



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Κάπνισμα και ενσυναίσθηση  
στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»**

Αναγνώστου Κυριακή  
Νοσηλεύτρια ΤΕ

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Δρ Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια, Επιβλέπων Καθηγήτρια  
Δρ Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Δρ Μάλλη Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα  
Σεπτέμβριος 2019



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**«Smoking and empathy  
in primary health care»**

## Ευχαριστίες

*Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Κοτρώτσιου Ευαγγελία, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της.*

*Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους με στήριξαν στην προσπάθεια μου αυτή και ιδιαίτερα την οικογένειά μου.*

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	9
1.1.Στοιχεία για την επικράτηση και τον επιπολασμό του καπνίσματος παγκοσμίως .....	9
1.2. Η νικοτίνη ως βασικό συστατικό του τσιγάρου .....	12
1.3. Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ .....	21
2.1. Η έννοια της ενσυναίσθησης και τα είδη της .....	21
2.2. Η ενσυναίσθηση στο χώρο της υγείας .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	31
3.1.Ο ρόλος των γιατρών στη διακοπή του καπνίσματος.....	31
3.2. Ο ρόλος της προσέγγισης μέσω ενσυναίσθησης στην διακοπή του καπνίσματος .....	33
3.3. Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model) για την διακοπή του καπνίσματος μέσω ενσυναισθητικής κατανόησης από τους ιατρούς .....	36
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	47
1.1.Σκοπός έρευνας.....	47
1.1.Σκοπός έρευνας.....	47
1.2. Ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας έρευνας και διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων .....	48
1.3. Δείγμα συμμετεχόντων και στρατηγική δειγματοληψίας .....	50
1.4. Ερευνητικό εργαλείο και τρόπος συλλογής των ερευνητικών δεδομένων.....	52
1.5. Περιγραφή σχεδίου συνέντευξης και κατάρτιση ερωτήσεων ερωτηματολογίου.....	53

1.6. Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας .....	54
1.7. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων .....	58
1.8. Ζητήματα εγκυρότητας – αξιοπιστίας της έρευνας .....	66
1.9. Ηθικά ζητήματα και ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας .....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	
ΕΡΕΥΝΑΣ .....	69
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	76
Βιβλιογραφικές αναφορές .....	79

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της παρούσας πρωτογενούς έρευνας θα αναλυθεί ο ρόλος της ενσυναίσθησης σε σχέση με την διακοπή του καπνίσματος, καθώς είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για νέες στρατηγικές στην διακοπή του καπνίσματος με στόχο την μείωση των ποσοστών των καπνιστών, και με δεδομένο ότι με βάση τα στοιχεία 80.000-100.000 νέοι ξεκινούν το κάπνισμα καθημερινά παγκοσμίως ενώ μέχρι το 2030 υπολογίζεται ότι οι θάνατοι ανά έτος από το κάπνισμα θα ανέλθουν σε 10 εκατομμύρια θάνατοι/έτος και ο καπνός η κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι το αν βοηθήθηκαν και σε ποιο βαθμό οι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, λόγω του ότι τους αντιμετώπισαν οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ενσυναίσθηση καθώς επίσης ποιο ήταν το κρίσιμο στοιχείο στην προσέγγιση ιατρού-ασθενούς που ως καθοριστικό, συνέβαλλε στο να αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα και πως αυτό τους βοήθησε στο γενικότερο πλαίσιο λήψης αποφάσεων για την υγεία τους.

Η συλλογή του υλικού της έρευνας, βασίστηκε σε αναπαραστάσεις όπως τις αφηγήθηκαν 40 πρώην καπνιστές και των δυο φύλων και από διάφορες ηλικίες οι οποίοι επισκέφθηκαν κάποια στιγμή μια πρωτοβάθμια δομή υγείας, και καθώς οι ιατροί τους προσέγγισαν με ενσυναίσθηση κατόρθωσαν τελικά να λάβουν την απόφαση να διακόψουν την συνήθεια του καπνίσματος. Το ερευνητικό υλικό μετά τη συλλογή του, αναλύθηκε στα πλαίσια της συστηματικής μεθοδολογίας της Θεματικής Ανάλυσης. Από την κωδικοποίηση του συλλεχθέντος υλικού προέκυψαν ένα σύνολο θεμάτων, τα οποία κατέδειξαν ένα σύνολο ποικίλων αναπαραστάσεων των πρώην καπνιστών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η ενσυναίσθηση λειτούργησε στην περίπτωση τους ώστε να διακόψουν το κάπνισμα. Στο τέλος της ανάλυσης, σχολιάζονται τα ευρήματα τα οποία καταδεικνύουν τον πολύ σημαντικό ρόλο της ενσυναίσθησης εκ μέρους του ιατρού στην πρόκληση απόφασης εκ μέρους του ασθενούς για την διακοπή του καπνίσματος.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα παγκοσμίως, αποτελεί σήμερα τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα κινδύνου για την υγεία, όπως επίσης και έναν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας. Αυτό διότι το κάπνισμα ευθύνεται για ένα σύνολο πολύ σοβαρών νοσημάτων όπως για πολλά είδη καρκίνου, στεφανιαία νόσο, περιφερικές αγγειοπάθειες, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, πεπτικό έλκος, ενώ συχνά έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις για τη διάπλαση των εμβρύων στην περίπτωση καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παράλληλα, το παθητικό κάπνισμα προκαλεί ένα μεγάλο φορτίο νόσων, με αυξημένα επίσης ποσοστά θνητότητας. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένας νευροβιολογικός εθισμός και έχει ταξινομηθεί επίσημα ως ιατρική ασθένεια σύμφωνα με την Δέκατη Αναθεώρηση της Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD-10) και την 4η Έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV).

Δεδομένου ότι, η διάρκεια της συνήθειας του καπνού, αποτελεί τον μείζονα παράγοντα για την θνησιμότητα και την ανάπτυξη ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα, στόχος των υγειονομικών συστημάτων παγκοσμίως θα πρέπει να είναι αφενός η μη έναρξη της συνήθειας του καπνίσματος, και στόχος της θεραπείας η έγκαιρη διακοπή του καπνίσματος καθώς και η πρόληψη της υποτροπής.

Πράγματι, έχουν σχεδιαστεί ένα σύνολο κατευθυντήριων οδηγιών διεθνώς τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσο και από διάφορες ιατρικές οργανώσεις προκειμένου να βελτιωθούν τόσο οι δείκτες της πρόληψης της καπνιστικής συνήθειας όσο κυρίως και οι παρεμβάσεις για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη και την αύξηση των ποσοστών της διακοπής του καπνίσματος. Μάλιστα ανάμεσα σε αυτές τις οδηγίες βασικό ρόλο για την

απεξάρτηση από τον καπνό διαδραματίζει η φαρμακευτική θεραπεία μέσω της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και της υδροχλωρικής βουπροπιόνης, σε συνδυασμό με παρεμβάσεις συμπεριφοράς στα πλαίσια ψυχοθεραπείας. Μάλιστα υπάρχουν πληθώρα μελετών διεθνώς που επισημαίνουν τα οφέλη αυτών των κατευθυντήριων γραμμών και των σχετικών παρεμβάσεων. Ωστόσο δεν υπάρχει έρευνα σχετικά με το ρόλο άλλων παραμέτρων στην διακοπή του καπνίσματος ή στην μη έναρξή του, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται η «ενσυναίσθηση». (WHO, 2017a).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

### 1.1.Στοιχεία για την επικράτηση και τον επιπολασμό του καπνίσματος παγκοσμίως

Εκτιμάται ότι ο αριθμός των καπνιστών σήμερα παγκοσμίως, ανέρχεται σε πάνω από 1,1 δισεκατομμύριο (Eriksen, Mackay, & Ross, 2018) οι οποίοι αντιπροσωπεύουν περίπου το 30% των ανδρών και το 7% των γυναικών (Gowing et al., 2015). Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επιδημιολογία του καπνού είναι μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία που αντιμετώπισε ποτέ ο κόσμος, σκοτώνοντας περισσότερους από 8 εκατομμύρια ανθρώπους το χρόνο. Περισσότεροι από 7 εκατομμύρια από αυτούς τους θανάτους είναι το αποτέλεσμα άμεσης χρήσης καπνού, ενώ περίπου 1,2 εκατομμύρια είναι το αποτέλεσμα των μη καπνιστών που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα (WHO, 2017a).

Περίπου το 80% των 1,1 δισεκατομμυρίων καπνιστών παγκοσμίως ζει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, όπου το βάρος των ασθενειών και των θανάτων που σχετίζονται με τον καπνό είναι βαρύτερο. Οι χρήστες καπνού που πεθαίνουν πρόωρα στερούν τις οικογένειές τους από εισόδημα, αυξάνουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και εμποδίζουν την οικονομική ανάπτυξη. Σε ορισμένες χώρες, παιδιά από φτωχά νοικοκυριά απασχολούνται συχνά στην καπνοκαλλιέργεια για την παροχή οικογενειακού εισοδήματος. Αυτά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην λεγόμενη «πράσινη ασθένεια καπνού», η οποία προκαλείται από τη νικοτίνη που απορροφάται μέσω του δέρματος από την επαφή με υγρά φύλλα καπνού (WHO, 2017a).

Μια από τις πλουσιότερες βιομηχανίες παγκοσμίως - ο τομέας του καπνού - έχει σημειώσει δραματική ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες και παρά τις προσπάθειες για τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κυρίως σε χώρες υψηλού εισοδήματος, συνεχίζει να αναπτύσσεται και να μεγαλώνει καθώς ο επιπολασμός του καπνίσματος αυξάνεται στις αναπτυσσόμενες περιοχές (Leppan et al., 2014). Σε ένα χρόνο, η βιομηχανία καπνού παράγει έξι τρισεκατομμύρια τσιγάρα που καταναλώνονται από ένα δισεκατομμύριο καπνιστές παγκοσμίως (Eriksen et al, 2015). Οι άμεσες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, σύμφωνα με καλά σήμερα αναγνωρισμένες και τεκμηριωμένες μελέτες, είναι υπεύθυνες για περίπου 7 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (WHO, 2017b).

Παράλληλα υπάρχουν πάρα πολύ σημαντικές άλλες επιπτώσεις για την δημόσια υγεία, όπως οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις της βιομηχανίας καπνού. Από την καλλιέργεια καπνού και την ανάπτυξη, μέχρι την παραγωγή, διανομή, κατανάλωση και απόρριψη τσιγάρων, οι αρνητικές περιβαλλοντικές επιπτώσεις του καπνίσματος είναι σημαντικές και εκτεταμένες, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης σπάνιων καλλιεργήσιμων εκτάσεων και νερού για καλλιέργεια καπνού, χρήση επιβλαβών χημικών ουσιών στα αγροκτήματα καπνού, αποδασώσεις, εκπομπές άνθρακα από τις διαδικασίες παραγωγής και διανομής καθώς και παραγωγή τοξικών αποβλήτων και μη βιοαποικοδομήσιμων απορριμμάτων (Novotny et al.,2015).

Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει μειωθεί σημαντικά σε πολλές χώρες. Για παράδειγμα στην Αμερική τον τελευταίο μισό αιώνα, μειώθηκε δραματικά από περίπου 42% τη δεκαετία του 1960 σε περίπου 20% (U.S. Department of Health and Human Services, 2009). Ωστόσο, αυτή η πτώση έχει σταματήσει πρόσφατα και τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης επικεντρώνονται σε ορισμένους πληθυσμούς: άτομα με χαμηλά εισοδήματα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ψυχιατρικά προβλήματα, καθώς και ορισμένες εθνοτικές ομάδες, όπως οι ντόπιοι Αμερικανοί. Ευτυχώς, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα σε

αυτούς τους πληθυσμούς βοηθούνται από τις ίδιες θεραπείες που είναι αποτελεσματικές σε άλλους καπνιστές (Fiore et al., 2018).

Οι καπνιστές την τελευταία δεκαετία τείνουν να καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα από ό, τι στο παρελθόν (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). Ωστόσο, το κάπνισμα λιγότερων τσιγάρων δεν μεταφράζεται απαραίτητως σε μειωμένες βλάβες στην υγεία. οι βιοχημικοί δείκτες της έντασης του καπνίσματος δεν έχουν δείξει ανάλογες μειώσεις (Godtfredsen et al., 2012). Έτσι, ακόμη και όσοι μειώνουν σημαντικά το κάπνισμα (π.χ., κατά 50%), τα ποσοστά εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (chronic obstructive pulmonary disease-COPD) είναι πιο κοντά σε εκείνα των καπνιστών με αυξημένο κάπνισμα.

Πάνω από το 30% των περιπτώσεων καρκίνου, 90% της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και 30% της καρδιαγγειακής νοσηρότητας στις ΗΠΑ αποδίδεται στη χρήση καπνού (Fiel, 2016). Η χρήση καπνού καθυστερεί επίσης την επούλωση πληγών, αλλάζει τα ποσοστά αποβολής από τον οργανισμό των φαρμάκων (π.χ. βήτα αναστολείς, ψυχιατρικά φάρμακα) και μειώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου.

Η χρήση καπνού παραμένει η κύρια αιτία θανάτου στην Αμερική, η οποία ευθύνεται άμεσα για περίπου το 1/5 όλων των θανάτων στις ΗΠΑ. Επιπλέον, το κάπνισμα έχει ως αποτέλεσμα περίπου 100 δισ. δολάρια πρόσθετων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και άλλα 97 δισ. δολάρια σε χαμένη παραγωγικότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο. Οι καπνιστές επιβαρύνονται κατά 1.600 δολάρια περισσότερα από τα ετήσια έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανά άτομο από ό, τι οι μη καπνιστές (CDC, 2002) και το κάπνισμα αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για άτομα με χαμηλό εισόδημα και άλλα μειονεκτούντα άτομα (Armour et al., 2019).

## 1.2. Η νικοτίνη ως βασικό συστατικό του τσιγάρου

Η νικοτίνη μεταφέρεται με σωματίδια πίσσας στις κυψελίδες των πνευμόνων και μετά στον εγκέφαλο - μια διαδικασία που διαρκεί περίπου 10 δευτερόλεπτα για κάθε εισπνοή (Russell et al., 1976). Η νικοτίνη συνδέεται με τους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο που βρίσκονται στα γάγγλια του ΑΝΣ (συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό) και στις γραμμωτές μυϊκές ίνες (τελικές κινητικές πλάκες) του σωματικού νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση του νευροδιαβιβαστή (Benowitz, 2012), γεγονός που καθιστά ελκυστικό το τσιγάρο καθώς και τις ενισχυτικές ενδείξεις του καπνίσματος (π.χ. θέαση των τσιγάρων). Επιπλέον με το χρόνιο κάπνισμα, επέρχεται η ανοχή ή η νευροπροσαρμογή των νικοτινικών υποδοχέων, επιτρέποντας βαρύτερα επίπεδα καπνίσματος. Περίπου το ήμισυ της φαινοτυπικής διακύμανσης στην εξάρτηση από τον καπνό οφείλεται στη γενετική επίδραση (Lessov-Schlaggar et al., 2008).

Υπάρχουν μια σειρά μετρήσεων των συμπτωμάτων εξάρτησης από τη νικοτίνη. Ένα από τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα και εκτενώς μελετημένα εργαλεία είναι το DSM-IV. Οι περισσότεροι καπνιστές οι οποίοι καπνίζουν σε καθημερινή βάση, καλύπτουν όλα τα κριτήρια του προσδιορισμού της εξάρτησης, σύμφωνα με την ταξινόμηση DSM-IV. Ειδικότερα, η διάγνωση της εξάρτησης από τη νικοτίνη γίνεται με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για Ψυχικές Διαταραχές (DSM-IV) ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι συχνά παράλληλα με την εξάρτηση από την νικοτίνη, υπάρχει συν-νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές (Dierker et al., 2007 )

Το DSM-IV αξιολογεί επτά κριτήρια για την εκτίμηση των κλινικών χαρακτηριστικών της εξάρτησης από τη νικοτίνη, επιτρέποντας μια σαφή διάγνωση της ύπαρξης εξάρτησης από τη νικοτίνη με βάση το εάν οι καπνιστές πληρούν τα τρία από τα επτά κριτήρια. Αν και το DSM-IV

χρησιμοποιήθηκε κατά κανόνα για την παροχή γενικής διάγνωσης της εξάρτησης από τη νικοτίνη, έχουν γίνει μερικές μελέτες που έχουν εξετάσει το DSM-IV στο επίπεδο των συμπτωμάτων.

Διάφορες μελέτες χρησιμοποίησαν την ανάλυση της θεωρίας απόκρισης αντικειμένων (IRT) για να εξετάσουν τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων σε εφήβους με ψυχιατρικές διαταραχές (Strong et al., 2007) ενώ άλλες μελέτες για τους ενήλικες καπνιστές (Strong, Kahler, Ramsey, & Brown, 2003). Συνολικά, αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν ότι τα συμπτώματα DSM-IV εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στην μέτρηση της εξάρτησης μεταξύ ατόμων με υψηλότερα επίπεδα νικοτινικής εξάρτησης.

Υπάρχουν πολλαπλές προκλήσεις όσον αφορά την κλινική θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό και τον εθισμό στη νικοτίνη. Πολλοί κλινικοί γιατροί δεν προσφέρουν συνεχείς θεραπείες διακοπής στους ασθενείς τους που καπνίζουν (Shiffman et al., 2008), καθώς μόνο το 20% περίπου των καπνιστών είναι έτοιμοι να κάνουν μια απόπειρα εγκατάλειψης σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο (National Cancer Institute, 2011) και οι καπνιστές χρησιμοποιούν σπάνια σπάνια θεραπείες. Συνεπώς, περίπου το 95% των προσπαθειών εξόδου από την καπνιστική συνήθεια χωρίς βοήθεια τερματίζεται σε αποτυχία (Novotny et al., 2000).

Τέλος, η μη τήρηση της φαρμακευτικής θεραπείας και της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, είναι συνήθης επίσης και μειώνει την επιτυχία της παύσης της καπνιστικής συνήθειας (Shiffman et al., 2018). Οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν μόνο περίπου το 50% των συνιστώμενων φαρμακευτικών φαρμάκων (Shiffman et al., 2018) και συχνά ολοκληρώνουν λιγότερο από τις μισές προγραμματισμένες συμβουλευτικές συνεδρίες (Smith et al., 2009).

### 1.3. Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

Μετά τη διακοπή του καπνίσματος, οι σχετικοί κίνδυνοι για την υγεία μειώνονται σημαντικά σε σχέση με την περίοδο αποχής, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση του καπνιστή, επανέρχεται πλήρως στο επίπεδο που ήταν πριν αρχίσει το κάπνισμα.

Ο Πίνακας 1 συνοψίζει τη μείωση κινδύνου των ασθενειών κατά τη διακοπή του καπνίσματος.

Κατηγορία Ασθένειας	Μεσοπρόθεσμα οφέλη (1-5 έτη)	Μακροπρόθεσμα οφέλη (πάνω από 5 έτη)
Καρδιαγγειακές παθήσεις	50% λιγότερος κίνδυνος σε 1 έτος	Επίπεδα μη καπνιστή σε 10 έτη
Περιφερική αγγειακή νόσος	Σταμάτημα εξέλιξης νόσου	Επίπεδα μη καπνιστή σε 5 έτη
Εγγεφαλοαγγειακή νόσος	Σύντομη μείωση του κινδύνου	Επίπεδα μη καπνιστή σε 10 έτη
Καρκίνος των πνευμόνων	60% λιγότερος κίνδυνος σε 5 έτη	Επίπεδα μη καπνιστή σε 10 έτη
Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας	Μείωση κινδύνου με την διακοπή	Επίπεδα μη καπνιστή σε 16 έτη
Αναπνευστικές παθήσεις	Αργή μείωση κινδύνου	50% λιγότερος κίνδυνος σε 20 έτη

#### Πίνακας 1 Μείωση κινδύνου από την διακοπή του καπνίσματος

Πηγή: Source: Fielding (1985) και US Department of Health and Human Services (1989)

Η Έκθεση Surgeon General's Report του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ του 2010, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διακοπή του καπνίσματος έχει μείζονα και - άμεσα οφέλη για την υγεία των ανδρών και των γυναικών όλων των ηλικιών και ότι τα οφέλη ισχύουν για άτομα με ή χωρίς νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα. Έτσι οι πρώην οι καπνιστές ζουν περισσότερο από τα άτομα που συνεχίζουν να είναι καπνιστές. Για παράδειγμα, άτομα που σταματούν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 50 ετών διατρέχουν το μισό κίνδυνο να πεθάνουν στα επόμενα 15 χρόνια σε σύγκριση με τα άτομα που εξακολουθούν να καπνίζουν.

Τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διακοπή του καπνίσματος, αποδεικνύονται ακόμη και μέσω των ηλικιωμένων καπνιστών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 70- 74 χρόνια τη στιγμή που σταματούν. Οι γυναίκες οι οποίες σταματούν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των πρώτων 3-4 μηνών της εγκυμοσύνης μειώνουν την πιθανότητα να έχει το μωρό χαμηλό βάρος γέννησης και βρίσκονται στα ίδια επίπεδα κινδύνου με αυτές τις γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ.

Ειδικότερα τα οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος για κάθε περίπτωση βασικών ασθενειών είναι τα ακόλουθα:

### *Πνευμονοπάθεια*

Οι βελτιώσεις στα ποσοστά κακοήθους και μη κακοήθους πνευμονικής νόσου και στους κινδύνους για αυτές τις ασθένειες είναι σημαντικές με τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι εξάλλου γνωστό ότι το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας για

χώρες όπως η ΗΠΑ, που αντιπροσωπεύει περίπου το 84% των θανάτων στους άνδρες και το 79% μεταξύ των γυναικών λόγω αυτής της ασθένειας.

