

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΙ  
ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΗΛΙΚΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

της

Ελένης Δ. Ντόβα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Ζήση Βασιλική

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

Έτος ολοκλήρωσης της διατριβής  
2008





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ  
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 7067/1

Ημερ. Εισ.: 06/04/2009

Δωρεά:

Ταξιδετικός Κωδικός: Δ

613.043 8

ΝΤΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ, ΚΑΙ  
ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΗΛΙΚΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

της

Ελένης Δ. Ντόβα

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

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα

1<sup>ος</sup> Επιβλέπων καθηγητής: Ζήση Βασιλική

.....

2<sup>ος</sup> Επιβλέπων καθηγητής: Θεοδωράκης Ιωάννης

.....

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων καθηγητής: Μιχαλοπούλου Μαρία

.....

2008

© NTOBA EAENH  
ALL RIGHTS RESERVED

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη είχε σκοπό να καταγράψει τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ και φυσική δραστηριότητα) σε άτομα τρίτης ηλικίας της επαρχίας και να τις μελετήσει μέσα από τις θεωρίες Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ Ajzen, 1991) και Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ, Prochaska & DiClemente, 1983). Έτσι έγινε καταγραφή της πρόθεσης, των στάσεων, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς, των κοινωνικών προτύπων, της αυτοταυτότητας, και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης με κάθε μία από τις παραπάνω συμπεριφορές σε 137 άτομα τρίτης ηλικίας  $M=70.96$  ( $SD=$  ) για τους άνδρες και  $M=67.43$  ( $SD=$  ) για τις γυναίκες. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία ήταν έγκυρα και αξιόπιστα για τον ελληνικό πληθυσμό. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα ( $R^2=.99$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και το κοινωνικό πρότυπο. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση ( $R^2=.96$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφερε σημαντικά μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς. Τέλος στην πρόβλεψη της πρόθεσης για αλκοόλ ( $R^2=.99$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφερε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και το κοινωνικό πρότυπο. Τα παραπάνω αποτελέσματα επαληθεύουν το μοντέλο της ΘΣΣ και τονίζουν τον αντιλαμβανόμενου έλεγχου της συμπεριφοράς και το κοινωνικό πρότυπο για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών στα άτομα τρίτης ηλικίας.

*Λέξεις-κλειδιά: ηλικιωμένοι, κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, κατανάλωση αλκοόλ, Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.*

## ABSTRACT

The present study employed the Planned Behavior Theory (TPB, Ajzen, 1991) and the Transtheoretical Model (TM, Prochaska & DiClemente, 1983) to investigate certain health behaviors : smoking, physical activity and alcohol in elderly. Questionnaires, valid and reliable for the Greek population, were used to assess intention, attitudes, perceived behavioral control, subjective norms, self identity, and perceived knowledge for each of the aforementioned behaviors in 137 elderly aged  $M=70.96$  ( $SD=$  ) for men and  $M= 67.43$  ( $SD=$  ) for women. Regression analysis revealed that intention to smoke was primarily predicted ( $R^2=.99, p<.001$ ) by perceived behavioural control and subjective norm. The intention to exercise ( $R^2=.96, p<001$ ) was primarily predicted only the perceived behavioral control. The main predictors of alcohol consumption ( $R^2=.99, p<.001$ ) was perceived by behavioural control and subjective norm. The above results verify the TPB model and stress the perceived behavioural control and the subjective norm in elderly in adopting health behaviours.

Keywords: *elderly, smoking, physical activity, alcohol consumption, Planned Behavior Theory.*

## Ευχαριστίες

Για την αποπεράτωση της Μεταπτυχιακής μου διατριβής θα ήθελα πρώτα απ' όλα να ευχαριστήσω ολόψυχα την επιβλέπουσα αυτής της διατριβής Βασιλική Ζήση για τις γνώσεις που μου πρόσφερε καθώς και για την ανεκτίμητη βοήθεια και καθοδήγησή της για την επιτυχή ολοκλήρωση και υποστήριξη της συγκεκριμένης διατριβής.

Επίσης ευχαριστώ με όλη μου την καρδιά τον σύζυγό μου Νικόλαο Μπέκο καθηγητή Αγγλικής Φιλολογίας πρώτα για την ηθική υποστήριξη και έπειτα για τη βοήθεια του στη μετάφραση της βιβλιογραφίας της συγκεκριμένης διατριβής. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και την φίλη μου και φοιτήτρια του διδακτορικού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Γεωργία Κωφού.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ABSTRACT .....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	5
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>9</b>
Σκοπός	12
Σημασία της έρευνας .....	12
Ερευνητικές υποθέσεις .....	12
Μηδενικές υποθέσεις .....	13
Περιορισμοί .....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>	<b>16</b>
Αλκοόλ, κάπνισμα και σωματική υγεία	16
Αλκοόλ, κάπνισμα και πνευματική υγεία	18
Άσκηση και σωματική υγεία	20
Άσκηση, ψυχολογική και πνευματική υγεία	22
Κοινωνικογνωστικές θεωρίες για την ερμηνεία των συμπεριφορών υγείας	25
Έρευνες στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής	27
Εφαρμογή του μοντέλου αλλαγής σταδίων στην άσκηση	29
Έρευνες βασισμένες στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>37</b>
Δείγμα .....	37
Διαδικασία Μέτρησης .....	37
Μετρήσεις .....	37
Εργαλεία Μέτρησης .....	38
Κλίμακες ΘΣΣ .....	38
Αξιολόγηση Συμπεριφορών : 41	41
Κάπνισμα .....	41
Άσκηση .....	41
Αλκοόλ .....	43
Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Σταδίων Αλλαγής .....	45
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά .....	38
Στατιστική Ανάλυση .....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	<b>47</b>
Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος .....	47
Περιγραφικά Χαρακτηριστικά ως προς το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων ....	48
Έλεγχος Αξιοπιστίας Εργαλείων Μέτρησης- Ερωτηματολογίων .....	50
Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Συμπεριφορών .....	51



	7
Συσχετίσεις Παραγόντων της ΘΣΣ για το Κάπνισμα την Άσκηση και το Αλκοόλ .	52
Συσχετίσεις των Παραγόντων της ΘΣΣ με τα Κριτήρια Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς του Καπνίσματος της Άσκησης και του Αλκοόλ .....	54
Πρόβλεψη Πρόθεσης από τις άλλες Μεταβλητές της ΘΣΣ .....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	67
Προτάσεις	68
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	70
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1:</b> Έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων.	
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:</b> Συναίνεση δοκιμαζομένου	75
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3:</b> ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	77

**ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ**

		ΣΕΛΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Κατηγορία επαγγέλματος των συμμετεχόντων ανά φύλο	50
<i>Πίνακας 2</i>	Εσωτερικοί συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς	53
<i>Πίνακας 3</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά καπνίσματος	55
<i>Πίνακας 4</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς τη φυσική δραστηριότητα	55
<i>Πίνακας 5</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ	56
<i>Πίνακας 6</i>	Συσχετίσεις Spearman και Pearson (αριθμός τσιγάρων) μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος	57
<i>Πίνακας 7</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και του Συνολικού Δείκτη της μέχρι τώρα Άσκησης (Pearson) καθώς και της μέχρι τώρα κατανάλωσης αλκοόλ (Spearman).	58
<i>Πίνακας 8</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ	59
<i>Πίνακας 9</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ.	61

**ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Σχήμα 1</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος	50
<i>Σχήμα 2</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας	51
<i>Σχήμα 3</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ	52

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό και πλέον αποδεκτό από όλη την επιστημονική κοινότητα πόσο επιβλαβές είναι το κάπνισμα, όχι μόνο για τον ίδιο τον καπνιστή αλλά και για τους παθητικούς καπνιστές επίσης. Από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος δεν εξαιρείται καμία ηλικιακή ομάδα και πολύ περισσότερο η τρίτη ηλικία η οποία εντάσσεται στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα συνδέεται αρκετά στενά με την ασθένεια του καρκίνου (Akiba & Hirayama, 1990; Gao, Zheng, Gao, & Jin, 1991; La Vecchia et al., 1991) ενώ η υπέρταση που προέρχεται από το κάπνισμα είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για θάνατο από εγκεφαλικό και στεφανιαία καρδιοπάθεια ανάμεσα στα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα (Ellekjaer, Holmen, & Vatten, 2001).

Τα πράγματα γίνονται ακόμη χειρότερα όταν αυτή η βλαβερή συνήθεια συνδέεται και με την κατάχρηση αλκοόλ κυρίως από τα άτομα τρίτης ηλικίας. Μελέτες που ασχολήθηκαν με το κάπνισμα και το αλκοόλ στην τρίτη ηλικία έδειξαν ότι περίπου οι μισές περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου και του παράπλευρου καρκινώματος θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μέσω του ελέγχου καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους άνδρες. (Otani et al., 2003) καθώς επίσης η διακοπή του καπνίσματος και η μείωση του ποτού θα συνέβαλαν αρκετά στην μείωση περιστατικών εξασθένησης της αντίληψης (Zhou et al., 2003). Η μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ μαζί με ήδη παρατηρημένες αλλαγές στη διατροφή και στη λειτουργική

ικανότητα θα συνέβαλαν αρκετά στην καλύτερη υγεία σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα (Sulander, Helakorpi, Rahkonen, Nissinen, & Uutela, 2004).

Η άσκηση θα μπορούσε να συμβάλλει όχι μόνο στην μείωση αλλά και στη διακοπή τόσο του καπνίσματος όσο και της κατανάλωσης αλκοόλ. Ως άσκηση μπορεί να θεωρηθεί η κάθε είδους σωματική δραστηριότητα. Από την πιο βαριά που ήχιστε να θεωρούνται τα αθλήματα δύναμης και αντοχής (κολύμβηση, στίβος) ως προς την πιο ελαφριά που συνήθως επιλέγεται από απροπόνητα άτομα ή από άτομα τρίτης ηλικίας, και αφορά σε δραστηριότητες για μαζικό αθλητισμό ή δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως το περπάτημα, η κηπουρική και ο χορός.

Έρευνες έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη δαπάνη ενέργειας ξοδεύεται από τους ασκούμενους τόσο καλύτερη είναι η ψυχολογική του ευεξία (Takeshima, Okada, & Inomata, 2001). Αποτέλεσμα της ψυχολογικής ευεξίας και της σωματικής άσκησης θα ήταν και η βελτίωση της νοητικής παρακμής των ατόμων τρίτης ηλικίας, αφού έρευνες έδειξαν ότι η τακτική φυσική δραστηριότητα θα μπορούσε να αντιπροσωπεύσει ένα σημαντικό και ισχυρό παράγοντα για διανοητική παρακμή και άνοια σε ηλικιωμένα άτομα (Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson, & Rockwood, 2001).

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η άσκηση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η οποία είναι μια από τις αιτίες που τα ηλικιωμένα άτομα καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ. Έχουν αποδειχθεί οι προστατευτικές επιδράσεις της σωματικής δραστηριότητας στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων (Strawbridge, Deleger, Roberts, & Kaplan, 2002). Σύμφωνα με τα παραπάνω αντιλαμβάνεται κανείς την σπουδαιότητα της υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών υγείας από τα άτομα τρίτης ηλικίας. Ευρήματα ερευνών δηλώνουν ότι θετικές συμπεριφορές υγείας όχι μόνο μπορούν να επεκτείνουν τη μακροβιότητα αλλά και να μειώσουν τον κίνδυνο απώλειας κινητικότητας και ανεξαρτησίας στην τρίτη ηλικία. (LaCroix & Guralnik, 2002).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση άσκησης, καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ στην τρίτη ηλικία, οι περισσότερες από τις οποίες όμως, εστιάζονται μόνο στις συνέπειες του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία, ενώ δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες που εξετάζουν τη σχέση της άσκησης με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ σε ηλικιωμένα άτομα μέσω της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς και του μοντέλου αλλαγής σταδίων στην Ελλάδα.

Η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να προβλεφθεί από την πρόθεση του να εκτελέσει τη συμπεριφορά. Η συμπεριφορά τώρα αυτή μπορεί επίσης να προβλεφθεί από την στάση ως προς την εκτέλεση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, από τον βαθμό του αυτοελέγχου ο οποίος εξαρτάται από το πόσο εύκολο ή δύσκολο είναι να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά και από την υποκειμενικότητα η οποία εξαρτάται από τα κοινωνικά πρότυπα του ατόμου. Η σημασία επίσης της Θεωρίας Σχεδιασμένης συμπεριφοράς είναι ότι η υποκειμενικότητα ενός ατόμου για την εκτέλεση ή όχι μια συμπεριφοράς, μπορεί να προβλεφθεί από την υπερίσχυση ή μη των δεοντολογικών πεποιθήσεων του και των κίνητρων που του δίνονται. Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς βασίζεται στην αξιολόγηση της υπερίσχυσης του παράγοντα της διευκόλυνσης ή της παρεμπόδισης εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς, ή οποία εξαρτάται από τη συχνότητα εμφάνισης της (Ajzen, 1991). Το μοντέλο αλλαγής σταδίων δίνει έμφαση στους μηχανισμούς με τους οποίους τα άτομα αλλάζουν τις υγιεινές τους συνήθειες. Κατά το μοντέλο αλλαγής σταδίων τα άτομα που σκέφτονται να αλλάξουν κάποια συμπεριφορά έχουν διαφορετικό επίπεδο παρακίνησης για αλλαγή, από την πρόθεση τους μέχρι την τελική συμπεριφορά. Τα άτομα βρίσκονται μεταξύ διαφορετικών σταδίων κατά την προσπάθειά τους να αλλάξουν κάποια συμπεριφορά.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθεί η σχέση των συνηθειών άσκησης, καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ σε άτομα τρίτης ηλικίας και να διαπιστωθεί αν διαφοροποιούνται αυτές οι σχέσεις ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το ετήσιο εισόδημα τους, την οικογενειακή τους κατάσταση και το μορφωτικό τους επίπεδο μέσα από το μοντέλο αλλαγής σταδίων και τη θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς.

#### *Σημασία της έρευνας*

Χρησιμοποιήθηκε η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αλλά και το μοντέλο αλλαγής σταδίων γιατί μέσα από αυτές τις θεωρίες μπορούμε να βρούμε ποιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και την συμμετοχή στην άσκηση ή την αποχή της από αυτήν. Έπειτα αφού προσδιορίσουμε αυτούς τους παράγοντες θα μπορούμε να κάνουμε παρέμβαση για την μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, την διακοπή του καπνίσματος, και την ένταξη της σωματικής δραστηριότητας στην ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας αποσκοπώντας στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

#### *Ερευνητικές υποθέσεις.*

1. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος θα συσχετίζονται με τη πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.
2. Οι στάσεις τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.

3. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη φυσική δραστηριότητα θα συσχετίζονται και θα προβλέπουν την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς.
4. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη φυσική δραστηριότητα θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.
5. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση της συμπεριφοράς των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ θα συσχετίζονται με την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς.
6. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ θα συσχετίζονται με τα κριτήρια αξιολόγησης της μέχρι τώρα εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.

*Μηδενικές Υποθέσεις:*

1. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς την συμπεριφορά του καπνίσματος δεν θα συσχετίζεται με την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς.
2. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συ-

μπεριφορά του καπνίσματος δε θα συσχετίζονται με τα κριτήρια με τα οποία αξιολογείται η εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δε θα την προβλέπουν.

3. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη φυσική δραστηριότητα δεν θα συσχετίζονται και δεν θα προβλέπουν την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς.
4. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη φυσική δραστηριότητα δε θα συσχετίζεται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δεν θα την προβλέπουν.
5. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα της συμπεριφοράς των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ δεν θα συσχετίζονται με την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δεν θα την προβλέπουν.
6. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια αξιολόγησης της εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς.

#### *Περιορισμοί*

Το δείγμα αποτελείται μόνο από άτομα τρίτης ηλικίας και των δύο φύλων. Η ηλικίας τους είναι από 65 ετών και πάνω. Οι υγιεινές συνήθειες σχετίζονται με την πρόθεση τους ως προς το κάπνισμα το αλκοόλ και τη φυσική δραστηριότητα. Η επιλογή του δείγματος έγινε από διάφορα ΚΑΠΗ, γειτονιές και άλλους χώρους που προτιμώνται από ηλικιωμένους μιας επαρχιακής πόλης της Ελλάδος. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με



προσωπική συνέντευξη. Η αξιολόγηση κάθε συμπεριφοράς δεν έγινε με αντικειμενικές μετρήσεις παρά μόνο με ερωτηματολόγια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

#### *Αλκοόλ, κάπνισμα και σωματική υγεία*

Η κατανάλωση αλκοόλ από Αμερικανούς τρίτης ηλικίας αποτελεί σημαντικό δημόσιο ζήτημα υγείας. Επίσης βαριοί πότες συνδέονται με πολλαπλές δυσμενείς συνέπειες στην υγεία συμπεριλαμβανομένου την κίρρωση του ήπατος (Breslow, Faden, & Smothers, 2003). Η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί έντονη πληγή στην γαστρική βλένα αλλά δεν θεωρείται ότι το πεπτικό έλκος συνδέεται με την κατανάλωση αλκοόλ. Απεναντίας η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ είναι σημαντική για την πρόληψη αυτού.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι σημαντική για την πρόληψη του πεπτικού έλκους κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα (Ishii & Kuyama, 2002). Το ίδιο συμβαίνει και με τον καρκίνο του παχέος εντέρου αν συνυπολογίσει κανείς ότι ο καρκίνος αυτού του είδους αποδόθηκε κατά 46% στην κατανάλωση αλκοόλ. Έτσι οι μισές περιπτώσεις θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μέσω του ελέγχου καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους Ιάπωνες άνδρες (Otani et al., 2003). Από έρευνες επίσης γνωρίζουμε ότι κατά προσέγγιση οι μισές από τις περιπτώσεις παράπλευρου καρκινώματος ίσως είναι δυνατό να προληφθούν μέσω του ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ η καπνού σε αρένες Ιάπωνες της μέσης και τρίτης ηλικίας (Otani et al., 2003).

