

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ Τ.Ε.Ι. ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ**

της

Λύσσα Σ. Βασιλικής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ζήση Βασιλική

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

Έτος ολοκλήρωσης της διατριβής
2008

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΑΠΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ
ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ Τ.Ε.Ι ΤΗΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ.**

της

Λύσσα Σ. Βασιλικής

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: Θεοδωράκης Ιωάννης

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Χατζηγεωργιάδης Αντώνιος

2008

© ΛΥΣΣΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ALL RIGHTS RESERVED

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να καταγράψει το βαθμό εμφάνισης συμπεριφορών υγείας που αφορούν στη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ σε φοιτητές των Τ.Ε.Ι της επαρχίας και να τις μελετήσει μέσα από τις θεωρίες Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ, Ajzen, 1991) και Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ, Prochaska & DiClemente, 1983). Για το λόγο αυτό καταγράφηκαν η πρόθεση, οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, τα κοινωνικά πρότυπα, η αυτοταυτότητα, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, αναφορικά με κάθε μία από τις παραπάνω συμπεριφορές σε 245 φοιτητές του ΤΕΙ Σερρών ($M=21.10 \pm 2.18$ ετών) χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια έγκυρα και αξιόπιστα για τον ελληνικό πληθυσμό. Καταγράφηκε ακόμη ο βαθμός εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς δύο φορές με χρονική απόσταση ενός μήνα. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα ($R^2=.93, p<.001$) συνεισέφεραν σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα ($p<.001$). Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση ($R^2=.87, p<.001$) συνεισέφεραν οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα ($p<.001$). Τέλος, στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ ($R^2=.86, p<.001$) συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ($p<.001$), το κοινωνικό πρότυπο και η αυτοταυτότητα ($p<.05$). Στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς καπνίσματος στη Β' μέτρηση ($R^2=.82, p<.001$) συνεισέφερε σημαντικά μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, κάτι που βρέθηκε και για την άσκηση ($R^2=.53, p<.05$). Στην πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ ($R^2=.56, p<.001$) στατιστικά σημαντικά συνεισέφεραν μόνο οι στάσεις. Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν ότι το μοντέλο της ΘΣΣ επαληθεύεται μερικώς και υπογραμμίζουν τη σημασία του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.

Λέξεις-κλειδιά: Φοιτητές, κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, κατανάλωση αλκοόλ, Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής.

ABSTRACT

The present study employed the Planned Behavior Theory (TPB, Ajzen, 1991) and the Transtheoretical Model (TM, Prochaska & DiClemente, 1983) to investigate certain health behaviors: smoking, physical activity and alcohol consumption in the students of a Technological Institution located in a semi-rural Greek town. Questionnaires, valid and reliable for the Greek population, were used to assess intention, attitudes, perceived behavioral control, subjective norms, self identity and perceived knowledge for each of the aforementioned behaviors in 245 students aged $M=21,10 \pm 2.18$ yrs. Behaviors were recorded twice in one month apart, in order to predict more accurately intention. Regression analysis revealed that intention to smoke was primarily predicted ($R^2=.93, p<.001$) by perceived behavioral control and self identity ($p<.001$). The intention to exercise ($R^2=.87, p<.001$) was primarily predicted by attitudes, perceived behavioral control and self-identity. The main predictors for alcohol consumption ($R^2=.86, p<.001$) was perceived behavioral control ($p<.001$), subjective norms and self identity ($p<.05$). In the second measure, smoking was mainly predicted ($R^2=.82, p<.001$) only by perceived behavioral control and the same was found for exercise ($R^2=.53, p<.05$). Alcohol consumption in the second measure was primarily predicted ($R^2=.56, p<.001$) only by attitudes. The above results suggest that the TPB model partially explains smoking, alcohol use and exercise behavior in Greek students and underline the important role of perceived behavioral control in adopting health behaviors.

Keywords: *students, smoking, physical activity, alcohol consumption, Planned Behavior Theory, Transtheoretical Model.*

Ευχαριστίες

Για την αποπεράτωση της Μεταπτυχιακής μου διατριβής θα ήθελα πρώτα απ' όλους να ευχαριστήσω ολόψυχα την καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής Ευδοξία Κοσμίδου που ήταν δίπλα μου σε όλη την διάρκεια της συγγραφής της συγκεκριμένης Εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ με όλη μου την καρδιά τους γονείς, τον σύζυγό και τα παιδιά μου για την ηθική υποστήριξη και την υπομονή που έδειξαν, ώστε να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη Έρευνα.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ αποδίδω στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Βασιλική Ζήση, που με τις γνώσεις και την σίγουρη καθοδήγησή της, βοήθησε στην επιτυχή ολοκλήρωση και υποστήριξη της συγκεκριμένης Διατριβής.

Την επιμέλεια της συγκεκριμένης Έρευνας ανέλαβε η αδελφή μου Λύσσα Κυριακή, καθηγήτρια Φιλολόγος στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, την οποία και ευχαριστώ για την πολύτιμη βοήθειά της, όσον αφορά τις τελικές «γλωσσικές» διορθώσεις της Εργασίας μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ	8
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Κάπνισμα	10
Αλκοόλ	13
Φυσική Δραστηριότητα.....	14
Θεωρίες.....	15
Νέοι και συμπεριφορές υγείας	16
Σημασία της έρευνας	21
Σκοπός	22
Ερευνητικές υποθέσεις	22
Μηδενικές υποθέσεις	24
Ορισμοί	25
Οριοθετήσεις	28
Περιορισμοί	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	29
Θεωρίες που αφορούν στις Συμπεριφορές Υγείας.....	29
Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας και Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών.....	38
Θεωρίες Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Κάπνισμα και Αλκοόλ.....	40
Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Διακοπή Καπνίσματος.....	42
Έφηβοι Νέοι Ενήλικες και Κάπνισμα	45
Άσκηση και Διακοπή Καπνίσματος	50
Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων και Αλκοόλ στους Νέους	54
Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Φυσική Δραστηριότητα	56
Φυσική Δραστηριότητα-Άσκηση – Κάπνισμα – Αλκοόλ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	62
Δείγμα	62
Διαδικασία Μέτρησης	62
Μετρήσεις	63
Εργαλεία Μέτρησης	63
Κλίμακες ΘΣΣ	64
Αξιολόγηση Συμπεριφορών :	
Κάπνισμα	66
Άσκηση	67
Αλκοόλ	68
Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Σταδίων Αλλαγής	68

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	68
Στατιστική Ανάλυση	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	70
Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος	70
Περιγραφικά Χαρακτηριστικά ως προς το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων	72
Έλεγχος Αξιοπιστίας Εργαλείων Μέτρησης- Ερωτηματολογίων	74
Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Συμπεριφορών	75
Συσχετίσεις Παραγόντων της ΘΣΣ για το Κάπνισμα την Άσκηση και το Αλκοόλ .	76
Συσχετίσεις των Παραγόντων της ΘΣΣ με τα Κριτήρια Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς του Καπνίσματος της Άσκησης και του Αλκοόλ	78
Συσχέτιση της Πρόθεσης αρχικά και της Συμπεριφοράς ένα μήνα μετά ...	80
Πρόβλεψη Πρόθεσης από τις άλλες Μεταβλητές της ΘΣΣ	80
Πρόβλεψη κάθε Συμπεριφοράς από τις Μεταβλητές της ΘΣΣ.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	105
Προτάσεις	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ1: Έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής και δεοντολογίας του ΤΕΦΑΑ Τρικάλων.	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Συναίνεση δοκιμαζομένου	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	
▪ Αρχικής μέτρησης	
▪ Επαναμέτρησης	

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Αριθμός και ποσοστά των φοιτητών ανά εξάμηνο σπουδών.	70
<i>Πίνακας 2</i>	Αριθμός και ποσοστό ως προς την οικονομική κατάσταση των φοιτητών	71
<i>Πίνακας 3</i>	Άτομα και ποσοστό φοιτητών σε διαφορετικούς εργασιακούς χώρους	72
<i>Πίνακας 4</i>	Άτομα και ποσοστά ανά ώρες εργασίας	72
<i>Πίνακας 5</i>	Εσωτερική συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της ΘΣΣ	75
<i>Πίνακας 6</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά καπνίσματος	76
<i>Πίνακας 7</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς τη φυσική δραστηριότητα	77
<i>Πίνακας 8</i>	Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ	77
<i>Πίνακας 9</i>	Συσχετίσεις Spearman και Pearson (αριθμός τσιγάρων) μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος.	78
<i>Πίνακας 10</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και του Συνολικού Δείκτη της μέχρι τώρα Άσκησης (Pearson) καθώς και της μέχρι τώρα κατανάλωσης αλκοόλ (Spearman).	79
<i>Πίνακας 11</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ	81
<i>Πίνακας 12</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εκδήλωσης της συμπεριφοράς του εν ενεργεία καπνιστή από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.	82
<i>Πίνακας 13</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του Συνολικού Δείκτη Άσκησης από τις άλλες μεταβλητές ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.	84
<i>Πίνακας 14</i>	Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.	85

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Σχήμα 1</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος	73
<i>Σχήμα 2</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας	73
<i>Σχήμα 3</i>	Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ	74
<i>Σχήμα 4</i>	Συσχέτιση της πρόθεσης για κάπνισμα με τις κατηγορίες καπνιστών (Spearman) και τον αριθμό των τσιγάρων κατά την επαναμέτρηση.	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα, η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ, και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας συγκαταλέγονται στις κυριότερες και σοβαρότερες ανθυγιεινές συμπεριφορές, οι οποίες προκαλούν χρόνιες παθήσεις, και θεωρείται ότι ευθύνονται για το 60% των καθημερινών θανάτων παγκοσμίως (Boyle et al., 2003). Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές είναι πιθανόν να σχετίζονται μεταξύ τους, και να συντελούν και οι τρεις μαζί σε έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι τέσσερις κυριότεροι παράγοντες κινδύνου, που είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε καρδιαγγειακές παθήσεις και να προκαλέσουν υψηλή θνησιμότητα, κυρίως σε άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η δυσμενής αυτή κατάσταση παρουσιάζεται στα άτομα των περισσότερων βαθμίδων εκπαίδευσης (Davis et al., 1994; Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005; Schnohr et al., 2004).

Κάπνισμα

Το κάπνισμα φαίνεται να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα στην Ελλάδα. Τα στοιχεία της Eurostat για το έτος 2002, δείχνουν πως οι Έλληνες είναι από τους πιο φανατικούς καπνιστές. Όσον αφορά στους Έλληνες έφηβους, ηλικίας άνω των 16 ετών, φαίνεται ότι το 47% των αγοριών και το 31% των κοριτσιών καπνίζουν. Το κάπνισμα όμως φαίνεται να αποτελεί προβληματική συμπεριφορά και για άλλες χώρες της Ευρώπης, αφού το ένα τρίτο των

ανδρών της Ευρώπης και το ένα τέταρτο των γυναικών το 1997 ήταν καπνιστές. Γενικά το 45% των ανδρών, ηλικίας 25-54 ετών, καπνίζουν. Στην Ελλάδα την Ισπανία και την Πορτογαλία η αναλογία των γυναικών, που καπνίζουν, αυξάνεται συνεχώς και το κάπνισμα είναι συχνότερο στους νέους. Τα ποσοστά καπνίσματος είναι ψηλότερα στις νεότερες κοπέλες: 40% σε ηλικίες 15-24 ετών, και 28% πάνω από 60 ετών (Boyle et al., 2003). Η ποσότητα κατανάλωσης τσιγάρων από νεαρά άτομα αυξάνεται συνεχώς από το 1992. Η εκτίμηση που επικρατεί είναι πως 5 εκατομμύρια νέοι άνθρωποι σήμερα, ηλικίας 0-17 ετών, θα πεθάνουν πρόωρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα (CDC, 1997). Η έρευνα των Singleton και Pope (2000) υποστηρίζει ότι κέντρα ελέγχου ασθενειών και πρόληψης ανέφεραν ότι το κάπνισμα του τσιγάρου οδήγησε σε θάνατο πάνω από 10 εκατομμύρια Αμερικανούς από την πρώτη γενική αναφορά καπνίσματος το 1964. Κάθε χρόνο το κάπνισμα οδηγεί 4,2 εκατομμύρια ανθρώπους στον θάνατο, και 430.000 Αμερικανοί ενήλικοι πεθαίνουν κάθε χρόνο εξ' αιτίας του καπνίσματος (CDC, 1997).

Ο καπνός και η κατανάλωσή του ξεκίνησε από την Κεντρική Αμερική. Σαν φυτό υπήρχε σε άγρια μορφή στη Γουατεμάλα και στο Μεξικό και ήρθε στην Ευρώπη μετά το 1523 σαν εισαγόμενο προϊόν. Ενώ αρχικά θεωρήθηκε ότι είχε θεραπευτικές ιδιότητες σε αναπνευστικά προβλήματα, σήμερα έχει αποδειχθεί ότι περιλαμβάνει 4000 χημικές ουσίες, οι οποίες οδηγούν σε καρκινογενέσεις. Κύριο συστατικό του καπνού είναι η νικοτίνη, που επιδρά εθιστικά στον οργανισμό και έχει αρνητική επίδραση στην πίεση του αίματος, στην καρδιακή συχνότητα, ενώ οδηγεί ακόμη και σε δηλητηρίαση (Bates, Jarvis, & Connolly, 1999; Haustein, 1999; Hess, 1987).

Το κάπνισμα του τσιγάρου είναι μια από τις αιτίες πρόωρου θανάτου στις χώρες με ανεπτυγμένη βιομηχανία. Γίνεται ευρέως γνωστό διά μέσου της διαφήμισης, της προώθησης των προϊόντων και της χρηματοδότησης εκστρατειών, που στόχο έχουν να προσελκύσουν στο κάπνισμα νέους ή και μεγαλύτερους ανθρώπους με κάθε δυνατό τρόπο. Για τα

επόμενα 20 χρόνια έχει υπολογιστεί ότι θα πεθάνουν εξ' αιτίας της συνήθειας του καπνίσματος 150 εκατομμύρια άνθρωποι (WHO, 2001). Τα προγράμματα παρέμβασης κατά του καπνίσματος, όσον αφορά στους νέους, συνήθως πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον αν και τα αποτελέσματα τους δεν είναι πάντα προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Rooney & Murray, 1996). Τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι το πιο συνηθισμένο μέσο παρέμβασης για την αντιμετώπιση του καπνίσματος στην σχολική ηλικία. Ο στόχος κυρίως των παρεμβάσεων είναι να πληροφορηθούν τα παιδιά σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος και να δημιουργήσουν περισσότερο αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι να υιοθετήσουν οι νέοι αρνητική πρόθεση για την συμπεριφορά του καπνίσματος (Rooney & Murray, 1996; Wiehe, Garrison, Christakis, Ebel, & Rivara, 2005) και να διδαχθούν δεξιότητες ζωής, οι οποίες θα τους βοηθήσουν να αντισταθούν στη συνήθεια του καπνίσματος (π.χ. Pateman, 2003).

Ακολουθώντας τη σύγχρονη τάση, έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν για όλα δημοσιευμένα αποτελέσματα. Ένα ανάλογο πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί από το Εργαστήριο Ψυχολογίας του ΤΕΦΑΑ Θεσσαλίας (Θεοδωράκης, Γούδας, Χασάνδρα & Κοσμίδου, 2006), το οποίο περιλαμβάνει τόσο πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα, αλλά και την άσκηση, όσο και απαραίτητες δεξιότητες ζωής. Το πρόγραμμα έχει εφαρμοστεί σε δημοτικό (Γκόλτσος, 2008; Δεσλή, 2007), σε γυμνάσιο (Βρακά, 2005) και σε λύκειο (Αδάμου, 2008; Παγκράτη, 2008).

Το κάπνισμα αποτελεί αιτία χρόνιων ασθενειών, καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου. Ο περιορισμός του είναι εφικτός, αλλά η οριστική του διακοπή είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί οριστικά. Σήμερα υπάρχουν πολλές μέθοδοι διακοπής του τσιγάρου, που είναι δυνατόν να εφαρμοστούν και συνδυαστικά: υποστήριξη της συμπεριφοράς, θεραπεία αντικατάστασης με νικοτίνη και μικρής διάρκειας αλλά συχνή άσκηση. Λιγότεροι,

από το 1% των καπνιστών, που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα το επιτυγχάνουν, κάθε χρόνο, ενώ μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελεί η επαναφορά σ' αυτό. Στην Αμερική, αν και έχει μειωθεί η αναλογία του πληθυσμού που καπνίζει, το 26% του πληθυσμού είναι ακόμη καπνιστές. Οι γυναίκες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες και φαίνεται ότι δυσκολεύονται περισσότερο να διακόψουν το κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνες η φυσική άσκηση συντελεί στην διατήρηση της διακοπής καπνίσματος στις γυναίκες (Marcus et al., 1995; Ussher, West, McEwen, Taylor, & Steptoe, 2003).

Δεδομένα από σειρές ερευνών (Anton, Cooper, Neidre, Cook, & Tanaka, 2006; Brummett et al., 2003; Bunce, Hays, & Pring, 2004) δείχνουν ότι το έντονο και χρόνιο κάπνισμα μειώνει την περιφερειακή ροή του αίματος και το στρες, και προκαλεί περιφερειακές αρτηριακές παθήσεις στους καπνιστές. Οι καπνιστές, όμως, που συνηθίζουν να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες, παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα περιφερειακής ροής αίματος και περιφερειακή αγγειακή αγωγιμότητα. Οι παραπάνω έρευνες δείχνουν ακόμη ότι το κάπνισμα, καθώς και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με συμπτώματα κατάθλιψης οδηγούν σε παθήσεις στεφανιαίων αρτηριών και αρτιοσκλήρυνσης. Το κάπνισμα επηρεάζει ακόμη και γνωστικές διεργασίες, όπως μνήμη, οπτικοαουστικό συγχρονισμό και αντίληψη χώρου. Αποτέλεσμα η γνωστική εξασθένηση και η εξασθένηση μνήμης, λόγω του μονοξειδίου, το οποίο υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες στον καπνό και μεταφέρεται μέσω του αίματος.

Αλκοόλ

Όσον αφορά στο *αλκοόλ* φαίνεται ότι είναι πολύ συχνή η κατανάλωσή του από τις Ελληνίδες, αφού κατά μέσο όρο αυτές καταναλώνουν ανά άτομο 8,9 λίτρα αλκοόλ το μήνα (Boyle et al., 2003). Η υπερβολική κατανάλωσή αλκοόλ προκύπτει από την επίδραση κοινωνικών προτύπων και την αμφισβήτηση κανόνων, όπως αποδεικνύεται από έρευνες

(Neuwirth & Frederick, 2004), ενώ σχετίζεται με πολλές επικίνδυνες συμπεριφορές: αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, φυσικές και σεξουαλικές επιθέσεις, τραυματισμούς και πνευματική εξασθένηση.

Πέρα από τις κοινωνικές επιπτώσεις, έρευνες, ακόμη, αναφέρονται σε επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ στον τομέα της υγείας. Η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα, αυξάνει τα τριγλυκερίδια στο αίμα, ανεβάζει την πίεση, επιβαρύνει τον οργανισμό με περιττές θερμίδες και αυξάνει τον κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ οδηγεί σε αρρυθμίες καρδιάς, καρδιομυπάθειες και προκαλεί εγκεφαλικά επεισόδια και αιφνίδιους θανάτους. Ακόμη η κατανάλωση αλκοόλ έχει συνδεθεί με ανάπτυξη και πρόκληση διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως καρκίνου του στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, ήπατος και παγκρέατος. Επίσης το αλκοόλ ενοχοποιείται ότι συνδέεται με καρκίνους του ανώτερου πεπτικού και του πνεύμονα και με πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο στους καπνιστές-πότες, απ' ό τι στους μη καπνιστές (Neuwirth & Frederick το 2004; Malinski, Sesso, Lopez-Jimenez , Buring, & Gaziano, 2004; Λιώνης & Στεφάνου, 1997). Σε ευρύτερες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι δυνατόν να προκαλέσει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ειδικότερα στην τρίτη ηλικία. Ακόμη σε αλκοολικούς ασθενείς παρουσιάζεται εγκεφαλική ατροφία σε πολύ υψηλό ποσοστό (90%), αφού σύμφωνα με πληροφορίες που προέκυψαν από πρόσφατες έρευνες, διαπιστώνεται μεγάλη σχέση μεταξύ διάρκειας κατάχρησης και εγκεφαλικής ατροφίας (Αθανασάκης, Ζερβός, Ζυγούρης, Λιάου, & Κατσίκης, 1990; Σκληρός et al., 2001).

Φυσική Δραστηριότητα

Η φυσική και σωματική δραστηριότητα-άσκηση είναι από τα κύρια συστατικά του «ευ ζην» για όλες τις ηλικίες, γιατί λειτουργεί αποτελεσματικά στην πρόληψη και θερα-

πεία σοβαρών ασθενειών και οδηγεί σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Όσον αφορά στα Ελληνικά δεδομένα φαίνεται ότι το 59% του πληθυσμού δεν γυμνάζεται καθόλου, ενώ το 32% των ανδρών και το 35% των γυναικών είναι παχύσαρκοι με Δείκτη Μάζας Σώματος(BMI) πάνω από 30. Στην Ευρώπη το 27% των ανδρών και το 35% των γυναικών δεν συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες (Boyle et al., 2003).

Ως *φυσική δραστηριότητα*, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας (PA-WHO, 2002) ορίζεται το σύνολο των κινήσεων, που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της καθημερινής διαβίωσης, της εργασίας, της αναψυχής και της άθλησης. Περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως είναι το περπάτημα και οι δουλειές του σπιτιού, δραστηριότητες αναψυχής, όπως η ποδηλασία και η συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης, συλλόγους και κέντρα άθλησης. Η άσκηση στοχεύει στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού και των διάφορων εσωτερικών οργάνων, με ενίσχυση της φυσικής κατάστασης και της υγείας. Προστατεύει από καρδιαγγειακές ασθένειες, περιορίζει ποικίλες μορφές καρκίνου, καθώς και την εμφάνιση διαβήτη και σχετίζεται με μείωση της θνησιμότητας (Thune & Batty, 2000; Dishman, Washburn, & Heath, 2004). Η φυσική δραστηριότητα – άσκηση συντελεί στην μακροβιότητα, καθώς μειώνεται ο κίνδυνος για πρόωρο θάνατο. Βελτιώνει τον μεταβολισμό και πολλά από τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Τονώνει την μυϊκή μάζα και την οστική πυκνότητα, και προφυλάσσει από την οστεοπόρωση και το άγχος (Lautenschlager, Almeida, Flicker, & Janca, 2004).

Θεωρίες

Η μελέτη και η πρόβλεψη των υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών αποτελούν αντικείμενο κοινωνικογνωστικών θεωριών, με τις οποίες ασχολούνται πολλοί ερευνητές. Οι βασικότερες θεωρίες για την πρόβλεψη και κατανόηση υγιεινών και μη συμπεριφορών είναι η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής

(ΜΣΑ). Οι θεωρίες αυτές αξιοποιήθηκαν, προκειμένου να ερευνηθούν, να ερμηνευθούν και να προβλεφθούν συμπεριφορές, όπως διατροφή, χρήση επικίνδυνων ουσιών, κατάχρηση αλκοόλ, κάπνισμα, ασφαλές sex και μάλιστα σε όλες τις ηλικίες (Ajzen, 1985; Ajzen 1991; Prochaska & DiClemente, 1983). Σύμφωνα με την ΘΣΣ, η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι δυνατόν να προβλεφθεί από την πρόθεσή του να εκτελέσει αυτή τη συμπεριφορά. Η πρόθεση με την σειρά της είναι εφικτό να προβλεφθεί από την στάση του ατόμου απέναντι στην εκτέλεση της συμπεριφοράς, από τα κοινωνικά πρότυπα, και από τον βαθμό αυτοελέγχου του ατόμου (ευκολία-δυσκολία ελέγχου εκτέλεσης της συμπεριφοράς). Σύμφωνα με τη θεωρία, η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς μπορεί να προβλεφθεί από τις δεοντολογικές πεποιθήσεις του ατόμου καθώς και τα κίνητρα που του παρέχονται. Η ΘΣΣ αξιολογεί τον παράγοντα διευκόλυνσης ή παρεμπόδισης της εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς, η οποία εξαρτάται από την συχνότητα εμφάνισής της (Ajzen, 1991). Σύμφωνα με το ΜΣΑ η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια δυναμική διαδικασία, που αποτελείται από συγκεκριμένα στάδια, από τα οποία διέρχεται το άτομο, που σκέφτεται να αλλάξει ή να διακόψει μια συμπεριφορά. Το μοντέλο συντελεί στην περιγραφή μιας συμπεριφοράς υγείας και συστήνει την επικέντρωση στα στάδια, με σκοπό την πιο ικανοποιητική προσέγγιση και στήριξη των ατόμων όσον αφορά στις ανάγκες τους στο εκάστοτε στάδιο (Prochaska & DiClemente, 1992; 1983; 1986; Prochaska, Humphreys, Thompson and Miner 1998).

Νέοι και συμπεριφορές υγείας

Η έναρξη της φοιτητικής ζωής και η εισαγωγή του ατόμου σε μια φοιτητική κοινωνία δηλώνει την αποχώρηση ουσιαστικά από την τυπική κοινωνία, την οικογένεια και τους γονείς. Οι νέοι φοιτητές οδηγούνται έτσι στον πειραματισμό σε νέες καταστάσεις και στην προσέγγιση νέων απαγορευμένων και ανθυγιεινών συμπεριφορών και ουσιών. Τα πρώτα δύο χρόνια του Πανεπιστημίου είναι η μετάβαση προς την ανεξαρτησία για τους περισσό-

τερους από τους φοιτητές, όπου τους προσφέρονται νέες ευκαιρίες για πειραματισμό, με νέους τρόπους ζωής και νέες συμπεριφορές, οι οποίες τους οδηγούν σε μεγάλους κινδύνους (όπως η κατάχρηση αλκοόλ). Στις συνθήκες αυτές, ιδιαίτερης σημασίας είναι το συναισθηματικό στάδιο του πειραματισμού, η προσωπικότητα του ατόμου και όσοι από τους άλλους θεωρεί το άτομο σημαντικούς. Επίσης η καινούργια διάθεση για αυτονομία στη νέα ζωή και η διάθεση για προσέγγιση νέων φίλων είναι αιτίες, που ενισχύουν συμπεριφορές, όπως κάπνισμα, αλκοόλ και άσκηση. Η σημασία της αρνητικής αυτοαποτελεσματικότητας, σύμφωνα με την οποία οι νέοι πιστεύουν στην ικανότητά τους να αντισταθούν στην πρόκληση για χρήση-όμως δεν έχουν ακόμη την δύναμη να αντιδράσουν σε μια πίεση- αυξάνει την πρόβλεψη για ανθυγιεινές συνήθειες. Επίσης πολύ σημαντικό είναι το τι πιστεύουν οι νέοι για τις απαγορευμένες ουσίες και τις ανθυγιεινές συνήθειες (Neuwirth & Frederick, 2004).

Οι νέοι αποκτούν τα “πιστεύω” τους από τα πρότυπα των γονέων, των φίλων και των σημαντικών άλλων και ο ρόλος αυτών επηρεάζει τους νέους στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, η οποία ενισχύεται ιδιαίτερα κατά την φοιτητική καριέρα. Η δοκιμασία καινούργιων συμπεριφορών από τους νέους, σχετίζεται με τις στάσεις των προτύπων τους ως προς την συγκεκριμένη συμπεριφορά (π.χ. αλκοόλ). Έτσι προκύπτει η διαπίστωση ότι η χρήση ανθυγιεινών ουσιών είναι δυνατόν να προβλεφθεί από τις αντιλήψεις των νέων σχετικά με τους σημαντικούς άλλους. (Petraitis, Flay και Miller, 1995; De Vries, Dijkstra, Kuhlman, 1988 ; Bandura ,1977,1982 ; Akers, Krohn, Lanza-Kaduce και Radosevich, 1979).

Η εκδήλωση αρνητικών συμπεριφορών από τους νέους φοιτητές εξαρτάται από τα «πιστεύω» τους, που σχετίζονται με την παιδική ηλικία ,την αποτίμηση του αποτελέσματος (το αν θα είναι θετικό ή αρνητικό), τους κοινωνικούς κανόνες και τις κοινωνικές επιδράσεις ως προς τις συμπεριφορές, τις αντιλήψεις και τα κοινωνικά πρότυπα που σχετίζο-

νται με τις συγκεκριμένες συμπεριφορές. Από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης εξαρτάται η πληροφόρηση και η διαμόρφωση των στάσεων των νέων φοιτητών, όχι όμως και η συμμόρφωση συμπεριφορών που σχετίζονται με το αλκοόλ. Τα μεγαλύτερα επίπεδα τηλεθέασης οδηγούν σε χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα η υποστήριξη της άθλησης οδηγεί σε μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών (Neuwirth et Frederick, 2004).

