω ότι θα με βοηθούσε (5)	Δεν διέκοψαν	«πιστεύω πως αν γυμναζόμουνα λίγο θα απέφευγα να καπνίζω γιατί έτσι θα έκανα μια προσπάθεια για να αποκτήσω έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής» (20)

Σε αυτή την ερώτηση οι συμμετέχοντες-ουσες του προγράμματος καλούνται να περιγράψουν τη σχέση που είχαν με την άσκηση στο παρελθόν και αν αυτή επηρεάστηκε καθόλου μετά την παρέμβαση. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες-ουσες έπρεπε να διευκρινίσουν εάν γυμνάζονταν πριν ή εάν άρχισαν να γυμνάζονται μετά την παρέμβαση. Στη συνέχεια αυτοί που είχαν ή απέκτησαν σχέση με την άσκηση, έπρεπε να περιγράψουν το είδος, την ένταση και τη συχνότητα της άσκησης.

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες-ουσες που γυμνάζονταν ήδη ή άρχισαν να γυμνάζονται μετά την παρέμβαση ρωτήθηκαν εάν η άσκηση τους βοήθησε και συνέβαλλε στην προσπάθειά τους να μειώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα. Ελάχιστοι είναι εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν υιοθέτησαν την άσκηση στην καθημερινότητά τους, μόλις επτά στον αριθμό.

Πολλοί είναι εκείνοι, είκοσι τρεις συμμετέχοντες-ουσες, οι οποίοι δεν αθλούνταν πριν την παρέμβαση και με αφορμή το πρόγραμμα άρχισαν να αθλούνται. Επτά συμμετέχοντες-ουσες που γυμναζόταν λίγο πριν το πρόγραμμα άρχισαν να γυμνάζονται περισσότερο και μάλιστα εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν έκοψαν το κάπνισμα κατάφεραν να το μειώσουν αυξάνοντας την άσκηση, ενώ τέσσερα άτομα που γυμναζόταν

πριν την παρέμβαση, συνέχισαν να γυμνάζονται το ίδιο και μετά. Επτά άτομα που δεν γυμναζόταν καθόλου πριν, συνέχισαν να μην γυμνάζονται καθόλου και μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης αλλά ούτε και έκοψαν το κάπνισμα. Τέλος, έξι καπνιστές, είτε έκοψαν το κάπνισμα είτε όχι, δήλωσαν ότι υιοθέτησαν κάποιες συνήθειες στην καθημερινότητά τους από την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

Σχετικά με το είδος, τη συχνότητα και την ένταση της άσκησης, οι συμμετέχοντες-ουσες σε γενικές γραμμές χρησιμοποιούν αρχικά το περπάτημα σε γρήγορο ρυθμό και στη συνέχεια το τρέξιμο για περίπου 3-5 φορές την εβδομάδα. Βέβαια κάποιοι συμμετέχοντες-ουσες κάνουν κι άλλες δραστηριότητες όπως ποδήλατο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ κ.α.

Αρκετοί συμμετέχοντες-ουσες επέλεξαν να πηγαίνουν για περπάτημα χωρίς το βηματόμετρο λέγοντας πως είτε ξεχνούσαν να το φορέσουν, είτε δεν τους βόλευε όταν το φορούσαν, είτε το είδος της δραστηριότητας που θα εκτελούσαν δεν ήταν μόνο περπάτημα, ήταν και τρέξιμο, μπάσκετ και ποδήλατο όπου το βηματόμετρο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο μέτρησης αυτών των δραστηριοτήτων, αντιθέτως, τέσσερις συμμετέχοντες-ουσες που χρησιμοποίησαν το βηματόμετρο δηλώνουν πολύ ευχαριστημένοι.

Τέλος, είκοσι δύο συμμετέχοντες-ουσες που άρχισαν να γυμνάζονται μετά την παρέμβαση δήλωσαν ότι τους βοήθησε πολύ η άσκηση στο να μειώσουν ή να ελαττώσουν το κάπνισμα, ενώ πέντε συμμετέχοντες-ουσες που δεν έκαναν κανένα είδος δραστηριότητας μετά την παρέμβαση δήλωσαν ότι αν γυμνάζονταν, σίγουρα θα ελάττωναν ή ακόμα και θα έκοβαν το κάπνισμα.

**Πίνακας 5.** Ερώτηση 5: Πώς βλέπεις τον εαυτό σου μετά από καιρό σε σχέση με το κάπνισμα και πως μπορεί το κοινωνικό σου περιβάλλον να σε επηρεάσει;

5 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
α)	Μη καπνιστής και να αθλείται (32)	Διέκοψαν  Δεν διέκοψαν	«θέλω να συνεχίσω να γυμνάζομαι όπως και τώρα, να είμαι υγιής και να μην ξαναβάλω τσιγάρο στο στόμα μου» (18)  «Μακάρι μετά από καιρό να καταφέρω να γυμνάζομαι και να μην καπνίζω. Έτσι θέλω να βλέπω τον εαυτό μου υγιή, μη

		καπνιστή, δυνατό γεμάτο ζωντάνια (37)
Μη καπνιστής (4)	Διέκοψαν	«Πιστεύω ότι θα είμαι αντικαπνιστής» (1)
	Δεν διέκοψαν	«θα ήθελα αν μπορώ να μην καπνίζω» (3)
Θα γυμνάζομαι (1)	Διέκοψε	«Νομίζω ότι θα γυμνάζομαι και στο μέλλον τώρα που έκανα την αρχή» (11)
Δεν υπάρχει επιρροή (2)	Διέκοψαν	«όποιος θέλει να μην καπνίζει δεν πρόκειται να τον επηρεάσει κανένας από το κοινωνικό περιβάλλον. Είναι πιστεύω εγκεφαλική απόφαση, το βάζεις στο μυαλό σου και λες τέρμα εγώ δεν θα καπνίσω και σιγά σιγά δεν καπνίζεις. Το κοιν. Περιβάλλον ας κάνει ότι θέλει» (1)
	Διέκοψαν	«το κοινωνικό περιβάλλον απαιτούσε να το κόψω. Πιστεύω ότι θα με βοηθάει και στο μέλλον. Έχω ένα κίνητρο παραπάνω» (18)
Θετική (18)	Δεν διέκοψαν	«σημαντικό ρόλο θα παίζει σίγουρα το κοινωνικό περιβάλλον, η οικογένεια αν με επιβραβεύει, ο άντρας μου και τα παιδιά μου είναι κίνητρο για μένα» (14)
	Διέκοψαν	«δε θέλω να ξέρει το κοινωνικό περιβάλλον γιατί θα με κάνει να το θυμάμαι συνέχεια κι αυτό μου κάνει κακό. Θα με επηρεάζει αρνητικά» (29)
Αρνητική (6)	Δεν διέκοψαν	«Μου φαίνεται λίγο δύσκολο γιατί όλοι οι φίλοι μου καπνίζουν και θα δυσκολευτώ πολύ. Δεν μπορώ να πίνω ποτό και να μην καπνίζω και οι άλλοι να καπνίζουν το ένα μετά το άλλο. Πιστεύω θα με επηρεάζουν αρνητικά» (21)
	Δε με βοηθάει το κοιν. περιβάλλον, αδιαφορεί (1)	«Νομίζω ότι το κοινωνικό περιβάλλον δε με στηρίζει όσο θα ήθελα απλά αδιαφορεί» (16)

β)



Θετική και αρνητική επιρροή (13)	Διέκοψαν	«Το κοινωνικό περιβάλλον με επηρεάζει. Σίγουρα επηρεάζει όταν καπνίζει ο άλλος μπροστά στα μούτρα σου, είναι σαν να σε ερεθίζει, όταν όμως προσπαθείς και σου λένε οι άλλοι μπράβο τότε παίρνεις φόρα (30)
	Δεν διέκοψαν	«το κοινωνικό περιβάλλον ναι μεν από τη μία θα με ενθαρρύνει επιβραβεύοντας την προσπάθειά μου, από την άλλη δε, αν δεν το ελαττώσουν κι εκείνοι κι αν δεν με επηρεάζουν καπνίζοντας μπροστά μου, δε νομίζω να τα καταφέρω» (23)

Με αυτή την ερώτηση, οι συμμετέχοντες-ουσες μπαίνουν στη διαδικασία να φανταστούν τον εαυτό τους πως θα είναι μετά από καιρό. Πρώτον, όσον αφορά στην άσκηση, αν θα γυμνάζονται αυτοί που δεν γυμναζόταν καθόλου πριν την παρέμβαση, αν θα συνεχίσουν να γυμνάζονται ή αν θα αυξήσουν τη Φυσική τους Δραστηριότητα αυτοί που γυμναζόταν και στο παρελθόν, και δεύτερον, όσον αφορά στο κάπνισμα, αν θα ελαττώσουν ή θα κόψουν το κάπνισμα αυτοί που δεν κατάφεραν να το κόψουν και αν θα συνεχίσουν να μην καπνίζουν αυτοί που το έκοψαν.

Ξεκινώντας από το πρώτο σκέλος της ερώτησης, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες εμφανίζονται αισιόδοξοι για το μέλλον. Τριάντα δύο άτομα φαντάζονται ότι δεν θα καπνίζουν και θα γυμνάζονται, όχι μόνο αυτοί που έκοψαν το κάπνισμα αμέσως μετά την παρέμβαση αλλά ακόμα και εκείνοι που δεν κατάφεραν να το κόψουν. Οι συμμετέχοντες-ουσες του προγράμματος που δεν ασκούσαν πριν την παρέμβαση και ξεκίνησαν να γυμνάζονται μετά αλλά και αυτοί που γυμναζόταν και στο παρελθόν και μετά, καθώς επίσης και εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν ασκούσαν καθόλου ούτε πριν το πρόγραμμα ούτε και μετά ευελπιστούν ότι θα αρχίσουν να ασκούνται αυτοί που δεν ασκούσαν ή θα συνεχίσουν να γυμνάζονται αυτοί που ασκούσαν. Μόνο τέσσερις καπνιστές, είτε έκοψαν το κάπνισμα είτε όχι, φαντάζονται ότι δεν θα καπνίζουν και δεν αναφέρθηκαν στην άσκηση ενώ μόνο ένας συμμετέχων που κατάφερε να κόψει το κάπνισμα, φαντάζεται ότι θα γυμνάζεται στο μέλλον και δεν κάνει αναφορά στο τσιγάρο .

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες-ουσες καλούνται να απαντήσουν εάν πιστεύουν ότι το κοινωνικό τους περιβάλλον θα επηρεάσει τις συνήθειές τους, θετικά ή αρνητικά,

δηλαδή αν θα τους συμπαρασταθεί ή θα τους βοηθήσει εάν έχουν επιλέξει να μην καπνίζουν ή αν θα αποτελέσει κακή επιρροή για αυτούς και τους προκαλεί να καπνίσουν ή δεν τους εμποδίζει όταν επιθυμούν να καπνίσουν.

Συγκεκριμένα, δεκαοχτώ συμμετέχοντες-ουσες δήλωσαν ότι το κοινωνικό τους περιβάλλον, τους επηρεάζει θετικά, έξι άτομα αρνητικά, ενώ δεκατρία άτομα και θετικά και αρνητικά. Και στις τρεις απαντήσεις που δόθηκαν υπήρχαν και συμμετέχοντες-ουσες που έκοψαν το κάπνισμα αλλά και συμμετέχοντες-ουσες που δεν κατάφεραν να το κόψουν. Τέλος, δύο άτομα δήλωσαν ότι δεν επηρεάζονται καθόλου από το κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ ένας συμμετέχων που δεν διέκοψε το κάπνισμα, δήλωσε ότι το κοινωνικό του περιβάλλον δεν τον βοηθάει στην προσπάθειά του και ότι μάλιστα αδιαφορεί κιόλας.