Πέραν του καρκίνου του παχέος εντέρου και του πεπτικού έλκους η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα είναι συνδεδεμένα με την συχνότητα εμφάνισης οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων σε υγιή ηλικιωμένα άτομα (Van der Horst Graat, Terpstra, Kok, &

Schouten, 2007). Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα αυξάνει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα και στους άνδρες και στις γυναίκες. Παρ' όλαυτά ο ΔΜΣ βρέθηκε ότι είναι αρνητικά συνδεδεμένος με όλες τις αιτίες θνησιμότητας. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι η υπέρταση είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για θάνατο από εγκεφαλικό επεισόδιο και στεφανιαία καρδιοπάθεια ανάμεσα στα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα (Ellekjaer, Holmen, & Vatten, 2001).

Πέραν των βλαβών των ζωτικών οργάνων από έρευνες γνωρίζουμε ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ βοηθά τα οστά ενώ αντίθετα η μεγάλη κατανάλωση προκαλεί βλάβες στα οστά. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ ήταν συνδεδεμένη με ψηλότερη οστική πυκνότητα στην εμμηνόπαυση στις ηλικιωμένες γυναίκες (Rapurri, Gallagher, Balhorn, & Ryschon, 2000). Οι προστατευτικές επιδράσεις ίσως είναι αποτέλεσμα της χαμηλής οστικής αναδόμησης εξαιτίας της χαμηλής συγκέντρωσης παραθυρωειδούς ορμόνης ή παράγοντες όπως η αυξημένη συγκέντρωση οιστρογόνων (Rapurri et al., 2000). Από την άλλη πλευρά έχει βρεθεί ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (1-3 ποτήρια κρασί την ημέρα) είναι συνδεδεμένη με αύξηση της μηνιαίας απόφυσης της οστικής πυκνότητας των οστών σε ηλικιωμένες περιπατητικές γυναίκες. Παρ' όλαυτά η υψηλότερη πρόσληψη ενδεχομένως να έχει καταστροφικές επιδράσεις στην πυκνότητα των οστών (Ganry, Baudoïn, & Fardellone, 2000).

Μια άλλη έρευνα μελέτησε με ποιους τρόπους το αλκοόλ, η καφεΐνη και οι προηγούμενες συνήθειες καπνίσματος σχετίζονται με την οστική πυκνότητα σε ηλικιωμένες γυναίκες. Το δείγμα ήταν 168 καυκάσιες γυναίκες ηλικίας 68-71 ετών, όλες υγιείς και χωρίς λήψη φαρμακευτικής αγωγής που να επηρεάζουν την οστική πυκνότητα όπως είναι για παράδειγμα τα οιστρογόνα. Κατά τη διαδικασία μέτρησης υπολογίστηκε η οστική πυκνότητα και η σύνθεση του σώματος καθώς και οι ορμόνες του θυρεοειδούς. Μέσω ερωτηματολογίων υπολογίστηκε η συχνότητα και η ποσότητα πρόσληψης ασβεστίου, αλκοόλ και

καφεΐνης. Υπολογίσθηκε επίσης το ιστορικό του καπνίσματος συμπεριλαμβάνοντας τα χρόνια καπνίσματος και τα πακέτα/ημέρα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις σωματικής δραστηριότητας για το παρελθόν. Βρέθηκε ότι η κατανάλωση μικρών ή μέτριων ποσοτήτων αλκοόλ σχετίζεται θετικά με το σκελετικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα με την αύξηση της οστικής πυκνότητας, ενώ η καφεΐνη και το πρότερο κάπνισμα σχετίζονται αρνητικά με τις περισσότερες περιοχές του σκελετικού συστήματος (μείωση οστικής πυκνότητας, δυσμορφία σπονδυλικής στήλης) πράγμα που μπορεί να μετριαστεί με πρόσληψη 750 χιλιογραμμαρίων ασβεστίου/ημέρα (Ilich, Brownbill, Tamborini, & Crncevic-Orlic, 2002). Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ συνδέθηκε επίσης με σπονδυλική δυσμορφία κυρίως στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες που έπιναν συχνά. Η σπονδυλική δυσμορφία όμως δεν συνδέθηκε με το κάπνισμα και τον αριθμό των τσιγάρων (Grazio, Korsic, & Jajic, 2005).

#### *Αλκοόλ, κάπνισμα και πνευματική υγεία*

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα σε σχέση με την γνωστική λειτουργία οι (Edelstein, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 1998) εξέτασαν την σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τον κίνδυνο της κακής γνωστικής λειτουργίας. Ανάμεσα στο 1973 και 1975, 1469 σχετικά μορφωμένοι άνδρες και γυναίκες από το Rancho Bernardo και την Καλιφόρνια απάντησαν σε τυποποιημένες ερωτήσεις σχετικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Ανάμεσα στο 1988 και 1991, 511 από αυτούς τους άνδρες και τις γυναίκες συμπλήρωσαν πέντε τυποποιημένα τεστ νοητικής λειτουργίας. Το 20.4% των ανδρών και το 23% των γυναικών ήταν καπνιστές. Στους επιζήσαντες συμμετέχοντες άνδρες τα αποτελέσματα δοκιμών γνωστικής λειτουργίας δεν διέφεραν σημαντικά. Μεταξύ των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα

βρέθηκε χαμηλότερη γνωστική λειτουργία στα δυο από τα πέντε τεστ. Το 16% των ανδρών και το 29% των γυναικών ήταν μη πότες. Η κατανάλωση αλκοόλ περισσότερο από δυο ποτά την ημέρα συνδέθηκε με μειωμένη θνησιμότητα και στα δυο φύλα. Σε αντίθεση με τις γυναίκες η κατανάλωση αλκοόλ στους άνδρες δεν συνδέθηκε με τη γνωστική λειτουργία τους. Από την ανάλυση συσχετίσεων δεν προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τη γνωστική λειτουργία. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι τα δεδομένα από υγιή μορφωμένα άτομα δεν προσφέρουν καμία πειστική απόδειξη για το αν η περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα δεν προλαμβάνουν αλλά και ούτε προκαλούν βλάβη στη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων ατόμων.

Σκοπός της έρευνας του (Mukamal et al., 2003) ήταν να προσδιορίσει τη σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ και τους κινδύνους για πρόωμη άνοια σε άτομα τρίτης ηλικίας. Η μελέτη έγινε σε 373 ενήλικες με άνοια η οποία περιλάμβανε 373 ελέγχους. Οι συγκεκριμένοι ενήλικες ήταν ανάμεσα σε 5888 ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω όλοι εκ των οποίων συμμετείχαν στη μελέτη Καρδιαγγειακής Υγείας, μία μελέτη του πληθυσμού σε 4 κοινότητες των Ηνωμένων Πολιτειών. Η συχνότητα των ελέγχων ήταν συνάρτηση της ηλικίας και του αριθμού επισκέψεων σε κλινική κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου 1998-1999. Στους συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη έγινε μαγνητική εξέταση του εγκεφάλου. Επίσης έγιναν δοκιμές της γνωστικής λειτουργίας ανάμεσα στα έτη 1992 και 1994 ενώ υπήρξαν και συμπληρωματικές δοκιμές της ίδιας λειτουργίας μέχρι και το 1999. Από τα αποτελέσματα προέκυψε μεγάλη υπεροχή της πρόωμης άνοιας συνδεδεμένη με μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Παρόμοια σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ βρέθηκε με την νόσο Alzheimer και την πρόωμη άνοια. Σε σύγκριση με την πλήρη αποχή η κατανάλωση 1-6 ποτά εβδομαδιαίως συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο άνοιας σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Μια άλλη μελέτη ερευνά την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα και τη σχέση



τους με τη γνωστική εξασθένηση σε ηλικιωμένους Μεξικανούς. Το δείγμα αποτελούνταν από 4872 ηλικιωμένους 65 ετών και πάνω, οι οποίοι ρωτήθηκαν για τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και για το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τη γνωστική εξασθένηση (Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues, 2007).

Η διακοπή του καπνίσματος και η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως μέρος στρατηγικής για να μειωθούν τα περιστατικά της εξασθένησης της αντίληψης σε άτομα τρίτης ηλικίας (Zhou & DengJuan, 2003). Οι Zhou και DengJuan (2003) μελέτησαν την σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και την εξασθένηση της αντίληψης σε άτομα τρίτης ηλικίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 3012 ηλικιωμένους 60 ετών και πάνω. Έγινε μέτρηση της γνωστικής λειτουργίας χρησιμοποιώντας μία τροποποιημένη μορφή του Mini-Mental State Examination (MMSE) καθώς και των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Έγινε ανάλυση παλινδρόμησης για να βρεθεί η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, και την εξασθένηση της αντίληψης. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν υψηλούς παράγοντες κινδύνου για εξασθένηση της αντίληψης.

#### *Άσκηση και σωματική υγεία*

Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες έρευνες οι οποίες τονίζουν την σημαντική επίδραση που έχει η άσκηση στη σωματική υγεία. Αυτό δε ισχύει ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ανθρώπους οι οποίοι υπάγονται σε μια από τις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της άσκησης εναντίον του οξειδωτικού στρες. Οι Taddei et al. (2000) ερεύνησαν αν η μακροπρόθεσμη άσκηση μπορεί να εμποδίσει την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που προκύπτει λόγω της ηλικίας. Το δείγμα περιλάμβανε 12 νεαρά άτομα  $26.9 \pm 2.3$  ετών, 12 ηλικιωμένα  $62.9 \pm 5.8$  ετών οι οποίοι έκαναν καθιστική

ζωή και 11 νεαρά άτομα  $27.5 \pm 1.9$  ετών και 14 ηλικιωμένα  $66.4 \pm 6.1$  ετών οι οποίοι γυμνάζονταν συστηματικά. Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων βρέθηκε ότι η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί ως ένα σημείο να εμποδίσει την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που προκύπτει λόγω της ηλικίας. Πιθανώς η αποκατάσταση της διαθεσιμότητας του νιτρικού οξέος οδηγεί σε πρόληψη της παραγωγής οξειδωτικού στρες.

Σε μια άλλη έρευνα παίρνοντας ως δεδομένο ότι η φυσική δραστηριότητα συνδέεται με χαμηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων θέλησαν να μελετήσουν το μηχανισμό αυτό και πιο συγκεκριμένα την σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και αιμοστατικών φλεγμονωδών μεταβλητών. Αιματολογικές εξετάσεις έγιναν σε 4088 άνδρες οι οποίοι αποτελούσαν το δείγμα της έρευνας,. Όλοι οι άνδρες που ήταν σε αγωγή βαρβαρίνης (ουσία που χορηγείται για την θεραπεία θρομβώσεων) καθώς και αυτοί με ελλειπή στοιχεία για την σωματική τους δραστηριότητα αποκλείστηκαν αφήνοντας έτσι τον αριθμό του δείγματος σε 3810. Η εξέταση έδειξε ότι αδρανής άνδρες οι οποίοι επιδόθηκαν τουλάχιστον σε ελαφρά σωματική δραστηριότητα είχαν επίπεδα αιματολογικών μεταβλητών τα οποία προσέγγιζαν τα επίπεδα εκείνων των ανδρών που παρέμειναν τουλάχιστον ελαφρώς δραστήριοι. Όσοι έγιναν αδρανής επέδειξαν επίπεδα περισσότερο όμοια με τα επίπεδα εκείνων οι οποίοι είχαν παραμείνει αδρανής. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι το πλεονέκτημα της σωματικής δραστηριότητας σε καρδιαγγειακές παθήσεις ίσως να είναι τουλάχιστον μέρος του αποτελέσματος των επιδράσεων των αιμοστατικών και φλεγμονωδών μεταβλητών (Wannamethee et al., 2002).

Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της άσκησης στους δείκτες φλεγμονής. Οι Geffken et al. (2001) ερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα σε σωματική δραστηριότητα και στους δείκτες φλεγμονής σε υγιείς ηλικιωμένους ανθρώπους. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το 1989-90 και 1992-93. Το δείγμα αποτελούνταν από 5888 άνδρες και γυναίκες 65 ετών και άνω. Από τις στατιστικές αναλύσεις προέκυψε ότι η σχέση ανάμεσα στα υψηλότερα επί-

πεδα σωματικής δράσης και τα χαμηλότερα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών μπορεί να προσδιοριστεί από το δείκτη μάζας σώματος και τη γλυκόζη. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι η αυξημένη άσκηση συνδέεται με μειωμένη φλεγμονή.

Η σωματική δραστηριότητα μπορεί επίσης να θεωρηθεί ένας πολύ καλός τρόπος πρόληψης της οστεοπόρωσης. Καθώς μελετήθηκε από τους Nguyen, Center, και Eisman (2000) η σχέση της οστεοπόρωσης με την πρόσληψη ασβεστίου και σωματικής δραστηριότητας σε σχέση με την μάζα σώματος στην τρίτη ηλικία. Στην έρευνα συμμετείχαν 1075 γυναίκες και 690 άνδρες ηλικίας 69-76 ετών. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου και η διατήρηση ενός τρόπου ζωής με σωματική δραστηριότητα στις πρώτες δεκαετίες της ζωής θα μπορούσε να μεταφραστεί με μείωση του κινδύνου για οστεοπόρωση και ως εκ τούτου να βελτιώσει την ποιότητα και ίσως την ποσότητα ζωής των ηλικιωμένων (Nguyen et al., 2000).

Έχει επίσης βρεθεί ότι η σωματική δραστηριότητα και η πρόληψη από το υπερβολικό βάρος σε όλες τις ηλικίες θα πρέπει να ενθαρρυνθεί προκειμένου να προληφθεί τυχόν σωματική παρακμή σε μεγάλη ηλικία (Pluijm et al., 2007).

Μια άλλη έρευνα όμως (de Groot, Verheijden, de Henauw, Schroll, & van Staveren, 2004) αναφέρεται στο ότι η αρχή της σωματικής άσκησης έστω και στις μετέπειτα δεκαετίες της ζωής είναι σημαντική καθώς στην έρευνα τους απέδειξαν ότι ένας υγιεινός τρόπος ζωής στις μετέπειτα δεκαετίες σχετίζεται με την καθυστερημένη επιδείνωση της υγείας και του μειωμένου κινδύνου θνησιμότητας.

#### *Άσκηση, ψυχολογική και πνευματική υγεία*

Πέραν της σωματικής επίδρασης ο ρόλος της σωματικής δραστηριότητας είναι εξίσου σημαντικός στην ψυχολογική και πνευματική υγεία των ασκούμενων και ιδιαίτερα



των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες έρευνες που τονίζουν την σημασία της άσκησης στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, του στρες καθώς και την ψυχολογική ευεξία που προσφέρει ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας.

Σε μια άλλη έρευνα οι Strawbridge, Deleger, Roberts και Kaplan (2002) συγκρίνανε τις επιδράσεις από υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε περιστατικά κατάθλιψης χωρίς να αποκλείονται και οι συμμετέχοντες με αναπηρία. Το δείγμα ήταν 1947 συμμετέχοντες ηλικίας 50-94 χρόνων. Η κατάθλιψη μετρήθηκε με κριτήρια από το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των διανοητικών λειτουργιών, τέταρτη έκδοση (Ουάσιγκτον, αμερικάνικη ψυχιατρική ένωση, 1994). Η φυσική δραστηριότητα μετρήθηκε με μια κλίμακα οχτώ βαθμίδων, ο λόγος των πιθανοτήτων βασίζεται πάνω στην αύξηση μιας βαθμίδας στην κλίμακα. Ακόμη και με προσαρμογές στην ηλικία, στο φύλο, στην εθνικότητα, στην οικονομική κατάσταση, στις χρόνιες παθήσεις, στην αναπηρία, στο δείκτη μάζας σώματος, στην κατανάλωση αλκοόλ, στο κάπνισμα και στις κοινωνικές σχέσεις η φυσική δραστηριότητα έπαιξε σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη. Από την έρευνα προέκυψε το συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα έχει προστατευτικές επιδράσεις στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων και προσφέρουν επιχειρήματα κατά του αποκλεισμού των ατόμων με αναπηρία από την έρευνα (Strawbridge et al., 2002).

Σε μια άλλη έρευνα ο μελετήθηκε ο η κοινωνική φυσική ανησυχία και ο ρόλος της άσκησης. Πιο συγκεκριμένα σκοπός της έρευνας των McAuley, Marquez, Jerome, Blissmer και Katula (2002) ήταν να παρουσιάσει τις επιδράσεις από 6 μήνες φυσικής δραστηριότητας και 6 μήνες μείωσης στην κοινωνική φυσική ανησυχία των ατόμων τρίτης ηλικίας. Επιπλέον το ρόλο των αλλαγών σε προγνωστικούς δείκτες συμπεριφοράς καθώς επίσης και φυσιολογικούς και ψυχολογικούς δείκτες πρόγνωσης. Οι συμμετέχοντες ήταν 174 άνδρες και ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 65 ετών οι οποίοι τυχαία κατανεμήθηκαν σε ένα από τα δύο γκρουπ δραστηριοτήτων και ενεπλάκησαν σε ένα δομημένο πρόγραμμα

άσκησης διάρκειας 6 μηνών. Μετρήσεις φυσικής ανησυχίας έγιναν στο ελάχιστο όριο από 6-12 μήνες. Τα συμπεράσματα συγκροτημένων αναλύσεων που ελέγχουν τις συνθήκες θεραπείας έδειξαν βελτιώσεις στην ατομική επάρκεια και η φυσική κατάσταση ήταν σημαντικός δείκτης προγνωσιμότητας στις αλλαγές της κοινωνικής φυσικής ανησυχίας αλλά αυτές οι αλλαγές στο λίπος του σώματος και η συχνότητα άσκησης δεν συνέβαλαν στις μεταβολές της κοινωνικής φυσικής ανησυχίας.

Αφού η άσκηση έχει τέτοιες ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχολογία των ατόμων δεν θα μπορούσε να παραγκωνηθεί η διανοητική παρακμή κυρίως των ατόμων τρίτης ηλικίας. Σε έρευνα των Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson και Rockwood (2001) μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στην φυσική δραστηριότητα και τον κίνδυνο διανοητικής βλάβης σε άτομα τρίτης ηλικίας. Το δείγμα αποτελούνταν από 9008 τυχαία επιλεγόμενα άτομα, άνδρες και γυναίκες 65 χρονών και πάνω οι οποίοι αξιολογήθηκαν το 1991-1992. Από τους 6435 επιλέξιμους συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν σε φυσιολογική γνωστική κατάσταση οι 4615 συμμετείχαν σε μια συμπληρωματική μελέτη 5 ετών.