Επειδή οι φοιτητές βλέπουν το Πανεπιστήμιο σαν ένα χώρο ανεξαρτητοποίησης και προσφοράς νέων ευκαιριών, δοκιμάζουν κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής νέους τρόπους ζωής και υποκύπτουν σε πολλές προκλήσεις, όπως στην κατανάλωση αλκοόλ. Σε έρευνα με δείγμα 119 κολέγια της Αμερικής, το 44% των φοιτητών του δείγματος παραδέχτηκαν ότι πίνουν πέντε ποτά κατά μέσο όρο την ημέρα. Η αλόγιστη χρήση ποτών και αλκοόλ οδηγεί σε βίαιη και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά και η σχέση κατανάλωσης αλκοόλ και θνησιμότητας είναι πολύ μεγάλη. Τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο συστηματικοί καπνιστές, πότες, λιγότερο δραστήριοι και παχύσαρκοι. Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και θνησιμότητας, πάντως, είναι πολύ μεγάλη και στην εκπαίδευση (Schnohr et al., 2004; Johnston, O' Malley, & Bachman, 1996).

Η παρέμβαση με σκοπό την αντιμετώπιση των ανθυγιεινών συμπεριφορών είναι απαραίτητη και πρέπει να εξατομικεύεται σύμφωνα με την ετοιμότητα των ατόμων για αλλαγή, με μείωση του στρες και επιτάχυνση των διαδικασιών προς το σχέδιο δράσης, σύμφωνα με το ΜΣΑ. Με την παροχή γνώσεων σχετικά με τον υψηλό κίνδυνο, που προκαλεί η κατάχρηση αλκοόλ, είναι δυνατόν να μειωθεί η πρόσληψη ποτού και να διορθωθούν οι απόψεις σχετικά με αυτό (Cohen & Rogers 1997; Prochaska et al., 2004).

Το κάπνισμα φαίνεται να επιδρά αρνητικά στο επίπεδο της υγείας, στο επίπεδο συμπεριφοράς, αλλά και στο επίπεδο των στάσεων. Διετής έρευνα των Mazess και Barden (1991) σχετικά με την πυκνότητα των οστών σε γυναίκες 20-39 ετών κατά την προ εμμη-

νόπαυση έδειξε ότι οι καπνίστριες είχαν λιγότερη οστική πυκνότητα στην σπονδυλική στήλη και ότι η φυσική δραστηριότητα δεν επέδρασε στην αλλαγή της οστικής μάζας ούτε και σε συνδυασμό με την πρόσληψη ασβεστίου. Επίσης τα άτομα που έχουν μεγάλη εξάρτηση στην νικοτίνη έχουν χαμηλότερο VO₂ max από ό,τι όσοι έχουν χαμηλότερη εξάρτηση. Η εξάρτηση του καπνίσματος οδηγεί σε αλλαγές και στην αερόβια ικανότητα. Αυτό επηρεάζεται από το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη ανεξάρτητα από το προπονητικό επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων. Οι καπνιστές δείχνουν περισσότερη πίστη στην «τύχη», ως επίδραση στα αποτελέσματα της υγείας και στο επίπεδο συμπεριφοράς και στο επίπεδο στάσεων, και λιγότερη στην εκτίμηση των σημαντικών άλλων και στον προσωπικό έλεγχο. Επίσης δεν ενδιαφέρονται για το αν θα μείνουν πίσω στην μόρφωσή τους (Tchissambou et al., 2004; Eiser G, Eiser.C, Gammage, & Morgan, 1989).

Σημαντικότεροι λόγοι, για τους οποίους οι νέοι οδηγούνται προς το κάπνισμα, είναι λόγοι ψυχολογικοί, όπως συμπτώματα κατάθλιψης, διάθεση για αυτονομία, για έλεγχο του βάρους και του στρες, για κάλυψη συναισθηματικών αναγκών, όταν δεν έχουν επαρκή κοινωνική υποστήριξη, και για απόκτηση νέων φίλων (De Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988; Guo et al., 2007; Sejr & Osler, 2001). Οι καπνιστές μαθητές δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τις επιδόσεις τους και για τους άλλους, και αντιδρούν στον υγιεινό τρόπο ζωής. Πάντως η εξάρτηση από το τσιγάρο αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος (όσο νεαρότερη η ηλικία έναρξης του καπνίσματος τόσο μεγαλύτερη η εξάρτηση από το κάπνισμα). Αντίθετα, οι λόγοι για τους οποίους τα άτομα επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα είναι το οικονομικό κόστος, η υγεία, η φυσική κατάσταση και η μη αποδεκτή άσχημη εικόνα (Singleton & Pope, 2000; Bunce, Hays & Pring, 2004; Eiser et al., 1989).

Οι σύμβουλοι υγείας με την συμβουλευτική υποστήριξη τους μπορούν να ενισχύσουν την διακοπή καπνίσματος με το να αυξάνουν την παρακίνηση προς αυτή την κατεύ-

θυνηση και με το να διδάσκουν διαχείριση του στρες. Πρέπει να είναι πρώτα υποστηρικτές των ατόμων και ύστερα να εισάγουν δεξιότητες εκπαίδευσης. Μέθοδοι βοήθειας με σκοπό τον έλεγχο του καπνίσματος είναι τα πρόσθετα νικοτίνης, οι γνωστικές στρατηγικές συμπεριφοράς, όπως η εκπαίδευση δεξιοτήτων, η τηλεφωνική επαφή (από όπου και μια μικρή συμβουλή θα είναι απαραίτητη για την διακοπή του καπνίσματος), ο έλεγχος επαφής καθώς και οι συνδυασμοί αυτών. Επίσης είναι πολύ σημαντικό για γιατρούς, θεραπευτές και άλλους επαγγελματίες, που προσπαθούν να αυξήσουν τα επίπεδα άσκησης στους πελάτες τους, ένα μήνυμα, που να είναι θετικά σχεδιασμένο και που αφορά οφέλη και όχι κινδύνους, και από αξιόπιστη πηγή, προκειμένου να προωθηθεί η παρακίνηση για άσκηση (Jones, Sinclair, & Courneya, 2003).

Οι γνωστικοί παράγοντες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί όσον αφορά στη συμπεριφορά καπνίσματος, όπως και οι περιγραφικές νόρμες είναι προφήτες της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και των άλλων απαγορευμένων ουσιών. Επειδή το 40%-50% του φοιτητικού πληθυσμού είναι καπνιστές, τα οργανωμένα προγράμματα, που βασίζονται στην ενημέρωση και εκπαίδευση σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, οδηγούν σε βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των φοιτητών. Οι φοιτητές, που καπνίζουν, παρουσιάζουν σπανιότερα στάση και συμπεριφορά προς την διακοπή του καπνίσματος, η συμπεριφορά των νέων φοιτητών, που ήταν ήδη καπνιστές πριν από την φοιτητική τους ζωή, επιδεινώνεται, και η εξάρτηση από το τσιγάρο αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος (Sejr & Osler, 2001).

Σύμφωνα με έρευνες (Singleton & Pope, 2000; Marcus et al., 1995) η άσκηση μειώνει τη διάθεση για κάπνισμα, οδηγεί στην αύξηση κατανάλωσης θερμίδων, αλλάζει τον ρυθμό του μεταβολισμού, προκαλεί αλλαγή στη διάθεση, ρυθμίζει και το άγχος και εμποδίζει την εμφάνιση κατάθλιψης. Λειτουργεί σαν φαρμακευτικό υποκατάστατο της νικοτίνης, μειώνει τους καρδιοαναπνευστικούς κινδύνους, και μπορεί να γίνει περισσότερο χρή-

σιμη στην διατήρηση διακοπής καπνίσματος, όταν αυτή συνδυαστεί και με άλλες διαδικασίες διακοπής. Η άσκηση σε συνδυασμό με τις φυσιοϊατρικές διαδικασίες ενισχύει την διακοπή καπνίσματος, αφού με τα προγράμματα άσκησης μειώνεται η διάθεση για κάπνισμα. Αποτελεί μια φυσιολογική και ψυχολογική παρέμβαση ενώ πλεονεκτεί έναντι των υποκατάστατων νικοτίνης, επειδή προκαλεί μακράς διάρκειας τακτοποίηση του βάρους καθώς και ταυτόχρονη μείωση των καρδιοαναπνευστικών κινδύνων. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες η κατάθλιψη, που είναι σημαντικός δείκτης θνησιμότητας και που σχετίζεται με την χρόνια συνέχιση του καπνίσματος, αλλά και με υποκινητικότητα, μειώνεται ενώ τα συμπτώματά της εξαλείφονται, με τα οργανωμένα προγράμματα άσκησης. Τα ευρήματα των ίδιων ερευνών δείχνουν ότι η άσκηση σε συνδυασμό με διαδικασίες διακοπής καπνίσματος μπορεί να είναι χρήσιμη για την διατήρηση διακοπής καπνίσματος και στον γυναικείο πληθυσμό.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη διακοπή ανθυγιεινών συμπεριφορών είναι η ενίσχυση κινήτρων και πρόθεσης, καθώς και η αύξηση των επιπέδων αυτοαποτελεσματικότητας. Η θέση στόχων, όπως εκτέλεση εναλλακτικών δραστηριοτήτων, αυτοομιλία και χαλάρωση, είναι δυνατόν να αλλάξει τη συμπεριφορά. Οι στόχοι είναι απαραίτητοι για την έναρξη και διατήρηση της αλλαγής, συντελούν στη μείωση του στρες και τη βελτίωση της διάθεσης. Ακόμη είναι αναγκαία και η αποτίμηση των πιστεύω των ατόμων για το αν οι στόχοι τα βοηθούν στην εγκράτεια (Borrelli & Mermelstein, 1994; Borland, Owen, Hill & Schofield, 1991; Bandura, 1977).

Σημασία της έρευνας

Οι συμπεριφορές της φυσικής δραστηριότητας, του καπνίσματος και του αλκοόλ είναι πολύ σημαντικό να εξεταστούν κατά τη φοιτητική ζωή, όταν οι έφηβοι ενηλικιώνονται, αρχίζουν να ανεξαρτητοποιούνται και να διαμορφώνουν μόνιμες στάσεις ζωής. Η

ενασχόληση με φυσικές δραστηριότητες οδηγεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αφού επιδρά θετικά τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία, αλλά και τη διάθεση. Αντίθετα το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ προκαλούν πολλά προβλήματα υγείας ενώ επηρεάζουν την οικονομική κατάσταση αρνητικά. Για να σταθεί δυνατό να βοηθηθούν τα άτομα να ακολουθήσουν ένα υγιεινό τρόπο ζωής, και να διακόψουν ανθυγιεινές συνήθειες είναι αναγκαία η γνώση των παραγόντων, από τους οποίους επηρεάζονται. Στην έρευνα αυτή θα αναζητηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τους φοιτητές να στραφούν προς τη φυσική δραστηριότητα ή προς το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να καταγραφεί ο βαθμός εμφάνισης συμπεριφορών υγείας, που αφορούν στη φυσική δραστηριότητα, στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ σε φοιτητές των ΤΕΙ. Οι παραπάνω συμπεριφορές εξετάζονται μέσα από τις κοινωνικογνωστικές θεωρίες της θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και της θεωρίας των Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1983). Για το λόγο αυτό καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς καθώς και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση των φοιτητών απέναντι στις προαναφερόμενες συμπεριφορές υγείας.

Ερευνητικές 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 την 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, η αυτοταυτότητα και η ενημέρωση των φοιτητών ως προς τη φυσική δραστηριότητα θα συσχετίζονται και 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 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 αυτοταυτότητα 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 η 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. Το *Κάπνισμα* είναι η εισπνοή του καπνού, που βγαίνει από καιγόμενα φύλλα ή τρίμματα καπνού. Είναι πολύ παλιά ανθρώπινη συνήθεια, διαδομένη αρχικά στους ιθαγενείς της Κεντρικής Αμερικής. Το 16ο αιώνα οι Ισπανοί έφεραν στην Ευρώπη τη συνήθεια του καπνίσματος, μαζί με την καλλιέργεια του καπνού. Από τότε η διάδοση του ήταν ραγδαία και εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Η δυσμενής επίδρασή του πάνω στον οργανισμό δεν ήταν αρχικά γνωστή, από το 1950 όμως και αργότερα αποδείχτηκε ότι το κάπνισμα συνδέεται στενά με την εμφάνιση διάφορων καρδιαγγειακών παθήσεων, και προκαλεί χρόνια βρογχίτιδα και καρκίνο του πνεύμονα. Θεωρείται απόλαυση και έχει εξαπλωθεί παγκοσμίως. Η νικοτίνη που περιέχει ο καπνός, είναι ναρκωτικό και, έτσι, οι καπνιστές δυσκολεύονται να το σταματήσουν.
2. *Αλκοολισμός* λέγεται η οξεία ή χρόνια δηλητηρίαση, που προκαλείται από την αιθυλική αλκοόλη, δηλαδή το οινόπνευμα. Οφείλεται στην υπερβολική και παρατεταμένη χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Ο αλκοολισμός είναι δυνατόν να προσδιοριστεί σαν νόσος ψυχική και σωματική. Πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση του οργανισμού, που προκαλείται από την υπερβολική χρήση αλκοολούχων ποτών,

σε σημείο που να διαταράσσονται οι κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις του ατόμου, που κάνει την κατάχρηση ή να προκαλείται βλάβη σε ζωτικά σημεία του οργανισμού του.

3. *Φυσική δραστηριότητα*: Είναι το σύνολο των κινήσεων, που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της καθημερινής διαβίωσης, της εργασίας, της αναψυχής και των αθλητικών δραστηριοτήτων. Είναι η πραγματοποίηση και ολοκλήρωση πολλών κινητικών αλυσίδων και δεξιοτήτων και τελικά η απόκτηση θετικής στάσης για την άσκηση. Διαχωρίζεται σε συνήθη φυσική δραστηριότητα (περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική) και σε φυσική δραστηριότητα αναψυχής (κολύμπι, χορός, ποδηλασία, προγράμματα άσκησης γυμναστηρίων, μαζικός αθλητισμός σε κέντρα άσκησης και αναψυχής).
4. *Άσκηση* είναι οποιοδήποτε είδος μυϊκής προσπάθειας προσχεδιασμένης έντασης, διάρκειας και συχνότητας, που εντάσσεται σ' ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της ευρωστίας, της υγείας ή/και της σωματικής απόδοσης. Είναι, επίσης, η επανάληψη μιας πνευματικής ή σωματικής ενέργειας, που οδηγεί στην ολοένα καλύτερη και βαθύτερη συνειδητοποίηση της ως το σημείο, κατά το οποίο γίνεται έξη, συνήθεια.
5. *Στάση*: είναι η προδιάθεση για ευνοϊκή ή μη ευνοϊκή αντίδραση σε ένα αντικείμενο, ένα άτομο ή μια συμπεριφορά. Σχετίζεται με τη συνολική εκτίμηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Οδηγεί σε αποφάσεις για ανάληψη συνειδητής δράσης που αφορά ανθρώπους, πράγματα, ιδέες, καθώς και στην πρόκληση νέων συναισθηματικών αντιδράσεων, τη γένεση σκέψεων και τη δημιουργία πιστεύω.
6. *Κοινωνικό πρότυπο (υποκειμενική νόρμα)*: είναι ο τύπος ανθρώπου που μια κοινωνία αξιολογεί θετικά και η απαίτησή της από τα άτομα να του προσομοιάσουν, αφ' ενός και η ανταπόκριση ή όχι του ατόμου στην απαίτηση αυτή αφ' ετέρου σε επί-

πεδο συμπεριφοράς. Συνδέεται με τους μηχανισμούς κοινωνικοποίησης και εκπαίδευσης, καθώς και τις ενδεχόμενες κοινωνικές πιέσεις, που το άτομο υφίσταται, προκειμένου να ταυτιστεί με το συγκεκριμένο τύπο ανθρώπου και να εκτελέσει ή όχι μια συμπεριφορά.

7. *Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς*: είναι η άποψη του ατόμου σχετικά με το βαθμό δυσκολίας, που παρουσιάζει η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς από το ίδιο το άτομο. Με την έννοια αυτή σχετίζεται και η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, που είναι η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί αποτελεσματικά μια δραστηριότητα(ή σύνολο δραστηριοτήτων).
8. *Αυτοταυτότητα*: Είναι ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται κάθε άτομο -ξεχωριστά-ανάλογα με το ρόλο που διαδραματίζει στην κοινωνία αφ' ενός και το βαθμό αυτογνωσίας του αφ' ετέρου. Η αυτοταυτότητα είναι η θεώρηση που το άτομο διαθέτει για τον εαυτό του και το ρόλο του στην κοινωνία.
9. *Ενημέρωση*: πόσο ενημερωμένα αντιλαμβάνονται τα άτομα ότι είναι πάνω σε ένα θέμα.
10. *Πρόθεση*: είναι το ποσό των πληροφοριών και μια λίστα γνώσεων σχετικά με έναν τομέα στο μυαλό κάποιου και αυτό επηρεάζει την συμπεριφορά του. Το κατά πόσο ένα άτομο είναι διατεθειμένο να ακολουθήσει μία συμπεριφορά.
11. *Πειθώ*: Είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο καλείται να αλλάξει εσωτερικά(αξίες, στάσεις, «πιστεύω», στόχους) ή εσωτερικά σε επίπεδο συμπεριφοράς.
12. *Μοντέλο αλλαγής σταδίων*: Χαρακτηρίζεται από οργανωτικές προσπάθειες αλλαγής, περιλαμβάνει θεραπεία σε όρια χρονικά, και φροντίδα υγείας με συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Οριοθετήσεις

Η έρευνα έγινε αποκλειστικά σε φοιτητές των ΤΕΙ της επαρχιακής πόλης των Σερρών. Στο σχεδιασμό της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μόνο, οι παράγοντες του βασικού μοντέλου της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) και δεν προστέθηκαν άλλοι.

Περιορισμοί

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν μόνο γραπτά ερωτηματολόγια που περιλαμβάνουν συγκεκριμένες διαστάσεις. Οι μετρήσεις έγιναν αποκλειστικά με ερωτηματολόγια αυτοπεριγραφής και όχι με αντικειμενικά εργαλεία μέτρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου τρόπου ζωής –υγιεινού ή όχι–δεν καθορίζεται από μεμονωμένες συμπεριφορές, στάσεις, και συνήθειες, αντίθετα καθορίζεται από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που ορίζουν την συμπεριφορά των νέων. Η συμμετοχή ή όχι σε φυσικές δραστηριότητες δεν είναι μια αυτόνομη συμπεριφορά αλλά η εκδήλωσή της συσχετίζεται και με άλλες συμπεριφορές, όπως αυτή του καπνίσματος και του αλκοόλ. Ο τρόπος ζωής – αθλητικός ή όχι - επηρεάζει τη στάση και τη συμπεριφορά των νέων για την εκδήλωση αντίστοιχα υγιεινών ή ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης & Παπαιωάνου, 2002).

Θεωρίες που Αφορούν στις Συμπεριφορές Υγείας

Με βάση τις κυρίαρχες κοινωνικογνωστικές θεωρίες στο χώρο μπορούν να προκύψουν αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών ως προς τις ανθυγιεινές συμπεριφορές του καπνίσματος, του αλκοόλ και της έλλειψης φυσικής δραστηριότητας. Οι θεωρίες αυτές σύμφωνα με την αναφορά των Θεοδωράκη, Γιώτη, και Ζουρμπάνου (2005) 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 των στάσεων της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior).

Σύμφωνα με την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Bandura, 1986; Butler, 2002) τα άτομα που επιθυμούν να διακόψουν μια ανθυγιεινή συνήθεια μπορούν να στραφούν σε δια-

δικασίες αλλαγής του περιβάλλοντος, να αλλάζουν προσδοκίες, πρότυπα και δεσμεύσεις. Κατά τον Bandura (1986) ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος σε μία συμπεριφορά μπορεί να ενισχυθεί βάζοντας προσωπικούς στόχους, παρακολουθώντας άλλους που διακόπτουν και χρησιμοποιώντας τεχνικές πειθούς και χαλάρωσης. Πέρα από γνώσεις και στάσεις, η θεωρία βασίζεται σε κοινωνικές ικανότητες, στη συμπεριφορά κοινωνικών ομάδων και στην αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Είναι απαραίτητη επίσης και η εφαρμογή στρατηγικών όπως ο αυτοέλεγχος και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης. Κεντρικό σημείο της θεωρίας αποτελεί η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας. Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να τα καταφέρουν, τόσο πιο πολύ συμμετέχουν σε προγράμματα αντιμετώπισης ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006).

Η Θεωρία του Rosenstock (1974) που αναφέρεται στο Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας εκφράζει γνωστικά χαρακτηριστικά όσον αφορά τη σοβαρότητα των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν από υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών και τις ασθένειες που μπορεί να προκύψουν από τη μακρόχρονη υιοθέτηση αυτών των συμπεριφορών. Η απειλή για τέτοιες συνέπειες κάνει το άτομο περισσότερο σκεπτικό. Προκύπτει ανάγκη για καταγραφή των εμποδίων, αλλά και των οφελών από υγιεινές συνήθειες, εφαρμογή προληπτικών μέτρων και έτσι οδηγείται το άτομο σε λήψη αποφάσεων με σκοπό να υπερνικηθούν τα οποιαδήποτε εμπόδια έτσι ώστε να ξεπεραστούν και τα οποιαδήποτε προβλήματα υγείας (Θεοδωράκης et al., 2005). Το μοντέλο προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει συμπεριφορές υγείας. Αναπτύχθηκε το 1950 από τους κοινωνικούς ψυχολόγους Hochbaum, Rosenstock και Kegels. Βασίζεται στην άποψη ότι ένα άτομο θα αναλάβει υγιεινή δράση εάν: α) αισθανθεί ότι η αρνητική συμπεριφορά υγείας μπορεί να αποφευχθεί, β) όταν έχει μια θετική προσδοκία ότι λαμβάνοντας μια προτεινόμενη δράση θα αποφύγει την αρνητική συμπεριφορά και όταν πιστεύει πως μπορεί επιτυχώς να λάβει μια συνιστώμενη υγιή δράση. Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από τέσσερα δομικά στοιχεία: Αντιλαμβανόμενη ευαι-

σθησία, αντιλαμβανόμενη αυστηρότητα, αντιλαμβανόμενα κέρδη και αντιλαμβανόμενα όρια. Μια πρόσφατη έκδοση του μοντέλου είναι το χαρακτηριστικό της αυτοαποτελεσματικότητας που είναι η ικανότητα κάποιου για επιτυχή εκτέλεση στη δράση. Αυτό το στοιχείο προστέθηκε από τον Rosenstock και τους συνεργάτες του το 1988, για να μπορέσει το μοντέλο να ταιριάζει καλύτερα στις άμυνες αλλαγής των ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως η καθιστική ζωή, το κάπνισμα και το αλκοόλ (Rosenstock, 1974).

Το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής δίνει έναν ιδιαίτερο τρόπο για αλλαγή συμπεριφοράς. Βασίζεται σε στάδια με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπου τοποθετείται κάθε άτομο σύμφωνα με την διάθεση για εκδήλωση ή όχι της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον DiClemente και τους συνεργάτες του (1991), η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια δυναμική διαδικασία και όχι ένα φαινόμενο υιοθέτησης ή όχι μιας συμπεριφοράς. Το μοντέλο κατηγοριοποιεί αυτή τη διαδικασία αλλαγής σε τέσσερις θεωρητικές κατευθύνσεις για αλλαγή συμπεριφοράς: 1) στάδια αλλαγής (ετοιμότητα για δράση), 2) διαδικασίες (δέκα γνωστικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς που διευκολύνουν την αλλαγή), 3) Αυτοαποτελεσματικότητα (άνεση στο να κάνεις και να διατηρήσεις αλλαγές σε δύσκολες καταστάσεις με το να αμύνεσαι σθεναρά), και 4) αποφασιστική ισορροπία (Prochaska & DiClemente, 1992). Οι Prochaska και DiClemente (1983) υποστηρίζουν ότι πέντε είναι τα στάδια από τα οποία πρέπει να περάσει κάποιος που αποφασίζει να αλλάξει ή να διακόψει μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα στάδια 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 του *προσυλλογισμού* το άτομο δεν στοχεύει να αλλάξει την προβληματική συμπεριφορά μέσα στους επόμενους έξι μήνες, λόγω έλλειψης της αναγκαιότητας για αλλαγή της συμπεριφοράς. Στο δεύτερο στάδιο αρχίζει η σκέψη για την διακοπή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (κάπνισμα, αλκοόλ) μέσα στους επόμενους έξι μήνες,

λόγω αρνητικών πληροφοριών που δέχεται, όσον αφορά την υγεία. Σ' αυτό το στάδιο κατανοεί τα πλεονεκτήματα από την αποχή και την αξία της υγείας, όμως εδώ τα άτομα μπορεί να παραμείνουν για αρκετό διάστημα μόνο με την σκέψη. Το τρίτο στάδιο της προετοιμασίας υφίσταται όταν υπάρχει πρόθεση για αλλαγή μέσα στον επόμενο μήνα υιοθετώντας την ιδέα της απομάκρυνσης από τις αρνητικές συμπεριφορές, και σ' αυτό βοηθούν δραστηριότητες που αυξάνουν την αυτοπεποίθηση, καθώς και η καταγραφή των θετικών και αρνητικών κάθε συμπεριφοράς. Στο τέταρτο στάδιο, της δράσης, πραγματοποιείται αλλαγή της συμπεριφοράς για τουλάχιστον έξι μήνες, αλλά δεν διασφαλίζεται η μονιμότητά της. Εδώ μπορούν να υιοθετηθούν συνήθειες που βοηθούν στην διακοπή των αρνητικών συμπεριφορών. Το πέμπτο στάδιο επέρχεται όταν η αλλαγή συμπεριφοράς διατηρείται περισσότερο από έξι μήνες και η αποχή από τις αρνητικές συνήθειες θεωρείται πια μόνιμη. Εδώ γίνεται συνεχής αξιολόγηση των στόχων και ενασχόληση με ποικιλία δραστηριοτήτων (Θεοδωράκης et al., 2005). Για τον περισσότερο κόσμο η διαδικασία αλλαγής μπορεί να γίνει με πολλούς υποτροπιασμούς σε προηγούμενα στάδια πριν διατηρήσουν την σταθερή συμπεριφορά της αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1986).

Η διαδικασία αλλαγής περιλαμβάνει δέκα στρατηγικές για την «μετακίνηση» ανάμεσα στα στάδια αλλαγής και χαρακτηρίζεται από εμπειρίες, σκέψεις και συμπεριφορές που υιοθετούν τα άτομα κατά την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Prochaska et al., 1992). Το μοντέλο γενικότερα συστήνει στους ερευνητές να επικεντρώνονται στα ατομικά στάδια αλλαγής και η εκπαίδευση να αναπτυχθεί πάνω στα στάδια αυτά ώστε να υπάρχει πιο αποτελεσματική προσέγγιση των ατόμων ικανοποιώντας τα άτομα σύμφωνα με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του κάθε σταδίου. Γενικά το μοντέλο δείχνει πώς θα περιγράψουμε μια συμπεριφορά υγείας (Humphreys et al., 1998).

Η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης (Theory of Reasoned Action - ΘΑΔ) είναι ο πρόαγγελος της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και υποστηρίζει ότι η πρό-

θεση της συμπεριφοράς του ατόμου είναι η αιτία της δράσης, στην οποία πρόθεση συμβάλλουν οι στάσεις (ο προσωπικός παράγοντας απέναντι στην συμπεριφορά) και το κοινωνικό πρότυπο (κοινωνική πίεση που σχετίζεται με την εκτέλεση της συμπεριφοράς, αν οι σημαντικοί άλλοι θα εγκρίνουν ή θα αποδοκιμάσουν την εκτέλεση της συμπεριφοράς (Humphreys et al., 1998; Ajzen & Madden, 1986). Τα πιστεύω συμπεριφοράς επηρεάζουν τις στάσεις, ενώ τα τυποποιημένα πιστεύω αφορούν το κοινωνικό πρότυπο. Τα δύο αυτά στοιχεία καθορίζουν την πρόθεση της συμπεριφοράς. Όσο δυνατότερη είναι η πρόθεση τόσο περισσότερο θα προσπαθήσει το άτομο, άρα μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να εκτελεστεί η συμπεριφορά (Ajzen & Madden, 1986).

Στη μελέτη τους ο Humphreys και οι συνεργάτες του (1998) σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για θηλασμό συνδύασαν τη θεωρία αλλαγής σταδίων και της αιτιολογημένης δράσης, για να εξηγήσουν και να προβλέψουν συμπεριφορές υγείας. Οι συγκεκριμένες θεωρίες αναλύουν τη συμπεριφορά και τη στάση προς τη συμπεριφορά, περιλαμβάνουν κοινωνικά στοιχεία στη δομή τους και αναφέρουν θετικές και αρνητικές συνέπειες δράσης. Η μελέτη έδειξε σχέση μεταξύ των στοιχείων των δύο θεωριών και αυτό οδηγεί στην μελλοντική χρησιμοποίησή τους στην έρευνα και την εκπαίδευση. Χρησιμοποιώντας τον συνδυασμό των θεωριών κατανοούνται καλύτερα οι συμπεριφορές υγείας, οι αιτίες τους και η πρόθεση καθώς βοηθούνται οι ερευνητές ως προς την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις για εκτέλεση υγιεινών ή μη συμπεριφορών υγείας.