Οι πρώην καπνιστές είναι λιγότερο πιθανό από τους τρέχοντες καπνιστές να έχουν χρόνια βήχα. Έξι μελέτες που υπάρχουν στο Surgeon General's report<sup>1</sup>, βρήκαν στους άνδρες ένα εύρος για τον επιπολασμό του βήχα, τουλάχιστον τριών μηνών ετησίως κατά 14% έως 42% για τους ενεργούς καπνιστές, 2,7% έως 15,0% για τους πρώην καπνιστές, και 0,0% έως 12,0% για τους μη καπνιστές.

Τρεις μελέτες στην ίδια έκθεση βρήκαν ένα εύρος για τον επιπολασμό του βήχα στις γυναίκες της τάξης του 9,4% έως 32,8% για τις ενεργές καπνίστριες, 8,5% έως 11,0% για τις πρώην καπνίστριες και 4,2% με 5,7% για τις μη καπνίστριες. Μια προοπτική μελέτη διαπίστωσε επίσης μείωση της επικράτησης του χρόνιου βήχα από 11,3% σε 1,7% σε 745 λευκούς άνδρες που κάπνιζαν τουλάχιστον ένα πακέτο την ημέρα και στη συνέχεια διέκοψαν το κάπνισμα (Friedman et al., 2012)

Οι πρώην καπνιστές έχουν λιγότερη παραγωγή φλέγματος και συριγμό, υψηλότερο εξαναγκασμένο εκπνεόμενο όγκο σε ένα δευτερόλεπτο και ζωτική ικανότητα, λιγότερη κόπωση των αεραγωγών και βρογχική αντιδραστικότητα, καλύτερη ανοσολογική λειτουργία και χαμηλότερη θνησιμότητα από γρίπη και πνευμονία, πνευμονική φυματίωση, βρογχίτιδα, εμφύσημα ή άσθμα. Παρόλο που κάποια πνευμονική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη, πολλοί πνευμονικοί κίνδυνοι αρχίζουν να μειώνονται μέσα σε λίγες εβδομάδες έως μήνες αποχής από το κάπνισμα.

Παράλληλα, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σαφώς τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων. Τα μειονεκτήματα του συνεχιζόμενου καπνίσματος αρχίζουν από ένα κυτταρικό επίπεδο, πριν από την εμφάνιση

---

<sup>1</sup> Στις 11 Ιανουαρίου 1964, ο Luther L. Terry, γενικός χειρουργός των Ηνωμένων Πολιτειών, εξέδωσε το έργο Κάπνισμα και υγεία: Έκθεση της συμβουλευτικής επιτροπής του Γενικού Χειρουργού της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας. Αυτό ήταν το πρώτο στη σειρά έργο που τώρα γενικά αναφέρεται ως Εκθέσεις του Γενικού Χειρουργού. Η έκθεση του Γενικού Χειρουργού συνδέει το κάπνισμα και συγκεκριμένες ασθένειες.



της νόσου. Οι καπνιστές είναι πιο πιθανό να έχουν άτυπα κύτταρα στο βρογχικό τους επιθήλιο από τους πρώην καπνιστές ή τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Ειδικότερα, οι καπνιστές είναι πιο πιθανό από τους πρώην καπνιστές ή τους μη καπνιστές να έχουν πνευμονικό επιθηλιακό ή ενδεχομένως προκαρκινικές, βλάβες (Trichopoulos et al., 1992).

Το συνεχιζόμενο κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την πρόγνωση για καρκίνο του πνεύμονα. Σε μια μελέτη 245 ασθενών που έλαβαν θεραπεία για μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, διαπιστώθηκε ότι εκείνοι που είχαν σταματήσει να καπνίζουν πριν από τη διάγνωσή τους είχαν τα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης, από εκείνους που σταμάτησαν εκείνη τη στιγμή της διάγνωσης ενώ εκείνοι που συνέχισαν το κάπνισμα, είχαν τα χειρότερα ποσοστά επιβίωσης.

Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 80% έως 90% στους πρώην καπνιστές που απέχουν για 15 χρόνια ή περισσότερο από το κάπνισμα. Από 13.756 άνδρες που συμμετείχαν σε μια έρευνα πολλαπλών παραγόντων κινδύνου από το κάπνισμα, αποδείχθηκε ότι κανένας από όσους δεν είχαν καπνίσει ποτέ, δεν πέθανε από καρκίνο του πνεύμονα. Το ποσοστό ανά 1.000 άτομα-έτη ήταν 0,51 για τους πρώην καπνιστές, 0,23 για όσους κάπνιζαν 1 έως 20 τσιγάρα την μέρα, 1,28 για όσους κάπνιζαν από 21 έως 40 τσιγάρα την ημέρα και 1,46 για όσους κάπνιζαν 40 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα.

### *Καρδιακή νόσος*

Η συχνότητα εμφάνισης καρδιακής νόσου και ο θάνατος από στεφανιαία νόσο μειώνεται σημαντικά σε αυτούς που σταματούν το κάπνισμα, όπως έχει αποδειχθεί από σχετικές μελέτες (Frank and Fortmann, 2000). Όσο περισσότερη η διάρκεια της αποχής από το κάπνισμα, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Σε μια μελέτη 5.744 ατόμων, ο συνδεδεμένος με την ηλικία σχετικός κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου για τους τρέχοντες καπνιστές έναντι των μη καπνιστών ήταν 2,8. Όσοι είχαν διακόψει το κάπνισμα μεταξύ 1 και 2 ετών, είχαν σχετικό κίνδυνο 2,2 σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Επίσης, ο σχετικός κίνδυνος για όσους απείχαν περισσότερο από δύο χρόνια από το κάπνισμα, δεν διέφερε σημαντικά από τον αντίστοιχο σχετικό κίνδυνο εκείνων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ (Mattson et al., 2009).

Ομοίως, οι Rosenberg et al., (2005) στη μελέτη τους σε 4. 278 γυναίκες, ανέφεραν ότι ο συνδεδεμένος με την ηλικία σχετικός κίνδυνος εμφράγματος για τις καπνίστριες έναντι των μη καπνιστών ήταν 3,8 ενώ αυτές που απείχαν 1 έως 25 μήνες από το κάπνισμα, είχαν σχετικό κίνδυνο 2,7 ενώ ο σχετικός κίνδυνος για όσες από τις συμμετέχουσες, απέστειλαν για περισσότερο από 2 έως 4 χρόνια δεν διέφεραν σημαντικά από αυτά για όσες δεν είχε καπνίσει ποτέ (Hermanson et al., 2009).

Όσοι συνεχίζουν το κάπνισμα, βρίσκονται σε σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο εμφράγματος ή και θανάτου. Στη Μελέτη Χειρουργικής Στεφανιαίας Αρτηρίας (Coronary Artery Surgery Study) οι καπνιστές είχαν 1,6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφράγματος ή θανάτου από αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα (Gerace et al., 2012).

Ο κίνδυνος θανάτου επίσης μειώνεται για όσους διακόπτουν το κάπνισμα μετά από ένα έμφραγμα. Οι ερευνητές της μελέτης Framingham διαπίστωσαν ότι το εκτιμώμενο ποσοστό θνησιμότητας έξι ετών ήταν 17,5% για εκείνους που διέκοψαν το κάπνισμα μετά τον πρώτο έμφραγμα και 35,6% για όσους συνέχισαν (Rogot and Murray, 1980).

Οι Mulcahy et al., (2000) σε μια σχετική έρευνά τους ανέφεραν θνησιμότητα 14,7% για όσους σταμάτησαν το κάπνισμα μετά από έμφραγμα, 13,6% για εκείνους που έκαναν μειωμένη χρήση τσιγάρων και 29,7% για όσους συνέχισαν τα προηγούμενα επίπεδα χρήσης του καπνίσματος. Οι Goldberg et al., (1981) βρήκαν ποσοστά επιβίωσης 98%, 99% και 92% για ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα, 2, 5 και 10 έτη αντίστοιχα μετά από

μυοκαρδιοπάθεια και ποσοστά 73%, το 72% και το 54% για τα αντίστοιχα έτη, για όσους δεν το έκαναν.

### *Αγγειακές ασθένειες*

Ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου για τους καπνιστές υπολογίζεται ότι είναι 2,5 φορές υψηλότερος από εκείνους που ποτέ δεν καπνίζουν, με τον κίνδυνο μεταξύ των πρώην καπνιστών να πέφτει στο 1,2 σε σύγκριση με εκείνους για τους μη καπνιστές. Αυτές οι εκτιμήσεις προέκυψαν με βάση μια μετα-ανάλυση 48 σχετικών μελετών (Shinton and Beevers, 1989). Τα δεδομένα δείχνουν επίσης ότι όσοι καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα και εκείνοι που έχουν μεγαλύτερη διάρκεια αποχής από το κάπνισμα είναι σε χαμηλότερο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο, αν και ο ρυθμός και ο βαθμός στον οποίο ο κίνδυνος μειώνεται είναι αβέβαιος (Donnan et al., 2001).

Ο κίνδυνος θανάτου από το ρήγμα αορτικού ανευρύσματος όσων διακόπτουν το κάπνισμα, φαίνεται να είναι δύο έως τρεις φορές μικρότερος από ότι σε άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, αλλά μόνο κατά το ήμισυ σε εκείνους που συνεχίζουν να καπνίζουν. Οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου το μισό κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής νόσου σε σχέση με τους καπνιστές.

### *Ασθένειες άλλων συστημάτων οργάνων*

Εκτός από τα καλά τεκμηριωμένα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος σε πνευμονικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, υπάρχουν άφθονα στοιχεία για την αξία της διακοπής του καπνίσματος για άλλα συστήματα οργάνων. Έτσι, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τους κινδύνους του πεπτικού έλκους, των καρκίνων του στόματος, οισοφάγου, αυχένα, λάρυγγα και παγκρέατος καθώς και τον κίνδυνο θανάτου από όλες αυτές τις ασθένειες.

Υπάρχουν σημαντικά στοιχεία τα οποία προκύπτουν από σχετικές έρευνες και δείχνουν ότι οι καπνιστές έχουν χειρότερα αναπαραγωγικά αποτελέσματα, υψηλότερους κινδύνους οστεοπόρωσης, πρόωρης εμμηνόπαυσης (και ως εκ τούτου αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας καρδιακής νόσου στις γυναίκες), και υψηλότερο κίνδυνο καταρράκτη από ό, τι οι μη καπνιστές, αν και υπάρχουν ελάχιστες άμεσες ενδείξεις για τα αποτελέσματα σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

Σε μια μελέτη των La Croix et al., (1991) αποδείχθηκε ότι οι άνδρες πρώην καπνιστές είχαν σχετικό κίνδυνο για όλους τους καρκίνους 1,6 έναντι των καπνιστών των οποίων ο σχετικός κίνδυνος ανερχόταν στο 2,5, ενώ αντίστοιχα ο κίνδυνος για τις γυναίκες που κάπνιζαν πριν και διέκοψαν το τσιγάρο ήταν 1,1 έναντι του κινδύνου των καπνιστών που ανερχόταν στο 2,7. (La Croix et al., 1991).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

### 2.1. Η έννοια της ενσυναίσθησης και τα είδη της

Η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη, πολύπλευρη, δυναμική έννοια που έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Έτσι φαίνεται ότι η ενσυναίσθηση σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Η εννοιοποίηση της ενσυναίσθησης έχει εξελιχθεί με διάφορους τρόπους που σχετίζονται με διαφορετικούς κλάδους όπως η ιατρική, η νοσηλευτική, η φιλοσοφία, η ψυχολογία και η συμβουλευτική. Αυτή η εξέλιξη μπορεί να παρουσιαστεί καλύτερα μέσω τεσσάρων βασικών διαστάσεων της ενσυναίσθησης: την συναισθηματική ενσυναίσθηση, γνωστική ενσυναίσθηση, συμπεριφορική ενσυναίσθηση και ηθική ενσυναίσθηση. Ωστόσο, στην πράξη, αυτές οι τέσσερις διαστάσεις αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται σε διαφορετικό βαθμό σε διαφορετικά πλαίσια σε διαφορετικές κλινικές καταστάσεις.

*Συναισθηματική ή θυμική ενσυναίσθηση (Affective (emotional) empathy)*

Ο Theodor Lipps (1851-1914) χρησιμοποίησε τον όρο Einfühlung για να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι συνειδητοποιούν τις ψυχικές καταστάσεις του άλλου (Lipps et al., 1903). Ο όρος Einfühlung απέδιδε μια διαδικασία εσωτερικής κατανόησης του άλλου μια «συναισθηματική εγγύτητα», μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο μπορεί να κατανοήσει το συναίσθημα του άλλου προσώπου. Η συναισθηματική ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα υποκειμενικής εμπειρίας και συμμετοχής στην ψυχική κατάσταση ή τα συναισθήματα του άλλου (Morse et al., 1992). Πρόκειται δηλαδή για την

συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου, και την κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων του (Eisenberg, 2000).

Στο πεδίο της ιατρικής φροντίδας, στην συναισθηματική ταύτιση, ο γιατρός βιώνει τον ίδιο τύπο συγκίνησης με τον ασθενή ενώ αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει επίσης τη γνωσιακή αξιολόγηση (Coplan and Goldie, 2011). Οι συναισθηματικές ζωές μας συνδέονται αναπόφευκτα με τις πράξεις μας, έτσι ώστε να μην υπάρχει μια άκαμπτη διάκριση μεταξύ δράσης και στάσης.

Δεδομένου ότι η αντίληψη σχετίζεται με τις κατά περίπτωση συνθήκες, η ενσυναίσθηση μπορεί να θεωρηθεί ως μια μορφή αντίληψης όπου οι άνθρωποι μπορούν κυριολεκτικά να αισθάνονται τις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων ως δικές τους (Wisniewski, 2015). Οι άνθρωποι βιώνουν την “Συναισθηματική Ενσυναίσθηση” από τα πρώτα παιδικά τους χρόνια, με το να νιώθουν στο σώμα τους τα συναισθήματα των γονιών τους και συχνά με το να καθρεφτίζουν αυτά τα συναισθήματα.

Ειδικότερα η συναισθηματική ενσυναίσθηση αποτελείται από δυο διαστάσεις, από τη διάσταση της προσωπικής ανησυχίας (personal distress) και την διάσταση της ενσυναίσθητης ανησυχίας (empathic concern) (Davis, 1983). Η πρώτη μορφή της, αναφέρεται στο αίσθημα του άγχους και της δυσανασχέτισης, στην περίπτωση που κάποιος βιώσει αρνητική εμπειρία από κάποιον άλλον.

Αντίστοιχα, ως ενσυναίσθητη ανησυχία, ορίζεται η «ενσυναίσθητη» αντίδραση στον πόνο, το άγχος ή τη λύπη που βιώνει ο άλλος. Περιλαμβάνει δε, ένα σύνολο συναισθημάτων όπως η τρυφερότητα, η συμπάθεια, και η συμπόνοια προς τους άλλους. Ειδικότερα αυτού του είδους οι ανησυχίες αποτελούν απότοκο όχι μόνο της αντίληψης των αναγκών του άλλου και κατανόησης της προοπτικής του, αλλά και ως ένα είδος συναισθηματική απόκρισης η οποία προκαλείται και σε περιπτώσεις ευημερίας στις οποίες ο άλλος ενδεχομένως να βρίσκεται (Batson & Ahman, 2012).

### *Γνωστική ενσυναίσθηση (Cognitive empathy)*

Σύμφωνα με τον Hogan (1971), η γνωστική ενσυναίσθηση, σχετίζεται με την ικανότητα ενός ατόμου να μπορεί να υιοθετήσει την άποψη του άλλου ατόμου κατανοώντας τον τρόπο που σκέφεται αλλά και αντιδρά στα διάφορα γεγονότα της ζωής του καθώς πρόκειται για μια ανάληψη προοπτικής του άλλου. Ο Dymond (1949), ορίζει την ενσυναίσθηση γενικότερα ως ένα είδος φαντασιακής αντιμετάθεσης του ατόμου στη σκέψη αλλά και στον τρόπο δράσης του άλλου, δηλαδή μια ικανότητα δόμησης του κόσμου με βάση τις σκέψεις του άλλου. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται και καλλιεργείται μια γνωστική ικανότητα αναγνώρισης του ρόλου του άλλου ατόμου.

Το είδος αυτό της ενσυναίσθησης, εμφανίζεται στο άτομο μετά τα πρώτα 7 έτη της ζωής του. Σε αυτή την ηλικία, τα παιδιά αναπτύσσουν τη γνωστική ενσυναίσθηση εξ' αιτίας των ήδη ανεπτυγμένων γλωσσικών ικανοτήτων τους (McDonald & Messinger, 2011). Αντίστοιχα, ο Kohut (1971) αναφέρεται στην ενσυναίσθηση ως ένα είδος αναπτυγμένης γνώσης η οποία μπορεί να ανταποκριθεί σε ιδιαίτερες σύνθετες ψυχολογικές συνθήκες.

Ο Icks (1997) αναφέρεται στην ενσυναίσθηση, ως μια πολυεπίπεδη συλλογιστική διαδικασία κατά την οποία ένα σύνολο παραμέτρων όπως η παρατήρηση, η μίμηση, η γνώση και η λογική αλληλεπιδρούν προκειμένου να διευκολύνουν το άτομο να μπορεί να αντιληφθεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του άλλου.

Η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης είναι αλληλεξαρτώμενη από δυο επιμέρους λειτουργίες οι οποίες λειτουργούν συμπληρωματικά: την ευαισθησία με βάση το συναίσθημα (*affecive sensitivity*) και την ανάληψη της προοπτικής του άλλου η οποία αναφέρεται και ως γνωστική ενσυναίσθηση. Με την αύξηση της ικανότητας κάποιου να αισθάνεται και να μπορεί να ακούει και να κατανοεί τον άλλο, βελτιώνεται και η εν γένει

ποιότητα της ενσυναίσθησης, πράγμα που συνήθως συμβαίνει στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Hart, 1999).

Στη γνωστική ενσυναίσθηση, εκτός από την ικανότητα ανάληψης της προοπτικής του άλλου, εντάσσεται και η φαντασία ή η φαντασιακή ενσυναίσθηση (fantasy), η οποία αναπαριστά την ικανότητα του ατόμου να ταυτίζεται συναισθηματικά με φανταστικούς χαρακτήρες (Davis, 1983).

Η γνωστική ενσυναίσθηση είναι λοιπόν, η ικανότητα προσδιορισμού και κατανόησης των συναισθημάτων και της προοπτικής ενός άλλου ατόμου από μια αντικειμενική στάση (Morse et al., 1992). Αυτή η γνωστική απαίτηση διαφοροποιεί την ενσυναίσθηση από τη συμπάθεια και τη συμπόνια.

Η γνωστική ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως η «αποσπασματική ανησυχία» ή η ικανότητα ενός ατόμου να κατανοήσει τις εμπειρίες ενός άλλου χωρίς να προκαλεί μια προσωπική συναισθηματική απόκριση (Neumann et al., 2012). Η γνωστική ενσυναίσθηση έχει θεωρηθεί ως μια ενεργή δεξιότητα που αποκτάται (Baron-Cohen, 2012, Hojat et al., 2002).

Ο Edward Tichener χρησιμοποίησε την ελληνική λέξη «εμπάθεια» για να μεταφράσει τον όρο Einfuhlung και ήταν ο πρώτος, το 1909, που εισήγαγε τον όρο 'empathy' (Tichner, 1909). Ο Stein υπογράμμισε την ενδιάμεση και σχεσιακή πλευρά της ενσυναίσθησης και ισχυρίστηκε ότι η ενσυναίσθηση μας επέτρεψε να κατανοήσουμε τους άλλους και επίσης να κατανοήσουμε τους εαυτούς μας. Αυτή η σχεσιακή συνιστώσα ήταν μια άλλη σημαντική εξέλιξη της δομής της ενσυναίσθησης (Stein, 1989).

Ο Carl Rogers, ο ιδρυτής της ανθρωπιστικής ψυχολογίας, έβαλε την ενσυναίσθηση στο επίκεντρο της ψυχοθεραπείας του με βάση τον ασθενή (Rogers, 1961). Για τον Rogers, όταν μπορούμε να έχουμε ενσυναίσθηση για τον άλλο, μπαίνουμε στον κόσμο του άλλου καθώς πρόκειται για μια σχεσιακή διαδικασία. Ο Rogers θεώρησε ότι στην περίπτωση της ιατρικής φροντίδας υπάρχει ωστόσο ο κίνδυνος υπερβολικής ταυτοποίησης με τον



ασθενή, ο οποίος στη συνέχεια μπορεί να στρεβλώσει την κατανόηση και να απειλήσει τη θεραπευτική διαδικασία (Rogers, 1961).

### *Συμπεριφορική ενσυναίσθηση (Behavioural empathy)*

Το τρισδιάστατο μοντέλο ενσυναίσθησης του Irving προτείνει ότι το άτομο που διαθέτει συμπεριφορική προσέγγιση είναι σε θέση να κατανοεί τον άλλο (γνωστική ενσυναίσθηση) να τον αισθανθεί (συναισθηματική ενσυναίσθηση) και να είναι επίσης σε θέση να επικοινωνεί αυτή του την κατανόηση με τον άλλο (Irving, 2004). Οι Derksen et al. (2013), αντιλαμβάνονται το τρισδιάστατο μοντέλο της ενσυναίσθησης, που περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις, τη στάση (συναισθηματική), την ικανότητα (γνωστική) και την ικανότητα (συμπεριφορά).

