



Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό
Τόμος 14 (1), 67 - 78
Δημοσιεύτηκε: Μάιος 2016



Inquiries in Sport & Physical Education
Volume 14 (1), 67 - 78
Released: May 2016

www.pe.uth.gr/emag

ISSN 1790-3041



Counseling Intervention for Smoking Cessation in Adults

Stamatia Gratsani, Despina Leontari, Vasiliki Zisi & Yannis Theodorakis
Department of Physical Education and Sports Sciences, University of Thessaly, Trikala, Hellas

Abstract

The purpose of the present study was the presentation of a smoking cessation program based on counseling and supportive psychological interventions, combined with enhancement of physical activity in daily life, and orientation to a healthier way of living without smoking. The design and implementation of the intervention was mainly based on the Transtheoretical Model. Every stage of change was the meeting point of setting goals and psychological techniques arising from the theoretical context of five theories and three psychological approaches that formed the basis of the program's supportive counseling. Some of the key elements of the program are the psychological support organized on a personalized counseling, tailored to the needs of each person, the incorporation of exercise in daily life, the consistency and stability of the program and the consultant, the personal development processes and the training for skills towards the change of habits and the establishment of healthy behaviors, as well as the organization of an enhanced quality of life, the development of stress management skills, and the increase of self-efficacy and self-confidence. It seems that the program is effective in smoking cessation and maintaining abstinence from it throughout the follow up period, as well as in the integration of physical activity in the daily life of individuals and the adoption of a healthy and qualitative lifestyle.

Keywords: *program, physical activity, psychological intervention*

Συμβουλευτική Υποστήριξη σε Ενήλικες για τη Διακοπή του Καπνίσματος

Σταματία Γρατσάνη, Δέσποινα Λεοντάρη, Βασιλική Ζήση & Γιάννης Θεοδωράκης
ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η παρουσίαση ενός παρεμβατικού προγράμματος, το οποίο εμπειρεύει συμβουλευτική και παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης, σε συνδυασμό με ένταξη ή αύξηση φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα και προσανατολισμό προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής χωρίς κάπνισμα. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της παρέμβασης βασίζονται κυρίως στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής, με το κάθε στάδιο να αποτελεί σημείο συνάντησης καθορισμού στόχων και ψυχολογικών τεχνικών, που απορρέουν από το θεωρητικό πλαίσιο πέντε θεωριών και τριών ψυχολογικών προσεγγίσεων, που συνιστούν τη βάση της συμβουλευτικής υποστήριξης του προγράμματος. Η οργανωμένη ψυχολογική υποστήριξη στη βάση μιας εξατομικευμένης συμβουλευτικής προσαρμοσμένης στις ανάγκες του κάθε ατόμου, η ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα, η συνέπεια και η σταθερότητα του προγράμματος και του συμβούλου, οι διαδικασίες προσωπικής ανάπτυξης και η εκπαίδευση σε δεξιότητες προς την κατεύθυνση της αλλαγής συνηθειών και καθιέρωσης υγιεινών συμπεριφορών, καθώς και η οργάνωση ενός ποιοτικά αναβαθμισμένου τρόπου ζωής, η ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους, η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και της αυτοπεποίθησης, είναι μερικά από τα κύρια σημεία του προγράμματος. Το πρόγραμμα, φαίνεται να είναι αποτελεσματικό τόσο στη διακοπή καπνίσματος και τη διατήρηση της αποχής από αυτό όλο το διάστημα παρακολούθησης, όσο και στην ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα των ατόμων και την υιοθέτηση ενός υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

Λέξεις-κλειδιά: πρόγραμμα, φυσική δραστηριότητα, ψυχολογική παρέμβαση

Εισαγωγή

Το κάπνισμα αποτελεί αιτία θανάτου για εκατομμύρια άτομα σε όλο τον πλανήτη και οι ολέθριες επιδράσεις του στην υγεία των ατόμων, έχουν αποδειχτεί ποικιλοτρόπως. Ωστόσο, τα ποσοστά των καπνιστών και καπνιστριών παραμένουν πολύ υψηλά και στον ελληνικό πληθυσμό και διεθνώς (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005), με την Ελλάδα να κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με το ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν (WHO, 2009).

Δεδομένων των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία, πλήθος ερευνών προσπαθούν να εντοπίσουν τρόπους και μέσα για την αποτροπή του καπνίσματος, με την ανάπτυξη και εφαρμογή διαδικασιών και προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος να γίνεται κυρίαρχο μέλημα και αντικείμενο ερευνών στη σύγχρονη επιστημονική κοινότητα, θεωρώντας απαραίτητο τη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης που λαμβάνουν υπόψη αρκετές από τις παραμέτρους, οι οποίες σχετίζονται με την έναρξη και διατήρηση του καπνίσματος. Στην εργασία ανασκόπησης των Θεοδωράκη, Γιώτη και Ζουρμπάνου (2005), γίνεται αναφορά στους μηχανισμούς, που εμπλέκονται στην καπνιστική συνήθεια των ατόμων και στις θεωρίες, που επιχειρούν να εξηγήσουν τη δημιουργία κινήτρων που οδηγούν στο κάπνισμα. Αυτό που, σε γενικές γραμμές, προκύπτει, από τη συγκεκριμένη έρευνα, είναι ότι η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων που επηρεάζουν τους καπνίζοντες κατά τρόπο εξατομικευμένο. Σε αυτή τη διαπίστωση καταλήγει και η μελέτη των Lujic, Reuter και Netter (2005). Πολλές έρευνες, με διαφορετικές αφετηρίες ως προς τον επιστημονικό κλάδο, είχαν ως αντικείμενο τη διερεύνηση των λόγων που τα άτομα καπνίζουν. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα και την πολυπαραγοντική διάσταση, που χαρακτηρίζει την αναζήτηση των αιτιών που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια.