**Πίνακας 6.** Ερώτηση 6: Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησε περισσότερο; (τετράδιο, ασκήσεις, επικοινωνία – συζήτηση, το ενδιαφέρον μας; Συγκεκριμένα)

<b>6<sup>η</sup> ερώτηση</b>			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίη- σης	Αποσπάσματα
<b>Η βοήθεια των ειδικών</b>	Συνεργασία (2)	Διέκοψαν	«ήταν πολύ καλή η συνεργασία που είχαμε με την ειδικό» (1)
		Δεν διέκοψαν	«δεν αισθανόμουν μόνη, κάποιος ήταν δίπλα μου και δεν έπρεπε να τον απογοητεύσω, είχα ένα κίνητρο» (8)
	Συζήτηση - επικοινωνία (12)	Διέκοψαν	«οι συζητήσεις που κάναμε με βοήθησαν πάρα πολύ» (5)
		Δεν διέκοψαν	«Ανησυχώ τώρα λίγο που θα διακόψουμε γιατί μου άρεσε πολύ η συζήτηση» (6)
	Ενδιαφέρον - βοήθεια (14)	Διέκοψαν	«η σκέψη ότι κάποιος ενδιαφέρεται για μένα με βοηθούσε» (7)
	Δεν διέκοψαν	«σας ευχαριστώ πολύ για την υποστήριξή σας, με βοηθήσατε πολύ» (41)	
Ενημέρωση (1)		Διέκοψαν	«σίγουρα με βοηθήσατε πάρα πολύ, έμαθα πολλά καινούρια πράγματα» (27)

Διαδικασία - εγχειρίδιο	Συνεδρίες – εβδομ.έλεγχος (6)	Διέκοψαν	«με βοήθησε πολύ που είχαμε συνεδρία κάθε εβδομάδα και εγώ έπρεπε να κρατώ το λόγο μου και να είμαι εντάξει» (7)
		Δεν διέκοψαν	«αυτές οι συνεδρίες, ο εβδομαδιαίος έλεγχος με την καλή έννοια με βοήθησαν πολύ» (6)
	ΨΥ – επιστημ. προσέγγιση (8)	Διέκοψαν	«σίγουρα η άσκηση σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη βοηθάει πολύ» (24)
		Δεν διέκοψαν	«η ψυχολογική υποστήριξη καταρχάς με βοήθησε. Είναι πολύ σημαντικό σε μια τέτοια προσπάθεια να σε υποστηρίζουν κάποια άτομα και να θέλουν το καλό σου» (21)
	Όλη η διαδικασία (8)	Διέκοψαν	«Το πρόγραμμα όλο με βοήθησε πολύ» (25)
		Δεν διέκοψαν	«η όλη διαδικασία με έκανε να σκέφτομαι λίγο διαφορετικά, να συνειδητοποιήσω τους κινδύνους που προκαλεί το κάπνισμα» (20)
	Εγχειρίδιο (3)	Διέκοψαν	«με βοήθησε πολύ το εγχειρίδιο» (11)
		Δεν διέκοψαν	«χαίρομαι που θα κρατήσω το έντυπο γιατί θα το συμβουλευόμαι» (17)
	Θετικές συμβουλές (7)	Διέκοψαν	«εγώ χρησιμοποίησα τις συμβουλές από το εγχειρίδιο» (24)
		Δεν διέκοψαν	«πιστεύω ότι οι συμβουλές που ακολούθησα από το εγχειρίδιο με βοήθησαν πολύ» (17)
Αλλαγή συνηθειών (9)	Διέκοψαν	«έχω αλλάξει το μέρος που έτρωγα το πρωινό μου, γιατί το χέρι μου πήγαινε πάνω στο κομοδίνο που είχα τα τσιγάρα» (2)	
	Δεν διέκοψαν	«αντικατέστησα τον καφέ με το τσάι, ή ασχολιόμουν πιο	

		πολύ με τη ζωγραφική κι έτσι ξεχνούσα να καπνίσω λίγο» (15)
Τεχνικές (4)	Διέκοψαν	«χρησιμοποίησα κάποιες τεχνικές από το τετράδιο όπως το να απασχολούμαι με κομπολόι, οδοντογλυφίδες, τσίγλες κ.α.» (24)
Ασκήσεις (1)	Διέκοψαν	«με βοήθησαν οι ασκήσεις...» (1)
Νερό (4)	Διέκοψαν	«όταν επιθυμούσα να καπνίσω το καθυστερούσα λίγο πχ. έπινα νερό γουλιά γουλιά για να το επεξεργάζομαι λίγο στον εγκέφαλό μου και να το καθυστερώ» (27)
	Δεν διέκοψαν	«όταν επιθυμούσα έντονα ένα τσιγάρο δε μου έκανε τίποτα ούτε το νερό, ούτε οι αναπνοές, ούτε τίποτα, ήθελα τσιγάρο» (10)
Νοερή απεικόνιση (1)		«όταν καθόμουν και σκεφτόμουν το μέλλον με βοηθούσε πολύ η άσκηση της ΝΑ» (22)
Δέσμευση στον εαυτό μου (5)	Διέκοψαν	«με βοήθησε πολύ η δέσμευση στον εαυτό μου ότι έπρεπε να τα καταφέρω» (18)
Καθορισμός στόχων (6)	Διέκοψαν	«τόρα έμαθα να θέτω στόχους γενικότερα στη ζωή μου όχι μόνο για το τσιγάρο» (11)
	Δεν διέκοψαν	«όντως το βηματόμετρο σε βάζει στη διαδικασία να ακολουθείς τα βήματα, να ακολουθείς το πρόγραμμα. Δεν ξέρω αν είναι για λειτουργικούς λόγους χρήσιμο αλλά για ψυχολογικούς είναι σίγουρα, το παρακολουθείς και ξέρεις, επιδιώκεις το στόχο» (4)

Άσκηση	Αναπνοές (3- ΝΑΙ) (3 –ΟΧΙ)	Διέκοψαν	«με βοήθησαν οι αναπνοές που εφαρμόζα όταν ήμουν σε κατάσταση νευρικότητας κι έτσι χαλάρινα κι απέφευγα το κάπνισμα» (18)
		Δεν διέκοψαν	«Η τεχνική γιόγκας (εννοεί τις αναπνοές) δε με βοήθησε με κούρασε κιόλας» (3)
	Περπάτημα κ.α (5)	Διέκοψαν	«το περπάτημα κάνει καλό, το βράδυ νοιώθω ευεξία» (45)
		Δεν διέκοψαν	«δεν γυμναζόμουνα καθόλου, τώρα δειλά δειλά ξεκίνησα λίγο να περπατάω, άρχισα να παίρνω και το ποδήλατο, έτσι δηλαδή άρχισα να μειώνω το τσιγάρο. Πιστεύω ότι βοηθάει η άσκηση». (15) «με βοήθησε το ότι σηκωνόμουν κατευθείαν από το τραπέζι όταν έτρωγα, φορούσα αθλητικά κι έβγαينا για περπάτημα χωρίς τσιγάρα» (17)
	Τρέξιμο (25)	Διέκοψαν	«πιστεύω ότι η άσκηση θα με βοηθούσε πολύ να το κόψω» (19)
		Δεν διέκοψαν	«εγώ νομίζω ότι η άσκηση είναι το σημαντικότερο από όλα» (43)
	Βηματόμετρο (4)	Διέκοψαν	«το βηματόμετρο με βοήθησε να ξεπερνάω τον εαυτό μου και να μπαίνω στη διαδικασία να περπατώ» (45)
		Δεν διέκοψαν	«το βηματόμετρο επίσης με βοήθησε γιατί κάθε μέρα ήθελα να ξεπερνάω τον εαυτό μου» (41)

Διάφορα	Φρούτα – διατροφή (7)	Διέκοψαν	«με βοήθησε πολύ η διατροφή. Η προσοχή μου πήγε μετά στην υγιεινή διατροφή, πράγμα το οποίο ξεκίνησε από εδώ από σας. Όλη η ζωή άλλαξε αλλά και ο τρόπος που μαγειρεύω, τα παιδιά το βράδυ θα φάνε φρούτα ενώ πριν τρώγανε λουκάνικα, αυγά βέβαια εντάξει μια φορά θα τύχει θα φάνε και λουκάνικα και γύρους και πίτσες αλλά δεν είναι και καθημερινότητα. Θα φάνε φρούτα, γιαούρτια, τοστ, σαλάτες κάτι πιο ελαφρύ. Άλλαξε η διατροφή μας σε όλη την οικογένεια. Τρώγαμε πολύ λάδι τώρα το κόψαμε». (5)
		Δεν διέκοψαν	«άλλαξα τις διατροφικές μου συνήθειες κάτι που με βοήθησε να ακολουθήσω έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής» (21)
	Κοινωνικό περιβάλλον (5)	Διέκοψαν	«η οικογένεια μου με εμποδίζει να καπνίζω κι αυτό μου αρέσει πολύ με βοηθάει» (26)
		Δεν διέκοψαν	«σίγουρα το κοινωνικό περιβάλλον παίζει μεγάλο ρόλο» (20)
	Δεν ήμουν έτοιμος, είχα έντονη επιθυμία για τσιγάρο (2)	Δεν διέκοψαν	«το επιθυμώ πολύ, ακόμα το θέλω μου αρέσει, δεν ξέρω γιατί δεν το έκοψα. Ίσως η επιθυμία μου είναι πολύ έντονη για αυτό» (50) «δεν ήμουν έτοιμη να κόψω το κάπνισμα. Ο κάθε άνθρωπος θέλει το δικό του χρόνο προετοιμασίας. Δεν ξέρω τι θα γινόταν αν γυμναζόμουν κιόλας» (37)
	Θέληση, δύναμη του μυαλού (9)	Διέκοψαν	«εντάξει, ναι, νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις θέληση» (30)

Δεν διέκοψαν	«συμφωνώ ότι δεν είχα θέληση. Δεν μπορούσα να πειστώ να μην καπνίζω» (37) «αυτό που σε βοηθάει περισσότερο είναι η δύναμη του μυαλού σου» (8)
-----------------	--

Στην προ τελευταία ερώτηση, οι συμμετέχοντες-ουσες που ελάττωσαν ή έκοψαν το κάπνισμα ή άρχισαν να γυμνάζονται, έπρεπε να αποκαλύψουν τι ήταν αυτό που τους βοήθησε περισσότερο στην προσπάθειά τους.

Η βοήθεια των ειδικών ήταν σημαντική στην προσπάθεια των συμμετεχόντων να μειώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, δύο άτομα δήλωσαν ότι τους βοήθησε η συνεργασία και ένας συμμετέχων που έκοψε το κάπνισμα, η ενημέρωση. Δώδεκα άτομα δήλωσαν ότι τους βοήθησε η συζήτηση και η επικοινωνία, δεκατέσσερα άτομα το ενδιαφέρον και η βοήθεια γενικότερα των ειδικών και έξι άτομα οι συνεδρίες και ο εβδομαδιαίος έλεγχος. Τέλος, οχτώ άτομα δήλωσαν ότι σημαντική ήταν επίσης η Ψυχολογική υποστήριξη και η επιστημονική προσέγγιση. Οι απαντήσεις αυτές δόθηκαν και από συμμετέχοντες-ουσες οι οποίοι δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα, παρόλα αυτά βοηθήθηκαν είτε να μειώσουν το κάπνισμα, είτε να αρχίσουν να ασκούνται, είτε να αλλάξουν συνήθειες.

Αρκετοί συμμετέχοντες-ουσες δήλωσαν ότι βοηθήθηκαν γενικά από όλη τη διαδικασία (οχτώ άτομα) και από το εγχειρίδιο (τρία άτομα) καθώς επίσης και από διάφορες τεχνικές (τέσσερα άτομα που έκοψαν το κάπνισμα) και διάφορες ασκήσεις (ένα άτομο, το οποίο έκοψε το κάπνισμα) που περιέχονται στο εγχειρίδιο, όπως η άσκηση της Νοερής απεικόνισης (ένα άτομο, το οποίο βοηθήθηκε από τη ΝΑ και έκοψε το κάπνισμα), η άσκηση των αναπνοών (τρεις βοηθήθηκαν, τρεις όχι), η δέσμευση στον εαυτό τους (η οποία βοήθησε πέντε άτομα να το κόψουν), ο καθορισμός στόχων (έξι άτομα), αλλά και (τέσσερα άτομα) από την τεχνική με το νερό. (σιγά –σιγά, γουλιά -γουλιά).

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες συμφωνούν ότι η άσκηση τους βοήθησε σημαντικά στην προσπάθειά τους. Πέντε άτομα δήλωσαν ότι τους βοήθησε πολύ το περπάτημα και άλλες δραστηριότητες όπως η ποδηλασία, το μπάσκετ κ.α, είκοσι πέντε άτομα το τρέξιμο και τέσσερα άτομα τους βοήθησε πολύ το βηματόμετρο που χρησιμοποίησαν κατά τη διάρκεια του βαδίσματος.

Τέλος, συμμετέχοντες-ουσες και των δύο κατηγοριών, δηλαδή αυτών που έκοψαν ή δεν έκοψαν το κάπνισμα, απάντησαν επτά άτομα ότι η διατροφή συνέβαλλε σημαντικά

στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, πέντε άτομα βοηθήθηκαν από το κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ σημαντικό ρόλο επίσης έπαιξε και η δύναμη του μυαλού (εννιά άτομα). Δύο άτομα δήλωσαν ότι δεν τους βοήθησε κάτι ίσως γιατί δεν ήταν ακόμη έτοιμοι να κόψουν το κάπνισμα και η επιθυμία τους για το τσιγάρο ήταν έντονη.

**Πίνακας 7.** Ερώτηση 7: Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προσθέσεις στη συζήτησή μας και το θεωρείς σημαντικό; (Γενικά, Σχόλια και προτάσεις των καπνιστών για τη βελτίωση του προγράμματος)

7 <sup>η</sup> ερώτηση			
1 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	2 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	3 <sup>η</sup> σειρά κωδικοποίησης	Αποσπάσματα
Διάφορα σχόλια	Προσωπικά συμπεράσματα (19)	Διέκοψαν	«Αν δεν θες να καπνίζεις απέφυγε τους φίλους» (1) «ότι και να πεις σε έναν καπνιστή, δεν το κόβει αν δε θέλει» (1) «το τσιγάρο αποτελεί πια παρελθόν» (7) «το έναυσμα ήταν ο χαμός ενός φίλου μου» (13)
		Δεν διέκοψαν	«νοιώθω ενοχές που δεν τα κατάφερα όμως βγήκα κερδισμένη από το πρόγραμμα γιατί έχω μάθει πλέον πως μπορώ να το χειριστώ, απλά νομίζω ότι το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που επανέρχεται». (4)
	Τι είναι αυτό που βοηθάει περισσότερο στη ΔΚ (Από την προσωπική τους εμπειρία) (23)	Διέκοψαν	«Το τρίπτυχο της επιτυχίας είναι: Άσκηση – θέληση- Ψ.Υ.» (30)
		Δεν διέκοψαν	«η άσκηση είναι σημαντική» (16)
	Κριτική για το πρόγραμμα (19)	Διέκοψαν	«θα ήθελα να συνεχιστεί λίγο ακόμα η παρέμβαση γιατί νομίζω ότι σας έχω λίγο ακόμα ανάγκη αυτό το διάστημα. Βέβαια κάτι είναι και η τηλεφωνική επικοινωνία» (11)



	Δεν διέκοψαν	«Θα ήθελα πιο δραστικές τεχνικές γιατί αισθανόμουν λίγο ανασφαλής ιδιαίτερα όταν έβγαινα για ένα ποτό» (6) «δεν ήθελα να περνάει μεγάλο διάστημα από τη μία συνάντηση στην άλλη. Ξεφεύγεις» (37)
Ευχαριστίες (11)	Διέκοψαν	«Μπράβο σας, ήταν κάτι καινούριο το όλο πρόγραμμα. Θα το προτείνω και σε άλλους γιατί προσφέρετε πολλά στην κοινωνία»(26)
	Δεν διέκοψαν	«θα ήθελα πολύ να σας ευχαριστήσω» (17)
Δεν έχω να προσθέσω κάτι (3)		

Στην τελευταία ερώτηση οι συμμετέχοντες-ουσες ανέφεραν ότι θεώρησαν ότι τους έκανε περισσότερο εντύπωση από όλη τη διαδικασία, ότι ήθελαν να τονίσουν και να επαναλάβουν ή οτιδήποτε άλλο ήταν σημαντικό για εκείνους.