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης συμπεριφοράς των Ajzen και Fishbein το 1974 είναι η εξέλιξη της θεωρίας της αιτιολογημένης δράσης (Ajzen, 1991) προσθέτοντας το στοιχείο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς (έλεγχος πάνω στην επιθυμητή συμπεριφορά), και είναι αυτή που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο για την κατανόηση αλλά και την πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας. Η σημαντικότητα του ελέγχου στην συμπεριφορά αναγνωρίστηκε για να βοηθηθούν οι άνθρωποι να ξεπεράσουν μη επιθυμητές συνήθειες,

φόβους και αναστολές. Η θεωρία υποστηρίζει ότι η πρόθεση είναι η σημαντικότερη για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς, ότι η πρόθεση μπορεί να προβλεφθεί από την στάση, και ότι το άτομο πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από το ίδιο (Conner & Sparks, 1996).

Η πρόθεση καθορίζεται από α) τη στάση απέναντι στη συμπεριφορά (πιστεύω που αφορούν συνέπειες συμπεριφοράς), β) το κοινωνικό πρότυπο, που είναι η αντιληπτή κοινωνική πίεση, η οποία αντανακλά στην αντιλαμβανόμενη πίεση από τους σημαντικούς άλλους για εκτέλεση της συμπεριφοράς και αφορά το πόσο εύκολα ή δύσκολα αντιλαμβάνεται κάποιος το να εκτελέσει ή όχι την συμπεριφορά και γ) τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, που είναι το πόσο εύκολα αντιλαμβάνεται κάποιος ότι η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς είναι κάτω από τον έλεγχό του, και τη δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς σε σχέση με προηγούμενες εμπειρίες, προβλέποντας εμπόδια και ευκολίες και μπορεί να θεωρηθεί ένα υποκατάστατο για την μέτρηση του πραγματικού ελέγχου.

Με τις στάσεις ασχολήθηκαν οι Krosnick, Boninger, Chuang, Bernet, και Carnot (1993). Στάσεις χαρακτηρίζονται οι προδιαθέσεις προς τη δράση απέναντι σε ανθρώπους και πράγματα και αποτίμηση απέναντι σε ανθρώπους, πράγματα και ιδέες. Είναι δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων (συναίσθημα), σκέψεων, πιστεύω (γνώση) και στοιχείων δράσης (συμπεριφορά). Η δύναμη της στάσης αυξάνεται με την καλύτερη γνώση πάνω στο θέμα. Οι στάσεις συνήθως μαθαίνονται από άλλα άτομα και ορίζουν τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας. Μπορεί όμως να είναι και γενετικά δεδομένα. Όταν είναι δυνατή η στάση παρουσιάζει μεγάλη αντίσταση σε αλλαγές. Όμως οι στάσεις μπορούν να αλλάξουν μέσα από κοινωνική επιρροή και γνωστική επίδραση (Fisbein & Ajzen, 1975). Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν τις δυνατές από τις αδύναμες στάσεις, γιατί κάποιες είναι πιο σταθεροποιημένες ενώ άλλες είναι πιο ελαστικές με μικρά αποτελέσματα στη σκέψη και στη δράση. Γι' αυτό και κάποιες στάσεις περιγράφονται σαν πιο δυνατές και κάποιες σαν πιο αδύνατες και τα 10 στοιχεία που τις χαρακτηρίζουν είναι το ενδιαφέ-

ρον για την γνώση-ενημέρωση, η συγκεκριμενοποίηση, η σκοπιμότητα, το ενδιαφέρον, η εμπειρία, το εύρος απόρριψης, η προσέγγιση, η αποτελεσματικότητα, η συνέπεια, η έλλειψη υπόσχεσης και μας ενδιαφέρουν οι σχέσεις των χαρακτηριστικών αυτών μεταξύ τους. Πάντως, η δύναμη της στάσης μπορεί να οροθετηθεί από τέσσερα στοιχεία που θέτουν οι δυνατές στάσεις και είναι: α) Η *επιμονή* όταν οι στάσεις είναι συνεχείς και επίμονες στο πέρασμα του χρόνου, β) Η *αντίσταση*, όταν αυτές παρουσιάζουν αντίσταση στην αλλαγή, γ) Η *δύναμη στη γνώση*, όταν παρουσιάζουν δύναμη στην διαδικασία πληροφόρησης, και η δύναμη στην συμπεριφορά, όταν έχουν μεγάλη ισχύ στην συμπεριφορά (Krosnick et al., 1993).

Πρόθεση και έλεγχος είναι απαραίτητα για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς και υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Τα άτομα θα πρέπει να αποκτούν γνώσεις για την συμπεριφορά και να τονίζονται τα προβλήματα από την αλόγιστη χρήση της. Γιατί σύμφωνα με την TPB τα άτομα εκτελούν μια ενέργεια όταν την αξιολογούν θετικά, όταν οι σημαντικοί άλλοι την ενισχύουν και όταν θεωρούν ότι ελέγχουν τη συμπεριφορά (McMillan & Conner, 2003). Πάντως μια αυτοπρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς βασίζεται σε προηγούμενη συμπεριφορά και εμπειρία και τα πιστεύω είναι η βάση της θεωρίας. Η ΘΣΣ έχει αναφερθεί με επιτυχία στην πρόβλεψη πολλών συμπεριφορών υγείας (Conner & Sparks, 1996).

Οι Theodorakis, Bagiatas και Goudas (1995) εξέτασαν και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόβλεψη της συμπεριφοράς, οι οποίοι επηρεάζουν την πρόθεση του ατόμου για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και είναι η *δύναμη των στάσεων* και η *αυτοαυτοτότητα*. Η δύναμη των στάσεων αναφέρεται στην αυτοπεποίθηση που νιώθει το άτομο για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο αν είναι σωστή είναι η συγκεκριμένη ενέργεια, στη σπουδαιότητα που νιώθει όσον αφορά την πρόθεση του και κατά πόσο οι γνώσεις, η πληροφόρηση και το ενδιαφέρον παίζουν σημαντικό ρόλο στο να διαμορφώσει την πρόθεση.

Η αυτοταυτότητα αναφέρεται στα πιστεύω ικανότητας κάθε ατόμου για να ακολουθήσει την καινούργια συμπεριφορά. Η αυτοταυτότητα επηρεάζει και αυτή την πρόθεση του ατόμου αλλά και η ίδια επηρεάζεται από τη δύναμη των στάσεων.

Οι Armitage και Conner (1999) σε έρευνά τους μελέτησαν την προβλεπτική εγκυρότητα της ΘΣΣ επεκτεινόμενη με τη συμμετοχή της αυτοταυτότητας σε σχέση με υγιεινές διατροφικές επιλογές. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε 110 άτομα δείγμα γενικού πληθυσμού από πόλη της Βόρειας Αμερικής με μέσο όρο ηλικίας 28 ετών, και τα οποία εξέταζαν στάσεις, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενο έλεγχο, αυτοταυτότητα, πρόθεση και κοινωνική επιθυμητότητα. Σύμφωνα με την regression ανάλυση η πρόθεση ήταν ο κύριος παράγοντας της διατροφικής επιλογής. Η κοινωνική επιθυμητότητα των μοντέλων όπως η Θ.Σ.Σ είναι μικρή. Η αυτοταυτότητα ήταν ανεξάρτητος δείκτης πρόθεσης και είναι στοιχείο απαραίτητο στη ΘΣΣ γιατί μόνο του το κοινωνικό πρότυπο δεν είναι αρκετό στην πρόβλεψη.

Ακόμη δύο παράγοντες που διαμορφώνουν στάσεις και συμπεριφορές είναι η γνώση και πληροφόρηση που έχουν τα άτομα για συγκεκριμένες καταστάσεις και αυτό φάνηκε σε έρευνα που έκαναν οι Tsigilis, Koustelios, και Theodorakis (2001), όπου εξετάστηκε η επίδραση των δύο στοιχείων στην πρόβλεψη συμμετοχής των φοιτητών σε προγράμματα άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δύο αυτές μεταβλητές συνέβαλαν σε μεγαλύτερη αύξηση της πρόβλεψης, πέρα από το μοντέλο της ΘΣΣ. Επίσης, η ενημέρωση που είναι μια από τις 10 διαστάσεις των στάσεων αναφέρεται στο ποσό των πληροφοριών σχετικά με κάποιο θέμα και το συνοδεύει και επηρεάζει τη συμπεριφορά κάποιου προς το συγκεκριμένο θέμα στο μυαλό του. Η ενημέρωση χαρακτηρίζεται ως μια λίστα γνώσεων και προσωπικών αναφορών μαζί και αφορά την ικανότητα της γνώσης (Krosnick et al., 1993).

Ο Hardeman και οι συνεργάτες του (2002), ασχολήθηκαν με μια ανασκοπική έρευνα παρουσιάζοντας μελέτες που αναφέρονται στην ΘΣΣ και ασχολούνται με παρέμβαση που

αποσκοπεί στην αλλαγή συμπεριφοράς. Δούλεψαν μια στρατηγική έρευνας μελετώντας 30 έρευνες που χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ αποκλειστικά για να προβλέψουν πρόθεση και συμπεριφορά και περιγράφοντας 24 ξεχωριστές παρεμβάσεις. Μέθοδοι αλλαγής συμπεριφοράς σχετικές με την υγεία ήταν περισσότερο η πειθώ και η ενημέρωση-πληροφόρηση μέσω γραπτών μηνυμάτων και συζητήσεων. Η ανάπτυξη των ικανοτήτων της παρέμβασης ήταν γνωστικές προσεγγίσεις συμπεριφοράς όπως, η τοποθέτηση στόχων, η πρακτική εξάσκηση ικανοτήτων, ο σχεδιασμός και η κοινωνική υποστήριξη. Με τη παρέμβαση εννοούμε τη χρήση αυτών των ειδικών μεθόδων αλλαγής συμπεριφοράς για να στηριχτεί η αλλαγή στη συμπεριφορά ή στις γνώσεις που κρύβονται πίσω από αυτήν. Αυτές οι μέθοδοι δεν βασίζονται στην πειθώ που είναι η κύρια μέθοδος της ΘΣΣ, και σχεδιάστηκαν για να διευκολύνουν την αλλαγή συμπεριφοράς σε άτομα που θέλουν να αλλάξουν.

Η ΘΣΣ είναι η πιο μελετημένη κοινωνικογνωστική θεωρία που αναφέρεται στην πρόθεση και στην αλλαγή συμπεριφοράς, προβλέπει και εξηγεί μεγάλο εύρος συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα και η άσκηση, όμως χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά για να εξελίξει την παρέμβαση. Γενικά είναι πιο χρήσιμη στην αναγνώριση γνωστικών στοιχείων για αλλαγή, από το να προσφέρουν συστάσεις με το πώς αυτές οι γνώσεις μπορούν να αλλάξουν. Έρευνες πρόβλεψης βοηθούν να αναγνωριστούν πιστεύω που μπορούν να γίνουν στόχοι από ένα μήνυμα πειθούς. Ο σχεδιασμός της έρευνας (Hardman et al., 2002) περιλάμβανε τρία βήματα: α) έλεγχος των πιστεύω, β) ερωτηματολόγιο διαχείρισης των πιστεύω που διαχωρίζουν αυτούς που σκοπεύουν με αυτούς που δεν σκοπεύουν να αλλάξουν συμπεριφορά, και να αναγνωρίσει τη σχέση συνεισφοράς του κοινωνικού στοιχείου ή του στοιχείου των στάσεων και γ) μια παρέμβαση με σκοπό να αλλάξει τα πιστεύω που ήδη είχαν υιοθετήσει τα άτομα. Οι περισσότερες παρεμβάσεις των ερευνών που εξέτασαν ο Hardeman και οι συνεργάτες του (2002 - ενδεικτικές από τις οποίες είναι: Albarracin et al., 2001; Armitage & Conner, 2001; Blue, 1995; Conner & Armitage, 1998; Conner &

Sparks, 1996; Godin, 1993; Godin & Kok, 1996; Manstead & Parker, 1995; Notani, 1998; Sparks, 1994; Sutton, 1998), έγιναν σε σχολεία και μαθητές Πανεπιστημίου και άτομα που ήταν άνεργοι, ναρκομανείς, έφηβοι, συμμετέχοντες σε προγράμματα για χάσιμο βάρους.

Υπήρχε ομάδα ελέγχου και πειραματική και σε όλες τις έρευνες σχεδόν χρησιμοποιήθηκε η ΘΣΣ για τη μέτρηση τους, με σκοπό να εξελίξει τις μισές από αυτές και να ερευνήσει αλλαγές ανάμεσα σε ομάδες με παρόμοια δεδομένα. Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι 21 παρεμβάσεις έθεσαν στόχους συμπεριφοράς σχετικές με την υγεία όπως διακοπή καπνίσματος, άσκηση και οδήγηση κάτω από την επήρεια ποτού. Μισές από τις παρεμβάσεις δεν ανέφεραν αλλαγή στην πρόθεση και σε μισές βρέθηκε κάποια αλλαγή προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Οι 13 ανέφεραν αλλαγή στη συμπεριφορά και 7 ανέφεραν θετική αλλαγή στην ομάδα παρέμβασης. Συνολικά τα 2/3 των ερευνών που αναφέρθηκαν στην αλλαγή συμπεριφοράς ήταν προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Γενικά, ιδιαιτερότητα της ΘΣΣ αποτελεί η πρόθεση ως προφήτης συμπεριφοράς και η ιδιαιτερότητα των γνώσεων που προβλέπουν την πρόθεση. Όταν η πρόθεση είναι χαμηλή και δεν σταθεροποιείται χρησιμοποιείται η ΘΣΣ και συστήνει ποιες γνώσεις πρέπει να αλλάξουν για να εμπλουτιστεί η πρόθεση.

Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας και Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών

Ο Petraitis και οι συνεργάτες του (1995) αναφέρουν στην έρευνά τους 14 από τις πιο σημαντικές θεωρίες, οι οποίες σχετίζονται με την πειραματική χρήση επικίνδυνων ανθυγιεινών ουσιών (αλκοόλ, μαριχουάνα) σε εφήβους, και που δίνουν έμφαση: α) στη μελέτη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των εξαρτησιογόνων ουσιών, β) στις διαδικασίες κοινωνικής μάθησης, γ) στις κοινωνικές υποχρεώσεις και στην προσέγγιση της οικογένειας, καθώς και δ) σε διαπροσωπικές διαδικασίες. Προσπάθησαν να οργανώσουν τις κυριότερες θεωρίες σύμφωνα με τα κύρια χαρακτηριστικά τους σε τρεις τύπους επιρροής: α)

κοινωνικότητας, β) στάσεων, γ) διαπροσωπικότητας. Πριν οι έφηβοι γίνουν εξαρτημένοι στο κάπνισμα, το αλκοόλ και σε άλλες απαγορευμένες ουσίες, περνούν από ένα στάδιο πειραματισμού (ESU=η πειραματική χρήση ουσιών) όπου η ουσία δεν έχει γίνει μέρος της ζωής τους. Οι κοινωνικοί επιστήμονες δημιούργησαν ένα παζλ, τα κομμάτια του οποίου περιλαμβάνουν κανόνες, νόρμες και αιτίες χρήσης των απαγορευμένων ουσιών, όπως πρόσβαση στις ουσίες, αποδιοργάνωση της παιδικής ηλικίας, ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως επιθετικότητα και υπερκινητικότητα στην παιδική ηλικία, ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια και φτωχός χειρισμός των γονέων.

Πέντε είναι τα είδη των θεωριών σχετικά με την πειραματική χρήση ανθυγιεινών ουσιών: 1) Γνωστικές-συναισθηματικές θεωρίες που ασχολούνται με το πώς η απόφαση οδηγεί στην διαδικασία της πειραματικής εκτέλεσης, 2) κοινωνικογνωστικές θεωρίες που δίνουν έμφαση στον ρόλο των μοντέλων όσον αφορά τη χρήση ουσιών, 3) θεωρίες σχετικές με κανόνες συμπεριφοράς και κοινωνικής προσέγγισης, οι οποίες περιγράφουν πώς ποικίλοι παράγοντες οδηγούν σε αποχώρηση από τις τυπικές κοινωνίες, αποχώρηση από τους γονείς και προσέγγιση σε ανθυγιεινές ουσίες, 4) θεωρίες που αναζητούν τις βάσεις του πειραματισμού με απαγορευμένες ουσίες στην προσωπικότητα και τα συναισθηματικά στάδια των εφήβων και 5) θεωρίες που παρακολουθούν τη συναισθηματική και γνωστική αλληλεπίδραση, καθώς και την κοινωνική γνώση.

Οι γνωστικές-συναισθηματικές θεωρίες σχετίζονται με το θέμα και μελετούν «πιστεύω» ως προς το στάδιο αυτό του πειραματισμού, όπως η ΘΑΔ και η ΘΣΣ. Σύμφωνα με αυτές υπάρχει το στοιχείο της α) αυτοαποτελεσματικότητας όπου οι νέοι πιστεύουν στην ικανότητά τους να βρουν τις απαγορευμένες ουσίες και να τις χρησιμοποιήσουν, όπως και το στοιχείο της β) αρνητικής αυτοαποτελεσματικότητας κατά το οποίο οι νέοι πιστεύουν στην ικανότητά τους να αντισταθούν στην πρόκληση για χρήση, αλλά στην πραγματικότητα δεν έχουν ακόμη την δύναμη να αρνηθούν όταν αντιμετωπίσουν πίεση για χρήση. Κατά

τον De Vries και τους συνεργάτες του (1988), ο ρόλος της αρνητικής αυτοαποτελεσματικότητας αύξησε σημαντικά την πρόβλεψη για κάπνισμα και η βάση όλων βρίσκεται στα πιστεύω των εφήβων σε σχέση με τις απαγορευμένες ουσίες. Το κλειδί για την πρόληψη βρίσκεται στα μηνύματα πειθούς που στοχεύουν στα πιστεύω. Οι κοινωνικές-γνωστικές θεωρίες ασχολούνται περισσότερο με τις πιθανές αιτίες των πιστεύω των εφήβων και υποστηρίζουν πως οι νέοι αποκτούν τα πιστεύω τους από τα μοντέλα γονέων και φίλων, πως ο ρόλος των μοντέλων επηρεάζει την χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών και δίνουν βάρος στις κοινωνικές και διαπροσωπικές επιρροές που δέχονται οι έφηβοι. Οι ειδικές γνώσεις είναι ο ισχυρότερος προφήτης δοκιμασίας ουσιών. Επίσης, το αν θα δοκιμάσουν οι νέοι απαγορευμένες ουσίες σχετίζεται με τις στάσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων που παίζουν το ρόλο των προτύπων για τους νέους, όπως για παράδειγμα η κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς για χαλάρωση, επιδρά στη συμπεριφορά των παιδιών, και επηρεάζει την αυτοαποτελεσματικότητα. Τα μοντέλα ρόλων του Bandura (1977, 1982) βασίζονται στην αυτοαποτελεσματικότητα, με τους εφήβους να παρατηρούν τους φίλους τους να αντιστέκονται στη χρήση ουσιών, αναπτύσσοντας έτσι ικανότητες για να αποφύγουν πιθανή χρήση απαγορευμένων ουσιών. Ο Akers και οι συνεργάτες του (1979) βρήκαν στην έρευνά τους ότι η χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας μπορεί να προβλεφθεί κατά τα $\frac{3}{4}$ από τις αντιλήψεις των νέων σχετικά με τους σημαντικούς ενήλικες και κοντινούς φίλους.

Θεωρίες Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Κάπνισμα και Αλκοόλ

Οι McMillan και Conner (2003), χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ για να βρουν τα κριτήρια-τάσεις που ωθούν τους μαθητές στη χρήση τσιγάρου και αλκοόλ (δύο ανεπιθύμητες συμπεριφορές) σε χρονικό διάστημα έξι μηνών. Σύμφωνα με τον Ajzen (1991), το συστατικό του ελέγχου προβλέπει και τις δύο προθέσεις συμπεριφοράς, δηλαδή ο έλεγχος που αντιλαμβάνονται τα άτομα ότι έχουν στη συμπεριφορά τους, προβλέπει αυτή τη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τη ΘΣΣ, οι συμπεριφορές προβλέπονται από τα πιστεύω (τα οποία διαμορφώνονται από την παιδική ηλικία), και την αποτίμηση του αποτελέσματος (θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα).

Η ΘΣΣ εξετάστηκε από τους Ajzen και Madden (1986) στη χρήση αλκοόλ και καπνίσματος, βρέθηκε ότι το κοινωνικό πρότυπο και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς εξηγούσαν κατά 41% και 48% αντίστοιχα τη διακύμανση στην πρόθεση για κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ. Όσον αφορά τις μεταβλητές που σχετίζονταν με το κοινωνικό πρότυπο, θεωρήθηκαν προβληματικές (Conner & Sparks, 1996) και φαίνεται πως το κοινωνικό πρότυπο είναι πιο αδύνατος παράγοντας πρόβλεψης των προθέσεων. Γενικά, η ΘΣΣ είναι πετυχημένη στην πρόβλεψη προθέσεων για χρήση αλκοόλ και καπνού. Συμπεριφορά και αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς φάνηκαν να προβλέπουν την τάση για κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς φάνηκε να είναι σημαντικός δείκτης πρόβλεψης των τάσεων για κάπνισμα. Προθέσεις και αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν σημαντικοί δείκτες της αυτοαναφερόμενης συμπεριφοράς και για το αλκοόλ και για το κάπνισμα. Περιγραφικές και ηθικές νόρμες βρέθηκαν να συμβάλλουν στην πρόβλεψη των προθέσεων και για τις δύο συμπεριφορές (McMillan & Conner, 2003).

Οι Neuwirth και Frederick (2004) χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ για να διερευνήσουν το ρόλο του κοινωνικού κατεστημένου σε κοινωνικές δράσεις που σχετίζονται με συμπεριφορές που αφορούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Στην συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκε ο ρόλος των κανόνων και των κοινωνικών επιδράσεων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το αλκοόλ. Έγινε μια προσπάθεια κατανόησης των αντιδράσεων των ατόμων σε κοινωνικούς κινδύνους και εξετάστηκε ο ρόλος των κοινωνικών επιδράσεων στη διάθεση κάποιου να εκφραστεί ενάντια σε επικρατούντα πρότυπα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Μελετήθηκε δηλαδή, ποιοι κανόνες, ποιες αντιλήψεις και ποια κοινωνικά πρότυπα

που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζουν τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ. Η έρευνα έγινε σε φοιτητές στο Πανεπιστήμιο Midwest σε διάστημα 18 ημερών σε 397 εθελοντές οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με α) την άποψή τους για το ποτό, με β) το αν προσφερθούν να συνοδέψουν κάποιον που έχει καταναλώσει αλκοόλ ή με γ) το αν θα έπρεπε να διακινείται ποτό στα πάρτυ. Μετά από ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι γένος-ηλικία-μέσα μαζικής ενημέρωσης και προσοχή δεν φαίνεται να παίζουν ρόλο στη συμμόρφωση σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το αλκοόλ. Στάση, αυτοαποτελεσματικότητα, επίδραση κανόνων και ικανότητα ανταπόκρισης προβλέπουν την έκφραση γνώμης. Στοιχεία του ρόλου των κοινωνικών πιστεύω συζητώνται, και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι σημαντικά για την πληροφόρηση και την διαμόρφωση των κοινωνικών πιστεύω. Επίσης, μεγαλύτερα επίπεδα τηλεθέασης (διαφημίσεις αλκοόλ) σχετίζονται με χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα και η υποστήριξη της πρότασης για άθληση οδηγεί στη μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών. Πάντως, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν σχετίζονται με τη γνώμη της πλειοψηφίας, αλλά σχετίζονται με στάσεις έκφραση γνώμης. Κοινωνικές αντιλήψεις-πρότυπα και κανόνες επιδρούν στην έκφραση αντιδράσεων σχετικές με την κατανάλωση αλκοόλ.

Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Διακοπή Καπνίσματος

Το κοινωνικό-ψυχολογικό μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι η ΘΣΣ της οποίας οι καθοριστικοί παράγοντες είναι η πρόθεση του να εμπλακείς στη συμπεριφορά και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς. Οι προθέσεις αντιπροσωπεύουν το κίνητρο εκτέλεσης της συμπεριφοράς (Ajzen, 1988; 1991). Πάνω σ' αυτό βασίστηκαν οι Norman, Bell και Conner (1999), οι οποίοι διεξήγαγαν εξάμηνη έρευνα σε δείγμα 84 ατόμων τα οποία πήρανε μέρος σε αντικαπνιστικό πρόγραμμα. Χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια με σκοπό να αποτιμήσουν τα

κύρια στοιχεία της ΘΣΣ και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, λαμβάνοντας υπ' όψη και τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής. Η πρόθεση για διακοπή προβλέφθηκε από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και οι συγγραφείς επισήμαναν ότι η έρευνα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενίσχυση κινήτρων για διακοπή του καπνίσματος. Η εφαρμογή της θεωρίας όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος είναι αρκετά δυνατή. Η θεωρία προβλέπει σε υψηλό ποσοστό την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος εξηγώντας σχεδόν το 50% της πρόθεσης της συμπεριφοράς (Norman et al., 1999).

Ο Codin (1992) με ευρήματά του βρήκε πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς είναι ο σπουδαιότερος δείκτης πρόβλεψης για κάπνισμα, και η ΘΣΣ είναι προφητική για καπνιστές που κάνουν προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα για χρονικό διάστημα πάνω από έξι μήνες, όμως η θεωρία δεν ήταν δυνατό να προβλέψει το μέγεθος της εγκράτειας των καπνιστών. Η αυτοαποτελεσματικότητα ερμηνεύτηκε από τους ερευνητές (Bandura, 1977) σαν μια ψυχολογική μεταβλητή που έχει θετικό αποτέλεσμα στη συμπεριφορά κάποιου ως προς το κάπνισμα. Ικανοποιητικά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζονται με την δυνατότητα να μειωθεί το κάπνισμα.

Η έρευνα του Borland (1991) μελέτησε τον ρόλο της αντιλαμβανόμενης ευαισθησίας μέσα στη ΘΣΣ, η οποία αύξησε τη δυνατότητα πρόβλεψης του μοντέλου όσον αφορά την πρόβλεψη για διακοπή και αυτό γιατί παίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση διακοπής του καπνίσματος, αλλά και σε θέματα που αφορούν γενικότερα την υγεία. Όμως, η αντιλαμβανόμενη ευαισθησία επιδρά περισσότερο όταν το άτομο έχει να ακολουθήσει κάποια συμπεριφορά υγείας (άσκηση), παρά να διακόψει κάποια ανθυγιεινή συμπεριφορά (κάπνισμα). Πάντως, σε καπνιστές που έχουν κάνει ήδη προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα, αυξάνεται η πιθανότητα η επόμενη προσπάθεια να έχει μεγαλύτερη επιτυχία. Αυτά όλα μετρούνταν από την ΘΣΣ, η οποία προέβλεψε την αρχική απόφαση διακοπής αλλά όχι την

επιτυχία της προσπάθειας. Ο συγγραφέας επισημαίνει ότι είναι αναγκαίο να βρεθούν και οι παράγοντες που οδηγούν στην αρχική προσπάθεια διακοπής.

Οι Borreli και Mermelstein (1994) στην έρευνά τους εξέτασαν: α) το ρόλο της αυτο-αποτελεσματικότητας, των κινήτρων και του στρες όσον αφορά την τοποθέτηση στόχων και την επίτευξή τους σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, καθώς και β) τον τύπο επίτευξης του στόχου (άμεσος-έμμεσος) και τη σχέση του με την εγκράτεια. Σκοπός της έρευνας ήταν να εξεταστούν παράγοντες που ενισχύουν ή αναστέλλουν την τοποθέτηση στόχων και η εξέταση του ρόλου των παραγόντων αυτών στην τοποθέτηση και επίτευξη στόχων, αλλά και στη διατήρηση της εγκράτειας. Η τοποθέτηση στόχων έχει θεσμοθετηθεί για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, καθώς και για την έναρξη και διατήρηση της αλλαγής. Γι' αυτό και σε πολλά προγράμματα διακοπής καπνίσματος υπάρχει μια φάση προετοιμασίας όπου οι καπνιστές μαθαίνουν δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν στη διακοπή καπνίσματος όπως αυτοδιαχείριση ή άλλους εναλλακτικούς τρόπους χωρίς κάπνισμα. Όταν επιτευχθεί η εγκράτεια εφαρμόζονται δεξιότητες, για παράδειγμα γνωστικής συμπεριφοράς με σκοπό να διατηρηθεί η εγκράτεια. Το στρες μπορεί να έχει επίσης αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Η υπόθεση της έρευνας ήταν πως στόχοι πιο κοντά στην επίτευξη της εγκράτειας όπως εκτέλεση εναλλακτικών δραστηριοτήτων, αυτομιλία, χαλάρωση σχετίζονται περισσότερο με την εγκράτεια, από έμμεσους επιδρώντες στόχους του καπνίσματος όπως μείωση στρες και βελτίωση διάθεσης. Στην έρευνα συμμετείχαν 124 καπνιστές σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με μέσο όρο ηλικίας 39,5 έτη και συχνότητα καπνίσματος 24,7 τσιγάρα ημερησίως. Συμμετείχαν σε επτά εβδομαδιαίες συναντήσεις που ακολουθούσαν από επτά τηλεφωνήματα μετά από τρεις μήνες, τα οποία είχαν σαν σκοπό τη διατήρηση της εγκράτειας.

