

Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό

Τόμος 14(1), 79 - 93

Δημοσιεύτηκε: Μάιος 2016



Inquiries in Sport & Physical Education

www.pe.uth.gr/emag

Volume 14(1), 79 - 93

Released: May 2016

ISSN 1790-3041



Individual Counseling for Smoking Cessation. An intervention Applied by Medical and Nursing Staff in Health Centers in Greece

Despoina Leontari, Stamatia Gratsani, Vasiliki Zisi, & Yannis Theodorakis

Department of Physical Education and Sports Sciences, University of Thessaly, Trikala, Hellas

Abstract

The purpose of this study was to investigate if and how the participation in a counseling program for smoking cessation applied in health centers by medical and nursing staff, in highly motivated individuals due to health reasons, contributes in lifestyle changes and physical activity enhancement. The participants were 36 smokers and 12 of them completed the program (9 men and 3 women, aged 37 to 71 years). The smoking cessation intervention consisted of 12 sessions of individual counseling for smoking cessation, based on motivational interviewing, once a week, for an hour. A semi-structured interview was used at the end of the intervention to evaluate the effectiveness of the program. Concerning the data of the interviews, qualitative content analysis was used with the help of software in-Vivo. At the end of the program 8 participants achieved the goal of smoking cessation, while the rest 4 participants significantly reduced smoking. The participants reported as very helpful the discussion and communication, the support from the counselor, the commitment, the resistance techniques, the goal- setting and generally speaking the change of their life-style. Finally, it was shown that the relationship of safety developed with the advisor, contributed, apart from the smoking cessation or smoking reduction, in the development of motives and sensitization for a healthier lifestyle, in the increase of self-esteem, self-knowledge and confidence, stress reduction, relaxation and generally in the adoption of a healthy and qualitative lifestyle.

Key words: *smoking, physical activity, trans-theoretical model, motivational interviewing*

Ατομική Συμβουλευτική για τη Διακοπή Καπνίσματος. Ένα Πρόγραμμα Εφαρμοσμένο από Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό σε Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα

Δέσποινα Λεοντάρη, Σταματία Γρατσάνη, Βασιλική Ζήση & Γιάννης Θεοδωράκης

ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί εάν και πώς η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, εφαρμοσμένο σε κέντρα υγείας, από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε άτομα με ισχυρά κίνητρα διακοπής, δηλαδή λόγους υγείας, συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Οι συμμετέχοντες ήταν 36 συστηματικοί καπνιστές από τους οποίους οι 12 ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα (9 άνδρες και 3 γυναίκες, ηλικίας 37 έως 71 ετών). Η παρέμβαση διακοπής καπνίσματος αποτελούνταν από 12 συνεδρίες ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος βασισμένες στην παρακινητική συνέντευξη μία φορά την εβδομάδα για μια ώρα. Για την αξιολόγηση του προγράμματος χρησιμοποιήθηκε ημι-δομημένη συνέντευξη μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Στα δεδομένα των συνεντεύξεων έγινε ποιοτική ανάλυση περιεχομένου με τη χρήση του λογισμικού InVivo. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος 8 υποψήφιοι πέτυχαν τη διακοπή καπνίσματος ενώ οι υπόλοιποι 4 πραγματοποίησαν σημαντική μείωση. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως πολύ χρήσιμη τη συζήτηση και την επικοινωνία, την υποστήριξη από τον γιατρό-σύμβουλο, τη δέσμευση, τις τεχνικές αντίστασης, τη διαδικασία καθορισμού στόχων και γενικά την αλλαγή του τρόπου ζωής. Τέλος, φάνηκε ότι η σχέση ασφάλειας που αναπτύχθηκε με τον σύμβουλο συνέβαλλε, πέρα από τη διακοπή ή τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων, στην ανάπτυξη κινήτρων και την ευαισθητοποίηση για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, της αυτογνωσίας και της αυτοπεποίθησης, τη μείωση του στρες, την χαλάρωση και γενικότερα στην υιοθέτηση ενός υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής.

Λέξεις κλειδιά: *κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, διαθεωρητικό μοντέλο, παρακινητική συνέντευξη*

Εισαγωγή

Το κάπνισμα απασχολεί έντονα τον επιστημονικό χώρο, όχι μόνο λόγω των βλαβερών επιπτώσεων που προκαλεί στην υγεία, αλλά κυρίως λόγω της σύνδεσής του με υψηλά ποσοστά ασθενειών και θανάτων (World Health Organization- WHO, 2002, 2003). Το κάπνισμα θα πρέπει να θεωρείται ως χρόνια ασθένεια και όχι ως μια οξεία κατάσταση από την οποία, αν κάποιος το διακόψει, θα συνεχίσει να απέχει. Χρειάζονται πολλαπλές προσπάθειες με επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις για να είναι επιτυχής η διακοπή, κάτι που φαίνεται από το γεγονός ότι οι πρώην καπνιστές μπορεί να ξαναρχίσουν το κάπνισμα, ακόμα και μετά από αποχή ετών (Alpert, 2009). Το γεγονός ότι η σημαντική πλειοψηφία των καπνιστών δεν αναζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα (Holtrop, Malouin, Wismantel, & Wadland, 2008), σε συνδυασμό με τη δυσκολία της προσπάθειας, αναδεικνύει τη σημασία πραγματοποίησης ερευνών στο θέμα της διακοπής καπνίσματος που αποσκοπούν στον εντοπισμό σημαντικών στοιχείων που χρειάζεται να προσεχθούν και μπορούν να αξιοποιηθούν για τη δημιουργία ανάλογων παρεμβατικών προγραμμάτων.

Εδώ και αρκετές δεκαετίες διερευνάται ο ρόλος διαφόρων παραγόντων σε μια προσπάθεια εξεύρεσης των πιο σημαντικών κινήτρων συμμετοχής σε κάποιο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Αρκετά έχει υποστηριχθεί έως σήμερα η άποψη ότι η ανησυχία για την υγεία είναι το πρωταρχικό κίνητρο για την προσπάθεια απαλλαγής από αυτή τη βλαβερή συνήθεια, κάτι που συμβαδίζει με τη θεωρία ότι οι άνθρωποι έχουν βασική ανάγκη ελέγχου του κινδύνου και της αρνητικής επίπτωσης στην υγεία με σκοπό την επιβίωση (Rosenstock, 1974), αλλά και επιβεβαιώνεται από την μεγάλη έρευνα για το κάπνισμα που έγινε στην Ευρώπη (Eurobarometer, 2009). Τα παραπάνω αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο που μπορεί να έχουν οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθεια μείωσης ή και διακοπής του καπνίσματος, κυρίως κατά την ενημέρωση των καπνιστών για τους κινδύνους, που επιφέρει το τσιγάρο.

Ωστόσο, η σημαντικότητα των λόγων υγείας ως κίνητρο διακοπής επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία. Φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες (>39) είναι πιο πιθανόν να μπουν σε διαδικασία διακοπής για λόγους υγείας (Graham et al., 2008), αλλά παίζουν ρόλο και άλλα κίνητρα τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με τη χώρα, την κοινωνική τάξη και άλλους παράγοντες. Για παράδειγμα, οι λόγοι που οδηγούν τους Κινέζους στη διακοπή του καπνίσματος βρέθηκαν να είναι η πρόληψη από μελλοντικές ασθένειες (58%) και οι παρούσες ασθένειες (31%) (Hesketh, Lu, Jun, & Mei, 2007). Σε αντιστοιχία έρευνα στη Γαλλία οι λόγοι υγείας είχαν πολύ μικρό ποσοστό συμμετοχής στα κίνητρα διακοπής καπνίσματος (Haug et al., 2010). Αν και αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι λόγοι υγείας, αλλά και η κατάσταση υγείας των καπνιστών, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος (Chen et al., 2014), δεν λείπουν και οι έρευνες που υποστήριξαν ότι τα προαναφερθέντα κίνητρα δεν αλλάζουν τα ποσοστά διακοπής αλλά αυξάνουν την κινητοποίηση για συμμετοχή σε ανάλογο πρόγραμμα. Απαιτείται επομένως περαιτέρω διερεύνηση για το ρόλο που μπορεί να παίζουν οι λόγοι υγείας ως κίνητρο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε επίσης και στη διερεύνηση του ρόλου του ιατρικού προσωπικού στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με τις οδηγίες για τη μείωση του καπνίσματος, επιβεβαιώνεται ότι εκτός από την φαρμακοθεραπεία, οι συμβουλές από τον ιατρό και οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες (αυτοβοήθεια, ατομική συμβουλευτική, ομαδική συμβουλευτική και τηλεφωνική συμβουλευτική) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την θεραπεία χρήσης καπνού σε ενήλικες από 50 ετών και άνω, με τον συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας να είναι ο πιο αποτελεσματικός (Goldman et al., 2009). Έχει υποστηριχθεί ότι ο ρόλος του θεράποντος ιατρού είναι σημαντικός, αφού οι συμβουλές και οι πληροφορίες για τους κινδύνους στην υγεία επηρεάζουν την πρόθεση των ατόμων μέσης ηλικίας να διακόψουν το κάπνισμα (Yong, Borland, & Siahpush, 2005). Γενικά, οι ασθενείς μεγάλης ηλικίας είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα που συνδέονται με το κάπνισμα, όπως συχνός βήχας, δυσκολία αναπνοής, κούραση και προβλήματα αναπνευστικού, οπότε και η προσέγγιση για τη διακοπή του καπνίσματος, βασισμένη στα συμπτώματά τους μπορεί να αποτελέσει μια ιδιαίτερα σημαντική στρατηγική (Clark, Hogan, Kviz, & Prohaska, 1999).