Συγκεκριμένα, σε αυτή την ερώτηση παρουσιάζονται από δεκαεννιά συμμετέχοντες-ουσες τα προσωπικά τους συμπεράσματα για την εμπειρία τους, για όλη τη διαδικασία και γενικά για το τσιγάρο ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι μία συμμετέχουσα θεωρεί ότι βγήκε κερδισμένη από όλη αυτή τη διαδικασία παρόλο που δεν έκοψε το κάπνισμα, γιατί πλέον έχει μάθει τον τρόπο που θα την βοηθήσει στο μέλλον να κόψει το κάπνισμα.

Είκοσι τρία άτομα θέλησαν να επαναλάβουν ξανά τι ήταν αυτό που τους βοήθησε περισσότερο να μειώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα. Αναφέρουν λοιπόν ξανά τη συμβολή της άσκησης στην προσπάθειά τους αυτή, σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη και τη θέλησή τους. Ακόμη και εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν έκοψαν το κάπνισμα παραδέχτηκαν ότι η άσκηση είναι σημαντική και συμβάλλει στη ΔΚ.

Δεκαεννιά άτομα κάνουν κριτική του προγράμματος καθώς επίσης και του εγχειριδίου, παραθέτοντας τις προτάσεις τους για βελτίωση της όλης διαδικασίας.

Τέλος, έντεκα συμμετέχοντες-ουσες ευχαρίστησαν τους ειδικούς αναγνωρίζοντας και επιβραβεύοντας την πολύτιμη βοήθειά τους και στήριξη ενώ τρία άτομα δεν θέλησαν να προσθέσουν κάτι.

## *Ποσοτική ανάλυση – Αποτελέσματα ερωτηματολογίων*

### *Περιγραφικά στατιστικά*

Οι μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, και δείκτες  $\alpha$  του Cronbach μεταξύ των μεταβλητών για κάθε ομάδα παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις από το δείκτη LSI. Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και για τις δυο ομάδες. Τέλος, στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων από την κλίμακα «Συμπεριφοράς του Καπνίσματος» (Θεοδωράκη & Χασάνδρα, 2005; Sorensen, et al., 2004).

### *Αποτελέσματα από μέσους όρους*

Οι μέσοι όροι τόσο για τη συνήθεια του καπνίσματος όσο και για την αυτο-αποτελεσματικότητα δεν συμφωνούν με τις υποθέσεις μας, άρα τις απορρίπτουμε. Η πειραματική ομάδα δείχνει μια μείωση της συνήθειας για κάπνισμα μετά την παρέμβαση και αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή του. Σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου που παρατηρείται μια σταθερότητα στις απαντήσεις της. Επίσης βλέπουμε μια μείωση του συνολικού αριθμού των τσιγάρων τόσο σε εβδομαδιαίο, μηνιαίο αλλά και στο συνολικό αριθμό τσιγάρων που κάπνιζαν οι συμμετέχοντες-ουσες μετά την παρέμβαση για την πειραματική ομάδα, ενώ παρατηρείται περίπου ο ίδιος αριθμός τσιγάρων που κάπνιζαν για την ομάδα ελέγχου.

Όσον αφορά στην υπόθεσή μας για την άσκηση δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα, άρα την απορρίπτουμε και αυτή. Σχετικά με τη συχνότητα άσκησης ο δείκτης LSI και για τις τρεις εντάσεις αλλά και για το συνολικό δείκτη παρουσιάζει μια αύξηση στην εβδομαδιαία συχνότητα για την πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση, ενώ στα ίδια επίπεδα κυμάνθηκε η ομάδα ελέγχου πριν και κατά τη δεύτερη μέτρηση.

Τέλος, οι συμμετέχοντες-ουσες έδειξαν δυσκολία στην καταγραφή των βημάτων τους με τη χρήση πεδομέτρων. Συνολικά καταγράφηκαν δεδομένα από 5 συμμετέχοντες-ουσες της πειραματικής ομάδας οι οποίοι κατέγραψαν τα βήματά τους για 11 εβδομάδες. Στο Διάγραμμα 4 καταγράφεται μια αύξηση στη φυσική δραστηριότητα σε αριθμό βημάτων από την πρώτη έως την τέταρτη εβδομάδα, μια πτώση από την 5-8<sup>η</sup> και μια αύξηση από την ένατη έως την εντεκάτη που παρατηρείται και ο μεγαλύτερος αριθμός των βημάτων.

**Πίνακας 8.** Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, και δείκτες  $\alpha$  του Cronbach των μεταβλητών μεταξύ της πειραματικής και της ομάδας ελέγχου

Μεταβλητές	Σύνολο		Ομάδα Ελέγχου		Ομάδα Πειραματική		Alpha
	(n = 70)		(n = 30)		(n = 40)		
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A	
1. Συνήθεια (πριν την παρέμβαση)	5.41	1.04	5.50	.99	5.50	1.08	.91
2. Συνήθεια (μετά την παρέμβαση)	4.08	1.57	5.09	.91	3.32	1.55	.95
3. Αυτο-αποτελεσματικότητα (πριν την παρέμβαση)	2.32	.57	2.47	.58	2.20	.55	.90
4. Αυτο-αποτελεσματικότητα (μετά την παρέμβαση)	3.06	.99	2.41	.53	3.55	.97	.96
5. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα (πριν την παρέμβαση)	17.75	14.37	18.17	15.73	17.38	12.84	
6. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα (μετά την παρέμβαση)	9.01	13.73	16.27	16.75	3.80	7,71	
7. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες τον τελευταίο μήνα (πριν την παρέμβαση)	148.85	88.87	147.47	90.82	142.98	84.11	
8. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες τον τελευταίο μήνα (μετά την παρέμβαση)	88.13	91.30	147.77	90.33	42.26	61.00	
9. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες την τελευταία εβδομάδα (πριν την παρέμβαση)	5.34	1.68	4.87	1.83	5.65	1.46	
10. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες την τελευταία εβδομάδα (μετά την παρέμβαση)	3.59	2.31	4.97	1.81	2.55	1.46	

**Πίνακας 9.** Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις από το δείκτη LSI

Δείκτης LSI	Σύνολο		Ομάδα Ελέγχου		Ομάδα Πειραματική	
	(n = 70)		(n = 30)		(n = 40)	
	M.O	T.A	M.O	T.A	M.O	T.A
1. Έντονη άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (πριν την παρέμβαση)	.84	1.44	1.03	1.56	.70	1.34
2. Έντονη άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	1.64	1.79	.97	1.47	2.15	1.86
3. Μέτρια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (πριν την παρέμβαση)	.86	1.44	.83	1.29	.88	1.56
4. Μέτρια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	2.34	2.15	1.00	1.37	3.35	2.08

5. Ήπια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (πριν την παρέμβαση)	.69	1.60	.13	.43	1.10	2.00
6. Ήπια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	1.71	2.09	.27	.58	2.80	2.15
7. Συνολικό άθροισμα (φορές ανά εβδομάδα) (πριν την παρέμβαση)	13.93	21.84	13.87	19.94	13.98	23.41
8. Συνολικό άθροισμα (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	31.64	28.01	14.50	19.48	44.50	26.66

#### Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της πειραματικής ομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή αρνητική στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συνήθειας για κάπνισμα και αυτο-αποτελεσματικότητα για διακοπή του. Αναφορικά με τη συνήθεια για κάπνισμα μετά την παρέμβαση τα αποτελέσματα έδειξαν μέτριες θετικές συσχετίσεις με τον αριθμό των τσιγάρων αλλά αρνητικές με τη μέτρια και ήπια έντασης άσκηση. Τέλος σχετικά με τη σχέση καπνίσματος και άσκησης τα αποτελέσματα έδειξαν αρνητική χαμηλή προς μέτρια και στατιστικά σημαντική σχέση με τη μέτρια και ήπιας έντασης άσκησης φανερώνοντας ότι όσο περισσότερο έκαναν άσκηση τα άτομα της πειραματικής ομάδας τόσο λιγότερο κάπνιζαν.

**Πίνακας 11.** Ποσοστά συμπεριφοράς καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση για όλες τις ομάδες

Μεταβλητές	Σύνολο (n = 70)		Ομάδα Ελέγχου (n = 30)		Ομάδα Πειραματική (n = 40)	
	<i>NAI</i>	<i>OXI</i>	<i>NAI</i>	<i>OXI</i>	<i>NAI</i>	<i>OXI</i>
Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις, έστω και μόνο 1 ή 2 ρουφηξιές (πριν)	76%	24%	96.7%	3.3%	60%	40%
Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις, έστω και μόνο 1 ή 2 ρουφηξιές (μετά)	80%	20%	96.7%	3.3%	67.5%	32.5%
Έχεις καπνίσεις ποτέ 1 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα (30 μέρες); (πριν)	90%	10%	96.7%	3.3%	85%	15%
Έχεις καπνίσεις ποτέ 1 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα (30	84.3%	15.7%	96.7%	3.3%	75%	25%

μέρες); (μετά)						
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα (30 μέρες) (πριν)	90%	10%	100%	0	82.5%	17.5%
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα (30 μέρες) (μετά)	74.3%	25.7%	100%	0	55%	45%
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα (πριν)	100%	0	100%	0	100%	0
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα (μετά)	78.6%	21.4%	100%	0	62.5%	37.5%
Καπνίζεις περισσότερο από 10 τσιγάρα καθημερινά; (πριν)	88.6%	11.4%	80%	20%	95.5%	.05%
Καπνίζεις περισσότερο από 10 τσιγάρα καθημερινά; (μετά)	54.3%	45.7%	83.3%	16.7%	32.5%	67.5%

**Πίνακας 10.** Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της πειραματικής ομάδας

Μεταβλητές	Συσχετίσεις ( <i>n</i> = 40)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Συνήθεια μετά την παρέμβαση	-									
2. Αυτο-αποτελεσματικότητα μετά την παρέμβαση	-.93**	-								
3. Συνολικό άθροισμα LSI (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	-.21	.26	-							
4. Έντονη άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	.02	.12	.87**	-						
5. Μέτρια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	-.37*	.30	.77**	.40**	-					
6. Ήπια άσκηση (φορές ανά εβδομάδα) (μετά την παρέμβαση)	-.31*	.27	.65**	.33*	.50*	-				
7. Αριθμός τσιγάρων την ημέρα (μετά την παρέμβαση)	.35*	-.29	-.20	-.11	-.21	-.18	-			
8. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες τον τελευταίο μήνα (μετά την παρέμβαση)	.60**	-.58**	-.31*	-.12	-.42**	-.32*	.71**	-		
9. Πόσα περίπου τσιγάρα την ημέρα κατά μέσο όρο κάπνιζες την τελευταία εβδομάδα (μετά την παρέμβαση)	.46**	-.41	-.23	-.06	-.31*	-.28	.43**	.83**	-	
10. Κοινωνική αποδοχή	.14	-.14	-.26*	-.25*	-.20	-.17	.20	.25*	.27*	-

\*\**p* < .01, \**p* < .05

### Εξέταση διαφορών αρχικής μέτρησης

Εξετάστηκαν οι τυχόν διαφορές στην αρχική μέτρηση για τις μεταβλητές συνήθεια, αυτο-αποτελεσματικότητα και αριθμός τσιγάρων μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής. Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις μεταβλητές συνήθεια χρόνου  $F_{(1,78)} = .36, p = .55$ , αυτο-αποτελεσματικότητα  $F_{(1,78)} = 3.48, p = .07$  και για τον αριθμό τσιγάρων πριν την παρέμβαση  $F_{(1,78)} = .04, p = .84$ . Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται ο αριθμός των τσιγάρων πριν, μετά, μετά από 3, 6 και 12 μήνες για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 12.** Αριθμός τσιγάρων την ημέρα πριν, μετά την παρέμβαση, μετά από 3 μήνες, 6 μήνες και 12 μήνες για κάθε ομάδα

Χρονική περίοδος	Ομάδα		Ομάδα	
	Ελέγχου		Πειραματική	
	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A</i>
Πριν την παρέμβαση	18.17	15.73	17.50	13.66
Μετά την παρέμβαση	16.27	16.75	3.71	7.64
Μετά από 3 μήνες	14.67	17.27	4.32	9.30
Μετά από 6 μήνες	15.00	17.47	4.32	9.26
Μετά από 12 μήνες	15.00	17.47	5.41	10.03

### Κύριες αναλύσεις

#### Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ανάλυσης διακύμανσης (two-way repeated measures ANOVA)

