

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**Συμβολή της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στην  
Πρόβλεψη Συμπεριφορών Υγείας σε Πάσχοντες από Έμφραγμα του  
Μυοκαρδίου**

της  
**Κωνσταντίνας Γ. Μπαλιάμη**

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

**Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα**

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

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

**3<sup>ος</sup> Επιβλέπων καθηγητής: Χασάνδρα Μαρία**

**2013**

## Σελίδα copyright - Υπεύθυνη Δήλωση

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μπαλιάμη Κωνσταντίνα, ΑΜ 08/11, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Τ.Ε.Φ.Α.Α. του προγράμματος «Ψυχολογία της Άσκησης», δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους που αφορούν

(α) στα πνευματικά δικαιώματα της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (ΜΔΕ) μου με τίτλο «Συμβολή της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στην Πρόβλεψη Συμπεριφορών Υγείας σε Πάσχοντες από Έμφραγμα του Μυοκαρδίου»,

(β) στη διαχείριση των ερευνητικών δεδομένων που θα συλλέξω στην πορεία εκπόνησής της:

1. Τα πνευματικά δικαιώματα του τόμου της μεταπτυχιακής διατριβής που θα προκύψει θα ανήκουν σε μένα. Θα ακολουθήσω τις οδηγίες συγγραφής, εκτύπωσης και κατάθεσης αντιτύπων της διατριβής στα ανάλογα αποθετήρια (σε έντυπη ή/και σε ηλεκτρονική μορφή).

2. Η διαχείριση των δεδομένων της διατριβής ανήκει από κοινού σε εμένα και στην κύρια επιβλέπουσα καθηγήτρια.

3. Οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση ή ανακοίνωση (αναρτημένη ή προφορική), ή αναφορά που προέρχεται από το υλικό/δεδομένα της εργασίας αυτής θα γίνεται με συγγραφείς εμένα την ίδια, την κύρια επιβλέπουσα ή/και άλλους ερευνητές (πχ μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, συνεργάτες κλπ), ανάλογα με τη συμβολή τους στην έρευνα και στη συγγραφή των ερευνητικών εργασιών.

4. Η σειρά των ονομάτων στις επιστημονικές δημοσιεύσεις ή επιστημονικές ανακοινώσεις θα αποφασίζεται από κοινού από εμένα και την κύρια επιβλέπουσα της εργασίας, πριν αρχίσει η εκπόνησή της. Η απόφαση αυτή θα πιστοποιηθεί εγγράφως μεταξύ εμού και της κύριας επιβλέπουσας.

**Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω τους κανόνες περί δεοντολογίας και περί λογοκλοπής και πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι θα τους τηρώ απαρέγκλιτα καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης και κάλυψης των εκπαιδευτικών υποχρεώσεων μου που προκύπτουν από το ΠΜΣ/τμήμα και καθ' όλη τη διάρκεια των διαδικασιών δημοσίευσης που θα προκύψουν μετά την ολοκλήρωση των σπουδών μου.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ο/Η δηλών -ούσα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να διερευνήσει αν η Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ), που εξετάζεται μέσα από το θεωρητικό μοντέλο των Salovey και Mayer (1990), μπορεί να συμβάλει στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι παραπάνω συμπεριφορές εξετάζονται μέσα από τη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ, Ajzen, 1991). Για το λόγο αυτό καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και η αυτοταυτότητα των ατόμων απέναντι στις προαναφερόμενες συμπεριφορές υγείας. Στην έρευνα μετείχαν 100 πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου ( $M=53.92$ ,  $TA=10.65$  ετών) οι οποίοι συμπλήρωσαν την Ελληνική Κλίμακα ΣΝ (Tsaousis, 2008) και ερωτηματολόγια αξιολόγησης συμπεριφορών έγκυρα και αξιόπιστα για τον ελληνικό πληθυσμό. Καταγράφηκε ακόμη ο βαθμός εκδήλωσης κάθε συμπεριφοράς δύο φορές με χρονική απόσταση ενός μήνα. Οι ιεραρχικές αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα ( $R^2=.94$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος ( $p<.001$ ). Στην πρόβλεψη της πρόθεσης για φυσική δραστηριότητα ( $R^2=.87$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ( $p<.001$ ) και οι στάσεις ( $p<.05$ ). Τέλος, στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ ( $R^2=.90$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ( $p<.001$ ), και η αυτοταυτότητα ( $p<.05$ ). Στην πρόβλεψη συμπεριφοράς καπνίσματος ( $R^2=.88$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά η παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος ( $p<.001$ ) και από τους παράγοντες της ΣΝ, η ενσυναίσθηση και το ενδιαφέρον ( $p<.001$ ) και η χρήση των συναισθημάτων ( $p<.05$ ). Στην πρόβλεψη συμπεριφοράς φυσικής δραστηριότητας ( $R^2=.88$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά η παρελθοντική συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας ( $p<.001$ ) και από τους παράγοντες της ΣΝ, η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον ( $p<.05$ ) και η χρήση των συναισθημάτων ( $p<.05$ ). Στην πρόβλεψη κατανάλωσης αλκοόλ ( $R^2=.91$ ,  $p<.001$ ) συνεισέφεραν σημαντικά, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ( $p<.05$ ), η παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ ( $p<.001$ ) και από τους παράγοντες της ΣΝ, ο έλεγχος συναισθημάτων ( $p<.05$ ) και η χρήση των συναισθημάτων ( $p<.05$ ). Τα παραπάνω δείχνουν ότι η ΣΝ με τη ΘΣΣ μπορούν από κοινού να συμβάλουν καθοριστικά στην πρόβλεψη και των τριών συμπεριφορών σε πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

**Λέξεις κλειδιά:** Συναισθηματική Νοημοσύνη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, κατανάλωση αλκοόλ, Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

## **The contribution of emotional intelligence in the prediction of health behaviors in cardiac patients.**

### **ABSTRACT**

The present study employed the Theory of Emotional intelligence (Mayer & Salovey, 1997) and the Planned Behavior Theory (TPB, Ajzen, 1991) to investigate whether the factors of emotional intelligence may contribute in the prediction of health behaviors related to exercise, smoking and alcohol in people who have suffered a myocardial infarction. The Questionnaires, valid and reliable for the Greek population, were used to assess emotional intelligence (GEIS, Tsaousis, 1998) and intention attitudes, perceived behavioral control, subjective norms, self identity and perceived knowledge for each of the aforementioned behaviors in 100 patients aged  $M=53.92$  yrs. Behaviors were recorded twice in one month apart, in order to predict more accurately intention and behavior. Regression analysis revealed that intention to smoke was primarily predicted ( $R^2=.94$ ,  $p<.001$ ) by perceived behavioral control and past behavior ( $p<.001$ ). The intention to exercise ( $R^2=.87$ ,  $p<.001$ ) was primarily predicted by perceived behavioral control ( $p<.001$ ) and attitudes ( $p<.05$ ). The main predictors for alcohol consumption ( $R^2=.90$ ,  $p<.001$ ) were perceived behavioral control ( $p<.001$ ), and self identity ( $p<.05$ ). Smoking behavior on the other hand, was mainly predicted ( $R^2=.88$ ,  $p<.001$ ) by past behavior ( $p<.001$ ) and the EI factor, caring and empathy ( $p<.001$ ) and use of emotions ( $p<.05$ ). Physical activity behavior was mainly predicted ( $R^2=.88$ ,  $p<.001$ ) by past behavior ( $p<.001$ ) and by the EI factor use of emotions ( $p<.05$ ) and caring and empathy ( $p<.05$ ). Alcohol consumption was primarily predicted ( $R^2=.91$ ,  $p<.001$ ) by perceived behavioral control ( $p<.05$ ), past behavior ( $p<.001$ ) and by the EI factors control of emotions ( $p<.05$ ) and use of emotions ( $p<.05$ ). The above results suggest that the TPB model and EM theory can both significantly predict smoking, alcohol use and exercise behavior in Greek patients who have suffered a myocardial infarction.

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

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω όλους όσοι βοήθησαν στην ολοκλήρωση της Μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Πρώτα απ' όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Βασιλική Ζήση για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφερε, την αμέριστη συμπαράσταση της και ακούραστη καθοδήγησή της σε όλη τη διάρκεια της διατριβής, από το σχεδιασμό, μέχρι τη συγγραφή και την παρουσίαση.

Επίσης, προσφέρω μέσα από τα βάθη της καρδιάς μου ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου Αχιλλέα και τα παιδιά μου Βασιλή και Δήμητρα για την τιάνια υπομονή, απέραντη ηθική υποστήριξη και πολύτιμη συμπαράσταση που έδειξαν ώστε να πάρει σάρκα και οστά η παρούσα έρευνα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT .....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>12</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>13</b>
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	14
ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ.....	17
ΣΚΟΠΟΣ.....	20
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	21
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	22
ΜΗΔΕΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	23
ΟΡΙΣΜΟΙ.....	24
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ</b> .....	<b>28</b>
ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	29
ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	32
• ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ SALOVEY ΚΑΙ MAYER (1997).....	32
• ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ BAR-ON (1997).....	34
• ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ GOLEMAN (1995).....	36
ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
• ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ.....	39
• ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΠΙΣΤΕΥΩ ΥΓΕΙΑΣ.....	40
• ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (Ajzen, 1991).....	41
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ.....	43
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ	

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ .....	44
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	49
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	53
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	56
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ.....	58
ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	62
• ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.....	66
• ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	72
• ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ, ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	74
• ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	75
• ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	81
• ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	83
• ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	87
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>88</b>
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ .....	88
ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	90
• ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	90
• ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	92
• ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΘΣΣ.....	95
• ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	96
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	96
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	97
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>99</b>
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ.....	99

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	99
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	103
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	105
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ.....	108
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ.....	109
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΠΡΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΑΛΚΟΟΛ.....	112
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ, ΘΣΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	114
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>118</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>138</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>147</b>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	171
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ .....	171
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΡΕΒΕΝΩΝ.....	172
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ.....	173
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ (ΕΚΣΥΝ, ΤΣΑΟΥΣΗΣ, 1998).....	175
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	179
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΝΑΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	188



## ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Αριθμός και ποσοστά εμφραγματιών ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.....	88
<i>Πίνακας 2</i>	Άτομα και ποσοστά ανά τύπο εργασίας.....	89
<i>Πίνακας 3</i>	Αριθμός και ποσοστό εμφραγματιών ως προς την οικογενειακή κατάσταση .....	89
<i>Πίνακας 4</i>	Αριθμός και ποσοστό εμφραγματιών ως προς την οικονομική κατάσταση.....	90
<i>Πίνακας 5</i>	Δείκτες $\alpha$ Cronbach, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της ΣΝ.....	91
<i>Πίνακας 6</i>	Δείκτες Skewness και Kurtosis για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.....	92
<i>Πίνακας 7</i>	Δείκτες $\alpha$ Cronbach, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της ΘΣΣ.....	93
<i>Πίνακας 8</i>	Συντελεστές Skewness και Kurtosis για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.....	94
<i>Πίνακας 9</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη Συναισθηματική Νοημοσύνη των συμμετεχόντων.....	99
<i>Πίνακας 10</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά καπνίσματος.....	99
<i>Πίνακας 11</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (συχνότητες) για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.....	100
<i>Πίνακας 12</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.....	100
<i>Πίνακας 13</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά άσκησης.....	101
<i>Πίνακας 14</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.....	101
<i>Πίνακας 15</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της	

	Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ.....	102
<i>Πίνακας 16</i>	Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (συχνότητες) για τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.....	102
<i>Πίνακας 17</i>	Συσχετίσεις (Pearson) της πρόθεσης για κάπνισμα με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.....	103
<i>Πίνακας 18</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα από τις μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος.....	104
<i>Πίνακας 19</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και των μεταβλητών αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος.....	105
<i>Πίνακας 20</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά καπνίσματος (αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα κατά την τελική μέτρηση).....	106
<i>Πίνακας 21</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς καπνίσματος από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.....	107
<i>Πίνακας 22</i>	Συσχετίσεις (Pearson) της πρόθεσης για άσκηση με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.....	108
<i>Πίνακας 23</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση από τις μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς άσκησης.....	109
<i>Πίνακας 24</i>	Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ με το Συνολικό Δείκτη της μέχρι τώρα συμπεριφοράς άσκησης.....	110
<i>Πίνακας 25</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας (Συνολικός Δείκτης Άσκησης κατά την τελική μέτρηση).....	111
<i>Πίνακας 26</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς άσκησης από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.....	112
<i>Πίνακας 27</i>	Συσχετίσεις (Pearson) της πρόθεσης για αλκοόλ με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.....	113
<i>Πίνακας 28</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την	

	πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ από τις Μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ.....	114
<i>Πίνακας 29</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τις μεταβλητές αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς κατανάλωσης Αλκοόλ.....	115
<i>Πίνακας 30</i>	Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ κατά την τελική μέτρηση.....	116
<i>Πίνακας 31</i>	Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς αλκοόλ από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.....	117

## ΛΙΣΤΑ ΜΕ-ΣΧΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Σχήμα 1:</i>	‘‘E.I. ability Model’’ (Mayer & Salovey,1997).	33
<i>Σχήμα 2:</i>	‘‘Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς’’(TPB, Ajzen, 1991).	42

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ) έχει προκαλέσει ένα ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας, οδηγώντας τους ερευνητές να μελετήσουν τη δυναμικότητά της σε πολλές περιοχές της ανθρώπινης λειτουργίας. Μια πολλά υποσχόμενη περιοχή είναι ο χώρος της Ψυχολογίας της Υγείας, όπου η ΣΝ μπορεί να συμβάλει δυναμικά προβλέποντας, αφενός μεν, συμπεριφορές υγείας που αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και αφετέρου δε, συμπεριφορές που λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική τους υγεία (Tsiaousis & Nikolaou, 2005). Δεδομένα από σειρές ερευνών καταδεικνύουν το άγχος, το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ και την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ως τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (ΣΝ), το φάσμα δηλαδή των συμπτωμάτων και των νοσημάτων που οφείλονται σε βλάβες των αρτηριών που παρέχουν αίμα στην καρδιά (Buttar, Li, & Ravi, 2005; Fraser & Upsdell, 1981; Gibbons, Blair, Cooper, & Smith, 1983; Pohorecky, 1990; Scragg, Stewart, Jackson, Beaglehole, 1987; Siscovick, Laporte, & Newman, 1985). Το έτος 2005 καταγράφηκαν 58 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως από τους οποίους οι 17 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις και οι 7.6 οφείλονταν σε στεφανιαία νόσο (WHO, 2005, 2007). Μία από τις κυριότερες εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου (MI) (Mendis et al., 2011). Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν πως οι προαναφερόμενοι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου δεν

παρατηρούνται μόνο στις αναπτυγμένες χώρες αλλά και στις λιγότερο αναπτυγμένες (Yusuf et al., 2004), συμβάλλοντας έτσι στην περαιτέρω εξάπλωσή της νόσου, γεγονός που επιβάλλει άμεσα τον έλεγχο και τον περιορισμό της.

### *Συναισθηματική Νοημοσύνη και Συμπεριφορές Υγείας*

Προβαίνοντας σε μία σύντομη επισκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τη συναισθηματική νοημοσύνη, εύλογα συμπεραίνει κανείς, πως αυτή έχει αποτελέσει αντικείμενο αέναων συζητήσεων τόσους στους κόλπους της επιστημονικής κοινότητας όσο και στους φιλοσοφικούς κύκλους, αναδεικνύοντας την, ως έναν από τους κυριότερους κοινωνικούς ψυχολογικούς παράγοντες με πολλά υποσχόμενες εφαρμογές σε πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου, με στόχο τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής του υγείας και κατά επέκταση της ποιότητας ζωής του.

Οι πρώτες ερευνητικές αναζητήσεις από τον Edward Thorndike (1920) που υπογράμμισε την πρώτη της επιστημονική οντότητα με το έργο του *κοινωνική νοημοσύνη*, τον Gardner (1983), που κατασκεύασε τους πιο βασικούς λίθους πάνω στους οποίους στηρίχτηκε η εννοιολογική κατασκευή της με τις *πολλαπλές νοημοσύνες*, μέχρι τον Goleman (1995) που εκτίναξε τη δημοτικότητα της στα ύψη με την έκδοση το βιβλίου του, αποκαλύπτουν την πολλαπλή της διάσταση αλλά και τη γενικότερη σύγχυση που επικρατεί ανάμεσα στους ειδικούς ως προς τη χρήση και την εφαρμογή της καθώς και τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν.

Οι θεωρητικοί, όμως, που συνέβαλλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση του θεωρητικού πλαισίου της ΣΝ, είναι, αφενός μεν, ο Goleman (1995) που βλέπει τη ΣΝ ως μια σειρά από ικανότητες και δεξιότητες που καθοδηγούν την αποτελεσματική συμπεριφορά και ο Bar-On (1997) που την ορίζει ως μια σειρά από ικανότητες και δεξιότητες που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις

διάφορες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του και, αφετέρου δε, οι Salovey και Mayer (1990) οι οποίοι την ορίζουν ως ικανότητα αντίληψης κατανόησης και χειρισμού των συναισθημάτων με σκοπό την διευκόλυνση της σκέψης.

Οι σύγχρονοι θεωρητικοί Mayer & Salovey (1997) με το θεωρητικό τους μοντέλο, που θα αποτελέσει και το βασικό πλαίσιο στο οποίο θα κινηθεί η παρούσα ερευνητική εργασία, ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο το θεωρητικό πλαίσιο του Gardner (1983) περιλαμβάνοντας την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική νοημοσύνη του αλλά αναφερόμενοι και σε κάποιες άλλες ικανότητες που αφορούν το γνωστικό και το συναισθηματικό σύστημα οργάνωσης της σκέψης του ανθρώπου.

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί ερευνητές παρουσίασαν ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον στο να μελετήσουν την εφαρμογή της σε πολλούς τομείς της ψυχολογίας. Σε μία μεγάλη ανασκόπηση, ένας αξιόλογος ερευνητής στον τομέα της ΣΝ ο Πετρίδης (2011), συμπέρανε πως αυτή έχει εφαρμογές στο χώρο της οργανωτικής, κλινικής αναπτυξιακής, εκπαιδευτικής και κοινωνικής ψυχολογίας. Ιδιαίτερα έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρατηρείται στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα σε κλινικούς πληθυσμούς, όπου οι διάφορες συναισθηματικές αντιδράσεις και εμπειρίες επιδρούν τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική υγεία, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν τη λειτουργία του καρδιαγγειακού και ανοσοποιητικού συστήματος και να προκαλούν συναισθηματικές διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Herbert & Choen, 1993), και συνάμα να ωθούν κάποια άτομα, λόγω της αδυναμίας να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, στο να υιοθετήσουν μη υγιείς συμπεριφορές όπως το κάπνισμα (π.χ. Brandon, 1994) και το αλκοόλ (π.χ. Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995) με βαρύτερες συνέπειες για την υγεία τους. Εκτεταμένες έρευνες στο χώρο της Υγείας έχουν αποκαλύψει άμεσες συσχετίσεις μεταξύ της συναισθηματικής διέγερσης και των καρδιαγγειακών επιπτώσεων (Friedman, 1992; Kamarck & Jennings, 1991; Smith, 1992).

Ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον παρουσιάστηκε, επίσης, στη σύνδεση της συναισθηματικής νοημοσύνης και συμπεριφορών υγείας στο γενικότερο πληθυσμό όπου οι ερευνητές προσπαθούν να διερευνήσουν τυχόν σχέσεις μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και συμπεριφορών υγείας όπως κάπνισμα, άσκηση και αλκοόλ (Austin, Saklofse, & Egan, 2005).

Δεδομένα από σειρές ερευνών που διερευνούν την ύπαρξη αιτιώδους σχέσεως μεταξύ ΣΝ και άσκησης, υποστηρίζουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης (Shuk-Fong, Lu, & Wang, 2009; Solanki & Lane, 2010), αναδεικνύοντας την άσκηση ως παράγοντα που φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη ΣΝ, ενώ κάποια άλλα ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν τη ΣΝ ως βασικό παράγοντα που επιδρά στην προσωπικότητα μετριάζοντας τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της άσκησης ως συμπεριφορά (Saklofske, Austin, Rohr, & Andrews, 2007). Πέραν τούτου, αρκετοί ερευνητές κατέβαλλαν αρκετές προσπάθειες να εντοπίσουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ ΣΝ και άσκησης στο χώρο του αθλητισμού και να διερευνήσουν τυχόν σχέση της με την αθλητική απόδοση και τις αθλητικές δεξιότητες (Lane, Thelwell, Lowther, & Devonport, 2009; Lane & Wilson, 2011), ενώ μία άλλη μερίδα ερευνητών έχει πραγματοποιήσει αρκετές έρευνες διερευνώντας αυτή τη σχέση στο χώρο του επαγγέλματος και της εργασίας (Magnini, Lee, & Kim, 2011).

Κάποιοι άλλοι ερευνητές προσπαθώντας να διερευνήσουν τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και καπνίσματος ιδιαίτερα στις μικρές ηλικιακές ομάδες, όπως είναι οι έφηβοι, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη λειτουργεί ως παράγοντας πρόληψης και προστασίας καθότι ενισχύει την αποφυγή καπνίσματος, παρακινώντας τους να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις αρνητικές του επιπτώσεις (Trinidad, Unger, Chou, & Johnson, 2004).



Τέλος, όσον αφορά στη σχέση ΣΝ και αλκοόλ, μία μερίδα ερευνητών αποκαλύπτει αρνητικές σχέσεις μεταξύ υψηλής συναισθηματικής νοημοσύνης και αλκοόλ, συμπεραίνοντας πως τα άτομα που δεν έχουν την ικανότητα να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, έχουν περισσότερη ανάγκη να εξαρτηθούν από το αλκοόλ, σε αντίθεση με εκείνα που έχουν πλήρως αναπτυγμένη αυτήν την ικανότητα (Austin, Saklofske, & Egan, 2005).

#### *Έμφραγμα του Μυοκαρδίου και ο Ρόλος των Συναισθημάτων*

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί τη δυσμενέστερη κατάληξη της στεφανιαίας νόσου που ευθύνεται για το 54% των θανάτων (Μανώλης, 2007) και χαρακτηρίζεται από την νέκρωση ενός μέρους του τοιχώματος της καρδιάς από απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας που προκαλείται από αιφνίδια διακοπή της ροής του αίματος προς την καρδιά.

Για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και ΟΕΜ έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς τροποποιούνται με κατάλληλες παρεμβάσεις και άλλοι, είναι μη τροποποιήσιμοι. Στους τελευταίους ανήκει η ηλικία, το φύλο και το κληρονομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα, παράγοντες όπως το κάπνισμα, οι υψηλές τιμές χοληστερόλης στο αίμα, η αρτηριακή υπέρταση, η απουσία φυσικής δραστηριότητας, το αυξημένο σωματικό βάρος και η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και το στρες μπορούν να τροποποιηθούν με κατάλληλες παρεμβάσεις (Μανώλης, 2007). Οι καρδιολόγοι Meyer Friedman και Ray Rosenman (1959) αναφέρθηκαν σε ένα φιλόδοξο, αγχωτικό και ανταγωνιστικό τύπο προσωπικότητας που σχετίζεται συχνά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αυτός ο τύπος ονομάστηκε προσωπικότητα τύπου Α (TABP-type A behavioral pattern). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου Α είναι η μεγάλη ανταγωνιστικότητα, η φιλοδοξία και η επιθυμία για γρήγορη κοινωνική άνοδο

και επαγγελματική επιτυχία με συνεχή αίσθηση έλλειψης χρόνου. Ο Williams (1989) σε μία πιο πρόσφατη αναθεώρηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τύπου A, υποστήριξε πως η εχθρική συμπεριφορά συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και του επιπέδου ορμονών του στρες στο αίμα συγκριτικά με άτομα χαμηλής επιθετικότητας. Ο Stoney (1999) σε έρευνά του συμπέρανε πως στο χρόνιο στρες παρατηρείται αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης και της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, γεγονότα που οδηγούν σε αυξημένη θρομβογένεση και προδιαθέτουν την εκδήλωση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Οι Rozanski και Kubzansky (2005) παρομοίως, συμπεραίνουν, πως επαναλαμβανόμενη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, που ενεργοποιείται σε καταστάσεις στρες, μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακή υπερδιέγερση και υπέρταση. Δεδομένα από σειρές ερευνών καταδεικνύουν τα απότομα ξεσπάσματα θυμού, το φόβο και τα στρεσογόνα γεγονότα ως υψηλούς παράγοντες κινδύνου για έμφραγμα (π.χ., Carroll, Ebrahim, Tilling, Macleod, & Smith, 2002; Kamarck & Jennings, 1991; Lear & Kloner, 1996; Mittleman et al., 1995) και την κατάθλιψη και το άγχος ως προγνωστικούς παράγοντες καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (π.χ., Gallo & Matthews, 2003; Hemingway & Marmot, 1999; Kubzansky & Kawachi, 2000; Rugulies, 2002). Πρόσφατα, επίσης, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν πως οι ασθενείς με έμφραγμα όσο και αυτοί με στηθάγχη εμφανίζουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, άγχους του πόνου, άγχους για την καρδιακή λειτουργία, ψυχοπαθολογίας καθώς και υψηλά επίπεδα εχθρότητας (Μπακέλλα, Δαμίγος, Μαυρέας, & Γκούβα, 2010) γεγονός που επιβάλλει άμεσα την αντιμετώπιση του άγχους, της συνολικότερης ψυχοκοινωνικής εκτίμησης (Δρίτσας, 2003) και της άμεσης κάλυψης των συναισθηματικών αναγκών με στεφανιαία νόσο συμπεριλαμβανομένου και το OEM, καθώς επιτρέπουν την αποτελεσματική βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση και την καλύτερη

έκβαση της νόσου (Πολυκανδριώτη et al., 2012) εξαιτίας της μείωσης του βαθμού στένωσης των στεφανιαίων αρτηριών (Ornish et al., 1998).

Εύλογα, λοιπόν, διαφαίνεται η σημαντικότητα των συναισθημάτων και ο βασικός ρόλος που αυτά παίζουν ιδιαίτερα σε άτομα που έχουν ήδη υποστεί ένα σοβαρό καρδιαγγειακό επεισόδιο, όπως είναι το OEM, όπου η σωστή διαχείριση των συναισθημάτων και ο αυτοέλεγχός τους επιβάλλεται προκειμένου να ελαττωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης ενός δεύτερου επεισοδίου που ενδέχεται να οδηγήσει στο θάνατο. Εύλογα κανείς συμπεραίνει πως η ικανότητα να κατανοεί κανείς τα συναισθήματά του, να τα διαχειρίζεται και να ασκεί έλεγχο σε αυτά είναι το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται ο ορισμός της ΣΝ, οι ψηλές τιμές της οποίας, αφενός μεν, βοηθάνε αυτά τα άτομα να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις, καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση αυτών, διευκολύνοντας έτσι την αποκατάσταση τους και, αφετέρου δε, τους παρακινεί να υιοθετούν υγιείς μορφές συμπεριφοράς, όπως άσκηση και φυσική δραστηριότητα και να αποφεύγουν τις ανθυγιεινές, όπως κάπνισμα και αλκοόλ που έχουν σοβαρή επίπτωση στην υγεία τους.

Εύκολα καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα πως τα τελευταία χρόνια όλο και πληθαίνουν οι έρευνες που εστιάζουν στην ανεύρεση σχέσεων μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και συμπεριφορών υγείας. Η ΣΝ φαίνεται ότι σχετίζεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία αλλά και με τις συνήθειες άσκησης και αρνητικά με συμπεριφορές όπως κάπνισμα, αλκοόλ που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO,1995) θεωρούνται παράγοντες υψηλού κινδύνου, και αν δεν τροποποιηθούν με κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να προκαλέσουν οξύ έμφραγμα του Μυοκαρδίου. Εξίσου σημαντικός φαίνεται να είναι ο ρόλος που παίζουν τα συναισθήματα σε άτομα που έχουν ήδη υποστεί ένα σοβαρό καρδιαγγειακό επεισόδιο, όπως είναι το OEM, αποκαλύπτοντας σημαντικές σχέσεις μεταξύ της συναισθηματικής διέγερσης και

των καρδιαγγειακών επιπτώσεων. Αναμφίβολα, ο χώρος της Ψυχολογίας της υγείας αποδεικνύεται να είναι μία πολλά υποσχόμενη περιοχή όπου η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να συμβάλει δυναμικά προβλέποντας συμπεριφορές που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό.

Για να εξεταστεί η συμβολή της συναισθηματικής νοημοσύνης στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας σε πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου, θα χρησιμοποιηθεί ως θεωρητικό πλαίσιο το μοντέλο των Mayer & Salovey (1997) και η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991). Σύμφωνα με το μοντέλο των Mayer & Salovey (1997) η συναισθηματική νοημοσύνη εκλαμβάνεται ως μία ικανότητα που περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαστάσεις: (α) αναγνώριση συναισθημάτων, (β) χρησιμοποίηση συναισθημάτων προς διευκόλυνση της σκέψης, (γ) κατανόηση συναισθημάτων και (δ) ρύθμιση συναισθημάτων με τρόπο που να ενισχύει την προσωπική ανάπτυξη και τις κοινωνικές σχέσεις (Dulewicz & Higgs, 2000; Mayer et al., 2001; Salovey & Mayer, 1990). Η Θεωρία δε της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, αναφέρει πως η συμπεριφορά ενός ατόμου είναι δυνατόν να προβλεφθεί από την πρόθεσή του να εκτελέσει αυτή τη συμπεριφορά και η πρόθεση με την σειρά της είναι εφικτό να προβλεφθεί από τη στάση του ατόμου απέναντι στην εκτέλεση της συμπεριφοράς, από τα κοινωνικά πρότυπα, και από τον βαθμό αυτοελέγχου του ατόμου (Ajzen & Fishbein, 1973).

### **Σκοπός**

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί αν η συναισθηματική νοημοσύνη, που εξετάζεται μέσα από το θεωρητικό μοντέλο των Salovey και Mayer (1990), μπορεί να συμβάλει στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι παραπάνω συμπεριφορές εξετάζονται μέσα από τις

κοινωνικογνωστικές θεωρίες, όπως αυτή της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ, Ajzen, 1991). Για το λόγο αυτό καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς καθώς και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και η αυτοταυτότητα των ατόμων απέναντι στις προαναφερόμενες συμπεριφορές υγείας.

### ***Σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης***

Ο χώρος της Ψυχολογίας της υγείας είναι μία πολλά υποσχόμενη περιοχή όπου η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να συμβάλει δυναμικά προβλέποντας, αφενός μεν, συμπεριφορές υγείας που αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους και, αφετέρου δε, συμπεριφορές που λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική τους υγεία. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώθηκαν σε διερεύνηση απλών συσχετίσεων μεταξύ ΣΝ και γενικών συμπεριφορών υγείας. Μέχρι στιγμής ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό που να κατευθύνουν αυτή τη σχέση και να εξακριβώνουν εν μέρει την ύπαρξη αιτίου-αιτιατού.

Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να αναδείξει τη σημαντικότητα και αξία της ΣΝ ως παράγοντα που δύναται να εντοπίσει, να σκιαγραφήσει και να προβλέψει συμπεριφορές που λειτουργούν είτε ως παράγοντες ωφέλειας είτε ως παράγοντες κινδύνου σε πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τα ευρήματα μπορούν να έχουν εφαρμογές ιδιαίτερα σε προγράμματα αποκατάστασης που θα στοχεύουν στη βελτίωση συμπεριφορών υγείας μέσα από την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης, η οποία θα συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων χωρίς να καταφεύγουν με μεγάλη ευκολία στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών ως μία στρατηγική αντιμετώπισης του συναισθηματικού τους στρες.