Ο Εθνικός Οργανισμός Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (PHS), επιβεβαιώνοντας τον σημαντικό ρόλο των ιατρών στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, δημοσίευσε το 2000 έναν οδηγό κλινικής πρακτικής «Θεραπεύοντας τη χρήση και εξάρτηση από τον Καπνό», με σκοπό την ενημέρωση των κλινικών γιατρών και την εφαρμογή των κλινικών πρακτικών στους καπνιστές (Musich, Chapman, & Ozminkowski, 2009). Οι προτεινόμενες στρατηγικές των κατευθυντήριων οδηγιών του PHS συμπεριλαμβάνουν συστήματα αναγνώρισης-ταυτοποίησης των καπνιστών, παροχή εκπαίδευσης-πηγών και ανατροφοδότησης, παροχή εκπαιδευμένου προσωπικού να επιβλέπει τη διαδικασία της θεραπείας. Για τους γιατρούς της πρώτης γραμμής οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν τα 5 A's (Curry, Keller, Orleans, & Fiore, 2008): "Ερώτηση" σε όλους τους ασθενείς για την καπνιστική τους κατάσταση και καταγραφή στο ιατρικό τους ιστορικό (Ask), "Συμβουλή"

σε όλους τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα (Advice), “Αξιολόγηση” της θέλησης κάθε καπνιστή να προσπαθήσει κόψει το κάπνισμα (Assess), “Βοήθεια” σε αυτούς τους καπνιστές, που θέλουν να το κόψουν με την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών του συστήματος υγείας ή της κοινότητας, και συνταγογράφηση θεραπείας (Assist) και τέλος “Σχεδιασμό” παρακολούθησης (Arrange). Οι καπνιστές που συμμετείχαν σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά διακοπής (Quinn et al., 2009).

Έρευνες επίσης υποστήριξαν ότι η εφαρμογή παρεμβάσεων συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος από γιατρούς, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διάδοση αυτών των παρεμβάσεων στην κοινότητα (Goldstein et al., 2003). Φαίνεται ότι οι γιατροί πιστεύουν μεν στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, ειδικά όταν εστιάζει στην αφύπνιση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος, αλλά από την άλλη εντοπίζουν ότι είναι αναγκαία η εκπαίδευση τους σε θέματα παρακινητικής συμβουλευτικής και ανατροφοδότησης, έτσι ώστε να είναι πιο αποτελεσματικοί (Champassak et al., 2014).

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

Σκοπός της συγκεκριμένης παρέμβασης ήταν να μελετήσει εάν και πώς ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος, το οποίο εφαρμόζεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε κέντρα υγείας, επηρεάζει τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος και την πραγματοποίηση αλλαγών στην καθημερινότητα, προς την κατεύθυνση ενός πιο υγιεινού και ποιοτικού τρόπου ζωής, σε άτομα που το κίνητρο τους είναι πρόβλημα υγείας.

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

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα και συλλογή δεδομένων

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

Ερωτηματολόγια- Όργανα Μετρήσεων

A) Ερωτηματολόγιο για το προφίλ του συμμετέχοντα που περιελάμβανε τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων αλλά και τη λήψη βασικών πληροφοριών σχετικά με το κάπνισμα στην αρχή του προγράμματος.

B) Ημι-δομημένη συνέντευξη η οποία χρησιμοποιήθηκε στο τέλος της παρέμβασης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ατομικής συμβουλευτικής αλλά και τη διερεύνηση των παραγόντων που συνέβαλλαν σε αυτό.

Πρόγραμμα παρέμβασης - ατομικής συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος

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

Η συμβουλευτική υποστήριξη της συγκεκριμένης παρέμβασης διαρθρώνεται στους άξονες πέντε θεωριών συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής. Συνολικά το παρεμβατικό πρόγραμμα, αποτελεί μια παρέμβαση σε πολλά επίπεδα ταυτόχρονα (μείωση τσιγάρου, άσκηση και διατροφή, διαχείριση του άγχους και οργάνωση του χρόνου) και στηρίζεται σε προσωπικοκεντρική συμβουλευτική υποστήριξη, βασισμένη στη θεωρία της παρακινήτικης συνέντευξης (Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991). Το κάθε βήμα συμβουλευτικής έχει συγκεκριμένα θέματα, όπως η γνωστική ευαισθητοποίηση σε θέματα σχετικά με το κάπνισμα, η συζήτηση λόγων καπνίσματος και τρόπων διακοπής, η αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με το κάπνισμα, η αλλαγή στάσεων και ανθυγιεινών συμπεριφορών, η συζήτηση για τη σκέψη της διακοπής και τους προβληματισμούς - ανησυχίες που έχουν σχετικά με αυτό, η θετική αναπλαισίωση προηγούμενων προσπαθειών, η αύξηση αυτοπεποίθησης και αυτό-εκτίμησης, οι τεχνικές χαλάρωσης, οι ασκήσεις νοερής απεικόνισης, η συζήτηση για τα οφέλη της άσκησης στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, οι δεξιότητες ελέγχου της επιθυμίας για τσιγάρο, η αυτο-ομιλία, η μετατροπή αρνητικών σκέψεων σε θετικές, η καταγραφή ημερολογίων, η διαδικασία καθορισμού στόχων, η συζήτηση για τα συμπτώματα της διακοπής και για τους τρόπους αντιμετώπισης, η συζήτηση για τις υποτροπές και τους τρόπους πρόληψης, η παροχή συμβουλών διατροφής, η συζήτηση γύρω από τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους και τους τρόπους οργάνωσης του χρόνου κ.α. Η διάρθρωση της παρέμβασης και το υλικό που χρησιμοποιήθηκε περιγράφονται αναλυτικά σε άλλη έρευνα (Gratsani, Leontari, Zisi, & Theodorakis, 2016). Στο τέλος κάθε συνάντησης ορίζονταν οι εξατομικευμένοι στόχοι μέχρι την επόμενη συνάντηση. Όλες οι συνεδρίες έλαβαν χώρα σε κέντρα υγείας του νομού Τρικάλων από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Ιατρικό Προσωπικό-Σύμβουλοι

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

Βασικές Θεματικές ενότητες του εκπαιδευτικού προγράμματος ήταν: 1) Θεωρίες συμπεριφοράς: κοινωνική γνωστική θεωρία, θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, θεωρία στόχων, μοντέλο «πιστεύω» υγείας, μοντέλο σταδίων αλλαγής. 2) Αρχές και τεχνικές συμβουλευτικής υποστήριξης, 3) Πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος.

Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε σε δυο έτη. Αρχικά, μέλη της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας επισκέφτηκαν τα Κέντρα Υγείας του Νομού με σκοπό να τους ενημερώσουν για το Πρόγραμμα Συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος που υλοποιούν σε συνεργασία με το ΤΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αλλά και να κάνουν διερεύνηση αναγκών για την υλοποίηση ανάλογου προγράμματος στα Κέντρα Υγείας. Στη συνέχεια, και μετά την καταγραφή των αναγκών, εκπαιδεύτηκε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τόσο σε θέματα συμβουλευτικής όσο και στην εφαρμογή του προγράμματος συμβουλευτικής. Οι συμμετέχοντες προσέρχονταν στα Κέντρα Υγείας για διάφορους λόγους υγείας και όπου κρινόταν αναγκαίο υπήρχε η προτροπή του θεράποντος ιατρού για την συμμετοχή στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος.

