

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ»

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ -
ΕΝΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ**

της

Λεοντάρη Δ. Δέσποινας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ζήση Βασιλική

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχολογία της Άσκησης» του Τμήματος
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Έτος ολοκλήρωσης της διατριβής
2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ»

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ -
ΕΝΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ**

της

Λεοντάρη Δ. Δέσποινας

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχολογία της Άσκησης» του Τμήματος
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα

1^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Ζήση Βασιλική

2^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Θεοδωράκης Ιωάννης

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Χασσάνδρα Μαίρη

Τρίκαλα, 2011

© ΛΕΟΝΤΑΡΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ALL RIGHTS RESERVED

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να διαπιστώσει εάν και κατά πόσο η προσθήκη και πραγματοποίηση ομαδικών συνεδριών επηρεάζει την αλλαγή του τρόπου ζωής, μέσα από τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, να διερευνήσει ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες των ομαδικών συνεδριών είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους, αλλά και με ποιον τρόπο η δυναμική της ομάδας επιδρά στην παραπάνω διαδικασία. Επίσης, στόχος μας ήταν να δούμε πως η ετερογένεια μεταξύ των συμμετεχόντων (το διαφορετικό στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο κάθε συμμετέχων) μπορεί να επηρεάσει τους ίδιους και να συμβάλει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 8 άτομα, 5 άνδρες και 3 γυναίκες και οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 39 έως 47 ετών (Μ.Ο. = 41.6 έτη). Έγινε συλλογή δημογραφικών στοιχείων, βασικών πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό καπνίσματος, οικογενειακού ιστορικού καπνίσματος του συμμετέχοντα και παραγόντων άμεσα σχετιζόμενων με το κάπνισμα. Επίσης, για τους σκοπούς της έρευνας στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προσθήκη των ομαδικών συνεδριών συνέβαλλε θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Ιδιαίτερα βοηθητική ήταν η αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι τους και ότι υπάρχει ένα ασφαλές περιβάλλον για εκείνους, δηλαδή το πλαίσιο της ομάδας, στο οποίο μπορούν να εκφράζονται και να μοιράζονται γνώσεις, εμπειρίες και συναισθήματα. Το διαφορετικό επίπεδο εξέλιξης των συμμετεχόντων φάνηκε είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για τους ίδιους. Τέλος, οι αλλαγές πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε συναισθηματικό επίπεδο χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν εντοπίστηκαν αλλαγές και στον τρόπο σκέψης.

Λέξεις-κλειδιά: *Κάπνισμα, συμβουλευτική, ομάδα, φυσική δραστηριότητα, Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής, Κινητοποιητική Συνέντευξη*

ABSTRACT

The present study aimed to investigate if and how the inclusion of group counseling sessions affects lifestyle changes through smoking cessation and physical activity enhancement, and also to identify specific techniques, characteristics and qualities of group sessions, and group dynamics as well, that contribute in the certain changing process. It was also aimed to find out if and how the participants' heterogeneity (at a different change level) influenced their give up smoking effort. The participants were 5 men and 3 women, aged 39 to 47 years. Demographic characteristics, individual and family smoking history, basic factors related to smoking habits, physical activity habits and psychological and health problems were recorded. A semi-structured interview was used before and after the program to evaluate the effectiveness of the program. According to the results, the inclusion of group sessions contributed positively in the process of smoking cessation. The participants reported as very helpful the sense that they are not alone and the existence of a safe environment, which was the frame of the team, in which they could express their selves and share knowledge, experiences and emotions. The different progress levels of the participants seemed to be really helpful for them. Finally, the changes took place mainly at emotional level without excluding the changes in the way of thinking.

Keywords: *smoking, group counseling, physical activity, Transtheoretical Model, Motivational Interviewing*

Ευχαριστίες

Για την αποπεράτωση της Μεταπτυχιακής μου διατριβής θα ήθελα πρώτα απ' όλους να ευχαριστήσω ολόψυχα την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Βάσω Ζήση για τις πολύτιμες συμβουλές, την καθοδήγηση και τη στήριξη.

Επίσης ευχαριστώ με όλη μου την καρδιά τους καθηγητές κ. Γιάννη Θεοδωράκη και κ. Μαίρη Χασσάνδρα για την επιστημονική τους βοήθεια.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Γρατσάνη Σταματία, υποψήφια διδάκτωρ του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων, για την πολύτιμη βοήθεια, τη συνεργασία, την κατανόηση αλλά κυρίως τη συναισθηματική υποστήριξη σε όλη αυτή την προσπάθεια.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βρίσκονταν δίπλα μου και συνέβαλαν με το δικό τους μοναδικό τρόπο και κυρίως με την υπομονή τους στη διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης διατριβής.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ	9
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Σκοπός της έρευνας.....	15
Σημασία της έρευνας	16
Ερευνητικές υποθέσεις	17
Οριοθετήσεις	18
Περιορισμοί	18
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	 19
Παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας	19
Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας	27
Παρεμβατικά Προγράμματα για τη Διακοπή Καπνίσματος.....	34
Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις Διακοπής Καπνίσματος	38
Προγράμματα αυτό-βοήθειας	41
Προγράμματα Άσκησης	41
Προγράμματα Συμβουλευτικής	43
Ατομική Συμβουλευτική.....	44
Συμβουλευτική μέσω διαδικτύου	49
Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου	52
Προγράμματα Παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους	55
Παρακινητική ή Κινητοποιητική Συνέντευξη	57
Ομαδική Συμβουλευτική	61
Παρεμβατική Προγράμματα Ομαδικής Συμβουλευτικής	64
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	 71
Συμμετέχοντες	71
Όργανα Μέτρησης	71
Διαδικασία	73

Ατομική Συμβουλευτική	74
Ομαδική Συμβουλευτική	80
Βασικά Χαρακτηριστικά Ομάδας.....	80
Στατιστική Ανάλυση	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	84
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων, ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης	84
Περιγραφικά Στοιχεία.....	85
Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα.....	85
Ιστορικό Καπνίσματος.....	86
Λόγοι Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος	87
Πόσο βοηθητικές ήταν οι ομαδικές συνεδρίες	89
Ποιες ομαδικές δραστηριότητες βοήθησαν περισσότερο	90
Τι δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία των Ομαδικών Συνεδριών.....	90
Ποιες αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών	91
.....	
Χαρακτηριστικά των Ομαδικών Συνεδριών που βοήθησαν τους συμμετέχοντες	92
.....	
Ποιες προτάσεις έχουν να κάνουν οι συμμετέχοντες για τις Ομαδικές Συνεδρίες	94
Προσδοκίες των συμμετεχόντων από τις Ομαδικές Συνεδρίες	96
Follow-Up	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:	150
Συναίνεση συμβουλευόμενου για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΣΚΗΣΕΙΣ	151
Ημι-δομημένη Συνέντευξη - «Προφίλ Συμμετεχόντων»	156

Αξιολόγηση Ομαδικών Συνεδριών

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ.
<i>Πίνακας 1</i>	Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων ανάλογα με την έκβαση της παρέμβασης	81
<i>Πίνακας 2</i>	Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος	82
<i>Πίνακας 3</i>	Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα	82
<i>Πίνακας 4</i>	Ιστορικό Καπνίσματος	83
<i>Πίνακας 5</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πόσο βοηθητικές ήταν οι ομαδικές συνεδρίες;	86
<i>Πίνακας 6</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες Ομαδικές Δραστηριότητες βοήθησαν περισσότερο;»	87
<i>Πίνακας 7</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες Αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών;»	88
<i>Πίνακας 8</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια Χαρακτηριστικά των Ομαδικών Συνεδριών βοήθησαν τους συμμετέχοντες;»	89
<i>Πίνακας 9</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες προτάσεις έχουν να κάνουν οι συμμετέχοντες για τις ομαδικές συνεδρίες;»	
<i>Πίνακας 10</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες ήταν οι προσδοκίες των συμμετεχόντων για τις ομαδικές συνεδρίες;»	98
<i>Πίνακας 11</i>	Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες από τις προσδοκίες των συμμετεχόντων για τις ομαδικές συνεδρίες επιβεβαιώθηκαν;»	

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛ
<i>Σχήμα 1</i>	Αρχικοί Στόχοι Συμμετεχόντων	85

Σχήμα 2

Στόχοι που επιτεύχθηκαν

86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια όλο και μεγαλύτερος όγκος ερευνών έχει ως αντικείμενο μελέτης τις υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές. Όταν μιλάμε για ανθυγιεινές συμπεριφορές αναφερόμαστε κυρίως στη συμπεριφορά του καπνίσματος, στη χρήση αλκοόλ, στη χρήση ναρκωτικών, στη βίαιη-επιθετική συμπεριφορά, στη διατροφή και τα προβλήματα παχυσαρκίας κ.α.

Η ανθυγιεινή συμπεριφορά του καπνίσματος έχει μονοπωλήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών τις τελευταίες δεκαετίες εξ' αιτίας των σοβαρών επιδράσεων στην υγεία, κάτι που συνεπάγεται και αυξημένα ποσοστά θανάτων λόγω ασθενειών που οφείλονται στο κάπνισμα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το κάπνισμα ανήκει στις εξαρτήσεις, των οποίων βασικό κριτήριο διάγνωσης σύμφωνα με το ICD-10, είναι ότι η χρήση ουσιών συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι το επίμονο ή περιοδικό σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα είναι πιθανό να δημιουργείται ή να επιδεινώνεται από την ίδια την ουσία (ΠΟΥ, 1997).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 2008) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι είναι καπνιστές. Στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες (WHO, 2007). Η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών (37.6%) μεταξύ των Δυτικοευρωπαϊκών χωρών (WHO, 2007). Το ποσοστό των ανδρών κυμαίνεται στο 46.8 % και των γυναικών στο 29 % (World Health Organization - WHO, 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω

των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες, 51% και στις γυναίκες 39% (Pitsavos et al., 2003). Η Ελλάδα έχει επίσης τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη, ο οποίος είναι διπλάσιος από ότι στη Γερμανία, στη Γαλλία, στη Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ότι στη Νορβηγία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (WHO, 2007) η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών. Ωστόσο σε άλλη μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkevi et al., 2000).

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

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

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

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

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

Όσον αφορά στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος έχει υποστηριχτεί ότι ο καπνός προκαλεί 4,9 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως. Στην Ευρώπη, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα φτάνει το 14% του συνόλου των θανάτων ενώ σημειώνονται ετησίως 79.000 θάνατοι λόγω του παθητικού καπνίσματος. Τα αντίστοιχα ετήσια ποσοστά για την Ελλάδα κυμαίνονται περίπου στο 19,3% (WHO, 2007).

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (WHO, 2007). Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Αναφερόμαστε σε 4.000 διαφορετικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 200 δηλητηριώδης και 60

γνωστές καρκινογόνες ουσίες (WHO, 2007). Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης νοσημάτων όπως στεφανιαία νόσο, καρδιοπάθειες, αθηροσκλήρωση, διάφορα είδη καρκίνων (καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης κ.α.), χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες, αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου και αρκετές άλλες ασθένειες. Επίσης, το κάπνισμα συμβάλλει σημαντικά στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση (US DHHS, 2000).

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

Έρευνες έχουν μελετήσει τους προβλεπτικούς παράγοντες του καπνίσματος, οι βασικότεροι από τους οποίους είναι η πρόθεση, η αντιλαμβανόμενη ευκολία καπνίσματος, ο αριθμός των φίλων που καπνίζουν, το ποσοστό των μεγαλύτερων αδερφών που καπνίζουν, η αυτοεκτίμηση και η εξωστρέφεια (Wilkinson και Abraham, 2004). Επίσης η συμπεριφορά του καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται θετικά με την υιοθέτηση και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως χρήση αλκοολ, χρήση ουσιών, έλεγχος βάρους και αρνητικά με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών όπως η φυσική δραστηριότητα (Craciun & Baban, 2008).

Τα αποτελέσματα αυτά έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην οργάνωση και τη δόμηση προγραμμάτων παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος. Αν θέλαμε να κάνουμε μια

διάκριση των προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για τη διακοπή καπνίσματος θα λέγαμε ότι υπάρχουν οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις, τα προγράμματα αυτοβοήθειας, τα προγράμματα άσκησης και οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής. Στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνουμε τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης όπως μαστίχες, επιδερμικά αυτοκόλλητα και σπρέι νικοτίνης ή τη χορήγηση διαφόρων σκευασμάτων όπως βουπροπιόνη κ.α. Από όλες τις φαρμακολογικές παρεμβάσεις που έχουν μελετηθεί μέχρι τώρα η χορήγηση βουπροπιόνης και η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης προτείνονται ως οι πιο αποτελεσματικές για τη διακοπή καπνίσματος (Sampablo & Paxeras, 2003).

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

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

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

Οι ομαδικές παρεμβάσεις ως τεχνική έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του εθισμού από την νικοτίνη, το αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες. Η ομαδική συμβουλευτική βασίζεται στη δέσμευση των μελών της ομάδας μεταξύ τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα και τις ίδιες δυσκολίες, και στην υποστήριξη που παρέχουν ο ένας στον άλλο. Κατά την πραγματοποίηση ομάδων συμβουλευτικής τα μέλη έχουν την ευκαιρία να ανταλλάξουν εμπειρίες και να μοιραστούν συναισθήματα. Έρευνες υποστήριξαν ότι παρουσιάζεται αύξηση στα ποσοστά διακοπής με τη χρήση των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος (Stead & Lancaster, 2009). Ωστόσο, δε λείπουν και έρευνες, οι οποίες υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ατομικών και ομαδικών παρεμβάσεων και ότι κανείς τύπος παρέμβασης δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικός από τους υπόλοιπους (Weiss, Jafee, Menil & Cogley, 2004; Ramos et al., 2010; Moller και Tonnesen, 1999) .

Αρκετά προγράμματα διακοπής έχουν χρησιμοποιήσει την άσκηση πιστεύοντας και αποδεικνύοντας ότι βοηθάει στην πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών και την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών (Bock, Marcus, King, Borelli, & Roberts, 1999; Marcus, Albrecht, Niaura, Abrams, & Thompson, 1991; Marcus et al., 1999, 2003). Όλες οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έως σήμερα έχουν συμβάλει καθοριστικά στην ανάδειξη βασικών στοιχείων τα οποία έχουν αξιοποιηθεί κυρίως στη δημιουργία παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος.

Σκοπός της έρευνας

Αν και έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες, οι οποίες μελετούν την επίδραση τόσο των προγραμμάτων ατομικής συμβουλευτικής όσο και των προγραμμάτων ομαδικής συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος ωστόσο δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο να εστιάζει στο συνδυασμό και την ταυτόχρονη παροχή της ατομικής συμβουλευτικής και των ομαδικών συνεδριών για τη διακοπή καπνίσματος. Πιστεύοντας ότι ένα αντίστοιχο πρόγραμμα ίσως αναδείκνυε κάποια κομβικά σημεία και συνέβαλλε στη δημιουργία πιο αποτελεσματικών παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος προχωρήσαμε στην οργάνωση του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος. Πιο συγκεκριμένα το παρόν παρεμβατικό πρόγραμμα, αποτελούμενο τόσο από συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής όσο και ομαδικές συνεδρίες, αποσκοπεί στο να διαπιστώσει εάν και κατά πόσο η προσθήκη και πραγματοποίηση ομαδικών συνεδριών επηρεάζει την αλλαγή του τρόπου ζωής, μέσα από τη διακοπή καπνίσματος και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, να διερευνήσει ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες των ομαδικών συνεδριών είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους, αλλά και με ποιον τρόπο η δυναμική της ομάδας επιδρά στην παραπάνω διαδικασία.

Σημασία της έρευνας

Καινοτομία του συγκεκριμένου προγράμματος είναι ότι προστέθηκαν οι ομαδικές συνεδρίες ως ένας χώρος συνάντησης, συζήτησης, ανταλλαγής εμπειριών-δυσκολιών-ανησυχιών και μοιράσματος συναισθημάτων σχετικά με τον κοινό στόχο της διακοπής καπνίσματος. Δεν έγινε χρήση της κλασσικής ομαδικής συμβουλευτικής όπως συνηθίζεται να χρησιμοποιείται αλλά ο κάθε συμμετέχοντας παρακολουθούσε τόσο το εξατομικευμένο πρόγραμμα ατομικής συμβουλευτικής (12 συνεδρίες) όσο και 3 ομαδικές συνεδρίες. Η βασική διαφοροποίηση ήταν ότι όλοι οι συμβουλευόμενοι βρίσκονταν σε διαφορετικά

στάδια σε σχέση με τους συμμετέχοντες σε συναντήσεις ομαδικής συμβουλευτικής, οι οποίοι ξεκινούν όλοι μαζί, δουλεύουν όλοι μαζί με συγκεκριμένο υλικό και στόχους σε κάθε συνάντηση και βρίσκονται όλοι στο ίδιο στάδιο. Έτσι θα λέγαμε ότι χρησιμοποιήθηκε ένας διαφορετικός-εναλλακτικός τρόπος συμβουλευτικής. Στόχος μας ήταν να δούμε πώς μπορεί αυτή η ετερογένεια μεταξύ των συμμετεχόντων να επηρεάσει τους ίδιους και να συμβάλλει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Ακόμη και από πρακτικής απόψεως η αναζήτηση συμμετεχόντων, οι οποίοι θα βρίσκονται στο ίδιο στάδιο και ο συντονισμός όλων αυτών ώστε να εξελίσσεται το πρόγραμμα ταυτόχρονα και για όλους με τον ίδιο ρυθμό θα ήταν ιδιαίτερα δύσκολη. Επομένως η επιλογή συμμετεχόντων οι οποίοι βρίσκονταν σε διαφορετικά στάδια ήταν κάτι που λάμβανε υπόψη και αυτή τη σημαντική δυσκολία. Ευελπιστούμε ότι η παρέμβαση θα καλύψει το κενό γνώσης που υπάρχει και θα απαντήσει σε ερωτήματα συμβάλλοντας έτσι στην ανάδειξη κομβικών σημείων που ίσως είναι χρήσιμο να ληφθούν υπόψη στην υλοποίηση μελλοντικών παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος.

Βασικές υποθέσεις μας είναι ότι:

1. Η προσθήκη ομαδικών συνεδριών θα βοηθήσει στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
2. Υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο των ομαδικών συνεδριών, οι οποίες θα είναι περισσότερο βοηθητικές για τους συμμετέχοντες ως προς τη διακοπή καπνίσματος.
3. Κάποια χαρακτηριστικά ή στοιχεία των ομαδικών συνεδριών θα δυσκολέψουν τα μέλη της ομάδας.
4. Οι ομαδικές συνεδρίες θα επηρεάσουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά των μελών της ομάδας.

5. Υπάρχουν κάποια στοιχεία των ομαδικών συνεδριών που θα βοηθήσουν περισσότερο τα μέλη της ομάδας.
6. Η διαφοροποίηση-ετερογένεια μεταξύ των συμμετεχόντων (το διαφορετικό στάδιο στο οποίο βρίσκονται ως προς τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος) θα είναι βοηθητική και χρήσιμη για τους συμμετέχοντες.
7. Οι συμμετέχοντες θα έχουν να κάνουν κάποιες προτάσεις για τη βελτίωση και την καλύτερη λειτουργία των ομαδικών συνεδριών.
8. Οι συμμετέχοντες θα έχουν κάποιες προσδοκίες από τις ομαδικές συνεδρίες και κάποιες από αυτές θα επιβεβαιωθούν.

Οριοθετήσεις

Η έρευνα έγινε αποκλειστικά σε ενήλικες άνω των 18 ετών οι οποίοι διέμεναν τόσο στην περιφέρεια όσο και στην πόλη των Τρικάλων.

Περιορισμοί

Στην έρευνα συμμετείχαν όσοι είχαν εκδηλώσει προσωπικό ενδιαφέρον για τη μείωση και τη διακοπή του καπνίσματος. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η πρόθεση συμμετοχής τόσο στην ατομική παρέμβαση όσο και στις ομαδικές συνεδρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Όπως προαναφέραμε το κάπνισμα φαίνεται να απασχολεί τον επιστημονικό χώρο και όχι μόνο κυρίως λόγω των βλαβερών επιπτώσεων που προκαλεί στην υγεία αλλά και της σύνδεσής του με υψηλά ποσοστά ασθενειών αλλά και θανάτων. Για το λόγο αυτό μεγάλος όγκος ερευνών έχει ασχοληθεί με παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με την έναρξη του καπνίσματος αλλά και με παράγοντες που μπορεί να προστατεύσουν κάποιον από την υιοθέτηση μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς όπως το κάπνισμα.

Προβλεπτικοί και Προστατευτικοί Παράγοντες για τη συμπεριφορά του καπνίσματος

Πλήθος ερευνών έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη παραγόντων όπως οι διαφορές φύλου, οι διαφορές μορφωτικού επιπέδου, οι κοινωνικο-οικονομικοί και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες με στόχο να εξετάσουν το ρόλο που μπορεί να παίζουν οι παράγοντες αυτοί στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Ακόμη, αρκετές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό να μελετήσουν τη σύνδεση ανθυγιεινών συμπεριφορών και κυρίως του καπνίσματος με άλλους παράγοντες όπως η άσκηση, το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα, οι προσδοκίες και η ετοιμότητα για την αλλαγή συμπεριφοράς.

Το κάπνισμα έχει υποστηριχτεί ότι συνδέεται άμεσα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι χειρωνακτες εργάτες (51%) (European Commission, 2003). Στη Μ. Βρετανία, μόνο το 10% των

γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι τριπλάσιο (UK DH, 1998). Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η έναρξη του καπνίσματος συνδέεται με παράγοντες, όπως κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, κοινωνική πίεση από τους συνομηλικούς καθώς και οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα (Garisson et al., 2003). Η διατήρηση της καπνιστικής συμπεριφοράς συνδέεται τόσο με βιολογικές (συμπτώματα στέρησης) όσο και με ψυχολογικές μεταβλητές (σύνδεση του καπνίσματος με θετικά συναισθήματα, όπως χαλάρωση και απόλαυση, αλλά και καταστροφικές πεποιθήσεις του καπνιστή σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Osler, Holstein, Avlund, Damsgaard και Rasmussen (2001) που μελετάει τη σχέση του καπνίσματος με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ημερομηνία γέννησης κ.α. Επικεντρώνεται κυρίως στο πώς παράγοντες όπως η εκπαίδευση και το επάγγελμα μπορεί να συνδέονται με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Στην έρευνα συμμετείχαν 8054 άνδρες και 8281 γυναίκες. Ισχυρή σύνδεση βρέθηκε ανάμεσα στο κάπνισμα και τους λιγότερο μορφωμένους ανθρώπους, τους ανειδίκευτους εργάτες, τους άνεργους και τους ανθρώπους που λάμβαναν πλεονεκτήματα κοινωνικής πρόνοιας. Άτομα που είχαν ολοκληρώσει 12 ή περισσότερα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης είχαν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν πρώην καπνιστές απ' ότι άτομα που είχαν πραγματοποιήσει μόνο 7 χρόνια σχολικής εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν την ύπαρξη ισχυρής σύνδεσης μεταξύ ημερομηνίας γέννησης και μορφωτικού επιπέδου και η σύνδεση αυτή έδειξε ότι η διαφορά μορφωτικού επιπέδου μεταξύ των καπνιστών αυξανόταν σημαντικά καθώς αυξανόταν τα έτη από τη γέννησή τους.

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

Ανάλογο σκοπό είχε και η έρευνα των Craciun και Baban (2008) η οποία μελέτησε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη, τη διατήρηση και τις αιτίες του καπνίσματος καθώς και τις διαφορές στη συνήθεια του καπνίσματος μεταξύ των δυο φύλων. Το δείγμα αποτελούσαν 1562 έφηβοι. Πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις για ψυχολογικές μεταβλητές όπως η αυτό-εκτίμηση, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η εικόνα σώματος, για κοινωνικές μεταβλητές, για οικονομικούς παράγοντες και άλλες υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έφηβοι περισσότερο πειραματίζονταν με το κάπνισμα παρά κάπνιζαν κανονικά. Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των φύλων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα αγόρια ξεκινούν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία και καπνίζουν περισσότερο. Αυτό αποδιδόταν περισσότερο σε πολιτισμικές νόρμες οι οποίες εμφάνιζαν το κάπνισμα ως βασική αρρενωπή

συνήθεια. Μια άλλη πιθανή αιτία είναι ότι τα κορίτσια χρησιμοποιούσαν πιο αποτελεσματικούς τρόπους να αντιστέκονται στους πειρασμούς. Διαφορετικοί λόγοι έναρξης και διατήρησης του καπνίσματος αναφέρθηκαν από τα αγόρια και τα κορίτσια, οι οποίοι επιβεβαιώνουν και την ανάγκη δημιουργίας διαφορετικών προγραμμάτων παρέμβασης. Ωστόσο υποστήριξαν ότι σε γενικές γραμμές η έναρξη του καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται στενά με το να έχει κανείς φίλους που καπνίζουν, το να υπάρχει «κακή» επικοινωνία με τη μητέρα, το να βιώνει κανείς αρνητικά συναισθήματα, το να έχει κανείς χαμηλή αυτοεκτίμηση όπως και το να έχει υιοθετήσει και άλλες ανθυγιεινές συμπεριφορές. Ο πατρικός ρόλος και η ύπαρξη καλής επικοινωνίας με τους γονείς αποδείχθηκε σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη συμπεριφορά καπνίσματος των εφήβων. Ισχυρή φάνηκε να είναι και η σύνδεση καπνίσματος και άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως η χρήση αλκοόλ, η χρήση ουσιών και ο έλεγχος του βάρους. Το κάπνισμα φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών όπως η φυσική δραστηριότητα. Οι συγγραφείς πρότειναν ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν ώστε τα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος στους εφήβους να αρχίζουν σε αρκετά νεαρή ηλικία, να λαμβάνουν υπόψη τις διαφορές των δυο φύλων, να επικεντρωθούν στην αύξηση της ικανότητας, να αντιστέκονται στην πίεση των συνομηλίκων, να αναπτύξουν αρνητικά πρότυπα καπνιστών, να προωθήσουν τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων και να στοχεύσουν στην αύξηση της συχνότητας των εναλλακτικών συμπεριφορών όπως η άσκηση.

Στη σχέση άσκησης και συμπεριφοράς καπνίσματος εστίασε και η έρευνα των Θεοδωράκης & Χασσάνδρα (2005). Το δείγμα αποτελούσαν 291 άτομα (152 άνδρες και 139 γυναίκες). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με το κάπνισμα και την άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο περισσότερο ασκούνται τα άτομα τόσο λιγότερο καπνίζουν, ότι τα άτομα που δεν ασκούνται καπνίζουν περισσότερο από τα

άτομα που ασκούνται και ότι τα άτομα που είχαν στο παρελθόν σχέση με τον αθλητισμό καπνίζουν λιγότερο σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ποτέ σχέση με τον αθλητισμό. Ακόμη, υποστηρίχτηκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας.

Στην έρευνα των Magid et al., (2009) μελετήθηκε η σχέση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων με την έναρξη, τη διατήρηση και την υποτροπή της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 633 φοιτητές που ακολούθησαν αξιολόγηση μέσω *internet* διάρκειας 35 εβδομάδων. Έγιναν αξιολογήσεις για τα αρνητικά συναισθήματα (θυμός, απογοήτευση, ανησυχία), το άγχος και τη χρήση ουσιών όπως τσιγάρο, αλκοόλ και μαριχουάνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υποκειμενικό άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονταν θετικά με το κάπνισμα ενώ οι αντικειμενικές αξιολογήσεις των αγχογόνων γεγονότων συνδέονταν αρνητικά με το κάπνισμα. Οι συνδέσεις αρνητικών συναισθημάτων και καπνίσματος παρέμεναν σημαντικές. Αντιθέτως οι συνδέσεις υποκειμενικού στρες και στρεσογόνων γεγονότων δεν παρέμεναν σημαντικές.

Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει άμεσα την κατάσταση της υγείας και μπορεί να αναστρέψει την εξέλιξη της εκδήλωσης κάποιας νόσου. Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι επιστημονικά αποδεδειγμένα (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 – 2012). Από τη στιγμή που ένας καπνιστής διακόψει το κάπνισμα ο ανθρώπινος οργανισμός επανορθώνει τη ζημιά, ξεκινώντας μια σειρά από ευεργετικές αλλαγές που θα συνεχιστούν και για τα επόμενα χρόνια:

- Σε έξι ώρες η παροδική αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές.
- Σε οκτώ ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος τα επίπεδα νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται κατά το ήμισυ και τα επίπεδα οξυγόνου επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Σε εικοσιτέσσερις ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα.

- Στις σαρανταοκτώ ώρες δεν υπάρχει πλέον νικοτίνη στο σώμα.
- Σε τρεις-εννέα μήνες βελτιώνεται ο βήχας, η δύσπνοια και τα αναπνευστικά προβλήματα, καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται έως και 10%.
- Σε ένα χρόνο οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου καρδιακού νοσήματος μειώνονται στο μισό από ότι ήταν όταν το άτομο κάπνιζε
- Σε πέντε χρόνια ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή κάποιου εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνονται στο μισό του κινδύνου που διέτρεχε ένας καπνιστής.
- Σε δέκα χρόνια ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο μισό, ενώ αρχικά ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα στους καπνιστές είναι 17 - 19 φορές μεγαλύτερος απ' ότι στους μη καπνιστές (IARC, 2002; US DHHS, 1989). Σε ό,τι αφορά τη στεφανιαία νόσο, συνολικά, η πιθανότητα προσβολής των πρώην καπνιστών είναι η μισή έναντι εκείνης των καπνιστών (Wilson et al., 2000).
- Σε δεκαπέντε χρόνια οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου καρδιακού νοσήματος θα είναι οι ίδιες με κάποιον που δεν κάπνισε ποτέ στη ζωή του.

Ανάλογα με την ηλικία στην οποία επιτυγχάνεται η διακοπή καπνίσματος διαφοροποιούνται και τα ποσοστά εμφάνισης ασθενειών. Έτσι, θα λέγαμε ότι η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 50 ετών μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας εντός των 15 επομένων ετών κατά 50%. Για εκείνους που διακόπτουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 35 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα επανέρχεται στα ίδια επίπεδα με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος που δεν έχει καπνίσει ποτέ στη ζωή του.

Συνοψολογίζοντας τα δεδομένα από τη μελέτη ESPAD, τα στοιχεία της Eurostat και τα υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, φαίνεται αρκετά πιθανό, ότι στη χώρα μας, ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών αποκτά τη συνήθεια του καπνίσματος σε ηλικία άνω των 15 ετών. Η διαπίστωση αυτή προσδιορίζει τις ομάδες ηλικιών προς τις οποίες

κατά προτεραιότητα πρέπει να στραφούν οι προσπάθειες για την πρόληψη του καπνίσματος.

Διάφορες στρατηγικές έχουν προταθεί και εφαρμοστεί με σκοπό να συμβάλλουν στην μείωση της ανθυγιεινής συμπεριφοράς του καπνίσματος όπως συχνές αυξήσεις της τιμής (Chalourka, 1999), απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων (Emery, Choi, & Pierce 1999), προγράμματα πρόληψης καπνίσματος και χρήση προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος.

Οι έρευνες που παρουσιάστηκαν έως τώρα επικεντρώθηκαν στους παράγοντες που συμβάλλουν και επηρεάζουν την έναρξη και τη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια μεγάλος όγκος ερευνών έχει στραφεί στη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν και συμβάλλουν με το δικό τους τρόπο στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Η έρευνα των Pulvers et al., (2004) μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες που είχε κάποιος από τη συμπεριφορά του καπνίσματος και την ετοιμότητα για τη διακοπή καθώς και το πώς μπορεί οι διαφορές φύλου να επιδρούσαν και να επηρέαζαν αυτή τη σχέση. Το δείγμα αποτελούσαν 484 Αφρικανοί-Αμερικανοί καπνιστές. Τόσο οι θετικές και αρνητικές προσδοκίες μετρήθηκαν με ερωτηματολόγιο που μετρούσε τις συνέπειες του καπνίσματος στους ενήλικους (SCQ-A; Copeland et al., 1995). Όταν μιλάμε για θετικές προσδοκίες αναφερόμαστε στη μείωση του αρνητικού συναισθήματος, στον αισθητηριακοκινητικό χειρισμό, σε διευκολύνσεις σε κοινωνικό επίπεδο, στον έλεγχο του βάρους, στη μείωση της ανίας και της πλήξης. Όταν μιλάμε για αρνητικές προσδοκίες αναφερόμαστε στους κινδύνους για την υγεία, στα αρνητικά σωματικά συμπτώματα και στην αρνητική κοινωνική εντύπωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο υψηλότερες θετικές προσδοκίες είχε κάποιος τόσο λιγότερο έτοιμος ήταν για να διακόψει το κάπνισμα και όσο υψηλότερες αρνητικές προσδοκίες τόσο περισσότερο έτοιμος ήταν κανείς για τη διακοπή καπνίσματος. Αν και μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές

διαφορές ως προς την ετοιμότητα για τη διακοπή ωστόσο οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ στην υποκλίμακα μείωσης αρνητικών συναισθημάτων από ότι οι άνδρες.

Οι Arnsten, Reid, Bierer και Rigotti (2004) μελέτησαν τη συνήθεια του καπνίσματος και το ενδιαφέρον για διακοπή σε άστεγους καπνιστές. Το δείγμα αποτελούσαν 98 άστεγοι καπνιστές με μέσο όρο ηλικίας τα 44 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία κάποιας ασθένειας, που ο καπνιστής πιστεύει ότι σχετίζεται με το κάπνισμα, η πίστη στην ικανότητα κάποιου να διακόψει το κάπνισμα και η ύπαρξη καλού υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τη διακοπή καπνίσματος συνδέονται με αυξημένη ετοιμότητα για τη διακοπή και με αυξημένο ενδιαφέρον συμμετοχής σε συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος. Ο ισχυρότερος παράγοντας της ετοιμότητας για να σταματήσει κανείς το κάπνισμα ή του ενδιαφέροντος για συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος ήταν η αυτό-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική υποστήριξη. Ανάλογες έρευνες που μελέτησαν προγράμματα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος που πραγματοποιήθηκαν για άστεγους, για ασθενείς που έκαναν χρήση ουσιών ή αλκοόλ (Irving et al., 1994), για χαμηλόμισθες γυναίκες (Pohl, Martinelli, Anonakos., 1998) και για ασθενείς σε επαρχιακό-δημόσιο νοσοκομείο (Vernon et al., 1999) υποστήριξαν ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα για τη διακοπή είχε συνδεθεί με αυξημένο ενδιαφέρον και συμμετοχή στα προγράμματα αυτά. Στα άτομα που έκαναν χρήση ουσιών η αυτό-αποτελεσματικότητα ήταν ιδιαίτερα χαμηλή (Orleans & Hutchinson, 1993), αλλά η συγκεκριμένη έρευνα είναι η πρώτη που εξετάζει τη σχέση αυτό-αποτελεσματικότητας και ετοιμότητας για διακοπή καπνίσματος σε άστεγους καπνιστές. Επομένως, συμπεραίνουμε ότι είναι απαραίτητη η δημιουργία προγραμμάτων που θα δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας και κυρίως στην μεγαλύτερη πρόσβαση σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και σε περιβάλλοντα χωρίς καπνό.

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

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό τη μελέτη των προβλεπτικών παραγόντων για τη συμπεριφορά του καπνίσματος έχουν καταλήξει σε κάποια βασικά στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης. Ακόμη οι έρευνες που μελετούν τους παράγοντες που συνδέονται με τη διακοπή καπνίσματος καθώς και αυτούς που μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση κάποιας υποτροπής μας προσφέρουν σημαντικά στοιχεία που μπορούν να αξιοποιηθούν στη δημιουργία προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος και μας καθιστούν ενήμερους για τα σημεία που πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα για την επίτευξη ενός καλύτερου αποτελέσματος.

Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας

Αρκετές θεωρίες έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα διακοπής καπνίσματος. Οι κυριότερες από αυτές είναι η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1986), το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Rosenstock, 1974), η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB, Ajzen, 1985) και το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model).