**Ερευνητικές Υποθέσεις**

Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

1. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος και θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).
2. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος.
3. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται και θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, τη συμπεριφορά καπνίσματος, που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.
4. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα και θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).
5. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα φυσική δραστηριότητα.
6. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται και θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, τη φυσική δραστηριότητα που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.
7. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού για κατανάλωση αλκοόλ και θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους

- υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).
8. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ.
  9. Οι παράγοντες της ΣΝ θα συσχετίζονται και θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, την κατανάλωση αλκοόλ σαν συμπεριφορά που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.

### ***Μηδενικές Υποθέσεις***

- Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι ακόλουθες:
1. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος και δεν θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).
  2. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος.
  3. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται και δε θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, τη συμπεριφορά καπνίσματος, που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.
  4. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα και δεν θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).

5. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα φυσική δραστηριότητα.
6. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται και δεν θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, τη φυσική δραστηριότητα που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.
7. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού για κατανάλωση αλκοόλ και δεν θα συμβάλλουν στην πρόβλεψη της μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (στάσεις, κοινωνικά πρότυπα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα και αντιλαμβανόμενη ενημέρωση).
8. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ.
9. Οι παράγοντες της ΣΝ δεν θα συσχετίζονται και δεν θα προβλέπουν μαζί με την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, την κατανάλωση αλκοόλ σαν συμπεριφορά που εκδηλώνει ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα.

## Ορισμοί

- *Συναισθηματική Νοημοσύνη* ορίζεται ως η ικανότητα επακριβούς και αποτελεσματικής επεξεργασίας των συναισθηματικών πληροφοριών που σχετίζονται με την αναγνώριση, την ανάπλαση και τη ρύθμιση του συναισθήματος στους ίδιους μας τους εαυτούς αλλά και στους άλλους ( Mayer & Salovey, 1997), δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να παρακολουθεί τα δικά του συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων, να μπορεί να τα διαχωρίσει και να χρησιμοποιεί τις πληροφορίες αυτές ως οδηγό για τις πράξεις και τις σκέψεις του.



- *Έμφραγμα του μυοκαρδίου*, κοινώς γνωστό ως καρδιακή προσβολή, καλείται η απόφραξη της αρτηρίας που τροφοδοτεί με αίμα την καρδιά και οφείλεται στο σχηματισμό θρόμβου στο σημείο της ρήξης (Μανώλης, 2007).
- *Αθηρωμάτωση ή αρτηριοσκλήρυνση* είναι εκφυλιστική πάθηση των μεγάλου και μεσαίου μεγέθους αρτηριών η οποία προσβάλλει μεγάλες αλλά και μικρές ηλικίες. Προκαλείται λόγω δημιουργίας μιας πλάκας, του λεγόμενου αθηρώματος, στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων (Μανώλης, 2007).
- *Κάπνισμα* ονομάζεται η πρακτική της εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνός. Η καύση γίνεται συνήθως με τσιγάρο, πίπα, πούρο ή με άλλο τρόπο. Με βάση τη συχνότητα και την ποσότητα του καπνίσματος υπάρχουν οι εξής κατηγορίες καπνιστών: α. Συστηματικός καπνιστής καλείται αυτός που καπνίζει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα, β. Εν ενεργεία καπνιστής καλείται αυτός που έχει καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα, γ. Συστηματικός εν ενεργεία καπνιστής καλείται αυτός που έχει καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα, δ. Βαρύς καπνιστής καλείται αυτός που καπνίζει περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά (Sorensen et al., 2004).
- *Φυσική δραστηριότητα* είναι ο ευρύτερος όρος στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι μορφές της κίνησης του ανθρώπινου σώματος, που ενεργοποιούν τους μυς του σώματος και απαιτούν αυξημένη κατανάλωση ενέργειας. 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) (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).
- *Άσκηση* εννοούμε κάθε συστηματική κίνηση του σώματος ή συμμετοχή του

ατόμου σε φυσικές δραστηριότητες προσχεδιασμένης έντασης, διάρκειας και συχνότητας, που εντάσσεται σ' ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της ευρωστίας, της υγείας και της σωματικής απόδοσης (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

- *Πρόθεση* είναι η προδιάθεση που έχει το άτομο για να ακολουθήσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά (Παπαδόπουλος, 1993).
- *Στάση* είναι η συνολική ψυχική τοποθέτηση του ατόμου, αρνητική ή θετική απέναντι σε πρόσωπα, γεγονότα, συνήθεια, θέματα, ακόμη και απέναντι σε μία θεωρία. Με τη στάση μας δείχνουμε συμφωνία ή διαφωνία, συμπάθεια ή αντιπάθεια, υποστήριξη, αδιαφορία ή επιθετικότητα (Παπαδόπουλος, 1993).
- *Κοινωνικό πρότυπο* είναι το μοντέλο ατόμου που η κοινωνία αξιολογεί θετικά και η συμπεριφορά του αποτελεί αντικείμενο μίμησης από μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ατόμων η οποία προβαίνει σε αναπαραγωγή της ίδιας συμπεριφοράς που παρατηρεί. Αντανακλά, δηλαδή, τη συνολική δηλαδή αντίληψη του ατόμου για την κοινωνική πίεση που δέχεται ως προς το να εκδηλώσει ή όχι τη συμπεριφορά (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990).
- *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 (Ajzen, 1991).
- *Αυτοταυτότητα* είναι ο ιδιαίτερος τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται κάθε άτομο σε σχέση με το ρόλο που διαδραματίζει στην κοινωνία και το βαθμό αυτογνωσίας του (Theodorakis, Bagiatis, & Goudas, 1995).
- *Αντιλαμβανόμενη Ενημέρωση* είναι η αντιλαμβανόμενη πληροφόρηση που έχουν τα άτομα πάνω σε ένα θέμα (Krosnick et al., 1993).

### ***Περιορισμοί έρευνας***

Αρχικά υπήρχαν δυσκολίες ως προς την επιλογή του δείγματος. Ο αρχικός σκοπός ήταν να συλλεχθούν άτομα μικρότερης ηλικιακής κατηγορίας που θα μπορούσαν να κατανοήσουν επαρκώς το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων καθώς και τη διαδικασία των μετρήσεων και να τα συμπληρώσουν χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Λόγω αδυναμίας συγκέντρωσης των ατόμων που πληρούσαν τα παραπάνω ηλικιακά κριτήρια θεωρήθηκε αναγκαίο να διευρυνθεί η ηλικία. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν αρκετές δυσκολίες από την πλευρά των συμμετεχόντων τόσο ως προς την κατανόηση των οδηγιών συμπλήρωσης όσο και ως προς την κατανόηση της διαδικασίας αρχικής μέτρησης και τελικής μέτρησης. Δυσκολίες προέκυψαν και στη συλλογή του δείγματος. Μερικά άτομα που επιλέχθηκαν από τα μητρώα της καρδιολογικής κλινικής και των εξωτερικών ιατρείων και συναίνεσαν αρχικά τηλεφωνικά στην συμμετοχή της έρευνας δε συνεργάστηκαν στη συνέχεια. Πέραν τούτου, υπήρχαν ορισμένα κενά και ασάφειες στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με αποτέλεσμα να μειωθεί ο αρχικός αριθμός των συμμετεχόντων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η συναισθηματική νοημοσύνη αναδεικνύεται ένας από τους κυριότερους κοινωνικούς ψυχολογικούς παράγοντες που προσελκύει το ενδιαφέρον ολοένα και περισσότερων επιστημόνων με κύριο σκοπό να διερευνήσουν πιθανόν σχέσεις αυτής με άλλους παράγοντες σε πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου, προκειμένου να βελτιώσουν τόσο τη γενικότερη ψυχολογική του κατάσταση όσο και την ποιότητα ζωής του. Τομείς στους οποίους εμφανίζεται να έχει πολλά υποσχόμενες εφαρμογές, είναι τόσο ο επαγγελματικός και ο εκπαιδευτικός τομέας όσο και ο χώρος της ψυχολογίας της υγείας (Goleman, 1998). Ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια ο χώρος της ψυχολογίας της υγείας όπου οι ερευνητές προσπαθούν να διερευνήσουν τυχόν σχέσεις μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και συμπεριφορών υγείας όπως κάπνισμα, άσκηση και αλκοόλ (Austin, Saklofkse, & Egan, 2005). Η διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου τρόπου ζωής, και η υιοθέτηση ορισμένων συμπεριφορών δεν καθορίζεται μόνο από τις αντιλήψεις, τα πιστεύω μας και τη γενικότερη στάση μας απέναντι σε αυτά αλλά και από την επίδραση διαφόρων κοινωνικών ψυχολογικών παραγόντων, όπως είναι η συναισθηματική νοημοσύνη. Η ικανότητα να αναγνωρίζουμε, να κατανοούμε και να διαχειριζόμαστε τόσο τα συναισθήματα μας όσο και των άλλων αποδεικνύεται απαραίτητη ικανότητα και δεξιότητα που δύναται να συμβάλει όχι μόνο στη βελτίωση της ψυχολογικής μας υγείας αλλά και συμπεριφοράς μέσα από τη διαμόρφωση μιας θετικότερης στάσης προς τη ζωή και υιοθέτηση πιο υγιών μορφών συμπεριφοράς.

*Σχετικές Θεωρίες*

Η ΣΝ σαν έννοια υπήρξε γνωστή πολύ πριν εκτυλιχτεί η δημοτικότητά της στα ύψη με την έκδοση το βιβλίου του Goleman (1995). Μία πρώτη αναφορά που υπογραμμίζει την πρώτη της επιστημονική της οντότητα υπάρχει στο βιβλίο του Charles Darwin (1872) ο οποίος επικεντρώθηκε στη συμβολή της συναισθηματικής έκφρασης στην επιβίωση και την προσαρμογή του ανθρώπου. Μισό αιώνα αργότερα ο Edward Thorndike (1920) με το έργο του *κοινωνική νοημοσύνη* έδωσε το έναυσμα να ξεκινήσουν οι πρώτες ερευνητικές αναζητήσεις που επικεντρώνονταν στην περιγραφή, ορισμό και αξιολόγηση της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς εντάσσοντας κατά αυτό τον τρόπο την ΣΝ σε ένα ορισμένο θεωρητικό πλαίσιο. Λίγα χρόνια αργότερα ο David Wechsler (1940) έκανε άλλη μία αναφορά σχετικά με τη ΣΝ υποστηρίζοντας την ύπαρξη μη διανοητικών παραγόντων που επιδρούν στην έξυπνη συμπεριφορά. Στα τέλη του 1940 η επιστημονική έρευνα άρχισε να επικεντρώνεται γύρω από την *Αλεξιθυμία* που είναι η εκ διαμέτρου αντίθετη έννοια της ΣΝ στην παθολογική της μορφή και επικεντρώνεται στην ανικανότητα να αναγνωρίζει κανείς, να κατανοεί και να εκφράζει συναισθήματα (Ruesch, 1948). Τον όρο αυτό χρησιμοποίησε ο ψυχίατρος Πέτρος Συφναίος (1973) για να μπορέσει να περιγράψει την κατάσταση που παρουσίαζαν πολλοί ασθενείς του με ψυχοσωματικά προβλήματα.

Παρά τις τόσες προσπάθειες των ερευνητών να συνδυάσουν τα συναισθηματικά και κοινωνικά συστατικά της ΣΝ εντάσσοντας την σε ένα θεωρητικό πλαίσιο, αυτή παρέμενε χωρίς υπόβαθρο μέχρι το 1983 όπου ο ερευνητής Gardner κατασκεύασε τους πιο βασικούς λίθους πάνω στους οποίους στηρίχτηκε η εννοιολογική κατασκευή της ΣΝ ορίζοντάς την ως “την ικανότητα να λύνει κανείς προβλήματα ή να δημιουργεί προϊόντα που έχουν αξία σε ένα πολιτιστικό περιβάλλον”. Ωστόσο, λίγα χρόνια αργότερα ορίζει την ΣΝ σαν ένα βιοψυχολογικό δυναμικό που επεξεργάζεται πληροφορίες που δύνανται να ενεργοποιηθούν σε

ένα πολιτιστικό περιβάλλον για την επίλυση προβλημάτων ή να δημιουργήσει προϊόντα που έχουν αξία σε μια κουλτούρα.

Η βασική θεωρία του Gardner υποστηρίζει πως κάθε άτομο διαθέτει διαφορετικούς τύπους νοημοσύνης κάνοντας λόγο για πολλαπλές νοημοσύνες που δύναται να εκληφθούν σαν γενικότερες μορφές ικανότητας, γενετικά καθορισμένης, που στη συνέχεια απαντιούνται σε πιο συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελμάτων. Οι τύποι αυτοί, που εκφράζουν διαφορετικές μορφές νοημοσύνης είναι: η γλωσσική (ποιητής, συγγραφέας), λογικομαθηματική (επιστήμονας, μαθηματικός), η χωροταξική (αρχιτέκτονας, γλύπτης) η κιναισθητική (αθλητής, χορευτής), η μουσική (μουσικός, συνθέτης), η διαπροσωπική (δάσκαλος, έμπορος) και η ενδοπροσωπική (ψυχίατρος, σύμβουλος) (Feldhusen,1994). Μέχρι σήμερα έχει προστεθεί στη λίστα και η οικολογική / φυσιολογική (Παπανελοπούλου, 2002).

Οι πολλαπλές νοημοσύνες του Gardner αποτέλεσαν το πλαίσιο από το οποίο ξεκίνησε το έντονο ενδιαφέρον για τη ΣΝ. Μέχρι τότε υπήρξε σύγχυση και απογοήτευση με την νοημοσύνη που αναφερόταν ως γνωστική ικανότητα καθώς και με τα τεστ νοημοσύνης που την αξιολογούσαν. Πολλοί πίστευαν πως η εξυπνάδα δεν αποτελεί βασική προϋπόθεση για να επιτύχει κανείς σε διάφορους τομείς της ζωής του γεγονός που βοήθησε να καλλιεργηθούν και να επικρατήσουν οι ιδέες του Goleman (1995) περί συναισθηματικής νοημοσύνης.

Ο Daniel Goleman (1995) που θεωρείται από τους βασικούς θεμελιωτές της εννοιολογικής κατασκευής της ΣΝ, στο βιβλίο του ‘‘Συναισθηματική Νοημοσύνη’’ υποστηρίζει πως η ανθρώπινη νοημοσύνη είναι πολύ στενή αγνοώντας ένα μεγάλο φάσμα δυνατοτήτων και ικανοτήτων που συμβάλλουν αποφασιστικά στον τρόπο ζωής μας και μας κάνει να είμαστε έξυπνοι και πετυχημένοι. Κατά τον Goleman (1995) η ΣΝ ορίζεται ως η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα συναισθήματα του και να τα διαχειρίζεται, να παρακινεί τον εαυτό του, να αναγνωρίζει και να κατανοεί και να διαχειρίζεται τα συναισθήματα των άλλων.

Οι σύγχρονοι θεωρητικοί Mayer & Salovey (1997) ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο το θεωρητικό πλαίσιο του Gardner εξετάζοντας αρχικά τη ΣΝ ως μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου, αυτού της κοινωνικής νοημοσύνης, και υποδηλώνοντας ότι οι δύο αυτές συσχετιζόμενες έννοιες μπορούν στην πραγματικότητα να αντιπροσωπεύουν αλληλένδετες συνιστώσες της ίδιας δομής. Οι ίδιοι την ορίζουν ως ικανότητα αντίληψης κατανόησης και χειρισμού των συναισθημάτων με σκοπό την διευκόλυνση της σκέψης. Οι Mayer & Salovey (1997) περιλαμβάνουν την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική νοημοσύνη του Gardner αναφερόμενοι, όμως, και σε κάποιες άλλες ικανότητες, οι οποίες αφορούν το γνωστικό και το συναισθηματικό σύστημα οργάνωσης της σκέψης του ανθρώπου.

Ο θεωρητικός Sternberg (1997) με το πολυδιάστατο μοντέλο του γνωστό ως Τριαρχική θεωρία της Νοημοσύνης που ταυτίζεται με τη θεωρία της Επιτυχίας, δημιούργησε ένα πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη τη ΣΝ υποστηρίζοντας πως η ανθρώπινη νοημοσύνη αποτελείται από τρεις υποθεωρίες, δηλαδή η *συστατική* που αναφέρεται στην αναλυτική νοημοσύνη, η *βιωματική* που αναφέρεται στη δημιουργική νοημοσύνη και η *πλαισιωτική* που αναφέρεται στην πρακτική νοημοσύνη.

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός θεωρητικός που συνέβαλλε στην ενίσχυση του θεωρητικού πλαισίου της ΣΝ είναι ο Bar-On (1997) ο οποίος ορίζει τη ΣΝ ως μια σειρά ικανοτήτων και δεξιοτήτων, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις διάφορες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του. Σύμφωνα με το μοντέλο του Bar-On, η συναισθηματική-κοινωνική νοημοσύνη είναι μια σειρά αλληλένδετων συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν το πόσο αποτελεσματικά κατανοούμε και εκφράζουμε τον εαυτό μας, κατανοούμε τους άλλους και σχετιζόμαστε μαζί τους και κατά πόσο αντιμετωπίζουμε τις καθημερινές απαιτήσεις, προβλήματα και πίεση.

*Θεωρίες Συναισθηματική Νοημοσύνης*

Από το 1920 που η συναισθηματική νοημοσύνη έκανε τα πρώτα δειλά βήματα εμφάνισής της στο επιστημονικό προσκήνιο με τον τίτλο “Κοινωνική Νοημοσύνη” μέχρι και σήμερα έχουν περάσει πολλά στάδια μετάλλαξης της αφήνοντας ανεξίτηλα τα ίχνη τους τόσο στο θεωρητικό πλαίσιο όσο και στα εργαλεία μέτρησης που κατασκευάστηκαν προκειμένου να την αξιολογήσουν. Τα μοντέλα, όμως, που έλαβαν ιδιαίτερης εκτίμησης και αναγνώρισης είναι περιορισμένα. Σύμφωνα με την εγκυκλοπαίδεια της εφαρμοσμένης ψυχολογίας (Spielberger, 2004) τα επικρατέστερα είναι αυτά των Mayer & Salovey (1997), το μοντέλο του Bar-On (1997) και το μοντέλο του Goleman (1995).

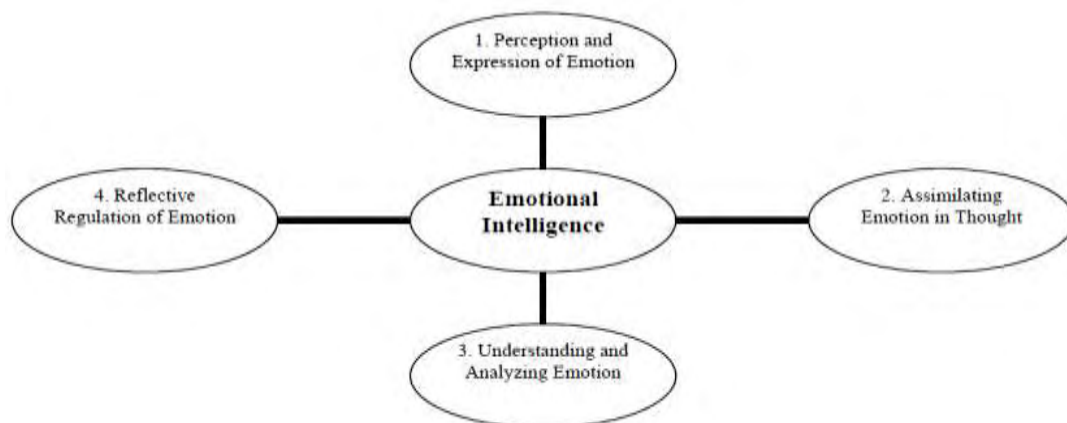
*Το Θεωρητικό μοντέλο των Mayer & Salovey (1997)*

Το μοντέλο των Mayer & Salovey (1997) θεωρείται το πρώτο ολοκληρωμένο πλαίσιο που ανέδειξε το θεμελιώδη ρόλο των συναισθημάτων και συνέβαλε στην ολοκλήρωση της θεωρίας της συναισθηματικής νοημοσύνης περιλαμβάνοντας την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική νοημοσύνη του Gardner. Σύμφωνα με τους ίδιους, η συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται από την εμπειρική διάσταση που αναφέρεται στην αντίληψη, έκφραση και ολοκλήρωση των συναισθημάτων και τη στρατηγική που αναφέρεται στην κατανόηση και διαχείριση αυτών. Έχοντας σαν βάση τις παραπάνω διαστάσεις οι ίδιοι ερευνητές διαίρεσαν τις ικανότητές της σε τέσσερις βασικούς τομείς:

1). Την αναγνώριση των συναισθημάτων: η αυτογνωσία είναι το κλειδί της ΣΝ. Η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να εκφράζει τα συναισθήματά του, όπως και το να αναγνωρίζει τις διαφορές ανάμεσα σε αυτά και τις πράξεις του και να είναι σίγουρος γι' αυτά, ώστε να παίρνει τις προσωπικές του αποφάσεις για θέματα που αφορούν όλους τους τομείς της ζωής του.



- 2). Την αφομοίωση των συναισθημάτων στη σκέψη: το να χρησιμοποιεί κανείς τα συναισθήματα του παραγωγικά, ούτως ώστε να βελτιώνει τη σκέψη.
- 3). Τη διαχείριση των συναισθημάτων: το άτομο είναι σημαντικό να μπορεί να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του, όπως το άγχος και το θυμό, καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση αυτών και να τα χαλιναγωγεί δημιουργικά, καθώς, επίσης, να προβαίνει σε εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό του, αφενός μεν, για να διατηρεί την προσήλωση του σε συγκεκριμένους στόχους σε ικανοποιητικό επίπεδο, αφετέρου δε, για να αναπτύσσει επαρκώς την ικανότητα αυτοελέγχου του. Εκείνοι που δεν έχουν την συγκεκριμένη αυτή ικανότητα συνήθως βρίσκονται σε μια κατάσταση καταθλιπτική και αγχωτική, ενώ αντίθετα εκείνοι που μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους έχουν μεγαλύτερη αντοχή μπροστά στην απογοήτευση και επανέρχονται πιο γρήγορα από μια αρνητική κατάσταση.
- 4). Την παρακίνηση του εαυτού: το να βάλει κάποιος σε τάξη τα συναισθήματά του, να τα χειρίζεται και να τα ελέγχει με βάση τους στόχους που έχει θέσει, το να παρακινεί τον ίδιο του τον εαυτό, και να έχει τον αυτοέλεγχο των συναισθημάτων. Όσοι έχουν τη δεξιότητα αυτή είναι συναισθηματικά και πνευματικά ολοκληρωμένοι, παραγωγικοί και αποτελεσματικοί (βλ. Σχήμα 1.)



**Σχήμα 1.** “E.I. ability Model” (Mayer & Salovey,1997).

Οι Mayer και Salovey (1997) χρησιμοποίησαν αρχικά το μοντέλο τους για να αξιολογήσουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ικανότητα παρεμφερή με αυτήν της γνωστικής νοημοσύνης (Mayer et al., 2004) προβαίνοντας πρώτα στην κατασκευή της κλίμακας Multifactor Emotional Intelligence Scale (Mayer, Caruso, & Salovey, 1999) και στη συνέχεια του ερωτηματολογίου Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso, 2002) έχοντας σαν βασικό στόχο την αξιολόγηση της απόδοσης. Οι ίδιοι ερευνητές εξέλαβαν τη συναισθηματική νοημοσύνη και ως χαρακτηριστικό παρεμφερές με αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως είναι η Εξωστρέφεια και ο Νευρωτισμός, προβαίνοντας στην κατασκευή της κλίμακας Trait Meta Mood Scale (Salovey et al., 1995).

Το μοντέλο τους χρησιμοποιήθηκε κατά κόρον στο χώρο της οργανωτικής ψυχολογίας. Ο Mayer και οι συνεργάτες του (2000a,2000b) σε έρευνές τους στο συγκεκριμένο χώρο υποστήριξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν υψηλά επίπεδα ΣΝ δύνανται να έχουν ομαλότερες αλληλεπιδράσεις με τους συνεργάτες τους συμπεραίνοντας, επίσης, πως ένα υψηλό επίπεδο ΣΝ δύναται ακόμη να βοηθήσει το άτομο που ηγείται της ομάδας να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί καλύτερα τα συναισθήματα των μελών της ομάδας του αναλαμβάνοντας την κατάλληλη δράση.

#### *Το θεωρητικό μοντέλο του Bar-On (1997)*

Σύμφωνα με το μοντέλο του Bar-On η συναισθηματική νοημοσύνη περιγράφεται ως μία σειρά από αλληλένδετες συναισθηματικές και κοινωνικές ικανότητες, δεξιότητες και συμπεριφορές που καθορίζουν πόσο αποτελεσματικά κατανοεί και εκφράζει το άτομο τον εαυτό του και τους άλλους και κατά πόσο αντιμετωπίζει με επιτυχία τις διάφορες καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα στο περιβάλλον του συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη της έξυπνης

συμπεριφοράς (Bar-On, 2006). Μέσα από αυτή τη σύζευξη συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ο Bar-On διέκρινε τους εξής τομείς:

- 1). Η ενδοπροσωπική ικανότητα αποτελείται από τη δεξιότητα της συναισθηματικής αυτογνωσίας, διαβεβαίωσης, ανεξαρτησίας, αυτοεκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης: το να αναγνωρίζει κανείς, να κατανοεί και να αποδέχεται τον εαυτό του, το να έχει επίγνωση των συναισθημάτων του και να τα κατανοεί, το να εκφράζει αποτελεσματικά και εποικοδομητικά τα συναισθήματά του και τον ίδιο του τον εαυτό, το να είναι αυτόνομος και συναισθηματικά αυτόνη, το να καταβάλλει συνεχείς προσπάθειες να πετυχαίνει τους προσωπικούς του στόχους και να αξιοποιεί όλες του τις δυνατότητες.
- 2). Η διαπροσωπική ικανότητα αποτελείται από τη δεξιότητα της κοινωνικής υπευθυνότητας, των διαπροσωπικών σχέσεων και της συναισθηματικής κατανόησης: το να αναγνωρίζει και να κατανοεί κανείς τα συναισθήματα των άλλων, το να εντάσσεται σε μία κοινωνική ομάδα και να συνεργάζεται ικανοποιητικά με άλλους, το να δημιουργεί ικανοποιητικές σχέσεις με τους άλλους και να σχετίζεται καλά μαζί τους.
- 3). Η προσαρμοστικότητα αποτελείται από τη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων, από τις απαιτήσεις της καθημερινότητας και από την ευελιξία: το να αξιολογεί κανείς τα συναισθήματα του με αντικειμενικά κριτήρια, να τα προσαρμόζει με ευελιξία σε καινούργιες καταστάσεις και να επιλύει αποτελεσματικά τα πάσης φύσης ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα του.
- 4). Η ικανότητα διαχείρισης του άγχους αποτελείται από τη δεξιότητα ανεκτικότητας στο άγχος και από τον έλεγχο του αυθορμητισμού: το να διαχειρίζεται κανείς αποτελεσματικά και εποικοδομητικά τα συναισθήματα του και να ασκεί ικανοποιητικό έλεγχο σε αυτά.
- 5). Τη γενική διάθεση αποτελούν η ευτυχία και η αισιοδοξία. Όλα τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα την αποτελεσματική απόδοση και διαχείριση της ζωής: το να αισθάνεται κανείς

ικανοποιημένος με τον εαυτό του και τους άλλους και να είναι θετικός κοιτώντας πάντα τη φωτεινή πλευρά των πραγμάτων.

Ο Bar-On (2006) προκειμένου να εξετάσει το θεωρητικό του μοντέλο κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο Emotional Quotient Inventory (EQ-i) σε μία περίοδο που ανέρχεται πάνω από 17 έτη, το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που μετρά τη συναισθηματική και κοινωνικά έξυπνη συμπεριφορά παρέχοντας μία γενικότερη εκτίμηση της συναισθηματικής και κοινωνικής νοημοσύνης.

#### *Το θεωρητικό μοντέλο του Goleman (1995)*

Ο Goleman (1998) ορίζει τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ένα ευρύ πεδίο ικανοτήτων και δεξιοτήτων που καθοδηγούν και ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά τόσο ως προς το ατομικό όσο και ως προς το κοινωνικό επίπεδο. Αρχικά ο Goleman (1995) στο πρώτο βιβλίο *‘Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ’*, υποστήριξε πως η γνωστική ικανότητα συνεισέφερε στην επιτυχία γύρω στο 20% και το εναπομείναντα ποσοστό 80 % πήγαινε στη συναισθηματική νοημοσύνη. Στο μεθεπόμενο βιβλίο του (1998) *‘Working with Emotional Intelligence’* διαμόρφωσε μία λίστα με 25 κοινωνικές ικανότητες-δεξιότητες, από διαχείριση συγκρούσεων μέχρι αυτοδιαχείριση, που οδηγούν σε επιτυχίες στον εργασιακό χώρο. Στο τελευταίο βιβλίο του *‘Social Intelligence’* επέκτεινε τις ιδέες του στον εργασιακό χώρο δημιουργώντας 5 τομείς με πάνω από 25 δεξιότητες.

Το πιο πολυσυζητημένο και επικρατέστερο μοντέλο του Goleman (1995) περιλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς:

- 1). Συναισθηματική αυτογνωσία: το να αναγνωρίζει κανείς τα συναισθήματά του και τις επιδράσεις τους, τις δικές του δυνάμεις και τα όρια του, καθώς και να έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες του και στον ίδιο του τον εαυτό.
- 2). Συναισθηματική αυτοδιαχείριση: το να διαχειρίζεται κανείς τα συναισθήματα του

αποτελεσματικά, να διατηρεί υψηλά επίπεδα τιμιότητας και ακεραιότητας, να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεων του, να είναι προσαρμοστικός στις αλλαγές που συντελούνται, να είναι καινοτόμος στις ιδέες και ανοιχτός σε κάθε νέα πληροφορία, να θέτει στόχους και να είναι επίμονος ασχέτως εμποδίων.

3). Κοινωνικο-συναισθηματική αυτογνωσία: το να αναγνωρίζει κανείς τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων και να ενισχύει τις ικανότητες τους, να καλλιεργεί ευκαιρίες σε διαφορετικά είδη ανθρώπων και να έχει πολιτική συνείδηση.

4). Συναισθηματική διαχείριση των άλλων: το να έχεις κανείς επιρροή στους άλλους, να επικοινωνεί αποτελεσματικά, να διαπραγματεύεται και να επιλύει τυχόν διαφωνίες, να είναι ικανός ηγέτης, να είναι ευέλικτος και προσαρμοστικός στις διάφορες αλλαγές, να δημιουργεί ισχυρούς δεσμούς και να συνεργάζεται με άλλους προς την κατεύθυνση κοινών ομαδικών στόχων.

Ο Goleman προκειμένου να δοκιμάσει την αξιοπιστία και εγκυρότητα του μοντέλου του κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο Emotional Competence Inventory (Boyatzis, Goleman, & HayGroom, 1999) που μετρά την συναισθηματική νοημοσύνη ως ικανότητα και όχι ως χαρακτηριστικό.