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.

Ηθική και Δεοντολογία

Η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στις αρχικές προφορικές οδηγίες από την ερευνήτρια, για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και της μεθόδου, τονίστηκε ότι κανείς άλλος δεν θα είχε πρόσβαση στα στοιχεία που θα συλλέγονταν. Η διαβεβαίωση για την ανωνυμία των απαντήσεων υπήρχε σε έντυπο που μοιράστηκε στους συμμετέχοντες και τις συμμετέχουσες.

Αποτελέσματα και Συζήτηση

Παρούσα καπνιστική κατάσταση

Από τα δώδεκα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, τα 8, δηλαδή το 66.6%, διέκοψαν το κάπνισμα. Τα υπόλοιπα 4 άτομα (33.3%), πέτυχαν σημαντική μείωση (πάνω από το 50% των καθημερινών τσιγάρων), και πέρασαν στην κατηγορία του ελαφρύ καπνιστή, κάτω δηλαδή από 10 τσιγάρα. Τέλος, μόνο ένα άτομο (8.3%) από τα τέσσερα που πραγματοποίησαν σημαντική μείωση μείωσε αρχικά, αλλά μέχρι να ολοκληρώσει το πρόγραμμα (12 μήνες) επέστρεψε στον αρχικό αριθμό τσιγάρων.

Από όσους διέκοψαν το πρόγραμμα, το 13% ανέφεραν ότι δεν ήταν ψυχολογικά έτοιμοι να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής καπνίσματος και να ζήσουν μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Ένα ποσοστό 4.3% διέκοψαν το πρόγραμμα λόγω φόρτου εργασιών. Επίσης 4.3% διέκοψαν το πρόγραμμα επειδή έφευγαν στο εξωτερικό για δουλειά. Το 8.7% αναφέρει ότι αντιμετώπιζαν διάφορες οικογενειακές δυσκολίες που δεν τους επέτρεπαν να συνεχίσουν την παρακολούθηση του προγράμματος. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως του 4.3% αναφέρει ότι σταμάτησε το πρόγραμμα λόγω του ότι υποτροπίασε και πίστεψε ότι δεν θα μπορέσει να τα καταφέρει. Το 65% που διέκοψαν το πρόγραμμα, απλώς δεν προσήλθαν στο επόμενο ραντεβού, χωρίς καμία ενημέρωση αλλά και καμία ανταπόκριση στις προσπάθειες των συμβούλων για επικοινωνία.

Όσον αφορά σε κάποια χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, εκτός από ένα άτομο, όλοι οι υπόλοιποι είχαν κάνει προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, είχαν δοκιμάσει αρκετούς τρόπους και τεχνικές και αυτός ήταν και ο βασικός ο λόγος που αποφάσισαν αυτή τη φορά να συμμετέχουν σε κάτι πιο οργανωμένο, κάτι που επιβεβαιώνεται και από διάφορες έρευνες που αναφέρουν ότι στα προγράμματα εντάσσονται οι πιο βαρείς καπνιστές, (Bauld, Chesterman, Ferguson, & Judge, 2009; Raupach et al., 2008; Zhu, Melcer, Sun, Rosbrook, & Pierce, 2000), οι οποίοι συνήθως κάπνιζαν μεγάλες ποσότητες για πολλά χρόνια και είχαν κάνει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής, έως ότου επιτευχθεί η διακοπή (Eurobarometer, 2009; Jardin & Carpenter, 2012; Zhou et al., 2009).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ο βασικότερος λόγος υποτροπής που ακολουθούσε τις προσπάθειες διακοπής που είχαν κάνει στο παρελθόν ήταν η έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Ένα μικρότερο ποσοστό 15.4% αναφέρει ότι υποτροπίασε λόγω της αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και του άγχους, και ένα άλλο 15.4% λόγω πίεσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Σημαντικό κομμάτι του προγράμματος επικεντρώθηκε στην πρόληψη της υποτροπής, αφού ερευνητικά δεδομένα (Aubin et al., 2010) δείχνουν ότι αυτή πυροδοτείται από την αρνητική διάθεση, το άγχος και το στρες (Kenford et al., 2002), τα σημαντικά γεγονότα της ζωής, την έντονη επιθυμία για τσιγάρο (Shiffman et al., 1997) και την ευερεθιστότητα.

Στην ερώτηση τι βοήθησε στο παρελθόν, το 58.3 % αναφέρει τίποτα. Αυτός ήταν και ο βασικός λόγος που τους ώθησε να συμμετέχουν τώρα σε κάτι πιο οργανωμένο πρόγραμμα. Επίσης, στο παρελθόν τα θέματα υγείας (25%) τους βοήθησαν και τους κινητοποίησαν να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής. Η φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή καπνίσματος χορηγήθηκε στο 50% των συμμετεχόντων. Σχετικά με τα πιθανά εμπόδια στην πορεία του προγράμματος, τα βασικά σημεία στα οποία εστιάζουν περισσότερο οι συμμετέχοντες, είναι ο εθισμός, η εξάρτηση και η έλλειψη του τσιγάρου, αλλά και η αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων που η αντιμετώπιση τους μπορεί είναι πάνω από τις δυνάμεις τους.

Όπως ήταν αναμενόμενο, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως λόγο συμμετοχής στο πρόγραμμα την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος λόγω προβλημάτων υγείας, έπειτα από προτροπή των γιατρών του κέντρου υγείας. Οι λόγοι υγείας θεωρείται ότι είναι οι κύριοι λόγοι που κινητοποιούν τους καπνιστές να ξεκινήσουν μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, (Graham et al., 2008 ; Musich et al., 2009), ενώ σε δεύτερη θέση έρχονται το οικονομικό κόστος, (Aubin et al., 2010), η αρνητική αυτο-εικόνα και η αίσθηση της εξάρτη-

σης (Eurobarometer, 2009). Ως λόγοι διακοπής ακόμη αναφέρονται η πίεση από το περιβάλλον, η επιθυμία βελτίωσης της φυσικής κατάστασης, αλλά και ο φόβος εμφάνισης κάποιας ασθένειας.

Παρακάτω παρουσιάζεται η ανάλυση περιεχομένου των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της ημι-δομημένης συνέντευξης που έγινε στο τέλος της παρέμβασης.

1.Ερώτηση: *Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*

Πίνακας 1. Αποτελέσματα για την ερώτηση «*Τι βοήθησε περισσότερο στη διακοπή καπνίσματος;*»