Εξέταση και κλινική αξιολόγηση έγιναν και στα δύο τμήματα της μελέτης. Το 1996-1997, 3894 δεν υπέστησαν κάποια γνωστική βλάβη, 436 διαγνώστηκαν με διανοητική βλάβη (όχι άνοια) και 285 διαγνώστηκαν με άνοια. Από τα αποτελέσματα προέκυψε το συμπέρασμα ότι η τακτική φυσικά δραστηριότητα θα μπορούσε να αντιπροσωπεύσει ένα σημαντικό και ισχυρό παράγοντα για γνωστική παρακμή και άνοια στην τρίτη ηλικία.

Σε μια άλλη έρευνα αυτήν των Yaffe, Barnes, Nevitt, Lui και Covinsky (2001) μελετήθηκε αν η σωματική δραστηριότητα είναι συνδεδεμένη με διανοητική άνοια γυναίκες ηλικίας 65 χρονών και πάνω. Το δείγμα αποτελούνταν από 5925 γυναίκες οι οποίες επελέγησαν σε 4 κλινικές και δεν είχαν διανοητική άνοια ή σωματικούς περιορισμούς. Έγινε μέτρηση της γνωστικής λειτουργίας χρησιμοποιώντας μία τροποποιημένη εξέταση τύπου

MMSE (Mini-Mental State Examination) στο σημείο αφετηρίας και έξι ως οκτώ έτη αργότερα. Η φυσική δραστηριότητα μετρήθηκε σύμφωνα με τα τμήματα τα οποία διανύθηκαν με περπάτημα (1 τμήμα  $\approx$  160 μέτρα) και σύμφωνα με το σύνολο χιλιοθεμιδών που αναλώθηκαν ανά εβδομάδα σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, σε τμήματα που διανύθηκαν περπατώντας και σε κλιμακοστάσια τα οποία τα ηλικιωμένα άτομα ανήλθαν. Η γνωστική παρακμή ορίστηκε ως μία παρακμή τριών σημείων ή και περισσότερων σημείων με βάση επαναλαμβανόμενες τροποποιημένες εξετάσεις τύπου MMSE (Mini-Mental State Examination). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα οριακής σωματικής δραστηριότητας ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν διανοητική παρακμή. Αυτή η σχέση δεν εξηγήθηκε από τις διαφορές στις οριακές λειτουργίες ή στην κατάσταση υγείας. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η σωματική δραστηριότητα εμποδίζει την διανοητική παρακμή σε γυναίκες που κατοικούν σε ομάδες.

#### *Κοινωνικογνωστικές θεωρίες για την ερμηνεία των συμπεριφορών υγείας*

Παρακάτω γίνεται αναφορά στις θεωρίες στις οποίες έχουν βασίζεται η έρευνα η οποία αξιολογεί τις στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, αλλά και την αυτό-αναφερόμενη συμπεριφορά των ηλικιωμένων ως προς το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη φυσική δραστηριότητα. Οι θεωρίες αυτές είναι η κοινωνική-γνωστική θεωρία το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model, Prochaska & DiClemente, 1984) και η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Planned Behavior Theory, Ajzen, 1988).

*Το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model, Prochaska & DiClemente, 1984):* Σύμφωνα με το μοντέλο των σταδίων αλλαγής (Prochaska & Di-

Clemente 1984), τα άτομα όταν διαμορφώνουν ή αλλάζουν μια συμπεριφορά βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο το καθένα. Τα στάδια αυτά είναι πέντε, και είναι τα εξής: Δεν υπάρχει σκέψη για αλλαγή, Υπάρχει σκέψη για αλλαγή, Γίνεται κάποια αλλαγή. Η συμπεριφορά γίνεται συνήθεια. Τα στάδια αλλαγής εξηγούν πότε αλλάζουν τα άτομα ενώ οι διαδικασίες αλλαγής πως αλλάζουν τα άτομα. Οι διαδικασίες αλλαγής χωρίζονται σε δύο κατηγορίες στις γνωστικές και στις σχετικές συμπεριφορές. Οι γνωστικές διαδικασίες περιλαμβάνουν αύξηση γνώσεων, επίγνωση των κινδύνων, ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις στους σημαντικούς άλλους, κατανόηση των οφελών, επίγνωση των ευκαιριών. Οι διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν αντικατάσταση των επιλογών, υποστήριξη από ένα άτομο, αυτό-επιβράβευση, δέσμευση και υπενθύμιση.

*Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1988 ). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα άτομα συμπεριφέρονται ανάλογα με τις στάσεις τους προς τη συμπεριφορά αυτή, ανάλογα με την κοινωνική πίεση που δέχονται από άλλα σημαντικά πρόσωπα. Σύμφωνα με τη θεωρία, σε πολλούς χώρους τα άτομα επηρεάζονται και καθοδηγούνται από τις στάσεις τους. Οι στάσεις και οι προθέσεις ενός ατόμου απέναντι σε διάφορες καταστάσεις είναι καθοριστικές στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς αυτού του ατόμου. Η πρόθεση εξαρτάται από την επίδραση των σημαντικών ατόμων όπως η οικογένεια, οι φίλοι κτλ. Καθοριστικό ρόλο στην πρόθεση του ατόμου παίζει η πίστη του ότι ελέγχει τις πράξεις του και ότι από αυτό εξαρτάται η επιτυχία ή όχι μιας πιθανής ενέργειας. Στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών ενός ατόμου σύμφωνα με την θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς θα συμβάλλουν οι εξής παράγοντες: οι συναισθηματικοί, οι γνωστικοί, η επίδραση των σημαντικών προσώπων του ατόμου, ο αντιληπτός έλεγχος, και η πρόθεση της συμπεριφοράς.*

*Έρευνες στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής*

Η έρευνα των (Ham & Lee, 2007) είχε σκοπό να εντοπίσει σημαντικές μεταβλητές οι οποίες προβλέπουν στάδια διακοπής του καπνίσματος για τους Κορεάτες μαθητές λυκείου χρησιμοποιώντας το μοντέλο αλλαγής σταδίων προκειμένου να παρασχεθεί μία εμπειρική βάση για την ανάπτυξη προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος που αναπτύχθηκαν με βάση το μοντέλο αλλαγής σταδίων ίσως βοηθήσουν τους εφήβους να πραγματοποιήσουν κάποια πρόοδο στα στάδια διακοπής του καπνίσματος. Είναι επίσης σημαντικό να συμπεριληφθούν πληροφορίες σχετικά με τη χρήση βοηθημάτων διακοπής του καπνίσματος.

Οι Aveyard et al. (2006) ασχολήθηκαν με την διακοπή του καπνίσματος και στόχος τους ήταν η εξέταση του αν, όπως έχει προβλεφθεί από το μοντέλο αλλαγής σταδίων, οι συνδυασμένες με κάποιο στάδιο παρεμβάσεις θα ήταν πιο αποτελεσματικές από τις μη συνδυασμένες με κάποιο στάδιο παρεμβάσεις. Από τα αποτελέσματα προέκυψε το συμπέρασμα ότι η παρέμβαση με βάση το μοντέλο αλλαγής σταδίων ήταν πιο αποτελεσματική στην κίνηση των σταδίων, αλλά τούτο θα μπορούσε και να οφείλεται στην μεγαλύτερη έντασή της. Η αποτυχία της επιβεβαίωσης ότι ο συνδυασμός σταδίων είναι σημαντικός δημιουργεί αμφιβολίες σχετικά με την εγκυρότητα του μοντέλου αλλαγής σταδίων στην εξήγηση της συμπεριφοράς διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Μια άλλη έρευνα (Tsoh & Hall, 2004) ερεύνησε τη σχέση ανάμεσα σε ιστορικό κατάθλιψης, σε τρέχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και στις δομές του μοντέλου αλλαγής σταδίων: αλλαγές σταδίων, ισορροπία αποφάσεων, πειρασμός και διαδικασίες αλλαγής για διακοπή καπνίσματος. Υπήρξαν 239 συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν καπνιστές κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Το 70,7% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες. Ορισμένα στοιχεία για την ταυτότητα της έρευνας είναι τα εξής: το 49,8% ήταν Αφροαμερικάνοι ο μέσος αριθμός

τσιγάρων ανά ημέρα ήταν 19,8 ενώ το 42,3% των συμμετεχόντων ήταν στο στάδιο της αδιαφορίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με ιστορικό κατάθλιψης ανέφεραν ισχυρότερα τρέχοντα συμπτώματα κατάθλιψης. Καμία σημαντική σχέση δεν παρατηρήθηκε ανάμεσα σε στάδια και ιστορικό κατάθλιψης ή τρέχοντα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα τρέχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και όχι τόσο το ιστορικό κατάθλιψης συνδέονται και με άλλες δομές του μοντέλου αλλαγής σταδίων: πλεονεκτήματα του καπνίσματος, πειρασμός για κάπνισμα σε συνήθεις καταστάσεις καθώς και σε καταστάσεις αρνητικής επίδρασης και τέλος η αυτό-επαναξιολογούμενη διαδικασία αλλαγής.

Το άρθρο των Lach, Everard, Highstein και Brownson (2004) περιγράφει την εμπειρία ενός οργανισμού στην εφαρμογή του μοντέλου αλλαγής των σταδίων στα πλαίσια ενός προγράμματος προώθησης υγείας σε ηλικιωμένα άτομα. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είχε την ονομασία Health Stages. Οι έννοιες του μοντέλου, ιδιαίτερα το στάδιο της αλλαγής, χρησιμοποιήθηκαν επιτυχώς στο σχεδιασμό του προγράμματος, στην ανάπτυξη του υλικού του προγράμματος και στην αξιολόγηση του προγράμματος. Ένα πλαίσιο προγραμματισμού αναπτύχθηκε προκειμένου να καθοδηγηθεί η ανάπτυξη του υλικού που θα εμπεριείχε το πρόγραμμα και η αξιολόγηση της δυνατότητας του προγράμματος να προσεγγίσει άτομα που συνέβαινε να βρίσκονται σε διάφορα στάδια ετοιμότητας να προχωρήσουν σε θετικές αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας. Άλλες δομές του μοντέλου αλλαγής σταδίων οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την αυτενέργεια, το ισοζύγιο αποφάσεων και τις διαδικασίες αλλαγής ενσωματώθηκαν στο υλικό του προγράμματος Health Stages. Η αξιολόγηση έδειξε ότι τα πιλοτικά σημεία του προγράμματος συνέβαλαν στην προσφορά προγραμμάτων με στόχο τη δράση και τη διατήρηση της άσκησης, βοηθώντας με αυτόν τον τρόπο τη συμπλήρωση των οποιωνδήποτε κενών στον τρέχοντα προγραμματισμό. Οι ηλικιωμένοι υπήρξαν δεκτικοί και ενδιαφέρθηκαν για το μοντέλο. Το μοντέλο της αλλαγής σταδίων ενίσχυσε το πρόγραμμα παρέχοντας ένα πλαίσιο για το σχεδιασμό του εν λό-

γω προγράμματος και μία μέθοδο προκειμένου να προσεγγιστεί ένα ευρύτερο κοινό ηλικιωμένων το οποίο θα παρέχει στους ερευνητές σημαντικές πληροφορίες υγείας.

#### *Εφαρμογή του μοντέλου αλλαγής σταδίων στην άσκηση*

Οι Mairki, Bauer, Nigg, Conca-Zeller και Gehring (2006) στην έρευνα τους είχαν ως στόχο την ανάπτυξη και τη δοκιμή ενός συμβουλευτικού προγράμματος βασισμένο στο μοντέλο αλλαγής σταδίων για την προώθηση της άσκησης σε ανθρώπους άνω της ηλικίας των 65 ετών. Το δείγμα αποτελούταν από γυναίκες και άνδρες ηλικίας 65 και 92 ετών οι οποίοι επιλέχθηκαν από γενικούς παθολόγους ανάμεσα στο 2000 και στο 2004. Μετά από την αρχική μέτρηση Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν μία μέτρηση ελάχιστων ορίων (T1) και μία αρχική συμβουλευτική συνεδρία, οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος σε δύο ακόμη συμβουλευτικές συνεδρίες. Μετά από 12 μήνες έγινε η τελική μέτρηση (T2), όπου οι αλλαγές στη συμπεριφορά προς την άσκηση καταγράφηκαν από την αλλαγή σταδίου του μοντέλου μέσω της διαβάθμισης των επιπέδων και το χρόνο που αφιέρωναν καθημερινά σε δραστηριότητας μέτριας έντασης οι οποίες αυξάνουν το ρυθμό αναπνοής. Στη φάση T1 υπήρχε μια τάση των γυναικών να είναι λιγότερο σωματικά δραστήριες από τους άνδρες. Από τη φάση T1 στη φάση T2 η αναλογία των σωματικά αδρανών ατόμων μειώθηκε από το 12,2% στο 4,2% και η αναλογία των ατόμων με επαρκή σωματική δράση αυξήθηκε από το 19, 0% στο 31, 3%. Οι αλλαγές στα στάδια υπήρξαν σημαντικές τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Στη φάση T2 περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντας αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στην άσκηση. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι στη φάση T1 υπήρχε μία τάση των γυναικών να είναι λιγότερο σωματικά δραστήριες από τους άνδρες. Από τη φάση T1 στη φάση T2 η αναλογία των σωματικά αδρανών ατόμων μειώθηκε από το 12,2% στο 4,2% και η αναλογία των ατόμων με επαρκή σωματική δράση

αυξήθηκε από το 19,0% στο 31,3%. Οι αλλαγές στα στάδια υπήρξαν σημαντικές τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Στη φάση T2 περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στην άσκηση. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι με την απαραίτητη συμβουλευτική ή συμπεριφορά των ηλικιωμένων απέναντι στην άσκηση μπορεί να επηρεαστεί θετικά κατά τη διάρκεια μίας περιόδου ενός έτους.

Μια άλλη έρευνα του μοντέλου αλλαγής σταδίων για την άσκηση στην τρίτη ηλικία είναι αυτή των Cheung et al. (2007) η οποία υποστηρίζει ότι το μοντέλο αλλαγής σταδίων αναπτύχθηκε ως ένας οδηγός για την κατανόηση της αλλαγής συμπεριφοράς, και πως λίγη προσοχή έχει δοθεί όμως στην καταλληλότητα του συγκεκριμένου μοντέλου όσον αφορά στην εξήγηση της υιοθέτησης συγκεκριμένων συμπεριφορών άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα. Οι στόχοι της μελέτης τους ήταν να καθορίσει την αξιοπιστία των εργαλείων του μοντέλου αλλαγής σταδίων και να επιβεβαιώσει τις προβλέψεις με βάση το εν λόγω μοντέλο σε 86 ηλικιωμένα άτομα τα οποία συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα βαδίσματος διάρκειας 16 εβδομάδων. Σε γενικές γραμμές αξιόπιστες υπήρξαν οι δομές των βαθμίδων της κλίμακας του μοντέλου αλλαγής σταδίων, δηλαδή αυτενέργεια, ισοζύγιο αποφάσεων (πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα) και οι διαδικασίες αλλαγής (γνώσης και συμπεριφοράς). Στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την αρχική μέτρηση μέχρι την αμέσως επόμενη μέτρηση οι διαδικασίες αλλαγής της συμπεριφοράς ενισχύθηκαν/αυξήθηκαν. Τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και οι γνωστικές διαδικασίες δεν άλλαξαν για εκείνους τους συμμετέχοντες που άρχισαν να ασκούνται τακτικά. Τα στάδια της αλλαγής δεν προέβλεψαν την υιοθέτηση της άσκησης. Όμως, η αρχική μέτρηση των επιπέδων αυτενέργειας αποτέλεσε δείκτη πρόγνωσης για ύστερες συμπεριφορές προς την άσκηση του βαδίσματος. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι τα εν λόγω αποτελέσματα υποστηρίζουν εν μέρει το μοντέλο αλλαγής σταδίων στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς άσκησης.



Οι Burbank, Reibe, Padula και Nigg (2002) υποστηρίζουν ότι η απώλεια μυϊκού σθένους, η μειωμένη ευελιξία, η μειωμένη ακτίνα της κίνησης και η μειωμένη αίσθηση ισορροπίας που συχνά συνοδεύει τη γήρανση οδηγούν σε πτώσεις και σε λειτουργική παρακμή. Ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία, τα επίπεδα μπορούν να βελτιώσουν τα επίπεδα δύναμης, να μειώσουν τον κίνδυνο των πτώσεων, να βελτιώσουν την καρδιοαναπνευστική τους κατάσταση και να βελτιώσουν την ικανότητά τους να ζουν ανεξάρτητα. Το μοντέλο αλλαγής σταδίων, όσον αφορά στην αλλαγή της συμπεριφοράς προς την άσκηση, είναι ένα διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο το οποίο ενέχει πολλές υποσχέσεις για αλλαγές στη συμπεριφορά υγείας όλων των τύπων. Υποστηρίζουν επίσης την αποτελεσματικότητα του μοντέλου αλλαγής σταδίων στην αλλαγή συμπεριφοράς, και περιγράφουν το μοντέλο αλλαγής σταδίων ως ένα χρήσιμο μοντέλο που μπορεί να βοηθήσει ηλικιωμένα άτομα να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους απέναντι στην άσκηση.

#### *Έρευνες βασισμένες στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς*

Κατά καιρούς έχουν γίνει αρκετές έρευνες βασισμένες στη θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς σε σχέση με την άσκηση και το κάπνισμα. Παρακάτω παρουσιάζονται μερικές έρευνες από όλο το φάσμα των ηλικιών σχετικά με την ΘΣΣ, την άσκηση και το κάπνισμα. Η έρευνα των Harakeh, Scholte, Vermulst, de Vries και Engels, (2004) ενισχύει τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς στην πρόβλεψη της έναρξης του καπνίσματος. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να ερευνήσει τους γενικούς παράγοντες γονικής συμπεριφοράς (π.χ. ποιότητα σχέσης γονέα και παιδιού, ψυχολογικός έλεγχος, αυστηρός έλεγχος, γονική γνώση) και κάπνισμα γονέων. Το μοντέλο διαμεσολάβησης που χρησιμοποιήθηκε υποστηρίζει ότι ορισμένοι γονικοί παράγοντες επηρεάζουν εμμέσως το κάπνισμα (π.χ. συμπεριφορά, ενέργεια και κοινωνικό πρότυπο). Το δείγμα αποτελούνταν από 1070 ανηλίκους ηλικίας 10 – 14 ετών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε το συμπέρασμα

ότι στις εκστρατείες πρόληψης, οι γονείς θα πρέπει να πληροφορούνται για το βαθμό στον οποίο ασκούν επίδραση στη συμπεριφορά καπνίσματος των παιδιών τους και θα πρέπει να τους δοθούν συμβουλές και πληροφορίες στο πώς μπορούν να προλαμβάνουν το κάπνισμα πριν τα παιδιά τους το ξεκινήσουν.