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1986) επικεντρώνεται στην αλλαγή προσδοκιών εστιάζοντας στην καλή υγεία των ατόμων. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, όπου χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη θεωρία έχουν ως βασικό στόχο την υιοθέτηση θετικών προτύπων που ακολουθούν υγιεινές συμπεριφορές. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός οι σύμβουλοι διακοπής καπνίσματος αυτών των προγραμμάτων δίνουν έμφαση στην αποφυγή πειρασμών όπως παρέες ή χώροι όπου καπνίζουν, στις τεχνικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, στη διαδικασία καθορισμού στόχων και στη δέσμευση.

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

Μια άλλη ευρέως χρησιμοποιημένη θεωρητική προσέγγιση για την κατανόηση και την πρόληψη της συμπεριφοράς του καπνίσματος είναι η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior - TPB, Ajzen, 1985). Χρησιμοποιείται για να αναδείξει παράγοντες, στους οποίους πιθανόν οφείλεται η υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Fishbein & Ajzen, 2005). Σύμφωνα με τη θεωρία της Σχεδιασμένη Συμπεριφοράς,

βασικός παράγοντας που προβλέπει τη συμπεριφορά είναι η πρόθεση. Η πρόθεση καθορίζεται από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Για να αλλάξει λοιπόν το άτομο τη συμπεριφορά του σαν καπνιστής θα πρέπει να επηρεασθεί συναισθηματικά, γνωστικά, να πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από τον ίδιο και να δέχεται βοήθεια και υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους.

Το κοινωνικό πρότυπο βασίζεται στο τι πιστεύει το άτομο σχετικά με τις προσδοκίες των άλλων ατόμων και την τάση του να συμμορφωθεί με αυτές τις προσδοκίες. Συνήθως μια συμπεριφορά ακολουθείται όταν η στάση του ατόμου και το κοινωνικό πρότυπο είναι ευνοϊκά και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος είναι σε υψηλό επίπεδο (Hogg & Vaughn, 1995).

Οι Droomers, Scrijvers και Mackenbach (2004) στην έρευνα τους υποστήριξαν ότι τα άτομα με περισσότερο θετική στάση προς τη διακοπή καπνίσματος και υψηλότερη βαθμολογία στο κοινωνικό πρότυπο είχαν υψηλότερη πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα.

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

Οι θεωρίες που αναφέρθηκαν έως τώρα μελετούν κυρίως τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται το κάπνισμα και δίνουν απαντήσεις σε ερωτήματα που σχετίζονται με τους λόγους για τους οποίους τα άτομα ακολουθούν διάφορες συμπεριφορές υγείας και στη συγκεκριμένη περίπτωση το κάπνισμα. Αν και αρκετές Θεωρητικές Προσεγγίσεις έχουν ασχοληθεί με τη μελέτη της συμπεριφοράς του καπνίσματος ωστόσο τη μεγαλύτερη

πρακτική σημασία παρουσιάζει το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model). Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Diclemente & Prochaska, 1985) έχει επικεντρωθεί στον τρόπο διακοπής καπνίσματος και βοηθάει ιδιαίτερα στην επίτευξη αυτού του στόχου. Άρα θα λέγαμε ότι η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας και η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αποτελούν προσεγγίσεις οι οποίες μπορούν να παρέμβουν έμμεσα στη συμπεριφορά του καπνίσματος μέσω της πρόληψης ή της αλλαγής των συμπεριφορών υγείας. Από την άλλη πλευρά το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για την προώθηση της διακοπής καπνίσματος. Κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων δεκαετιών το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Μοντέλο (Transtheoretical Model) είναι ένα από τα κυρίαρχα ψυχολογικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς (Miller, 2001; Sutton, 2000; 2001) και έχει εφαρμοστεί σε διάφορες συμπεριφορές υγείας όπως η διακοπή καπνίσματος, η διακοπή χρήσης κοκαΐνης, ο έλεγχος του βάρους, το ασφαλές σεξ, οι παραβατικές συμπεριφορές εφήβων, η χρήση προφυλακτικού, η απόκτηση συμπεριφοράς άσκησης κ.α (Prochaska et al., 1994).

Με βάση το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής των Prochaska και Diclemente (Transtheoretical Model) τα άτομα στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος ακολουθούν κάποια συγκεκριμένα στάδια ανάλογα με την ετοιμότητά τους για την αλλαγή. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί την προηγούμενη συμπεριφορά και τις συμπεριφορικές προθέσεις ενός ατόμου προκειμένου να χαρακτηρίσει την ετοιμότητα κάποιου για αλλαγή. Στο πρώτο στάδιο, το στάδιο του «προσυλλογισμού» το άτομο δεν έχει σκέψη για να αλλάξει τη συμπεριφορά του μέσα στους επόμενους 6 μήνες. Σε αυτό το στάδιο ανήκουν συνήθως άτομα που δεν είναι ενημερωμένα για τις συνέπειες του καπνίσματος ή άτομα που προσπάθησαν στο παρελθόν, δεν τα κατάφεραν και απογοητεύτηκαν όσον αφορά στην ικανότητά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτά τα άτομα έχουν χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και αποφεύγουν κάθε επικοινωνία και συζήτηση που έχει σχέση με την αλλαγή της συνήθειας του καπνίσματος. Σε αυτό το στάδιο το άτομο πρέπει να

αρχίσει να σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα μέσα από γενικές πληροφορίες για το ρόλο του τσιγάρου στην υγεία και να κατανοήσει τα οφέλη της διακοπής και την αξία της υγείας. Έτσι, στόχος για όσους βρίσκονται σε αυτό το στάδιο είναι η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση του ατόμου εστιάζοντας στα παραπάνω σημεία.

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

Στη συνέχεια ακολουθεί το στάδιο της «προετοιμασίας-προπαρασκευής», όπου το άτομο σχεδιάζει να αλλάξει τη συμπεριφορά, να διακόψει δηλαδή το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες και συνήθως έχει κάνει κάποια προηγούμενη προσπάθεια βελτίωσης. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο κάνουν κάποια μικρά βήματα προς τη διακοπή και έχουν ένα σχέδιο δράσης ως προς την αλλαγή. Η αυτό-αποτελεσματικότητα αρχίζει να αυξάνεται και τα πλεονεκτήματα της αλλαγής συμπεριφοράς να υπερिशύουν των μειονεκτημάτων.

Το επόμενο στάδιο είναι το στάδιο της «διακοπής-ενεργοποίησης», όπου τα άτομα έχουν πραγματοποιήσει την αλλαγή της συμπεριφοράς, δηλαδή τη διακοπή καπνίσματος για χρονικό διάστημα μικρότερο από 6 μήνες. Τα μειονεκτήματα της συμπεριφοράς του καπνίσματος υπερिशύουν έναντι των πλεονεκτημάτων και η αυτό-αποτελεσματικότητα κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Στο στάδιο αυτό απαιτείται χρόνος και ενέργεια κυρίως όταν εμφανίζονται πειρασμοί. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο

λόγω του ότι αντιμετωπίζουν τις πιθανότητες της υποτροπής. Πολλές φορές σε αυτό το στάδιο βοηθάει και η ύπαρξη προγραμμάτων αντικατάστασης νικοτίνης.

Τέλος, ακολουθεί το στάδιο της «διατήρησης» στο οποίο τα άτομα διατηρούν τη συμπεριφορά υγείας για αρκετό χρονικό διάστημα. Επειδή υπάρχει ακόμη ο κίνδυνος της υποτροπής τα άτομα δουλεύουν ως προς την πρόληψη της υποτροπής. Όσοι βρίσκονται σε αυτό το στάδιο έχουν πολύ υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα για τη συμπεριφορά υγείας. Είναι περισσότερο σίγουροι δηλαδή ότι μπορούν να συνεχίσουν τον υγιεινό τρόπο ζωής που έχουν ακολουθήσει. Αυτό το στάδιο εκτιμάται ότι διαρκεί από 6 μήνες έως 5 χρόνια.

Σε κάθε στάδιο το μοντέλο προτείνει ότι οι άνθρωποι χρειάζεται να κάνουν τα σωστά πράγματα στη σωστή στιγμή ώστε να περάσουν στο επόμενο στάδιο (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1996), κάτι που αντιπροσωπεύει τις ανάγκες των ανθρώπων να δεσμευτούν με κάποιες διαδικασίες αλλαγής.

Οι DiClemente & Prochaska (1985) παρατήρησαν σημαντικές διαφορές στις διαδικασίες αλλαγής ανάμεσα στα διαφορετικά στάδια αλλαγής. Η πορεία από στάδιο σε στάδιο συνδέεται με αλλαγές στην αυτό-αποτελεσματικότητα, το ισοζύγιο αποφάσεων και τις διαδικασίες σταδίων (Prochaska & Marcus, 1994). Έτσι κομβικό ρόλο στο Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής θα λέγαμε ότι παίζουν οι προαναφερθέντες παράγοντες καθώς και ο πειρασμός.

Αρχικά, ο Bandura (1977a) είχε αντιληφθεί ότι διαμεσολαβητής στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς είναι ένας γνωστικό μηχανισμός, η αυτο-αποτελεσματικότητα. Έτσι σύμφωνα με τη θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας του Bandura, που αναπτύσσεται σε ένα πλαίσιο της κοινωνικο-γνωστικής θεωρίας η αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην πίστη του ατόμου στις ικανότητές του ώστε να ανταπεξέλθει επιτυχώς σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει εμπιστοσύνη

στον εαυτό του για τις ικανότητές του να αντιμετωπίζει επικίνδυνες καταστάσεις χωρίς να κάνει κάποια υποτροπή. Έχει αποδειχτεί ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της αλλαγής διαφόρων συμπεριφορών υγείας. Επομένως επηρεάζει τις επιλογές που θα κάνει κάποιος, την προσπάθειά του, την επιμονή του, το χρόνο που θα διαθέσει, το άγχος και τις τεχνικές αντιμετώπισής του (Bandura, 1986, 1992). Επίσης δρα ως παράγοντας παρακίνησης και επηρεάζει το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Bandura 1986, 1997b). Καθώς οι άνθρωποι προχωρούν στα 5 στάδια διακοπής καπνίσματος η αυτο-αποτελεσματικότητά τους αυξάνεται σταδιακά.

Το ισοζύγιο αποφάσεων (decisional balance) προτάθηκε από τους Janis και Mann (1977) και αντικατοπτρίζει την ικανότητα κάποιου να εξισορροπεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής μιας συμπεριφοράς. Η ισορροπία των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων ποικίλει ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται κανείς. Για παράδειγμα στο στάδιο όπου δεν υπάρχει ακόμη η σκέψη για αλλαγή τα άτομα θεωρούν ότι τα πλεονεκτήματα του «προβλήματος» υπερτερούν έναντι των μειονεκτημάτων. Αντίθετα στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης τα μειονεκτήματα υπερτερούν έναντι των πλεονεκτημάτων.

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

Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής έχει εφαρμοστεί σε έρευνες που μελετούν πώς θα αναπτύξει κάποιος υγιεινές συμπεριφορές όπως η φυσική δραστηριότητα ή θα αντιμετωπίσει προβληματικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η υπερφαγία, η χρήση αλκοόλ κ.α. Η έρευνα των Di Noia, Contento & Prochaska (2008) εξέτασε την

αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης βασισμένης στο Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής για την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών σε ένα δείγμα 507 Αφρικανών-Αμερικανών εφήβων ηλικίας 11-14 ετών. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι η παρέμβαση που βασίστηκε στο Διαθεωρητικό Μοντέλο κατάφερε να αυξήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Οι Kohler, Fish και Davies (2004) εξέτασαν τις πιθανές σχέσεις μεταξύ του Μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής και άλλων χαρακτηριστικών. Το δείγμα αποτελούσαν 211 Αфро-Αμερικανοί, χαμηλού εισοδήματος, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχαν παράγοντες που προέβλεπαν τα διαφορετικά στάδια αλλαγής όπως το ισοζύγιο αποφάσεων και η αυτό-αποτελεσματικότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούσε το ότι τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του συλλογισμού εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ «κατά» του καπνίσματος, υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα και χαμηλότερο σκορ «υπέρ» του καπνίσματος συγκριτικά με τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού.

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

Φαίνεται να υπάρχουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής και της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Οι Courneya & Bobick (2000) υποστηρίζουν ότι τα «υπέρ» και τα «κατά» του Μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής είναι παρόμοια με τις συμπεριφορικές πεποιθήσεις της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Ωστόσο η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην επίδραση των σημαντικών άλλων, κάτι στο οποίο δεν εστιάζει το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής. Τέλος,

υποστηρίζουν ότι η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς φαίνεται να είναι ένα μοντέλο περισσότερο περιεκτικό και σύνθετο.

Παρεμβατικά Προγράμματα για τη Διακοπή Καπνίσματος

Στη σημερινή εποχή η αναγκαιότητα ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος γίνεται βασικό αντικείμενο πολλών ερευνών. Για να προχωρήσει όμως κανείς στη δημιουργία τέτοιων προγραμμάτων παρέμβασης, είναι απαραίτητο να λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος. Στην εργασία ανασκόπησης των Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος (2005) γίνεται αναφορά στους μηχανισμούς που εμπλέκονται στην καπνιστική συνήθεια των ατόμων και στις θεωρίες που επιχειρούν να εξηγήσουν τη δημιουργία κινήτρων που οδηγούν στο κάπνισμα και αυτό που, σε γενικές γραμμές, προκύπτει, από τη συγκεκριμένη έρευνα, είναι ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων που επηρεάζουν τους καπνίζοντες κατά τρόπο εξατομικευμένο (Lujic, Reuter, & Netter, 2005).

Από την έρευνα των Θεοδωράκη, Γιώτη, & Ζουρμπάνο (2005) βλέπουμε ότι τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκαν διάφορες τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, είτε με τη χρήση συμπεριφοριστικής συμβουλευτικής και την παροχή υποκατάστατων νικοτίνης, είτε με την οργάνωση ψυχολογικής υποστήριξης. Πολλές από τις παρεμβάσεις στηρίχτηκαν σε μεθόδους όπως, αλλαγή στάσεων, εκμάθηση ψυχολογικών δεξιοτήτων, καθορισμός στόχων, παροχή ενημέρωσης με κατάλληλο υλικό. Όσον αφορά στη συμβουλευτική υποστήριξη αυτό που προτείνεται είναι η αξιοποίηση της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής (Thranstheoretical model, Prochaska, & DiClemente, 1983).

Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος έχουν προταθεί διάφορες ιδέες-τρόποι και προγράμματα που θα μπορούσαν να ανταποκριθούν σε αυτό το σκοπό. Ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι ένα από τα βασικότερα εργαλεία είναι η θέληση και η αποφασιστικότητα του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα. Διάφορες στρατηγικές έχουν προταθεί και εφαρμοστεί με σκοπό να συμβάλλουν στην μείωση της ανθυγιεινής συμπεριφοράς του καπνίσματος όπως συχνές αυξήσεις της τιμής (Chalourka, 1999), απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων (Emery, Choi & Pierce 1999), προγράμματα πρόληψης καπνίσματος και η χρήση προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος.

Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος εάν παρέχονται έγκυρα και με αποτελεσματικό τρόπο μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση ή όχι ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Το κάπνισμα θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια «χρόνια ασθένεια» κατά την οποία υπάρχουν πιθανότητες να υπάρξουν αρκετές υποτροπές και όχι σαν μια σταθερή κατάσταση την οποία αν κάποιος σταματήσει είναι σίγουρο ότι στο μέλλον θα απέχει από αυτήν. Συνήθως χρειάζονται αρκετές προσπάθειες για να πετύχει κάποιος τη διακοπή. Ωστόσο η μάχη της διατήρησης της αποχής είναι αρκετά δύσκολο κομμάτι. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο άτομα που απέχουν αρκετά χρόνια από τη συμπεριφορά τους καπνίσματος να κάνουν υποτροπή ξεκινώντας ξανά το κάπνισμα. Έρευνες μιλούν για ταυτόχρονες παρεμβάσεις ώστε να υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα (Alpert, 2009).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, η πλέον αποτελεσματική μέθοδος στη διακοπή του καπνίσματος, με τα μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας είναι οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις με την παράλληλη χρήση ενίοτε υποκατάστατων νικοτίνης (π.χ. τσίχλα, επιδερμικά αυτοκόλλητα ή -κυρίως- φαρμακευτικές ουσίες όπως η βουπροπιόνη). Οι παρεμβάσεις αυτές θεωρούνται θεραπεία επιλογής για τη διακοπή του καπνίσματος (Garrison et al. 2003), καθώς τα αποτελέσματά τους διατηρούνται και μετά την παρέλευση 12 μηνών από τη διακοπή (το μεγαλύτερο ποσοστό των υποτροπών

εμφανίζεται μέσα στους 6 πρώτους μήνες), με ποσοστά αποχής έως 25% (Ευθυμίου & Σοφianoπούλου, 2007). Τα προγράμματα παρέμβασης βασίζονται ουσιαστικά σε τρία στοιχεία:

- συμπεριφοριστικές τεχνικές αυτοελέγχου (αυτοπαρατήρηση με την τήρηση ημερολογίου, αυτοενίσχυση και αυτοτιμωρία με το σχεδιασμό ενός συστήματος αμοιβών).
- γνωσιακές τεχνικές (τροποποίηση των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων που διατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά, γνωσιακή αναδόμηση, άσκηση στη φαντασία και *in vivo*, καθώς και ασκήσεις χαλάρωσης), και
- συνοδευτική φαρμακοθεραπεία με τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης, κυρίως βουπροπιόνης ή βαρενικλίνης.

Σημαντική είναι και η μέριμνα που λαμβάνεται στις τελευταίες συνεδρίες για την πρόληψη και τη διαχείριση πιθανών υποτροπών. Αναπόσπαστο μέρος της παρέμβασης αποτελούν και οι ασκήσεις για το σπίτι, οι οποίες συμβάλλουν τόσο στην ταχύτερη επίτευξη του στόχου, όσο και στη διατήρηση των θεραπευτικών επιτυχιών.

Συνήθως τα προγράμματα έχουν συγκεκριμένη δομή και διεξάγονται είτε σε ατομική βάση είτε σε ομαδική βάση. Τα προγράμματα συνήθως προβλέπουν 8 – 10 συνεδρίες με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα. Οι τεχνικές ωστόσο που εφαρμόζονται στην ατομική συμβουλευτική μπορούν να εφαρμοστούν και στο πλαίσιο της ομάδας.

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

Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις φαίνεται να έχουν αποτελεσματικότητα 2% έως 6 % σύμφωνα με τους οικογενειακούς γιατρούς ή 7% έως 16% σύμφωνα με αυτοαναφορές των καπνιστών (Marks, 1998). Επιπρόσθετα έχει αποδειχθεί ότι η υποστήριξη από τους

γιατρούς, την οικογένεια, τις ομάδες υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να διακόψουν το κάπνισμα αλλά και να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα για μεγάλο χρονικό διάστημα (Danis & Seaton, 1997).

Έχει υποστηριχτεί ότι η υιοθέτηση κάποιας μεμονωμένης παρέμβασης μπορεί να επιτύχει ποσοστά διακοπής από 5% έως 10% (US Public Health Service, 1995). Ωστόσο η χρήση και ο συνδυασμός πιο εκτεταμένων παρεμβάσεων όπως υποκατάστατα νικοτίνης με την ταυτόχρονη παροχή γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος (Gourlay, Forbes, Marriner, Pethica & McNeil, 1994 Marks & Sykes, 2002). Ο συνδυασμός φαρμακολογικών και μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων διπλασιάζει τις πιθανότητες διακοπής καπνίσματος (Le Foll & George, 2007). Άλλοι ερευνητές έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στα πλεονεκτήματα των ομάδων και στην επίδραση αυτών στην αύξηση των ποσοστών διακοπής καπνίσματος (Stead & Lancaster, 1998). Η συνδυαστική χρήση όλων των μεθόδων για τη διακοπή καπνίσματος, δηλαδή οι multi-component ή εντατικές παρεμβάσεις (Sanchez, 1995) μπορούν να επιτύχουν μέχρι και ποσοστά διακοπής άνω της τάξεως του 30% (Garcia-Vera, 2004). Τα τελευταία χρόνια η χρήση βοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος φαίνεται να αυξήθηκε και να συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας.

Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις Διακοπής Καπνίσματος

Το κάπνισμα παραμένει η κυρίαρχη αιτία θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά αποχής στους καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα συγκριτικά με όσους προσπαθούν να επιτύχουν τη διακοπή μόνοι τους χωρίς τη χρήση κάποιας βοήθειας.

Η Βουπροπιόνη είναι μέχρι τώρα η μόνη φαρμακολογική θεραπεία που δεν βασίζεται στη νικοτίνη και έχει αποδειχθεί ως η πιο αποτελεσματική για τη διακοπή καπνίσματος. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της βουπροπιόνης δεν είναι γνωστός. Η βουπροπιόνη μειώνει την ανάγκη του καπνιστή για νικοτίνη μπλοκάροντας τους υποδοχείς της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης και χωρίς να προκαλεί συμπτώματα στέρησης. Ενδείκνυται η έναρξη της λήψης βουπροπιόνης να είναι 1-2 εβδομάδες πριν από την καθορισμένη ημερομηνία διακοπής του τσιγάρου (Alpert, 2009).

Η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης έχει υποστηριχτεί από την έρευνα των Hurt et al., (1997) και Jorenby et al., (1999) τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που διέκοψαν το κάπνισμα έξι εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ήταν 19 % στην ομάδα που είχε χορηγηθεί placebo και 44.2% στην ομάδα που έλαβε βουπροπιόνη (300 mg). Στη συνέχεια τα ποσοστά αυτά έπεσαν στο 12.4 % για την ομάδα στην οποία χορηγήθηκε placebo και στο 23.1% για την ομάδα που έλαβε βουπροπιόνη.

Ωστόσο υπάρχουν και άλλα σκευάσματα νικοτίνης που έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διακοπή καπνίσματος. Υπάρχουν ήδη διαθέσιμα έξι είδη υποκατάστατων νικοτίνης, τα οποία είναι τα εξής: η μαστίχα νικοτίνης, το σπρέι, τα διαδερμικά αυτοκόλλητα, το εισπνεόμενο σκεύασμα, οι ταμπλέτες και οι παστίλιες. Η αυξημένη επιτυχία τους οφείλεται στο ότι μειώνουν τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης. Τα σκευάσματα υποκατάστατων νικοτίνης θα πρέπει να αποφεύγονται στους καρδιοπαθείς καθώς και στις γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης (Alpert, 2009).

Αρκετές έρευνες μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της χρήσης μαστίχας νικοτίνης στη διακοπή καπνίσματος. Βασικό συμπέρασμα είναι ότι η χρήση της μαστίχας νικοτίνης σε συνδυασμό με κάποιο πρόγραμμα συμπεριφοριστικής υποστήριξης διπλασιάζει το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα συγκριτικά με άλλες ψυχολογικές θεραπείες χωρίς καμία φαρμακευτική υποστήριξη. Οι Forman & Killen (1994) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα

της χρήσης μαστίχας νικοτίνης σε ενήλικους καπνιστές που συμμετείχαν σε πρόγραμμα Θεραπείας Υποκατάστατων Νικοτίνης και σε πρόγραμμα προσωπικής-ατομικής βοήθειας. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν παλαιότερα ευρήματα σχετικά με το ότι η μαστίχα νικοτίνης βοηθάει στη διακοπή καπνίσματος (Blondal, 1989; Lam, Sacks, Sze, & Chalmers, 1987; Ockene et al., 1991; Oster, Huse, Delea & Colditz, 1986; Tonnesen et al., 1988).

Έρευνα που μελέτησε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης και εφάρμοσαν το πρόγραμμα παρέμβασης σε ένα δείγμα 369 συμμετεχόντων, οι οποίοι νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο, υποστήριξαν ότι η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης θα πρέπει να χρησιμοποιείται τουλάχιστον για ένα διάστημα 5 εβδομάδων ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά της (Raurach et al., 2008).

Ωστόσο έχει μελετηθεί και η χρήση ταμπλέτων νικοτίνης και έχει υποστηριχτεί ότι η χρήση τους είναι αποτελεσματική αυξάνοντας το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα στο διπλάσιο (15 %) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (6%) (Sampaldo & Paxeras, 2004) .

Τα διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης φαίνεται να έχουν αρκετή ζήτηση λόγω της εύκολης χρήσης τους και της απουσίας συμπτωμάτων. Έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι όταν χρησιμοποιούνται μόνο τους δεν αυξάνουν το ποσοστό διακοπής. Ο συνδυασμός τους με άλλες θεραπείες όπως με τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης αυξάνει το ποσοστό διακοπής σε καπνιστές που δεν είναι ικανοί να διακόψουν το κάπνισμα μόνο χρησιμοποιώντας τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης. Η προτεινόμενη διάρκεια χρήσης είναι από 6 - 8 εβδομάδες και όχι περισσότερο από 12 εβδομάδες. (Fiore, Jorenby & Baker, 1992).

Τέλος, το σπρει νικοτίνης και το εισπνεόμενο σκεύασμα έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά και φαίνεται να αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής λόγω της ταχεία απορρόφησης νικοτίνης. (Silagy, Mant, Fowler, Lodge, 1994).

Ωστόσο έρευνες έχουν αποδείξει ότι το περισσότερο χρονικό διάστημα που ενδείκνυται να κρατάει η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης είναι 8 εβδομάδες,

(Tonnesen et al., 1999). Στην πραγματικότητα ένα από τα πιο σημαντικά λάθη στην εφαρμογή των προγραμμάτων υποκατάστατων νικοτίνης είναι η πολύ σύντομη διάρκεια (Balfour, Benowitz, Fagerstrom, Kunze & Keil, 2000).

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

Προγράμματα αυτό-βοήθειας

Το ενδιαφέρον των ερευνητών προσέλκυσε για μεγάλο χρονικό διάστημα και τα προγράμματα αυτό-βοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών συμφωνούν με τα συμπεράσματα της έρευνας των Lanchester & Stead (2009), στην οποία μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος συγκριτικά με την έλλειψη παρέμβασης και με άλλα είδη τεχνικών διακοπής καπνίσματος, και υποστήριξε ότι τα προγράμματα αυτό-βοήθειας αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με τη μη συμμετοχή σε προγράμματα. Δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία για το εάν είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν εφαρμόζονται σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις. Ακόμη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα προγράμματα που έχουν συνέχεια είναι περισσότερο αποτελεσματικά από τα προγράμματα που δεν έχουν ακόμη και εάν το μέγεθος της παρέμβασης είναι σχετικά μικρό.

Προγράμματα Άσκησης

Η επίδραση της άσκησης σε διάφορες συμπεριφορές υγείας έχει μελετηθεί αρκετά. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η άσκηση είναι βασικός παράγοντας των προγραμμάτων ελέγχου βάρους (DiPietro, 1995). Η απόκτηση βάρους είναι παράγοντας που πολύ συχνά αναφέρεται ως φόβος από τα άτομα που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και πολλές φορές αποτελεί και την αιτία των υποτροπών (Levine, Perkins, & Marcus, 2001). Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να βλέπουμε καπνιστές, οι οποίοι συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος να εγκαταλείπουν την προσπάθεια λόγω της λήψης κάποιων περιττών κιλών. Η άσκηση έχει υποστηριχτεί επίσης ότι ανακουφίζει από το άγχος (Petruzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991), ότι βελτιώνει τον ύπνο (Kubitz, Landers, Petruzello, & Han, 1996) και τη γνωστική λειτουργία (Tomporowski & Ellis, 1986). Βελτιώνει επίσης τις ικανότητες διαχείρισης (Steptoe, Edwards, Moses, & Matthews, 1989) και την αυτό-εκτίμηση (McAuley, Milhalko, & Bane, 1997) δυο σημαντικοί παράγοντες που προστατεύουν από την υποτροπή, (Derby, Lasaster, Vaas, Gonzalez, & Carlton, 1994; King, Marcus, Pinto, Emmon, & Abrams, 1996).

Αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι η αερόβια άσκηση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν πλήθος ερευνών, (Bock, Marcus, King, Borelli, & Roberts, 1999; Marcus et al., 1999; Marcus, Albrecht, Niaura, Abrams, & Thompson, 1991; Marcus et al., 2003) οι οποίες επιβεβαίωσαν τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα της επίδρασης της άσκησης στη διακοπή καπνίσματος. Ανάλογα ήταν και τα συμπεράσματα της έρευνας των Marcus et al. (2003), που πραγματοποιήθηκε σε 281 γυναίκες με καθιστικό τρόπο ζωής χρησιμοποιώντας πρόγραμμα παρέμβασης στηριζόμενο στη γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία και την άσκηση. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι τα άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης είχαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την παρέμβαση και πήραν λιγότερο βάρος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Papavreghis et al., (2007), στην οποία μελετήθηκε η επιρροή της άσκησης και της θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης στη συχνότητα διακοπής καπνίσματος των γυναικών. Το δείγμα αποτελούσαν 142 μη δραστήριες γυναίκες, ηλικίας 18 έως 62 ετών, οι οποίες κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα για τα τελευταία 3 χρόνια. Χωρίστηκαν στις 4 ακόλουθες ομάδες: 1) στις γυναίκες που συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης και χρησιμοποιούσαν επιδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης, 2) στις γυναίκες που συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης χωρίς επιδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης 3) στις γυναίκες που λάμβαναν επιδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης και γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία, 4) στις γυναίκες που συμμετείχαν σε πρόγραμμα γνωστικοσυμπεριφορικής θεραπείας χωρίς επιδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης. Τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης έπαιρναν μέρος σε 3 εβδομαδιαίες εποπτευόμενες ενότητες άσκησης για χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων. Αντίστοιχα οι συμμετέχοντες της γνωστικοσυμπεριφορικής θεραπείας έπαιρναν μέρος σε τρεις σαρανταπεντάλεπτες ενότητες ομαδικής εκπαίδευσης την εβδομάδα για 12 εβδομάδες. Αρχικά αξιολογήθηκαν η αποχή από το κάπνισμα, η αυτο-αποτελεσματικότητα για τη διακοπή καπνίσματος, η φυσική κατάσταση και το βάρος σώματος (πρώτη εβδομάδα). Στη συνέχεια αξιολογήθηκαν κατά την ημερομηνία διακοπής (έκτη εβδομάδα), στο τέλος του προγράμματος (δωδέκατη εβδομάδα) καθώς και στα follow-up που πραγματοποιήθηκαν 3 και 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Τα υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικότητας παρουσιάστηκαν όταν η θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικά και με τα δυο άλλα προγράμματα. Συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στη γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία αυτοί που συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης είχαν αυξημένη ικανότητα άσκησης και λιγότερο βάρος κατά τη διάρκεια του τέλους του προγράμματος. Τα αποτελέσματα αυτά όμως δεν ίσχυαν στο follow-up που πραγματοποιήθηκε 12 μήνες μετά. Συγκριτικά με τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα άσκησης όσοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα

γνωστικοσυμπεριφορικής θεραπείας ένιωθαν μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα ως προς τη διακοπή, είχαν περισσότερες γνώσεις, ικανότητες διαχείρισης και πηγές υποστήριξης στο τέλος του προγράμματος. Η πρόταση της συγκεκριμένης έρευνας είναι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη διακοπή καπνίσματος να προτείνουν προγράμματα που συνδυάζουν τη θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης με την άσκηση για γυναίκες που είναι ιδιαίτερα κινητοποιημένες και ενδιαφέρονται για τη διακοπή του καπνίσματος.

Προγράμματα Συμβουλευτικής

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

Ατομική Συμβουλευτική

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

Πλήθος ερευνών πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να μελετήσουν την επιρροή των προγραμμάτων ατομικής συμβουλευτικής στη διακοπή καπνίσματος. Οι Lancaster και Stead (2009) είχαν ως σκοπό να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα της ατομικής συμβουλευτικής ως βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος μέσα από 11 δημοσιευμένες έρευνες. Κάποιες από αυτές σύγκριναν την ατομική συμβουλευτική με μια πιο σύντομη παρέμβαση, κάποιες άλλες σύγκριναν την ένταση της συμβουλευτικής και μια έκανε τη σύγκριση μεταξύ ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής. Τα βασικά συμπεράσματα ήταν ότι η ατομική συμβουλευτική ήταν περισσότερο αποτελεσματική. Δεν υπήρχε κανένα στοιχείο που να υποστήριζε ότι οι πιο εντατικές παρεμβάσεις (δηλαδή οι παρεμβάσεις που συμπεριελάμβαναν περισσότερες συναντήσεις συμβουλευτικής) ήταν πιο αποτελεσματικές από τη συμβουλευτική βραχείας διάρκειας. Τέλος, δεν υπήρξε καμία σημαντική διαφορά στην επίδραση της ατομικής και της ομαδικής συμβουλευτικής όσον αφορά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Οι Pisinger, Vestbo, Borch-johnsen, Thomsen και Jorgensen (2005) προσπάθησαν να μελετήσουν πιθανούς τρόπους για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των

προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος χρησιμοποιώντας ενεργές στρατηγικές και προσφέροντας επαγγελματική βοήθεια για τη διακοπή. Το δείγμα αποτελούσαν 2408 καπνιστές από όλα τα στάδια κινητοποίησης. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, έκαναν εξετάσεις υγείας και συμμετείχαν σε συμβουλευτική τρόπο ζωής. Κάποιοι συμμετέχοντες που βρίσκονταν σε υψηλότερο επίπεδο παρακίνησης έλαβαν βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος σε ομάδες συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πριν από τη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής μόνο το 11% των καπνιστών σχεδίαζαν να κόψουν το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα. Μετά τη συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής το 27% συμμετείχε σε ομάδες συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος σε ομάδες και ένα ποσοστό 12 % σκόπευε να το κόψει χωρίς βοήθεια. Τα πιο σημαντικά αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι η συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής αύξησε τον αριθμό των ατόμων που ήθελαν να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές προτιμούσαν τη βοήθεια μέσω των ομάδων διακοπής καπνίσματος από το να προσπαθήσουν μόνοι τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν και προηγούμενα αποτελέσματα σχετικά με το ότι οι καπνιστές που αναζητούν βοήθεια για τη διακοπή καπνίσματος είναι συνήθως οι πιο βαρείς καπνιστές με μεγάλο ιστορικό καπνίσματος, εθισμών και πολλές προηγούμενες προσπάθειες διακοπής. Επίσης οι γυναίκες φαίνεται να αναζητούν πιο συχνά βοήθεια από ότι οι άνδρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Rigotti, Munafo & Stead (2008), σκοπός της οποίας ήταν να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος που είχαν εφαρμοστεί σε ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν κατά την παραμονή των ατόμων στο νοσοκομείο φαίνεται να προσελκύουν το ενδιαφέρον των ερευνητών. Μια παραδοχή είναι ότι ίσως το νοσοκομείο παρέχει μια ευκαιρία για τους ανθρώπους να κόψουν το κάπνισμα λόγω του ότι είναι περισσότερο ευάλωτοι και περισσότερο ανοιχτοί τη

συγκεκριμένη περίοδο σε μια τέτοια ιδέα, κάτι που ίσως κάνει και πιο εύκολη τη διακοπή μέσα σε ένα περιβάλλον όπου ήδη απαγορεύεται το κάπνισμα. Όλα αυτά ίσως οδηγήσουν τα άτομα να κάνουν μια επιτυχημένη προσπάθεια. Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής, οι οποίες ξεκινούσαν κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο και συνεχίζονταν με υποστηρικτικές επαφές για τουλάχιστον ένα μήνα φάνηκε να αυξάνουν το ποσοστό διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με τις παρεμβάσεις μικρότερης έντασης και διάρκειας. Ο συνδυασμός με πρόγραμμα αντικατάστασης νικοτίνης δεν άλλαξε τα αποτελέσματα που υπήρχαν με την παροχή μόνο συμβουλευτικής. Τα ίδια μη σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν και με την προσθήκη βουπροπιόνης.