2η σειρά Κατηγοριο- ποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Τα υποκατάστα- τα νικοτίνης		«Θεωρώ ότι περισσότερο από όλα στη διακοπή με βοήθησαν τα υποκα- τάστατα νικοτίνης. Το πιλάκι που λειτουργούσε ως υποκατάστατο του τσιγά- ρου με βοήθησε ιδιαίτερα στην προσπάθεια της διακοπής» (n=4)
Η δέσμευση		«Η δέσμευση προς το πρόγραμμα ήταν από τα πιο σημαντικά πράγματα για εμένα. Με κρατούσε και με κινητοποιούσε σε κάθε δυσκολία» (n=2)
Η επιρροή του περιβάλλοντος		«Η επιρροή του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και κυρίως η δέ- σμευση και η πίεση του παιδιού μου ήταν αυτό που βοήθησε περισσότερο να πετύχω τη διακοπή» (n=3)
Προσωπική Θέληση		«Περισσότερο με βοήθησε η προσωπική θέληση. Αν δεν είχα τη θέληση δεν θα πετύχαινα τίποτα» (n=4)
Περιεχόμενο Προγράμματος	Δραστηριότη- τες	«Οι δραστηριότητες και γενικά η βοήθεια του προγράμματος και ότι αυ- τό μου παρέιχε ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά όσον αφορά τη διακοπή» (n=1)
	Γνώσεις Συζήτηση	«Οι γνώσεις που απέκτησα για το κάπνισμα» (n=2) «Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι συζητήσεις με το σύμβουλο. Μπορούσα να εκφράζομαι, να μοιράζομαι τα συναισθήματά μου και τις δυ- σκολίες μου και να αντλώ δύναμη για να συνεχίσω» (n=4)
	Τε- χνικές Αντίστασης	«Περισσότερο από όλα με βοήθησαν οι τεχνικές που έμαθα ώστε να α- ντιστέκομαι στον πειρασμό του τσιγάρου» (n=3)
Θέματα υγείας		«Τόσο τα προβλήματα υγείας που είχα ήδη και με ενοχλούσαν ιδιαίτερα, αλλά και φόβος και η ανάγκη της πρόληψης μελλοντικών πιο σοβαρών θε- μάτων υγείας ήταν αυτό που με κινητοποίησε και με βοήθησε ιδιαίτερα» (n=4)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, τέσσερις από τους συμμετέχοντες του προγράμματος συμφώνησαν ότι ι-
διαίτερα βοηθητικές στη διαδικασία διακοπής ήταν οι συζητήσεις με τον σύμβουλο και οι ανάγκες που τους
κάλυπταν όπως έκφραση, μοίρασμα συναισθημάτων, επαφή. Η συνεχής επαφή με τον σύμβουλο και οι συ-
νεδρίες ήταν κάτι από το οποίο αντλούσαν δύναμη και μπορούσαν να συνεχίζουν τη δύσκολη προσπάθεια,
να δουλεύουν και να επεξεργάζονται ότι τους δυσκολεύει, να μοιράζονται συναισθήματα κ.α. Και στο πα-
ρελθόν το κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη συναισθηματική κάλυψη και έχει τονιστεί ότι οι καπνιστές μπορούν
να βοηθηθούν στη διακοπή του καπνίσματος, εάν αναζητήσουν τη συνδρομή ειδικών (Singleton & Pope,
2000), συμμετέχοντας σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος που θα περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήρι-
ξη από ειδικούς (Γρατσάνη, Λεοντάρη, & Ζήση, 2016; Θεοδωράκης & Χασσάνδρα, 2005). Ερευνητικά δεδο-
μένα αναφέρουν ότι η συμβουλευτική μειώνει τις αντιλαμβανόμενες δυσκολίες της διακοπής καπνίσματος
(Γρατσάνη κ.ά., 2016; McCarthy et al., 2010), ενώ η έλλειψη βοήθειας αποτελεί λόγο υποτροπής και εμφάνι-
σης αυξημένων δυσκολιών (Zhou et al., 2009). Ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (n=3) θεωρεί ιδιαίτερα
βοηθητική τη διαδικασία αναζήτησης τρόπων αντίστασης και διαχείρισης της επιθυμίας, κάτι που έχει συ-
σχετιστεί έως τώρα με την επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής και την αποφυγή υποτροπών (Osch, Lechner,
Reubsat, Wigger, & De Vries, 2008; Riet, Ruiters, Werrij & De Vries, 2008; Velicer, DiClemente, Rossi, & Pro-
chaska, 1990). Αλλωστε, ως βασικό συστατικό ενός προγράμματος διακοπής αναφέρεται η εκπαίδευση σε
δεξιότητες άρνησης (Alpert, 2009), αλλά και η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων στη διακοπή καπνίσματος
(Epstein, Griffin, & Botvin, 2000).

Σημαντικό ρόλο για να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής έπαιξαν τα προβλήματα υγείας (n=4) που
ήδη αντιμετώπιζαν ή η απειλή κάποιων προβλημάτων υγείας εάν συνέχιζαν το κάπνισμα, τα οποία λειτούρ-
γησαν ως κινητοποιητική δύναμη για τη διακοπή καπνίσματος (Curry, Grothaus, McBride, 1997). Τα υποκα-

τάστατα νικοτίνης αναφέρθηκαν από 4 άτομα ως ιδιαίτερα βοηθητικά, κάτι που αποτελεί συχνό εύρημα στη βιβλιογραφία (Goldman et al., 2009). Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 2 άτομα αναφέρθηκαν στον βοηθητικό ρόλο των γνώσεων που απέκτησαν και ένα άτομο μίλησε γενικά για τις δραστηριότητες και ότι παρείχε το πρόγραμμα (φυλλάδια, ασκήσεις κ.α), τα οποία βοήθησαν σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων και προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης. Η έμφαση του προγράμματος στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση συμφωνεί με πολλούς ερευνητές που εστίασαν στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση των καπνιστών (Θεοδωράκης, 2010), εστιάζοντας στα οφέλη και τις ζημιές της καπνιστικής και μη καπνιστικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο κατά του καρκίνου των ΗΠΑ, ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για συνέπειες από τον καπνό και κοινωνικές επιρροές του καπνίσματος, (Alpert, 2009), καθώς έχει υποστηριχτεί ότι οι ανησυχίες για την υγεία αυξάνουν την ετοιμότητα για διακοπή (Curry et al., 1997). Επίσης, η εκπαίδευση των καπνιστών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής για τους κινδύνους, που έχει το κάπνισμα για τους άλλους, μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος (Schane, Prochaska, & Glantz, 2013). Δύο άτομα μίλησαν για τη δέσμευση απέναντι στο πρόγραμμα και τους συμβούλους, ως «κράτημα», όταν τα πράγματα δυσκόλευαν και άλλα τέσσερα για την προσωπική θέληση και το πόσο βοηθητική ήταν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Τόσο η δέσμευση (Θεοδωράκης, Γούδας, & Παπαϊωάννου, 2001) όσο και η προσωπική θέληση (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης, & Χρόνη, 2000) θεωρούνται σημαντικά στοιχεία σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος, καθώς φαίνεται ότι η υιοθέτηση διάφορων συμπεριφορών υγείας όπως η αποχή από το κάπνισμα και η άσκηση εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από τη θέληση (Roorchandani, Singhvi, & Kar, 2008), η οποία αυξάνει την κινητοποίηση αλλά και τη θετική έκβαση της προσπάθειας.

Τρία άτομα ανέφεραν ότι τους βοήθησε στη διακοπή καπνίσματος η επιρροή του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον είναι κάτι που τονίστηκε σε πολλές έρευνες, (Carlson, Taenzera, Koopmansa, & Casebeer, 2003; Christakis & Fowler, 2008), ως παράγοντας που επηρεάζει την έκβαση της προσπάθειας διακοπής, αυξάνοντας την πιθανότητα διακοπής και διατήρησης της αποχής (Clarke & Aish, 2002). Αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη θετική και αρνητική επιρροή από το περιβάλλον (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005), τονίζοντας το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης (Lawhon, Humfleet, Hall, Reus, & Muñoz, 2009) προς δυο κατευθύνσεις είτε οδηγώντας σε επιτυχημένη προσπάθεια (Manfredi, Cho, Crittenden, & Dolecek, 2007) παίζοντας έναν προστατευτικό ρόλο στη διακοπή καπνίσματος είτε αποτελώντας σημαντικό παράγοντα υποτροπής (Zhou et al., 2009).

2.Ερώτηση: *Τι κέρδισες από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση «*Τι κέρδισες από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;*», όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας αποσκοπούσαν στο να διερευνηθεί τι θεωρούσαν ως γενικότερο κέρδος τους από το πρόγραμμα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφώνησαν ότι το πιο σημαντικό κέρδος ήταν η επίτευξη των στόχων τους (n=12) είτε αυτός αφορούσε στη διακοπή (n=8) είτε στη μείωση του καπνίσματος (n=4). Πέντε συμμετέχοντες μιλούν για αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο και αναφέρουν ως ιδιαίτερα σημαντικά οφέλη που έχουν να κάνουν με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η αύξηση του αυτοελέγχου (n=1) και της αυτοπεποίθησης (n=4). Η αίσθηση ότι είναι πιο δυνατοί και πιο σίγουροι για την προσπάθεια και την επίτευξη των στόχων τους, αύξανε την αυτοαποτελεσματικότητά τους και την παρακίνησή τους και συνέβαλλε στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, κάτι που αναφέρεται και σε άλλες σχετικές μελέτες (Prochaska, 1996; Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi, & Di Clemente, 1991; Osch et al., 2008; Riet et al., 2008; Velicer et al., 1990). Τρία άτομα αναφέρονται σε κάποια σωματικά οφέλη όπως υγεία και ευεξία (n=2) και υιοθέτηση πιο υγιεινών συμπεριφορών (n=1).