Η έρευνα των Spijkerman, van den Eijnden, Vitale και Engels (2004) πραγματεύτηκε τη σχετική αξία του μοντέλου πρωτοτύπου/ προθυμίας (prototype/willingness model) σε σχέση με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Το δείγμα αποτελούνταν από 2814 ανηλίκους ηλικίας 12 – 16 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ανήλικοι περιγράφουν τους συνομηλίκους τους που καπνίζουν καθημερινά και καταναλώνουν αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση ως κάπως καλά προσαρμοσμένους, ως κάπως επαναστατικούς, όχι πραγματικά ήρεμους και όχι πραγματικά ελκυστικούς. Θετικές σχέσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα σε πρότυπα καπνιστών και ποτών και στην πρόθεση και την προθυμία των εφήβων να καπνίσουν ή να πιούν αλκοόλ στο μέλλον. Επιπλέον, οι αναλύσεις regression έδειξαν ότι τα πρότυπα συνομηλίκων που καπνίζουν καθημερινά και καταναλώνουν αλκοόλ εβδομαδιαίως εξηγούν ένα σημαντικό μέρος στη μεταβολή της πρόθεσης και της προθυμίας να καπνίσουν και να καταναλώσουν αλκοόλ και ενισχύουν έτσι την εφαρμογή του μοντέλου της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς στις συμπεριφορές υγείας.

Η έρευνα των Kerry et al. (2000) θέλησε να εξετάσει τη σχετική χρησιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης και του υποκειμενικού προτύπου στην πρόβλεψη του σκοπού και επιπέδου της άσκησης σύμφωνα με τη θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Το δείγμα αποτελούνταν από 1557 ενήλικες που απάντησαν σε τηλεφωνική συνέντευξη η οποία αξιολογούσε την κοινωνική υποστήριξη, το υποκειμενικό πρότυπο, την συμπεριφορά, τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, την πρόθεση και το επίπεδο. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι εάν αναπαραχθούν τα παραπάνω ευρήματα, τότε θα πρέπει να θεωρηθεί σκόπιμο να αντικατασταθεί στη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς το υποκειμενικό

πρότυπο με την κοινωνική υποστήριξη, ειδικά δε εάν ληφθούν υπόψη οι συνθήκες οι οποίες οριακά καλύπτονται από την εν λόγω θεωρία.

Οι Conn, Tripp-Reimer και Maas (2003) υποστηρίζουν ότι παρά τα αποδεδειγμένα οφέλη της άσκησης, οι ηλικιωμένες γυναίκες παραμένουν γενικότερα καθιστικές. Περαιτέρω κατανόηση των πεποιθήσεων που συνδέονται με την άσκηση θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία προκειμένου να αυξήσουν την άσκηση σε αυτό τον ευάλωτο πληθυσμό. Έτσι έκανε μια μελέτη η οποία εξέτασε τη σχέση ανάμεσα σε δομές της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς, στη συμπεριφορά άσκησης και στην πρόθεση άσκησης σε ηλικιωμένες γυναίκες. Οι μεταβλητές της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς (πεποιθήσεις συμπεριφοράς, αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και κανονιστικές αντιλήψεις) εξετάστηκαν σε ένα δείγμα 225 γυναικών ηλικίας 65 ετών και άνω. Η άσκηση μετρήθηκε με την Κλίμακα Φυσικής Δραστηριότητας Baecke. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της προφορικής συνέντευξης έτσι ώστε να μην παρακωλυθεί η συμμετοχή στην έρευνα λόγω προβλημάτων αλφαριθμητισμού και όρασης. Σημαντικοί δείκτες πρόγνωσης της πρόθεσης για άσκηση υπήρξαν οι πεποιθήσεις συμπεριφοράς, οι πεποιθήσεις αντιλαμβανόμενου ελέγχου και οι πεποιθήσεις των προτύπων. Συγκεκριμένα αντικείμενα της συνέντευξης τα οποία σχετίζονταν με τις πεποιθήσεις και τα οποία προέβλεπαν τη συμπεριφορά απέναντι στην άσκηση ήταν ότι η άσκηση είναι καλή για την υγεία και ότι η άσκηση είναι δύσκολη λόγω της κόπωσης καθώς και λόγω της έλλειψης δέσμευσης στο στόχο και έλλειψης χρόνου. Τα συγκεκριμένα ευρήματα παρέχουν μερική υποστήριξη για την εφαρμογή της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς σε σχέση με την άσκηση στις ηλικιωμένες γυναίκες. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εστιαστούν στην ενίσχυση της πεποίθησης των γυναικών ότι μπορούν να ξεπεράσουν τα εμπόδια σε σχέση με την άσκηση.

Σύμφωνα με τους (Michels & Kugler, 1998) λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη της άσκησης και το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής, η προώθηση της άσκησης σε ηλικιωμένους Αμερικανούς αποτελεί εθνικό στόχο. Έτσι έκανε μια μελέτη και χρησιμοποίησε μία έρευνα που έγινε σε στρατιωτικούς συνταξιούχους σύμφωνα με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς και μετρήσεις της σωματικής δραστηριότητας. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι τα ποσοστά ανταπόκρισης ήταν 81,6%. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που ασκούσαν τακτικά ήταν 61,2% και δεν διέφερε από το ποσοστό των τακτικά ασκουμένων ηλικιωμένων σε εθνικό επίπεδο. Εκείνοι που ασκούσαν τακτικά ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν ότι ο ιατρός τους συστήνει άσκηση. Το μοντέλο της ΘΣΣ συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την πρόθεση για άσκηση. Το συγκεκριμένο μοντέλο χρησιμοποιεί μεταβλητές για τη συμπεριφορά, την κοινωνική νόρμα και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς. Η προσθήκη της συνήθειας ενισχύει σημαντικά το συγκεκριμένο μοντέλο. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς είναι ένα έγκυρο μοντέλο για την πρόγνωση της πρόθεσης άσκησης και της πραγματικής άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα. Η συγκεκριμένη μελέτη δίνει έμφαση στο ρόλο των ιατρών και στο συγκεκριμένο μοντέλο στην προώθηση της άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα.

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει επίσης σχετικά με τη θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς και το αλκοόλ. Η μελέτη των (Huchting, Lac, & Labrie, 2007) είναι η πρώτη που χρησιμοποιεί τη θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς προκειμένου να εξετάσει την κατανάλωση αλκοόλ. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι τα υποκειμενικά πρότυπα συνέβαλαν περισσότερο στην πρόθεση κατανάλωσης αλκοόλ από ότι οι συμπεριφορές ή ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς.

Ο Kuther (2002) εξετάζει ορισμένες θεωρίες λήψης αποφάσεων σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Στις συγκεκριμένες θεωρίες περιλαμβάνονται οι θεωρίες της υποκειμενικής προσδοκώμενης χρηστικότητας, τη θεωρία της λελογισμένης δράσης και της σχεδι-

ασμένης συμπεριφοράς και τη θεωρία του προσδοκώμενου αποτελέσματος από την κατανάλωση αλκοόλ. Επιπρόσθετα, γίνεται μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συνεισφορά των γονέων και των συνομηλίκων στην κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους. Προτείνεται ένα μοντέλο που ενσωματώνει τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς και τη θεωρία του προσδοκώμενου αποτελέσματος από την κατανάλωση αλκοόλ με τροποποιήσεις που βασίζονται στα ευρήματα από τη βιβλιογραφία.

Μια άλλη έρευνα (Wall, Hinson, & McKee, 1998) μελέτησε εάν το προσδοκώμενο αποτέλεσμα από την κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να διαχωριστεί με εμπειρικό τρόπο από τις συμπεριφορές που υιοθετούν οι άνθρωποι προς την κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα αξιολογήθηκε η συνεισφορά των προσδόκιμων αποτελεσμάτων κατανάλωσης αλκοόλ και των συμπεριφορών προς την κατανάλωση αλκοόλ στη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Το δείγμα αποτελούνταν από 316 άτομα (170 άνδρες) οι οποίοι κατανάλωναν αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Η πρόθεση να καταναλώσουν πολύ αλκοόλ και περιστατικά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ όπως έχουν αναφερθεί από τους ίδιους συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκαν ως κριτήρια μετρήσεων. Συμπεριφορές, υποκειμενικές νόρμες, αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και προσδόκιμα αποτελέσματα κατανάλωσης αλκοόλ χρησιμοποιήθηκαν ως μεταβλητές πρόγνωσης. Αναλύσεις τύπου regression έγιναν ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς φαίνεται να παρέχει ένα έγκυρο πλαίσιο για την πρόβλεψη υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Η προγνωστική ισχύς του μοντέλου, όμως, επαυξήθηκε μέσα από την εισαγωγή προσδόκιμων αποτελεσμάτων κατανάλωσης με βάση το φύλο. Συγκεκριμένα, εκτός από τις συμπεριφορές και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, οι προσδοκίες των γυναικών για αυξημένη κοινωνικότητα ενίσχυσαν την πρόγνωση των προθέσεων να καταναλώσουν πολύ αλκοόλ. Οι προσδοκίες για καλύτερη σεξουαλική λειτουργία για άνδρες και η επιβεβαίωση για γυναίκες βελτίωσαν την πρόγνωση της υπερβολικής κατα-

νάλωσης πέρα και πάνω από προθέσεις και αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι σε αντίθεση με τις συμπεριφορές προς την κατανάλωση αλκοόλ, τα προσδόκιμα αποτελέσματα της κατανάλωσης αλκοόλ αποτελούν κεντρικούς δείκτες πρόγνωσης υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### *Δείγμα*

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 137 άτομα τρίτης ηλικίας άνδρες και γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας για τους άνδρες ήταν 70.96 χρόνια ( $SD=6.84$ ) και για τις γυναίκες ήταν 67.43 ( $SD= 4.73$ ). Το δείγμα ήταν τυχαίο και οι ηλικιωμένοι απάντησαν στην προσωπική συνέντευξη οικιοθελώς.

#### *Διαδικασία Μέτρησης*

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν μέσω της προσωπικής συνέντευξης σε διάφορα ΚΑΠΗ της πόλης των Τρικάλων και σε διάφορα πάρκα που συχνάζουν κυρίως ηλικιωμένοι. Πραγματοποιήθηκε μια μέτρηση, κατά την οποία έγινε καταγραφή των μεταβλητών της ΘΣΣ, καθώς και αυτών που αφορούν στις συμπεριφορές του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ.

#### *Μετρήσεις*

Το ερωτηματολόγιο της αρχικής μέτρησης περιελάμβανε για κάθε συμπεριφορά τις κλίμακες της ΘΣΣ, την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, τα στάδια του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής και τα δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα. Πριν την έναρξη της συνέντευξης δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να απαντηθούν οι κλίμακες με σχετικά παραδείγματα.

### *Εργαλεία Μέτρησης*

Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοπεριγραφής. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis, 1994; Theodorakis & Kosmidou, 2005; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2003; Κοσμίδου & Θεοδωράκης, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005) και παρουσιάζονται αυτούσια στο σχετικό Παράρτημα. Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν έγκυρα και αξιόπιστα.

### *Δημογραφικά Χαρακτηριστικά*

Το πρώτο κομμάτι του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση και το επίπεδο σπουδών (εξάμηνο φοίτησης και πιθανά κατοχή άλλου τίτλου σπουδών). Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αφορούσαν ημερομηνία γέννησης, φύλο, εξάμηνο σπουδών, αν υπάρχει πτυχίο άλλης σχολής και ποιο ήταν αυτό. Αν οι συμμετέχοντες εργάζονται, που και πόσες ώρες την εβδομάδα. Υπήρχαν ερωτήσεις για την οικογενειακή κατάσταση, αν οι γονείς είναι Παντρεμένοι, Διαζευγμένοι ή Χήροι και πόσα αδέλφια ήταν. Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση υπήρχε 5-βάθμια κλίμακα επιλογής, που κυμαινόταν από «Πολύ καλή» έως «Πολύ κακή».

### *Κλίμακες ΘΣΣ*

Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης των παραγόντων της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιλάμβαναν αξιολόγηση των στάσεων, της πρόθεσης, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του κοινωνικού προτύπου, της αυτοταυτότητας και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, για την κάθε συμπεριφορά ξεχωριστά (κάπνισμα, άσκηση, αλκοόλ). Τα ερωτηματολόγια, που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη Θεωρία (Ajzen, 2002) έχουν χρησι-



μοποιηθεί και στο παρελθόν σε σχετικές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis, 1994; Theodorakis et al., 2003). Συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν:

α) *Στάσεις ως προς το κάπνισμα*: με 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων και 7-βάθμια κλίμακα. Με τα ζεύγη αυτά καθώς και την ενδιάμεσα κλίμακα αξιολογήθηκε η στάση των ατόμων απέναντι στο κάπνισμα. Η πρόταση με την οποία ξεκινά η αξιολόγηση ήταν «το να καπνίζω τον επόμενο μήνα για μένα είναι...» και στη συνέχεια υπήρχε ενδιάμεση 7-βάθμια κλίμακα διαβάθμισης με 6 ζεύγη αντιθέτων επιθέτων. Τα ζεύγη ήταν τα εξής : καλό- κακό, ανόητο- έξυπνο, υγιεινό- ανθυγιεινό, χρήσιμο- άχρηστο, άσχημο-όμορφο, δυσάρεστο- ευχάριστο. Στην στατιστική ανάλυση έγινε αντιστροφή του 2<sup>ου</sup>, 5<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> ζεύγους ώστε οι μικρότερες τιμές να δηλώνουν περισσότερο αρνητική στάση προς το κάπνισμα.

β) *Πρόθεση για κάπνισμα*: Χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις που αξιολογούσαν την πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν. Μέσω τριών προτάσεων μετρήθηκε η πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν μέσα στον επόμενο μήνα. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση, σκοπεύω να καπνίσω : Οι απαντήσεις μετρήθηκαν με 7-βάθμια κλίμακα Likert: πιθανό- απίθανο, ναι- όχι, σωστό- λάθος. Οι μικρότερες τιμές της κλίμακας δείχνουν μικρότερη πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν ενώ οι μεγαλύτερες τιμές δείχνουν μεγαλύτερη πρόθεση για κάπνισμα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των τριών ερωτήσεων.

γ) *Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος της Συμπεριφοράς*: Μέσω τριών προτάσεων μετρήθηκε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα αξιολογήθηκε πόσο η συμπεριφορά του ατόμου ελέγχεται από τον ίδιο. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: *Για μένα το να καπνίζω τον επόμενο μήνα, είναι*: «εύκολο-δύσκολο», *Είμαι απόλυτα σίγουρος ότι θα καπνίζω τον επόμενο μήνα*: «σωστό-λάθος». *Μπορώ να καπνίζω τον επόμενο μήνα*: «πιθανό-απίθανο». Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Οι μικρότερες τιμές δεί-

χνουν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο ενώ οι μεγαλύτερες υψηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

δ) *Αυτοταυτότητα* (Theodorakis, 1994): Αξιολογήθηκε με 4 προτάσεις και 7-βάθμια κλίμακα. Με αυτές τις ερωτήσεις αξιολογήθηκε πόσο το άτομο πίστευε ότι αυτή η συμπεριφορά αυτή είναι δικό του χαρακτηριστικό. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: *Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να καπνίζει, Θεωρώ ότι είμαι άτομο που θα καπνίζει*. Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Συμφωνώ- διαφωνώ. Έγινε αντιστροφή της 3<sup>ης</sup> ερώτησης, έτσι ώστε υψηλότερα σκορ να δηλώνουν ότι το κάπνισμα αποτελούσε μέρος της προσωπικότητας του συμμετέχοντα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των 4 ερωτήσεων.

ε) *Κοινωνικό Πρότυπο*: χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις. Οι προτάσεις αυτές αξιολογούν με ποιο τρόπο το άτομο αντιλαμβάνεται πως τα σημαντικά γι' αυτό άλλα άτομα αναμένουν να συμπεριφερθεί. Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Οι προτάσεις άρχιζαν με την εξής φράση : *Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καπνίζω τον επόμενο μήνα: Αν καπνίζω τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα: «διαφωνήσουν-συμφωνήσουν»*, με τα μικρότερα σκορ να σημαίνουν ότι τα σημαντικά για το άτομο πρόσωπα περίμεναν από αυτό να καπνίσει.

στ) *Αντιλαμβανόμενη Ενημέρωση*: Με τις 4 αυτές προτάσεις αξιολογήθηκε πόσο ενημερωμένο αισθάνεται το άτομο στο συγκεκριμένο θέμα. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση *Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος*: «καθόλου ενημερωμένος-πολύ ενημερωμένος», αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το θέμα του καπνίσματος, πόσα θα έγραφες: «ελάχιστα-πάρα πολλά», σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο σχετικά με το θέμα του καπνίσματος: «διαφωνώ πολύ-συμφωνώ πολύ», πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του καπνί-

σματος: «καθόλου γνώσεις-πολλές γνώσεις». Οι ερωτήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Μικρότερο σκορ δηλώνει λιγότερο ενημερωμένο άτομο. (Krosnick, Boninger, Chuang, Bernet, & Carnot, 1993; Theodorakis, 1994; Theodorakis et al 2003)

### *Αξιολόγηση Συμπεριφορών*

*Κάπνισμα.* Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος έγινε με 7 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη & Χασάνδρα (2005) και βασίζονταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004). Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν («ναί» για τις θετικές απαντήσεις ή «όχι» για τις αρνητικές απαντήσεις). Η 1<sup>η</sup> ερώτηση διαχωρίζει τα άτομα σε εκείνα που έχουν καπνίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους (έχουν δοκιμάσει) και σε εκείνα που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ. Η 2<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογεί τα άτομα που ήταν ή είναι μέχρι και σήμερα συστηματικοί καπνιστές, η 3<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογεί τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογεί τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η 5<sup>η</sup> ερώτηση αξιολογεί αυτούς που καπνίζουν υπερβολικά πολύ (παθιασμένους καπνιστές). Μετρήθηκε ακόμη μέσω δυο ερωτήσεων ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνισαν τα άτομα την προηγούμενη εβδομάδα αλλά και την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν κωδικοποιημένα για τον αριθμό όμοια με αυτήν που έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Hine, Tilleczek, Lewko, McKenzie-Richer, & Perreault, 2005; Mills, Stephens, & Wilkins, 1994).