### *Θεωρίες Συμπεριφορών Υγείας*

Για να γίνει κατανοητό το θεωρητικό πλαίσιο της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στο οποίο βασίζεται η παρούσα έρευνα, θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει μία επιγραμματική και σύντομη ανασκόπηση των βασικών συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια σταδιακή ανάπτυξη των θεωρητικών μοντέλων που στοχεύουν στην εξήγηση και τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ο Watson (1919) έθεσε αρχικά τα θεμέλια για τη συμπεριφορική θεώρηση της προσωπικότητας με το σημαντικότερο έργο του *Psychology from the stand of a behaviorist*, στο οποίο ανέπτυξε τις απόψεις του, δίνοντας,

αφενός μεν, βαρύτητα στη μελέτη της συμπεριφοράς που μπορούσε να παρατηρηθεί αποκλείοντας τη μελέτη της αυτοπαρατήρησης και, αφετέρου δε, έμφαση στα αίτια που βρίσκονται στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο Pavlov (1927), Ρώσος φυσιολόγος, μελέτησε τρεις σημαντικές διεργασίες-*γενίκευση, διάκριση, απόσβεση*- που αποτέλεσαν τη βάση για την ανάπτυξη της θεωρίας του που έγινε γνωστή ως *κλασική εξαρτημένη μάθηση*, παρέχοντας μία αντικειμενική μέθοδο μελέτης των μαθησιακών φαινομένων και ασκώντας μεγάλη επίδραση στη σκέψη των μεταγενέστερων συμπεριφοριστών, όπως ο Watson. Ο Skinner (1953) διατύπωσε τις αρχές της *συντελεστικής εξάρτησης*, δίνοντας έμφαση στις αντιδράσεις του οργανισμού και στα προγράμματα ενίσχυσης που διαμορφώνουν τη ανάλογη συμπεριφορά. Για τους συμπεριφοριστές Hull (1943), Dollard και Miller (1950) οι συνήθειες μαθαίνονται με την ενίσχυση των συνδέσεων ερεθίσματος –αντίδρασης όπου η ενίσχυση συνίσταται στη μείωση των ερεθισμάτων και οι συνήθειες αποκτώνται με την ενίσχυση και μίμηση. Όλες οι παραπάνω συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν τις βασικές αρχές της μάθησης για να ερμηνεύσουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και αποτέλεσαν τη βάση για να αναπτυχθούν οι κοινωνικογνωστικές θεωρίες οι οποίες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση τόσο στις γνωστικές διεργασίες της ανθρώπινης λειτουργίας όπως κίνητρα, συναίσθημα, δράση, όσο και στη μεταβλητότητα της συμπεριφοράς, καθώς το άτομο αντιδρά στις αλλαγές του περιβάλλοντος συμπεριφέροντας με ιδιαίτερο τρόπο σε κάθε περίπτωση (Shoda, Mischel, & Wright, 1994).

Οι κοινωνικογνωστικές θεωρίες δύνανται, αφενός μεν, να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο διάφοροι κοινωνικο-γνωστικοί παράγοντες συμβάλουν τόσο στην πρόβλεψη και διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας όσο και στην ανάπτυξη της ασθένειας, αφετέρου δε, να μας διαφωτίσουν σχετικά με τις αλλαγές που συντελούνται στη συμπεριφορά μας, στη στάση μας και στις πεποιθήσεις μας όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με ορισμένους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Ο βασικός στόχος των κοινωνικογνωστικών θεωριών είναι

ο καθορισμός παρεμβάσεων που αποβλέπουν στην παρακίνηση και αλλαγή των στάσεων, πεποιθήσεων, προτύπων που επιδρούν αρνητικά στη συμπεριφορά καθώς και ενίσχυση της αυτοπεποίθησης προκειμένου να διατηρηθεί η συμπεριφορά (Armitage & Conner, 2000).

Οι πιο κυρίαρχες κοινωνικογνωστικές θεωρίες είναι οι ακόλουθες: η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Social Cognitive Theory), το Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Belief Model), και η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior).

#### *Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Bandura, 1986)*

Σύμφωνα με την *Κοινωνική Γνωστική Θεωρία* του Bandura (1986), οι δομές της προσωπικότητας που τονίζονται είναι “οι ικανότητες” που καθιστούν το άτομο ικανό να δίνει λύσεις στα προβλήματα της καθημερινής ζωής, “οι στόχοι” που καθοδηγούν το άτομο σε μελλοντικά αποτελέσματα και “ο εαυτός μας” που σχετίζεται με τις διεργασίες αυτοελέγχου, όπως είναι η αυτεπάρκεια (self-efficacy), δηλαδή η αντίληψη που έχει το άτομο για την ικανότητα του να αντιμετωπίζει συγκεκριμένες περιστάσεις. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σημασία των προτύπων, όπου μέσα από διάφορες διεργασίες, τα άτομα τείνουν να μειώσουν τις διαφορές ανάμεσα στα υφιστάμενα επίπεδα δράσης και τα επίπεδα δράσης που θεωρούνται πρότυπα ή στόχοι. Η δράση γίνεται αντιληπτή μέσα από αμοιβές και τιμωρίες και η επιδίωξη των στόχων υποστηρίζεται από άμεσους, εγγύτερους στόχους και από την αυτοενίσχυση. Ο Bandura (1986) υποστηρίζει πως η συμπεριφορά ρυθμίζεται από τις κανονιστικές επιρροές μέσω των κοινωνικών κυρώσεων και αυτο-κυρώσεων. Οι κοινωνικοί κανόνες επηρεάζουν τη συμπεριφορά προληπτικά, μέσα από τις κοινωνικές κυρώσεις που επιβάλλει. Η συμπεριφορά που παραβιάζει τις επικρατούσες κοινωνικές νόρμες φέρνει κοινωνική μομφή ή άλλες τιμωρητέες συνέπειες, ενώ η συμπεριφορά που πληροί τα κοινωνικά πρότυπα εγκρίνεται και αμείβεται. Οι άνθρωποι ωστόσο δεν ενεργούν μόνο βάσει των αναμενόμενων κοινωνικών κυρώσεων. Περισσότερο υιοθετούν ορισμένα πρότυπα

συμπεριφοράς και ρυθμίζουν τις πράξεις τους προληπτικά, μέσω της αυτο-αξιολόγησης των συνεπειών που κάνουν για τους εαυτούς τους. Κοινωνικοί κανόνες μεταφέρουν επίσης και τα ίδια τα πρότυπα. Η υιοθέτηση των προτύπων δημιουργεί ένα αυτο-ρυθμιστικό σύστημα που λειτουργεί κυρίως μέσω της εσωτερίκευσης των κυρώσεων. Οι άνθρωποι συμπεριφέρονται με τρόπους που τους δίνουν αυτο-ικανοποίηση, και αποφεύγουν να συμπεριφέρονται με τρόπους που παραβιάζουν τους κανόνες, διότι τέτοια συμπεριφορά θα επιφέρει αυτο-λογοκρισία. Σημαντικότερο ρόλο στην παρώθηση για την υλοποίηση των στόχων παίζουν και οι κρίσεις για την αυτεπάρκεια (self-efficacy) μέσα από την επίδρασή τους στην επιλογή των στόχων και στα συναισθήματα με τα οποία αυτοί επιτυγχάνονται (Pervin & John, 1997).

#### *Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Rosenstock, 1974).*

Το μοντέλο των Πιστεύω υγείας (Rosenstock, 1974) ανήκει στη γενική κατηγορία των θεωριών προσδοκίας-αξίας και υποθέτει ότι η πιθανότητα εμπλοκής ενός προσώπου σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας είναι μια λειτουργία πολλών πεποιθήσεων. Σύμφωνα με το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, το άτομο λαμβάνει αποφάσεις σε ζητήματα υγείας μόνον όταν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένο να δράσει αναφορικά με κάποια απειλή που νιώθει για την υγεία του και υιοθετεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά με την προσδοκία ότι θα την ακολουθήσουν ορισμένες συνέπειες. Συγκεκριμένα, οι Rosenstock, Strecher, και Becker (1988) στο άρθρο τους "*Historical origins of the health belief model*" αναφέρουν, πως η σχετιζόμενη με την υγεία δράση εξαρτάται από την ταυτόχρονη εμφάνιση των ακόλουθων παραγόντων:

- 1). Την ύπαρξη επαρκών κινήτρων (ή ανησυχίας για την υγεία) για να κάνει τα σχετιζόμενα με την υγεία θέματα σημαντικά.



2). Την πεποίθηση ότι το άτομο είναι ευάλωτο σε ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ή στα επακόλουθα μιας σοβαρής ασθένειας. Αυτή η πεποίθηση συχνά καλείται αυτο-αντιλαμβανόμενη απειλή.

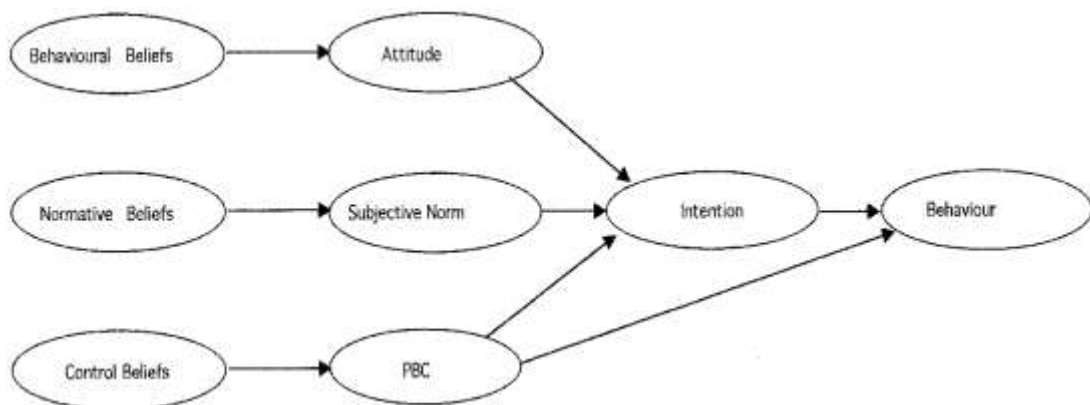
3). Την πεποίθηση ότι μια συγκεκριμένη σύσταση για την υγεία θα συντελέσει στη μείωση της αυτο-αντιλαμβανόμενης απειλής, και μέσα σε ένα πλαίσιο αποδεκτού κόστους. Το κόστος αναφέρεται στα εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν και στις οικονομικές δαπάνες.

#### *Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991)*

Από τότε που ο Wicker's (1969) εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ στάσεων και συμπεριφορών σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση, συμπέρανε, πως οι στάσεις πιθανόν να μη προβλέπουν συμπεριφορές, σωρεία κοινωνικών ψυχολόγων επιστρατεύτηκαν χρησιμοποιώντας διάφορες κοινωνικές θεωρίες προκειμένου να τον διαψεύσουν. Από τις πιο δημοφιλείς είναι και η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour, Ajzen, 1991, 2007), η οποία αποτελεί προέκταση της Θεωρίας της Δικαιολογημένης Δράσης (Theory of Reasoned Action, Ajzen & Fishbein, 1973, 1980) ενσωματώνοντας σε αυτήν τον παράγοντα «αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς» (Ajzen, 1988). Η εν λόγω θεωρία υπογραμμίζει πως η απόφαση ενός ατόμου να ακολουθήσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά καθορίζεται από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων (Conner & Norman, 1996) και η πρόθεση ενός ατόμου να υιοθετήσει μία συμπεριφορά είναι ο κύριος παράγοντας αυτής της συμπεριφοράς (Courneya & McAuley, 1995). Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία η εκδήλωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς εξαρτάται από την πρόθεση. Με τη σειρά της, η πρόθεση εξαρτάται από τρεις βασικούς παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας είναι η στάση απέναντι στη συμπεριφορά η οποία αντανάκλα τη συνολική θετική ή αρνητική αξιολόγηση της συμπεριφοράς που το άτομο προτίθεται να εκδηλώσει.

Ο δεύτερος παράγοντας καθορισμού της πρόθεσης είναι τα υποκειμενικά πρότυπα που αντανακλούν τη συνολική δηλαδή αντίληψη του ατόμου για την κοινωνική πίεση που δέχεται ως προς το να εκδηλώσει ή όχι τη συμπεριφορά (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990). Ο τρίτος παράγοντας καθορισμού της πρόθεσης είναι ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος της συμπεριφοράς ή αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος ο οποίος αντανακλά το βαθμό στον οποίο το άτομο θεωρεί την εκτέλεση της συμπεριφοράς εύκολη ή δύσκολη.

Σε συνδυασμό, η στάση, τα υποκειμενικά πρότυπα και ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος της συμπεριφοράς συνεισφέρουν σε διαφορετικό βαθμό στη διαμόρφωση της συμπεριφορικής πρόθεσης η οποία αναμένεται να επηρεάσει με τη σειρά της τη συμπεριφορά (βλ. Σχήμα 2.)



**Σχήμα 2.** Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991).

Σύμφωνα με τους Ajzen & Fishbein (1980) και Ajzen (1991,2007), “η στάση” διαμορφώνεται από τις “συμπεριφορικές πεποιθήσεις”, “τα υποκειμενικά πρότυπα”, διαμορφώνονται από τις “ρυθμιστικές/κανονιστικές πεποιθήσεις” και “ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος της συμπεριφοράς” διαμορφώνεται από τις “πεποιθήσεις ελέγχου”. Οι συμπεριφορικές πεποιθήσεις έχουν σχέση με τις πιθανές συνέπειες που θα προκύψουν από την

εκδήλωση της συμπεριφοράς και την αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) αυτών των συνεπειών για το ίδιο το άτομο. Οι *ρυθμιστικές ή κανονιστικές πεποιθήσεις*, σχετίζονται με το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι συγκεκριμένα πρόσωπα ή ομάδες που θεωρεί σημαντικά επιθυμούν ή δεν επιθυμούν να εκδηλώσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Επίσης, οι πεποιθήσεις αυτές σχετίζονται με τα κίνητρα συμμόρφωσης του ατόμου με τις επιθυμίες αυτών των προσώπων ή ομάδων. Τέλος, οι *πεποιθήσεις έλεγχου*, έχουν σχέση με την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τον έλεγχο συγκεκριμένων “αντικειμενικών” παραγόντων που είναι απαραίτητοι για την εκδήλωση της συμπεριφοράς, και την αντιληπτή διευκόλυνση, που αφορά τη δυνατότητα αυτών των παραγόντων να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν την εκδήλωση της συμπεριφοράς.

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιλαμβάνει μετρήσεις συγκεκριμένων στάσεων και συμπεριφορών όπως είναι η στάση απέναντι σε ειδικά προγράμματα υγείας (Ajzen & Timko, 1986). Ακολούθως η πρόβλεψη της συμπεριφοράς τείνει να ενισχύεται σε μεγαλύτερο βαθμό όταν η στάση μετριέται με συνέπεια και σταθερότητα με το αντίστοιχο κριτήριο συμπεριφοράς. Παρόμοια, στρατηγικές ενισχυτικές εμφανίζονται να είναι περισσότερο πετυχημένες όταν στοχεύουν σε πεποιθήσεις και στάσεις που σχετίζονται περισσότερο με τα κριτήρια συμπεριφοράς (Fishbein et al., 1980).

### *Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ηλικία*

Αρκετά αξιολογικά και ενδιαφέροντα φαίνονται να είναι τα ερευνητικά δεδομένα που επισημαίνουν την ύπαρξη σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ ΣΝ και ηλικίας. Οι Phillips και Allen (2004), στην προσπάθειά τους να εξετάσουν την ύπαρξη διαφορών στην ένταση των συναισθημάτων μεταξύ νεώτερων και ηλικιωμένων ατόμων, διαπίστωσαν πως τα νεώτερα άτομα έχουν την τάση να αντιλαμβάνονται εντονότερα τα αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα, γεγονός που το απέδωσαν στο υψηλότερο αυτο-αναφερόμενο άγχος

που τους διακατέχει. Μία άλλη, πάλι, ομάδα ερευνητών (Fariselli, Ghini, & Freedman, 2006), μέσα από τη διερεύνηση της παραπάνω σχέσης σε άτομα ηλικίας 22-70 ετών με τη χρήση του ερωτηματολογίου SEI (Six Seconds' Emotional Intelligence Assessment; Fariselli et al, 2006), εντόπισε ελαφρώς υψηλά επίπεδα ΣΝ στα άτομα ηλικίας πάνω των 31 ετών διαπιστώνοντας ότι η ΣΝ είναι μία αναπτυσσόμενη ικανότητα που δύναται να βελτιωθεί μέσω μάθησης.

Επιπρόσθετα, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποκάλυψαν πως η ηλικία ασκεί σημαντική επίδραση στις διαχειριστικές ικανότητες διευθυντικών στελεχών στο εργασιακό τους περιβάλλον, με τα μεγαλύτερης σε ηλικία άτομα να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Kiprotich, Lucas, Kennedy, Koskey, Korir, & Maiyo, 2012), ενώ σε αντίθεση με τα προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, έρχονται τα πορίσματα μία άλλης ομάδας ερευνητών, οι οποίοι διαπίστωσαν πως η ηλικία δεν ασκεί σημαντική επίδραση στη σχέση ΣΝ και ψυχικής υγείας (Shabani, Hassan, Ahmad, & Baba, 2011). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών όπου εντόπισαν αρνητικές ή μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ΣΝ και ηλικίας (π.χ. Day & Carroll, 2004; Palmer, Gignac, Mamocha, & Stough, 2005). Παρά τις ποικίλες, λοιπόν, διαφορετικές ερευνητικές επισημάνσεις που αφορούν στη σχέση ΣΝ και ηλικίας, τα παρόντα ερευνητικά δεδομένα δεν παύουν να αναγνωρίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μία ικανότητα που δύναται να εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και να βελτιωθεί μέσω συσσωρευμένων εμπειριών και γνώσεων.

### *Συναισθηματική Νοημοσύνη και Φυσική Δραστηριότητα*

Η ΣΝ μετά τις προσπάθειες των ερευνητών να διερευνήσουν τη σχέση της με τη φυσική δραστηριότητα και άσκηση αρχίζει και εισβάλλει δυναμικά και στο χώρο της φυσικής δραστηριότητας αναδεικνύοντας ως επί το πλείστον θετικές και αξιόλογες σχέσεις που

εντοπίζονται μεταξύ της ΣΝ και καλής σωματικής και ψυχικής υγείας και συνηθειών άσκησης.

Μία αρκετά ενδιαφέρουσα έρευνα που διερευνά τη σχέση άσκησης και ΣΝ μέσα από τη σχέση ΣΝ, φυσικής κατάστασης και ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι αυτή των Shuk-Fong, Lu, και Wang (2009). Οι εν λόγω ερευνητές βασιζόμενοι στο μοντέλο του Bar-On (2002) και κατά συνέπεια και στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του, διαπίστωσαν πως όσοι φοιτητές είχαν αναπτύξει έντονη σωματική δραστηριότητα είχαν αντίστοιχα και υψηλότερους δείκτες συναισθηματικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής που σχετίζεται τόσο με την υγεία όσο και με τη φυσική κατάσταση, αναδεικνύοντας έτσι τη φυσική δραστηριότητα ως βασικό παράγοντα βελτίωσης της ψυχολογικής και συναισθηματικής υγείας των φοιτητών.

Σε μία άλλη παρόμοια έρευνα οι Shuk-Fong, Hsiu-Hua, και Chang-Ning (2009) κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα, εντοπίζοντας τόσο μεγάλες διαφορές μεταξύ των φοιτητών που ασκούνταν σε υψηλά επίπεδα και αυτών που ασκούνταν σε χαμηλά επίπεδα ως προς τους δείκτες ΣΝ καθώς και μεταξύ αυτών που συμμετέχουν σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας και αυτών που δε συμμετέχουν. Με την έρευνά τους ανέδειξαν τη φυσική δραστηριότητα ως βασικό παράγοντα που επιδρά θετικά στη συναισθηματική υγεία των φοιτητών αποδεικνύοντας το δυνατό δεσμό μεταξύ σωματικής και πνευματικής υγείας.

Ένα χρόνο αργότερα οι Solanki και Lane (2010) στην προσπάθεια τους να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και πεποιθήσεων που σχετίζονται με τη χρήση της άσκησης ως στρατηγική αντιμετώπισης της διάθεσης μέσα από την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης που σχετίζεται με την προσωπικότητα, βρήκαν πως η ΣΝ σχετίζεται σημαντικά με την πεποίθηση ότι η άσκηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για να τροποποιήσει τη διάθεση και κατέληξαν συμπερασματικά πως η άσκηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως στρατηγική ενίσχυσης συναισθηματικών καταστάσεων.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα των Lima, Fernández-Berrocal, Extremera, και Queirós (2006) οι οποίοι διερευνώντας την αλληλεπίδραση ΣΝ και φυσικής δραστηριότητας σε ένα δείγμα υπερηλίκων, όπου η ΣΝ αξιολογήθηκε με την κλίμακα Trait Meta Mood Scale, των Salovey et al. (1995), διαπίστωσαν πως η τακτική φυσική δραστηριότητα δύναται να προστατεύει έναντι μιας έκπτωσης της ΣΝ και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για να τροποποιηθεί μια καταθλιπτική διάθεση.

Ορισμένοι ερευνητές κατέβαλλαν αρκετές προσπάθειες να εντοπίσουν μια αιτιώδη σχέση μεταξύ ΣΝ και άσκησης στο χώρο του αθλητισμού και να διερευνήσουν τυχόν σχέση της με την αθλητική απόδοση και τις ψυχολογικές δεξιότητες.

Οι Lane, Thelwell, Lowther και Devonport (2009), λοιπόν, εξετάζοντας τη σχέση που χαρακτηρίζει την συναισθηματική νοημοσύνη και τις ψυχολογικές δεξιότητες που εφαρμόζουν οι αθλητές ποδοσφαίρου μέσα από την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης (EIS; Schutte et al., 1998), βρήκαν πως υπήρχε άμεση συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο. Από τις ψυχολογικές δεξιότητες που εξετάστηκαν, η αυτοομιλία αναδείχτηκε ο πιο σημαντικός παράγοντας που συμβάλει στην ανάπτυξη ικανότητας εκτίμησης και ρύθμισης τόσο των συναισθημάτων των αθλητών όσο και των συναισθημάτων των άλλων.

Παρά ταύτα, έρευνα των Zizzi, Deaner και Hirschhorn (2003) που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να εξεταστεί η σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και απόδοσης των αθλητών στο μπίτζμπολ, μέσω της κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης του Schutte και των συνεργατών του (1998), εντόπισε μία ελαφρά σύνδεση συναισθηματικών δεξιοτήτων όπως η συναισθηματική ενημερότητα, ο έλεγχος και η εκμετάλλευση, με την αθλητική απόδοση. Στην έρευνα συμμετείχαν αθλητές μπίτζμπολ, ηλικίας 18 έως 23 ετών, εκ των οποίων κάποιοι κατατάχθηκαν στην κατηγορία των πασαδόρων και κάποιοι των ριπτών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως η συναισθηματική νοημοσύνη είχε μεν μέτρια συσχέτιση με την

απόδοση στη ρίψη της μπάλας αλλά δεν εντοπίστηκε καμία σχέση με την απόδοση στο χτύπημα της μπάλας.

Επιπρόσθετα, οι Lane και Wilson (2011) προσπαθώντας να διερευνήσουν τη σχέση που διέπει τη ΣΝ ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας και τα συναισθήματα που διακατέχουν τους αθλητές μεγάλων δρόμων αντοχής μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς συναισθηματικής νοημοσύνης που σχετίζεται με την προσωπικότητα (trait emotional intelligence), βρήκαν πως όσοι αθλητές είχαν υψηλές τιμές στη ΣΝ ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας βίωναν αντίστοιχα περισσότερο ευχάριστα συναισθήματα από ό,τι δυσάρεστα. Αυτό το εύρημα οδήγησε τους ερευνητές να συμπεράνουν πως η ΣΝ δύναται να αποτελεί από μόνη της μία απάντηση στο ερώτημα γιατί ορισμένοι αθλητές ανταποκρίνονται σε δύσκολες αθλητικές δοκιμασίες καλύτερα από κάποιους άλλους.

Μία άλλη εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα που διαπραγματεύτηκε τη σχέση ΣΝ και αθλητικής απόδοσης μέσω των συναισθηματικών αντιδράσεων των αθλητών στο στρες, είναι αυτή των Laborde, Brüll, Weber, και Anders (2011). Οι εν λόγω ερευνητές, εξετάζοντας ένα πιθανό μηχανισμό με τον οποίο η ΣΝ ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας δύναται να επηρεάσει τις τυχόν αντιδράσεις μια μερίδας αθλητών του handball στο στρες, μέσω του ερωτηματολογίου ΣΝ (Trait Emotional Intelligence Questionnaire), διαπίστωσαν, ότι οι στρεσογόνες αντιδράσεις των αθλητών που αξιολογήθηκαν από τη διακύμανση του καρδιακού παλμού, ήταν μεγαλύτερου εύρους και διακύμανσης στους αθλητές που είχαν χαμηλά επίπεδα ΣΝ, συμπεραίνοντας κατά επέκταση πως οι αθλητές που είχαν υψηλά επίπεδα ΣΝ ερμήνευαν τους στρεσογόνους παράγοντες περισσότερο ως πρόκληση παρά ως απειλή. Το παρόν εύρημα δύναται να εκληφθεί ως μία αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης του προαγωνιστικού άγχους.

Αρκετά ενδιαφέρουσες έρευνες πραγματοποιήθηκαν και στο χώρο της προσωπικότητας όπου οι ερευνητές προσπαθούν να εντοπίσουν τυχόν υφιστάμενες σχέσεις μεταξύ ΣΝ και άσκησης.

Οι Saklofske, Austin, Rohr, και Andrews (2007) εξετάζοντας τη σχέση προσωπικότητας, ΣΝ και άσκησης σε προπτυχιακούς φοιτητές, όπου η ΣΝ αξιολογήθηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς συναισθηματικής νοημοσύνης, βρήκαν πως μία θετική στάση προς την άσκηση σχετίζεται αρνητικά με το Νευρωτισμό, ενώ η συμπεριφορά άσκησης σχετίζεται θετικά με την Εξωστρέφεια καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η ΣΝ δύναται να μετριάσει τις σχέσεις προσωπικότητας και συμπεριφορών άσκησης.

Ένας άλλος εξίσου ενδιαφέρων χώρος στον οποίο πραγματοποιήθηκαν έρευνες που εξέτασαν τη σχέση ΣΝ και άσκησης είναι ο χώρος του επαγγέλματος και της εργασίας.

Οι Magnini, Lee, και Kim (2011) στην προσπάθειά τους να κατασκευάσουν ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η άσκηση θα μετριάζοταν από τη ΣΝ σε ξενοδοχοϋπαλλήλους, βρήκαν πως η συστηματική άσκηση επιφέρει και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης συμβάλλοντας έτσι αποφασιστικά στην ανάπτυξη και εδραίωση εμπιστοσύνης με τα διευθυντικά στελέχη και κατά επέκταση στην αύξηση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης.

Αξίζει να προστεθεί και άλλη μία αξιόλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο χώρο της εκπαίδευσης διερευνώντας αιτιώδεις σχέσεις ΣΝ και φυσικής δραστηριότητας μέσα από το οπτικό πρίσμα της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού φυσικής αγωγής.

Οι Magyar et al. (2007) εξετάζοντας τον τρόπο με τον οποίο η αποτελεσματικότητα του δασκάλου φυσικής αγωγής επιδρά στην προσωπική ανάπτυξη των παιδιών μέσα από τα ομαδικά προγράμματα φυσικής δραστηριότητας, βρήκαν μέσω της κλίμακας προσωπικής φροντίδας που αξιολογεί τη ΣΝ, ότι η αποτελεσματικότητα του δασκάλου είναι θετική όταν



αυτοί διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα συναισθήματα τους και παρακινούν τους μαθητές τους να συμμετέχουν ενεργά σε αυτά τα προγράμματα.

#### *Συναισθηματική Νοημοσύνη, Κάπνισμα και Αλκοόλ*

Ο Salovey (2001) υπογραμμίζει πως η αποτυχία μιας συναισθηματικής αυτοδιαχείρισης δύναται να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία όπως εκτεταμένη υπερλειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Εύλογα παρατήρησε πως όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα ΣΝ καταφεύγουν με μεγάλη ευκολία προς την υπερβολική κατανάλωση ποτού, λιπαρών-ανθυγιεινών τροφών και υπερβολική χρήση καπνού ως μία στρατηγική αντιμετώπισης του συναισθηματικού τους στρες.

Έρευνες που στοχεύουν στη διερεύνηση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ ΣΝ και ανθυγιεινών μορφών συμπεριφοράς όπως κάπνισμα και αλκοόλ έχουν πραγματοποιηθεί πρόσφατα από ορισμένους ερευνητές επιβεβαιώνοντας τα λεγόμενα του Salovey (2001).

Μία ενδιαφέρουσα έρευνα που διαπραγματεύεται την παραπάνω σχέση είναι αυτή των Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello, και Extremera (2006). Οι εν λόγω ερευνητές στην προσπάθειά τους να εξετάσουν τη σχέση ΣΝ και χρήση αλκοόλ και καπνού σε εφήβους μέσα από την κλίμακα Trait Meta Mood των Salovey et al. (1995), βρήκαν πως όσοι έφηβοι είχαν υψηλά επίπεδα ΣΝ, παρουσίασαν αντίστροφα χαμηλά επίπεδα χρήσης καπνού και αλκοόλ ενώ όσοι έφηβοι είχαν χαμηλά επίπεδα ΣΝ είχαν καταφύγει στη χρήση αλκοόλ και καπνού. Με τα ευρήματα τους ανέδειξαν τη ΣΝ ως στρατηγική αντιμετώπισης συναισθηματικής αυτοδιαχείρισης επαληθεύοντας τα ερευνητικά δεδομένα του Salovey (2001).

Οι Limonero, Tomás-Sábado, και Fernández-Castro (2006) προσπαθώντας μέσα από τη σύντομη έκδοση της κλίμακας Trait Meta-Mood Scale (TMMS) να διερευνήσουν τον

ρόλο της ΣΝ στη χρήση καπνού και κάνναβης σε προπτυχιακούς φοιτητές της ψυχολογίας, κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα, διαπιστώνοντας πως όσοι φοιτητές είχαν υψηλές επίπεδα τιμές στην κλίμακα Emotional Clarity, δηλαδή έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν τα συναισθήματα τους έκαναν και λιγότερη χρήση καπνού και κάνναβης, ενώ όσοι είχαν χαμηλές τιμές στην κλίμακα Repair, δηλαδή δεν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα συναισθήματα τους, έκαναν και μεγαλύτερη χρήση.

Παρόμοια, οι Claros και Sharma (2012) εξετάζοντας την ίδια σχέση σε φοιτητές κολεγίου συμπεριλαμβάνοντας μεταξύ των άλλων και τη χρήση μαριχουάνας μέσα από το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του Schutte (SSRI), διαπίστωσαν πως η ΣΝ συμβάλλει καθοριστικά στην πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας, ενώ για τη χρήση καπνού δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις.

