

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
ΜΙΑΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗΣ ΠΟΛΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

της
Πέτα Θωμαΐδας

**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
2009

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
ΜΙΑΣ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗΣ ΠΟΛΗΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

της
Πέτα Θωμαΐδας

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^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Ζήση Βασιλική

2^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Γιάννης Θεοδωράκης

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Μαρία Χασάνδρα

2009

© ΘΩΜΑΪΔΑ ΠΕΤΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας, ήταν να εξετάσει την πρόθεση για την εκδήλωση ορισμένων συμπεριφορών υγείας και συγκεκριμένα κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και άσκηση μέσα από τη θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Συμμετείχαν 150 άτομα (54 άνδρες, 96 γυναίκες) που φοιτούσαν στην ΕΠΑ.Σ Τρικάλων, ηλικίας 16 - 43 ετών ($MO=21.06$, $TA=4.68$). Με τη χρήση ερωτηματολογίων αξιολογήθηκαν η πρόθεση, οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα, το κοινωνικό πρότυπο και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση για κάθε συμπεριφορά. Σύμφωνα με τις αναλύσεις παλινδρόμησης, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς συνέβαλε σημαντικά στην πρόθεση και των τριών συμπεριφορών ($p<.001$). Οι στάσεις συνέβαλαν σημαντικά στην πρόθεση για άσκηση και κατανάλωση αλκοόλ ($p<.01$), αλλά όχι για κάπνισμα. Η αυτοταυτότητα συνέβαλλε σημαντικά στην πρόθεση μόνο των αρνητικών συμπεριφορών ($p<.001$) κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το κοινωνικό πρότυπο συνέβαλε μόνο στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα. Το κοινωνικό πρότυπο όπως και η αυτοταυτότητα συνδέονται περισσότερο με τις κοινωνικές δομές και μπορεί να ακολουθούν τις κοινωνικές εξελίξεις. Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι διαφορετικοί παράγοντες επηρεάζουν την πρόθεση για διαφορετικές συμπεριφορές υγείας, κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας για νεαρούς ενήλικες. Η αλλαγή των στάσεων απέναντι σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας μπορεί και πρέπει να γίνεται στο σχολικό περιβάλλον ακόμη και στην Τεχνική Εκπαίδευση, μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα αγωγής υγείας.

Study of health behaviors through socio-cognitive theories: smoking, alcohol and physical activity in young adults.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the intent of the onset of certain health behaviors, namely smoking, alcohol consumption and physical activity through the Planned Behavior Theory. There were 150 participants (54 men, 96 women) who attended EPA.S in Trikala, aged 16-43 ($M= 21.06$, $SD= 4.68$). Questionnaires were used to assess intention, attitudes, perceived behavioral control, self-identity, social model and perceived knowledge for each behavior. Regression analysis revealed that perceived behavioral control contributed significantly to the intention of all three behaviors ($p<.001$). Attitudes contributed significantly to the intention of exercise and alcohol consumption ($p<.01$), but not to the intention of smoking. Self-identity contributed significantly to the intention only of negative behaviors ($p<.001$) smoking and alcohol consumption, while the social model contributed only to prediction of the intention to smoke. The social model as well as self-identity are mainly linked to the social structures and can follow social developments. The above results suggest that different factors influence the intention for different health behaviors, which should be taken into account in designing health education programs for young adults. Changing attitudes towards certain health behaviors can and should be made in school environment, even in Technical Education, through appropriate health education programs.

Ευχαριστίες

Για την αποπεράτωση της Μεταπτυχιακής μου διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Βασιλική Ζήση, που με τις γνώσεις και την υπομονή της βοήθησε στην επιτυχή ολοκλήρωση της συγκεκριμένης Διατριβής.

Επίσης ευχαριστώ και την οικογένειά μου για την ηθική υποστήριξη που μου προσέφεραν, ώστε να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη Έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ	8
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	10
ΑΛΚΟΟΛ	13
ΑΣΚΗΣΗ	15
ΘΕΩΡΙΕΣ	16
ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
ΣΚΟΠΟΣ	18
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	19
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	19
ΜΗΔΕΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	21
ΟΡΙΣΜΟΙ	22
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	27
ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ	32
ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ	34
ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	34
ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	36
ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	37
ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	41
ΑΣΚΗΣΗ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	44
ΔΕΙΓΜΑ	44
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	44
ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	45

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	52
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΤΑΔΙΩΝ	53
ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: : ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Αριθμός και ποσοστά των μαθητών ανά τάξη	52
<i>Πίνακας 2</i>	Αριθμός και ποσοστό ως προς την οικονομική κατάσταση των μαθητών	53
<i>Πίνακας 3</i>	Αριθμός και ποσοστό μαθητών σε διαφορετικούς εργασιακούς χώρους	53
<i>Πίνακας 4</i>	Εσωτερική συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της ΘΣΣ	56

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Γράφημα 1:</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος	54
<i>Γράφημα 2:</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας	54
<i>Γράφημα 3:</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν ουσιαστική επίδραση στην υγεία και αφορούν όλη μας τη ζωή διαμορφώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Κατά την άποψη του Taylor (1999), οι υγιεινές στάσεις και συνήθειες διαμορφώνονται και σχηματοποιούνται στα άτομα στις ηλικίες των 10-12 χρόνων. Ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνεται από παράγοντες διαπροσωπικούς, κοινωνικοπολιτικούς και περιβαλλοντικούς (Sallis, Johnson, Calfas, Caparosa, & Nichols, 1997).

Μερικές συμπεριφορές κατά την εφηβική ηλικία που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία στο μέλλον είναι η κακή διατροφή, το κάπνισμα και η έλλειψη άσκησης. Οι συμπεριφορές αυτές πιθανόν να σχετίζονται μεταξύ τους και να συντελούν και οι τρεις σ' έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Η άσκηση και ο αθλητισμός φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην αποτροπή ανθυγιεινών συμπεριφορών σε νεαρά άτομα. Η άσκηση στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με την κατάλληλη ψυχολογική παρέμβαση και υποστήριξη, μπορεί να γίνει ένα σημαντικό εργαλείο καταπολέμησης του καπνίσματος και συγχρόνως σύμμαχος της υγείας του ανθρώπου (Θεοδωράκης, κ.ά., 2005).

Κάπνισμα

Πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού, ηλικίας από 15 ετών και πάνω, των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καπνίζουν καθημερινά. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο

41% στην ηλικία των 15-24 ετών . Σε αυτή την ηλικία οι καπνιστές στην Ελλάδα είναι 58,9% των αντρών, το υψηλότερο της Ευρώπης, και το 38,9% των γυναικών. Γενικά, τα ποσοστά αυτά είναι τα υψηλότερα της Ευρώπης, με υψηλότερο ποσοστό το 53,1% στη Γαλλία και το χαμηλότερο με 21% στη Σουηδία (Eurostat, 2002). Από τους Kokkevi et al. (2000) έγινε μελέτη η οποία έδειξε την απότομη αύξηση σε γυναίκες ηλικίας 18 έως 24 ετών. Σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα τα ποσοστά καπνίσματος αυξήθηκαν από 28,4% σε 35,7% κατά την περίοδο 1984-1998. Οι Έλληνες καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα κατά κεφαλή από όποιο άλλο κράτος σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα συγκαταλέγεται στις περισσότερες αιτίες θανάτου (Ford & DeStefano, 1991; Vaillant, Schnurr, Baron, & Gerber, 1991) και ότι το ποσοστό θανάτου των καπνιστών έχει αυξηθεί σημαντικά στις περισσότερες από τις μορφές του καρκίνου, οι οποίες έχουν σχέση με το κάπνισμα (Akiba & Hirayama, 1990; Gíao, Zheng, Gíao, & Jin, 1991; La Vecchia et al., 1991).

Ειδικότερα όσον αφορά τους ενήλικες, έχει παρατηρηθεί σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του στομάχου (Forman, 1991), του καρκίνου των πνευμόνων (Gíao et al., 1991), του καρκίνου του παγκρέατος (MacMahon, 1982), της οστεοπόρωσης (Krall & Dawson – Hughes, 1991; Mazess & Barden, 1991; Slemenda, Hui, Lungcore, & Johnston, 1989), της αρτηριοσκλήρυνσης (McGill, 1990) κ.ά. Επίσης το κάπνισμα αναγνωρίζεται παγκοσμίως σαν βασικό αίτιο για τη στεφανιαία νόσο. Μία έρευνα των Rallidis, Hamodraka, Foulidis και Pavlakis (2005) έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό καρδιοπαθών (32,5%) εξακολουθεί να καπνίζει και μετά από καρδιακό επεισόδιο.

Όσον αφορά τις μικρότερες ηλικίες, έντονο είναι το πρόβλημα της μεγάλης αύξησης των εφήβων καπνιστών (Roosmalen & McDaniel, 1989). Στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία αυξάνεται συνεχώς η αναλογία των γυναικών που καπνίζουν.

Τα ποσοστά καπνίσματος είναι ψηλότερα στις νεότερες κοπέλες: 40% σε ηλικία 15-24 ετών και 28% πάνω από 60 ετών (Boyle et al., 2003). Η κατανάλωση του τσιγάρου και του αλκοόλ παρατηρείται περισσότερο μεταξύ των μαθητών Λυκείου, οι οποίοι κάνουν και χρήση παράνομων ουσιών (Bailey, 1992).

Με βάση τα παραπάνω αποτελεί επιτακτική ανάγκη η δημιουργία μεθόδων διακοπής του καπνίσματος. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπεριφοριστικής συμβουλευτικής και χρήση σκευασμάτων αντικατάστασης νικοτίνης και μπορεί να φτάσει σε ποσοστό έως και 20% αποχής από το κάπνισμα σε διάστημα ενός έτους (Silagy, Mant, Fower, & Lancaster, 2000). Η συνδρομή της άσκησης μπορεί να αποβεί επίσης αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος και στην ενίσχυση των ποσοστών αποχής απ' αυτό (Ussher, West, Taylor, & McEwen, 2000).

Προγράμματα παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος που αφορούν τους νέους πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον και συνήθως είναι τα προγράμματα αγωγής υγείας. Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι να πληροφορούν τα παιδιά σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος και να δημιουργήσουν αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα. Τα προγράμματα αγωγής υγείας στην εκπαίδευση μπορούν να υπάρχουν είτε σαν αυτόνομα είτε να περιλαμβάνονται μέσα στην ύλη κάποιου άλλου μαθήματος είτε ακόμα να πραγματοποιούνται μέσω διαθεματικής προσέγγισης περισσότερων μαθημάτων. Όλες οι παραπάνω μορφές μπορεί να είναι αποτελεσματικές αρκεί να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν σωστά. Η ενημέρωση και η εμπλοκή των γονέων αλλά και άλλων κοινωνικών φορέων στα προγράμματα αγωγής υγείας αυξάνουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων. Μέσα από την πολυεπίπεδη αυτή προσέγγιση επιτυγχάνεται η βελτίωση των αρνητικών διαστάσεων της ζωής των παιδιών (Bernard, 1993; Durlac, 1998).

Ο καπνός είναι ένα σύνθετο μίγμα δηλητηριών που το συναποτελούν περισσότερες από 4.000 ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται δηλητήρια όπως το υδροκυάνιο, η αμμωνία και το μονοξείδιο του άνθρακα, καθώς και 50 ουσίες που έχει αποδειχθεί ότι είναι καρκινογόνες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση και μόνο πεθαίνουν κάθε χρόνο τουλάχιστον 650.000 άνθρωποι από τις συνέπειες του καπνού. Ο καπνός και τα προϊόντα καπνού χωρίς καύση επιφέρουν σοβαρές βλάβες στην υγεία και πρόωρο θάνατο. Στην Ε.Ε. πεθαίνουν ετησίως 80.000 άνθρωποι εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2007 Στρασβούργο).

Σκοπός είναι να υιοθετήσουν οι νέοι αρνητική στάση για το κάπνισμα (Rooney & Murray 1996; Wiehe, Garrison, Christakis, Ebel, Rivara, 2005) και να διδαχθούν δεξιότητες ζωής κατά του καπνίσματος. Στην πραγματικότητα δεν μπορούμε να διδάξουμε ένα άτομο, απλά να διευκολύνουμε την μάθησή του. Ο μαθητής μαθαίνει μόνο ό,τι τον αφορά. Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας πρέπει να είναι μαθητοκεντρικό, ρεαλιστικό και όχι αόριστο. Η θεματολογία πρέπει να κατανέμεται ανάλογα με την εκπαιδευτική βαθμίδα. Οι συλλογικές εργασίες και οι βιωματικές προσεγγίσεις μέσα από σχετικές εμπειρίες έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Το πρόγραμμα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τη συνολική υπόσταση του μαθητή, δηλαδή τη φυσική, συναισθηματική, πολιτιστική και πνευματική του διάσταση (Butler, 2001; Read, 1999).

Μία μελέτη των Lisspers et al. (2005) έδειξε ότι συνδυασμός άσκησης και αγωγής υγείας πάνω στο κάπνισμα, τη διατροφή και τον έλεγχο του στρες απέφερε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και καρδιακών επεισοδίων σε μία ομάδα 46 ασθενών που συμμετείχαν στην παρεμβατική έρευνα σε σχέση με μία ομάδα ελέγχου 42 ασθενών. Ενδεικτικό είναι ότι για την πρώτη ομάδα η θνησιμότητα ακόμα και μετά από 6,5 χρόνια μετά την παρέμβαση ήταν μόνο 2,2% (1 στους 46 ασθενείς) ενώ για την ομάδα ελέγχου 14,6% (6 στους 42 ασθενείς). Μακροχρόνια οι ασθενείς της παρεμβατικής ομάδας

υιοθέτησαν πιο υγιείς συμπεριφορές, όπως μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος, καλή διατροφή και συχνή άσκηση.

Η απαγόρευση του καπνίσματος είναι επίσης ένας τρόπος αντιμετώπισής του. Το Υπουργείο Υγείας με νομοσχέδιο απαγορεύει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους από την 1^η Ιουλίου 2009. «Βαρύς ο πέλεκυς για ανυπάκουους». Υπάρχει ανάλογη εμπειρία από τις Ευρωπαϊκές χώρες όπου εφάρμοσαν αυτά τα αντικαπνιστικά μέτρα με επιτυχία.

Ο Greeberg (1994) σε μία έρευνά του εξέτασε 732 εργάτες στους οποίους δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με τους χώρους της δουλειάς τους που θα απαγορευόταν το κάπνισμα και τους λόγους για τους οποίους αυτό κρίθηκε αναγκαίο. Μετά την πληροφόρηση δόθηκε στους εργάτες και ερωτηματολόγιο με σκοπό να εξετάσει το ποσοστό αποδοχής αυτού του μέτρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι ακόμα και οι φανατικοί καπνιστές αποδέχθηκαν ότι το μέτρο αυτό ήταν αναγκαίο όταν η πληροφόρησή τους είχε περισσότερο κοινωνικό χαρακτήρα. Ο Greeberg πιστεύει ότι η πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα και την απαγόρευσή του στους χώρους της δουλειάς καθώς και σε άλλα μέρη, μπορεί να φέρει πιο θετικά αποτελέσματα έτσι ώστε να γίνει πιο εύκολα αποδεκτή μια τέτοια απόφαση.

Αλκοόλ

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ, 2001) στην Ευρώπη το αλκοόλ ευθύνεται για το θάνατο ενός στους τέσσερις νέους, ηλικίας από 15 έως 29 ετών. Σε μερικές μάλιστα περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης, για τις ίδιες ηλικίες, το αλκοόλ ευθύνεται για τον ένα θάνατο στους τρεις της ίδιας ηλικίας. Η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα παρατηρούνται περισσότερο μεταξύ μαθητών Λυκείου που κάνουν χρήση παράνομων ουσιών (Bailey 1992) ή έχουν τάσεις αυτοκτονίας (Garrison, McKeown, Valois, & Vincent, 1993). Η επιρροή για τη χρήση διαφόρων ουσιών όπως το

τσιγάρο και το αλκοόλ, γίνεται από τους συνομηλίκους, τους φίλους ή τους ενήλικες (Elliot, Huizinga, & Ageton, 1985). Νεαρά άτομα που οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ συνήθως καπνίζουν (Copeland, Shope, & Waller, 1996).

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκύπτει από την επίδραση των κοινωνικών προτύπων και την αμφισβήτηση των νόμων και των κανόνων (Neuwirth & Frederick, 2004) και σχετίζεται με επικίνδυνες συμπεριφορές. Σε έρευνα (Pesa, 1998) εξετάστηκε η σχέση καπνίσματος και ανθυγιεινών συμπεριφορών σε άτομα ηλικίας 10-18 ετών. Τα κορίτσια που κάπνιζαν βρέθηκε ότι είχαν επίσης χαμηλή επίδοση στο σχολείο και ανέφεραν ότι τους άρεσε να ρισκάρουν, να εμπλέκονται σε τσακωμούς, να είναι σε αυτοκίνητο που οδηγεί μεθυσμένος οδηγός και να μη φορούν ζώνη ασφαλείας. Στα αγόρια άρεσε να ρισκάρουν και η σχολική τους επίδοση ήταν χαμηλή όπως και των κοριτσιών.

Η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ δημιουργεί σοβαρά προβλήματα υγείας. Επηρεάζει το πεπτικό σύστημα (καρκίνος στόματος, φάρυγγα, ήπατος) και το καρδιαγγειακό και αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια. Το αλκοόλ επίσης συνδέεται με την ανάπτυξη καρκίνου (πεπτικό, αναπνευστικό) περισσότερο στους καπνιστές – πότες και λιγότερο στους μη καπνιστές – πότες (Λιώνης & Στεφάνου, 1997; Malinski, Sesso, Lopez – Jimenez, Buring, & Gaziano, 2004; Neuwirth & Frederick, 2004).

Τα σχετικά προγράμματα παρέμβασης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την αλληλεπίδραση υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών. Σε προγράμματα πρόληψης των ναρκωτικών με έμφαση στην επικοινωνία γονιών – παιδιών και τις απόψεις τους για τα ναρκωτικά, βρέθηκε ότι οι μαθητές στους οποίους εφαρμοζόταν το πρόγραμμα, ανέφεραν μικρά ποσοστά χρήσης αλκοόλ και νικοτίνης, καθώς επίσης και μικρότερη επιρρέπεια στις πιέσεις των φίλων για να καπνίσουν (Werch et al., 1991).