Στα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας (Borreli & Mermelstein, 1994) φάνηκε ότι προηγούμενη συμπεριφορά προέβλεψε την μελλοντική, καθώς και προηγούμενη τοπο-

θέτηση στόχων βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την τοποθέτηση στόχων κατά τα τηλεφωνήματα. Ήταν πιο αποτελεσματική η χρήση στρατηγικών συμπεριφοράς και η χρήση στρατηγικών παροχής γνώσεων και επιπλέον ενημέρωσης με σκοπό την διατήρηση της εγκράτειας. Η αυτοαποτελεσματικότητα φάνηκε να είναι σημαντική αλλά όχι ικανοποιητική για την αλλαγή συμπεριφοράς και για την τοποθέτηση στόχων. Το στρες επιδρά αρνητικά στην τοποθέτηση στόχων και στη διακοπή καπνίσματος. Υψηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζονταν με υψηλά επίπεδα επίτευξης στόχων και οι εγκρατείς κατάφεραν μεγαλύτερη αναλογία έμμεσων στόχων από τους καπνιστές. Η προηγούμενη εμπειρία σε τοποθέτηση στόχων σχετίστηκε πιο θετικά απ' ό τι η αυτοαποτελεσματικότητα στην τοποθέτηση στόχων υψηλότερου επιπέδου. Όμως, υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα ήταν υψηλός δείκτης εγκράτειας. Οι εγκρατείς θέτουν λιγότερους στόχους από τους καπνιστές αλλά καταφέρνουν περισσότερους από αυτούς και έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στην επίτευξη άμεσων στόχων. Τελικά, πρέπει να αποτιμηθούν τα πιστεύω των ατόμων για το αν οι στόχοι θα βοηθήσουν στην επίτευξη ή διατήρηση της εγκράτειας.

Έφηβοι, Νέοι, Ενήλικες και Κάπνισμα

Η ΘΣΣ χρησιμοποιήθηκε σε πολλές μελέτες που ασχολήθηκαν με το κάπνισμα και μάλιστα κατά την εφηβεία. Οι McMillan, Higgins και Conner (2005), διεξήγαγαν την έρευνά τους σε Άγγλους έφηβους μαθητές σχολείου με σκοπό την κατανόηση των προθέσεων και της συμπεριφοράς ως προς το κάπνισμα, εξετάζοντας ακόμη τη χρησιμότητα της πρόβλεψης του ηθικού και περιγραφικού προτύπου, την προβλεφθείσα μετανόηση και την προηγούμενη συμπεριφορά. Τελικά, βρέθηκε ότι οι προθέσεις είχαν θετική συσχέτιση με τις στάσεις, το ηθικό και κοινωνικό πρότυπο, την αντίληψη της οικογένειας και των φίλων ως προς το κάπνισμα, την προηγούμενη συμπεριφορά και τη συμπεριφορά. Αρνητική συσχέτιση είχαν με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την προβλεφθείσα μετα-

νότηση. Φάνηκε λοιπόν ότι η ΘΣΣ μπορεί να εφαρμοσθεί και για την πρόθεση συμπεριφοράς καπνίσματος σε εφήβους. Ο De Vries και οι συνεργάτες του (1988) έχουν δείξει ότι η περιγραφική νόρμα είναι σημαντικός προφήτης της συμπεριφοράς του καπνίσματος στους εφήβους. Γενικά οι περιγραφικές νόρμες φαίνεται να είναι προφήτες και άλλων απαγορευμένων ουσιών (π.χ. αλκοόλ).

Ο Eiser και οι συνεργάτες του (1989), μελέτησαν ποικίλες σχέσεις μεταξύ ηλικίας, συμπεριφοράς καπνίσματος, επιδράσεις της υγείας στον έλεγχο των πιστεύω και διερεύνησαν τα πιστεύω στην αποτελεσματικότητα διαφόρων στρατηγικών για να παραμείνει κάποιος υγιής. Πρόκειται για μια δράση με σκοπό τον έλεγχο των πιστεύω σε νεαρό πληθυσμό και τη σχέση τους με άλλα πιστεύω που αφορούν την υγεία όσον αφορά το κάπνισμα του τσιγάρου στην εφηβική ηλικία. Στην έρευνα συμμετείχαν 10.571 μαθητές σχολείου (52% αγόρια και 48% κορίτσια) ηλικίας 11-16 ετών από δέκα σχολεία του Bristol, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν τη συμπεριφορά καπνίσματος σε σχέση με την υγεία και τη δράση του εσωτερικού ελέγχου. Γενικά, ο εσωτερικός έλεγχος δράσης σχετίζεται με θέματα υγείας, μεγαλύτερη γνώση για τις ασθένειες, με την ικανότητα διακοπής καπνίσματος, την ικανότητα απώλειας βάρους και συμμόρφωσης με τα ιατρικά δεδομένα. Τα αποτελέσματα δείχνανε τη σημαντικότητα της δράσης της υγείας στον έλεγχο των πιστεύω στους εφήβους, ενώ η έρευνα βασίστηκε στην αναπόληση συμπεριφορών υγείας προηγούμενων ετών. Το κέντρο ήταν ο ρόλος του εφηβικού καπνίσματος, η σχέση που έχει αυτό στον έλεγχο δράσης και στα άλλα πιστεύω υγείας.

Στην παραπάνω έρευνα (Eiser et al., 1989) οι καπνιστές λάβανε δράση στον έλεγχο των πιστεύω που αφορούν αλλαγή και ήταν λιγότερο θετικοί στα πιστεύω των σημαντικών άλλων και του προσωπικού ελέγχου. Οι συγγραφείς επεσήμαναν ότι όταν οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος φαίνονται ότι εξαρτώνται από την τύχη και όχι από τον προσωπικό έλεγχο, τότε το επιχείρημα αποφυγής του καπνίσματος φαίνεται λιγότερο πειστικό. Η

συμπεριφορά καπνίσματος προβλέφθηκε από γενικά πιστεύω σχετικά με την υγεία και τις ασθένειες. Οι καπνιστές δεν νοιάζονταν αν ενοχλούν τον υπόλοιπο κόσμο. Ήταν λίγο πιθανό να παραδεχθούν ότι με το να γυμνάζονται και να τρέφονται σωστά έχουν καλή υγεία. Σ' αυτή την έρευνα φαίνεται ότι το κάπνισμα δείχνει περισσότερο ανθυγιεινό τρόπο ζωής και στο επίπεδο συμπεριφοράς και στο επίπεδο στάσεων. Γενικά οι καπνιστές συγκρινόμενοι με μη καπνιστές έδειξαν λιγότερη πίστη στην εκτίμηση των σημαντικών άλλων και στον προσωπικό έλεγχο, αλλά περισσότερη πίστη στην «τύχη» σαν επίδραση στα αποτελέσματα της υγείας. Οι καπνιστές δεν ενδιαφέρονται για το αν θα μείνουν πίσω στο σχολείο ή αν ενοχλούν τους άλλους και αντιπαρέρχονται λιγότερο στα κέρδη των συμπεριφορών προστασίας υγείας όπως υγιεινή διατροφή και άθληση. Τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να είναι καπνιστές και πιστεύουν λιγότερο στον προσωπικό έλεγχο και στους σημαντικούς άλλους.

Οι Sejr και Osler (2001) πραγματοποίησαν έρευνα σε 200 πρωτοετείς φοιτητές νοσοκόμους στην Κοπεγχάγη της Δανίας όπου οι μισοί εντάσσονταν στην ομάδα ελέγχου και οι άλλοι μισοί στην ομάδα παρέμβασης. Η δεύτερη ομάδα δέχθηκε εκπαίδευση οχτώ μαθημάτων σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία και τρόπους πρόληψης αυτής της συμπεριφοράς για επτά εβδομάδες και μετά ακολούθησε μέτρηση με ατομικά ανώνυμα ερωτηματολόγια, που μοιράστηκαν πριν και μετά την παρέμβαση. Μελετήθηκε η σχέση της συμπεριφοράς καπνίσματος των συγκεκριμένων φοιτητών με γνώσεις, συμπεριφορά και στάσεις ως προς την πρόληψη του καπνίσματος, καθώς και το αποτέλεσμα της αγωγής υγείας στη βελτίωση γνώσεων, στάσεων και συμπεριφοράς στην πρόληψη του καπνίσματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 40% των φοιτητών ήταν καπνιστές. Οι καπνιστές είχαν πιο αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές προς τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά μετά την παρέμβαση οι γνώσεις τους βελτιώθηκαν. Η αλλαγή ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης, καθώς η συμπεριφορά του συγκεκριμένου γκρουπ βελτιώθηκε, ενώ

στο γκρουπ ελέγχου χειροτέρευσε. Το 10% σταμάτησαν το κάπνισμα αλλά η αναλογία των καπνιστών ήταν μεγάλη: 40% ήταν ήδη καπνιστές πριν τη φοιτητική τους ζωή. Το οργανωμένο πρόγραμμα πάντως βελτίωσε τις στάσεις και τις γνώσεις τους.

Ο Guo και οι συνεργάτες του (2007) στην έρευνά τους προσπάθησαν να προβλέψουν τη συμπεριφορά του εφηβικού καπνίσματος και άλλων ανθυγιεινών ουσιών στους νέους της Κίνας, μέσω της ΘΑΔ και ΘΣΣ. Στην Κίνα λόγω των γρήγορων κοινωνικών και περιβαλλοντολογικών αλλαγών με την ανάπτυξη της οικονομίας επηρεάστηκε ο τρόπος ζωής των ατόμων και κατά συνέπεια η συμπεριφορά του καπνίσματος, ώστε το ένα τρίτο των καπνιστών στον κόσμο να ζει εκεί. Είναι απαραίτητο να βρεθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το εφηβικό κάπνισμα και για να ερευνηθεί αυτό οι ΘΑΔ και ΘΣΣ είναι χρήσιμες στην έρευνα ως προς την ανάπτυξη προγραμμάτων, γιατί οι θεωρίες αυτές χρησιμοποιήθηκαν για να ερευνηθούν, να εξηγηθούν και να προβλέψουν συμπεριφορές σε όλες τις ηλικίες. Έτσι, και σ' αυτή την έρευνα μελετάται αν η ΘΑΔ και ΘΣΣ μπορούν να προβλέψουν το εφηβικό κάπνισμα στο Mainland της Κίνας. Χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα: 1) η ΘΑΔ, 2) η ΘΣΣ όπου ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς προέβλεψε την πρόθεση καπνίσματος και 3) επέκταση της ΘΑΔ όπου ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν μεσολαβητής. Οι συμμετέχοντες ήταν 14.344 μαθητές, από 147 σχολεία επτά πόλεων της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Δόθηκαν ερωτηματολόγια στην αρχή και μετά από ένα έτος. Στη τελική μέτρηση συμμετείχε το 85% των ατόμων της αρχικής μέτρησης (δηλ. τα 12.382 άτομα). Η ΘΑΔ και η ΘΣΣ εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν με αναλύσεις πολλαπλού επιπέδου και αναλογικά τεστ πιθανοτήτων.

Από τα αποτελέσματα (Guo et al., 2007), βρέθηκε ότι οι λόγοι που οδηγούν τους έφηβους στο κάπνισμα είναι ψυχολογικοί, διάθεσης, αυτονομίας, ελέγχου του βάρους και δημιουργία φίλων. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς είχε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση με τις στάσεις και το κοινωνικό πρότυπο στην ΘΑΔ. Η ΘΣΣ υπερέ-

χει της ΘΑΔ για την πρόβλεψη και η ΘΑΔ μπορεί να προβλέψει το κάπνισμα σε μαθητές με χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Συνοπτικά η έρευνα αξιολογεί τη σημασία των γνωστικών παραγόντων ως προς το κάπνισμα και δίνει στοιχεία για το πώς αυτοί οι παράγοντες οδηγούν στη συμπεριφορά καπνίσματος.

Οι Singleton και Pope (2000) ασχολήθηκαν με τους παράγοντες που οδηγούν ή εμποδίζουν τους έφηβους και τους ενήλικες να διακόψουν το κάπνισμα και κατά πόσο μια συμβουλευτική ενίσχυση μπορεί να επηρεάσει τη διακοπή του καπνίσματος. Οι σύμβουλοι υγείας με την υποστήριξη τους μπορούν να ενισχύσουν τη διακοπή καπνίσματος με το να αυξάνουν την παρακίνηση προς αυτή την κατεύθυνση και με το να διδάσκουν διαχείριση του στρες. Θα πρέπει να είναι ικανοί να χειριστούν το γεγονός ότι το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει τις συνήθειες καπνίσματος. Αν και έφηβοι και ενήλικες προτιμούν να σταματήσουν μόνοι τους το κάπνισμα, λόγω του αυξανόμενου πληθυσμού που καπνίζει, ακόμη και μια μικρή συμβουλή μπορεί είναι απαραίτητη για τη διακοπή του καπνίσματος. Τρόποι προσέγγισης των συμβούλων υγείας προς ενήλικες καπνιστές που προτείνουν οι συγγραφείς είναι: α) με συμβουλευτική υποστήριξη των συμβούλων υγείας, β) με γνωστικές στρατηγικές συμπεριφοράς όπως η εκπαίδευση δεξιοτήτων και γ) πρόσθετα νικοτίνης, δ) συνδυασμοί των παραπάνω. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι πολύ αποτελεσματική μέθοδος φαίνεται να είναι η τηλεφωνική επαφή η οποία παρέχει οδηγίες αυτοβοήθειας, ενισχύει την παρακίνηση, την αυτοταυτότητα και την ενασχόληση με δεξιότητες σε σύγκριση με ένα πρόγραμμα που βασίζεται στην πειθώ για διακοπή καπνίσματος. Αυτό συμβαίνει γιατί η ανώνυμη φύση του τηλεφώνου και η ατομική προσέγγιση ενθαρρύνει περισσότερο τους συμμετέχοντες.

Όσον αφορά τους έφηβους, οι συγγραφείς (Singleton & Pope, 2000) επισημαίνουν ότι η εξάρτηση από το τσιγάρο μεγαλώνει ανάλογα με το πόσο μικρός αρχίζει κάποιος το κάπνισμα. Όσο νεότερο είναι ένα άτομο όταν αρχίζει το κάπνισμα τόσο λιγότερες πιθανό-

τητες έχει να το διακόψει και ο εθισμός είναι πιο έντονος. Οι λόγοι για τους οποίους οι νέοι καπνίζουν είναι για να καλύψουν κάποιες συναισθηματικές ανάγκες, για να ελέγξουν το άγχος και όταν δεν έχουν επαρκή κοινωνική υποστήριξη. Αντίθετα οι λόγοι για τους οποίους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα είναι το κόστος, η υγεία, και η φυσική κατάσταση (Singleton & Pope, 2000). Όταν είναι απασχολημένοι με άλλες δραστηριότητες και ελέγχουν τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν είναι ευκολότερο να διακόψουν. Παρ' όλα αυτά λίγοι έφηβοι αποτυγχάνουν να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι σύμβουλοι υγείας πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί γιατί το κάπνισμα μπορεί να συνδυάζεται και με άλλες αρνητικές-ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως τον αλκοολισμό στην εφηβεία, και τότε έχουν να αντιμετωπίσουν πιο δύσκολες καταστάσεις και θα πρέπει να θεραπεύσουν δύο αρνητικές συμπεριφορές. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι ο σύμβουλος σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να είναι πρώτα υποστηρικτής και ύστερα να εισάγει δεξιότητες εκπαίδευσης.

Άσκηση και Διακοπή Καπνίσματος

Ο Marcus και οι συνεργάτες του (1995) εξέτασαν την επίδραση της άσκησης στη διακοπή καπνίσματος και τη διατήρηση της διακοπής σε γυναικείο πληθυσμό. Το δείγμα ήταν 20 υγιείς γυναίκες 22 έως 56 ετών που κάπνιζαν 8 έως 40 τσιγάρα την ημέρα τα τελευταία 8 χρόνια, και δεν κατανάλωναν αλκοόλ και απαγορευμένες ουσίες. Τα άτομα επιλέχθηκαν τυχαία να συμμετέχουν στο πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε α) άσκηση σε εργόμετρο στο 70-80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας, τρεις φορές από 45 λεπτά την εβδομάδα, για 15 εβδομάδες και β) προσωπική επαφή, όπου δέχονταν συμβουλές συμπεριφοράς από ψυχολόγους σχετικά με τον έλεγχο των συναισθημάτων τους, με το πώς να διαχειρίζονται καταστάσεις υψηλού κινδύνου, στρες και βάρους, και συνιστώντας αντικατάστατα νικοτίνης. Η προσωπική επαφή πραγματοποιήθηκε σε τρεις 45λεπτες διαλέξεις μέσα στην εβδομάδα σχετικές με την υγεία. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η VO₂

max αυξήθηκε στην ομάδα άσκησης, το βάρος δεν άλλαξε σε καμιά ομάδα, αλλά περισσότερα άτομα από την ομάδα της άσκησης διατήρησαν την αποχή από το κάπνισμα. Στο τέλος της παρέμβασης παρατηρήθηκε 50% επιτυχία και 20% στους 12 μήνες διακοπής καπνίσματος και διατήρησης της άσκησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η άσκηση σε σχέση με τις φυσιολατρικές διαδικασίες αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας για τη διακοπή καπνίσματος. Τα άτομα της ομάδας άσκησης ανέφεραν μείωση της διάθεσης καπνίσματος κάθε φορά που ασκούνταν. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η άσκηση σε συνδυασμό με άλλες διαδικασίες διακοπής καπνίσματος μπορεί να είναι χρήσιμη για την διατήρηση διακοπής καπνίσματος στις γυναίκες.

Οι ίδιοι συγγραφείς (Marcus et al., 1995) ασχολήθηκαν με το πώς η άσκηση βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος. Υποστήριζαν πως τα μεγάλα αποτελέσματα της άσκησης που είναι η αύξηση κατανάλωσης θερμίδων και η αλλαγή του μεταβολικού ρυθμού, βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος. Η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική δραστηριότητα κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, αφού προκαλεί αλλαγή στη διάθεση μειώνοντας την κατάθλιψη και το άγχος. Αποτελεί μια φυσιολογική και ψυχολογική μεσολάβηση. Λειτουργεί σαν τα φαρμακευτικά υποκατάστατα της νικοτίνης και πλεονεκτεί έναντι αυτών, αφού επί πλέον προκαλεί μακράς διάρκειας τακτοποίηση του βάρους και μειώνει τους καρδιοαναπνευστικούς κινδύνους.

Η έρευνα του Jones και των συνεργατών του (2003) εξέτασε το ρόλο που παίζει η αξιοπιστία των πηγών και ο σχεδιασμός του μηνύματος στην προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης σε φοιτητές. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι η θεωρία της πειθούς μπορεί να καθοδηγήσει στη δημιουργία αποτελεσματικών μηνυμάτων τα οποία θα παρακινήσουν τα άτομα να ακολουθήσουν υγιείς συμπεριφορές. Μέσω της θεωρίας δίνεται η ευκαιρία να κατανοηθούν οι σκέψεις των ατόμων, τα αισθήματα και οι δράσεις τους προωθώντας και υποστηρίζοντας τα κέρδη μιας υγιούς συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την

θεωρία της πρόβλεψης (*Prospect Theory*), τα άτομα αντιδρούν διαφορετικά στα μηνύματα και παίζει ρόλο το πώς είναι διαμορφωμένα τα μηνύματα. Σκοπός της έρευνας των Jones και των συνεργατών του (2003) ήταν να εξετάσει την επίδραση του τύπου των μηνυμάτων σε προθέσεις, συμπεριφορές και στάσεις ως προς την άσκηση. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες χρειάζονται μηνύματα από αξιόπιστες πηγές γιατί όταν παρέχεται στα άτομα αυτό που πιστεύουν ότι είναι κέρδος για την υγεία τους, η επεξεργασία αυτών των μηνυμάτων θα σχετιστεί με θετικές στάσεις προς την υγεία. Αν όμως η πηγή δίνει αρνητικά μηνύματα τότε τα άτομα μπορεί να φοβηθούν, να αντιδράσουν να σταματήσουν την προσπάθεια και αυτό οδηγεί σε αρνητικές στάσεις.

Στην παραπάνω έρευνα (Jones et al., 2003) συμμετείχαν 139 γυναίκες και 53 άνδρες φοιτητές ψυχολογίας οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για συμπεριφορά άσκησης. Διάβασαν πληροφορίες τόσο από αξιόπιστες όσο και μη αξιόπιστες πηγές, καθώς και θετικά ή αρνητικά μηνύματα για την άσκηση και μετά μετρήθηκαν στάσεις- προθέσεις για την άσκηση και δόθηκαν απαντήσεις γνώσης και εντυπώσεις για την πηγή. Σχεδιάστηκε άσκηση για όλους τους συμμετέχοντες και τους ζητήθηκε να συμπεριληφθεί και αυτή η εμπειρία στις απαντήσεις τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, αρνητικά σχεδιασμένα μηνύματα οδηγούν σε αρνητική αντίδραση, ενώ θετικά σχεδιασμένα μηνύματα που σχετίζονται με την άσκηση, και από αξιόπιστη πηγή οδηγούν σε πιο θετικές προθέσεις για άσκηση. Άρα, η άποψη του ατόμου για την πηγή που τροφοδοτεί το μήνυμα έχει μεγάλο βάρος στην πρόθεση εκτέλεσης μιας ιδιαίτερης συμπεριφοράς και τα μηνύματα υγείας από μη αξιόπιστες πηγές δεν επεξεργάζονται. Συνεπώς, αξιόπιστες πηγές οδηγούν σε προώθηση της υγείας και θα πρέπει να δίνονται μηνύματα που αφορούν τα κέρδη και όχι τους κινδύνους. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η αξιοπιστία των πηγών και ο σχεδιασμός των μηνυμάτων επιδρούν και στην πρόθεση συμπεριφοράς και ιδιαίτερα στη συμπεριφορά άσκησης. Τα ευρήματα ήταν σημαντικά για προθέσεις και συμπεριφορές όσον αφορά την άσκηση, και

αυτό είναι πολύ σημαντικό για γιατρούς, θεραπευτές και άλλους επαγγελματίες που προσπαθούν να αυξήσουν τα επίπεδα άσκησης στους πελάτες τους. Αυτή η έρευνα (Jones et al., 2003) έδωσε μια προσέγγιση στην «πειθώ» όσον αφορά την προώθηση της υγείας και την προαγωγή της άσκησης.

Ο Bunce και οι συνεργάτες του (2004) ασχολήθηκαν με το κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει την ικανότητα μνήμης, κυρίως μετά από φυσική δραστηριότητα, λόγω των αυξημένων φυσιολογικών απαιτήσεων οξυγόνου στο αίμα. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η αύξηση της καρδιακής συχνότητας αυξάνει τη μεταφορά οξυγόνου κατά τη διάρκεια των γνωστικών διαδικασιών. Τα επίπεδα της γνωστικής απόδοσης εξαρτώνται από την ικανοποιητική μεταφορά οξυγόνου στον εγκέφαλο, αφού το οξυγόνο του εγκεφάλου είναι το κλειδί για την γνωστική λειτουργία. Κάτι όμως που επηρεάζει τα επίπεδα αρτηριακού οξυγόνου είναι το μονοξειδίο, που όταν μπει στην ροή του αίματος προκαλεί μείωση οξυγόνου και εξασθένηση των κυττάρων που είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά του. Χαμηλά επίπεδα μονοξειδίου στο αίμα επηρεάζουν τις γνωστικές διαδικασίες όπως μνήμη, οπτικοακουστικό συγχρονισμό, και λειτουργίες αντίληψης χώρου. Όλες αυτές οι διαδικασίες επηρεάζονται ιδιαίτερα στο κάπνισμα επειδή το μονοξειδίο το οποίο υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες στον καπνό, μεταφέρεται μέσω του αίματος και προκαλεί γνωστική εξασθένηση και κατ' επέκταση μείωση ικανότητας μνήμης.

Στην παραπάνω έρευνα (Bunce et al., 2004) εξετάστηκε η ικανότητα μνήμης σε 56 άτομα (γυναίκες φοιτήτριες του Πανεπιστημίου της Αγγλίας) με μέσο όρο ηλικίας 20 ετών. Τα άτομα χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες: καπνιζόντων και μη καπνιζόντων αθλούμενων με αεροβική άσκηση και καπνιζόντων και μη καπνιζόντων που κάνουν καθιστική ζωή. Οι συμμετέχοντες αφού κατέθεσαν ένα βιογραφικό με συνήθειες άσκησης, καπνίσματος και ιατρικό ιστορικό εκτέλεσαν ένα τεστ με ανέβασμα σκάλας ελέγχοντας καρδιακή συχνότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αθλούμενοι μη καπνιστές είχαν χαμηλότε-

ρη καρδιακή συχνότητα, και υψηλότερα σκορ μνήμης από τις άλλες τρεις ομάδες. Φαίνεται ότι τα οφέλη της άσκησης στην ικανότητα μνήμης είναι σημαντικά, εξασθενούν όμως με το κάπνισμα, κάτι που φαίνεται σε καταστάσεις έντονων φυσικών απαιτήσεων. Η έντονη φυσική άσκηση ανταγωνίζεται με φυσιολογικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για την ικανοποιητική γνωστική λειτουργία. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους αθλούμενους καπνιστές, γιατί λόγω του μονοξειδίου που κυκλοφορεί στο αίμα τους η έντονη φυσική προσπάθεια μπορεί να τους οδηγήσει σε μείωση της κυκλοφορίας του οξυγόνου. Το κλειδί για την καλή γνωστική λειτουργία είναι η ικανοποιητική μεταφορά οξυγόνου στο αίμα και οι παράγοντες κάπνισμα και άσκηση την επηρεάζουν.

Μοντέλο αλλαγής σταδίων και αλκοόλ στους νέους

Το μοντέλο αλλαγής σταδίων συμβάλλει στην ερμηνεία και τη διευκόλυνση της αλλαγής συμπεριφοράς σε μια μεγάλη κλίμακα συμπεριφορών υγείας και έχει εφαρμοστεί αρκετές φορές σε φοιτητές Πανεπιστημίου (O'Donnell, 1997). Χαρακτηρίζεται από οργανωτικές προσπάθειες με σκοπό την αλλαγή μιας αρνητικής συμπεριφοράς. Τοποθετεί τα άτομα σε επί μέρους στάδια, στα οποία τα άτομα με την κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία μπορούν να βελτιωθούν (Levesque, 2001).

Ο Prochaska, και οι συνεργάτες του (2004) μελέτησαν το πρόβλημα της κατάχρησης αλκοόλ σε Πανεπιστημιακούς χώρους και Κολέγια της Νοτιοανατολικής Αμερικής - στα οποία η κατάχρηση αλκοόλ είναι το νούμερο ένα πρόβλημα υγείας. Επειδή το Πανεπιστήμιο είναι χώρος ανεξαρτητοποίησης και προσφοράς νέων ευκαιριών οι φοιτητές δοκιμάζουν νέους τρόπους ζωής. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μεγάλη σ' αυτή τη χρονική περίοδο και αυτό φάνηκε σε έρευνα 119 Κολεγίων όπου το 44% των φοιτητών παραδέχτηκε ότι πίνει κατά μέσο όρο πέντε ποτά την ημέρα (Johnston, O'Malley, & Bachman, 1996).

Σε έρευνα που έκανε το κολέγιο Princeton, το 67% από τους μαθητές ανέφεραν ότι ήταν μέθυσοι (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994). Ο Wechsler και οι συνεργάτες του (1994) σε έρευνα εθνικού κολεγίου ανέφερε ότι μαθητές που ήταν μέθυσοι είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ από τα παιδιά που πίνουν χωρίς να μεθάνε. Ακόμη το 1996 το 80% των κοινωνικών βιαιοπραγιών οφειλόταν σε χρήση και μεθύσι από αλκοόλ (Cohen & Rogers, 1997).