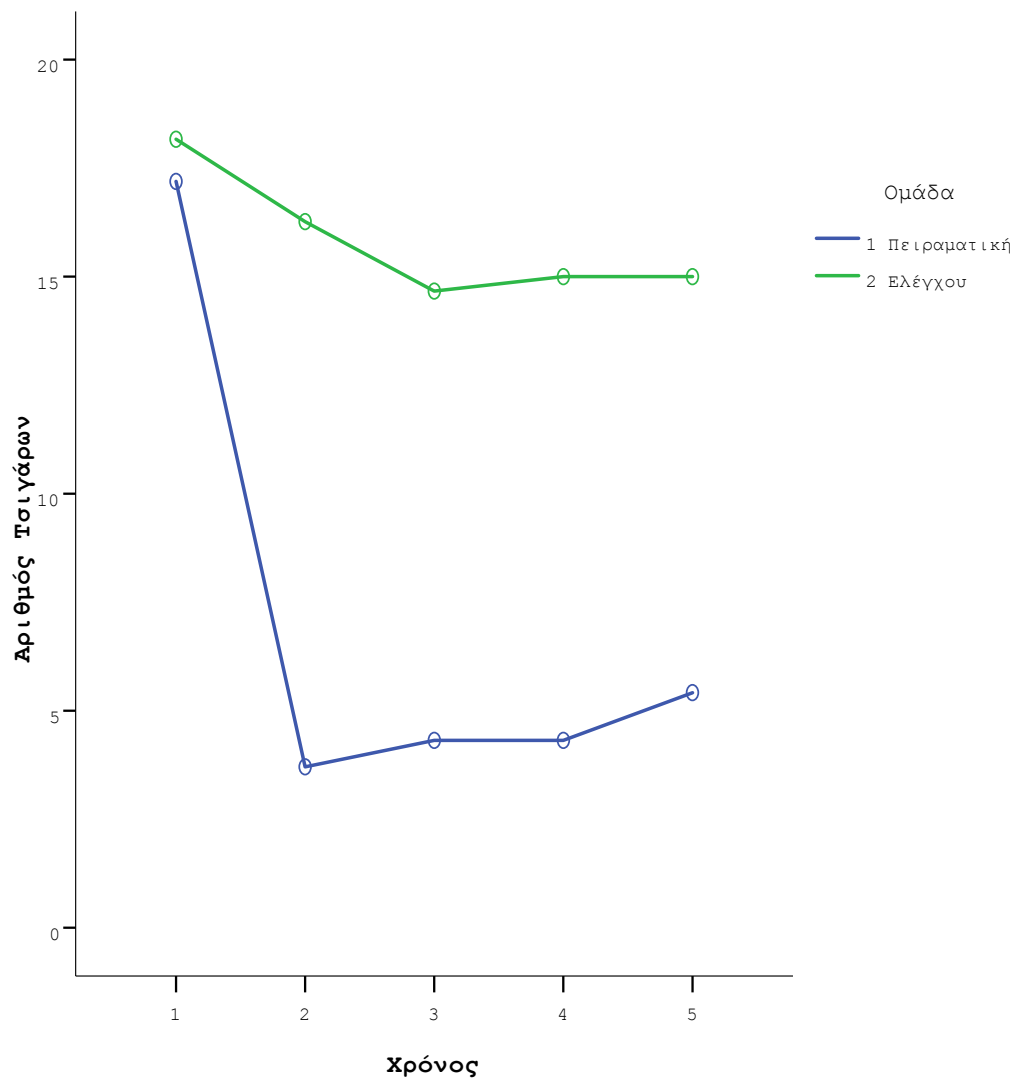
Εκτελέστηκε ανάλυση διακύμανσης με ένα επαναλαμβανόμενο παράγοντα (two-way repeated measures ANOVA) για να εξεταστούν διαφορές στον αριθμό των τσιγάρων των δύο ομάδων (ελέγχου – πειραματική) μεταξύ της αρχικής, μετά την παρέμβαση, μετά από 3, 6 και 12 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα χρόνου  $F_{(4,276)} = 23.83, p < .001, \eta^2 = .26$  καθώς και σημαντική αλληλεπίδραση του παράγοντα χρόνου με τον παράγοντα ομάδα,  $F_{(4,276)} = 9.86, p < .001, \eta^2 = .13$ . Εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων έδειξε: α) στην ομάδα ελέγχου δε παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στον αριθμό των τσιγάρων μεταξύ των μετρήσεων παρά μόνο μια μείωση μεταξύ της δεύτερης ( $M.O = 16.27$ : αμέσως μετά το πρόγραμμα, όπου η ομάδα ελέγχου δεν έκανε τίποτα) και της τρίτης μέτρησης ( $M.O =$

14.67: μετά από 3 μήνες), β) ενώ για την πειραματική ομάδα παρουσιάστηκε μείωση στον αριθμό των τσιγάρων μεταξύ της αρχικής και της δεύτερης μέτρησης (αμέσως μετά την παρέμβαση:  $p < .001$ ) και μια συντήρηση στον αριθμό των τσιγάρων μέχρι και τους 6 μήνες και μια ελαφριά αύξηση στον 1 χρόνο (βλέπε, Πίνακα 12). Η αλληλεπίδραση παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 1.

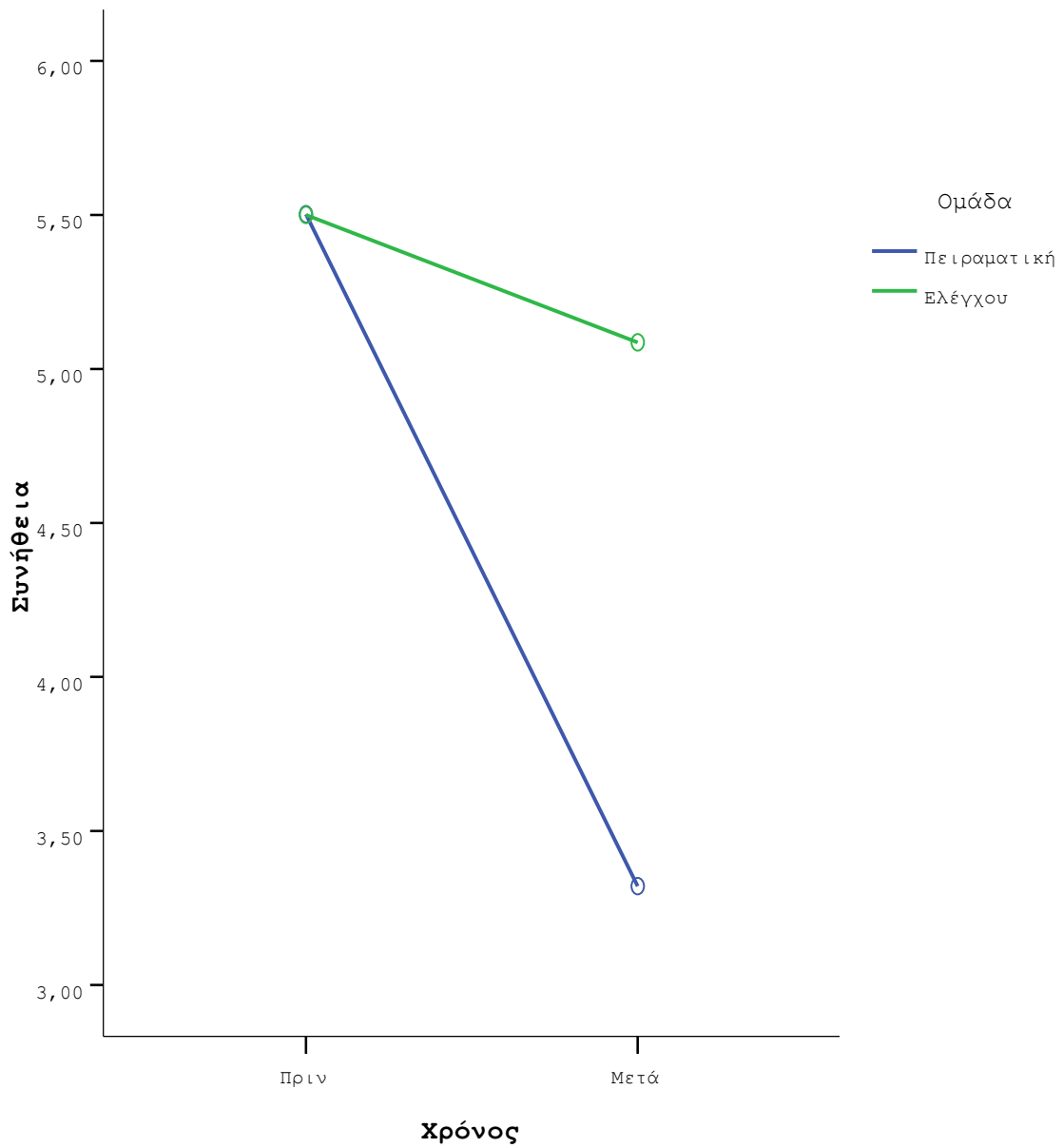
Εκτελέστηκε ανάλυση διακύμανσης με ένα επαναλαμβανόμενο παράγοντα (χρόνος, πριν-μετά) και έναν ανεξάρτητο παράγοντα (ομάδα, πειραματική-ελέγχου) (two-way repeated measures ANOVA) για να εξεταστούν διαφορές στη συνήθεια του να καπνίζει κάποιος/α. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα χρόνου  $F_{(1,68)} = 57.08$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .46$ , καθώς και σημαντική αλληλεπίδραση του παράγοντα χρόνου με την ομάδα,  $F_{(1,68)} = 26.48$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .28$ . Εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων έδειξε ότι ενώ για την ομάδα ελέγχου δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στη συνήθεια ( $p = .99$ ), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της συνήθειας στην πειραματική ομάδα από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $p < .001$ ). Η αλληλεπίδραση παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.

Τέλος, εκτελέστηκε ανάλυση διακύμανσης με ένα επαναλαμβανόμενο παράγοντα (χρόνος, πριν-μετά) και έναν ανεξάρτητο παράγοντα (ομάδα, πειραματική-ελέγχου) (two-way repeated measures ANOVA) για να εξεταστούν διαφορές στην αυτο-αποτελεσματικότητα για διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα χρόνου  $F_{(1,68)} = 36.61$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .37$ , καθώς και σημαντική αλληλεπίδραση του παράγοντα χρόνου με την ομάδα  $F_{(1,68)} = 47.24$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .41$ . Εξέταση των ζευγαρωτών συγκρίσεων έδειξε ότι και για την ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή στην αυτο-αποτελεσματικότητα για διακοπή καπνίσματος ( $p < .05$ ) από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση, ενώ σύμφωνα με την υπόθεσή μας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή καπνίσματος στην πειραματική ομάδα από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση μετά την παρέμβαση ( $p < .001$ ). Η αλληλεπίδραση παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.