Με την παροχή γνώσεων σχετικά με τον υψηλό κίνδυνο που προκαλείται από την κατάχρηση αλκοόλ είναι δυνατόν να μειωθεί η κατανάλωσή του (Cohen & Rogers, 1997; Prochaska et al., 2004). Υπάρχει μια αλληλοσυσχέτιση μεταξύ υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών. Έρευνες σε θέματα υγείας των εφήβων έδειξε μια ουσιαστική σύνδεση ανάμεσα στη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών (Jessor, 1984).

Άσκηση

Άσκηση είναι κάθε κίνηση του σώματος και φυσική δραστηριότητα του ατόμου, στην οποία συμμετέχουν κυρίως μεγάλες μυϊκές ομάδες. Με την άσκηση επιδιώκει κανείς να βελτιώσει την υγεία του και τη φυσική του κατάσταση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (PA – WHO, 2002) σαν φυσική δραστηριότητα ορίζεται το σύνολο των κινήσεων, που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της καθημερινής διαβίωσης, της εργασίας, της αναψυχής και του αθλητισμού. Περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως το περπάτημα και οι δουλειές του σπιτιού, καθώς επίσης και δραστηριότητες αναψυχής, όπως το ποδήλατο και η συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης.

Η χρήση της άσκησης διαφόρων μορφών, είναι μέσο πρόληψης, αποκατάστασης και θεραπείας σε πλήθος σωματικών και ψυχικών ασθενειών, επιβεβαιώνοντας τη σημαντικότητά της στη συμβολή στην υγεία. Πρόγραμμα άσκησης τεσσάρων εβδομάδων σε 88 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έδειξε ότι βελτίωσε την καρδιοαναπνευστική τους ικανότητα καθώς επίσης και την ποιότητα ζωής τους (σωματική λειτουργία, ρόλος του σώματος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματική και πνευματική υγεία, Radzewitz et al., 2002).

Γενικότερα, με την άσκηση βελτιώνεται ο μεταβολισμός και επιτυγχάνεται η καλύτερη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Ενισχύεται η μυϊκή και οστική μάζα – μείωση της οστεοπόρωσης – και μειώνεται το άγχος (CoLautenschlager, Almeida, Flicker,

& Janca, 2004). Η συστηματική άσκηση ακόμη και σε χαμηλά επίπεδα συμβάλλει στην παράταση της ζωής. Ακόμη και λίγη άσκηση είναι καλύτερη από το τίποτα (Blair et al., 1989).

Η άσκηση και ο αθλητισμός τέλος φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην αποτροπή ανθυγιεινών συμπεριφορών. Σε μία έρευνα που συσχέτισε την πρόσληψη υψηλής σε λιπαρά τροφής και του χαμηλού επιπέδου άσκησης με την παχυσαρκία βρέθηκε ότι ενώ ο ένας μόνο παράγοντας δεν προδικάζει μεγάλο κίνδυνο παχυσαρκίας, οι δύο μαζί αυξάνουν τον κίνδυνο παχυσαρκίας κατά 38% περίπου (Muccke, Simons – Morton, Huang, & Parcel, 1992). Η άσκηση ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου, την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας της αυτοεικόνας, της αυτοπεποίθησης και βοηθάει στις θετικές κοινωνικές σχέσεις (Weinberg & Gould, 1999).

Θεωρίες

Οι υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης πολλών κοινωνικογνωστικών θεωριών. Οι βασικότερες απ' αυτές είναι η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ). Στην ερμηνεία και την πρόβλεψη συμπεριφορών όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και άλλων επικίνδυνων ουσιών, η διατροφή κ.ά. χρησιμοποιήθηκαν με αποτελεσματικό τρόπο.

Σύμφωνα με τη ΘΣΣ (Ajzen 1988) για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς το άτομο πρέπει να επηρεαστεί συναισθηματικά, γνωστικά, να δέχεται σημαντική βοήθεια από άλλα πρόσωπα και το άτομο να πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από το ίδιο. Να εξηγείται στα άτομα ότι οι πράξεις τους επηρεάζονται από τους ίδιους και την πίστη τους στον εαυτό τους και στις δυνάμεις τους. Να περιορίζονται τα εμπόδια και να προτείνονται εναλλακτικές δραστηριότητες για να υπάρχει δυνατότητα επιλογής.

Σύμφωνα με το ΜΣΑ η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια δυναμική διαδικασία όπου το άτομο ακολουθεί ορισμένα στάδια. Έτσι επιτυγχάνεται μια σταδιακή αλλά σταθερή αλλαγή μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς με μια υγιεινή. Όταν η καινούργια συμπεριφορά γίνεται συνήθεια το άτομο προσπαθεί να διατηρείται στο επίπεδο αυτό για όλη του τη ζωή. Επαναξιολογεί διαρκώς τους στόχους του και εισάγει ποικιλία εναλλακτικών δραστηριοτήτων στη ζωή του (Prochaska & Diclemente, 1992; 1983; 1986; Prochaska, Humphreys, Thompson, & Miner, 1998).

Νέοι και Συμπεριφορές Υγείας

Σύμφωνα με τη ΘΣΣ τα άτομα συμπεριφέρονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο ανάλογα με τις στάσεις τους προς τη συμπεριφορά αυτή, ανάλογα με την κοινωνική πίεση που δέχονται από σημαντικά άλλα πρόσωπα και κυρίως από την πρόθεσή τους να εκτελέσουν ή όχι τη συμπεριφορά αυτή (Ajzen, 1988; Ajzen & Madden, 1986). Τα άτομα που πιστεύουν στα οφέλη από ένα υγιεινό τρόπο ζωής διαμορφώνουν και ανάλογες στάσεις και προθέσεις. Ταυτόχρονα πιστεύουν ότι η συμπεριφορά αυτή ελέγχεται από τους ίδιους (μπορώ να κόψω το κάπνισμα, να τρώω υγιεινά κ.ά.) και θεωρούν ότι τα σημαντικά άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους συμφωνούν με αυτή τους την επιλογή.

Η δοκιμασία καινούργιων συμπεριφορών σχετίζεται με τις στάσεις των προτύπων τους για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (π.χ. αλκοόλ). Διαπιστώνεται, ότι η χρήση ανθυγιεινών ουσιών είναι δυνατόν να προβλεφθεί σε σχέση με τους σημαντικούς άλλους (Akers, Krohn, Lanza – Kaduce, & Radosevich, 1979; Bandura, 1977, 1982, De Vries, Dijkstra, Kuhlman, 1988; Petraitis, Flay, & Miller, 1995). Στις συνθήκες αυτές ιδιαίτερη σημασία έχει η προσωπικότητα του νέου και η συμβολή των σημαντικών άλλων.

Ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνεται από παράγοντες διαπροσωπικούς, κοινωνικοπολιτικούς και περιβαλλοντικούς (Sallis, Johnson, Calfas, Caparosa, & Nickols,

1997). Η διάθεση των νέων για αυτονομία, η δημιουργία νέων φίλων είναι αιτίες για συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η άσκηση. Οι νέοι πιστεύουν ότι μπορούν να αντισταθούν σε μία πρόκληση για ανθυγιεινή συμπεριφορά, δεν έχουν όμως τη δύναμη να αντιδράσουν στην πίεση από διάφορους παράγοντες. Η γνώση και η στάση των νέων για τις ανθυγιεινές συνήθειες είναι σημαντική (Neuwirth & Frederick, 2004).

Η υψηλή τηλεθέαση επίσης οδηγεί σε χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα η ενίσχυση της άσκησης μειώνει τον κίνδυνο των ανθυγιεινών συμπεριφορών (Neuwirth & Frederick, 2004). Η άσκηση και ο αθλητισμός φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην αποτροπή ανθυγιεινών συμπεριφορών. Έρευνες σε νεαρές ηλικίες έδειξαν ότι άτομα που πήραν μέρος σε πρόγραμμα άσκησης απείχαν για μια περίοδο μεγαλύτερη των 12 μηνών από το κάπνισμα σε σχέση με τα άτομα που δεν πήραν μέρος σε πρόγραμμα άσκησης (Hill, 1985).

Το μεγαλύτερο μέρος των αθλητών υψηλού επιπέδου δεν καπνίζει (Marti, Abelin, Minder, & Vader, 1988). Σημαντικοί λόγοι για τους οποίους οι νέοι καπνίζουν είναι λόγοι ψυχολογικοί, διάθεση για αυτονομία, διαχείριση του στρες, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και για την απόκτηση νέων φίλων (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988; Guo et al., 2007; Sejr & Osler, 2001).

Σκοπός

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η καταγραφή και η μελέτη συμπεριφορών υγείας (κάπνισμα αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα) σε νεαρούς ενήλικες μιας επαρχιακής πόλης. Η ερμηνεία αυτών των συμπεριφορών υγείας θα γίνει μέσα από συγκεκριμένες κοινωνικογνωστικές θεωρίες δηλαδή τη θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. (Ajzen, 1991) και τη θεωρία των Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & Diclemente, 1983). Θα καταγραφούν και θα αξιολογηθούν οι στάσεις, οι προθέσεις, ο

αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα, τα κοινωνικά πρότυπα καθώς και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση αυτών των νεαρών σε σχέση με κάθε μία από τις παραπάνω συμπεριφορές υγείας.

Σημασία της Έρευνας

Είναι πολύ σημαντικό να εξεταστούν οι συμπεριφορές υγείας σε νεαρούς ενήλικες που σαν ομάδα πληθυσμού βρίσκονται στην προσπάθεια να ανεξαρτητοποιηθούν και να διαμορφώσουν μόνιμες στάσεις ζωής. Η καλή ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία. Η άσκηση και ο αθλητισμός φαίνεται να συμβάλλουν θετικά στην αποτροπή ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Η άσκηση χτίζει θετικές στάσεις προς την υγιεινή συμπεριφορά και αποτρέπει αντικοινωνικές και επικίνδυνες συμπεριφορές. Αντίθετα το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ προκαλούν πολλά προβλήματα υγείας καθώς και πολλά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Για να μπορέσουμε όμως να βοηθήσουμε τα άτομα αυτά να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής θα πρέπει να γνωρίζουμε τους παράγοντες που τους επηρεάζουν. Με την έρευνα αυτή θα αναδείξουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τους νεαρούς ενήλικες και τους κατευθύνουν είτε στο κάπνισμα και το αλκοόλ είτε στη φυσική δραστηριότητα.

Έρευνητικές υποθέσεις

1. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών 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 φοιτητών 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. Η πρόθεση των φοιτητών για κάπνισμα θα συσχετίζεται και θα προβλέπει τη συμπεριφορά καπνίσματος, που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.
 4. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς.
 5. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών 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.
 6. Η πρόθεση των φοιτητών για φυσική δραστηριότητα θα συσχετίζεται και θα προβλέπει τη φυσική δραστηριότητα, που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.
 7. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση της συμπεριφοράς των φοιτητών ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ θα συσχετίζονται με την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.
 8. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ θα συσχετίζονται με τα κριτήρια αξιολόγησης της μέχρι τώρα εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς και θα την προβλέπουν.

9. Η πρόθεση των φοιτητών για κατανάλωση αλκοόλ τον επόμενο μήνα θα συσχετίζεται και θα προβλέπει τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.

Μηδενικές Υποθέσεις:

1. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η ταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη 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 φοιτητών ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια με τα οποία αξιολογείται εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δεν θα την προβλέπουν.
3. Η πρόθεση των φοιτητών για κάπνισμα δεν θα συσχετίζεται και δε θα προβλέπει την συμπεριφορά καπνίσματος που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.
4. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη φυσική δραστηριότητα δεν θα συσχετίζονται και δεν θα προβλέπουν την πρόθεση τους για την εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς.
5. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη φυσική δραστηριότητα δεν θα συσχετίζεται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δεν θα την προβλέπουν.

6. Η πρόθεση των φοιτητών για φυσική δραστηριότητα δεν θα συσχετίζεται και δεν θα προβλέπει τη φυσική δραστηριότητα, που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.
7. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση της συμπεριφοράς των φοιτητών ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ δεν θα συσχετίζονται με την πρόθεση τους για εκδήλωση αυτής της συμπεριφοράς και δεν θα την προβλέπουν.
8. Οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια αξιολόγησης της εκδήλωσης αυτής της συμπεριφοράς.
9. Η πρόθεση των φοιτητών για κατανάλωση αλκοόλ δεν θα συσχετίζεται και δεν θα προβλέπει τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, που εκδηλώνουν μετά από ένα μήνα.

Ορισμοί

1. *Κάπνισμα*: είναι η εισπνοή του καπνού, που βγαίνει από το κάψιμο των φύλλων του καπνού. Συνηθιζόταν από τους Ινδούς της Αμερικής πριν από τις Ευρωπαϊκές εξερευνήσεις. Αυτούς είδαν να καπνίζουν οι ναύτες του Κολόμβου στο πρώτο ταξίδι τους. Το κάπνισμα είναι βλαβερό εξαιτίας της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός, η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό πολύ τοξικό. Ο καπνός περιέχει επίσης και 4000 άλλες χημικές ουσίες εκ των οποίων 200 δηλητηριώδεις και 50 καρκινογενείς.

Με την εισπνοή του καπνού η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο σε 5 δευτερόλεπτα, όπου στην συνέχεια επιδρά σε όλο το σώμα. Αυξάνει τον καρδιακό παλμό και το ρυθμό της αναπνοής. Τα αιμοφόρα αγγεία στενεύουν, η περιφερειακή λειτουργία γίνεται πιο αργή και πίεση αυξάνεται.

Το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος καρκινογόνος παράγοντας. Συνδέεται επίσης στενά με την εμφάνιση διάφορων καρδιαγγειακών και αναπνευστικών παθήσεων. Η νικοτίνη προκαλεί εθισμό ανάλογα με εκείνον της κοκαΐνης.

2. *Αλκοολισμός*: Είναι μία πρωτογενής και χρόνια ασθένεια, της οποίας η εξέλιξη και οι εκδηλώσεις επηρεάζονται από γενετικούς, ψυχο-κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα ελέγχου χρήσης της ουσίας, έντονη και συνεχή πνευματική ενασχόληση με το αλκοόλ, τη χρήση του αλκοόλ παρ' όλες τις δυσμενείς συνέπειες, όπως επίσης διαστρεβλωμένο τρόπο σκέψης και ιδιαίτερα άρνηση.

Ο αλκοολισμός οδηγεί σε πρόωρο θάνατο από λήψη υπερβολικής δόσης οινοπνεύματος από οργανικές επιπλοκές που σχετίζονται με τον εγκέφαλο, το ήπαρ, την καρδιά και άλλα όργανα, όπως επίσης μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία, την ανθρωποκτονία, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, έκπτωση στις κοινωνικές σχέσεις και συναναστροφές καθώς και προβλήματα στις μαθητικές και εργασιακές επιδόσεις.

3. *Φυσική δραστηριότητα* ονομάζεται η οποιαδήποτε κίνηση του ανθρώπινου σώματος μέσω της μυϊκής συστολής, έχοντας σαν αποτέλεσμα την ενεργειακή δαπάνη. Η φυσική δραστηριότητα χωρίζεται **α)** σε συνήθη Φ.Δ. όπως για παράδειγμα απλό περπάτημα ανέβασμα σκάλας, εργασία στον κήπο, δουλειές στο σπίτι και διάφορες άλλες επαγγελματικές ασχολίες και **β)** σε οργανωμένη Φ.Δ. η οποία έχει σαν στόχο την βελτίωση κάποιας λειτουργίας του οργανισμού και την μείωση των προβλημάτων υγείας. Τέτοιες δραστηριότητες είναι το

κολύμπι, τα προγράμματα άσκησης γυμναστηρίων, μαζικός αθλητισμός σε κέντρα άσκησης και αναψυχής κ.ά.

4. *Άσκηση* είναι η σχεδιασμένη και σκόπιμη Φ.Δ. Συμμετέχουν μεγάλες μυικές ομάδες και δίνεται κύρια έμφαση στην υγεία και τη Φ. Κατάσταση. Συνοδεύεται από αύξηση τη αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμηση και της ψυχικής διάθεσης. Επιδρά θετικά τόσο στις γνωστικές λειτουργίες όσο και στην ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας. Προσφέρει κορυφαίες εμπειρίες. Έχει σημασία ο ασκούμενος να ευχαριστείται τη δραστηριότητα για δικό του χατίρι και να γνωρίζει ότι αυτό που έχει σημασία είναι όχι το αποτέλεσμα αλλά ο έλεγχος που αποκτά κάποιος πάνω στην προσοχή του. Ο εστιασμός στη διαδικασία της ασκήσεις σχετίζεται με τη μακροπρόθεσμη παραμονή σ' αυτή. Άσκηση τέτοια είναι μία θετική εμπειρία παρά μία απλή προσπάθεια να αλλάξουμε τη συμπεριφορά μας. Είναι τρόπος ζωής.
5. *Στάση*: είναι μία προδιάθεση που μαθαίνεται και που κάνει τα άτομα να αντιδράσουν θετικά η αρνητικά σ' ένα αντικείμενο. Οδηγεί σε αποφάσεις για ανάληψη δράσης που αφορά ανθρώπους, πράγματα, ιδέες. Οι στάσεις έχουν σχέση με το «γνωστικό» στοιχείο το «συναισθηματικό» και το «συμπεριφορικό» στοιχείο.

Τα άτομα συμπεριφέρονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο ανάλογα με τις στάσεις τους προς μία συμπεριφορά αλλά πρόσωπα για το θέμα αυτό και κυρίως με την πρόθεσή τους να εκτελέσουν ή όχι τη συμπεριφορά αυτή. (Θ.Σ.Σ.) Ταυτόχρονα η συμπεριφορά τους εξαρτάται και από τον έλεγχο που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά αυτή.