Ο Coplan ορίζει την ενσυναίσθηση ως εξής: «Η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη φαντασιακή διαδικασία στην οποία ο παρατηρητής προσομοιώνει την ψυχική κατάσταση του άλλου ατόμου (τόσο γνωστική όσο και συναισθηματική) διατηρώντας ταυτόχρονα μια σαφή διαφορετική αυτοδιάθεση».

Ο ορισμός του Mercer για την συμπεριφορική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει επίσης δράση και την ικανότητα: (α) να κατανοήσουμε την κατάσταση, την προοπτική και τα συναισθήματα του άλλου (και τα σχετικά προβλήματά του). β) να επικοινωνήσουμε την εν λόγω κατανόηση και να ελέγξουμε την ακρίβειά της · γ) να ενεργήσουμε στα πλαίσια αυτής της κατανόησης για τον άλλο με έναν χρήσιμο (και στην περίπτωση της ιατρικής φροντίδας, θεραπευτικό) τρόπο (Mercer, 2002).

Ο Halpern ισχυρίζεται επίσης ότι η ενσυναίσθηση χρειάζεται δράση και συμπεριφορά, «η ενσυναίσθηση χωρίς δράση δεν είναι ενσυναίσθηση» (Halpern, 2001). Τέλος ο Bondi (2003) ορίζει την ενσυναίσθηση ως μια συμπεριφορική διαδικασία στην οποία ένα άτομο φανταστικά εισέρχεται

στον βιωματικό κόσμο ενός άλλου χωρίς να χάσει την συνειδητοποίηση της διαφοράς του από τον δικό του βιωματικό κόσμο.

### *Ηθική ενσυναίσθηση (moral empathy)*

Ο Morse, προσδιορίζει ένα ηθικό στοιχείο ως μια τέταρτη διάσταση της ενσυναίσθησης, ένα εσωτερικό κίνητρο ανησυχίας για τον άλλο και μια επιθυμία του ατόμου, να αναλάβει δράση για την ανακούφιση του πόνου του άλλου, φροντίζοντάς τον μέσω της εκδήλωσης πράξεων αλτρουισμού (Morse et al., 1992). Υπάρχουν στοιχεία που τεκμηριώνουν τον ισχυρισμό ότι η ενσυναίσθηση αυξάνει τα κίνητρα του ατόμου για την εκτέλεση ηθικών και αλτρουιστικών πράξεων οι οποίες αλληλοκαλύπτονται με την έννοια της συμπόνοιας (Eisenberg, 1990).

Η ηθική της φεμινιστικής φροντίδας για παράδειγμα, υποστηρίζει ότι η ηθική σκέψη και η δράση απαιτούν τόσο πράξεις όσο και συναισθήματα καθώς και την προσοχή στις ανάγκες των άλλων (Gilligan, 1982). Από την άποψη της δεοντολογίας της περίθαλψης, η πρακτική της φροντίδας είναι αναπόσπαστη από την ηθική ζωή και η ενσυναίσθηση είναι ένα σημαντικό στοιχείο της φροντίδας. Ο Noddings υποστήριξε ότι η ενσυναίσθηση είναι ένα ουσιαστικό εργαλείο για την ανάπτυξη της κατανόησής μας για τους άλλους το οποίο μας επιτρέπει να αποφασίσουμε ποια είναι η καλύτερη πορεία δράσης στην πράξη (Noddings, 1984).

Για τον Noddings, η φροντίδα, σχετίζεται στενά με την ενσυναίσθηση αφού η φροντίδα εξαρτάται από την κάλυψη των αναγκών του άλλου και όσον αφορά την ιατρική φροντίδα, την κάλυψη των ειδικών αναγκών των ασθενών και την κατανόηση της κατάστασής τους. Ο Slote προσθέτει ότι η ηθική ενσυναίσθηση διατηρεί το κίνητρο για προσοχή προς τις ανάγκες του άλλου (Slote, 2010).

Ένα ηθικό ζήτημα αυθεντικότητας επίσης προκύπτει σε σχέση με την ενσυναίσθηση. Στην καθημερινή εμπειρία, αναγνωρίζουμε άμεσα την προσέγγιση της «ψεύτικης προσέγγισης» της ψεύτικης συμπάθειας. Δεν αρκεί να μιμηθούμε τα πρότυπα της ομιλίας ή των συμπεριφορών που φαίνονται ενσυναισθητικά, αλλά αντίθετα θα πρέπει επίσης να υπάρχει αυθεντικό ενδιαφέρον (Roper et al., 2016).

## 2.2. Η ενσυναίσθηση στο χώρο της υγείας

Η ποιότητα των υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ιατρικών οργανισμών είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα, το οποίο περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ιδεών. Η αλληλεπίδραση μεταξύ παροχέα ιατρικών υπηρεσιών και παραλήπτη μπορεί να αναφέρεται ως "σχέση ιατρού-ασθενούς". Οι αλληλεπιδράσεις που αποτελούν τις δομές της σχέσης γιατρού-ασθενούς, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τον προσδιορισμό της επιτυχίας μιας διαδικασίας παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των γιατρών-ασθενών και η σχέση τους με τη σειρά τους, καθορίζονται από τις κοινωνικο-πολιτισμικές διαστάσεις του πλαισίου στο οποίο υλοποιείται η ιατρική παρέμβαση (Helman, 2014).

Δεν υπάρχει αμφιβολία, όπως άλλωστε έχει προκύψει και από πληθώρα μελετών, ότι η σχέση που αναπτύσσει ο θεράπων ιατρός με τον ασθενή του αποτελεί καταλυτικό στοιχείο για τη θετική θεραπευτική έκβαση (Mercer & Reynolds, 2002). Η κλινική συνάντηση μεταξύ ασθενούς και της επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης είναι η βασική δραστηριότητα της ιατρικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, η σχέση ασθενούς και ιατρού, έχει προσελκύσει την προσοχή, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Όλο και περισσότερο, δίνεται προσοχή στις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα και στην ανάπτυξη μιας πιο προσεγγισμένης προσέγγισης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν (Gore and Ogden, 2015,

Cromarty, 2016, Stewart et al., 2015). Η ενσυναίσθηση θεωρείται βασικό συστατικό όλων των σχέσεων καθώς επιτρέπει μια ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή εκ μέρους του ιατρού, ο οποίος εμφορούμενος από ενσυναίσθηση, είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να κατανοήσει όχι μόνο τις σωματικές αλλά και τις ψυχικές προεκτάσεις που έχει η κάθε νόσος (Reynolds et al., 2016, Reynolds, 2015).

Η ενσυναίσθηση αναφέρεται συχνά ως βασική πτυχή των αποτελεσματικών, θεραπευτικών παρεμβάσεων εν γένει, όμως υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με την ενσυναίσθηση, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Di Blasi et al., 2001). Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι η ενσυναίσθηση συχνά λείπει στη σύγχρονη ιατρική (Reynolds and Scott, 2001) και αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά τις απόψεις που συχνά έχουν εκφράσει σε σχετικές μελέτες, οι ασθενείς, σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, η ενσυναίσθηση αναδεικνύεται ως βασικός παράγοντας στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Rees-Lewis, 1994, Anon, 1995). Έχει αποδειχθεί ότι η ενσυναίσθηση ενισχύει τη σχέση ιατρού-ασθενούς, την βελτίωση τη υγείας του ασθενούς (Levinson, 2000) όσο και την ικανοποίηση του γιατρού (Suchman, 2013).

Η ενσυναίσθηση θεωρείται ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης (Dixon et al., 1999, Mitchell et al., 1998) ενώ αρκετές μελέτες στο πεδίο της ψυχιατρικής έχουν συνδέσει την ενσυναίσθηση και τη σχέση ασθενούς ιατρού, με βελτιωμένα θεραπευτικά αποτελέσματα (Krupnick et al., 2016, Horvath et al., 2011).

Σε ένα σύνολο μελετών έχει προκύψει δηλαδή ότι μια σχέση ενσυναίσθησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, είναι πολύ σημαντική για την κλινική έκβαση της θεραπείας. Τον τελευταίο καιρό, συσσωρεύονται σταθερά στοιχεία για την υποστήριξη της χρησιμότητας της ενσυναίσθησης στην κλινική νοσηλευτική.

Η σημασία της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση σχετίζεται με τους στόχους των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ανεξάρτητα από το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, φαίνεται να υπάρχει ένα βασικό πλαίσιο στόχων που διέπουν κάθε θεραπευτική σχέση:

Αυτοί περιλαμβάνουν:

1. την υλοποίηση υποστηρικτικής, διαπροσωπικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς
2. την κατανόηση των αντιλήψεων και των αναγκών του ασθενούς
3. την ενδυνάμωση του ασθενούς για να μάθει να αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά τα δεδομένα της κατάσταση της υγείας του αλλά και το περιβάλλον του
4. την μείωση ή επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς.

Σε σχέση με αυτούς τους στόχους, αρκετές μελέτες έχουν προτείνει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός διαπροσωπικού κλίματος που είναι απαλλαγμένο από την άμυνα και που επιτρέπει στα άτομα στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης να μιλήσουν για τις αντιλήψεις τους και τις ανάγκες τους.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους ιατρούς συνδέεται με τη βελτίωση του πλαισίου ενσυναίσθησης που περιβάλλει την σχέση ασθενούς-γιατρού. Η σχέση ασθενούς-γιατρός απεικονίζει μια σχέση αμφίδρομης ανταλλαγής. Περιλαμβάνει την ανταλλαγή οικονομικών και κοινωνικών στοιχείων που δημιουργούν αλληλεξαρτήσεις και μακροχρόνια αλληλεπίδραση ( Leisen and Hyman, 2004). Μερικές μελέτες έχουν συζητήσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών από τις προοπτικές τόσο του ιατρικού προσωπικού όσο και των ασθενών (Chang, 2006).

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το ιατρικό προσωπικό θεωρεί κατά κύριο λόγο την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης ως "επαγγελματική ανάπτυξη", ενώ οι ασθενείς θεωρούν ότι σχετίζεται με το "αληθινό ενδιαφέρον" και την "διαπροσωπική αλληλεπίδραση". Η εμπιστοσύνη στους γιατρούς είναι πιθανό να ενισχυθεί μεταξύ των ασθενών που αναφέρουν ότι οι γιατροί τους καταβάλλουν προσπάθεια να κατανοήσουν τις μεμονωμένες εμπειρίες τους, να επικοινωνήσουν μαζί τους με ειλικρίνεια και να τους προσεγγίσουν με ενσυναίσθηση (Thom and Campbell, 2017).

Η ενσυναίσθηση παίζει επίσης έναν κρίσιμο και θετικό ρόλο στη σχέση ασθενούς-γιατρού, προκειμένου αυτή να λειτουργήσει ομαλά. Το επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού θεωρείται σημαντικό για την παραγωγή αποτελεσματικότερων θεραπευτικών εκβάσεων. Η ενσυναίσθηση μπορεί να εκδηλωθεί ως συμπεριφορά στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις ασθενούς-ιατρού και μπορεί να γίνει αντιληπτή από τους ασθενείς (Teherani et al., 2008).

Γι' αυτό εξάλλου η ενσυναίσθηση είναι ένα θέμα που έχουν συζητηθεί συχνά τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο της υγείας και αποτελεί κεντρική πτυχή της υγειονομικής περίθαλψης καθώς συνδέεται με θετικά αποτελέσματα όχι μόνο για τον ασθενή (Hojat et al., 2011).

Οι καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας της υπηρεσίας μπορούν να χωριστούν σε δύο κύριες κατηγορίες: τους πραγματικούς (υλικούς) και τους άυλους παράγοντες. Οι υλικοί παράγοντες αφορούν την τεχνολογία, τις υλικές εγκαταστάσεις, το προσωπικό, τα υλικά επικοινωνίας και άλλα. Οι άυλοι παράγοντες, από την άλλη πλευρά, αποτελούνται από τέσσερις υποτομείς που περιλαμβάνουν την αξιοπιστία, την ανταπόκριση, την πίστη και την ενσυναίσθηση (Halil et al., 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

### 3.1.Ο ρόλος των γιατρών στη διακοπή του καπνίσματος

Το 1979 ο Russell και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν μια έρευνα η οποία που έμελλε να γίνει μια από τις πιο πολυσυζητημένες και εμπνευσμένες έρευνες στο πεδίο της διακοπή του καπνίσματος. Ειδικότερα βρήκαν ότι οι γιατροί που έδωσαν στους ασθενείς τους σύντομες συμβουλές και τους διαβεβαίωσαν ότι θα ήταν μαζί τους σε αυτή τους την προσπάθεια, θα μπορούσαν να αναμένουν αύξηση 5-1% στον αριθμό των ασθενών που σταμάτησε το κάπνισμα για τουλάχιστον 12 μήνες, σε αντίθεση με ασθενείς οι οποίοι δεν έλαβαν καμία συμβουλή.

Η πλέον σημαντική παρατήρηση των ερευνητών ήταν ότι εάν όλοι οι Βρετανοί γενικοί ιατροί ακολουθούσαν συστηματικά αυτό το απλό συμβουλευτικό σχήμα θα μπορούσε να προκύψει μια ετήσια απόδοση περίπου 500.000 πρώην καπνιστών. Το έργο τους έχει εμπνεύσει από τότε δεκάδες έρευνες διεθνώς σε διαφορετικές ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικές πρακτικές, οδοντιατρικές πρακτικές, κλινικές εξωτερικών ασθενών, νοσοκομεία και προγεννητικές ομάδες, κλινικές με ασθενείς που είχαν στεφανιαία επεισόδια ή άλλες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα). Η εν λόγω μονογραφία συνδέεται έκτοτε, με άλλες δημοσιεύσεις που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα και οι οποίες κατέληξαν σε γενικά παρόμοια συμπεράσματα (βλ. πχ. Mattick et al., 2016).

Τα συμπεράσματα αυτά είναι πρώτον, ότι οι παρεμβάσεις με εθελοντές που είχαν κίνητρο καθώς βοηθήθηκαν σημαντικά από τους ιατρούς τους, παρουσιάζουν σαφώς καλύτερα ποσοστά διακοπής από ό, τι όσες παρεμβάσεις δοκιμάστηκαν σε τυχαία επιλεγμένους ασθενείς. Δεύτερον, αν

οι γιατροί προσπαθούν να προσεγγίσουν τους ασθενείς μέσω μιας ζεστής και υποστηρικτικής διαδικασίας, δίνοντας έμφαση στην κατά περίπτωση ιδιαίτερη κατάσταση ή τις περιστάσεις του ασθενούς, τότε τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται είναι σαφώς καλύτερα. Τέλος, η έρευνα έδειξε ότι τα ποσοστά διακοπής τείνουν να είναι υψηλότερα όταν χορηγηθεί παράλληλα με τις συνεδρίες και ένα υποκατάστατο νικοτίνης για ένα τουλάχιστον διάστημα.

Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι αν και η μελέτη του Russell ενέπνευσε πολλές επόμενες κλινικές δοκιμές, δυστυχώς δεν είχε το ίδιο αποτέλεσμα στους γενικούς ιατρούς στο σύνολό τους. Έτσι γεγονός παραμένει ότι οι γιατροί στην πλειοψηφία τους δεν είναι εκπαιδευμένοι ώστε να προσεγγίζουν τους ασθενείς τους καπνιστές με ενσυναίσθηση, με αποτέλεσμα να μην υλοποιούνται σημαντικά αποτελέσματα στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, πόσο μάλλον όταν οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι πολλοί ιατροί καπνίζουν οι ίδιοι.

Οι προσπάθειες πρέπει βεβαίως να συνεχίζονται και οι γιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να αξιοποιούν στο έπακρο την καλή ευκαιρία που τους προσφέρει το κλινικό περιβάλλον για να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης θα πρέπει να γίνουν περισσότερα για να δείξουμε στους γιατρούς ότι, αν και το ποσοστό επιτυχίας με μεμονωμένους ασθενείς μπορεί να φαίνεται μικρό, είναι σημαντικό από πλευράς δημόσιας υγείας.



### 3.2. Ο ρόλος της προσέγγισης μέσω ενσυναίσθησης στην διακοπή του καπνίσματος

Ο ρόλος της ενσυναίσθησης εκ μέρους των ιατρών για την διακοπή του καπνίσματος έχει αποτελέσει τα τελευταία ιδίως χρόνια ένα πεδίο σημαντικού επιστημονικού ενδιαφέροντος και σχετικής έρευνας. Η πιο αποτελεσματική προληπτική παρέμβαση που μπορεί να προσφέρει ένας κλινικός ιατρός για ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες ή και όχι, είναι ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης διακοπής του καπνίσματος με που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, εκτεταμένη βοήθεια και παρακολούθηση. Ο στόχος της παρέμβασης πρέπει να είναι η πλήρης παύση του καπνίσματος. Η μείωση δεν παρέχει άμεσα οφέλη για την υγεία για τον καπνιστή.

Είναι γεγονός ότι αποτελεσματικές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος είναι διαθέσιμες αλλά ανεπαρκώς χρησιμοποιούμενες, επειδή η νικοτίνη χρησιμοποιείται ευρέως. Ο εθιστικός χαρακτήρας της νικοτίνης καθιστά δηλαδή πολύ δύσκολη την διακοπή του καπνίσματος. Η μακροχρόνια χρήση καπνού διατηρείται λόγω του εθισμού στη νικοτίνη (Centers for Disease Control and Prevention USA, 2014). Επίσης ένα πρόβλημα που αποτελεί τροχοπέδη στην διακοπή του καπνίσματος είναι ότι η καπνιστική συνήθεια είναι ευρέως σήμερα αποδεκτή από πολιτιστική άποψη.

Ενώ υπάρχουν διαθέσιμες παρεμβάσεις οι κλινικοί γιατροί δεν ρωτούν τους ασθενείς συνήθως για τη χρήση καπνού, δεν χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες αυτές παρεμβάσεις, έχουν χρονικούς περιορισμούς και δεν πιστεύουν ότι η προσπάθεια της παρέμβασης για την παύση του καπνίσματος αξίζει το όφελος για τον ασθενή. Παράλληλα οι ιατρικές σχολές διδάσκουν ανεπαρκώς στους μελλοντικούς ιατρούς, δεξιότητες παρέμβασης για την διακοπή του καπνίσματος. Υπάρχει έλλειψη ενσωμάτωσης των πληροφοριών για την εξάρτηση από τον καπνό σε όλα τα τετραετή προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών. Υπάρχει επίσης έλλειψη ειδικής κατάρτισης για τις παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος καθώς και σε παρεμβάσεις που

βασίζονται στην ενσυναίσθηση, με αποτέλεσμα να γίνεται δυσκολότερη η προσπάθεια για την διακοπή καπνίσματος εκ μέρους των ασθενών (Centers for Disease Control and Prevention USA, 2014).

Πολλοί καπνιστές λοιπόν, δεν έχουν το κίνητρο να κάνουν μια απόπειρα διακοπής του καπνίσματος, ωστόσο αρκετές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ότι αυξάνουν τις προσπάθειες διακοπής και την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος, σε προηγουμένως μη κινητοποιημένους ασθενείς.

Η ενσυναίσθηση εκ μέρους του ιατρού, ιδίως στις δομές της πρωτοβάθμιας υγείας, μπορεί εν προκειμένω να αποβεί ιδιαίτερος σημαντική και αποτελεσματική. Σε μια τέτοιου είδους παρέμβαση, συνήθως ο κλινικός ιατρός χρησιμοποιεί μη αντιφατική συμβουλευτική για την επίλυση της αμφιθυμίας του ασθενούς για διακοπή του καπνίσματος, ενθαρρύνοντας τις επιλογές που είναι σύμφωνες με τους σημαντικούς μακροπρόθεσμους στόχους των ασθενών (Lai et al., 2010).

Μια σημαντική βοήθεια παρακίνησης του ασθενούς, στα πλαίσια της ενσυναίσθησης, για την διακοπή του καπνίσματος είναι η κινητήρια συνέντευξη (Motivational interviewing). Η κινητήρια συνέντευξη αποτελεί ένα είδος ψυχολογικής τεχνικής η οποία χαρακτηρίζεται ως άμεσης παρέμβασης, και η οποία έχει ως στόχο μέσω της ενσυναίσθησης και της κινητοποίησης του ασθενούς και όχι το φόβο να του προκαλέσει τις επιδιωκόμενες αλλαγές στη συμπεριφορά του.

Η λειτουργία της κινητήριας συνέντευξης εδράζεται στο ότι διευκολύνει και συμβάλλει στην απεμπλοκή των τυχόν δυσλειτουργικών εσωτερικών κινήτρων του καπνιστή, προκειμένου να αλλάξει η συμπεριφορά του και να διακόψει το κάπνισμα. Υπ'αυτή την έννοια πρόκειται για μια τεχνική η οποία είναι κατεξοχήν ασθενοκεντρική και εστιάζεται στην πρόκληση της αλλαγής συμπεριφοράς, βοηθώντας τους καπνιστές όχι μέσω της πρόκλησης φόβους, αλλά μέσω ορθολογικών επιλογών να επιλύσουν τις όποιες εσωτερικές τους αμφιθυμίες αναφορικά με την διακοπή του καπνίσματος και να τους κάνει να αντιμετωπίσουν την συνήθεια του καπνίσματος ως κάτι μη δυσάρεστο, βοηθώντας τους με αυτόν τον τρόπο να το διακόψουν.