Η συμβουλευτική και η ψυχολογική υποστήριξη αποτελούν τα τελευταία χρόνια βασικές προσεγγίσεις στις οργανωμένες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης και συν., 2005; Lujic et al., 2005), αφού αφενός η δυσκολία ή αδυναμία διακοπής του καπνίσματος, κατά μεγάλο μέρος οφείλεται σε παράγοντες ψυχολογικούς (Piasecki et al., 2000) και αφετέρου οι τεχνικές της συμβουλευτικής μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της επιθυμίας για τσιγάρο (Taylor & Ussher, 2005). Άλλωστε, η χρήση εγχειριδίων αυτοβοήθειας για τη διακοπή καπνίσματος -χωρίς παράλληλη συμβουλευτική υποστήριξη- δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική, αφού τα άτομα με δυσκολία εφαρμόζουν τις ασκήσεις και τις δραστηριότητες που προτείνονται στα εγχειρίδια (Glasgow, Schafer, & O'Neil, 1981; Gritz et al., 1988). Έτσι, πολλές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος έχουν αναπτυχθεί στηριζόμενες στην κοινωνική γνωστική θεωρία, τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, τη θεωρία της θέσπισης στόχων, τη θεωρία της αυτοδιάθεσης, το διαθεωρητικό μοντέλο και το μοντέλο ποτεύω υγείας (Murray-Johnson et al., 2002).

Η συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος φαίνεται σχεδόν να διπλασιάζει την επιτυχία της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος (Fiore et al., 2008; Lancaster, & Stead, 2005; Stead, Perera, & Lancaster, 2006). Ακόμη και η σύντομη συμβουλευτική βελτιώνει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων υπό την έννοια της συμβολής σε υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σχέση με παρεμβάσεις που δεν χρησιμοποιούν συμβουλευτική (Shah, Rao, & Mayo, 2008). Επίσης, η εφαρμογή τεχνικών συμβουλευτικής μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα βοηθητική τόσο στη διαχείριση της επιθυμίας για τσιγάρο όσο και στην υιοθέτηση υγιεινών εναλλακτικών συνηθειών (Taylor & Ussher, 2005).

Η σημασία της συμβουλευτικής καταδεικνύεται, επίσης, τόσο από τη μελέτη των Gemmel και Di-Clemente (2009), στην οποία οι καπνιστές προτιμούσαν την συμβουλευτική παρακινητικού τύπου και όχι την απλή άμεση συμβουλή για διακοπή καπνίσματος, όσο και από τη μελέτη των Schane, Prochaska και Glantz (2013), όπου φάνηκε πολύ βοηθητική για τη διακοπή καπνίσματος η εκπαίδευση μέσω συμβουλευτικής των καπνιστών για τους κινδύνους που το κάπνισμα ενέχει για τα άτομα του περιβάλλοντός τους, καθώς και από τη μελέτη του Garvey και των συνεργατών (2012) όπου φάνηκε ότι οι συνεδρίες συμβουλευτικής μετά την ημέρα της διακοπής του καπνίσματος μειώνει τις πιθανότητες υποτροπής ένα χρόνο μετά. Αξίζει να σημειωθεί ότι δε φαίνεται να προκύπτουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των παρεμβάσεων που εφαρμόζουν ατομική συμβουλευτική και εκείνων που εφαρμόζουν ομαδική συμβουλευτική (Ramos et al., 2010; Weiss, Jafee, DeMenil, & Cogley, 2004).

Εκτός από τη συμβουλευτική υποστήριξη, ένας από τους τρόπους αποτροπής, αλλά και διακοπής του καπνίσματος είναι η άσκηση. Καθώς φαίνεται, η ένταξη προγραμμάτων άσκησης μέσα σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος είναι πιθανό να ενισχύσουν την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (Taylor, Everson-Hock, Ussher, 2010; Θεοδωράκης και συν., 2005; Jung, Fitzgeorge, Prapavessis, Faulkner, & Maddison, 2010; Marcuset al., 2005; Parsons, Shraim, Inglis, Aveyard, & Hajek, 2009; Prapavessis et al., 2007). Η αναγκαιότητα ενσωμάτωσης της άσκησης σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος επικυρώνεται από πλείστες έρευνες, που υποστηρίζουν ότι η κατάλληλη άσκηση βοηθάει στο να

ελεγχθούν και να μετριάσουν ως ένα βαθμό τα αρνητικά συμπτώματα, που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος, όπως η κατάθλιψη (Craft & Landers, 1998), η ανησυχία (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, & Salazar, 1991), οι διαταραχές ύπνου (Kubitz, Landers, Petruzzello, & Han, 1996), οι γνωστικές δυσλειτουργίες (Tomporowski & Ellis, 1986), η χαμηλή αυτοεκτίμηση (McAuley, Milhalko, & Bane, 1997) και το επιπλέον σωματικό βάρος (DiPietro, 1995). Επιπροσθέτως, οι έρευνες του Abrantes και συνεργατών (2009) και Bock και συνεργατών (2010) αναδεικνύουν τη συμβολή της άσκησης στην υγεία και τη συνεισφορά της στην πρόληψη και θεραπεία ασθενειών σωματικών και ψυχικών.