6. *Κοινωνικό πρότυπο*: είναι ο τύπος του ανθρώπου που μία κοινωνία αξιολογεί θετικά και η απαίτησή της από τα άτομα να μοιάσουν σ' αυτό τον τύπο ανθρώπου. Έχει σχέση με την κοινωνικοποίηση και την εκπαίδευση καθώς

- επίσης και με τις πιέσεις που δέχεται το άτομο προκειμένου να ταυτιστεί με το πρότυπο – υπόδειγμα και να εκτελέσει ή όχι μία συμπεριφορά.
7. *Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς*: είναι η ύποψη του ατόμου σχετικά με τη δυσκολία που παρουσιάζει η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς.
 8. α) *Αυτοαποτελεσματικότητα* – β) *Αυτοταυτότητα*: α) Είναι η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί αποτελεσματικά μία δραστηριότητα και β) Είναι ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το άτομο ανάλογα με τον ρόλο του στην κοινωνία και το βαθμό αυτογνωσίας που έχει.
 9. *Ενημέρωση*: είναι οι γνώσεις – σωστή πληροφόρηση που έχουν τα άτομα πάνω σ' ένα θέμα.
 10. *Πρόθεση*: είναι η διαμόρφωση συμπεριφορά των ατόμων ανάλογα με τις πληροφορίες και τις γνώσεις του. Οι στάσεις και οι προθέσεις διαμορφώνουν τις συμπεριφορές των ατόμων.
 11. *Πειθώ*: είναι η διαδικασία εκείνη με την οποία το άτομο καλείται να αλλάξει αξίες, στάσεις και πιστεύω.
 12. *Μοντέλο αλλαγή σταδίων*: χαρακτηρίζεται από οργανωμένες προσπάθειες αλλαγής. Αποτελείται από στάδια με σκοπό τη συνεχή βελτίωση.

Οριοθετήσεις

Η έρευνα έγινε αποκλειστικά σε μαθητές του 4^{ου} ΤΕΕ – ΕΠΑ. Σ. Τρικάλων. Στο σχεδιασμό της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μόνο, οι παράγοντες του βασικού μοντέλου της θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και δεν προστέθηκαν άλλοι.

Περιορισμοί

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μόνο γραπτά ερωτηματολόγια. Οι μετρήσεις έγιναν αποκλειστικά με ερωτήματα αυτοπεριγραφής και όχι με αντικείμενα εργαλεία μέτρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σύμφωνα με μια ανάλυση στον ελληνικό πληθυσμό, σε μαθητές και μαθήτριες γυμνασίων και λυκείων της χώρας έγινε γνωστό ότι η διαμόρφωση ενός αθλητικού και υγιεινού τρόπου ζωής δεν καθορίζεται από μεμονωμένες συμπεριφορές, στάσεις και συνήθειες, αλλά από ένα ευρύτερο σύνολο ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των νέων ατόμων. Η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες δεν είναι μια μεμονωμένη συμπεριφορά. Επηρεάζεται και επηρεάζει τη διατροφή, το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, τη σχέση με τα ναρκωτικά και τη συμμετοχή ή μη σε βίαια επεισόδια. Ο αθλητικός τρόπος ζωής επιδρά και σε άλλους τομείς της καθημερινής ζωής των μαθητών. Με τον ίδιο τρόπο που επιδρά η άσκηση στη ζωή των νέων ανθρώπων μπορεί και το κάπνισμα να επηρεάσει τη στάση και τη συμπεριφορά τους ως προς την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002).

Θεωρίες που Αφορούν Συμπεριφορές Υγείας

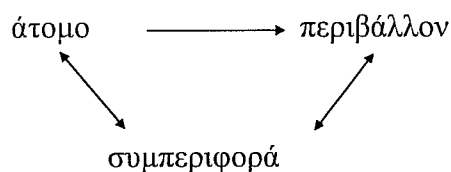
Για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών προς το κάπνισμα – σύμφωνα με την αναφορά των Θεοδωράκη, Γιώτη και Ζουρμπάνο (2005) υπάρχουν διάφορες κοινωνικογνωστικές θεωρίες. Αυτές είναι:

- η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Social Cognitive Theory)
- το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model)
- το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model)
- και η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior)

Σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Social Cognitive Theory) ένα άτομο που θέλει να διακόψει το κάπνισμα πρέπει να δώσει έμφαση κυρίως σε διαδικασίες αλλαγής του περιβάλλοντος, αλλαγής προσδοκιών, προβολή προτύπων και δέσμευση (Bandura, 1986; Butler, 2002):

- *Αλλαγή περιβάλλοντος.* Αποφεύγονται παρέες ή χώροι όπου τα άτομα καπνίζουν.
- *Αλλαγή προσδοκιών.* Κάποια άτομα καπνίζουν για να είναι αρεστά στην παρέα. Αυτό δεν είναι σοβαρό επιχείρημα. Η προσδοκία αυτή θα πρέπει να αλλάξει και τα άτομα να εστιάσουν στην καλή τους υγεία.
- *Προβολή προτύπων.* Σχολιασμός και κριτική των διάσημων προσώπων και των ΜΜΕ που τους προβάλλουν. Προβολή αυτών που ακολουθούν υγιεινές συμπεριφορές.
- *Δέσμευση.* Τα άτομα γράφουν αυτό που θέλουν να πετύχουν και το κρεμάνε σε ένα εμφανές μέρος για να το διαβάζουν κάθε μέρα.

Περιβαλλοντικοί και εσωτερικοί παράγοντες (γνωστικοί, συναισθηματικοί και βιολογικοί) και συμπεριφορά αλληλεπιδρούν αμοιβαία.



Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να τα καταφέρουν ακόμα και με κάθε αντιξοότητα τόσο πιο πολύ συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, διαίτας, διατροφής, αποκατάστασης, μείωσης του καπνίσματος κλπ. (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006). Σύμφωνα με το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model, Rosenstock, 1974), η διαδικασία παρέμβασης πρέπει να εστιάζεται στο να κατανοήσει το άτομο την σοβαρότητα του προβλήματος και την πιθανότητα για ασθένειες, λόγω του καπνίσματος.

Οι ασθένειες από το κάπνισμα συμβαίνουν σε όλους και δεν είναι θέμα τύχης. Να καταγραφούν τα πιθανά εμπόδια και να αναζητηθούν τρόποι για να ξεπεραστούν. Τέλος γίνεται καταγραφή των οφελών από τις υγιεινές συνήθειες όπως είναι η άσκηση και σχολιάζονται. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή μία πιθανή ενέργεια για συμπεριφορά υγείας εξαρτάται από το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή για μια ασθένεια, από το πώς αντιλαμβάνεται τα οφέλη από τη διαδικασία πρόληψης, και τα πιθανά εμπόδια που θα συναντήσει.

Οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν αυτή την άποψη. Η αντιληπτική απειλή για την ασθένεια επηρεάζεται από την ευαισθησία του ατόμου στη συγκεκριμένη ασθένεια, και το πόσο σοβαρή θεωρεί την ασθένεια. Ερεθίσματα από καμπάνιες, συμβουλές των άλλων, οικογενειακό ιστορικό και άλλες πληροφορίες διαμορφώνουν την άποψη του ατόμου (Θεοδωράκης et al., 2005).

Με βάση το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model) από τους Prochaska και DiClemente (1983) τα άτομα που ακολουθούν ορισμένα στάδια στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Υποστηρίζουν ότι τα στάδια από τα οποία πρέπει να περάσει κάποιος που αποφασίζει να αλλάξει ή να διακόψει μια ανθυγιεινή συμπεριφορά είναι πέντε. Τα στάδια αυτά σχετίζονται με την εσωτερική παρακίνηση του κάθε ατόμου και είναι το προσχέδιο, το σχέδιο, η προετοιμασία, η δράση, η διατήρηση και η λήξη.

Στο πρώτο στάδιο, το άτομο πρέπει να αρχίσει να σκέφτεται να κόψει το κάπνισμα, μέσα από πληροφορίες για το ρόλο του τσιγάρου στην υγεία. Να κατανοήσει τα πλεονεκτήματα από την αποχή. Να κατανοήσει την αξία της υγείας. Στη συνέχεια να υιοθετήσει την ιδέα του μη καπνιστή. Καμπάνιες και πληροφορίες με σαφείς οδηγίες για προγράμματα, δραστηριότητες που αυξάνουν την αυτοπεποίθηση και καταγραφή των θετικών και των αρνητικών σημείων του καπνίσματος βοηθούν.

Όταν γίνει κάποια αλλαγή, το άτομο μπορεί να υιοθετήσει συνήθειες που βοηθούν στην διακοπή των αρνητικών συμπεριφορών, όπως η άσκηση. Να αξιολογήσει την κατάσταση της υγείας του και να παρακολουθεί τις επιδόσεις και την προσπάθειά του. να κάνει τη συνήθεια μόνιμη. Να διδαχθεί στρατηγικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Να κάνει την αποχή από το κάπνισμα μόνιμη, και την άσκηση συνήθεια και χόμπι σταθερό.

Όταν η συμπεριφορά γίνεται συνήθεια, το άτομο προσπαθεί να διατηρείται στο επίπεδο αυτό για όλη του τη ζωή. Επαναξιολογεί διαρκώς τους στόχους του και εισάγει ποικιλία εναλλακτικών δραστηριοτήτων στη ζωή του (Θεοδωράκης et al., 2005). Η διαδικασία αυτή για τους περισσότερους μπορεί να γίνει με παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια πριν διατηρηθεί μια σταθερή συμπεριφορά αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1986).

Τέλος, σύμφωνα με τη θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) τα άτομα συμπεριφέρονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο ανάλογα με τις στάσεις τους προς τη συμπεριφορά αυτή, ανάλογα με την κοινωνική πίεση που δέχονται από σημαντικά άλλα πρόσωπα για το θέμα αυτό, και κυρίως από την πρόθεσή τους να εκτελέσουν ή όχι τη συμπεριφορά αυτή. Ταυτόχρονα, η συμπεριφορά τους αυτή εξαρτάται από τον έλεγχο που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά αυτή (Ajzen, 1988, Ajzen & Madden, 1986).

Η πρόθεση της συμπεριφοράς ενός ατόμου είναι η αιτία της δράσης. Στην πρόθεση συμβάλλουν οι στάσεις (ο προσωπικός παράγοντας) και το κοινωνικό πρότυπο (αν οι σημαντικοί άλλοι θα εγκρίνουν ή θα αποδοκιμάσουν μια συμπεριφορά (Ajzen & Madden, 1986; Humphreys et al., 1998). Όσο δυνατώτερη είναι η πρόθεση τόσο περισσότερο θα προσπαθήσει το άτομο και υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εκτελεστεί η συμπεριφορά (Ajzen & Madden, 1986).

Στάση είναι μια προδιάθεση που μαθαίνεται και που κάνει τα άτομα να αντιδράσουν θετικά ή αρνητικά σε ένα αντικείμενο. Είναι η δημιουργία σκέψεων (γνωστικό στοιχείο), συναισθηματικών αντιδράσεων (συναισθηματικό στοιχείο) και τέλος η δράση (το «συμπεριφορικό» στοιχείο). Η γνώση είναι εκείνη που αυξάνει τη δύναμη της στάσης. Οι στάσεις μαθαίνονται από τα άτομα αλλά μπορεί να αποτελούν και γενετικά δεδομένα. Όσο δυνατή είναι η στάση τόσο μεγαλύτερη αντίσταση παρουσιάζεται σε αλλαγές.

Οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν με την κοινωνική επιρροή και τη γνωστική επίδραση (Fisbein και Ajzen, 1975). Κάποιες στάσεις περιγράφονται σαν πιο δυνατές και κάποιες σαν πιο αδύνατες. Τα χαρακτηριστικά εκείνα που διαχωρίζουν τις δυνατές στάσεις από τις αδύνατες είναι: Η γνώση – ενημέρωση, η συγκεκριμενοποίηση, η σκοπιμότητα, το ενδιαφέρον, η εμπειρία, η απόρριψη, η προσέγγιση, η αποτελεσματικότητα, η συνέπεια, η έλλειψη υπόσχεσης και η μεταξύ τους σχέση. Τα στοιχεία μιας δυνατής στάσης είναι: α) Η επιμονή, όταν οι στάσεις είναι συνεχείς και επίμονες, β) Η αντίσταση, όταν οι στάσεις παρουσιάζουν αντίσταση στην αλλαγή, γ) Η δύναμη στη γνώση, όταν παρουσιάζουν δύναμη στη γνώση – ενημέρωση και δ) η δύναμη της συμπεριφοράς, όταν έχουν μεγάλη δύναμη στη συμπεριφορά (Krosnick et al., 1993).

Η πρόθεση είναι σημαντικότερη για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Μπορεί να προβλεφθεί από τη στάση και το άτομο πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από το ίδιο (Conner και Sparks, 1996). Η πρόθεση καθορίζεται από: α) τον Προσωπικό παράγοντα (στάσεις), β) τον Κοινωνικό παράγοντα (η πίεση από τους σημαντικούς άλλους για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς) και γ) τον Αντιληπτό Έλεγχο συμπεριφοράς που σημαίνει πόσο εύκολα αντιλαμβάνεται κάποιος ότι η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς βρίσκεται κάτω από τον έλεγχό του.

Η πρόβλεψη της συμπεριφοράς έχει σχέση και με άλλους παράγοντες σύμφωνα με (Theodorakis, Bagiatis, & Goudas, 1995). Οι παράγοντες αυτοί είναι η *δύναμη των στάσεων* και η *αυτοταυτότητα*. Η δύναμη των στάσεων έχει σχέση με την αυτοπεποίθηση που νιώθει το άτομο για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η αυτοταυτότητα έχει σχέση με τη δύναμη της ικανότητας του ατόμου να ακολουθήσει την καινούργια συμπεριφορά. Η αυτοταυτότητα επηρεάζεται από τη δύναμη των στάσεων και επηρεάζει την πρόθεση ενός ατόμου.

Η *πληροφόρηση* και η *γνώση* είναι επίσης παράγοντες που διαμορφώνουν στάσεις και συμπεριφορές (Tsigibis, Koustelios, & Theodorakis, 2001) όπου εξετάστηκε η επίδρασή τους στην πρόβλεψη συμμετοχής των φοιτητών σε προγράμματα άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πέρα από τη θεωρία της Σχεδιαστικής Συμπεριφοράς τα δύο αυτά στοιχεία συνέβαλαν σε μεγαλύτερη αύξηση της πρόβλεψης.

Ο *έλεγχος* και η *πρόθεση* είναι επίσης στοιχεία απαραίτητα για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Τα άτομα εκτελούν μια συμπεριφορά όταν την ενισχύουν οι «σημαντικοί άλλοι» και όταν πιστεύουν ότι έχουν οι ίδιοι τον έλεγχο της συμπεριφοράς (McMillan & Conner, 2003). Έτσι τα άτομα που πιστεύουν στα οφέλη από ένα υγιεινό τρόπο ζωής, διαμορφώνουν και ανάλογες στάσεις και προθέσεις.

Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας και Χρήση Ουσιών

Οι γνωστικές – συναισθηματικές θεωρίες ερμηνεύουν τα «πιστεύω» σε σχέση με το στοιχείο του πειραματισμού των νέων στη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές υπάρχει: α) η αυτοαποτελεσματικότητα σύμφωνα με την οποία οι νέοι πιστεύουν ότι μπορούν να βρουν τις απαγορευμένες ουσίες και να τις χρησιμοποιήσουν και β) η αρνητική αυτοαποτελεσματικότητα όπου οι νέοι πιστεύουν ότι μπορούν να αντισταθούν στην πρόκληση για χρήση, αλλά στην πραγματικότητα δεν έχουν την ικανότητα αυτή και

υποκύπτουν στην πίεση για χρήση. Σύμφωνα με τον De Vries και τους συνεργάτες του (1988) το στοιχείο της αρνητικής αυτοαποτελεσματικότητας αύξησε σημαντικά την πρόβλεψη για κάπνισμα.

Τα μηνύματα που στοχεύουν στην πρόληψη χρήσης διαφόρων ουσιών πρέπει να απευθύνονται στα «πιστεύω» των νέων. Τα «πιστεύω» πρέπει να στοχεύουν στην ακριβή συμπεριφορά την οποία επιδιώκουμε και τα διάφορα μηνύματα θα πρέπει να έχουν σαν σκοπό την εξάλειψη των αρνητικών «πιστεύω» και να είναι κατάλληλα για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Τα μοντέλα των ρόλων Bandura (1982) βασίζονται στην αυτοαποτελεσματικότητα των νέων οι οποίοι παρατηρώντας τους φίλους τους να αντιστέκονται στη χρήση απαγορευμένων ουσιών αποφεύγουν και οι ίδιοι τη χρήση τους.

Οι νέοι διαμορφώνουν τις στάσεις και τις συμπεριφορές τους από την οικογένεια και τους φίλους τους. Παιδιά που μεγαλώνουν χωρίς γονείς καπνίζουν περισσότερο, έχουν σχέση με βίαιες συμπεριφορές περισσότερο, έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών περισσότερο, γυμνάζονται λιγότερο και δεν τρέφονται υγιεινά (Theodorakis, Papaioannou, & Karastogianidou, 2001). Η απουσία γονέων οδηγεί σε ασταθή και γεμάτο στρες τρόπο ζωής. Αυξάνονται έτσι οι πιθανότητες ασθενειών και καταχρήσεων. Οικογένεια και φίλοι επηρεάζουν τη διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών. Για το κάπνισμα, την κατανάλωση απαγορευμένων ουσιών και την άσκηση η επίδραση των φίλων είναι καθοριστική.

Οι γονείς και οι φίλοι λειτουργούν σαν πρότυπα. Οι μαθητές επηρεάζονται από τις υγιεινές συμπεριφορές των γονέων τους, των φίλων τους, των καθηγητών τους. Στην έρευνα των Harding et al. (1996), που έγινε με τη συμμετοχή μαθητών 14-17 χρόνων, αναφέρεται ότι συχνά τα παιδιά αισθάνονταν την πίεση των φίλων τους να κάνουν κάτι που τα ίδια δεν ήθελαν, συμπεριλαμβανομένης και της λήψης ναρκωτικών ουσιών. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε επίσης έλλειψη ή ανεπαρκής ενημέρωση των μαθητών για το

κάπνισμα και τις απαγορευμένες ουσίες και επιπλέον ότι η κύρια πηγή πληροφοριών και υποστήριξής τους ήταν οι οικογένειές τους.

Θεωρίες Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Κάπνισμα και Αλκοόλ

Σύμφωνα με τη ΘΣΣ, οι συμπεριφορές προβλέπονται από τις πεποιθήσεις των ατόμων και την πίστη στον εαυτό τους και στις δυνάμεις τους. Σύμφωνα με έρευνα των McMillan και Conner (2003) χρησιμοποιήθηκε η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για να βρουν ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγούν τους μαθητές στη χρήση τσιγάρου και αλκοόλ, σε διάστημα 6 μηνών. Ο έλεγχος που πιστεύουν ότι έχουν τα άτομα στη συμπεριφορά τους, προβλέψε αυτή τη συμπεριφορά. Το κοινωνικό πρότυπο και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς εξήγησαν το 41% και 48% την πρόθεση για κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ. Ο κοινωνικός παράγοντας σαν μεταβλητή είναι αδύνατο να προβλέψει τις προθέσεις των ατόμων για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Conner & Sparks, 1996).