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Τι κέρδισες από το συγκεκριμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος;»

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Προσωπικά Χαρακτηριστικά	Αυτοέλεγχος Αυτοπεποίθηση	«Πριν είχε το τσιγάρο τον έλεγχο της ζωής μου ενώ ένα από τα πιο σημαντικά κέρδη ήταν ότι τώρα τον απέκτησα εγώ» (n=1) «Αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή μου. Αισθάνομαι πιο σίγουρος, πιο δυνατός, πιο έτοιμος να αντιμετωπίσω κάθε δυσκολία» (n=4)
Σωματικά Οφέλη	Ευεξία Υγεία Υγιεινός Τρόπος Ζωής	«Αισθάνομαι μεγαλύτερη σωματική ευεξία» (n=1) «Αισθάνομαι πολύ καλύτερα όσον αφορά την υγεία μου»(n=1) «Έχω υιοθετήσει πιο υγιεινές συμπεριφορές. Έχω αλλάξει τη ζωή μου προς το καλύτερο. Έχω ένα πιο ποιοτικό τρόπο ζωής πια» (n=1)
Ως προς το στόχο	Διακοπή Καπνίσματος Μείωση καπνίσματος	«Πέτυχα το στόχο της διακοπής καπνίσματος» (n=8) «Μείωσα αισθητά τον αριθμό τσιγάρων. Το ότι έφτασα στα 2-3 τσιγάρα για εμένα είναι το πιο σημαντικό, σαν τα διακοπή» (n=4)

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

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση: Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ), η οποία αποσκοπούσε στον εντοπισμό εκείνων των σημείων του προγράμματος που βοηθούν περισσότερο στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, ώστε να ενισχυθούν και να προσεχτούν περισσότερο. Στη δεύτερη σειρά κωδικοποίησης, οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν σε δύο κατηγορίες: η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνες που αναφέρονται στο περιεχόμενο του προγράμματος και η δεύτερη εκείνες που αναφέρονται στη λειτουργία.

Ως προς το περιεχόμενο του προγράμματος, 7 άτομα εστίασαν στις δραστηριότητες, τις ασκήσεις, τα ερωτηματολόγια και γενικά τα εργαλεία, που χρησιμοποιήθηκαν, αναφέροντας ότι αυτά τους βοήθησαν τόσο σε επίπεδο απόκτησης γνώσεων όσο και επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεπίγνωσης, επιβεβαιώνοντας έτσι αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που εστίασαν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αλλά και γενικά σε ζητήματα προσωπικής ανάπτυξης και στη συνεισφορά στη διακοπή καπνίσματος ενός προγράμματος ανάπτυξης γενικών δεξιοτήτων (Alpert, 2009; Epstein et al., 2000). Τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι ήταν βοηθητική η έμφαση του προγράμματος στο γνωστικό κομμάτι και την ενημέρωση, που παρείχε για διάφορα θέματα, όπως οι συνέπειες του καπνίσματος και το παθητικό κάπνισμα. Τέσσερα άτομα αναφέρθηκαν στις συμβουλές που λάμβαναν από τον σύμβουλο, επιβεβαιώνοντας έτσι τον ενισχυτικό ρόλο της συμβουλευτικής στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος (Θεοδωράκης και συν., 2005; McCarthy et al., 2010). Από ένα άτομο αναφέρθηκε ότι ο εργαστηριακός έλεγχος (n=1) λειτούργησε σαν κίνητρο για τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα, κυρίως αυξάνοντας τη δέσμευσή του στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Φαίνεται ότι ο εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος γίνεται στα κέντρα υγείας για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου, που είναι μια αντικειμενική και αδιαμφισβήτητη ένδειξη, μπορεί να αποτελέσει ισχυρό κίνητρο ένταξης και δέσμευσης σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Τέλος, ένα άτομο ανέφερε ότι ιδιαίτερα βοηθητική για να παραμένει συγκεντρωμένος στην προσπάθεια ήταν η διαδικασία καθορισμού στόχων και άλλο ένα οι ασκήσεις χαλάρωσης που χρησιμοποιούσε σε δύσκολες στιγμές.

3) Ως προς τη λειτουργία του προγράμματος, σχεδόν όλοι αναφέρθηκαν στην επικοινωνία (n=4) και τη συζήτηση (n=7) που είχαν με τον σύμβουλο για διάφορα ζητήματα και τομείς της ζωής τους, επιβεβαιώνοντας έτσι τη σημαντική λειτουργία της επικοινωνίας, της συζήτησης (Singleton & Pope, 2000). Πέντε άτομα τόνισαν τη σημασία και τη συμβολή της σχέσης, του ενδιαφέροντος και των συναισθημάτων του συμβούλου ό-

πως κατανόηση, μοίρασμα, προστασία από τα αρνητικά συναισθήματα, συμπαράσταση, υποστήριξη, κάτι που παραπέμπει στο ρόλο του ειδικού (Θεοδωράκης και συν., 2005; McCarthy et al., 2010; Zhou et al., 2009) και πως αυτά συνεισέφεραν γενικότερα στη διαδικασία διακοπής, αυξάνοντας την πίστη τους στον εαυτό τους και τις δυνάμεις τους ότι μπορούν να τα καταφέρουν αλλά και τη δέσμευσή τους.

Πίνακας 3. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιες από τις ασκήσεις, συμβουλές και τη γενικότερη διαδικασία βοήθησε περισσότερο; (φυλλάδια, ασκήσεις, επικοινωνία-συζήτηση, το ενδιαφέρον μας κτλ)»

2 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	3 ^η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Περιεχόμενο προγράμματος	Συμβουλές	«Οι συμβουλές ήταν το πιο χρήσιμο-βοηθητικό σε όλη την προσπάθεια. Προσπαθούσα να τις ακούω και να τις εφαρμόζω και αυτό με βοήθησε να πετυχαίνω τους στόχους μου» (n=4).
	Δραστηριότητες	«Μέσα από τις ασκήσεις μου δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσω περισσότερο τον ίδιο μου τον εαυτό»(n=7)
	Ενημερωτικά Φυλλάδια	«Τα φυλλάδια μέσα από τα οποία έμαθε περισσότερα πράγματα για το κάπνισμα, τον τρόπο επίδρασης στον οργανισμό, το παθητικό κάπνισμα και άλλα πολύ σημαντικά που με κινητοποίησαν ακόμη περισσότερο στη διαδικασία διακοπής» (n=4)
	Εργαστηριακός έλεγχος	«Ο εργαστηριακός έλεγχος και το γεγονός ότι ήταν παθολογικός με κινητοποίησε να πάρω άμεσα την απόφαση της διακοπής και να δεσμευτώ περισσότερο στη διαδικασία» (n=1)
	Στόχοι	«Η διαδικασία καθορισμού στόχων με βοήθησε να παραμείνω συγκεντρωμένος και προσηλωμένος στους στόχους που είχα να δουλέψω στην προσπάθεια γενικότερα» (n=1)
	Ασκήσεις χαλάρωσης	«Όταν ήμουν πολύ αγχωμένος, πεσμένος ή δυσκολεόμουν ιδιαίτερα με τη διαχείριση της επιθυμίας με βοήθησαν πολύ οι ασκήσεις χαλάρωσης» (n=1)
Λειτουργία	Επικοινωνία	« Η επικοινωνία που υπήρχε με τον σύμβουλο με έκανε να αισθάνομαι ότι δεν είμαι μόνος, ότι υπάρχει μια σχέση ασφάλειας και κάποιος καταλαβαίνει την προσπάθειά μου και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζω» (n=4)
	Συζήτηση	«Η συζήτηση και το ενδιαφέρον της συμβούλου για την υγεία μου, το σώμα μου, τη διατροφή μου και την καθημερινότητά μου» (n=7)
	Το ενδιαφέρον και η κατανόηση του συμβούλου	«Για μένα ήταν καίριος ο ρόλος του συμβούλου. Υπήρχε κατανόηση, παραχώρηση χρόνου και χώρου, ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα ως προς τα ραντεβού όποτε υπήρχε ανάγκη. Οι ατομικές συναντήσεις ήταν ως ένας τρόπος διασφάλισης και προστασίας από τα αρνητικά συναισθήματα. (n=5)

4. Ερώτηση: Ποιές αλλαγές νιώθεις ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά σου σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία, όπως προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση οι απαντήσεις των καπνιστών στην ερώτηση «Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του / της σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;» Οι ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας αποσκοπούσαν στον εντοπισμό των διαφοροποιήσεων που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες σχετικά με το κάπνισμα μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, σε επίπεδο σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Στην ερώτηση που αφορά τις αλλαγές οι συμμετέχοντες αναφέρουν τις ακόλουθες:

α) Αλλαγές σε σκέψεις, κάτι που ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή (Nosen & Woody, 2009). Συγκεκριμένα μιλούν για πιο θετική σκέψη για την υγεία και τη διακοπή (n=4) αλλά και πιο αρνητική (n=4) για το κάπνισμα και τις συνέπειές του (Alpert, 2009; Curry et al., 1997; Θεοδωράκης, 2010; Schane et al., 2013).