*Άσκηση.* Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στην Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 2000; Ajzen & Fishbein, 1973) για την άσκηση, και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης, et al., 2005 ; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Μπεμπέτσος, 2000) Αξιολογεί :

1). Τις στάσεις ως προς την άσκηση με 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων και 7-βάθμια κλίμακα. Με τα ζεύγη αυτά και την ενδιάμεση κλίμακα ανάμεσα τους αξιολογήθηκε η στάση των ατόμων ως προς την άσκηση. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Το να ασκώμαι για μένα είναι.....» και υπήρχαν 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων με ενδιάμεσα 7-βάθμια διαβάθμιση. Τα ζεύγη επιθέτων ήταν τα εξής: καλό- κακό, ανόητο- έξυπνο, υγιεινό- ανθυγιεινό, χρήσιμο- άχρηστο, άσχημο-όμορφο, δυσάρεστο- ευχάριστο. Στην στατιστική ανάλυση έγινε αντιστροφή του 2<sup>ου</sup>, 5<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> ζεύγους ώστε οι μικρότερες τιμές να δηλώνουν περισσότερο αρνητική στάση προς την άσκηση.

2) Την πρόθεση για την άσκηση με 3 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές αξιολόγησαν πόσο διατεθειμένο είναι το άτομο να ασκηθεί στο μέλλον. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Σκοπεύω να ασκώμαι τον επόμενο μήνα». Οι απαντήσεις μετρήθηκαν με 7-βάθμια κλίμακα Likert: πιθανό- απίθανο, ναι- όχι, σωστό- λάθος. Οι μικρότερες τιμές της κλίμακας δείχνουν μικρότερη πρόθεση των ατόμων να ασκηθούν ενώ οι μεγαλύτερες τιμές δείχνουν μεγαλύτερη πρόθεση για άσκηση.

3) Τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς με 3 προτάσεις. Με τις προτάσεις αυτές αξιολογήθηκε πόσο η συμπεριφορά του ατόμου ως προς την άσκηση ελέγχεται από τον ίδιο. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Για μένα το να ασκώμαι τον επόμενο μήνα είναι»: εύκολο- δύσκολο, σωστό- λάθος, πιθανό- απίθανο. Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Οι μικρότερες τιμές δείχνουν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο ενώ οι μεγαλύτερες ψηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

4) Την αυτό-ταυτότητα με 4 προτάσεις και 7βάθμια διαβάθμιση. Οι ερωτήσεις αυτές αξιολόγησαν πόσο το άτομο πίστευε ότι αυτή η συμπεριφορά ως προς την άσκηση είναι δικό του χαρακτηριστικό. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να ασκείται». Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Συμφωνώ- διαφωνώ. Έγι-

νε αντιστροφή της δεύτερης πρότασης ώστε μικρότερες τιμές να δηλώνουν ότι η άσκηση είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου.

5) Το κοινωνικό πρότυπο με 3 προτάσεις. Με τις προτάσεις αυτές αξιολογήθηκε πως το άτομο αντιλαμβάνεται τα σημαντικά άλλα πρόσωπα γι' αυτόν αναμένουν να συμπεριφερθεί ως προς την άσκηση. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση : «Αν ασκούμαι πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα...» Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα πιθανό-απίθανο, θα διαφωνήσουν- θα συμφωνήσουν.

6) Την ενημέρωση με 4 προτάσεις. Μέσω των τεσσάρων προτάσεων αξιολογείται πόσο ενημερωμένο αντιλαμβάνεται το άτομο ότι είναι σχετικά με το θέμα της άσκησης. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Πόσο ενημερωμένος/ η θεωρείς ότι είσαι για το θέμα της άσκησης » οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα και ζεύγη με τον εξής τρόπο: ελάχιστα – πάρα πολύ, συμφωνώ – διαφωνώ (Krosnick, Boninger, Chuang, Bernet, & Carnot, 1993; Theodorakis, 1994; Theodorakis et al 2003)

7) Την ένταση, το είδος και την διάρκεια της άσκησης. Υπήρχαν τρεις κατηγορίες άσκησης (έντονη, μέτρια, ήπια). Σε κάθε κατηγορία οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν πόσες φορές την εβδομάδα εκτελούσαν ανά κατηγορία το τύπο της άσκησης και παρακάτω συμπλήρωναν τι είδους άσκηση και για πόση διάρκεια.

#### *Κατανάλωση Αλκοόλ.*

Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και για την αξιολόγηση των συμπεριφορών των ηλικιωμένων ως προς το αλκοόλ. Και με την εξής σειρά αξιολογήσε :

1). Τις στάσεις ως προς το αλκοόλ με 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων και 7-βάθμια κλίμακα. Με τα ζεύγη αυτά και την ενδιάμεση κλίμακα ανάμεσα τους αξιολογήθηκε η στάση των ατόμων ως προς το αλκοόλ. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Το να καταναλώνω αλκοόλ για μένα είναι...». και υπήρχαν 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων με ενδιάμεσα 7-

βάθμια διαβάθμιση. Τα ζεύγη επιθέτων ήταν τα εξής: καλό- κακό, ανόητο- έξυπνο, υγιεινό- ανθυγιεινό, χρήσιμο- άχρηστο, άσχημο-όμορφο, δυσάρεστο- ευχάριστο. Στην στατιστική ανάλυση έγινε αντιστροφή του 2<sup>ου</sup>, 5<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> ζεύγους ώστε οι μικρότερες τιμές να δηλώνουν περισσότερο αρνητική στάση προς την άσκηση.

2) Την πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ με 3 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές αξιολόγησαν πόσο διατεθειμένο είναι το άτομο να καταναλώσει αλκοόλ στο μέλλον. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Σκοπεύω να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα». Οι απαντήσεις μετρήθηκαν με 7-βάθμια κλίμακα Likert: πιθανό- απίθανο, ναι- όχι, σωστό- λάθος. Οι μικρότερες τιμές της κλίμακας δείχνουν μικρότερη πρόθεση των ατόμων να ασκηθούν ενώ οι μεγαλύτερες τιμές δείχνουν μεγαλύτερη πρόθεση για άσκηση.

3) Τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς με 3 προτάσεις. Με τις προτάσεις αυτές αξιολογήθηκε πόσο η συμπεριφορά του ατόμου ως προς την κατανάλωση αλκοόλ ελέγχεται από τον ίδιο. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Για μένα το να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα είναι»: εύκολο- δύσκολο, σωστό- λάθος, πιθανό- απίθανο. Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Οι μικρότερες τιμές δείχνουν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο ενώ οι μεγαλύτερες ψηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

4) Την αυτό-ταυτότητα με 4 προτάσεις και 7βάθμια διαβάθμιση. Οι ερωτήσεις αυτές αξιολόγησαν πόσο το άτομο πίστευε ότι αυτή η συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ είναι δικό του χαρακτηριστικό. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να καταναλώνει αλκοόλ». Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Συμφωνώ- διαφωνώ. Έγινε αντιστροφή της δεύτερης πρότασης ώστε μικρότερες τιμές να δηλώνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου.

5) Το κοινωνικό πρότυπο με 3 προτάσεις. Με τις προτάσεις αυτές αξιολογήθηκε πως το άτομο αντιλαμβάνεται τα σημαντικά άλλα πρόσωπα γι'αυτόν αναμένουν να συμπεριφερ-

θεί ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση : «Αν καταναλώνω αλκοόλ πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα....» Οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα πιθανό- απίθανο, θα διαφωνήσουν- θα συμφωνήσουν.

6) Την ενημέρωση με 4 προτάσεις. Μέσω των τεσσάρων προτάσεων αξιολογείται πόσο ενημερωμένο αντιλαμβάνεται το άτομο ότι είναι σχετικά με το θέμα της κατανάλωσης αλκοόλ. Η πρόταση άρχιζε με την εξής φράση: «Πόσο ενημερωμένος/ η θεωρείς ότι είσαι για το θέμα του αλκοόλ», οι απαντήσεις μετρήθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα και ζεύγη με τον εξής τρόπο: ελάχιστα – πάρα πολύ, συμφωνώ – διαφωνώ (Krosnick, Boninger, Chuang, Bernet, & Carnot, 1993; Theodorakis, 1994; Theodorakis et al 2003)

7) Την ποσότητα και την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Υπήρχαν πέντε κατηγορίες κατανάλωσης αλκοόλ (ποτέ, μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια, 2-5 μέρες την εβδομάδα, καθημερινά λιγότερο από τέσσερα ποτήρια, καθημερινά περισσότερο από τέσσερα ποτήρια). Σε κάθε κατηγορία οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν πόσες φορές την εβδομάδα κατανάλωναν ανά κατηγορία την ποσότητα και την συχνότητα αλκοόλ.

#### *Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης των Σταδίων Αλλαγής*

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε στην ελληνική γλώσσα από την Κοσμίδου (2007) και έχει βασιστεί σε ερωτήσεις όμοιες με εκείνες που χρησιμοποιήθηκαν και σε άλλες διεθνείς έρευνες (π.χ. Humphreys et al., 1998; Armitage, 2003). Έτσι, χρησιμοποιήθηκαν 6 προτάσεις για το κάπνισμα, και 5 προτάσεις για την άσκηση και το αλκοόλ. Κάθε μία πρόταση αξιολογούσε ένα στάδιο. Η επιπλέον πρόταση για τη συμπεριφορά του καπνίσματος αντιπροσώπευε τα άτομα που δεν καπνίζουν αλλά και δεν είχαν καπνίσει ποτέ (Παράρτημα 3).

### Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 11.0 for windows. Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τα στοιχεία που αφορούσαν την επαγγελματική δραστηριότητα των συμμετεχόντων και το είδος της φυσικής δραστηριότητας (σπορ), με το οποίο ασχολούνταν. Έγιναν αναλύσεις συσχέτισης με το δείκτη  $r$  του Pearson στις ποσοτικές μεταβλητές και με το δείκτη  $r_{ho}$  του Spearman στις κατηγορικές μεταβλητές (συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, κάπνισμα). Αναλύσεις συσχέτισης έγιναν μεταξύ των κλιμάκων της ΘΣΣ για κάθε συμπεριφορά, μεταξύ των κλιμάκων της ΘΣΣ με τις ερωτήσεις αξιολόγησης της συμπεριφοράς κατά την αρχική μέτρηση, μεταξύ της πρόθεσης και της συμπεριφοράς μετά από ένα μήνα και μεταξύ των σταδίων αλλαγής της αρχικής μέτρησης και της επαναμέτρησης για κάθε συμπεριφορά ξεχωριστά.

Η πρόβλεψη της πρόθεσης για κάθε συμπεριφορά, από τις στάσεις, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση έγινε με ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης, όπου εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η πρόθεση για κάθε συμπεριφορά. Η πρόβλεψη της συμπεριφοράς στην επαναμέτρηση, από την πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση έγινε με ξεχωριστές ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κάθε συμπεριφορά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### *Περιγραφικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος*

Εξετάστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τα χρόνια εκπαίδευσης και συνταξιοδότησης και το επάγγελμα των συμμετεχόντων.

Από τα 137 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο τα 72 (52.6%) ήταν άνδρες και τα 65 (47.4%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος για τους άνδρες ήταν 70.96 χρόνια ( $SD=6.84$ ). Ενώ για τις γυναίκες ήταν 67.43 ( $SD=4.73$ ).

*Χρόνια Εκπαίδευσης.* Ο μέσος όρος στα χρόνια εκπαίδευσης στους άνδρες ήταν 5.39 έτη ( $SD=4.11$ ) και στις γυναίκες 5.89 ( $SD=4.33$ ).

*Χρόνια Συνταξιοδότησης.* Ο μέσος όρος στα χρόνια συνταξιοδότησης στους άνδρες ήταν 10.41 ( $SD=7.53$ ) και στις γυναίκες 5.97 ( $SD=7.87$ ).

*Οικογενειακή Κατάσταση.* Από τα 137 άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο τα 119 (86.9%) ήταν παντρεμένα, τα 16 (11.7%) χηρευόμενα, το 1 (0.7%) ανύπαντρο και τα 4 (0.7%) άλλο. Πιο συγκεκριμένα σχετικά με το φύλο στους άνδρες οι 66 (91.7%) ήταν παντρεμένοι και οι 6 (8.3%) ήταν χήροι. Στις γυναίκες οι 53 (81.5%) ήταν παντρεμένες, οι 10 (15.4%) χήρες, η μια (1.5%) ανύπαντρη και η μια (1.5%) άλλο.

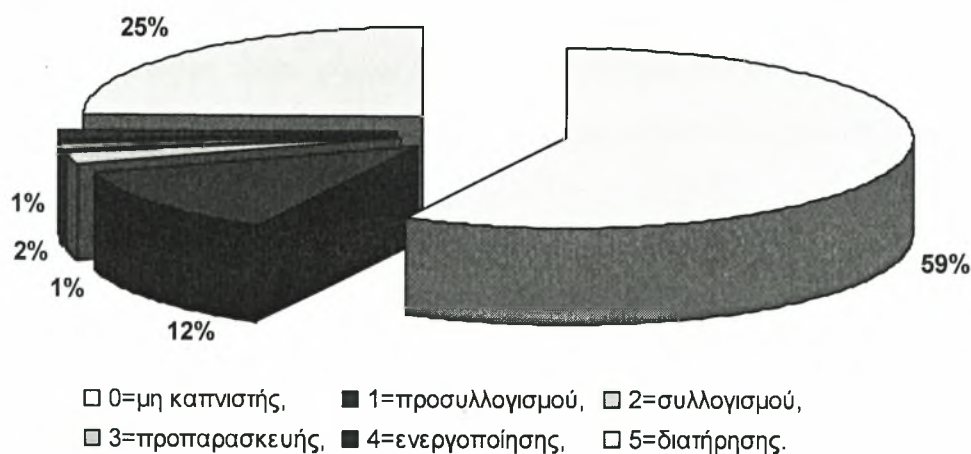
*Επάγγελμα.* Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα επαγγέλματα των συμμετεχόντων ταξινομημένα σε κατηγορίες ξεχωριστά στους άνδρες και στις γυναίκες.

**Πίνακας 1.** Κατηγορία επαγγέλματος των συμμετεχόντων ανά φύλο.

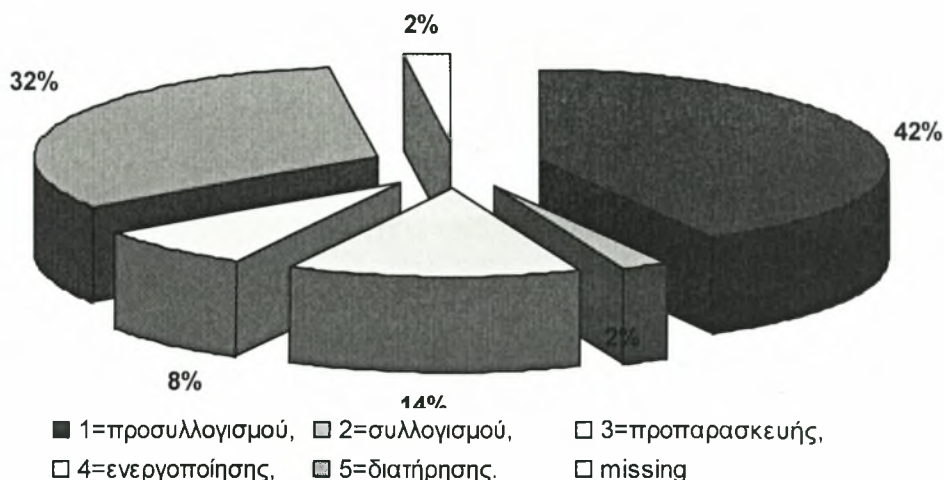
Είδος επαγγέλματος	Άνδρες		Γυναίκες	
	N	%	N	%
Χειρονακτική εργασία	39	49.4	19	29.2
Καθιστική εργασία	23	32.2	13	18.7
Έμποροι	10	13.9	5	7.6
Οικιακά			26	40

*Περιγραφικά χαρακτηριστικά ως προς το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων*

**Κάπνισμα:** Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59%, N=79) ανήκε στους μη καπνιστές, αφού δήλωσε ότι δεν κάπνισε ποτέ. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (25%, N=34) ανήκε στο τελευταίο στάδιο, το στάδιο διατήρησης. Τα άτομα που κάπνιζαν και δεν σκέφτονταν να το διακόψουν, δηλαδή αυτά που ανήκαν στο 1<sup>ο</sup> στάδιο αποτελούσαν ένα σχετικά μικρό ποσοστό (12%, N=17).



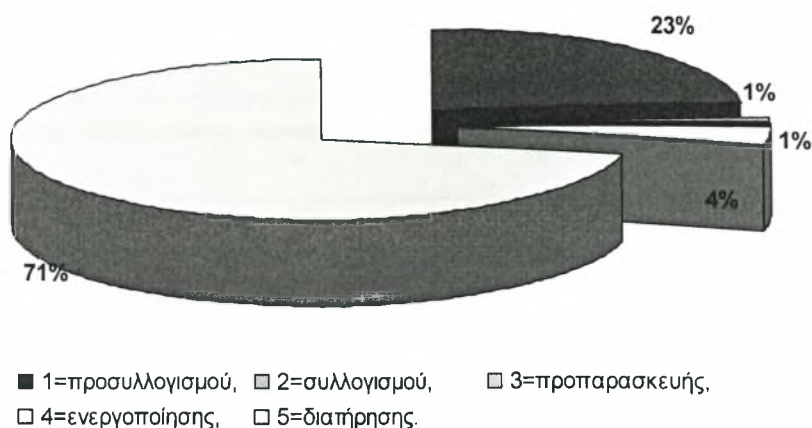
**Σχήμα 1:** Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος (0=μη καπνιστής, 1=καπνίζω και δεν σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες, 2=καπνίζω αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα, 3=καπνίζω αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να διακόψω, 4=κάπνιζα αλλά τον τελευταίο καιρό (<6 μήνες) δεν καπνίζω, 5=κάπνιζα αλλά τον τελευταίο καιρό (>6 μήνες) δεν καπνίζω).