Εξίσου σημαντική είναι και η έρευνα των Romand, Gourgou και Sancho-Garnier, η οποία μελετάει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος FDP (Five- Day Plan) στη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 228 καπνιστές, ηλικίας από 18 ετών και άνω πρόθυμοι να κάνουν κάποια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν 119 άτομα. Το FDP είναι ένα πρόγραμμα βασισμένο στη συμπεριφοριστική θεραπεία το οποίο εφαρμόζεται στη Γαλλία από το 1965 και περιλαμβάνει 5 συνεδρίες συμπεριφοριστικής θεραπείας. Η ομάδα ελέγχου την οποία αποτελούσαν 109 άτομα συμμετείχε σε μια συνεδρία, βασικό περιεχόμενο της οποίας ήταν η συζήτηση για τους κινδύνους που επιφέρει στην υγεία το κάπνισμα. Από την ομάδα παρέμβασης 67 συμμετέχοντες διέκοψαν το κάπνισμα μέχρι το τέλος της παρέμβασης, ποσοστό το οποίο μειώθηκε στα 30 άτομα έπειτα από χρονικό διάστημα 3 μηνών και στα 14 άτομα μετά από ένα χρόνο. Στην ομάδα ελέγχου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 14 και 12 άτομα έπειτα από 3 και δώδεκα μήνες αντίστοιχα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σύγκριση των ποσοστών διακοπής χωρίς υποτροπή ένα χρόνο μετά τη λήξη του προγράμματος και στις δυο ομάδες. Το ποσοστό αυτό για την ομάδα παρέμβασης ήταν 13% και για την ομάδα ελέγχου 3%. Βασικό συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι

ερευνητές ήταν ότι το συγκεκριμένο πρόγραμμα μπορεί να θεωρηθεί ως βοήθημα για τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα.

Η έρευνα των McClure, Ludman, Grothaus, Pabiniak και Richards (2009) έχει ως σκοπό να μελετήσει εάν η παροχή ανατροφοδότησης για τους κινδύνους της υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματική από τις «κλασσικές» παρεμβάσεις συμβουλευτικής στην αύξηση της παρακίνησης των καπνιστών για τη διακοπή καπνίσματος και στη βραχυπρόθεσμη αποχή από το κάπνισμα. Το δείγμα αποτελούσαν 536 καπνιστές οι οποίοι λάμβαναν είτε συμβουλευτική (διάρκειας 20 λεπτών), η οποία εστίαζε στην λειτουργία των πνευμόνων, την εκπομπή διοξειδίου του άνθρακα ή λάμβαναν γενικές πληροφορίες για τους κινδύνους του καπνίσματος και συμβουλευτική για τη διατροφή, το δείκτη μάζας σώματος, και τη σωματική δραστηριότητα. Σε όλους παρέχόταν η συμβουλευτική της διακοπής καπνίσματος και παρέχόταν η δυνατότητα συμμετοχής σε πρόγραμμα τηλεφωνικής συμβουλευτικής. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν παρείχαν καμία υποστήριξη για την προσθήκη συμβουλών για τους κινδύνους του καπνίσματος στην υγεία στα γενικά προγράμματα συμβουλευτικής, τα οποία έχουν ήδη δημιουργηθεί έως σήμερα.

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

Στο πλαίσιο δημιουργίας προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος όπως είδαμε και από τα παρεμβατικά προγράμματα που παρουσιάστηκαν έως τώρα οργανώθηκαν και παρεμβάσεις, οι οποίες προσπάθησαν να συνδυάσουν διαφορετικά είδη θεραπειών. Ωστόσο δε λείπουν και τα παρεμβατικά προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί από άτομα διαφόρων ειδικοτήτων. Τέτοια ήταν και η παρέμβαση των Gonseth, Abarca, Madrid και Cornuz (2010), η οποία είχε ως σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα του συνδυασμού ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, της φαρμακοθεραπείας και της παρέμβασης για την στοματική υγιεινή. Οι οδοντίατροι μπορούν να συμβάλλουν ιδιαίτερα με τη συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος λόγω του ότι είναι στη μοναδική θέση να συμβουλεύουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της συμβουλευτικής για τις ασθένειες που μπορεί να επιφέρει το κάπνισμα. Το δείγμα αποτελούσαν 39 ενήλικες από τους οποίους οι 27 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα. Τα άτομα συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα 8 εβδομάδων το οποίο συνδυάζει την ατομική συμβουλευτική με τη θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης ή με την παροχή βουπροπιόνης. Επιπρόσθετα ένας οδοντίατρος πραγματοποιούσε οδοντικό έλεγχο, ο οποίος συνοδευόταν από μια ολοκληρωτική παρέμβαση υγιεινής και έδινε πληροφορίες σχετικά με τις χρόνιες επιδράσεις του καπνίσματος. Τα άτομα συμμετείχαν και σε 4 συνεδρίες συμβουλευτικής. Η συμβουλευτική βασιζόταν στις διεθνείς αρχές της συμβουλευτικής οι οποίες στόχευαν στην αύξηση της παρακίνησης για τη διακοπή καπνίσματος, στην αναγνώριση των εμποδίων και στην πρόληψη της υποτροπής. Περίπου η διάρκεια των συνεδριών ήταν 30 λεπτά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έκαναν πολύ θετικά σχόλια σχετικά με τη συμβουλευτική από τον οδοντίατρο, τις εξετάσεις στοματικής υγιεινής και την επίδραση που είχαν όλα αυτά στην παρακίνησή τους με αποτέλεσμα να τους ενθαρρύνουν για την αποχή από το κάπνισμα. Στο τέλος του προγράμματος 17 συμμετέχοντες απείχαν από το κάπνισμα. Μετά από 6 μήνες οι 6 διατηρούσαν αυτή την αποχή. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με

αυτά που βρέθηκαν σε άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της ιατρικής φροντίδας.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση αποτελεί μια νέα πολύπλευρη παρέμβαση για τη διακοπή καπνίσματος αλλά φαίνεται να χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα.

Συμβουλευτική μέσω διαδικτύου

Το internet παρέχει το μέσον για μια προσέγγιση δημόσιας υγείας. Το 2004 60% των Αμερικανών είχαν πρόσβαση στο *internet* από τα σπίτια τους και 70-75% είχαν πρόσβαση στο σπίτι, το σχολείο ή τη δουλειά (Nie, Simpser, Stepanikova, & Zheng, 2004). Από αυτούς που είχαν πρόσβαση στο *internet*, το 80 % το χρησιμοποιούσαν για την αναζήτηση πληροφοριών υγείας (Taylor & Leitman, 2003). Οι ιστότοποι στο internet έχουν μοναδικά πλεονεκτήματα ως μηχανισμός θεραπείας λόγω του ότι είναι ανώνυμοι, ικανοί να διαχειρίζονται απεριόριστο όγκο συμμετεχόντων, διαθέσιμοι 24 ώρες το εικοσιτετράωρο, διαθέσιμοι για επαναλαμβανόμενη χρήση και ικανοί να παρέχουν πληροφορίες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός (Cline & Haynes, 2001).

Οι Jaruntich et al., (2006) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης μέσω *internet* για τη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 284 άτομα, τα οποία χωρίστηκαν στην ομάδα ελέγχου και στην πειραματική ομάδα.. Στην ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 144 άτομα και στην πειραματική συμμετείχαν 140. Οι συμμετέχοντες δέχτηκαν επίσης να λαβουν ή μόνο βουπροπιόνη ή μόνο συμβουλευτική ή βουπροπιόνη μαζί με συμβουλευτική για ένα διάστημα 12 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες έκαναν χρήση της πρόσβασης στο διαδίκτυο και ότι αυτή η χρήση συνδεόταν με την επιτυχία της διακοπής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ποσοστά αποχής αυξάνονταν μεταξύ των συμμετεχόντων που χρησιμοποιούσαν το διαδίκτυο πιο

συχνά. Ωστόσο χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω έρευνες για να μελετήσουν αυτό στο σκοπό.

Το e-mail φαίνεται να αποτελεί την πιο κοινή δραστηριότητα μέσα στο *internet*. Οι περισσότεροι χρήστες του *internet* αναφέρουν εμπλοκή με e-mail και όχι με ιστοσελίδες, chat κ.α. Η μεγαλύτερη πλειοψηφία του πληθυσμού που έχει πρόσβαση στο *internet* στέλνει και λαμβάνει καθημερινά e-mail (U.S Department of Commerce, 2004).

Οι Abrams, Gill, Windsor, και Morton (2009) μελέτησαν πως ένα πρόγραμμα παρέμβασης μέσω e-mail μπορεί να επηρεάσει τη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 48 άτομα στον καθένα από τους οποίους στάλθηκαν 12 e-mail σε μια περίοδο 6 μηνών. Το 91 % των συμμετεχόντων ανέφερε ότι διάβασε όλα ή τουλάχιστον τα περισσότερα από τα e-mail και το 73% απάντησε σε τουλάχιστον ένα από τα e-mail που έλαβε. Κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες ήταν θετικοί για τη λήψη των e-mail και οι περισσότεροι ανέφεραν ότι τους άρεσε η διαδικασία αυτή λόγω της κοινωνικής υποστήριξης και της παροχής ενθάρρυνσης. Ο μέσος χρόνος που χρειαζόνταν οι σύμβουλοι για να γράψουν και να στείλουν ένα e-mail ήταν 12 λεπτά. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι μπορεί ένα πρόγραμμα παρέμβασης βασισμένο στα e-mail να είναι αποτελεσματικό για τη διακοπή καπνίσματος. Μια δυσκολία του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν τα χαμηλά ποσοστά απάντησης των συμβουλευόμενων στα e-mail, κάτι που σημαίνει ότι οι σύμβουλοι δεν είχαν ανατροφοδότηση για το τι ακριβώς συμβαίνει και σε ποια κατάσταση βρίσκονται οι συμβουλευόμενοι. Για παράδειγμα μπορεί να έστειλαν συγχαρητήριο μήνυμα για τη διακοπή και ο συμβουλευόμενος να μην είχε διακόψει το κάπνισμα. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει με κάποια διαδικασία να μειώσουν το ποσοστό μη-απάντησης των συμμετεχόντων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Bock, Graham, Whitley και Stoddard (2008), σκοπός της οποίας ήταν η αξιολόγηση του περιεχομένου και της ποιότητας των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος με τη χρήση του *internet* όπως

αναφέρονται από τους καπνιστές που ψάχνουν βοήθεια μέσω διαδικτύου και η εξέταση τυχόν υπάρχουσών διαφορών μεταξύ των σημερινών ιστοσελίδων και αυτών που μελετήθηκαν σε ανάλογη ανασκόπηση του 2004. Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι περισσότερες ιστοσελίδες αποκλείστηκαν (65 από τις 88) από την τελική ανάλυση λόγω του ότι δεν πληρούσαν βασικά κριτήρια συμμετοχής. Ο βασικός λόγος αποκλεισμού ήταν ότι πουλούσαν προϊόντα σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και δεν παρείχαν αντιμετώπιση - θεραπεία σύμφωνα με τις προβλεπόμενες αρχές των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Οι ιστοσελίδες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα εμφανίζουν σημαντικά ανώτερη ποιότητα σε τέσσερις τομείς: την παροχή πληροφοριών για τη διακοπή, τη συμβουλευτική στο πρακτικό κομμάτι, την αύξηση της παρακίνησης για τη διακοπή καπνίσματος μέσα από τα προσωπικά οφέλη (relevance) και την αύξηση της παρακίνησης μέσα από τους κινδύνους. Οι περισσότερες ιστοσελίδες (16/23) περιέχουν ακριβείς πληροφορίες. Ως βασικό συμπέρασμα θα λέγαμε ότι υπάρχει σημαντική βελτίωση στην ποιότητα των ιστοσελίδων συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα (Bock et al., 2004). Ακόμη έχουν αυξηθεί τα χαρακτηριστικά αλληλεπίδρασης από 39% σε 56 %.

Ωστόσο υπάρχει ακόμη χώρος για περαιτέρω βελτίωση ώστε να δημιουργηθούν υψηλότερης ποιότητας παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος. Έως σήμερα θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει αξιοσημείωτη χρήση αλληλεπιδραστικών δυνατοτήτων ώστε να υπάρχει εξατομικευμένη παρέμβαση, σύνδεση με εικονικό σύστημα υποστήριξης και παροχή αξιολογήσεων της παρέμβασης με follow-up. Ακόμη φαίνεται ότι χρειάζονται και περαιτέρω έρευνες για να κατανοήσουμε πώς μπορεί να αυξηθούν οι δυνατότητες αλληλεπίδρασης που παρέχονται μέσω *internet* ώστε να συμβάλλουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας του πληθυσμού που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο.

Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου

Ένα άλλο είδος συμβουλευτικής υποστήριξης που έχει χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο διακοπής καπνίσματος είναι η συμβουλευτική υποστήριξη μέσω τηλεφώνου. Ως μέθοδος φαίνεται να απαριθμεί διάφορα πλεονεκτήματα όπως ότι ο συμβουλευόμενος λαμβάνει την υποστήριξη βρισκόμενος στον προσωπικό του χώρο, κάτι που κάνει μια τέτοιου είδους επικοινωνία πιο εύκολη να πραγματοποιηθεί. Ακόμη φαίνεται να εξυπηρετεί άτομα με δυσκολίες μετακίνησης καθώς και όσους μένουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Από την άλλη πλευρά σημαντικό είναι να τονιστεί η απουσία προσωπικής επαφής μέσω του τηλεφώνου, κάτι που δυσκολεύει τη δημιουργία σχέσης, την ανάπτυξη οικειότητας, δεσίσματος και εμπιστοσύνης και όλα αυτά ίσως οδηγήσουν στη δυσκολία των ανθρώπων να εκφράσουν την επιθυμία τους για αλλαγή. Όλα τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να κάνουν την επικοινωνία και τη δέσμευση πιο δύσκολη (Glasgow, Whitlock, Eakin & Lichtenstein, 2000). Η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου για τη διακοπή καπνίσματος έχει εφαρμοστεί σε ποικίλους πληθυσμούς όπως σε ασθενείς νοσοκομείων, καπνιστές από την κοινότητα κ.α.

Το σύνολο των παρεμβάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου. Ωστόσο δεν έχουμε επαρκή στοιχεία για την ιδανική χρονική διάρκεια και το ιδανικό περιεχόμενο των τηλεφωνημάτων. Οι Zhu et al. (1996) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της τηλεφωνικής υποστήριξης ανάλογα με τη συχνότητα των τηλεφωνικών επαφών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο περισσότερη ήταν η επικοινωνία μεταξύ συμβούλων και συμβουλευόμενων τόσο μεγαλύτερη ήταν η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Αντίστοιχα οι Fiore et al., (2000) υποστήριξαν ότι όταν τα παρεμβατικά προγράμματα συνεχίζονται για αρκετό διάστημα μετά την παρέμβαση τόσο θετικότερα αποτελέσματα έχουν.

Υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η συμβουλευτική υποστήριξη μέσω τηλεφώνου (Zhu, Tedeschi, Anderson, & Pierce, 1996). Πρώτα από όλα η τηλεφωνική συμβουλευτική δομείται σε μια εξατομικευμένη βάση, κάτι που βοηθάει το

σύμβουλο να εστιάσει στις μοναδικές ανάγκες του ατόμου στο οποίο απευθύνεται. Άλλη βασική αρχή είναι η ανωνυμία επειδή σύμβουλος και συμβουλευόμενος δεν έχουν συναντηθεί ποτέ δια ζώσης. Σημαντικό μειονέκτημα βέβαια της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου είναι ότι οι οπτικές πληροφορίες που σχετίζονται με τη στάση του σώματος ή την εμφάνιση δεν μπορούν να μεταφερθούν. Οι βασικές αρχές συμβουλευτικής που ακολουθούνται σε μια τηλεφωνική επικοινωνία έχουν ως σκοπό να προσεγγίσουν το κάπνισμα ως μια μαθημένη συμπεριφορά και να υποστηρίξουν ότι μια καινούρια γνώση μπορεί να οδηγήσει αντίστοιχα σε μια καινούρια συμπεριφορά. Ακόμη βασική προϋπόθεση για να διακόψει κανείς το κάπνισμα είναι να είναι κινητοποιημένος και να αναλαμβάνει έναν ενεργό ρόλο στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει έναν καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα μέσα από την ανάπτυξη βασικών δεξιοτήτων διαχείρισης και μέσα από την υποστήριξη (Zhu, Tedeschi, Anderson, & Pierce, 1996).

Στο πλαίσιο της συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου συνήθως ακολουθείται ένας συνδυασμός της παρακινητικής συνέντευξης για να επιφέρει την αλλαγή της συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 1991) και της γνωστικο-συμπεριφορικής προσέγγισης για να αντιμετωπίσει τη χρήση ουσιών (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Marlatt & Gordon, 1985). Η παρακινητική ή κινητοποιητική συνέντευξη σκοπεύει να δημιουργήσει μια συνεργατική σχέση συμβούλου-συμβουλευόμενου μέσω της οποίας η παρακίνηση του πελάτη για αλλαγή αυξάνεται. Η γνωστικο-συμπεριφορική προσέγγιση επικεντρώνεται στην αναδόμηση των πεποιθήσεων του πελάτη σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή και δίνει έμφαση στην ανάπτυξη και την εφαρμογή δεξιοτήτων διαχείρισης (Marlatt & Gordon, 1985). Το πρωτόκολλο που ακολουθείται στις γραμμές βοήθειας είναι δομημένο κατά τρόπο ώστε να εφαρμόζει αυτές τις αρχές.

Δε λείπουν και τα προγράμματα παρέμβασης που αποτελούν συνδυασμό χρήσης διαδικτύου και κινητού τηλεφώνου. Οι Brendryen, Drozd και Kraft (2008) μελέτησαν την αποτελεσματικότητα ενός ψηφιακού προγράμματος διακοπής καπνίσματος, διάρκειας ενός

έτους, που παρεχόταν μέσω internet και τηλεφώνου και χωρίς τη χορήγηση θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης. Το πρόγραμμα περιελάμβανε τόσο γραμμή βοήθειας στην οποία μπορούσε να απευθυνθεί κανείς όταν υπήρχε έντονη επιθυμία όσο και σύστημα πρόληψης της υποτροπής που παρεχόταν την ώρα που χρειαζόταν. Όλα τα περιεχόμενα ήταν πλήρως αυτοματοποιημένα. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετήσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος για 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος σε καπνιστές που ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς τη χρήση θεραπείας υποκατάστατων νικοτίνης και να μελετήσουν την πιθανή επίδραση του προγράμματος στις δεξιότητες διαχείρισης και την αυτό-αποτελεσματικότητα του ατόμου πριν τη διακοπή καθώς και εάν όλα αυτά συνέβαλλαν με κάποιο τρόπο στη διακοπή. Η πειραματική ομάδα συμμετείχε στο πρόγραμμα ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε ένα 44σέλιδο εγχειρίδιο αυτό-βοήθειας.

Αξιολογήθηκε η αποχή από το κάπνισμα για έναν, τρεις, έξι και 12 μήνες μετά τη διακοπή. Η αυτό-αποτελεσματικότητα και οι ικανότητες διαχείρισης αξιολογήθηκαν αρχικά και στο τέλος της φάσης προετοιμασίας. Το δείγμα αποτελούσαν 290 άτομα. Τα άτομα της ομάδας παρέμβασης εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά αποχής από τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ακόμη, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και ικανοτήτων διαχείρισης. Ωστόσο δεν υποστηρίχτηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος αυτών στην αντιμετώπιση του τσιγάρου. Σαν γενικό συμπέρασμα θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τη χρήση ψηφιακών συστημάτων στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς.

Προγράμματα Παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους

Πλήθος παρεμβατικών προγραμμάτων έχουν δημιουργηθεί όσον αφορά την ανθυγιεινή συμπεριφορά του καπνίσματος στα παιδιά. Τα προγράμματα παρέμβασης αφορούν τόσο την πρόληψη του καπνίσματος όσο και τη μείωση-διακοπή του καπνίσματος (de Vries, 2003; Lantz et al., 2000, Thomas, 2002). Τα περισσότερα

προγράμματα έχουν ως στόχο την αύξηση της πληροφόρησης των παιδιών σχετικά με το κάπνισμα και τις συνέπειές του, την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων προς το κάπνισμα και τη δημιουργία πρόθεσης να μην ξεκινήσουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος (Grandpre, Alvaro, Burgoon, Miller, & Hall, 2003; Wiehe, Garrison, Christakis, Ebel, & Rivara, 2005).

Μεταξύ των παρεμβατικών προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για την πρόληψη του καπνίσματος ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): An example of integral prevention (de Vries, et al., 2003) λόγω του ότι αποτελεί ταυτόχρονη και πολύπλευρη παρέμβαση. Περιελάμβανε δηλαδή δράσεις για τους μαθητές, το σχολείο, τους γονείς και έξω από το σχολείο. Αναπτύχθηκε σε 6 ευρωπαϊκές χώρες. Το δείγμα αποτελούσαν 20166 μη καπνιστές και η παρέμβαση είχε περίπου διάρκεια ενός έτους. Πριν την εφαρμογή του προγράμματος το ποσοστό που κάπνιζε περιστασιακά ήταν 5.6 % ενώ όσοι κάπνιζαν καθημερινά ήταν 4%. Τα κορίτσια κάπνιζαν περισσότερο από τα αγόρια σε όλες τις χώρες. Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης πολύ λιγότερα άτομα ξεκίνησαν το κάπνισμα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Βέβαια σε κάποιες χώρες όπως Δανία και Βρετανία τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα και τα άτομα που ανήκαν στην πειραματική ομάδα ξεκίνησαν το κάπνισμα σε μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα ελέγχου.

Η έρευνα των Solomon et al., (2009) μελετά την επίδραση μιας καμπάνιας των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην πρόληψη του καπνίσματος στους εφήβους. Το δείγμα αποτελούσαν 2030 έφηβοι, οι οποίοι αξιολογούνταν μέσω ετήσιων τηλεφωνικών ερευνών για 3 χρόνια. Η τριετής τηλεοπτική και ραδιοφωνική καμπάνια στόχευε στη διακοπή καπνίσματος στους εφήβους και βασιζόταν στην κοινωνικο-γνωστική θεωρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των εφήβων της πειραματικής ομάδας που κάπνιζε ήταν μικρότερο από το ποσοστό της ομάδας ελέγχου στο follow-up που ακολούθησε 3 χρόνια μετά. Υποστηρίχτηκε ότι η καμπάνια των μέσων μαζικής ενημέρωσης βασισμένη

στην κοινωνικο-γνωστική θεωρία είχε σημαντική επίδραση στην πρόληψη του καπνίσματος μεταξύ των εφήβων αλλά δεν είναι ακόμη ξεκάθαρος ο ρόλος της θεωρίας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Hassandra, Theodorakis, Kosmidou, Grammatikopoulos και Hatzigeorgiadis (2009) η οποία μελετάει την ικανότητα εφαρμογής ενός προγράμματος πρόληψης καπνίσματος για τα παιδιά του γυμνασίου το οποίο ονομάζεται «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι». Κύριος σκοπός του προγράμματος είναι η προώθηση της άσκησης ως εναλλακτικής συμπεριφοράς αντί του καπνίσματος. Αξιολογήθηκαν η στάση απέναντι στο κάπνισμα, το ενδιαφέρον για πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα, και η γνώση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Ακόμη υπήρξαν συνεντεύξεις από τους δασκάλους και τους διευθυντές των σχολείων. Το δείγμα αποτελούσαν 210 παιδιά (101 αγόρια και 109 κορίτσια). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν την έναρξη, στο τέλος του προγράμματος και 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα πέτυχε την αλλαγή στάσεων των μαθητών αλλά οι αξιολογήσεις των follow-up έδειξαν ότι οι στάσεις απέναντι στο κάπνισμα και το ενδιαφέρον για πληροφορίες επέστρεψε στα επίπεδα στα οποία βρισκόταν αρχικά. Η μόνη επίδραση που διατηρήθηκε ήταν αυτή της γνώσης. Από τις συνεντεύξεις υπήρξαν θετικά σχόλια για την εφαρμογή του προγράμματος. Ωστόσο το πρόγραμμα φαίνεται να χρειάζεται κάποιες τροποποιήσεις ώστε να ξεπεράσει την αδυναμία του και να έχει επιδράσεις που θα διαρκούν περισσότερο αλλά και να βελτιώσει το γενικότερο τρόπο της εφαρμογής του.

Παρακινητική ή Κινητοποιητική Συνέντευξη

Αρκετά παρεμβατικά προγράμματα τα τελευταία χρόνια βασίστηκαν στη θεωρία της παρακινητικής ή κινητοποιητικής συνέντευξης (Motivational Interviewing) (Miller & Rollnick, 1991). Πρόκειται για ένα είδος προσωποκεντρικής συμβουλευτικής υποστήριξης που έχει ως σκοπό την αύξηση της παρακίνησης, την ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου

για αλλαγή, την ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και την καθοδήγηση ώστε να γίνεται κατανοητή η συμπεριφορά χωρίς ωστόσο να υπάρχει πίεση από την πλευρά του συμβούλου για αλλαγή. Η παρακινητική συνέντευξη είναι μια βραχεία ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που σχεδιάστηκε για να αυξήσει την πιθανότητα ενός ατόμου να σκεφτεί, να ξεκινήσει και να διατηρήσει συγκεκριμένες αλλαγές στρατηγικών με σκοπό να μειώσει την προβληματική συμπεριφορά. Πολλές έρευνες υποστήριξαν αυτή την προσέγγιση ως ιδιαίτερα βοηθητική στην προώθηση συμπεριφορών σχετικά με το κάπνισμα στους εφήβους. Βασικές αρχές στις οποίες στηρίζεται η παρακινητική συνέντευξη είναι οι εξής:

- Έκφραση ενσυναίσθησης
- Ανάπτυξη διαφοροποίησης
- Διαχείριση της αντίστασης
- Υποστήριξη Αυτο-αποτελεσματικότητας

(Miller & Rollnick, 2002)

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

Όταν αναφερόμαστε στη διαφοροποίηση είναι με την έννοια της σημαντικότητας της αλλαγής. Ο συμβουλευόμενος πρέπει να επικεντρωθεί στα επιχειρήματα της αλλαγής.

Η αλλαγή κινητοποιείται μέσα από την αντιλαμβανόμενη διαφοροποίηση της παρούσας συμπεριφοράς και των μελλοντικών σημαντικών στόχων ή αξιών.

Άλλη βασική αρχή της παρακινητική συνέντευξης είναι ο σύμβουλος να «κυλάει με την αντίσταση». Αυτό σημαίνει ότι αποφεύγει να διαφωνήσει για την αλλαγή. Από την αντίσταση του συμβουλευόμενου μπορεί να προκύψουν νέα στοιχεία για τη συμβουλευτική διαδικασία. Είναι σημαντικό νέες απόψεις και απαντήσεις να προέλθουν από τον ίδιο το συμβουλευόμενο. Ο σύμβουλος συνηθίζεται να «γυρίζει» τις ερωτήσεις και τα προβλήματα στον συμβουλευόμενο. Δεν είναι δουλειά του συμβούλου να έχει απαντήσεις και λύσεις για όλες τις απορίες και τα προβλήματα. Έτσι προκαλεί το άτομο να εμπλακεί ενεργά στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και να αναζητήσει λύσεις. Φαίνεται ότι η αντίσταση είναι ένα τρόπος να απαντάει κανείς διαφορετικά. Το πώς θα απαντήσει ο σύμβουλος στην αντίσταση θα επηρεάσει και τη στάση του συμβουλευόμενου.

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

Συνοψίζοντας βλέπουμε ότι η παρακινητική συνέντευξη είναι κάτι περισσότερο από ένα σύνολο τεχνικών με τις οποίες μπορεί κάποιος να παρέχει συμβουλευτική. Έχει

δημιουργηθεί για να λύνει θέματα παρακίνησης τα οποία αναστέλλουν την εμφάνιση θετικών αλλαγών συμπεριφοράς. Στη συνέχεια θα δούμε το πώς κάποιοι ερευνητές χρησιμοποίησαν την τεχνική της παρακινητικής συνέντευξης για να δημιουργήσουν παρεμβατικά προγράμματα για τη διακοπή καπνίσματος.

Οι Colby, et al. (1998) χρησιμοποίησαν αυτή την τεχνική σε μια έρευνα με 40 έφηβους καπνιστές, απ' τους οποίους οι 20 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου που δέχτηκε μια σύντομη ενημέρωση γύρω από το κάπνισμα. Οι ερευνητές ακολούθησαν τις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης και επιπλέον προσέφεραν ανατροφοδότηση για την επίδραση του καπνίσματος σε κάθε έφηβο ξεχωριστά και έδωσαν έμφαση στην ελεύθερη επιλογή και προσωπική ευθύνη του καθενός. Επίσης, οι έφηβοι είδαν και τέσσερις βιντεοσκοπημένες σκηνές με συγκεκριμένα θέματα όπως επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία, συνέπειες, εξάρτηση, οικονομικό κόστος κ.α. Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική επίδραση της παρακινητικής συνέντευξης με το 72% των εφήβων να δηλώνει ότι έκανε μια σοβαρή προσπάθεια μετά απ' αυτό να κόψει το κάπνισμα. Και άλλες έρευνες έδειξαν ότι η τεχνική της παρακινητικής συνέντευξης μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές (Butler et al., 1999; Rollnick, Butler, & Scott, 1997; Rollnick & Heather, 1992). Επιπρόσθετα, οι Dunn, Deroo και Rivara (2001) κάνοντας μια ανασκόπηση 29 ερευνών βρήκαν ότι αυτή η τεχνική έχει θετικά αποτελέσματα ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που πάσχουν από διάφορες εξαρτήσεις, όπως το κάπνισμα.

Λίγα χρόνια αργότερα οι Colby et al., (2005) πραγματοποιούν ανάλογη έρευνα η οποία έχει ως σκοπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος σύντομης διάρκειας, βασισμένο στην παρακινητική συνέντευξη, στη μείωση του καπνίσματος ανάμεσα σε έφηβους ασθενείς που νοσηλεύονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου ή στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών. Το δείγμα αποτελούσαν 85 άτομα 14-19 ετών. Το κάθε άτομο συμμετείχε σε συνεδρία παρακινητικής συνέντευξης ή σε συμβουλευτική σύντομης διάρκειας για τη διακοπή καπνίσματος. Στη συνέχεια

πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις 1,3 και 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Τα στοιχεία που προέκυψαν από αυτό-αναφορές έδειξαν ότι τα ποσοστά αποχής 7 ημερών στο follow-up των έξι μηνών ήταν υψηλότερα για την ομάδα που συμμετείχε σε συνεδρίες παρακινητικής συνέντευξης παρά στην ομάδα συμβουλευτικής. Στα follow-up που πραγματοποιήθηκαν 3 μήνες μετά τα άτομα που συμμετείχαν σε συνεδρίες βασισμένες στην παρακινητική συνέντευξη έδειξαν χαμηλότερα ποσοστά νικοτίνης. Τα αποτελέσματα προσφέρουν σημαντική υποστήριξη για τη χρήση της παρακινητικής συνέντευξης στη διακοπή καπνίσματος αλλά οι ολοκληρωτικές αλλαγές στη διακοπή καπνίσματος φάνηκε να είναι ιδιαίτερα μικρές.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Erol & Erdogan (2007), η οποία μελέτησε την αποτελεσματικότητα μιας προσέγγισης παρακινητικής συνέντευξης βασισμένης στη Θεωρία της Αλλαγής Σταδίων καθώς και το πόσο αυτήν επηρεάζει την προσπάθεια των εφήβων για τη διακοπή καπνίσματος. Το δείγμα αποτελούσαν 275 έφηβοι καπνιστές. Μια υπόθεση που έγινε ήταν ότι η παρέμβαση θα αύξανε την ετοιμότητα για αλλαγή και τις αντιλήψεις των καπνιστών για τα μειονεκτήματα του καπνίσματος. Επίσης, άλλη βασική υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση θα μείωνε τις αντιλήψεις των καπνιστών για τα πλεονεκτήματα του καπνίσματος, τους πειρασμούς που θα είχαν σχέση με τη μελλοντική αλλαγή και το ποσοστό καπνίσματος μεταξύ των εφήβων. Για αυτούς τους σκοπούς παρέχονταν 5 σαρανταπεντάλεπτες συναντήσεις και κάποια από τα βασικά θέματα ήταν η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, η ανακάλυψη των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων του καπνίσματος, η παροχή ανατροφοδότησης, το να φανταστούν και να σχεδιάσουν το μέλλον, ο καθορισμός στόχων και η αύξηση των πλεονεκτημάτων της διακοπής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτού του είδους η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική για τη διακοπή καπνίσματος στους εφήβους και ήταν εμφανής η θετική κίνηση μεταξύ των σταδίων. Οι μισοί από τους εφήβους προετοιμάστηκαν για να διακόψουν το κάπνισμα και το ένα τρίτο

το διέκοψε. Παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά καπνίσματος.

Σύμφωνα με την έρευνα των Goldstein και Niaura (2000) τα προγράμματα παρέμβασης που βασίζονται στην παρακινητική συνέντευξη και συμπεριλαμβάνουν την ανατροφοδότηση και την ενεργητική ακρόαση αποδείχθηκαν ιδιαίτερα αποτελεσματικά.

Ωστόσο υπάρχει η ανάγκη πραγματοποίησης περαιτέρω ερευνών για να εξεταστεί προσεκτικά η επίδραση της παρακινητικής συνέντευξης στη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Ομαδική Συμβουλευτική

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί προς τη μελέτη των ομαδικών παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος. Ωστόσο πριν προχωρήσουμε στην ανασκόπηση ερευνών που ασχολήθηκαν με τα ομαδικά προγράμματα παρέμβασης κρίνεται απαραίτητη η παρουσίαση κάποιων βασικών στοιχείων ώστε να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τι εννοούμε όταν μιλάμε για ομάδες, ποια είναι τα βασικά στοιχεία μιας ομάδας, ποιες διακρίσεις και κατηγοριοποιήσεις μπορούν να γίνουν μεταξύ των ομάδων με απώτερο σκοπό την ανάδειξη των λόγων δημιουργίας και χρήσης των ομάδων στη σύσταση παρεμβατικών προγραμμάτων για τη διακοπή καπνίσματος.

Ορισμός Ομάδας

Κατά καιρούς έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για το τι σημαίνει ομάδα. Αν θέλαμε να καταλήξουμε σε έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό θα λέγαμε ότι ομάδα είναι ένας αριθμός ατόμων που περνούν αρκετό καιρό μαζί, συναντιούνται δηλαδή για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, που έχουν το αίσθημα ότι ανήκουν κάπου και επομένως διαφέρουν από τα μη μέλη, που έχουν κάποιους συγκεκριμένους στόχους και ένα σταθερό πρότυπο σχέσεων οι οποίες τους επιτρέπουν να ανακαλύψουν και να χρησιμοποιήσουν τις πιθανές και υπάρχουσες πηγές ενέργειας που είναι διαθέσιμες τόσο συλλογικά όσο ατομικά (Douglas 1995). Σύμφωνα με το Ναυρίδη (2005) η ομάδα καθορίζεται από ένα δυναμικό

σύνολο σχέσεων αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα μέλη της. Όλοι οι άνθρωποι έχουμε μια διαρκή εμπειρία από ομάδες λόγω του ότι έχουμε υπάρξει μέλη διαφόρων ομάδων. Οι προσχεδιασμένες ομάδες σχηματίζονται όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι για να επιτευχθεί ένας σαφώς προσδιορισμένος στόχος είναι απολύτως αναγκαίο να έχουν τη βοήθεια των άλλων. Τέτοιου είδους ομάδες είναι δυνατόν να υπάρξουν για όσο διάστημα απαιτείται μέχρι να επιτευχθεί ο συγκεκριμένος στόχος για τον οποίο δημιουργήθηκαν. Οι ομαδικές παρεμβάσεις ως τεχνική έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αντιμετώπιση του εθισμού από την νικοτίνη, το αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες. Η ομαδική συμβουλευτική βασίζεται στη δέσμευση των μελών της ομάδας μεταξύ τους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα και τις ίδιες δυσκολίες, και στην υποστήριξη που παρέχουν ο ένας στον άλλο. Μέσα από τα προγράμματα αυτά οι συμμετέχοντες έχουν συνήθως την ευκαιρία να μάθουν κάποιες συμπεριφοριστικές τεχνικές, οι οποίες μπορεί να τους βοηθήσουν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Κατά την πραγματοποίηση ομάδων συμβουλευτικής τα μέλη έχουν την ευκαιρία να ανταλλάξουν εμπειρίες. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται και στο θέμα της υποτροπής. Σύμβουλος και συμβουλευόμενοι δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στο πώς να προλάβουν την υποτροπή.