β) Αλλαγές σε συναισθήματα, που εστιάζουν στην αυτό-αποτελεσματικότητα (n=4) και την αυτό-δικαίωση. Αυτές οι αναφορές συμβαδίζουν με ευρήματα σε άλλες έρευνες, δηλαδή οι καπνιστές μετά τη διακοπή εντοπίζουν σημαντική θετική συναισθηματική αλλαγή. (Shahab & West, 2009). Τα συναισθήματα αυτά

μπορεί να σχετίζονται άμεσα με την πρόθεση διακοπής και μάλιστα περισσότερο και από τις συμπεριφορές (Musich et al., 2009). Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας ανέφεραν ότι αισθάνονται: 1) ευτυχημένοι και πιο χαρούμενοι (n=2), κάτι που συμφωνεί και με παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα (Shahab & West, 2009), 2) πιο ικανοποιημένοι, πιο κερδισμένοι και με αυξημένη αυτοπεποίθηση από την επίτευξη των στόχων (n=4), (Θεοδωράκης και συν., 2001; Locke & Latham, 2002, 1990), 3) πιο ελεύθεροι και ανεξάρτητοι (n=2) και με περισσότερη πίστη (n=2) ότι μπορούν να τα καταφέρουν με τις δυνάμεις τους. Σε παλαιότερες έρευνες, η αυτοπεποίθηση οδήγησε γυναίκες καπνίστριες σε επιτυχημένη διακοπή (Manfredi et al., 2007). Τέλος, όσοι δεν κατάφεραν να πετύχουν κάποια αλλαγή αναφέρουν ότι αισθάνονται τύψεις και ενοχές (n=2) που συνεχίζουν να καπνίζουν αλλά και υπερένταση (n=2).

Σχετικά με τη συμπεριφορά, εντοπίζουν τις παρακάτω αλλαγές: 1) άλλαξαν πολλές από τις καθημερινές τους συνήθειες που ήταν συνδυασμένες με το κάπνισμα (n=8), κάτι που απαιτείται σε τέτοιου είδους προσπάθειες, αφού η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών σχετίζεται με την αποφυγή αρνητικών (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002) 2) εμφάνισαν αυξημένη δραστηριοποίηση λόγω της έναρξης και της ενασχόλησής τους με νέες δραστηριότητες, εναλλακτικά του τσιγάρου (Alpert, 2009; Davis et al., 1994) και γενικότερα υιοθέτησαν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (n=4).

Πίνακας 4. Αποτελέσματα για την ερώτηση «Ποιές αλλαγές νιώθει ότι υπάρχουν στις σκέψεις, τις συνήθειες και τα συναισθήματά του σε σχέση με το κάπνισμα μετά την παρέμβαση;»

2η σειρά κατηγοριοποίησης	3η σειρά κατηγοριοποίησης	Αποσπάσματα
Σκέψεις	Για την Διακοπή	«Σκέφτομαι πολύ πιο έντονα την επικινδυνότητα του τσιγάρου και προβληματίζομαι συνεχώς για το πώς θα πετύχω τη διακοπή». (n=4)
	Για τις επιπτώσεις του τσιγάρου	«Σκέφτομαι συνεχώς πόσο έβλαπτα τον εαυτό μου. Έπρεπε να μπω σε διαδικασία διακοπής πιο νωρίς (n=4)
Συναισθήματα	Ελευθερία	«Αισθάνομαι ελεύθερος, ανεξάρτητος και απαλλαγμένος από αυτή την κακή συνήθεια. Έκανα κάτι θετικό για τον εαυτό μου» (n=2)
	Αυτοπεποίθηση	«Πιστεύω πιο πολύ στον εαυτό μου και στις δυνάμεις μου. Αισθάνομαι ότι έχω αυξημένη αυτοπεποίθηση και μπορώ να καταφέρω τα πάντα» (n=2)
	Χαρά	«Είμαι πολύ χαρούμενος και ευτυχημένος που τα κατάφερα τελικά» (n=2)
	Ικανοποίηση	«Είμαι πολύ ικανοποιημένος από την επίτευξη του στόχου μου» (n=4)
	Υπερένταση Ενοχές	«Πολύ συχνά έχω υπερένταση κυρίως θέλω να μην καπνίσω αλλά δεν τα καταφέρνω» (n=2) «Αισθάνομαι ενοχές που συνεχίζω να καπνίζω. Κάτι πρέπει να κάνω με αυτό άμεσα» (n=2)
Συμπεριφορά	Αλλαγή συνηθειών	«Έχουν αλλάξει πολλές συνήθειές μου. Έχουν μειωθεί οι καφέδες και έχουν αυξηθεί οι παρέες- οι έξοδοι και οι συζητήσεις με μη καπνιστές» (n=8)
	Υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών	«Έχω υιοθετήσει γενικά πιο υγιεινές συνήθειες. Τρώω πιο υγιεινά, περπατώ, δεν καπνίζω. Γενικά έχω καλύτερη ποιότητα ζωής» (n=4)

Πολύ σημαντικό θεωρήθηκε το αποτέλεσμα ότι όσοι διέκοψαν το κάπνισμα βλέπουν τον εαυτό τους ως μη καπνιστή, ενώ όσοι δεν το διέκοψαν είναι επιφυλακτικοί και απαντούν ότι δεν ξέρουν. Όσοι το διέκοψαν είναι σίγουροι ότι μπορούν να διατηρήσουν τη διακοπή, ενώ όσοι δεν το διέκοψαν πιστεύουν ότι έχουν τις γνώσεις, τα εφόδια, τη δύναμη και ότι άλλο απαιτείται για τη διακοπή, κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί στη συμβολή του προγράμματος στη δημιουργία της νέας τους ταυτότητας ως «μη καπνιστές».

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα όσον αφορά στη γενικότερη αλλαγή τους πριν και μετά στη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. Όλοι οι συμμετέχοντες μιλούν για την απόλυτη εξάρτηση που είχαν πριν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και την έλλειψη ελέγχου στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αναφέρουν ότι αισθανόντουσαν απόλυτα εξαρτημένοι και θα έψαχναν με όλους τους πιθανούς τρόπους για να βρουν ένα τσιγάρο, καθώς και το ότι δεν είχαν κανέναν έλεγχο σαυτό, αλλά δεν τους ενδιέφερε κιόλας. Ωστόσο, μετά το πέρας της παρέμβασης, όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ανεξάρτητοι, σαν να έχουν μεγαλώσει και να έχουν ωριμάσει ως προς τη διαχείριση του καπνίσματος, αλλά και να έχουν αποκλειστικά και μόνο εκείνοι τον έλεγχο της κατάστασής τους. Η σημαντική σημασία του ελέγχου έχει υποστηριχτεί και στο παρελθόν από έρευνα όπου κάνει λόγο το πώς επηρεάζει τόσο την πρόθεση όσο και την προσπάθεια διακοπής (Κοναζ, Rise, & Moan, 2009).

Συμπεράσματα

Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι οι συμμετέχοντες, οι οποίοι εντάχθηκαν στο πρόγραμμα έπειτα από προτροπή κάποιου γιατρού και έχοντας ισχυρά κίνητρα, δηλαδή λόγους υγείας, πέτυχαν τη διακοπή καπνίσματος σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό (66.6%), αρκετά μεγάλο σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Όλοι όσοι κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα πέτυχαν σημαντικούς στόχους ως προς τη διακοπή ή τη μείωση του καπνίσματος, ως προς την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, την αλλαγή τρόπου ζωής και τρόπου σκέψης και γενικότερα ως προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού και συνολικά ποιοτικού τρόπου ζωής.