Στα στάδια αλλαγής του ΜΣΑ πραγματοποιούνται διαδικασίες παρακίνησης με σκοπό την αλλαγή της αρνητικής συμπεριφοράς, και αυτά χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα όρια χρονικά σύμφωνα με το επίπεδο της αλλαγής. Τα άτομα στα αρχικά στάδια χρειάζονται αποτελεσματικότερες γνωστικές στρατηγικές για αλλαγή. Στα επόμενα στάδια απαιτούνται στρατηγικές συμπεριφοράς όπως κοινωνική υποστήριξη και ενθάρρυνση (Laforce, 2000). Η σημαντικότητα του σταδίου της *προετοιμασίας* φαίνεται στην έρευνα του Laforce (2000), όπου εξετάστηκε μέσω του ΜΣΑ η αποτίμηση των σταδίων αλλαγής, όσον αφορά την κατάχρηση του αλκοόλ σε 1500 άτομα σε Πανεπιστήμιο της Αμερικής. Βρέθηκε ότι το 70% των συγκεκριμένων φοιτητών βρισκόταν στο πρώτο στάδιο του *προσυλλογισμού* και λιγότερο από 10% ήταν στο τρίτο στάδιο της *προετοιμασίας διακοπής* της χρήσης αλκοόλ, το οποίο είναι πολύ μικρό ποσοστό και γι' αυτό πολλές οργανωμένες αλλαγές αποτυγχάνουν. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η παρέμβαση πρέπει να εξατομικευτεί ανάλογα με την ετοιμότητα των μαθητών για αλλαγή, μειώνοντας το στρες και επιταχύνοντας τις διαδικασίες προς το σχέδιο δράσης.

Ερευνητές με ενδιαφέροντα στο χώρο της ψυχολογίας και της υγείας από πανεπιστήμια των ΗΠΑ εφάρμοσαν πενταετές πρόγραμμα που βασίστηκε σε κοινωνικογνωστικές θεωρίες σε 400 φοιτητές ώστε να εξετάσουν τις άμυνες κάθε ατόμου προς το αλκοόλ με σκοπό να μειωθεί η χρήση του. Αποκτήθηκαν γνώσεις σε σχέση με τον υψηλό κίνδυνο που αποφέρει η κατάχρηση αλκοόλ και τροποποιήθηκαν οι αντιλήψεις σε σχέση με αυτό.

Οι φοιτητές που ενημερώθηκαν περισσότερο μείωσαν το ποσοστό σε μισό ποτό την εβδομάδα, ενώ αυτοί που δεν έλαβαν την αντίστοιχη φροντίδα αυξήσανε την εβδομαδιαία πρόσληψη ποτού (Prochaska et al., 1992).

Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Φυσική Δραστηριότητα

Συνεχής συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες και προγράμματα αγωγής υγείας βρέθηκε ότι σχετίζονται με υγιεινές συμπεριφορές και συνήθειες, για παράδειγμα φαίνεται να ακολουθούνται από υγιεινή διατροφή και χαμηλό κίνδυνο στρες, ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται σημαντικά με την διατήρηση υγιεινών συμπεριφορών διατροφής (Shephard, 1989).

Σε έρευνα τους οι Bebetos, Chroni, και Theodorakis (2002) μελέτησαν τις προθέσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα σε σχέση με την υγιεινή συνήθεια της άσκησης και της διατροφής, σε φοιτητές Πανεπιστημίου που αθλούνταν συστηματικά και χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ. Οι μετρήσεις έγιναν μέσω δύο ανώνυμων ερωτηματολογίων και μιας φόρμας (σχετικά με την συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες) εθελοντικά σε 96 φοιτητές που εκτελούσαν φυσική δραστηριότητα το λιγότερο 45 λεπτά για τρεις φορές την εβδομάδα. Το ένα ερωτηματολόγιο μετρούσε τις μεταβλητές της ΘΣΣ και το άλλο την αυτοαποτελεσματικότητα. Τα αποτελέσματα μέσω της ανάλυσης παλινδρόμησης έδειξαν ότι υπάρχει δυνατή σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών και ότι στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αυτοαποτελεσματικότητα παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόθεση για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας (διατροφή). Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι όλοι αυτοί οι παράγοντες μαζί, που αποτελούν βασικά στοιχεία της ΘΣΣ, αν χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες υγείας σωστά, θα μπορέσουν να αντιμετωπιστούν σε μεγάλο βαθμό οι ανθυγιεινές συμπεριφορές των ατόμων. Ίσως η άσκηση και οι

υγιεινές διατροφικές συνήθειες να βοηθήσουν τα άτομα να αναθεωρήσουν ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ (Bebetsos et al., 2002).

Σε άλλη έρευνά τους οι Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2001) μελέτησαν μια σειρά μεταβλητών που ίσως συντελούν στην πρόβλεψη προθέσεων για άσκηση. Η έρευνα έγινε σε δείγμα 99 ατόμων ηλικίας 17-50 ετών, τα οποία συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που εξέταζαν μεταβλητές στάσεων με βάση τις θεωρίες σχεδιασμένης συμπεριφοράς, και επιπλέον αυτοαποτελεσματικότητα, γνώση και πληροφόρηση. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι σημαντικότερες μεταβλητές που συντέλεσαν στην πρόβλεψη πρόθεσης για άσκηση ήταν η δύναμη στάσεων προς την άσκηση και η αυτοαποτελεσματικότητα. Φάνηκε ειδικά ότι η πρόθεση διαμορφώνεται από πληροφορίες σχετικές με την άσκηση οι οποίες βοηθούν στη διαμόρφωση θετικών στάσεων και προθέσεων προς την άσκηση, και όσο πιο θετικές είναι αυτές τόσο πιο θετική είναι και η αυτοαποτελεσματικότητά των ατόμων. Επίσης, στη συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίχθηκε η σπουδαιότητα της άσκησης και η επίδρασή της σε άλλες υγιεινές συνήθειες.

Φυσική Δραστηριότητα- Άσκηση- κάπνισμα- Αλκοόλ

Η ενασχόληση με φυσικές δραστηριότητες και με προγράμματα άσκησης ίσως να βοηθάει στην μείωση του καπνίσματος λόγω των κοινών ιδιοτήτων που έχουν, όπως τον περιορισμό του στρες και της κατάθλιψης, την πρόκληση αισθημάτων ευφορίας και τον έλεγχο του βάρους (Lujic, Reuter, & Netter, 2005). Η άσκηση καλύπτει σχεδόν όλα τα ψυχοκοινωνικά κίνητρα, όπως την αίσθηση του ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοεικόνας, της αυτοπεποίθησης και της κοινωνικότητας. Γι' αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκτός από μέσο πρόληψης και θεραπείας και ως μέσο αντικατάστασης του καπνίσματος και βελτίωσης της ποιότητας ζωής γενικότερα (Weinberg & Gould, 1999). Οι Θεοδωράκης και άλλοι (2005), στην έρευνά τους συμπέραναν ότι ίσως η άσκηση αποτρέ-

πει από το κάπνισμα ή μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές να μειώσουν αν όχι να κόψουν το κάπνισμα, λειτουργώντας ως εναλλακτική δραστηριότητα, και μειώνοντας την εξάρτηση. Υποστηρίζουν ότι υπάρχει ξεκάθαρα αρνητική σχέση μεταξύ καπνίσματος και άσκησης σύμφωνα με έρευνες που ασχολήθηκαν με τη νεαρή ηλικία, αλλά και με ενήλικους πληθυσμούς. Όμως υπάρχουν και μελέτες που αντικρούουν τα παραπάνω δεδομένα για τη σχέση άσκησης και καπνίσματος, καθώς και έρευνες στις οποίες οι ενδείξεις δεν ήταν ξεκάθαρες.

Οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) διερεύνησαν τις σχέσεις των ατόμων που γυμνάζονται με το κάπνισμα και με τα άτομα που δεν γυμνάζονται. Το δείγμα τους ήταν 291 άτομα με μέσο όρο ηλικίας 20,7 έτη, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για την συλλογή των δεδομένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως με την πρόοδο της ηλικίας μειώνεται η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και αυξάνεται η κατανάλωση του τσιγάρου. Αντίθετα, όσα περισσότερα χρόνια είχαν ασχοληθεί με άσκηση τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Βρέθηκε ακόμη ότι οι εν ενεργεία αθλητές καπνίζουν λιγότερο από τους μη αθλητές και οι παλαιοί ασκούμενοι καπνίζουν λιγότερο από αυτούς που δεν ασκήθηκαν ποτέ.

Οι Brummett και άλλοι (2003) μελέτησαν την επίδραση του καπνίσματος και της έλλειψης άσκησης σε ασθενείς με αρτιοσκλήρυνση, των οποίων τα συμπτώματα κατάθλιψης φάνηκαν να προβλέπουν μείωση της επιβίωσης. Άτομα με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να καπνίζουν παρά να ασκούνται. Όμως διακοπή καπνίσματος και άσκηση βελτιώνουν την επιβίωση σε ασθενείς με αρτιοσκλήρυνση. Η έρευνα αυτή εξέτασε μετρήσεις καπνίσματος και καθιστικής συμπεριφοράς σε σχέση με συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς με αρτηριοσκλήρυνση στους οποίους συμπτώματα κατάθλιψης έχει αποδειχθεί ότι προβλέπουν το ποσοστό επιβίωσης. Το δείγμα των ασθενών επιλέχθηκε κατά το διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 1974 και Φεβρουαρίου 1980, του οποίου τα αποτελέσματα διαγνώστηκαν με την διαδικασία της αγγειογραφίας. Οι συμπεριφορές καθώς και τα συμπτώματα κατάθλιψης

μετρήθηκαν μέσω ερωτηματολογίων και τηλεφωνικών συνεντεύξεων. Το τελικό δείγμα ήταν 1031 άνδρες και 219 γυναίκες. Οι μισοί περίπου από το αρχικό δείγμα ακολούθησαν το πρόγραμμα για κάπνισμα ενώ οι υπόλοιποι το πρόγραμμα για την άσκηση. Βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να καπνίζουν λιγότερο και να ασκούνται περισσότερο, ενώ οι άνδρες καπνίζουν λιγότερο και ασκούνται περισσότερο από τις γυναίκες. Συμπτώματα κατάθλιψης σχετίστηκαν θετικά με το κάπνισμα και την καθιστική συμπεριφορά και οι συγκεκριμένες συμπεριφορές μπορούσαν να μετριάσουν τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και θνησιμότητας. Η διακοπή καπνίσματος βελτιώνει την πρόγνωση καρδιακών ασθενειών, γι' αυτό χρειάζεται ανάγκη για μεσολάβηση με ψυχοκινητικούς παράγοντες στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος.

Ο Davis και άλλοι (1994) αναφέρουν έρευνα της National Health και της Nutrition Examination Survey που ξεκίνησε το 1971-75 και τελείωσε το διάστημα 1982-84 και ασχολήθηκε με την προστασία, τη βελτίωση της υγείας και με την επιβίωση των ηλικιωμένων ενηλίκων. Το δείγμα της έρευνας ήταν 6.109 ενήλικες ηλικίας 45-74 ετών. Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει την ηλικία και το γένος ως προς την βαρύτητα που έχουν διάφορες συμπεριφορές υγείας (όπως το κάπνισμα, το ποτό, το βάρος του σώματος και η φυσική δραστηριότητα) για τη βελτίωση και διατήρηση της υγείας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το κάπνισμα και η μη δημιουργική φυσική δραστηριότητα προέβλεψαν το χρόνο επιβίωσης του δείγματος. Για τους πιο ηλικιωμένους άνδρες το ποτό και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος σχετιζόταν με χαμηλότερη επιβίωση σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι συμπεριφορές υγείας σχετίζονται με την επιβίωση των πιο ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και των μεσαίων ενηλίκων αν και οι ιδιαίτεροι παράγοντες του κινδύνου συμπεριφοράς μπορεί να ποικίλουν σε ηλικία και γένος.

Ο Ussher και οι συνεργάτες του (2003) μελέτησαν αν η άσκηση ενισχύει την αποχή αλλά και την εγκράτεια από το κάπνισμα, αν η μείωση-αποχή από τον καπνό οδηγεί σε

αύξηση βάρους, και αν η άσκηση μειώνει το βάρος του σώματος μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Η έρευνα έγινε σε κλινική με σκοπό την διακοπή του καπνίσματος σε 299 άνδρες και γυναίκες καπνίστριες 18-65 ετών που κάπνιζαν τουλάχιστον 10 τσιγάρα την ημέρα για τουλάχιστον τρία χρόνια, οι οποίοι παρακινήθηκαν να σταματήσουν το κάπνισμα παρακολουθώντας ατομικές εβδομαδιαίες συνεδρίες. Ενθαρρύνονταν να χρησιμοποιήσουν μέτρια έως και μεγάλης έντασης άσκηση ως στρατηγική αυτοελέγχου με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος, γιατί αυτό το είδος άσκησης έχει αποδειχτεί ότι αποδίδει μεγάλο ψυχολογικό κέρδος και μειώνει την ανάγκη για κάπνισμα. Η ομάδα ελέγχου της έρευνας δέχθηκε συμβουλές υγείας, διατροφής, αποφυγής του άγχους και της κατανάλωσης αλκοόλ, και συμπλήρωσε ερωτηματολόγιο σχετικό με τη γενική κατάσταση της υγείας τους. Η ομάδα που ασχολήθηκε με άσκηση έδωσε πληροφορίες σχετικά με την καρδιακή συχνότητα και το βάρος σώματος μετά την διακοπή καπνίσματος. Χρησιμοποιήθηκε ANOVA και χ^2 -test για να βρεθούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων στην αποχή από το κάπνισμα, το επίπεδο άσκησης, την πρόσληψη νικοτίνης, την ανάγκη για κάπνισμα, το βάρος σώματος και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), καθώς και ανάλυση παλινδρόμησης και συσχέτισης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας (Ussher et al., 2003), δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αποχή καπνίσματος μεταξύ ομάδας ελέγχου και άσκησης σε έξι εβδομάδες, ούτε υπήρξε διαφορά στην αύξηση βάρους και σωματικού λίπους, αν και το γκρουπ της άσκησης αύξησε το επίπεδό του. Επίσης, αυτοί που συμμετείχαν σε άσκηση ανέφεραν λιγότερο άγχος, ένταση, στρες από την ομάδα ελέγχου κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας αποχής από τον κάπνισμα, λιγότερη ενόχληση κατά τη διάρκεια δύο μηνών διακοπής και λιγότερη ανία κατά τη διάρκεια τριών εβδομάδων αποχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα λίγη ενασχόληση με φυσική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια αντικαπνιστικών προγραμμάτων, σε συνδυασμό με υποστήριξη συμπεριφοράς και υποκατάστατα νικοτίνης, οδηγεί σε μέτρια και όχι σημαντική αύξηση της εγκράτειας καπνίσμα-

τος. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η άσκηση μετριάζει κάποια ψυχολογικά συμπτώματα των πρώτων εβδομάδων εγκράτειας, όμως χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την απαραίτητη δόση της άσκησης κατά την περίοδο εγκράτειας, καθώς και θα πρέπει να εξεταστεί η αλληλοσυσχέτιση μεταξύ άσκησης και φαρμακευτικής βοήθειας κατά τη διακοπή του καπνίσματος.

Ο Schnohr και οι συνεργάτες του (2004), εξέτασαν αν η σχέση μεταξύ των τεσσάρων ανθυγιεινών συμπεριφορών καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ, παχυσαρκίας, έλλειψης φυσικής δραστηριότητας διαφέρουν σύμφωνα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσης. Το δείγμα της έρευνας ήταν 14.399 γυναίκες και 16.236 άνδρες ηλικίας 20-93 ετών από την Κοπεγχάγη της Γερμανίας χωρισμένο σε τρία επίπεδα εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο συστηματικοί καπνιστές, πότες, μη δραστήριοι και παχύσαρκοι. Στο συστηματικό κάπνισμα αναφέρθηκε διπλάσιος κίνδυνος σε όλα τα επίπεδα και στα δύο φύλα. Η σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και θνησιμότητας ήταν πολύ μεγάλη και στα τρία επίπεδα. Άτομα που ήταν πολύ αδύνατα ή παχύσαρκα είχαν αυξημένο κίνδυνο για θάνατο σε σχέση με αυτούς που είχαν φυσιολογικό βάρος σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και στα δύο φύλα. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι ανθυγιεινές συμπεριφορές σχετίζονται με τη θνησιμότητα και την επηρεάζουν εξίσου στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και δεν μπορούν να εξηγήσουν την κοινωνική διαβάθμιση στη θνησιμότητα. Επίσης, οι κοινωνικές ανισότητες σχετικά με τη θνησιμότητα φαίνεται να σχετίζονται με την κοινωνική ανάπτυξη, και ψυχολογικοί παράγοντες όπως στρες, κατάθλιψη, εχθρότητα σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και μπορεί να είναι τμήμα της σύνδεσης κοινωνικού επιπέδου και υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 245 Φοιτητές των ΤΕΙ της Επαρχίας με μέσο όρο ηλικίας 21.10 έτη ($SD=2.18$), και συγκεκριμένα του ΤΕΙ Σερρών. Το δείγμα ήταν τυχαίο και τα παιδιά συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οικιοθελώς. Ένα μήνα μετά την αρχική αξιολόγηση 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. Στο χρονικό διάστημα, που μεσολάβησε, περιλαμβάνονταν και οι διακοπές του Πάσχα. Στην επαναμέτρηση συμμετείχαν τελικά 172 άτομα, (ποσοστό 69,08% του αρχικού δείγματος). Η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων του κάθε ατόμου στην αρχική και την τελική μέτρηση έγινε με την ηλικία γέννησης και το φύλο του. Εικοσιτέσσερα άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της επαναμέτρησης και δεν κατέστη δυνατή η εύρεση της αρχικής τους μέτρησης.

Διαδικασία Μέτρησης

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στον εκπαιδευτικό χώρο του ιδρύματος. Τα 100 ερωτηματολόγια δόθηκαν σε φοιτητές πριν την έναρξη της διδακτικής ώρας κάποιου μαθήματος και τα 149 δόθηκαν σε φοιτητές, που γυμνάζονταν ή παρευρίσκονταν για ψυχαγωγία στο Πανεπιστημιακό Γυμναστήριο του ΤΕΙ.

Πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις. Στην αρχική μέτρηση έγινε καταγραφή των μεταβλητών της ΘΣΣ, καθώς και αυτών που αφορούν στις 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. Το ίδιο χρονικό διάστημα επαναξιολόγησης χρησιμοποιείται και σε άλλες ανάλογες έρευνες (π.χ. Jones, Sinclair, Rhodes, & Courneya, 2004). Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, επειδή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μπορεί να αλλοιώσει τα αποτελέσματα, αφού τα άτομα μπορούν να επηρεαστούν και από άλλα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Μετρήσεις

Το ερωτηματολόγιο της αρχικής μέτρησης περιελάμβανε για κάθε συμπεριφορά τις κλίμακες της ΘΣΣ, την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, τα στάδια του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής και τα δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχαν οδηγίες για τον τρόπο, με τον οποίο έπρεπε να συμπληρωθούν οι κλίμακες με 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. Η ταυτοποίηση κάθε συμμετέχοντα έγινε με την ημερομηνία γέννησής του και το φύλο. Το ερωτηματολόγιο Επαναμέτρησης περιλαμβάνεται στο Παράρτημα 3.

Εργαλεία Μέτρησης

Ως εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοπεριγραφής, ένα στην αρχική μέτρηση και ένα στην επαναμέτρηση. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν χρησι-

μοποιηθεί και σε άλλες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis, 1994; Theodorakis & Kosmidou, 2005; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2003; Κοσμίδου & Θεοδωράκης, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005) και παρουσιάζονται αυτούσια στο σχετικό Παράρτημα (Παράρτημα 3.). Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν έγκυρα και αξιόπιστα.

Κλίμακες ΘΣΣ

Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης των παραγόντων της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιλάμβαναν αξιολόγηση των στάσεων, της πρόθεσης, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του κοινωνικού προτύπου, της αυτοταυτότητας και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, για την κάθε συμπεριφορά ξεχωριστά (κάπνισμα, άσκηση, αλκοόλ). Τα ερωτηματολόγια, που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη Θεωρία (Ajzen, 2002) έχουν χρησιμοποιηθεί και στο παρελθόν σε σχετικές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis, 1994; Theodorakis et al., 2003). Συγκεκριμένα αξιολογήθηκαν:

α) *Στάσεις ως προς το κάπνισμα*: Δόθηκε η φράση «το να καπνίζω τον επόμενο μήνα 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 μια απάντηση, που αντιστοιχούσε στο πόσο το άτομο πίστευε ότι το κάπνισμα ήταν προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση του ζεύγους των 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 ερωτήσεων και απαντήσεων: *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 χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς του καπνίσματος, δηλαδή 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*. Έγινε αντιστροφή της 3^{ης} ερώτησης, έτσι ώστε υψηλότερα σκορ να δηλώνουν ότι το κάπνισμα αποτελούσε μέρος της προσωπικότητας του συμμετέχοντα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των 4 ερωτήσεων.

ε) *Κοινωνικό Πρότυπο*: χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις για να αξιολογηθεί το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο ότι άλλα άτομα -σημαντικά γι' αυτό- αναμένουν να συμπεριφερθεί. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα, με τα μικρότερα σκορ να σημαίνουν ότι τα σημαντικά για το άτομο 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. Οι ερωτήσεις και τα αντίστοιχα ζεύγη απαντήσεων ήταν τα ακόλουθα: *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 βασίζονταν 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 δο-

κιμάσει 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 η 5^η ερώτηση αξιολογούσε τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές (heavy smokers). Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη 2 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας (συγκεκριμένα την εβδομάδα που προηγήθηκε της μέτρησης), αλλά και την προηγούμενη μέρα. 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 μια εβδομάδα» (Leisure-Time Exercise Questionnaire, Godin & Shephard, 1985). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τη φυσική δραστηριότητα των ατόμων κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας (7 ημερών). 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 (μιας ή περισσότερων από τις δραστηριότητες στα παραδείγματα) 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 αντίστοιχους 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.

Κατανάλωση Αλκοόλ. Ο κάθε συμμετέχοντας καλούνταν να απαντήσει στην ερώτηση « πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά (π.χ. ούζο, κρασί, μύρα, 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. Humphreys et al., 1998; Armitage, 2003). Έτσι, χρησιμοποιήθηκαν 6 προτάσεις για το κάπνισμα, και 5 προτάσεις για την άσκηση και το αλκοόλ. Κάθε μία πρόταση αξιολογούσε ένα στάδιο. Η επιπλέον πρόταση για τη συμπεριφορά του καπνίσματος αντιπροσώπευε τα άτομα που δεν καπνίζουν αλλά και δεν είχαν καπνίσει ποτέ (Παράρτημα 3).

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το τελευταίο κομμάτι του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την οικονομική κατάσταση, την επαγγελματική ενασχόληση και το επίπεδο σπουδών (εξάμηνο φοίτησης και πιθανά κατοχή άλλου τίτλου σπουδών). Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αφορούσαν ημερομηνία γέννησης, φύλο, εξάμηνο σπουδών, αν υπάρχει πτυχίο άλλης σχολής και ποιο ήταν αυτό. Αν οι συμμετέχοντες

εργάζονται, που και πόσες ώρες την εβδομάδα. Υπήρχαν ερωτήσεις για την οικογενειακή κατάσταση, αν οι γονείς είναι Παντρεμένοι, Διαζευγμένοι ή Χήροι και πόσα αδέρφια ήταν. Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση υπήρχε 5-βάθμια κλίμακα επιλογής, που κυμαίνονταν 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 r_{ho} του Spearman στις κατηγορικές μεταβλητές (συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, κάπνισμα). Αναλύσεις συσχέτισης έγιναν μεταξύ των κλιμάκων της ΘΣΣ για κάθε συμπεριφορά, μεταξύ των κλιμάκων της ΘΣΣ με τις ερωτήσεις αξιολόγησης της συμπεριφοράς κατά την αρχική μέτρηση, μεταξύ της πρόθεσης και της συμπεριφοράς μετά από ένα μήνα και μεταξύ των σταδίων αλλαγής της αρχικής μέτρησης και της επαναμέτρησης για κάθε συμπεριφορά ξεχωριστά.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Εξετάστηκαν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το εξάμηνο σπουδών, την οικογενειακή κατάσταση, και την πιθανή επαγγελματική ενασχόλησή των συμμετεχόντων. Από τα 245 άτομα, που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, τα 169 (61.9%) ήταν αγόρια και τα 76 (27.8%) κορίτσια. Δεν απάντησαν σχετικά με το φύλο τους 28 άτομα (10.3%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 21.10 χρόνια ($SD=2.18$). Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι για τα αγόρια ήταν 21,27 ($SD=2.32$), ενώ για τα κορίτσια ήταν 20.73 έτη ($SD=1.79$). Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=.08$).

Πίνακας 1. Αριθμός και ποσοστά των φοιτητών ανά εξάμηνο σπουδών

Εξάμηνο σπουδών	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Εξάμηνο Α	31	11.4
Εξάμηνο Β	40	14.7
Εξάμηνο Γ	21	7.7
Εξάμηνο Δ	29	10.6
Εξάμηνο Ε	19	7.0
Εξάμηνο ΣΤ	17	6.2
Εξάμηνο Ζ	30	11.0
Πρακτική-Πτυχιακή	54	19.8
Δεν απάντησαν	32	11.7

Επίπεδο Σπουδών. Όσον αφορά το εξάμηνο σπουδών τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 1. Από το σύνολο των φοιτητών, που συμμετείχαν στην έρευνα, 12 άτομα (5.3%) είχαν και πτυχίο άλλης σχολής.

Οικογενειακή Κατάσταση. Επιπλέον των υποθέσεων της εργασίας αξιολογήθηκε η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι γονείς από 205 (86.1%) φοιτητές ήταν παντρεμένοι, από 21 (8.8%) ήταν διαζευγμένοι και από 12 (5%) φοιτητές ήταν σε χηρεία. Σχετικά με τον αριθμό των αδερφών στην οικογένεια του κάθε συμμετέχοντα, προέκυψε ότι οι 32 ήταν μοναχοπαίδια (14.5%), οι 135 ήταν δύο αδέρφια (61.1%), οι 45 ήταν τρία αδέρφια (20.4%) οι 7 ήταν τέσσερα αδέρφια (3.2%) και μόνο ένας φοιτητής δήλωσε ότι ήταν έξι αδέρφια (0.5%). Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας κάθε συμμετέχοντα φαίνεται στον Πίνακα 2.

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

Οικονομική κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	1	0.4
Κακή	9	3.7
Μέτρια	96	39.7
Καλή	108	44.6
Πολύ καλή	27	11.2

Επαγγελματική Απασχόληση. Από τους φοιτητές, που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τα 84 άτομα, ποσοστό 35.6% εργάζονταν, τα 152 άτομα δεν εργάζονταν, ποσοστό 64.4% και τα 46 δεν απάντησαν. Όσον αφορά αυτούς που εργάζονταν, οι απαντήσεις τους ως προς την επαγγελματική τους απασχόληση περιγράφονται στον Πίνακα 3. Οι ώρες απασχόλησης τους ανά εβδομάδα κυμαίνονταν από 0 μέχρι 60 ώρες. Ο μέσος όρος των ωρών εργασίας ήταν 21.42 ($SD=10.99$, Πίνακας 4).

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

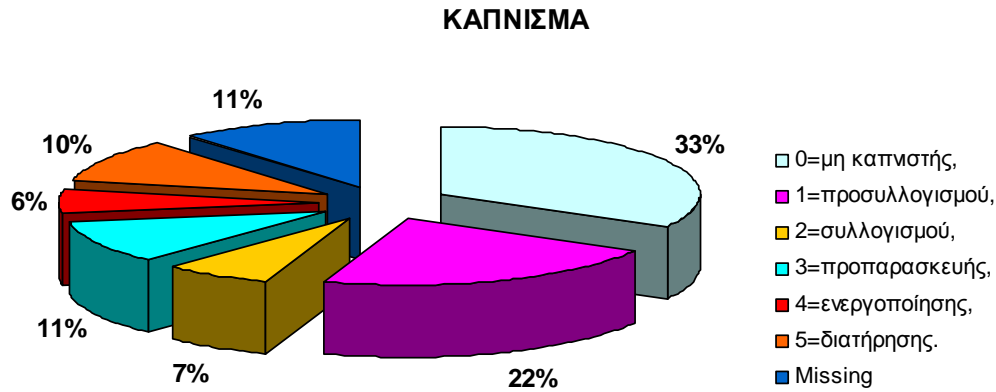
Εργασία	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Σε Bar ή Club	15	6.0
Σε internet-café, café	18	6.7
Διαιτησία	1	0.4
Ποδοσφαιριστές	2	0.7
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	17	6.3
Στο Μόντελινγκ	1	0.4
Προπονητές	2	0.8
Στο ΤΕΙ Σερρών	1	0.4
Δεν δήλωσαν που	27	13.9
Σύνολο	84	35.6%

Πίνακας 4. Ατομα και ποσοστά ανά ώρες εργασίας:

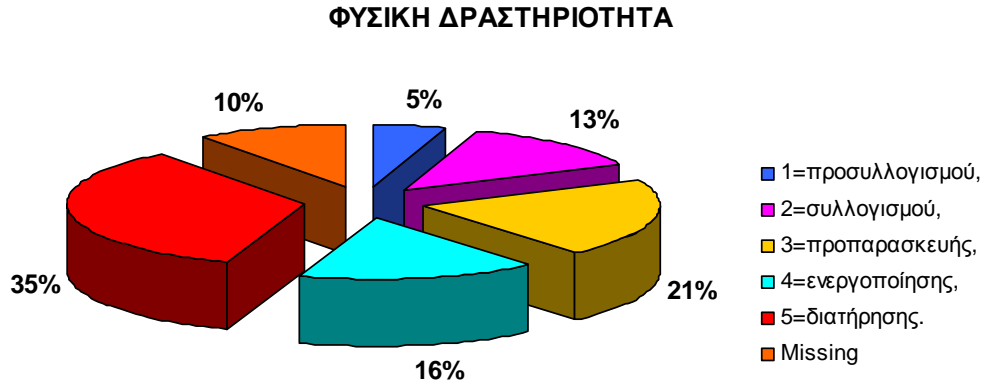
Ώρες Εργασίας	Αριθμός	Ποσοστό (%)
<10	15	17,86
20-30	45	53,57
30-40	10	11,90
>45	2	2,38
Δεν δήλωσαν	12	14,29
Σύνολο	84	100

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά ως προς το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων

Κάπνισμα: Όσον αφορά το κάπνισμα η πλειοψηφία του δείγματος ανήκε στο πρώτο στάδιο, που επιμερίζεται σε δύο μέρη, αυτούς που δεν καπνίζουν και αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ (33.0%, N=90). Επίσης μεγάλο ποσοστό του δείγματος βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο, που καπνίζουν και δεν σκέφτονται να σταματήσουν (22.3%, N=61).