Βασικές αρχές της ομάδας σύμφωνα με το Yalom (2006) είναι:

- Η εξασφάλιση κατάλληλου χώρου.
- Το συμβόλαιο.
- Ο αριθμός των ατόμων.
- Η χρονική διάρκεια κάθε συνάντησης.
- Ο αριθμός των συναντήσεων.

- Η συχνότητα των συναντήσεων.
- Ο καθορισμός της ως ανοιχτή ή κλειστή ομάδα.
- Οι αρμοδιότητες του κάθε μέλους.
- Η ύπαρξη συγκεκριμένης θεματολογίας.

Μέγεθος Ομάδας

Από τη βιβλιογραφία (Yalom, 2006) έχει υποστηριχθεί ότι για να είναι μια ομάδα αποτελεσματική θα πρέπει ο αριθμός των μελών της να κυμαίνεται από 6- 10 άτομα. Αν η ομάδα είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη διατρέχει διάφορους κινδύνους. Ενδεικτικά κάποιιοι από αυτούς είναι τα μέλη να είναι λιγότερο ικανοποιημένα, να υπάρχει λιγότερος χρόνος διαθέσιμος για επικοινωνία, τα περισσότερα μέλη να αισθάνονται ματαιώση ή απειλή, να υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας, να παρατηρείται μεγαλύτερη δυσκολία να επιτευχθεί ομοφωνία, να υπάρχει παραγωγή πολύ λίγων ή αντίστροφα πάρα πολλών ιδεών κ.α. Ενδείκνυται να παρευρίσκονται 2 θεραπευτές για την καλύτερη λειτουργικότητα των ομάδων, οι οποίοι είναι αναμεμιγμένοι μέσα στην υπόλοιπη ομάδα ώστε να είναι ξεκάθαρο ότι κανείς δεν έχει το ρόλο του ηγέτη της ομάδας, παρά μόνο του συντονιστή.

Διακρίσεις Ομάδων

Εκτός από τις μικρές και μεγάλες ομάδες μια άλλη σημαντική διάκριση των ομάδων είναι σε ανοιχτές και κλειστές. Όταν αναφερόμαστε σε ανοιχτές ομάδες μιλάμε για ομάδες στις οποίες υπάρχει η δυνατότητα να εγγράφονται συνεχώς νέα μέλη και από τις οποίες μπορούν να αποχωρούν μέλη οποιαδήποτε στιγμή. Μπορεί δηλαδή ο αριθμός των ατόμων να παραμένει σταθερός αλλά να αλλάζουν συνεχώς τα άτομα που την απαρτίζουν σε αντίθεση με τις κλειστές ομάδες, όπου παραμένει σταθερός ο αριθμός και οι συμμετέχοντες και εάν κάποιος αποχωρίσει δεν αποκαθίσταται από κάποιο νέο μέλος.

Ένας άλλος διαχωρισμός όσον αφορά τις ομάδες είναι σε «αδύνατες» και «δυνατές». Οι αδύνατες ομάδες διαμορφώνονται κυρίως για στατιστικούς λόγους και το βασικό στοιχείο που τις διαφοροποιεί από τις δυνατές είναι ότι δεν υπάρχει στενή, προσωπική επαφή μεταξύ των μελών και είναι πιθανό τα μέλη να μην γνωρίζουν ότι έχουν ταξινομηθεί με αυτό τον τρόπο στην ομάδα. Σε αντίθεση με τις αδύνατες ομάδες στις δυνατές τα μέλη επενδύουν σημαντική ενέργεια και ωφελούνται από τη συμμετοχή τους σε αυτή με διάφορους τρόπους.

Λόγοι δημιουργίας Ομάδων

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

Παρεμβατικά Προγράμματα Ομαδικής Συμβουλευτικής για τη Διακοπή Καπνίσματος

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

Η έρευνα των Stead και Lancaster (2009) είχε ως σκοπό τη μελέτη της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων ομαδικής συμβουλευτικής, συγκριτικά με τα

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

την καλύτερη αποτελεσματικότητα των ομάδων συγκριτικά με τα προγράμματα αυτοβοήθειας και τις λιγότερο έντονες παρεμβάσεις ωστόσο δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα τους συγκριτικά με τις έντονες ατομικές παρεμβάσεις. Οπότε η συμμετοχή ενός ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εάν υπάρχει κάποια τέτοια διαθεσιμότητα, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής.

Το να συμπεριλαμβάνονται στα προγράμματα δεξιότητες που θα βοηθούν τους καπνιστές να αντιστέκονται και να προλάβουν την υποτροπή είναι βοηθητικές έστω και εάν τα στοιχεία είναι περιορισμένα. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση συγκεκριμένου περιεχομένου σε τέτοιου είδους προγράμματα εκτός από την υποστήριξη και τις δεξιότητες που κανονικά συμπεριλαμβάνονται.

Αντίστοιχη έρευνα πραγματοποίησαν και οι Camarelles et al., (2002), που μελέτησαν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών παρεμβάσεων συγκριτικά με την αποτελεσματικότητα των ατομικών παρεμβάσεων. Το δείγμα αποτελούσαν 106 καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δυο ειδών παρεμβάσεις: 1) βραχύχρονη ατομική παρέμβαση 2) ομαδική παρέμβαση. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης σαν συμπληρωματική θεραπεία όποτε χρειαζόταν. Η αποτελεσματικότητα των δυο διαφορετικών παρεμβάσεων φάνηκε να κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα τόσο για 3 μήνες μετά την παρέμβαση όσο και για 6 μήνες μετά την παρέμβαση. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συμμόρφωση προς τις ομαδικές παρεμβάσεις ήταν μικρή και λιγότερο από το 60% των καπνιστών συμμετείχε σε 5 από τις 7 ομαδικές συναντήσεις. Υποστηρίχτηκε ότι η ομαδική παρέμβαση δεν ήταν περισσότερο αποτελεσματική από την βραχεία ατομική παρέμβαση. Ωστόσο αυτό μπορεί να οφειλόταν στη χαμηλή συμμόρφωση των καπνιστών που σχετιζόταν με τη συμμετοχή στις ομαδικές συναντήσεις.

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

συναισθηματική υποστήριξη ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται τις σωματικές και ψυχολογικές καταστάσεις που τους οδηγούν στη φαρμακευτική αγωγή. Έτσι αποκτούσαν στρατηγικές που τους καθιστούσαν ικανούς να ελέγχουν τη συνήθεια του καπνίσματος. Η έρευνα προτείνει ότι θα είναι βοηθητικό για τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν βραχύχρονες υποστηρικτικές ομάδες που θα παρέχουν τεχνικές για να ξεπεράσει κανείς τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική εξάρτηση από την νικοτίνη και όχι να επικεντρώνονται μόνο στη σωματική εξάρτηση.

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

Στην έρευνα τους οι Ramos et al., (2010) έχουν ως σκοπό τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των ατομικών και των ομαδικών παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το δείγμα αποτελούσαν 287 καπνιστές, 81 συμμετείχαν σε έντονο ατομικό πρόγραμμα, 111 σε έντονο ομαδικό πρόγραμμα και 95

σε παρέμβαση σύντομης διάρκειας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών τρόπων παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα των έντονων παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος ήταν χαμηλότερη από όσο προβλεπόταν. Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων των ατομικών και των ομαδικών παρεμβάσεων.

Οι Monras et al. (2000) στην έρευνά τους σύγκριναν την ομαδική με την ατομική παρέμβαση όσον αφορά τη συμπεριφορά της διακοπής καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος επιτεύχθηκαν μετά από 6 μήνες με την ομαδική παρέμβαση παρά με την ατομική αλλά οι παρατηρούμενες διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Η έρευνα των Moller και Tonnesen (1999) είχε ως σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα των ομαδικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος. Στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονταν τουλάχιστον 2 ομαδικές συναντήσεις και follow-up έξι μήνες μετά την έναρξη του προγράμματος. Ήθελαν να συγκρίνουν τα ομαδικά προγράμματα παρέμβασης με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας, την ατομική συμβουλευτική και άλλου είδους παρεμβάσεις. Δέκα μελέτες σύγκριναν τα ομαδικά προγράμματα με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας παρουσιάζοντας τις ίδιες πληροφορίες και τις ίδιες συμπεριφοριστικές τεχνικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι διακόπτουν το κάπνισμα με τη βοήθεια των ομαδικών παρεμβάσεων και ότι ήταν πιο αποτελεσματικές από τις βραχύχρονες παρεμβάσεις και τις μη παρεμβάσεις. Κάποιες μελέτες υποστήριξαν ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις δεν είναι περισσότερο αποτελεσματικές συγκριτικά με τις ατομικές όταν η ένταση τους είναι παρόμοια. Οι συγκρίσεις της ομαδικής θεραπείας με τις συμβουλές από κάποιον επαγγελματία υγείας π.χ γιατρό ή νοσηλεύτρια δεν απέδωσαν κανένα στοιχείο που να επηρεάζει. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών μιας ομάδας έχει κάποια επίδραση στο αποτέλεσμα. Το βασικό συμπέρασμα ήταν ότι ενώ

υπάρχουν στοιχεία για την καλύτερη αποτελεσματικότητα των ομάδων συγκριτικά με τα προγράμματα αυτο-βοήθειας και τις λιγότερο έντονες παρεμβάσεις ωστόσο δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα τους συγκριτικά με τις έντονες ατομικές παρεμβάσεις. Οπότε η συμμετοχή ενός ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εάν υπάρχει κάποια τέτοια διαθεσιμότητα, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 8 άτομα, 5 άνδρες και 3 γυναίκες. Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν από 39-47 ετών. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη μείωση - διακοπή καπνίσματος και η πρόθεση συμμετοχής τόσο στην ατομική παρέμβαση όσο και στις ομαδικές συνεδρίες. Δεν υπήρχε κανένα κριτήριο αποκλεισμού από τη συμμετοχή στη μελέτη.

Η ενημέρωση των συμμετεχόντων για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος έγινε ή από φίλους που γνώριζαν για την ύπαρξη και τη λειτουργία του προγράμματος διακοπής καπνίσματος ή από κάποιο σύμβουλο του προγράμματος ή από τον τοπικό έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο, όπου δημοσιεύθηκε Δελτίο Τύπου για όσους ενδιαφέρονταν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό (4 άτομα) ενημερώθηκε για το πρόγραμμα και κινητοποιήθηκε για τη συμμετοχή του σε αυτό από Δελτίο Τύπου που δημοσιεύτηκε στις τοπικές και ηλεκτρονικές εφημερίδες. Τρεις (3) από τους συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από σύμβουλο του προγράμματος διακοπής καπνίσματος ενώ ένας (1) συμμετέχων προσήλθε στο πρόγραμμα έπειτα από ενημέρωση από άτομα του φιλικού του περιβάλλοντος, που γνώριζαν την ύπαρξη και τη λειτουργία αυτού.

Όργανα μέτρησης

Για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων αλλά και για τη λήψη βασικών πληροφοριών σχετικά με το ιστορικό καπνίσματος του συμμετέχοντα, το οικογενειακό

ιστορικό καπνίσματος και παράγοντες άμεσα σχετιζόμενους με το κάπνισμα, δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο για το προφίλ του συμμετέχοντα (Παράρτημα 1). Επίσης, για τους σκοπούς της έρευνας στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη με στόχο την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ατομικής συμβουλευτικής και των ομαδικών συνεδριών αλλά και τη συγκεκριμενοποίηση των παραγόντων και των τεχνικών που βοήθησαν τους συμβουλευόμενους καθώς και αυτών που τους δυσκόλεψαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Παράρτημα 2).

Στον Πίνακα που ακολουθεί φαίνονται οι ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν στη συνέντευξη αξιολόγησης των ομαδικών συναντήσεων καθώς και ο σκοπός αυτών των ερωτήσεων.

<i>Ερωτήσεις</i>	<i>Σκοπός Ερωτήσεων</i>
<i>Πόσο βοηθητικές ήταν οι ομαδικές συνεδρίες;</i>	Να καταλάβουμε εάν οι συμμετέχοντες θεωρούσαν βοηθητικές ή όχι και σε ποιο βαθμό και με ποιο τρόπο τις ομαδικές συνεδρίες στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.
<i>Ποιες ομαδικές δραστηριότητες βοήθησαν περισσότερο;</i>	Να εντοπίσουμε τις δραστηριότητες εκείνες που βοήθησαν περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των ομαδικών συνεδριών και σε τι τους βοήθησαν.
<i>Τι δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών;</i>	Να εντοπίσουμε τι δυσκόλεψε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών ώστε να διακρίνουμε πιθανές δυσκολίες του προγράμματος και στοιχεία που χρειάζεται να προσεχθούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση.

<i>Ποιες αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών;</i>	Να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλουν οι ομαδικές συνεδρίες στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς.
<i>Χαρακτηριστικά των ομαδικών συνεδριών που βοήθησαν τους συμμετέχοντες;</i>	Να δούμε ποια χαρακτηριστικά των ομαδικών συναντήσεων βοήθησαν περισσότερο και με ποιον τρόπο καθώς και αυτά που δεν φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά.
<i>Ποιες προτάσεις έχουν να κάνουν για τις ομαδικές συνεδρίες;</i>	Να συγκεντρώσουμε τις προτάσεις των συμμετεχόντων για το πώς θα ήθελαν να είναι διαμορφωμένες οι ομαδικές συναντήσεις όσον αφορά διάφορους τομείς όπως δομή, περιεχόμενο, δείγμα κ.α.
<i>Ποιες προσδοκίες έχουν από τις ομαδικές συνεδρίες;</i>	Να δούμε τις προσδοκίες των συμμετεχόντων από τις ομαδικές συνεδρίες στην έναρξη του προγράμματος, αλλά και να αξιολογήσουμε στο τέλος της παρέμβασης ποιες από αυτές εκπληρώθηκαν και ποιες όχι.

Διαδικασία

Το πρόγραμμα παρέμβασης περιελάμβανε τόσο την παροχή ατομικής συμβουλευτικής όσο και την παροχή ομαδικής συμβουλευτικής στους συμμετέχοντες στο «Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος αποτελεί μια παρέμβαση σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (μείωση τσιγάρου, άσκηση και διατροφή, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου) αλλά και έχει πολλούς στόχους όπως την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση, την

παρακίνηση, την επίτευξη της αλλαγής της συμπεριφοράς (κάπνισμα), την υποστήριξη κ.α., κάτι που δίνει τη δυνατότητα στο σύμβουλο να εξασκηθεί, να εξοικειωθεί και να δουλέψει με πολλές τεχνικές εκπληρώνοντας συνεχώς πολλούς και διαφορετικούς υποστόχους.

Ατομική Συμβουλευτική

Το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος στηρίζεται στη συμβουλευτική υποστήριξη (η οποία διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής), σε συνδυασμό με την εξατομικευμένα σχεδιασμένη και εβδομαδιαίως επαναξιολογούμενη άσκηση, καθώς και την οργάνωση ενός συνολικού υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής. Η ατομική συμβουλευτική υποστήριξη είναι προσωποκεντρική και βασίστηκε στη θεωρία της παρακινήτικης συνέντευξης (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991).

Η συχνότητα των συναντήσεων ήταν 1 φορά την εβδομάδα και είχε διάρκεια μια ώρα. Ο κάθε συμβουλευόμενος πραγματοποίησε 12 ατομικές συνεδρίες μέχρι την ολοκλήρωση της συμμετοχής του στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Μετά την ολοκλήρωση των ατομικών συναντήσεων πραγματοποιήθηκαν 3 follow-up σε ατομικό επίπεδο. Στο ενδιάμεσο των ατομικών συναντήσεων πραγματοποιήθηκαν 3 ομαδικές συναντήσεις συμβουλευτικής με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών και το μοίρασμα συναισθημάτων σχετικά με τον κοινό στόχο της διακοπής καπνίσματος. Επίσης πραγματοποιούνταν συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες σε εβδομαδιαία βάση μετά το τέλος της παρέμβασης και για 6 μήνες. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης και του follow up υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία (περίπου μια φορά την εβδομάδα), είτε με πρωτοβουλία του συμβούλου, είτε με πρωτοβουλία του συμβουλευόμενου. Σκοπός των follow-up ήταν η ενημέρωσή μας για την κατάσταση του συμμετέχοντα, η παροχή υποστήριξης και

βοήθειας σε οτιδήποτε χρειαζόταν και απώτερος σκοπός ήταν η παγίωση της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής.

Σε κάθε βήμα-συνάντηση με τον συμβουλευόμενο συζητιούνταν και καθορίζονταν οι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Οι στόχοι επικεντρώνονταν κυρίως σε θέματα μείωσης του τσιγάρου, άσκησης και διατροφής, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου.

Η φυσική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί βασικό κομμάτι κατά τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Έρευνες υποστήριξαν ότι όσο πιο πολύ ασκούνται τα άτομα τόσο πιο λίγο καπνίζουν (Marti, Abelin, Minder, & Vader, 1988; Marti, Salonen, Tuomilehto, & Pulska, 1988; Salonen, Slater, Tuomilehto, & Raurama, 1988; Tuomilehto et al., 1987), καθώς και ότι άτομα που ασκούνται μπορούν πιο εύκολα να περιορίσουν και να διακόψουν το κάπνισμα (Godin, 1989). Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα η ενσωμάτωση της φυσικής δραστηριότητας εντάσσεται βασιζόμενη στις βασικές αρχές της θεωρίας του καθορισμού στόχων αλλά και της εφαρμογής της στην άσκηση (Locke & Latham, 1990; Theodorakis, Hatzigeorgiadis, Chroni, & Goudas, 2007). Ο συμβουλευόμενος μπορούσε να υιοθετήσει διάφορες μορφές φυσικής δραστηριότητας, ξεκινώντας συνήθως από το περπάτημα που είναι κάτι το οποίο μπορούν να κάνουν όλοι. Η συχνότητα και η διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας δεν ήταν κάτι συγκεκριμένο, προσχεδιασμένο και ίδιο για όλους, αλλά διαμορφωνόταν εξατομικευμένο πλάνο για το κάθε άτομο. Το πρόγραμμα και οι στόχοι φυσικής δραστηριότητας συναποφασίζονταν και οργανώνονταν μαζί με το άτομο. Εάν το άτομο ήταν εξοικειωμένο με την άσκηση, ο στόχος που έμπαινε ήταν ανάλογος της επιθυμίας και συνήθειάς του. Γινόταν διερεύνηση για το εάν το άτομο επιθυμούσε συνάντηση με ειδικό γυμναστή και σε ανάλογη περίπτωση προγραμματιζόταν συνάντηση μεταξύ τους. Αρχικά πραγματοποιούνταν καταγραφή της φυσικής δραστηριότητας του ατόμου με τη χρήση πεδόμετρου και με βάση αυτές τις ενδείξεις καθορίζονταν οι πρώτοι στόχοι φυσικής δραστηριότητας και στη συνέχεια αξιολογούνταν

η επίτευξη ή όχι των στόχων και ακολουθούσε ο καθορισμός ή όχι νέων στόχων ή . Απώτερος στόχος ήταν στις επόμενες και κυρίως στην τελευταία καταμέτρηση βημάτων με το πεδόμετρο οι ενδείξεις να είναι όσο υψηλότερες γίνεται και το άτομο να έχει αυξήσει την ενασχόλησή του με τη φυσική δραστηριότητα.

Στο τέλος κάθε συνάντησης γράφονταν στο έντυπο «Εβδομαδιαίοι στόχοι», το οποίο δινόταν στο άτομο, οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση καθώς και όλο το υλικό που μοιράστηκε και συζητήθηκε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Οι ίδιοι στόχοι, καθώς και άλλες πληροφορίες, γράφονταν στην Κάρτα «Αναφορά», την οποία κρατούσε ο σύμβουλος. Το κάθε βήμα συμβουλευτικής έχει συγκεκριμένα σημεία-θέματα στα οποία επικεντρώνονται σύμβουλος και συμβουλευόμενος. Τα κυριότερα σημεία των συνεδριών ήταν η γνωστική ευαισθητοποίηση σε θέματα σχετικά με το κάπνισμα, η συζήτηση λόγων καπνίσματος και τρόπων διακοπής, η αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με το κάπνισμα, η αλλαγή στάσεων και ανθυγιεινών συμπεριφορών, η συζήτηση για τη σκέψη της διακοπής και τους προβληματισμούς – ανησυχίες που έχουν σχετικά με αυτό, η θετική αναπλαισίωση προηγούμενων προσπαθειών, η αύξηση αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι ασκήσεις νοερής απεικόνισης, η συζήτηση για τα οφέλη της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, οι δεξιότητες ελέγχου της επιθυμίας για τσιγάρο, ο αυτοδιάλογος, η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, η καταγραφή ημερολογίων, η διαδικασία καθορισμού στόχων, η συζήτηση για τα συμπτώματα της διακοπής και για τους τρόπους αντιμετώπισης, η συζήτηση για τις υποτροπές και τους τρόπους πρόληψης, η παροχή συμβουλών διατροφής, η συζήτηση γύρω από τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους και τους τρόπους οργάνωσης του χρόνου κ.α.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεδριών προερχόταν από το εγχειρίδιο «No more smoking! It's time for exercise». Το εγχειρίδιο αυτό δημιουργήθηκε από το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Τμήματος

Επιστήμης και Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο στοχεύει στην ενίσχυση και εμπύχωση του ατόμου, την παρουσίαση συγκεκριμένων τεχνικών ή συμπεριφορών που υποκαθιστούν το κάπνισμα ή μειώνουν την επιθυμία για αυτό, την αύξηση της επίγνωσης σχετικά με την ανάγκη για τσιγάρο και τις δυσκολίες διακοπής του, την αλλαγή της στάσης απέναντι στο τσιγάρο και του τρόπου σκέψης, την οργάνωση καθημερινών φυσικών δραστηριοτήτων και γενικά τον προσανατολισμό του ατόμου σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής με έμφαση στην καλή φυσική κατάσταση, τη διατροφή και τις καθημερινές συνήθειες. Το κομμάτι της ψυχολογικής παρέμβασης βασιζόταν σε σχετικά προγράμματα για τη διακοπή καπνίσματος και κατευθύνσεις από την American Cancer Society (American Cancer Society, 2004).

Σκοπός της ατομικής συμβουλευτικής, όπως και σε κάθε πρόγραμμα συμβουλευτικής ήταν να προκαλέσουμε στο συμβουλευόμενο σκέψεις και συναισθήματα για τα οποία δεν είχε ως τότε πλήρη επίγνωση και ίσως έτσι να τον βοηθήσουμε να αναπτυχθεί και να επιλύσει τα προβλήματα που τον ανησυχούν, στη συγκεκριμένη περίπτωση το κάπνισμα. Βασικές δεξιότητες της συμβουλευτικής διαδικασίας ήταν η ενεργητική ακρόαση, το να ακούμε δηλαδή προσεκτικά το συμβουλευόμενο πριν αρχίσουμε να προσφέρουμε λύσεις έτσι ώστε να μπορέσουμε να προσαρμόσουμε το πρόγραμμα στις δικές του ανάγκες και να δημιουργήσουμε μια εξατομικευμένη παρέμβαση. Ωστόσο, σε όλη αυτή τη διαδικασία πρωταγωνιστής δεν ήταν ο σύμβουλος αλλά σύμβουλος και συμβουλευόμενος μαζί. Σημαντικό δηλαδή ήταν να καταλάβουν οι συμβουλευόμενοι ότι έχουν σημαντικό ρόλο στη συνδιαμόρφωση της πορείας του προγράμματος και στην αναζήτηση λύσεων.

Κομβικός ήταν και ο ρόλος της θετικής ενίσχυσης στη διαδικασία της συμβουλευτικής. Έτσι, το να δίνουμε έμφαση στα προτερήματα και τις ικανότητες που έχει ο συμβουλευόμενος για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες φάνηκε να συμβάλλει θετικά στην πορεία και την έκβαση του προγράμματος.

Βασικά στοιχεία κάθε συμβουλευτικής διαδικασίας, ώστε να πετύχουμε την αλλαγή, είναι η αυτογνωσία και η αποδοχή. Στόχος μας ήταν μέσα από διάφορες τεχνικές και δοκιμασίες όπως η αυτοπαρατήρηση, η καταγραφή ημερολογίων, τα ερωτηματολόγια, τα τεστ και οι συζητήσεις να καλύψουμε καταρχήν αυτά τα 2 κριτήρια ώστε οι συμβουλευόμενοι να συνειδητοποιήσουν και να γνωρίσουν «εις βάθος» την κατάστασή τους, κάτι που αποτελεί και το πρώτο βήμα για να την αποδεχθούν και να αρχίσουν να δουλεύουν ως προς την αλλαγή αυτής.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου. Όσο καλύτερη η θεραπευτική σχέση τόσο περισσότερο φάνηκε να δεσμεύονται τα άτομα, να θέλουν να προσπαθήσουν, να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και πίστη στον εαυτό τους. Βασικό στοιχείο για τη δόμηση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης ήταν η άνευ όρων αποδοχή. Οι συμβουλευόμενοι έρχονται σε εμάς για να τους αποδεχτούμε όπως είναι δίνοντας αξία και σεβασμό στο πρόσωπό τους, να τους βοηθήσουμε και όχι να τους αποδίδουμε κριτικές για ό,τι έκαναν ή για όσα δεν κατάφεραν να πετύχουν. Η άνευ όρων αποδοχή φάνηκε να βοηθάει και εμάς τους συμβούλους να απελευθερωθούμε από προκαταλήψεις και να μπορούμε να δουλέψουμε καλύτερα με τον συμβουλευόμενο βρίσκοντας ένα κοινό δρόμο, αλλά και ο συμβουλευόμενος αισθανόμενος αποδεκτός και μοναδικός σε όλη αυτή τη διαδικασία να μπορεί να αφοσιωθεί, να προσπαθήσει, να δεσμευτεί και να επενδύσει όλο και περισσότερο σε αυτή την προσπάθεια.

Επίσης, βασική δεξιότητα που φάνηκε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική και βοηθητική ήταν η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα να εισχωρούμε στον κόσμο του συμβουλευόμενου, να τον κατανοούμε, να τον αντιλαμβανόμαστε από το δικό του πλαίσιο αναφοράς, χωρίς όμως να χάνουμε την ταυτότητά μας. Να μπορούμε δηλαδή «να μπούμε στα παπούτσια του άλλου» αλλά και να μπορούμε να βγούμε πάλι όταν αυτό χρειάζεται.

Να είμαστε ταυτόχρονα πολύ κοντά αλλά και πολύ μακριά στο άτομο. Αυτό ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό λόγω της διαφορετικότητας και της μοναδικότητας όλων των ανθρώπων. Η καλή ενσυναίσθηση μάς βοήθησε να καταλαβαίνουμε περισσότερο τον άνθρωπο που έχουμε απέναντι μας αλλά και πώς ακριβώς θα μπορέσουμε να τον βοηθήσουμε σχεδιάζοντας ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης και όχι εφαρμόζοντας τον ίδιο τρόπο παρέμβασης σε όλους τους συμβουλευόμενους.

Εκτός από την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναίσθηση, άλλες δεξιότητες και τεχνικές συμβουλευτικής, όπως η παράφραση, η περίληψη, η αντανάκλαση συναισθήματος, οι ανοιχτές ερωτήσεις κ.α. φάνηκε να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Με την παράφραση προσπαθούσαμε, επαναδιατυπώνοντας με δικές μας λέξεις τις σκέψεις και τα συναισθήματα του συμβουλευόμενου, να καταλάβουμε τις βασικές λεπτομέρειες από την εμπειρία του συμβουλευόμενου για να μπορέσουμε να τον βοηθήσουμε να τις καταλάβει και εκείνος.

Η περίληψη είναι το δέσιμο όσων ειπώθηκαν σε μια συνεδρία προκειμένου να ολοκληρωθεί μια θεματική ενότητα. Βοηθάει το σύμβουλο να κατανοήσει καλύτερα την οπτική του συμβουλευόμενου αλλά και το συμβουλευόμενο να δει την πρόοδο που έχει ήδη γίνει. Κύριος σκοπός της περίληψης είναι να βοηθήσει το συμβουλευόμενο να ενώσει όλες του τις σκέψεις.

Με την τεχνική της αντανάκλασης συναισθήματος ο σύμβουλος βοηθάει το συμβουλευόμενο να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική πλευρά της ζωής. Με αυτή την τεχνική ο σύμβουλος αντανακλά, δηλαδή «δίνει πίσω» στο συμβουλευόμενο τις συναισθηματικές καταστάσεις που έχει παρατηρήσει. Για να χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και με το σωστό τρόπο η συγκεκριμένη τεχνική απαιτείται προσοχή στο συναισθηματικό μέρος του μηνύματος. Επομένως θα λέγαμε ότι η

αντανάκλαση συναισθήματος επικεντρώνεται στα συναισθήματα, στηρίζεται στην ενσυναίσθηση και κυρίως απαιτεί την αποδοχή του συμβουλευόμενου.

Όσον αφορά στον τύπο ερωτήσεων που χρησιμοποιούσαμε, στην αρχή της συμβουλευτικής διαδικασίας, που σκοπός μας ήταν να αποκτήσουμε κάποιες περαιτέρω πληροφορίες, χρησιμοποιούσαμε κλειστές ερωτήσεις. Στη συνέχεια, χρησιμοποιούσαμε περισσότερο ανοιχτές ερωτήσεις ώστε να εκφράσει ο συμβουλευόμενος τα συναισθήματά του και να μπορέσει να εξερευνήσει τον εαυτό του. Οι ανοιχτές ερωτήσεις βοηθούν τη ροή της επικοινωνίας και ενθαρρύνουν τον ομιλητή να γίνει πιο συγκεκριμένος και να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του.

Ομαδική Συμβουλευτική

Το πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος περιελάμβανε εκτός από τις 12 ατομικές συναντήσεις και την πραγματοποίηση τριών ομαδικών συνεδριών με στόχο την ανταλλαγή εμπειριών, την επικοινωνία, την αποδοχή και το μοίρασμα συναισθημάτων σχετικά με τον κοινό στόχο της διακοπής καπνίσματος. Απώτερος σκοπός της πραγματοποίησης αυτών των συναντήσεων ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο η προσθήκη των ομαδικών συνεδριών επηρεάζει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, ποιότητες ή παράγοντες βοηθούν τους συμβουλευόμενους και με

Τα βασικά Χαρακτηριστικά της ομάδας ήταν:	
Έναρξη	• 26/1/2010
Λήξη	• 11/5/2010
Διάρκεια	• 3ωρες συναντήσεις
Τόπος	• Γραφεία Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας ν. Τρικάλων
Συχνότητα	• κάθε 1,5 μήνα
Συνολικός αριθμός συναντήσεων	• 3
Αριθμός Συμμετεχόντων	• 8 άτομα

ποιον τρόπο η δυναμική της ομάδας επιδρά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Οι 3 ομαδικές συναντήσεις συμβουλευτικής πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 4 μηνών και πιο συγκεκριμένα η χρονική απόσταση μεταξύ των συναντήσεων κυμαινόταν περίπου στον ενάμιση μήνα.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν σε κάθε συνάντηση ήταν καταιγισμός ιδεών, παιχνίδι ρόλων, συζήτηση, φυλλάδια για συμπλήρωση, ερωτηματολόγια. Επίσης, σε κάποιες συναντήσεις χρησιμοποιήθηκαν ασκήσεις νοερής απεικόνισης και ασκήσεις χαλάρωσης.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε κλειστή ομάδα, δηλαδή όλα τα μέλη άρχισαν μαζί στην ομάδα και τελείωσαν μαζί. Παρόλο που ένα μέλος έλλειπε σε κάποιες συναντήσεις δεν αντικαταστάθηκε από κανένα καινούριο μέλος.

Κάθε συνάντηση είχε ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο το οποίο αποτελούσε περισσότερο έναυσμα για συζήτηση και ανταλλαγή εμπειριών.

Στην πρώτη ομάδα, και αφού έγινε η πρώτη γνωριμία μεταξύ των μελών της ομάδας, έγινε μια προσπάθεια εισαγωγής στην ομαδική συμβουλευτική. Στόχος ήταν να ακουστούν διάφορες πρώτες απόψεις για το τι τελικά πίστευαν ότι μπορεί να είναι αυτό που θα ακολουθήσει. Στη συνέχεια ο καθένας μίλησε για τα συναισθήματα που του προκαλεί όλη αυτή η διαδικασία καθώς και για τις προσδοκίες που έχουν, τι δηλαδή περίμεναν ότι θα αποκομίσουν από όλη αυτή τη διαδικασία.

Στη συνέχεια μέσω διάφορων τεχνικών, όπως *καταιγισμός ιδεών* και ανώνυμα έντυπα προς συμπλήρωση, έγινε συζήτηση για το ιστορικό του καθενός, την παρούσα κατάσταση, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, τα θετικά και τα αρνητικά της διακοπής αλλά και για το τι τους βοήθησε περισσότερο στο παρελθόν.

Τέλος, συζητήθηκαν τα συναισθήματα που τους προκάλεσε όλη αυτή η διαδικασία καθώς και το τι παίρνουν φεύγοντας από την ομάδα.

Η πρώτη συνάντηση χωρίστηκε σε 5 σημεία και επικεντρώθηκε στα εξής θέματα:

- Γνωριμία
- Εισαγωγή στην ομαδική συμβουλευτική, δηλαδή το να συζητήσουμε για ποιο λόγο πραγματοποιούνται τέτοιου είδους παρεμβάσεις
- Συναισθήματα και Προσδοκίες ως προς την Ομαδική Συμβουλευτική
- Προσωπικές Ιστορίες του Καθενός
- Συναισθήματα και αξιολόγηση της διαδικασίας.

Στόχος της δεύτερης συνάντησης ήταν να συζητηθεί το θέμα των υποτροπών, κάτι που είχε προκύψει ως θέμα από την πρώτη ομάδα. Έτσι μέσα από μια άσκηση Νοερής Απεικόνισης κινητοποιήθηκαν να συζητήσουν και να ανταλλάξουν εμπειρίες σε ζευγάρια με την τεχνική του role play σχετικά με το τι θα έκαναν στο ίδιο σενάριο. Το σενάριο σχετιζόταν με το πώς θα μπορούσαν να προλάβουν μια υποτροπή αλλά και το τι θα έκαναν σε περίπτωση υποτροπής. Στη συνέχεια ακολούθησε συζήτηση από όλη την ομάδα σχολιάζοντας ο καθένας τις εντυπώσεις, τις σκέψεις και τους προβληματισμούς που έκανε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Με αφορμή τις σκέψεις που έκαναν πάνω σε αυτά τα ερωτήματα ακολούθησε συζήτηση από όλη την ομάδα με στόχο να ανταλλάξουν εμπειρίες, να μοιραστούν συναισθήματα, να πάρουν ιδέες αντιμετώπισης των υποτροπών και των δύσκολων στιγμών από τους άλλους, να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή τους, να προετοιμαστούν για πιθανές δύσκολες στιγμές που ίσως έρθουν και να αισθάνονται πιο σίγουροι ότι έχουν κάποια αποθέματα που θα μπορέσουν εκείνη τη στιγμή να αξιοποιήσουν.

Τέλος, στην τρίτη και τελευταία συνάντηση έγινε συζήτηση και σχολιασμός για την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο καθένας και τους στόχους που έχει πετύχει ή

όχι. Συζητήθηκε το τι πήραν από το πρόγραμμα της ομαδικής συμβουλευτικής και ακολούθησε συζήτηση για τις αρχικές προσδοκίες του καθενός, ποιες δηλαδή από αυτές επιβεβαιώθηκαν και ποιες απορρίφθηκαν. Στη συνέχεια ακολούθησε συζήτηση και αξιολόγηση της ομαδικής συμβουλευτικής ανταλλάσσοντας απόψεις για το τι τους βοήθησε περισσότερο μέχρι τώρα και ακολούθησαν οι προτάσεις, τι άλλο δηλαδή πιστεύουν ότι χρειαζόταν να υπάρχει στις ομαδικές συνεδρίες ή τι θα ήθελαν να αφαιρέσουν. Τέλος, συζητήσαμε για τα συναισθήματα που τους προκάλεσε όλη αυτή η διαδικασία.