Μια μετα-ανάλυση των 19 ερευνών, έδειξε ότι σε σύγκριση με τις σύντομες συμβουλές, το φόβο, ή τη συνήθη φροντίδα, που συνήθως παρέχεται στους καπνιστές στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, η κινητήρια συνέντευξη αύξησε τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος κατά περίπου 45% (Hetteema et al., 2005). Δύο από αυτές τις μελέτες χρησιμοποίησαν τους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας ως συμβούλους οι οποίοι μέσω πρακτικών ενσυναίσθησης και με τη χρήση κινητήριων συνεντεύξεων και σε αυτές τις μελέτες περίπου το 12% των προηγουμένως απρόθυμων καπνιστών πέτυχε μακροπρόθεσμη διακοπή της κινητικής συνέντευξης (Hetteema et al., 2005).

Οι κλινικοί γιατροί σε αυτές τις μελέτες είχαν λάβει μάλιστα σχετική εκπαίδευση σε αυτήν την τεχνική. Επιπλέον, στις 14 μελέτες αυτής της μεταανάλυσης βρέθηκε ότι υπήρξε σχέση μεταξύ της συχνότητας της συμβουλευτικής και της έκβασης της προσπάθειας, καθώς οι ασθενείς είχαν καλύτερα αποτελέσματα αν λάμβαναν 2 ή περισσότερες συνεδρίες (έναντι 1) και αν οι συνεδρίες διαρκούσαν περισσότερο από 20 λεπτά.

Σε μια άλλη έρευνα (Baker et al., 2004) στην οποία συμμετείχαν 243 καπνιστές, εφαρμόστηκε η κινητήρια συνέντευξη. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ασθενείς, κάπνιζαν πάνω από δεκαπέντε τσιγάρα ημερησίως, για διάστημα πάνω από ένα έτος, ενώ δεν είχαν ποτέ εκφράσει ουδεμία πρόθεση να διακόψουν την καπνιστική συνήθεια. Οι συμμετέχοντες συμμετείχαν σε συνεδρίες κινητήριας συνέντευξης διάρκειας 30 λεπτών η κάθε μία ενώ οι ερευνητές αξιολόγησαν τα εξαχθέντα αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κινητήρια συνέντευξη συμβάλλει στην αποτελεσματική έκφραση της ενσυναίσθησης δημιουργώντας ένα θετικό κλίμα μεταξύ ιατρού και ασθενούς και συμβάλλοντας στην δημιουργία διαφορών μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς του ασθενούς και των τεθέντων μελλοντικών στόχων. Υπ'αυτή την έννοια, προωθεί την αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενούς και συμβάλλει στην άρση των όποιων αντιστάσεων και τυχόν αντιπαραθέσεων.

Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, συγκρίθηκαν στη συνέχεια την μέθοδο αυτή με άλλους τύπους παρέμβασης για την διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες βασίζονταν κυρίως στην παρουσίαση στους ασθενείς μιας σειράς εικόνων οι οποίες σχετίζονταν με το κάπνισμα και ήταν πολύ δυσάρεστες οπτικά. Τα αντανακλαστικά των ασθενών στην δεύτερη αυτή δοκιμή μέσω μιας ομάδας ελέγχου έδειξαν ότι τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος ήταν σαφώς μειωμένα σε σχέση με την παρέμβαση της κινητήριας συνέντευξης.

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κινητήρια συνέντευξη, μπόρεσε να τροποποιήσει θεμελιωδώς τις συναισθηματικές αντιδράσεις των καπνιστών σε ένα σύνολο ερεθισμάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα, όχι μέσω του φόβου αλλά μέσω της ενσυναίσθησης, βοηθώντας τους να υπερκεράσουν τα όποια εμπόδια αντιμετώπιζαν ως εκείνη τη στιγμή για την διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος και κυρίως το κίνητρο για αλλαγή στάσης (Baker et al. 2004).

### **3.3. Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model) για την διακοπή του καπνίσματος μέσω ενσυναισθητικής κατανόησης από τους ιατρούς**

Η διακοπή του καπνίσματος απαιτεί αλλαγή συμπεριφοράς (Hetteema et al., 2005). Η ενσυναίσθηση βοηθά περαιτέρω τον κλινικό ιατρό, στην κατανόηση της ετοιμότητας του καπνιστή να υιοθετήσει παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος. Αυτό το μοντέλο, το οποίο ονομάζεται Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model) και που αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente, έχει εφαρμοστεί σε διάφορες συμπεριφορές στην υγεία καθώς και στην διακοπή του καπνίσματος (Prochaska et al., 2015) Οι καπνιστές θα πρέπει να μετέλθουν μέσα σε 5 στάδια της συμπεριφορικής αλλαγής πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη

διαδικασία διακοπής του καπνίσματος: στάδιο προσυλλογισμού, συλλογισμού, προετοιμασίας, δράσης-ενεργοποίησης και συντήρησης.

### *Στάδιο προσυλλογισμού*

Στο πρώτο αυτό στάδιο, ο καπνιστής δεν φαίνεται να σκέφτεται ή να είναι διατεθειμένος να αλλάξει τη συμπεριφορά του όσον αφορά το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Σε αυτό το στάδιο εντάσσονται κατά κύριο λόγο καπνιστές, που δεν έχουν λάβει καμία ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος ή καπνιστές που προσπάθησαν ανεπιτυχώς στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα και γι' αυτό το λόγο απογοητεύτηκαν αναφορικά με την ικανότητά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Είναι συνεπώς προφανές ότι τα εν λόγω άτομα διαθέτουν χαμηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας κι έτσι αποφεύγουν κάθε συζήτηση γενικά αλλά και με τον σύμβουλο ιατρό η οποία σχετίζεται με την διακοπή του καπνίσματος μέσω αλλαγής συμπεριφοράς. Έτσι, βασικός στόχος για όσους βρίσκονται σε αυτό το στάδιο είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του ατόμου με εστίαση στα παραπάνω σημεία. Είναι συνεπώς προφανές ότι η ενσυναισθητική προσέγγιση όχι μόνο είναι αποτελεσματική αλλά ίσως και η μοναδική που μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε αυτό το πρώτο στάδιο.

Σε αυτό το στάδιο ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει λοιπόν, ότι ο καπνιστής δεν εξετάζει σοβαρά το ενδεχόμενο διακοπής του καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες. Ο καπνιστής, θα πρέπει ωστόσο να ερωτηθεί δηλαδή κατά πόσο ενδιαφέρεται να διακόψει το κάπνισμα (αξιολόγηση κινήτρου). Οι κινητήριες παρεμβάσεις για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος είναι σε αυτό το στάδιο εξαιρετικά επωφελείς, ωστόσο τα βήματα θα πρέπει να είναι πολύ

προσεκτικά εκ μέρους του ιατρού δηλαδή θα πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή με πλήρη κατανόηση και όχι να τον φοβίσει. Ο φόβος έχει αποδειχθεί πως συχνά λειτουργεί αποτρεπτικά για την λήψη της απόφασης διακοπής του καπνίσματος (Prochaska et al., 2015). Οι καπνιστές σε αυτό το στάδιο υπερεκτιμούν τα οφέλη του καπνίσματος, υποτιμούν τους κινδύνους και αποφεύγουν τις πληροφορίες που έχουν ως στόχο να τους βοηθήσουν να αλλάξουν. Σε αυτό το στάδιο ο ρόλος του κλινικού ιατρού είναι κυρίως να συμβουλεύει και να ενημερώνει τον ασθενή μέσω προσέγγισης και ενσυναίσθησης.

#### *Στάδιο Συλλογισμού*

Ο καπνιστής σχεδιάζει σοβαρά να σταματήσει το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες, ωστόσο όχι αμέσως και δεν έχει οριστεί ημερομηνία διακοπής. Σε αυτό το στάδιο, οι καπνιστές αναγνωρίζουν ότι οι κίνδυνοι του καπνίσματος αντισταθμίζουν τα ενδεχόμενα οφέλη τα οποία θεωρούν ότι αποκομίζουν από αυτό. Οι καπνιστές είναι οι πιο αμφίθυμοι σε σχέση με την αλλαγή και συχνά κολλάνε σε «χρόνια σκέψη». Τείνουν να αντικαταστήσουν την δράση με τη σκέψη. Οι κινητικές παρεμβάσεις για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος είναι επωφελείς σε αυτό το στάδιο. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να τονίσουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος πάντοτε με προσωποκεντρικά στοχευμένη συμπεριφορά που θα βασίζεται στην ενσυναίσθηση.

Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να εφαρμοστεί η κινητήρια συνέντευξη. Μερικά βασικά σημεία τα οποία ενσωματώνουν το πνεύμα της κινητήριας συνέντευξης και θα πρέπει να ακολουθήσει ο ιατρός σε αυτή τη φάση είναι από τα ακόλουθα.

Το κίνητρο για την αλλαγή καθορίζεται από τον καπνιστή ασθενή και δεν επιβάλλεται εξωτερικά από τον ιατρό.

Ο ασθενής έχει την ευθύνη να επιλύσει την αμφιθυμία του.

□ Η συνταγογράφηση συγκεκριμένων μεθόδων ή τεχνικών είναι αναποτελεσματική. Επιτρέποντας στους ασθενείς να προτείνουν και να εφαρμόσουν τα δικά τους προτεινόμενα μέσα αλλαγής είναι μια ενέργεια που αυξάνει την πιθανότητα επιτυχίας.

□ Η αντίσταση, η αμφιθυμία ή και η άρνηση του πελάτη να διακόψει το κάπνισμα αντιμετωπίζονται ως αντίδραση στη συμπεριφορά του συμβούλου ιατρού όχι ως χαρακτηριστικά πελάτη.

□ Η σχέση πελάτη / ιατρού θεωρείται περισσότερο ως συνεργατική και φιλική παρά ως σχέση εμπειρογνώμονα/ παραλήπτης ή δάσκαλου/ φοιτητή

Το στάδιο αυτό απαιτεί συμβουλευτικές δεξιότητες εκ μέρους του ιατρού. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης εν προκειμένω θα κάνει το έργο του ιατρού πιο εύκολο και θα αυξήσει την πιθανότητα επιτυχίας του εγχειρήματος.

Η πρακτική της κινητήριας συνέντευξης απαιτεί ειδικότερα σε αυτό το στάδιο την ανάπτυξη πέντε βασικών δεξιοτήτων:

#### 1. Εφαρμογή πρακτικών ενσυναίσθησης

Ο ιατρός σύμβουλος θα πρέπει να εφαρμόζει πρακτικές ενσυναίσθησης. Δηλαδή να μην είναι επικριτικός απέναντι στον ασθενή, να τον ακούει προσεκτικά με συνεχώς ανοιχτά και ενεργά αντανακλαστικά και κυρίως να αποδέχεται την όποια αμφιθυμία και διστακτικότητά του. Θα πρέπει δηλαδή να μπει στη θέση του ασθενούς και να δει τα γεγονότα μέσα από τα δικά του μάτια. Η κατανόηση μέσω προσοχής και ενσυναίσθησης της εμπειρίας του ασθενούς μπορεί να διευκολύνει την αλλαγή στον μέγιστο βαθμό.

## 2. Ανάπτυξη ασυμφωνίας

Ο ιατρός θα πρέπει με κατανόηση να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια στον καπνιστή ώστε να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τη διαφορά μεταξύ της παρούσας συμπεριφοράς και της επιθυμητής αλλαγής τρόπου ζωής. Οι καπνιστές έχουν περισσότερα κίνητρα να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους όταν δουν ότι αυτό που κάνουν δεν θα τους οδηγήσει σε ένα μελλοντικό στόχο.

## 3. Αποφυγή επιχειρηματολογίας

Ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει και να μπορεί μέσω της ενσυναίσθησης να αντιμετωπίζει με ήπιο τρόπο τις όποιες άμυνες του καπνιστή που σε αυτό το στάδιο είναι λογικό να εμφανίζονται. Η αντιμετώπιση της άρνησης των ασθενών μέσω επιχειρηματολογίας, μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη και υποτροπή. Όταν ο πελάτης επιδεικνύει αντίσταση στην αλλαγή, ο σύμβουλος ιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να τροποποιήσει τις στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς.

## 4. Αναπαράσταση σκέψης / δηλώσεων του καπνιστή

Ο σύμβουλος θα πρέπει να βοηθήσει τον καπνιστή ασθενή, να εξετάσει το ενδεχόμενο νέων προοπτικών και να τονίσει την σημασία του ασθενούς ως παράγοντα αλλαγής. Η αναπαράσταση σκέψης ή/και δηλώσεων του καπνιστή, κρίνεται ως ιδιαίτερος αποτελεσματική πρακτική σε αυτό το στάδιο

## 5. Υποστήριξη αυτο-αποτελεσματικότητας

Είναι σημαντικό ο ιατρός να δίνει ελπίδα στον καπνιστή. Θα πρέπει να αυξήσει δηλαδή την αυτοπεποίθηση του πελάτη στην ικανότητα αλλαγής συμπεριφοράς. Ένα σημαντικό στοιχείο σε αυτή την φάση είναι ο ιατρός να επισημάνει και να θυμίσει στον ασθενή, άλλες περιπτώσεις όπου ήταν επιτυχής μια προσπάθειά του.



### *Στάδιο προετοιμασίας-προπαρασκευής*

Ο καπνιστής σκοπεύει να διακόψει το κάπνισμα και έχει οριστεί ημερομηνία λήξης τον επόμενο μήνα. Η κλινική αξιολόγηση μέσω της χρήσης του τεστ Fagerström είναι χρήσιμη σε αυτό το σημείο. Το τεστ Fagerström για την εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένα τυπικό εργαλείο για την εκτίμηση της έντασης του φυσικού εθισμού στη νικοτίνη ενός καπνιστή. Η δοκιμή σχεδιάστηκε για να παρέχει μια συστηματική μέτρηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη που σχετίζεται με το κάπνισμα τσιγάρων.

Περιέχει έξι στοιχεία που αξιολογούν την κατανάλωση τσιγάρων, τον καταναγκασμό και την εξάρτηση του ασθενούς. Κατά τη βαθμολόγηση της δοκιμής Fagerstrom για εξάρτηση από τη νικοτίνη, οι ερωτήσεις του τύπου ναι / όχι, βαθμολογούνται με βάση μια κλίμακα 0 έως 1, ενώ οι ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής βαθμολογούνται από το 0 έως το 3. Τα στοιχεία αθροίζονται για να δώσουν συνολική βαθμολογία με σκορ μεταξύ 0-10. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολογία Fagerström, τόσο πιο έντονη είναι η φυσική εξάρτηση του ασθενούς από τη νικοτίνη.

Στην κλινική πρακτική το τεστ Fagerström μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ιατρό για να τεκμηριώσει ενδείξεις για τη συνταγογράφηση φαρμάκων για διακοπή της νικοτίνης αλλά και την εφαρμογή άλλων μεθόδων παράλληλα με την συνταγογράφηση φαρμάκων ή και ξεχωριστά (Heatherton et al., 1991).

Στο στάδιο προετοιμασίας, ο ιατρός σύμβουλος, θα πρέπει να παρέχει βοήθεια στον καπνιστή για την έναρξη βημάτων που θα οδηγήσουν σταδιακά στην διακοπή του καπνίσματος, π.χ. καθυστέρηση του πρώτου τσιγάρου του πρωινού, διακοπή, προηγούμενη διακοπή των προσπαθειών με διάρκεια 24

ωρών, ενημέρωση της οικογένειας και των φίλων και αρχικές δοκιμές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine replacement therapy NRT). Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, χρησιμοποιείται σήμερα κατά κόρον, προκειμένου να βοηθήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.<sup>2</sup> Ο καπνιστής αναγνωρίζει ότι οι κίνδυνοι υπερβαίνουν τα οφέλη. Οι παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους ασθενείς σε αυτό το στάδιο να σταματήσουν το κάπνισμα περιλαμβάνουν την εστίαση στην θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και κυρίως την ανάπτυξη δεξιοτήτων τροποποίησης συμπεριφοράς.

Είναι σημαντικό να τονιστεί βέβαια ότι η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, θα πρέπει να χορηγείται μόνο ως ένα μέρος της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος και πως πολύ μεγάλη σημασία έχει η ανάπτυξη δεξιοτήτων τροποποίησης συμπεριφοράς του καπνιστή. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, θα πρέπει να χορηγείται παράλληλα με την ανάπτυξη δέσμευσης του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία ενώ θα πρέπει να συνεχιστεί μόνο αν ο χρήστης παρουσιάσει υποτροπή ενώ βρίσκεται σε αποχή από το κάπνισμα παρόλο που παρουσιάζει πρόοδο στην συνολική προσπάθεια διακοπής.

---

<sup>2</sup> Η θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης (NRT) είναι η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη οικογένεια φαρμάκων διακοπής καπνίσματος. Η θεραπεία μειώνει τα συναισθήματα απόσυρσης μέσω της παροχής στον καπνιστή μιας μικρής ελεγχόμενης ποσότητας νικοτίνης, αλλά καμία από τις άλλες επικίνδυνες χημικές ουσίες που βρίσκονται στα τσιγάρα. Αυτή η μικρή ποσότητα νικοτίνης βοηθά στην ικανοποίηση της επιθυμίας για τη νικοτίνη και μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα. Οι γιατροί πιστεύουν ότι η θεραπεία NRT είναι ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι καπνιστές για να σταματήσουν το κάπνισμα. Ορισμένοι καπνιστές έχουν ήπιες έως μέτριες παρενέργειες. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι η NRT είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Η θεραπεία NRT μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέρος της στρατηγικής για το κάπνισμα σχεδόν κάθε καπνιστή και είναι σήμερα διαθέσιμη σε διάφορες μορφές που χρησιμοποιούνται με διαφορετικούς τρόπους. Έτσι ο καπνιστής σε συνεργασία με τον σύμβουλο ιατρό του μπορεί να επιλέξει τις φόρμες που του αρέσουν καλύτερα. Ορισμένα προϊόντα NRT λειτουργούν καλύτερα από άλλα για μερικούς ανθρώπους, ενώ μερικοί καπνιστές, προτιμούν ορισμένα προϊόντα NRT αντί για άλλα.

### *Στάδιο διακοπής-ενεργοποίησης*

Τα άτομα, σε αυτό το στάδιο, έχουν λάβει μέτρα για να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα μέσω μιας σειράς μεθόδων και παρεμβάσεων. Ειδικότερα, με τη χρήση φαρμάκων και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, μέσω τροποποίησης συμπεριφοράς, θέλησης για αλλαγή, άτυπης στρατηγική διακοπής ή συνδυασμού μερικών ή όλων αυτών των μεθόδων.

Αυτό το στάδιο διαρκεί από την έναρξη των προσπαθειών, μέχρι και έξι μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος. Είναι προφανές ότι αυτό το στάδιο είναι επίσης το πιο συχνό στάδιο υποτροπής, η οποία υποτροπή, ποικίλλει ανάλογα με τη θεραπεία, την κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, το ιστορικό του ασθενούς και το φύλο (Smith et al., 2003, Glavas et al., 2003).

Υψηλή αρχική υποτροπή εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων δυο έως τριών εβδομάδων (σχεδόν 50%). Στη συνέχεια, αυτό το ποσοστό μειώνεται δραστικά κατά τη διάρκεια των επόμενων 2 έως 3 μηνών. Είναι συνεπώς κατανοητό, ότι η αρχική υποστήριξη εκ μέρους του ιατρού είναι η πιο σημαντική και κρίσιμη για την επίτευξη του στόχου και πως η ενσυναίσθηση στη σχέση ιατρού-καπνιστή ασθενούς, είναι βασική σε αυτή την προσπάθεια για την θετική αναμενόμενη έκβαση του εγχειρήματος διακοπής του καπνίσματος. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που αφορούν την υποτροπή, την πρόληψη και την επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές. Η συχνή επαφή με τον κλινικό ιατρό είναι σημαντική για τη συνέχιση αυτού του σταδίου, την ανακατεύθυνση των προσπαθειών και την επιτυχία στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

### *Στάδιο συντήρησης*

Σε αυτό το στάδιο, ο ασθενής αναμένεται ότι δεν έχει καπνίσει για 6 μήνες και πως αποφεύγει πλήρως την υποτροπή. Πάντως είναι γεγονός ότι η υποτροπή είναι μια εξέλιξη που και σε αυτό το στάδιο συμβαίνει συχνά. Οι πιο επιτυχημένες περιπτώσεις παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος, είναι ότι οι υποτροπές κατά τη διάρκεια των σταδίων συμβαίνουν κατά μέσο όρο 3 έως 4 φορές πριν ο καπνιστής διακόψει πλήρως το κάπνισμα.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model) περιγράφει τη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς μέσω συνεχών φάσεων. Είναι σημαντικό ότι το εν λόγω μοντέλο επιτρέπει την προσαρμογή των παρεμβάσεων ώστε να ταιριάζει με τις ανάγκες του καπνιστή. Συνεπώς ο ενσυναίσθητικός ρόλος του συμβούλου ιατρού ο οποίος θα τον βοηθήσει να καταλάβει πότε ακριβώς χρειάζεται να γίνουν οι αλλαγές αυτές κι επίσης σε κάθε στάδιο να είναι υποστηρικτικός προς τον καπνιστή, είναι κρίσιμος. Ως εκ τούτου, ο ρόλος του ιατρού είναι:

- Να ενθαρρύνει μέσω ενσυναίσθησης, τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.
- Να βοηθήσει τους ασθενείς με την παροχή κινήτρων να πετύχουν να διακόψουν το κάπνισμα.

Η παρακολούθηση των επιπέδων κινήτρων είναι το κλειδί της αλλαγής συμπεριφοράς που οδηγεί στην διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς με υψηλό κίνητρο επιτυγχάνουν περισσότερο στην διακοπή του

καπνίσματος σε σχέση με τους ασθενείς με μικρότερα κίνητρα (Manley et al., 1992).