Ο Θεοδωράκης και οι συνεργάτες του (2005) κατέληξαν ότι αρκετές έρευνες υποστηρίζουν την επιχειρηματολογία της θετικής επίδρασης της άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Ussher, West, Taylor και McEwen (2000) προκύπτει ότι η άσκηση μπορεί να συμβάλει θετικά στη διακοπή του καπνίσματος. Από την έρευνα των Ussher, West, McEwen, Taylor και Septoe (2003) προκύπτει ότι η άσκηση αφενός μπορεί να μειώσει τον εθισμό στη νικοτίνη και αφετέρου να ελαχιστοποιήσει τα συμπτώματα (ψυχολογικά), που προέρχονται από τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, από την ανασκόπηση του Godin (1989) προκύπτει ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση και τη διακοπή του καπνίσματος. Βέβαια, αυτό που τονίζουν ο Θεοδωράκης και συν. (2005) είναι ότι η άσκηση προτείνεται περισσότερο ως αποτελεσματικός τρόπος μετακίνησης του ενδιαφέροντος σε άλλες συνήθειες από τις καπνιστικές, ως βήμα προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου διαβίωσης και ως μια ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη, υπό την έννοια της ενασχόλησης με ζητήματα από τα οποία μπορεί κανείς να αντλεί ευχαρίστηση. Στις έρευνες των Hassandra, Zourbanos, Kofou, Gourgoulis και Theodorakis (2013) και της Hassandra και συν. (2012) καταδεικνύεται η συμβολή της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος τόσο στη διακοπή καθεαυτή όσο και στην ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα των ατόμων. Στην εργασία του Μπεμπέτσος και συν. (2000) αναφέρεται πως η άσκηση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα, που επιχειρούν να ελαττώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Από την ίδια εργασία, αλλά και από την έρευνα των Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) προκύπτει ότι οι θετικές στάσεις απέναντι στην άσκηση συνδέονται με αρνητικές στάσεις απέναντι στην καπνιστική συνήθεια, με αποτέλεσμα η άσκηση να αποτρέπει τα άτομα από άσχημες και ανθυγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα. Άλλωστε, η μελέτη των Κοσμίδη και Θεοδωράκης (2007) έδειξε ότι οι στάσεις για το κάπνισμα είναι ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης, ανεξάρτητα από την ηλικία. Τέλος, στην έρευνά τους οι Everson-Hock, Taylor, Ussher και Faulkner (2010) καταλήγουν ότι η φυσική δραστηριότητα θα μπορούσε να αποτελέσει τόσο ένα σημαντικό βοήθημα στη διακοπή του καπνίσματος όσο και αναπόσπαστο κομμάτι ενός γενικότερου υγιεινού τρόπου ζωής.

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

Η εφαρμογή του προγράμματος με τίτλο «Τέρμα το κάπνισμα - Ώρα για άσκηση» (Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006), το οποίο εφαρμόστηκε στο Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής της Σχολής Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας καιβασίζονταν εν μέρει σε ψυχολογικές στρατηγικές και κατευθύνσεις του εθνικού ινστιτούτου καρκίνου της Αμερικής (American Cancer Society, 2004), με προσανατολισμό στην ενίσχυση του ατόμου, την υποκατάσταση συμπεριφορών καπνίσματος από άλλες υγιεινές, την ενημέρωση και πληροφόρηση γύρω από τις συνέπειες του καπνίσματος και τα οφέλη της διακοπής, την αλλαγή στάσης απέναντι στο τσιγάρο και την ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα του ατόμου, κατέδειξε ότι ικανοποιητικό ποσοστό των συμμετεχόντων διέκοψε το κάπνισμα για ένα χρόνο και επίσης μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων θεώρησε την εισαγωγή της άσκησης ως ένα σημαντικό βοήθημα στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι παρεμβατικές έρευνες που βασίστηκαν στην εφαρμογή του εν λόγω προγράμματος (Hasandra et al., 2013).

Περιγραφή του προγράμματος

Λαμβάνοντας υπόψη την αναγκαιότητα να δημιουργηθούν και να δοκιμαστούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης του καπνίσματος (μείωση - διακοπή - διατήρηση αποχής), καθώς και την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος «Τέρμα το κάπνισμα - Ώρα για άσκηση» (Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006), σχεδιάστηκε, εφαρμόστηκε και αξιολογήθηκε ένα πρόγραμμα παρέμβασης διακοπής καπνίσματος που εμπειρείχε συμβουλευτική και παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης, σε συνδυασμό με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και ένταξη της στην καθημερινότητα και προσανατολισμό προς έναν

υγιεινό τρόπο ζωής. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης του εν λόγω προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

Το εν λόγω πρόγραμμα παρέμβασης διακοπής καπνίσματος χρησιμοποίησε και εμπλούτισε το υλικό από το Έντυπο «Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση» (Θεοδωράκης & Γουργουλιάνης, 2006) και συνδύασε: α) τη συμβουλευτική υποστήριξη, στηριζόμενη σε πέντε θεωρίες συμπεριφοράς και έχοντας ως βάση της για τη διαδικασία της υποστήριξης το θεωρητικό πλαίσιο και τις τεχνικές τριών προσεγγίσεων συμβουλευτικής, β) την εξατομικευμένα σχεδιασμένη και εβδομαδιαίως επαναξιολογούμενη καθημερινή άσκηση και γ) την οργάνωση και παρακολούθηση ενός συνολικά υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, που περιλαμβάνει σωστή διατροφή, ύπνο, συνήθειες, διαχείριση άγχους, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, προσωπική ανάπτυξη και οργάνωση της καθημερινότητας.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με το κομμάτι της συμβουλευτικής υποστήριξης, αξιοποιήθηκαν οι εξής θεωρίες: κοινωνική γνωστική θεωρία με έμφαση σε διαδικασίες που αφορούν σε δέσμευση, προβολή προτύπων και αλλαγή περιβάλλοντος και προσδοκιών (Bandura, 1986), θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, με έμφαση στις προθέσεις, τον έλεγχο του ατόμου και την επιρροή σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο (Ajzen, 1988), θεωρία των στόχων, με έμφαση στη θέσπιση στόχων (Lock & Latham, 1990), μοντέλο «πιστεύω» υγείας, με έμφαση στην ενημέρωση και την κατανόηση των ωφελειών των υγιεινών συνηθειών (Rosenstock, 1974) και το διαθεωρητικό μοντέλο, με έμφαση στα στάδια αλλαγής που ακολουθούν τα άτομα προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα (Rochaska & DiClemente, 1983). Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης ακολούθησε τις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης (Miller & Rollnick, 1991), της γνωστικής συμπεριφορικής κατεύθυνσης (Beck, 1995) και της προσωποκεντρικής προσέγγισης (Μουλαλούδης & Κοσμοπούλος, 2003; Μπρούζος, 2004) και περιελάμβανε ποικιλία τεχνικών, όπως: ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, προσδιορισμό και αξιολόγηση στόχων, παροχή πληροφόρησης σχετικά με το κάπνισμα (τι συμβαίνει στον οργανισμό), τις επιπτώσεις του (σύνδεσή του με άγχος, αισθητική, πνευματική διαύγεια, φυσική κατάσταση), τα μειονεκτήματα της συνέχισης και τα οφέλη της διακοπής, γνωσιακή αναδόμηση και τροποποίηση των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων, αυτοπαρατήρηση, δέσμευση, στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και υιοθέτηση νέων πιο υγιεινών συμπεριφορών και διατήρησή τους, οργάνωση εναλλακτικών δραστηριοτήτων και χρόνου, αυτο-ομιλία και καλλιέργεια θετικών σκέψεων έναντι αρνητικών, υποστήριξη από άλλους, τροποποιήσεις στο περιβάλλον, ανάπτυξη κατάλληλων προτύπων (Θεοδωράκης και συν., 2005).