Στατιστική ανάλυση

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο Παρεμβατικό Πρόγραμμα για τη Διακοπή Καπνίσματος όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και εργασία.

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

	Περιγραφικά Στοιχεία		Συνολικό Δείγμα n=8 (%)
	Όσοι Διέκοψαν n=4 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=4 (%)	
Φύλο			
Άρρεν	2 (25%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
Θήλυ	2 (25%)	1(12.5%)	3 (37.5%)
Ηλικία			
25-34 ετών	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)
35-44 ετών	2 (25%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
45-54 ετών	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένος με 1 παιδί	0 %	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Παντρεμένος με 2 παιδιά	3 (37.5%)	3 (37.5%)	6 (75%)
Παντρεμένος με 4 παιδιά	0 %	1 (12.5%)	1 (12.5%)
Εκπαίδευση			
Απόφοιτος Λυκείου	2 (25%)	0 %	2 (25%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	2 (25%)	4 (50%)	6 (75%)
Εργασία			
Αυτοαπασχολούμενος	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Ετεροαπασχολούμενος	2 (25%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)
Άνεργος	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)

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

Πίνακας 2 Οικογενειακό Ιστορικό Καπνίσματος

	Περιγραφικά Στοιχεία		
	Όσοι Διέκοψαν n=4 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (%)
Σύζυγος / Σύντροφος			
Καπνίζει	3 (37.5%)	3 (37.5%)	6 (75%)
Δεν καπνίζει	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Πατέρας			
Καπνίζει	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)
Δεν καπνίζει	2 (25%)	3(37.5%)	5 (62.5%)
Μητέρα			
Καπνίζει	0%	0%	0%
Δεν καπνίζει	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)
Αδέρφια			
Καπνίζουν	1 (12.5%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Δεν καπνίζουν	3 (75%)	4 (80%)	1 (87.5%)

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

Πίνακας 3 Παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα

	Όσοι Διέκοψαν n=4 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (%)
Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής			
Ναι	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)
Όχι	3 (37.5%)	4 (50%)	7 (87.5%)
Άλλες Εξαρτήσεις			
Τίποτα	3 (37.5%)	3 (37.5%)	6 (75%)
Αλκοόλ	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Φυσική Δραστηριότητα			
Μπάσκετ	0 %	1(12.5%)	1(12.5 %)
Διάβασμα	1(12.5%)	0 %	1(12.5%)
Περπάτημα	2(25%)	0 %	2(25%)
Ενασχόληση με το ίντερνετ	1(12.5%)	0 %	1(12.5%)
Τίποτα	0 %	3 (37.5%)	3(37.5%)
Δυσκολίες Σωματικής Υγείας	1(12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
Δυσκολίες Ψυχικής Υγείας	2 (25%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)

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

Πίνακας 4 Ιστορικό Καπνίσματος

	Όσοι Διέκοψαν n=4 (%)	Όσοι δεν διέκοψαν n=4 (%)	Συνολικό Δείγμα n=8 (%)
Προηγούμενες Προσπάθειες Διακοπής			
Καμία	1 (12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
Μια	1 (12.5%)	2 (25%)	3(37.5%)
Δυο	1 (12.5%)	0 %	1(12.5%)
Τρεις	1 (12.5%)	0 %	1(12.5%)
Λόγοι Υποτροπής			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25%)
Αίσθηση ελέγχου	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)
Έντονη επιθυμία	1 (12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
Ποσότητα Καπνίσματος			
Λιγότερο από 10 τσιγάρα	0 %	1 (12.5%)	1 (12.5%)
20-30 τσιγάρα	3(37.5%)	1 (12.5%)	4 (50%)
40-50 τσιγάρα	1 (12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
Λόγοι Καπνίσματος			
Ευχαρίστηση	9 (37.5%)	8 (33.3%)	17 (70.8%)
Χαλάρωση	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)
Συγκέντρωση	0%	1 (4.2%)	1 (4.2%)
Συντροφιά/ Παρέα	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)
Συνήθεια	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)
Ανάγκη για τσιγάρο			
Στρες-Πίεση	1 (12.5%)	2 (25%)	3 (37.5%)
Καμία	3 (37.5%)	2 (25%)	5 (62.5%)
Ευχαρίστηση από το τσιγάρο			
Μαζί με τον καφέ	5 (20.8%)	5 (20.8%)	10 (41.7%)
Σε στιγμές χαλάρωσης- διασκέδασης	4 (16.7%)	5 (20.8%)	9 (37.5%)
Μετά το φαγητό	3 (12.5%)	2 (8.3%)	5 (20.8%)
Άποψη για το κάπνισμα			
Συνήθεια	5 (20.8%)	6 (25%)	11 (45.8%)
Συντροφιά/ Παρέα	3 (12.5%)	0%	3 (12.5%)
Ευχαρίστηση	0 %	6 (25%)	6 (25%)
Εθισμός	3(12.5%)	0 %	3 (12.5%)

Αποτελέσματα

Επικίνδυνο	1 (4.2%)	0 %	1 (4.2%)
Τι βοήθησε στο παρελθόν			
Τίποτα	3 (37.5%)	4 (50%)	7 (87.5%)
Βελονισμός	1 (12.5%)	0 %	1 (12.5%)
Πιθανά Εμπόδια			
Αντιμετώπιση Δύσκολων Καταστάσεων	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)
Στρες	3 (12.5%)	0 %	3 (12.5%)
Έλλειψη απόφασης	2 (8.3%)	2 (8.3%)	4 (16.7%)
Τίποτα	6 (25%)	0 %	6 (25%)
Ευχαρίστηση από το κάπνισμα	0%	4 (16.7%)	4 (16.7%)
Η πεποίθηση ότι ένας μικρός αριθμός τσιγάρων δεν κάνει κακό	0%	3 (12.5%)	3 (12.5%)

Λόγοι Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Διακοπής Καπνίσματος

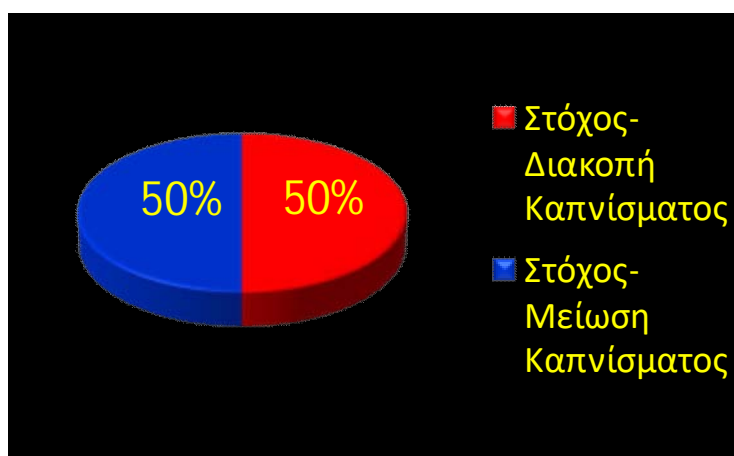
Οι βασικοί λόγοι προσέλευσης των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ήταν είτε λόγοι υγείας είτε το να αποτελέσουν παράδειγμα και πρότυπο προς μίμηση κυρίως για τα παιδιά τους. Όσον αφορά στους λόγους υγείας θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι συμμετέχοντες χωρίζονται σε δυο κατηγορίες. Την πρώτη κατηγορία αποτελούν όσοι προσέρχονται στο πρόγραμμα γιατί τους απασχολεί η πρόληψη κάποιων προβλημάτων υγείας. Ενώ δεν αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες σχετικά με την υγεία τους θεωρούσαν ότι βρίσκονταν ακόμη σε μια ηλικία κατά την οποία εάν διακόψουν το κάπνισμα θα μπορέσουν να βελτιώσουν την υγεία τους και να μειώσουν αρκετά τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιων ασθενειών όπως καρκίνος, καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες κ.α. Το ποσοστό αυτών των ατόμων κυμαίνονταν στο 37.5%.

Στη δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνονται όσοι έχουν ήδη εκδηλώσει κάποια ασθένεια ή κάποια νόσο, η οποία είτε σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα είτε έμμεσα. Για άμεση συσχέτιση μιλάμε όταν το κάπνισμα έχει προκαλέσει ή έχει συμβάλει σημαντικά στην εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου και για έμμεση συσχέτιση όταν το άτομο νοσεί από κάτι, το οποίο επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από την ανθυγιεινή συνήθεια του καπνίσματος. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 37.5%.

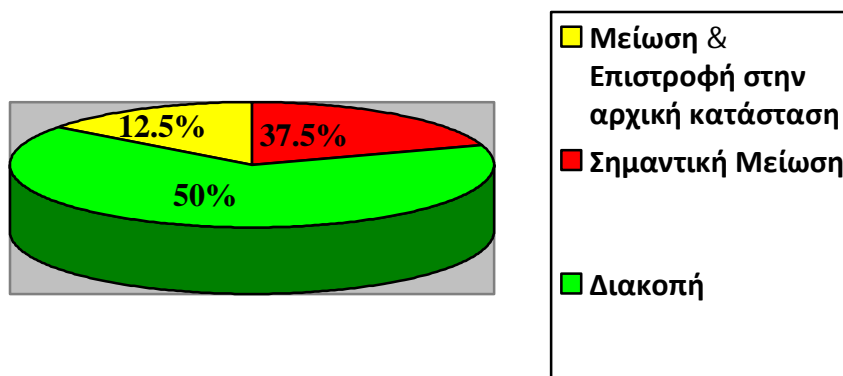
Τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως του 25% θέλουν να συμμετάσχουν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος με απώτερο σκοπό να αποτελέσουν το πρότυπο και το παράδειγμα

προς μίμηση για άλλα σημαντικά για εκείνους άτομα. Στην ερευνά μας είδαμε ότι αυτά μπορεί να είναι είτε τα παιδιά είτε ο σύζυγος τον οποίο προσπαθούν με αυτό τον τρόπο να κινητοποιήσουν ώστε να μπει και εκείνος σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Όλοι οι συμμετέχοντες του προγράμματος δεν είχαν ως στόχο τη διακοπή καπνίσματος. Στο σχήμα1 που ακολουθεί βλέπουμε τους στόχους των συμμετεχόντων όπως διαμορφώθηκαν αρχικά και στο σχήμα 2 την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, δηλαδή τους στόχους που επιτεύχθηκαν.



Σχήμα 1: Αρχικοί Στόχοι Συμμετεχόντων



Σχήμα 2: Αποτελεσματικότητα Προγράμματος - Στόχοι που επιτεύχθηκαν

Πρώτη Σειρά Κατηγοριοποίησης

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

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις 8 ερωτήσεις που αποτέλεσαν την πρώτη σειρά κατηγοριοποίησης.

1. **Πόσο βοηθητικές ήταν οι ομαδικές συνεδρίες:** Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να καταλάβουμε εάν οι συμμετέχοντες θεωρούσαν βοηθητικές ή όχι καθώς σε ποιο βαθμό τις ομαδικές συνεδρίες στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Πόσο βοηθητικές ήταν οι ομαδικές συνεδρίες:»

2η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Πάρα Πολύ	«Με βοήθησαν πάρα πολύ οι ομαδικές συνεδρίες. Το group αποτέλεσε κινητήρια δύναμη για εμένα». (n=5)
Αρκετά	«Αρκετά. Είδα και άκουσα γνώμες, συναισθήματα και σκέψεις από άλλα άτομα που είναι στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Αισθάνθηκα όμορφα που κατάφερα και εγώ να πετύχω το στόχο μου. Με γοήτευσε και με ικανοποίησε η ιδέα ότι μπορώ και εγώ να βοηθήσω και να πείσω άλλους

	ανθρώπους να τα καταφέρουν». (n=2)
Καθόλου	«Δεν μου άρεσε η όλη διαδικασία. Θεωρώ ότι δεν με βοήθησε τίποτα από τις ομαδικές συνεδρίες. Συμμετείχα μόνο σε μια από τις ομάδες. Δεν μου αρέσει να μιλάω μπροστά σε άλλα άτομα για δικά μου θέματα. Ίσως ήταν άμυνα επειδή έβλεπε ότι έχω κάνει τα λιγότερα βήματα από όλους». (n=1)

2. **Ποιες ομαδικές δραστηριότητες βοήθησαν περισσότερο:** Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας έγιναν για να εντοπίσουμε τις δραστηριότητες εκείνες που βοήθησαν περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των ομαδικών συνεδριών. Σκοπός αυτής της κατηγορίας ερωτήσεων είναι να καταλήξουμε στο ποιες ήταν οι πιο αποτελεσματικές δραστηριότητες και ενδείκνυται να συμπεριλαμβάνονται στις ομαδικές συνεδρίες.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες Ομαδικές Δραστηριότητες βοήθησαν περισσότερο;»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Όλες οι ασκήσεις-δραστηριότητες	«Όλες οι ασκήσεις μας έδιναν την ευκαιρία για περισσότερο αλληλεπίδραση και συζήτηση με τα υπόλοιπα μέλη, κάτι που ενίσχυε το δέσιμο της ομάδας». (n=4)
Οι ασκήσεις νοερής απεικόνισης	« Βοήθησαν στο να φανταστούμε πως μπορεί να είναι κάποιες μελλοντικές καταστάσεις και πως θα μπορούσαμε να τις αντιμετωπίσουμε». (n=1)
Το παιχνίδι ρόλων	«Ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό το ότι μπαίναμε σε διαφορετικούς ρόλους και μπορούσαμε έτσι να καταλάβουμε τα συναισθήματα των υπολοίπων αλλά και να δούμε από μια διαφορετική οπτική τα πράγματα, κάτι που ίσως μας βοηθούσε και εμάς». (n=1)
Η συμβουλευτική από τα υπόλοιπα μέλη	«Εφάρμοσα όλες τις συμβουλές από τα υπόλοιπα μέλη για να δω τι μου ταιριάζει και τι όχι και έτσι ανακάλυψα νέα κόλπα». (n=2)
Η συμβουλευτική από το σύμβουλο	«Οι συμβουλές από το σύμβουλο είναι τα μόνα πράγματα που εφάρμοσα». (n=2)
Η ανταλλαγή απόψεων – συζήτηση	«Η ανταλλαγή απόψεων με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας ήταν ιδιαίτερα βοηθητική. Άκουσα πράγματα που δεν τα είχα σκεφτεί ποτέ και κυρίως για το πώς να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες». (n=6)

3. **Τι δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών:** Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να εντοπίσουμε τι δυσκόλεψε περισσότερο τους συμμετέχοντες κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών ώστε να διακρίνουμε πιθανές δυσκολίες του προγράμματος και στοιχεία που χρειάζεται να προσεχτούν και να προβλεφθούν σε κάποια ανάλογη μελλοντική παρέμβαση.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα για την ερώτηση «*Τι δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών;*»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τίποτα	«Δεν υπήρχε κάτι που να με δυσκόλεψε κατά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών». (n=4)
Η έλλειψη κοινών βιωμάτων και ομοιοτήτων	«Το ότι αισθανόμουν ότι δεν έχω κοινά βιώματα, πράγματα και γενικά ομοιότητες στον τρόπο ζωής με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας με δυσκόλεψε ιδιαίτερα». (n=1)
Η προσωπική άμυνα	«Ο μικρός αριθμός συναντήσεων συνέβαλλε στο να αναπτυχθεί σε κάποια άτομα αμυντική στάση, κάτι που τους δυσκόλεψε να ενσωματωθούν και να «εκτεθούν» στην ομάδα. Αισθανόμουν στασιμότητα και ότι η συζήτηση δεν πήγαινε παρακάτω όταν το 'ταίρι' μου σε μια άσκηση role play εμφάνιζε αρκετές άμυνες και αντιστάσεις». (n=2)
Ο μικρός αριθμός των συναντήσεων	«Εάν οι συναντήσεις ήταν πιο συχνές θα είχε αναπτυχθεί μεταξύ μας μια άλλου είδους επικοινωνία και εκτός της ομάδας, κάτι που θα βοηθούσε στο δέσιμο της ομάδας». (n=1)
Η δημόσια δέσμευση	«Δεν μου άρεσε που αισθανόμουν δεσμευμένος μπροστά σε τόσο κόσμο». (n=1)
Η επιτυχία των άλλων	«Έβρισκα υπερβολικό και με ενοχλούσε το ότι κάποια άτομα θριαμβολογούσαν για τους στόχους που έχουν πετύχει. Όλη αυτή η διαδικασία με έβαζε σε αγωνία και πολλές σκέψεις για το πώς θα εξελιχθεί η πορεία μου και αν θα καταφέρω να πετύχω τους στόχους μου, κάτι που ήταν επίσης κουραστικό και ψυχοφθόρο για εμένα». (n=1)
Η συζήτηση άλλων θεμάτων	«Με κούρασε κάποια στιγμή όταν ένα μέλος της ομάδας παρασυρόταν και συζητούσε άλλα προσωπικά θέματα». (n=1)
Η «εκμετάλλευση» του κοινού χρόνου	«Με δυσκόλεψε όταν κάποια άτομα έκαναν κατάχρηση του κοινού χρόνου». (n=1)
Οι προσδοκίες των άλλων μελών	«Αρχικά με πίεσε και με άγχωσε το ότι τα υπόλοιπα μέλη είχαν υψηλές προσδοκίες από εμένα». (n=1)

4. **Ποιες αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών**

συνεδριών: Οι ερωτήσεις αυτές είχαν σκοπό να εστιάσουμε στις διαφορές που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες όσον αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα μετά την πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών με σκοπό να κατανοήσουμε το εάν και πώς συμβάλλουν οι ομαδικές συνεδρίες στη διαφοροποίηση σε αυτούς τους τομείς.

Πίνακας 7. Αποτελέσματα για την ερώτηση «*Ποιες Αλλαγές παρατηρήθηκαν μετά ην πραγματοποίηση των ομαδικών συνεδριών;*»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Στη σκέψη	«Είμαι πιο συνειδητοποιημένη και κινητοποιημένη για τη διακοπή. Άρχισε και ενεργεί ο εγκέφαλός μου προς σκέψεις διακοπής καπνίσματος». (n=3)

Αποτελέσματα

Στα συναισθήματα	«Δεν είμαι μόνος μου σε αυτή την προσπάθεια. Μοιράζομαι κοινά συναισθήματα με πολύ κόσμο. Αισθάνομαι πολύ ικανοποιημένος για την επίτευξη του στόχου μου και την προσπάθεια των υπόλοιπων μελών. Είμαι αισιόδοξος για το μέλλον ως μη καπνιστής. Πήρα θάρρος, ελπίδα, ευχάριστα συναισθήματα. (n=7)
------------------	---

5. **Χαρακτηριστικά των ομαδικών συνεδριών που βοήθησαν τους συμμετέχοντες:** Σκοπός αυτής της κατηγορίας ερωτήσεων ήταν να δούμε ποια χαρακτηριστικά των ομαδικών συναντήσεων βοήθησαν περισσότερο και με ποιο τρόπο καθώς και αυτά που δεν φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποια Χαρακτηριστικά των Ομαδικών Συνεδριών βοήθησαν τους συμμετέχοντες;»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	3 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Δομή	Σύνθεση Ομάδας	« Η σύνθεση της ομάδας με βοήθησε πολύ. Αισθανόμουν ότι ο ένας έσπρωχνε τον άλλο». (n=5)
	Συνοχή Ομάδας	«Το ότι αισθανόμουν ότι υπάρχει καλή συνοχή μεταξύ των μελών της ομάδας με έκανε να αισθάνομαι περισσότερο δεσμευμένος και παρακινημένος ως προς την επίτευξη του στόχου μου». (n=6)
	Η σχέση-αλληλεπίδραση με τα άλλα άτομα	«Αισθανόμουν σαν να βρίσκομαι σε έναν αγώνα όπου αγωνίζονται και πολλοί άλλοι άνθρωποι που μπορούν να καταλάβουν την προσπάθεια μου και τις δυσκολίες μου και να με βοηθήσουν. Το ότι αισθάνθηκα ότι αρχίζει και δημιουργείται σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας με έκανε να επιζητώ τις ομάδες και να θέλω να βρίσκομαι εκεί και να παίρνω πολλά πράγματα». (n=6)
	Ο καλός συντονισμός	«Το ότι υπήρχε καλός συντονισμός, ότι δηλαδή είχαν όλοι χώρο και χρόνο για να ακουστούν και να ανταλλάξουν απόψεις συνέβαλλε στην καλύτερη λειτουργικότητα της ομάδας». (n=1)
Περιεχόμενο	Ανταλλαγή εμπειριών	«Οι εμπειρίες των υπόλοιπων μελών ήταν για μένα σαν να βλέπω μπροστά μου διαφορετικούς μαραθώνιους με διαφορετικά αποτελέσματα. Η ανταλλαγή εμπειριών μου έδωσε πολλά και σε επίπεδο πρακτικό και ιδεών αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο». (n=6)
	Μοίρασμα Συναισθημάτων	«Αισθάνθηκα ικανοποιημένος και ανακουφισμένος και περισσότερο κινητοποιημένος που μοιραζόμουν τα συναισθήματά μου με άλλα άτομα που με καταλάβαιναν και μιλούσαμε την ίδια γλώσσα». (n=6)
	Δραστηριότητες	«Μας έδιναν την ευκαιρία για περισσότερη συζήτηση και αλληλεπίδραση μεταξύ μας, κάτι που βοήθησε και στο δέσιμο της ομάδας». (n=6)
	Γνώσεις και πληροφορίες	«Υπήρχαν αρκετά πράγματα τα οποία δεν γνώριζα και μου δόθηκε η ευκαιρία να μάθω μέσα από τις ομαδικές

		συνεδρίες». (n=6)
	Συγκρίσεις	«Το ότι έβλεπα άτομα που βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια και με διαφορετικές πορείες με βοήθησε να έχω πρότυπο, να προβληματιστώ για το ποια πορεία θέλω να ακολουθήσω και να θέλω να γίνω σαν αυτούς». (n=1)
	Ομοιότητες (εμπειρίες-δυσκολίες)	«Οι ομοιότητες με τα υπόλοιπα μέλη κυρίως όσον αφορά τις δυσκολίες (η αίσθηση ότι περνάω εγώ είναι κοινό σε όλους) στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, το κοινό βίωμα και το ότι όλοι μιλούσαμε την ίδια γλώσσα με βοήθησαν να εξοικειωθώ πιο εύκολα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, να μην αισθάνομαι μόνος μου, να δεθώ μαζί τους και να θέλω περισσότερο να μοιράζομαι εμπειρίες και συναισθήματα». (n=5)
	Κοινός στόχος	«Αισθάνομαι ότι ο κοινός στόχος μας έδεσε περισσότερο και μας "άνοιξε" ώστε να μπορούμε να μιλάμε περισσότερο χωρίς φόβους και προκαταλήψεις». (n=5)
	Η παροχή ελπίδας	«Βλέποντας ανθρώπους σε διαφορετικά στάδια και έχοντας πετύχει στόχους απέκτησα ελπίδα και τελικά πίστεψα ότι η διακοπή καπνίσματος είναι κάτι ρεαλιστικό και πραγματοποιήσιμο». (n=2)
	Έλλειψη Κριτικής	«Η κριτική θα με θύμωνε και θα μου προκαλούσε αντίδραση. Αντίθετα οι συμβουλές έδειχναν το πραγματικό ενδιαφέρον και με κινητοποιούσαν». (n=5)
Λειτουργία	Υποστήριξη	«Η υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας μου έδινε δύναμη και κουράγιο για να συνεχίσω». (n=5)
	Συνεργασία	«Η συνεργασία με βοήθησε να καταλάβω καλύτερα τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας καθώς και τους τρόπους που χρησιμοποιούν εκείνοι στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος». (n=7)
	Γνωριμία καινούριων ατόμων	«Με βοήθησε η γνωριμία καινούριων ατόμων που βρίσκονται στην ίδια φάση με εμένα. Αισθάνθηκα ότι δεν είμαι μόνος μου». (n=6)
	Ο σεβασμός και η αποδοχή	«Βασικό συστατικό της καλής λειτουργίας της ομάδας ήταν το ότι υπήρχε άνευ όρων αποδοχή και σεβασμός από όλους και ως προς όλους». (n=1)
	Η αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι τους	« Το ότι δεν αισθανόμουν μόνος ήταν η πιο σημαντική βοήθεια από την ομαδική συμβουλευτική». (n=1)
	Η ομαδικότητα	« Η ομαδικότητα με βοηθούσε να είμαι πιο κινητοποιημένος, δεσμευμένος, αποφασισμένος και να βλέπω πιο σοβαρά την προσπάθειά μου». (n=2)
Τεχνικές	Δέσμευση	«Περισσότερο με βοήθησε η δέσμευση. Σκεφτόμουν ότι έχω δεσμευτεί σε τόσα άτομα και πως θα είναι να έρθω κάποια μέρα και να τους πω ότι ξεκίνησα το κάπνισμα. Η ομάδα για μένα αποτελούσε το «κράτημα» ώστε να μην ενδίδω στον πειρασμό και το σημείο αναφοράς, όπου θα λογοδοτούσα σε περίπτωση υποτροπής». (n=5)
	Ενεργητική Ακρόαση	«Η αίσθηση ότι κάποιοι άνθρωποι με ακούν και με καταλαβαίνουν με έκανε να αισθάνομαι ακόμη καλύτερα, να ανοίγομαι περισσότερο και να θέλω να μοιραστώ όλο και περισσότερα πράγματα μαζί τους». (n=4)
	Παροχή και λήψη βοήθειας	« Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η βοήθεια από τα άλλα μέλη μέσα από την παροχή συμβουλών και ιδεών που εγώ ποτέ δεν είχα στο μυαλό μου». (n=5)
	Παροχή και λήψη ενίσχυσης	« Η θετική ενίσχυση που λάμβανα καθ' όλη τη διάρκεια τόσο από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας όσο και από το

Αποτελέσματα

		σύμβουλο ήταν κάτι που με χαροποιούσε ιδιαίτερα γιατί έβλεπα ότι ο στόχος μου που ήταν αρκετά δύσκολος και η προσπάθεια μου αναγνωριζόταν αλλά και με ενίσχυε να συνεχίσω. Μπορεί να πέτυχα το στόχο της διακοπής αλλά η προσπάθεια δεν έχει τελειώσει. Τώρα παλεύω καθημερινά το στόχο της διατήρησης. Έτσι, με τη σειρά μου και βλέποντας πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η ενίσχυση προσπαθούσα και εγώ αντίστοιχα να ενισχύω τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας». (n=5)
	Ανατροφοδότηση	«Η ανατροφοδότηση από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας μου ενίσχυε την αυτοπεποίθηση όταν αισθανόμουν ότι δεν κάνω σημαντικά βήματα και με βοηθούσε έτσι να συνεχίσω να προσπαθώ. Λειτουργούσε ως 'κινητήρια δύναμη'». (n=5)
	Συζήτηση	«Θεωρώ ότι ήταν το πιο σημαντικό κομμάτι της συμβουλευτικής. Μου άφησε πολύ θετικά συναισθήματα η συζήτηση με μέχρι πριν λίγο καιρό άγνωστους ανθρώπους για τόσο σημαντικές προσωπικές αποφάσεις όπως η διακοπή καπνίσματος». (n=6)
	Η ενεργή εμπλοκή λόγω των ασκήσεων	«Με βοήθησε να εξοικειωθώ πιο εύκολο, γρήγορα και αποτελεσματικά με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας». (n=5)
	Εσωτερική Παρακίνηση	«Το ότι ήμουν εσωτερικά παρακινημένος ήταν η βάση πάνω στην οποία χτίστηκαν όλα τα υπόλοιπα. Λόγω αυτού μπόρεσα και δούλεψα μέσα στην ομάδα και πήρα πράγματα. Πιστεύω ότι εάν δεν ήμουν παρακινημένος το πιο πιθανό είναι η ομάδα να μην με βοηθούσε καθόλου». (n=5)

6. **Ποιες προτάσεις έχουν να κάνουν για τις ομαδικές συνεδρίες:** Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να συγκεντρώσουμε τις προτάσεις των συμμετεχόντων για το πώς θα ήθελαν να είναι διαμορφωμένες οι ομαδικές συναντήσεις όσον αφορά διάφορους τομείς όπως δομή, περιεχόμενο, δείγμα κ.α. Απώτερος σκοπός είναι να κατανοήσουμε όλα αυτά τα οποία είναι σημαντικό για τους συμμετέχοντες να συμπεριληφθούν στις ομάδες αλλά και εκείνα που ίσως χρειαστεί να τροποποιηθούν ή να αποκλειστούν από αυτή.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες προτάσεις έχουν να κάνουν οι συμμετέχοντες για τις ομαδικές συνεδρίες;»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	3 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
	Μικρότερες ομάδες 2-3 ατόμων	«Ίσως με βοηθούσε περισσότερο να υπάρχει μια πολύ μικρή ομάδα 2-3 ατόμων. Θα με βοηθούσε ο συναγωνισμός που θα υπήρχε μεταξύ μας, θα αισθανόμουν ότι 'τραβάει' ο ένας τον άλλον για να

Δομή		συνεχίσουμε την προσπάθεια». (n=1)
	Πιο συχνές ομαδικές συναντήσεις	«Θα πρότεινα η συχνότητα των συναντήσεων να είναι 1 φορά ανά 15 ημέρες ώστε να έχω εικόνα του τι κάνουν οι άλλοι και να κινητοποιούμαι περισσότερο αλλά και να αισθάνομαι ότι είμαι συνεχώς σε μια διαδικασία. Όταν μεσολαβεί μεγάλο διάστημα καθησυχάζομαι και σκέφτομαι ότι έχω χρόνο να πετύχω το στόχο μου με αποτέλεσμα να αποσυντονίζομαι και να μην προσπαθώ συνεχώς. Πιστεύω ότι αν είναι πιο συχνές οι ομάδες θα υπάρξει καλύτερη συνέχεια και μεγαλύτερο δέσιμο». (n=5)
	Η παροχή και ατομικών και ομαδικών συναντήσεων	«Θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό όλοι οι συμμετέχοντες να συνεχίσουν να συμμετέχουν τόσο σε ατομικές όσο και σε ομαδικές συναντήσεις». (n=7)
	Περισσότερες ομαδικές συναντήσεις	«Θα βοηθούσε να είναι μεγαλύτερος ο αριθμός των συναντήσεων. Θα είχε αναπτυχθεί καλύτερο δέσιμο μεταξύ των μελών της ομάδας και ίσως μια καλύτερη επικοινωνία που θα συνέχιζε να υπάρχει και μετά το τέλος των ομάδων ως υποστηρικτικό δίκτυο». (n=4)
Περιεχόμενο	Συναντήσεις σε δύσκολες συνθήκες	«Θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό να γίνονται συναντήσεις υπό 'δύσκολες συνθήκες' π.χ σε καφετέρια όπου θα έπρεπε να πιουν καφέ χωρίς τσιγάρο, κάτι που θα λειτουργούσε δοκιμαστικά σαν crash test. Την ώρα που θα προσπαθούσαμε να δοκιμάσουμε στην πράξη κάποια πράγματα που μάθαμε θα είχαμε και ταυτόχρονη υποστήριξη και έτσι θα ήταν πιο ανώδυνο για εμάς». (n=1)
	Ανάθεση δραστηριοτήτων μεταξύ των συναντήσεων	«Αν υπήρχαν κάποιοι άτυποι ρόλοι και αν είχαμε συγκεκριμένα καθήκοντα (π.χ να ήμασταν χωρισμένοι σε ζευγάρια και να αναλάμβανε ο ένας το ρόλο του συμβούλου και ο άλλος το ρόλο του συμβουλευόμενου μέχρι την επόμενη εβδομάδα και μετά αντίστροφα)μέχρι την επόμενη συνάντηση, αυτό θα ενίσχυε ακόμη περισσότερο την αλληλεπίδραση και το δέσιμο». (n=1)
	Εξωτερικές Δραστηριότητες	«Ίσως αν υπήρχαν εξωτερικές δραστηριότητες όπως έξοδος για καφέ να συνέβαλλαν στο δέσιμο της ομάδας». (n=1)
Συμμετέχοντες	Περισσότερη ομοιογένεια μεταξύ των συμμετεχόντων	«Πιστεύω ότι τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να είναι πιο κοντά σε σχέση με το αποτέλεσμα που έχουν πετύχει. Έτσι δεν θα υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ μας και ίσως αυτό μας φέρει πιο κοντά στο στόχο. Προτείνω οι ομαδοποιήσεις να γίνονται ανάλογα με το που βρίσκονται οι ωφελούμενοι ως προς τη διακοπή (πριν-μετά). Όσον αφορά στο ότι δεν θα είχαμε εικόνες από άτομα σε άλλα στάδια με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να κάνουμε συγκρίσεις και να ανταλλάξουμε απόψεις θα πρότεινα να περνούσαν κάποια άτομα από τις ομάδες υπό μορφή guest. Για παράδειγμα στα πρώτα βήματα θα μπορούσαμε να έχουμε προσκεκλημένου που βρίσκονται στη φάση της διακοπής και άλλους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο του προγράμματος ώστε να συζητήσουμε και να ανταλλάξουμε απόψεις. (n=1)

	Περισσότερη ετερογένεια μεταξύ των συμμετεχόντων	«Θεωρώ πολύ σημαντικό να υπάρχουν στην ομάδα άτομα σε διαφορετικά στάδια ώστε να βλέπουμε τι γίνεται σε κάθε φάση του προγράμματος και να κάνουμε συγκρίσεις. Αν είναι όλα τα άτομα στο ίδιο στάδιο θεωρώ ότι υπάρχουν κενά και αναπάντητα ερωτήματα π.χ αν βρίσκονται όλοι στο στάδιο πριν τη διακοπή δεν μπορούν να ξέρουν τι γίνεται κατά τη διάρκεια της διακοπής. (n=2)
--	--	--

7. **Προσδοκίες από τις ομαδικές συνεδρίες:** Οι ερωτήσεις αυτές έγιναν με σκοπό να δούμε τις προσδοκίες των συμμετεχόντων από τις ομαδικές συνεδρίες στην έναρξη του προγράμματος-τι περίμεναν δηλαδή οι συμμετέχοντες να πάρουν από τις ομαδικές συνεδρίες- (**πίνακας 10**) αλλά και για να αξιολογήσουμε στο τέλος της παρέμβασης ποιες από αυτές εκπληρώθηκαν και ποιες όχι (**πίνακας 11**).