Αυτό που ουσιαστικά προτείνει το μοντέλο σε κάθε επιμέρους στάδιο είναι ότι οι καπνιστές, χρειάζεται να κάνουν τις σωστές ενέργειες στη σωστή στιγμή προκειμένου να συνεχίσουν στο επόμενο στάδιο. Αυτό είναι αντιπροσωπευτικό των αναγκών των ανθρώπων να δεσμεύονται στη ζωή τους με διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς. Ο Kaye (1998) παρατήρησε την ύπαρξη κρίσιμων διαφορών, στις διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς, μεταξύ των διαφορετικών σταδίων αλλαγής. Ειδικότερα παρατήρησε ότι η πορεία του ασθενούς και το πέρασμά του από στάδιο σε στάδιο συνδέεται αναπόδραστα με αλλαγές στο πεδίο της αυτό-αποτελεσματικότητας, στο ισοζύγιο αποφάσεων και στις ίδιες τις διαδικασίες σταδίων. Υπ'αυτή την έννοια καθοριστικό ρόλο στο εν λόγω μοντέλο σταδίων αλλαγής, διαδραματίζουν οι εν λόγω παράγοντες.

Όσον αφορά τον κρίσιμο ρόλο της αυτοαποτελεσματικότητας ο Bandura (1977) ήταν ο πρώτος ο οποίος είχε προτείνει ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα η οποία αποτελεί έναν γνωστικό μηχανισμό, αποτελεί το βασικό διαμεσολαβητικό εργαλείο στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς. Έτσι σύμφωνα με τη θεωρία του Bandura για την αυτο-αποτελεσματικότητα, την οποία ανέπτυξε στα πλαίσια της βασικής κοινωνικο-γνωστικής θεωρίας του, πρόκειται για την πίστη του ατόμου στις ατομικές του ικανότητες προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει με επιτυχία, σε δεδομένη δραστηριότητα και σε δεδομένη στιγμή. Πρόκειται δηλαδή για την κατάσταση στην οποία το άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του για τις ικανότητές του να αντιμετωπίζει επικίνδυνες καταστάσεις χωρίς να κάνει κάποια υποτροπή.

Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς έχει αποδειχθεί από σωρεία ερευνών. Όπως προαναφέρθηκε εισαγωγικά, η ενσυναίσθηση στην ιατρική, γίνεται σε γενικές γραμμές κατανοητή υπό την έννοια μιας δεξιοτήτας

επικοινωνίας. Επιπλέον γίνεται κατανοητή και ως μια υποκειμενική εμπειρία μεταξύ ιατρού και του ασθενούς, στην οποία ο ιατρός στρέφει την προσοχή του αποκλειστικά στον ασθενή και μέσω της χρήσης διαφόρων τεχνικών και αισθητηρίων ερεθισμάτων προσπαθεί να εντοπίσει και να βιώσει παροδικά, αφενός τις συναισθηματικές καταστάσεις του ασθενούς όπως και τις ψυχοκοινωνικές πλευρές της ασθένειας.

Έτσι μέσω της εφαρμογής της θεωρίας των σταδίων, και μέσω της ενσυναίσθησης, ο ιατρός καταγράφει την εμπειρία του ασθενή που θέλει να διακόψει το κάπνισμα, αυξάνει την κατανόησή του γι' αυτόν καθώς και κατανοεί καλύτερα τις πληροφορίες που σχετίζονται με τον ασθενή και την βλαπτική συνήθειά του δηλαδή το κάπνισμα. Αυτό με την σειρά του συμβάλλει στην αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενή, και την συμμόρφωση και δέσμευσή του στους στόχους της προσπάθειας με πολύ σημαντικές ελπίδες επιτυχίας (Williams et al., 2002).

Εκτός από την θεωρία των σταδίων έχουν πάντως διατυπωθεί κι άλλες θεωρίες αλλαγής συμπεριφοράς που υπόσχονται να βοηθήσουν στην κατανόηση των κινήτρων των ασθενών να εγκαταλείψουν τη χρήση καπνού. Οι King et al. (2002) έχουν περιγράψει μια νέα ιδέα της αλλαγής της συμπεριφοράς στην υγεία, περιγράφοντας παράγοντες που ελέγχουν την απόφαση των ασθενών να ξεκινήσουν νέα πρότυπα συμπεριφοράς και να τα διατηρήσουν. Οι Williams et al. (2002) έχουν επίσης περιγράψει μια θεωρία αυτοπροσδιορισμού, η οποία δίνει έμφαση στην αυτονομία των ασθενών.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 1.1.Σκοπός έρευνας

Με βάση τα προαναφερόμενα στο πρώτο, θεωρητικό μέρος της παρούσας έρευνας, καθίσταται σαφές ότι η εφαρμογή της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της επικοινωνίας του ασθενή με τον θεράποντα ιατρό του σε οποιαδήποτε βαθμίδα φροντίδας υγείας, διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη ζωή του ασθενούς. Είναι γεγονός ότι το ζήτημα της ενσυναίσθησης στον τομέα της Υγείας έχει αποτελέσει επί μακρόν αντικείμενο μελέτης και έρευνας σε πληθώρα ερευνών διεθνώς. Ωστόσο στην Ελλάδα υπάρχει σημαντικό ερευνητικό κενό ιδίως όσον αφορά την επιρροή της ενσυναίσθησης στο θέμα της διακοπής καπνίσματος.

#### 1.1.Σκοπός έρευνας

Ο βασικός σκοπός της παρούσας πρωτογενούς έρευνας είναι η ανάλυση του ρόλου της ενσυναίσθησης στα πλαίσια των δομών πρωτοβάθμιας υγείας, σε σχέση με την διακοπή του καπνίσματος, καθώς είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει άμεση ανάγκη για νέες στρατηγικές στην διακοπή του καπνίσματος με στόχο την μείωση των ποσοστών των καπνιστών στην Ελλάδα. Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

- Βοηθήθηκαν και σε ποιο βαθμό οι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, λόγω του ότι τους αντιμετώπισαν οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με ενσυναίσθηση;
- Ποιο ήταν το κρίσιμο στοιχείο στην προσέγγιση ιατρού-ασθενούς που ως καθοριστικό, συνέβαλλε στο να αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα;

Η συλλογή του υλικού της έρευνας, βασίστηκε σε αναπαραστάσεις όπως τις αφηγήθηκαν 40 πρώην καπνιστές και των δυο φύλων και από διάφορες ηλικίες οι οποίοι επισκέφθηκαν κάποια στιγμή μια πρωτοβάθμια δομή υγείας, και καθώς οι ιατροί τους προσέγγισαν με ενσυναίσθηση κατόρθωσαν τελικά να λάβουν την απόφαση να διακόψουν την συνήθεια του καπνίσματος. Το ερευνητικό υλικό μετά τη συλλογή του, αναλύθηκε στα πλαίσια της συστηματικής μεθοδολογίας της Θεματικής Ανάλυσης (Ritchie, 2004). Από την κωδικοποίηση του συλλεχθέντος υλικού προέκυψαν ένα σύνολο θεμάτων, τα οποία κατέδειξαν ένα σύνολο ποικίλων αναπαραστάσεων των πρώην καπνιστών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η ενσυναίσθηση λειτούργησε στην περίπτωση τους ώστε να διακόψουν το κάπνισμα. Στο τέλος της ανάλυσης, σχολιάζονται τα ευρήματα.

## **1.2. Ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας έρευνας και διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων**

Ενώ υπάρχει πράγματι ανεπτυγμένο ήδη σημαντικό πεδίο στην έρευνα ζητημάτων που άπτονται τόσο των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία, όσο και του ρόλου της ενσυναίσθησης γενικά αλλά και στον τομέα της υγείας, φαίνεται ότι υπάρχει ένα κενό σχετικά με τον τρόπο που η ενσυναίσθηση στα πλαίσια της ιατρικής φροντίδας και δη της πρωτοβάθμιας, μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στην παρακίνηση των καπνιστών προκειμένου να διακόψουν την βλαπτική αυτή συνήθεια.

Η ανάλυση του εν λόγω ζητήματος, είναι ιδιαίτερος κρίσιμη καθώς η συμβολή εναλλακτικών μεθόδων όπως εν προκειμένω η ενσυναίσθηση, στην αντιμετώπιση ζητημάτων που άπτονται με την υγεία και δη με το ζήτημα του καπνίσματος και των αρνητικών αυτού συνεπειών, είναι επίσης σημαντική.



Ο σκοπός λοιπόν της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει τις σχέσεις μεταξύ ενσυναίσθησης στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας και διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στις εν λόγω δομές. Ειδικότερα γίνεται προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις σε ένα σύνολο ερωτημάτων:

- Σε ποιο βαθμό συνέβαλλε ο ρόλος της ενσυναίσθησης των ιατρών στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας στο να διακόψουν το κάπνισμα, ασθενείς καπνιστές;
- Ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι που σχετίζονται με την εν λόγω απόφασή τους και πως έχουν λειτουργήσει στην λήψη της;
- Κατά πόσο μπορεί η ενσυναίσθηση να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για την λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία γενικότερα και όχι μόνο με την διακοπή του καπνίσματος;

Η σημαντικότητα της έρευνας αυτής έγκειται στην ανάδειξη των στοιχείων εκείνων της ενσυναίσθησης που συμβάλλουν θεμελιωδώς στην λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία και δη με την διακοπή του καπνίσματος και μπορεί να αποτελέσει σημαντική πτυχή για την ανάπτυξη περαιτέρω ερευνών. Μέσα από τη παρούσα έρευνα, μπορεί να γίνει αντιληπτή η αναγκαιότητα αντιμετώπισης των ζητημάτων που άπτονται της διακοπής καπνίσματος μέσω ενσυναίσθησης εκ μέρους των ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ως εκ τούτου να αναληφθούν δράσεις σε ατομικό, αλλά και κεντρικό επίπεδο ως προς αυτή την κατεύθυνση.

Σαφέστατα, η κατανόηση των ωφελημάτων από τον ρόλο της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στο ζήτημα του καπνίσματος το οποίο αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία, θα πρέπει να αποτελεί ένα μεγάλο διακύβευμα για την πολιτική

ατζέντα όλων των κυβερνήσεων διεθνώς και πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες άμεσα οι οποίες να διευκολύνουν τόσο την εκπαίδευση των ιατρών στον τομέα της προσέγγισης μέσω ενσυναίσθησης όσο και της εν γένει ευαισθητοποίησης πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Συνεπώς η παρούσα έρευνα, έχει την δυνατότητα να αποτελέσει την ευκαιρία για την ανάπτυξη ενός διαφορετικού τρόπου σκέψης αλλά και πρακτικών αντιμετώπισης των σχετικών πεδίων ενδιαφέροντος.

### **1.3. Δείγμα συμμετεχόντων και στρατηγική δειγματοληψίας**

Η δειγματοληψία συνιστά την μέθοδο η οποία χρησιμοποιείται στα πλαίσια επιστημονικών ερευνών προκειμένου να επιλεγεί ένας δεδομένος αριθμός ατόμων (ή και πραγμάτων) από το σύνολο ενός πληθυσμού, ώστε να συμπεριληφθούν και να μετάσχουν στην έρευνα (Richards & Morse, 2007). Ουσιαστικά, η δειγματοληψία αποτελεί μια μέθοδο στρατηγικής κατεύθυνσης, μέσω της οποίας επιλέγεται το δείγμα της έρευνας, το οποίο δείγμα και χρησιμοποιείται στην έρευνα.

Αυτό διότι όπως είναι προφανές δεν είναι αντικειμενικά δυνατό να συμμετάσχει το σύνολο των ατόμων που ανήκουν σε δεδομένο πληθυσμό. Συνεπώς ο όρος πληθυσμός, εν προκειμένω, δεν αφορά όλα ανεξαιρέτως τα μέλη ενός πληθυσμού, αλλά ένα σύνολο ανθρώπων, ή πραγμάτων, ή καταστάσεων ή γεγονότων κλπ που ενδέχεται να ενδιαφέρουν τον ερευνητή (Marshall, 1996).

Ο πληθυσμός στόχος της υπό ανάλυση έρευνας ήταν πρώην καπνιστές, όλων των φύλων και από ένα μεγάλο φάσμα ηλικίας, οι οποίοι αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα όταν προσήλθαν σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας για κάποιο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν και οι γιατροί τους συμπεριφέρθηκαν με ενσυναίσθηση πάνω στο εν λόγω ζήτημα, με αποτέλεσμα να πεισθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Εξαιτίας του σκοπού

της έρευνας καθώς επίσης και του σχετικά περιορισμένου χρόνου, συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν ένα δείγμα 40 ατόμων (20 ανδρών και 20 γυναικών) που είχαν τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Η επιλογή αυτού του δείγματος εκ μέρους της ερευνήτριας δεν είναι τυχαία αλλά υπηρετεί της ανάγκες της ερμηνευτικής προσέγγισης που επιλέχθηκε δεδομένου ότι σκοπός της ανάλυσης είναι να προκύψουν πλούσια νοήματα σε βάθος μετά την θεματική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων όπως αυτά προέκυψαν από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε (Ritcie, 2004).

Αρχικά, η ερευνήτρια προσέγγισε η ίδια τους συμμετέχοντες και αφού τους εξήγησε τον σκοπό της διεξαγωγής της έρευνας, τους ζήτησε να συμμετάσχουν σε αυτήν. Επίσης η ερευνήτρια, εξήγησε στους συμμετέχοντες τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα τα οποία ήταν συγκεκριμένα ότι θα έπρεπε να είναι πρώην καπνιστές, οι οποίοι αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα όταν προσήλθαν σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας για κάποιο πρόβλημα που αντιμετώπιζαν και οι γιατροί τους συμπεριφέρθηκαν με ενσυναίσθηση πάνω στο εν λόγω ζήτημα, με αποτέλεσμα να πεισθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους να είναι 20 άνδρες και 20 γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας. Τέλος οι συμμετέχοντες θα έπρεπε να μην είναι από συγκεκριμένο αλλά από διάφορα μορφωτικά επίπεδα καθώς και διάφορες κοινωνικές τάξεις και επαγγέλματα. Κριτήρια αποκλεισμού συμμετοχής στην έρευνα ήταν το να μην υπήρξαν ποτέ καπνιστές όπως επίσης και η ενδεχόμενη απροθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Μετά από ένα χρονικό διάστημα η ερευνήτρια συγκέντρωσε ένα σύνολο συμμετεχόντων οι οποίοι δυνητικά πληρούσαν τα κριτήρια να συμμετάσχουν στην έρευνα. Αυτοί που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν δυνητικά ήταν σύνολο 70. Στην συνέχεια η ερευνήτρια είχε μια τηλεφωνική επικοινωνία με καθέναν από τους 70 δυνητικά συμμετέχοντες στην οποία αυτοί ενημερώθηκαν διεξοδικά για το περιεχόμενο αλλά και για τους σκοπούς της έρευνας. Η ερευνήτρια παρείχε πληροφορίες στους συμμετέχοντες, για τον τρόπο συλλογής των δεδομένων ότι δηλαδή θα

επρόκειτο για συνέντευξη και πως στο τέλος θα επιλέγονταν στην τύχη 40 από αυτούς και πως αν είχαν επιλεγεί θα ακολουθούσε και δεύτερη τηλεφωνική επαφή.

Από τους 70 αρχικά δυνητικούς συμμετέχοντες πληρούσαν τελικά τα κριτήρια συμμετοχής 63 και από αυτούς έγινε στην τύχη επιλογή από τον ερευνητή 40 γονέων (οι πρώτοι 40 της λίστας που είχαν ζυγό αριθμό κατάταξης). Σε δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία ο ερευνητής τους ανακοίνωσε ότι επελέγησαν για την έρευνα και κανονίστηκε μια συνάντηση με τον καθένα από τους 40 συμμετέχοντες ξεχωριστά. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν τελικά να λάβουν μέρος στην έρευνα καθώς διέθεταν χρόνο και θέληση να συμμετάσχουν σε αυτήν.

#### **1.4. Ερευνητικό εργαλείο και τρόπος συλλογής των ερευνητικών δεδομένων**

Η εκπόνηση επιστημονικής εργασίας προϋποθέτει επιστημονική έρευνα. Εν προκειμένω χρησιμοποιήθηκε πρωτογενής έρευνα και συγκεκριμένα ποιοτική. Ο λόγος για τον οποίο κρίθηκε ως πλέον κατάλληλη η ποιοτική προσέγγιση, είναι ότι εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας, καθώς αποτελεί μια διερευνητική μέθοδο. Επίσης, βασικό πλεονέκτημα της ποιοτικής προσέγγισης που εξυπηρετεί τους στόχους της παρούσας έρευνας, είναι η ευελιξία της η οποία διευκολύνει σημαντικά την ερευνητική διαδικασία στο σύνολό της.

Στόχος της ποιοτικής διερεύνησης δεν αποτελεί απλά η περιγραφή της στάσης ή της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, εν προκειμένω των πρώην καπνιστών οι οποίοι αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα μετά από μια προσέγγιση ενσυναίσθησης που είχαν από ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά η ολιστική κατανόηση, καθώς θα διερευνηθεί η εμπειρία τους σχετικά με τον τρόπο που λειτούργησε θετικά όλο αυτό το πλαίσιο

προσέγγισης, καθώς και τα υποκειμενικά νοήματα που συγκροτούν τη δεδομένη εμπειρία και αντίληψη.

Ως καταλληλότερη μέθοδο για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ατομικής ημιδομημένης συνέντευξης με ερωτήσεις ανοικτού τύπου στο δείγμα των 40 συμμετεχόντων. Προκειμένου να αναλυθούν στη συνέχεια τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση και συγκεκριμένα αρχικά έγινε η απαιτούμενη κωδικοποίηση ενώ σε δεύτερη φάση έγινε θεματική ανάλυση περιεχομένου (thematic content analysis).

Η ημιδομημένη συνέντευξη εν προκειμένω περιελάμβανε ερωτήσεις ανοικτού τύπου και ταυτόχρονα η ερευνήτρια υπέβαλλε και άλλες ανοιχτές ερωτήσεις στον συμμετέχοντα ερωτώμενο προκειμένου να κατανοήσει πλήρως τις απαντήσεις ή να του δοθούν περισσότερες εξηγήσεις και διευκρινίσεις για τα ζητήματα που τίθενται.

Δηλαδή οι ερωτήσεις έχουν στόχο να καθοδηγήσουν μεν τους συμμετέχοντες προς ένα πεδίο απαντήσεων, ώστε να εξαχθούν οι πληροφορίες που η ερευνήτρια επιδιώκει να αποκομίσει, αλλά παράλληλα, αφήνουν ελεύθερο το πεδίο στον ερωτώμενο να εκφράσει ελεύθερα την προσωπική του άποψη. Η εν λόγω μέθοδος επιλέχθηκε καθώς πρόκειται για μια ευέλικτη μορφή συνέντευξης, η οποία δίνει τη δυνατότητα στην ερευνήτρια να εμβαθύνει περισσότερο στα υπό ανάλυση ζητήματα (Rosenthal, 2016).

### **1.5. Περιγραφή σχεδίου συνέντευξης και κατάρτιση ερωτήσεων ερωτηματολογίου**

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα πολύ βασικό δίαυλο επικοινωνίας μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων σε μια έρευνα. Η κατάρτισή του, εξ' αιτίας των ιδιοτήτων και του ρόλου που διαδραματίζει στην έρευνα,

αποτελεί μια ιδιαιτέρως κρίσιμη και λεπτομερή εργασία η οποία είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία του ερευνητικού εγχειρήματος. Μια έρευνα δεν μπορεί να είναι επιτυχής, ακόμα και στην περίπτωση που εφαρμοστεί το καλύτερο σχέδιο δειγματοληψίας ή η πλέον αναλυτική διαδικασία των συλλεχθέντων στοιχείων αν δεν καταρτισθεί ένα κατάλληλο για την περίπτωση ερωτηματολόγιο με σαφείς ερωτήσεις οι οποίες θα συνδέονται ευθέως με τα ερευνητικά ερωτήματα και εξυπηρετούν την διατύπωση απαντήσεων σε αυτά (Παρασκευόπουλος, 1993).

Για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια, έλαβε υπόψη κάποιες από τις βασικές αρχές του Javeau (2000:215) σύμφωνα με τις οποίες το ερωτηματολόγιο είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά: είναι εύκολο στη ανάγνωσή του, οι ερωτήσεις είναι σαφείς και κατευθύνουν τον συμμετέχοντα στο να δώσει επίσης σαφείς απαντήσεις οι οποίες θα διευκολύνουν την εξαγωγή συμπερασμάτων με βάση πάντα τα ερευνητικά ερωτήματα. Για κατάρτιση του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια είχε πάντοτε ως αφετηρία τον προσδιορισμό και την εξειδίκευση του κύριου στόχου της έρευνας και πάνω στον ερευνητικό αυτό στόχο στηρίχθηκε η διαμόρφωση των ερωτήσεων.

## **1.6. Διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας**

Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στον προσωπικό χώρο του καθενός από τους συμμετέχοντες. Αρχικά οι συμμετέχοντες, ενημερώθηκαν για την εξασφάλιση της ανωνυμίας των στοιχείων τους (και των προσωπικών τους στοιχείων αλλά και των παιδιών) καθώς και την προστασία των προσωπικών δεδομένων τους με βάση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Στους συμμετέχοντες δόθηκαν ψευδώνυμα ώστε να εξασφαλιστεί απολύτως η ανωνυμία ενώ τους παρασχέθηκαν από την ερευνήτρια, διαβεβαιώσεις ότι η εν λόγω έρευνα δεν θα τους βλάψει ούτε σε προσωπικό,

ούτε σε κοινωνικό ούτε σε επαγγελματικό ή άλλο επίπεδο, αντίθετα με την συμμετοχή τους θα συμβάλλουν στην επιστημονική διερεύνηση ενός ζητήματος το οποίο είναι πολύ σημαντικό καθώς αποτελεί ένα ζήτημα μείζονος ενδιαφέροντος για τον γενικό πληθυσμό οι οποίοι είναι καπνιστές.