**Σχήμα 2:** Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας (1= Δεν ασκούμε και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες , 2= Δεν ασκούμε, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα , 3= Δεν ασκούμε συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές , 4= Ασκούμε συστηματικά αλλά για λιγότερο από 6 μήνες 5= Ασκούμε συστηματικά για περισσότερους από 6 μήνες).

*Άσκηση:* Όσον αφορά την άσκηση, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (42%, N=57) ανήκε στο στάδιο του προσυλλογισμού, δηλαδή δεν ασκούνταν συστηματικά και δεν σκέφτονταν να αρχίσουν. Ένα ακόμη αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος (32%, N=44) ανήκε στο στάδιο διατήρησης, δηλαδή γυμνάζονταν συστηματικά για περισσότερους από έξι μήνες.

*Αλκοόλ:* Σχετικά με το αλκοόλ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 71% (N=98) ανήκε στο στάδιο διατήρησης, δηλαδή καταλάωναν αλκοόλ στο παρελθόν αλλά δεν πίνουν πια για περισσότερους από έξι μήνες. Ένα άλλο ποσοστό 23% (N=32) ανήκε στο στάδιο προσυλλογισμού δηλαδή καταναλώνει αλκοόλ και δεν σκέφτεται να σταματήσει τους επόμενους έξι μήνες. Ένα πολύ μικρό ποσοστό 4%(N=5) ανήκε στο στάδιο ενεργοποίησης δηλαδή καταλάωνε αλκοόλ στο παρελθόν αλλά τον τελευταίο καιρό λιγότερο από έξι μήνες δεν καταναλώνει πια.



**Σχήμα 3:** Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ (1= Καταναλώνω αλκοόλ και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες, 2= Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα, 3= Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω, 4= Κατανάλωνα αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό (λιγότερο από 6 μήνες) δεν πίνω πια, 5= Κατανάλωνα αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά δεν πίνω πια για περισσότερους από 6 μήνες).

*Έλεγχος αξιοπιστίας εργαλείων μέτρησης- ερωτηματολογίων:*

Η εσωτερική συνοχή των παραγόντων ελέγχθηκε με τον δείκτη  $\alpha$  του Cronbach για κάθε παράγοντα ξεχωριστά. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η εσωτερική συνοχή των παραγόντων ( $\alpha$  του Cronbach), οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών της ΘΣΣ για όλους τους συμμετέχοντες. Για τους περισσότερες παράγοντες η εσωτερική συνοχή ήταν πολύ υψηλή. Πρόβλημα παρουσιάστηκε σε δύο παράγοντες. Στο κοινωνικό πρότυπο αφαιρέθηκε η τρίτη ερώτηση (*γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα θέλουν*), γιατί βρέθηκε ότι βελτιώνει το δείκτη αξιοπιστίας και στις τρεις συμπεριφορές (κάπνισμα: από  $-.03$  σε  $.10$ , άσκηση: από  $.23$  σε  $.55$ , αλκοόλ: από  $.48$  σε  $.90$ ). Αφαιρέθηκαν επίσης η 2<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> ερώτηση της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, που αναφέρονταν σε γράψιμο γιατί βελτιώναν δραματικά το δείκτη αξιοπιστίας cronbach σε όλες τις συμπεριφορές (κάπνισμα: από  $-.84$  σε  $.81$ , άσκηση: από  $-1.21$  σε  $.91$ , αλκοόλ: από  $-1.15$  σε  $.91$ ).

**Πίνακας 2.** Εσωτερική συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

	<b><i>α</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>
<b><i>Κάπνισμα</i></b>			
Στάσεις	.87	6.68	0.89
Πρόθεση	.99	6.24	1.92
Αντ. Έλεγχος	.99	6.22	1.95
Αυτοταυτότητα	.97	6.17	1.88
Κοινωνικό πρότυπο	.10	6.76	0.62
Αντ. Ενημέρωση	.81	2.92	1.69
<b><i>Άσκηση</i></b>			
Στάσεις	.90	1.54	1.08
Πρόθεση	.98	4.09	2.59
Αντ. Έλεγχος	.98	4.21	2.55
Αυτοταυτότητα	.97	4.13	2.43
Κοινωνικό πρότυπο	.55	1.81	1.19
Αντ. Ενημέρωση	.91	3.45	1.96
<b><i>Αλκοόλ</i></b>			
Στάσεις	.97	5.68	1.84
Πρόθεση	.99	5.71	2.29
Αντ. Έλεγχος	.99	5.68	2.30
Αυτοταυτότητα	.98	5.69	2.25
Κοινωνικό πρότυπο	.90	5.96	1.66
Αντ. Ενημέρωση	.91	3.22	1.87

### Περιγραφικά χαρακτηριστικά συμπεριφορών.

**Κάπνισμα.** Το 63.2% (N=86) δήλωσε ότι είχε πειραματιστεί με το κάπνισμα, ενώ το 36% (N=49) δήλωσε ότι δεν είχε πειραματιστεί. Περισσότερα από ένα τσιγάρο καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα δήλωσε ότι κάπνιζε το 40.1% (N=55), ενώ αρνητικά απάντησε το 59.9% (N=82). Εν ενεργεία καπνιστές ήταν το 17.5% (N=24), ενώ εν ενεργεία συστηματικοί καπνιστές (κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα) ήταν το 13.9% (N=19). Παθιασμένοι καπνιστές ήταν το 10.2% (N=14) των συμμετεχόντων. Ο μέσος όρος των τσιγάρων που κάπνιζαν την εβδομάδα πριν την μέτρηση και την προηγούμενη μέρα της μέτρησης αξιολογήθηκαν μόνο για τους εν ενεργεία καπνιστές. Ο μέσος όρος των τσιγά-

ρων που κάπνισαν συνολικά την προηγούμενη εβδομάδα ήταν  $M=2.75$  ( $SD=8.45$ ), ενώ για την προηγούμενη μέρα ήταν  $M=2.73$  ( $SD=8.51$ ).

*Αλκοόλ.* Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ το 37.2% ( $N=51$ ) δήλωσε ότι καταλάωνε μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια, 2 – 5 μέρες την εβδομάδα δήλωσε ότι καταλάωνε το 9.5% ( $N=13$ ), καθημερινά αλλά λιγότερο από 4 ποτήρια καταλάωνε το 14.6% ( $N=20$ ) και περισσότερο από 4 ποτήρια την ημέρα δήλωσε ότι καταλάωνε το 2.2% ( $N=3$ ). Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 36.5% ( $N=50$ ) δήλωσε ότι δεν καταλάωνε ποτέ αλκοόλ.

*Άσκηση:* Ο μέσος όρος για τον δείκτη φυσικής δραστηριότητας ήταν  $M=8.70$  ( $SD= 10.81$ ). Δίλωσαν ότι ασκούνταν  $M=2.58$  ( $SD=2.72$ ) φορές την εβδομάδα και για  $M=29.89$  ( $SD=30.51$ ) ώρες κάθε φορά.

*Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ για το κάπνισμα, την άσκηση και το αλκοόλ.*

*Κάπνισμα.* Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p<.01$ ) μεταξύ της πρόθεσης της αυτοταυτότητας και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς, στατιστικά σημαντική μεταξύ της πρόθεσης και των στάσεων, ενώ δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, ενώ η συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης για κάπνισμα και του κοινωνικού προτύπου ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο  $p<.05$

**Πίνακας 3.** Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά καπνίσματος.

	1	2	3	4	5
1. Πρόθεση	-				
2. Στάσεις	.54**	-			
3. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.99**	.54**	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.20*	.29**	.24**	-	
5. Αυτοταυτότητα	.96**	.57**	.96**	.22**	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.03	-.04	.02	-.12	.01

\*\*  $p < .01$ 

Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα, στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα. Η Πρόθεση είχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα, ενώ με τις στάσεις και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση είχε χαμηλή συσχέτιση. Οι στάσεις, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και το κοινωνικό πρότυπο είχαν χαμηλή συσχέτιση με όλες τις μεταβλητές. Η αυτοταυτότητα είχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο ενώ είχε χαμηλή συσχέτιση με τις στάσεις και το κοινωνικό πρότυπο.

**Πίνακας 4.** Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς τη φυσική δραστηριότητα.

	1	2	3	4	5
1. Πρόθεση	-				
2. Στάσεις	.23**	-			
3. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.98**	.21*	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.19*	.26**	.21*	-	
5. Αυτοταυτότητα	.95**	.24**	.96**	.16	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.28**	.04	.30**	.06	.33**

\*\*  $p < .001$

Όσον αφορά το αλκοόλ, στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Η πρόθεση είχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με τις στάσεις τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα ενώ με το κοινωνικό πρότυπο είχε μέτρια αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση και πολύ χαμηλή με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Οι στάσεις έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με την πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα, μέτρια συσχέτιση με το κοινωνικό πρότυπο και χαμηλή με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος είχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με την πρόθεση και την αυτοταυτότητα και τις στάσεις ενώ μέτρια με το κοινωνικό πρότυπο. Η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση είχε πολύ χαμηλές συσχετίσεις με όλες τις μεταβλητές.

**Πίνακας 5.** Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

	1	2	3	4	5
1. Πρόθεση	-				
2. Στάσεις	.75**	-			
3. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.99**	.77**	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.61**	.59**	.62**	-	
5. Αυτοταυτότητα	.99**	.79**	.99**	.64**	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.07	.10	.08	.01	-.09

\*\*  $p < .001$

*Συσχετίσεις των παραγόντων της ΘΣΣ με τα κριτήρια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος της άσκησης και του αλκοόλ*

*Κάπνισμα.* Οι υψηλότερες αρνητικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 9, παρατηρήθηκαν στις μεταβλητές της ΘΣΣ πρόθεση, αντιλαμβανόμενος



έλεγχος συμπεριφοράς και αυτοταυτότητας μεταξύ των μεταβλητών εν ενεργεία καπνιστής, εν ενεργεία συστηματικός καπνιστής, παθιασμένος καπνιστής, αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα και αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη ημέρα. Οι περισσότερες από τις υπόλοιπες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ήταν αρνητικές, από χαμηλές ως μέτριες. Εξαιρέση αποτέλεσε η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση όπου οι μεταβλητές εν ενεργεία καπνιστής, εν ενεργεία συστηματικός καπνιστής, παθιασμένος καπνιστής, αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα και αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη ημέρα ήταν θετικές αλλά χαμηλές και μη σημαντικές.

**Πίνακας 6.** Συσχετίσεις Spearman και Pearson (αριθμός τσιγάρων) μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος.

Μεταβλητές ΘΣΣ	πειραματισμός με το κάπνισμα	συστηματικοί καπνιστές	Εν ενεργεία καπνιστής	Εν ενεργεία συστηματικός καπνιστής	Παθιασμένος καπνιστής	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη μέρα
Στάσεις	-19*	-38**	-56**	-62**	-46**	-46**	-43**
Πρόθεση	-34**	-52**	-88**	-90**	-75**	-78**	-79**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-34**	-52**	-87**	-90**	-75**	-78**	-77**
Κοινωνικό πρότυπο	-15	-28**	-30**	-26**	-10	-05	-03
Αυτοταυτότητα	-35**	-57**	-82**	-81**	-68**	-78**	-77**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-29**	-.08	.05	.02	.04	.01	.01

\*\*  $p < .001$

*Αλκοόλ και Άσκηση.* Για το αλκοόλ εξαίρεση μη σημαντικής συσχέτισης αποτέλεσε η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, ενώ για το συνολικό δείκτη άσκησης η μοναδική μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση σημειώθηκε με τις στάσεις. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 10, όλες οι άλλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ήταν υψηλές με εξαίρεση το κοινω-

νικό πρότυπο και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση ως προς το συνολικό δείκτη άσκησης (χαμηλή συσχέτιση) και το κοινωνικό πρότυπο ως προς την κατανάλωση αλκοόλ (μέτρια συσχέτιση).

**Πίνακας 7.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και του Συνολικού Δείκτη της μέχρι τώρα Άσκησης (Pearson) καθώς και της μέχρι τώρα κατανάλωσης αλκοόλ (Spearman).

Μεταβλητές ΘΣΣ	Συνολικός Δείκτης Άσκησης	Κατανάλωση αλκοόλ
Στάσεις	-14	-69**
Πρόθεση	-73**	-81**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-70**	-80**
Κοινωνικό πρότυπο	-19*	-52**
Αυτοταυτότητα	-71**	-80**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-26**	-12

\*\*  $p < .001$

#### *Πρόβλεψη πρόθεσης από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ*

Στον Πίνακα 11, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης με τις οποίες διερευνήθηκε η σχέση της πρόθεσης για υιοθέτηση της κάθε συμπεριφοράς (εξαρτημένη μεταβλητή) από τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (ανεξάρτητες μεταβλητές).

**Πίνακας 8.** Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	<i>t</i>	<i>F</i>
<b>Πρόθεση για κάπνισμα</b>				2180,26**
	Στάσεις	.01	0.84	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.93	26.99**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.04	3.57**	
	Αυτοταυτότητα	.07	1.99*	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.01	0.60	
<b>Πρόθεση για άσκηση</b>				
	Στάσεις	.01	.68	606.40**
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.76	12.31**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.01	.57	
	Αυτοταυτότητα	.23	3.73**	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.02	1.10	
<b>Πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ</b>				
	Στάσεις	.03	1.60	2102.82**
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.99	112.37**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.01	.43	
	Αυτοταυτότητα	.02	.22	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.01	.85	

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

### Κάπνισμα

Σχετικά με την πρόθεση για κάπνισμα, από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση), προέκυψε ότι μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της

συμπεριφοράς με πολύ ισχυρή συνεισφορά (Beta=.93) και το κοινωνικό πρότυπο (Beta=.04) είχαν στατιστικά σημαντική συνεισφορά στην ερμηνεία της διακύμανσης της πρόθεσης για κάπνισμα ( $F_{5,136} = 2180.26, p < .001, R^2 = .99$ , Πίνακας 11).

#### *Άσκηση*

Στην ερμηνεία της πρόθεσης για άσκηση από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) στατιστικά σημαντική συνεισφορά ( $F_{5,136} = 606.40, p < .001, R^2 = .96$ ) είχε μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς με (Beta=.76) (Πίνακας 11).

#### *Κατανάλωση αλκοόλ*

Στην ερμηνεία της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) την ισχυρότερη συνεισφορά είχε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς (Beta=.99), και το κοινωνικό πρότυπο (Beta=.03) ( $F_{5,136} = 2102,82, p < .001, R^2 = .99$ , Πίνακας 11).

#### *Πρόβλεψη κάθε συμπεριφοράς από τις μεταβλητές τη ΘΣΣ*

Με ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης διερευνήθηκε η δυνατότητα πρόβλεψης της κάθε συμπεριφοράς (κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, κατανάλωση αλκοόλ) από τις στάσεις, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση.

#### *Κάπνισμα*

Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση που αξιολογεί τον εν ενεργεία συστηματικό καπνιστή, έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνεται και η κατηγορία του

**Πίνακας 9.** Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	T	F
<b>Συστηματικός εν ενεργεία καπνιστής</b>				151.98**
	Στάσεις	.02	.41	
	Κοινωνικό πρότυπο	.02	.63	
	Αυτοταυτότητα	.47	4.08**	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.02	.70	
	<b>Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς</b>	.04	.15	
	<b>Πρόθεση</b>	.43	1.5	
<b>Συνολικός Δείκτης Άσκησης</b>				26.09**
	Στάσεις	.06	.88	
	Κοινωνικό πρότυπο	.08	1.32	
	Αυτοταυτότητα	.30	1.38	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.05	.79	
	<b>Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς</b>	.43	1.42	
	<b>Πρόθεση</b>	.84	2.89**	
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				92.87**
	Στάσεις	.11	1.66	
	Κοινωνικό πρότυπο	.01	.02	
	Αυτοταυτότητα	.15	.44	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.07	1.76	
	<b>Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς</b>	.14	.31	
	<b>Πρόθεση</b>	.81	2.36*	

\*\* $p < .001$ , \* $p < .05$

παθιασμένου καπνιστή. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 12, από τις έξι ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και πρόθεση) στατιστικά σημαντική συνεισφορά στην ερμηνεία της διακύμανσης του συστηματικού εν ενεργεία καπνιστή ( $F_{6,136}= 151,98$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.88$ ) είχε η αυτοταυτότητα (Beta=.47), η πρόθεση (Beta=.43) και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς με (Beta=.04,  $p<.001$ ).

### Άσκηση

Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο συνολικός δείκτης άσκησης. Στην αρχική μέτρηση στατιστικά σημαντική ( $F_{6,136}= 26,09$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.55$ ) ήταν η συνεισφορά της πρόθεσης (Beta=.84), του κοινωνικού προτύπου (Beta=.08), των στάσεων (Beta=.06), της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης (Beta=.05), και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς (Beta=.43). Πίνακας 12).

### Αλκοόλ

Στην αρχική μέτρηση, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 12 προέκυψε ότι στατιστικά σημαντική συνεισφορά ( $F_{6,136}= 92,87$   $p<.001$ ,  $R^2=.81$ ) είχε η πρόθεση (Beta=.81) και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση (Beta=.07).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να καταγράψει συμπεριφορές υγείας που αφορούσαν την φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, και το αλκοόλ και να μελετήσει μέσα από τις κοινωνικογνωστικές Θεωρίες της Σχεδιασμένης συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και το Μοτέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ). Μελετήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα τρίτης ηλικίας αποφασίζουν να ασχοληθούν με την φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα ή το αλκοόλ με σκοπό να βρεθούν τρόποι παρέμβασης που θα οδηγήσουν τα άτομα στην απόκτηση υγιεινών τρόπων ζωής και την διακοπή των ανθυγιεινών συνηθειών.

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα στην Ελλάδα, τα άτομα τρίτης ηλικίας δεν έχουν ιδιαίτερα μεγάλη σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ καθώς βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν καταναλώνει αλκοόλ για περισσότερο από έξι μήνες.

Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα η κατάσταση στη χώρα μας είναι σε καλό επίπεδο όσον αφορά τη σχέση των ατόμων τρίτης ηλικίας με το αλκοόλ. Σε αντίθεση με την Αμερική όπου η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί δημόσιο ζήτημα υγείας και βαριόι πότες συνδέονται με πολλαπλές δυσμενείς συνέπειες στην υγεία συμπεριλαμβανομένου την κίρρωση του ήπατος (Breslow, Faden, & Smothers, 2003).