Πίνακας 10. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες ήταν οι προσδοκίες των συμμετεχόντων για τις ομαδικές συνεδρίες;»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Να πάρουν ιδέες μέσα από τη συζήτηση	«Πιστεύω ότι το να πάρω ιδέες για το πώς βλέπουν και άλλοι άνθρωποι τη διακοπή καπνίσματος αλλά κυρίως για το πώς αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και τα πισωγυρίσματα θα είναι ιδιαίτερα βοηθητικό για εμένα». (n=7)
Να λύσουν απορίες	«Λόγω ότι στην ομάδα ήμουν το άτομο που είχε πραγματοποιήσει τις λιγότερες συναντήσεις προσδοκώ ότι θα λύσω αρκετές απορίες τόσο για το τι συμβαίνει στα επόμενα στάδια του προγράμματος όσο και πιο γενικές π.χ τι συμβαίνει με τα φάρμακα». (n=1)
Να ακούσουν τις εμπειρίες των άλλων μελών	«Θέλω να ακούσω και τις εμπειρίες των υπόλοιπων ατόμων που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα». (n=7)
Να μην αισθάνονται μόνοι τους	«Να αισθανθώ ότι δεν είμαι μόνος μου αλλά υπάρχουν και άλλοι που παλεύουν για το ίδιο θέμα». (n=1)
Να κινητοποιηθούν από την επίτευξη των στόχων άλλων ατόμων	«Πιστεύω ότι τα θετικά βήματα που ίσως μέχρι τώρα κάποιοι από τους συμμετέχοντες έχουν καταφέρει να υλοποιήσουν θα επηρεάσουν και θα κινητοποιήσουν και εμένα». (n=1)
Να γνωρίσουν άλλα άτομα που κάνουν την ίδια προσπάθεια	«Θέλω να γνωρίσω και άλλα άτομα που κάνουν την ίδια προσπάθεια με εμένα». (n=1)

Πίνακας 11. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες από τις προσδοκίες των συμμετεχόντων για τις ομαδικές συνεδρίες επιβεβαιώθηκαν;»

2 ^η Σειρά Κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Ανταλλαγή ιδεών- απόψεων	«Η ανταλλαγή απόψεων και ιδεών για την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος ήταν η πιο βασική προσδοκία από τις ομαδικές συνεδρίες που επιβεβαιώθηκε». (n=7)
Μοίρασμα	« Το μοίρασμα των συναισθημάτων που αφορούσαν κυρίως τις δυσκολίες

Αποτελέσματα

συναισθημάτων	που αντιμετωπίζαμε κατά τη διάρκεια διακοπής καπνίσματος αλλά και της ικανοποίησης από την επίτευξη των στόχων λειτουργούσε παρακινητικά από όλους και ως προς όλους». (n=7)
Μοίρασμα εμπειριών	« Η ανταλλαγή εμπειριών με άλλους ανθρώπους που κάνουν την ίδια προσπάθεια». (n=7)
Να μην αισθάνονται μόνοι τους	«Η βασικότερη προσδοκία μου από την ομάδα ήταν ότι δεν αισθανόμουν μόνος μου σε αυτή την προσπάθεια αλλά με αρκετούς συμμάχους δίπλα μου που κινούνται στο ίδιο μήκος». (n=3)
Αλλαγή τρόπου σκέψης	«Η προσδοκία μου που επιβεβαιώθηκε ήταν να διαφοροποιηθεί ο τρόπος σκέψης μου που σχετίζεται με το κάπνισμα και όλα αυτά μέσα από την αλληλεπίδραση και την ανταλλαγή απόψεων με άλλους ανθρώπους που κάνουν την ίδια προσπάθεια». (n=1)
Εκμάθηση τεχνικών	« Η εκμάθηση κάποιων βασικών τεχνικών και οι εμπειρίες κάποιων ατόμων που τις χρησιμοποίησαν και τους βοήθησε». (n=2)
Ψυχολογική Στήριξη	« Η βασικότερη προσδοκία μου που επιβεβαιώθηκε μέσα από τις ομαδικές συνεδρίες ήταν ότι θα μου παρέχόταν ψυχολογική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας διακοπής καπνίσματος». (n=3)

Follow up

Μετά την ολοκλήρωση της συμμετοχής στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος πραγματοποιήθηκαν 3 follow-up σε ατομικό επίπεδο και συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες σε εβδομαδιαία βάση αλλά και για 6 μήνες μετά το τέλος του προγράμματος με σκοπό τη συνεχή ενημέρωσή μας για την κατάσταση του συμμετέχοντα. Τα αποτελέσματα του προγράμματος δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Όσον αφορά στους συμμετέχοντες που κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα διατήρησαν τη διακοπή και μετά την πραγματοποίηση του τελευταίου follow-up. Τα τρία από τα 4 άτομα που δεν διέκοψαν το κάπνισμα κατάφεραν να διατηρήσουν τη μείωση μέχρι και 6 μήνες μετά δηλαδή μετά το τελευταίο follow-up ενώ το ένα άτομο που είχε μειώσει σημαντικά το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των follow-up το αύξανε και μέχρι την πραγματοποίηση του τελευταίου follow-up είχε επιστρέψει στην αρχική κατάσταση καπνίσματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της επίδρασης των ομαδικών συνεδριών στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα, αποτελούμενο τόσο από συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής όσο και ομαδικές συνεδρίες, αποσκοπεί στο να διαπιστώσει κατά πόσο η προσθήκη και πραγματοποίηση ομαδικών συνεδριών επηρεάζει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ποιες συγκεκριμένα τεχνικές, χαρακτηριστικά και ποιότητες των ομαδικών συνεδριών είναι αυτές που βοηθούν τους συμβουλευόμενους καθώς και με ποιον τρόπο η δυναμική της ομάδας επιδρά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Επιπροσθέτως, στόχος μας ήταν να δούμε πώς μπορεί να επηρεάζει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος το διαφορετικό επίπεδο-στάδιο, στο οποίο βρισκόταν ο κάθε συμμετέχοντας. Άλλοι συμμετέχοντες βρισκόνταν στα πρώτα βήματα του προγράμματος, άλλοι βρίσκονταν στη φάση της διακοπής, άλλοι στη φάση μετά τη διακοπή και άλλοι στη φάση ολοκλήρωσης του προγράμματος.

Όταν μιλάμε για δυναμική ομάδας αναφερόμαστε σε παράγοντες όπως το επίπεδο συμμετοχής των μελών, ο βαθμός συνοχής της ομάδας, οι αξίες της, το είδος και η ποιότητα της ηγεσίας και η φύση της εσωτερικής της δομής (Douglas, 1997). Το πώς επιδρούν αυτές οι δυνάμεις στην ομάδα γίνεται εύκολα κατανοητό εάν σκεφτούμε ότι η ισχύς της ομάδας εξαρτάται από την ενέργεια των μελών της και στη συνέχεια ο βαθμός συμμετοχής των ατόμων καθορίζει την ικανότητα της ομάδας να πραγματοποιεί τους στόχους της. Από την άλλη πλευρά, μια ομάδα στην οποία υπάρχουν συγκρούσεις και διχόνοιες αναλώνεται στην επίλυση αυτών με αποτέλεσμα να της μένει λίγος χρόνος και

ψυχικό σθένος για να συγκεντρωθεί και να δουλέψει πάνω στην επίτευξη των στόχων της. Βέβαια, καλό είναι να μην αγνοούμε και το ότι μια ομάδα με υψηλή συνοχή μπορεί να είναι άκαμπτη και να παρεμποδίζονται έτσι αρκετές από τις ενέργειές της. Άρα θα καταλήγαμε στο ότι χρειάζεται μια κατάλληλη ισορροπία (Douglas, 1997).

Όσον αφορά στη δυναμική της ομάδας ένας συμμετέχων χαρακτηριστικά αναφέρει ότι σε προηγούμενη προσπάθεια να κόψει το κάπνισμα αισθανόταν μόνος και πιεσμένος. Όταν όμως ενσωματώθηκε στην ομάδα και είδε ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι αισθάνθηκε ότι οι δυνάμεις του ήταν διαφορετικές, είδε ότι δεν είναι μόνος του αλλά έχει κοινά βιώματα με πολλούς άλλους ανθρώπους με τους οποίους μπορεί να μιλήσει στην ίδια γλώσσα και να καταλάβουν οτιδήποτε πει και έτσι πήρε θάρρος για να συνεχίσει. Χαρακτηρίζει την ομάδα ως «δύναμη». Έτσι μπορούμε να καταλάβουμε τι εννοούμε όταν λέμε ότι οι ομαδικές συνεδρίες συνήθως έχουν διαφορετική δυναμική από τις ατομικές. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν πιο αναλυτικά τα στοιχεία που συμβάλλουν και κάνουν τα μέλη της ομάδας να μιλούν για δυναμική ομάδας καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα στοιχεία επηρεάζουν τα μέλη μιας ομάδας.

Αρχικά κρίνεται σημαντικό να αναφέρουμε ότι το 50 % του δείγματός μας πέτυχε το στόχο της διακοπής καπνίσματος. Από το υπόλοιπο 50 %, ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 37.5 % πέτυχε σημαντική μείωση και το ποσοστό του 12.5 % πέτυχε στην πορεία του προγράμματος κάποια σημαντική μείωση, αλλά στη συνέχεια επέστρεψε στην αρχική κατάσταση καπνίσματος.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι το ότι δεν αποτελούσε στόχο όλων των συμμετεχόντων η διακοπή καπνίσματος. Κάποια άτομα είχαν εξ' αρχής στο νου τους το στόχο της διακοπής και κάποια άλλα το στόχο της μείωσης και ίσως την ευαισθητοποίησή τους ώστε να αρχίσουν να σκέφτονται στο μέλλον, και σε ένα δεύτερο επίπεδο, τη διακοπή. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η διακοπή καπνίσματος ήταν στόχος για το 50 % του δείγματος ενώ για το υπόλοιπο 50 % ήταν η επίτευξη μιας σημαντικής μείωσης. Από το 50 % των

συμμετεχόντων που είχαν ως στόχο τη διακοπή το 37.5 % τον πέτυχε, ενώ το υπόλοιπο 12.5 % πέτυχε σημαντική μείωση. Όσον αφορά στο 50 % που είχαν στόχο τη μείωση το 25 % πέτυχαν το στόχο της μείωσης, το 12.5 % πέτυχε αρχικά κάποια μείωση αλλά στη συνέχεια επέστρεψε στην αρχική κατάσταση καπνίσματος και το υπόλοιπο 12.5 % πέτυχε αρχικά μια σημαντική μείωση και στη συνέχεια τη διακοπή.

Όσον αφορά στο προφίλ και στις συνήθειες που είχαν οι συμμετέχοντες του προγράμματος αξιολογήθηκε και η συνήθεια της άσκησης. Η επίδραση της άσκησης σε διάφορες συμπεριφορές υγείας έχει μελετηθεί αρκετά. Η έρευνα των Θεοδωράκης & Χασσάνδρα (2005) υποστήριξε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο περισσότερο ασκούνται τα άτομα τόσο λιγότερο καπνίζουν και ότι τα άτομα που δεν ασκούνται καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα που ασκούνται. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματός μας ήταν τα 41.6 έτη. Στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος από τους συμμετέχοντες το 50% αυτών που διέκοψαν είχε κάποια ασχολία με την άσκηση. Από τα άτομα που δεν διέκοψαν μόνο το 12.5 % είχε κάποια ανάλογη ενασχόληση. Τα άτομα που δεν είχαν ποτέ στο παρελθόν κάποια σχέση με την άσκηση φάνηκε να δυσκολεύονται ιδιαίτερα να υιοθετήσουν αυτή τη συνήθεια κατά τη διάρκεια του προγράμματος (ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματός ήταν τα 41.6 έτη). Ωστόσο, το σημαντικό είναι ότι όλοι πειραματίστηκαν με κάποιες μορφές άσκησης. Τα άτομα που ασκούσαν και στο παρελθόν κατάφεραν πιο εύκολα να κινητοποιηθούν και να συμμετέχουν ενεργά σε πρόγραμμα άσκησης. Αξίζει να αναφέρουμε ότι όλοι οι συμμετέχοντες του προγράμματος χρησιμοποίησαν κάποιες απλές μορφές άσκησης, όπως το περπάτημα ως τεχνική αντιμετώπισης του πειρασμού και της επιθυμίας για τσιγάρο.

Όσον αφορά στο εάν η προσθήκη των ομαδικών συνεδριών ήταν βοηθητική ή όχι, η πλειοψηφία συμμετεχόντων (7 από τα 8 άτομα) συμφωνεί ότι οι ομαδικές συνεδρίες ήταν πολύ βοηθητικές, κάτι που επιβεβαιώνει και την αρχική μας υπόθεση. Σε ανάλογα

αποτελέσματα κατέληξαν και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν και μελέτησαν το εάν η ομαδική συμβουλευτική συνέβαλλε θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών υποστήριξαν ότι η συμμετοχή ενός ατόμου σε κάποιο πρόγραμμα ομαδικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εάν υπάρχει κάποια τέτοια διαθεσιμότητα, φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής (Stead & Lancaster, 2009). Ωστόσο, αν και αρκετές έρευνες συμφωνούν ότι επιτυγχάνονται υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος με την ομαδική παρέμβαση παρά με την ατομική, δεν έχουν παρατηρηθεί στατιστικά σημαντικές διαφορές (Ramos et al., 2010). Η διοργάνωση κάποιων ομάδων ενημέρωσης έχει αποδειχθεί επίσης ότι αυξάνει τα ποσοστά διακοπής (Ciobanu et al., 2009). Ο Chih- Ling Huang (2005) υποστήριξε ότι οι ενήλικες θέλουν κάτι περισσότερο από πληροφορία ή θεραπεία. Χρειάζονται βοήθεια, τεχνικές, συναισθηματική υποστήριξη. Αν τους δοθούν οι κατάλληλες τεχνικές οι καπνιστές θα μπορούν να ελέγχουν τις συμπεριφορές καπνίσματος. Πρότασή του αποτελεί το να οργανώνονται βραχύχρονες υποστηρικτικές ομάδες που θα παρέχουν τεχνικές και θα τους βοηθούν να ξεπεράσουν τόσο την ψυχολογική όσο και τη σωματική εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Στην προσπάθεια μας να διερευνήσουμε πιο συγκεκριμένα εάν και ποιες δραστηριότητες των ομαδικών συνεδριών ήταν περισσότερο βοηθητικές οι συμμετέχοντες μας μίλησαν για όλες τις ασκήσεις, για τις ασκήσεις νοερής απεικόνισης, για το παιχνίδι ρόλων, για την παροχή συμβουλών από τα υπόλοιπα μέλη αλλά και από τον σύμβουλο. Όσον αφορά στις ασκήσεις και τα παιχνίδια ρόλων αναφέρουν ότι ενίσχυαν περισσότερο το δέσιμο που αισθάνονταν και στη συνέχεια αυτή η ομαδικότητα τους βοηθούσε να είναι πιο κινητοποιημένοι, δεσμευμένοι, αποφασισμένοι και να βλέπουν πιο σοβαρά όλη αυτή την προσπάθεια.

Ωστόσο οι περισσότεροι αναφέρθηκαν στην ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών ως τη βασική δραστηριότητα που τους βοήθησε περισσότερο. Βασικό χαρακτηριστικό των

ομάδων είναι ότι τα στοιχεία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, κάτι που επιφέρει κατανόηση, διαχέει πληροφορίες, βελτιώνει και ενισχύει γνώμες, διευκολύνει τα επιτεύγματα της ομάδας. Κάθε μέλος φέρνει στην ομάδα τα άγχη και τις εμπειρίες που απέκτησε στη ζωή του (Douglas, 1997). Οι Stead και Lancaster (2005) στην έρευνά τους υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν στοιχεία για το ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων μιας ομάδας έχει κάποια επίδραση στο αποτέλεσμα. Δεν βρέθηκαν επίσης στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση συγκεκριμένου περιεχομένου σε αυτά τα προγράμματα εκτός από την υποστήριξη και τις δεξιότητες που συνήθως συμπεριλαμβάνονται. Οι συμμετέχοντες της ομάδας χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι ήταν ιδιαίτερα σημαντικό το ότι μπορούσαν να ανταλλάσουν γνώσεις, εμπειρίες αλλά και συμβουλές μεταξύ τους. Αυτό τους έδινε τη δυνατότητα να «πάρουν» πράγματα από ανθρώπους που κατέβαλλαν την ίδια προσπάθεια με παρόμοιες ανησυχίες και άγχη. Έβλεπαν διαφορετικές καταστάσεις, έπαιρναν ιδέες και έκαναν συγκρίσεις. Ακόμη και τα θετικά συναισθήματα όσων είχαν πετύχει τους στόχους τους κινητοποιούσαν να προσπαθήσουν και αυτοί να τον πετύχουν για να βιώσουν ανάλογα συναισθήματα.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία (Glassman, 1995), σκοπός των ανθρώπων είναι η ανακούφιση από την ένταση που δημιουργούν το άγχος και η ψυχική δυσφορία. Είναι εύκολο να κατανοήσουμε το μέγεθος του άγχους και της απογοήτευσης που νιώθουν ορισμένα μέλη μόλις αντιληφθούν ότι η ομάδα δεν ικανοποιεί ούτε την ανάγκη τους για ασφάλεια ούτε τις άλλες απαιτήσεις τους. Το άγχος και η ματαιώση μπορεί να αυξηθούν εάν η παραίτηση από την ομάδα αυτή δεν είναι δυνατή. Η μείωση του άγχους με κάποια μορφή μετάθεσης, προβολής ή φαντασίας μπορεί να παρατηρηθεί εύκολα και είναι διαθέσιμη στην ομάδα χάρη στη φυσική εγγύτητα των μελών, την αλληλεπίδραση και από τη συναισθηματική εμπλοκή στις ομαδικές δραστηριότητες.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το διαφορετικό επίπεδο στο οποίο βρισκόταν ο καθένας σχετιζόταν άμεσα με την ελπίδα. Έβλεπαν άτομα που ήταν σε ένα επόμενο

στάδιο και αυτό συνέβαλλε στο να πιστέψουν ότι τελικά η διακοπή καπνίσματος είναι κάτι ρεαλιστικό αλλά και να πιστέψουν ότι και οι ίδιοι με την ανάλογη προσπάθεια θα καταφέρουν να φτάσουν σε αυτό το στάδιο. Ο ρόλος της ελπίδας είναι θεραπευτικός από μόνος του. Δίνει στα μέλη τη σιγουριά να δεσμευτούν στην απαιτητική δουλειά της ομάδας και αυτό τους παρακινεί να ανακαλύψουν εναλλακτικές λύσεις (Tudor, 1999). Όπως ανέφερε και ο Yalom (1985) η εγκαθίδρυση και η διατήρηση της ελπίδας είναι βασικό στις ομάδες και κάνει τα μέλη να παραμένουν στις ομάδες. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η μεγάλη προσδοκία από τη συμμετοχή σε κάποια ομάδα σχετίζεται με θετική έκβαση (Bloch et al., 1976; Connelly et al., 1986; Frank & Frank, 1991; Goldstein, 1962; Hoberman et al., 1988; Pearson & Girling, 1990; Piper, 1994; Rabin et al., 1992). Μια θετική έκβαση είναι πιθανότερη όταν σύμβουλος και συμβουλευόμενος έχουν παρόμοιες προσδοκίες (Seligman, 1995). Οι σύμβουλοι είναι καλό να τονίζουν στην ομάδα τη βελτίωση που έχουν παρουσιάσει τα μέλη της. Έτσι δείχνουν ότι και οι ίδιοι πιστεύουν στις δυνάμεις τους και κάνουν και τους ίδιους να πιστέψουν ακόμη περισσότερο και να αντλήσουν δύναμη για να συνεχίσουν (Yalom, 2006). Έχουν προταθεί αρκετές τεχνικές που χρησιμοποιούν οι αρχηγοί των ομάδων (Couch & Childers, 1987). Κάποιες από αυτές είναι η χρήση συνέντευξης πριν από τις ομάδες με σκοπό να εγκαθιδρύσουν στο άτομο ελπίδα μέσα από τις θετικές προσδοκίες, επικεντρώνοντας την προσοχή στα θετικά βήματα που έχουν κάνει τα μέλη, ενθαρρύνοντας τα σημάδια θετικών κινήσεων, αφήνοντας τα μέλη να γνωρίσουν την επιτυχία των υπόλοιπων μελών και αποδίδοντας τους την ευθύνη για τη δική τους εξέλιξη και πρόοδο. Για την αλλαγή όμως δεν φτάνει μόνο η ελπίδα. Οι συμμετέχοντες πρέπει να αποφασίσουν εκτός από το τι πρέπει να αλλάξουν και το πώς θα το αλλάξουν. Έτσι χρειάζεται να δημιουργήσουν σχέδιο δράσης, να δεσμευτούν ως προς αυτό αλλά και να χρησιμοποιήσουν τα εργαλεία που τους προσφέρει η ομάδα ώστε να βρουν τρόπους να το πετύχουν (Tudor, 1999).

Όσον αφορά στο περιεχόμενο των ομαδικών συνεδριών, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι πιο πολύ τους βοήθησε η ανταλλαγή εμπειριών τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Το μοίρασμα συναισθημάτων τούς έκανε να αισθάνονται ότι δεν είναι μόνοι τους και ότι υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι οι οποίοι καταβάλουν την ίδια προσπάθεια και με τους οποίους αισθάνονται ότι μιλούν την ίδια γλώσσα. Όλο αυτό τους έκανε να αισθάνονται πολύ ανακουφισμένοι. Η έκφραση συναισθημάτων έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα βοηθητική λόγω του ότι απελευθερώνει ενέργεια και κάνει το άτομο να αισθάνεται περισσότερο ελεύθερο (Yalom, 1985).

Τα μέλη της ομάδας ανέφεραν ότι βιώνουν ανακούφιση όταν βλέπουν ότι η εμπειρία τους μοιράζεται και γίνεται κατανοητή από τους υπόλοιπους. Η φυσιολογικοποίηση των δυσκολιών και των προβλημάτων (Yalom, 1970) είναι βασικό σημείο της αποδοχής. Υπάρχουν ισχυρές δυνάμεις ανακούφισης-επούλωσης στην ομάδα (Bion, 1959).

Η έκφραση συναισθημάτων αλλά και η ανταλλαγή εμπειριών σχετίζεται άμεσα με το φαινόμενο της μόλυνσης στο οποίο κάνει αναφορά ο Douglas (1997). Όπως στην περίπτωση μια μολυσματικής ασθένειας το μικρόβιο περνάει από έναν άνθρωπο στον άλλο μέσα από κάποιου είδους επαφή έτσι και στις ομάδες συμβαίνει το ίδιο κυρίως όσον αφορά τα συναισθήματα όπως το θυμό, τη δυσπιστία, το μίσος, την αγάπη, την εμπιστοσύνη, τη ζεστασιά αλλά και τις πράξεις ή σε συμμετοχή σε πράξεις που τα άτομα ποτέ δεν θα δοκίμαζαν από μόνοι τους, που πολλές φορές τους οδηγεί στο να ανακαλύψουν δυνατότητες τις οποίες ούτε και μπορούσαν να φανταστούν (Douglas, 1997). Οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι πολλές φορές τα δικά τους ευχάριστα συναισθήματα λειτουργούσαν ως κίνητρο για να κινητοποιήσουν και τα άλλα μέλη και να τους μεταφέρουν τα αντίστοιχα θετικά συναισθήματα.

Ακόμη οι συμμετέχοντες της ομάδας ανέφεραν ότι οι ομοιότητες που υπήρχαν μεταξύ των συμμετεχόντων όσον αφορά τόσο τα βιώματα όσο και τις δυσκολίες τους βοήθησαν να εξοικειωθούν και να δεθούν πιο εύκολα με τα υπόλοιπα μέλη και να

δεσμευτούν περισσότερο. Σύμφωνα με τους MacKenzie & Livesley (1984) η επίγνωση και η αναγνώριση ότι και άλλα άτομα έχουν παρόμοια προβλήματα και εμπειρίες είναι ο κύριος μηχανισμός για την ανάπτυξη της δέσμευσης μέσα σε μια ομάδα (Woody, Hansen & Rosberg, 1989).

Ο Yalom μιλώντας για τις ομοιότητες κάνει αναφορά στην καθολικότητα ως έναν από τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν και επηρεάζουν τη διαδικασία των ομάδων (Woody, Hansen & Rosberg, 1989). Έτσι, σχολιάζει ότι πολλοί άνθρωποι μπαίνοντας αρχικά σε μια ομάδα έχουν την ανησυχητική σκέψη ότι είναι μοναδικοί στη δυστυχία τους, ότι μόνο εκείνοι έχουν προβλήματα, σκέψεις, και φαντασιώσεις που είναι τρομακτικά ή απαράδεκτα. Στην καθημερινή ζωή δεν τους δίνεται εύκολα η ευκαιρία να μάθουν ότι και άλλοι άνθρωποι έχουν ανάλογα συναισθήματα και εμπειρίες αλλά και να μοιραστούν τα προβλήματά τους στους άλλους και τελικά εκείνοι να τους αποδεχτούν. Στο πλαίσιο των ομάδων η διάψευση των αισθημάτων μοναδικότητας που ίσως βιώνουν οι συμβουλευόμενοι είναι μια μεγάλη πηγή ανακούφισης. Αυτό είναι και το πρώτο βήμα για να μειωθούν αισθήματα απομόνωσης και διαφορετικότητας.

Πολλές φορές στις ομάδες αρχικά χρησιμοποιούνται ασκήσεις που βοηθούν στην ανάδειξη της καθολικότητας (Yalom, 2006). Μια τέτοια άσκηση χρησιμοποιήθηκε και στην πρώτη ομαδική συνεδρία μοιράζοντας ανώνυμα έντυπα για συμπλήρωση, τα οποία στη συνέχεια μπερδέψαμε και ο καθένας πήρε και διάβασε το έντυπο κάποιου άλλου συμμετέχοντα και μας μίλησε για το πώς του φαίνονται, αν βρίσκει κάποια κοινά στοιχεία με τα δικά του κ.α. Στόχος μας ήταν η διαπίστωση ότι όλοι τελικά τις ίδιες ανησυχίες έχουν καθώς και η προώθηση της ενσυναίσθησης, της ικανότητας δηλαδή των άλλων ανθρώπων να κατανοούν το συνάνθρωπο. Έτσι θα λέγαμε ότι καθώς οι συμβουλευόμενοι μοιράζονται τις βαθύτερες ανησυχίες τους ωφελούνται επίσης από την κάθαρση που δρα συνοδευτικά και από την τελική αποδοχή τους από τα άλλα μέλη. Η αποδοχή των ατόμων σε μια ομάδα φαίνεται να τους απελευθερώνει μπροστά στην αλλαγή. Αυξάνει την αυτό-

εκτίμησή τους και στη συνέχεια προωθεί τη διαδικασία της αλλαγής (Miller & Rollnick, 2002).

Ακόμη ο κοινός στόχος ήταν το βασικό σημείο που τους έδεσε περισσότερο και τους έκανε να μιλούν ανοιχτά και να συμμετέχουν χωρίς φόβους και προκαταλήψεις. Βλέποντας ανθρώπους που ήδη είχαν πετύχει κάποιους από τους στόχους τους έπαιρναν θάρρος, δύναμη και ελπίδα. Επίσης η έλλειψη κριτικής στάσης και η ύπαρξη διάθεσης για βοήθεια ήταν κάτι που τους κινητοποιούσε όλους ακόμη περισσότερο να εμπλακούν στη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών και δεν τους απωθούσε. Η διαδικασία της παροχής συμβουλών μπορεί να είναι ευεργετική καθώς υπονοεί και μεταφέρει αμοιβαίο νοιάξιμο και ενδιαφέρον και δεν εστιάζεται μόνο στο περιεχόμενό της (Yalom, 2006).

Ένα άλλο κομμάτι που παίζει βασικό ρόλο στις ομάδες είναι οι διαφορές. Μπορεί οι ομοιότητες, το κοινό βίωμα, το ότι όλοι μιλούν κοινή γλώσσα, να τους βοηθάει περισσότερο στο να εξοικειωθούν πιο εύκολα, να δεθούν περισσότερο, να μην αισθάνονται μόνοι τους και να μοιράζονται πιο εύκολα εμπειρίες, οι διαφορές όμως εμπλουτίζουν περισσότερο τις ομάδες δίνοντας περισσότερες πληροφορίες για τα διαφορετικά στάδια στα οποία βρίσκεται ο καθένας και επιτρέποντάς τους να προετοιμάζονται και να κάνουν συγκρίσεις. Μπορεί για παράδειγμα όλοι να θέλουν να κόψουν το τσιγάρο αλλά οι λόγοι διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο. Όταν τα άτομα αισθάνονται ασφαλή να εκφράσουν αυτές τις διαφορές τότε εμφανίζονται οι πηγές ενέργειας της ομάδας. Το άτομο αισθάνεται ότι του προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη και ότι βρήκε ένα ασφαλές μέρος που του ταιριάζει και μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα. Το βασικό είναι ότι μέσα από τις διαφορές γεννιούνται οι καινούριες ιδέες που το κάθε μέλος ξεχωριστά θα μπορούσε να δοκιμάσει ή να υιοθετήσει. Τα μέλη της ομάδας χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η ομάδα τους έκανε να αισθάνονται περισσότερο ασφαλή να καταθέσουν κάποιες προσωπικές εμπειρίες λόγω της υποστήριξης που λάμβανε από όλους αλλά και του δεσίματος που αισθανόταν ότι υπάρχει.

Εκτός από το περιεχόμενο των ομαδικών συνεδριών μελετήσαμε και στοιχεία της δομής των ομάδων καθώς και το ποιο ρόλο μπορεί αυτά να έπαιξαν. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι όσον αφορά στη δομή των ομάδων στοιχεία όπως η σύνθεση, η συνοχή, η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών και ο καλός συντονισμός έκαναν την ομάδα ιδιαίτερα ελκυστική, κάτι που ίσως είχε ως αποτέλεσμα τα μέλη να αναλαμβάνουν ευκολότερα ευθύνες, να υπάρχει μεγαλύτερη προσέλευση και μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής, τα μέλη να μην εγκαταλείπουν εύκολα την προσπάθεια, να είναι ανοιχτά στις αλληλεπιδράσεις και πιο πρόθυμα να ακούσουν, να προσπαθούν να επηρεάσουν τους άλλους περισσότερο και γενικά να αποκτούν μεγαλύτερη ευημερία κ.α. Αν εξαιρέσουμε ένα άτομο που παρακολούθησε μόνο την πρώτη ομάδα από όλους τους υπόλοιπους συμμετέχοντες δεν παρατηρήθηκαν ποσοστά αποχής αλλά συμμετείχαν όλοι σε όλες τις ομαδικές συνεδρίες.

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των ομαδικών συνεδριών ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται να έπαιξε η συνοχή της ομάδας. Το 75 % των συμμετεχόντων αναφέρει ότι η συνοχή της ομάδας τους βοήθησε να αισθάνονται περισσότερο δεσμευμένοι και παρακινημένοι για να συνεχίσουν την προσπάθεια. Σε σχέση με τις ομάδες χαμηλής συνοχής, στις ομάδες υψηλής συνοχής παρατηρείται μεγαλύτερος βαθμός κοινωνικής αλληλεπίδρασης, πιο θετικές αλληλεπιδράσεις, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίτευξη στόχων που έχουν τεθεί και άντληση μεγαλύτερης ικανοποίησης (Shaw, 1974). Οι επιπτώσεις από τη συνεκτικότητα των μελών σε μια ομάδα είναι η μείωση του άγχους, η διευκόλυνση της αλλαγής, η διευκόλυνση της ροής πληροφοριών, η δημιουργία αμοιβαίας εμπιστοσύνης, αυξημένη διάθεση των μελών να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλο, ενδυνάμωση της θέλησης και της αντοχής στις στερήσεις προκειμένου να πετύχουν τους στόχους τους, η αύξηση της υπευθυνότητας των μελών. Με λίγα λόγια θα λέγαμε ότι η συνεκτικότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στο εάν τα μέλη θα μείνουν ή θα φύγουν από την ομάδα. Η συνοχή ή η αίσθηση του δεσίματος είναι ιδιαίτερα σημαντική σε οποιαδήποτε ομάδα. Όσο περισσότερο έλκεται ένα άτομο από μια ομάδα τόσο περισσότερο θα

συμμετέχει ενεργά για να πετύχει τους σκοπούς της ομάδας. Η συνοχή μιας ομάδας βασίζεται στην αποδοχή του κοινού στόχου και των κανόνων έτσι ώστε τα μέλη να το αντιλαμβάνονται ως σημαντικό να ανήκουν στην ομάδα. Η συνοχή συμβαίνει όταν τα άτομα καταλάβουν τόσο τους εαυτούς τους όσο και τους άλλους εις βάθος, καθώς οικειότητα χωρίς αυτογνωσία δεν γίνεται (MacKenzie & Livesley, 1984).

«Η συνοχή-συνεκτικότητα είναι για τις ομάδες ό,τι η σχέση για την ατομική θεραπεία». Θα λέγαμε ότι είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στο δέσιμο μιας ομάδας. Η συνεκτικότητα της ομάδας υπολογίζεται αθροίζοντας απλώς το βαθμό της έλξης του κάθε μεμονωμένου μέλους προς την ομάδα. Όσοι θεωρούσαν την ομάδα τους συνεκτική είχαν συμμετάσχει σε περισσότερες ομάδες, είχαν βιώσει μεγαλύτερη κοινωνική επαφή με τα άλλα μέλη (Yalom, 2006).

Έχει αποδειχθεί ότι τα μέλη μιας συνεκτικής ομάδας σε αντίθεση με τα μέλη μιας μη συνεκτικής ομάδας θα προσπαθήσουν περισσότερο να επηρεάσουν τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Goldstein, Heller, & Sechrest, 1966), θα είναι πιο ανοιχτά στην επιρροή των άλλων μελών (Cartwright & Zander, 1997), θα είναι πιο πρόθυμα να ακούσουν τους άλλους (Back, 1951) και θα τους αποδέχονται περισσότερο (Rasmussen & Zander, 1954), θα βιώνουν μέσα στην ομάδα μεγαλύτερη ασφάλεια και μεγαλύτερη ψυχική ανακούφιση (Seashore, 1954), θα συμμετέχουν πιο πρόθυμα στις συναντήσεις (Rasmussen & Zander, 1954), θα αυτοαποκαλύπτονται περισσότερο (Kirschner, Dies, & Brown, 1978), η ομάδα θα είναι λιγότερο επιρρεπής στη διάσπαση όταν ένα μέλος θα αποχωρεί (Goldstein et al., 1966), θα νιώθουν ότι το όλο το εγχείρημα της ομαδικής θεραπείας τους ανήκει περισσότερο (Yalom, 2006).

Παράγοντες που συμβάλλουν στη συνοχή-δέσιμο της ομάδας είναι το κοινό μεταξύ τους στοιχείο, το αίσθημα ασφάλειας, ο αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας, η αντίληψη ότι η ομάδα είναι ελκυστική, η απουσία δυσχερειών, η θετική ανατροφοδότηση, η ικανοποίηση από τη συμμετοχή, το αίσθημα της αποδοχής, η ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ

των μελών, η ανάπτυξη κοινής γλώσσας και η οικειότητα. Παρά την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνοχή είναι κάτι που διακρίνεται αμέσως και από την πρώτη ματιά. Η συνοχή είναι το αποτέλεσμα όλων αυτών των δυνάμεων που δρουν στα μέλη οδηγώντας τα είτε να μείνουν στην ομάδα είτε να φύγουν (Festinger, 1950). Σε σχέση με τις ομάδες χαμηλής συνοχής, στις ομάδες υψηλής συνοχής παρατηρείται μεγαλύτερος βαθμός κοινωνικής αλληλεπίδρασης, μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην επίτευξη στόχων που έχουν τεθεί και άντληση μεγαλύτερης ικανοποίησης (Shaw, 1974).

Οι ομαδικές συνεδρίες στην παρούσα έρευνα φαίνεται να επιτελούσαν ποικίλες και διαφορετικές λειτουργίες για τον κάθε συμμετέχοντα. Ωστόσο η πλειοψηφία των ατόμων συμφώνησε ότι βασική λειτουργία των ομάδων ήταν η υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας που τους έδινε δύναμη και κουράγιο για να συνεχίσουν αλλά και η συνεργασία των μελών, η οποία τους βοήθησε να καταλάβουν καλύτερα τόσο πράγματα της δικής τους προσπάθειας αλλά και τεχνικές που χρησιμοποιούσαν τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Σε αντίστοιχες έρευνες φάνηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους θεωρούσαν την αμοιβαία υποστήριξη ως το κυριότερο μέσο από τις ομάδες που τους βοήθησε (Yalom, 2006). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, εάν η ομάδα παρέχει υποστήριξη στα μέλη της σε δύσκολα θέματα που αντιμετωπίζουν τότε και η αφοσίωση των μελών θα είναι ιδιαίτερα ισχυρή, αλλά αν η ομάδα αποτύχει να προσφέρει στα μέλη της τη βοήθεια που περιμένουν αρχίζουν να δείχνουν όλο και λιγότερη αφοσίωση σε αυτήν (Douglas, 1997).

Η παροχή και λήψη ενίσχυσης επίσης φάνηκε να είναι ιδιαίτερα βοηθητικές για τους περισσότερους συμμετέχοντες. Θεωρούσαν ότι η ενίσχυση ήταν κάτι που το είχαν ιδιαίτερη ανάγκη λόγω της δύσκολης προσπάθειας που κατέβαλλαν. Το ότι υπήρχαν άτομα που αναγνώριζαν την προσπάθεια και τους ενίσχυαν να συνεχίσουν τους βοηθούσε να συνεχίσουν και αντίστοιχα να ενισχύουν και οι ίδιοι τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Tudor, 1999) η ενίσχυση- υποστήριξη είναι βασική διαδικασία παρέμβασης στις ομάδες. Επιπρόσθετα με την υποστήριξη που παρέχεται από το σύμβουλο τα μέλη υποστηρίζουν το ένα το άλλο μέσα από τον έπαινο, την αποδοχή, την υποστήριξη και την προσοχή. Μια καλή ιδέα είναι να ξεκινούν οι ομάδες αναφέροντας τα μέλη τις επιτυχίες τους και όχι τις αποτυχίες τους. Αυτό αφήνει έναν θετικό τόνο στην ομάδα, παρέχει ενίσχυση σε όσους τα κατάφεραν και θυμίζει σε όλους ότι η αλλαγή είναι πιθανή και δυνατή (Tudor, 1999).