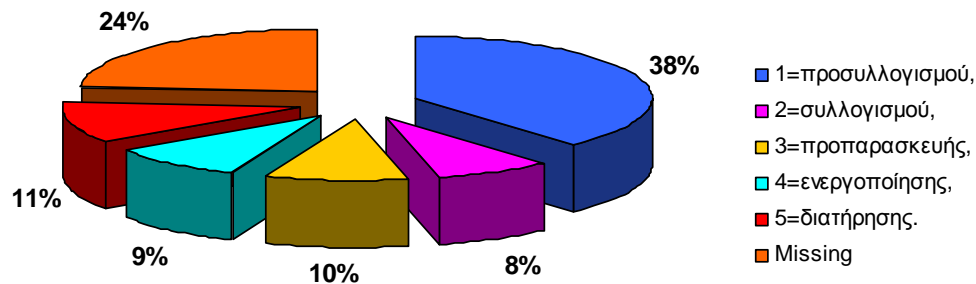


Σχήμα 1: Ποσοστά συμμετεχόντων σε κάθε Στάδιο του Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος (0=μη καπνιστής, 1=καπνίζω και δεν σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες, 2=καπνίζω αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα, 3=καπνίζω αλλά τους τελευταίους 6 μήνες 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 ασκούμαι και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες , 2= Δεν ασκούμαι, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα , 3= Δεν ασκούμαι συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές , 4= Ασκούμαι συστηματικά, αλλά για λιγότερο από 6 μήνες 5= Ασκούμαι συστηματικά για περισσότερους από 6 μήνες .

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ



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

Άσκηση: Όσον αφορά την άσκηση οι περισσότεροι ανήκαν στο στάδιο που ασκούνταν συστηματικά για περισσότερο από έξι μήνες (34.4%, N=94).

Αλκοόλ: Σχετικά με το αλκοόλ το 38.5% (N=105) βρίσκονταν στο πρώτο στάδιο κατά το οποίο καταναλώνουν περισσότερο από 1 ποτήρι αλκοόλ την ημέρα και δεν σκέφτονται να σταματήσουν τους επόμενους έξι 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 ($.55 < \alpha < .94$), όσο για την άσκηση ($.60 < \alpha < .93$), αλλά και το αλκοόλ ($.64 < \alpha < .94$).

Πίνακας 5. Εσωτερική συνοχή, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων της ΘΣΣ.

<i>Κάπνισμα</i>	A	M	SD
Στάσεις	.86	1.99	1.54
Πρόθεση	.90	3.40	2.58
Αντ. Έλεγχος	.94	3.60	2.62
Αυτοταυτότητα	.87	3.67	2.47
Κοινωνικό πρότυπο	.55	2.11	1.80
Αντ. Ενημέρωση	.78	5.82	1.19
<i>Άσκηση</i>			
Στάσεις	.82	6.55	1.01
Πρόθεση	.93	5.74	1.57
Αντ. Έλεγχος	.90	5.26	1.66
Αυτοταυτότητα	.60	5.67	1.40
Κοινωνικό πρότυπο	.82	6.23	1.14
Αντ. Ενημέρωση	.87	5.57	1.33
<i>Αλκοόλ</i>			
Στάσεις	.88	3.14	1.26
Πρόθεση	.88	3.69	1.74
Αντ. Έλεγχος	.94	4.18	1.93
Αυτοταυτότητα	.64	4.24	1.97
Κοινωνικό πρότυπο	.87	2.33	1.58
Αντ. Ενημέρωση	.85	5.11	1.43

Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Συμπεριφορών.

Κάπνισμα. Το 76.4% (N=188) δήλωσε ότι είχε πειραματιστεί με το κάπνισμα, ενώ μόλις το 22.8% (N=56) δήλωσε ότι δεν είχε πειραματιστεί. Περισσότερα από ένα τσιγάρο καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα δήλωσε ότι κάπνιζε το 49.4% (N=121), ενώ αρνητικά απάντησε το 50.2% (N=123). Η διαφορά μεταξύ των εν ενεργεία καπνιστών και των ατόμων, που δήλωσαν ότι κάπνιζαν περισσότερα από ένα τσιγάρο καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα, οφείλεται στο γεγονός ότι οι εν' ενεργεία καπνιστές, πιθανά, δεν κάπνιζαν περισσότερα από ένα τσιγάρα καθημερινά, αλλά λιγότερη ποσότητα ή όχι καθημερινά. Εν' ενεργεία καπνιστές ήταν το 51.8% (N=128), ενώ εν ενεργεία συστηματικοί καπνιστές (κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα) ήταν το 42.3% (N=104). Παθιασμένοι καπνιστές ήταν το 32.9% (N=81) των συμμετεχόντων. Ο μέσος όρος των τσιγάρων, που κάπνιζαν την εβδομάδα πριν την μέτρηση και την προηγούμενη μέρα της μέτρησης αξιολογήθηκαν μόνο για τους εν ενεργεία καπνιστές.

Ο μέσος όρος των τσιγάρων, που κάπνισαν συνολικά την προηγούμενη εβδομάδα ήταν $M=39.54$ ($SD=57.76$), ενώ για την προηγούμενη μέρα ήταν $M=11.75$ ($SD=12.05$).

Αλκοόλ. Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ το 5.3% ($N=13$) δήλωσε ότι κατανάλωνε μία μέρα την εβδομάδα ή, πιο σπάνια, 2 – 5 μέρες την εβδομάδα, δήλωσε, ότι κατανάλωνε το 49.2% ($N=121$), καθημερινά, αλλά λιγότερο από 4 ποτήρια κατανάλωνε το 41.1% ($N=101$) και περισσότερο από 4 ποτήρια το 3.7% ($N=9$). Μόλις το 0.8% ($N=2$) δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε ποτέ αλκοόλ.

Άσκηση: Ο μέσος όρος για τον δείκτη φυσικής δραστηριότητας ήταν $M=37.08$ ($SD=12.05$). Δήλωσαν ότι ασκούνταν $M=4.07$ ($SD=1.76$) φορές την εβδομάδα και για $M=1.98$ ($SD=0.95$) ώρες κάθε φορά.

Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων της ΘΣΣ για το Κάπνισμα, την Άσκηση και το Αλκοόλ.

Κάπνισμα. Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ αναφορικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Όλες οι μεταβλητές είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους, εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, για την οποία δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά καπνίσματος.

	1	2	3	4	5
1. Στάσεις	-				
2. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.65**	-			
3. Πρόθεση	.64**	.92**	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.46**	.37**	.34*	-	
5. Αυτοταυτότητα	.68**	.85*	.84**	.43**	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.11	.07	.09	.04	.03

** $p < .001$

Πίνακας 7. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς τη φυσική δραστηριότητα.

	1	2	3	4	5
1. Στάσεις	-				
2. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.34**	-			
3. Πρόθεση	.48**	.86**	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.38**	.33**	.35**	-	
5. Αυτοταυτότητα	.49**	.64**	.64**	.35**	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.37**	.41**	.36**	.37**	.48**

** $p < .001$

Όσον αφορά τη *φυσική δραστηριότητα*, στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα. Όλες οι μεταβλητές είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους.

Όσον αφορά το *αλκοόλ*, στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ. Όλες οι μεταβλητές είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ στη συμπεριφορά ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

	1	2	3	4	5
1. Στάσεις	-				
2. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.63**	-			
3. Πρόθεση	.57**	.85**	-		
4. Κοινωνικό πρότυπο	.41**	.41**	.46**	-	
5. Αυτοταυτότητα	.62**	.81**	.76**	.46**	-
6. Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.03	.13*	.10	.05**	.18**

** $p < .001$

Συσχετίσεις των Παραγόντων της ΘΣΣ με τα Κριτήρια Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς του Καπνίσματος της Άσκησης και του Αλκοόλ

Κάπνισμα. Εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, όλες οι άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, σχετίζονταν σημαντικά με όλες τις κατηγορίες καπνιστών, οι οποίοι κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την προηγούμενη συμπεριφορά τους, δηλαδή αυτή, που καταγράφηκε κατά την αρχική μέτρηση. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 9, οι υψηλότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, την αυτοταυτότητα και όλες τις κατηγορίες των εν' ενεργεία καπνιστών.

Άσκηση. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 10, εκτός από το κοινωνικό πρότυπο, όλες οι άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Συνολικό Δείκτη Άσκησης, αλλά όλοι οι δείκτες συσχέτισης ήταν χαμηλοί.

Πίνακας 9. Συσχετίσεις Spearman και Pearson (αριθμός τσιγάρων) μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος.

Μεταβλητές ΘΣΣ	πειραματισμός με το κάπνισμα	συστηματικοί καπνιστές	Εν ενεργεία καπνιστής	Εν ενεργεία συστηματικός καπνιστής	Παθιασμένος καπνιστής	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη μέρα
Στάσεις	.26**	.53**	.51**	.56**	.47**	.36**	.49**
Πρόθεση	.39**	.74**	.74**	.82**	.72**	.17**	.48**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.39**	.73**	.73**	.82**	.73**	.24**	.54**
Κοινωνικό πρότυπο	.19**	.37**	.31**	.32**	.29**	.28**	.33**
Αυτοταυτότητα	.40**	.69**	.65**	.74**	.69**	.27**	.54**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.04	.05	.01	.01	.07	-.12	-.04

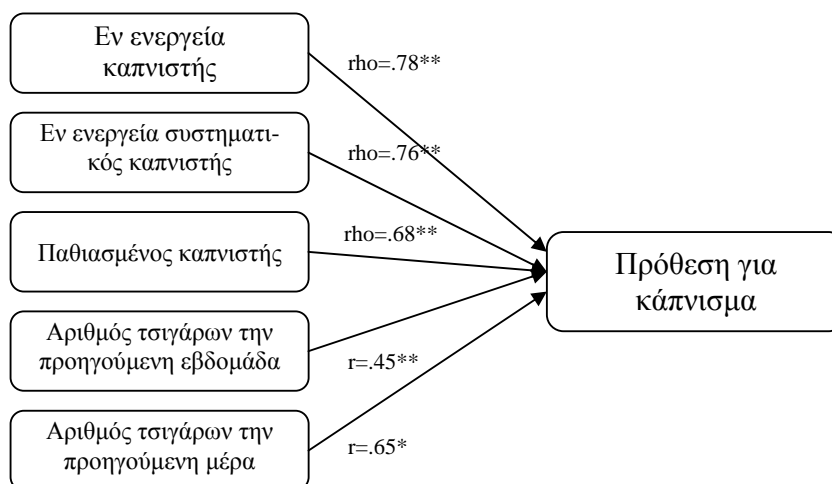
** $p < .001$

Αλκοόλ. Για το αλκοόλ εξαίρεση μη σημαντικής συσχέτισης αποτέλεσε η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 10, όλες οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ήταν μέτριες. Οι δείκτες συσχέτισης διαφοροποιήθηκαν από τους αντίστοιχους δείκτες, που αφορούσαν στην άσκηση και το κάπνισμα.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και του Συνολικού Δείκτη της μέχρι τώρα Άσκησης (Pearson) καθώς και της μέχρι τώρα κατανάλωσης αλκοόλ (Spearman).

Μεταβλητές ΘΣΣ	Συνολικός Δείκτης Άσκησης	Κατανάλωση αλκοόλ
Στάσεις	.23**	.51**
Πρόθεση	.37**	.66**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.42**	.69**
Κοινωνικό πρότυπο	.10	.40**
Αυτοταυτότητα	.26**	.58**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.22**	.09

** $p < .001$



Σχήμα 4. Συσχέτιση της πρόθεσης για κάπνισμα με τις κατηγορίες καπνιστών (Spearman) και τον αριθμό των τσιγάρων κατά την επαναμέτρηση (Pearson, **: $p < .01$, ns: μη σημαντική).

Συσχέτιση της Πρόθεσης αρχικά και της Συμπεριφοράς ένα μήνα μετά

Σύμφωνα με το δείκτη rho του Spearman, η πρόθεση για κάπνισμα σχετιζόταν σημαντικά με τις τρεις κατηγορίες εν ενεργεία καπνιστών (εν ενεργεία, συστηματικός, παθιασμένος), ενώ οι συσχετίσεις Pearson έδειξαν ότι το ίδιο ίσχυε και για τον αριθμό των τσιγάρων (Σχήμα 4). Η συσχέτιση της αρχικής πρόθεσης για άσκηση με το Συνολικό Δείκτη Άσκησης κατά την επαναμέτρηση ήταν σημαντική, αλλά χαμηλή ($r=.37, p<.01$). Η πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ αρχικά είχε σημαντική αλλά μέτρια συσχέτιση με την κατανάλωση αλκοόλ ένα μήνα μετά ($r=.52, p<.01$).

Πρόβλεψη Πρόθεσης από τις άλλες Μεταβλητές της ΘΣΣ

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

Κάπνισμα

Σχετικά με την πρόθεση για κάπνισμα, από τις πέντε ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση), προέκυψε ότι μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς με πολύ ισχυρή συνεισφορά ($Beta=0,74$) και η αυτοταυτότητα είχαν στατιστικά σημαντική συνεισφορά στην ερμηνεία της διακύμανσης της πρόθεσης για κάπνισμα ($F_{5,204}= 272.97, p<.001, R^2=.93$, Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	<i>t</i>	<i>F</i>
Πρόθεση για κάπνισμα				272.97**
	Στάσεις	.01	0.36	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.74	14.45**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.02	0.67	
	Αυτοταυτότητα	.20	3.69**	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.05	1.80	
Πρόθεση για άσκηση				127.62**
	Στάσεις	.19	4.54**	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.75	16.19**	
	Κοινωνικό πρότυπο	-.01	-.240	
	Αυτοταυτότητα	.11	2.27**	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.08	-1.94	
Πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ				122.46**
	Στάσεις	.03	.636	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.67	10.57**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.15	2.34*	
	Αυτοταυτότητα	.10	2.59*	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.04	-1.06	

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

Άσκηση

Στην ερμηνεία της πρόθεσης για άσκηση στατιστικά σημαντική συνεισφορά ($F_{5,204} = 127.62$, $p < .001$, $R^2 = .87$) είχαν οι στάσεις, η αυτοταυτότητα, και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς με πολύ ισχυρή συνεισφορά, ενώ οριακά σημαντική ($p = .054$) ήταν και η συνεισφορά της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης (Πίνακας 11).

Κατανάλωση αλκοόλ

Στην ερμηνεία της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ, την ισχυρότερη συνεισφορά είχε ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, ενώ σημαντική ήταν και η συνεισφορά της αυτοταυτότητας και του κοινωνικού προτύπου ($F_{5,204} = 122.46, p < .001, R^2 = .86$, Πίνακας 11).

Πίνακας 12. Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της εκδήλωσης της συμπεριφοράς του εν ενεργεία καπνιστή από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	<i>t</i>	<i>F</i>
Συστηματικός εν ενεργεία καπνιστής Α' μέτρηση				107.98**
	Στάσεις	-.06	-1.21	
	Κοινωνικό πρότυπο	-.08	-2.10*	
	Αυτοταυτότητα	.01	.05	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.05	-1.47	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.74	7.48**	
	Πρόθεση	.21	2.16*	
Συστηματικός εν ενεργεία καπνιστής Β' μέτρηση				41.75**
	Στάσεις	.03	.40	
	Κοινωνικό πρότυπο	-.11	-1.95	
	Αυτοταυτότητα	.03	.21	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.06	1.09	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.93	5.75**	
	Πρόθεση	-.12	-.81	

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

Πρόβλεψη κάθε Συμπεριφοράς από τις Μεταβλητές της ΘΣΣ

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

Κάπνισμα

Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση που αξιολογεί τον εν ενεργεία συστηματικό καπνιστή, έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνεται και η κατηγορία του παθιασμένου καπνιστή. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 12, στην αρχική μέτρηση, από τις έξι ανεξάρτητες μεταβλητές (στάσεις, συμπεριφοράς, κοινωνικό πρότυπο, αυτοταυτότητα, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και πρόθεση) στατιστικά σημαντική συνεισφορά στην ερμηνεία της διακύμανσης του συστηματικού εν ενεργεία καπνιστή ($F_{6,204}= 107.98, p<.001, R^2=.88$) είχε το κοινωνικό πρότυπο και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς με πολύ ισχυρή συνεισφορά ($\text{beta}=.74, p<.001$). Η πρόθεση είχε στατιστικά σημαντική, αλλά πολύ χαμηλότερη συνεισφορά ($\text{beta}=.21, p<.05$).

Στην τελική μέτρηση, στατιστικά σημαντική ($F_{6,127}= 41.75, p<.001, R^2=.82$) ήταν η συνεισφορά μόνο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς ($\text{beta}= .93, p<.001$). Η συνεισφορά του κοινωνικού προτύπου ήταν οριακά σημαντική ($\text{beta}= -.11, p=.053$), ενώ η συνεισφορά της πρόθεσης για κάπνισμα δεν ήταν σημαντική.

Άσκηση

Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο συνολικός δείκτης άσκησης. Στην αρχική μέτρηση στατιστικά σημαντική ($F_{6,187}= 8.50, p<.001, R^2=.47$) ήταν η συνεισφορά

μόνο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς ($\beta=.55$, $p<.001$). Η πρόθεση δεν είχε σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη ($\beta=.09$, $p>.05$). Αλλά και στη δεύτερη μέτρηση στατιστικά σημαντική ($F_{6,63}= 3.64$, $p<.05$, $R^2=.53$) ήταν η συνεισφορά μόνο του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς ($\beta=.55$, $p<.001$). Η πρόθεση δεν είχε σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη ($\beta=.31$, $p>.05$, Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη του Συνολικού Δείκτη Άσκησης από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	<i>t</i>	<i>F</i>
Συνολικός Δείκτης Άσκησης Α' μέτρηση	Στάσεις	.14	1.71	8.50**
	Κοινωνικό πρότυπο	-.09	-1.20	
	Αυτοταυτότητα	-.08	-.87	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.02	.24	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.55	4.20**	
	Πρόθεση	-.09	-.67	
Συνολικός Δείκτης Άσκησης Β' μέτρηση	Στάσεις	.10	.76	3.64*
	Κοινωνικό πρότυπο	.14	.98	
	Αυτοταυτότητα	-.26	-1.67	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.07	.53	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.70	2.55*	
	Πρόθεση	-.31	-1.17	

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

Πίνακας 14. Αναλύσεις παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ από τις άλλες μεταβλητές της ΘΣΣ, στην αρχική και τελική μέτρηση.

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	<i>t</i>	<i>F</i>
Κατανάλωση αλκοόλ Α' μέτρηση				33.71**
	Στάσεις	.22	3.23**	
	Κοινωνικό πρότυπο	.07	1.12	
	Αυτοταυτότητα	-.091	-.97	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.024	-.47	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.51	4.59**	
	Πρόθεση	.10	.97	
Κατανάλωση αλκοόλ Β' μέτρηση				9.45**
	Στάσεις	.25	2.49*	
	Κοινωνικό πρότυπο	.06	.70	
	Αυτοταυτότητα	-.13	-.79	
	Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.03	.31	
	Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.18	.90	
	Πρόθεση	.29	1.76	

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

Αλκοόλ

Στην αρχική μέτρηση, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 14 προέκυψε ότι στατιστικά σημαντική συνεισφορά ($F_{6,213} = 33.71$, $p < .001$, $R^2 = .70$) είχαν οι στάσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς. Η πρόθεση δεν συνεισέφερε σημαντικά. Στη δεύτερη μέτρηση υπήρχε στατιστικά σημαντική συνεισφορά ($F_{6,129} = 9.45$, $p < .001$, $R^2 = .56$), αλλά προέρχονταν κυρίως από τις στάσεις. Η πρόθεση και πάλι δεν συνεισέφερε σημαντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να καταγραφούν συμπεριφορές, υγείας που αφορούν στη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ και να εξετασθούν μέσα από τις κοινωνικογνωστικές θεωρίες της Σχεδιασμένης συμπεριφοράς (ΘΣΣ) και το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ). Η αναγνώριση των παραγόντων, που ωθούν τους φοιτητές να στραφούν προς τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα ή το αλκοόλ, έχει απώτερο σκοπό την εξεύρεση τρόπων παρέμβασης, που θα συμβάλλουν στη στροφή των ατόμων σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής και την διακοπή των ανθυγιεινών συνθηθειών.

Από την περιγραφική στατιστική φάνηκε ότι οι φοιτητές που έλαβαν μέρος στην έρευνα είχαν αρκετά αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα, αλλά θετικές ως προς την άσκηση και το αλκοόλ. Οι περισσότεροι είχαν πειραματιστεί με το κάπνισμα, οι μισοί δήλωσαν ότι ήταν εν ενεργεία καπνιστές, κατανάλωναν αλκοόλ 2-5 μέρες την εβδομάδα και περίπου οι μισοί φοιτητές δήλωσαν ότι ασκούσαν. Αν και ο τρόπος επιλογής του δείγματος έτεινε να περιλαμβάνει περισσότερα άτομα που επιλέγουν να γυμνάζονται, ένα ποσοστό μόνο 35% ασκούσαν συστηματικά, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 22% κάπνιζαν και δεν σκεφτόταν να σταματήσουν. Όσον αφορά το αλκοόλ, το 38% δήλωσαν ότι κατανάλωναν τουλάχιστον πέντε ποτήρια την εβδομάδα και δεν σκέφτονταν να το διακόψουν.

Οι τρεις συμπεριφορές εξετάστηκαν μέσα από τη θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και φάνηκε ότι το μοντέλο ισχύει, αλλά με κάποιες διαφοροποιήσεις στους παράγο-

ντες της πρόβλεψης της πρόθεσης και στους παράγοντες της πρόβλεψης της συμπεριφοράς. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση συνεισέφεραν οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα. Τέλος για την πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, το κοινωνικό πρότυπο και η αυτοταυτότητα. Η πρόβλεψη των εξεταζόμενων συμπεριφορών έναν μήνα μετά την αρχική μέτρηση από τους παράγοντες της ΘΣΣ ήταν περισσότερο πολύπλοκη. Όσον αφορά το κάπνισμα, στην πρόβλεψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς συνεισέφερε σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, ενώ η πρόθεση δεν βρέθηκε να προβλέπει τη συμπεριφορά καπνίσματος ένα μήνα μετά. Η φυσική δραστηριότητα προβλεπόταν μόνο από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, και σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, μόνο οι στάσεις συνεισέφεραν στην πρόβλεψη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πρώτη ερευνητική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει αφού η πρόθεση για εκδήλωση συμπεριφοράς συστηματικού καπνίσματος, με βάση την ΘΣΣ, είχε υψηλή συσχέτιση και προβλεπόταν από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα. Φαίνεται ότι είναι πολύ σημαντικό για τα άτομα αυτής της ηλικίας να ελέγχουν την συμπεριφορά τους, και πως η αυτοταυτότητα είναι πολύ σημαντική για την πρόθεση τους να καπνίσουν. Στατιστικά σημαντικές ήταν και οι συσχετίσεις της πρόθεσης με τις στάσεις αλλά με πιο χαμηλούς δείκτες. Όσον αφορά το κοινωνικό πρότυπο στην ηλικιακή κατηγορία, που μελετήσαμε, φαίνεται να έχει μικρή σχέση με την πρόθεση για εκδήλωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος, κάτι που διαφοροποιείται κατά την εφηβική ηλικία, όπως αποκαλύπτεται από πρόσφατες (Αδάμου, 2008) και παλαιότερες έρευνες (Franks et al., 2007). Στις παραπάνω έρευνες φαίνεται πως το κοινωνικό πρότυπο που αφορά γονείς, φίλους, σχολείο και τηλεοπτικά πρότυπα, επη-

ρεάζει την εκδήλωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος κατά πολύ στους έφηβους, και αυτό είναι κάτι που δεν ισχύει στον ίδιο βαθμό στη συμπεριφορά των φοιτητών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση δεν σχετιζόταν με την πρόθεση για κάπνισμα στη συγκεκριμένη ομάδα των φοιτητών. Επίσης, όσον αφορά τον παράγοντα αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, τα πορίσματά μας φαίνονται να είναι διαφορετικά από αυτά της εφηβικής ηλικίας, αφού σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες (Αδάμου, 2008; Franks et al, 2007) η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση φαίνεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά του καπνίσματος στην εφηβεία. Οι Sejr και Osler (2001) ασχολήθηκαν με την ενημέρωση και κατά πόσο αυτή παίζει ρόλο στη διακοπή καπνίσματος. Διαπίστωσαν ότι η ενημέρωση, εάν εφαρμοστεί σωστός παρεμβατικός τρόπος, μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του καπνίσματος, όμως σε πολύ μικρό ποσοστό, και αυτό οφείλεται προφανώς στο γεγονός ότι οι φοιτητές είναι καπνιστές πολύ πριν την φοιτητική τους ζωή. Αυτό σημαίνει ότι το πρόβλημα του καπνίσματος αρχίζει πολύ νωρίτερα, από την εφηβική κυρίως ηλικία (Guo et al., 2007).

Η πρόθεση για κάπνισμα ερμηνεύτηκε κύρια από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες (π.χ. Godin et al., 1992; Guo et al., 2007; Norman et al., 1999). Συγκεκριμένα ο Godin και οι συνεργάτες του (1992) στην πρώτη έρευνά τους, βρήκαν πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν ο σπουδαιότερος δείκτης πρόβλεψης της πρόθεσης. Σε μικρότερες όμως ηλικίες (11-16 ετών), παρατηρήθηκε ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος δεν συσχετιζόταν με την πρόθεση εμφάνισης της συμπεριφοράς του καπνίσματος (Eiser et al., 1989). Κατά τους ερευνητές, στην εφηβική ηλικία η ενημέρωση δεν είναι αρκετή για να κατανοηθεί από τα παιδιά το πρόβλημα υγείας που δημιουργείται από το κάπνισμα και έτσι παρατηρείται ασυμφωνία στάσεων και συμπεριφοράς στην συγκεκριμένη ηλικία (Eiser et al., 1989).

Από την έρευνα των Kosmidou και Theodorakis (2007), στην οποία συμμετείχαν φοιτητές και μαθητές, προέκυψε ότι για την πρόβλεψη της πρόθεσης στους φοιτητές συνεισέφεραν οι στάσεις, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και η προηγούμενη συμπεριφορά. Για τους μαθητές μόνο οι στάσεις και η προηγούμενη συμπεριφορά συνεισέφεραν στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα. Μελετώντας την διακοπή του καπνίσματος ο Bledsoe (2006) κατέληξε πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς δεν συνεισφέρει στο μοντέλο της ΘΣΣ. Καταλήγει στην ανάγκη για περαιτέρω κατανόηση του συγκεκριμένου παράγοντα και του τρόπου που αξιολογείται, συγκεκριμένα για την εξεταζόμενη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Μέτρια επίδραση του κοινωνικού προτύπου παρατηρήθηκε και στην έρευνα των Eiser et al. (1989) που αφορούσε το κάπνισμα, παρόλο που στην έρευνά τους συμμετείχαν άτομα μικρότερης ηλικίας από τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα. Στα κορίτσια της έρευνάς τους η πίστη στα κοινωνικά πρότυπα ήταν μικρότερη από ότι για τα αγόρια.