Μία άλλη ενδιαφέρουσα έρευνα που προσπάθησε να διερευνήσει τη σχέση ΣΝ και ανθυγιεινών συμπεριφορών σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, αυτό των καθημερινών συνθηκών ζωής, και από το οπτικό πρίσμα των διατομικών διαφορών, είναι αυτή των Brackett, Mayer, και Warner (2004). Οι ερευνητές αξιολογώντας τη ΣΝ μέσω του ερωτηματολογίου Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) σε ένα δείγμα φοιτητών διαπίστωσαν πως η ΣΝ δύναται να λειτουργήσει προστατευτικά ιδιαίτερα στους άνδρες αποτρέποντας τους από επιβλαβείς συμπεριφορές ενώ για τις γυναίκες δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις χωρίς, όμως, να μας διαφωτίζει για τον τρόπο με τον οποίο η ΣΝ εκφράζεται στις ζωές των ανθρώπων.

Υπάρχει μία μερίδα ερευνητών που αποβλέπουν στη διερεύνηση σχέσεων ΣΝ και προθέσεις σε συμπεριφορές υγείας όπως κάπνισμα και αλκοόλ.

Οι Trinidad, Unger, Chou, Azen, και Johnson (2004) στην προσπάθειά τους να εξετάσουν την αλληλεπίδραση της ΣΝ με τους παράγοντες κινδύνου για κάπνισμα και τον τρόπο με τον οποίο αυτή επιδρά στις προθέσεις των εφήβων για κάπνισμα, μέσω της

κλίμακας Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS-Adolescent Version), διαπίστωσαν πως οι έφηβοι με υψηλά επίπεδα ΣΝ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν αν έχουν ιστορικό προσπαθειών καπνίσματος, ενώ αυτοί που έχουν χαμηλά επίπεδα ΣΝ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν όταν έχουν μειωμένη ικανότητα να πουν όχι στην προσφορά ενός τσιγάρου ή όταν το επίπεδο εχθρότητας τους είναι υψηλό. Με το παρόν εύρημα τους οι Trinidad et al. (2004) συμπεραίνουν ότι η ΣΝ αλληλεπιδρά σημαντικά με παράγοντες κινδύνου καπνίσματος για μείωση των προθέσεων καπνίσματος επιβεβαιώνοντας το άρρηκτο δεσμό που υπάρχει ανάμεσα στη ΣΝ και στο κάπνισμα στους εφήβους.

Οι Trinidad, Unger, Chou, και Johnson (2005) ένα χρόνο μετά την παραπάνω διαπίστωσή τους ότι η ΣΝ συνδέεται άρρηκτα με συμπεριφορές καπνίσματος στην εφηβεία, θέλησαν να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο η ΣΝ σχετίζεται με τις κοινωνικές αντιλήψεις του καπνίσματος σε αυτήν την κατηγορία πληθυσμού αξιολογώντας την με την κλίμακα Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS- Adolescent Version). Οι ερευνητές βρήκαν πως η ΣΝ αλληλεπιδρά σημαντικά με τις κοινωνικές αντιλήψεις του καπνίσματος με την έννοια ότι όσοι έφηβοι είχαν υψηλά επίπεδα ΣΝ αντιλαμβάνονταν καλύτερα τις κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος.

Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε και η πρόσφατη έρευνα των Duncan et al. (2013) οι οποίοι στην προσπάθειά τους να εξετάσουν τις αντιλήψεις από τις κοινωνικές επιπτώσεις του καπνίσματος ως παράγοντα που μεσολαβεί μεταξύ ΣΝ και προθέσεων καπνίσματος σε παιδιά που φοιτούν στο δημοτικό σχολείο, διαπίστωσαν πως ο ρόλος της υψηλής ΣΝ στην αποτροπή καπνίσματος στην παιδική ηλικία πιθανόν να σχετίζεται με το βαθμό των αντιλήψεων των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος καταλήγοντας στο ότι η ΣΝ δύναται να μειώσει το κάπνισμα σε αυτές τις ηλικίες επηρεάζοντας τις κοινωνικές τους αντιλήψεις.

Μία άλλη εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα που διερεύνησε τη σχέση καπνίσματος και ΣΝ μέσω του ερωτηματολογίου Emotional Quotient Inventory (EQ-i) του Bar-On (1988) μέσα σε ένα ευρύτερο διαπροσωπικό πλαίσιο και σε άτομα που βρίσκονται στην ενηλικίωση είναι αυτή των Hill και Maggi (2011). Μέσα από την έρευνά τους η διαχείριση του άγχους αναδείχθηκε προστατευτικός παράγοντας έναντι του περιστασιακού και καθημερινού καπνίσματος και για τα δύο φύλα, ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες βρέθηκε να συσχετίζονται με το περιστασιακό κάπνισμα. Οι εν λόγω ερευνητές διαπίστωσαν ότι η ΣΝ δύναται να περιλαμβάνει συγκεκριμένους προστατευτικούς παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης καπνίσματος.

Επιπρόσθετα, οι Trinidad και Johnson (2002) διερευνώντας τη σχέση ΣΝ καπνού και αλκοόλ σε εφήβους μέσα από μία σύντομη έκδοση της κλίμακας Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS- Adolescent Version), διαπίστωσαν πως έφηβοι με υψηλά επίπεδα ΣΝ μπορούν να χειριστούν αποτελεσματικά την πίεση των συνομηλίκων τους και να αντισταθούν σθεναρά αποφεύγοντας ανθυγιεινές συμπεριφορές.

Από τα προαναφερόμενα ευρήματα, συμπεραίνουμε πως η ΣΝ έχει αναδειχθεί ως μία βασική στρατηγική αντιμετώπισης του συναισθηματικού στρες και ένας από τους πιο βασικούς προστατευτικούς παράγοντες έναντι καπνίσματος, χρήσης καπνού και ουσιών, ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες. Ως εκ τούτου, όσα άτομα έχουν υψηλά επίπεδα ΣΝ δύνανται να ελέγχουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους αποτελεσματικά χωρίς να καταφεύγουν με ευκολία στην χρήση καπνού, αλκοόλ και ουσιών προκειμένου να αντιμετωπίσουν το συναισθηματικό τους στρες και την κοινωνική πίεση που απορρέει από τιδ κοινωνικές συναναστροφές.

*Συναισθηματική Νοημοσύνη και Σωματική Υγεία*

Ο Bar-On (1997a,1997b) στις πρώτες έρευνες που πραγματοποίησε προκειμένου να δοκιμάσει το θεωρητικό του μοντέλο και να σταθμίσει πιλοτικά το ερωτηματολόγιο συναισθηματικής νοημοσύνης (EQ-i), διερευνώντας τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και υγείας, η οποία αξιολογήθηκε με υποκειμενικά κριτήρια, σε ένα δείγμα 3,831 ενηλίκων, μέσου όρου ηλικίας 34.2 χρόνων, απέδειξε ότι τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης, δηλαδή έχουν αυτογνωσία, αντιλαμβάνονται τόσο τις αδυναμίες τους όσο και τα δυνατά τους σημεία, επιδιώκουν δραστηριότητες που να αξιοποιούν όλες τους τις δυνατότητες, χειρίζονται αποτελεσματικά τα συναισθήματα τους, είναι θετικοί και αισιόδοξοι και είναι περισσότερο υγιείς σε σχέση με εκείνα τα άτομα που έχουν χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης. Σε μία άλλη του έρευνα ο Bar-On (2006) επιχείρησε να εξετάσει πιο αντικειμενικά και άμεσα την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη σωματική υγεία σε ένα δείγμα 941 μελών των αμυντικών δυνάμεων του Ισραηλινού στρατού, συμπεραίνοντας πως η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη εντοπίζεται περισσότερο σε υγιή άτομα από ότι σε μη υγιή, επιβεβαιώνοντας έτσι τα προηγούμενα ερευνητικά του δεδομένα. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν οι Τσαούσης και Νικολάου (2005), οι οποίοι χρησιμοποιώντας την Ελληνική Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης-Greek Emotional Intelligence Scale (GEIS, Tsaousis, 2008), που μετρά τα χαρακτηριστικά της ΣΝ και είναι βασισμένη στο μοντέλο των Mayer και Salovey (1997), σε άτομα με μέσο όρο ηλικίας 25 έτη, επιβεβαίωσαν τη σημαντική επίδραση της ΣΝ στη γενική υγεία του ατόμου.

Ο Bar-On προκειμένου να διαφωτίσει και να εξηγήσει επαρκώς τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και υγείας χρησιμοποίησε το μοντέλο του και σε κλινικούς πληθυσμούς. Οι ερευνητές Monselise et al. (2011) εξετάζοντας τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και αλωπεκίας απέδειξαν πως ο κλινικός πληθυσμός παρουσίαζε μεγάλη

δυσκολία στη διαχείριση των συναισθημάτων και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων σε σχέση με τον μη κλινικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η Dunkley (1996) εξετάζοντας την παραπάνω σχέση σε πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης, υποστήριξε πως οι στεφανιαίοι ασθενείς παρουσίαζαν σημαντικές ανεπάρκειες ως προς την ικανότητα διαχείρισης συναισθημάτων, λύσης προβλημάτων, προσαρμοστικότητας και συνάμα εμφανίστηκαν λιγότερο παρακινημένοι ως προς την επιδίωξη στόχων και με μειωμένη γενική διάθεση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα μίας άλλης έρευνας η οποία στην προσπάθεια της να διερευνήσει διαφορές στη συναισθηματική νοημοσύνη μεταξύ μιας ομάδας καρκινοπαθών που επέζησαν και μιας ομάδας ελέγχου, αποκάλυψε πως οι καρκινοπαθείς είχαν σε υψηλά επίπεδα την κλίμακα αισιοδοξίας σε σχέση με τον μη κλινικό πληθυσμό (Krivoy, Weyl, & Bar-On, 2000). Το παραπάνω εύρημα θεωρείται αρκετά ενδιαφέρον αν σκεφθεί κανείς πως η αισιοδοξία εκλαμβάνεται ως κλειδί που διευκολύνει την συναισθηματική και κοινωνικά έξυπνη συμπεριφορά (Bar-On, 2000) γεγονός που επιβεβαιώνεται και από μία άλλη σπουδαία μετα-αναλυτική επισκόπηση η οποία ανέδειξε την αισιοδοξία ως ένα σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης που σχετίζεται με τη σωματική υγεία (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009). Αξίζει να προστεθεί ένα αξιοσημείωτο εύρημα των ερευνητών O'Leirigh, Ironson, Fletcher, και Schneiderman (2008) οι οποίοι σε μία πρόσφατη έρευνά τους ανέδειξαν ένα άλλον σπουδαίο ρόλο που δύναται να παίζουν τα συναισθήματα, αυτόν της συναισθηματικής αποκάλυψης, υποστηρίζοντας πως υψηλά επίπεδα συναισθηματικής έκφρασης μέσω ελεύθερας γραφής, δύνανται να παρέχουν υγεία και να ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα ατόμων που πάσχουν από HIV/AIDS. Το παρόν εύρημα μπορεί να μη σχετίζεται με κανένα θεωρητικό πλαίσιο της ΣΝ αλλά δεν παύει να αναδεικνύει τη σημαντική επίδραση που έχουν τα συναισθήματα πάνω στην υγεία.

Επιπρόσθετα, δεδομένα από σειρές ερευνών που ενισχύουν τη σχέση ΣΝ και υγείας και πηγάζουν από εργασιακούς και εκπαιδευτικούς χώρους, επιβεβαιώνουν την άποψη πως αυτή έχει πολλά υποσχόμενες εφαρμογές τόσο στον επαγγελματικό όσο και στον εκπαιδευτικό χώρο (Petrides, 2011). Ως εκ τούτου, οι Slaski και Cartwright (2002) διερευνώντας μία πιθανή σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης, στρες, υγείας και απόδοσης σε στελέχη μίας εταιρίας πώλησης που είχε έδρα στη Μεγάλη Βρετανία, διαπίστωσαν μέσω της κλίμακας του Bar-On (EQ-i) πως όσα στελέχη είχαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης βίωναν λιγότερο στρες, επιδείκνυαν καλύτερη απόδοση και είχαν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Παρόμοια ο Ramesar και οι συνεργάτες του (2009) χρησιμοποιώντας το ίδιο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (BarOn-EQ-i) σε άτομα που εργάζονταν σε διευθυντικές θέσεις ενός οικονομικού ιδρύματος στη Νότια Αφρική απέδειξαν ότι η διαχείριση του στρες είναι ένα αναπόσπαστο στοιχείο της συναισθηματικής νοημοσύνης. Επιπρόσθετα, οι Augusto-Landa, Pulido-Martos, και López-Zafra, (2010) εξετάζοντας την ίδια σχέση σε προπτυχιακούς φοιτητές, μέσω της κλίμακας Trait Meta-Mood Scale (Salovey et al., 1995) συμπέραναν, παρομοίως, πως η ΣΝ αποτελεί από τους πιο σπουδαίους προγνωστικούς παράγοντες της ψυχολογικής υγείας.

Παρά τον αδιαμφισβήτητο ρόλο της ΣΝ στην υγεία, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που μετριάζουν τη σχέση της με το στρες. Οι Gohm, Corser, και Dalsky (2005) σε μία έρευνά τους απέδειξαν πως ορισμένα άτομα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως συναισθηματική ένταση και σύγχυση, δεν παρουσίασαν τη συσχέτιση που αναμενόταν μεταξύ ΣΝ και άγχους, πράγμα που το απέδωσαν στο ότι δεν επωφελούνται από τη ΣΝ επειδή δεν εμπιστεύονται την ικανότητά τους, ή νομίζουν ότι οι συναισθηματικές επιρροές είναι πέρα από τον έλεγχο τους. Σε αντίθεση έρχονται τα δεδομένα των Ciarrochi, Deane, και Andersen, (2002) οι οποίοι εξετάζοντας τη ΣΝ μέσω της κλίμακας Schutte Emotional Intelligence Scale (Schutte et al., 1998) και σε ένα διαφορετικό ρόλο, αυτό του διαμεσολαβητή μεταξύ ΣΝ και στρες, σε

φοιτητές πανεπιστημίου, ανέδειξαν τη ΣΝ απαραίτητο και συνάμα σημαντικό παράγοντα στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ στρες και ψυχικής υγείας.

Συναθροίζοντας τα δεδομένα των παραπάνω ερευνών, εύλογα συμπεραίνεται πως η συναισθηματική νοημοσύνη μέσω της ανάπτυξης ικανότητας αναγνώρισης, κατανόησης και διαχείρισης συναισθημάτων, αποτελεί βασική προτεραιότητα για τη διασφάλιση της ψυχολογικής και σωματικής υγείας.

### *Συναισθηματική Νοημοσύνη και Ψυχική Υγεία*

Παρόμοια ερευνητικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ ΣΝ και υγείας προέρχονται από το χώρο της ψυχικής υγείας βασιζόμενα τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικό πληθυσμό. Έτσι, λοιπόν, οι ερευνητές Extremera και Fernandez-Berrocal (2006) χρησιμοποιώντας την κλίμακα Trait Meta-Mood Scale (TMMS), συμπέραναν, πως τα άτομα που δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τα συναισθήματά τους και να τα χειριστούν, είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Αξιοσημείωτο, επίσης, ήταν το εύρημα τους που επιβεβαίωσε υψηλή συσχέτιση κατάθλιψης και συναισθηματικής προσοχής, δηλαδή άτομα που είχαν υπερβολική εστίαση στα δικά τους συναισθήματα είχαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται και από τους Batool και Khalid (2009), οι οποίοι χρησιμοποιώντας το εργαλείο αυτοαναφοράς Scale of Emotional Intelligence (SEI) βασισμένο στο μοντέλο του Bar-On(1997) σε κλινικό πληθυσμό, απέδειξαν ότι όσοι είχαν χαμηλά επίπεδα ΣΝ είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Οι Fisher et al. (2010) διερευνώντας τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης, άγχους και κατάθλιψης μέσω της κλίμακας Trait Meta-Mood Scale (TMMS), συμπέραναν πως ορισμένοι παράγοντες της συναισθηματικής νοημοσύνης δύνανται να επηρεάζουν αισθητά τη διαδικασία της συναισθηματικής διέγερσης. Επιπρόσθετα οι Turk et al. (2005)



χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) στην προσπάθεια τους να διερευνήσουν το ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης στη γενικευμένη διαταραχή άγχους και κοινωνική φοβία, διαπίστωσαν πως τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα στη διαχείριση των συναισθημάτων επιδεικνύοντας μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση και μεγαλύτερη αρνητική έκφραση συναισθημάτων από τα άτομα με κοινωνική φοβία που επέδειξαν αδυναμία στην αναγνώριση και κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων. Ο Summerfeldt και οι συνεργάτες του (2011) επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ευρήματα χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς Emotional Quotient Inventory (EQ-i: S) του Bar-On και αποδεικνύοντας την ύπαρξη αρνητικής σχέσης μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και διαταραχών άγχους και ισχυρού δεσμού μεταξύ κοινωνικής φοβίας και ενδοπροσωπικής συναισθηματικής νοημοσύνης. Πέραν τούτου, οι Shabani, Hassan, Ahmad, και Baba (2010) διερευνώντας τη σχέση συναισθηματικής νοημοσύνης και ψυχικής υγείας σε εφήβους από το Ιράν που φοιτούν στο Λύκειο, εντόπισαν μία αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και ψυχικής υγείας καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως αυτή ασκεί σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία. Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Latorre και Montaños (2004) οι οποίοι διαπίστωσαν μέσω της κλίμακας Trait Meta-Mood Scale (TMMS), πως η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη εφήβων σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Εύλογα, λοιπόν, συμπεραίνουμε πως η συναισθηματική νοημοσύνη δύναται να ρίξει άπλετο φως και στον τομέα της ψυχικής υγείας εξηγώντας τις πολυδιάστατες σχέσεις της με διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη.

Πέραν τούτου, μία πρόσφατη μετα-ανάλυση από τους Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, και Rooke (2007) βασισμένη σε 7.898 συμμετέχοντες, αποκάλυψε πως η υψηλή ΣΝ σχετίζεται με καλύτερη υγεία. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε πως η συναισθηματική νοημοσύνη μετρούμενη ως χαρακτηριστικό σχετίζεται πολύ περισσότερο με την ψυχική υγεία από ότι

μετρούμενη ως ικανότητα και ότι το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς EQ-i του Bar-On σχετίζεται πολύ περισσότερο με την ψυχική υγεία από ότι τα άλλα εργαλεία μέτρησης.

Οι Martins, Ramalho, και Morin (2010) στην προσπάθειά τους να επεκτείνουν το ερευνητικό έργο των προηγούμενων, διεξήγαγαν μία μεγάλο εύρους μετα-ανάλυση βασιζόμενη σε 19,818 συμμετέχοντες καθώς και σε έρευνες που δεν ήταν αγγλικές και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η ΣΝ θεωρείται ένας πιθανός παράγοντας πρόβλεψης για την υγεία επιβεβαιώνοντας τα ερευνητικά δεδομένα των Shutte et al. (2007). Η διαφορά τους ήταν ότι απέδειξαν πως το ερωτηματολόγιο TEIQue (Trait Emotional Intelligence Questionnaire) των Petrides, Pérez-González, και Furnham (2007), που χρησιμοποιείται ως εργαλείο μέτρησης χαρακτηριστικών της ΣΝ, σχετίζεται περισσότερο με την ψυχική υγεία από ότι τα άλλα εργαλεία μέτρησης.

Ανακεφαλαιώνοντας, εύλογα γίνεται αντιληπτό, πως η συναισθηματική νοημοσύνη έχει μία σημαντική επίδραση στην υγεία και όποιο άτομο έχει αυτήν την ικανότητα αναπτυγμένη, δύναται τόσο να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις όσο και να επιβιώνει από απειλητικές για τη ζωή του καταστάσεις. Ο Taylor (2001) υποστηρίζει πως αν κάποιος είναι “συναισθηματικά έξυπνος” τότε δύναται να αντιμετωπίζει καλύτερα τις προκλήσεις της ζωής και να ελέγχει πιο αποτελεσματικά τα συναισθήματα του συμβάλλοντας έτσι στην καλή ψυχική και σωματική υγεία. Ο Bar-On (1997) και ο Goleman (1995) ενισχύει την παραπάνω άποψη υποστηρίζοντας πως η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί έναν σπουδαίο παράγοντα που καθορίζει τις επιτυχίες στη ζωή και συμβάλει στην καλή σωματική και ψυχολογική υγεία.

#### *Συμπεριφορές Υγείας και Έμφραγμα του Μυοκαρδίου*

Υπάρχει, πλέον, πλήθος ερευνητικών δεδομένων που υποστηρίζουν πως οι σύγχρονες συνθήκες διαβίωσης ευνοούν την παρουσία παραγόντων που ενοχοποιούνται για την

ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και η παχυσαρκία συγκαταλέγονται στους κυριότερους αθηρωματικούς παράγοντες που ενισχύουν την απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων. Εξίσου σημαντικοί με τους προηγούμενους παράγοντες για την ανάπτυξη της αθηρωμάτωσης θεωρούνται η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, το κάπνισμα και το αλκοόλ (Kannel,1987). Οι παραπάνω παράγοντες συγκαταλέγονται σε συμπεριφορές υγείας που αν δεν τροποποιηθούν με κατάλληλες παρεμβάσεις μπορεί να συμβάλλουν σε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο WHO το 1995 τους συμπεριέλαβε στους κύριους παράγοντες ανάπτυξης της νόσου.

*Φυσική Δραστηριότητα.*: Όλες οι επιδημιολογικές έρευνες από το '80 μέχρι και σήμερα επιβεβαιώνουν τα οφέλη της συστηματικής φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Ο Kannel και Sorlie (1979) σε μία από τις σπουδαιότερες επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν εκείνη την εποχή, υποστήριξαν πως η φυσική δραστηριότητα ασκεί ευεργετική δράση στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα και νοσηρότητα και στους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου με οφέλη που αυξάνονται βαθμιαία ανάλογα με το επίπεδο της δραστηριότητας. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τα ευρήματα των Kannel και Sorlie (1979) αποδεικνύοντας ότι η φυσική δραστηριότητα, αφενός μεν, προστατεύει σε ικανοποιητικό βαθμό από την εμφάνιση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και αιφνιδίου θανάτου, αφετέρου δε, ελαττώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης ενός δευτέρου επεισοδίου εμφράγματος στους στεφανιαίους ασθενείς (Blair et al.,1995). Αντίθετα η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας συνοδεύεται από διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τα άτομα που ασκούν μία συστηματική φυσική δραστηριότητα. Για να αποφευχθούν, όμως, στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό οι κίνδυνοι εμφάνισης επιπλοκών που συνοδεύουν την άσκηση, η συμμετοχή τους σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας πρέπει να πραγματοποιείται μετά από πλήρη ιατρικό έλεγχο. Τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες έχουν καθιερωθεί προγράμματα αποκατάστασης

σε ασθενείς που πάσχουν ιδιαίτερα από έμφραγμα του μυοκαρδίου ως μέρος της συνολικής θεραπευτικής αντιμετώπισης τους εξασφαλίζοντας τους έτσι την καλύτερη φυσική, νοητική και κοινωνική κατάσταση προκειμένου να επανενταχθούν ομαλά στην κοινωνία (WHO, 1993).

*Κάπνισμα.*: Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κυριότερους ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στο έμφραγμα και στο αιφνίδιο θάνατο (Kannel, 1987). Η επίδραση του καπνίσματος στην ανάπτυξη αρτηριοσκλήρυνσης σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά (Gordon, Kannel, Dawber, & McGee, 1975) και δύναται να τροποποιηθεί με τη διακοπή του. Δεδομένα από σειρές ερευνών υποστηρίζουν ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο μετέπειτα θνησιμότητας και περαιτέρω καρδιακών επεισοδίων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο σε ποσοστό 50%. Η διακοπή του καπνίσματος ως εκ τούτου μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση του κινδύνου θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο που καπνίζουν από την επίδραση οποιασδήποτε άλλης παρέμβασης ή αγωγής (Hermanson, Omenn, Kronmal, & Gersh, 1988; Sato et al., 1992; Wilhelmsson, Vedin, Elmfeldt, Tibblin, & Wilhelmsen, 1975; Johansson et al., 1985). Οι Critchley και Capewell (2003) σε μία πρόσφατη μεγάλη ανασκόπηση 665 δημοσιεύσεων που πραγματοποίησαν προκειμένου να εκτιμήσουν το μέγεθος της μείωσης του κινδύνου που επιτυγχάνεται με τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, συμπέραναν πως η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου για όλες τις αιτίες θνησιμότητας μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Η μείωση του κινδύνου φαίνεται να είναι συνεπής ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το καρδιακό επεισόδιο, τη χώρα, και το έτος έναρξης της μελέτης.

*Αλκοόλ.*: Δεδομένα από σειρές ερευνών που έχουν εξετάσει τη σχέση αλκοόλ και κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αποδεικνύουν ότι τα συμπεράσματα είναι αντιφατικά. Πληθώρα ερευνητικών δεδομένων αποδεικνύουν πως η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει

τη θνησιμότητα λόγω των καρδιαγγειακών παθήσεων που προκαλεί (Rosengren, Wilhelmsen, & Wedel, 1988). Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν πως η λήψη αλκοόλ έχει την τάση να ανεβάζει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, η προοδευτική συσσώρευση των οποίων δύναται να οδηγήσει σε μείωση του αυλού των στεφανιαίων αρτηριών με κατάληξη το έμφραγμα το μυοκαρδίου (Rosengren & Wilhelmsen, 1987). Πέραν τούτου, δεδομένα από σειρές ερευνών συσχετίζουν την κατάχρηση αλκοόλ με αυξανόμενο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (Lithell, Aberg, Selinus, & Hedstrand, 1987; Rosengren & Wilhelmsen, 1987).

Υπάρχουν, όμως, και δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Ο Gaziano και οι συνεργάτες του (1993) ερευνώντας αυτή τη σχέση σε 340 άτομα με έμφραγμα του μυοκαρδίου και μία ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από τον ίδιο αριθμό χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου, διαπίστωσαν πως η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου γεγονός που το απέδωσαν σε ταυτόχρονη αύξηση των υποκλασμάτων της ολικής χοληστερόλης, δηλαδή της HDL<sub>2</sub> και της HDL<sub>3</sub>. Μία μετα-ανάλυση από όλες τις πειραματικές έρευνες που εξέτασαν την επίδραση του αλκοόλ πάνω σε βιολογικούς δείκτες που σχετίζονταν με τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε άτομα που δεν έπασχαν από στεφανιαία νόσο και δεν είχαν εξάρτηση, έδειξε ότι η χρήση αλκοόλ που σχετίζεται με 30g ημερησίως δύναται να μειώνει τον κίνδυνο εμφράγματος κατά 24.7% αποδίδοντάς το σε μεταβολές στα λιπίδια και σε αιμοστατικούς παράγοντες (Rimm, Williams, Fosher, Criqui, & Stampfer, 1999). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μίας άλλης μετα-ανάλυσης που εξέτασαν τη σχέση κρασιού - μύρας και κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αποδεικνύοντας ότι η ελαφρά με μέτρια κατανάλωση κρασιού σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Μία παρόμοια σχέση παρατηρήθηκε σε έρευνες με κατανάλωση μύρας αλλά όχι με τον ίδιο μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου

που παρατηρήθηκε στην κατανάλωση κρασιού (Di Castelnuovo, Rotondo, Iacoviello, Donati, & De Gaetano, 2002).

Παρά ταύτα, ο Kannel (1987) σε ένα του άρθρο πάνω στις νέες προοπτικές για τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, υποστηρίζει πως η αύξηση της ολικής χοληστερόλης HDL δεν είναι ιδιαίτερα ευεργετική καθότι συνήθως ανεβάζει περισσότερο τη HDL-3 που είναι λιγότερο ευεργετική από ότι η HDL-2 που είναι περισσότερο ευεργετική. Ο ίδιος, βέβαια, υποστηρίζει πως ανεξάρτητα με το ποιος μηχανισμός κρύβεται από πίσω, φαίνεται πως ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου αντισταθμίζεται από τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ παρά τα αντίθετα αποτελέσματα που έχει αυτή στην αρτηριακή πίεση, στα επίπεδα τριγλυκεριδίων και καρδιακού ρυθμού.

#### *Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Συμπεριφορές Υγείας*

Η ΘΣΣ αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη θεωρία για διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς. Η ικανότητα της αποτελεσματικής πρόβλεψης και εξήγησης συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία είναι σημαντική για μία ευρεία γκάμα ερευνητών και επαγγελματιών υγείας οι οποίοι αποβλέπουν στην ανάπτυξη παρεμβάσεων με κύριο στόχο την αλλαγή αυτών των ανθυγιεινών συμπεριφορών.

Οι Armitage και Conner (2001) εξετάζοντας σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση τους την αποτελεσματικότητα της ΘΣΣ μέσα από 185 έρευνες, βρήκαν ότι η ΘΣΣ εξηγεί το 27% της διακύμανσης στη συμπεριφορά, συμπεραίνοντας πως η χρήση της είναι αποτελεσματική στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς και διασαφηνίζοντας, επιπλέον, πως οι συμπεριφορές που βασίζονται σε αυτο-αναφορές έχουν μεγαλύτερη προβλεψιμότητα από ότι οι συμπεριφορές που βασίζονται στην παρατήρηση. Επιπρόσθετα, διαπίστωσαν πως οι υποκειμενικές νόρμες παρουσιάζουν δυνατή συσχέτιση με την πρόθεση εφόσον αξιολογούνται με πολυθεματικές κλίμακες.

Επιπρόσθετα, οι Hardeman et al. (2002) διερευνώντας μέσα από μία συστηματική ανασκόπηση την εφαρμογή της ΘΣΣ σε παρεμβάσεις, διαπίστωσαν, πως αυτή η θεωρία χρησιμοποιήθηκε περισσότερο για πρόβλεψη της πρόθεσης ή αλλαγή στη συμπεριφορά και λιγότερο για την ανάπτυξη παρέμβασης, προτείνοντας, κατά επέκταση, να γίνει η χρήση της πιο συστηματική σε παρεμβάσεις και πιο σαφής στον τρόπο με τον οποίο αυτή θα εφαρμοστεί και στους παράγοντες που θα εξετάσει και θα μετρήσει. Πέραν τούτου, οι ίδιοι ερευνητές συμπέραναν πως οι πιο συχνές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την αλλαγή της συμπεριφοράς ήταν γνωστικές, όπως, η πειθώ, η ανάπτυξη δεξιοτήτων, ο καθορισμός στόχων, η μίμηση, ο σχεδιασμός και εφαρμογή και η κοινωνική υποστήριξη, πράγμα που τους φάνηκε αρκετά λογικό μια που η ΘΣΣ είναι κατά κύριο λόγο γνωστική. Ένα άλλο αξιοσημείωτο συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι ερευνητές σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, ήταν ότι από τις 13 έρευνες που εξέτασαν περίπου στις μισές διαπιστώθηκε αλλαγή στην πρόθεση και στα 2/3 από αυτές εντοπίστηκε αλλαγή στη συμπεριφορά.