Σε κάθε έναν από τους συμμετέχοντες δόθηκε να υπογράψουν μια σχετική φόρμα ενημερωμένης συναίνεσης τις οποίες φυλάσσει εμπιστευτικά η ερευνήτρια. Πριν την έναρξη των συνεντεύξεων, η ερευνήτρια, επεσήμανε στον κάθε ένα συμμετέχοντα ότι οι απαντήσεις που καλούνται να δώσουν δεν είναι σωστές ή λάθος απαντήσεις και πως βασικός σκοπός της έρευνας είναι μόνο οι προσωπικές τους απόψεις για το υπό ανάλυση ζήτημα.

Στους συμμετέχοντες δόθηκαν από την ερευνήτρια οι ερωτήσεις για να τις μελετήσουν και να υποβάλλουν ενδεχομένως διευκρινιστικές ερωτήσεις για το περιεχόμενό τους ή να αποσαφηνίσουν σημεία μη κατανοητά ή ελλιπώς κατανοητά από αυτούς. Οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτού τύπου κι επειδή η συνέντευξη ήταν ημιδομημένη η ερευνήτρια είχε την δυνατότητα και υπέβαλλε και ενδιάμεσα ερωτήσεις ώστε να καθοδηγήσει τον ερωτώμενο, να του δοθούν παραπάνω εξηγήσεις κλπ..

Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν η κάθε μία περίπου 15 λεπτά (δηλαδή στο σύνολό της η διαδικασία για τον κάθε συμμετέχοντα, μαζί με τον χρόνο που χρειάστηκε ώστε να δημιουργηθεί η σχετική οικειότητα με τον ερευνητή και να του παρασχεθούν οι σχετικές οδηγίες για την διεξαγωγή της συνέντευξης). Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν με ψηφιακό μαγνητόφωνο ενώ παράλληλα καθ'ολη τη διάρκεια των συνεντεύξεων η ερευνήτρια κρατούσε σημειώσεις. Στη συνέχεια η ερευνήτρια απομαγνητοφώνησε με ακρίβεια λέξης κάθε συνέντευξη ώστε να προβεί στην θεματική ανάλυση των συλλεγέντων στοιχείων.

Η διασφάλιση της εμπιστευτικότητας εκ μέρους της ερευνήτριας σημαίνει ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν θα χρησιμοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε κανένας άλλος πλην της ερευνήτριας και των συμμετεχόντων να μην γνωρίζει την πηγή προέλευσης. Η ερευνήτρια όχι μόνο δεν αναφέρει

κανένα απολύτως στοιχείο που θα μπορούσε να είναι αναγνωριστικό της ταυτότητας των συμμετεχόντων αλλά τους έδωσε και ψευδώνυμα ως ακολούθως:

1	ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ (ΨΕΥΔΩΝΥΜΟ)	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ
2	ΜΑΡΙΑΝΝΑ	Θ	50	Οικιακά
3	ΓΙΩΡΓΟΣ	Α	22	Άνεργος
4	ΘΑΝΑΣΗΣ	Α	45	Μεσίτης
5	ΒΙΚΥ	Θ	35	Δικηγόρος
6	ΠΕΤΡΟΣ	Α	44	Δάσκαλος
7	ΧΡΗΣΤΟΣ	Α	18	Φοιτητής
8	ΕΛΕΝΗ	Θ	41	Δημοσιογράφος
9	ΓΙΩΤΑ	Θ	60	Άνεργη
10	ΝΙΚΟΣ	Α	72	Συνταξιούχος
11	ΧΡΙΣΤΙΝΑ	Θ	28	Μικροβιολόγος
12	ΖΩΗ	Θ	20	Φοιτήτρια
13	ΣΤΕΦΑΝΟΣ	Α	44	Ελαιοχρωματιστής
14	ΓΕΩΡΓΙΑ	Θ	39	Αγρότισσα
15	ΜΑΡΙΑ	Θ	33	Γυμνάστρια
16	ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ	Α	55	Αγρότης
17	ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ	Α	24	Ιδιοκτήτης περιπτέρου
18	ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Α	22	Φοιτητής



19	ΕΥΑ	Θ	44	Οικιακά
20	ΘΕΟΔΩΡΟΣ	Α	33	Νοσηλεύτης
21	ΛΙΤΣΑ	Θ	22	Φοιτήτρια
22	BENIAMIN	Α	55	Ξυλουργός
23	ΛΑΜΠΡΟΣ	Α	36	Αρτοποιός
24	ΑΣΗΜΙΝΑ	Θ	51	Οδηγός
25	ΒΑΡΒΑΡΑ	Θ	66	Συνταξιούχος
26	ΛΕΩΝΙΔΑΣ	Α	24	Σπουδαστής
27	ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	Θ	20	Φοιτήτρια
28	ΣΤΑΜΑΤΗΣ	Α	44	Μηχανικός αυτοκινήτων
29	ΒΑΝΑ	Θ	37	Ασφαλίστρια
30	ΑΝΤΩΝΗΣ	Α	29	Οδηγός
31	ΚΛΥΤΑΙΜΝΗΣΤΡΑ	Θ	22	Φοιτήτρια
32	ΑΧΙΛΛΕΑΣ	Α	41	Άνεργος
33	ΠΕΡΙΚΛΗΣ	Α	40	Καθηγητής
34	ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ	Θ	43	Αγρότισσα
35	ΒΑΓΓΕΛΗΣ	Α	40	Κουρέας
36	ΠΕΡΣΕΦΟΝΗ	Θ	36	Άνεργος
37	ΖΗΝΩΝ	Α	42	Λογιστής
38	ΓΕΣΘΗΜΑΝΗ	Θ	37	Μαθηματικός
39	ΒΑΣΙΛΗΣ	Α	53	Άνεργος
40	ΣΩΤΗΡΙΑ	Θ	21	Φοιτήτρια

**Πίνακας 2 Πίνακας συμμετεχόντων στην έρευνα (ψευδώνυμα)**

## 1.7. Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Όπως κάθε ποιοτική έρευνα έτσι η έρευνα που χρησιμοποιήθηκε εδώ, χαρακτηρίζεται από έναν ανακατασκευαστικό (reconstructive) χαρακτήρα. Ειδικότερα η ερευνήτρια αναγνώρισε ότι το φαινόμενο που καλείται να ερευνηθεί, δηλαδή οι εμπειρίες πρώην καπνιστών οι οποίοι αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα μετά από μια προσέγγιση ενσυναίσθησης που είχαν από ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, απαιτεί μια ολιστική κατανόηση, προκειμένου να διερευνηθεί η εμπειρία τους σχετικά με τον τρόπο που λειτούργησε θετικά ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην απόφασή τους να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς και τα υποκειμενικά νοήματα που συγκροτούν τη δεδομένη εμπειρία και αντίληψη.

Άρα ήταν αναγκαίο να διεισδύσει η ερευνήτρια και να προσπαθήσει να κατανοήσει σε βάθος τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες στην έρευνα, βίωσαν αυτή την εμπειρία και πως αυτή τους η εμπειρία δηλαδή η αντιμετώπιση μέσω ενσυναίσθησης, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο ώστε να οργανώσουν στη συνέχεια τη θέση τους καθώς και τη δράση τους και εν πως συνέβαλλε στην απόφασή τους να διακόψουν το κάπνισμα. Συνεπώς θα πρέπει να υλοποιηθεί μια ανακατασκευαστική διαδικασία του υλικού το οποίο συλλέχθηκε μέσω των απαντήσεων των συμμετεχόντων (Rosenthal, 2016).

Ειδικότερα επιλέχθηκε η προσέγγιση της θεματικής ανάλυσης (thematic analysis) η οποία παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία στον ερευνητή, ώστε να ανιχνεύσει, να οργανώσει και να κατανοήσει με συστηματικό τρόπο, τις λεγόμενες «θεματικές» της έρευνας οι οποίες αποτελούν πρότυπα νοήματος, κι έτσι να αποκτήσει γνωστική πρόσβαση στις σημασιοδοτήσεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων πρώην καπνιστών σε σχέση με το υπό ανάλυση ζήτημα.

Επιλέχθηκε από την ερευνήτρια η θεματική ανάλυση ως η πλέον κατάλληλη για το υπό διερεύνηση ζήτημα, καθώς παρέχει ένα σύνολο εργαλείων για την διεξαγωγή της έρευνας καθώς και μεθοδολογία η οποία είναι απαραίτητη για την διεξαγωγή ποιοτικών αναλύσεων (Clarke and Braun, 2013). Ειδικότερα πρόκειται για μια μέθοδο η οποία διευκολύνει τον εντοπισμό, και την «θεματοποίηση» νοηματικών μοτίβων τα οποία είναι επαναλαμβανόμενα, δηλαδή «θεμάτων» τα οποία εξάγονται μέσα από το σύνολο των ερευνητικών δεδομένων (Braun & Clark, 2006· Rosenthal, 2016). Μέσω της θεματικής ανάλυσης ταυτοποιούνται θέματα ή πρότυπα σε ένα εύρος ποιοτικών δεδομένων.

Οι Braun και Clarke (2006) επισημαίνουν ότι είναι η πρώτη ποιοτική μέθοδος που θα πρέπει να μάθει κανείς διότι παρέχει ένα σύνολο δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για τον σκοπό αυτό. Σε αντίθεση με άλλες μεθοδολογίες ποιοτικής υφής, η θεματική ανάλυση δεν εντάσσεται σε συγκεκριμένη επιστημολογική θεωρία, γεγονός που αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα, καθώς αυτό την καθιστά μια πολύ ευέλικτη μέθοδο, δεδομένου ότι δεν προϋποθέτει την αναγκαιότητα άκαμπτης δέσμευσης εκ μέρους του διεξάγοντος την έρευνα, σε δεδομένες οντολογικές ή επιστημολογικές θέσεις, κάτι που συμβαίνει στην περίπτωση άλλων ποιοτικών μεθόδων όπως για παράδειγμα η ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση η οποία οφείλει να δεσμεύεται στη βάση συγκεκριμένου φαινομενολογικού προτύπου (Braun & Clarke, 2006).

Ωστόσο θα πρέπει να τονιστεί ότι ευελιξία και θεωρητική ελαστικότητα δεν σημαίνει ότι η θεματική ποιοτική ανάλυση διεξάγεται δίχως επιστημολογική τεκμηρίωση και πλαισίωση. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η θεματική ανάλυση κρίνεται ως συμβατή με ένα μεγάλο σύνολο επιστημολογικών θεωριών όπως για παράδειγμα με τον κονστρουξιονισμό, τον ρεαλισμό ή τη φαινομενολογία, η ερευνήτρια, προσδιόρισε επιστημολογικά την ανάλυσή της, με κριτήριο κυρίως τα διατυπωθέντα σε προηγούμενο στάδιο της έρευνας ερευνητικά ερωτήματα, όπως αυτά διατυπώθηκαν παραπάνω. Περαιτέρω η ερευνήτρια πρέπει να είναι σαφής

και ξεκάθαρη αναφορικά με τους στόχους της ανάλυσης στην έρευνά της, καθώς επίσης και στο τι ακριβώς αντιπροσωπεύουν οι θεματικές ή τα μοτίβα τα οποία κατά τη διαδικασία της αναλυτικής διεργασίας έχει εντοπίσει.

Ως προς τον τρόπο διεξαγωγής της, η ερευνήτρια ακολούθησε την μέθοδο που προτείνουν οι Braun και Clarke (2006:322) και ειδικότερα μια σειρά από έξι βήματα/στάδια ανάλυσης. Πρόκειται για μια διαδικασία κίνησης προς τα εμπρός, επαναφοράς προς τα πίσω, κυκλικότητας και ανατροφοδότησης, η οποία διαδικασία διέπεται από συστηματική διεργασία και παράλληλα και από ευελιξία, καθώς επίσης συνδέεται αλληλένδετα και με ένα σύνολο άλλων διαδικασιών στο πλαίσιο του σχεδιασμού της έρευνας όπως για παράδειγμα, υποκειμενικές αναπαραστάσεις, κοινωνικές παραδοχές κλπ (Vaismoradi et al. 2013). Τα στάδια της ανάλυσης είναι τα ακόλουθα:

### 1. Γνωριμία της ερευνήτριας με τα δεδομένα και το ερευνητικό υλικό

Στο αυτό το εναρκτήριο αναλυτικό στάδιο, η ερευνήτρια εξοικειώθηκε με το ερευνητικό υλικό που είχε στη διάθεσή της και δη με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις, στο πλαίσιο των συνεντεύξεων. Χρειάστηκε δηλαδή να γίνει από την ερευνήτρια, προσεκτική επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των ερευνητικών ερωτημάτων και η αναζήτηση μέσω αυτής της διαδικασίας, νοημάτων, μοτίβων και θεματικών τα οποία είναι σημαντικά για το υπό ανάλυση φαινόμενο δηλαδή τον ρόλο της ενσυναίσθησης στη λήψη αποφάσεων υγείας και δη για την διακοπή του καπνίσματος. Αυτή η διαδικασία, δημιούργησε στην ερευνήτρια μια πρώτη ήδη εικόνα σχετικά με τα δεδομένα και τους συμμετέχοντες, και ως προς το τι ακριβώς είπαν στις συνεντεύξεις, ώστε να μπορεί να καταγράψει ένα σύνολο πρώτων αρχικών ιδεών του πριν προχωρήσει στο δεύτερο στάδιο της ανάλυσης αυτό της κωδικοποίησης.

## 2. Κωδικοποίηση

Στο δεύτερο αυτό στάδιο, η ερευνήτρια εξέτασε τα κείμενα των απαντήσεων των συμμετεχόντων παράγραφο προς παράγραφο προκειμένου να παραχθούν οι λεγόμενοι «αρχικοί κώδικες». Έτσι σε κάθε κειμενικό απόσπασμα, απέδωσε έναν προσδιορισμό εννοιολογικό, ο οποίος αποτελεί ένα είδος κωδικού και ο οποίος εκφράζει ευσύνοπτα και σύντομα, το αποδοθέν νόημα του ερευνητή στο εν λόγω κειμενικό απόσπασμα (πχ οι πρώην καπνιστές εκφράζουν τον προβληματισμό τους για το ότι συνήθως αντιμετωπίζονται από τους ιατρούς σε ένα πλαίσιο που συμβάλλει ώστε να διακατέχονται από ανησυχία, ή από αίσθημα φόβου κλπ). Βέβαια κάθε απόσπασμα του κειμένου, ενδέχεται να περιέχει παραπάνω από ένα νόημα, συνεπώς στο ίδιο απόσπασμα θα μπορούσαν να προστεθούν περισσότεροι από ένας κωδικοί.

Σύμφωνα με τους (Miles & Huberman, 1994: 122), η κωδικοποίηση αποτελεί μείζον μέρος της αναλυτικής διαδικασίας καθώς μέσω αυτής επισημαίνονται «μονάδες νοήματος» εντοπίζονται μονάδες νοήματος οι οποίες αλληλοσυνδέονται εκατέρωθεν καθώς επίσης και οργανώνονται τα δεδομένα σε ομάδες οι οποίες διαθέτουν νόημα, πάντα σε σχέση με τα τεθέντα ερευνητικά ερωτήματα (Guest et al., 2012).

## 3. Ορισμός των θεμάτων της ανάλυσης

Στο τρίτο στάδιο της αναλυτικής διαδικασίας, η ερευνήτρια στόχευσε στην αναζήτηση ενδεχόμενων θεμάτων της ανάλυσης. Πρόκειται για μια συνθετική διαδικασία η οποία απαιτεί μεθοδολογία και γνώση, καθώς η ερευνήτρια κλήθηκε να συνδυάσει εν προκειμένω, μέσα από ένα σύνολο διαφορετικών κωδικών στους οποίους κατέληξε στο προηγούμενο βήμα,

ώστε να δημιουργήσει ένα υψηλότερο επίπεδο ανάλυσης, δηλαδή να δημιουργήσει μοτίβα ή θέματα τα οποία προκύπτουν μέσω των αρχικών κωδικών και των δεδομένων. Οι κωδικοί τους οποίους δημιούργησε στο προηγούμενο βήμα, σχημάτισαν ένα σύνολο κυρίων θεμάτων αλλά και υποθεμάτων, καθώς, τα θέματα αποτελούν ένα είδος συμπεκνωμένων ομάδων κωδικών, και υπ'αυτή την έννοια ενέχουν μεγαλύτερο βαθμό ανάλυσης (Braun & Clarke, 2006).

Ο ρόλος που κλήθηκε εν προκειμένω να διαδραματίσει η ερευνήτρια στην αναζήτηση θεμάτων ήταν καίριος και ουσιαστικός δεδομένου ότι τα υπό ανάλυση θέματα προέκυψαν απλώς από τα διαθέσιμα δεδομένα και δεν εδράζονται σε αυτά, γεγονός που απαιτούσε εκ μέρους της, να μην διακατέχεται από επιστημολογική προκατάληψη η οποία θα την οδηγούσε ενδεχομένως σε λανθασμένα συμπεράσματα (Riessman, 2014). Η ερευνήτρια λοιπόν φρόντισε ώστε μέσα από μια συνθετική διαδικασία, απαλλαγμένη από επιστημολογικές προκαταλήψεις, να οδηγηθεί στις κατάλληλες συνδέσεις των κωδικών με το ερευνητικό της υλικό, σε ένα υψηλότερο επίπεδο ανάλυσης, να κατανοήσει, να επιλέξει, να προσδώσει νόημα και περιεχόμενο στις απαντήσεις των συμμετεχόντων πρώην καπνιστών και να οδηγηθεί σε συμπεράσματα με βάση πάντα τα ερευνητικά ερωτήματα.

#### 4.Επανεξέταση των θεμάτων

Στο στάδιο αυτό η ερευνήτρια και αφού είχε ήδη διαμορφώσει ένα σύνολο θεμάτων (υποψήφιων στη φάση αυτή) τα επανεξέτασε προκειμένου να βεβαιωθεί ότι πληρούν πράγματι τα απαιτούμενα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθούν στην έρευνα. Έλεγξε για παράδειγμα μήπως τα δεδομένα δεν είναι αρκετά ή μήπως τα δεδομένα που συνθέτουν τα υποψήφια θέματα ποικίλουν και διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους. Επίσης έλεγξε μήπως κάποια θέματα επικαλύπτονται από άλλα και θα έπρεπε

συνεπώς να συγχωνευθούν ή μήπως κάποια θέματα θα μπορούσαν να αποσπαστούν και να δημιουργήσουν υποθεματική.

Στην διαδικασία αυτή έλαβε υπόψη του δυο βασικά κριτήρια τα οποία έχει διαμορφώσει ο Patton (1990) και τα οποία έχει στην διάθεσή του ο κάθε ερευνητής, για να εξετάσει τις θεματικές κατηγορίες της ανάλυσής του. Πρόκειται για την «εσωτερική ομοιογένεια» όπως επίσης την «εξωτερική ετερογένεια». Εν προκειμένω τα δεδομένα όπως αυτά συγκεντρώθηκαν από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, πληρούν τα εν λόγω κριτήρια καθώς χαρακτηρίζονται από νοηματική συνοχή και παράλληλα υπάρχουν σαφείς και ξεκάθαρες διαχωριστικές γραμμές μεταξύ των θεμάτων. Άρα σε αυτό το στάδιο επανεξέτασης η ερευνήτρια διενήργησε τον έλεγχο σε δυο επίπεδα, προκειμένου να βελτιστοποιήσει τα θέματα της έρευνας.

Στο αρχικό πρώτο επίπεδο προέβη σε αναθεώρηση των δεδομένων της έρευνας όπως αυτά ήταν κωδικοποιημένα. Δηλαδή διάβασε προσεκτικά το σύνολο των αποσπασμάτων που εντάσσονται σε καθένα επιμέρους υποψήφιο θέμα, προκειμένου να βεβαιωθεί ότι παρουσιάζουν υψηλό βαθμό συνοχής μεταξύ τους. Σε περίπτωση που αυτό δεν συνέβαινε τότε η ερευνήτρια θα έπρεπε να σκεφτεί αν το συγκεκριμένο υποψήφιο θέμα είναι προβληματικό ενδεχομένως αφεαυτό ή μήπως κάποια από τα δεδομένα (αποσπάσματα υλικού) δεν ταιριάζουν να ενταχθούν εκεί κι αν πράγματι συνέτρεχε κάτι τέτοιο, τότε θα έπρεπε να οδηγηθεί σε αναθεώρηση του θέματος, δημιουργώντας ένα νέο υποψήφιο θέμα.

Αφού ολοκλήρωσε όλη αυτή την διαδικασία, και βεβαιώθηκε ότι τα υποψήφια θέματα μπορούσαν να υποδεχθούν τα ήδη κωδικοποιημένα δεδομένα που αφορούν το κάθε θέμα, τότε προχώρησε σε ένα δεύτερο στάδιο, αυτό της επανεξέτασης. Πρόκειται για μια σχετικά παρεμφερή διαδικασία ελέγχου, ωστόσο εν προκειμένω, αυτός ο έλεγχος αφορούσε όχι κάθε θέμα ξεχωριστά αλλά το σύνολο των δεδομένων της έρευνας. Δηλαδή η ερευνήτρια, εν προκειμένω κλήθηκε να αξιολογήσει αν αυτός ο χάρτης που περιλαμβάνει όλα τα θέματα, απεικονίζει επαρκώς και με πληρότητα, όλα τα

νοήματα τα οποία αναδύονται από το ερευνητικό του υλικό όπως αυτό προέκυψε από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων πρώην καπνιστών.