Φαίνεται επίσης ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση, να είναι αποτελεσματικό τόσο στην εφαρμογή ενός προγράμματος συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος όσο και στην αλλαγή συμπεριφορών υγείας.

Αρκετοί καπνιστές δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα. Μια πιθανή υπόθεση είναι ίσως η ταύτιση του προγράμματος με μοναδικό σκοπό τη διακοπή καπνίσματος, τα συναισθήματα που ίσως προκαλούσε η μη επίτευξη αυτού του στόχου και η ματαιότητα συνέχισης της προσπάθειας από τη στιγμή που δεν πετύχαιναν τον στόχο. Εδώ να σημειωθεί ότι σκοπός δεν ήταν η διακοπή καπνίσματος αλλά η υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, δηλαδή μείωση καπνίσματος, αύξηση φυσικής δραστηριότητας αλλά και δεξιότητες σε προσωπικό επίπεδο όπως, διαχείριση χρόνου, ικανότητα αυτοελέγχου κ.α. Οι περισσότεροι καπνιστές ανέφεραν ότι δεν ήταν εκείνο το διάστημα ψυχολογικά έτοιμοι να μπουν σε μια διαδικασία διακοπής. Τι θα συνιστούσε άραγε αυτή την ετοιμότητα; Πως θα μπορούσε το πρόγραμμα να συμβάλλει σε αυτό; Τι θα σήμαινε για τους ίδιους αν ολοκληρώνονταν το πρόγραμμα χωρίς να είχαν πετύχει τη διακοπή; Τι θα συνιστούσε αποτυχία; Ίσως αυτά να αποτελούσαν ερωτήματα και προβληματισμούς στα οποία θα πρέπει να στραφούν και να εστιάσουν μελλοντικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, που θα αποσκοπούσαν, όχι μόνο στην διακοπή καπνίσματος, αλλά σε μια γενικότερη αλλαγή προς έναν πιο ποιοτικό τρόπο ζωής, ώστε να μειωθεί το ποσοστό των ατόμων που διακόπτουν το πρόγραμμα.

Φαίνεται ότι τα ιατρικά πλαίσια και υπηρεσίες δημόσια υγείας αποτελούν σημαντικούς χώρους εφαρμογής παρακινητικής συνέντευξης, λόγω του ότι μπορούν να αξιοποιήσουν τις ευάλωτες στιγμές, στις οποίες οι άνθρωποι είναι περισσότερο δεκτικοί στις προτροπές να τροποποιήσουν κάποια συμπεριφορά. Αξίζει να αναφερθεί ότι στα κέντρα υγείας, τα άτομα προσέρχονταν ζητώντας βοήθεια για μια άλλη κατάσταση ή προβληματισμό και στη συνέχεια ο γιατρός έθετε το θέμα του καπνίσματος, δεδομένου όμως ότι δεν είχε ξεκινήσει τη συζήτηση του θέματος το ίδιο το άτομο είναι πιθανό να υπήρχε μικρότερο ενδιαφέρον ή θέληση να αντιμετωπίσει αυτές τις συμπεριφορές στο παρόν πλαίσιο, κάτι που πιθανόν να σχετίζεται με το ποσοστό που δεν ολοκλήρωσε το πρόγραμμα. Ίσως δηλαδή κινητοποιήθηκαν αρχικά λόγω της προτροπής του γιατρού ή του φόβου που προκάλεσε η διαγνωσθείσα κατάσταση υγείας, αλλά στην πορεία να κατάλαβαν ότι δεν ήταν έτοιμοι για κάτι τέτοιο. Δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί κατά πόσο μια παρέμβαση συμβουλευτικής η οποία είναι πρωτοβουλία του γιατρού λειτουργεί διαφορετικά από αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμα αιτήματος ή πραγματικής επιθυμίας του καπνιστή. Επομένως, όταν το πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος εφαρμόζεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στα κέντρα υγείας και σε άτομα με σοβαρό κίνητρο, δηλαδή λόγους υγείας, λειτουργεί όταν ενυπάρχει και κάποιο κίνητρο ή σκέψη από τον ίδιο τον καπνιστή και έτσι συμβάλλει στην αύξηση της κινητοποίησης και τη λήψη της απόφασης για συμμετοχή στο πρόγραμμα. Σε αντίθετες περιπτώσεις, μπορεί να λειτουργεί αρχικά, αλλά στην πορεία να αποδυναμώνεται. Αυτά τα στοιχεία τονίζουν τους τομείς στους οποίους θα πρέπει να εστιάσουν περισσότερο μελλοντικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, ώστε, όχι μόνο να αυξάνονται τα άτομα που συμμετέχουν στα προγράμματα και πετυχαίνουν τη διακοπή, αλλά κυρίως αυτά που ολοκληρώνουν τα προγράμματα, πως δηλαδή θα πετύχουν το «κράτημα» των καπνιστών στη διαδικασία και θα επικεντρωθούν στη δουλειά με αμφίθυμους καπνιστές χωρίς κίνητρο.

Η συγκεκριμένη παρέμβαση προσπάθησε να ξεπεράσει τις δυσκολίες εφαρμογής προγραμμάτων συμβουλευτικής εντός των ιατρικών πλαισίων (χρόνος, φόρτος εργασίας, μια και μοναδική φορά που μπορεί ένας γιατρός να δει ένα άτομο, κάτι που του επέτρεπε μόνο να θίξει το θέμα της αλλαγής συμπεριφοράς) και τους παράγοντες που περιορίζαν τη δυνατότητα και το κίνητρό των γιατρών για την εφαρμογή υπηρεσιών συμβουλευτικής. Έως σήμερα είχαν χρησιμοποιηθεί βραχείες προσαρμογές της κινητοποιητικής συνέντευξης, οι οποίες διακρίνονται από την πλήρη μορφή σε πολλά σημεία κυρίως όσον αφορά στον χρόνο επαφής με τον ασθενή, τη διάρκεια και τη συχνότητα των συνεδριών, τη χρήση των τεχνικών κινητοποιητικής και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης σε τέτοιο βαθμό που απαιτείται για να μεγιστοποιηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκαν δυσκολίες κινητοποίησης ως προς τη φυσική δραστηριότητα, κάτι που εντοπίζεται και σε παλαιότερες έρευνες (Υποφάντη και συν., 2015). Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τη δυσκολία κινητοποίησης ως προς την άσκηση, σε συνδυασμό με τη

σημασία υιοθέτησης της συμπεριφοράς της άσκησης σε βάθος χρόνου και της ενσωμάτωσης της στον τρόπο ζωής, θα ήταν ενδιαφέρον να δούμε αν ο συνδυασμός παροχής ατομικής συμβουλευτικής για το κάπνισμα από ειδικούς ψυχικής υγείας και ατομικής συμβουλευτικής για την άσκηση από ειδικούς της άσκησης με εκπαίδευση στη συμβουλευτική συμβάλλει στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς της άσκησης, στη μείωση ή διακοπή του καπνίσματος και γενικά στην υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.

Σημασία για την Ποιότητα Ζωής

Το κάπνισμα αποτελεί μια ανθυγιεινή συνήθεια - συμπεριφορά που έχουν υιοθετήσει πολλά άτομα και έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και γενικότερα στην ποιότητα ζωής τους. Το πρόγραμμα που παρουσιάζεται σε αυτή την μελέτη συνδυάζει διάφορους παράγοντες που φαίνεται να συντελούν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος, όπως τα ισχυρά κίνητρα, ο ρόλος και η παραπομπή των γιατρών και φαίνεται ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικό και να συμβάλλει θετικά στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Μέσα από την έρευνα φαίνεται επίσης ότι οι ειδικοί υγείας, έπειτα από κατάλληλη εκπαίδευση, μπορούν να βοηθήσουν άτομα με προβλήματα υγείας να διακόψουν το κάπνισμα και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