Εκτός αυτού, σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση τους οι Robin, McEachan, Conner, Taylor, και Lawton (2011) εξετάζοντας το είδος της συμπεριφοράς που δύναται να μετριάξει τις σχέσεις μεταξύ πρόθεσης και συμπεριφοράς, βρήκαν, πως η φυσική δραστηριότητα και οι διατροφικές συμπεριφορές που ανήκουν σε συμπεριφορές πρόληψης μπορούν να προβλεφθούν καλύτερα από τη ΘΣΣ σε σχέση με άλλες συμπεριφορές προληπτικού χαρακτήρα, όπως ασφαλές σεξ, αποχή από τα ναρκωτικά, αλκοόλ και κάπνισμα, καθώς και συμπεριφορές που εμπεριέχουν υψηλά ρίσκα, όπως ταχύτητα, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα και χρήση ουσιών οι οποίες φάνηκε να έχουν χαμηλή προβλεπτική εγκυρότητα. Οι ίδιοι ερευνητές εντόπισαν, επίσης, πως η ηλικία των συμμετεχόντων αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που μετριάξει τη συγκεκριμένη σχέση αλλά αυτό ισχύει για συγκεκριμένες σχέσεις και συμπεριφορές. Συγκεκριμένα στη σχέση μεταξύ πρόθεσης και υποκειμενικών προτύπων διαπιστώθηκε πως οι έφηβοι παρουσίασαν πιο δυνατές σχέσεις από ότι οι ενήλικες, ενώ στις

συμπεριφορές που σχετίζονται με αποχή από ουσίες, κάπνισμα, αλκοόλ, η ΘΣΣ παρουσίασε υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα για τους εφήβους εν αντιθέσει με τους μαθητές, ενώ για συμπεριφορές όπως η φυσική δραστηριότητα οι προθέσεις φάνηκαν να είναι ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας περισσότερο για τους μαθητές από ότι για τους ενήλικες και τους εφήβους. Επιπλέον, η παρελθοντική συμπεριφορά αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης συμπεριφορών περισσότερο για τους ενήλικες ενώ για πρόβλεψη προθέσεων ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για ενήλικες και μαθητές. Σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΘΣΣ, οι Robin et al. (2011) βρήκαν ότι αυτή εξηγεί το 19.3% της διακύμανσης όσον αφορά στη συμπεριφορά και το 44.3% της διακύμανσης όσον αφορά στην πρόθεση.

Αξίζει να αναφερθεί μία άλλη αξιοσημείωτη ερευνητική προσπάθεια που θα αποτελέσει σταθμό για μελλοντικές έρευνες που σκοπεύουν να εξετάσουν μία αποτελεσματική ομαδοποίηση και ακριβή χαρακτηρισμό συμπεριφορών που θα συντελέσει στην αναζήτηση καλύτερων τρόπων παρέμβασης με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς σε ομάδες που διαφέρουν μεταξύ τους.

Ως εκ τούτου, οι ερευνητές McEachan, Lawton, και Conner (2010) σε μία ερευνητική τους προσπάθεια να κατηγοριοποιήσουν τις συμπεριφορές υγείας βάσει των ομοιοτήτων και διαφορών τους, πέτυχαν να διαμορφώσουν ένα χρήσιμο θεωρητικό πλαίσιο που θα διευκολύνει την κατανόηση των χαρακτηριστικών τους και θα βοηθήσει τους ερευνητές να προβλέψουν τη συμπεριφορά και να την αλλάξουν. Ειδικότερα, θα βοηθήσει τους ερευνητές, αφενός μεν, να σκεφθούν τον λόγο που ορισμένες συμπεριφορές παρουσιάζουν διαφορετική πρόβλεψη από τα ίδια θεωρητικά μοντέλα, διασφαλίζοντας έτσι την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους και αφετέρου δε, να κατανοήσουν καλύτερα το ρόλο των ατομικών διαφορών που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την υιοθέτηση ή όχι μιας συμπεριφοράς.

Εξίσου αξιοσημείωτη είναι και η μετα-ανάλυση των Albarracin, Johnson, Fishbein, και Muellerleile (2001), οι οποίοι εξετάζοντας τη χρήση προφυλακτικού μέσα από τη ΘΣΣ,



διαπίστωσαν πως ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος της συμπεριφοράς σχετίζεται με τις προθέσεις για χρήση προφυλακτικών και με τη συμπεριφορά χρήσης αυτών αλλά σε αντίθεση με τη θεωρία δε συνεισφέρει σημαντικά στη χρήση τους. Ένας άλλος εξίσου παράγοντας που φάνηκε να συνεισφέρει στην πρόβλεψη συμπεριφοράς είναι η παρελθοντική συμπεριφορά την οποία οι Albarracin et al. (2001) ανέδειξαν ως σημαντικό παράγοντα που καθορίζει άμεσα τη χρήση προφυλακτικών. Παρόμοια είναι και τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν από μία μετα-ανάλυση των Albarracin, Kumkale, και Johnson (2004) οι οποίοι εξετάζοντας τους παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση προφυλακτικών συμπέραναν πως ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος είχε πιο δυνατές συσχετίσεις ανάμεσα στα άτομα που έχουν έλλειψη δύναμης, όπως γυναίκες, νεαρά άτομα, μειονότητες και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ τα κοινωνικά πρότυπα έχουν ισχυρές επιδράσεις στα άτομα που έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε πλαίσια κοινωνικής στήριξης, συμπεριλαμβανομένου άνδρες, πλειονότητες και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Ελέγχοντας τους παραπάνω καθοριστικούς παράγοντες δύναται να ελεγχθεί και η σεξουαλική συμπεριφορά ατόμων που εμπεριέχει υψηλά ρίσκα βάζοντας πολλά άτομα σε κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό του HIV.

Μία άλλη εξίσου ενδιαφέρουσα μετα-ανάλυση που εστιάζει στο χώρο της φυσικής δραστηριότητας και εξετάζει την προβλεπτική εγκυρότητα της Θεωρίας της Δικαιολογημένης Δράσης (Theory of Reasoned Action) (Ajzen & Fishbein, 1973, 1980) και της ΘΣΣ, είναι αυτή των Hagger, Chatzisarantis, και Biddle (2002). Οι ίδιοι ερευνητές, προσπαθώντας να διερευνήσουν τις υφιστάμενες σχέσεις ανάμεσα στους παράγοντες και των δύο θεωριών, διαπίστωσαν σε 72 έρευνες, πως η ΘΣΣ παρουσίασε πιο υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα από ότι η ΘΔΔ στις προθέσεις και στη συμπεριφορά που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα ανέφεραν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ στάσεων ( $r_+ = .48$ ), υποκειμενικών προτύπων ( $r_+ = .25$ ), και αυτοαντιλαμβανόμενου υποκειμενικού ελέγχου ( $r_+ = .44$ ), και προθέσεων για άσκηση, εξηγώντας το 45% της διακύμανσης στις προθέσεις για

άσκηση. Επιπρόσθετα, τόσο η πρόθεση ( $r_+ = .42$ ) όσο και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς ( $r_+ = .31$ ) φάνηκαν να έχουν σημαντικές συσχετίσεις με την συμπεριφορά άσκησης, εξηγώντας το 27% της διακύμανσης στη συμπεριφορά για άσκηση. Αξίζει, επίσης, να αναφερθεί πως η αυτοαποτελεσματικότητα και η παρελθοντική συμπεριφορά αναδείχθηκαν καθοριστικοί παράγοντες στην πρόβλεψη πρόθεσης και συμπεριφορών για φυσική δραστηριότητα.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα μίας άλλης μετα-ανάλυσης που εξέτασε την προβλεπτική εγκυρότητα των δύο παραπάνω θεωριών στον ίδιο χώρο, με τη μόνη διαφορά ότι η προσδοκία αναδείχτηκε πιο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης από την πρόθεση (Hausenblas, Carron, & Mack, 1997).

Πέραν των παραγόντων που χρησιμοποιεί η ΘΣΣ για να προβλέψει την πρόθεση ή αλλαγή στη συμπεριφορά, οι Theodorakis, Bagiatris και Goudas (1995) εξέτασαν και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόβλεψη της συμπεριφοράς, όπως η δύναμη των στάσεων και η αυτοταυτότητα. Η δύναμη των στάσεων αναφέρεται τόσο στην αυτοπεποίθηση που νιώθει το άτομο για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο αν είναι καλή, έξυπνη, υγιεινή, χρήσιμη, όμορφη και ευχάριστη η συγκεκριμένη ενέργεια, στη σπουδαιότητα που νιώθει όσον αφορά την πρόθεση του να εκτελέσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, όσο και στην αντιλαμβανόμενη πληροφόρηση, που έχει πάνω σε ένα θέμα, ενώ η αυτοταυτότητα αναφέρεται στις ικανότητες, στην αυτοαντίληψη και αυτογνωσία του ατόμου και συμβάλουν σημαντικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης.

#### *Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Φυσική Δραστηριότητα*

Όσον αφορά τώρα στο πώς εφαρμόζεται στο χώρο της φυσικής δραστηριότητας, η θεωρία προβλέπει πως οι άνθρωποι εκφράζουν, αφενός μεν, “*συμπεριφορικές πεποιθήσεις*” που αφορούν τα αποτελέσματα που συνδέονται με τη φυσική δραστηριότητα και καθοδηγούν

τις προθέσεις ως προς αυτήν μέσω των στάσεων, οι οποίες διαμορφώνονται αυτόματα όταν αυτές εδραιωθούν καλά, και αφετέρου δε, ‘‘κανονιστικές πεποιθήσεις’’ που αφορούν στις προσδοκίες των άλλων σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα και καθοδηγούν τις προθέσεις μέσω των υποκειμενικών προτύπων αντανακλώντας πολλές φορές τις επιρροές των σημαντικών άλλων. Επιπρόσθετα, υπάρχουν και οι ‘‘πεποιθήσεις ελέγχου’’ που αφορούν παράγοντες που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τη φυσική δραστηριότητα και καθοδηγούν τις προθέσεις των ανθρώπων ως προς μία συγκεκριμένη ενέργεια (Ajzen, 2001).

Αναμφίβολα, η άσκηση παρέχει πολλά σωματικά και ψυχολογικά οφέλη. Ως εκ τούτου η ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προώθηση και εδραίωση της άσκησης αποτελεί πλέον βασική προτεραιότητα της κάθε κοινωνίας. Παρά τα αναμφισβήτητα και πλείστα ψυχολογικά και σωματικά οφέλη που αυτή παρέχει εντούτοις, όμως, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης εξακολουθεί να παραμένει χαμηλή. Ακόμη πιο ανησυχητική είναι η διαπίστωση που ενισχύει την άποψη ότι άτομα που ακολουθούν ένα πρόγραμμα άσκησης το εφαρμόζουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Ως εκ τούτου επιβάλλεται να αναγνωριστούν εκείνοι οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη μειωμένη συμμετοχή στην άσκηση και να αναπτυχθούν θεωρητικά μοντέλα που δύναται να δρομολογήσουν έρευνες με παρεμβάσεις (Dishman & Sallis, 1993). Η ΘΣΣ προσφέρει το κατάλληλο θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο δύναται να εντοπιστούν οι καθοριστικοί παράγοντες και να εξηγηθούν σχέσεις μεταξύ προθέσεων, στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με την άσκηση.

Δεδομένα, λοιπόν, που απορρέουν από μετα-αναλυτικές έρευνες (π.χ. Armitage & Conner, 2001; Sheeran, 2002; Sutton, 1998) επιβεβαιώνουν την προγνωστική χρησιμότητα των προθέσεων για συμπεριφορές άσκησης αλλά συνάμα διασαφηνίζουν πως η δράση δεν συνοδεύει απαραίτητα τις προθέσεις. Για να κατανοήσουμε καλύτερα αυτή τη σχέση στο πλαίσιο της φυσικής δραστηριότητας θα προβούμε σε μία ανασκόπηση των κυριότερων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν.

Έτσι, λοιπόν, οι Abraham και Sheeran (2003) σε μία διαχρονική τους έρευνα και στην προσπάθειά τους να ανιχνεύσουν κάποιες άλλες διαδικασίες και παράγοντες που ενισχύουν τη δράση μέσω των προθέσεων, εξέτασαν μέσα από τη ΘΣΣ τη σχέση παρελθοντικής συμπεριφοράς, αναμενόμενης θλίψης, πρόθεσης για άσκηση και συμπεριφορά άσκησης, συμπεραίνοντας πως η αναμενόμενη θλίψη που βίωναν οι φοιτητές μετρίαζε τη σχέση πρόθεσης και συμπεριφοράς, με την έννοια ότι αυτοί που πραγματικά είχαν την πρόθεση να ασκηθούν, είχαν περισσότερες πιθανότητες να το κάνουν, αλλά συνάμα, βίωναν και την αντίστοιχη θλίψη σε περίπτωση που δεν πραγματοποιούσαν την πρόθεσή τους. Πράγματι, όταν οι προθέσεις των ατόμων είναι υψηλές για άσκηση, βιώνουν μεγαλύτερη θλίψη όταν δεν ασκούνται αλλά καταλήγουν να γυμνάζονται πολύ περισσότερο από αυτά που νιώθουν λιγότερη θλίψη όταν οι προθέσεις τους δεν είναι τόσο υψηλές. Ο παράγοντας θλίψη έπαιξε εξίσου σημαντικό ρόλο σε μία πειραματική έρευνα των ίδιων ερευνητών (Abraham & Sheeran, 2003), οι οποίοι διαπίστωσαν πως με τον χειρισμό της εστίασης των ατόμων στην αναμενόμενη θλίψη, πριν να αναφερθούν οι προθέσεις τους για άσκηση, ενίσχυαν τη σχέση πρόθεσης και συμπεριφοράς.

Επιπρόσθετα, η έρευνα έδειξε ότι η ΘΣΣ πέτυχε να εξηγήσει το 38% της διακύμανσης της συμπεριφοράς, αναγνωρίζοντας την πρόθεση ως έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες πράγμα που επιβεβαιώθηκε και από μία άλλη έρευνα των Abraham και Sheeran (2003). Οι ίδιοι ερευνητές, μελετώντας τη σχέση σταθερότητας προθέσεων και συμπεριφοράς σε φοιτητές μέσα από τη ΘΣΣ, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η σταθερότητα στις προθέσεις για άσκηση αποτελεί, επίσης, έναν σπουδαίο προγνωστικό παράγοντα της συμπεριφοράς για άσκηση.

Ένας άλλος αξιοσημείωτος παράγοντας που αναδείχτηκε από την έρευνα των Abraham και Sheeran (2003) ως σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης μελλοντικής συμπεριφοράς, είναι η παρελθοντική συμπεριφορά, πετυχαίνοντας να αυξήσει το ποσοστό της

διακύμανσης βάσει της ΘΣΣ από 38% σε 53%. Δεδομένα από σειρές ερευνών επιβεβαιώνουν την προβλεψιμότητα της παρελθοντικής συμπεριφοράς (Ajzen, 1991; Conner & Armitage, 1998; Ouellette & Wood, 1998).

Οι ερευνητές Peetz, Buehler, και Britten (2011) εξετάζοντας τη σχέση φυσικής δραστηριότητας και πρόθεσης από μία άλλη οπτική γωνία, αυτής της διαμόρφωσης του χρονικού πλαισίου, αναγνώρισαν ένα γνωστικό μηχανισμό που μετριάξει την επίδραση του χρονικού πλαισίου στις προθέσεις για άσκηση. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε ο Gourville, (1998) ο οποίος εξετάζοντας την ίδια σχέση αλλά σε διαφορετικούς τομείς, υποστήριξε ότι η κατάτμηση της χρονικής διάρκειας της άσκησης σε μικρότερα, ισόποσα μέρη και σε καθημερινή βάση, επηρεάζει θετικά την πρόθεση του ατόμου να ασχοληθεί, αυξάνοντας με τη σειρά του την επιθυμία να συμμετέχει σε αυτήν. Επιπρόσθετα, οι Chandran και Menon (2004) επιβεβαίωσαν τα παραπάνω δεδομένα, υποστηρίζοντας, πως όταν η ενημέρωση σε θέματα υγείας πραγματοποιείται σε καθημερινή βάση και όχι ετήσια, αυξάνει τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο από ανθυγιεινές συμπεριφορές και συνάμα ενισχύει τις προθέσεις των ανθρώπων για να τις αποφύγουν.

Οι Courneya και McAuley (1995) έχοντας ως κύριο στόχο να εξετάσουν, μέσα από τη ΘΣΣ και μέσα από ένα πρόγραμμα παρέμβασης, το κατά πόσο οι γνωστικοί παράγοντες, όπως στάση, πρόθεση και αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, μετριάζουν την επίδραση των κοινωνικών παραγόντων, όπως κοινωνικά πρότυπα, κοινωνική στήριξη και συνοχή, σε σχέση με την συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κοινωνική στήριξη συσχετίζεται περισσότερο με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, ενώ η συνοχή με τη στάση. Κατά τους ερευνητές (Courneya & McAuley, 1995), στη σχέση κοινωνικής στήριξης και άσκησης, φάνηκε να έπαιξε σημαντικό ρόλο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και στη σχέση συνοχής και άσκησης, καθοριστικός παράγοντας αναδείχτηκε η στάση, ενώ η πρόθεση αναδείχτηκε ο πιο βασικός παράγοντας και το

τελευταίο μονοπάτι που οδηγεί προς την άσκηση μετριάζοντας την επίδραση όλων των άλλων παραγόντων. Εύλογα συμπεραίνουμε, πως όσο μεγαλώνει η κοινωνική στήριξη άλλο τόσο επηρεάζεται θετικά και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς καθώς και η πιθανότητα συμμετοχής σε προγράμματα άσκησης, ενώ αξιοσημείωτο είναι το εύρημα των ερευνητών όπου η συνοχή φάνηκε να έχει σημαντική επίδραση στην παρακίνηση των ατόμων να συμμετέχουν στην άσκηση μέσω προώθησης θετικών στάσεων προς αυτή.

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα των Chatzisarantis, Frederick, Biddle, Hagger, και Smith (2007), οι οποίοι εξέτασαν σε 444 ενήλικες τον προγνωστικό χαρακτήρα των προθέσεων ως προς την άσκηση και την προσπάθεια μέσα από τη ΘΣΣ, διαχωρίζοντάς τες σε βουλητικές και αναγκαστικές. Οι Chatzisarantis et al. (2007) βρήκαν πως και οι δύο κατηγορίες προθέσεων συνεισέφεραν στην πρόβλεψη της προσπάθειας πολύ περισσότερο από ότι οι άλλοι παράγοντες της ΘΣΣ, ενώ δεν μπόρεσαν να προβλέψουν τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες πιο πάνω από την προσπάθεια, διαπιστώνοντας ακολούθως πως και τα δύο είδη των προθέσεων δύνανται να συμβάλλουν σημαντικά στην επεξήγηση της προσπάθειας μέσα στο πλαίσιο της σχέσης συμπεριφοράς και άσκησης.

Κατά επέκταση, οι ερευνητές Atsalakis και Slear (1996), εξετάζοντας τη χρησιμότητα της ΘΣΣ στην πρόβλεψη εγγραφής 400 παιδιών που φοιτούν στο δημοτικό σχολείο σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας, βασιζόμενοι στις αποφάσεις των γονιών τους, επιβεβαίωσαν την προβλεπτική εγκυρότητα της θεωρίας στην καθορισμένη συμπεριφορά και ανέδειξαν τις *‘‘κανονιστικές πεποιθήσεις’’* που αφορούν στις προσδοκίες των γονιών σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα, ως βασικό παράγοντα διαμόρφωσης των προθέσεων μέσω των υποκειμενικών προτύπων.

Επιπλέον, οι Norman και Conner (2005) στην προσπάθειά τους να μελετήσουν μέσα από δύο έρευνες την επίδραση του παράγοντα σχεδιασμού–προγραμματισμού και παρελθοντικής συμπεριφοράς στη σχέση πρόθεσης και συμπεριφοράς σε προπτυχιακούς

φοιτητές, συμπέραναν, πως ο σχεδιασμός μεσολάβησε στην επίδραση της πρόθεσης στη μελλοντική συμπεριφορά - στη δεύτερη έρευνα- και μετρίασε τη συγκεκριμένη σχέση και στις δύο έρευνες. Και σε αυτές τις έρευνες η θεωρία, αφενός μεν, παρουσίασε υψηλή προβλεπτικότητα στις προθέσεις για άσκηση και στην παρελθοντική συμπεριφορά επιβεβαιώνοντας για άλλη μία φορά την εγκυρότητα και την αποτελεσματικότητά της, αφετέρου δε, ανέδειξε τον προγραμματισμό ως βασικό παράγοντα που δύναται να συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση των συμπεριφορών ως προς την άσκηση μέσω των στάσεων και προθέσεων, εστιάζοντας στον παράγοντα βούληση, ο οποίος δύναται να έχει κλινικές εφαρμογές με την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων στο χώρο της υγείας.

Μία άλλη αξιοσημείωτη έρευνα που εξετάζει στο χώρο της φυσικής δραστηριότητας τη ΘΣΣ αλλά από μία άλλη οπτική γωνία, είναι αυτή των Conatser, Block, και Gansneder (2002). Οι εν λόγω ερευνητές στην προσπάθειά τους να εξετάσουν τις πεποιθήσεις μιας μεγάλης μερίδας εκπαιδευτών – γυμναστών σχετικά με τον αποκλεισμό ή όχι ατόμων με ειδικές ανάγκες σε προγράμματα κολύμβησης, διαπίστωσαν, πως τόσο οι στάσεις τους, τα πρότυπα τους και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, όσο και η ίδια τους η συμπεριφορά έκλινε περισσότερο προς τη διδασκαλία ατόμων με ήπια διαταραχή παρά με σοβαρή. Αν αναλογιστούμε ότι οι πεποιθήσεις αυτές αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτών από 25 πολιτείες της Αμερικής, τότε ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σοβαρές διαταραχές μένει αποκλεισμένο από τέτοιου είδους προγράμματα φυσικής αγωγής. Η ΘΣΣ παρουσίασε υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα τόσο στις προθέσεις των εκπαιδευτών μέσω στάσεων και αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς, όσο και στη συμπεριφορά τους μέσω των προθέσεών τους. Αξιοσημείωτο ήταν το εύρημα όπου ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς των εκπαιδευτών ήταν ο πιο καθοριστικός παράγοντας πρόβλεψης της πρόθεσης των εκπαιδευτών ως προς τη διδασκαλία προγραμμάτων κολύμβησης και για τις δύο κατηγορίες ατόμων με ειδικές ανάγκες, γεγονός που υποδηλώνει ότι όσο η συμπεριφορά

βρίσκεται κάτω από τον έλεγχό μας, τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η πρόθεση να εκτελέσουμε αυτή τη συμπεριφορά (Ajzen, 1985).

### *Φυσική Δραστηριότητα και Στεφανιαίοι Ασθενείς*

Παρά την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα που προσφέρει το θεωρητικό πλαίσιο της ΘΣΣ ως προς το να εξηγηθούν οι σχέσεις προθέσεων και συμπεριφορών ως προς την άσκηση, ελάχιστες είναι οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με στόχο να εξετάσουν την πρόθεση για άσκηση σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο μέσα από το θεωρητικό αυτό μοντέλο του Ajzen (1985).

Μία αρκετά ενδιαφέρουσα έρευνα που διαπραγματεύεται την παραπάνω σχέση είναι αυτή των Godin, Valois, Jobin, και Ross (1991). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός στο ότι κάθε φορά που χρησιμοποιούνταν μία θεωρητική προσέγγιση για να καθοδηγήσει την ανάπτυξη μια παρέμβασης ερχόταν σε αντίθεση με το *Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας* (Rosenstock, 1974) που ερμήνευε την αυτοαντιλαμβανόμενη απειλή ως βασικό παράγοντα που επηρέαζε τις συμπεριφορικές επιλογές των καρδιαγγειακών ασθενών. Παρά ταύτα δεν υπάρχουν αδιάσειστες αποδείξεις που να αποδεικνύουν ότι το συγκεκριμένο μοντέλο (Rosenstock, 1974) παρέχει μία εμπειριστατωμένη εξήγηση για τα πρότυπα άσκησης καρδιαγγειακών ασθενών. Οι εν λόγω ερευνητές δανείστηκαν μεταβλητές και από άλλες θεωρίες που προτάθηκαν από τον Triandis (1977) και Rogers (1983) προκειμένου να κατανοηθεί η πρόθεση μέσα από ένα ευρύτερο οπτικό πρίσμα ώστε να βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας. Οι Godin et al. (1991) διαπίστωσαν, πως τόσο η συνήθεια, όσο και η αντιλαμβανόμενη δυσκολία και τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια, όπως δυσκολία στη διαχείριση του χρόνου, δυσκολίες στην ψυχολογική προσαρμογή και τεμπελιά, αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες της



πρόθεσης για συστηματική άσκηση στον ελεύθερο χρόνο. Η συνήθεια αναδείχτηκε καθοριστικός παράγοντας πρόβλεψης της πρόθεσης και σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πανεπιστημιακούς υπαλλήλους (Godin, Valois, Shephard, & Desharnais, 1987; Valois, Desharnais, & Godin, 1988; Valois, Shephard, & Godin, 1986), σε εγκυμονούσες γυναίκες (Godin, Colantonio, Davis, Shephard, & Simard, 1986), καθώς και σε μαθητές (Godin & Shephard, 1986). Ως εκ τούτου, εύλογα απορρέει το συμπέρασμα, πως όσοι στεφανιαίοι ασθενείς αθλούνται συστηματικά τους τελευταίους μήνες διαμορφώνουν πιο ισχυρή πρόθεση να ασκηθούν το επόμενο χρονικό διάστημα, ενώ όσοι ασθενείς αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες και ψυχολογικά εμπόδια ως προς το να ασκηθούν έχουν και λιγότερες πιθανότητες να το κάνουν. Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι το εύρημα όπου η στάση δε φάνηκε να συμβάλλει στην πρόβλεψη της πρόθεσης για αυτή την κατηγορία ασθενών, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που έγιναν σε υγιή άτομα (Godin & Shephard, 1986; Kendzierski & Lemastro, 1988; Riddle, 1980), αλλά ούτε και τα κοινωνικά πρότυπα συνέβαλαν στην πρόβλεψη της, πράγμα που σημαίνει ότι η απόφαση των καρδιαγγειακών ασθενών να γυμναστούν δεν επηρεάζεται από τις προσδοκίες των σημαντικών άλλων. Ως εκ τούτου τα παραδοσιακά προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να λάβουν υπόψη αυτές τις παραμέτρους και να τις εντάξουν στα πλαίσια ενός ψυχολογικού-εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες αυτών των ασθενών.

Προς αυτή την κατεύθυνση κινήθηκε και η πρόσφατη έρευνα των Sniehotta, Gorski, και Araujo-Soares (2010), οι οποίοι θέλοντας να διερευνήσουν τη συμμετοχή των καρδιαγγειακών ασθενών και τα επίπεδα φυσικής τους δραστηριότητας σε μία συγκεκριμένη φάση προγράμματος αποκατάστασης, χρησιμοποίησαν τη θεωρία της Σχεδιασμένης συμπεριφοράς και το μοντέλο αυτοδιαχείρισης (Common-Sense Self-Regulation Model -CS-SRM). Οι ίδιοι ερευνητές διαπίστωσαν πως η ΘΣΣ παρουσίασε υψηλή προβλεπτική εγκυ-

ρότητα αναδεικνύοντας την πρόθεση και τη σχεδιασμένη δράση ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης. Οι Sniehotta et al.(2010) συμπέραναν πως όσοι συμμετέχοντες είχαν προγραμματισμένο σχέδιο δράσης για τη συγκεκριμένη φάση του προγράμματος αποκατάστασης, δηλαδή γνώριζαν την ημερομηνία και τον τόπο έναρξης της φάσης, τότε θα είχαν και μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής σε αυτό.

#### *Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Κάπνισμα και Αλκοόλ*

Αν και η ΘΣΣ έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στην πρόβλεψη μίας ευρείας γκάμας συμπεριφορών, η εφαρμογή της για την πρόβλεψη διακοπής καπνίσματος είναι αρκετά περιορισμένη παρά τις αδιάσειστες πλέον αποδείξεις των επιπτώσεων του καπνίσματος ιδιαίτερα στο καρδιαγγειακό σύστημα. Ο Kannel (1981) προσπαθώντας να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στις επιπτώσεις του καπνίσματος δήλωσε πως από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου, το κάπνισμα συμβάλει τόσο δυναμικά, επικρατεί τόσο υψηλά και δύναται να διορθωθεί τόσο δυναμικά που θα πρέπει να κατέχει την πιο υψηλή προτεραιότητα στα μέτρα πρόληψης για τον έλεγχο της καρδιαγγειακής νόσου. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση όπου η διακοπή του καπνίσματος είναι σημαντική όχι μόνο στην πρωτοβάθμια πρόληψη αλλά και στη δευτεροβάθμια. Ως εκ τούτου, οι στεφανιαίοι ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα ελαττώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επιπλοκών άμεσα και σημαντικά σε σχέση με εκείνους που συνεχίζουν να καπνίζουν (Jonas, Oates, Ockene, & Hennekens, 1992; LaCroix et al., 1991). Δυστυχώς, όμως, σε έρευνες που εξέτασαν τη σχέση συμπεριφορά και κάπνισμα η ΘΣΣ χρησιμοποιήθηκε περισσότερο για πρόβλεψη της πρόθεσης ή αλλαγή στη συμπεριφορά και λιγότερο για την ανάπτυξη παρέμβασης, ενώ ελάχιστες είναι οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε στεφανιαίους ασθενείς.

*Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Κάπνισμα*

Σύμφωνα με τους Webb, Sniehotta, και Michie (2010) οι έρευνες που χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ για να αναπτύξουν παρεμβάσεις με στόχο την τροποποίηση της εθιστικής συμπεριφοράς είναι σπάνιες, αλλά και από αυτές που τη χρησιμοποίησαν ως θεωρητικό υπόβαθρο, η ΘΣΣ παρέχει περιορισμένες πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο αλλάζουν οι συμπεριφορικές πεποιθήσεις (Barker & Swift, 2009), και ως εκ τούτου χρησιμοποιείται περισσότερο για να μετρηθεί η διαδικασία με την οποία οι παρεμβάσεις επηρεάζουν τη συμπεριφορά παρά για την ανάπτυξη παρεμβάσεων με στόχο την αλλαγή αυτή καθαυτή της συμπεριφοράς (Hardeman et al., 2002; Sniehotta, 2009). Ως εκ τούτου, από τις ελάχιστες έρευνες που εξέτασαν τη διακοπή καπνίσματος μέσα από τη ΘΣΣ υπό τη μορφή παρέμβασης αλλά όχι στον προαναφερόμενο κλινικό πληθυσμό, είναι αυτή των Babrow, Black, και Tiffany (1990) καθώς και των Black και Babrow (1991).

Έτσι, λοιπόν, οι Babrow και συν. (1990) εξετάζοντας σε παρέμβασή τους τη ΘΣΣ μέσα από τη σχέση στάσεων-προθέσεων μαθητών απέναντι σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και πιο συγκεκριμένα τις βασικές πεποιθήσεις που προωθούν τη συμμετοχή των μαθητών σε αυτό, αποκάλυψαν, πως η πρόθεση των μαθητών για συμμετοχή τους στο πρόγραμμα προβλέφτηκε περισσότερο από τη στάση τους απέναντι στη συμμετοχή η οποία ακολούθως συνοδεύτηκε από τις αντιλαμβανόμενες προσδοκίες τους και τις πεποιθήσεις ελέγχου, αναδεικνύοντας τη στάση ως βασικό παράγοντα διαμόρφωσης των προθέσεων και της συμπεριφοράς.