Σχετικά με τους παράγοντες που σύμφωνα με την ΘΣΣ, οδηγούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης με τις στάσεις τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα ενώ με το κοινωνικό πρότυπο είχε μέτρια

αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση και πολύ χαμηλή με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Οι στάσεις από την άλλη πλευρά είχαν στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με την πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα, ενώ έχουν μέτρια συσχέτιση με το κοινωνικό πρότυπο και χαμηλή με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Για τους νέους ενήλικες η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με διαφορετικά κριτήρια από αυτά που προέκυψαν στην παρούσα έρευνα για τους ηλικιωμένους. Πιο συγκεκριμένα για τις νέες γυναίκες κριτήριο για κατανάλωση αλκοόλ αποτέλεσαν ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και η κοινωνικότητα. Ενώ για τους άνδρες η καλύτερη σεξουαλική λειτουργία και η επιβεβαίωση για γυναίκες βελτίωσαν την πρόγνωση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ πέρα και πάνω από προθέσεις και αντιληπτό έλεγχο. Έτσι τα κίνητρα για κατανάλωση αλκοόλ στους νέους εξαρτώνται από τα προσδόκιμα αποτελέσματα της κατανάλωσης και αποτελούν δείκτες πρόγνωσης υπερβολικής κατανάλωσης (Wall, Hinson, & McKee, 1998). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν εν μέρει με τα αποτελέσματα ερευνών σε παιδιά που δείχνουν ότι τα κίνητρα τους για να καπνίσουν και να καταναλώσουν αλκοόλ βασίζονται κυρίως στα πρότυπά τους. Καθώς βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προτύπων και της πρόθεσης και της προθυμίας να καταναλώσουν αλκοόλ (Spijkerman, van den Eijnden, Vitale, & Engels, 2004). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν και οι (Huchting, Lac, & Labrie, 2007) καθώς στην έρευνα τους που μελέτησαν την κατανάλωση αλκοόλ με βάση τη ΘΣΣ βρήκαν ότι υποκειμενικά πρότυπα συνέβαλλαν περισσότερο στην πρόθεση κατανάλωσης αλκοόλ από ότι οι συμπεριφορές ή ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς. Αυτό είναι ανησυχητικό γιατί η κατανάλωση αλκοόλ στα παιδιά και εν μέρει στους ηλικιωμένους συνδέεται με τα πρότυπα. Έτσι θεωρείται αναγκαίο η λήψη κάποιων μέτρων για αλλαγή των προτύπων τόσο στους ηλικιωμένους όσο και πολύ δε περισσότερο στα παιδιά. Καθώς κατά καιρούς

από διάφορες έρευνες προέκυψε ότι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί βλά-



βες στα ζωτικά όργανα των ηλικιωμένων. Τα συχνότερα προβλήματα από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλούνται κυρίως στο παχύ έντερο. Ο καρκίνος αυτού του είδους αποδόθηκε κατά 46% στην κατανάλωση αλκοόλ. Έτσι σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι μισές περιπτώσεις θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μέσω του ελέγχου κατανάλωσης αλκοόλ στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους Ιάπωνες άνδρες (Otani et al., 2003). Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ συνδέθηκε επίσης με σπονδυλική δυσμορφία κυρίως στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες που έπιναν συχνά. (Grazio, Korsic, & Jajic, 2005). Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις της κατανάλωσης αλκοόλ και στην πνευματική υγεία καθώς βρέθηκε μεγάλη υπεροχή της πρώιμης άνοιας συνδεδεμένη με μεγάλη ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Παρόμοια σχέση της κατανάλωσης αλκοόλ βρέθηκε με την νόσο Alzheimer και την πρώιμη άνοια (Mukamal et al., 2003). Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Aguilar-Navarro, Reyes-Guerrero, & Borgues, 2007) όπου τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τη γνωστική εξασθένιση.

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε επίσης η συμπεριφορά του καπνίσματος με βάση την ΘΣΣ. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που καπνίζουν συστηματικά μέχρι και σήμερα στην χώρα μας είναι σχετικά μικρό. Σύμφωνα με την ΘΣΣ σχετικά με την συμπεριφορά του καπνίσματος για τους παράγοντες που επηρεάζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας στην απόκτηση αυτής της συνήθειας τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης, της αυτοταυτότητας και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς καθώς επίσης της πρόθεσης και των στάσεων και στατιστικά σημαντική ήταν η συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης για κάπνισμα και του κοινωνικού προτύπου ενώ χαμηλή ήταν η συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης. Άρα για την απόκτηση του καπνίσματος που είναι μια ανθυγιεινή συμπεριφορά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και το κοινωνικό πρότυπο σε συνδυασμό

με την πρόθεση παίζουν σημαντικό ρόλο για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους. Η σημασία του κοινωνικού προτύπου για την συμπεριφορά του καπνίσματος βρέθηκε και στην εφηβεία καθώς οι (Spijkerman, van den Eijnden, Vitale, & Engels, 2004) βρήκαν ότι το κοινωνικό πρότυπο μπορεί να αλλάξει την πρόθεση των εφήβων ως προς το κάπνισμα. Σχετικά με την υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος ενθαρρυντικά είναι τα μηνύματα και από τον Φιλανδικό λαό καθώς βρέθηκε ότι θα υπάρξει καλύτερη υγεία για τις επόμενες γενεές τρίτης ηλικίας αφού μειώνονται συνεχώς οι αριθμοί ανδρών και γυναικών που καπνίζουν. Επίσης το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από τις αλλαγές που έχουν σημειωθεί στη διατροφή και στη λειτουργική ικανότητα των πληθυσμών που μελετήθηκαν (Sulander 2004).

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε και η συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Από την εφαρμογή της ΘΣΣ τα ευρήματα έδειξαν ότι η πρόθεση είχε στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα, ενώ με τις στάσεις και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση είχε χαμηλή συσχέτιση ενώ χαμηλή συσχέτιση είχαν οι στάσεις η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και το κοινωνικό πρότυπο με όλες τις μεταβλητές. Άρα από τα ευρήματα καταλαβαίνουμε πως το αν τα άτομα θα ασκηθούν ή όχι δεν εξαρτάται καθόλου από το κοινωνικό πρότυπο αλλά καθοριστικό ρόλο παίζει ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς η αυτοταυτότητα των ατόμων και η πρόθεση. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα του Kerry et al., (2000) ο οποίος υποστηρίζει ότι στην πρόθεση των ηλικιωμένων για άσκηση το υποκειμενικό πρότυπο δεν παίζει κανένα ρόλο στα ηλικιωμένα άτομα και ότι αυτό που πραγματικά μπορεί να συμβάλει στην ενασχόληση των ηλικιωμένων με την άσκηση είναι η κοινωνική υποστήριξη η οποία όπως ισχυρίζεται θα πρέπει να αντικαταστήσει το υποκειμενικό πρότυπο στην ΘΣΣ. Για την άσκηση των ηλικιωμένων και ειδικότερα δε των γυναικών ασχολήθηκαν οι Conn, Tripp-Reimer, και Maas, (2003) οι οποίοι

εκτίμησαν ότι αυτό που μπορεί να βοηθήσει τις ηλικιωμένες γυναίκες να ασχοληθούν με την φυσική δραστηριότητα σύμφωνα με την ΘΣΣ και τις μεταβλητές της (πεποιθήσεις συμπεριφοράς, αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και κανονιστικές αντιλήψεις) ήταν η ενίσχυση της πεποίθησης.

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε ακόμη η συμπεριφορά του καπνίσματος μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος επηρεάζεται περισσότερο από την πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα. Για την τρίτη ηλικία δεν βρέθηκαν έρευνες σχετικά με την ΘΣΣ και το κάπνισμα. Βρέθηκαν μόνο για την παιδική ηλικία 10-14 ετών για την οποία τα κίνητρα για την απόκτηση της συνήθειας του καπνίσματος ήταν επηρεάζονται από γενικούς παράγοντες γονικής συμπεριφοράς (π.χ. ποιότητα σχέσης γονέα και παιδιού, ψυχολογικός έλεγχος, αυστηρός έλεγχος, γονική γνώση, συμπεριφορά, ενέργεια και κοινωνικό πρότυπο) και κάπνισμα γονέων (Harakeh, Scholte, Vermulst, de Vries, & Engels, 2004). Στην δική μας έρευνα το κοινωνικό πρότυπο ήταν στατιστικά σημαντικό αλλά η συσχέτιση ήταν χαμηλή. Οι στάσεις έπαιξαν κάποιο ρόλο αλλά κάπως χαμηλό. Για τον παθιασμένο καπνιστή τα ευρήματα είναι κάπως διαφορετικά από τον συστηματικό καπνιστή. Πιο συγκεκριμένα ενώ το κάπνισμα στον παθιασμένο καπνιστή επηρεάζεται και αυτό από τη πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα με χαμηλότερες βέβαια συσχετίσεις από τον συστηματικό καπνιστή, αυτό που έκανε εντύπωση ήταν ότι κοινωνικό πρότυπο δεν επηρεάζεται καθόλου στον παθιασμένο καπνιστή. Κατά την εκτίμηση μας η διαφορά αυτή να οφείλεται στον εθισμό του παθιασμένου καπνιστή για το κάπνισμα.

Οι υψηλότερες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ του συνολικού δείκτη άσκησης στα άτομα τρίτης ηλικίας παρατηρήθηκαν στην πρόθεση τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα. Υπήρξε και κάποια συσχέτιση μετα-

ξύ αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης και κοινωνικού προτύπου αλλά ιδιαίτερα χαμηλή. Με τα ευρήματα αυτά συμφωνεί εν μέρει η έρευνα των (Michels & Kugler, 1998) οι οποίοι όμως βρήκαν ότι ως κριτήριο για άσκηση των ηλικιωμένων αποτελεί μόνο η πρόθεση. Πιο συγκεκριμένα η πρόθεση εξαρτάται κυρίως από ιατρικές συστάσεις. Η συγκεκριμένη έρευνα δίνει έμφαση για την προώθηση της άσκησης στα ηλικιωμένα άτομα στο ρόλο των γιατρών.

Οι υψηλότερες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων και της ΘΣΣ για την κατανάλωση αλκοόλ των ηλικιωμένων παρατηρήθηκαν στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, την πρόθεση και την αυτοταυτότητα. Συσχέτιση παρατηρήθηκε και μεταξύ των κοινωνικών προτύπων και των στάσεων οι οποίες όμως ήταν μέτριες. Ενώ δεν παρατηρήθηκε καθόλου συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης. Από τα παραπάνω αποτελέσματα εκτιμάται ότι αν οι ηλικιωμένοι είχαν μια καλύτερη ενημέρωση για τις συνέπειες του αλκοόλ στην τρίτη ηλικία τότε ίσως η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση είχε υψηλή συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλ και πιο συγκεκριμένα με την διακοπή της.

Επιπλέον μελετήθηκε η πρόβλεψη της εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ. Η πρόθεση για την πρόβλεψη του καπνίσματος προβλέπεται σημαντικά από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, το κοινωνικό πρότυπο και την αυτοταυτότητα. Η πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκησης προβλέπεται σημαντικά από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα. Η πρόθεση για πρόβλεψη κατανάλωσης αλκοόλ προβλέπεται σημαντικά από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Η πρόβλεψη για το αν είναι συστηματικός εν ενεργεία καπνιστής προβλέπεται σημαντικά από την αυτοταυτότητα, ενώ στο συνολικό δείκτη άσκησης και στη κατανάλωση αλκοόλ εξαρτάται από την πρόθεση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### *Κάπνισμα*

1. Η πρόθεση των ατόμων τρίτης ηλικίας για κάπνισμα συσχετίζεται με τις υποκλίμακες της ΘΣΣ. Συγκεκριμένα, η αυτοταυτότητα τους και η αίσθηση ότι ελέγχουν την συμπεριφορά τους συσχετίζονταν σημαντικά με την πρόθεση για κάπνισμα. Αυτές οι δύο μεταβλητές συνέβαλλαν σημαντικά και στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα.
2. Οι μεταβλητές της ΘΣΣ γενικά συσχετίζονταν με τη συμπεριφορά του συστηματικού εν ενεργεία καπνιστή, εκτός της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης που δεν παρουσιάστηκε σημαντική συσχέτιση και του κοινωνικού προτύπου που η συσχέτιση ήταν σημαντική μεν αλλά πολύ μικρή. Στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του καπνίσματος συνεισέφερε σημαντικά μόνο η αυτοταυτότητα.

#### *Φυσική Δραστηριότητα*

3. Οι παράγοντες της ΘΣΣ που εμφάνισαν την υψηλότερη συσχέτιση με την πρόθεση για φυσική δραστηριότητα ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα, ενώ με τις άλλες τρεις μεταβλητές (στάσεις, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) η συσχέτιση ήταν σημαντική αλλά χαμηλή. Στην

πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση συνεισέφεραν σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα.

4. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ εκτός από τις στάσεις συσχετίστηκαν σημαντικά με το Συνολικό δείκτη Άσκησης, αλλά υψηλότερες ήταν οι συσχετίσεις με την πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την Στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς της φυσικής δραστηριότητας συνεισέφερε σημαντικά μόνο η πρόθεση.

#### *Αλκοόλ*

5. Η πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόνταν υψηλά με τις στάσεις, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα ενώ μέτρια ήταν η συσχέτιση της πρόθεσης με το κοινωνικό πρότυπο. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνεισέφερε μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς.
6. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ σχετιζόνταν με την αυτοαναφερόμενη κατανάλωση αλκοόλ εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Στην πρόβλεψη αυτής της συμπεριφοράς συνεισέφερε μόνο η πρόθεση.

#### **Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και πρακτική εφαρμογή**

Η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη σε επαρχιακή πόλη όπου οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ως κύριο επάγγελμα είχαν την γεωργία ή κάποια άλλη χειρονακτική εργασία συνεπώς πολλοί από αυτούς στερούνταν ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης και κάποιοι στερούνταν ακόμα και της βασικής εκπαίδευσης. Έτσι για να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη κα-

τανόηση των συμπεριφορών υγείας στα άτομα τρίτης ηλικίας, ενδιαφέρον θα είχε η μελέτη των συμπεριφορών αυτών σε άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία διαμένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας. Τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος στα συγκεκριμένα κέντρα θα ήταν διαφορετικά διότι μείζονες διαφορές θα υπήρχαν στις επαγγελματικές ενασχολήσεις και στις συνθήκες διαβίωσης των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επίσης, είναι αναμενόμενο να υπάρξουν και άλλες διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, θα προκύψουν διαφορές που σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διότι είναι γνωστό ότι ο πληθυσμός των αστικών κέντρων κατά κανόνα λαμβάνει υψηλότερη μόρφωση από τον πληθυσμό της υπαίθρου ή άλλων σημείων της επαρχίας. Τέλος, θα υπήρχε μεγάλο ενδιαφέρον να διαπιστωθεί αν οι εν λόγω μορφωτικές διαφορές θα διαφοροποιούσαν τις διατροφικές συνήθειες του δείγματος της έρευνας, μία άλλη συμπεριφορά υγείας που θα ήταν σκόπιμο να μελετηθεί.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, England: Open University Press
- Aguilar-Navarro, S. G., Reyes-Guerrero, J., & Borgues, G. (2007). [Cognitive impairment and alcohol and cigarette consumption in Mexican adults older than 65 years]. *Salud Publica de Mexico*, 49 Suppl 4, S467-474.
- Aveyard, P., Lawrence, T., Cheng, K. K., Griffin, C., Croghan, E., & Johnson, C. (2006). A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *British Journal of Health Psychology*, 11(Pt 2), 263-278.
- Breslow, R. A., Faden, V. B., & Smothers, B. (2003). Alcohol consumption by elderly Americans. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(6), 884-892.
- Burbank, P. M., Reibe, D., Padula, C. A., & Nigg, C. (2002). Exercise and older adults: changing behavior with the transtheoretical model. *Orthopaedic Nursing/National Association of orthopaedic Nurses*, 21(4), 51-61; quiz 61-53.
- Cheung, C., Wyman, J., Gross, C., Peters, J., Findorff, M., & Stock, H. (2007). Exercise behavior in older adults: a test of the transtheoretical model. *Journal of Aging Physical Activity*, 15(1), 103-118.
- Conn, V. S., Tripp-Reimer, T., & Maas, M. L. (2003). Older women and exercise: theory of planned behavior beliefs. *Public Health Nursing (Boston, Mass)*, 20(2), 153-163.
- de Groot, L. C., Verheijden, M. W., de Henauw, S., Schroll, M., & van Staveren, W. A. (2004). Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological*



- 
- Sciences and Medical Sciences*, 59(12), 1277-1284.
- Edelstein, S. L., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (1998). Prospective association of smoking and alcohol use with cognitive function in an elderly cohort. *Journal of Women's Health*, 7(10), 1271-1281.
- Ellekjaer, H., Holmen, J., & Vatten, L. (2001). Blood pressure, smoking and body mass in relation to mortality from stroke and coronary heart disease in the elderly. A 10-year follow-up in Norway. *Blood Pressure*, 10(3), 156-163.
- Ganry, O., Baudoin, C., & Fardellone, P. (2000). Effect of alcohol intake on bone mineral density in elderly women: The EPIDOS Study. *Epidemiologie de l'Osteoporose. American Journal of Epidemiology*, 151(8), 773-780.
- Geffken, D. F., Cushman, M., Burke, G. L., Polak, J. F., Sakkinen, P. A., & Tracy, R. P. (2001). Association between physical activity and markers of inflammation in a healthy elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 153(3), 242-250.
- Grazio, S., Korsic, M., & Jajic, I. (2005). Effects of smoking and alcohol consumption on vertebral deformity in the elderly--an epidemiological study. *Collegium Antropologicum*, 29(2), 567-572.
- Ham, O. K., & Lee, Y. J. (2007). Use of the transtheoretical model to predict stages of smoking cessation in Korean adolescents. *Journal of School Health*, 77(6), 319-326.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H., Vermulst, A. A., de Vries, H., & Engels, R. C. (2004). Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of The theory of planned behavior. *Preventive Medicine*, 39(5), 951-961.
- Huchting, K., Lac, A., & Labrie, J. W. (2007). An application of the Theory of Planned Behavior to sorority alcohol consumption. *Addicivet Behaviors*.
- Ilich, J. Z., Brownbill, R. A., Tamborini, L., & Crncevic-Orlic, Z. (2002). To drink or not to drink: how are alcohol, caffeine and past smoking related to bone mineral density in elderly women? *Journal of the American College of Nutrition*, 21(6), 536-544.