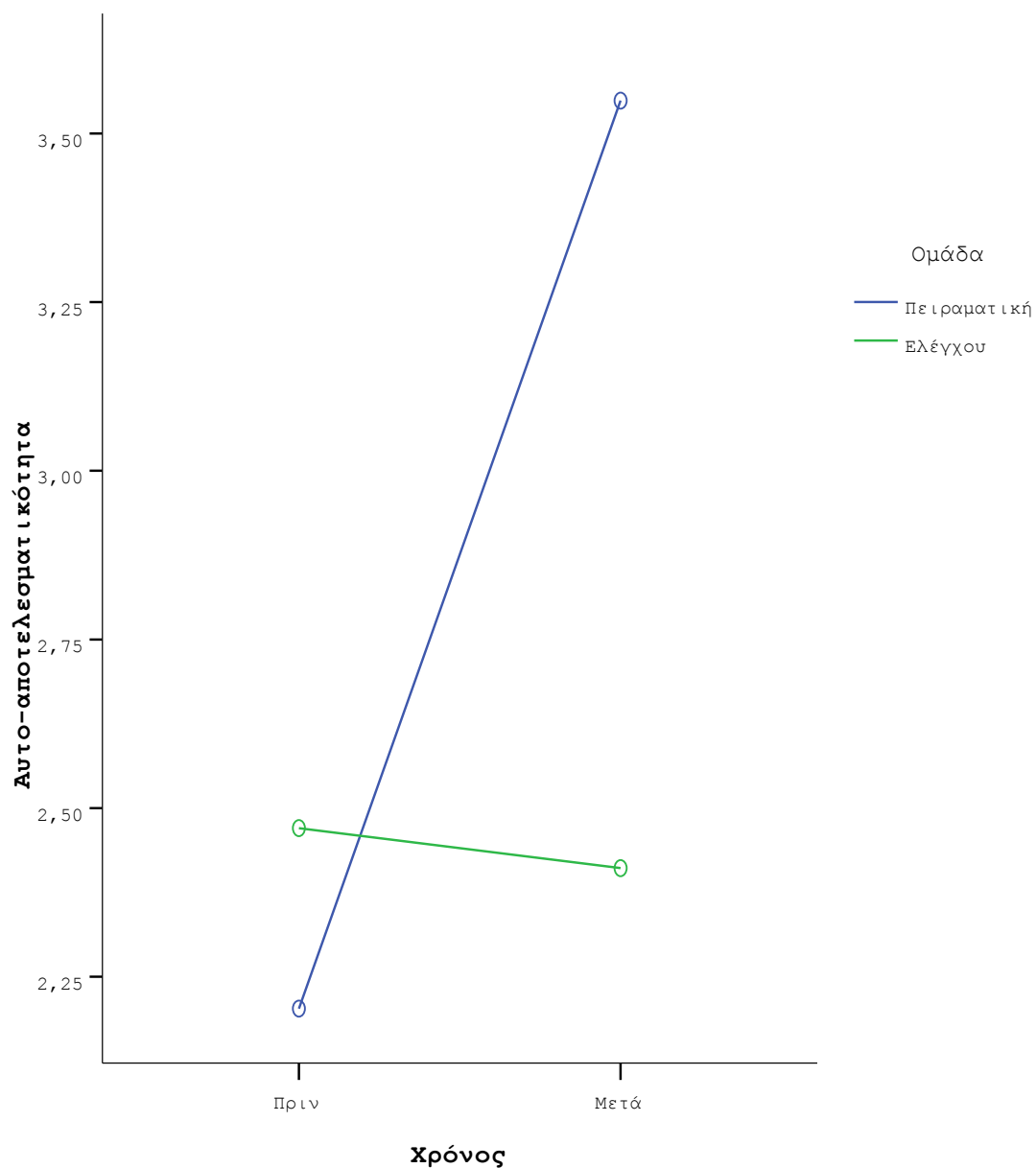




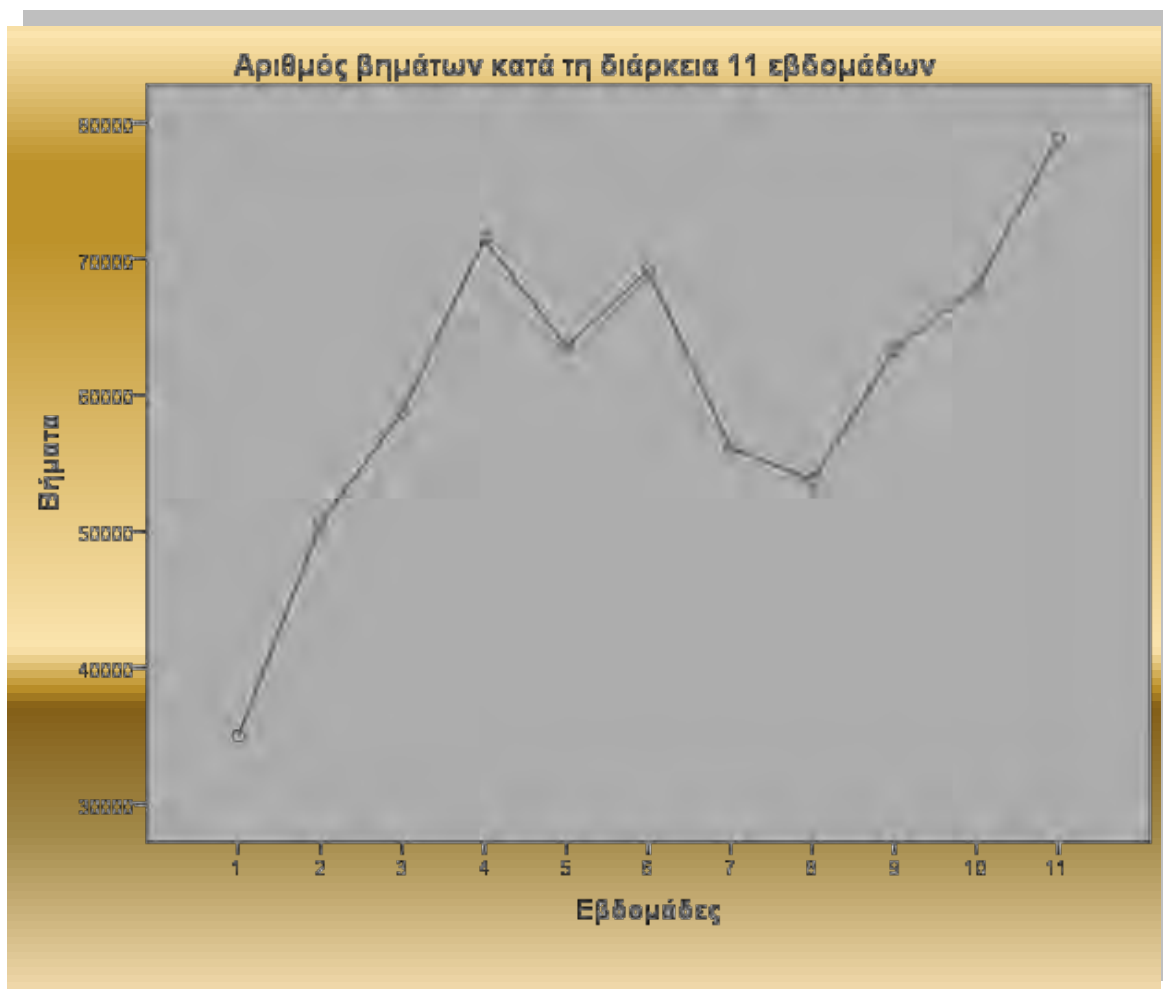
**Σχήμα 1.** Διαφορές στον αριθμό των τσιγάρων πριν και μετά από την παρέμβαση



**Σχήμα 2.** Διαφορές στα σκορ της συνήθειας για κάπνισμα πριν και μετά από την παρέμβαση



**Σχήμα 3.** Διαφορές στα σκορ της αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή καπνίσματος πριν και μετά από την παρέμβαση



**Σχήμα 4.** Αριθμός βημάτων 5 συμμετεχόντων της πειραματικής ομάδας με τη χρήση πεδομέτρων

### *Προτάσεις συμμετεχόντων βελτίωσης του παρεμβατικού προγράμματος*

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, οι συμμετέχοντες-ουσες κατέθεσαν τις προτάσεις τους και τις ιδέες τους για βελτίωση της παρέμβασης:

- η διάρκεια του προγράμματος, θα επιθυμούσαν να ήταν μεγαλύτερη και τα βήματα να ήταν περισσότερα.
- το πρόγραμμα θα έπρεπε να περιέχει πιο δραστικές και περισσότερες τεχνικές που θα αποτρέπουν τους καπνιστές από τη συνήθεια του καπνίσματος.
- ίσως το πρόγραμμα να ήταν ακόμα πιο αποτελεσματικό εάν οι εβδομαδιαίες συναντήσεις δεν ήταν ατομικές αλλά ομαδικές, εξαιτίας της αλληλεπίδρασης των ατόμων. Το ίδιο επίσης θεωρούν ότι μπορεί να ισχυρε εάν η άσκηση είχε πιο οργανωμένη μορφή σε γκρουπ (ομαδικές προπονήσεις) από το να ασκείται ο καθένας μόνος του γιατί έτσι ίσως η παρακίνηση να ήταν μεγαλύτερη.

## V. ΣΥΖΗΤΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εξετάσει ποιοτικά τις εμπειρίες των συμμετεχόντων ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, στο οποίο συμπεριλαμβανόταν και η άσκηση ως βοηθητικό μέσο. Σε αυτή την έρευνα εστίασαμε την προσοχή μας στο ρόλο που έπαιξε η ΦΔ στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος αλλά και στις εμπειρίες και στις απόψεις των συμμετεχόντων από τις απαντήσεις τους στην συνέντευξη που έδωσαν. Από τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και από το ρόλο που έπαιξε η ΦΔ στη διακοπή καπνίσματος φάνηκε ότι οι ενήλικες που συμμετέχουν σε προγράμματα ΦΔ είναι λιγότερο πιθανό να καπνίσουν ή καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα. Η συμμετοχή σε προγράμματα ΦΔ μπορεί να βοηθήσει να αυξήσουν την αυτοπεποίθησή τους να μην καπνίσουν ή ακόμα και να τους οδηγήσει στη μείωση συμπτωμάτων όπως στρες, κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα, μειωμένη αυτοσυγκέντρωση. Γενικά, το παρεμβατικό πρόγραμμα άρεσε με βάση τις απόψεις των ατόμων ανεξάρτητα αν κάποια άτομα δεν το έκοψαν, ενώ παρόλα αυτά δηλώνουν ότι οι γνώσεις που απέκομισαν από αυτή την εμπειρία θα τους βοηθήσει σίγουρα στο μέλλον όταν πάρουν την απόφαση ότι θέλουν να κόψουν το κάπνισμα. Το πρόγραμμα θεωρείται αρκετά επιτυχές και αποτελεσματικό, αφού το 36% των συμμετεχόντων που ξεκίνησαν την παρέμβαση κατάφεραν να κρατηθούν μακριά από το τσιγάρο για έναν τουλάχιστον ολόκληρο χρόνο. Η American heart association (2011) θεωρεί ότι ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος είναι αποτελεσματικό και καλό όταν έχει επιτυχία 20-40%. Επίσης ένας μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων κατάφερε να αυξήσει το επίπεδο της Φυσικής Δραστηριότητας εξαιτίας του προγράμματος αυτού. Ένα παρόμοιο πρόγραμμα των Taylor και συν. (2010), το οποίο προώθησε τη ΦΔ των συμμετεχόντων, αύξησε σημαντικά την προθυμία τους να χρησιμοποιούν τη ΦΔ ως ένα βοηθητικό μέσον για τη ΔΚ. Όσοι συμμετέχοντες-ουσες χρησιμοποίησαν την άσκηση, παραδέχτηκαν όλοι ότι τους βοήθησε στην προσπάθειά τους, να ελαττώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα παρόλο που δεν γυμνάζονταν όλοι με την ίδια συχνότητα, ποσότητα και ένταση.

Γενικά, οι συμμετέχοντες-ουσες του προγράμματος θεωρούν ότι η άσκηση είναι ένα πολύτιμο συμπληρωματικό βοήθημα διακοπής καπνίσματος σε αυτό το

συμβουλευτικό πρόγραμμα, οποιοδήποτε κι αν ήταν το αποτέλεσμα της προσπάθειάς τους. Παρομοίως στην έρευνα των Everson –Hock και συν. (2010), και οι καπνίζοντες αλλά και οι σύμβουλοι επισήμαναν τη χρήση ΦΔ σαν μια πολύτιμη βοήθεια διακοπής καπνίσματος.

Με βάση τον Μπεμπέτσο, Θεοδωράκη και Λαπαρίδη (1998), όσο περισσότερο γυμνάζονται τα άτομα τόσο λιγότερο καπνίζουν ενώ παρατηρώντας τη σταδιακή αύξηση της ΦΔ των συμμετεχόντων, τα ποσοστά δείχνουν ότι όσο περισσότερο αυξάνουν οι συμμετέχοντες-ουσες τη ΦΔ τους, τόσες περισσότερες πιθανότητες έχουν να κρατηθούν μακριά από το τσιγάρο για έναν ολόκληρο χρόνο. Αυτό το πόρισμα συμφωνεί και με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Doherty, Becker, Burge, Whitehead & Baird, 1988; Raavola, Vartiainen & Puska, 2001) που αναφέρουν ότι η πιθανότητα επιτυχίας διακοπής καπνίσματος είναι μεγαλύτερη σε εκείνους που ασκούνται περισσότερο.

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων, η ΦΔ χρησιμοποιήθηκε σαν ένας συμπληρωματικός τρόπος διακοπής καπνίσματος για τον έλεγχο του άγχους και της ανησυχίας τους, αλλά και για την αντιμετώπιση του φόβου απόκτησης βάρους κατά τη ΔΚ. Και τα δύο αυτά οφέλη της Φυσικής Δραστηριότητας κατά τη διάρκεια προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος έχουν αναφερθεί και από άλλους ερευνητές (Everson – Hock et al., 2010; de Ruiter & Faulkner, 2006).

Η ΦΔ δεν ήταν μόνο ένας βοηθητικός τρόπος διακοπής καπνίσματος αλλά ήταν και ένα μέσον για την αλλαγή τρόπου ζωής γενικά. Συμμετέχοντες-ουσες της παρούσης μελέτης χαρακτήρισαν τη ΦΔ σαν έναν τρόπο βελτίωσης της ζωής τους, υιοθετώντας έτσι έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Μια άλλη παρόμοια ποιοτική μελέτη των Everson – Hocke και συν. (2010), θεωρεί την αλλαγή τρόπου ζωής σαν ένα από τα οφέλη της ΦΔ στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Επίσης, η άσκηση μπορεί και πρέπει, να αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής ενός ατόμου, αφού συμβάλλει σημαντικά στη θετική άποψη που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του και κατ' επέκταση στην ψυχική του υγεία (Μπενέτου και συν., 2008).

Ακόμη και οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα και δεν ακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα άσκησης κατά τη διάρκεια της παρέμβασης κατάφεραν να αυξήσουν τις απλές δραστηριότητες της καθημερινότητά τους (πχ. χρήση ποδηλάτου αντί αυτοκινήτου και ανεβοκατέβασμα σκάλας αντί ασανσέρ). Σύμφωνα με τους de Ruiter και Faulkner (2006), η αύξηση της Φυσικής Δραστηριότητας, ακόμη κι αν δεν είναι επιτυχημένη η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, θα μπορούσε να θεωρηθεί θετικό αποτέλεσμα στις παρεμβάσεις αυτές. Τέλος, κάποιοι συμμετέχοντες-ουσες που

αδυνατούσαν να αυξήσουν τη Φυσική τους Δραστηριότητα εξαιτίας κάποιων προβλημάτων υγείας, παρόλα αυτά έκαναν θετικά σχόλια για τη χρήση της άσκησης χαρακτηρίζοντάς την ως έναν αποτελεσματικό τρόπο διακοπής καπνίσματος. Υπήρχαν συμμετέχοντες-ουσες που ανέφεραν ότι πριν την έναρξη του προγράμματος αντιμετώπιζαν δυσκολίες στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (όπως πχ. στο ανέβασμα της σκάλας). Τώρα μετά το πέρας του προγράμματος έχουν γίνει πιο ικανοί και δυνατοί στην καθημερινότητά τους ενώ χαρακτηρίζουν σημαντική τη συμβολή της άσκησης στη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης. Αυτό είναι ένα άλλο πλεονέκτημα της Φυσικής Δραστηριότητας διότι μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές και μάλιστα σύντομα, επιτρέποντας στους καπνιστές να γίνονται πιο δυνατοί και περισσότερο ικανοί σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα.