Επιπρόσθετα, οι Black και Babrow (1991) στην προσπάθειά τους να αναγνωρίσουν μέσω της παρέμβασης τους εκείνες τις στρατηγικές που είναι απαραίτητες σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα βήματα, διαπίστωσαν πως η έμφαση σε ένα τέτοιο πρόγραμμα θα πρέπει να δίνεται στις στάσεις, στις πεποιθήσεις ελέγχου

και ιδιαίτερα στα υποκειμενικά πρότυπα, παράγοντες που δύνανται να βοηθήσουν τα άτομα που αποτυγχάνουν να μεταπηδήσουν στο επόμενο πιο εντατικό βήμα της παρέμβασης.

Κατά επέκταση, οι Armitage και Conner (2001) στην μετα-ανάλυση τους ανέφεραν πως από τις 185 έρευνες που διεξήχθησαν εξετάζοντας τις σχέσεις πρόθεσης – συμπεριφοράς υπό το πρίσμα της ΘΣΣ, η έρευνα των Godin, Valois, Lepage, και Desharnais (1992) και των Conner και McMillan (1999), είχαν ως κύριο στόχο την πρόβλεψη εθιστικών συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση καπνού, ενώ όλες οι υπόλοιπες έρευνες στόχευαν σε μία απλή συσχέτιση των παραγόντων της ΘΣΣ.

Οι Godin, Valois, Lepage, και Desharnais (1992), λοιπόν, σε δύο έρευνές τους βρήκαν πως η ΘΣΣ παρείχε ισχυρές προβλέψεις διακοπής καπνίσματος. Όσον αφορά στην πρώτη έρευνα, μετά από 6 μήνες παρακολούθησης μιας ομάδας ενηλίκων καπνιστών, οι ερευνητές διαπίστωσαν πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς και η συνήθεια ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συνέβαλαν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς, ενώ οι στάσεις και τα υποκειμενικά πρότυπα απλώς εξηγούσαν την πρόθεση. Στην δεύτερη τους έρευνα μετά από 8 με 9 μήνες παρακολούθησης μιας ομάδας γυναικών που κυοφορούσαν, διαπίστωσαν πως οι προθέσεις των καπνιστριών βρίσκονταν κυρίως κάτω από την επιρροή του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς και της στάσης, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς αναδείχτηκε και εδώ ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς. Τα παρόντα ευρήματα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με τη συμπερασματική διατύπωση Ελλήνων ερευνητών που επισημαίνουν πως όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να τα καταφέρουν, τόσο πιο πολύ συμμετέχουν σε προγράμματα αντιμετώπισης ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006). Βάσει των παραπάνω ευρημάτων οι Godin et al. (1992) πρότειναν πως τα προγράμματα που στοχεύουν στη διακοπή καπνίσματος θα πρέπει, αφενός μεν, να βοηθούν τους καπνιστές να αναπτύξουν τη δύναμη της θέλησης τους για να μπορούν να αντιστέκονται σθεναρά στο κάπνισμα και αφετέρου δε,

να ενημερώνονται για την προσπάθεια που θα πρέπει να καταβάλλουν προκειμένου να τροποποιήσουν την καπνίζουσα συμπεριφορά τους.

Η έρευνα των Conner και McMillan (1999) εξετάζοντας σε ένα διάστημα 3 μηνών τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις προθέσεις και επηρεάζουν τη συχνότητα χρήση κάπναβης σε 249 μαθητές μέσα από τη ΘΣΣ, αφενός μεν, βρήκαν πως αυτή παρουσίασε υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα όχι μόνο στις προθέσεις αλλά και στη συμπεριφορά, αφετέρου δε, διαπίστωσαν πως η δύναμη της συνήθειας και η αυτοταυτότητα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόθεσης αλλά όχι και της συμπεριφοράς και πως η στάση μετρίασε την επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς στις προθέσεις, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς μετρίασε την επίδραση των προθέσεων στη συμπεριφορά. Σημαντική, επίσης, αναδείχτηκε και η δύναμη της συνήθειας η οποία μετρίασε την επίδραση της αυτοταυτότητας στις προθέσεις.

Πέραν των προαναφερόμενων ερευνών, εντοπίστηκε άλλη μία ενδιαφέρουσα έρευνα που εξετάζει τη διακοπή καπνίσματος σε κλινική προαγωγής της υγείας μέσα από τη ΘΣΣ και είναι αυτή των Norman, Conner, και Bell (1999). Αυτοί οι ερευνητές αποκάλυψαν πως η πρόθεση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα προβλέφθηκε τόσο από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς τους όσο και από την αντιλαμβανόμενη ευπάθειά-ευαισθησία τους. Τα ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα του Godin et al.(1992) όπου ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς είχε αναδειχθεί ως ο πιο σημαντικός προγνωστικός δείκτης της πρόθεσης. Όσον αφορά στην αντιλαμβανόμενη ευπάθεια-ευαισθησία, αυτή φάνηκε να έχει ένα συγκεκριμένο ρόλο παρακίνησης στην απόφαση διακοπής καπνίσματος, πράγμα που επιβεβαιώνεται από τα λεγόμενα των Norman & Conner (1996).Οι ίδιοι υποστηρίζουν, πως συμπεριλαμβάνοντας την αντιλαμβανόμενη ευπάθειά-ευαισθησία σαν πρόσθετο προγνωστικό δείκτη της πρόθεσης μέσα στα πλαίσια της ΘΣΣ, θα υπάρξουν κάποια οφέλη, ιδιαίτερα όταν επρόκειτο να προβλεφθούν αποφάσεις που σχε-

τίζονται με την υγεία. Επιπρόσθετα, μετά από 6μηνη παρακολούθηση, οι Norman et al.(1999) διαπίστωσαν πως η απόπειρα διακοπής καπνίσματος προβλέφθηκε από την πρόθεση τους να σταματήσουν το κάπνισμα και από τις προηγούμενες προσπάθειες τους να το κόψουν, ενώ η διάρκεια διακοπής προβλέφθηκε μόνο από την πιο πρόσφατη και μεγάλη σε διάρκεια απόπειρα διακοπής καπνίσματος. Όσον αφορά τώρα την αποτελεσματικότητα της ΘΣΣ στην παρούσα έρευνα, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως αυτή είναι ικανή να προβλέπει την απόφαση διακοπής και την αρχική προσπάθεια αλλά δεν εγγυάται την επιτυχία της διακοπής, στοιχείο που έρχεται σε συμφωνία με τα λεγόμενα του Baggozzi (1993) που υποστηρίζει πως οι μεταβλητές της ΘΣΣ είναι μεν απαραίτητοι παράγοντες αλλά όχι επαρκείς, καθοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς. Βάσει των παραπάνω ευρημάτων, οι Norman et al. (1999) προτείνουν πως οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη διακοπή καπνίσματος για να ενισχύσουν την παρακίνηση των ατόμων να σταματήσουν το κάπνισμα θα πρέπει να εστιάζουν σε αντιλήψεις ευπάθειας-ευαισθησίας και ελέγχου.

Αξίζει να σημειωθεί πως σε μία σειρά από έρευνες που χρησιμοποίησαν το *Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας* (Rosenstock, 1974), οι αντιλήψεις ευπάθειας αναδείχτηκαν, παρομοίως, καθοριστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην τροποποίηση συμπεριφοράς καπνίσματος. Έτσι, λοιπόν, οι Gianneti, Reynolds, και Rihem (1985) σε μία έρευνά τους διερευνώντας τους παράγοντες που διαφοροποιούν τους καπνιστές από τους μη καπνιστές σε μία ομάδα καρδιαγγειακών ασθενών που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο μέσα από το *Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας* (Rosenstock, 1974), διαπίστωσαν, πως η κοινωνική στήριξη και οι αντιλήψεις ευπάθειας αποτέλεσαν τους πιο καθοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά ενός μη καπνιστή.

Πέραν τούτου, οι Kaufert, Rabkin, Syrotuik, Boyko, και Shane (1986) προσπαθώντας να διερευνήσουν το κατά πόσο οι πεποιθήσεις υγείας συμβάλλουν στην πρόβλεψη της επιτυχίας εναλλακτικών προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, σε μία παρέμβαση τους που

βασίστηκε στο *Μοντέλο των Πιστεύω Υγείας* (Rosenstock, 1974), απέδειξαν, πως οι αντιλήψεις ευπάθειας και το γενικότερο ενδιαφέρον για την υγεία τους έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του μη καπνιστή για την ομάδα που συμμετείχε στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα υγείας. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Maddux και Rogers (1983) οι οποίοι σε έρευνά τους βρήκαν πως μία επιτυχημένη διαχείριση των αντιλήψεων ευπάθειας δύναται να επηρεάσει θετικά τις προθέσεις για διακοπή καπνίσματος.

Ένας άλλος αξιοσημείωτος παράγοντας που φάνηκε να σχετίζεται με τη διακοπή καπνίσματος είναι το ιστορικό ενός καπνιστή που περιλαμβάνει απόπειρες διακοπής καπνίσματος. Έτσι, λοιπόν, οι Cummings, Hellmann, και Emont (1988) σε μία παρέμβαση τους προσπαθώντας να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά των καπνιστών που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, μετά από παροχή κινήτρων, και να αναγνωρίσουν εκείνους τους παράγοντες που συμβάλουν στην πρόβλεψη της προσπάθειας που καταβάλλουν για να το κόψουν και της επιτυχίας διακοπής καπνίσματος, αποκάλυψαν πως η συμμετοχή τους εξαρτήθηκε από την επιθυμία τους να το κόψουν και τον αριθμό των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της απόπειρας και της επιτυχίας έπαιξε το ιστορικό προηγούμενων προσπαθειών, η δύναμη της συνήθειας και η εμπιστοσύνη που είχαν στην ικανότητα τους να το κόψουν.

Στο ίδιο μήκος κύματος κυμάνθηκε και η έρευνα των Wakefield et al. (2004) οι οποίοι εξετάζοντας την ίδια σχέση και συγκεκριμένα το ρόλο των προθέσεων για κάπνισμα στην πρόβλεψη μελλοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος στους νέους, βρήκαν ότι μία εμπειρία καπνίσματος συσχετίζεται με την πιθανότητα καπνίσματος στο μέλλον, ενώ άτομα που δεν είχαν την ανάλογη εμπειρία είχαν πολύ ελάχιστες πιθανότητες να καπνίσουν τουλάχιστον για τα επόμενα 5 έτη.

Το ιστορικό ενός καπνιστή είχε την τιμητική του θέση και στην έρευνα των Wilcox, Prochaska, Velicer, και DiClemente (1985), οι οποίοι, μελετώντας τον ρόλο που παίζουν τα

χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων μέσα από το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1983) στην πρόβλεψη αλλαγής συμπεριφοράς ως προς το κάπνισμα, κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα, αναδεικνύοντας το ιστορικό προηγούμενων προσπαθειών καθώς και τη δύναμη της συνήθειας ως τους πιο καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν σταδιακά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ενός καπνιστή. Αξιοσημείωτο ρόλο στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος, έπαιξε, επίσης, η υψηλή οικονομική κατάσταση του συμμετέχοντα καθώς και το υψηλό του μορφωτικό επίπεδο.

Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται εν μέρει σε συμφωνία με τις απόψεις του Ajzen (1988), ο οποίος πρεσβεύει πως αν και η παρελθοντική συμπεριφορά συμβάλλει καθοριστικά στην πρόβλεψη μελλοντικής, εντούτοις, όμως, η επίδραση της θα πρέπει να μετριάζεται από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Τις ίδιες απόψεις συμμερίζεται και ο Badura (1986) που υποστηρίζει ότι η παρελθοντική συμπεριφορά παρέχει μία σημαντική πληροφορία για την αίσθηση ελέγχου του ατόμου. Παρά ταύτα ακόμα και αν υπάρχουν παρεμφερείς κοινωνικο-γνωστικοί παράγοντες που έχουν συνεκτιμηθεί με την παρελθοντική συμπεριφορά, αυτή συχνά βρέθηκε να έχει ένα μικρό ανεξάρτητο αποτέλεσμα στη μελλοντική συμπεριφορά.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που δύναται να συμβάλει αποφασιστικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το κάπνισμα είναι η δύναμη της διαφήμισης. Οι Wakefield et al. (2006) εξετάζοντας την επίδραση της αντικαπνιστικής διαφήμισης-καμπάνιας σε άτομα ηλικίας 12-17 χρόνων, διαπίστωσαν με έκπληξη πως όσο περισσότερο οι νέοι εκτίθενται σε αντικαπνιστικά διαφημιστικά μηνύματα άλλο τόσο λιγότερο τα ανακαλούν στη μνήμη τους και το αξιοπερίεργο είναι πως οι προθέσεις τους για να καπνίζουν στο μέλλον ενισχύονται περισσότερο. Ως εκ τούτου αποκαλύφθηκε πως οι αντικαπνιστικές εκστρατείες δεν παρέχουν κανένα όφελος στους νέους, απεναντίας επιφέρουν αντίθετη δράση από την αναμενόμενη.



*Διακοπή Καπνίσματος και Στεφανιαίοι Ασθενείς*

Τα στοιχεία που συνδέουν το κάπνισμα με τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι πλέον αδιάσειστα και υπάρχει επίσης θετική σχέση μεταξύ διακοπής καπνίσματος και μείωσης καρδιαγγειακού κινδύνου. Δυστυχώς, όμως, οι έρευνες που έγιναν στο χώρο της υγείας προκειμένου να διερευνηθεί επαρκώς η σχέση πρόθεσης, συμπεριφοράς και διακοπής καπνίσματος, ιδιαίτερα σε κλινικούς πληθυσμούς με στεφανιαία νόσο είναι αρκετά περιορισμένες. Οι περισσότερες έρευνες αφορούν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος που περιλαμβάνουν πολύπλευρες ατομικές και ομαδικές προσεγγίσεις.

Σε μία ανασκόπηση των VanBerkel, Boersma, Roos-Hesselink, Erdman, και Simoons (1999) αποκαλύφθηκε πως από το 1974 έως το 1999 πραγματοποιήθηκαν δέκα έρευνες που αφορούσαν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε άτομα με στεφανιαία νόσο, από τις οποίες οι τέσσερις έγιναν σε άτομα που έπασχαν από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Burt et al., 1974; Carlsson, Lindberg, Westin, & Israelsson, 1997; DeBusk et al., 1994; Pozen et al., 1977; Barr-Taylor, Houston-Miller, Killen, & DeBusk, 1990). Σε όλες τις έρευνες το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ήταν μέρος ενός ευρύτερου πολυπαραγοντικού προγράμματος αποκατάστασης που περιλάμβανε και σωματική άσκηση. Οι ίδιοι υποστηρίζουν πως μέχρι σήμερα δεν έχει διερευνηθεί η πιο αποτελεσματική προσέγγιση σε συγκεκριμένες κατηγορίες καπνιστών ούτε κάποια συγκεκριμένη παρέμβαση φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική από οποιαδήποτε άλλη. Σε γενικές γραμμές οι παρεμβάσεις που έχουν μεγάλη χρονική διάρκεια και υψηλό αριθμό επαφών είναι οι πιο επιτυχημένες.

Επιπρόσθετα, οι Wiggers, Smets, De Haes, Peters, και Legemate (2003) σε μία ενδιαφέρουσα ανασκόπηση τους περί της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων για διακοπή καπνίσματος που πραγματοποιήθηκαν σε καρδιαγγειακούς ασθενείς, διαπιστώνουν κατά παρόμοιο τρόπο ότι οι παρεμβάσεις είναι σπάνιες και ότι από τις 12 έρευνες μόνο οι 5 που χρησιμοποίησαν ιατρικές συμβουλές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις (π.χ. Burt et al.,

1974; Carlsson, Lindberg, Westin, & Israelsson, 1977; Rice et al., 1994; Rigotti, McKool, & Shiffman, 1994; Taylor, Houston-Miller, Killen, & DeBusk, 1990) ανέφεραν κάποια σημαντικά αποτελέσματα προτείνοντας την ανάπτυξη και εφαρμογή πιο αποτελεσματικών στρατηγικών. Το αξιοσημείωτο είναι ότι σε καμία από τις παραπάνω παρεμβάσεις δε χρησιμοποιήθηκε ως θεωρητικό πλαίσιο η ΘΣΣ.

Αξιοσημείωτα είναι τα ευρήματα των Schmitz, Spiga, Rhoades, Fuentes, και Grabowski (1999), οι οποίοι συγκρίνοντας την αποτελεσματικότητα δύο παρεμβάσεων που στηρίζονται σε ένα συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο σε γυναίκες που καπνίζουν, διαπίστωσαν, πως η παρέμβαση που περιλάμβανε δεξιότητες πρόληψης των υποτροπών ήταν μεν συγκρίσιμη με εκείνη που στηρίζονταν στις αρχές του *Μοντέλου των Πιστεύω Υγείας* (Rosenstock, 1974), αλλά όχι τόσο αποτελεσματική όσο αυτή του μοντέλου. Οι δεξιότητες πρόληψης των υποτροπών αποδείχτηκαν πιο αποτελεσματικές σε γυναίκες που είχαν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα. Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν πως επιβάλλονται πιο δραστικές παρεμβάσεις πρόληψης υποτροπών προκειμένου να κόψει το κάπνισμα ιδιαίτερα εκείνη η κατηγορία γυναικών που έχει καρδιακές παθήσεις.

Δεν έπαψαν βέβαια να υπάρχουν και ερευνητές που εστίασαν στην αποτελεσματικότητα μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης έναντι κάποιας άλλης. Για του λόγου το αληθές, οι Stead και Lancaster (2002) υποστηρίζουν πως η ομαδική θεραπεία είναι πολύ καλύτερη για να βοηθήσει τα άτομα να σταματήσουν το κάπνισμα από ό,τι η αυτοβοήθεια και οι άλλες λιγότερο εντατικές παρεμβάσεις. Παρά ταύτα, επισημαίνουν ότι δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις για να αξιολογήσει κανείς αν η ομαδική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από ότι η ατομική συμβουλευτική, όπως και δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις που να υποστηρίζουν τη χρήση ψυχολογικών συστατικών πέραν της υποστήριξης και των δεξιοτήτων που συνήθως συμπεριλαμβάνονται.

Οι Goldstein και Niaura (2000) σε μία ενδιαφέρουσα έρευνα τους προσπάθησαν να δώσουν μία ιδιαίτερη χροιά στην ατομική προσέγγιση ερχόμενοι σε αντίθεση με τους Stead και Lancaster (2002), αποδεικνύοντας πως οι εντατικές πολυποίκιλτες παρεμβάσεις που περιλάμβαναν το στοιχείο της ατομικής προσέγγισης και διαχείρισης παρήγαγαν τις πιο υψηλές τιμές διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς που έπασχαν από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επιπρόσθετα, προσπάθησαν να δώσουν και ένα μερίδιο ευθύνης στη φαρμακευτική προσέγγιση αποκαλύπτοντας ότι η ατομική συμπεριφοριστική συμβουλευτική είναι αποτελεσματική όταν συνδυάζεται με θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης και με μπουποπρίνη (φαρμακευτικό σκεύασμα που δρα στον εγκέφαλο-βαρενικλίνη). Τα ερευνητικά τους δεδομένα επιβεβαιώθηκαν από μία παλαιότερη μετα-ανάλυση των Kottke, Battista, DeFriese, και Brekke (1988) οι οποίοι υποστηρίζουν πως μία πολυδιάστατη ατομική προσέγγιση είναι καθοριστικός παράγοντας επιτυχίας της παρέμβασης.

Βεβαίως, δεν έλειψαν και οι υπέρμαχοι του κλινικού έργου όπως οι Rigotti και Pasternak (1996) οι οποίοι διαπίστωσαν πως η ιατρική εντολή συνδυασμένη με συμβουλευτική στήριξη από νοσηλευτικό προσωπικό δραματικά αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής ατόμων με έμφραγμα του μυοκαρδίου κάτι που έρχεται σε συμφωνία με τα δεδομένα των Wiggers, Smets, De Haes, Peters, και Legemate (2003).

#### *Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και Αλκοόλ*

Ελάχιστες, επίσης, είναι οι έρευνες που προσπάθησαν να διερευνήσουν μέσα από ΘΣΣ τη σχέση πρόθεση και συμπεριφορά που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ. Οι περισσότερες έρευνες που εξέτασαν την παραπάνω σχέση εφαρμόστηκαν στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα σε φοιτητές και μαθητές.

Οι Ajzen, Joyce, Sheikh, και Cote (2011), λοιπόν, προσπαθώντας να εξηγήσουν μία ευρεία γκάμα ανθυγιεινών συμπεριφορών σε φοιτητές, όπως κατανάλωση αλκοόλ, μέσα από

τη σχέση ακριβούς ενημέρωσης, στάσης, πρόθεσης και συμπεριφοράς υπό το οπτικό πρίσμα της ΘΣΣ, συμπέραναν σε αντίθεση με την υπόθεση τους, πως η ακριβή ενημέρωση σε θέματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και τις επιπτώσεις του, δε φάνηκε να αποθαρρύνει τις προθέσεις των φοιτητών για αυτή τη συμπεριφορά. Αναλύσεις παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν τη ΘΣΣ με την υψηλού βαθμού ακρίβειας στην πρόβλεψη προθέσεων κι συμπεριφορών, παρουσιάζοντας 87% ερμηνεία της διακύμανσης στις προθέσεις.

Μία πολύ πρόσφατη, ενδιαφέρουσα έρευνα των Lac, Crano, Berger, και Alvaro (2012), που χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ σε συνδυασμό με τη Θεωρία Προσκόλλησης (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1969) προκειμένου να διαπιστώσουν την προβλεπτική εγκυρότητα τους στη χρήση αλκοόλ σε ανηλικούς, συμπέραναν, πως μία ασφαλή προσκόλληση σε συνομηλίκους δύναται να συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωση υποκειμενικών προτύπων και αντιλαμβανόμενου υποκειμενικού ελέγχου της συμπεριφοράς που σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ έκπληξη προκάλεσε η διαπίστωση πως η ασφαλή προσκόλληση στη μητέρα συμβάλει στην πρόβλεψη στάσεων και αντιλαμβανόμενου υποκειμενικού ελέγχου της συμπεριφοράς που σχετίζεται, επίσης, με το αλκοόλ. Τα παραπάνω ευρήματα δύναται να έχουν αποτελεσματική εφαρμογή σε προγράμματα που στοχεύουν στον περιορισμό της κατανάλωσης αλκοόλ σε ανηλικούς.

Οι Collins, Witkiewitz, και Larimer (2011) σε μία παρόμοια έρευνά τους, προσπαθώντας να εξετάσουν την πρόβλεψη πρόθεσης και συμπεριφοράς ως προς την επικίνδυνη χρήση αλκοόλ σε φοιτητές μέσα από τη ΘΣΣ, αποκάλυψαν, πως η αυτοαποτελεσματικότητα, οι στάσεις και τα υποκειμενικά πρότυπα, συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης, η οποία με τη σειρά αναδείχτηκε καθοριστικός παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς για επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ στο κολλέγιο. Επιπρόσθετα, η αυτοαποτελεσματικότητα και οι στάσεις συνέβαλαν αποφασιστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης για μέγιστη κατανάλωση αλκοόλ ενώ τα υποκειμενικά πρότυπα

δεν συνέβαλαν τόσο σημαντικά. Περαιτέρω, επίσης, αναλύσεις έδειξαν πως η πρόθεση να εμπλακεί κανείς σε επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ μετριάζει τις επιδράσεις της αυτοαποτελεσματικότητας και των στάσεων γεγονός που υπογραμμίζει το βασικό ρόλο των προθέσεων στην υιοθέτηση επικίνδυνων συμπεριφορών ως προς το αλκοόλ.

Οι Glassman, Braun, Dodd, J. Miller, και E. Miller (2010) χρησιμοποιώντας τη ΘΣΣ για να προβλέψουν τα κίνητρα που ωθούν τους φοιτητές να καταναλώσουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια ενός ποδοσφαιρικού αγώνα, βρήκαν πως η ΘΣΣ είχε υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα στην πρόθεση και στην κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στους κοινωνικούς πότες, υψηλού κινδύνου και ακραίους πότες (οι κοινωνικοί, υψηλού κινδύνου και ακραίοι πότες καταναλώναν αντίστοιχα 1-4, 5-9, ή 10 και περισσότερα ποτά, και 1-3, 4-8, ή 9 και περισσότερα για γυναίκες αντίστοιχα). Οι Glassman et al. (2010) διαπίστωσαν πως οι στάσεις και τα υποκειμενικά πρότυπα έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση προθέσεων και συμπεριφοράς για κατανάλωση αλκοόλ σε όλες τις προαναφερόμενες κατηγορίες, ενώ ο αντιλαμβανόμενος υποκειμενικός έλεγχος της συμπεριφοράς παρουσίασε ασυνέπεια στην πρόβλεψη πρόθεσης και κατανάλωσης αλκοόλ. Ωστόσο, παρά την υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα ορισμένων παραγόντων της ΘΣΣ, οι ίδιοι ερευνητές, επισημαίνουν, πως η χρησιμότητα της και ιδιαίτερα η δυνατότητα εφαρμογής όλου του θεωρητικού πλαισίου σε έρευνες που στοχεύουν στην πρόβλεψη υψηλού κινδύνου και ακραίας κατανάλωσης αλκοόλ είναι περιορισμένη.

Αξίζει να σημειωθεί μία άλλη ενδιαφέρουσα διαχρονική μελέτη που χρησιμοποίησε τη ΘΣΣ προκειμένου να αναδείξει τη σημαντικότητα των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ για την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και είναι αυτή των French και Cooke (2012). Οι εν λόγω ερευνητές στην προσπάθειά τους να εξετάσουν τις πεποιθήσεις 192 μαθητών, εντόπισαν τις υποκειμενικές πεποιθήσεις συνομηλίκων ως τους πιο καθοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης της συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ευκαιριακή

και χωρίς μέτρο κατανάλωση αλκοόλ, διαπιστώνοντας ακολούθως πως οι παράγοντες ΘΣΣ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ιδιαίτερα ως μεσολαβητές σε παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Η διαπίστωση αυτή έρχεται εν μέρει σε αντίθεση με τις επισημάνσεις των Glassman et al. (2010) οι οποίοι θεωρούν πως η εφαρμογή της ΘΣΣ σε παρεμβάσεις που σχετίζονται με την ακραία κατανάλωση αλκοόλ είναι περιορισμένη αν και η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται σε ευκαιριακή, χωρίς μέτρο κατανάλωση αλκοόλ η οποία όμως μπορεί να αρχίσει να παίρνει ακραίες διαστάσεις.

Επιπρόσθετα, στην έρευνα των Elliott και Ainsworth (2012) που χρησιμοποιήθηκε η ΘΣΣ για την πρόβλεψη ευκαιριακής και χωρίς μέτρο κατανάλωσης αλκοόλ σε φοιτητές, διαπιστώθηκε, παρομοίως, πως η πρόθεση ήταν ο πιο καθοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς, ενώ οι στάσεις και η αυτοαποτελεσματικότητα παρουσίασαν έμμεσες επιδράσεις σε αυτήν. Οι εν λόγω ερευνητές με βάσει τα ευρήματά τους ισχυρίστηκαν πως για να εξασφαλιστεί η επιτυχία μιας παρέμβασης που έχει ως στόχο την αισθητή μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, θα πρέπει οι ενδιάμεσοι παράγοντες της ΘΣΣ, όπως οι στάσεις και η αυτοαποτελεσματικότητα να υφίστανται δραστικές αλλαγές.

Ο Norman (2011) σε μία παρόμοιά του έρευνα, που πραγματοποιήθηκε επίσης σε προπτυχιακούς φοιτητές, διαπίστωσε, πως η ΘΣΣ έχει υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα εξηγώντας το 75% της διακύμανσης στις προθέσεις για κατανάλωση αλκοόλ αναδεικνύοντας τη στάση και την αυτοαποτελεσματικότητα ως τους πιο καθοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης και το 35% της διακύμανσης στη συμπεριφορά για κατανάλωση αλκοόλ με την πρόθεση να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόβλεψη, συμπεραίνοντας πως η κατανάλωση αλκοόλ σε αυτό το πληθυσμό βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο διαδικασιών που σχετίζονται τόσο με την πρόθεση όσο και με τις συνήθειες που αποκτώνται.

*Αλκοόλ και Στεφανιαίοι Ασθενείς*

Παρά την ύπαρξη δεδομένων που υποστηρίζουν πως η υπερβολική χρήση προκαλεί εκτεταμένη αθηρωσκλήρωση, δεν έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που να διερευνούν τη σχέση πρόθεσης και συμπεριφοράς υπό το οπτικό πρίσμα της ΘΣΣ σε στεφανιαίους ασθενείς. Αυτό πιθανό να οφείλεται στο ότι μία μεγάλη μερίδα καρδιοπαθών μετά το πρώτο επεισόδιο εμφράγματος καταβάλλουν αρκετές προσπάθειες προκειμένου να το ελαττώσουν χωρίς όμως πάντα να το πετυχαίνουν. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται να γίνουν συστηματικές έρευνες που να εξετάζουν τη διακοπή αλκοόλ μέσα από την παραπάνω σχέση και υπό το πρίσμα της ΘΣΣ μια που έχει παρουσιάσει υψηλή προβλεπτική εγκυρότητα σε άλλους πληθυσμούς.

Από τη σύντομη ανασκόπηση βιβλιογραφίας, εύλογα διαφαίνεται το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον που παρουσιάζεται για την έννοια της ΣΝ στο χώρο της υγείας και κυρίως γύρω από τους παράγοντες που την επηρεάζουν αποκαλύπτοντας σημαντικές σχέσεις μεταξύ ΣΝ και συμπεριφορών υγείας τόσο στο χώρο της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας όσο και στο χώρο του καπνίσματος και του αλκοόλ. Η ΣΝ φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την άσκηση και τη σωματική-ψυχική υγεία και αρνητικά με τις συνήθειες καπνίσματος και αλκοόλ. Πιο αναλυτικά η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη ΣΝ και κατά επέκταση τη γενικότερη ψυχολογική υγεία του ατόμου, όπως και τα υψηλά επίπεδα ΣΝ φαίνονται να σχετίζονται αρνητικά με τη χρήση καπνού και την κατανάλωση αλκοόλ χωρίς, όμως, να έχει εξακριβωθεί αν η ΣΝ κατέχει θέση αιτίου ή αιτιατού. Η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να αναδείξει εν μέρει στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό κατά πόσο η ΣΝ δύναται να συμβάλλει στην πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με την άσκηση και με το κάπνισμα και αλκοόλ, αναδεικνύοντας την ως βασικό ψυχολογικό παράγοντα που συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός συγκεκριμένου τρόπου ζωής και υιοθέτησης ορισμένων συμπεριφορών που λειτουργούν άλλοτε ως παράγοντες ωφέλειας και άλλοτε ως παράγοντες κινδύνου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### *Συμμετέχοντες*

Οι συμμετέχοντες ήταν 100 άτομα (75 άνδρες, 25 γυναίκες) που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, ηλικίας 33-74 ετών, και έχουν επιλεγεί τυχαία είτε από τα μητρώα της καρδιολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών είτε από τα μητρώα των εξωτερικών ιατρείων. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 53,92 χρόνια (SD=10.65). Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι για τους άνδρες ήταν 55.05 (SD=10.59), ενώ για τις γυναίκες ήταν 50.51έτη (SD=10.31). Στον Πίνακα 1, φαίνεται ο αριθμός και τα ποσοστά των εμφραγματιών ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.