Η παρούσα έρευνα εξέτασε τις συσχετίσεις των στάσεων των κοινωνικών προτύπων, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, της αυτοταυτότητας και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Παρατηρήθηκε χαμηλή συσχέτιση με το κοινωνικό πρότυπο και σχεδόν ανύπαρκτη συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Πιθανά να ευθύνονται τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς δεν συγκεκριμενοποιούσαν το ή τα πρόσωπα. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που αξιολογούν τον παράγοντα κοινωνικό πρότυπο συγκεκριμενοποιούν ποιοι είναι οι σημαντικοί άλλοι (π.χ. στην έρευνα των Conner, Sandberg, McMillan & Higgins, 2006; Higgins & Conner, 2003, οι σημαντικοί άλλοι είναι οι φίλοι και οι γονείς). Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες στις οποίες δεν συγκεκριμενοποιούνται οι σημαντικοί άλλοι (π.χ. Rhodes & Courneya, 2003). Πιθανά να επηρεάζεται από το ποια συμπεριφορά μελετάται. Και στην έρευνα των Mc Millan, Higgins και Conner (2005), η οποία πραγματοποιήθηκε σε παιδιά -μικρότερης ό-

μως ηλικίας (12-13 ετών)- απ' ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας, έδειξε ότι η πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς του καπνίσματος τρεις μήνες αργότερα μπορούσε να γίνει μέσα από την ΘΣΣ. Ωστόσο, παρατήρησαν ότι στη σχέση συμπεριφοράς και κοινωνικού προτύπου δεν μεσολαβούσε η πρόθεση. Φαίνεται λοιπόν ότι ο παράγοντας του κοινωνικού προτύπου θα πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω για τη συμπεριφορά του καπνίσματος τόσο για νεαρά ενήλικα άτομα όσο και για παιδιά.

Η πρόθεση των φοιτητών για κάπνισμα συσχετιζόταν, αλλά δεν προέβλεπε την συμπεριφορά καπνίσματος μετά από ένα μήνα. Σύμφωνα με την ΘΣΣ η πρόθεση πρέπει να προβλέπει τη συμπεριφορά (Ajzen, 1991) και αυτό επιβεβαιώνεται από πολλές άλλες έρευνες (π.χ. Guo et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται με τη συμπεριφορά που καταγράφηκε στην πρώτη μέτρηση, δηλαδή τη συμπεριφορά που εκδήλωναν οι φοιτητές μέχρι τη στιγμή της μέτρησης, αφού οι δύο μεταβλητές που συνέβαλαν στην πρόβλεψη της πρόθεσης ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η πρόθεση. Αντίθετα, στη δεύτερη μέτρηση, που έγινε ένα μήνα μετά, η συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου αυξήθηκε και η συνεισφορά της πρόθεσης μειώθηκε τόσο που έπαψε πλέον να είναι σημαντική. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι το διάστημα του ενός μήνα, το οποίο πρέπει να προβλέψει η πρόθεση, είναι μεγάλο ή ακόμη μπορεί να οφείλεται στην ηλικία των φοιτητών, οι οποίοι δεν έχουν διαμορφώσει ακόμη πάγιες συμπεριφορές και ισχυρά «πιστεύω» υγείας.

Αλλά και στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται η άποψη ότι, για να ερμηνευθεί η συμπεριφορά του καπνίσματος, θα πρέπει να εξετάζονται περισσότεροι παράγοντες πέραν της πρόθεσης του ατόμου, πιθανά περιβαλλοντικοί (στενοί φίλοι). Οι συγκεκριμένοι παράγοντες έχουν εξεταστεί σε διεθνείς έρευνες με συμμετέχοντες εφήβους (πχ. Hoffman, Sussman, Unger & Valente, 2006). Οι Himberg, Hutchinson και Russell (2003) εντάσσουν τα άτομα 15-22 ετών στη δεύτερη φάση της εφηβείας (εντός των ηλικιακών αυτών ορίων εί-

ναι και τα άτομα της παρούσας έρευνας). Κατά συνέπεια θα πρέπει να εξετάζονται περισσότεροι παράγοντες επίδρασης στη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε ο συνδυασμός του Μοντέλου Αλλαγής Σταδίων με τη ΘΣΣ, καθώς η τάση των ερευνητών είναι να συνδυάζουν περισσότερες από μία κοινωνικογνωστικές θεωρίες. Κατά τους Petraitis et al. (1995) οι κοινωνικογνωστικές θεωρίες παρουσιάζουν τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές και θα πρέπει να επιχειρηθεί να συνδυαστούν. Ο συνδυασμός αυτός πραγματοποιείται όχι μόνο για συμπεριφορές υγείας αλλά και για άλλες συμπεριφορές. Για παράδειγμα, ο Humphreys και οι συνεργάτες του (1998) σχετικά με την πρόθεση των γυναικών για θηλασμό συνδύασαν τις Θεωρίες Αλλαγής Σταδίων και Αιτιολογημένης Δράσης, για να εξηγήσουν και να προβλέψουν συμπεριφορές υγείας. Η μελέτη έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ των στοιχείων των δύο θεωριών, κάτι που επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα έρευνα. Αυτό το αποτέλεσμα οδηγεί στη μελλοντική χρησιμοποίησή τους στην έρευνα και στην εκπαίδευση, γιατί χρησιμοποιώντας τον συνδυασμό των θεωριών κατανοούνται καλύτερα οι συμπεριφορές υγείας, οι αιτίες τους και η πρόθεση των ατόμων. Μ' αυτόν τον τρόπο βοηθούνται οι ίδιοι οι ερευνητές ως προς την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις για εκτέλεση υγιεινών ή ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας.

Η συμπεριφορά του καπνίσματος είναι δυνατόν να μελετηθεί μέσα από το συνδυασμό της ΘΣΣ και του ΜΣΑ. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας η συμπεριφορά καπνίσματος είναι δυνατόν να προβλεφθεί από τις υποκλίμακες της ΘΣΣ σε Έλληνες φοιτητές. Επί πλέον για το κάπνισμα το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων μπορεί να συνεισφέρει στην καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών παραμέτρων που αφορούν στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Ωστόσο φαίνεται ότι θα πρέπει να διερευνηθεί ακόμη περισσότερο, καθώς η ηλικία των φοιτητών είναι η μεταεφηβική ηλικία, το συγκεκριμένο χρονικό διάστη-

μα της ζωής τους πολύ ιδιαίτερο και η συμπεριφορά του καπνίσματος είναι πολύ διαδεδομένη.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά της άσκησης, τα αποτελέσματά της παρούσας έρευνας έδειξαν πως η πρόθεση για εκδήλωση της συμπεριφοράς της άσκησης είχε υψηλή συσχέτιση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, μέτρια συσχέτιση με την αυτοταυτότητα και τις στάσεις, και χαμηλή συσχέτιση με το κοινωνικό πρότυπο και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Άρα για την ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα, που είναι μια υγιεινή συμπεριφορά, η ενημέρωση επηρεάζει την εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, αντίθετα με το κάπνισμα, που είναι ανθυγιεινή συμπεριφορά, και δεν φάνηκε συσχέτιση με την εκδήλωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Όσον αφορά την συμπεριφορά της άσκησης, είναι και εδώ πολύ σημαντικό για τα παιδιά αυτής της ηλικίας, να ελέγχουν την συμπεριφορά τους, καθώς και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση όσον αφορά την άσκηση, επηρεάζει την πρόθεσή τους για ενασχόληση με αυτήν, αντίθετα με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Επίσης, στη συγκεκριμένη συμπεριφορά παίζουν ρόλο σε ικανοποιητικό βαθμό και οι στάσεις των νέων, η αυτοταυτότητα, όπως και τα κοινωνικά πρότυπα. Ενώ αντίθετα, για το κάπνισμα τα αποτελέσματά μας έδειξαν πως οι στάσεις και τα κοινωνικά πρότυπα δεν επηρεάζουν την πρόβλεψη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Η πρόθεση για άσκηση προβλεπόταν από τις στάσεις, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την αυτοταυτότητα. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως δεν συμβάλλουν πάντα οι ίδιοι παράγοντες στην πρόβλεψη της πρόθεσης, και ότι οι παράγοντες διαφοροποιούνται ανάλογα με τη συμπεριφορά υγείας που εξετάζεται. Σε άλλες έρευνες, στις οποίες συμμετείχαν άτομα παρόμοιας περίπου ηλικίας με τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, αλλά και μικρότερης ηλικίας, υπήρξαν αντίστοιχα αποτελέσματα. Για παράδειγμα στην έρευνα του Μπεμπέτσου, Χρόνης και Θεοδωράκη (2002), όπου μελετώνται στάσεις προς τις υγιεινές συμπεριφορές, βρέθηκε ότι οι στάσεις, η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα επηρεάζουν την πρόθεση για άσκηση.

νόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και το κοινωνικό πρότυπο συντελούν στη διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών των ατόμων. Επιπλέον, από την έρευνά των ιδίων προέκυψε ότι στάσεις και αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ενίσχυαν την πρόθεση των ατόμων για υγιεινές συμπεριφορές.

Οι Μπεμπέτσος et al. (2001) στην έρευνά τους ασχολήθηκαν με την πρόβλεψη των προθέσεων για άσκηση και υγιεινή διατροφή χρησιμοποιώντας τη ΘΣΣ. Βρήκαν πως σημαντικότερες μεταβλητές, που συντέλεσαν στην πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση, ήταν η δύναμη των στάσεων, η αυτοαποτελεσματικότητα, η αυτοταυτότητα και η πληροφόρηση-ενημέρωση. Οι παραπάνω ερευνητές βρήκαν πως η συγκεκριμένη θεωρία και οι παραπάνω μεταβλητές προβλέπουν προθέσεις για άσκηση και άλλες παρόμοιες υγιεινές συνήθειες. Όσον αφορά την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, βρέθηκε ότι αυτή είναι, ως ένα βαθμό, σημαντική και επηρεάζει μέτρια την πρόθεση των φοιτητών για ενασχόληση με την άσκηση.

Όσον αφορά τις στάσεις και την αυτοταυτότητα, οι παραπάνω ερευνητές (Bebetsos et al., 2001), όπως και στην παρούσα έρευνα, συμπέραναν ότι επηρεάζουν την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή. Οι στάσεις, σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, όπως και της παρούσας έρευνας, διαμορφώνουν την πρόθεση για άσκηση. Τα άτομα, όταν πιστεύουν ότι είναι σωστό, ως μέρος της προσωπικής τους ταυτότητας, να ακολουθήσουν μια υγιεινή συμπεριφορά, διαμορφώνουν θετικότερες προθέσεις. Φαίνεται ακόμη, πως τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπως και της έρευνας του Μπεμπέτσου και των συνεργατών του (2001), δείχνουν ότι η ΘΣΣ και οι μεταβλητές της προβλέπουν προθέσεις για άσκηση και άλλες υγιεινές συνήθειες.

Ομοίως οι Armitage και Conner (1999) σε έρευνά τους σχετικά με τις διατροφικές επιλογές (υγιεινή συνήθεια) σε νεαρά άτομα, μελέτησαν την προβλεπτική εγκυρότητα της ΘΣΣ. Συμπέραναν πως η πρόθεση είναι κύριος παράγοντας διατροφικής επιλογής και η

αυτοταυτότητα απαραίτητο στοιχείο της θεωρίας, καθώς και ανεξάρτητος δείκτης πρόθεσης, όπως συμβαίνει και στην παρούσα έρευνα, όσον αφορά την υγιεινή συνήθεια της φυσικής δραστηριότητας.

Η μερική συμβολή της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης (γνώσης-πληροφόρησης) στην πρόβλεψη της εξεταζόμενης υγιεινής συμπεριφοράς έχει επιβεβαιωθεί και σε άλλες έρευνες, όπως των Tsigilis et al. (2001), οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση του συγκεκριμένου παράγοντα στην πρόβλεψη συμμετοχής φοιτητών σε προγράμματα άσκησης, και βρήκαν αύξηση του συντελεστή πρόβλεψης πέρα από την αρχική επίδραση του μοντέλου της ΘΣΣ.

Από την άλλη πλευρά μεγάλη βαρύτητα έχει δοθεί στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Οι Eiser et al. (1989) αναφέρουν ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς σχετίζεται θετικά με συνήθειες υγείας από τη μικρή ηλικία. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνουν τη σημασία του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ήταν νεαροί ενήλικες. Κατά την άποψη των Conner et al. (2006) η εφηβική ηλικία δεν σταματά στα 18, αλλά χωρίζεται σε 2 φάσεις, την πρώτη 10-14 έτη και τη δεύτερη 15-22. Άρα όσον αφορά τη μελέτη της φυσικής δραστηριότητας οι φοιτητές θα πρέπει ν' αντιμετωπίζονται περισσότερο ως έφηβοι και λιγότερο ως ενήλικες.

Στην έρευνα των Armitage και Conner (1999) η πρόθεση ήταν ο κύριος παράγοντας διατροφικής επιλογής, αποτέλεσμα σύμφωνο με τη θεωρία, και οι στάσεις και η αυτοταυτότητα προέβλεπαν την πρόθεση, κάτι που συμβαίνει και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τόσο η υγιεινή διατροφική επιλογή της έρευνας των Armitage και Conner, όσο και η άσκηση (φυσική δραστηριότητα), συμπεριφορά που εξετάστηκε στην παρούσα έρευνα, είναι υγιεινές συμπεριφορές και πιθανά σε αυτό να οφείλονται τα παρόμοια ευρήματα.

Όλοι οι παράγοντες της ΘΣΣ, εκτός του κοινωνικού προτύπου, σχετίζονταν σημαντικά με την πρόθεση για φυσική δραστηριότητα. Ιδιαίτερα ισχυρή ήταν η συσχέτιση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες εμφάνισαν μέτρια συσχέτιση. Παρατηρείται ότι στη συγκεκριμένη συμπεριφορά όλες οι συσχετίσεις ήταν σημαντικές, ενώ στη συμπεριφορά του καπνίσματος, η οποία είναι ανθυγιεινή συμπεριφορά, οι συσχετίσεις των παραγόντων δεν ήταν σημαντικές. Ίσως η διαφορά αυτή να οφείλεται στη συμπεριφορά που εξετάζεται.

Στην παρούσα έρευνα η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, ενώ σχετιζόταν με την πρόθεση για άσκηση και τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ, ωστόσο δεν την προέβλεπε. Σχετικά με την ενημέρωση, οι Jones et al. (2003) σε έρευνά τους σε φοιτητές, αναφέρουν ότι η ενημέρωση έχει κάποια επίδραση στην πρόθεση εκτέλεσης της συμπεριφοράς της άσκησης και στις στάσεις ως προς αυτήν, αν υπάρξει θετικό σχέδιο παρακίνησης. Τα ευρήματα τους είναι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) συμπεραίνουν στην έρευνά τους ότι τα άτομα που παρουσιάζουν αρνητικές στάσεις ως προς το κάπνισμα, εκδηλώνουν και θετικότερες στάσεις ως προς την άσκηση και αντίστροφα. Υποστηρίζουν ακόμη ότι ίσως η άσκηση να αποτελεί ένα μέσο μείωσης ή και αντικατάστασης του καπνίσματος, αφού καλύπτει σχεδόν τις ίδιες ανάγκες με αυτές που δημιουργεί το συστηματικό κάπνισμα. Επειδή η άσκηση ενισχύει την αίσθηση του ελέγχου, της αυτοαποτελεσματικότητας και της αυτοπεποίθησης, κάτι που αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο πρόληψης από το κάπνισμα. Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση επηρεάζει σημαντικά τη διαμόρφωση των στάσεων των ατόμων για την άσκηση και το κάπνισμα, κάτι που διαφέρει από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μερικώς. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στην διαφορά της ηλικίας, αφού το δείγμα των παραπάνω ερευνητών ήταν από 13 έως 53 ετών. Στον φοιτητικό κα-

θαρά πληθυσμό όμως της παρούσας έρευνας, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση δεν σχετίζεται καθόλου με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, ενώ σχετίζεται μέτρια με την συμπεριφορά της άσκησης. Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν ίσως στο συμπέρασμα, πως ο αγώνας της ενημέρωσης πρέπει να ξεκινάει πολύ νωρίς και μάλιστα πριν από τα 13 έτη του νεαρού πληθυσμού. Θα πρέπει να προωθείται η ενασχόληση με την άσκηση, ενώ θα ήταν σωστό ακόμη να γίνονται γνωστοί οι κίνδυνοι του καπνίσματος και να ενισχύεται ο υγιεινός τρόπος ζωής γενικότερα.

Τους παραπάνω προβληματισμούς έρχεται να επιβεβαιώσει η έρευνα των Θεοδωράκη et al. (2005), οι οποίοι συστήνουν να υφίσταται σε καθημερινή βάση η ενημέρωση για το κάπνισμα και τα προβλήματα που δημιουργεί αυτό, και να απευθύνεται κυρίως στα παιδιά, τα οποία θα αποτελέσουν πιθανόν την μελλοντική δυναμική ομάδα καπνιστών. Η ενημέρωση θα πρέπει να προωθεί έναν διά βίου αθλητικό τρόπο ζωής και τα προγράμματα παρέμβασης, που προτείνουν οι παραπάνω ερευνητές για περιορισμό του καπνίσματος, να συμπεριλαμβάνουν τη χρήση της ΘΣΣ και του ΜΣΑ.

Παρά το γεγονός ότι η ΘΣΣ προβλέπει τη συμπεριφορά από την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, ο Armitage (2005), εξετάζοντας τη φυσική δραστηριότητα σε ενήλικες από 16-65 ετών, παρατήρησε ότι στην πρόβλεψη συνεισέφερε μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και όχι η πρόθεση. Όμοια και στην παρούσα έρευνα, στατιστικά σημαντικά δεν συνεισέφερε η πρόθεση για φυσική δραστηριότητα, αλλά μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς. Τα ερευνητικά δεδομένα για την πρόβλεψη της φυσικής δραστηριότητας δεν είναι πάντα σύμφωνα με τη ΘΣΣ. Για παράδειγμα, αντίθετα από τις δύο προαναφερόμενες έρευνες, στην έρευνα των Payne, Jones και Harris (2004), η πρόθεση προέβλεπε σημαντικά τη φυσική δραστηριότητα. Από την άλλη, υπάρχουν έρευνες, στις οποίες δεν εμφανίζεται σημαντική συσχέτιση του κοινωνικού προτύπου με τη φυσική δραστηριότητα (π.χ. Everson, Daley, & Ussher, 2007), όπως και στην πα-

ρούσα έρευνα. Ίσως να πρέπει να επανεξεταστεί ο τρόπος αξιολόγησης του κοινωνικού προτύπου ή να επανεξεταστούν οι παράγοντες της ΘΣΣ για τη φυσική δραστηριότητα με πρόσθεση νέων παραγόντων. Ωστόσο, συμπερασματικά όσον αφορά την φυσική δραστηριότητα, φαίνεται γενικότερα ότι όταν η συγκεκριμένη μελετάται σε φοιτητικό πληθυσμό, θα πρέπει τα άτομα της συγκεκριμένης κατηγορίας να αντιμετωπίζονται περισσότερο ως έφηβοι και λιγότερο ως ενήλικες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της παρούσας έρευνας, όπως στο κάπνισμα έτσι και στο αλκοόλ, η πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ με βάση την ΘΣΣ, είχε υψηλή συσχέτιση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, μέτρια συσχέτιση με την αυτοταυτότητα και χαμηλή συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Φαίνεται ότι οι φοιτητές, που ανήκουν σε συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία, ελέγχουν τη συμπεριφορά τους, και ότι η αυτοταυτότητα είναι σημαντική στην πρόθεσή τους για κατανάλωση αλκοόλ, αλλά λιγότερο σημαντική από ότι στην πρόθεσή τους για κάπνισμα. Αξιοσημείωτο είναι και εδώ το γεγονός, ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετίζεται με την πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ περισσότερο απ' ότι για το κάπνισμα, που είναι επίσης μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Έρευνα σε Ελληνικό πληθυσμό, και συγκεκριμένα σε μαθητές, έδειξε ότι το σύνολο των συμπεριφορών και των στάσεων τους έτειναν να ομαδοποιούνται είτε σε υγιεινές είτε σε ανθυγιεινές (Θεωδωράκης & Παπαιωάννου, 2002). Όμως στην έρευνα με την οποία ασχολήθηκαν οι Theodorakis, Papaioannou, Hatzigeorgiadis και Papadimitriou (2005) οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η απουσία ανθυγιεινών συμπεριφορών δεν είναι αναγκαίο να συνδέεται με υγιεινές συμπεριφορές.

Αν και οι De Vries και οι άλλοι (1988) δήλωσαν ότι οι νέοι αποκτούν τα «πιστεύω» τους από τα Πρότυπα γονέων και φίλων, και ότι ο ρόλος των Προτύπων και οι στάσεις αυτών επηρεάζει τη χρήση αλκοόλ, στην παρούσα έρευνα και στη συγκεκριμένη ηλικιακή

κατηγορία δεν διαπιστώνεται πολύ μεγάλη σημασία του κοινωνικού προτύπου στην επιλογή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Οι ίδιοι δηλώνουν ότι οι γνώσεις, επίσης, είναι ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης για τη χρήση απαγορευμένων ουσιών (ανθυγιεινή συμπεριφορά), ενώ στην παρούσα έρευνα δεν διαπιστώθηκε ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση επηρεάζει την πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ στους νέους.

Οι Akers et al. (1979) βρήκαν ότι η χρήση αλκοόλ στους έφηβους είναι δυνατόν να προβλεφθεί κατά το ήμισυ από τις αντιλήψεις των εφήβων σχετικά με τους σημαντικούς ενήλικες και κοντινούς φίλους, κάτι που φαίνεται να διαφοροποιείται στην παρούσα έρευνα, η οποία αφορά μεγαλύτερα παιδιά και στα οποία το κοινωνικό πρότυπο έχει μέτρια επίδραση όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ. Και οι McMillan και Conner (2003) στην έρευνά τους σε φοιτητές, στην οποία οι συμμετέχοντες δήλωσαν υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, κατέληξαν ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και οι στάσεις ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ. Ακόμη, κατά τους ίδιους, όσον αφορά την πρόβλεψη της συμπεριφοράς του αλκοόλ, σημαντικοί παράγοντες ήταν η πρόθεση και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος.

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η πρόθεση, η αυτοταυτότητα, οι στάσεις και τα κοινωνικά πρότυπα των φοιτητών συσχετίζονται με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ αντίθετα η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση δεν φαίνεται να συσχετίζεται με αυτά. Στη συγκεκριμένη συμπεριφορά παρατηρείται ότι οι παράγοντες της ΘΣΣ δεν συμβάλλουν όλοι στην πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ, κάτι που δεν συνέβαινε με το κάπνισμα, αφού ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα συνέβαλλαν στην πρόβλεψη της αντίστοιχης συμπεριφοράς.

Η πρόθεση των φοιτητών για κατανάλωση αλκοόλ σχετιζόταν σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλ κατά την επαναμέτρηση, αλλά δεν προέβλεπε την κατανάλωση αλκοόλ

ένα μήνα μετά, αφού στην πρόβλεψη δεν συνεισέφερε καμία μεταβλητή παρά μόνον οι στάσεις. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η ΘΣΣ μπορούσε να προβλέψει την κατανάλωση αλκοόλ, χωρίς όμως κάποιος παράγοντας να εξηγεί μόνος του σημαντικό μέρος της διακύμανσης. Το αλκοόλ, παρά το γεγονός ότι είναι μια ανθυγιεινή συμπεριφορά, δεν έχει μελετηθεί από τους ψυχολόγους της υγείας όσο το κάπνισμα. Στην έρευνα των McMillan και Conner (2003) η πρόβλεψη της κατανάλωσης αλκοόλ από τη ΘΣΣ ήταν σημαντική, όμως μόνον οι στάσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συνεισέφεραν σημαντικά. Οι ίδιοι βασιζόμενοι στην παρότρυνση του Ajzen (1991) για επέκταση της ΘΣΣ, προτείνουν στη μελέτη της κατανάλωσης αλκοόλ να περιλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες.

Ο Neuwirth και ο Frederick (2004) χρησιμοποίησαν την ΘΣΣ για να εξερευνήσουν τον ρόλο του κοινωνικού κατεστημένου σε κοινωνικές δράσεις σχετιζόμενες με την συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, σε φοιτητές ιδιωτικού Πανεπιστημίου, αφού η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με πολλούς κινδύνους. Εξετάστηκε ποιοι κανόνες-αντιλήψεις και κοινωνικά πρότυπα οδηγούν τους νέους στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, λόγω της κοινωνικής πίεσης που ασκούν. Στα αποτελέσματα τους φάνηκε ότι οι περισσότεροι φοιτητές καταναλώνουν αλκοόλ, όπως και στην παρούσα έρευνα, και ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση όπως και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συμμόρφωση ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Ακόμη και ο ρόλος των κοινωνικών προτύπων φαίνεται να παρουσιάζει μέτρια συσχέτιση και να βρίσκεται μέσα σε όρια, όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Επίσης, οι παραπάνω ερευνητές ανακάλυψαν ότι οι κοινωνικές επιδράσεις, όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οδηγούν σε χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία σχετίζεται με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά των Ajzen και Madden (1986), των οποίων η έρευνά τους αφορούσε επίδοση φοιτητών Κολεγίου (ίδιο με το δείγμα της παρούσας έρευνας), οι οποίοι υποστήριξαν ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και το κοινω-

νικό πρότυπο επηρεάζουν την πρόθεση των φοιτητών για κάπνισμα και αλκοόλ, με το κοινωνικό πρότυπο να είναι ο λιγότερο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης, όμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Επίσης, όσον αφορά τις στάσεις, βρέθηκε, όπως και στην παρούσα έρευνα, ότι είχαν σημαντικό αποτέλεσμα στην πρόβλεψη των προθέσεων. Η άποψη των παραπάνω ότι η ΘΣΣ είναι πετυχημένη στην πρόβλεψη προθέσεων για χρήση αλκοόλ και καπνού αποδεικνύεται μερικώς και στην παρούσα έρευνα.

Οι Petraitis και συνεργάτες (1995) στο άρθρο τους, που ασχολείται με την εφηβική ηλικία και την εξάρτησή τους από το κάπνισμα, το αλκοόλ και τις απαγορευμένες ουσίες, αναφέρουν πως τα παιδιά αυτά επηρεάζονται από τα μοντέλα των γονέων και των φίλων τους και πως οι κοινωνικές και διαπροσωπικές επιρροές είναι αυτές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους για τη χρήση ουσιών. Άρα επιβεβαιώνεται για ακόμη μια φορά πως στην εφηβική ηλικία τα πρότυπα παίζουν σημαντικό ρόλο στη δοκιμασία απαγορευμένων ουσιών, κάτι που διαφοροποιείται στην μεταεφηβική (φοιτητική) ηλικία, αφού στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το κοινωνικό πρότυπο φαίνεται να έχει και στις τρεις συμπεριφορές (αλκοόλ, άσκηση, κάπνισμα) μικρή επίδραση στην εκδήλωσή τους.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να συμφωνούν με αυτά των Conner και Sparks (1996), και των McMillan & Conner (2003), όσον αφορά το κάπνισμα και το αλκοόλ, αφού για τις συγκεκριμένες δύο συμπεριφορές οι ίδιοι βρίσκουν το κοινωνικό πρότυπο πιο αδύναμο παράγοντα πρόβλεψης των προθέσεων και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο σημαντικό δείκτη των τάσεων για κάπνισμα και αλκοόλ. Αντίθετα με τους παραπάνω οι Neuwirth & Frederick (2004) από έρευνά τους σε φοιτητές Πανεπιστημίου βρήκαν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι κοινωνικές αντιλήψεις-πρότυπα και οι κανόνες, επιδρούν στην κατανάλωση αλκοόλ.

Συμπερασματικά, από την αντιπαράθεση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και της σχετικής βιβλιογραφίας παρατηρείται ότι τα άτομα αυτής της ηλικίας δεν ενδιαφέ-

ρονται για τα μηνύματα πρόληψης της υγείας τους, που αφορούν το κάπνισμα και το αλκοόλ, αρκεί να ικανοποιήσουν τα «θέλω» τους, να επιβεβαιωθούν μ' αυτή τους την συμπεριφορά στους φίλους και στο περιβάλλον τους και να «περάσουν καλά», αγνοώντας τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους, και θεωρώντας ότι είναι πολύ νέοι, για να επηρεαστούν ή αρκετά ώριμοι, για να αναλάβουν τις ευθύνες τους.

Ομοίως ο Prochaska και οι άλλοι το 2004 ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της κατάχρησης αλκοόλ στα Πανεπιστήμια της Αμερικής, όπου, αυτή αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα και χρησιμοποίησαν το ΜΣΑ, το οποίο προσφέρει μια πολλά υποσχόμενη προσέγγιση για αλλαγή συμπεριφοράς σε φοιτητές Πανεπιστημίων και βασίζεται σε οργανωτικές προσπάθειες αλλαγής. Βασιζόμενοι στο γεγονός ότι τα στάδια αντιπροσωπεύουν τις κατευθύνσεις της αλλαγής, οι παραπάνω συμπέραναν ότι το 70% των φοιτητών ήταν στο στάδιο πριν την αναγνώριση-πρόθεση και λιγότερο από το 10% στο στάδιο δράσης. Αντίστοιχα είναι και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αφού ένα μεγάλο ποσοστό των φοιτητών (38%) βρίσκεται στο πρώτο στάδιο του προσυλλογισμού, και ένα 9% στο στάδιο δράσης. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι χρειάζονται στρατηγικές παρέμβασης, που προάγουν την αλλαγή σε κάθε στάδιο, κατά την φοιτητική καριέρα, με σκοπό να βοηθηθούν όλοι οι φοιτητές, ώστε να περάσουν στο τελευταίο στάδιο, το στάδιο της «δράσης και διατήρησης».