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες-ουσες όταν ρωτήθηκαν πως φαντάζονται τον εαυτό τους στο μέλλον αφορούσαν μόνο στις συμπεριφορές του καπνίσματος και της άσκησης. Έτσι λοιπόν αυτό που θεωρείται επίσης επιτυχία του προγράμματος είναι η προώθηση αυτών των δύο συμπεριφορών ως αντιστρόφως ανάλογες μεταξύ τους και/ή το ότι η άσκηση θεωρείται ως το υποκατάστατο του καπνίσματος.

Σχετικά με το είδος της δραστηριότητας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος άσκησης στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ήταν το τρέξιμο. Η χρήση των πεδομέτρων δεν ήταν πολύ δημοφιλής. Υπήρχαν κάποιοι συμμετέχοντες-ουσες που τα βρήκαν χρήσιμα, αλλά οι περισσότεροι από αυτούς δεν τα βρήκαν βολικά και πρακτικά. Αυτοί που χρησιμοποίησαν το πεδόμετρο το έβλεπαν σαν ένα εργαλείο παρακίνησης. Αυτή η έρευνα παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το πώς έγινε η προώθηση της Φυσικής Δραστηριότητας. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος οι ειδικοί συνιστούσαν σταδιακά την αύξηση της άσκησης και οι συνεχείς προτροπές είχαν σαν αποτέλεσμα την υιοθέτηση της άσκησης στην καθημερινότητά τους και συνεπώς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και δραστήριου τρόπου ζωής γενικά. Τα προγράμματα Φυσικής Δραστηριότητας ήταν εξατομικευμένα, σύμφωνα με τις καθημερινές ανάγκες, δραστηριότητες και απαιτήσεις του κάθε συμμετέχοντα ενώ ταυτόχρονα ασκούνταν θέτοντας ατομικούς στόχους με σκοπό τη βελτίωση της Φυσικής Δραστηριότητας αλλά και την απόκτηση αυτονομίας και υπευθυνότητας σχετικά με τις υγιεινές και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές. Όπως επισήμαναν οι Everson – Hocke και συνεργάτες (2010), είναι σημαντικό να εστιάζουμε στις ανάγκες και στις ικανότητες του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Τέλος, δόθηκαν αρκετές συμβουλές στους συμμετέχοντες-ουσες από τους ειδικούς του προγράμματος για



την αντιμετώπιση του τσιγάρου και τα συμπτώματα ανάκλησης καταπολεμώντας έτσι την πιθανότητα υποτροπής. Αυτές τις μεθόδους της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες-ουσες τις βρήκαν αποτελεσματικές αφού αρκετοί από αυτούς μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα αύξησαν τη Φυσική τους Δραστηριότητα και παρέμειναν μακριά από το τσιγάρο.

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες, όπως και σύμφωνα με την Κωφού (2006), φαίνεται να συμφωνούν ότι η άσκηση σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη και τη θέληση είναι τα απαραίτητα εφόδια για να διακόψει κανείς το κάπνισμα. Πράγματι, αρκετές έρευνες που έγιναν παλιότερα είχαν θετικά αποτελέσματα. Όπως αναφέρουν οι singleton και Pope (2000) ένας από τους λόγους που τόσο οι έφηβοι όσο και οι ενήλικες καπνίζουν είναι η ανάγκη να καλυφθούν συναισθηματικά. Οι πιθανότεροι ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος είναι η παρακίνηση, η αυτό-αποτελεσματικότητα, ο περιορισμός του στρες και η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Παρεμβατικά προγράμματα που αναπτύχθηκαν, στοχεύοντας σε αυτούς τους παράγοντες, αποδείχτηκαν επιτυχημένα στο παρελθόν (Orleans et al.,1991; Zhu et al., 1996a). Όπως αναφέρουν οι Singleton και Pope (2000), οι καπνιστές μπορούν να ωφεληθούν από την βοήθεια ειδικών στην προσπάθειά τους να κόψουν το κάπνισμα, περισσότερο από το να προσπαθούν να το διακόψουν μόνοι τους. Έτσι λοιπόν, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες από ειδικούς να αναπτύξουν παρεμβατικά προγράμματα που θα βοηθήσουν τους καπνιστές να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς τη χρήση φαρμάκων, αλλά κυρίως με την ψυχολογική υποστήριξη ειδικών (Θεοδωράκης & συνεργάτες, 2005). Σχετικά με τη θέληση, υπάρχουν έρευνες όπως αυτή των Μπεμπέτσο, Θεοδωράκη και Χρόνη (2000) με την οποία φαίνεται να συμφωνούν οι απόψεις των συμμετεχόντων και που υποστηρίζει ότι η άσκηση και το κάπνισμα είναι δύο συμπεριφορές οι οποίες εξαρτώνται από τη θέληση. Δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ποιο είναι αυτό που βοήθησε περισσότερο τους συμμετέχοντες-ουσες να ελαττώσουν ή να κόψουν το κάπνισμα, η άσκηση, η ψυχολογική υποστήριξη ή ο συνδυασμός και των δύο. Αυτό που μπορούμε να πούμε με σιγουριά είναι ότι η άσκηση φαίνεται να επιδρά θετικά στην προσπάθεια των καπνιστών να ελαττώσουν ή να κόψουν οριστικά το κάπνισμα. Μάλιστα, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η άσκηση συμβάλει στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και στην αποφυγή των αρνητικών. Σίγουρα η ενημέρωση για τις συνέπειες του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό μέσα από την επικοινωνία, καθώς επίσης και το παρόν έντυπο και οι συμβουλές, μπορούν να βοηθήσουν ένα άτομο να μειώσει ή να διακόψει το κάπνισμα οριστικά, όταν φυσικά εφαρμόζονται σε

συνδυασμό με την άσκηση, την ψυχολογική υποστήριξη αλλά κυρίως όταν υπάρχει και η θέληση από την πλευρά του καπνιστή.

Πέρα από το τρίπτυχο της επιτυχίας σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων υπήρξαν κι άλλα συστατικά που τους βοήθησαν στην προσπάθειά τους αυτή, όχι σε τέτοιο βαθμό όσο τα τρία πρώτα βασικά (άσκηση, ψυχολογική υποστήριξη και θέληση), όπως η ενημέρωση που γινόταν γύρω από το θέμα του καπνίσματος μέσα από την επικοινωνία και τη συζήτηση, καθώς επίσης και το ενδιαφέρον από τους ερευνητές προς αυτούς. Ο καθορισμός των στόχων έπαιξε επίσης σημαντικό ρόλο. Με βάση την κοινωνική γνωστική θεωρία, όταν κάποιος θέλει να κόψει το κάπνισμα, τέτοιες τεχνικές ενίσχυσης όπως ο καθορισμός των στόχων είναι χρήσιμες. Σύμφωνα με τη θεωρία των στόχων, όταν τα άτομα θέτουν ένα στόχο παρακινούνται, δεσμεύονται και μάλιστα όσο πιο πολύ δεσμεύονται στους στόχους τους τόσο πιο καλά αποδίδουν. (Θεοδωράκης & συνεργάτες, 2001).

Για ακόμη μία φορά το κοινωνικό περιβάλλον παίζει ρόλο στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες δήλωσαν ότι επηρεάζονται από το περιβάλλον τους είτε θετικά, είτε αρνητικά είτε θετικά και αρνητικά μαζί. Όταν τα άτομα επηρεάζονται αρνητικά από κοινωνικούς παράγοντες (φίλοι, γονείς, διαφήμιση) πρόκειται για κίνητρα ψυχοκοινωνικά που υποστηρίζονται από τις θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας και της προσωπικότητας (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος (2005).

Τέλος, κατά γενική ομολογία, όλοι οι συμμετέχοντες-ουσες, είτε μείωσαν, έκοψαν ή ακόμα και αυτοί που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα, δηλώνουν ότι είχαν αλλαγές, είτε στις σκέψεις, είτε στα συναισθήματα, είτε στις συνήθειες είτε και σε όλα ταυτόχρονα τα παραπάνω. Συνήθως τα συναισθήματα των περισσότερων συμμετεχόντων μετατράπηκαν σε θετικά και αισθανόταν πολύ καλύτερα γιατί κατάφεραν να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Ακόμη και εκείνοι οι συμμετέχοντες-ουσες που δεν έκοψαν το κάπνισμα και μπόρεσαν να το μειώσουν, άλλαξαν κάποιες από τις συνήθειές τους. Τώρα αισθάνονται πιο υγιείς και πολύ καλύτερα ψυχολογικά. Πολλοί είναι εκείνοι που παραδέχτηκαν ότι προκειμένου να μην καπνίζουν, υιοθέτησαν υγιεινές συνήθειες όπως άσκηση και διατροφή και μείωση του αλκοόλ. Υιοθέτησαν υγιεινές συμπεριφορές αποφεύγοντας έτσι αρνητικές συνήθειες όπως κάπνισμα και αλκοόλ. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Θεοδωράκη και Παπαιωάννου (2002), ότι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών έχει σχέση με την αποφυγή των αρνητικών.

Σύμφωνα με τον Θεοδωράκη (2010), η υιοθέτηση ενός αθλητικού τρόπου ζωής βοηθάει, σε γενικές γραμμές, στον περιορισμό του καπνίσματος. Αυτό είναι ιδιαίτερα

σημαντικό και για άτομα με προβλήματα υγείας, αλλά και για υγιή άτομα. Κατάλληλα προγράμματα αγωγής υγείας και ένας δια βίου αθλητικός τρόπος ζωής θα αποτρέψει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος. Σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, η άσκηση είναι ένα μέσο που μπορεί να προσφέρει ικανοποίηση, κατάλληλη ψυχική διάθεση και ευφορία, να λειτουργήσει ως μηχανισμός αυτορρύθμισης και απόσπασης ή μετατόπισης της προσοχής. Μπορεί να ενταχθεί στη ζωή όλων αυτών που αποφασίζουν να διακόψουν το κάπνισμα. Η άσκηση μπορεί να γίνει τρόπος ζωής, αρκεί να περάσει στη συνείδηση των καπνιστών ως κάτι θετικό και εφικτό.

Μετά το πέρας του προγράμματος κάποιοι από τους συμμετέχοντες-ουσες που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα δήλωσαν την επιθυμία τους για αύξηση του αριθμού και της διάρκειας των συναντήσεων του παρεμβατικού προγράμματος. Τα θετικά σημεία αυτής της παρέμβασης είναι ο μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων καθώς επίσης και τα πολυάριθμα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τις επαναμετρήσεις δώδεκα ολόκληρων μηνών. Οι περιορισμοί της έρευνας αυτής είναι ότι παρουσιάζει τις απόψεις συγκεκριμένων συμμετεχόντων άρα τα συμπεράσματα αφορούν συγκεκριμένα άτομα. Η γενίκευση αφήνεται στην κρίση του αναγνώστη. Επίσης, ενώ έχουμε τόσα δεδομένα για τη συμπεριφορά του καπνίσματος των συμμετεχόντων από την έναρξη του προγράμματος, από το τέλος και από δώδεκα ολόκληρους μήνες μετά, δυστυχώς από τη συμπεριφορά της άσκησης των συμμετεχόντων έχουμε μόνο δύο μετρήσεις, από την αρχή της παρέμβασης και από το τέλος. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμες προς αυτή την κατεύθυνση. Τέλος, όπως αναφέρει ο Blair (1985), οι ειδικοί που θα εφαρμόζουν τέτοιου είδους προγράμματα και θα κληθούν να καταγράφουν τις υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές των συμμετεχόντων, έχουν ηθική υποχρέωση να είναι και οι ίδιοι υγιείς και να ακολουθούν γενικά έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Έτσι λοιπόν ισχύει το ίδιο και για αυτούς τους ειδικούς που θα εφαρμόσουν το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

### ***Μελλοντικές έρευνες***

Αυτή η έρευνα είναι η μοναδική που έχει συλλέξει ποιοτικά δεδομένα για την άσκηση ως ένα βοηθητικό μέσο ΔΚ. Υπάρχει ανάγκη να γίνουν κι άλλες ποιοτικές έρευνες στο μέλλον που θα εξετάζουν τη χρησιμότητα της άσκησης ως μια συμπληρωματική στρατηγική στη ΔΚ.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να φανούν ακόμη πιο χρήσιμες εστιάζοντας την προσοχή τους στην εξέταση πιο ειδικών συναισθηματικών, γνωστικών, κοινωνικών

και δημογραφικών παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτή την πολύπλευρη υγιεινή συμπεριφορά.

Οι συμμετέχοντες-ουσες αυτού του παρεμβατικού προγράμματος είχαν εβδομαδιαίες και ατομικές συναντήσεις με τους συμβούλους. Θα ήταν ενδιαφέρον μελλοντικές μελέτες να εξετάσουν εάν οι ομαδικές συναντήσεις θα μπορούσαν να είναι πιο ευεργετικές και αποτελεσματικές εξαιτίας της αλληλεπίδρασης των ατόμων. Επίσης θα μπορούσαν να μελετήσουν την αλληλεπίδραση μεταξύ καπνίσματος και Φυσικής δραστηριότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της παρέμβασης.