**Πίνακας 1.** Αριθμός και ποσοστά εμφραγματιών ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.

<b>Βαθμίδα</b>	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Δημοτικό	29	29%
Γυμνάσιο	16	16%
Λύκειο	33	33%
ΤΕΙ	4	4%
Πανεπιστήμιο	17	17%

Επίσης, καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην επαγγελματική ενασχόληση των συμμετεχόντων, το είδος, τον τύπο και το σύνολο ωρών απασχόλησής



τους. Σύμφωνα με την επαγγελματική ενασχόληση των συμμετεχόντων, από τα 74 άτομα που απάντησαν, τα 59 άτομα, ποσοστό 79.7% δήλωσαν ότι εργάζονται και τα 15 άτομα ότι δεν εργάζονται, ποσοστό 20.3 %. Όσον αφορά το είδος της εργασίας, από τα 55 άτομα που απάντησαν 32 άτομα, ποσοστό 58.2% εκτελούσαν πνευματική εργασία και 23 άτομα, ποσοστό 41.8% εκτελούσαν χειρωνακτική εργασία. Όσον αφορά τον τύπο εργασίας οι απαντήσεις τους περιγράφονται στον Πίνακα 2. Οι ώρες απασχόλησης τους ανά εβδομάδα κυμαίνονταν από 8 μέχρι 70 ώρες. Ο μέσος όρος των ωρών εργασίας ήταν 40.53 (SD=13.18). Όσον αφορά αυτούς που δεν εργάζονται, από τα 41 άτομα που απάντησαν, τα 38 άτομα ήταν συνταξιούχοι, ποσοστό 92.7% και τα 3 άτομα ήταν άνεργοι, ποσοστό 7.3%.

**Πίνακας 2.** Άτομα και ποσοστά εμφραγματιών ανά τύπο εργασίας.

Τύπος Εργασίας	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Εργοδότης	4	7%
Μισθωτός	39	68.4%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	14	24.6%
Σύνολο	57	100%

Επιπρόσθετα στον Πίνακα 3 και 4, φαίνεται η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 3.** Αριθμός και ποσοστά εμφραγματιών ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Παντρεμένος	84	84%
Διαζευγμένος	47	5%
Χήρος	23	5%
Άγαμος	6	6%

**Πίνακας 4.** Αριθμός και ποσοστό εμφραγματιών ως προς την οικονομική κατάσταση.

Οικονομική κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Πολύ κακή	4	4%
Κακή	22	22%
Μέτρια	47	47%
Καλή	23	23%
Πολύ καλή	4	4%

### Όργανα μέτρησης

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τους σκοπούς της παρούσης έρευνας είναι η *Ελληνική Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης* και τα *Ερωτηματολόγια Αρχικής μέτρησης και Επαναμέτρησης* που ανήκουν στην κατηγορία των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς.

*Ελληνική Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης*.: Η αξιολόγηση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης πραγματοποιήθηκε με την *Ελληνική Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης* (Geis,Τσαούσης, 2008) η οποία βασίστηκε στις προσεγγίσεις των Mayer και Salovey (1997) και σχεδιάστηκε αποκλειστικά για να μετράει τη Συναισθηματική Νοημοσύνη στον Ελληνικό πληθυσμό. Είναι κλίμακα 52 ερωτήσεων με 5 διαβαθμίσεις, όπου ο συμμετέχων θα κληθεί να επιλέξει σε κάθε ερώτηση, εκείνη την απάντηση που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα. Για τη στατιστική ανάλυση υπολογίστηκε ο μέσος όρος των σκορ. Μικρότερα σκορ υποδηλώνουν μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης. Κάθε ερώτηση αντιπροσωπεύει και μία συγκεκριμένη διάσταση που σχετίζονται με τους ακόλουθους τομείς:

α). Αναγνώριση και Έκφραση των συναισθημάτων: Δόθηκαν 10 φράσεις. Μικρότερα σκορ υποδηλώνουν χαμηλότερη ικανότητα έκφρασης και αναγνώρισης συναισθημάτων.

β). Έλεγχος των συναισθημάτων: Δόθηκαν 12 φράσεις ακολουθούμενες από μία 5-βάθμια κλίμακα η κάθε φράση χωριστά. Μικρότερα σκορ υποδηλώνουν μικρότερο έλεγχο συναισθημάτων.

γ). Χρήση συναισθημάτων: Δόθηκαν 15 φράσεις. Μικρότερα σκορ υποδηλώνουν πιο αρνητική χρήση συναισθημάτων.

δ). Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον: Δόθηκαν 15 φράσεις. Μικρότερα σκορ υποδηλώνουν μικρότερη ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον για τους άλλους.

Στην αρχή της κλίμακας υπήρχαν οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο έπρεπε να συμπληρωθούν οι διαβαθμισμένες κλίμακες με τα ανάλογα παραδείγματα. Από τους πρώτους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε πως η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα .85 και αξιοπιστία .89 (Tsaousis, 2008). Στον Πίνακα 5 φαίνονται οι δείκτες εσωτερικής συνοχής (α Cronbach) για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και στον Πίνακα 6 φαίνονται οι δείκτες Skewness και Kurtosis που δίνουν στοιχεία για την κατανομή του δείγματος.

**Πίνακας 5.** Δείκτες α Cronbach, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.

Μεταβλητή	Δείκτης α του Cronbach	M	SD
Αναγνώριση και Έκφραση των συναισθημάτων	.80	28.42	6.86
Έλεγχος των συναισθημάτων	.83	35.71	8.56
Χρήση συναισθημάτων	.78	52.41	7.83
Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον	.88	55.60	9.61

Βρέθηκε ότι η συνοχή όλων των παραγόντων της ΣΝ ήταν σε αποδεκτά επίπεδα (Πίνακας 5).

Σε ικανοποιητικά επίπεδα βρέθηκαν και οι συντελεστές Skewness και Kurtosis μετά τον έλεγχο της κατανομής του δείγματος για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6.** Δείκτες Skewness και Kurtosis για τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.

<b>Παράγοντες ΣΝ</b>	<b>Skewness</b>	<b>Kurtosis</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>
Αναγνώριση και Έκφραση των συναισθημάτων	0.28	0.22	2.83	0.68	1.10	4.70
Έλεγχος των συναισθημάτων	0.11	0.16	2.97	0.71	1.00	4.83
Χρήση συναισθημάτων	0.17	0.02	3.49	0.52	1.80	4.67
Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον	0.38	0.26	3.70	0.64	2.13	5.00

*Ερωτηματολόγια Αρχικής μέτρησης και Επαναμέτρησης.*: Η αξιολόγηση των συμπεριφορών υγείας πραγματοποιήθηκε με δύο ερωτηματολόγια, ένα της αρχικής μέτρησης συμπεριφορών και ένα της επαναμέτρησης. Και οι δύο μετρήσεις έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και έχουν χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Theodorakis, 1994; Theodorakis & Kosmidou, 2005; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2003; Κοσμίδου & Θεοδωράκης, 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Στον Πίνακα 7 φαίνονται οι δείκτες εσωτερικής συνοχής ( $\alpha$  Cronbach), οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της ΘΣΣ.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συντελεστές Skewness και Kurtosis για τον έλεγχο της κατανομής του δείγματος.

**Πίνακας 7.** Δείκτες α Cronbach, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις για τους παράγοντες της ΘΣΣ.

Παράγοντες ΘΣΣ	Δείκτης α του Cronbach	M	SD
<b>Κάπνισμα</b>			
Στάσεις	.86	6.19	1.00
Πρόθεση	.98	5.54	1.91
Αντ.Έλεγχος	.97	5.41	2.02
Αυτοταυτότητα	.97	5.44	1.85
Κοινωνικό πρότυπο	.80	6.19	1.11
Αντ.Ενημέρωση	.87	5.30	1.27
<b>Άσκηση</b>			
Στάσεις	.91	1.78	0.75
Πρόθεση	.96	2.81	1.54
Αντ.Έλεγχος	.95	3.07	1.59
Αυτοταυτότητα	.94	2.90	1.44
Κοινωνικό πρότυπο	.73	2.48	1.24
Αντ.Ενημέρωση	.89	4.76	1.38
<b>Αλκοόλ</b>			
Στάσεις	.92	5.58	1.26
Πρόθεση	.95	5.44	1.59
Αντ.Έλεγχος	.96	5.33	1.69
Αυτοταυτότητα	.96	5.47	1.54
Κοινωνικό πρότυπο	.83	5.79	1.46
Αντ.Ενημέρωση	.88	4.85	1.28

Βρέθηκε ότι η συνοχή όλων των παραγόντων της ΘΣΣ ήταν σε αποδεκτά επίπεδα (Πίνακας 7). Σε ικανοποιητικά επίπεδα βρέθηκαν και οι συντελεστές Skewness και Kurtosis για τους παράγοντες της ΘΣΣ μετά τον έλεγχο της κατανομής του δείγματος (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8.** Συντελεστές Skewness και Kurtosis για τους παράγοντες της ΘΣΣ.

Παράγοντες ΘΣΣ	Skewness	Kurtosis	M	SD	MIN	MAX
<b>Κάπνισμα</b>						
Στάσεις	1.00	0.12	6.19	1.00	3.33	7.00
Πρόθεση	0.83	0.95	5.54	3.67	1.00	7.00
Αντ.Έλεγχος	0.84	0.92	5.41	2.02	1.00	7.00
Αυτοταυτότητα	0.73	1.06	5.44	1.85	1.25	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	1.32	0.68	6.19	1.11	3.00	7.00
Αντ.Ενημέρωση	0.29	0.71	5.30	1.27	1.75	7.00
<b>Άσκηση</b>						
Στάσεις	1.03	1.03	1.78	0.75	1.00	4.00
Πρόθεση	1.08	0.78	2.81	1.54	1.00	7.00
Αντ.Έλεγχος	0.76	0.13	3.07	1.59	1.00	7.00
Αυτοταυτότητα	0.96	0.57	2.90	1.44	1.00	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	0.77	0.17	2.48	1.24	1.00	7.00
Αντ.Ενημέρωση	0.02	0.86	4.76	1.38	2.00	7.00
<b>Αλκοόλ</b>						
Στάσεις	0.49	0.84	5.58	1.26	2.00	7.00
Πρόθεση	0.57	0.90	5.44	1.59	1.00	7.00
Αντ.Έλεγχος	0.54	1.11	5.33	1.69	1.33	7.00
Αυτοταυτότητα	0.46	1.23	5.47	1.54	2.00	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	0.88	0.52	5.79	1.46	2.00	7.00
Αντ.Ενημέρωση	0.07	0.23	4.85	1.28	1.00	7.00

Το ερωτηματολόγιο της αρχικής μέτρησης περιελάμβανε για κάθε συμπεριφορά χωριστά τις κλίμακες της ΘΣΣ που αποβλέπουν στην αξιολόγηση των στάσεων, της πρόθεσης, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, του κοινωνικού προτύπου, της αυτοταυτότητας και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, την αξιολόγηση της συμπεριφοράς, και τα δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντα. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχαν, επίσης, οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο έπρεπε να συμπληρωθούν οι κλίμακες με τα ανάλογα παραδείγματα.

Το ερωτηματολόγιο της επαναμέτρησης χορηγήθηκε ένα μήνα μετά την αρχική αξιολόγηση των συμπεριφορών και περιελάμβανε τις ίδιες μετρήσεις με αυτές της αρχικής μέτρησης. Η ταυτοποίηση κάθε συμμετέχοντα έγινε με το φύλο και την ημερομηνία γέννησής του. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνονται στο Παράρτημα 3.

*Κλίμακες ΘΣΣ.*: Οι κλίμακες που αξιολογήθηκαν είναι οι ακόλουθες:

α). Στάσεις ως προς το κάπνισμα: Δόθηκε 6 φράσεις ακολουθούμενες από 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων τοποθετημένα στα δύο άκρα μιας 7-βάθμιας.

β). Πρόθεση για κάπνισμα: Χρησιμοποιήθηκαν 3 ερωτήσεις που αξιολογούσαν την πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Τα μικρότερα σκορ δήλωναν την μικρότερη πρόθεση για κάπνισμα.

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. Μικρότερα σκορ δήλωναν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς του καπνίσματος, δηλαδή ότι το άτομο δεν έλεγχε τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

δ). Αυτοταυτότητα (Theodorakis, 1994): Χρησιμοποιήθηκαν 4 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.

ε). Κοινωνικό Πρότυπο: χρησιμοποιήθηκαν 2 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. Η 3<sup>η</sup> ερώτηση διαγράφηκε λόγω χαμηλού βαθμού αξιοπιστίας.

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. Μικρότερο σκορ δηλώνει λιγότερο ενημερωμένο άτομο.

*Αξιολόγηση Συμπεριφορών Σχετιζόμενες με Κάπνισμα, Άσκηση και Αλκοόλ.* Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος έγινε με 7 ερωτήσεις, οι οποίες βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004) και από τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά με «ναι» ή «όχι». Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη 2 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας αλλά και την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον ακριβή αριθμό των τσιγάρων.

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. 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.

Όσον αφορά την αξιολόγηση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το αλκοόλ, ο κάθε συμμετέχων καλούνταν να απαντήσει στην ερώτηση «πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά;» επιλέγοντας μία φράση από τις πέντε που τον αντιπροσώπευαν (Gallo, Bradley, Siegel, & Kasl, 2001).

#### *Διαδικασία Μέτρησης*

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν είτε στο χώρο της καρδιολογικής κλινικής και των εξωτερικών ιατρείων είτε κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας αφού αρχικά έγινε πλήρης ενημέρωση των συμμετεχόντων για την έρευνα και το σκοπό της. Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε και λήφθηκε η έγγραφη συναίνεση τους (Παράρτημα 3). Όσοι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν τηλεφωνικά και συναίνεσαν τους στάλθηκε ταχυδρομικά



το έντυπο συγκατάθεσης με έξοδα αντικαταβολής της ερευνήτριας, ενώ η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια τηλεφωνικής συνδιάλεξης. Πραγματοποιήθηκαν τρεις μετρήσεις σε διάστημα δύο συναντήσεων ή τηλεφωνικών επαφών. Στην πρώτη συνάντηση ή τηλεφωνική επαφή πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις από τις οποίες η πρώτη κατέγραψε τις μεταβλητές της ΣΝ και η δεύτερη κατέγραψε τις μεταβλητές της ΘΣΣ καθώς και αυτές που σχετίζονται με τις συμπεριφορές του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ. Ένα μήνα αργότερα πραγματοποιήθηκε η τρίτη μέτρηση μέσω τηλεφωνικής επαφής που σχετιζόταν με την επαναμέτρηση μόνο των συμπεριφορών του καπνίσματος, της άσκησης και της κατανάλωσης αλκοόλ. Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα επαναμέτρησης, αφενός μεν γιατί χρησιμοποιήθηκε σε παρόμοιες έρευνες (π.χ. Jones, Sinclair, Rhodes, & Courneya, 2004), αφετέρου δε γιατί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το προαναφερόμενο δύναται να αλλοιώσει τα αποτελέσματα της έρευνας εξαιτίας της παρέμβασης εξωτερικών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους συμμετέχοντες. Η ταυτοποίηση των ερωτηματολογίων του κάθε ατόμου στην αρχική και την τελική μέτρηση συμπεριφορών υγείας έγινε με το φύλο και την ηλικία γέννησης. Η πραγματοποίηση της Ερευνητικής Εργασίας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του ΤΕΦΑΑ, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την υπ. αριθμ. 2-2/13-2-2013 συνεδρίαση και ανακοινώθηκε με την υπ. αριθμ. 701/4-03-2011 επιστολή (Παράρτημα 1) και από την επιστημονική επιτροπή του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών με την υπ. αριθμ. 12<sup>η</sup>/23-01-2013 απόφαση (Παράρτημα 2).

### *Στατιστική Ανάλυση*

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS 17.0 με αναλύσεις συσχέτισης και παλινδρόμησης. Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τα στοιχεία που

αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο μόρφωσης, την επαγγελματική ενασχόληση, την οικογενειακή κατάσταση και την οικονομική κατάσταση του συμμετέχοντα. Αμέσως μετά αξιολογήθηκε η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης στο συγκεκριμένο δείγμα με τον δείκτη  $\alpha$  του Cronbach και ελέγχθησαν οι δείκτες Skewness και Kurtosis. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των παραγόντων της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και των Συμπεριφορών Υγείας από όπου αντλήσαμε πληροφορίες σχετικά με τις συμπεριφορές του συγκεκριμένου κλινικού πληθυσμού ως προς τα επίπεδα Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τις συμπεριφορές που εξετάζονται. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και αυτών των Συμπεριφορών Υγείας για να εντοπιστεί η κατεύθυνση και το μέγεθος της συσχέτισης και εκτελέστηκαν αναλύσεις ιεραρχικής παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί κατά πόσο οι μεταβλητές ΘΣΣ προβλέπουν την πρόθεση για εκδήλωση της κάθε συμπεριφοράς αφού ελεγχθούν με τη ΣΝ και να διαπιστωθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της κάθε συμπεριφοράς υγείας από τους παράγοντες της ΘΣΣ αφού πάλι ελεγχθούν με τη ΣΝ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### *Περιγραφική στατιστική*

##### *Συναισθηματική Νοημοσύνη*

Στον Πίνακα 9, φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλους τους παράγοντες της ΣΝ.

**Πίνακας 9.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη Συναισθηματική Νοημοσύνη των συμμετεχόντων.

Παράγοντες ΣΝ	N	M	SD	Min	Max
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	100	2.83	.686	1.10	4.70
Χρήση Συναισθημάτων	100	3.49	.522	1.80	4.67
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	100	3.70	.641	2.13	5.00
Έλεγχος Συναισθημάτων	100	2.97	.714	1.00	4.83

##### *Συμπεριφορές Υγείας*

##### *Κάπνισμα*

Στον Πίνακα 10 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλους τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά καπνίσματος.

**Πίνακας 10.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά καπνίσματος.

Παράγοντες ΘΣΣ - κάπνισμα	N	M	SD	Min	Max
Στάσεις	100	6.19	1.00	3.33	7.00
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	100	5.41	2.02	1.00	7.00
Πρόθεση	100	5.54	1.91	1.00	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	100	5.33	1.12	1.33	7.00
Αυτοταντότητα	100	5.40	1.85	1.25	7.00
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	100	3.67	.541	2.25	5.50

**Πίνακας 11.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (συχνότητες) για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

Δείκτες συμπεριφοράς καπνίσματος	Πρώτη μέτρηση			Δεύτερη μέτρηση		
	Ναι (%)	Όχι (%)	Χαμένες τιμές (%)	Ναι (%)	Όχι (%)	Χαμένες τιμές (%)
Πειραματισμός με το κάπνισμα	77	22	1	71	18	11
Συστηματικοί καπνιστές	58	42	0	54	35	11
Εν ενεργεία καπνιστής	34	66	0	28	61	11
Εν ενεργεία συστηματικός καπνιστής	31	69	0	18	71	11
Παθιασμένος καπνιστής	19	81	0	12	77	11

Στον Πίνακα 11 φαίνονται οι συχνότητες για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

**Πίνακας 12.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

Δείκτες συμπεριφοράς καπνίσματος	N	M	SD	Min	Max	
Πρώτη μέτρηση	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα	100	3.29	5.53	0	20
	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη μέρα	100	3.08	5.35	0	20
Δεύτερη μέτρηση	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα	89	2.69	4.58	0	20
	Αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη μέρα	89	2.39	4.25	0	20

Στον Πίνακα 12 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τη συμπεριφορά καπνίσματος κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

*Φυσική Δραστηριότητα***Πίνακας 13.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά άσκησης.

Παράγοντες ΘΣΣ - άσκηση	N	M	SD	Min	Max
Στάσεις	100	1.78	.756	1.00	4.00
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	100	3.07	1.59	1.00	7.00
Πρόθεση	100	2.81	1.54	1.00	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	100	3.03	1.05	1.00	5.00
Αυτοταυτότητα	100	2.90	1.44	1.00	7.00
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	100	3.64	.544	2.00	5.25

Στον Πίνακα 13 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλους τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά άσκησης.

**Πίνακας 14.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

Δείκτες φυσικής δραστηριότητας	N	M	SD	Min	Max	
Πρώτη μέτρηση	Συνολικός Δείκτης Άσκησης	97	14.30	15.51	0	72
	Πόσες φορές ανά εβδομάδα	41	4.73	1.81	1	7
	Πόσες ώρες κάθε φορά	41	1.12	.400	1	3
Δεύτερη μέτρηση	Συνολικός Δείκτης Άσκησης	86	15.18	14.29	0	54
	Πόσες φορές ανά εβδομάδα	58	3.48	2.40	0	7
	Πόσες ώρες κάθε φορά	58	.91	.732	0	5

Στον Πίνακα 14 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

## Αλκοόλ

**Πίνακας 15.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής για τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ.

Παράγοντες ΘΣΣ - αλκοόλ	N	M	SD	Min	Max
Στάσεις	100	5.58	1.26	2.00	7.00
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	100	5.33	1.69	1.33	7.00
Πρόθεση	100	5.44	1.59	1.00	7.00
Κοινωνικό πρότυπο	100	5.14	1.15	2.00	7.00
Αυτοταυτότητα	100	5.47	1.54	2.00	7.00
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	100	3.63	.544	2.50	5.50

Στον Πίνακα 15 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για όλους τους παράγοντες της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ.

**Πίνακας 16.** Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (συχνότητες) για τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

Δείκτες κατανάλωσης αλκοόλ	Πρώτη μέτρηση		Δεύτερη μέτρηση	
	(%)	Χαμένες τιμές (%)	(%)	Χαμένες τιμές (%)
Ποτέ	25	0	29.2	11
Μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια	49	0	47.2	11
2-5 μέρες την εβδομάδα	24	0	21.3	11
Καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια	2	0	2.2	11

Στον Πίνακα 16 φαίνονται οι συχνότητες για τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ κατά τις δύο μετρήσεις σε διάστημα ενός μήνα.

**Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και πρόθεση για κάπνισμα**

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την πρόθεση για κάπνισμα, παρουσιάζονται στον Πίνακα 17. Οι υψηλότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, τη χρήση συναισθημάτων, την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, τις στάσεις το κοινωνικό πρότυπο και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αυτοταυτότητα και οι στάσεις είχαν υψηλούς δείκτες συσχέτισης με την πρόθεση.

**Πίνακας 17.** Συσχετίσεις (Pearson) της πρόθεσης για κάπνισμα με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.

	Πρόθεση	Αναγνώριση και Έκφραση Συναισθημάτων	Χρήση Συναισθημάτων	Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	Έλεγχος Συναισθημάτων
Πρόθεση	-	.15	.16	.17	.12
Στάσεις	.79**	.26*	.31**	.33**	.22*
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.96**	.15	.17	.18	.09
Κοινωνικό πρότυπο	.39**	.09	.28**	.32**	.00
Αυτοταυτότητα	.92**	.16	.19	.21**	.17
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.01	.09	.34**	.36**	.10

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$

Στον Πίνακα 18, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα πέντε μεταβλητών (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της πρόθεσης για κάπνισμα, συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Αναγνώριση και Έκφραση Συναισθημάτων, Χρήση Συναισθημάτων, Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον, Έλεγχος Συναισθημάτων) και την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος (εν ενεργεία καπνιστής, Α' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ ερμήνευσαν το 4.6% της

διακύμανσης της πρόθεσης για κάπνισμα αλλά η πρόβλεψη αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,95}=1.14, p>.05, R^2=.046$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος αύξησαν το ποσοστό πρόβλεψης στο 86% και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{5,94}=119.29, p<.001, R^2=.86$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,94}=564.96, p<.001, R^2=.818$ ). Στο τρίτο βήμα οι μεταβλητές της ΘΣΣ ερμήνευσαν το 94% της διακύμανσης της πρόθεσης για κάπνισμα και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{10,89}=141.70, p<.001, R^2=.94$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{5,89}=23.21, p<.001, R^2=.077$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς (Beta=.53  $p<.001$ ), και της παρελθοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος (Beta=.29,  $p<.001$ ).

**Πίνακας 18.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα από τις μεταβλητές της ΣΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	-.04	-1.03
Έλεγχος Συναισθημάτων	.04	1.07
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.01	-.24
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.02	0.47
Εν ενεργεία καπνιστής	-.29	-4.25**
Στάσεις	.05	0.9
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.53	5.77**
Αυτοταυτότητα	0.13	1.69
Κοινωνικό πρότυπο	02	-0.76
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.02	-0.75

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



**Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και κάπνισμα**

Οι συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων της ΘΣΣ και της ΣΝ με τις μεταβλητές αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς καπνίσματος, δηλαδή αυτή, που καταγράφηκε κατά την αρχική μέτρηση, παρουσιάζονται στον Πίνακα 19. Από τις μεταβλητές της ΘΣΣ οι υψηλότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην πρόθεση, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, την αυτοταυτότητα και όλες τις κατηγορίες των εν' ενεργεία καπνιστών, ενώ από τις μεταβλητές της ΣΝ οι υψηλότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στη χρήση συναισθημάτων, την ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον και τις περισσότερες κατηγορίες των εν' ενεργεία καπνιστών.

**Πίνακας 19.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΘΣΣ και της ΣΝ με τις μεταβλητές 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	-.437**	-.573**	-.800**	-.788**	-.610**	-.740**	-.679**
Πρόθεση	-.431**	-.570**	-.868**	-.848**	-.611**	-.826**	-.834**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-.402**	-.573**	-.849**	-.835**	-.612**	-.823**	-.817**
Κοινωνικό πρότυπο	-.143	-.115	-.309**	-.306**	-.318**	-.260**	-.224*
Αυτοταυτότητα	-.427	-.611**	-.794**	-.795**	-.568**	-.796**	-.769**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.241*	.131	.112	-.104	-.010	.112	.139
<b>Μεταβλητές ΕΚΣΥΝ</b>							
Χρήση Συναισθημάτων	-.08	-.15	-.21*	-.20*	-.24*	-.20*	-.11
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.15	-.14	-.13	-.17	-.16	-.19	-.17
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	-.15	-.25*	-.21*	-.18	-.32	-.20*	-.11
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.18	-.08	.08	-.11	-.05	-.18	-.19

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

**Πίνακας 20.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά καπνίσματος (αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα κατά την τελική μέτρηση).

<b>Μεταβλητές ΣΝ</b>	<b>Συμπεριφορά Καπνίσματος</b>
Χρήση Συναισθημάτων	-.21
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.23*
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	-.09
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.15
<b>Μεταβλητές ΘΣΣ</b>	
Στάσεις	-.73**
Πρόθεση	-.85**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-.84**
Κοινωνικό πρότυπο	-.27*
Αυτοταυτότητα	-.85**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.040

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

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την συμπεριφορά καπνίσματος που καταγράφηκε κατά την τελική μέτρηση παρουσιάζονται στον Πίνακα 20. Από τις μεταβλητές της ΣΝ, η αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων είχε σημαντική συσχέτιση αλλά με χαμηλό δείκτη συσχέτισης, ενώ από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, όλες παρουσίασαν υψηλές συσχετίσεις εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση.

Στον Πίνακα 21, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα δύο μεταβλητών (πρόθεση, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της συμπεριφοράς καπνίσματος στην τελική μέτρηση συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος που χρησιμοποιήθηκε εδώ σαν ανεξάρτητη μεταβλητή (αριθμός τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα, α' μέτρηση). Σαν

εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο αριθμός τσιγάρων κατά την προηγούμενη εβδομάδα (β' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ ερμήνευσαν το 7.9% της διακύμανσης της συμπεριφοράς καπνίσματος και η πρόβλεψη αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,84}=1.80, p>.05, R^2=.079$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς αύξησαν το ποσοστό πρόβλεψης στο 88% και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{6,82}=102.93, p<.001, R^2=.883$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{2,82}=281.12, p<.001, R^2=.804$ ). Στο τρίτο βήμα η πρόθεση ερμήνευσε το 88% της διακύμανσης της συμπεριφοράς καπνίσματος και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{7,81}=91.31, p<.001, R^2=.888$ ). Το R Square Change δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,81}=.341, p>.05, R^2=.005$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος (Beta=.67,  $p<.001$ ), ενώ η Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον (Beta=.18,  $p<.001$ ) και η χρήση συναισθημάτων (Beta=.14,  $p<.05$ ) είχαν στατιστικά σημαντική αλλά μικρότερη συνεισφορά.

**Πίνακας 21.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς καπνίσματος από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	-.14	-2.83*
Έλεγχος Συναισθημάτων	.07	1.45
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.09	-1.97
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.18	-3.85**
Συμπεριφορά καπνίσματος	.67	-9.68**
Πρόθεση	-.25	-1.85
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-.05	-0.4

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

**Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και πρόθεση για άσκηση**

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την πρόθεση για άσκηση, παρουσιάζονται στον Πίνακα 22. Από τις μεταβλητές της ΣΝ η Χρήση Συναισθημάτων είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την πρόθεση για άσκηση. Οι υψηλότερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην ενσυναίσθηση & ενδιαφέρον, τη χρήση συναισθημάτων με τις στάσεις, την αυτοταυτότητα και την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση.

**Πίνακας 22.** Συσχετίσεις (Pearson) της πρόθεσης για άσκηση με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.

	Πρόθεση	Αναγνώριση και Έκφραση Συναισθημάτων	Χρήση Συναισθημάτων	Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	Έλεγχος Συναισθημάτων
Πρόθεση	-	-.058	-.314**	-.190	-.043
Στάσεις	.435**	-.167	-.343**	-.485**	-.147
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.922**	.005	-.308**	-.172	-.031
Κοινωνικό πρότυπο	.21*	-.014	-.103	-.123	.172
Αυτοταυτότητα	.817**	-.076	-.385**	-.254*	-.003
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.20	-.151	.358**	.318**	.126

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

Στον Πίνακα 23, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα πέντε μεταβλητών (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της πρόθεσης για άσκηση, συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (χρήση συναισθημάτων, ....) και την παρελθοντική συμπεριφορά άσκησης (ΣΔΑ, α' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ ερμήνευσαν το 11% της διακύμανσης της πρόθεσης για άσκηση και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,92}=2.90$ ,  $p<.05$ ,  $R^2=.112$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά άσκησης αύξησαν το ποσοστό

πρόβλεψης στο 33% και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{5,91}=9.08$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.333$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,91}=30.09$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.221$ ). Στο τρίτο βήμα οι μεταβλητές της ΘΣΣ ερμήνευσαν το 87% της διακύμανσης της πρόθεσης για άσκηση και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{10,86}=55.37$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.866$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{5,86}=68.16$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.533$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς (Beta=.88,  $p<.001$ ), ενώ οι στάσεις είχαν στατιστικά σημαντική αλλά μικρότερη συνεισφορά. (Beta=.11,  $p<.05$ ).

**Πίνακας 23.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση από τις μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς άσκησης.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	-.0	-0.39
Έλεγχος Συναισθημάτων	.05	0.84
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-0.1	-1.19
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.03	0.47
Συνολικός Δείκτης Άσκησης α' μέτρηση	.03	0.50
Στάσεις	.11	2.23*
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.88	10.32**
Αυτοταυτότητα	.04	0.47
Κοινωνικό πρότυπο	-1	-1.32
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.0	-.17

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

### Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και άσκηση

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 24, από τις μεταβλητές της ΣΝ, η χρήση συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές

συσχετίσεις με το Συνολικό Δείκτη Άσκησης, μεταξύ των οποίων η χρήση συναισθημάτων είχε μέτριο δείκτη συσχέτισης. Οι μεταβλητές της ΘΣΣ, σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Συνολικό Δείκτη Άσκησης, με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς να παρουσιάζει την υψηλότερη συσχέτιση.