Γενικά όμως η ΘΣΣ θεωρείται πετυχημένη όσον αφορά τις προβλέψεις των προθέσεων για χρήση αλκοόλ και τσιγάρων. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς φάνηκε να προβλέπει την τάση για κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος. Προθέσεις και αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν σημαντικοί δείκτες και για το αλκοόλ και για το κάπνισμα (McMillan & Conner, 2003).

Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Διακοπή του Καπνίσματος

Όπως αναφέρουν οι Singleton και Pope (2000), ένας από τους λόγους που τόσο οι έφηβοι όσο και οι ενήλικες καπνίζουν είναι η ανάγκη να καλυφθούν συναισθηματικά. Οι πιθανότεροι ψυχολογικοί λόγοι που επηρεάζουν τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος

είναι η παρακίνηση, η αυτό-αποτελεσματικότητα, ο περιορισμός του στρες και η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον.

Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς είναι ο σπουδαιότερος δείκτης πρόβλεψης για το κάπνισμα (Odin, 1992) και η ΘΣΣ μπορεί να εξηγήσει τα αποτελέσματα της προσπάθειας που κάνουν τα άτομα που καπνίζουν με σκοπό να σταματήσουν το κάπνισμα για χρονικό διάστημα πάνω από έξι μήνες. Η εγκράτεια όμως των καπνιστών ήταν αδύνατο να προβλεφθεί. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι μια ψυχολογική μεταβλητή (Bandura 1977) που έχει θετικό αποτέλεσμα στη συμπεριφορά των ατόμων προς το κάπνισμα. Οι Singleton και Pope (2000) υποστηρίζουν ότι οι καπνιστές μπορούν να ωφεληθούν από τη βοήθεια ειδικών στην προσπάθειά τους να κόψουν το κάπνισμα, περισσότερο από το να προσπαθούν να το κάνουν μόνοι τους. Χαρακτηριστικό είναι το αποτέλεσμα της έρευνας των Zhu et al. (1996) όπου σε δείγμα 3.030 καπνιστών, παρατηρήθηκε ότι όσο περισσότερη επικοινωνία υπήρχε μεταξύ των καπνιστών και των συμβούλων, τόσο μεγαλύτερη ήταν η αποτελεσματικότητα της υποστήριξης.

Σε μια έρευνα οι Colby et al. (1998) εξέτασαν 40 εφήβους απ' τους οποίους οι 20 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου στην οποία δόθηκε μια σύντομη ενημέρωση γύρω από το κάπνισμα. Οι ερευνητές ακολούθησαν τις βασικές αρχές της παρακινητικής συνέντευξης και επιπλέον προσέφεραν ανατροφοδότηση για την επίδραση του καπνίσματος σε κάθε έφηβο ξεχωριστά και τέλος έδωσαν έμφαση στην ελεύθερη επιλογή και την προσωπική ευθύνη του καθενός. Επίσης οι έφηβοι είδαν και τέσσερις βιντεοσκοπημένες σκηνές με θέματα όπως οι επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία, συνέπειες, εξάρτηση και οικονομικό κόστος. Την ίδια διαδικασία την επανέλαβαν και μετά από τρεις μήνες. αν και οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν μεγάλες, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική επίδραση της παρακινητικής συνέντευξης με το 72% των εφήβων να δηλώνει ότι έκανε μια σοβαρή προσπάθεια μετά απ' αυτό να κόψει το κάπνισμα.

Σε μια έρευνα των Norman, Bell και Conner (1999) με δείγμα 84 καπνιστών, που παρακολουθούσαν κλινικές προώθησης της υγείας σε ένα περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια τα οποία αξιολόγησαν τις βασικές αντιλήψεις της θεωρίας σχεδιασμένης συμπεριφοράς, της διακριτής ευπάθειας και προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος. Οι αναλύσεις της «υποτροπής» αποκάλυψαν ότι η πρόθεση να κόψουν το κάπνισμα είχε αρχικά προβλεφθεί από τον έλεγχο της διακριτής συμπεριφοράς και την διακριτή ευπάθεια. Σε διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών, η απόπειρα διακοπής προβλεπόταν από την πρόθεση και τον αριθμό προηγούμενων προσπαθειών διακοπής, ενώ ο χρόνος της απόπειρας προβλεπόταν αποκλειστικά από τον χρόνο της μεγαλύτερης πιο πρόσφατης προσπάθειας διακοπής. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι παρεμβολές θα πρέπει να επικεντρώνονται στις αντιλήψεις της ευπάθειας και στον έλεγχο να αυξηθεί το κίνητρο των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα.

Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Φυσική Δραστηριότητα

Η άσκηση ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου, την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας, της αυτοεικόνας και αυτοπεποίθησης και βοηθάει στις θετικές κοινωνικές σχέσεις (Weinberg & Gould, 1999). Η χρήση της άσκησης σαν μέσο πρόληψης, αποκατάστασης και θεραπείας επιβεβαιώνει την σημαντικότητα της συμβολής της στην υγεία.

Σε μια έρευνα των Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2001) χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά μεταβλητών οι οποίες πιθανόν να συντελούσαν στην πρόβλεψη των προθέσεων για άσκηση. Το δείγμα ήταν 99 άτομα ηλικίας 17-50 ετών, που συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια τα οποία εξέτασαν στάσεις με βάση τη ΘΣΣ, την αυτοαποτελεσματικότητα, την πληροφόρηση και τη γνώση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι

οι μεταβλητές που συνετέλεσαν στην πρόβλεψη πρόθεσης για άσκηση ήταν η θετική στάση προς την άσκηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα. Η πρόθεση για άσκηση διαμορφώνεται από πληροφορίες (ενημέρωση) σχετικά με την άσκηση. Αυτό οδηγεί στη δημιουργία θετικών στάσεων και προθέσεων προς την άσκηση και την αυτοαποτελεσματικότητα. Οι στάσεις και οι προθέσεις είναι αυτές που διαμορφώνουν τις συμπεριφορές των ατόμων. Στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε επίσης και η επίδραση της άσκησης στη διαμόρφωση και άλλων υγιεινών συνηθειών. Θετικές στάσεις προς την άσκηση συνδέονται με αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης, & Χρόνη, 2000).

Άσκηση και Διακοπή Καπνίσματος

Τα άτομα καπνίζουν για πολλούς πιθανούς λόγους, διαφορετικούς για τον καθένα. Αυτοί οι λόγοι μπορεί να είναι: α) η επιρροή από κοινωνικούς παράγοντες, β) συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, γ) για να διαχειριστούν τα επίπεδα διέγερσής τους, δ) τα αισθήματα ευφορίας που προκαλούνται από το κάπνισμα, ε) για να μειώσουν την κακή διάθεση ή την κατάθλιψη, στ) από εξάρτηση στη νικοτίνη, ζ) από συνήθεια η οποία γίνεται από ένα σημείο και μετά αυτόματα και ασυνείδητα (Lujic, Reuter & Netter, 2005).

Εκτός από τους παραπάνω λόγους έχουν αναφερθεί και άλλα κίνητρα όπως για λόγους ελέγχου βάρους, για λόγους «βελτίωσης» της εικόνας (π.χ. να μοιάζουν σε μοντέλα που καπνίζουν). Είναι γενικά αποδεκτό ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του σωματικού βάρους, όταν τα άτομα ξεκινούν το κάπνισμα χάνουν βάρος και το αντίθετο συμβαίνει όταν το κόψουν. Αρκετοί είναι εκείνοι και κυρίως γυναίκες (Perkins, Mitchell, & Epstein 1995) που καπνίζουν με σκοπό να διατηρούν το βάρος τους στα ίδια επίπεδα (Clark et al., 2004). Αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος που

πολλοί αρνούνται να κόψουν το τσιγάρο από φόβο μήπως πάρουν κιλά και χειροτερέψουν τη σωματική τους εικόνα (King, Matacin, Marcus, Bock, & Tripolone, 2000).

Όλες οι παραπάνω αιτίες που αναφέρθηκαν μπορεί να θεωρηθεί ότι υπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε άτομο και σε διαφορετικό στάδιο της ζωής του ως καπνιστής. Η επίδραση της νικοτίνης, οι βιολογικές και συναισθηματικές συνέπειες του καπνίσματος και οι συμπεριφορές των καπνιστών είναι διαφορετικές σε διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας (Eysenck, 1980). Οι Lujic et al. (2005) συμπεραίνουν ότι σχεδόν όλες οι θεωρίες που περιγράφονται αναφέρουν ότι η νικοτίνη, και οι επιδράσεις της στο κεντρικό νευρικό σύστημα, έχει τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των διαφόρων κινήτρων. Πιο συγκεκριμένα, η δράση της είναι διπλή, αυξάνει τη διέγερση όταν είναι σε χαμηλές δόσεις και την μειώνει όταν η συγκέντρωσή της στον οργανισμό είναι υψηλή. Ασκήει διεγερτικές επιδράσεις στον φλοιό του εγκεφάλου καθώς επίσης και μειωμένη διέγερση στο σύστημα εκείνο που είναι υπεύθυνο για τα συναισθήματα.

Οι επιπτώσεις της νικοτίνης, επίσης, στις γνωστικές, συναισθηματικές και παρακινητικές λειτουργίες επηρεάζονται και από την προσωπικότητα του καθενός έτσι ώστε να δημιουργούνται διαφορετικές αντιδράσεις. Η νικοτίνη είναι μια πολύ δυνατή ουσία που μπορεί να προκαλέσει εθισμό από μόνη της.

Δεδομένων των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία, έρευνες προσπαθούν να εντοπίσουν τρόπους και μέσα για την αποτροπή των ανθρώπων από το κάπνισμα. Ένας από τους τρόπους αποτροπής, αλλά και διακοπής του καπνίσματος είναι η άσκηση. Η αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος παρατηρήθηκε τόσο σε δείγμα νεαρών ατόμων όσο και σε δείγματα ενηλίκων (Marti, Abelin, Minder, & Vader, 1988; Marti, Salonen, Tuomilehto, & Pulska, 1988; Salonen, Slater, Tuomilehto, & Raurama, 1988; Tuomilehto, et al., 1987) συμπεραίνοντας ότι όσο τα άτομα ασκούσαν, τόσο λιγότερο κάπνιζαν.

Η εξέταση των σχέσεων μεταξύ άσκησης και καπνίσματος (Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005) οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η άσκηση πιθανά αποτρέπει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος, ή ότι μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. Πράγματι, η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ή προγράμματα άσκησης πιθανά βοηθάει στις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, λειτουργώντας ως εναλλακτική δραστηριότητα ή βοηθώντας στη δημιουργία καλύτερης ψυχολογικής διάθεσης.

Η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να έχουν μια αρνητική σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη, που σημαίνει ότι η αύξηση της δραστηριότητας συνοδεύεται από μείωση του άγχους, του στρες (Landers 1994; Stephens 1988) και της κατάθλιψης (Doayne et al., 1987). Μειώνει επίσης τα συμπτώματα παραίτησης από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος αλλά και την αίσθηση εξάρτησης από τη νικοτίνη (Bock, Marcus, King, Borrelli, & Roberts, 1999; Ussher, Nunziatta, Cropley, & West, 2001).

Η μέτριας έντασης άσκηση σύμφωνα με τον Marcus και τους συνεργάτες του (2003) βοήθησε στην αποφυγή αύξησης βάρους λόγω διακοπής του καπνίσματος. Η άσκηση και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας συνοδεύεται από αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής διάθεσης (Weiberg & Gould, 1999). Η άσκηση επιδρά επίσης θετικά τόσο στις γνωστικές λειτουργίες όσο και στην ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας (McAuley, 1994). Ο Bunce και οι συνεργάτες του (2004) ασχολήθηκαν κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει την ικανότητα μνήμης κυρίως μετά από φυσική δραστηριότητα εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων οξυγόνου στο αίμα. Η γνωστική απόδοση εξαρτάται από την ικανότητα μεταφοράς του οξυγόνου στον εγκέφαλο μιας και το οξυγόνο είναι η τροφή του εγκεφάλου, απαραίτητο για κάθε γνωστική λειτουργία. Το μονοξειδίο που υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες στον καπνό του τσιγάρου μεταφέρεται μέσω του αίματος στα κύτταρα και προκαλεί γνωστική εξασθένηση

και μείωση της ικανότητας της μνήμης. Τέλος η έρευνα έδειξε ότι θετικές στάσεις προς την άσκηση συνδέονται με αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης & Χρόνη, 2000).

Επίσης η άσκηση προκαλεί την έκκριση ουσιών (νευροδιαβιβαστών) που προκαλούν αίσθημα ευεξίας (ενδορφίνες, σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη) και θα μπορούσε σε κάποιο βαθμό να ικανοποιήσει τα κίνητρα όσων δηλώνουν ότι καπνίζουν γιατί αισθάνονται όμορφα με βάση τις θεωρίες «αδυναμίας – άφεσης – ικανοποίησης» (Lujic et al., 2005). Η άσκηση επιδρά θετικά στην προσπάθεια καρδιοπαθών να περιορίσουν το κάπνισμα. Μια μελέτη έδειξε ότι ο συνδυασμός άσκησης και αγωγής υγείας πάνω στο κάπνισμα, τη διατροφή και τον έλεγχο του στρες απέφερε χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και καρδιακών επεισοδίων σε μια ομάδα 46 ασθενών που συμμετείχαν στην παρεμβατική έρευνα σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου 42 ασθενών. Για την πρώτη ομάδα η θνησιμότητα ακόμα και 6,5 χρόνια μετά την παρέμβαση ήταν μόνο 2,2% (1 στους 46 ασθενείς) ενώ για την ομάδα ελέγχου 14,6% (6 στους 46 ασθενείς). Μακροχρόνια, οι ασθενείς της παρεμβατικής ομάδας υιοθέτησαν πιο υγιείς συμπεριφορές, όπως μείωση ή και διακοπή του καπνίσματος, καλή διατροφή και συχνή άσκηση (Lisspers et al., 2005).

Σε μια άλλη έρευνα (Gardner, Killewich, Montgomery, & Katzel, 2004) για 6 μήνες, 39 ασθενείς – καπνιστές και 46 ασθενείς – μη καπνιστές πήραν μέρος σε ένα πρόγραμμα άσκησης το οποίο περιελάμβανε περπάτημα σε διάδρομο, τρεις φορές την εβδομάδα. Στο τέλος του προγράμματος, οι καπνιστές ασθενείς δεν είχαν αλλάξει τις συνήθειές τους, δηλαδή δεν περιορίσαν, ούτε διέκοψαν το κάπνισμα. Αυτό όμως που παρατηρήθηκε ήταν ότι ενώ και οι δύο κατηγορίες ασθενών είχαν βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, οι καπνιστές υπέφεραν περισσότερο από πόνους, η κυκλοφορία του αίματος ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα απ' αυτή των μη καπνιστών και γενικότερα η ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τη φυσική και πνευματική τους κατάσταση δεν ήταν

τόσο καλή όσο των μη καπνιστών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ακόμα και για τους καπνιστές η άσκηση μπορεί να είναι αποτελεσματική αφού αυτό που τους εμποδίζει να την εφαρμόζουν στην καθημερινότητά τους είναι περισσότερο η αρνητική αντίληψη για την ικανότητά τους να τα καταφέρουν και το γεγονός ότι πρέπει να κάνουν μεγαλύτερες προσπάθειες από τους μη καπνιστές για να φτάσουν σε ένα επίπεδο καλής φυσικής κατάστασης. Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν ότι η άσκηση και το κάπνισμα φαίνεται να έχουν μια ανταγωνιστική σχέση.

Νέοι και Κάπνισμα

Οι λόγοι για τους οποίους οι νέοι καπνίζουν είναι εξαιτίας επιρροής από κοινωνικούς παράγοντες (φίλοι, γονείς, διαφήμιση κλπ.), όταν δεν μπορούν να διαχειριστούν το άγχος, και γιατί καπνίζοντας ο οργανισμός εκκρίνει ουσίες (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, βήτα-ενδορφίνη) που τους προκαλούν ευεξία (Lujic et al., 2005).

Επίσης για πολλούς τα γενετικά και οικογενειακά στοιχεία που κληρονομούνται μπορούν να δώσουν άλλη μια εξήγηση γιατί τα άτομα καπνίζουν. Οι Carmelli, Swan, Robinette και Fabsitz (1992) πραγματοποιώντας μια έρευνα σε ζευγάρια διδύμων βρήκαν ότι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την συμπεριφορά ενός ατόμου σε σχέση με το κάπνισμα.

Παιδιά που μεγαλώνουν χωρίς γονείς, καπνίζουν περισσότερο, έχουν σχέση με βίαιες συμπεριφορές, έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών, γυμνάζονται λιγότερο και δεν τρέφονται υγιεινά (Theodorakis, Papaioannou, & Karastogianidou, 2004). Σύμφωνα με τους Singleton και Pore (2000) η εξάρτηση από το τσιγάρο μεγαλώνει ανάλογα με την ηλικία που αρχίζει κάποιος το κάπνισμα. Όσο μικρός αρχίζει κάποιος το κάπνισμα, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει να το κόψει. Οι λόγοι για τους οποίους οι νέοι επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα είναι το κόστος, η φυσική τους κατάσταση και η υγεία.

Πολλές συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν ουσιαστική επίδραση στην υγεία για όλη τη ζωή διαμορφώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με τον Taylor 1999 οι υγιεινές στάσεις και συνήθειες διαμορφώνονται και σχηματοποιούνται στα άτομα στις ηλικίες των 10-12 χρόνων. Σύμφωνα με μια έρευνα της Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) στα άτομα, με την πάροδο της ηλικίας, μειώνεται η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και αυξάνεται η κατανάλωση τσιγάρων. Αντίθετα όσο περισσότερο χρόνο είχαν ασχοληθεί με την άσκηση, τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Βρέθηκε ακόμη ότι οι ενεργειακοί αθλητές καπνίζουν λιγότερο από τους μη αθλητές και οι παλαιοί ασκούμενοι καπνίζουν λιγότερο από αυτούς που δεν ασχολήθηκαν με την άσκηση ποτέ.