Μακροχρόνιες μελέτες επίσης θα μπορούσαν να δώσουν απαντήσεις σε αρκετά ερωτήματα σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ Φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος, όπως: εάν οι καπνιστές μπορούν να διατηρήσουν υψηλά τα επίπεδα Φυσικής δραστηριότητας που απέκτησαν από την παρέμβαση για αρκετό διάστημα μετά το πέρας της, εάν οι καπνιστές που ασκούνται έχουν περισσότερες πιθανότητες στο μέλλον να κόψουν το κάπνισμα από αυτούς που δεν ασκούνται και αν τα άτομα που πέτυχαν να αυξήσουν τη Φυσική τους δραστηριότητα χωρίς να κόψουν το κάπνισμα μπορούν να μειώσουν την επιθυμία τους στο μέλλον. Τέλος, τα άτομα που διέκοψαν την παρέμβαση αν μας έδιναν συνεντεύξεις σε βάθος, θα μπορούσαν να μας δώσουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με το πώς θα μπορούσαμε να διαχειριστούμε τις ανάγκες τους. Επίσης, κάπου αλλού που θα μπορούσαν να στρέψουν την προσοχή τους οι μελλοντικές έρευνες είναι στην τροποποίηση της παρέμβασης όσον αφορά στην αύξηση του αριθμού και της διάρκειας των συναντήσεων, επειδή κάποιοι από τους συμμετέχοντες-ουσες που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα δήλωσαν την επιθυμία τους αυτή, θεωρώντας ότι ίσως έτσι να είχαν καλύτερα αποτελέσματα.

Κλείνοντας, μπορούμε να πούμε ότι αυτό το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης, στο οποίο μάλιστα συμπεριλαμβάνεται και η άσκηση ως βοηθητικός τρόπος διακοπής ή ως εναλλακτική τεχνική απασχόλησης, ή απόσπασης της προσοχής από τις τυπικές συνήθειες των καπνιστών, μας προσέφερε αρκετά πολύτιμα στοιχεία στο χώρο της αθλητικής και της ψυχολογικής επιστήμης. Τα άτομα που προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα μπορούν γίνουν πιο δραστήριοι με τη χρήση της Φυσικής δραστηριότητας ως ένα συμπληρωματικό βοήθημα διακοπής καπνίσματος και ταυτόχρονα με τη μέθοδο του καθορισμού ατομικών στόχων. Περαιτέρω μελέτη σχετικά με τη χρήση της φυσικής δραστηριότητας σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος

κρίνεται αναγκαία όχι μόνο για να βελτιώσουμε και να εμπλουτίσουμε τη γνώση μας αλλά κυρίως για να εξάγουμε πιο ασφαλή συμπεράσματα.

## VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Cancer Society (2004). *Break away from the pack*. Retrieved 8/10/2009 from: [http://www.vtquitnetwork.org/files/BREAK%20Away\\_book3.pdf](http://www.vtquitnetwork.org/files/BREAK%20Away_book3.pdf).
- American Cancer Society (2010). *Stay away from tobacco*. Retrieved 7/02/2011 from: <http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayfromTobacco/index>.
- American Heart Association (2011). Programs that advance scientific and clinical collaboration. Retrieved 6/06/2011 from: [http://www.heartorg/HEARTORG/General/Global-Strategies-Pages\\_UCM\\_312090\\_SubHomePage.jsp](http://www.heartorg/HEARTORG/General/Global-Strategies-Pages_UCM_312090_SubHomePage.jsp).
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez D. & Moss, H.B. (2003). Smoking progression and physical activity. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 12, 1121-1129.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bartechhi, E., MacKenzie, T. & Schrier, R. (1994). The human costs of tobacco use. *The New England Journal of Medicine*, 330, 907-912.
- Blair, S., (1985). Professionalization of attitude toward play in children and adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport (RQES)*, 56(1), 82-83.
- Bock, B., Marcus, B., King, T., Borelli, B. & Roberts, M. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behavior*, 24, 399-410.
- Bohannon, W. R. (2007). Number of Pedometer-Assessed Steps Taken Per Day by Adults: A Descriptive Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 87(12), 1642-1650.
- Boudreaux, E., Francis, J., Taylor, C., Scarinci, I. & Brantley, P., (2003). Changing multiple health behaviors: smoking and exercise. *Preventive Medicine*, 36, 471-478.

- Boyatzis, R.E. 1998: *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bravata, D.M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A.L., Lin, N., Lewis, R., Stave, C.D., Olkin, I. & Sirard, J.R. (2007). Using Pedometers to Increase Physical Activity and Improve Health. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 298(19), 2296-2304.
- Brook, J.S., Saar, N.S., Zhang, C. & Brook, D.W. (2009). Familial and Non-Familial Smoking: Effects of Smoking and Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 101, 62-68.
- Butler, J.T. (2001). *Principles of health education and health promotion* (3<sup>rd</sup> edition). Wadsworth Thomson Learning.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M. & Stott, N. (1999) Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomised trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611–616.
- Carmelli, D., Swan, G.E., Robinette, D. & Fabsitz, R. (1992). Genetic influence on smoking- A study of male twins. *The New England Journal of Medicine*, 327, 829-833.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2006). Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13-15 years-worldwide, 1999-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(20), 553-556.
- Chan, B. C., Ryan, D. AJ. & Tudor-Locke C.(2006). Relationship between objective measures of physical activity and weather: a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3, 21.

- Clark, M. M., Decker, P. A., Offord, K. P., Patten, C. A., Vickers, K. S., Croghan, I. T., Hays, J. T., Hurt, R. D. & Dale, L. C. (2004). Weight concerns among male smokers. *Addictive Behaviors*, 29, 1637–1641.
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Daniel, B. 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(8), 1187-1192.
- Daniel, J.Z., Cropley, M., Ussher, M. & West, R. (2004) Acute effects of a short bout of moderate versus light intensity exercise versus inactivity on tobacco withdrawal symptoms in sedentary smokers. *Psychopharmacology*, 174, 320-326.
- DeRuiter, W. K. & Faulkner, G. (2006).Tobacco harm reduction strategies: The case for physical activity. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(2), 157–168.
- Doherty, W. J., Becker, L. A., Burge, S. K., Whitehead, D. & Baird, I. (1988). Ecological analysis of an integration study of smoking cessation in medical practices. *Family Practice Research Journal*, 8, 17-23.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια υγεία (ΕΣΔΔΥ) (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
- Eisenberg, M.E. & Foster, J.L. (2003). Adolescent smoking behavior: Measures of social norms. *American Journal of Preventing Medicine*, 25, 122-128.



Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007). Λευκή Βίβλος για μια Ευρωπαϊκή Στρατηγική για θέματα υγείας που έχουν σχέση με τη Διατροφή, Βρυξέλλες. Ανακτήθηκε 08/12/11 από [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/)

Eurobarometer (2010). *Sport and physical activity*. Brussels. European Commission.

Everson-Hock, E.S., A.H. Taylor, M. Ussher & 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.

Filosof, C., Fernandez Pinilla, M. C. & Fernandez-Cruz, A. (2004). Smoking cessation and weight gain. *Obesity Reviews*, 5, 95-103.

Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G. & Gritz, E. R., (2000). *Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services.

Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinhold, J. W. & Rosner, B. (1992). Predictors of smoking relapse among selfquitters: a report from the normative aging study. *Addictive Behaviors*, 17, 367-377.

Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Eakin, E. 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*, 9, 223-236.

Godin, G., Jobin, J. & Bouillon, J. (1986). Assessment of leisure time exercise behavior by self-report: A concurrent validity study. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 359-361.

- Godin, G. & Shephard, R. J., (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.
- Grove, J., Wilkinson, A. & Dawson, B. (1993). Effects of exercise on selected correlates of smoking withdrawal. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 217-236.
- Hancock, K., Davidson, P., Daly, P., Webber, D. & Chang, E., (2005). An exploration of the usefulness of motivational interviewing in facilitating secondary prevention gains in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 25, 200-206.
- Hardman, A. E. & Stensel, D. J. (2009). *Physical Activity and Health: The Evidence Explained* (2nd Edition). Routledge Taylor and Francis, London.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- 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.
- Hughes, J. R. (1992). The nicotine withdrawal syndrome: A brief review and update. *International Journal of smoking cessation*, 1, 21-26.
- 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. & Χασάνδρα, Μ., (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Άσκουμένων και μη Άσκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239 – 248.

- Θεοδωράκης, 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.
- Janesick, V. J. (1998). *Stretching Exercisers for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- 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. (2002). Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs*, 62(Suppl 2), 25.
- Jung, M.E., Fitzgeorge, L., Prapavessis, H., Faulkner, G. & Maddison, R. (2010). The getting physical on cigarettes trial: Rationale and methods. *Mental Health and Physical Activity*, 3, 35-44.
- IARC- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, World Health Organization. Retrieved 22/06/2010 from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol82/mono82.pdf>.
- Kawachi, Ι., Troisi, R. J., Rotnitzky, A. G., Coakley, E. H., Colditz, M. S. & Colditz, M. D. (1996). Can exercise minimize weight gain in women after smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 86, 999–1004.

- Kelly, A.C., Zuroff, D.C. & Foa C.L. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755.
- Khan, J.C., Thurlby, D.A., Shahid, H., Clayton, D.G., Yates, J.R. & Bradley, M. (2006). Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology*, 90, 75-80.
- King, T., Matacin, M., Marcus, B., Bock, B. & Tripolone, J. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*, 25, 613–618.
- King, T., Marcus B., Pinto, B., Emmons, K. & Abrams D. (1996). *Preventive Medicine*, 25, 684-691.
- 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.
- Kumra, V. & Markoff, B.A. (2000). Who’s smoking now? The epidemiology of tobacco use in the United States and abroad. *Clinics in Chest Medicine*, 21(1), 1-9.
- Κωφού, Γ. (2006). *Η επίδραση της άσκησης και της ψυχολογικής υποστήριξης στη διακοπή του καπνίσματος. Δημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα.*
- Landers, D. (1994). Performance, stress, and health: Overall reaction. *Quest*, 46, 123-135.
- LaVecchia, C., Boyle, P., Franceschi, S., Levi, F., Maisonneure, P., Negri, E., Lucchini, F. & Smans, M. (1991). Smoking and cancer with emphasis on Europe. *European Journal of Cancer*, 27, 94-104.

- Leatherdale, S. T., McDonald, P.W., Cameron, R. & Brown, K.S. (2005). A multilevel analysis examining the relationship between social influences for smoking and smoking onset. *American Journal of Health Behavior*, 29, 520-530.
- 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.
- Le Masurier, G.C. & Tudor- Locke, C. (2003). Comparison of Pedometer and Accelerometer Accuracy under Controlled Conditions. *Medicine and Science in sports and Exercise*, 35(5), 867–871.
- Linke, S.E., Rutledge, T., Johnson, B.D., Olson, M.B., Bittner, V., Cornell, C.E., Shaw, L.J., Eteiba, W., Parashar, S., Sheps, D.S., Vido, D.A. Mulukutla, S. & Merz, C.N.B. (2009). The Joint Impact of Smoking and Exercise Capacity on Clinical Outcomes among Women with Suspected Myocardial Ischemia: The WISE Study. *Womens Health*, 18(4), 443–450.
- Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman-Bang, C., Ryden, L. & Nygren, A. (2005). Longterm effects of lifestyle behaviour change in coronary artery disease: Effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology*, 24, 41-48.
- Locke, E. & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Lujic, C., Reuter, M. & Netter, P. (2005). Psychobiological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist*, 10, 1-24.
- Marcus, B., Albrecht, A., Lewis, B., Parisi, A., Hogan, J., King, T., Bock, B. & Abrams, D. (2003). Rationale, design, and baseline data for Commit to Quit II: an evaluation of the efficacy of moderate-intensity physical activity as an aid to smoking cessation in women. *Preventive Medicine*, 36, 479-492.

- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- 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). 10-year trends in physical activity in the eastern Finnish adult population. Relationship to socioeconomic and lifestyle characteristics. *Acta Medical Scandinavian*, 224, 195-203.
- McClain, J. & Tudor-Locke, C. (2009) Objective monitoring of physical activity in children: considerations for instrument selection. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12, 526-533.
- Metzger, A., Dawes, N., Mermelstein, R. & Wakschlag, L. (2011). Longitudinal modeling of adolescents' activity involvement, problem peer associations, and youth smoking. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(1), 1-9.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addiction behaviour*. New York: Guilford Press.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. & Λαπαρίδης, Κ. (1998). Άσκηση, κάπνισμα και υγεία. *Αθλητική Ψυχολογία*, 9, 53-72.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. & Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.
- Μπενέτου, Κ., Κωφού, Γ., Ζήση, Β. & Θεοδωράκης, Ι. (2008). Η Σχέση του Σωματικού Βάρους, του Βαθμού Ενασχόλησης με την Άσκηση και της Σωματικής Κάθεξης, με την Εικόνα του Σώματος σε Κορίτσια Ηλικίας 15-25 Ετών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(1), 47-55.

- Nademin, M.E., Napolitano, M.A., Xanthopoulos, M.S., Fava, J.L., Richardson, E. & Marcus, B. (2010). Smoking cessation in college-aged women: A qualitative analysis of factors important to this population. *Addiction Research and Theory*, 18(6), 649-666.
- Norman, P., Conner, M. & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health psychology*, 18(1), 89-94.
- Novello, A. (1990). Surgeon general's report on the health benefits of smoking cessation. *Public Health Representative*, 105, 545-548.
- Ockene, J., Kristeller, J., Pbert, L., Hebert, J., Luippold, R., Goldberg, R. et al. (1994). The PDSIP: Can short – term intervention produce long – term effects for a general outpatient population. *Health psychology*, 13(3), 278-281.
- Olson, A.S.L., Gaffney, C.A., Hedberg, Dugan, S., Mathes, R. & Reiss, P. (2005). The Healthy Teen Project: Tools to Enhance Adolescent Health Counseling. *Annals of Family Medicine*, 3, S63-S65.
- Orleans, C. T., Schoenbach, V. J., Wagner, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D. C., Fiedler, J., Porter, C. Q. & Kaplan, C. H. (1991). Self-help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions and telephone counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439-448.
- Otten, R., Bricker, J.B., Liu, J., Comstock, B. & Peterson, A.V. (2011). Adolescent psychological and social predictors of young adult smoking acquisition and cessation: A ten-year longitudinal study. *Health Psychology*, 30(2), 163-170.
- Paavola, M., Vartiainen E. & Puska P. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research*, 16, 49-57.