Σχετικά με τις τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν κατά τις ομαδικές συνεδρίες, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι περισσότερο βοηθήθηκαν από τη συζήτηση και τη χαρακτηρίζουν ως το πιο σημαντικό κομμάτι της συμβουλευτικής. Βασικό όχημα για την αλληλεπίδραση και τη συζήτηση μεταξύ των μελών της ομάδας είναι η αυτό-αποκάλυψη. Όταν μιλάμε για αυτό-αποκάλυψη αναφερόμαστε στο να μοιράζεται κανείς τις αντιδράσεις του σχετικά με τα όσα συμβαίνουν στην ομάδα, να αποκαλύπτει ανησυχίες, στόχους, οράματα, χαρές και λύπες, δυνατά και αδύνατα σημεία. Σύμφωνα με τους Shertzer & Stone (1981) αυτό-αποκάλυψη είναι τα συναισθήματα, οι στάσεις και οι συμπεριφορές του εδώ και τώρα. Εάν τα μέλη μιας ομάδας δεν είναι πρόθυμα να μοιραστούν τους εαυτούς τους είναι πολύ δύσκολο για τους άλλους να καταφέρουν να τους φροντίσουν. Μιλώντας για τις ανησυχίες που τους απασχολούν εκτός ομάδας και στο παρελθόν είναι σημαντικό για τα μέλη να το συνδέουν με το εδώ και τώρα. Έτσι με το να εστιάζουν στο εδώ και τώρα κάνουν κατ' ευθείαν επαφή ο ένας με τον άλλο και εκφράζουν γενικά τις εμπειρίες τους στο παρόν. Από την άλλη, αυτό-αποκάλυψη δεν σημαίνει αποκαλύπτω τα εσωτερικά μυστικά και σκαλίζω το παρελθόν κάποιου, κάτι που στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν θα βοηθούσε και δεν θα προσέφερε κάτι, καθώς δεν πρόκειται για θεραπευτική διαδικασία (Tudor, 1999). Η διαδικασία της αυτό-αποκάλυψης εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που τα μέλη μιας ομάδας έχουν ο ένας προς τον άλλο (Bunch, Lund, & Wiggins, 1983). Τα μέλη της ομάδας που κάνουν λιγότερες λεκτικές αυτό-αποκαλύψεις είναι περισσότερο

πιθανό να εγκαταλείψουν την ομάδα (Stockton, Barr & Klein, 1981), κάτι που φάνηκε και στη δική μας ομάδα από το μέλος που αποχώρησε.

Η ανατροφοδότηση από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας επίσης, αύξανε την αυτοπεποίθησή τους όταν αισθάνονταν ότι δεν έχουν πετύχει κάποια σημαντικά βήματα. Μέσω της ανατροφοδότησης τα μέλη έπαιρναν πληροφορίες για την κατάσταση στην οποία βρίσκονταν αλλά και για όλη τους την προσπάθεια μέσα από τα μάτια των υπόλοιπων μελών και κατανοούσαν την προσπάθεια που έχουν κάνει και τους στόχους που έχουν πετύχει. Όλη αυτή η διαδικασία λειτουργούσε ως κινητήρια δύναμη και βοηθούσε τους συμμετέχοντες να συνεχίσουν την προσπάθεια και κυρίως στις περιπτώσεις που θεωρούσαν ότι δεν έχουν κάνει σημαντικά βήματα.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ανατροφοδότηση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που αναφέρεται στις απαντήσεις στα λεκτικά μηνύματα και μη λεκτικές συμπεριφορές του ενός απέναντι στον άλλο. Ο Corey (1995) ενθαρρύνει τα μέλη να είναι ξεκάθαρα και συγκεκριμένα στην ανατροφοδότηση που παρέχουν μεταξύ τους. Τα μέλη μιας ομάδας πρέπει να δίνουν ανατροφοδότηση σχετικά με το πόσο άλλαξαν κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των ομάδων (Gladding, 1996). Η ανταλλαγή ανατροφοδότησης μεταξύ των μελών μιας ομάδας θεωρείται ευρέως βασικό στοιχείο για την προώθηση της μάθησης μέσω της αλληλεπίδρασης (Morran, Stockton, & Bond, 1991). Έρευνα υποστήριξε ότι ενσωματώνοντας δομημένες ασκήσεις ανατροφοδότησης σε μια ομάδα συνεισέφερε σημαντικά στην επίτευξη των στόχων της ομάδας (Rohde & Stockton, 1992). Πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ της θετικής ανατροφοδότησης και της διορθωτικής ανατροφοδότησης (ή αρνητικής ανατροφοδότησης). Η διορθωτική ανατροφοδότηση είναι πιο βοηθητική όταν επικεντρώνεται σε παρατηρήσιμες συμπεριφορές, όταν έρχεται σε ένα δεύτερο χρόνο και είναι πιο εύκολο να γίνει αποδεκτή όταν έχει προηγηθεί θετική ανατροφοδότηση (Stockton & Morran, 1981; Morran, Stockton, & Harris, 1991).

Η εμπιστοσύνη με την οποία οι συμμετέχοντες αντιμετώπισαν όλες τις πληροφορίες που μοιράστηκαν καθώς και η εμπιστοσύνη που έδειξαν ο ένας στον άλλο ήταν ιδιαίτερα βοηθητική. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν η σκέψη ενός μέλους της ομάδας το οποίο ανέφερε «Δεν ήθελα να απογοητεύσω όσους με πίστεψαν. Ήθελα να φανώ αντάξια της εμπιστοσύνης τους και να τους επιβεβαιώσω». Η εμπιστευτικότητα βοηθάει να λειτουργήσει καλύτερα μια ομάδα και συνεπάγεται πως οτιδήποτε λέγεται μέσα στην ομάδα δεν θα αποκαλυφθεί έξω από αυτήν. Η εμπιστευτικότητα αυξάνει τη συνοχή της ομάδας (Gladding, 1996) και η σημασία της πρέπει να τονίζεται τόσο κατά την πρώτη συνάντηση όσο και ανά τακτά διαστήματα (Corey, 1983; Corey, Corey, & Callanan, 1992; Gazda, 1989).

Η παροχή και η λήψη βοήθειας επίσης αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες της ομάδας ως ιδιαίτερα βοηθητική. Πολύ βασικό είναι ότι στις ομάδες τα μέλη μπορούν να χρησιμοποιήσουν το ένα το άλλο ώστε να βοηθήσουν τους εαυτούς τους να διατηρήσουν τις δεσμεύσεις τους (Tudor, 1999). Ο Yalom μίλησε για τον αλtruισμό τονίζοντας ότι πολλές φορές οι συμβουλευόμενοι κερδίζουν δίνοντας και όχι μόνο επειδή λαμβάνουν βοήθεια ως μέρος της αμοιβαίας ακολουθίας του «δούναι και λαβείν». Η αίσθηση ότι μπορεί να είναι σημαντικοί για τους άλλους είναι μια αναζωογονητική εμπειρία, η οποία τονώνει την αυτοεκτίμησή τους. Προσφέρουν υποστήριξη, καθησυχάζουν, προτείνουν, παρέχουν εναισθησία, μοιράζονται παρόμοια προβλήματα. Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι είναι απαραίτητοι και χρήσιμοι (Yalom, 2006). Τα μέλη της ομάδας ανέφεραν ότι ένιωθαν ικανοποίηση με τα συναισθήματα του άλλου και ανέφεραν στενοχώρια για όσους δεν τα κατάφερναν. Ακόμη χαρακτηριστική ήταν η έκφραση ενός μέλους της ομάδας «Με γοήτευσε και με ικανοποίησε η ιδέα ότι μπορώ να βοηθήσω και να πείσω και άλλους ανθρώπους να το καταφέρουν».

Από όλους τους συμμετέχοντες στην τελευταία συνάντηση αξιολόγησης αναφέρθηκε ότι τους φάνηκε χρήσιμη η βοήθεια από τα υπόλοιπα μέλη αλλά και ότι ικανοποιήθηκαν

ιδιαίτερα βλέποντας ότι μπόρεσαν να βοηθήσουν έστω και λίγο κάποια από τα άλλα μέλη της ομάδας. Είναι αξιοσημείωτο στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι κατά την πραγματοποίηση της τελευταίας ομάδας όλα τα μέλη ανέφεραν ότι θα ήθελαν και είναι διαθέσιμοι με οποιονδήποτε τρόπο να βοηθήσουν σε επόμενες ομάδες τα νέα μέλη του προγράμματος.

Τέλος αναφέρουν ότι οι ομαδικές συνεδρίες λειτουργούσαν ως δέσμευση. Βασική τους σκέψη ήταν ότι έχουν δεσμευτεί σε τόσα άτομα και η ομάδα λειτουργούσε ως «κράτημα» ώστε να μην ενδίδουν στους πειρασμούς αλλά και ως σημείο αναφοράς όπου θα λογοδοτούσαν σε περίπτωση υποτροπής. Η δέσμευση βοηθάει τα μέλη μιας ομάδας να μοιραστούν τα συναισθήματα μεταξύ τους (Nystyl, 1993). Αυτή η τεχνική έχει αποδειχθεί ότι ενδυναμώνει τη συνοχή (Aiello, 1979) και την καθολικότητα (Brabender, 1985).

Αυτό που επιζητούν τα άτομα όταν εντάσσονται σε μια ομάδα είναι να καταφέρουν να εκπληρώσουν τις προσδοκίες τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι όσο τα μέλη βλέπουν τις προσδοκίες τους να εκπληρώνονται στις ομάδες τόσο παραμένουν αφοσιωμένοι σε αυτές, κάτι που οφείλεται στη συνειδητοποίηση ότι αξίζει τον κόπο να προσφέρουν την ενέργειά τους, την υποστήριξη και τις δυνάμεις τους. Υπάρχουν άνθρωποι που μετά την ένταξή τους ανακαλύπτουν ότι η ομάδα δεν ήταν αυτό που περίμεναν και άλλοι πάλι που τελικά βρίσκουν ότι είναι αρκετά ελκυστική.

Ακόμη, βασικό όφελος αποτελεί η υποστήριξη που λαμβάνουν τα μέλη τόσο μέσω της ενίσχυσης των ήδη υπάρχουσών απόψεων και πεποιθήσεων όσο και προσφέροντας καινούριες γνώσεις και παρέχοντας ένα μέτρο σύγκρισης της συμπεριφοράς τους. Οι γνώσεις που ανταλλάσσονται μεταξύ των συμμετεχόντων αποτελούν βασική πηγή ενέργειας. Συνήθως οι συμμετέχοντες χρειάζονται λίγο χρόνο για να αισθανθούν ασφάλεια, άνεση, να μπορέσουν να εκτεθούν και να μοιραστούν έτσι τα όσα θεωρούν χρήσιμα με τα άλλα μέλη της ομάδας (Douglas, 1997).

Μέσα από την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών τα μέλη των ομάδων μπαίνουν σε μια διαδικασία μίμησης. Οι συμβουλευόμενοι μπορούν πέρα από τον θεραπευτή να μιμηθούν κάποια γνωρίσματα άλλων μελών της ομάδας (Borgers, 1983). Τα μέλη της ομάδας μαθαίνουν παρατηρώντας πώς χειρίζεται τα προβλήματά του το κάθε μέλος. Τα μέλη συλλαμβάνουν κάποιες συμπεριφορές από τους άλλους και τις αναπαράγουν ιδίως όταν έτσι κερδίζουν την αποδοχή της ομάδας (Douglas, 1997). Δεν είναι ασυνήθιστο σε ολόκληρη τη διάρκεια διεξαγωγής των ομάδων οι συμβουλευόμενοι να δοκιμάζουν να «φορέσουν» θα λέγαμε κάτι από τον έναν και κάτι από τον άλλο και στη συνέχεια να τα εγκαταλείπουν γιατί δεν τους έρχονται καλά. Η διαδικασία αυτή μπορεί να έχει μια σταθερή θεραπευτική επίδραση ανακαλύπτοντας τι δεν είμαστε, προχωρούμε προς την ανακάλυψη του τι είμαστε (Yalom, 2006). Η ομάδα αποτελεί ένα εργαστήριο για πειραματισμούς και ένα ασφαλές περιβάλλον ώστε να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές. Μετά από τις δοκιμές τα μέλη θα αποφασίσουν ποιες συμπεριφορές θέλουν να αλλάξουν. Τα παιχνίδια ρόλων είναι συνήθως ένας αποτελεσματικός τρόπος να αναπτύξουν νέες δεξιότητες στις διαπροσωπικές σχέσεις από αυτές τις δεξιότητες που συνήθως εφαρμόζουν στις καταστάσεις εκτός ομάδας (Tudor, 1999). Έτσι τα μέλη μιας ομάδας μπορούν να πειραματιστούν με νέους τρόπους έκφρασης (Winnicott, 1971).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας συμφώνησαν ότι ήταν ιδιαίτερα βοηθητικό το γεγονός ότι βρίσκονταν όλοι σε διαφορετικά στάδια γιατί αυτό τους έδινε τη δυνατότητα να κάνουν συγκρίσεις, να βλέπουν πώς θα είναι σε κάποιο επόμενο στάδιο και ποιες δυσκολίες θα αντιμετωπίσουν. Επίσης τους βοηθούσε να προετοιμαστούν για κάποιες καταστάσεις και να πάρουν δύναμη και κουράγιο από όσους βλέπουν ότι καταφέρνουν και συνεχίζουν και πετυχαίνουν τους στόχους τους.

Σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν κατά τις ομαδικές συνεδρίες, το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά ότι δεν υπήρχε κάτι που να τους δυσκολεύει (50 %). Ωστόσο υπάρχουν και κάποιες μεμονωμένες απαντήσεις όπως το ότι κάποια άτομα έκαναν

κατάχρηση του κοινού χρόνου, έφερναν στη συζήτηση και άλλα θέματα εκτός από τη διακοπή καπνίσματος. Το να μαθαίνει κανείς να φέρνει σε ισορροπία τις ανάγκες του με τις ανάγκες των άλλων είναι ιδιαίτερα χρήσιμη διαδικασία. Το να απασχολεί χρόνο της ομάδας, να είναι σίγουρος ότι τον ακούν οι άλλοι χωρίς ταυτόχρονα να κυριαρχεί στη συζήτηση είναι ιδιαίτερα σημαντικό (Bion, 1959).

Ακόμη η δημόσια δέσμευση και η προσωπική άμυνα που κάποια άτομα έβγαλαν φαίνεται να δυσκόλευσε τη διαδικασία ομαδικών συνεδριών. Πολλές φορές στις ομάδες βλέπουμε ότι τα άτομα που έχουν δυσκολίες έκθεσης εκδηλώνουν κάποιο είδος άμυνας για να αντιμετωπίσουν αυτές τις δυσκολίες. Το ένα άτομο που αποχώρησε από την ομάδα φάνηκε να δυσκολεύτηκε ιδιαίτερα από την διαδικασία της έκθεσης. Χαρακτηριστικά ανέφερε «Υποφέρω περισσότερο όταν μιλάω συνέχεια και μπροστά στους άλλους. Όλο αυτό δεν με αφήνει να ξεχαστώ». Αυτό που όπως φάνηκε θα τον βοηθούσε στην όλη διαδικασία ήταν το να γνώριζε τα μέλη της ομάδας από πριν, ώστε να αισθάνεται κάποια ασφάλεια και σιγουριά για να ξεκινήσει τη διαδικασία του μοιράσματος σκέψεων και συναισθημάτων και την αυτό-αποκάλυψη. Ακόμη ανέφερε ότι η αγωνία που επικρατούσε πολλές φορές τον ενοχλούσε και δεν το άντεχε. Η προσωπική άμυνα που βγήκε κυρίως λόγω των δυσκολιών έκθεσης θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με πιο συχνές και περισσότερες συναντήσεις, οι οποίες θα βοηθούσαν και στο καλύτερο δέσιμο της ομάδας. Ο μικρός αριθμός συναντήσεων είναι κάτι που τους δυσκόλευσε όλους.

Όσον αφορά στη δυσκολία που μπορεί να έχει κάποιος με την έκθεση, ένας συμμετέχων ανέφερε ότι μπορεί να τη χρησιμοποιήσει κανείς ως κίνητρο και να προσπαθήσει ακόμη περισσότερο να πετύχει το στόχο της διακοπής ώστε να μην εκτεθεί. Ακούγεται σαν μια πιο θετική άποψη για το πώς μπορεί κανείς να ξεπεράσει και να αξιοποιήσει τη δυσκολία της έκθεσης.

Οι προσδοκίες που είχαν κάποια μέλη από κάποια άλλα φαίνεται αρχικά να τους δυσκόλευσαν γιατί αισθάνονταν ότι δεσμεύτηκαν περισσότερο, ότι είχαν μεγαλύτερο

βάρος και ότι έπρεπε να δουλέψουν περισσότερο για την επίτευξη του στόχου τους ώστε να τους ανταποδώσουν την πίστη και την εμπιστοσύνη που τους έδειξαν. Άρα, όπως τονίζουν, οι προσδοκίες των υπόλοιπων μελών μπορεί να είναι κάτι που αρχικά δυσκόλευσε, αλλά στην πορεία συνέβαλλε θετικά στην προσπάθεια και στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος κινητοποιώντας τους να συνεχίσουν περισσότερο την προσπάθεια ώστε να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των άλλων.

Η επιτυχία των άλλων μελών φάνηκε να έχει έναν διπλό ρόλο ανάλογο με αυτόν των προσδοκιών. Από την μια πλευρά φάνηκε να δυσκολεύει αγχώνοντας κάποιους συμμετέχοντες και κάνοντάς τους να ανησυχούν ως προς την επίτευξη των δικών τους στόχων και από την άλλη φάνηκε να τους κινητοποιεί ως προς αυτό και να τους κάνει να ελπίζουν ότι η αλλαγή είναι δυνατή. Επομένως θα λέγαμε ότι φάνηκε να υπάρχουν χαρακτηριστικά όπως η δημόσια δέσμευση, οι προσδοκίες των υπολοίπων μελών και οι επιτυχίες των άλλων που σε ένα πρώτο επίπεδο δυσκόλευαν κάποια μέλη, αλλά στη συνέχεια και σε ένα δεύτερο επίπεδο λειτουργούσαν θετικά.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων φαίνεται ότι οι ομαδικές συνεδρίες συνέβαλλαν περισσότερο (87.5 %) στην αλλαγή συναισθημάτων. Ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 37.5 % ανέφερε ότι οι ομαδικές συνεδρίες συνέβαλλαν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης. Το ποσοστό αυτό συμπεριλαμβάνει κυρίως άτομα που δεν έκοψαν το κάπνισμα αλλά οι ομαδικές συνεδρίες βοήθησαν στην ευαισθητοποίησή τους, στην κινητοποίηση και στην πραγματοποίηση πιο συνειδητοποιημένων σκέψεων για τη διακοπή καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να έρχονται σε συμφωνία με έρευνες που μιλούν για εστίαση των νέων παρεμβατικών προγραμμάτων σε συναισθηματικούς παράγοντες ώστε να επιτυγχάνεται η διακοπή καπνίσματος αλλά και σε όσες μιλούν για το ότι βασικός λόγος καπνίσματος είναι η διαχείριση συναισθημάτων και η συναισθηματική κάλυψη (Singleton & Pope, 2000).

Οι ομάδες είναι συστήματα που έχουν ένα τελικό προϊόν, έναν σκοπό, μια έκβαση, ένα στόχο. Αυτό που επιζητούν τα άτομα όταν εντάσσονται σε μια ομάδα είναι πληροφορίες για το πώς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε πηγές ενέργειας, οι οποίες θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, κάτι που αντιπροσωπεύει τις προσδοκίες που έχουν από την ομάδα. Όσο τα μέλη βλέπουν τις προσδοκίες τους να εκπληρώνονται στις ομάδες τόσο παραμένουν αφοσιωμένοι σε αυτές, κάτι που οφείλεται στη συνειδητοποίηση ότι αξίζει τον κόπο να προσφέρουν την ενέργειά τους, την υποστήριξη και τις δυνάμεις τους. Οι προσδοκίες που είχαν τα μέλη από τις ομαδικές συνεδρίες στην παρούσα έρευνα, ήταν να εμπλουτίσουν τις εμπειρίες, να αναπτύξουν το αίσθημα του «ανήκειν», να έχουν πρόσβαση σε πηγές ενέργειας (μέσα από την ανταλλαγή εμπειριών, ιδεών, επίλυση αποριών) που δεν θα μπορούσαν να έχουν, αν δεν αποτελούσαν μέλη της ομάδας.

Εκτός από τα οφέλη που συνήθως υπάρχουν όταν κάποιος συμμετέχει σε ομαδικές συνεδρίες αναφορά θα πρέπει να γίνεται και στα κόστη. Το κόστος συνήθως ταυτίζεται με τις δυσκολίες που στο συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα θα λέγαμε ότι σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν υπάρχουν. Ωστόσο κάποια άτομα μίλησαν για κατάχρηση του κοινού χρόνου και συζήτηση άλλων θεμάτων. Για παράδειγμα οι ομάδες των καπνιστών έχουν το κόστος ότι πρέπει να αφιερώνουν κάποιες ώρες για την παρουσία τους εκεί και πιθανό όφελος την ικανοποίηση που θα αντλούσαν από την ανταλλαγή απόψεων με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, από την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια ομάδα, από τη συνύπαρξη με άλλα άτομα που έχουν κοινούς στόχους κ.α. Μπορεί το άτομο να είναι πρόθυμο να καταβάλλει αυτό το κόστος καθώς αντλεί ικανοποίηση από τη συμμετοχή του αλλά μπορεί και όχι. Επομένως θα λέγαμε ότι τα μέλη μπαίνουν σε μια διαδικασία να ζυγίσουν τα κόστη και τα οφέλη και έτσι να πάρουν την απόφαση να συνεχίσουν να συμμετέχουν στις ομαδικές συνεδρίες ή όχι. Το γεγονός ότι δεν υπήρξαν απουσίες εκτός από ένα άτομο που συμμετείχε μόνο στην πρώτη ομάδα μας κάνει να

συμπεραίνουμε ότι τα οφέλη ήταν περισσότερα από το κόστος που είχε για τους συμμετέχοντες η παρακολούθηση των ομαδικών συνεδριών. Κόστος θεωρούνται η αφοσίωση, η προσπάθεια, ο χρόνος και η ενέργεια που σπαταλούμε για την ομάδα, οι κακές συνθήκες, το στρες, ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, οι επιθέσεις, η εκμετάλλευση, η αδυναμία επιλογής και η απόρριψη. Κόστος θεωρείται επίσης και η απώλεια της δυνατότητας να τα χρησιμοποιήσουμε όλα αυτά αλλού και κάτω υπό άλλες συνθήκες.

Τέλος, θα λέγαμε ότι τη μεγαλύτερη σημασία φαίνεται να έχουν το συναισθηματικό άνοιγμα του ψυχικού μας κόσμου και η αποδοχή μας από τους άλλους. Το γεγονός ότι οι άλλοι μας αποδέχονται θέτει σε αμφισβήτηση την πεποίθησή μας ότι είμαστε κατά βάση αποκρουστικοί, απaráδεκτοι ή ανάξιοι να αγαπηθούμε. Η ανάγκη να ανήκουμε είναι έμφυτη σε όλους μας. Η δημιουργία σχέσεων στο πλαίσιο μιας ομάδας καλύπτει την ανάγκη αυτή. Οι ομάδες παρέχουν ένα θετικό αυτοενισχυόμενο κύκλωμα: εμπιστοσύνη-αυτοαποκάλυψη-ενσυναίσθηση- αποδοχή-εμπιστοσύνη. Η συμμετοχή, η αποδοχή και η έγκριση του ατόμου μέσα σε διάφορες ομάδες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την αναπτυξιακή του πορεία. Η συνοχή, η διαπροσωπική μάθηση, η κάθαρση και η αυτό-κατανόηση έχουν αναγνωριστεί σε διάφορες έρευνες σαν τους πιο βασικούς και αξιόλογους παράγοντες (Yalom, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ως βασικό συμπέρασμα θα λέγαμε ότι η προσθήκη των ομαδικών συνεδριών ήταν βοηθητική επειδή έδωσε τη δυνατότητα στα μέλη της ομάδας να ανταλλάξουν και να μοιραστούν ιδέες, εμπειρίες και συναισθήματα. Επίσης ιδιαίτερα βοηθητική ήταν η αίσθηση ότι δεν είναι μόνοι τους και ότι υπάρχει ένα ασφαλές περιβάλλον για εκείνους, δηλαδή το πλαίσιο της ομάδας. Το διαφορετικό επίπεδο εξέλιξης των συμμετεχόντων φάνηκε να βοηθάει επειδή τους έδινε της δυνατότητα να γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί σε κάποια επόμενα στάδια, τους έδινε την ευκαιρία να κάνουν συγκρίσεις, τους προετοίμαζε για μελλοντικές καταστάσεις και δεν είχαν κατά αυτόν τον τρόπο αναπάντητες ερωτήσεις και κενά. Τέλος, οι αλλαγές πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε συναισθηματικό επίπεδο για τα άτομα που είχαν ως στόχο τη διακοπή καπνίσματος. Αλλαγές εντοπίστηκαν και στον τρόπο σκέψης στα άτομα που είχαν ως στόχο τη μείωση του καπνίσματος. Τα συμπεράσματα αυτά σκιαγραφούν τις κατευθύνσεις προς τις οποίες ίσως είναι αποτελεσματικό να στραφούν και να εστιάσουν μελλοντικά παρεμβατικά προγράμματα για τη διακοπή καπνίσματος.

Ωστόσο, λόγω του γεγονότος ότι έχει πραγματοποιηθεί μικρός αριθμός ερευνών και τα στοιχεία δεν επαρκούν για την εξαγωγή ξεκάθαρων και συγκεκριμένων συμπερασμάτων, απαιτείται περαιτέρω μελλοντική έρευνα για τη μελέτη της ομαδικής συμβουλευτικής και την επίδρασή της στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες που να μελετούν την επίδραση της ταυτόχρονης παροχής ατομικής συμβουλευτικής ομαδικών συνεδριών στη διακοπή

καπνίσματος ώστε να μπορούμε να κάνουμε συγκρίσεις και να εντοπίσουμε ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των παρεμβατικών προγραμμάτων.

Περιορισμοί και Μελλοντικές Προτάσεις

Από το τρέχον παρεμβατικό πρόγραμμα δεν έλειψαν και οι δυσκολίες, οι οποίες παρουσιάστηκαν κυρίως στην κινητοποίηση των ατόμων για τη συμμετοχή σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα. Είδαμε ότι άτομα που δεν είχαν προηγούμενη σχέση με τη φυσική δραστηριότητα ήταν πολύ δύσκολο να παρακινηθούν στο κομμάτι της φυσικής δραστηριότητας. Η υιοθέτηση της συνήθειας της άσκησης χρησιμοποιήθηκε περισσότερο ως τρόπος αντίστασης στην επιθυμία για τσιγάρο ή ως τρόπος απόσπασης της προσοχής του από τις σκέψεις καπνίσματος.

Εάν η συμμετοχή σε οργανωμένο και εξατομικευμένο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας αποτελούσε μέρος του «πρωτοκόλλου», εάν δηλαδή συμμετείχαν όλοι οι συμβουλευόμενοι σε κάποια μορφή φυσικής δραστηριότητας υπό την καθοδήγηση και την εποπτεία ενός ειδικού φυσικής αγωγής, ενδεχομένως να καταφέραμε να τους κινητοποιήσουμε πιο εύκολα. Εάν όλο αυτό αποτελούσε βασικό κομμάτι του προγράμματος και κάτι στο οποίο θα καλούνταν να συμμετέχουν συστηματικά και παράλληλα με τις συναντήσεις της συμβουλευτικής ίσως τους παρακινούσε περισσότερο για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης.

Συγκεκριμένα θα μπορούσε στην πρώτη συνάντηση, όπου γίνεται ενημέρωση για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, να γινόταν και μια ολιγόλεπτη συζήτηση-συνάντηση με κάποιον καθηγητή Φυσικής αγωγής ο οποίος θα τους ενημέρωνε για τη συμβολή της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και θα συζητούσε μαζί τους τον τύπο άσκησης που θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Στόχος αυτής της συνάντησης θα ήταν τόσο η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση, αλλά και η αύξηση της παρακίνησης και της δέσμευσης του συμβουλευόμενου σε κάποια μορφή

φυσικής δραστηριότητας. Απώτερος σκοπός θα ήταν η από κοινού δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης και η πραγματοποίηση κάποιων συναντήσεων που περιεχόμενό τους θα ήταν η προσπάθεια επίτευξης αυτού του στόχου, δηλαδή της συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα άσκησης. Ίσως βλέποντας οι συμμετέχοντες, μέσα από την εμπειρία τους πια, το πόσο βοηθητική μπορεί να είναι η άσκηση πεισθούν να υιοθετήσουν την υγιεινή συμπεριφορά της άσκησης πιο εύκολα.

Τέλος, ίσως θα ήταν αποτελεσματικό στο ίδιο πλαίσιο να γινόταν και μια συνάντηση με κάποιο διατροφολόγο, ο οποίος θα παρακολούθησε τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου και θα πρότεινε κάποιες διατροφικές αλλαγές που θα βοηθούσαν στη διακοπή του καπνίσματος αλλά και στον έλεγχο του βάρους, κάτι που απασχολεί την πλειοψηφία των ατόμων που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα (η προκατάληψη δηλαδή ότι εάν κόψουν το κάπνισμα θα πάρουν κιλά). Εάν όλα τα παραπάνω αποτελούσαν περιεχόμενο μιας ομαδικής συνεδρίας, ίσως αυτό να βοηθούσε στην καλύτερη κινητοποίησή τους. Για παράδειγμα, εάν οργανωνόταν μια ομαδική συνεδρία, που στόχο θα είχε την ενημέρωση και την ευαισθητοποίησή τους για τη διατροφή και την άσκηση, αυτό να τους κινητοποιούσε.

Άλλοι σημαντικοί περιορισμοί του προγράμματος φάνηκε να είναι ο μικρός αριθμός των ομαδικών συνεδριών, αλλά και το χρονικό διάστημα που μεσολαβούσε μεταξύ της πραγματοποίησης των ομαδικών συνεδριών.

Μελλοντικές προτάσεις για την καλύτερη λειτουργικότητα των ομάδων

Όλοι συμφώνησαν ότι θα πρέπει οι ομάδες να είναι περισσότερες σε αριθμό και με μεγαλύτερη συχνότητα και πιο συγκεκριμένα μια φορά ανά 15 ημέρες.

Μια άλλη ιδέα που ακούστηκε ήταν να υπάρχει δικαίωμα επιλογής στην ομαδική διαδικασία ή όχι. Να γίνεται δηλαδή αρχικά μια εισαγωγική συνάντηση, όπου οι συμβουλευόμενοι θα γνωρίζονται μεταξύ τους και θα ενημερώνονται για το τι πρόκειται να

συμβεί στην πορεία και για τη λειτουργία των ομαδικών συνεδριών. Στη συνέχεια θα μπορούσαν να σκεφτούν και να αποφασίσουν εάν θέλουν να συμμετέχουν στις ομαδικές συνεδρίες ή όχι.

Ακόμη προτάθηκε τα άτομα που θα συμμετέχουν στις ομαδικές συνεδρίες να είναι πιο κοντά στα βήματα και στους στόχους τους. Από την άλλη υπήρξε και η αντίθετη άποψη ότι εάν η ομάδα ήταν έτσι, δεν θα είχε τόση ποικιλομορφία με αποτέλεσμα να μπορεί να δει κάποιος τις διαφορετικές φάσεις από τις οποίες περνάει κάποιος καπνιστής πριν κόψει το τσιγάρο. Μια άλλη ιδέα που ακούστηκε ήταν να είναι πιο κοντά στα βήματα οι συμμετέχοντες και σε κάποιες συναντήσεις να υπάρχουν καλεσμένοι συμμετέχοντες (guest), που βρίσκονται σε κάποια άλλη φάση και με τους οποίους θα μπορούσαν να συζητήσουν και να ανταλλάξουν απόψεις. Ωστόσο η πλειοψηφία υποστήριξε ότι βοήθησε πάρα πολύ που ήταν όλοι σε διαφορετικές φάσεις και διαφορετικά επίπεδα. Αυτή η διαδικασία τους βοηθούσε να ενημερώνονται για τις διαφορετικές καταστάσεις, να κάνουν συγκρίσεις, να προετοιμάζονται για μελλοντικές φάσεις που ίσως περάσουν.

Όσον αφορά το περιεχόμενο των συναντήσεων κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι ομάδες θα πρέπει να είναι όπως τώρα δηλαδή να εστιάζουν μόνο στη συζήτηση, την ανταλλαγή εμπειριών, το μοίρασμα συναισθημάτων, τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση και υποστήριξη και όχι να έχουν κάποια συγκεκριμένη θεματολογία όπως γίνεται κατά τη διάρκεια των ατομικών συναντήσεων. Από την άλλη υπήρχαν συμβουλευόμενοι που πιστεύουν ότι θα ήταν καλά κάποιες ομάδες να ήταν όπως τώρα και κάποιες να είχαν αντίστοιχη θεματολογία όπως οι ατομικές συναντήσεις, να έμοιαζαν δηλαδή περισσότερο με ομαδική συμβουλευτική.

Επίσης, προσθέτουν ότι ίσως βοηθούσε ιδιαίτερα το να είναι χωρισμένοι σε υποομάδες και να έχουν συγκεκριμένους ρόλους, αρμοδιότητες και καθήκοντα για όλο το διάστημα που θα μεσολαβεί μέχρι την επόμενη συνάντηση. Για παράδειγμα πρότειναν ότι θα μπορούσε το ένα μέλος να αναλαμβάνει το ρόλο του συμβούλου που θα έχει ως

καθήκον (task) να υποστηρίζει το άλλο μέλος που θα έχει το ρόλο του συμβουλευόμενου. Οι ρόλοι αυτοί δεν θα ήταν σταθεροί αλλά θα άλλαζαν κυκλικά, όσοι δηλαδή είχαν αρχικά το ρόλο του συμβούλου μετά θα έπαιρναν το ρόλο του συμβουλευόμενου. Στόχος θα ήταν να εξασκούν τις δεξιότητες που έμαθαν, να καλλιεργούν περισσότερο τη μεταξύ τους επικοινωνία, να μοιράζονται συναισθήματα, απόψεις, ιδέες, δυσκολίες, να βρίσκονται συνεχώς σε μια διαδικασία αλληλεπίδρασης κ.α. Ακόμη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε και η αποτύπωση όλης αυτής της δουλειάς στην ομάδα και το μοίρασμα αυτής της εμπειρίας με τα υπόλοιπα μέλη.

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν τη διαθεσιμότητα, εάν μπορούν να φανούν με κάποιο τρόπο χρήσιμοι σε μελλοντικές ομάδες είτε ως συν-συντονιστές είτε με οποιοδήποτε τρόπο ή ρόλο, να εμπλακούν δηλαδή και σε μελλοντικές ομαδικές συνεδρίες. Ακόμη δεσμεύτηκαν μεταξύ τους στο να υπάρχει συνέχεια της γνωριμίας και να διατηρήσουν επαφές με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός δικτύου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abroms, L., Gill, J., Windsor, R., & Simons-Morton, B. (2009). A Process Evaluation of E-Mail Counseling for Smoking Cessation in College Students: Feasibility, Acceptability and Cost. *Journal of Smoking Cessation*, 4(1), 26-33.
- Aiello, T. J. (1979). Short-term group therapy of the hospitalized psychotic. In P. Olsen & H. Grayson (Eds.), *Short-term approaches to psychotherapy*. New York: Human Science Press.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. . In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action- Control: From cognition to behavior* (pp. 11-39): Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*: Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Alpert, P. T. (2009). Smoking Cessation Difficult but not Impossible. *Home Health Care Management Practice*, 21, 281-283.
- American Cancer Society (2004). *Break away from the pack*. American Cancer Society.
- American Cancer Society (2010). *Stay away from tobacco*. Retrieved from <http://www.cancer.org/Healthy/StayAwayfromTobacco/index>.
- Andersson, B., Hibell, B., & Beck, F. (2007). *Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students Data from the ESPAD Project*. Stockholm.
- Arnsten, J. H., Reid, K., Bierer, M., & Rigotti, N. (2004). Smoking behavior and interest in quitting among homeless smokers\$. *Addictive Behaviors*, 29, 1155-1161.