Άσκηση – Κάπνισμα – Αλκοόλ

Η άσκηση βοηθάει τα άτομα που καπνίζουν να το ελαττώσουν ή ακόμα και να το κόψουν εντελώς (Godin 1989). Μια έρευνα του Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) είχε σαν σκοπό την εξέταση των σχέσεων άσκησης και καπνίσματος μεταξύ ατόμων που έχουν ή είχαν σχέση με την άσκηση και ατόμων που δεν ασκούνται. Οι συμμετέχοντες ήταν 291 άτομα (152 άνδρες και 139 γυναίκες) με μέσο όρο 20,7 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων τόσο μειώνεται η ενασχόλησή τους με την άσκηση, ενώ αντίθετα αυξάνεται ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν. Επίσης όσο αυξάνονται τα χρόνια ενασχόλησης με την άσκηση τόσο μειώνεται ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν. Επιπλέον, όσοι είναι ενεργειακοί αθλητές καπνίζουν λιγότερο σε σχέση με αυτούς που δεν είναι αθλητές αλλά και όσοι ασκούνται από παλιά καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν ποτέ καμία ενασχόληση με την άσκηση.

Τα δεδομένα της έρευνας αυτής συνηγορούν στην άποψη ότι η ενασχόληση των ατόμων με την άσκηση βοηθάει τα άτομα να απομακρύνονται από τη συνήθεια του καπνίσματος.

Μελετήθηκε επίσης από τον Ussher και τους συνεργάτες του (2001) αν η άσκηση βοηθάει την αποχή από το κάπνισμα, αν η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους και αν η άσκηση μειώνει το βάρος του σώματος. Η έρευνα έγινε σε 299 άτομα (άνδρες και γυναίκες) από 18 έως 65 ετών που κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα για τουλάχιστον τρία χρόνια. Τα άτομα αυτά θέλησαν να σταματήσουν το κάπνισμα παρακολουθώντας εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες. Χρησιμοποιήθηκε μέτρια έως και μεγάλης έντασης άσκηση γιατί αυτό το είδος άσκησης έχει αποδειχθεί ότι βοηθάει ψυχολογικά και μειώνει την ανάγκη για κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ελέγχου και άσκησης σε σχέση αφενός με το κάπνισμα αφετέρου και με το βάρος του σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 μαθητές του 4^{ου} ΤΕΕ – ΕΠΑ.Σ Τρικάλων, αγόρια και κορίτσια ηλικίας 18 – 24 ετών. Το δείγμα ήταν τυχαίο και τα παιδιά συμπλήρωσαν, το ερωτηματολόγιο οικιοθελώς. Ένα μήνα μετά την πρώτη μέτρηση δόθηκε στα ίδια άτομα να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο επαναμέτρησης έτσι ώστε να είναι δυνατή η πρόβλεψη των συμπεριφορών μέσα από την πρόθεση για την εκδήλωσή τους. Στην επαναμέτρηση συμμετείχαν τελικά 130 άτομα. Η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων του κάθε ατόμου στην πρώτη και δεύτερη μέτρηση έγινε με βάση την ηλικία και το φύλο του.

Η πραγματοποίηση της Ερευνητικής Εργασίας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την υπ. αριθμ. 2/6-12-2006 συνεδρίαση και ανακοινώθηκε με την υπ. αριθμ. Πρωτ. 4/06-12-2006 επιστολή (Παράρτημα). Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε και πάρθηκε η έγγραφη συναίνεση (το έντυπο συγκατάθεσης επισυνάπτεται στον κατάλογο παραρτημάτων).

Διαδικασία μέτρησης

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στον χώρο του σχολείου Πριν την έναρξη της διδακτικής ώρας κάποιου μαθήματος, ο καθηγητής της τάξης μοίραζε τα ερωτηματολόγια στους μαθητές και η διαδικασία ολοκληρώνονταν σε 15' - 20'.

Πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις. Στην αρχική έγινε καταγραφή των μεταβλητών ΘΣΣ καθώς και αυτών που αφορούν τις συμπεριφορές του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ. Ένα μήνα αργότερα πραγματοποιήθηκε η επαναμέτρηση μόνο των συμπεριφορών του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ.

Η επιλογή αυτό του διαστήματος έγινε γιατί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μπορεί να αλλοιώσει τα αποτελέσματα επειδή τα άτομα μπορούν να επηρεαστούν και από άλλα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Όργανα Μέτρησης

Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοπεριγραφής, ένα στην αρχική μέτρηση και ένα στην επαναμέτρηση. Το ερωτηματολόγιο αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί και σε άλλες στον ελληνικό πληθυσμό. (Theodorakis, 1994; Theodorakis & Kosmidou, 2005; Theodorakiw, Natsis, Papaioannou & Goudas, 2003; Κοσμίδου & Θεοδωράκης, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005) όπου αναφέρεται ότι είναι έγκυρα και αξιόπιστα.

Το ερωτηματολόγιο της αρχικής μέτρησης περιλάμβανε για κάθε συμπεριφορά τις κλίμακες της ΘΣΣ την αξιολόγηση της συμπεριφοράς τα στάδια του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής και τα δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπάρχουν οδηγίες για τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να συμπληρωθούν οι κλίμακες και σχετικά παραδείγματα. Ένα μήνα μετά την αρχική αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε επαναμέτρηση των συμπεριφορών και των Σταδίων Αλλαγής. Χρησιμοποιήθηκαν για κάθε συμπεριφορά τα ίδια ερωτηματολόγια με αυτά της αρχικής μέτρησης. Το αρχικό ερωτηματολόγιο καθώς και το ερωτηματολόγιο επαναμέτρησης περιλαμβάνονται στο Παράρτημα 3.

Κλίμακες ΘΣΣ.

Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης των παραγόντων της θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιλαμβάνουν 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 χρησιμοποιηθεί και άλλες φορές σε σχετικές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis 1994; Theodorakis et al., 2003). Συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν:

α) *Στάσεις ως προς το κάπνισμα:* Δόθηκε η φάση «*το να καπνίζω για μένα είναι...*» ακολουθούμενη από 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων τοποθετημένα στα δύο άκρα μιας 7-βάθμιας κλίμακας. Σε κάθε ένα από αυτά τα ζεύγη ο εξεταζόμενος έπρεπε να επιλέξει μία απάντηση. Αυτή αντιστοιχούσε στο πόσο το άτομο πίστευε ότι το κάπνισμα ήταν προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση του ζεύγους των αντίθετων επιθέτων. Τα ζεύγη των επιθέτων ήταν: «καλό – κακό», «έξυπνο – ανόητο», «υγιεινό – ανθυγιεινό», «χρήσιμο – άχρηστο», «άσχημο – όμορφο» και «δυσάρεστο – ευχάριστο». Έγινε αντιστροφή 3 ζευγών (2,5,6) έτσι ώστε τα μικρότερα σκορ να υποδηλώνουν αρνητικότερες στάσεις προς το κάπνισμα. Για τη στατιστική ανάλυση υπολογίστηκε ο μέσος όρος των σκορ μετά την αντιστροφή.

β) *Πρόθεση για κάπνισμα:* Χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις που αξιολογούσαν την πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα: *Σκοπεύω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:* «πολύ απίθανο – πολύ πιθανό», *Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίσω τον επόμενο μήνα:* «απόλυτα όχι – απόλυτα ναι», *Θα προσπαθήσω να καπνίσω τον επόμενο μήνα:* «απόλυτα λάθος – απόλυτα σωστό». Τα μικρότερα σκορ δήλωναν την μικρότερη πρόθεση για κάπνισμα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των τριών ερωτήσεων.

γ) *Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος της Συμπεριφοράς*: Χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις για να αξιολογήσουν το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά ελέγχεται από το ίδιο. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. *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».* Μικρότερα σκορ δήλωναν ότι το άτομο δεν ήλεγχε τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Αντίθετα υψηλότερα σκορ δηλώνουν ότι το άτομο ελέγχει, αν θα καπνίσει. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των τριών ερωτήσεων.

δ) *Αυτοταυτότητα* (Theodorakis, 1994): Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερις ερωτήσεις για να αξιολογηθεί κατά πόσο το άτομο πίστευε ότι η συμπεριφορά αποτελούσε αναπόσπαστο χαρακτηριστικό του εαυτού του. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα και τα μικρότερα σκορ δήλωναν λιγότερη συμφωνία. Παράδειγμα: *Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να καπνίζει, θεωρώ ότι είμαι άτομο που θα καπνίζει.* Στην 3^η ερώτηση έγινε αντίστροφη, 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 για να αξιολογηθεί το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο ότι άλλα άτομα – σημαντικά γι' αυτό – αναμένουν να συμπεριφερθεί. Οι απαντήσεις δίνονται σε 7-βάθμια κλίμακα, με τα μικρότερα σκορ να σημαίνουν ότι τα σημαντικά για το πρόσωπα περίμεναν από αυτό να καπνίσει. Οι ερωτήσεις και οι αντίστοιχες απαντήσεις που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι ακόλουθες: *Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καπνίζω τον επόμενο μήνα: «απίθανο – πιθανό», Αν καπνίζω τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα: «διαφωνήσουν – συμφωνήσουν».*

στ) *Αντιλαμβανόμενη Ενημέρωση*: Με 4 ερωτήσεις αξιολογούνταν το πόσο ενημερωμένοι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος πίστευαν οι συμμετέχοντες ότι ήταν (Krosnick et al., 1993). Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα: *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 καπνίσματος: «καθόλου γνώσεις – πολλές γνώσεις». Μικρότερο σκορ δηλώνει λιγότερο ενημερωμένο άτομο.

Αξιολόγηση Συμπεριφορών

Κάπνισμα. Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος έγινε με 7 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη & Χασάνδρα (2005) και βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004). Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά («ναι» - «όχι»). Η 1^η ερώτηση διαχώριζε τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η 2^η ερώτηση διέκρινε τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η 3^η ερώτηση αξιολογούσε τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4^η ερώτηση αξιολογούσε τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και 5^η ερώτηση αξιολογούσε τους «βαρείς» καπνιστές. Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη 2 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας αλλά και της προηγούμενης μέρας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον ακριβή αριθμό των τσιγάρων.

Άσκηση. Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς της φυσικής δραστηριότητας έγινε με το ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο σε μία εβδομάδα» (Leisure – Time Exercise Questionnaire, Godin & Shephard, 1985). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη φυσική δραστηριότητα των ατόμων κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση: «εξετάζοντας ένα διάστημα 7 ημερών (μιας εβδομάδας) πρόσφατα, πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας; (Γράψτε σε κάθε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό)». Υπήρχαν 3 κατηγορίες άσκησης (έντονη, μέτρια και ήπια) με αντίστοιχα παραδείγματα άσκησης. Σε κάθε κατηγορία οι συμμετέχοντες καλούνταν να δηλώσουν πόσες φορές εκτέλεσαν άσκηση συγκεκριμένης έντασης κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας. Στη συνέχεια υπολογιζόταν ο Συνολικός Δείκτης της Άσκησης (ΣΔΑ), ο οποίος χρησιμοποιήθηκε και στη στατιστική ανάλυση. Ο ΣΔΑ ή το συνολικό ενεργειακό κόστος είναι το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντιστοίχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία: [(έντονη άσκηση X 9) + (μεσαία ένταση X 5) + (ήπια ένταση X 3)]. Οι παραπάνω πολλαπλασιασμοί γίνονται με το αντίστοιχο MET της κάθε έντασης: έντονη ένταση = 9 MET, μεσαία ένταση = 5 MET, ήπια ένταση = 3 MET. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μέτρησης έχει υποστηριχθεί σε σχετικές διεθνείς εργασίες (Godin & Shephard, 1985; Kriska & Caspersen, 1997). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται αυτούσιο στο Παράρτημα 3.

Κατανάλωση Αλκοόλ. Ο κάθε συμμετέχοντας καλούνταν να απαντήσει στην ερώτηση «πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά (π.χ. ούζο, κρασί, μπύρα, λικέρ):» Οι απαντήσεις από τις οποίες έπρεπε να επιλέξει το άτομο ήταν οι ακόλουθες: «Ποτέ», «Μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια», «2 – 5 μέρες την εβδομάδα», «Καθημερινά, λιγότερο από 4

ποτήρια», «Καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια» (Gallo, Bradley, Siegel, & Kasl, 2001).

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. Armitage, 2003; Humphreys et al., 1998). 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).

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το τελευταίο κομμάτι του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασία, την οικογενειακή και την οικονομική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αφορούσαν ημερομηνία γέννησης, φύλο, τάξη αν υπάρχει άλλου λυκείου / σχολής. 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». Και αυτές οι ερωτήσεις περιλαμβάνονται στο 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 ρ 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 4:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Εξετάστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την τάξη τους στο σχολείο, την οικογενειακή κατάσταση, και την πιθανή επαγγελματική ενασχόλησή των συμμετεχόντων. Από τα 150 άτομα, που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, 54 (36%) ήταν αγόρια και τα 96 (64%) κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 21,06 χρόνια (SD = 4,68). Από το σύνολο των μαθητών, που συμμετείχαν στην έρευνα, 77 άτομα 51,3% είχαν απολυτήριο ή πτυχίο άλλη σχολής.

Πίνακας 1. Αριθμός και ποσοστά των μαθητών ανά τάξη

Τάξη	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Α' τάξη	56	37,3%
Β' τάξη	93	62,0%
Δεν απάντησαν	1	0,7%

Αξιολογήθηκε επίσης η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι γονείς από 121 (80,7%) μαθητές ήταν παντρεμένοι, από 15 (10%) ήτανε διαζευγμένοι και από 14 (0,3%) μαθητές ήταν σε χηρεία. Σχετικά με το αριθμό των αδερφών στην οικογένεια του κάθε συμμετέχοντα, προέκυψε ότι οι 15 ήτανε μοναχοπαίδια (10%), οι 71 ήταν δύο και τρία αδέρφια (47,3%) και οι 63 δήλωσαν ότι ήταν πάνω από τέσσερα αδέρφια (41,9%). Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας κάθε συμμετέχοντα φαίνεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Αριθμός και ποσοστό ως προς την οικονομική κατάσταση των μαθητών

Οικονομική κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	4	2,7
Κακή	8	5,3
Μέτρια	73	48,7
Καλή	46	30,7
Πολύ καλή	19	12,7

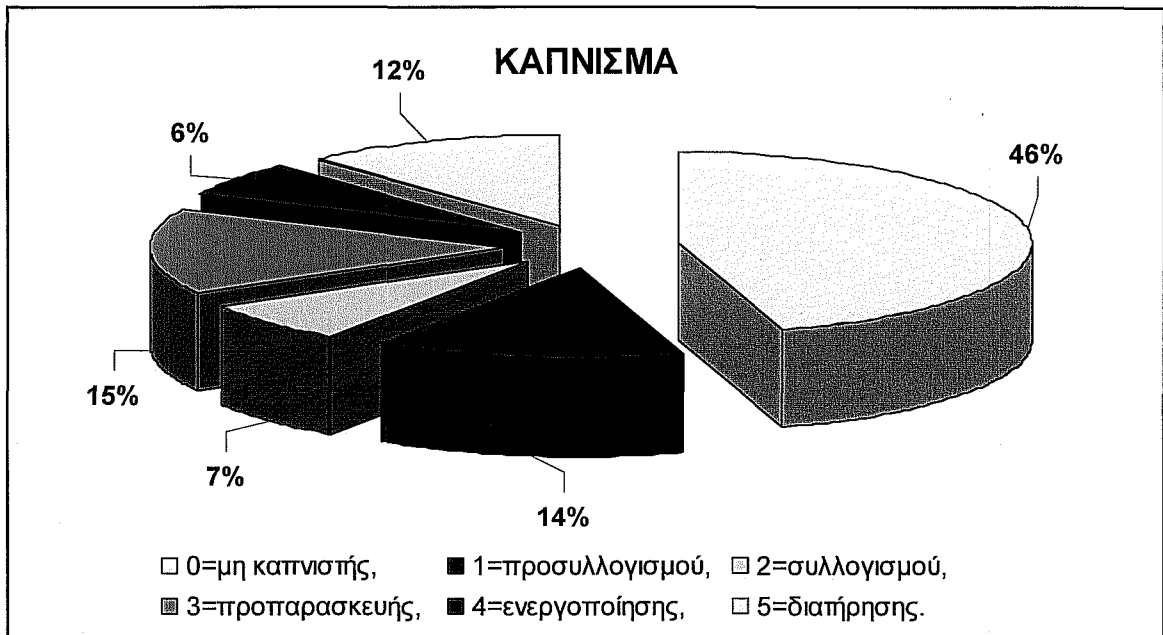
Επαγγελματική Απασχόληση. Από τους μαθητές, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τα 65 άτομα, ποσοστό 43,79% εργάζονταν. Όσον αφορά αυτούς που εργάζονταν, οι απαντήσεις τους ως προς την επαγγελματική τους απασχόληση περιγράφονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Αριθμός και ποσοστό μαθητών σε διαφορετικούς εργασιακούς χώρους.