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος η συμβουλευτική υποστήριξη συνδυάστηκε με την άσκηση, όχι απαραίτητα την εντατική, αλλά την ήπια, όπως είναι το περπάτημα, για όσους και όσες δεν είχαν συνηθίσει να έχουν την άσκηση στην καθημερινότητά τους. Η καθημερινή σωματική άσκηση, με στόχο τη σταδιακή αύξηση διάρκειας, συχνότητας και έντασης, αποτέλεσε αναπόσπαστο κομμάτι των εβδομαδιαίων συνεδριών του προγράμματος διακοπής καπνίσματος και αντικείμενο συζήτησης και καθημερινού σχεδιασμού. Ο σύμβουλος λάμβανε υπόψη τις επιθυμίες, τις δυνατότητες, την υπάρχουσα φυσική κατάσταση και τις ανάγκες του συμμετέχοντα και οργάνωνε σε συνεργασία με το άτομο ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης, το οποίο αξιολογούνταν και επαναπροσδιορίζονταν εβδομαδιαίως. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε πεδόμετρο (αισθητήρας καταγραφής κίνησης), το οποίο κατέγραφε τη φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων (Taylor et al., 2010) και το οποίο θα μπορούσε να αυξήσει τη φυσική τους δραστηριότητα (Bravata et al., 2007). Αρχικά καταγράφονταν η φυσική δραστηριότητα του καθενός και με βάση τις πρώτες ενδείξεις του πεδόμετρου, καθορίζονταν οι στόχοι, οι οποίοι αξιολογούνταν στην επόμενη συνάντηση και προσδιορίζονταν οι επόμενοι. Ένας οριζόντιος στόχος ήταν η κάθε επόμενη καταμέτρηση να καταδεικνύει αύξηση ή σταθεροποίηση της φυσικής δραστηριότητας και στο τέλος της παρέμβασης τα άτομα να έχουν υψηλή (με υποκειμενικούς όρους) ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα. Οι στόχοι, που τέθηκαν για τον κάθε συμμετέχοντα, βασιζόνταν στην παραδοχή ότι τα 10.000 βήματα ανά ημέρα μπορούν να θεωρηθούν ως ένας ικανοποιητικός μέσος όρος καθημερινής δραστηριότητας για ένα υγιές ενήλικο άτομο (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organisation, 2011) προτείνει για άτομα 18 έως 64 ετών, τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας ή 75 λεπτά έντονης φυσικής δραστηριότητας εβδομαδιαίως, αυξάνοντας σταδιακά τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση. Το είδος, η διάρκεια, η ένταση και η συχνότητα της άσκησης δεν ήταν ίδια για όλα τα άτομα (Everson-Hocke, Taylor, Ussher, 2010). Για παράδειγμα, τα 10.000 βήματα ημερησίως δεν μπορούσαν να αποτελέσουν στόχο για όλους τους συμμετέχοντες κάποιιοι από τους οποίους δεν είχαν προηγούμενη επαφή με την άσκηση. Για το κάθε άτομο διαμορφώνονταν εξατομικευμένο πλάνο (Annesi, 2002), το οποίο συναποφασίζονταν και συνοργανώνονταν με τον σύμβουλο. Εάν το άτομο είχε εντάξει ήδη στην καθημερινότητά του την άσκηση, τότε συμφωνούνταν οι επόμενοι στόχοι με βάση την επιθυμία του και την προτίμησή του, έχοντας πάντα ως στόχο τη διατήρηση και σταδιακά την αύξηση (εάν αυτό κρίνονταν σκόπιμο) της φυσικής του δραστηριότητας. Εάν το άτομο δεν ήταν εξοικειωμένο με την άσκηση, στόχος ήταν σταδιακά να βάλει την άσκηση στη ζωή του, ξεκινώντας με ένα μέτριας έντασης περπάτημα 15-20 λεπτών (Taylor, Katomeri, & Ussher, 2005), ώστε μέχρι το τέλος της παρέμ-

βασης να έχει αυξηθεί ο δείκτης καθημερινής φυσικής δραστηριότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα δεν εξέφρασαν αρχικά επιθυμία ή πρόθεση να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την άσκηση τους επόμενους 6 μήνες. Αυτό βέβαια δεν τους εμπόδισε να μπουν στη διαδικασία της αλλαγής σε ζητήματα άσκησης, τη στιγμή μάλιστα που αυτό αποτελούσε όρο του συμβολαίου τους προκειμένου να συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