- Ishii, T., & Kuyama, Y. (2002). [Smoking, alcohol and peptic ulcer in the elderly]. *Nippon Rinsho Japanese journal of clinical medicine*, 60(8), 1644-1647.
- Kerry, S., Plotnikoff, R., Hotz, S., Birkett, N., (2000). Social Support and the Theory of Planned Behavior in the Exercise Domain, *American Journal of Health Behavior*
- Kim, O., & Baik, S. (2004). Alcohol consumption, cigarette smoking, and subjective health in Korean elderly men. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1595-1603.
- Kuther, T. L. (2002). Rational decision perspectives on alcohol consumption by youth. Revising the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors*, 27(1), 35-47.
- Lach, H. W., Everard, K. M., Highstein, G., & Brownson, C. A. (2004). Application of the transtheoretical model to health education for older adults. *Health Promotion Practice*, 5(1), 88-93.
- LaCroix, A. Z., Guralnik, J. M., Berkman, L. F., Wallace, R. B., & Satterfield, S. (1993). Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *American Journal of Epidemiology*, 137(8), 858-869.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504.
- Mairki, A., Bauer, G. F., Nigg, C. R., Conca-Zeller, A., & Gehring, T. M. (2006). Transtheoretical model-based exercise counselling for older adults in Switzerland: Quantitative results over a 1-year period. *Sozial-und Praventivmedizin*, 51(5), 273-280.
- McAuley, E., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Blissmer, B., & Katula, J. (2002). Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging & Mental Health*, 6(3), 222-230.
- Michels, T. C., & Kugler, J. P. (1998). Predicting exercise in older Americans: using the theory of planned behavior. *Military Medicine*, 163(8), 524-529.
- Mukamal, K. J., Kuller, L. H., Fitzpatrick, A. L., Longstreth, W. T., Jr., Mittleman, M. A., & Siscovick,

- D. S. (2003). Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *Jama : the journal of American Medical Association*, 289(11), 1405-1413.
- Nguyen, T. V., Center, J. R., & Eisman, J. A. (2000). Osteoporosis in elderly men and women: effects of dietary calcium, physical activity, and body mass index. *Journal of Bone and Mineral Research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 15(2), 322-331.
- Otani, T., Iwasaki, M., Yamamoto, S., Sobue, T., Hanaoka, T., Inoue, M., et al. (2003). Alcohol consumption, smoking, and subsequent risk of colorectal cancer in middle-aged and elderly Japanese men and women: Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, consponsored by the American Society of Preventive Oncology* 12(12), 1492-1500.
- Pluijm, S. M., Visser, M., Puts, M. T., Dik, M. G., Schalk, B. W., van Schoor, N. M., et al. (2007). Unhealthy lifestyles during the life course: association with physical decline in late life. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(1), 75-83.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach : Crossing traditional boundaries of therapy*. Pacific Grove CA: Brooks/Cole
- Rapuri, P. B., Gallagher, J. C., Balhorn, K. E., & Ryschon, K. L. (2000). Alcohol intake and bone metabolism in elderly women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(5), 1206-1213.
- Spijkerman, R., van den Eijnden, R. J., Vitale, S., & Engels, R. C. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: the concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1615-1622.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 156(4), 328-334.

- 
- Sulander, T., Helakorpi, S., Rahkonen, O., Nissinen, A., & Uutela, A. (2004). Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985-2001. *Preventive Medicine, 39*(2), 413-418.
- Taddei, S., Galetta, F., Viridis, A., Ghiadoni, L., Salvetti, G., Franzoni, F., et al. (2000). Physical activity prevents age-related impairment in nitric oxide availability in elderly athletes. *Circulation, 101*(25), 2896-2901.
- Tsoh, J. Y., & Hall, S. M. (2004). Depression and smoking: from the Transtheoretical Model of change perspective. *Addictive Behaviors, 29*(4), 801-805.
- Van der Horst Graat, J. M., Terpstra, J. S., Kok, F. J., & Schouten, E. G. (2007). Alcohol, smoking, and physical activity related to respiratory infections in elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 11*(1), 80-85.
- Wall, A. M., Hinson, R. E., & McKee, S. A. (1998). Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *Journal of Studies on Alcohol, 59*(4), 409-419.
- Wannamethee, S. G., Lowe, G. D., Whincup, P. H., Rumley, A., Walker, M., & Lennon, L. (2002). Physical activity and hemostatic and inflammatory variables in elderly men. *Circulation, 105*(15), 1785-1790.
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L. Y., & Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. *Archives of Internal Medicine, 161*(14), 1703-1708.
- Zhou, H., Deng, J., Li, J., Wang, Y., Zhang, M., & He, H. (2003). Study of the relationship between cigarette smoking, alcohol drinking and cognitive impairment among elderly people in China. *Age and Ageing, 32*(2), 205-210

## Συναίνεση δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία

### Τίτλος Έρευνας:

Μελέτη συμπεριφορών υγείας μέσα από κοινωνικογνωστικές θεωρίες: Κάπνισμα, αλκοόλ και φυσική δραστηριότητα σε ηλικιωμένα άτομα.

**Ερευνητής:** **Ελένη Ντόβα**, καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

### 1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να καταγραφούν συμπεριφορές υγείας που αφορούν στη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ σε ηλικιωμένα άτομα. Για να μπορέσουμε να μελετήσουμε και να κατανοήσουμε αυτές τις συμπεριφορές καταγράφονται και κάποιες άλλες σχετικές ψυχολογικές μεταβλητές.

### 2. Διαδικασία μετρήσεων

Οι μετρήσεις γίνονται αποκλειστικά με ερωτηματολόγια που η συμπλήρωση τους απαιτεί περίπου 20 λεπτά. Μετά από ένα μήνα θα επαναληφθεί η μέτρηση με ένα ερωτηματολόγιο, πολύ μικρότερο σε έκταση, η συμπλήρωση του οποίου θα μπορεί γίνει μέσα σε λιγότερο από 5'. Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα είναι παρούσα η ερευνήτρια, οπότε θα μπορέσει να λύσει οποιαδήποτε απορία που μπορεί να έχεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται κατά προτίμηση στον προσωπικό σου χώρο, χωρίς όμως την παρουσία άλλων ατόμων, έτσι ώστε να μην επηρεάζονται οι απαντήσεις σου, αλλά και για να χρησιμοποιήσεις ουσιαστικά τον χρόνο σου.

### 3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Δεν υπάρχουν.

### 4. Προσδοκούμενες ωφέλειες

Η συμμετοχή σας σ' αυτή την έρευνα θα βοηθήσει αρχικά εμάς να ερμηνεύσουμε ορισμένες συμπεριφορές υγείας, δηλαδή τους λόγους για τους οποίους ηλικιωμένα άτομα ακολουθούν ορισμένες συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία. Έμμεσα βοηθάει εσάς αλλά και όλα τα ηλικιωμένα άτομα του περιβάλλοντος σας, εφόσον γίνει πρακτική εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

### 5. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σου στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείς με τη δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σου δε θα φαίνεται πουθενά.

### 6. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις οποιοδήποτε ερωτήσεις. Αν έχεις κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζήτησέ μας να σου δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις.

### 7. Ελευθερία συναίνεσης

Η άδειά σου να συμμετάσχεις στην εργασία είναι εθελοντική. Είσαι ελεύθερος να μην συναινέσεις ή να διακόψεις τη συμμετοχή σου όποτε επιθυμείς.

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα εκτελέσω. Συναινώ να συμμετέχω στην εργασία.

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος

Υπογραφή

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

Υπογραφή ερευνητή

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή παρατηρητή



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

**ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../...../ 19 (ημέρα/μήνας/έτος)

ΑΝΤΡΑΣ:  ΓΥΝΑΙΚΑ:

**1. Μορφωτικό Επίπεδο**

Δημοτικό Γυμνάσιο - Λύκειο Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση Άλλο  
Τάξη \_\_\_\_\_ Τάξη \_\_\_\_\_ Σχολή \_\_\_\_\_

**2. Εργασία**

Είστε συνταξιούχος Πόσα χρόνια; Ποιο είναι – ήταν το επάγγελμά σας;  
ΝΑΙ  ΟΧΙ  \_\_\_\_\_

**3. Ετήσιο εισόδημα**

<3.500 € 3.500-12.000€ >12.000-30.000 € >30.000

**4. Οικογενειακή κατάσταση**

Είστε Πόσα παιδιά έχετε; Πόσα εγγόνια;  
Παντρεμένος;  Χήρος;  Ανύπαντρος;  Άλλο \_\_\_\_\_

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Πριν προχωρήσεις στις απαντήσεις διάβασε καλά τις οδηγίες. Το μόνο που θέλω είναι να είσαι ειλικρινής στις απόψεις σου. Να απαντάς σε όλες τις ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θα εκφράσεις απλά και ανώνυμα τις απόψεις σου για τα θέματα αυτά. Απάντησε γρήγορα ότι έρχεται στο μυαλό σου αυτή τη στιγμή χωρίς να προβληματίζεσαι ιδιαίτερα. Περισσότερο να το βλέπεις σαν ένα παιχνίδι λέξεων.

**Ένα παράδειγμα:**

*Το να κάνω γυμναστική στις 6 η ώρα το πρωί είναι:*

καλό :-----:-----:-----:-----:-----:-----: κακό  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

Ανάμεσα στις δύο λέξεις ΚΑΛΟ και ΚΑΚΟ υπάρχουν επτά διαστήματα (γραμμές). Ανάλογα με το που κλείνει η άποψή σου, ανάλογα με το τι αισθάνεσαι εσύ για την ιδέα που διαβάζεις, θα ζυγίζεις μεταξύ των δύο λέξεων και θα σημειώνεις.

**ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ!**

**Το να καπνίζω για μένα είναι:**

<b>καλό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>κακό</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>ανόητο</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>έξυπνο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>υγιεινό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>ανθυγιεινό</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>χρήσιμο</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>άχρηστο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>άσχημο</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>όμορφο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>δυσάρεστο</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>ευχάριστο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Σκοπεύω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

<b>πιθανό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>απίθανο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίζω τον επόμενο μήνα: (να καπνίσω?)**

<b>Ναι</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>Όχι</b>
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα		

**Θα προσπαθήσω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

<b>Σωστό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>Λάθος</b>
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα		

**Για μένα το να καπνίζω τον επόμενο μήνα είναι:**

<b>εύκολο</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>δύσκολο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

<b>σωστό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>λάθος</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Μπορώ να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

<b>πιθανό</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>απίθανο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καπνίζει:**

<b>Συμφωνώ</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>Διαφωνώ</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Θεωρώ ότι ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καπνίζει:**

<b>Διαφωνώ</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>Συμφωνώ</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίζω:**

<b>Συμφωνώ</b>	:	:	:	:	:	:	:	<b>Διαφωνώ</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καπνίσω:**

**Συμφωνώ :** :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- **Διαφωνώ**  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

**Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

**πιθανό :** :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- **απίθανο**  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

**Αν καπνίζω τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα:**

**διαφωνήσουν :** :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- **συμφωνήσουν**  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

**Γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα, θέλουν:**

**διαφωνώ :** :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- **συμφωνώ**  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

Μερικοί/ες μας είπαν ότι είναι πολύ ενημερωμένοι για το θέμα του καπνίσματος, ενώ κά-  
ποιοι άλλοι όχι.

**Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος;**

:----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- :-----  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο πολύ λίγο καθόλου ενημε-  
ρωμένος

**Αν σου έλεγαν να γράφεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραφε;**

Ελάχιστα 1 2 3 4 5 6 7 Πάρα πολλά  
αρκετά

**Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα του καπνίσματος**

**διαφωνώ :** :----- :----- :----- :----- :----- :----- :----- **συμφωνώ**  
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

**Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του καπνίσματος;**

καθόλου γνώσεις 1 2 3 4 5 6 7 πολλές γνώσεις  
αρκετές

**Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:**

Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)
Πόσα τσιγάρα κάπνισες χτες; επέλεξε μια απάντηση Κανένα <input type="checkbox"/> , 1-5 <input type="checkbox"/> , 6-10 <input type="checkbox"/> , 11-15 <input type="checkbox"/> , 16-20 <input type="checkbox"/> , 21-25 <input type="checkbox"/> , 26 και πάνω <input type="checkbox"/>



**Σημείωσε  τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:**

- Δεν καπνίζω και δεν κάπνισα ποτέ.
- Καπνίζω και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες
- Καπνίζω, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα
- Καπνίζω, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω
- Κάπνιζα ή κάπνισα στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό (Δινότερο από 6 μήνες) δεν καπνίζω πια
- Κάπνιζα (ή κάπνισα) στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για περισσότερους από 6 μήνες

**Το να ασκούμε για μένα είναι:**

<b>καλό</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>κακό</b>
<b>ανόητο</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>έξυπνο</b>
<b>υγιεινό</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>ανθυγιεινό</b>
<b>χρήσιμο</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>άχρηστο</b>
<b>άσχημο</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>όμορφο</b>
<b>δυσάρεστο</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>ευχάριστο</b>

**Σκοπεύω να ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

<b>πιθανό</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>απίθανο</b>
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

**Είμαι αποφασισμένος/η να ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

<b>Ναι</b>	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	<b>Όχι</b>
------------	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	------------

**Θα προσπαθήσω να ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

<b>Σωστό</b>	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	<b>Λάθος</b>
--------------	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	--------------

**Για μένα το να ασκούμε τον επόμενο μήνα είναι:**

<b>εύκολο</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>δύσκολο</b>
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

**Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

<b>σωστό</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>λάθος</b>
--------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	--------------

**Μπορώ να ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

<b>πιθανό</b>	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	<b>απίθανο</b>
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

**Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να ασκείται:**

Συμφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	Διαφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Θεωρώ ότι ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα ασκείται:**

Διαφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	Συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να ασκούμε:**

Συμφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	Διαφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα ασκείται:**

Συμφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	Διαφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να ασκούμε τον επόμενο μήνα:**

πιθανό	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	απίθανο
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Αν ασκούμε τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα:**

διαφωνήσουν	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	συμφωνήσουν
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα, θέλουν:**

διαφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

Μερικοί/ες μας είπαν ότι είναι πολύ ενημερωμένοι για το θέμα της άσκησης, ενώ κάποιοι άλλοι όχι.

**Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα της άσκησης;**

:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----
	πολύ ενημερωμένος	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	πολύ λίγο	καθόλου ενημερωμένος

**Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για την άσκηση πόσα πολλά θα έγραφες;**

Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				

**Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα της άσκησης**

διαφωνώ	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

**Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα της άσκησης;**

καθόλου γνώσεις	1	2	3	4	5	6	7	πολλές γνώσεις
				αρκετές				

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σου με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά,

στον ελεύθερο χρόνο σας: (Γράψτε πόσες φορές την εβδομάδα ασκήσατε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15´).

ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- A) **έντονη άσκηση** – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης) | \_\_\_\_ |
- B) **μέτρια άσκηση** –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) | \_\_\_\_ |
- Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική). | \_\_\_\_ |

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις... \_\_\_\_\_

Πόσες φορές την εβδομάδα... \_\_\_\_\_ Πόσες ώρες κάθε φορά... \_\_\_\_\_

**Σημείωσε  τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:**

- Δεν ασκούμε και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες
- Δεν ασκούμε, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα
- Δεν ασκούμε συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές
- Ασκούμε συστηματικά αλλά για λιγότερο από 6 μήνες
- Ασκούμε συστηματικά για περισσότερους από 6 μήνες

**Το να καταναλώνω αλκοόλ για μένα είναι:**

<b>καλό</b> :-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>κακό</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>ανόητο</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>έξυπνο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>υγιεινό</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>ανθυγιεινό</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>χρήσιμο</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>άχρηστο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>άσχημο</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>όμορφο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		
<b>δυσάρεστο</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>ευχάριστο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Σκοπεύω να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

<b>πιθανό</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>απιθανό</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Είμαι αποφασισμένος/η να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

<b>Ναι</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>Όχι</b>
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα		

**Θα προσπαθήσω να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

<b>Σωστό</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>Λάθος</b>
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα		

**Για μένα το να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα είναι:**

<b>εύκολο</b> :	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	<b>δύσκολο</b>
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

**Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

σωστό :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	λάθος
---------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	-------

**Μπορώ να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

πιθανό :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	απίθανο
----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καταναλώνει αλκοόλ:**

Συμφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Διαφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Θεωρώ ότι ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καταναλώνει αλκοόλ:**

Διαφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Συμφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καταναλώνω αλκοόλ:**

Συμφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Διαφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καταναλώνει αλκοόλ:**

Συμφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Διαφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:**

πιθανό :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	απίθανο
----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

**Αν καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα:**

διαφωνήσουν :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	συμφωνήσουν
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	-------------

**Γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα, θέλουν:**

διαφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	συμφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

Μερικοί/ες μας είπαν ότι είναι πολύ ενημερωμένοι για το θέμα του αλκοόλ ενώ κάποιοι άλλοι όχι.

**Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του αλκοόλ;**

πολύ ενημερωμένος	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	πολύ λίγο	καθόλου ενημερωμένος
-------------------	--------	------	--------------	------	-----------	----------------------

**Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το αλκοόλ πόσα πολλά θα έγραφες;**

Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				

**Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα του αλκοόλ**

διαφωνώ :	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	συμφωνώ
-----------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

<b>Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του αλκοόλ;</b>								
καθόλου γνώσεις	1	2	3	4	5	6	7	πολλές γνώσεις
				αρκετές				

**Σημείωσε (μία απάντηση) πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά (π.χ. ούζο, κρασί, μπύρα, λικέρ);**

- Ποτέ
- Μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια
- 2 – 5 μέρες την εβδομάδα
- Καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια
- Καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια

<b>Σημείωσε <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:</b>
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό ( <u>λιγότερο</u> από 6 μήνες) δεν πίνω πια
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά δεν πίνω πια για <u>περισσότερους</u> από 6 μήνες

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!**