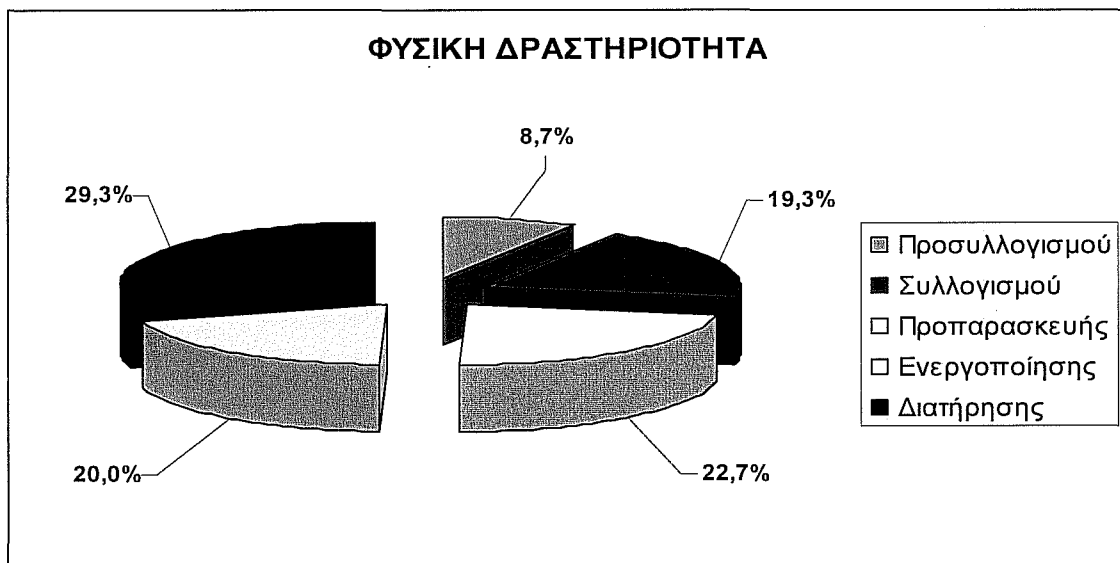
Εργασία	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Σε Bar ή Café	24	16,1
Νοσηλευτές	2	1,4
Υδραυλικοί	2	1,3
Γεωργία	1	0,7
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	33	22,2
Οικιακά	2	1,3
Στο ΤΕΙ Καρδίτσας	1	0,7
Σύνολο	65	43,7

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά ως προς το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων

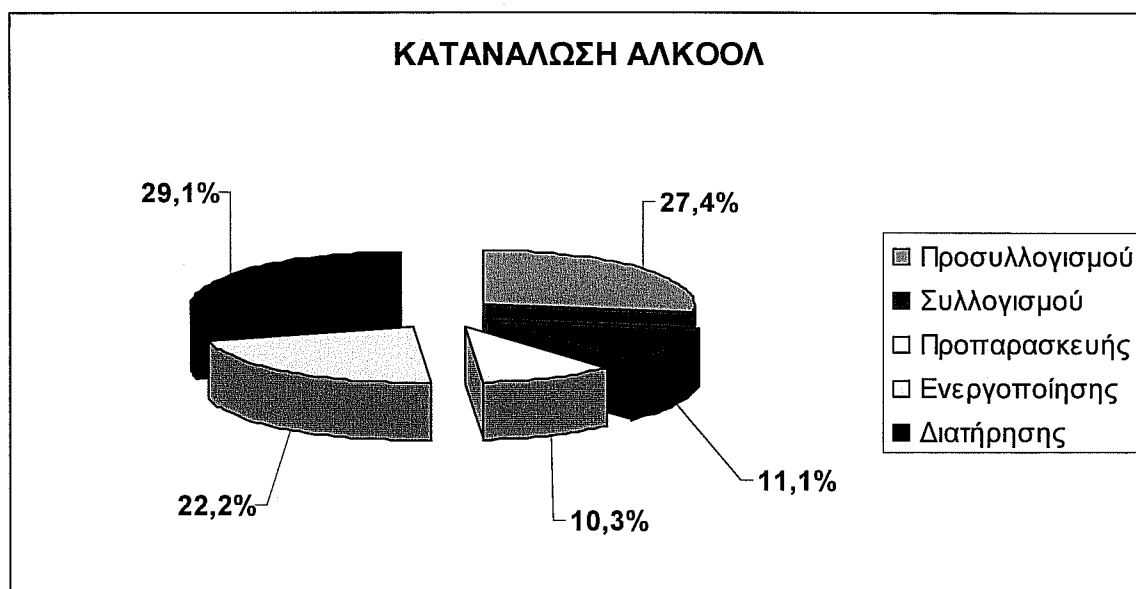
Κάπνισμα: Όσον αφορά το κάπνισμα η πλειοψηφία του δείγματος ανήκε σ' αυτούς που δεν καπνίζουν και δεν κάπνισαν ποτέ 45,3% N = 68. Επίσης μεγάλο ποσοστό του δείγματος βρίσκονται στο στάδιο, που καπνίζουν αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έκαναν προσπάθειες για να το κόψουν (15,3%, N = 23).



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=κάπνισα αλλά τον τελευταίο καιρό (<6 μήνες) δεν καπνίζω, 5 = κάπνισα 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 ασκούμεαι και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες, 2=Δεν ασκούμεαι, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα, 3=Δεν ασκούμεαι συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές, 4 = Ασκούμεαι συστηματικά, αλλά για λιγότερο από 6 μήνες 5 = Ασκούμεαι συστηματικά για περισσότερους από 6 μήνες.



Σχήμα 3: Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ (1=Καταναλώνω αλκοόλ και δεν 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=Καταναλώνω αλκοόλ, στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό – λιγότερο από 6 μήνες – δεν πίνω πια, 5 = Καταναλώνω αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά δεν πίνω πια για περισσότερους από 6 μήνες.

Άσκηση: Όσον αφορά την άσκηση οι περισσότεροι ανήκαν στο στάδιο που ασκούσαν συστηματικά για περισσότερο από έξι μήνες (29,3% N=44).

Αλκοόλ: Σχετικά με το αλκοόλ το 22,7% (N=34) βρίσκονταν στο πέμπτο στάδιο όπου καταναλώναν αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά δεν καταναλώνουν πια για περισσότερους από 6 μήνες. Όπως επίσης με μικρή διαφορά υπάρχει ένα ποσοστό 21,3% (N=32) των μαθητών όπου καταναλώνουν αλκοόλ και δεν σκέφτονται να σταματήσουν για τους επόμενους 6 μήνες.

Έλεγχος Αξιοπιστίας Εργαλείων Μέτρησης – Ερωτηματολογίων:

Η εσωτερική συνοχή των παραγόντων ελέγχθηκε με τον δείκτη α του Cronbach για κάθε παράγοντα ξεχωριστά. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η εσωτερική συνοχή των παραγόντων (α του Cronbach), οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλους τους

συμμετέχοντες. Βρέθηκε ότι η συνοχή όλων των παραγόντων ήταν σε αποδεκτά επίπεδα, τόσο για το κάπνισμα ($.52 < \alpha < .90$), όσο για την άσκηση ($.63 < \alpha < .90$), αλλά και το αλκοόλ ($.37 < \alpha < .92$)

Πρόβλημα δημιουργήθηκε με την συνοχή των παραγόντων στην κλίμακα για το κοινωνικό πρότυπο. Όταν όμως αφαιρέθηκε η τρίτη ερώτηση, ο δείκτης αξιοπιστίας βρέθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα ($.52 - .70$).

Πίνακας 4. Εσωτερική συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της ΘΣΣ.

Κάπνισμα	α	M	SD
Στάσεις	,85	1,81	1,08
Πρόθεση	,90	2,56	1,95
Αντ. Έλεγχος	,93	3,02	2,28
Αυτοταυτότητα	,82	2,96	1,89
Κοινωνικό πρότυπο	,52	2,09	1,43
Αντ. Ενημέρωση	,80	5,01	1,43
Άσκηση			
Στάσεις	,85	6,23	1,03
Πρόθεση	,80	5,44	1,34
Αντ. Έλεγχος	,90	5,05	1,59
Αυτοταυτότητα	,82	5,18	1,54
Κοινωνικό πρότυπο	,63	5,61	1,49
Αντ. Ενημέρωση	,87	5,05	1,42
Αλκοόλ			
Στάσεις	,92	2,23	1,38
Πρόθεση	,89	2,77	1,75
Αντ. Έλεγχος	,91	3,06	1,90
Αυτοταυτότητα	,85	2,94	1,70
Κοινωνικό πρότυπο	,70	2,19	1,52
Αντ. Ενημέρωση	,37	4,91	1,79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν να καταγραφούν και να εξεταστούν συμπεριφορές υγείας σε νεαρούς ενήλικες μέσα από τις κοινωνικογνωστικές θεωρίες της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ). Η αναγνώριση των παραγόντων που ωθούν τους νεαρούς ενήλικες να στραφούν στο κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ ή τη φυσική δραστηριότητα έχει σαν στόχο την εξεύρεση τρόπων παρέμβασης, έτσι ώστε τα άτομα αυτά να στραφούν σ' έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Από την περιγραφική στατιστική φάνηκε ότι οι μαθητές που πήραν μέρος στην έρευνα είχαν αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα αλλά θετικές στάσεις προς την άσκηση. Σχεδόν οι μισοί από τους μαθητές δεν καπνίζουν και δεν κάπνισαν ποτέ (45,3%). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους μαθητές είχαν πειραματιστεί με το κάπνισμα (77,3%) αλλά τελικά δεν έγιναν καπνιστές. Ένα ικανοποιητικό ποσοστό (15,3%) καπνίζουν αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έκαναν προσπάθειες να το κάψουν. Σχετικά με την άσκηση το (29,3%) ανήκαν στο στάδιο, όπου ασκούνταν συστηματικά. Όσον αφορά το αλκοόλ το (22,7%) καταναλώνει αλκοόλ στο παρελθόν, αλλά δεν καταναλώνει πλέον για περισσότερο από 6 μήνες. Αξίζει εδώ να πούμε ότι με μικρή διαφορά με τα παραπάνω το (21,3%) καταναλώνει αλκοόλ και δεν σκέφτεται να το σταματήσει για τους επόμενους 6 μήνες.

Οι τρεις αυτές συμπεριφορές (κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα) εξετάστηκαν μέσα από τη θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και φάνηκε ότι το μοντέλο της θεωρίας ισχύει αλλά με κάποιες διαφοροποιήσεις στους παράγοντες της πρόβλεψης της πρόθεσης και της συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και το κάπνισμα φάνηκε ότι όλες οι μεταβλητές είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση για την οποία δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, έδειξαν, επίσης, ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος είχε υψηλή συσχέτιση και προβλεπόταν από τον Αντιλαμβανόμενο έλεγχο, την αυτοταυτότητα και το κοινωνικό πρότυπο. Είναι σημαντικό λοιπόν για τα άτομα αυτής της ηλικίας να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και ο Αντιλαμβανόμενος έλεγχος και το κοινωνικό πρότυπο είναι σημαντικοί παράγοντες για την πρόθεση τους να καπνίσουν.

Σε μικρότερες ηλικίες 11 – 16 ετών (Eiser et al., 1989) ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος δεν συσχετιζόταν με την πρόθεση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Στην ίδια έρευνα, μέτρια ήταν και η επίδραση του Κοινωνικού προτύπου σ' αυτή την ηλικία. Αντίθετα στην έρευνα των (Franks et al., 2007) βρέθηκε ότι το κοινωνικό πρότυπο που αφορά φίλους, γονείς, σχολείο και τηλεοπτικά πρότυπα επηρεάζει την εκδήλωση της συμπεριφοράς στους εφήβους. Το ίδιο ισχύει και στην παρούσα έρευνα, νεαρών ενηλίκων μαθητών επαγγελματικής σχολής. Σύμφωνα με τους Himberg, Hutchinson και Russell (2003) τα άτομα από 15 – 22 ετών εντάσσονται στη δεύτερη φάση της εφηβείας. Σ' αυτήν ακριβώς την ηλικιακή ομάδα ανήκουν και τα άτομα αυτής της έρευνας. Κατά συνέπεια εξετάζονται περισσότερο σαν έφηβοι και λιγότερο σαν ενήλικες. Ο Godin και οι συνεργάτες του (1992) βρήκαν πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν ο σπουδαιότερος δείκτης πρόβλεψης της πρόθεσης μιας συμπεριφοράς. Η πρόθεση για κάπνισμα ερμηνεύτηκε κύρια από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (π.χ. Godin et al., 1992; Guo et al., 2007).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση δεν σχετιζόταν με την πρόθεση για κάπνισμα, στη συγκεκριμένη ομάδα. Αντίθετα, στη

εφηβική ηλικία σύμφωνα με την έρευνα των (Franks et al., 2007) η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση φαίνεται ότι επηρεάζει τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Σε έρευνα των Kosmidou & Theodorakis (2007), στην οποία συμμετείχαν φοιτητές και μαθητές προέκυψε, ότι για τους μεν φοιτητές συνέφεραν οι στάσεις και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, για τους δε μαθητές μόνο οι στάσεις. Οι Sejr και Osler (2001) ασχολήθηκαν με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και τι ρόλο παίζει αυτή στη διακοπή της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Διαπίστωσαν ότι η ενημέρωση, εάν εφαρμοστεί σωστός παρεμβατικός τρόπος, μπορεί να συμβάλει σε μικρό όμως ποσοστό στη μείωση του καπνίσματος. Αυτό εξηγείται πιθανόν από το γεγονός ότι οι νέοι αρχίζουν να καπνίζουν πολύ νωρίτερα. (Guo et al., 2007).

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, η συμπεριφορά του καπνίσματος, είναι δυνατό να προβλεφθεί από τους παράγοντες της ΘΣΣ στους νεαρούς αυτής της ηλικίας. Όσον αφορά την άσκηση τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η πρόθεση για άσκηση προβλέπεται από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και τις στάσεις. Ενώ αντίθετα για το κάπνισμα τα αποτελέσματα μας έδειξαν πως οι στάσεις δεν επηρεάζουν την πρόβλεψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Όλες οι συσχετίσεις ήταν σημαντικές, ενώ αντίθετα στη συμπεριφορά του καπνίσματος, οι συσχετίσεις των παραγόντων δεν ήταν όλες σημαντικές. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι, η άσκηση, είναι μία υγιεινή συμπεριφορά, ενώ το κάπνισμα μια ανθυγιεινή συμπεριφορά.

Σε έρευνα των Μπεμπέτσου, Χρόνη και Θεοδωράκη (2002), οι οποίοι μελέτησαν τις στάσεις προς τις υγιεινές συμπεριφορές (άσκηση και υγιεινή διατροφή) βρέθηκε ότι οι στάσεις, η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και το κοινωνικό πρότυπο συντελούν στη διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών. Σύμφωνα με τους ίδιους οι στάσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ενισχύουν την πρόθεση των ατόμων για υγιεινές συμπεριφορές.

Οι στάσεις, όπως και στην παρούσα έρευνα, επηρεάζουν την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή σύμφωνα με τους Bebetos et al. (2001). Όταν τα άτομα πιστεύουν ότι είναι σωστό να ακολουθούν μία υγιεινή συμπεριφορά, διαμορφώνουν θετικότερες προθέσεις. Οι Μπεμπέτος και οι συνεργάτες του (2001) ασχολήθηκαν με την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή χρησιμοποιώντας τη ΘΣΣ. Βρέθηκε ότι οι παράγοντες που συντέλεσαν στην πρόβλεψη για άσκηση ήταν οι στάσεις, η αυτοαποτελεσματικότητα, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση. Κάτι ανάλογο ισχύει και στην παρούσα έρευνα με τη διαφορά ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση είναι ένας αδύναμος παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς της άσκησης.

Οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) συμπεραίνουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα εκδηλώνουν θετικότερες στάσεις προς την άσκηση και αντίστροφα. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι ίσως η άσκηση να αποτελεί και μέσο πρόληψης από το κάπνισμα. Σύμφωνα με τους ίδιους η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση των στάσεων για την άσκηση αλλά και για το κάπνισμα.

Αυτό βέβαια διαφέρει από το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας. Ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα της παραπάνω έρευνας ήταν ηλικίας 13 – 53 ετών. Στους νεαρούς όμως της συγκεκριμένης έρευνας, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, δεν σχετίζεται καθόλου με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, ενώ σχετίζεται μέτρια με τη συμπεριφορά της άσκησης. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ίσως η ενημέρωση πρέπει να ξεκινάει πολύ νωρίτερα, πριν την ηλικία των 13 ετών. Πολλές συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν ουσιαστική επίδραση στην υγεία για όλη τη ζωή διαμορφώνονται στην παιδική και στην πρώτη εφηβική ηλικία. Κατά την άποψη του Taylor (1999) ,οι υγιεινές στάσεις και συνήθειες διαμορφώνονται και σχηματοποιούνται στα άτομα στις ηλικίες των 10-12 χρονών.

Οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) συστήνουν να γίνεται συχνή ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και να απευθύνεται κυρίως σε παιδιά τα οποία πιθανόν αποτελούν τη μελλοντική δυναμική ομάδα καπνιστών. Η ενημέρωση και η πληροφόρηση παίζουν καθοριστικά ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων των ατόμων για την άσκηση και το κάπνισμα. Ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής δεν προσφέρει μόνο μακροβιότητα αλλά και πιο ευτυχισμένη ζωή. Η ενημέρωση θα πρέπει να προωθεί έναν δια βίου αθλητικό τρόπο ζωής ,για να μπορεί να συμβάλλει στη θωράκιση των ατόμων από τις ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα. Επίσης οι Jones et al. (2003) σε έρευνά τους σε φοιτητές, αναφέρουν ότι η ενημέρωση έχει θετική επίδραση στην πρόθεση εκτέλεσης της συμπεριφοράς και στις στάσεις ως προς αυτή, αν υπάρξει θετικό σχέδιο παρακίνησης.

Μεγάλη βαρύτητα έχει δοθεί και στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Οι Eiser et al. (1989) αναφέρουν ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος σχετίζεται θετικά με συνήθειες υγείας από τη μικρή ηλικία. Οι νεαροί μαθητές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ενισχύουν τα αποτελέσματα. Σε έρευνα του, ο Armitage (2005), εξετάζοντας τη φυσική δραστηριότητα ατόμων ηλικίας 16 – 65 χρονών, παρατήρησε ότι στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς συνεισέφερε μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και όχι η πρόθεση. Το ίδιο και στην παρούσα έρευνα, στατιστικά σημαντικά συνεισέφερε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και οι στάσεις και όχι η πρόθεση.

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι δεν συμβάλλουν πάντα οι ίδιοι παράγοντες στην πρόβλεψη της πρόθεσης και ότι οι παράγοντες διαφοροποιούνται ανάλογα με τη συμπεριφορά υγείας που εξετάζεται. Όπως δείχνουν τα παραπάνω η ΘΣΣ και οι μεταβλητές της προβλέπουν την πρόθεση για άσκηση.

Η κατανάλωση του αλκοόλ τέλος είχε υψηλή συσχέτιση με όλους τους παράγοντες τις ΘΣΣ εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση όπως και με τη συμπεριφορά του

καπνίσματος. Η συμπεριφορά της κατανάλωσης του αλκοόλ, προβλέπεται από τους αντιλαμβανόμενο έλεγχο, την αυτοταυτότητα, και τις στάσεις, κάτι παρόμοιο και με το κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνα του Θεοδωράκη και Παπαϊωάννου (2002) σε Έλληνες μαθητές διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των συμπεριφορών και των στάσεων τείνουν να ομαδοποιούνται σε υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές.

Όμως δεν είναι πάντα απαραίτητο η απουσία ανθυγιεινών συμπεριφορών να συνδέεται με την παρουσία υγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης, Παπαϊωάννου, Χατζηγεωργιάδης & Παπαδημητρίου, 2005). Διαπιστώθηκε ότι όσο μεγάλωνε η ηλικία των μαθητών τόσο περισσότερες ανθυγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα, αλκοόλ) εμφανιζόταν σε αντικατάσταση των υγιεινών συμπεριφορών.