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

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

Αρχικά έγινε εκτίμηση του κάθε ατόμου που συμμετείχε στην παρέμβαση, ως προς το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται, σύμφωνα με το Διαθεωρητικό Μοντέλο ή Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής. Η κατάσταση έγινε με τη συμπλήρωση σχετικού τεστ. Για την καταγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος (προσωπικά και δημογραφικά), των στοιχείων που αφορούν στο οικογενειακό ιστορικό των ατόμων και τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα πριν το πρόγραμμα και μετά την ολοκλήρωσή του, καθώς και για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, συμπληρώθηκε με συνέντευξη στην αρχή και το τέλος της παρέμβασης, στις ίδιες συνθήκες, τον ίδιο χώρο και τις ίδιες οδηγίες κάθε φορά, το ερωτηματολόγιο «Ατομικό Προφίλ», το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Τις ερωτήσεις της συνέντευξης ακολουθούσαν κάποιες διευκρινιστικές ερωτήσεις εκ μέρους των συμβούλων, έτσι ώστε οι συμμετέχοντες να έχουν την ευκαιρία να αιτιολογήσουν τις αρχικές τους απαντήσεις ή να κάνουν περισσότερο κατανοητό αυτό που εξέφρασαν. Τα σχόλια των συμμετεχόντων, που δεν ενέπιπταν σε κάποια από τις ερωτήσεις της ημιδομημένης συνέντευξης, καταγράφονταν από τους συμβούλους στο έντυπο «Καρτέλα Προόδου».

Εφαρμογή του προγράμματος

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

τοποίηση εαυτού σε δύσκολες στιγμές) και ii) τις διαπροσωπικές ικανότητες, όπως η ενσυναίσθηση (ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και σκέψεων των άλλων) και οι κοινωνικές δεξιότητες (αξιολόγηση του τρόπου σχετίζεσθαι και καλλιέργεια και δόμηση ικανοποιητικών σχέσεων και βέλτιστη αξιοποίηση αυτών) (Goleman, 1998).

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

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

Η διαδικασία της συμβουλευτικής υποστήριξης του προγράμματος παρέμβασης, είχε διάρκεια 12 βημάτων (14 ατομικών συναντήσεων/συνεδριών) και πληρούσε τις προϋποθέσεις και αρχές, που διέπουν μια χρονικά οριοθετημένη συμβουλευτική διαδικασία: αρχική αξιολόγηση των συμμετεχόντων (εν προκειμένω κατάταξή τους στο ανάλογο στάδιο σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο), δόμηση της όλης διαδικασίας σε στάδια και φάσεις, δέσμευση των συμμετεχόντων για συνεργασία και ενεργητική συμμετοχή και παροχή εκ μέρους των συμβούλων νέων προοπτικών, ιδεών και εμπειριών (Dryden & Feltham, 1992). Η συχνότητα των συναντήσεων/συνεδριών ήταν μία φορά την εβδομάδα και είχαν διάρκεια μιας ώρας. Προκειμένου να διασφαλιστεί, όσο γίνεται η αποτελεσματικότητα του προγράμματος (Raw, McNeill, West, 1998), το πρόγραμμα ξεκινούσε με τη δέσμευση για διακοπή του καπνίσματος και πριν τον προσδιορισμό της επίσημης ημέρας διακοπής και συνεχίζονταν και μετά τη διακοπή, μέχρι την ολοκλήρωση του αριθμού των συνεδριών και του followup. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν 3 συναντήσεις follow-up σε ατομικό επίπεδο για τους επόμενους 3 μήνες και τηλεφωνικές επικοινωνίες σε μηνιαία βάση για άλλους 6 μήνες. Σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης και του followup του πρώτου τριμήνου υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία με συχνότητα περίπου μια φορά την εβδομάδα. Σκοπός του εξαμήνου follow-up ήταν η ενημέρωση του συμβούλου για την κατάσταση του συμμετέχοντα, η παροχή υποστήριξης και βοήθειας σε οτιδήποτε χρειαζόταν και απώτερος σκοπός ήταν η παγίωση της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής. Η επαφή με τους συμμετέχοντες διήρκεσε συνολικά 12 μήνες.

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

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

Σχόλια και συζήτηση

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

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης σχεδιάστηκε, εφαρμόστηκε και αξιολογήθηκε στο πλαίσιο Διδακτορικής Διατριβής με τίτλο “Συμβουλευτική υποστήριξη σε ενήλικες για τη διακοπή καπνίσματος” (Γρατσάνη, 2016) στην οποία μπορεί να ανατρέξει κανείς για περισσότερες λεπτομέρειες. Τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής έδειξαν τα παρακάτω: α) Ο σχεδιασμός του προγράμματος συνετέλεσε στην επίτευξη σε ικανοποιητικό βαθμό του στόχου της διακοπής του καπνίσματος, αφού έλαβε υπόψη αρκετούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα (λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, λόγοι για τους οποίους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους για τη διακοπή). Επίσης, έλαβε υπόψη την ανάγκη των καπνιστών τόσο για οργανωμένη ψυχολογική υποστήριξη μέσω της εξατομικευμένης συμβουλευτικής όσο και για ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, η εκπαίδευση σε δεξιότητες διαχείρισης άγχους φάνηκε να είναι ένα από τα δυνατά και βοηθητικά ως προς τη διακοπή του καπνίσματος σημεία του προγράμματος. Τέλος, η έμφαση στην ενσωμάτωση της άσκησης στην καθημερινότητα και η βελτίωση εν γένει της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, αποτέλεσαν βασικό στοιχείο χρήσιμο τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος όσο και για τη γενικότερη προσωπική εξέλιξη των συμμετεχόντων. Αξίζει να τονιστεί ότι το 53.3% των συμμετεχόντων διέκοψαν το κάπνισμα και διατήρησαν την αποχή μέχρι το τέλος της παρακολούθησης, η οποία κράτησε 12 μήνες.

β) Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (80%) ανέφερε ότι αυξήθηκε η φυσική δραστηριότητα μέχρι το τέλος της παρέμβασης. Όπως γίνεται αντιληπτό, το πρόγραμμα πέτυχε έναν βασικό του στόχο, αυτόν της βελτίωσης της σχέσης των συμμετεχόντων με την άσκηση και την ένταξή της στην καθημερινότητά τους, αναβαθμίζοντας έτσι τον τρόπο ζωής και ενσωματώνοντας σε αυτόν υγιεινές συνήθειες. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η φυσική δραστηριότητα διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της παρέμβασης με συνεχόμενο αυξητικό ρυθμό ως προς τη συχνότητα και την ένταση.

γ) Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η άσκηση τους βοήθησε στη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος. Φαίνεται, λοιπόν, ότι υπάρχει υψηλή θετική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και διακοπής καπνίσματος ενώ η σχέση άσκησης και καπνίσματος είναι αρνητική. Επίσης, φαίνεται από τα αποτελέσματα και τις δηλώσεις των συμμετεχόντων ότι ένας τρόπος ζωής με ενσωματωμένη έστω ήπια φυσική δραστηριότητα παίζει ρόλο στον περιορισμό του καπνίσματος. Τέλος, φαίνεται η άσκηση να αποτελεί βοήθημα στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος υπό την έννοια της εναλλακτικής διαχείρισης του πειρασμού και της αντικατάστασης του τσιγάρου με κίνηση, της διαχείρισης άγχους και στερεοτύπων συμπτωμάτων και της μείωσης της επιθυμίας για τσιγάρο, της βελτίωσης της ψυχικής κατάστασης, της παροχής ικανοποίησης και απόλαυσης, της προσφοράς εναλλακτικών υγιεινών συμπεριφορών στη θέση ανθυγιεινών, της μείωσης της αίσθησης εξάρτησης.

δ) Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είχαν πραγματοποιήσει με το πέρας της παρέμβασης αλλαγές στην καθημερινότητά τους, κατορθώνοντας να αναβαθμίσουν αισθητά την ποιότητα ζωής, αυξάνοντας τη φυσική δραστηριότητα, βελτιώνοντας τη διατροφή, υιοθετώντας περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές, μαθαίνοντας τεχνικές διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων και δύσκολων συναισθημάτων, τροποποιώντας προς όφελός τους το περιβάλλον. Όπως γίνεται αντιληπτό, το πρόγραμμα, εστιάζοντας σε συγκεκριμένα σημεία, μέσω της συμβουλευτικής, πέτυχε να παράσχει υποστήριξη στους συμμετέχοντες σε κομβικά θέματα που σχετίζονται με την προσωπική ανάπτυξη και ενδυνάμωση, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, του αισθήματος ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας και την επίλυση προβλημάτων.

Από τις δηλώσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ως γενικότερο συμπέρασμα ότι η οργανωμένη ψυχολογική τους υποστήριξη και γενικά όλη η διαδικασία της εξατομικευμένης συμβουλευτικής, ήταν ιδιαίτερα βοηθητικός παράγοντας, τόσο στην προσπάθειά τους να αλλάξουν την καπνιστική τους συνήθεια, όσο και στην προσπάθεια αλλαγής και βελτίωσης του τρόπου ζωής τους και της υιοθέτησης και ενσωμάτωσης συμπεριφορών υγείας στην καθημερινότητά τους.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι συμμετέχοντες εκτίμησαν ως ιδιαίτερα σημαντικές τις διαδικασίες προσωπικής ανάπτυξης και την εκπαίδευση σε δεξιότητες, θεωρώντας πως μπορούν να βοηθήσουν στην κατεύθυνση της αλλαγής συνηθειών και καθιέρωσης υγιεινών συμπεριφορών, καθώς και της οργάνωσης ενός τρόπου ζωής ποιοτικά αναβαθμισμένου.

Επίσης, ως ιδιαίτερα βοηθητικό στοιχείο του προγράμματος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους και του στρες, δεδομένου ότι το άγχος και το στρες αναφέρθηκαν ως λό-

γοι καπνίσματος, ως λόγοι συνέχισης του καπνίσματος μετά από προσπάθεια διακοπής, ως εμπόδια στη διακοπή του καπνίσματος και συνδέονταν άμεσα με την ανάγκη για κάπνισμα.

Αναφορικά με την άσκηση, η οποία αποτέλεσε ένα βασικό κομμάτι της διαδικασίας της συμβουλευτικής και της οποίας η αύξηση και ενσωμάτωση στην καθημερινότητα αποτέλεσε βασικό στόχο της παρούσας έρευνας, όλοι οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης δήλωσαν ότι τους βοήθησε με διάφορους τρόπους στη συνολική προσπάθειά τους για αλλαγή τρόπου ζωής και φυσικά και στην προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, ανέφεραν την άσκηση ως υποβοηθητική στην προσπάθειά τους για υιοθέτηση πιο υγιεινών συμπεριφορών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής τους και επιπλέον τόνισαν το γεγονός ότι η άσκηση λειτούργησε ως βοήθημα στη διαχείριση του άγχους, ως εναλλακτική δραστηριότητα, που αντικαθιστά το τσιγάρο, ως βοήθημα (ειδικά το περπάτημα) στη μείωση της επιθυμίας για τσιγάρο, ως βοήθημα στη μείωση της αίσθησης εξάρτησης και ως βοήθημα στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων.