- Balfour, D., Benowitz, N., Agerstrom, K., Kunze, M., & Keil, U. (2000). Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. A status report *European Heart Journal*, *21*, 438-445.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*, 122-147.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1992). Social Cognitive Theory. In V. Ross, et al., (Ed.), *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues* (pp. 285). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*: Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. . New York: Guilford.
- Bion, W. (1959). *Experiences in Groups and Other Papers*. New York: Basic Books.
- Bledsoe, L. K. (2005). Smoking Cessation: An application of theory of planned behavior to understanding progress through stages of change. *Addictive Behaviors*, *31*, 1271-1276.
- Bliss, R. E., Garvey, A. J., Heinold, J. W., & Hitchcock, J. L. (1998). The influence of situation and coping on relapse crisis outcomes after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 443-449.
- Bloch, S., et al., (1976). Patients' Expectations of Therapeutic Improvement and Their Outcomes. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 1457-1459.

- Blondal, T. (1989). Controlled trial of nicotine polacrilex gum with supportive measures. *Archives of Internal Medicine*, *149*, 846-852.
- Bock, B., Graham, A. L., Sciamanna, C., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J. A., Carmona-Barros, R., et al. (2004). Smoking Cessation treatment on the Internet: content, quality and usability. *Nicotine & Tobacco Research*, *6*(2), 207-219.
- Bock, B., Graham, A. L., Whiteley, J. A., & Stoddard, J. L. (2008). A Review of Medical Internet Research. *Journal of Medical Internet Research*, *10*.
- Bock, M. C., Marcus, B. H., King, T., Borrelli, B., & Roberts, M. R. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behaviors*, *24*, 399-410.
- Borgers, S. (1983). Uses and Effects of Modeling by the Therapist in Group Therapy. *Journal for Specialists in Group Work*, *8*(1983), 133-139.
- Borland, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*, *15*, 235-245.
- Brabender, V. (1985). Time-limited impatient group therapy: A developmental model. *International Journal of Group Psychotherapy*, *35*, 373-390.
- Brandon, T. H., Tiffany, S. T., Oberemski, K. M., & Baker, T. B. (1990). Postcessation cigarette use: the process of relapse *Addictive Behaviors*, *15*, 105-114.
- Brendryen, H., Drozd, F., & Kraft, P. (2008). A Digital Smoking Cessation Program Delivered Through Internet and Cell Phone Without Nicotine Replacement (Happy Ending): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* *10*(5).
- Bunch, B. J., Lund, N. L., & Wiggins, F. K. (1983). Self-disclosure and perceived closeness in the development of group process. *Journal for Specialists in Group work*, *8*, 59-66.

- Butler, C. C., Rolnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, *49*, 611-616.
- Butler, J. T. (2002). *Principles of health education and health promotion* (3rd Edition ed.): Englewood, Colorado: Morton Publishing Company.
- Camarellas, F., Asensio, A., Jimenez-Ruiz, C., Becerril, B., Rodero, D., & Vidaller, O. (2002). Effectiveness of a group therapy intervention to quit smoking. Randomized clinical trial *Medicina Clinica* *119*, 53-57.
- Cancer, I.-I. A. f. R. o. (2002). *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking* (Vol. 83). Lyon: IARC, World Health Organization.
- Cartwright, D., & Zander, A. (1997). Group Cohesiveness: Introduction. In *Group Dynamics* (pp. 69-74).
- Chaloupka, F. J. (1999). Macro-social influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. *Nicotine & Tobacco Research*, *1*, 105-109.
- Ciobanu, M., Panaitescu, C., Popescu, A., Rascu, A., Raileanu, M., Todor, M., et al. (2009). Information group- a solution to increase the efficacy of specialized intervention for smoking cessation. *Pneumologia*, *58*(3), 179-185.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. *Health Education Research*, *16*, 671-692.
- Cohen, S. (1990). Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychology*, *9*(4), 466-478.

- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., et al. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Consult Clin Psychol*, *66*, 574-578.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., et al. (2005). Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*, *30*, 865-874.
- Commission., E. (2003). *Smoking and the environment: actions and attitudes*. Brussels.
- Conelly, J., et al.,. (1986). Premature Termination in Group Psychotherapy: Pretherapy and Early Therapy Predictors. *International Journal of Group Psychotherapy*, *36*, 145-152.
- Copeland, A. L., Brandon, T. H., & Quinn, E. P. (1995). The smoking consequences questionnaire-adult: Measurement of smoking outcome expectancies of experienced smokers. . *Psychological Assessment*, *7*(4), 484-494.
- Corey, G. (1983). Group Counseling. In J. A. Brown & R. H. Pate (Eds.), *Being a counselor: Directions and challenges* (Jr ed., pp. 95-123). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Corey, G. (1994). *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (1992). *Issues and ethics in the helping profession* (4 ed.). Pacific Grove: CA:Brooks/Cole.
- Couch, R. D., & Childers, J. H., Jr. (1989). A discussion of differences between group therapy and family therapy: Implications for counselor training and practice. *The journal for Specialists in Group Work*, *14*(4), 226-231.
- Courneya, K. S., & Bobick, T. M. (2000). Integrating the Theory of Planned Behavior with the Processes and Stages of

Change in the Exercise Domain. *Psychology of Sport and Exercise*, 1, 41-56.

Craciun, C., & Baban, A. (2008). Exploring smoking in Romanian Adolescents: prevalence, predictors and Meanings of smoking. *Cognition Brain & Behavior. An interdisciplinary Journal*, 12(4), 435-452.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (2004). *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Danis, P. G., & Seaton, T. L. (1997). Helping your patients to quit smoking. *American Family Physician*, 55(4), 1207-1214, 1217-1218.

De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., E., V., Buijs, E., et al. (2003). European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): An example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.

Derby, C. A., Lasater, T. M., Vass, K., Gonzalez, S., & Carlton, R. A. (1994). Characteristics of smokers who attempt to quit and o those who recently succeeded. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 327-334.

Di Noia, J., Contento, F. R., & Prochaska, J. O. (2008). Computer-Mediated Intervention Tailored on Transtheoretical Model Stages and Processes of Change Increases Fruit and Vegetable Consumption Among Urban African-American Adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 22(5), 336-341.

DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. W. Shiffmabn, T. (Ed.), *Coping and substance use* (pp. 319-343). Orlando: FL: Academic Press.

- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J., & van Breukelen, G. (1998). Tailored interventions to communicate stage-matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 549-557.
- DiPietro, L. (1995). Physical activity, body weight, and adiposity: An epidemiologic perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 23, 275-303.
- Douglas, T. (1997). *Η επιβίωση στις Ομάδες. Βασικές Αρχές της επιβίωσης στις ομάδες*.: Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T., & Mackenbach, J. P. (2004). Educational differences in the intention to stop smoking: explanations based on the Theory of Planned Behavior. *European Journal of Public Health*, 14(2), 194-198.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Emery, S., Choi, W. S., & Pierce, J. P. (1999). The Social Costs of Tobacco Advertising and Promotions. *Nicotine and Tobacco Research*, 1, 83-91.
- Erol, S., & Erdogan, S. (2008). application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The "Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling*, 72, 42-48.
- Faue, M., Folen, R. A., James, L. C., & Needels, T. (1997). The Tripler Tobacco-Cessation Program: predictors for success and improved efficacy. *Military Medicine*, 162(7), 445-449.
- Fava, J. L., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (1995). Applying the Transtheoretical Model to a representative sample of smokers *Addictive Behaviors*, 20, 189-203.
- Festinger, L. (1950). Informal social communication. *Psychological Review*, 57, 271-282.

- Fiore, C., Jorenby, D. E., & Baker, T. B. (1992). Tobacco dependence and the nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JAMA*, *266*, 3133.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., & Gritz, E. R. (2000). Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2005). Theory-based behavior change interventions: comments on Hobbis and Sutton. *Journal of Health Psychology*, *10*, 27-31.
- Forman, S. P., & Killen, J. D. (1994). Who shall quit? Comparison of volunteer and population-based recruitment in two minimal-contact smoking cessation studies. *American Journal of Epidemiology*, *140*, 39-51.
- Frank, J., & Frank, J. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3 ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Garcia-Vera, M. (2004). Clinical Utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking-cessation treatment: Five-year results of the "Ex-Smoker" program. *Journal Substance Abuse Treatment*, *27*, 325-333.
- Garrison, M., Christakis, M., Ebel, B., Wiehe, S., & Rivara, F. (2003). Smoking Cessation Interventions for Adolescents. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, *25*.
- Gazda, G. M. (1989). *Group counseling: A developmental approach*. (4 ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gladding, S. T. (1996). *Counseling. A Comprehensive Profession* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Eakin, G., & Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health*, *90*, 786-789.

- Glassman, W. E. (1995). *Approaches to Psychology* (2nd ed. ed.). Buckingham: Open University Press.
- Godin, G. (1989). The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-236.
- Goldstein, A., Heller, K., & Sechrest, L. (1966). *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change* (Vol. 329). New York: Wiley.
- Goldstein, M. G. (1962). *Therapist-Patient Expectancies in Psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Gonseth, S., Marcelo, A., Carlos, M., & Cornuz, J. (2010). A pilot study combining individual-based smoking cessation counselling, pharmacotherapy, and dental hygiene intervention. *BMC Public Health*, 10, 348-352.
- Gourlay, S. G., Forbes, A., Marriner, T., Pethica, D., & McNeil, J. (1994). Biochemical validation of smoking status: Pros, cons, and data from four low-intensity intervention trials. *Addictive Behaviors*, 18(5), 511-527.
- Grandpre, J., Alvaro, E., Burgoon, M., Miller, C. L., & Hall, J. (2003). Adolescents reactance and antismoking campaigns: A theoretical approach. *Health Communication*, 15, 349-366.
- Hassandra, M., Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Grammatikopoulos, V., & Hatzigeorgiadis, A. (2009). I do not smoke — I exercise: A pilot study of a new educational resource for secondary education students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(4), 372-379.
- Henrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C., Klevan, D., Holtan, N., Huebsch, J. A., et al. (2005). The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine*, 40, 249-258.

- Herrera, N., Franco, R., Herrera, L., Partidas, A., Rolando, R., & Fagerstrom, K. O. (1995). Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. *Chest*, *108*, 447-451.
- Hjalmarson, A., & Boethius, G. (2007). The effectiveness of brief advice and extended smoking cessation counseling programs when implemented routinely in hospitals. *Preventive Medicine*, *45*, 202-207.
- Hoberman, H., et al.,. (1988). Group Treatment of Depression: Individual Predictors of Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 393-398.
- Hogg, M., & Vaughn, G. M. (1995). Nature and measurement of attitudes. In M. Hogg & G. M. Vaughn (Eds.), *Social Psychology: An introduction* (pp. 108-147): Prentice Hall: Harvester Wheatsheaf.
- Huang, C. (2005). Evaluating the program of a smoking cessation support group for adult smokers: A Longitudinal pilot study. *Journal of Nursing Research*, *13*, 197-205.
- Hurt, R. D., Sachs, D. P., Glover, E. D., Offord, K. P., Johnston, J. A., Dale, L. C., et al. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N. Engl Med*, *337*, 1195-1202.
- Hymowitz, N., Sexton, M., Ockene, J. K., & Grandits, G. (1991). Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. *Preventive Medicine*, *20*, 590-601.
- Jiménez Ruiz, C. A., Solano, S., González Vega, J.M., Ruiz, M.J., Florez, S., & Ramos, A., et al., (1999). Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Grupo de Trabajo del Area de Tabaquismo. SEPAR. *Arch Bronconeumol*, *35*, 499-506.

- IARC - International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volum 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Thomas, R. G., & Brenner, G. F. (1994). Drug and alcohol abuse inpatients' attitudes about smoking cessation. *Journal of Substance Abuse*, 6, 267-278.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment* New York: Free Press.
- Japuntich, S., Zehner, M., Smith, S., Jorenby, D. E., Valdez, J., Fiore, M., et al. (2006). Smoking cessation via the Internet: A randomized clinical trial of an Internet intervention as adjuvant treatment in a smoking cessation intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(1), 59-67.
- Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., & Hughes, A. R. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation *N. Engl J Med* 340, 685-691.
- King, T. K., Marcus, B. H., Pinto, B. M., Emmon, K. M., & Abrams, D. B. (1996). Cognitive behavioural mediators of changing multiple behaviours: Smoking and a sedentary lifestyle. *Preventive Medicine*, 25, 684-691.
- Kirschner, R., Dies, R., & Bron, R. (1978). Effects of Experimental Manipulation of Self-Disclosure on Group Cohesiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1171-1177.
- Kirscht, J. P. (1989). Psychosocial predictors of change in cigarette smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(4), 298-308.

- Kohler, C. L., Fish, L., & Davies, S. (2004). Transtheoretical Model of change among hospitalised African- American smokers. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 145-150.
- Kokkevi, A., Loukadakis, M., Plagianakou, S., Politikou, K., & Stefanis, C. (2000). Sharp increase in illicit drug use in Greece: Trends from a general population survey on licit and illicit drug use. *European Addiction Research*, 6, 429.
- Kowalski, S. D. (1997). Self-Esteem and Self-Efficacy as Predictors of Success in Smoking Cessation. *Journal of Holistic Nursing*, 15(2), 128-142.
- Kubitz, K. A., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., & Han, M. (1996). The effects of acute and chronic exercise on sleep: A meta-analytic review. *Sports Medicine*, 21, 277-291.
- Lam, W., Sacks, H. S., Sze, P. C., & Chalmers, T. C. (1987). Meta-analysis of randomised controlled trials of nicotine chewing-gum. *Lancet*, 2, 27-30.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., K.E, W., Wasserman, J., Pollack, H., Berson, J., et al. (2000). Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, 9(1), 47-63.
- Le Foll, B., & George, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*, 177(11), 1373-1380.
- Leischow, S. J., Nilsson, F., Franzon, M., Mody, F. V., Franzon, M., & Doan, K. (1996). Efficacy of the nicotine inhaler as an adjunct to smoking cessation *Am J Health Behav*, 20, 364-371.
- Levine, M. D., Perkins, K. A., & Marcus, M. D. (2001). The characteristics of women smokers concerned about post-cessation weight gain. *Addictive Behaviors*, 26, 749-756.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). *Psychobiologica*.

- Locke, E., & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- MacKenzie, K., & Livesley, W. (1984). Developmental Stages: An integrating theory of group psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 247-251.
- Macnee, C. L., & Talsma, A. (1995). Predictors of progress in smoking cessation. *Public Health Nurs*, 12, 242-248.
- Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R., & Nichter, M. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 34, 973-975.
- Marcus, B., Banspach, S., & Lefebvre, R. (1992). Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion*, 6, 424-429.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., King, T. K., Paris, A. F., Pinto, B. M., & Roberts, M. R., et al. (1999). The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1229-1234.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., Niaura, R. S., Abra, m., D. B., & Thompson, P. D. (1991). Usefulness of physical exercise for maintaining smoking cessation in women. . *American Journal of Cardiology*, 68, 406-407.
- Marcus, B. H., Lewis, B. A., Hogan, J., King, T. K., Albrecht, A. E., & Bock, B. (2003). The effects of moderate-intensity physical activity for smoking cessation among women. *Proceedings of the Annual Meeting o the Society of Behavioural Medicine*.
- Marks, D. F. (1998). Addiction, smoking and health: Developing policy-based interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 3, 97-111.

- Marks, D. F., & Sykes, C. M. (2002). Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: outcome at one-year follow-up. *Psychology, Health and Medicine* 7(1), 17-24.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marti, B., Abelin, T., Minder, C., & Vader, J. (1988). Smoking, alcohol consumption, and endurance capacity: An analysis of 6.500 19 year-old conscripts and 4.100 joggers. *Preventive Medicine*, 17, 79-82.
- Marti, B., Salonen, J., Tuomilehto, J., & Pulska, P. (1988). Ten-year trends in physical activity in the eastern Finnish adult population. Relationship to socioeconomic and lifestyle characteristics. *Acta Medical Scandinavica* 224, 195-203.
- Matheny, K. B., & Weatherman, K. E. (1998). Predictors of smoking cessation and maintenance. *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 223-235.
- McAuley, E., Mihalko, S. L., & Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 67-83.
- McClure, J. B., Ludman, E. J., Grothaus, L., Pabiniak, C., & Richards, J. (2009). Impact of a Brief Motivational Smoking Cessation Intervention The Get PHIT Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 116-123.
- Miller, W. R. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual.*: New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing preparing people to change addictive behavior*: New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2 ed.). New York: The Guilford Press.

- Moller, A. M., & Tonnesen, H. (1999). Group therapy and smoking cessation. *Ugeskr Laeger, 161*, 4987-4988.
- Morran, D. K., Stockton, R., & Bond, L. (1991). Delivery of positive and corrective feedback in counseling groups. *Journal of Counseling Psychology, 38*(4), 410-414.
- Morran, D. K., Stockton, R., & Harris, M. (1991). Analysis of group leader and member feedback messages. *Journal of group psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry, 43*, 126-135.
- Nides, M. A. (1995). Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 60-69.
- Nie, N. H., Simpson, A., Stepanikova, I., & Zheng, L. (2004). Ten years after the birth of the Internet, how do Americans use the Internet in their daily lives? Draft of Report by the Stanford Center for the Quantitative Study of Society. from Stanford.edu/group/siqss/SIQSS_Time_Study_04.pdf
- Nystul, M. S. (1993). *The art and science of counseling and psychotherapy*: Prentice-Hall.
- O'Connell, D., & Velicer, W. F. (1988). A decisional balance measure and the stages of change model for weight loss. *International Journal of the Addictions, 23*, 729-750.
- Ockene, J. K., Kristeller, J., Goldberg, R., Amick, T. L., Pekow, P. S., & Hosmer, D. (1991). Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: A randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine, 6*, 1-8.
- Orleans, C. T., & Hutchinson, D. (1993). Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 10*, 197-208.
- Osler, M., Holstein, B., Avlund, K., Damsgaard, M. T., & Rasmussen, N. K. (2001). Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults. *Scand J Public Health, 29*, 32-39.

- Oster, G., Huse, D., Delea, T. E., & Colditz, G. A. (1986). Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. *Journal of the American Medical Association*, 256, 1315-1318.
- Pearson, M., & Girling, A. (1990). The Value of the Claybury Selection Battery in Predicting Benefit from Group Therapy. *British Journal of Psychiatry*, 157, 384-388.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C., & Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.
- Peto, R., Lopez, A., & Boreham, J. (1996). Mortality from smoking world-wide. *Br Med Bull*, 52, 12-21.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Piper, W. (1994). Client Variables. In A. B. Fuhriman (Ed.), *Handbook of Group Psychotherapy* (pp. 83-113). New York: Wiley.
- Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., Thomsen, T., & Jorgensen, T. (2005). Acceptance of the smoking cessation intervention in a large population-based study: The Inter99 study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 138-145.
- Pitsavos, C., Panagiotakis, D. B., Chrysohoou, C., & Stefanis, C. (2003). Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece; aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*, 3, 32.
- Pohl, J. M., Martinelli, A., & Antonakos, C. (1998). Predictors of participation in a smoking cessation intervention group among low-income women. *Addictive Behaviors*, 23(5), 699-704.

- Prapavessis, H., Cameron, L., Baldi, J. C., Robinson, S., Borrie, K., Harper, T., et al. (2007). The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive Behaviors*, *32*, 1416-1432.
- Pro- Change: stages of change. [http:// www. prochange.com/home2.htm](http://www.prochange.com/home2.htm)., 1999
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an investigtive model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1985). Processes and stages of change:coping and competence in smoking behavior. In S. W. Shiffmabn, T. (Ed.), *Coping and Substance Use* (pp. 319-343): Academic Press, New York.
- Prochaska, J. O., & Goldstein, M. G. (1991). Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med* *12*, 727-735.
- Prochaska, J. O., & Marcus, B. H. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to exercise. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180): Champaign, IL: Human Kinetics.
- Prochaska, J. O., & Velicer, A. F. (1997). The Transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* *12*, 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., & Rakowski, W. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, *13*, 39-46.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rawoski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, *13*, 39-46.

- Pulvers, K. M., Catley, D., Okuyemi, K., Scheibmeir, M., McCarter, K., Jeffries, S. K., et al. (2004). Gender, smoking expectancies, and readiness to quit among urban African American smokers. *Addictive Behaviors, 29*, 1259-1263.
- Rabin, A., et al.,. (1992). Factors Influencing Continuation. *Behavioral Therapy, 23*, 695-698.
- Ramos, M., Ripoll, J., Estrades, T., Socias, I., Fe, A., Duro, R., et al. (2010). Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. *BMC Public Health, 10*.
- Rasmussen, G., & Zander, A. (1954). Group Membership and Self-Evaluation. *Human Relations, 7*, 239-251.
- Raupach, T., Shahab, L., Neubert, K., Felten, D., Hasenfub, G., & Andreas, S. (2008). Implementing a hospital-based smoking cessation programme: Evidence for a learning effect. *Patient Education an Counseling, 70*, 199-204.
- Report, A. U. P. H. S. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA, 283*, 3244-3254.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., Murphy, M. F. G., & Stead, L. F. (2002). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. . *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., & Stead, L. F. (2008). Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. A Systematic Review [Electronic Version]. Retrieved 16 October 2008 from www.archinternmed.com.
- Rohde, R., & Stockton, R. (1992). The effect of structured feedback on goal attainment, attraction to the group, and satisfaction with the group in small group counseling. *Journal of group psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry, 44*(4), 172-180.

- Rollnick, S., Butler, C. C., & Scott, N. (1997). Helping smokers make decisions: The enhancement of brief intervention for general practice. *Patient Education and Counseling, 31*, 191-203.
- Rollnick, S., & Heather, N. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health, 1*, 25-37.
- Romand, R., Gourgou, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation *Addiction, 100*, 1546-1554.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*(328-335).
- Salonen, J., Slater, J., Tuomilehto, J., & Raurama, R. (1988). Leisure time and occupational physical activity: Risk of death from ischemic heart disease. *American Journal of Epidemiology, 127*, 87-94.
- Sampablo, L., & Paxeras, A. J. (2004). Update on the treatment of smoking dependence. *Arch Bronconeumol, 40*, 123-132.
- Sanchez, L. (1995). Tratamiento especializado del tabaquismo. *Arch Bronconeumol, 31*, 124-132.
- Scholte, R. H., & Breteler, M. H. (1997). Withdrawal symptoms and previous attempts to quit smoking: associations with self-efficacy *Substance Use and Misuse, 32*(2), 133-148.
- Sneider, N. G., Olmstead, R., Nilsson, F., Mody, F. V., Franzon, M., & Doan, K. (1996). Efficacy of nicotine inhaler in smoking cessation: a double blind placebo controlled trial. *Addiction, 1996*, 1293-1306.
- Seashore, S. (1954). *Group Cohesiveness in the Industrial Work Group*. Unpublished manuscript.

- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shaw, M. E. (1974). *An Overview of Small Group Behavior*. University Programs Modular Studies: General Learning Press: Morristown, NJ.
- Shertzer, B., & Stone, S. C. (1981). *Fundamentals of guidance* (4 ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L. F., Mant, D., & Fowler, G. (2003). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cohrane database of systematic reviews) (Publication., from Oxford: Update Software:
- Singleton, M. G., & Pope, M. (2000). A comparison of successful smoking cessation interventions for adults and adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 78, 448-453.
- Solomon, L. J., Bunn, J. Y., Flynn, B. S., Pirie, P. L., Worden, J. K., & Ashikaga, T. (2009). Mass Media for Smoking Cessation in Adolescents *Health Education & Behavior*, 36, 642-659.
- Stapleton, J. A., Sutherland, G., & M., R. (1998). How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long term follow up randomized trial of nicotine nasal spray. *Br Med J*, 316, 380-381.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (1998). Group behaviour therapy programs for smoking cessation (Cohrane Review). In. Oxford: UK: Update Software.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2005). Group behavior therapy programs for smoking cessation (Publication., from Cochrane Database of Systematic Reviews:
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2009). Group behavior therapy programs for smoking cessation *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).

- Step toe, A., Edwards, S., Moses, J., & Attews, A. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychomatic Research*, 33, 537-547.
- Stockton, R., Barr, J. E., & Klein, R. (1981). Identifying the group dropout: A review of the literature. *Journal for Specialists in Group Work*, 6, 75-82.
- Stockton, R., & Morran, D. K. (1981). Feedback exchange in personal growth groups: Receiver acceptance as a function of valence, session, and order of delivery. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 490-497.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the Transtheoretical Model applied to smoking cessation In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior: From beliefs to self-regulation.*: Amsterdam: Harwood Academic Publusers.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the Transtheoretical Model to substance use. *Addiction*, 96, 175-187.
- Taylor, H., & Leitman, R. (2003). No significant changes in the numbers of “Cyberchondriacs”-those who go online for health care information. Harris Interactive Health Care Research. Health Care News [serial online], from http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2003.Vol3_Iss04.pdf
- Tevyaw, T. O., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations applications and evaluations. *Addiction*, 2, 63-75.
- Theodorakis, Y., Hatzigeorgiadis, A., Chroni, S., & Goudas, M. (2007). Goal setting in physical education. In J. Liukkonen, VandenAuweele, Y., Vereijken, B.,

- Alferman, D., &Theodorakis, Y. (Eds.), *Psychology for physical educators* (pp. 21-34). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Thomas, R. G. (2002). School-based programs for preventing smoking (Publication., from Cochrane database of systemic reviews:
- Tomprowski, P. D., & Elis, N. R. (1986). Effects of exercise on cognitive processes: A review. *Psychological Bulletin*, *99*, 338-346.
- Tonnesen, P., Fryd, V., Hansen, M., Helsted, J., Gunnensen, A. B., & Forchammer, H. (1988). Two and four MG nicotine chewing gum and group counseling in smoking cessation: An open, randomized, controlled trial with a 22-month follow-up. *Addictive Behaviors*, *13*, 17-27.
- Tonnesen, P., Paoletti, P., Gustavsson, G., Russell, M. A., Saracci, R., Gulsvik, A., et al. (1999). Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-smoking Evaluation. European Respiratory Society. *European Respiratory Journal*, *13*, 238-246.
- Tudor, K. (1999). *Group Counseling* (1 ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Tuomilehto, J., Marti, B., Salonen, J., Virtala, E., Lahti, T., & Pulska, P. (1987). Leisure-time physical activity is inversely related to risk factors for coronary heart disease in middle-aged Finnish men. *European Heart Journal*, *8*, 1047-1055.
- UK Department of Health (1998) Smoking kills: a White Paper on tobacco. London: The Stationary office. European Commission. (2003) Smoking and the environment: actions and attitudes. Brussels, 2003.
- U.S. Department of Commerce. (2004). A nation online: Entering the broadband age. Washington, DC: National Telecommunications and Information Administration.

- US Department of Health and Human Services. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Washington: Department of Health and Human Services.
- U.S. Public Health Service (1995). Smoking cessation in adults. *American Family Physician*, 51(8), 1914-1918.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Personal Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Vernon, J. D., Crane, L. A., Prochazka, A. V., Fairclough, D., & Mackenzie, T. D. (1999). Smokers hospitalized in an urban, public hospital: Addiction, stages of change, and self-efficacy. *Preventive Medicine*, 28, 488-495.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard Rev Psychiatry*, 12, 339-350.
- Wiehe, S., Garrison, M., Christakis, D., Ebel, B., & Rivara, F. (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *The Journal of adolescent health*, 36(3), 162-169.
- Wilkinson, D., & Abraham, C. (2004). Constructing an integrated model of the antecedents of adolescent smoking. *British Journal of Health Psychology*, 9, 315-333.
- Wilson, K., Gibson, N., Willan, A., & Cook, D. (2000). Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Archives of Internal Medicine*, 160, 939-944.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*: Harmondsworth:Penguin.
- Woody, Hansen, J. C., & Rossberg, H. (1989). *Counseling Psychology. Strategies and Services*. United States of America: Brooks/Cole Publishing Company.

- World Health Organisation.(2005). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (2007). *The European Tobacco Control Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (2008). *Health for all database*.
- World Health Organisation. (2008). National Expenditures on Health. From <http://www.who.int/nha/en/>.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3 ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2006). *Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας*: Εκδόσεις: Άγρα.
- Zhu, S. H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., & Pierce, J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 202-211.
- Zhu, S. H., Tedeschi, G. J., Anderson, B., & Pierce, J. P. (1996). Telephone Counseling for Smoking Cessation: What's in a Call? *Journal of Counseling & Development*, 75, 93-102.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 – 2012, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα 2008.
- Ευθυμίου, Κ., & Σοφianoπούλου, Α. (2007). *Διακοπή καπνίσματος*. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 10. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3, 225-238.

- Θεοδωράκης, Ι., & Χασσάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκούμενων και μη Ασκούμενων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239-248.
- Νάτσης, Π., & Θεοδωράκης, Ι. (2000). Πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα και την υγεία. *Αθλητική Ψυχολογία*, 11, 3-33.
- Ναυρίδης, Κ. (2005). *Ψυχολογία των Ομάδων. Κλινική ψυχοδυναμική Προσέγγιση*: Εκδόσεις: Παπαζήση.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1997). Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς – Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, ελληνική έκδοση υπό την επιμέλεια των Κ. Στεφανή, Κ. Σολδάτου, Β. Μαυρέα, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα. .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**Συναίνεση Συμβουλευόμενου**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

«ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ»

ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ

Το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας υλοποιεί πρόγραμμα υποβοήθησης διακοπής του καπνίσματος με τίτλο: **«Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση»**.

Το πρόγραμμα **«Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση»** περιλαμβάνει 12 επισκέψεις διάρκειας 1 ώρας, με συχνότητα 1 επίσκεψη την εβδομάδα, για 12 συνεχόμενες εβδομάδες, στο χώρο των ΤΕΦΑΑ ή της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας ν. Τρικάλων σε συγκεκριμένες μέρες και ώρες, που θα καθοριστούν μετά από συνεννόηση με τους υπεύθυνους του προγράμματος. Επίσης, το πρόγραμμα περιλαμβάνει την πραγματοποίηση τριών Ομαδικών Συνεδριών με συχνότητα περίπου μια φορά ανά ενάμιση μήνα.

Κατανοώ και αποδέχομαι ότι στο πλαίσιο του προγράμματος θα συμμετέχω σε ένα από τα παρακάτω:

- ο σε πρόγραμμα άσκησης σε οποιονδήποτε αθλητικό χώρο
- ο σε πρόγραμμα άσκησης βασισμένο στη βάδιση

Τέλος, δεσμεύομαι ότι με το πέρας του προγράμματος θα επιστρέψω το πεδόμετρο το οποίο θα μου παρασχεθεί από το «Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΩ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ονοματεπώνυμο

Υπογραφή

Καλή Επιτυχία στην προσπάθειά σου!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**Ερωτηματολόγια-Ασκήσεις****ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ**

Ημερομηνία συμπλήρωσης: _____
Σύμβουλος: _____

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα:
Επώνυμο:
Φύλο:
Ηλικία:
Οικογενειακή Κατάσταση:
Διεύθυνση:
Τηλέφωνα επικοινωνίας:
Εθνικότητα:
Εκπαίδευση:
Επάγγελμα:
Ασφαλιστικός Φορέας:

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ / ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ**ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ****ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΑΔΕΡΦΙΑ
Ηλικία				
Επάγγελμα				
Καπνίζει (ποσότητα)				

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (πατρική οικογένεια)

ΓΑΜΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ή ΣΥΝΘΕΣΗ

ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (δική του/της οικογένεια)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΘΗΤΕΙΑ

ΕΞΕΙΣ & ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ – ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ (Σωματική Άσκηση)

ΣΩΜΑΤΟΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (στην αρχή του προγράμματος)**Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής:**

Πόσες φορές προσπάθησε να το διακόψει και για πόσο διάστημα διήρκησε η διακοπή;

Για ποιο λόγο ξανακάπνισε;

Τωρινή προσπάθεια διακοπής με συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος:

Ποσότητα και Διάρκεια:

Ανάγκη για τσιγάρο / καταστάσεις κατά τις οποίες απολαμβάνει περισσότερο το τσιγάρο:

Για ποιούς λόγους καπνίζει;

Λόγοι για τους οποίους επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα:

Άποψη για το τσιγάρο και το κάπνισμα:

Τι πιστεύει ότι μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή καπνίσματος;

Υπάρχει κάτι που βοήθησε στο παρελθόν στο να διακόψει το κάπνισμα;

Ποιες οι προσδοκίες του/της από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Ποια πιστεύει ότι μπορεί να είναι τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;

ΣΤΑΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (στο τέλος του προγράμματος)

Διέκοψε το κάπνισμα;

Πόσες προσπάθειες έκανε και πόσο διήρκησε η κάθε μια;

Ανάγκη για τσιγάρο / καταστάσεις κατά τις οποίες επιθυμεί ή νοσταλγεί περισσότερο το τσιγάρο:

Για ποιούς λόγους συνεχίζει να καπνίζει;

Λόγοι για τους οποίους διέκοψε το κάπνισμα:

Άποψη για το τσιγάρο και το κάπνισμα:

Τι πιστεύει ότι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος:

Τι πιστεύει ότι βοήθησε λιγότερο στη διακοπή καπνίσματος:

Τι κέρδισε από το συγκεκριμένο πρόγραμμα;

Ποια πιστεύει ότι ήταν τα σοβαρότερα εμπόδια στο να διακόψει το κάπνισμα;

Ποια ήταν η γενικότερη συμπεριφορά του/ της σχετικά με το κάπνισμα πριν την παρέμβαση και πως είναι τώρα: (γενικότερη εξάρτηση)

Πως ένιωθε το σώμα του / της όταν κάπνιζε κανονικά; Πως νιώθει μετά την παρέμβαση;

Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του / της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;

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

Πως βλέπει τον εαυτό του / της μετά από καιρό, σε σχέση με το κάπνισμα, και πως μπορεί το κοινωνικό του / της περιβάλλον να επηρεάσει; (θετικά ή αρνητικά)

Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)

Γενικά σχόλια και εντυπώσεις από το πρόγραμμα παρέμβασης:

Τι θα ήθελε να πει ως συμβουλή σε κάποιον που καπνίζει και επιθυμεί να το διακόψει;

Αξιολόγηση Ομαδικών Συνεδριών

1. Πόσο σε βοήθησαν οι ομαδικές συνεδρίες;

2. Τι σε βοήθησε περισσότερο κατά την διαδικασία των ομαδικών συνεδριών;

3. Υπάρχει κάτι που σε δυσκόλεψε κατά την διαδικασία των ομαδικών συνεδριών; Αν ναι, τι;

4. Περιέγραψε όποιες αλλαγές νιώθεις ότι υπάρχουν στις σκέψεις, και τα συναισθήματά σου σε σχέση με το κάπνισμα μετά τη διαδικασία των ομαδικών συνεδριών;

5. Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία σε βοήθησαν περισσότερο κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των ομαδικών συνεδριών;

6. Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προτείνεις όσον αφορά τις ομαδικές συνεδρίες (ασκήσεις, θέματα προς συζήτηση, τρόπος διεξαγωγής, προσθέσεις στην ομάδα) και το θεωρείς σημαντικό;

7. Σε βοήθησε κάτι από τα παρακάτω; Αν ναι πως;

Παράρτηματα

1. Η ενεργή εμπλοκή λόγω των ασκήσεων	
2. Η εσωτερική παρακίνηση-ενδιαφέρον	
3. Η σχέση με τους άλλους	
4. Η ομαδική συνοχή- το δέσιμο της ομάδας	
5. Η ανταλλαγή των εμπειριών	
6. Το μοίρασμα των συναισθημάτων	
7. Η δημόσια δέσμευση	
8. Ο κοινός στόχος	
9. Οι ασκήσεις	
10. Το γνωστικό κομμάτι	
11. Οι ομοιότητες	
12. Η υποστήριξη από τα άλλα μέλη της ομάδας	
13. Η ανατροφοδότηση από τα άλλα μέλη της ομάδας	

Παραρτήματα

14. Η ενεργητική ακρόαση	
15. Η έλλειψη κριτικής	
16. Η συζήτηση	
17. Η συναισθηματική υποστήριξη	
18. Η σύνθεση της ομάδας	
19. Η συνεργασία	
20. Η γνωριμία	
21. Η παροχή βοήθειας στους άλλους ή από τους άλλους σε εσένα;	
22. Η παροχή θετικής ενίσχυσης ή η λήψη θετικής ενίσχυσης;	