Σε έρευνα των McMillan και Conner (2003) η πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος, με βάση τη ΘΣΣ, ήταν σημαντική. Μόνο οι στάσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, συνεισέφεραν σημαντικά, όπως και στην παρούσα έρευνα. Όσον αφορά το κάπνισμα και το αλκοόλ, οι ίδιοι βρίσκουν, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο σημαντικό δείκτη πρόβλεψης και το κοινωνικό πρότυπο λιγότερο σημαντικό. Σύμφωνα με την θεωρία του Ajzen (1991), όταν τα άτομα αντιληφθούν ότι ασκούν υψηλά επίπεδα ελέγχου πάνω σε μια συμπεριφορά τότε αυτός θα μπορεί και να την προβλέψει.

Αντίθετα με τους παραπάνω οι Neuwirth και ο Frederick (2004) χρησιμοποίησαν την ΘΣΣ για να μελετήσουν το ρόλο κοινωνικού προτύπου σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ και τους κινδύνους που παρουσιάζονται από αυτή την κατανάλωση, σε φοιτητές ιδιωτικού Πανεπιστημίου. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι περισσότεροι φοιτητές κατανάλωναν αλκοόλ και ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση δεν επηρέαζε τη συμπεριφορά τους. Βρέθηκε ακόμα ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης οδηγούν σε χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα η οποία οδηγεί στην κατανάλωση αλκοόλ.

Αν και η κατανάλωση αλκοόλ είναι μία συμπεριφορά που δεν έχει μελετηθεί όσο το κάπνισμα, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η ΘΣΣ μπορεί να προβλέψει την συμπεριφορά κατανάλωσης του αλκοόλ. Ύστερα από πολλές έρευνες που έγιναν σε μαθητές και φοιτητές σχετικά με το κάπνισμα, το αλκοόλ και την άσκηση και στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η ΘΣΣ για να προβλέψει πρόθεση και συμπεριφορά, φάνηκε ότι υπήρξε σημαντική επιβεβαίωση της θεωρίας (Hardeman et al., 2002). Σύμφωνα με τους παραπάνω η ΘΣΣ δεν είναι τόσο καλή στο να εξελίξει την παρέμβαση, όσο στο να προβλέπει την πρόθεση και τη συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα και για τις τρεις συμπεριφορές φαίνεται να συμφωνούν με τα αποτελέσματα των Theodorakis et al. (1995) σύμφωνα με τους οποίους η αυτοταυτότητα και οι στάσεις, παρουσιάζουν μεγάλη συμμετοχή στην πρόθεση της εκτέλεσης και των τριών συμπεριφορών.

Οι Petraitis και οι συνεργάτες του (1995) σε μία μελέτη με έφηβους και την συμπεριφορά τους απέναντι στο κάπνισμα, το αλκοόλ και τις απαγορευμένες ουσίες, αναφέρουν πως τα παιδιά αυτά επηρεάζονται από τους φίλους και τους γονείς τους. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι στην εφηβική ηλικία τα πρότυπα, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους. Στα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, φαίνεται ότι το κοινωνικό πρότυπο και η αυτοταυτότητα, στη συγκεκριμένη ομάδα των νέων, έχουν επίδραση στην εκδήλωση των ανθυγιεινών συμπεριφορών (κάπνισμα, αλκοόλ). Οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις είναι αυτές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των νέων για τη χρήση ουσιών. Ο ρόλος των παιδιών, σ' αυτή την ηλικία, φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Ένα άτομο με θετική εκτίμηση για τις ικανότητές του, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους του αναμένεται να έχει καλύτερη επίδοση στο σχολείο (Χατζηχρήστου & Hopf, 1992) και να νιώθει μεγαλύτερη ψυχική ευεξία.

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα παρεμβατικά προγράμματα που στοχεύουν στην προαγωγή της μάθησης και της ψυχικής υγείας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον είναι πιο αποτελεσματικά όταν απευθύνονται σε πολλά επίπεδα όπως μαθητές, μαθησιακή διαδικασία, κλίμα της τάξης, σχέσεις μαθητών-εκπαιδευτικών-γονέων. Μέσα από την πολυεπίπεδη αυτή παρέμβαση επιτυγχάνεται η βελτίωση των αρνητικών διαστάσεων της ζωής των παιδιών (Durlac, 1998; Bernard, 1993). Η αλλαγή των στάσεων απέναντι σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας μπορεί και θα πρέπει να γίνεται στο σχολικό περιβάλλον, ακόμα και στην τεχνική εκπαίδευση, μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα αγωγής υγείας.

Τα προγράμματα παρέμβασης που θα σχεδιάζονται για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να είναι ελκυστικά, ρεαλιστικά και σύμφωνα με τις ανάγκες των μαθητών αυτής της ηλικίας. Να λαμβάνουν υπόψη τη συνολική υπόσταση του μαθητή, δηλαδή την φυσική, συναισθηματική, πολιτιστική και πνευματική του διάσταση (Butler, 2001 ; Read, 1997). Η θεωρητική βάση των προγραμμάτων καθώς και η παρέμβασή τους θα πρέπει να στηρίζεται σε βασικές θεωρίες και μοντέλα συμπεριφορών υγείας (θεωρία Κοινωνικής Μάθησης, μοντέλο των Πιστεύω Υγείας, θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, θεωρία των Στόχων και θεωρία της Πειθούς). Πέρα από τις αναφερόμενες θεωρίες, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή τους θα πρέπει να στηρίζεται και στις αρχές Δεξιοτήτων Ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κάπνισμα

1. Η πρόθεση των μαθητών του 4^{ου} ΤΕΕ-ΕΠΑ.Σ για κάπνισμα συσχετίζεται με όλες τις υποκλίμακες της ΘΣΣ και κυρίως με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα. Η ενημέρωση δεν συσχετίζεται ισχυρά με την πρόθεση για την εκδήλωση του καπνίσματος στους μαθητές της παρούσας έρευνας. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς είχε ισχυρή συνεισφορά. Η αυτοταυτότητα και το κοινωνικό πρότυπο είχαν επίσης σημαντική συνεισφορά στην ερμηνεία της διακύμανσης της πρόθεσης για το κάπνισμα.

Φυσική Δραστηριότητα

2. Όλοι οι παράγοντες της ΘΣΣ σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την πρόθεση για φυσική δραστηριότητα.

Στην πρόβλεψη της πρόθεσης συνεισέφεραν σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και οι στάσεις.

Αλκοόλ

3. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ συσχετίζονται με την πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ.

Η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση παρουσίασε μη σημαντική συσχέτιση. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ την ισχυρότερη συνεισφορά είχε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα. Σημαντική ήταν επίσης και η συνεισφορά των στάσεων.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και πρακτική εφαρμογή

Όπως υποστηρίζουν οι Siedentop & Tannehill 2000, τάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές μπορούν να καλλιεργηθούν κατάλληλα στο σχολικό περιβάλλον, να εδραιωθούν και να υιοθετηθούν όπως τόσες άλλες δεξιότητες μαθαίνονται και αφομοιώνονται κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Απαραίτητη είναι η ενίσχυση και η θετική παρακίνηση των ατόμων, από ενημερωμένο προσωπικό, (Jones et al., 2003) με εναλλακτικές δραστηριότητες, που θα έχουν στόχο να ικανοποιούν τις ίδιες ανάγκες με αυτές του καπνίσματος και της κατανάλωσης του αλκοόλ και να μειώνουν την ανάγκη χρήσης των συγκεκριμένων συμπεριφορών (Marcus et al,1995). Τα άτομα που πιστεύουν στα οφέλη από έναν υγιεινό τρόπο ζωής, διαμορφώνουν και ανάλογες στάσεις και προθέσεις. Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να γίνεται με προγράμματα αγωγής υγείας, σχεδιασμένα ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων, αυτής της ηλικίας και με έμφαση στις ιδιαιτερότητες του σταδίου στο οποίο βρίσκονται οι νέοι (Wechsler, 1994).

Η άσκηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων, γιατί εκτός από φυσιολογικές αλλαγές, δίνει ευχαρίστηση, κορυφαίες εμπειρίες, ευφορία, ευχάριστη ψυχική διάθεση και έλεγχο του στρες. Σύμφωνα με το ωρολόγιο πρόγραμμα διδασκαλίας μαθημάτων στις ΕΠΑ.Σ δεν υπάρχει το μάθημα της φυσικής αγωγής. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητα τα παρεμβατικά προγράμματα, γενικότερα για την υγεία, τα οποία να ενισχύουν τις υγιεινές συμπεριφορές και να μειώνουν τις ανθυγιεινές. Η συνεργασία του σχολείου με τους γονείς και τους κοινωνικούς φορείς, ενισχύει τη διαδικασία και την αποτελεσματικότητα του σχεδίου δράσης.

Η αλλαγή των στάσεων απέναντι σε συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας μπορεί και θα πρέπει να γίνεται στο σχολικό περιβάλλον ακόμη και στην Τεχνική Εκπαίδευση, μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα αγωγής υγείας. Σκοπός της αγωγής υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους. Τα διάφορα θέματα πρέπει να ερευνώνται, να εξετάζονται και να αναλύονται με ολιστικό τρόπο και σε συνάρτηση με άλλα θέματα. Οι υγιεινές συνήθειες που αποκτά ο μαθητής ενισχύονται συνεχώς με τα στοιχεία που θα ανακαλύπτει και σε άλλα μαθήματα. Η αγωγή υγείας δεν αποτελεί ξεχωριστό μάθημα, μπορεί όμως να αποτελέσει κεντρική εναλλακτική δραστηριότητα, της εκπαίδευσης. Να βασίζεται στην εκπαίδευση των μαθητών, στις κοινωνικές δεξιότητες και στην τόνωση της αυτοεκτίμησής τους. Ο έλεγχος της συμπεριφοράς μπορεί να ενισχυθεί μέσα από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα συνολικά. Η αγωγή υγείας στα σχολεία είναι μια κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα, η οποία διαρκώς αλλάζει με πολύ γρήγορο ρυθμό.

Το κοινωνικό πρότυπο όπως και η αυτοταυτότητα συνδέονται περισσότερο με τις κοινωνικές δομές και μπορεί να ακολουθούν τις κοινωνικές εξελίξεις. Ειδικότερα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φάνηκε ότι η εφαρμογή των παρεμβατικών προγραμμάτων αγωγής υγείας είχε θετικά αποτελέσματα για τα άτομα. Τα παιδιά αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, μειώνεται η παραβατική τους συμπεριφορά και νιώθουν μεγαλύτερη ψυχολογική ευεξία. Περισσότερη έρευνα στην κατεύθυνση αυτή θα μπορούσε να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abrams, D.B., Monti, P.M., Pinto, R.P., Elder, J.P., Brown, R.A., & Jacobus, S.I. (1987). Psychological stress and coping in smokers who relapse or quit *Health Psychology, 6*, 289-303.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, England: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Retrieved June 2007 from: <http://www.unix.oit.umass.edu/~ajzen>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions raised by a Reasoned Action approach: Comment on Ogden (2003). *Health Psychology, 23*, 431-434.
- Ajzen, I., & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal directed behaviour: Attitudes, intentions and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Akiba, S., & Hirayama, T. (1990). Cigarette smoking and cancer mortality risk in Japanese men and women: Results from reanalysis of the six-prefecture cohort study data. *Environmental Health Perspective, 87*, 19-26.
- Anton, M.M., C., Cooper, M.Y., Neidre, D.B., Cook, J.N., & Tanaka, H. (2006). Cigarette smoking, regular exercise and peripheral blood flow. *Atherosclerosis, 185* (1), 201-205.
- Armitage, C.J. (2003). The relationship between Multidimensional Health Locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology and Health, 18*(6), 723-738.
- Armitage, C.J. (2005). Can the Theory of Planned Behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology, 24*(3), 235-245.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (1999). Predictive validity of the Theory of Planned Behaviour: The role of questionnaire format and social desirability. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 9*, 261-272.

- Armitage, C.J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122- 147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of-thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bates, C., Jarvis, M., & Connolly, G. (1999). *Tobacco Additives: Cigarette Engineering and Nicotine Addiction*. Available: <http://no-smoking.org /July 99/07-19-99-5.html>
- Batra, A., & Buchkremer, G. (1999). Smoking cessation with the nicotine patch. *Zeitschrift fur arztliche Fortbildung*, 89(5), 505-509.
- Bebetsos, E., Chroni, S., & Theodorakis, Y. (2002). Physical active students' intentions and self-efficacy towards healthy eating. *Psychological Reports*, 91, 485-495.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Σ. (2000). Διαφορές καπνιστών – μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Σ. (2001). Παράγοντες πρόβλεψης πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή. *Φυσική δραστηριότητα & Ποιότητα Ζωής*, 2, 13 -20.
- Blair, S., Kohl, H., & Brill, P. (1990). Behavioral adaptation to physical activity. In C. Bouchard, R. Shephard, T. Stephens, J. Sutton, & McPherson (Eds.), *Exercise fitness and health: A consensus of current knowledge* (pp. 385-398). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bock, B.C., Marcus, B.H., King, T.K., Borelli, B., & Roberts M.R. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive behavior*, 20, 399-410.
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Bum, I., et al. (2003). European Code Against Cancer and scientific justification: 3rd version. *Annual Oncology*, 14, 973-1005. Available in: <http://info.cancersearchuk.org/cancerstats/geographic/cancerineu/riskfactors/#page>

- Brummett, B.H., Babyak, M.A., Siegler, I.C., Mark, D.B., Williams, R.B., & Barefoot, J.C. (2003). Effect of smoking and sedentary behavior on the association between depressive symptoms and mortality from coronary heart disease. *Excerpta Medica*, 92, 529-532.
- Bunce, D., Hays, K., & Pring, L. (2004). Smoking attenuates regular aerobic exercise benefits to episodic free recall immediately following strenuous physical activity. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 223-231.
- Butler, C.C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.
- Butler, J.T. (2002). *Principles of health education and health promotion* (3rd edition). Englewood, Colorado: Morton Publishing.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2006). Use of cigarettes and other tobacco products among students aged 13-15 years – worldwide, 1999-2005. *Morb Mortal Wkly Rep*, 55, (20), 553-556.
- Centers for Disease Control. (1994). Cigarette smoking among adults – United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, 925-930.
- Clark, M.M., Decker, P.A., Offord, K.P., Patten, C.A., Vickers, K.S., Croghan, I.T., et al (2004). Weight concerns among male smokers. *Addictive Behaviors* 29, 1637-1641.
- Cohen, F., & Rogers, D. (1997). Effects of alcohol policy change. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 42, 69.
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B., & Higgins, A. (2006). Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation. *British Journal of Health Psychology*, 11, 85-101.
- Davis, M.A., Neuhaus, J.M., Moritz, D.J., Lein, D., Barclay, J.D., & Murphy, S.P. (1994). Health behaviours and survival among middle-aged and older men and women in the NHANES 1 Epidemiologic Follow-up Study. *Preventive Medicine*, 23 (3), 369-376.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy; the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., et al. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of

- integral prevention. *Health Education Research, Theory & Practice* 18 (5), 611-626.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Durlac, J. (1998). Program Implementation in Preventive Trials. London: Haworth Press.
- Eiser, J.R., Eiser, C., Gammage, P., & Morgan, M. (1989). Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent smoking. *British Journal of Addiction*, 84, 1059-1065.
- Elders, J. (1994). Preventing Tobacco Use Among Young People. Washington D.C.: Centers for Disease Control and Prevention.
- Eurostat (2002): <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- Eurostat Yearbook (2002). News release. No 62/2002 – 27 May 2002. Available: <http://europa.eu.int/comm/eurostat.htm>.
- Everson, E.S., Daley, A.J., & Ussher, M. (2007). Brief report: The theory of planned behaviour applied to physical activity in young people who smoke. *Journal of Adolescence*, 30, 347-351.
- Fisbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Boston: Addison –Wesley.
- Franks, A., Kelder, S.H., Dino, G.A., Horn, K.A., Gortmaker, S.L., Wiecha, J.L., et al. (2007). School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Preventing Chronic Disease*, 4(2), 33.
- Gallo, W.T., Bradley, E.H., Siegel, M., & Kasl, S.V. (2001). The impact of involuntary job loss on subsequent alcohol consumption by older workers: Findings from the health and retirement survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B, S3-S9.
- Giao, Y., Zheng, W., Giao, R., & Jin, F. (1991). Tobacco smoking and its effect on health in China *IARC Science Publication*, 105, 62-67.
- Godin, G. (1989). The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-236.
- Godin, G., & Shephard, R.J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.

- Godin, G., Valois, P., & Lepage, L. (1993). The pattern of influence of perceived behavioral control upon exercising behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 16*(1), 81-102.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L., & Deshamais, R. (1992). Predictors of smoking behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *British Journal of Addiction, 87*, 1335-1343.
- Greenberg, J. (1994). Using socially fair treatment to promote acceptance of work site smoking ban. *Journal of Applied Psychology, 79*, 288-297.
- Guo, Q., Johnson, C.A., Unger, J.B., Lee, L., Xie, B., Chou, C.P., et al. (2007). Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addictive Behaviors, 32*, 1066-1081.
- Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D., Bonetti, D., Wareham, N.J., & Kinmonth, A.L. (2002). Application of the theory of planned behaviour in change interventions: A systematic review. *Psychology and Health, 17*(2), 123-158.
- Higgins, A., & Conner, M. (2003). Understanding adolescent smoking: The role of the theory of Planned Behaviour and implementation intentions. *Psychology, Health & Medicine, 8*(2), 173-186.
- Hill, J.S. (1985). Effect of a program of aerobic exercise on the smoking behavior of a group of adult volunteers. *Canadian Journal of Public Health, 76*; 183-186.
- Himberg, C., Hutchinson, G.E., & Rousell, J.M. (2003). *Teaching secondary physical education: Preparing adolescents to be active for life*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Hoffamn, B.R., Sussman, S., Unger, J.B., & Valente, T.W. (2006). Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. *Substance Use & Misuse, 41*, 103-155.
- Jones, L.W., Sinclair, R.C., & Courneya, K.S. (2003). The effects of source credibility and message framing on exercise intentions, behaviors, and attitudes: An integration of the Elaboration Likelihood Model and Prospect Theory. *Journal of Applied Social Psychology, 33*, 179-196.
- Jones, L.W., Sinclair, R.S., Rhodes, R.E., & Courneya, K.S. (2004). Promoting exercise behaviour: An integration of persuasion theories and the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology, 9*, 505-521.
- Kim, S., Nam, K.A., Seo, M. Lee, H.H. (2004): Effectiveness of a smoking cessation program for adolescents. *Taehan Kanho Hakhoe Chi, 34* (4), 646-654.