Σημασία για την Ποιότητα Ζωής

Μεγάλος αριθμός μελετών εδώ και χρόνια έχουν καταδείξει τα οφέλη και την πληθώρα των θετικών επιδράσεων, που παρέχει η φυσική δραστηριότητα στην υγεία του ανθρώπου. Η συσχέτιση της συχνής και σταθερής άσκησης με τη καρδιαγγειακή ευεξία, τον έλεγχο της παχυσαρκίας, του διαβήτη, της οστεοπόρωσης, και την μείωση των πιθανοτήτων πλήθους ασθενειών, έχει τεκμηριωθεί από συστηματικές έρευνες τα τελευταία χρόνια. Η άσκηση μπορεί να παίξει έναν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση ενός υγιεινού προφίλ εκ μέρους των ατόμων, στον αντίποδα της υιοθέτησης ανθυγιεινών συμπεριφορών. Πέρα όμως από αυτά, αναδεικνύεται πλέον και η αξία της άσκησης, σε συνδυασμό με ψυχολογικές στρατηγικές παρέμβασης στη μείωσή και τη διακοπή του καπνίσματος, μιας συνήθειας που προκαλεί πλήθος προβλημάτων στη υγεία και την ποιότητα της ζωής των ατόμων.

Σχετικές πρωτοβουλίες κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών, και κοινωνικών φορέων του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, μπορούν να παίξουν ένα ζωτικό ρόλο στο να βοηθήσουν να διαμορφωθούν υγιή περιβάλλοντα και κατάλληλα προγράμματα με σκοπό την διακοπή του καπνίσματος και την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας και την βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Βιβλιογραφία

- Abrantes, A. M., Strong, D. R., Lloyd-Richardson, E. E., Niaura, R., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2009). Regular exercise as a protective factor in relapse following smoking cessation treatment. *American Journal on Addictions, 18*, 100-101.
- 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.
- American Cancer Society (2004). *Break away from the pack*. Retrieved 8/10/2009 from: http://www.vtquitnetwork.org/files/BREAK%20Away_book3.pdf.
- Annesi, J.J. (2002). Relationship between changes in acute exercise-induced feeling states, self-motivation and adults adherence to moderate aerobic exercise. *Perceptual and Motor Skills, 94*, 425-439.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York: Guilford Press. Μετάφραση στα ελληνικά: *Εισαγωγή στη γνωστική θεραπεία* (2000), Αθήνα: Πατάκη.
- Bock, B. C., Morrow, K. M., Becker, B. M., Williams, D. M., Tremont, G., Gaskins, R. B. et al. (2010). Yoga as a complementary treatment for smoking cessation: rationale, study design and participant characteristics of the Quitting-in-Balance study. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 10*, 14.
- Bravata, D. M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A. L., Lin, N., Lewis, R., et al., (2007). Using pedometers to increase physical activity and improve health. *Journal of the American Medical Association (JAMA), 298*, 2296-2304.
- Craft, L.L., & Landers, D.M. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise psychology, 20*, 339-357.
- DiPietro, L. (1995). Physical activity, body weight, and adiposity: An epidemiology perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 23*, 275-303.
- Dryden, W., & Feltham, C. (1992). *Brief Counseling: A Practical Guide for Beginning Practitioners*. Buckingham: Open University Press.

- Everson-Hock, E. S., Taylor, A. H., & Ussher, M. (2010). Readiness to use physical activity as a smoking cessation aid: A multiple behaviour change application of the Transtheoretical Model among quitters attending Stop Smoking Clinics. *Patient Education and Counseling*, 79, 156-159.
- Everson-Hock, E. S., Taylor, A. H., Ussher, M., & Faulkner, G. (2010). A qualitative perspective on multiple health behaviour change: views of smoking cessation advisors who promote physical activity. *Journal of smoking cessation*, 5, 7-14.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.
- Garvey, A. J., Kalman, D., Hoskinson, R. J., Kinnunen, T., Wadler, B. M., Thomson, C. C., et al., (2012). Front-loaded versus weekly counseling for treatment of tobacco addiction. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 578-585.
- Gemmell, L. & DiClemente, C. C. (2009). Styles of physician advice about smoking cessation in college students. *Journal of American College Health*, 58, 113-119.
- Glasgow, R. E., Schafer, L., & O'Neil, H. K. (1981). Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 659-667.
- Godin, G. (1989). The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-236.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, Bantam Books. ISBN 978-0-553-37858-0
- Gritz, E. R., Marcus, A. C., Berman, B. A., Read, L. L., Kanim, L. E., & Reeder, S. J. (1988). Evaluation of worksite self-help smoking cessation program for registered nurses. *American Journal of Health Promotion*, 3, 26-35.
- Hassandra, M., Kofou, G., Zourbanos, N., Gratsani, S., Zisi, V. & Theodorakis, Y. (2012). Initial evaluation of a smoking cessation program incorporating physical activity promotion to greek adults in antismoking clinics. *Evaluation & the Health Professions*, 35, 323-330.
- Hassandra, M., Zourbanos, N., Kofou, G., Gourgouljanis, K., & Theodorakis, Y. (2013). Process and outcome evaluation of the "No more smoking! It's time for physical activity" program. *Journal of Sport and Health Science*, 2, 242-248.
- Johnston, D. W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmonth, A. L. & Mant, D. (2004). Motivation is not enough: Prediction of risk behaviour following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behaviour. *Health Psychology*, 23, 533-538.
- Jung, M. E., Fitzgeorge, L., Prapavessis, H., Faulkner, G., & Maddison, R. (2010). The getting physical on cigarettes trial: Rationale and methods. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 35-44.
- Kosmidou, E. & Theodorakis, Y. (2007). Examining differences in smoking attitudes between adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 101, 475-481.
- 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.
- Lancaster, T., Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2. CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292. pub2.
- Locke, E. & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist*, 10, 1-24.
- Marcus, B. H., Lewis, B. A., Hogan, J., King, T. K., Albrecht, A. E., Bock, B., et al. (2005). The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 871-80.
- McAuley, E., Milhalko, S. L., & Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 67-83.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Murray-Johnson, L., Witte, K., Boulay, M., Figueroa, M. E., Storey, D., & Tweedie, I. (2002). Using health education theories to explain behaviour change: A cross-country analysis. *International Quarterly of Community Health Education*, 20, 323-345.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health psychology*, 18, 89-94.
- Parsons, A. C., Shraim, M., Inglis, J., Aveyard, P., & Hajek, P. (2009). Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1).
<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006219.html>
- Perry, D. (1995). Researching the aging well process. *American Behavioral Scientist*, 39, 152-171.

- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Piasecki, T. M., Niaura, R., Shadel, W. G., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M. C., et al. (2000). Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 74-86.
- Prapavessis, H., Cameron, L., Baldi, J. C., Robinson, S., Borrie, K., Harper, T., et al. (2007). The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive Behaviors*, 32, 1416-1432.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an investigative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ramos, M., Ripoli, J., Estrades, T., Socias, I., Fe, A., Duro, R., Gonzelez, M. J., Servera, M. (2010). Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. *BMC Public Health*, 10, 89(1-6).
- Raw, M., McNeill, A., & West, R. (1998). *Smoking cessation guidelines for health professionals: A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*. London: HEA.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Sallit J., Ciccazzo M, & Zisca D. (2009). A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1398-1405.
- Schane, R. E., Prochaska, J. J., & Glantz, S. A. (2013). Counseling nondaily smokers about secondhand smoke as a cessation message: A pilot randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 334-342.
- Shah Z. H., Rao, S., & Mayo, H. G. (2008): What are the most effective ways you can help patients stop smoking? *The Journal of Family Practice*, 57, 478-479.
- Singleton, M. G., & Pope, M. (2000). A comparison of successful smoking cessation interventions for adults and adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 78, 448-453.
- Stead, L. F., Perera, R., & Lancaster, T. (2006). Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002850. DOI: 10.1002/14651858. CD002850.pub2.
- Taylor, A. H., Everson-Hock, E. S. & Ussher, M. (2010). Integrating the promotion of physical activity within a smoking cessation programme: Findings from collaborative action research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research*, 10(1), 317.
- Taylor, A., Katomeri, M. & Ussher, M. (2005) Acute effects of self-paced walking on urges to smoke during temporary smoking abstinence. *Psychopharmacology*, 181(1), 1-7.
- Taylor, A., & Ussher, M. (2005). Effects of exercise on smoking cessation and coping with withdrawal symptoms and nicotine cravings. In G. Faulkner, & A. Taylor, (Eds.), *Exercise, health and mental health* (pp. 135-158). London. Routledge.
- Theodorakis, Y., Goudas, M., Zourbanos, N., Hatzigeorgiadis, A., & Jamurtas, A. (2014). Exercise as a means for smoking and alcohol cessation: New trends in research. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 12(3), 226 - 233.
- Tompsonski, P. D., & Ellis, N. R. (1986). Effects of exercise on cognitive processes: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 338-346.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, 34, 1-8.
- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Steptoe, A. (2003). Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Addiction*, 98, 523-532.
- Ussher, M., West, R., Taylor, A., & McEwen, A. (2000). Exercise interventions in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration, 3. Oxford: Update Software.
- 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 Review Psychiatry*, 12, 339-350.
- World Health Organization (2009). *World Health Statistics*. Available: <http://www.who.int/whostat/2009/en/index.html>.
- World Health Organization (2011). *World Health Organization Atlas: Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. Editors: Shanthi Mendis, Pekka Puska and Bo Norrving.
- Γρατσάνη, Σ. (2016). Συμβουλευτική υποστήριξη σε ενήλικες για τη διακοπή του καπνίσματος. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Θεοδωράκης, Ι., Γιώτη, Γ. & Ζουρμπάνος, Ν., (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 1ο: Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 225-238.

- Θεοδωράκης, Ι. & Γουργουλιάνης, Κ. (2006). *Τέρμα το κάπνισμα και ώρα για άσκηση*. Τρίκαλα, Θεσσαλίας: Εργαστήριο Ψυχολογίας και Ποιότητας Ζωής, ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Θεοδωράκης, Ι. & Χασάνδρα, Μ., (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ ασκουμένων και μη ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Μουλαλούδης, Γ., Κοσμόπουλος, Α. (2003). *Ο Carl Rogers και η προσωποκεντρική του θεωρία για την ψυχοθεραπεία και την παιδεία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.
- Μπρούζος, Α. (2004). *Προσωποκεντρική Συμβουλευτική - Θεωρία Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.

Υπεύθυνος έκδοσης: Ελληνική Ακαδημία Φυσικής Αγωγής, **Υπεύθυνος συντακτικής επιτροπής:** Γιάννης Θεοδωράκης, **Επιμελητές έκδοσης:** Βάσω Ζήση, Βασίλης Γεροδήμος, Αντώνης Χατζηγεωργιάδης, Θανάσης Τσιόκανος, Αθανάσιος Τζιαμούρτας, Γιώργος Τζέτζης, Θωμάς Κουρτέσης, Ευάγγελος Αλμπανίδης, Κων/να Δίπλα. **Διαχείριση-επιμέλεια-στοιχειοθεσία:** Στέφανος Πέρκος, Βασίλης Μπούγλας.

Editor -in- Chief: Hellenic Academy of Physical Education, **Head of the editorial board:** Yannis Theodorakis, **Editorial Board:** Vaso Zissi, Vasilis Gerodimos, Antonis Chatzigeorgiadis, Thanassis Tsiokanos, Athanasios Jamurtas, Giorgos Tzetzis, Thomas Kourtessis, Evangelos Albanidis, Konstantina Dipla. **Editorial management:** Stefanos Perkos, Vasilis Bouglas.