## 5. Καθορισμός και τιτλοποίηση θεμάτων

Στο στάδιο αυτό και αφού πλέον είχε δημιουργηθεί ένας οδικός χάρτης δεδομένων, η ερευνήτρια κλήθηκε για κάθε επιμέρους θέμα να διεξάγει και να γράψει μια λεπτομερή ανάλυση, περιγράφοντας αυτό που το κάθε επιμέρους θέμα απεικόνιζε, όπως επίσης και τον τρόπο που η ιστορία του κάθε θέματος, εντασσόταν στο ευρύτερο πλαίσιο του ερευνητικού του εγχειρήματος. Και πάλι κλήθηκε να εξετάσει μήπως υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των θεμάτων ή μήπως θα μπορούσαν πιθανόν να δημιουργηθούν και υποθεματικές, ωστόσο για κάτι τέτοιο δεν παρέστη ανάγκη, διότι συνήθως συμβαίνει σε μεγάλες έρευνες με μεγάλο εύρος ερευνητικού υλικού οι οποίες είναι πολύπλοκες.

Αφού η ερευνήτρια συνέγραψε την ανάλυση κάθε θέματος, περιέγραψε τον σκοπό και το περιεχόμενό του συνοπτικά. Σκοπός της ήταν τα θέματα να μην είναι πολλά σε αριθμό (μονοψήφιος αριθμός) δεδομένου ότι όσο περισσότερα είναι τα θεματικά μοτίβα τόσο μεγαλύτερος βαθμός ανάλυσης απαιτείται. Παράλληλα σε αυτό το στάδιο η ερευνήτρια αποφάσισε για τους τίτλους τους οποίους έδωσε στα επιμέρους θέματα κατά την συγγραφή της τελικής της ανάλυσης. Οι τίτλοι που προσέδωσε στα επιμέρους θέματα επιλέχθηκαν με κριτήριο είναι περιεκτικοί, να προκαλούν το ενδιαφέρον του αναγνώστη και να του παρέχουν άμεσα μια εικόνα και εποπτεία του υλικού του κάθε θέματος.



## 6. Παρουσίαση των δεδομένων και συγγραφή των ευρημάτων

Στο τελευταίο στάδιο η ερευνήτρια κι αφού είχε συγκεντρώσει πλέον το σύνολο των θεμάτων όπως τα έχει προηγουμένως επεξεργαστεί και τα οποία προέκυψαν από την κωδικοποίηση του ερευνητικού υλικού του δηλαδή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις, συνέγραψε τη τελική ανάλυση στην οποία κατέληξε καθώς και στα αντίστοιχα ευρήματα τα οποία προέκυψαν μέσω της ανάλυσης των δεδομένων. Καταβλήθηκε προσπάθεια από την ερευνήτρια να εκθέσει περιεκτικά τη σύνθετη δομή των επιμέρους δεδομένων του, με τέτοιο τρόπο ώστε να παρέχεται η δυνατότητα στον αναγνώστη να πεισθεί εύκολα για την εγκυρότητα, την αξία και την μεθοδολογική επάρκεια της ανάλυσής της.

Στην συγγραφή της ανάλυσης όπως θα επακολουθήσει στη συνέχεια, ερευνήτρια μέσα από παράθεση και επιλεκτικά αυτούσιων αποσπασμάτων από τα δεδομένα του ερευνητικού της υλικού θέλησε να παράσχει στον αναγνώστη μια συνεκτική, και λογική ιστορία, η οποία να είναι παράλληλα και ενδιαφέρουσα, όχι κουραστική με περιττές και ανούσιες επαναλήψεις, η οποία ιστορία να συνδέει αποτελεσματικά όλα τα διαθέσιμα δεδομένα.

Επίσης δόθηκε προσοχή ώστε η συγγραφή της ανάλυσης εκ μέρους της ερευνήτρια, να παρουσιάζει επαρκή στοιχεία μέσα από τα οποία να μπορούν να τεκμηριωθούν επαρκώς τα θέματα που παρουσιάζει στην ανάλυσή της. Για το σκοπό αυτό, η ερευνήτρια επέλεξε μέσα από το ερευνητικό της υλικό ιδιαίτερος γλαφυρά και παραστατικά παραδείγματα (αποσπάσματα) που μπορούν να συλλάβουν την ουσία των θεμάτων τα οποία έχει στόχο να αναλύσει και να αναδείξει.

Τα αποσπάσματα του ερευνητικού υλικού δηλαδή τα αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων που διέκοψαν το κάπνισμα μέσω της ενσυναίσθησης εκ μέρους των ιατρών, μέσω της ενσωμάτωσής τους σε μια αναλυτική συγγραφή, απεικονίζουν τον ιστορία την οποία η ερευνήτρια προτίθεται να προσφέρει προς τους αναγνώστες της εν λόγω έρευνας, η οποία

δεν συνιστά μια απλή περιγραφή, αλλά παρέχει επιχειρήματα και τεκμηριωμένα συμπεράσματα για την πληρέστερη κατανόηση των νοημάτων που υπάρχουν στα δεδομένα αναφορικά πάντοτε με το υπό εξέταση φαινόμενο το ρόλο της ενσυναίσθησης στη λήψη αποφάσεων υγείας και δη της απόφασης που αφορά την διακοπή του καπνίσματος.

Τέλος, μέριμνα της ερευνήτριας ήταν να εκθέσει την ανάλυσή της με βάση τα θέματα όπως αυτά προέκυψαν μέσα από το ερευνητικό υλικό, σε ένα ανώτερο ερμηνευτικό επίπεδο, υποβάλλοντας στον ίδιο της τον εαυτό όπως επισημαίνουν οι Baron et al., (2006: 155) σχετικά ερωτήματα όπως τι σημαίνει το συγκεκριμένο θέμα, σε ποιες βάσεις αναπτύσσεται, ποιες είναι οι επιπτώσεις του, ποιες οι συνθήκες που επέτρεψαν την δημιουργία του, για ποιο λόγο οι συμμετέχοντες αναφέρονται με δεδομένο τρόπο και όχι με κάποιον άλλο; Αυτό σημαίνει ότι στην εν λόγω έρευνα και ανάλυση, η ερευνήτρια προσπάθησε να έχει μια ενεργό συμμετοχή στην έρευνα διατηρώντας ωστόσο μεθοδολογική ουδετερότητα.

### **1.8.Ζητήματα εγκυρότητας – αξιοπιστίας της έρευνας**

Μια οποιαδήποτε επιστημονική έρευνα είτε είναι ποσοτική είτε ποιοτική, υποχρεούνται να χρησιμοποιεί ένα σύνολο κριτηρίων και στρατηγικών οι οποίες είναι σε θέση να εξασφαλίσουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Έτσι και η παρούσα έρευνα προκειμένου να προβεί στην απόλυτη διασφάλιση της ποιότητας και του κύρους της, μετέλθε συγκεκριμένων στρατηγικών οι οποίες ικανοποιούν αφενός συγκεκριμένα κριτήρια ερευνητικής εγκυρότητας, συνέπειας και αξιοπιστίας και οι οποίες αφετέρου, αποκαλύπτουν στον αναγνώστη της έρευνας λεπτομερώς το σύνολο των ερευνητικών σταδίων προκειμένου να μπορεί να προβεί σε αξιολογικές κρίσεις.

Πρόκειται για ένα σύνολο κριτηρίων όπως αυτά έχουν προταθεί από την σχετική θεωρία και είναι τα “κριτήρια αναγνώρισης/νομιμοποίησης” ή όπως αποκαλούνται από άλλους ερευνητές “standards” (Eisenhart & Howe, 1992) και έχουν προταθεί από τους Guba Lincoln (1982). Ειδικότερα τα συγκεκριμένα κριτήρια είναι (α) ο βαθμός της ερευνητικής αξιοπιστίας (β) η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας (γ) η εγκυρότητα της και (δ) η δυνατότητα επιβεβαίωσης των συμπερασμάτων της της. Παράλληλα επιστρατεύθηκαν όλες εκείνες οι στρατηγικές οι οποίες θα συμβάλλουν στην ικανοποίηση των παραπάνω κριτηρίων.

Η ερευνητική αξιοπιστία εξασφαλίστηκε από την ερευνήτρια μέσω της ορθής εφαρμογής όλων των βημάτων της έρευνας από την επιλογή των συμμετεχόντων την διεξαγωγή της συνέντευξης, και την ανάλυση του υλικού. Η δυνατότητα γενίκευσης της έρευνας αν και δεν πρόκειται για μια έρευνα με πολλούς συμμετέχοντες είναι κι αυτή δεδομένη καθώς μπορεί να επεκταθεί διότι έχουν τηρηθεί όλοι οι κανόνες σχεδιασμού και διεξαγωγής της σε επιστημολογικό επίπεδο. Τέλος όσον αφορά την εγκυρότητα και την δυνατότητα επιβεβαίωσης των συμπερασμάτων της και πάλι πληρούνται τα εν λόγω κριτήρια καθώς η έρευνα είναι έγκυρη δεδομένης της μεθοδολογικής της επάρκειας και πληρότητας αλλά και μπορούν να επιβεβαιωθούν και επεκταθούν τα συμπεράσματά της σε ενδεχόμενες μελλοντικές σχετικές έρευνες.

## **1.9. Ηθικά ζητήματα και ζητήματα δεοντολογίας της έρευνας**

Αναφορικά με τα ηθικά και δεοντολογικά της έρευνας, επίσης δόθηκε μεγάλη βαρύτητα εκ μέρους της ερευνήτρια. Κάνοντας λόγο για ζητήματα δεοντολογίας στην επιστημονική έρευνα, αναφερόμαστε σε ένα σύνολο κανόνων μέσω των οποίων ρυθμίζεται η σχέση του ερευνητή με όλους τους δρώντες της έρευνας και κυρίως με το δείγμα των συμμετεχόντων (Hopf, 2004, Traianou, 2014).

Εν προκειμένω τέθηκαν ορισμένες παράμετροι οι οποίες λήφθηκαν απαρεγκλίτως υπόψη από την ερευνήτρια και αφορούσαν αφενός την ελεύθερη και μετά από σχετική συναίνεση συμμετοχή των συμμετεχόντων μετά από πλήρη και εμπειριστατωμένη πληροφόρηση, την προστασία τους από οποιαδήποτε ενδεχόμενη πρόκληση βλάβης είτε σωματικής είτε ψυχικής, την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους, την δέσμευση δημοσίευσης και επιστημονικής αξιοποίησης των ερευνητικών αποτελεσμάτων κλπ. Όλες οι παραπάνω παράμετροι τηρήθηκαν διεξοδικά και στην πλήρη έκτασή τους από την ερευνήτρια με αποτέλεσμα την εξασφάλιση της εγκυρότητας της έρευνας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε η ποιοτική ανάλυση δεδομένων βασίζεται σε σύνολο διαδικασιών νοηματοδότησης του υλικού και κατηγοριοποίησης του, με κύριο στόχο να δοθούν απαντήσεις στα ήδη τεθέντα ερευνητικά ερωτήματα, των ήδη τεθέντων ερευνητικών ερωτημάτων, τον έλεγχο της συνδρομής των ερευνητικών υποθέσεων καθώς και την ερμηνεία και κατανόηση φαινομένων, συμπεριφορών, στάσεων, αντιλήψεων και διαδικασιών. Έτσι σε πρώτο στάδιο οι συνεντεύξεις των συμμετεχόντων απομαγνητοφωνήθηκαν με απόλυτη πιστότητα λέξη προς λέξη και καταγράφηκαν σε υπολογιστή μέσω προγράμματος δημιουργίας αρχείου κειμένου.

Στη συνέχεια έγινε ακρόαση εκ νέου των συνεντεύξεων προκειμένου να βεβαιωθεί η ερευνήτρια ότι δεν έγιναν παραλείψεις εκ παραδρομής οι οποίες ενδεχομένως θα συνέβαλλαν στην αλλοίωση του αποτελέσματος της έρευνας. Η ερευνήτρια στη συνέχεια διάβασε αρκετές φορές το υλικό των συνεντεύξεων ενώ ακολούθως το υλικό κωδικοποιήθηκε με βάση το περιεχόμενό του μέσω της ανάλυσης και δόθηκαν κωδικοί για κάθε μια επιμέρους κατηγορία. Αφού διενεργήθηκαν επανειλημμένοι έλεγχοι, κάποιες κατηγορίες οι οποίες επικάλυπτονταν ομαδοποιήθηκαν ενώ προέκυψαν και νέες με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά τους.

Μετά από ενδελεχή και πάλι έλεγχο προέκυψαν τα θέματα της ανάλυσης, δηλαδή ο θεματικός της χάρτης. Η τελική ενέργεια εκ μέρους της ερευνήτρια ήταν να αναγνώσει ξανά τις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις καθώς και τον θεματικό χάρτη ώστε να διαπιστώσει ότι δεν έγινε εκ παραδρομής κάποια παράλειψη όσων ειπώθηκαν. Οι μαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις των συμμετεχόντων, καθώς και τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα σε όλη τη διάρκεια της έρευνας φυλάχθηκαν με εμπιστευτικότητα και επιμέλεια από την ερευνήτρια.

Μέσα από την ανάλυση του υλικού της έρευνας από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων προέκυψαν εννέα κατηγορίες θεμάτων. Ωστόσο επειδή κάποιες από αυτές επικαλύπτονταν από άλλες ομαδοποιήθηκαν με άλλες και προέκυψαν δυο θεματικές ενότητες (θεματικός χάρτης). Όπως αναφέρουν οι Ισάρη και Πουρκός (2015) «κάποιοι κωδικοί μπορούν να συνδυαστούν (κωδικοί με όμοια χαρακτηριστικά ή νοήματα) και να ενοποιηθούν σε ένα ανώτερο επίπεδο (πριν από τη διαμόρφωση θεμάτων) σχηματίζοντας κατηγορίες ή κωδικούς ανώτερου επιπέδου. Οι δυο θεματικές ενότητες που προέκυψαν είναι οι ακόλουθες:

α) Ο ρόλος της ενσυναίσθησης εκ μέρους των ιατρών στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας, ήταν καθοριστικός για την διακοπή του καπνίσματος εκ μέρους του ασθενή

β) Μετά την διακοπή του καπνίσματος, αντιλήφθηκαν ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για την λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία γενικότερα και όχι μόνο με την διακοπή του καπνίσματος

*Θέμα 1 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης εκ μέρους των ιατρών στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας, ήταν καθοριστικός για την διακοπή του καπνίσματος εκ μέρους του ασθενή*

Όλοι οι συμμετέχοντες οι οποίοι διέκοψαν το κάπνισμα, παραδέχθηκαν ότι καίριο ρόλο στην απόφασή τους να σταματήσουν αυτή τη συνήθεια, αποτέλεσε η ενσυναίσθηση με την οποία τους προσέγγισαν οι ιατροί στις πρωτοβάθμιες δομές υγείας τις οποίες επισκέφθηκαν.

*ΑΝΤΩΝΗΣ: «Επισκέφθηκα ένα κέντρο υγείας του ΕΣΥ για ένα σχετικά ελαφρύ πρόβλημα υγείας και συγκεκριμένα μια ίωση. Δεν πίστευα ποτέ ότι αυτός θα ήταν η αρχή του τέλους για το τσιγάρο. Ο γιατρός με ρώτησε αν καπνίζω και σε αντίθεση με άλλους γιατρούς δεν με επέπληξε, ούτε μου δημιούργησε υπέρμετρο φόβο για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία μου. Αντίθετα, παρόλο που μου μίλησε για τους κινδύνους που το κάπνισμα δημιουργεί στην υγεία, το έκανε με έναν....πως να το πω....διαφορετικό τρόπο απ'ότι συνήθως κάνουν οι γιατροί....*

*Με προσέγγισε με κατανόηση και έδειξε να είναι πολύ υπομονετικός μαζί μου και ότι θα ήταν μαζί μου σε αυτήν μου την προσπάθεια. Έτσι ξεκίνησε ένα ταξίδι που είχε αίσιο τέλος για μένα την διακοπή του καπνίσματος».*

*ΚΛΥΤΑΙΜΝΗΣΤΡΑ: «Είχα κάνει η αλήθεια είναι αρκετές προσπάθειες να διακόψω το τσιγάρο. Όλες όμως με μαθηματική ακρίβεια κατέληγαν πάντα σε αποτυχία καθώς ξεκινούσα ξανά....Συνάντησα τον κύριο Χ (αναφέρει το όνομα του γιατρού) στο νοσοκομείο Χ (αναφέρει το όνομα του νοσοκομείου) όταν πήγα στα εξωτερικά ιατρεία για μια κρίση άσθματος την οποία αντιμετώπισα μια μέρα. Ήμουν φοβισμένη ότι ξανά θα ήταν επικριτικός μαζί μου όπως όλοι οι γιατροί, πως θα με «έστηνε στον τοίχο να με δικάσει» και πως εγώ ξανά θα έλεγα ναι...ναι...δίκιο έχετε θα το*

κόψω...και πως πάλι τίποτα δεν θα κατάφερα. Δεν ήταν έτσι. Ήταν μαζί μου, πολύ ευγενικός. Με ρώτησε, αν θέλω να συνεχίσω να κάνω κακό στην υγεία μου και πως ακόμα κι αν η απάντηση ήταν ναι, αυτό θα γινόταν σεβαστό εκ μέρους του. Είπα πως όχι...αλλά δεν μπορώ να το κόψω....Δηλαδή με έβαλε σε μια διαδικασία να ανοιχτώ μαζί του να του μιλήσω για τον φόβο της αποτυχίας μιας ακόμη προσπάθειας. Μου έκλεισε ένα δεύτερο ραντεβού....ξαναμιλήσαμε στο ίδιο κλίμα και διάθεση. Τελικά με έναν τρόπο μαγικό με έπεισε να το κάνω. Και το έκανα. Ήταν δύσκολο δεν ήταν εύκολο. Είχα υποτροπές...όμως ο γιατρός ήταν εκεί και πάλι για να το πάρουμε από την αρχή. Και τελικά τα κατάφερα! Τον ευγνωμονώ».

ΑΧΙΛΛΕΑΣ: «Είχα τόσες φορές προσπαθήσει να διακόψω το κάπνισμα που πλέον έχω χάσει το λογαριασμό, ούτε ξέρω κι εγώ πόσες.... Όταν πήγα στο ιατρείο για ένα βήχα που με ταλαιπωρούσε για μέρες, δεν φανταζόμουν ότι αυτή τη φορά θα ξεκινούσε μια ακόμη προσπάθεια αλλά αυτή τη φορά επιτυχημένη! Ο γιατρός ήταν καταρχάς πολύ κατατοπιστικός ως προς τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Αλλά όσο μου μιλούσε φάνηκε ότι το έκανε με μια φιλική και ζεστή προσέγγιση, με κατανόηση πως να το πω....κι αυτό με κέρδισε. Ξέρεις πως είναι αυτά τα πράγματα....αν ο άλλος στέκεται απέναντί σου και σου κουνάει το δάχτυλο, είσαι από την αρχή αρνητικός, αναπτύσσεις άμυνες....ο κ. Χ (αναφέρει το όνομα του γιατρού) δεν ήταν καθόλου αυτό που είχα συνηθίσει από τους άλλους γιατρούς. Μου μίλησε για τα στάδια της προσπάθειας για την διακοπή του καπνίσματος, δεν φάνηκε να θέλει να



*κρύψει κάτι, ήταν πολύ ξεκάθαρα αυτά που έλεγε. Κι ούτε επίσης ωραιοποίησε τα πράγματα. Δεν μου το παρουσίασε καθόλου ως εύκολο όπως έκαναν οι άλλοι στο παρελθόν. Είπε ότι ξέρει πως δεν είναι εύκολο, αλλά ξέρει επίσης και ότι δεν είναι ακατόρθωτο. Τον είδα περισσότερο ως σύμμαχο, παρά ως «αντίπαλο» να το πω απλά....κι έτσι ξεκίνησα! Το αποτέλεσμα ήταν αυτό που χρόνια προσπαθούσα: έκοψα το τσιγάρο και σήμερα πέντε χρόνια μετά, έχει αλλάξει εντελώς η ζωή μου»*

*Θέμα 2 Μετά την διακοπή του καπνίσματος, αντιλήφθηκαν ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο για την λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία τους γενικότερα και όχι μόνο με την διακοπή του καπνίσματος*

Και στο δεύτερο θέμα όπως αυτό προέκυψε από την κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση σε θεματικές των ερευνητικών δεδομένων οι απόψεις των συμμετεχόντων είναι εντελώς ταυτόσημες και δεν διαφοροποιούνται καταδεικνύοντας το ρόλο της ενσυναίσθησης στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία. Ειδικότερα όλοι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δήλωσαν emphaticά ότι ένα από τα πλέον σημαντικά οφέλη (εκτός από το ίδιο το όφελος της διακοπής του καπνίσματος) που είχε η εμπειρία τους δηλαδή αντιμετώπισή τους μέσω ενσυναίσθησης από τους γιατρούς των δομών πρωτοβάθμιας υγείας είναι ότι πλέον, αντιμετωπίζουν όλες τις αποφάσεις που

χρειάζεται να λάβουν σχετικά με την υγεία τους στο ίδιο πλαίσιο. Δηλαδή η προσέγγιση του ιατρού με ενσυναίσθηση εκ μέρους τους είναι κάτι που αμέσως γίνεται εκ μέρους τους αντιληπτό πλέον και πως σε κάθε περίπτωση τα αποτελέσματα είναι θετικά όπως και στην περίπτωση του καπνίσματος.

*ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ: «Έχω κόψει δυο ήδη χρόνια οριστικά το τσιγάρο. Η θετική εμπειρία που είχα, δηλαδή η αντιμετώπιση μέσω ενσυναίσθησης που είχα από τον γιατρό στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας δομής υγείας, με έκαναν να σκέφτομαι διαφορετικά έκτοτε, για οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία μου. Είμαι πλέον πιο σίγουρη, ότι αφού υπήρξε τρόπος να κόψω το τσιγάρο, μια απόφαση που με βασάνιζε για χρόνια, έτσι μπορεί να προσπαθήσω και να πάρω αποφάσεις και για άλλα θέματα της υγείας μου αν αντιμετωπισθώ από τον γιατρό μου ή την ομάδα γιατρών μου κατά περίπτωση, με ενσυναίσθηση. Ήταν δηλαδή μια καλή ευκαιρία να σκεφτώ ότι τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο, αν έχεις κάποιον να σε βοηθήσει σε αυτή σου την προσπάθεια....Και την αποζητώ πλέον την ενσυναίσθηση. Έχει τύχει αρκετές φορές να αλλάζω γιατρό επειδή ακολουθούσε αυτό το σύνθετο αποστασιοποιημένο μοντέλο προσέγγισης που συνηθίζουν οι γιατροί, που εμένα πλέον δεν με βοηθά σε τίποτα....»*

*ΒΑΓΓΕΛΗΣ: «Πλέον ξέρω ότι η ενσυναίσθηση εκ μέρους των γιατρών είναι μαζί με την επιστημονική τους επάρκεια στην κορυφή των ζητούμενων μου όταν επισκέπτομαι έναν γιατρό. Ο ασθενής ξέρετε είναι εκ των πραγμάτων σε μια αδύναμη θέση... Ο γιατρός δεν επιτελεί έναν ρόλο....πως να το πω....απλώς διεκπεραιωτικό...Είναι πολύ ιδιαίτερος και πολύ*

*ευαίσθητος αυτός ο ρόλος καθώς και η σχέση του με τον ασθενή. Το ζητούμενο λοιπόν είναι, η αντιμετώπιση του γιατρού προς τον ασθενή να έχει ένα στόχο, κι όχι απλώς να τον φοβίσει ή να τον τρομοκρατήσει κιόλας. Κι ο στόχος είναι, να είναι συνεργάσιμος ο ασθενής και να υιοθετήσει στάσεις οι οποίες θα είναι θετικές για την υγεία του. Ε αυτό μόνο μέσω της ενσυναίσθησης μπορεί να γίνει και πλέον το ξέρω καλά σε πολλά θέματα της υγείας μου μετά την διακοπή του καπνίσματος πριν από 2,5 χρόνια.»*

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υπάρχουν πάνω από ένα δισεκατομμύριο καπνιστές σε όλο τον κόσμο σήμερα, ενώ η κατανάλωση καπνού συνδέεται με τις τρεις βασικές αιτίες πρόωρου θανάτου καθώς και με την ύπαρξη σοβαρών ασθενειών. Τα προγράμματα παρέμβασης διακοπής καπνίσματος έχουν αποδειχθεί ότι είναι οικονομικά αποδοτικά, με περίπου 3 δολάρια που εξοικονομούνται για κάθε \$ 1 που δαπανάται σε προληπτικά μέτρα (Hopkins et al., 2014).

Η στρατηγική ελέγχου του καπνίσματος καθώς και οι παρεμβάσεις για την διακοπή του στον γενικό πληθυσμό πρέπει να είναι ευρείες και συνεχείς και να περιλαμβάνει όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας. Μόνο αν υπάρχει ευρεία συναίνεση, καθώς επίσης και μια πολυτομεακή και πολυεπαγγελματική συμμετοχή σε αυτή την προσπάθεια, ο έλεγχος του καπνού και τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος θα είναι αποτελεσματικά.

Η ενσυναίσθηση όπως προέκυψε και στα πλαίσια της έρευνας, αποτελεί δίχως αμφιβολία, μια πολύ σημαντική παρέμβαση στα πλαίσια διακοπής του καπνίσματος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης του σημαντικού αυτού προβλήματος για την ατομική και δημόσια υγεία με τρόπο ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες και των καπνιστών αλλά και του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι αενάως καταβάλλουν προσπάθειες να μεγιστοποιήσουν (συχνά με πενιχρά μέσα) την κάλυψη των αναγκών των καπνιστών οι οποίοι θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα (Hooker 2015).

Εκτός όμως από τις όποιες παρεμβάσεις είναι επίσης είναι σημαντικό, οι ιθύνοντες σε κυβερνητικό επίπεδο να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν προγράμματα καθώς και ενημερωτικές καμπάνιες υπό τον συντονισμό τους, σε πρωτοβάθμιες κυρίως δομές υγείας όπου υπάρχει μεγάλη προσέλευση καπνιστών ασθενών, που θα έχουν στόχο την διακοπή του καπνίσματος.

Επίσης θα πρέπει να υπάρξει κινητοποίηση εκ μέρους της κοινωνίας των πολιτών, των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), επαγγελματικών ενώσεων και άλλων οργανώσεων για τον έλεγχο του καπνού και την προσπάθεια αύξησης των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος.

Οι κλινικοί ιατροί, οι νοσηλευτές, οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί και όλοι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, επιβάλλεται στην καθημερινή ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα εξάρτησης από τον καπνό, ως μέρος της παροχής βασικής περίθαλψης. Αυτό δεν είναι πάντοτε αυτονόητο καθώς σε διάφορες μελέτες αναφέρεται συχνά ότι ενώ οι γιατροί της πρωτοβάθμιας υγείας και όχι μόνο συχνά συμβουλεύουν τους ασθενείς τους σχετικά με την άσκηση και τη διατροφή, πολλοί ίσως να μην δίνουν τόσο μεγάλη έμφαση στο κάπνισμα και τη χρήση καπνού (Hopkins et al., 2014).

Είναι προφανές ότι αυτή η αντίληψη θα πρέπει να αλλάξει δεδομένου ότι η χρήση των προϊόντων καπνού, αποτελεί σήμερα έναν από τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες τόσο της ατομικής όσο και της κοινοτικής υγείας. Στην περίπτωση ασθενών ή πελατών λοιπόν που είναι καπνιστές, όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει μέσω μιας διαδικασίας ενσυναίσθησης να συμβουλεύουν τον ασθενή, ότι η διακοπή του καπνού είναι το καλύτερο που μπορεί να κάνει για την υγεία του.

Μέσω συντονισμένων προσπαθειών και μέσω σχετικής εκπαίδευσης που θα πρέπει να λαμβάνουν μπορούν εύκολα και να αυξήσουν με τον τρόπο αυτό, την ευαισθητοποίηση σχετικά με τα άμεσα και μακροπρόθεσμα οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος και να υπενθυμίζουν στους ασθενείς ότι η διακοπή του καπνίσματος σε κάθε ηλικία έχει τεράστια οφέλη για την υγεία.

Οι ιατρικές οδηγίες των κλινικών πρακτικών θα πρέπει επίσης να αναβαθμιστούν και επικαιροποιηθούν με βάση τις αρχές της ενσυναίσθησης. Παράλληλα οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας διεθνώς επιβάλλεται να εκδώσουν ενημερωμένες οδηγίες για την παύση του καπνίσματος για τους ασθενείς και τους γιατρούς, τους διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης,

τους ασφαλιστές και τους αγοραστές. Η επιτυχής εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών εξαρτάται αναμφίβολα όμως, σε μεγάλο βαθμό από τις διοικητικές ενισχύσεις των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και των ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και από την πρόβλεψη κονδυλίων για τις σχετικές προωθητικές και ενημερωτικές καμπάνιες κατά του καπνίσματος.

Καταληκτικά θα πρέπει να τονιστεί ότι εκτός από τους γιατρούς όμως, ολόκληρη η κοινωνία είναι απαραίτητη στην πραγματικότητα σε αυτή την θεμελιώδη προσπάθεια για την διακοπή του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό, η οποία αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα και θα πρέπει να σταθεί αρωγός σε αυτό το έργο, το οποίο αποτελεί σήμερα έναν διακύβευμα κρίσιμης σημασίας για τις σύγχρονες κοινωνίες και τους πολίτες τους.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

- Anon D. What makes a good GP? Which? 1995; June: 18
- Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis.* 2019; 6(3):A84.
- Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev.* 2004;111:33–51.
- Baron-Cohen, S . *Zero Degrees of Empathy*, London: Allen Lane, 2011.
- Batson, C. &, Ahmad, N., & Lishner, D. A. (2012). Empathy and altruism. in C. R. Snyder & S. L. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*, 2nd ed, 485-498. Oxford University Press.
- Benowitz NL Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 2010 Jun 17; 362(24):2295-303.
- Bhabha, H. (2014). *The location of culture*. New York: Routledge.
- Bondi, L . Empathy and identification: conceptual resources for feminist fieldwork. *ACME* 2003; 2: 64–76.

Brubaker, R. (2012). *Ethnicity without groups*. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs--United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002 Apr 12; 51(14):300-3.

Centers for Disease Control and Prevention,. The health consequences of smoking: nicotine addiction-a report by the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2017. DHHS publication

Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2008. 2018

Chang CL (2006) Application of quality function deployment launches to enhancing nursing home service quality. *Total Qual Manag Bus* 17: 287-302.

Coplan, A, Goldie, P. *Empathy Philosophical and Psychological Perspectives*, Oxford: Oxford University Press, 2011.

Cromarty I. What do patients think about during their consultations? A qualitative study. *Br J Gen Pract* 2016; 46: 525-528.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.

Derksen, F, Bensing, J, Lagro-Janssen, A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Prac* 2013; 63: 76–84.

Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762.

Dierker L, Donny E, Tiffany S, Colby SM, Perrine N, Clayton R, et al. The association between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among first year college students. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;86:106–114.

Dixon DM, Sweeney KG, Gray DJPP. The physician healer: ancient magic or modern science? *Br J Gen Pract* 1999; 49: 309-312.



- Donnan GA, McNeil JJ, Adena MA, Doyle AE, O'Malley HM, Neill GC: Smoking as a risk factor for cerebral ischaemia. *Lancet* 2001; 2:643-647
- Douglas, M. (1984). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. New York: ARK Edition.
- Dymond, R. F. (1949). A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 13(2), 127–133.
- Eisenberg, N . *Empathy and its Development*, Cambridge: CUP Archive, 1990.
- Eisenberg, N . Emotion, regulation, and moral development. *Ann Rev Psychol* 2000; 51: 665–697
- Eriksen M., Mackay J., & Ross H. (2018). *The tobacco atlas*. New York, NY: American Cancer Society.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F. & Drope, J. (2015) *Growing Tobacco. The Tobacco Atlas*. 5th edition. Atlanta, Georgia, American Cancer Society, Inc. Available from: <http://www.tobaccoatlas.org/topic/growingtobacco/> [Accessed 15 June 2019].
- Fanon, F. (2012). *Black skins, white masks* (C. L. Markmann, Trans.). New York: Grove Press.
- Fiel SB Chronic obstructive pulmonary disease. Mortality and mortality reduction. *Drugs*. 2016; 52 Suppl 2():55-60; discussion 60-1.
- Fielding JE. Smoking: health effects and control. *New England Journal of Medicine* 1985; 313: 491-498.
- Filippova, E. (2016). Discussion on integration: Conservative anachronism of the era of transnationalism. In V. S. Malakhova & M. E. Simona (Eds.), *Transnational migrations of modern states of conditions of economic turbulence: Composition of research articles*. Ljubljana, Slovenia: Delo Publishing House.
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; 2008.

- Frank E. Fortmann SP: The effects of smoking cessation on cardiovascular disease risk. *Cardiovasc Dis Risk*, 2000
- Friedman GD, Siegelau AB: Changes after quitting smoking. *Circulation* 2012; 61:716-723
- Gerace TA, Hollis J, Ockene JK, Svendsen K: Smoking cessation and changes in diastolic blood pressure, body weight, and plasma lipids. *Prev Med* 2012; 20:602-620
- Gilligan, C . *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.
- Glavas D, Rumboldt M, Rumboldt Z Smoking cessation with nicotine replacement therapy among health care workers: randomized double-blind study. *Croat Med J*. 2003 Apr; 44(2):219-24.
- Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, Prescott E Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study. *Thorax*. 2012 Nov; 57(11):967-72.
- Goldberg R, Szklo M, Chandra V: The effect of cigarette smoking on the long-term prognosis of myocardial infarction (Abstr). *Am J Epidemiol* 1981; 114:431
- Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *Br J Gen Pract* 2015; 48: 1391-1394.
- Gowing LR, Ali RL, Allsop S, Marsden J, Turf EE, West R, Witton J Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*. 2015 Jun; 110(6):904-19.
- Halil Z, Nizamettin B, Selim Z (2010) Service quality and determinants of customer satisfaction in hospitals: Turkish experience. *Int Bus Econ Res J* 9: 51-58.
- Halpern, J . *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*, New York: Oxford University Press, 2001.
- Hart, T. (1999) The Refinement of Empathy. *Journal of Humanistic Psychology*, 39,111-125
- Hodges, S. (2008). Perspective taking *International encyclopedia of the social sciences*, 2, 226
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316.

- Helman CG (2014) Culture, health and illness: An introduction for health professionals. Butterworth-Heinemann, Boston.
- Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, Gersh BJ: Participants in the Coronary Artery Surgery Study-Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease: Results from the CASS Registry. *N Engl J Med* 1988; 319:1365-1369
- Hettema J, Steele J, Miller WR Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1():91-111.
- Hogan, R. (1971). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, et al. (2011) Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 86: 359-364.
- Hojat, M, Gonnella, JS, Nasca, TJ, Mangione, S, Veloksi, JJ, Magee, M. The Jefferson scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med* 2002; 77(10 Suppl): S58–S60.
- Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW, Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2016 Feb; 20(2 Suppl):16-66.
- Horvath AO, et al. Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2011; 38: 139-149
- Ickes, W., Stinson, L., Bissonnette, V., & Garcia, S. (1990). Naturalistic social cognition: Empathy accuracy in mixed-sex dyads. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(4)
- Jennings, P. & Greenberg, M. (2009). The prosocial classroom: Teacher Social and Emotional Competence in Relation to Student and Classroom Outcomes. *Review of Educational Research* Spring, 79

- Irving, P, Dickson, D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur* 2004; 17: 212–220.
- Kalman D, Morissette SB, George TP. Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal on Addictions*. 2005;14:103–126.
- Kaye L. Pharmacologic and behavioral approaches to smoking cessation. *Hosp Medicine*. 1998;34:41–50
- King CM, Rothman AJ, Jeffery RW The Challenge study: theory-based interventions for smoking and weight loss. *Health Educ Res*. 2002 Oct; 17(5):522-30.
- Krupnick JL, Sotsky SM, Elkin I, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute Of Mental Health Treatment Of Depression Collaborative Research Programme. *J Consult Clin Psychol* 2016; 64 (3): 532-539.
- LaCroix AZ, Lang J. Scherr P, et al: Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N Engl J Med* 1991; 324:1619-1625
- Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20; (1):CD006936.
- Leisen B, Hyman MR (2004) Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physicians. *J Bus Res* 57: 990-999.
- Leppan, W., Lecours, N. & Buckles, D. (2014) Tobacco control and tobacco farming: separating myth from reality. Ottawa, International Development Research Centre (IDRC).
- Lessov-Schlaggar CN, Pergadia ML, Khroyan TV, Swan GE Genetics of nicotine dependence and pharmacotherapy. *Biochem Pharmacol*. 2008 Jan 1; 75(1):178-95.
- Levinson W, Gorawa-Bhat, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-1027
- Lipps, T . *Asthetik*, Leipzig, Germany: Leopold Voss Verlag, 1903.

- Macdonald. N. & Messinger, D. (2011) *The Development of Empathy: How, When, and Why*.  
University of Miami Department of Psychology
- Malakhov, V. S. (2015). Integration of migrants: Concepts and practices. *Social Sciences*, 47(2), 152–155.
- Manley MW, Epps RP, Glynn TJ The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am*. 1992 Mar; 76(2):477-94.
- Mattick RP, Baillie A, eds. An outline for approaches to smoking cessation: quality assurance project. Canberra: Australian Government Publishing Service, 2016. (National Campaign Against Drug Abuse Monograph No 19.)
- Mattson ME, Pollack ES, Cullen JW: What are the odds that smoking will kill you'? *Am J Public Health* 2009; 77:425-431
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 52(Suppl), S9-12.
- Mercer, SW, Reynolds, WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Prac* 2002; 52: S9–S12.
- Mitchell A, Cormack M. The therapeutic relationship in complementary health care. London: Churchill Livingstone, 1998
- Morse, JM, Anderson, G, Bottorff, JL, Yonge, O, O'Brien, B, Solberg, SM. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image* 1992; 24: 273–280.
- Morse, JM, Anderson, G, Bottorff, JL, Yonge, O, O'Brien, B, Solberg, SM. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image* 1992; 24: 273–280.
- Mulcahy R, Hickey N. Grahamii IM, Macairt J: Factors affecting, the 5-year survival rate of men following acute coronary heart disease. *Am Heart J* 2000: 93:1556-1559
- National Cancer Institute. Cancer trends progress report – 2010. <http://progressreport.cancer.gov/> [Accessed 14 June, 2019].
- Neumann, M, Scheffer, C, Tauschel, D, Lutz, G, Wirtz, M, Edelhäuser, F. Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and

medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2012; 29: 1–11.

Noddings, N . *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, CA: University of California Press, 1984.

Novotny TE, Cohen JC, Yurekli A, Sweanor DT, de Beyer J. Smoking cessation and nicotine replacement therapies. In: Jha P, Chaloupka F, editors. *Tobacco control in developing countries*. New York: Oxford University Press; 2000

Novotny, T., Bialous, S., Burt, L., Curtis, C., da Costa, V., Iqtidar, S., Liu, Y., Pujari, S. & d'Espaignet, E. (2015) The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bulletin of the World Health Organization*. 93

Prochaska JO, DiClemente CC Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Jun; 51(3):390-5.

Rees-Lewis JC. Patients views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39(30): 655-671.

Reynolds W, Scott B. Empathy: a crucial component of the helping relationship. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; V6(5): 363-370.

Reynolds W, Scott PA. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv Nurs Stud* 2000; 31(1): 226- 234.

Reynolds W. *The measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited, 2015

Rogers, CR . *On Becoming a Person*, London: Constable, 1961.

Rogot E, Murray JL: Smoking and causes of death among U.S. veterans: 16 years of observation. *Public Health Rep* 1980: 95:213-222

Roper, L, Foster, K, Garlan, K, Jorm, C. The challenge of authenticity for medical students. *Clin Teach* 2016; 13: 130–133.

- Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Shapiro S: The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* 2005; 313:1511-1514
- Russell MA, Feyerabend C, Cole PV Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing nicotine gum. *Br Med J*. 1976 May 1; 1(6017):1043-6.
- Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG Use of smoking-cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med*. 2008 Feb; 34(2):102-11.
- Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther*. 2018 Oct; 30(10):1852-8.
- Shinton R, Beevers G: Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *Br Med J* 2000; 298:789-794
- Slote, M . *Moral Sentimentalism*, Oxford: Oxford University Press, 2010.
- Smith SS, Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Jamerson B, Fiore MC, Baker TB Targeting smokers at increased risk for relapse *Nicotine Tob Res*. 2003 Feb; 5(1):99-109.
- Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, Fraser DL, Fiore MC, Baker TB, Jackson TC Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med*. 2009 Dec 14; 169(22):2148-55.
- Stein E. transl. W Stein. *On the Problem of Empathy: The Collected Works of Edith Stein*, Vol. 3. Washington, DC: ICS Publishers, 1989.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Patient-centred medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.
- Strong DR, Kahler CW, Abrantes AM, MacPherson L, Myers MG, Ramsey SE, Brown RA Nicotine dependence symptoms among adolescents with psychiatric

disorders: using a Rasch model to evaluate symptom expression across time. *Nicotine Tob Res.* 2007 May; 9(5):557-69.

Strong DR, Kahler CW, Ramsey SE, Brown RA Finding order in the DSM-IV nicotine dependence syndrome: a Rasch analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2003 Nov 24; 72(2):151-62.

Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M Jr. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 2013; 31: 1083-1092

Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P (2008) Can simulations measure empathy? considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Educ Couns* 71: 148-152.

Thom DH, Campbell B (2017) Patient-physician trust: An exploratory study. *J Fam Practice* 44: 169-176.

Tichner, E . *Lectures on the Experimental Psychology of the Thought Processes*, New York: Macmillan, 1909.

Trichopoulos D, Mollo F, Tomatis L, et al: Active and passive smoking and pathological indicators of lung cancer risk in an autopsy study. *JAMA* 1992; 268:1697-1701

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2019.* 2010 DHHS Publication No. 2010–1232

US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, Georgia: Office on Smoking and Health, 1994

US Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General.* Office on Smoking and Health: Rockville. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, 2010.



WHO (2017a) WHO report on the global tobacco epidemic 2017. Available from: [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/) [Accessed 13 June 2019]

WHO. (2017) Tobacco. Fact Sheet. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> [Accessed 13 June 2019]

WHO. (2017b) Tobacco. Fact Sheet. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> [Accessed 13 June 2019]

Williams GC, Minicucci DS, Kouides RW, Levesque CS, Chirkov VI, Ryan RM, Deci EL Self-determination, smoking, diet and health. *Health Educ Res.* 2002 Oct; 17(5):512-21.

Wisnewski, JJ . Perceiving sympathetically: moral perception, embodiment, and medical ethics. *J Med Human* 2015; 36: 309–319.