- King, T., Matacin, M., Marcus, B., Bock, B., & Tripolone, J. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors, 25*, 613-618.
- Kosmidou, E., & Theodorakis, Y. (2007). Differences in smoking attitudes of adolescents and young adults. *Psychological Reports, 101*, 475-481.
- Κοσμίδου, Ε., & Θεοδωράκης, Ι. (2005). Μελέτη της συμπεριφοράς του καπνίσματος μέσα από τις Θεωρίες της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, του Transtheoretical Model of Change και της Πειθούς. Στο Β. Παπαχαρίσης & Θ. Κουρτέσης (Επ. Έκδ.), *Ελληνική Ακαδημία Φυσικής Αγωγής: Ο εκπαιδευτικός φυσικής αγωγής στις νέες εξελίξεις*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
- Krosnick, J.A., Boninger, D.S., Chuang, Y.C., Beraet, M.K., & Carnot, C.G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1132-1151.
- Kyrlesi, A., Soteriades, E.S., Warren, C.W., Kremastinou, J., Papastergiou, P., Jones, N.R., et al (2007). Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health, 7*, 3.
- Laforce, R. (2000). Preliminary report describing research in progress. Ref Type: Personal Communication.
- Landers, D.M. (1994). Performance, stress, and health: Overall reaction. *Quest, 46*, 123-135.
- LaVecchia, C., Boyle, P., Franceschi, S., Levi, F., Maisonneure, P., Negri, E., et al. (1991). Smoking and cancer with emphasis on Europe. *European Journal of Cancer, 27*, 94-104.
- Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Hofman – Bang, C., Ryden, L., & Nygren, A. (2005). Long-term effects of lifestyle behaviour change in coronary artery disease: Effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology, 24*, 41-48.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychobiological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist, 10*, 1-24.
- Malinski, M.K., Sesso, H.D., Lopez – Jimenez F., During, J.E., & Gaziano, J.M. (2004). Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men. *Archives of Internal Medicine, 164(6)*, 623-628.
- Marcus, B., Lewis, B., Hogan, J., King, T., Albrecht, R.N., Bock, B., et al. (2003). The efficacy of moderate intensity physical activity for smoking cessation among

- women. *Abstracts of the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*, Salt Lake City, Utah, USA.
- Marcus, B.H., Albrecht, A.E., King, T.K., Parisi, A.F., Pinto, B.M., Roberts, et al. (1999). The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1229-1234.
- Marcus, B.H., Albrecht, A.E., Niaura, R.S., Abrams, D.B., & Thompson, P.D. (1991). Usefulness of physical exercise for maintaining smoking cessation in women. *American Journal of Cardiology*, 68, 406-407.
- Marcus, B.H., Albrecht, A.E., Niaura, R.S., Taylor, A.R., Simkin, L.R., Feder, S.I., et al. (1995). Exercise enhances the maintenance smoking cessation in women. *Addictive Behavior*, 20(1), X7-92.
- McGill, H. (1990). Smoking and the pathogenesis of atherosclerosis. *Advance Experimental Medical Biology*, 273, 9-16.
- McMillan, B.R., Higgins, A., & Conner, M. (2005). Using an extended theory of planned behaviour to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research and Theory*, 3(13), 293-306.
- McMillan, B., & Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology Health & Medicin*, 8 (3). 317-328.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Neuwirth, K., & Frederick, E. (2004). Peer and social influence on opinion expression: Combining the theories of Planned Behaviour and the Spiral of Silence. *Communication Research*, 31(6), 669-703.
- Norman, P., Bell, R., & Conner, M. (1999). The theory of Planned Behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18, (1), 89-94.
- Παπαθεοφίλου, Ρ., Σώκου – Μπάδα, Κ., Μιχελogiάννη, Ι., & Παντελάκης, Σ. (1989). Σχολική επίδοση: κοινωνικοί, ψυχικοί και σωματικοί παράγοντες: ψυχικές διαταραχές και σχολική επίδοση. *Ψυχολογικά θέματα*, 1(3), 211-229.
- Pesa, J.A. (1998). The association between smoking and unhealthy behaviors among a national sample of Mexican–American adolescents. *Journal of School Health*, 68, 376-380.
- Petraitis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin* 117(1), 67-86.

- Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Cohen, F.C., Gomes, S.O., Laforge, R.G., & Eastwood, A.L. (2004). The Transtheoretical Model of Change for multi-level interventions, for alcohol abuse on campus. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 47(3), 34-50.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an investigative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of behavior change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rallidis, L.S., Hamodraka, E.S., Foulidis, V.O., & Pavlakis, G.P. (2005). Persistent smokers after myocardial infarction: A group that requires special attention. *International Journal of Cardiology*, 100, 241-245.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Royal College of psychiatrists (1987). *Drug Scenes: A report on drugs and drug dependence by the Royal College of Psychiatrists*. Oxford: Royal College of Psychiatrists.
- Schnohr, C., Højbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz – Larsen, K., et al. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 250-256.
- Sejr, S.H., & Osier, M. (2001). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behaviour? *Preventive Medicine*, 34, 260-265.
- Shephard, R. (1989). Exercise and lifestyle change. *British Journal of Sports Medicine*, 23, 11-22.
- Singleton, M.G., & Pope, M. (2000). A comparison of successful smoking cessation interventions for adults and adolescent. *Journal of Counselling and Developments*, 78.

- Sorensen, G., Pagan, P., Hunt, M.K., Stoddard, A.M., Girod, K., Eisenberg, M., et al. (2004). Changing channels for tobacco control with youth: Developing an intervention for working teens. *Health Education: Theory & Research*, 19 (3), 250-260.
- Taylor, C.B., Houston – Miller, N., Haskell, W.L., & Debusk, R.F. (1988). Smoking cessation after myocardial infarction: The effects of exercise training. *Addictive Behavior*, 13, 331-335.
- Taylor, R.S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary artery disease: Systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *The American Journal of Medicine*, 116, 682-692.
- Theodorakis, Y. (1994). Planned Behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8, 149-165.
- Theodorakis, Y., Bagiatis, K., & Goudas, M. (1995). Attitudes toward teaching individuals with disabilities: Application of planned behaviour theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 151-160.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., Hatzigeorgiadis, A., & Papadimitriou, E. (2005). Patterns of health-related behaviours among Hellenic students. *Hellenic Journal of Psychology*, 2, 225-242.
- Theodorakis, Y., & Kosmidou, E. (2005). Messages against smoking: An integration of Planned Behavior, Elaboration Likelihood Model and Transtheoretical Model of Change. *The 46th ICHPER.SD: Anniversary World Congress*, 580-582.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek students' attitudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports*, 92, 275-283.
- Θεοδωράκης, Γ., & Παπαϊωάννου, Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- Θεοδωράκης, Γ., & Παπαϊωάννου, Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2^ο. Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας: Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.*

- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Άσκηση και Κάπνισμα. Μέρος 1^ο. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 225-238.
- Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ., Χασάνδρα, Μ., & Κοσμίδου, Ε. (2006). *Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι*, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ΤΕΦΑΑ.
- Tsigilis, N., Koustelios, A., & Theodorakis, Y. (2001). The role of knowledge and information in predicting exercise participation: An extension of planned behavior theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 151-160.
- Ussher, M., Taylor, A., West, R., & McEwen, A. (2000). Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction*, 95, 199-208.
- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Steptoe, A. (2003). Efficacy of exercise counseling as an aid for smoking cessation: A randomized controlled trial. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drug Addiction*, 98, 523-532.
- Ussher, M., West, R., Taylor, A., & McEwen, A. (2005). Exercise interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, 1, 1-19.
- Vaillant, G., Schnurr, P., Baron, J., & Gerber, P. (1991). A prospective study of the effects of cigarette smoking and alcohol abuse on mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 299-304.
- Wechsher, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A National survey of students at 14 Campuses. *Journal of the American Association*, 272, 1672-1677.
- Weinberg, R.S., & Gould, D. (1999). *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Werner E., & Smith, R. (1988). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York, Adams, Bannister and Cox.
- World Health Organization. "Member States need to take action against tobacco advertising". 2001; WHO/47.
- Χατζηχρήστου, Χ., & Hopf, D. (1992). Εκτίμηση της συμπεριφοράς μαθητών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης από τους συνομηλίκους τους. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 16, 141-161.
- Zelman, D.C., Brandon, T.H., Jorenby, D.E., & Baker, T.B. (1992). Measures of affect and nicotine dependence predict differential response to smoking cessation treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 943-952.

- Zhu, S.H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., & Pierce, J.P. (1996). Telephone counselling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 202-211.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας

Τρίκαλα: 10/4/2008
Αριθμ. Πρωτ.: 73

Αίτηση Εξέτασης της πρότασης για διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο: Μελέτη συμπεριφορών υγείας σε νεαρούς ενήλικες μιας επαρχιακής πόλης μέσα από κοινωνικογνωστικές θεωρίες.

Επιστημονικός υπεύθυνος – επιβλέπων: Ζήση Βασιλική

Κύριος/α ερευνητής/τρια - φοιτητής/τρια: Πέτα Θωμαΐδα
(αν χρειάζεται)

Ίδρυμα & Τμήμα: ΤΕΦΑΑ Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
(να αναφερθούν και τα συνεργαζόμενα αν υπάρχουν)

Η προτεινόμενη έρευνα θα είναι:

Ερευνητικό πρόγραμμα Μεταπτυχιακή διατριβή Διπλωματική εργασία Ανεξάρτητη έρευνα

Email επικοινωνίας: vzisi@pe.uth.gr

Η Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μετά την υπ. Αριθμ. **10/02-04-2008** συνεδρίαση εγκρίνει την διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας.

Ο πρόεδρος της επιτροπής
Βιοηθικής και Δεοντολογίας

Τζιαμούρτας Αθανάσιος
Επίκουρος Καθηγητής

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συναίνεση δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία

Τίτλος Έρευνας:

Διερεύνηση της συμπεριφοράς των μαθητών του 4^{ου} ΤΕΕ-ΕΠΑ.Σ Τρικάλων όσον αφορά τους τομείς της Φυσικής Δραστηριότητας, του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και εξέταση των παραγόντων αυτών μέσα από βασικές κοινωνικογνωστικές θεωρίες.

Ερευνητής: Πέτα Θωμαΐδα, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

1. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας

Σκοπός της συγκεκριμένης διατριβής θα είναι να καταγραφεί ο βαθμός της υγιεινής συμπεριφοράς της Φυσικής δραστηριότητας και των δύο ανθυγιεινών συμπεριφορών του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ σε μαθητές της ΕΠΑ.Σ (Τρικάλων). Επί πλέον στόχος της μελέτης θα είναι η εξέταση των παραπάνω συμπεριφορών μέσα από τη θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen 1991), και των Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1983) στον συγκεκριμένο πληθυσμό τον οποίο θα μελετήσουμε.

2. Διαδικασία μετρήσεων

Για τη διεξαγωγή της μελέτης αυτής θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια σαν όργανα μέτρησης που θα αξιολογούν τις στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς αλλά και την αυτό-αναφερόμενη συμπεριφορά των μαθητών ως προς τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ.

3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Ιδιαίτεροι κίνδυνοι δεν υπάρχουν. Θα γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια να μην διαταραχθεί το πρόγραμμα μαθημάτων και οι μετρήσεις θα γίνονται στο τέλος του μαθήματος και πάντα σε συνεργασία με τους καθηγητές. Η διαδικασία για κάθε μέτρηση θα διαρκεί δέκα με είκοσι λεπτά της ώρας, και δεν θα απαιτείται καμία προετοιμασία ή διάβασμα στο σπίτι.

4. Προσδοκούμενες ωφέλειες

Η συμμετοχή στην έρευνα αυτή θα σας δώσει την δυνατότητα να προβληματιστείτε και να ευαισθητοποιηθείτε περισσότερο σχετικά με τα τρία βασικά θέματα υγείας που αφορούν την φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχουν αυτοί οι παράγοντες στην υγεία σας.

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 δεν θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομά σου δεν θα φαίνεται πουθενά.

6. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις ερωτήσεις γύρω από το σκοπό, τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας ή την διαδικασία. 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.

Ημερομηνία: _ / _ / _

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Συμμετέχοντος.....

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Γονέα ή κηδεμόνα

Συμμετέχοντος.....

Υπογραφή ερευνητή

Όνοματεπώνυμο και υπογραφή
παρατηρητή



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

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.

παράδειγμα:

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

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

Μεσα στις δύο λέξεις ΚΑΛΟ και ΚΑΚΟ υπάρχουν επτά διαστήματα (γραμμές).

Λόγα με το που κλείνει η άποψή σου, ανάλογα με το τι αισθάνεσαι εσύ για την ιδέα που διαβάζεις, θα ζυγίζεις μεταξύ δύο λέξεων και θα σημειώνεις.

Αισθάνεσαι ότι αυτό που διαβάζεις είναι ούτε καλό, ούτε κακό θα βάλεις X εκεί που λέει «έτσι κι έτσι», δηλαδή στο αίο διάστημα. Εάν αισθάνεσαι ότι είναι αρκετά καλό, θα βάλεις X στο δεύτερο διάστημα. Εάν αισθάνεσαι ότι είναι λίγο καλό, θα βάλεις X στο πέμπτο διάστημα.

σημαντικές διευκρινίσεις:

Εν αναφορά σε συνήθεια για κάπνισμα (π.χ. το να καπνίζω, σκοπεύω να καπνίζω), στις παρακάτω ερωτήσεις, φέρεται σε συστηματικό κάπνισμα 2 ή περισσότερων τσιγάρων την ημέρα.

Εν αναφορά σε συνήθεια για άσκηση (π.χ. το να ασκούμαι, σκοπεύω να ασκούμαι), στις παρακάτω ερωτήσεις, φέρεται σε συστηματική συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ή προγράμματα άσκησης τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα.

Εν αναφορά σε συνήθεια για κατανάλωση αλκοόλ (π.χ. το να καταναλώνω αλκοόλ, σκοπεύω να καταναλώνω αλκοόλ), στις παρακάτω ερωτήσεις, αναφέρεται σε συστηματική κατανάλωση τουλάχιστον 5 ποτηριών την εβδομάδα ή 1 ποτηριού ε μέρα.

ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ!

Το να καπνίζω* για μένα είναι:

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

Σκοπεύω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:

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

Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίζω τον επόμενο μήνα:

Ναι	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	Όχι
-----	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	-----

Θα προσπαθήσω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:

Σωστό	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	Λάθος
-------	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	-------

Για μένα το να καπνίζω τον επόμενο μήνα είναι:

εύκολο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	δύσκολο
--------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

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

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

Μπορώ να καπνίζω τον επόμενο μήνα:

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

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καπνίζει:

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

Θεωρώ ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καπνίζει:

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

Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίζω:

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

Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καπνίσει:

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 κάποιοι άλλοι όχι.

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

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

Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραψες;

Ελάχιστο 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

Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραψες;

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 Όχι

Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι
Όχι

Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι Όχι

Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι Όχι

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 χθες; 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 <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:
<input type="checkbox"/> Δεν καπνίζω και δεν κάπνισα ποτέ.
<input type="checkbox"/> Καπνίζω και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες
<input type="checkbox"/> Καπνίζω, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα
<input type="checkbox"/> Καπνίζω, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω
<input type="checkbox"/> Κάπνισα ή κάπνισα στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό (λιγότερο από 6 μήνες) δεν καπνίζω πια
<input type="checkbox"/> Κάπνισα (ή κάπνισα) στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για περισσότερους από 6 μήνες

Το να ασκούμεαι για μένα είναι:

καλό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	κακό
ανόητο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	έξυπνο
υγιεινό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	ανθυγιεινό
χρήσιμο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	άχρηστο
όσχημο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	όμορφο
δυσάρεστο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	ευχάριστο

Σκοπεύω να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

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

Είμαι αποφασισμένος/η να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

Ναι	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	Όχι
-----	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	-----

Θα προσπαθήσω να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

Σωστό	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	Λάθος
-------	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	-------

Για μένα το να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα είναι:

εύκολο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	δύσκολο
--------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	---------

Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

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

Μπορώ να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

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

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να ασκείται:

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

Θεωρώ 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 καθόλου
ενημερωμένος λίγο ενημερωμένος

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

Ελάχιστο 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

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

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 ασκήστε 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, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) | _____ |
- Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική). | _____ |

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις... _____

Πόσες φορές την εβδομάδα... _____ Πόσες ώρες κάθε φορά... _____

Σημείωσε <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:	
<input type="checkbox"/>	Δεν ασκούμε και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες
<input type="checkbox"/>	Δεν ασκούμε, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα
<input type="checkbox"/>	Δεν ασκούμε συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές
<input type="checkbox"/>	Ασκούμε συστηματικά αλλά για <u>λιγότερο</u> από 6 μήνες
<input type="checkbox"/>	Ασκούμε συστηματικά για <u>περισσότερους</u> από 6 μήνες

Το να καταναλώνω αλκοόλ για μένα είναι:

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

Σκοπεύω να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:

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

Είμαι αποφασισμένος/η να καταναλώνω αλκοόλ τον επόμενο μήνα:

Ναι	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	Όχι
-----	---------	--------	-------	--------------	-------	--------	---------	-----

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A/A _____

Τα παρακάτω προσωπικά σου στοιχεία είναι πολύ σημαντικά για την έρευνας μας. Χωρίς αυτά η διεξαγωγή συμπερασμάτων είναι σχεδόν αδύνατη. Διασφαλίζουμε όμως την ανωνυμία σου γιατί δεν καταγράφεται το όνομα σου, αλλά ένας αριθμός σου που αντιστοιχεί στη δική σου περίπτωση.

Παρακαλώ συμπληρώστε:

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

ΓΥΝΑΙΚΑ:

1. Μορφωτικό Επίπεδο

→ Σε ποιο εξάμηνο σπουδών βρίσκεστε τώρα; (π.χ. Γ', ή πτυχιακή ή πρακτική)

.....

→ Έχετε πτυχίο άλλης σχολής; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ, τι;

2. Εργασία

Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, πού και πόσες ώρες την εβδομάδα;

.....

3. Οικογενειακή κατάσταση

Οι γονείς σας είναι:

Παντρεμένοι; Διαζευγμένοι; Χήρος/α

Πόσα αδέρφια είστε;

Ποια θεωρείτε ότι είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σας;

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Πολύ καλή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!