- 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.
- Perkins, K. A., Mitchell, S. L. & Epstein, L. H. (1995). Physiological and subjective responses to food cues as a function of smoking abstinence and dietary restraint. *Physiology and Behavior*, 58, 373–378.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., Heath, C. Jr. & Doll, R. (1996). Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52, 12–21.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M. & Heath, C., Jr. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Pomerleau, O. F., Scherzer, H. H., Grunberg, N. E., Pomerleau, C. S., Judge, J., Fertig, J. B. et al. (1987). The effects of acute exercise on subsequent cigarette smoking. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 117–127.
- 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.
- Rodriguez, D. & Audrain-McGovern, J. (2004). Team sport participation and smoking: Analysis with general growth mixture modeling. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 299–308.
- Romand R., Gourgou S. & Sancho-Garnier H. (2005). A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation. *Addiction*, 10, 1546-1554.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.



- Rossman, G. B. & Rallis, S. E., (1998). *Learning in the field*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Runkel, P.J. & McGrath, J.E. (1972). *Research on Human Behavior: A systematic guide to method*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- 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.
- Sanchez-Johnsen L, Ahluwalia JS, Fitzgibbon M. & Spring BJ (2006). Ethnic similarities and differences in reasons for smoking. *Addictive Behaviors*, 3, 544-548.
- Scioli ER, Biller H, Rossi J. & Riebe D. (2009). Personal motivation, exercise, and smoking behaviors among young adults. *Behavioral Medicine*, 35(2), 57-64.
- Shephard, R. (1989). Exercise and lifestyle change. *British Journal of Sports and Medicine*, 23, 11-22.
- Shiffman, S., Waters, A. J. & Hickcox, M., (2004). The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tobacco Resistance*, 6, 327-348.
- 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., Fagan, P., Hunt, M.K., Stoddard, A.M., Girod, K., Eisenberg, M. et al. (2004). Changing channels for tobacco control with youth: developing an intervention for working teens. *Health Education Research*, 19, 250-260.
- Sussman, S., McCuller, W., Zheng, H., Pflingston, Y., Miyano, J. & Dent, C., (2004). Project EX: A program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tobacco Induced Diseases*, 3, 119-132.

- Taylor, A. H., Everson-Hock, E.S. & Ussher, M. (2010). Integrating the promotion of physical activity within a smoking cessation programme: Findings from collaborative action research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research*, 10(1), 317.
- Taylor, A., & Katomeri, M. (2007). Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 1183–1190.
- Taylor, A. H., Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on smoking behaviour, cravings, withdrawal symptoms and affect: A systematic review. *Addiction*, 102, 534–543.
- Taylor, A. H., Katomeri, M., & Ussher, M. (2006). Effects of walking on cigarette cravings and affect in the context of Nesbitt's paradox and the circumplex model. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 28, 18–31.
- 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., 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, R.S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, B., Stone, J.A., Thompson, D.R. & Oldridge, N. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary artery disease: Systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *The American Journal of Medicine*, 116, 682-692.
- Thayer, R.E, Peters, D.P., Takahashi, P.J. & Birkhead-Flight, A.M., (1993). Mood and behavior (smoking and sugar snacking) following moderate exercise: A partial test of self-regulation theory. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 97-104.

- Theodorakis, Y., Hatzigeorgiadis, A., Chroni, S., & Goudas, M. (2007). Goal setting in physical education. In Liukkonen, J., VandenAuweele, Y., Vereijken, B., Alferman, D. & Theodorakis, Y. (Eds.), *Psychology for physical educators* (pp. 21-34). Champaign, IL: HumanKinetics.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D.R., Jr. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, 34, 1-8.
- Tudor-Locke, C., Sisson, S.B., Collova, T., Lee, S.M. & Swan, P.D. (2005). Pedometer-Determined Step Count Guidelines for Classifying Walking Intensity in a Young Ostensibly Healthy Population. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 30(6), 666-676.
- Unger, J. B., Cruz, T., Baezconde-Garbanati, L., Shakib, S., Palmer, P., Johnson, C. A. et al. (2003). Exploring the cultural context of tobacco use: A transdisciplinary framework. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 101–117.
- Ussher, M., Cropley, M., Playle, S., Mohidin, R. & West, R. (2009). Effect of isometric exercise and body scanning on cigarette cravings and withdrawal symptoms. *Addiction*, 104(7), 1251–1257.
- 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., McEwen, A., Taylor, A. & Septoe, A. (2003). Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Addiction*, 98, 523-532.
- Ussher, M. H., Nunziata, P., Cropley, M. & West, R. (2001). Acute effect of a short bout of moderate exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke. *Psychopharmacology*, 158, 66–72.

- Ussher, M., Taylor, A., West, R. & McEwen, A. (2000). Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction*, 95, 199-208.
- Van Rensburg, K.J. & Taylor A.H. (2008). The effects of acute exercise on cognitive functioning and cigarette cravings during temporary abstinence from smoking. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(3), 193-199.
- Van Rensburg, K.J., Taylor A.H., Hodgson, T. & Benattayallah, A. (2009). Acute exercise modulates cigarette cravings and brain activation in response to smoking-related images: an fMRI study. *Psychopharmacology*, 203(3), 589-598.
- Verplanken, B. & Orbell, S. (2003). Reflections on past behaviour: A self-report index of habit strength. *Journal of Applied Social Psychology*, 33, 1313-1330.
- Weinstein, N.D. (1998). Accuracy of smokers' risk perceptions. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 135-140.
- West, R., McEwen, A., Keith Bolling, K. & Owen, L. (2001). Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction*, 96(6), 891-902.
- West, R., McNeill, A. & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987-999.
- West, R. & Russell, M. (1985) Pre-abstinence smoke intake and smoking motivation as predictors of severity of cigarette withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 87, 407-415.
- Wetterer, A. & von Troschke, J. (1986). *Smoker motivation: A review of contemporary literature*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- World Health Organisation (2008). National Expenditures on Health Retrieved 25/10/2010 from <http://www.who.int/nha/en/>.

Zhu, S. H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G. & Pierce, J. P. (1996a). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202–211.

**VII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**  
**Ερωτηματολόγια της παρέμβασης**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού**  
**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ  
(ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ)

Ημερομηνία Γέννησης:.....  
Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα   
Σπουδές:.....  
Επάγγελμα:.....  
Τόπος διαμονής:.....

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (πρόσφατα μιας εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;. (Γράψτε σε κάθε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό.)

	<u>ΦΟΡΕΣ</u> ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
A) έντονη άσκηση – η καρδιά κτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)	(    )
B) μέτρια άσκηση –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)	(    )
Γ) ήπια άσκηση – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα).	(    )

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Παρακαλούμε απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις, έστω και μόνο 1 ή 2 ρουφηξιές;  
Ναι  Όχι
2. Έχεις καπνίσει ποτέ 1 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα (30 μέρες);  
Ναι  Όχι
3. Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα (30 μέρες);  
Ναι  Όχι
4. Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα;  
Ναι  Όχι
5. Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι  Όχι
6. Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την τελευταία εβδομάδα; \_\_\_ (σημείωσε τον αριθμό)
7. Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες;  
Κανένα , 1-5 , 6-10 , 11-15 , 16-20 , 21-25 , 26 και πάνω

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Σημειώστε την πρώτη σκέψη που έρχεται στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Διαβάστε κάθε μια πρόταση προσεκτικά και δώστε γρήγορα την απάντησή σας.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

	Το κάπνισμα είναι κάτι που .....	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΑΝΑΠΟΦΑ- ΣΙΣΤΟΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	το κάνω συχνά.							
2	το κάνω αυτόματα.							
3	το κάνω χωρίς να πρέπει να το θυμάμαι συνειδητά.							
4	με κάνει να νιώθω περίεργα άμα δεν το κάνω.							
5	το κάνω χωρίς να το σκεφτώ.							
6	θα έπρεπε να προσπαθήσω πολύ για να μην το κάνω.							
7	ανήκει στην (καθημερινή, εβδομαδιαία, μηνιαία, κτλ.) ρουτίνα μου.							
8	Ξεκινώ να το κάνω πριν καν συνειδητοποιήσω ότι το κάνω.							
9	θα το έβρισκα δύσκολο να μην το κάνω.							
10	δε χρειάζεται να το σκεφτώ για να το κάνω.							
11	τυπικά χαρακτηρίζει 'εμένα' / τυπικά είμαι 'εγώ'.							
12	το κάνω εδώ και πολύ καιρό.							

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Οι ακόλουθες δηλώσεις/θέσεις περιγράφουν τη σιγουριά του καθενός ότι μπορεί να μην καπνίσει σε διάφορες καταστάσεις.

- 1= Καθόλου σίγουρος  
 2= Όχι και πολύ σίγουρος  
 3= Μέτρια σίγουρος  
 4= Πολύ σίγουρος  
 5= Απόλυτα σίγουρος

	ΠΟΣΟ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η ΕΙΜΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΘΑ ΚΑΠΝΙΣΩ...				
	Καθόλου σίγουρος	Όχι και πολύ	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα σίγουρος
1) Σε ένα μπαρ ή κλαμπ, όταν πίνω ένα ποτό.	1	2	3	4	5
2) Γενικά όταν επιθυμώ ένα τσιγάρο.	1	2	3	4	5
3) Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως τα θέλω και είμαι απογοητευμένος/η.	1	2	3	4	5
4) Όταν είμαι με το/την σύζυγο ή το/τη στενό/ή φίλο/η μου που καπνίζει.	1	2	3	4	5
5) Όταν υπάρχουν διαφωνίες και συγκρούσεις με την οικογένειά μου.	1	2	3	4	5
6) Όταν είμαι ευτυχής και γιορτάζω.	1	2	3	4	5
7) Όταν είμαι πολύ θυμωμένος/η για κάτι ή κάποιον.	1	2	3	4	5
8) Αν βρεθώ σε μια συναισθηματική κρίση, όπως ένα ατύχημα ή ένα θάνατο δικού μου ανθρώπου.	1	2	3	4	5
9) Όταν βλέπω κάποιον να καπνίζει και να το απολαμβάνει.	1	2	3	4	5
10) Όταν πίνω καφέ.	1	2	3	4	5



11) Αμέσως μόλις σηκώνομαι το πρωί.	1	2	3	4	5
12) Όταν νοιώθω την ανάγκη να τονωθώ.	1	2	3	4	5
13) Όταν αρχίζω να αισθάνομαι πεσμένος/η ή είμαι χάλια σωματικά.	1	2	3	4	5
14) Με τους φίλους μου σε ένα πάρτυ.	1	2	3	4	5
15) Όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μια δύσκολη μέρα μπροστά μου.	1	2	3	4	5
16) Όταν είμαι υπερβολικά πιεσμένος/η.	1	2	3	4	5
17) Όταν είμαι εξαιρετικά ανήσυχος/η και αγχωμένος/η.	1	2	3	4	5
18) Μόλις συνειδητοποιώ ότι πέρασε λίγη ώρα χωρίς να καπνίσω.	1	2	3	4	5

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

5.ΟΔΗΓΙΕΣ: Για να απαντήσεις, διάβασε την κάθε πρόταση και βάλε ένα Χ στην αντίστοιχη στήλη ανάλογα με το αν ισχύει ή δεν ισχύει για σένα αυτή η πρόταση.		Ισχύει για μένα	Δεν ισχύει για μένα
1.	Ποτέ δε λέω άσχημα πράγματα για τους άλλους		
2.	Μερικές φορές ζηλεύω την τύχη των άλλων		
3.	Δεν εκνευρίζομαι ποτέ		
4.	Είμαι πάντα ευγενικός / ή		
5.	Μερικές φορές προσπαθώ να εκδικούμαι τους άλλους		
6.	Για να δουλέψω πρέπει να έχω ενθάρρυνση		
7.	Είμαι πάντα πρόθυμος / η να παραδεχτώ τα λάθη μου		
8.	Μερικές φορές εκμεταλλεύομαι τους άλλους		
9.	Ακούω πάντοτε όταν οι άλλοι μου μιλάνε		
10.	Θυμώνω όταν τα πράγματα δεν γίνονται όπως τα θέλω		

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

### Interview protocol

*‘Είσαι έτοιμος για την αλλαγή; Που βρίσκεσαι;’*

1. Περιέγραφέ μου ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά σου σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα. (Πόσα τσιγάρα, γενικότερη εξάρτηση, θα έκανες τα πάντα για ένα τσιγάρο;)
2. Θυμήσου πως ένιωθες το σώμα σου όταν κάπνιζες κανονικά. Πως νιώθεις μετά την παρέμβαση;
3. Περιέγραψε όποιες αλλαγές νιώθεις ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά σου σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. (Τι ένιωθες και τι σκεφτόσουν για το κάπνισμα πριν την παρέμβαση)
4. Ποια ήταν η σχέση σου με την άσκηση πριν την παρέμβαση και πως εξελίχθηκε μετά. (Τι ακριβώς έκανες πριν; Τώρα; Πιστεύεις σε βοήθησε στην προσπάθειά σου;)
5. Πως βλέπεις τον εαυτό σου μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό σου περιβάλλον να σε επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)

*‘Πόσο βοήθησε η παρέμβαση;’*

6. Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησε περισσότερο; (Τετράδιο, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας; Συγκεκριμένα)
7. Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προσθέσεις στη συζήτησή μας και το θεωρείς σημαντικό;