Ο Hardeman και οι άλλοι το 2002 μελέτησαν 30 έρευνες, που έγιναν σε μαθητές και φοιτητές Πανεπιστημίων, από τις οποίες οι 21 ήταν σχετικές με την διακοπή καπνίσματος, την άσκηση και το ποτό, και στις οποίες η ΘΣΣ χρησιμοποιήθηκε για να προβλέψει πρόθεση και συμπεριφορά. Στην συγκεκριμένη έρευνα, που σχετίζεται με την υγεία, η θεωρία επιβεβαιώθηκε για αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό, όπως και στη παρούσα έρευνα, όπου υπήρξε επίσης σημαντική επιβεβαίωση της θεωρίας. Όπως οι παραπάνω κατέληξαν στο γεγονός ότι η θεωρία δεν είναι τόσο καλή στο να εξελίξει την παρέμβαση, αλλά είναι κυ-

ρίως αποτελεσματική στο να προβλέπει πρόθεση και συμπεριφορά, το ίδιο επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτά των McMillan και Conner (2003), οι οποίοι χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ, για να μελετήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση αλκοόλ και καπνίσματος στους μαθητές, και να καταλήξουν στο γεγονός - σύμφωνα με την άποψη του Ajzen (1991) - ότι τα άτομα είναι σωστό να αντιληφθούν ότι ασκούν υψηλά επίπεδα ελέγχου πάνω στη συμπεριφορά, και αυτό είναι που θα προβλέψει και τη συμπεριφορά τους.

Οι προθέσεις συμπεριφοράς προβλέπονται από τα τρία συστατικά (Armitage & Conner, 1999), όμως η συμπεριφορά προβλέπεται από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και πρόθεσης, όσον αφορά τις συμπεριφορές του καπνίσματος και της κατάλυσης αλκοόλ. Τα ευρήματα των McMillan και Conner (2003) αποδεικνύουν τη θεωρία πετυχημένη στην πρόβλεψη προθέσεων για χρήση αλκοόλ και καπνού, όπου συμπεριφορά και αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν δείκτες και προφήτες των τάσεων για αλκοόλ και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν προφήτης της τάσης για κάπνισμα. Συγκρινόμενα τα αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι συμφωνούν όσον αφορά τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, αφού και στις δύο ανθυγιεινές συμπεριφορές είναι σημαντικός δείκτης πρόθεσης εκτέλεσης των συγκεκριμένων συμπεριφορών. Όμως ο Bagozzi σε μελέτη του το 1993 διαφωνεί και συμπεραίνει πως οι μεταβλητές της θεωρίας είναι απαραίτητες, αλλά όχι ικανοποιητικοί δείκτες συμπεριφοράς, επειδή υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα σε ποιότητα, όσον αφορά τη διατήρηση μιας συμπεριφοράς υγείας, και αυτά τα διαφορετικά δεδομένα μπορεί να είναι σημαντικά στα διαφορετικά στάδια.

Ένα καλό παράδειγμα αλληλοσυσχέτισης των δύο θεωριών (ΘΣΣ και ΜΣΑ) παρουσίασαν ο Humphreys και οι συνεργάτες του το 1998, οι οποίοι αποτίμησαν την πρόθεση

για θηλασμό (υγιεινή συμπεριφορά) χρησιμοποιώντας και το ΜΣΑ, με σκοπό να αυξηθεί η πρόθεση προς την υγιεινή συμπεριφορά. Σύμφωνα με το μοντέλο, η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς περιλαμβάνει τρεις κατευθύνσεις: Στάδια αλλαγής, διαδικασία αλλαγής και αποφασιστική ισορροπία. Τοποθετείται το άτομο σε ένα από τα πέντε στάδια (πριν την αναγνώριση- πρόθεση, αναγνώρισης- πρόθεσης, προετοιμασίας, δράσης και διατήρησης). Έτσι οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι έρευνες πρέπει να βασίζονται στα ατομικά στάδια αλλαγής, για καλύτερη προσέγγιση των ατόμων και ικανοποίηση ατομικών συμπεριφορών ανάλογα με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του κάθε σταδίου. Και οι δύο θεωρίες επιχειρείται να προβλέπουν συμπεριφορές υγείας και ενσωματώνεται η πρόθεση συμπεριφοράς για καλύτερη κατανόησή της, καθώς και το σχέδιο εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς στο μέλλον. Γι' αυτό είναι και χρήσιμος ο συνδυασμός τους, κάτι που εφαρμόστηκε και στην παρούσα έρευνα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και για τις τρεις συμπεριφορές, συμφωνούν με το συμπέρασμα των Theodorakis και συνεργατών (1995) μερικώς, στο γεγονός ότι η αυτοταυτότητα επηρεάζει την πρόθεση για την εκτέλεση κάποιας συμπεριφοράς, αφού και για τις τρεις συμπεριφορές η αυτοταυτότητα και οι στάσεις παρουσίασαν μεγάλη συμμετοχή στην πρόθεση για την εκτέλεση και των τριών συμπεριφορών. Οι ίδιοι συμπεραίνουν ότι και οι στάσεις συμβάλλουν στην πρόθεση για την εκτέλεση κάποιας συμπεριφοράς, κάτι που αποδεικνύεται κυρίως για τη φυσική δραστηριότητα – υγιεινή συμπεριφορά - στην παρούσα έρευνα. Πάντως, όσον αφορά τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και σύμφωνα με τον Ajzen (1991), φαίνεται και διαπιστώνεται έντονα στην παρούσα έρευνα, ότι ο παράγοντας του αντιλαμβανόμενου ελέγχου προβλέπει τη συμπεριφορά είτε αυτή είναι υγιεινή (φυσική δραστηριότητα, είτε ανθυγιεινή (κάπνισμα, αλκοόλ). Άρα βλέπουμε πως όσον αφορά τον παράγοντα του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, επιβεβαιώνεται η ΘΣΣ.

Οι Theodorakis και άλλοι (2005) ασχολήθηκαν με υγιεινές και ανθυγιεινές συνήθειες σε Έλληνες μαθητές και διαπίστωσαν, εκτός των άλλων, ότι το γένος και η βαθμίδα εκπαίδευσης φαίνεται να εξηγούν καλύτερα την παρουσία ή απουσία συμπεριφορών υγείας, όπως άσκηση και διατροφή, και οικογενειακές αντιλήψεις και συμπεριφορές φαίνεται να εξηγούν καλύτερα την παρουσία ή απουσία συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα και τη βίαιη συμπεριφορά. Διαπιστώθηκε από τους ίδιους ότι άτομα, και περισσότερο τα αγόρια μπορεί να γυμνάζονται, αλλά και να εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά. Ακόμη διαπίστωσαν ότι όσο ανέβαινε η βαθμίδα εκπαίδευσης (από το Δημοτικό προς το Λύκειο), τόσο οι μεγαλύτεροι μαθητές ανέφεραν λιγότερο υγιεινές και περισσότερο ανθυγιεινές συμπεριφορές και αυτό αφορούσε κυρίως το κάπνισμα και το αλκοόλ. Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται απόλυτα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αφού οι φοιτητές που συμμετείχαν είναι μια βαθμίδα πιο πάνω από τους μαθητές, και διαπιστώνεται πως συνεχίζουν τις αρνητικές συνήθειες του καπνίσματος και του αλκοόλ, ενώ πολλοί από αυτούς τις συνδυάζουν με την φυσική δραστηριότητα, που είναι μια υγιεινή συμπεριφορά. Συμπερασματικά φαίνεται λοιπόν ότι η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών δεν συνδέεται απαραίτητα με απουσία ανθυγιεινών συμπεριφορών και αυτό είναι κοινό συμπέρασμα και στην εφηβική (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002), αλλά και στην μεταεφηβική ηλικία στην οποία βρίσκονται οι φοιτητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κάπνισμα

1. Η πρόθεση των φοιτητών του ΤΕΙ για κάπνισμα συσχετίζεται με τις υποκλίμακες της ΘΣΣ και κυρίως η «αυτοαντίληψή» τους και η αίσθηση ότι ελέγχουν την συμπεριφορά τους συσχετίζονται με την πρόθεση περισσότερο από τις υπόλοιπες. Η ενημέρωση δεν συσχετίζεται ισχυρά με την πρόθεση για εκδήλωση της συμπεριφοράς καπνίσματος στους φοιτητές της παρούσας έρευνας, ενώ οι σημαντικοί άλλοι έχουν μέτρια συσχέτιση. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης συνεισέφεραν μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα.
2. Οι μεταβλητές της ΘΣΣ σε γενικές γραμμές συσχετίζονται με τα κριτήρια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος, εκτός του κοινωνικού προτύπου, που παρουσίασε πολύ μικρή συσχέτιση και της ενημέρωσης, που δεν σχετίζονταν σημαντικά. Στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του καπνίσματος συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και στις δύο μετρήσεις, καθώς και η πρόθεση και το κοινωνικό πρότυπο στην Α' μέτρηση.
3. Η πρόθεση των φοιτητών για κάπνισμα συσχετιζόταν με τις ερωτήσεις που αξιολογούσαν τη συμπεριφορά του καπνίσματος ένα μήνα μετά, αλλά η πρόθεση δεν προέβλεπε σημαντικά τη συμπεριφορά ένα μήνα μετά.

Φυσική Δραστηριότητα

4. Όλοι οι παράγοντες της ΘΣΣ σχετίζονταν σημαντικά με την πρόθεση για φυσική δραστηριότητα και κυρίως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης συνεισέφεραν οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η αυτοταυτότητα.
5. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ, εκτός του κοινωνικού προτύπου, συσχετίζονταν με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς της φυσικής δραστηριότητας. Στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς της φυσικής δραστηριότητας και στις δύο μετρήσεις συνεισέφερε σημαντικά μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος.
6. Η πρόθεση των φοιτητών για άσκηση δεν προέβλεψε τη φυσική τους δραστηριότητα σε καμία από τις δύο μετρήσεις.

Αλκοόλ

7. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ συσχετίζονταν με την πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ. Στην πρόβλεψη της πρόθεσης συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, το κοινωνικό πρότυπο και η αυτοταυτότητα.
8. Οι μεταβλητές της ΘΣΣ, εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, σχετίζονταν με την αυτοαναφερόμενη κατανάλωση αλκοόλ, όμως στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς της κατανάλωσης αλκοόλ σημαντικά συνεισέφεραν οι στάσεις και στις δύο μετρήσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς μόνο στην αρχική μέτρηση.
9. Η πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόταν με την συμπεριφορά αλκοόλ ένα μήνα μετά, αλλά δεν την προέβλεπε.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες και πρακτική εφαρμογή

Συμπερασματικά είναι δυνατόν να ειπωθεί ότι, ακόμη και μια μικρή συμβουλή είναι απαραίτητη για την διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ (Singleton & Pope, 2000). Χρειάζεται συμβουλευτική υποστήριξη των συμβούλων υγείας-καθηγητών φυσικής αγωγής σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης και κυρίως τις αρχικές. Απαραίτητη είναι ακόμη η ενίσχυση και η θετική παρακίνηση των ατόμων, αξιόπιστης προέλευσης (Jones et al., 2003), με εναλλακτικές δραστηριότητες και κυρίως φυσικές δραστηριότητες και δεξιότητες εκπαίδευσης, που ικανοποιούν σχεδόν τις ίδιες ανάγκες με αυτές του καπνίσματος και του αλκοόλ, και οι οποίες μειώνουν την ανάγκη για χρήση των συγκεκριμένων συμπεριφορών (Marcus et al., 1995). Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει απαραίτητα να συνεχίζεται και στα μεταεφηβικά χρόνια, όταν δηλαδή τα άτομα σπουδάζουν και βρίσκονται στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η παρέμβαση, θα πρέπει ίσως να γίνεται εξατομικευμένα, ανάλογα με την ετοιμότητα των μαθητών για αλλαγή, με χρήση μεθόδων μείωσης του στρες, με επιτάχυνση των διαδικασιών προς το σχέδιο δράσης και με έμφαση στις ιδιαιτερότητες του σταδίου, στο οποίο βρίσκονται οι νέοι (Wechsler, 1994).

Για να υπάρξει κάποια καλύτερη προοπτική για υγιεινότερο τρόπο ζωής και αποφυγή ή μείωση των ανθυγιεινών συμπεριφορών, ανάγκη είναι να ενισχυθεί το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, τα προγράμματα Αγωγής υγείας και οι παρεμβάσεις από κοινωνικούς φορείς στα σχολεία και μάλιστα να ξεκινούν από τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού Σχολείου. Οι παρεμβάσεις, τα προγράμματα Υγείας και η Φυσική Αγωγή δεν θα πρέπει να σταματούν τις προσπάθειές τους στην Βασική-Υποχρεωτική Εκπαίδευση, αλλά αυτές να εξακολουθούν και να ενισχύονται και στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση με καλύτερο και πιο οργανωμένο προγραμματισμό Υγείας και Φυσικής Αγωγής, και με σεβασμό στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης ιδιαίτερης αυτής ηλικίας, κατά την οποία οι φοιτητές είναι ευάλωτοι και χρειάζονται στήριξη από ικανούς και καλά ενημερωμένους σχετικά με την ηλικία αυτή

εκπαιδευτικούς. Ήδη η Φυσική Αγωγή στην Γενική Τριτοβάθμια Εκπαίδευση έχει εξελιχθεί και καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες για την βελτίωση της ποιότητά της σ' αυτό τον χώρο. Απαραίτητα είναι επί πλέον παρεμβατικά Προγράμματα γενικότερα για την Υγεία, τα οποία όχι μόνο να ενισχύουν τις υγιεινές συμπεριφορές, αλλά και να μειώνουν τις ανθυγιεινές. Αυτό κρίνεται αναγκαίο, επειδή οι απειλές και οι πειρασμοί των ανθυγιεινών συμπεριφορών ενισχύονται συνεχώς και με πολύ γρήγορους ρυθμούς.

Επιπλέον λαμβάνοντας υπ' όψη τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οποιαδήποτε προσπάθεια παρέμβασης, που έχει σκοπό την διακοπή ανθυγιεινών συμπεριφορών, θα πρέπει να σεβαστεί την σημαντική συνεισφορά του παράγοντα του «*Αντιλαμβανόμενου Ελέγχου της Συμπεριφοράς*» όσον αφορά την εκτέλεση των συμπεριφορών Υγείας, αφού τόσο μεγάλο ρόλο παίζει αυτός στην πρόβλεψη υγιεινών ή μη συμπεριφορών κατά τη συγκεκριμένη ηλικία. Ακόμη σημαντικός παράγοντας, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη, με ιδιαίτερη σημαντικότητα στα προγράμματα Υγείας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, είναι η «*αυτοταυτότητα*», η οποία συντελεί στην πρόβλεψη της πρόθεσης και για τις τρεις συμπεριφορές υγείας που εξετάστηκαν. Στη συγκεκριμένη ηλικία λοιπόν, δεν θα πρέπει να δοθεί τόσο βάρος στην ενημέρωση-πληροφόρηση, αλλά κυρίως στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και στην αυτοταυτότητα, σε οποιαδήποτε προσπάθεια παρέμβασης.

Άρα η Τριτοβάθμια Εκπαίδευση χρειάζεται άμεσα Συμβούλους Υγείας, περισσότερους καθηγητές Φυσικής Αγωγής, νέα προγράμματα ενίσχυσης υγιεινών συμπεριφορών ενημερωμένα των καινούργιων εξελίξεων και ερευνών, που να σέβονται τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα των συγκεκριμένων ατόμων, καθώς και πολύ μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τους αρμόδιους φορείς. Όλα αυτά θα πρέπει να δρομολογηθούν οργανωμένα, αφού μετά από αυτή την τελευταία βαθμίδα εκπαίδευσης τα περισσότερα τα άτομα εισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία σαν ώριμοι, ολοκληρωμένοι

και κατασταλαγμένοι ενεργοί πολίτες. Επίσης η Τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι ένα πολύ σημαντικό στάδιο, αφού οι σχετικές παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε μεγάλο αριθμό ατόμων.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά της κατανάλωσης αλκοόλ, επειδή τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν πολύ σημαντικά για την ενημέρωση των πραγματικών ποσοτήτων που καταναλώνουν οι Έλληνες φοιτητές, καλό θα ήταν να ερευνηθεί περισσότερο ο συγκεκριμένος τομέας ώστε να γίνουν οι κατάλληλες προσπάθειες διακοπής ή μείωσης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, κυρίως στις συγκεκριμένες ηλικίες που το φαινόμενο αρχίζει να παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδάμου, Δ. (2008). *Σχεδιασμός και εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος για την ευαισθητοποίηση και μείωση του καπνίσματος σε μαθητές Λυκείου*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Τρίκαλα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- 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., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behaviour: Attitudes, intentions and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453 – 474.
- 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. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions raised by a Reasoned Action approach: Comment on Ogden (2003). *Health Psychology*, 23, 431-434.
- Akers, R. L., Krohn, M. O., Lanza-Kaduce, L., & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological*

- Review*, 44, 636-655.
- 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. (2005). Can the Theory of Planned Behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 24(3), 235–245.
- 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., & 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.
- Αθανασάκης, Α., Ζερβός, Κ., Ζυγούρης, Σ., Λιάου, Α., & Κατσίκης, Κ. (1990). Αξονική τομογραφία εγκεφάλου σε χρόνιους αλκοολικούς ασθενείς. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 52, 218-224.
- Bagozzi, R. P. (1993). On the neglect of volition in consumer research: A critique and proposal. *Psychology and Marketing*, 10, 215-237.
- 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](http://no-smoking.org/july%2099/07-19-99-5.html)
- Batra, A., & Buchkremer, G. (1999). Smoking cessation with the nicotine patch. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 89(5), 505-509.
- 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.
- 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. (2001). Παράγοντες πρόβλεψης πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή. *Φυσική Δραστηριότητα & Ποιότητα Ζωής, 2*, 13 – 20.
- Bledsoe, L. K. (2006). Smoking cessation: An application of theory of planned behavior to understanding progress through stages of change. *Addictive Behaviors, 31*, 1271-1276.
- Borrelli, B., & Mermelstein, R. (1994). Goal Setting and behavior change in a smoking cessation program. *Cognitive Therapy and Research, 18* (1). Retrieved from <http://www.springerlink.com/content/1g627428q41q23q7/>
- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Burn, J., 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>
- Borland, R., Owen, N., Hill, D., & Schofield, P. (1991). Predicting attempts and sustained cessation after the introduction of workplace smoking bans. *Health Psychology, 10*, 336-342.
- 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, J. T. (2002). *Principles of health education and health promotion* (3rd edition). Englewood, Colorado: Morton Publishing.
- Centers for Disease Control. (1994). Cigarette smoking among adults-United States, 1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *43*, 925-930.
- 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.
- 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.
- 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.
- Δεσλή, Ε. (2007). *Αξιολόγηση ενός Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεν Καπνίζω- Γυμνάζομαι» με Βάση τη Θεωρία της Πειθούς σε μαθητές δημοτικού*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- 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.
- 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.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A., & Heath, G. W. (2004). Physical activity and diabetes. In R.K. Dishman, R.A. Washburn & G.W. Heath (Eds.), *Physical activity epidemiology* (pp. 191-207). Champaign, IL: Human Kinetics.
- 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.
- 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.
- 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., & Deshamais, R. (1992). Predictors of smoking behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *British Journal of Addiction*, 87, 1335-1343.
- Γκόλτσος, Κ. (2008). *Αξιολόγηση του παρεμβατικού προγράμματος αγωγής υγείας «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» σε παιδιά Στ' δημοτικού*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Τρίκαλα, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- 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.
- Haustein, K. O. (1999). Rauchen oder Nikotin als Ursache von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Möglichkeiten der Behandlung der Nicotinabhängigkeit. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 124, 363-369.
- Hess, H. (1987). *Rauchen: Geschichte, Geschäfte, Gefahren*. Frankfurt, Germany: Campus Verlag.
- 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.
- Himberg, C., Hutchinson, G. E., & Rousell, J. M. (2003). *Teaching secondary physical education: Preparing adolescents to be active for life*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Hoffmann, 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.
- Humphreys, A. S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (1998). Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, 13, 3331-341.
- 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.
- Κοσμίδου, Ε. (2007). *Κάπνισμα και άσκηση: Αποτελεσματικά μηνύματα για αλλαγή στάσεων σε προγράμματα Αγωγής Υγείας που απευθύνονται σε μαθητές και φοιτητές*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- 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.
- Kriska, A. M., & Caspersen, C. J. (1997). A collection of physical activity questionnaires for health related research. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 29, 36-38.
- Krosnick, J.A., Boninger, D.S., Chuang, Y. C., Bernet, M. K., & Carnot, C.G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality*

- and Social Psychology*, 65, 1132-1151.
- Laforce, R. (2000). Preliminary report describing research in progress. Ref Type: Personal Communication.
- Levesque, D.A., Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Dewart, S.R., Hornby, L.S., & Weeks, W.B. (2001). Organizational stages and processes of change for continuous quality improvement. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 53, 139-153.
- Λιώνης, Χ., & Στεφάνου, Ε. (1997). Αλκοόλ, φίλος ή εχθρός; Η σχέση του με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 14(5), 534-541.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychobiological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist*, 10, 1-24.
- Lautenschlager, N., Almeida, O., Flicker, L., & Janca, A. (2004). Can physical activity improve the mental health of older adults? A review. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 3, 12.
- Malinski, M. K., Sesso, H. D., Lopez-Jimenez F., Buring, J. E., & Gaziano, J. M. (2004). Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men. *Archives of Internal Medicine*, 164(6), 623-628.
- Mazess, R. B., & Barden, H. S. (1991). Bone density in premenopausal women: Effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *American Journal of Clinical Nutrition*, 54 (9), 169-171.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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
- O' Donnel, M.P. (1997). Editorial: The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 8-10.
- Παγκράτη, Ι. (2008). *Αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος ευαισθητοποίησης μαθητών Λυκείου για το κάπνισμα και την αξία της άσκησης*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Κομοτηνή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Pateman, B. (2003). Healthier students, better learners. *Educational Leadership, 61*, 70-75.
- Payne, N., Jones, F., & Harris, P. R. (2004). The role of perceived need within the theory of planned behaviour: A comparison of exercise and healthy eating. *British Journal of Health Psychology, 9*, 489–504.
- Petratis, 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.
- Rhodes, R.E., & Courneya, K.S. (2003). Modeling the theory of planned behaviour and past behaviour. *Psychology, Health & Medicine*, *8*(1), 57-69.
- 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.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2*, 4.
- Rooney, B.L., & Murray, D.M. (1996). A Meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education & Behavior*, *23*(1), 48-64.
- 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., & Osler, 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 inter-

- ventions for adults and adolescent. *Journal of Counseling and Developments*, 78.
- Σκληρός, Α., Κτώρου, Ε., Σωτηρόπουλος, Α., Μάγκου, Μ., Παπαδημητρίου, Ε., & Καραχάλιου, Ε. (2001). Οξύ Έμφραγμα μυοκαρδίου και αλκοόλ. *Ιατρική*, 79, 177-181.
- Sorensen, G., Fagan, 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.
- Tchissambou, B. P., Massamba, A., Babela, J. R., Mouanou, J. K., Mboussa, J., & Senga, P. (2004). The effects of smoking and the degree of nicotine dependence on aerobic capacity in sportsmen. *Revue des Maladies Respiratoires*, 21, 59-66.
- 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 behavior theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 151-160.
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Άσκηση και Κάπνισμα. Μέρος 1ο. 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.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας: Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη*.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek students' atti-

- tudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports*, 92, 275-283.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., Hatzigeorgiadis, A., & Papadimitriou, E. (2005). Patterns of health-related behaviours among Hellenic students. *Hellenic Journal of Psychology*, 2, 225-242.
- Θεοδωράκης, Γ., & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- 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.
- Thune, I. & Batty, D. (2000). Does physical activity prevent cancer? *British Medical Journal*, 321, 1424–1425.
- 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., 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.
- Βρακά, Γ. (2006). *Αξιολόγηση εφαρμογής του προγράμματος αγωγής υγείας «άσκηση και κάπνισμα» σε μαθητές Α' γυμνάσιου*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή. Κομοτηνή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Wechsler, 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.

Wiehe, S. E., Garrison, M. M., Christakis, D.A., Ebel, B. E., & Rivara, F.P. (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up.

Journal of Adolescent Health, 36(3), 162-169.

World Health Organization. “Member States need to take action against tobacco advertising”. 2001; WHO/47.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας

Τρίκαλα: 05/05/2006
Αριθμ. Πρωτ.: 77

Αίτηση Εξέτασης της πρότασης για διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο: Μελέτη συμπεριφορών υγείας μέσα από κοινωνικογνωστικές θεωρίες: Κάπνισμα, αλκοόλ και φυσική δραστηριότητα σε φοιτητές Τ.Ε.Ι. της επαρχίας

Επιστημονικός υπεύθυνος – επιβλέπων: Ζήση Βασιλική

Κύριος/α ερευνητής/τρια - φοιτητής/τρια: Λύσσα Βασιλική

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: lyssavas@yahoo.com

Η Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μετά την υπ. Αριθμ. **1/14-11-2006** 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 φοιτητών των Τ.Ε.Ι (Σερρών) 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 : **Λύσσα Βασιλική**, καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

1. Σκοπός της ερευνητικής 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 φοιτητές των Τ.Ε.Ι (Σερρών). 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 την 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 φοιτητών των Τ.Ε.Ι ως προς τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Μετά από ένα μήνα θα επαναληφθεί η μέτρηση στον ίδιο πληθυσμό.

3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Ιδιαίτεροι κίνδυνοι δεν υπάρχουν. Θα γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια να μην διαταραχθεί το πρόγραμμα μαθημάτων των φοιτητών και οι μετρήσεις θα γίνονται στο τέλος των μαθημάτων τους και πάντα σε συνεργασία με τους υπεύθυνους καθηγητές. Οι μισές από αυτές θα γίνουν στο Πανεπιστημιακό Γυμναστήριο, στον ελεύθερο χρόνο των φοιτητών. Η διαδικασία για κάθε μέτρηση θα διαρκεί είκοσι λεπτά με μισή ώρα, οπότε 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 δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σου δε θα φαίνεται πουθενά

6. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις 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 συμμετέχοντος	_____	Υπογραφή	_____
Όνοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα συμμετέχοντος	_____	Υπογραφή	_____
Υπογραφή ερευνητή	Όνοματεπώνυμο παρατηρητή	και	υπογραφή



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.

Ένα παράδειγμα:

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

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

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

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

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

*** Σημαντικές διευκρινίσεις:**

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

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

Κάθε 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 κάθε 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
----------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

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 (<u>λιγότερο</u> από 6 μήνες) δεν καπνίζω πια
<input type="checkbox"/> Κάπνισα (ή κάπνισα) στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για <u>περισσότερους</u> από 6 μήνες

Το να ασκούμεαι για μένα είναι:

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

Σκοπεύω να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

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

Είμαι αποφασισμένος/η να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

Ναι	:	:	:	:	:	:	Όχι
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	

Θα προσπαθήσω να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

Σωστό	:	:	:	:	:	:	Λάθος
απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	

Για μένα το να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα είναι:

εύκολο	:	:	:	:	:	:	δύσκολο
πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

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

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

Μπορώ να ασκούμεαι τον επόμενο μήνα:

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

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να ασκείται:

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

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 κάνατε 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, δουλειές 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:

Πόσα αδέρφια είστε;

Παντρεμένοι; Διαζευγμένοι; Χήρος/α

Ποια θεωρείτε ότι είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σας;

Πολύ κακή

Κακή

Μέτρια

Καλή

Πολύ καλή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΝΑΜΕΤΡΗΣΗΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε οπωσδήποτε:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../ 19

(ημέρα/μήνας/έτος)

ΑΝΤΡΑΣ:

ΓΥΝΑΙΚΑ:

Απάντηση σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)
Πόσα τσιγάρα κάπνισες 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 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 (<u>λιγότερο</u> από 6 μήνες) δεν καπνίζω πια
<input type="checkbox"/> Κάπνισα (ή κάπνισα) στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για <u>περισσότερους</u> από 6 μήνες

* αναφέρεται σε συστηματικό κάπνισμα 2 ή περισσότερων τσιγάρων την ημέρα

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας 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').

- 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 ασκούμαι* και δε σκέφτομαι να αρχίσω τους επόμενους 6 μήνες
<input type="checkbox"/>	Δεν ασκούμαι, αλλά σκέφτομαι να αρχίσω μέσα στον επόμενο μήνα
<input type="checkbox"/>	Δεν ασκούμαι συστηματικά, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες έχω ασκηθεί κάποιες φορές
<input type="checkbox"/>	Ασκούμαι συστηματικά αλλά για <u>λιγότερο</u> από 6 μήνες
<input type="checkbox"/>	Ασκούμαι συστηματικά για <u>περισσότερους</u> από 6 μήνες

* αναφέρεται σε συστηματική συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες ή προγράμματα άσκησης τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα

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

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

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

* αναφέρεται σε συστηματική κατανάλωση τουλάχιστον 5 ποτηριών την εβδομάδα ή 1 ποτηριού κάθε μέρα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!