Βιβλιογραφία

- Alpert, P. (2009). Smoking cessation: Difficult but not impossible. *Home Health Care Management Practice*, 21, 281-283.
- Aubin, H. J., Peiffer, G., Delbarre, A., Vicaut, E., Jeanpetit, Y., Solesse, A., et al. (2010). The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking Cessation. *BMC Public Health*, 10, 100-107.
- Bauld, L., Chesterman, J., Ferguson, J., & Judge, K. (2009). A comparison of the effectiveness of a group-based and pharmacy-led smoking cessation treatment in Glasgow. *Addiction*, 104, 308-316.
- Carlson, L. E., Taenzer, P., Koopmansa, I., & Casebeer, A. (2003). Predictive value of aspects of the Trans-theoretical Model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors*, 28, 725-740.
- Chen, J., Chen, Y., Chen, P., Liu, Z., Luo, H., & Cai, S. (2014). Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 7(3), 716-720.
- Champassak, S. L., Goggin, K., Finocchiaro-Kessler, S., Farris, M., Ehtesham, M., Schoor, R., et al. (2014). A qualitative assessment of provider perspectives on smoking cessation counseling. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(3), 281-287.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358, 2249-2258.
- Clark, M. A., Hogan, J. W., Kviz, F. J., & Prohaska, T. (1999). Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. *Addictive Behaviors*, 24(1), 1-16.
- Clarke, K. E., & Aish, A. (2002). An exploration of health beliefs and attitudes of smokers with vascular disease who participate in or decline a smoking cessation program. *Journal of Vascular Nursing*, 20(3), 96-105.
- Curry, S. J., Grothaus, L., & McBride, C. (1997). Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22(6), 727-739.
- Curry, S. J., Keller, P. A., Orleans, C. I., & Fiore, M. C. (2008). The role of health systems in increased tobacco cessation. *Annual Review of Public Health*, 29, 411-428.
- Davis, M. A., Neuhaus, J. M., Moritz, D. J., Lein, D., Barklay, J. D., & Murphy, S. P. (1994). Health behaviours and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES I epidemiologic follow-up study. *Preventive Medicine*, 23, 369-376.
- Eldein, H. N., Mansour, N. M., & Mohamed, S. F. (2013). Knowledge, attitude and practice of family physicians regarding smoking cessation counselling in family practice centers, Suez Canal University, Egypt. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2(2), 159.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). Competence skills help deter smoking among inner city adolescents. *Tobacco Control*, 9(1), 33-39
- Eurobarometer 2009: Tobacco, Special Eurobarometer 332, European Commission, TNS Opinion & Social, Brussels, Belgium.
- Goldman, D., Zheng, Y., Girosi, F., Michaud, P., Olshansky, J., Cutler, D., et al. (2009). The benefits of risk factor prevention in Americans aged 51 years and older. *American Journal of Public Health*, 99, 2096-2101.

- Goldstein, M.G., Niaura, R., Willey, C., Kazura, A., Rakowski, W., DePue, J., et al. (2003). An academic detailing intervention to disseminate physician-delivered smoking cessation counseling: Smoking cessation outcomes of the Physicians Counseling Smokers Project. *Preventive Medicine*, 36, 185–196.
- Graham, A. L., Papandonatos, G. D., DePue, J. D., Pinto, B. M., Borrelli, B., Neighbors, C. J., et al. (2008). Life-time characteristics of participants and non-participants in a smoking cessation trial: implications for external validity and public health impact. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 295–307.
- Gratsani, S., Leontari, D., Zisi, V., & Theodorakis, I. (2016). Counseling intervention for smoking cessation in adults. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 14, 67–78.
- Haug, S., Meyer, C., Ulbricht, S., Schorr, G., Rüge, J., Rumpf, H. J. et al. (2010). Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling*, 78, 57–64.
- Hesketh, T., Lu, L., Jun, Y., & Mei, W. (2007). Smoking, cessation and expenditure in low income Chinese: cross sectional survey. *BMC Public Health*, 7, 29–37.
- Holtrop, J. S., Malouin, R., Weismantel, D., & Wadland, W. C. (2008). Clinician perceptions of 39 factors influencing referrals to a smoking cessation program. *BMC Family Practice*, 9, 18.
- Jardin, P., & Carpenter, M. J., (2012). Predictors of quit attempts and abstinence among smokers not currently interested in quitting. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 1197–1204.
- Kenford, S. L., Smith, S. S., Wetter, D. W., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2002). Predicting relapse back to smoking: contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 216–227.
- Kovač, V. B., Rise, J., & Moan, I. S. (2009). From intentions to quit to the actual quitting process: The case of smoking behavior in light of the TPB. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(4), 181–197.
- Lawhon, D., Humfleet, G. L., Hall, S. M., Reus, V. I., & Muñoz, R. F. (2009). Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. *Health Psychology*, 28(4), 465–472.
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–717.
- Manfredi, C., Cho, Y. I., Crittenden, K. S., & Dolecek T. A. (2007). A path model of smoking cessation in women smokers of low socio-economic status. *Health Education Research*, 22(5), 747–756.
- McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Lawrence, D. L., Shiffman, S., & Baker, T. B. (2010). A multi-level analysis of non-significant counseling effects in a randomized smoking cessation trial. *Addiction*, 105, 2195–2208.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Musich, S., Chapman, L., & Ozminkowski, R. (2009). Best practices for smoking cessation: Implications for employer-based programs. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), 1–10.
- Nosen, E., & Woody, S. R. (2009). Applying lessons learned from obsessions: Metacognitive processes in smoking cessation. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 241–254.
- Osch, L., Lechner, L., Reubsæet, A., Wigger, S., & De Vries, H. (2008). Relapse prevention in a national smoking cessation contest: Effects of coping planning. *British Journal of Health Psychology*, 13(3), 525–535.
- Prochaska, J. O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21(6), 721–732.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., Rossi, J. S., & Di Clemente, C. C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26(1), 83–107.
- Quinn, V. P., Hollis, J. F., Smith, K. S., Rigotti, N. A., Solberg, L. I., Hu, W., et al. (2009). Effectiveness of the 5-as tobacco cessation treatments in nine HMOs. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 149–154.
- Raupach, T., Shahab, L., Neubert, K., Felten, D., Hasenfuß, G., & Andreas, S. (2008). Implementing a hospital-based smoking cessation programme: Evidence for a learning effect. *Patient education and counseling*, 70(2), 199–204.
- Riet, J. V. T., Ruiters, R. A., Werrij, M. Q., & De Vries, H. (2008). The influence of self-efficacy on the effects of framed health messages. *European Journal of Social Psychology*, 38(5), 800–809.
- Roopchandani, K., Singhvi, I., & Kar, M. (2008). Smoking cessation aids. *Asian Journal of Pharmaceutics*, 2(4), 184–191.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Shahab, L. & West R. (2009). Do ex-smokers report feeling happier following cessation? Evidence from a cross-sectional survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(5), 553–557.
- Schane, R. E., Prochaska, J. J., & Glantz, S. A. (2013). Counseling nondaily smokers about secondhand smoke

- as a cessation message: A pilot randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(2), 334–342.
- Shiffman, S., Engberg, J. B., Paty, J. A., Perz, W. G., Gnys, M., Kassel, J. D., et al. (1997). A day at a time: Predicting smoking lapse from daily urge. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 104–116.
- 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.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271 – 283.
- World Health Organization (2002). *Factsheet on cigarette consumption: World Health Organization: western Pacific Region Public Information Unit*.
- World Health Organization (2003). *An international treaty for tobacco control*. Geneva: World Health Organization.
- Yong, H. H., Borland, R., & Siahpush, M. (2005). Quitting-related beliefs, intentions, and motivations of older smokers in four countries: Findings from the international tobacco control policy evaluation survey. *Addictive Behaviors*, 30, 777–788.
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilseman, A., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, 34, 365–373.
- Zhu, S. H., Melcer, T., Sun, J., Rosbrook, B., & Pierce, J. P. (2000). Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 305–311.
- Γρατσάνη, Σ., Λεοντάρη, Δ., & Ζήση, Β. (in press). Προγράμματα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος σε ενήλικες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* (in press).
- Θεοδωράκης, Ι. (2010). *Άσκηση, Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- 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., Γούδας, Μ. & Παπαϊωάννου, Α., (2001). *Ψυχολογική υπεροχή στον αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Γ. & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547–562.
- Θεοδωράκης, Ι., & Χασάνδρα, Μ., (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Άσκουμένων και μη Άσκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3(3), 239–248.
- 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.
- Υποφάντη, Μ., Λυράκος, Γ., Μουχτούρη, Β., Τζάννε, Π., Πανίδου, Μ., Νιαρχάκου, Η.,... et al., (2015). Γνωστικές, φυσική δραστηριότητα, δημογραφικά χαρακτηριστικά και «Συναισθηματική Σταθερότητα»: Πώς συνδέονται με τη διακοπή καπνίσματος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(4), 492–500.

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.