**Πίνακας 24.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τις μεταβλητές αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς άσκησης.

Μεταβλητές ΕΚΣΥΝ	Συνολικός Δείκτης Άσκησης
Χρήση Συναισθημάτων	.36**
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.05
Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον	.24*
Έλεγχος Συναισθημάτων	.13
<b>Μεταβλητές ΘΣΣ</b>	
Στάσεις	-.31**
Πρόθεση	-.55**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος Συμπεριφοράς	-.61**
Κοινωνικό πρότυπο	-.29**
Αυτοταυτότητα	-.54**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.36**

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

Όλες οι συσχέτισεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την συμπεριφορά καπνίσματος κατά την τελική μέτρηση παρουσιάζονται στον Πίνακα 25. Από τις μεταβλητές της ΣΝ, η Χρήση Συναισθημάτων είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, ενώ από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, όλες είχαν στατιστικά σημαντικές συσχέτισεις.

**Πίνακας 25.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας (Συνολικός Δείκτης Άσκησης κατά την τελική μέτρηση).

Μεταβλητές ΣΝ	Συνολικός Δείκτης Άσκησης
Χρήση Συναισθημάτων	-.43**
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.07
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.21
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.10
<b>Μεταβλητές ΘΣΣ</b>	
Στάσεις	-.35**
Πρόθεση	-.44**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.38**
Κοινωνικό πρότυπο	.36**
Αυτοταντότητα	.44**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.31**

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

Στον Πίνακα 26, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα δύο μεταβλητών (πρόθεση, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της συμπεριφοράς άσκησης στην τελική μέτρηση συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (χρήση συναισθημάτων, .... ) και την παρελθοντική συμπεριφορά άσκησης (ΣΔΑ, α' μέτρηση). Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο ΣΔΑ (β' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ ερμήνευσαν το 22% της διακύμανσης της συμπεριφοράς άσκησης και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,80}=5.76, p < .001, R^2=.224$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά άσκησης και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς αύξησαν το ποσοστό πρόβλεψης στο 88%

και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{6,78}=98.11, p<.001, R^2=.883$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{2,78}=219,78, p<.001, R^2=.659$ ). Στο τρίτο βήμα η πρόθεση ερμήνευσε το 88% της διακύμανσης της συμπεριφοράς άσκησης και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{7,77}=83.46, p<.001, R^2=.884$ ). Το R Square Change δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,77}=.360, p>.05, R^2=.001$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς άσκησης (Beta=.86,  $p<.001$ ), ενώ η χρήση συναισθημάτων (Beta=.19,  $p<.05$ ) και η Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον (Beta=.11,  $p<.05$ ) είχαν στατιστικά σημαντική αλλά μικρότερη συνεισφορά.

**Πίνακας 26.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς άσκησης από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	.19	3.38*
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.04	-.73
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.04	-.79
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	-.11	-2.19*
Συνολικός Δείκτης Άσκησης Α' μέτρηση	.86	16.7**
Πρόθεση	-.06	-0.6
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.01	0.11

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

### **Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και πρόθεση για αλκοόλ**

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την πρόθεση για αλκοόλ παρουσιάζονται στον Πίνακα 27. Από τις μεταβλητές της ΣΝ η χρήση συναισθημάτων, πέραν της στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της με την πρόθεση για αλκοόλ, μαζί με την ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον είχαν τις υψηλότερες συσχετίσεις αλλά



με μέτριους δείκτες συσχέτισης. Από όλες τις μεταβλητές της ΘΣΣ, όλες είχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την πρόθεση για αλκοόλ.

**Πίνακας 27.** Συσχετίσεις της πρόθεσης για αλκοόλ με τους παράγοντες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και τους άλλους παράγοντες της ΘΣΣ.

	Πρόθεση	Αναγνώριση και Έκφραση Συναισθημάτων	Χρήση Συναισθημάτων	Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	Έλεγχος Συναισθημάτων
Πρόθεση	-	<b>.22*</b>	<b>.27**</b>	.15	.19
Στάσεις	<b>.74**</b>	.11	<b>.26**</b>	.15	<b>.25*</b>
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	<b>.94**</b>	<b>.25*</b>	<b>.26*</b>	.14	.19
Κοινωνικό πρότυπο	<b>.52**</b>	.15	<b>.20*</b>	<b>.26**</b>	.08
Αυτοταυτότητα	<b>.90**</b>	<b>.23*</b>	<b>.31**</b>	<b>.23*</b>	.19
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	<b>.27**</b>	.05	<b>.28**</b>	<b>.28**</b>	.14

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

Στον Πίνακα 28, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα πέντε μεταβλητών (στάσεις, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, αυτοταυτότητα, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενη ενημέρωση) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ, συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (χρήση συναισθημάτων, ...) και την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ (Συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, α' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ ερμήνευσαν το 9.8% της διακύμανσης της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,95}=2.58$ ,  $p < .05$ ,  $R^2=.098$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ αύξησαν το ποσοστό πρόβλεψης στο 50% και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{5,94}=19.21$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.505$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,94}=77.42$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.407$ ). Στο τρίτο βήμα οι μεταβλητές της ΘΣΣ ερμήνευσαν το 90% της διακύμανσης

της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{10.89}=84.48$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.905$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{5.89}=74.57$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.399$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς (Beta=.69,  $p<.001$ ), ενώ η αυτοταυτότητα είχε στατιστικά σημαντική αλλά μικρότερη συνεισφορά. (Beta=.26,  $p<.05$ ).

**Πίνακας 28.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ από τις μεταβλητές της ΕΚΣΥΝ, της ΘΣΣ και της παρελθοντικής συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	.03	.59
Έλεγχος Συναισθημάτων	.03	.62
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	.04	1.03
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.03	.73
Κατανάλωση αλκοόλ	.06	1.32
Στάσεις	.06	1.03
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	.69	8.58**
Αυτοταυτότητα	.26	2.96*
Κοινωνικό πρότυπο	.05	1.06
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	.02	.63

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

### **Συναισθηματική νοημοσύνη, ΘΣΣ και αλκοόλ**

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την μέχρι τώρα κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζονται στον Πίνακα 29. Από τις μεταβλητές της ΣΝ ο έλεγχος των συναισθημάτων είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση αλλά με οριακά χαμηλό δείκτη συσχέτισης. Από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, η αυτοταυτότητα και οι στάσεις είχαν υψηλούς δείκτες συσχέτισης.

**Πίνακας 29.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τις μεταβλητές αξιολόγησης της μέχρι τώρα συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ.

<b>Μεταβλητές ΕΚΣΥΝ</b>	<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>
Χρήση Συναισθημάτων	-.17
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.16
Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον	-.06
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.20*
<b>Μεταβλητές ΘΣΣ</b>	
Στάσεις	-.63**
Πρόθεση	-.69**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος Συμπεριφοράς	-.69**
Κοινωνικό πρότυπο	-.33**
Αυτοταυτότητα	-.66**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.08

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

Όλες οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με την μέχρι τώρα κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζονται στον Πίνακα 30. Ο έλεγχος συναισθημάτων παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση αλλά με χαμηλό δείκτη συσχέτισης, ενώ όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ είχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση.

**Πίνακας 30.** Συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ κατά την τελική μέτρηση.

Μεταβλητές ΕΚΣΥΝ	Κατανάλωση αλκοόλ
Χρήση Συναισθημάτων	-.08
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	-.13
Ενσυναίσθηση και Ενδιαφέρον	.00
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.21*
<b>Μεταβλητές ΘΣΣ</b>	
Στάσεις	-.63**
Πρόθεση	-.70**
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος Συμπεριφοράς	-.73**
Κοινωνικό πρότυπο	-.26*
Αυτοταυτότητα	-.66**
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	-.04

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

Στον Πίνακα 31, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης με την οποία διερευνήθηκε η δυνατότητα δύο μεταβλητών (πρόθεση, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς) να προβλέψουν, σύμφωνα με τη ΘΣΣ, τη διακύμανση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ στην τελική μέτρηση συνυπολογίζοντας και την συνεισφορά σ' αυτή την πρόβλεψη των μεταβλητών της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ (α' μέτρηση). Σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ (β' μέτρηση). Στο πρώτο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ ερμήνευσαν το 4.9% της διακύμανσης της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ και η πρόβλεψη αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{4,84}=1.07$ ,  $p>.05$ ,  $R^2=.049$ ). Στο δεύτερο βήμα οι μεταβλητές της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ και τον αντιλαμβανόμενο

**Πίνακας 31.** Συντελεστές beta στην ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς αλκοόλ από τις μεταβλητές της ΣΝ, της πρόθεσης και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου κατά την τελική μέτρηση.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Beta	t
Χρήση Συναισθημάτων	.09	2.07*
Έλεγχος Συναισθημάτων	-.09	2.08*
Αναγνώριση & Έκφραση Συναισθημάτων	.07	1.74
Ενσυναίσθηση & Ενδιαφέρον	.02	0.5
Κατανάλωση αλκοόλ	.82	17.3**
Πρόθεση	.13	1.33
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς	-.32	3.13*

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

έλεγχος συμπεριφοράς αύξησαν το ποσοστό πρόβλεψης στο 91% και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{6,82}=132,71$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.907$ ). Το R Square Change ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{2,82}=376.79$ ,  $p < .001$ ,  $R^2=.858$ ). Στο τρίτο βήμα η πρόθεση ερμήνευσε το 91% της διακύμανσης της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ και η πρόβλεψη αυτή ήταν στατιστικά σημαντική ( $F_{7,81}=115.07$   $p < .001$ ,  $R^2=.909$ ). Το R Square Change δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F_{1,81}=1.76$ ,  $p > .05$ ,  $R^2=.002$ ). Ισχυρή ήταν η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ (Beta=.82,  $p < .001$ ), και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς (Beta=.32,  $p < .05$ ), ενώ η χρήση συναισθημάτων (Beta=.09,  $p < .05$ ) και ο έλεγχος συναισθημάτων (Beta=.09,  $p < .05$ ) είχαν στατιστικά σημαντική αλλά μικρότερη συνεισφορά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διερευνηθεί αν η συναισθηματική νοημοσύνη μπορεί να συμβάλει στην πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς και να καταγραφούν και αξιολογηθούν οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς καθώς και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση και η αυτοταυτότητα των ατόμων απέναντι στις προαναφερόμενες συμπεριφορές υγείας.

Η δυνατότητα της ΣΝ να συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας εξετάστηκε μέσα από το θεωρητικό μοντέλο των Salovey και Mayer (1990) καθώς και η καταγραφή και αξιολόγηση των προαναφερόμενων συμπεριφορικών-γνωστικών στοιχείων απέναντι στις συμπεριφορές υγείας εξετάστηκαν μέσα από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ, Ajzen, 1991).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πρώτη ερευνητική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει, αφού η πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά καπνίσματος, παρόλο που δεν σχετιζόταν σημαντικά με κανέναν από τους παράγοντες της ΣΝ παρά μόνο με όλους τους παράγοντες της ΘΣΣ, εκτός βεβαίως, της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης, εντούτοις, προβλεπόταν σημαντικά από τους παράγοντες της ΘΣΣ αφού προηγουμένως είχαν ελεγχθεί με τους παράγοντες της ΣΝ και την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος αυξάνοντας σημαντικά το ποσοστό πρόβλεψής της. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος συνέβαλαν σημαντικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης για κάπνισμα.

Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της

έρευνας, αναδείχτηκε από τους πιο σημαντικούς παράγοντες διαμόρφωσης της πρόθεσης για κάπνισμα, γεγονός που αποδεικνύει ότι είναι σημαντικό για τα άτομα που πάσχουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου να μάθουν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και τους παράγοντες που είναι απαραίτητοι για την εκδήλωση της συμπεριφοράς καπνίσματος καθώς και να αξιολογούν την δυνατότητα αυτών των παραγόντων να εμποδίζουν την εκδήλωση της, δεδομένου των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Τα αποτελέσματα εν μέρει 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, ενώ οι στάσεις απλώς εξηγούσαν την πρόθεση. Παρομοίως στη δεύτερη τους έρευνα διαπίστωσαν πως οι προθέσεις των καπνιστριών βρίσκονταν κυρίως κάτω από την επιρροή του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς. Οι Norman, Conner, και Bell (1999) κατά τον ίδιο τρόπο συμπέραναν πως η πρόθεση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα προβλέφθηκε μεταξύ άλλων και από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς τους, ενώ εξίσου σημαντικά είναι και τα πορίσματα των Black και Babrow (1991) που αποκαλύπτουν τη σημαντική επίδραση των πεποιθήσεων ελέγχου στη διαμόρφωση της πρόθεσης σε μαθητές. Από την άλλη, όμως, η έρευνα, των Conner και McMillan (1999) έρχεται να αντικρούσει τη σημαντική συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στις προθέσεις, υποστηρίζοντας πως οι στάσεις μετριάζουν την επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς στις προθέσεις, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς μετριάζει την επίδραση των προθέσεων στη συμπεριφορά. Παρομοίως, οι Babrow και συν. (1990) σε έρευνα τους αποκάλυψαν, πως η πρόθεση προβλέφθηκε περισσότερο από τη στάση τους και τις πεποιθήσεις ελέγχου,

αναδεικνύοντας τη στάση ως βασικό παράγοντα διαμόρφωσης των προθέσεων και της συμπεριφοράς. Παρά τις διαφορετικές ερευνητικές απόψεις για τη σημαντικότητα του συγκεκριμένου παράγοντα στην πρόβλεψη των προθέσεων δεν πρέπει να υποβαθμίζεται ο σημαντικός ρόλος του σε αυτές. Βέβαια, οι παραπάνω έρευνες μελέτησαν την παραπάνω σχέση στο γενικότερο πληθυσμό, ενώ απουσιάζουν έρευνες που να επιβεβαιώνουν την επίδραση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στην πρόθεση για κάπνισμα σε κλινικούς πληθυσμούς.

Εξίσου, βεβαίως, σημαντική στην πρόβλεψη της πρόθεσης ήταν και η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς, η οποία πέτυχε να αυξήσει το ποσοστό διακόμανσης από 4.6% σε 86% πράγμα που επιβεβαιώνεται και από άλλα ερευνητικά δεδομένα (Trinidad et al., 2004). Ειδικότερα, οι Trinidad et al. (2004) διαπίστωσαν πως οι έφηβοι με υψηλά επίπεδα ΣΝ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν αν έχουν ιστορικό προσπαθειών καπνίσματος, αναδεικνύοντας την παρελθοντική συμπεριφορά ως σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της πρόθεσης για κάπνισμα στους εφήβους, ενώ από την έρευνα των Kosmidou και Theodorakis (2007), προέκυψε ότι για την πρόβλεψη της πρόθεσης στους φοιτητές, μεταξύ άλλων, συνέβαλε σημαντικά και η προηγούμενη συμπεριφορά. Άλλες έρευνες που εντοπίστηκαν να είναι σχετικές με την παρελθοντική συμπεριφορά (Cummings et al., 1988; Norman et al., 1999; Wakefield et al., 2004; Wilcox et al., 1985) απέδειξαν πως οι προηγούμενες προσπάθειες των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος. Παρά ταύτα και εδώ απουσιάζουν έρευνες που να επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα αυτό στους στεφανιαίους ασθενείς.

Πέραν τούτου, αξίζει να σημειωθεί πως οι στάσεις, η αυτοταυτότητα, και τα κοινωνικά πρότυπα, ενώ σχετίζονταν σημαντικά με την πρόθεση για κάπνισμα, εκτός βέβαια της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης που δεν είχε σημαντική συσχέτιση, εντούτοις,



όμως, δε συνεισέφεραν σημαντικά στην πρόβλεψη της γειγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα πορίσματα άλλων ερευνών (Black & Babrow, 1991) που ανέδειξαν τα υποκειμενικά πρότυπα ως καθοριστικοί παράγοντες που ενισχύουν την πρόθεση των ατόμων για διακοπή καπνίσματος, ενώ οι Godin et al. (1992) βρήκαν, στη δεύτερη τους έρευνα μεταξύ άλλων, πως οι προθέσεις των καπνιστριών βρίσκονταν κάτω από την επιρροή και των στάσεων, πέραν του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς. Όσον αφορά τον παράγοντα αυτοταυτότητα, η έρευνα των Conner και McMillan (1999) αποκάλυψε πως η αυτοταυτότητα έπαιξε σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόθεσης για κάπνισμα. Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα μας διαφέρουν από τα παραπάνω πιθανό να οφείλεται στο ότι ο κλινικός πληθυσμός λόγω της μεγάλης του ηλικίας έχει ήδη διαμορφώσει ορισμένες πάγιας στάσεις και αντιλήψεις και έχει αναπτύξει την αυτογνωσία ως ένα βαθμό που να μένει ανεπηρέαστος από τους σημαντικούς άλλους.

Για τον παράγοντα αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, τα πορίσματά μας δεν ανέδειξαν καμία σημαντική συσχέτιση της ούτε με την πρόθεση αλλά ούτε και με τη συμπεριφορά καπνίσματος, αλλά και η συνεισφορά της στην πρόβλεψη της πρόθεσης ήταν αρκετά χαμηλή. Αυτό πιθανό να οφείλεται στο ότι ο κλινικός πληθυσμός απαρτίζεται από άτομα μεγάλης ηλικίας πράγμα που σημαίνει ότι τα άτομα έχουν ήδη διαμορφώσει πάγιες συμπεριφορές, ισχυρά «πιστεύω» υγείας και αντιλήψεις που δεν μπορούν να κλονιστούν και να επηρεαστούν εύκολα από διάφορες πηγές ενημέρωσης. Αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Franks et al., 2007) που βρήκαν ότι η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση φαίνεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά του καπνίσματος μόνο στις μικρές ηλικίες.

Όσον αφορά τώρα στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για τη σχέση της ΣΝ με την πρόθεση για κάπνισμα, αυτά αποκάλυψαν ότι οι παράγοντες της ΣΝ δεν είχαν σημαντική συσχέτιση με την πρόθεση, παρουσιάζοντας, επιπλέον, αδυναμία να συμβάλλουν από μόνες τους χωρίς τη συνδρομή του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της

συμπεριφοράς και της παρελθοντικής συμπεριφοράς καπνίσματος στην πρόβλεψη της. Τα ευρήματα έρχονται εν μέρει σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνητών (Hill & Maggi, 2011; Ruiz-Aranda et al., 2006; Trinidad et al., 2004). Βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι οι παραπάνω έρευνες δεν μελέτησαν τη σχέση ΣΝ και καπνίσματος κάτω από το πρίσμα της ΘΣΣ. Συγκεκριμένα, λοιπόν, οι Trinidad et al. (2004) βρήκαν ότι η ΣΝ αλληλεπιδρά σημαντικά με παράγοντες κινδύνου καπνίσματος για μείωση των προθέσεων καπνίσματος επιβεβαιώνοντας το άρρηκτο δεσμό που υπάρχει ανάμεσα στη ΣΝ και στο κάπνισμα στους εφήβους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν οι Ruiz-Aranda et al. (2006) καθώς εντόπισαν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ ΣΝ και χρήσης καπνού σε εφήβους αναδεικνύοντας τη ΣΝ ως στρατηγική αντιμετώπισης συναισθηματικής αυτοδιαχείρισης. Επιπρόσθετα, από την έρευνα των Hill και Maggi (2011) προέκυψε παρόμοια πως η ΣΝ αναδείχτηκε προστατευτικός παράγοντας έναντι του περιστασιακού και καθημερινού καπνίσματος. Βεβαίως, πέραν των προαναφερόμενων ερευνών, δεν έχουν εντοπιστεί μέχρι στιγμής ούτε έρευνες που να επιβεβαιώνουν τη σημαντικότητα της ΣΝ στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα μέσα από τη ΘΣΣ, αλλά ούτε και έρευνες που να εξετάζουν αυτή τη σχέση σε κλινικούς πληθυσμούς μέσα σε άλλα θεωρητικά πλαίσια.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας για τη σχέση της ΣΝ με τη συμπεριφορά καπνίσματος που εκδήλωσε αρχικά ο κλινικός πληθυσμός, αποκάλυψαν πως η χρήση συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον παρουσίασε σημαντική σχέση με αυτή, γεγονός που υποδηλώνει ότι είναι σημαντικό για αυτόν τον πληθυσμό να μπορεί να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση χωρίς να καταφεύγει στη χρήση καπνού για να αντιμετωπίσει το συναισθηματικό του στρες. Πέραν τούτου είναι εξίσου σημαντικό, να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους και να επικοινωνεί μαζί τους αποτελεσματικά.

Όσον αφορά τη σχέση της ΣΝ με τη συμπεριφορά που εκδήλωσε ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα αποκάλυψαν αξιόλογες σχέσεις μεταξύ της αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων και της συμπεριφοράς καπνίσματος. Εύλογα, συμπεραίνεται πως είναι σημαντικό για αυτή την κατηγορία κλινικού πληθυσμού να μπορεί να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματά του, όπως και το να αναγνωρίζει τις διαφορές ανάμεσα σε αυτά και τις πράξεις του και να είναι σίγουρος γι' αυτά, ώστε να παίρνει τις κατάλληλες αποφάσεις.

Για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς που εκδήλωσε ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα, η ΣΝ συνέβαλε σημαντικά στην πρόβλεψη της μέσω της ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος καθώς και της χρήσης συναισθημάτων, ενώ εξίσου σημαντική ήταν η συμβολή της παρελθοντικής συμπεριφοράς. Η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, μαζί με τη χρήση συναισθημάτων, πέραν της σημαντικής της σχέσης που παρουσίασε με τη συμπεριφορά καπνίσματος, έπαιξαν και εδώ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς καπνίσματος στον κλινικό πληθυσμό, ενώ η αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων παρά την σημαντική σχέση που ανέπτυξε με τη συμπεριφορά που εκδήλωσαν οι εμφραγματίες μετά από ένα μήνα, δε φάνηκε να συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωσή της. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την σχέση της ΣΝ με τη συμπεριφορά, ερευνητικά δεδομένα (Limonero et al., 2006) επιβεβαιώνουν τη σημαντική σχέση της χρήσης συναισθημάτων και της αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων με τη χρήση καπνού, υποστηρίζοντας πως όσοι φοιτητές δεν μπορούσαν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους καθώς και να τα αναγνωρίσουν και να τα εκφράσουν, έκαναν και μεγαλύτερη χρήση καπνού, ενώ πιο πρόσφατα δεδομένα αποκάλυψαν μη σημαντικές συσχετίσεις όσον αφορά το κάπνισμα (Claros & Sharma, 2012). Παρά τα σημαντικά ευρήματα της παρούσας έρευνας,

εντούτοις, όμως, η έλλειψη ερευνών στο χώρο της υγείας δεν έδωσε τη δυνατότητα να παρατεθούν επιπλέον έρευνες που να συμφωνούν ή όχι με τα αποτελέσματά μας.

Αξιοσημείωτο ήταν το πόρισμα όπου η πρόθεση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο όχι μόνο δε συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς καπνίσματος αλλά παρακάμφτηκαν δυναμικά από την παρελθοντική συμπεριφορά. Το εύρημα της παρούσας εργασίας σχετικά με την υψηλή συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς, έρχεται εν μέρει σε διαφωνία με τις απόψεις του Ajzen (1988), ο οποίος πρεσβεύει πως αν και η παρελθοντική συμπεριφορά συμβάλλει καθοριστικά στην πρόβλεψη μελλοντικής συμπεριφοράς, εντούτοις, όμως, η επίδραση της θα πρέπει να μετριάζεται από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Στην παρούσα έρευνα αποδείχτηκε πως η παρελθοντική συμπεριφορά όχι μόνο δε μετριάστηκε από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο αλλά επιπλέον αποτέλεσε τον πιο καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της μελλοντικής συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την ΘΣΣ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς συμβάλλει στην πρόβλεψη της πρόθεσης, ενώ η πρόθεση πρέπει να προβλέπει τη συμπεριφορά (Ajzen, 1991) πράγμα που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (π.χ. Guo et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα το πρώτο σκέλος της θεωρίας που θέλει τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο να προβλέπει την πρόθεση, επιβεβαιώνεται με τη σημαντική συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα, ενώ στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς, η πρόθεση με την αδυναμία να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόβλεψη της διέψευσε το δεύτερο σκέλος της ΘΣΣ που αναγνωρίζει την πρόθεση ως βασικό παράγοντα διαμόρφωσης της συμπεριφοράς. Σε αυτό βέβαια μπορεί να συνέβαλε είτε το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε προκειμένου η πρόθεση να προβλέψει τη συμπεριφορά είτε άλλοι αστάθμητοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του κλινικού πληθυσμού και θα πρέπει να διερευνηθούν εν τω βάθει σε μελλοντικές έρευνες.

Εύλογα, λοιπόν, συμπεραίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας πως η συμπεριφορά του καπνίσματος είναι δυνατόν να μελετηθεί μέσα από το συνδυασμό της ΘΣΣ και της θεωρίας της ΣΝ για το λόγο ότι μπορούν από κοινού να συμβάλουν ικανοποιητικά τόσο στην πρόβλεψη της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς αφού βέβαια ληφθεί σοβαρά υπόψη, η σημαντική συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς καπνίσματος, η σημαντική συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στην πρόβλεψη της πρόθεσης καθώς και η συνεισφορά της χρήσης συναισθημάτων και της ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος στην πρόβλεψη συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η δεύτερη ερευνητική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει, αφού η πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα σχετιζόταν σημαντικά μόνο με τη χρήση συναισθημάτων από την πλευρά της ΣΝ και από την πλευρά της ΘΣΣ σχετιζόνταν σημαντικά με όλους τους παράγοντες εκτός των κοινωνικών προτύπων και της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης. Επιπλέον, οι παράγοντες της ΣΝ συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης, ενώ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας και τους παράγοντες της ΘΣΣ αύξησαν σημαντικά το ποσοστό πρόβλεψής της, με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και τις στάσεις να συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψή της.

Παρά το συμπέρασμα που προκύπτει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ότι δε συμβάλλουν πάντα οι ίδιοι παράγοντες στην πρόβλεψη της πρόθεσης, και ότι αυτοί διαφοροποιούνται ανάλογα με τη συμπεριφορά υγείας που εξετάζεται, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος έπαιξε και εδώ πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού για άσκηση. Τα αποτελέσματα εν μέρει της έρευνάς μας επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες (Bebetsos, Chroni, & Theodorakis, 2002; Conatser et al., 2002; Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2002). Συγκεκριμένα οι Conatser, Block, και Gansneder

(2002) ανέδειξαν τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς των εκπαιδευτών ως τον πιο καθοριστικό παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης των εκπαιδευτών ως προς τη διδασκαλία προγραμμάτων κολύμβησης, ενώ από την έρευνα των Bebetzos, Chroni, και Theodorakis (2002) προέκυψε μεταξύ άλλων ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ενίσχυε την πρόθεση των ατόμων για υγιεινές συμπεριφορές. Αυτό σημαίνει ότι είναι πολύ σημαντικό για το συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό να μάθει να ελέγχει τη συμπεριφορά του ως προς την άσκηση καθώς και τους παράγοντες που τη διευκολύνουν δεδομένου των πολλών σωματικών και ψυχολογικών της οφελών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, εξίσου, σημαντική στην πρόβλεψη της πρόθεσης των εμφραγματιών ήταν και η συνεισφορά των στάσεων πράγμα που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Armitage & Conner, 1999; Bebetzos et al., 2001; Godin & Shephard, 1986; Kendzierski & Lemastro, 1988; Riddle, 1980). Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Bebetzos et al. (2001, 2002) προέκυψε, ότι οι στάσεις συνεισέφεραν σημαντικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης. Βεβαίως, υπάρχουν και έρευνες που διαψεύδουν την υψηλή συνεισφορά των στάσεων στην πρόβλεψη της πρόθεσης για φυσική δραστηριότητα (Godin et al., 1991). Ειδικότερα, στην έρευνα των Godin et al. (1991), από τις ελάχιστες έρευνες που εξέτασαν τη σχέση στάσεων και πρόθεσης σε στεφανιαίους ασθενείς, διαπιστώθηκε, σε αντίθεση με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας πως η στάση δε φάνηκε να συμβάλλει καθοριστικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης των στεφανιαίων ασθενών για φυσική δραστηριότητα. Περαιτέρω έρευνες πρέπει να πραγματοποιηθούν και σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς προκειμένου να διασαφηνιστεί καλύτερα ο ρόλος των στάσεων στην πρόθεση τους για φυσική δραστηριότητα. Παρά, όμως, την μικρή παρουσία ερευνητικών δεδομένων στο χώρο της υγείας, σχετικά με το ρόλο των στάσεων στη διαμόρφωση των προθέσεων, εύκολα συμπεραίνεται, πως είναι σημαντικό για τα άτομα που πάσχουν από έμφραγμα να μάθουν

να αξιολογούν τις πιθανές συνέπειες που θα προκύπτουν από την εκδήλωση της συμπεριφοράς άσκησης γεγονός που θα τους βοηθήσει να διαμορφώσουν θετικές στάσεις ως προς αυτήν και κατά επέκταση θετικότερες προθέσεις.

Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί, πως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η αυτοταυτότητα, ενώ σχετιζόταν σημαντικά με την πρόθεση για άσκηση, εντούτοις, όμως, δε συνεισέφερε σημαντικά στην πρόβλεψη της γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα πορίσματα άλλων ερευνών (Armitage & Conner, 1999) που αποκάλυψαν την υψηλή συνεισφορά της στην πρόβλεψη της πρόθεσης των ατόμων για υγιεινές συμπεριφορές. Εξίσου χαμηλή συνεισφορά είχε η αυτοταυτότητα στην πρόβλεψη της πρόθεσης των εμφραγματιών για κάπνισμα, γεγονός που αποδόθηκε και εκεί στην ηλικία των συμμετεχόντων λόγω της αναπτυγμένης αυτοαντίληψης τους και αυτογνωσία τους. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάσουν το ρόλο της αυτοταυτότητας στη διαμόρφωση των προθέσεων και σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς για να εξακριβωθεί καλύτερα ο ρόλος της.

Για τα κοινωνικά πρότυπα, τα αποτελέσματα της έρευνας μας δεν αποκάλυψαν καμία σημαντική συσχέτιση με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού για άσκηση, κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλα ερευνητικά δεδομένα (Godin et al., 1991). Βέβαια αυτό το εύρημα αντικρούεται από παλιότερα ερευνητικά δεδομένα που ανέδειξαν τα πρότυπα ως βασικό παράγοντα διαμόρφωσης των προθέσεων αλλά σε άτομα μικρής ηλικίας (Atsalakis & Sleaf, 1996). Αυτό πιθανό να σημαίνει ότι η απόφαση των καρδιαγγειακών ασθενών να γυμναστούν δεν επηρεάζεται από τις προσδοκίες των σημαντικών άλλων κάτι που συμβαίνει σε πολύ μικρότερες ηλικίες. Το ίδιο ισχύει και για την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Παρά, όμως, τη χαμηλή συσχέτισή της στην παρούσα έρευνα με την πρόθεση, εντούτοις, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν το αντίθετο αλλά αυτά απορρέουν από το γενικότερο πληθυσμό και όχι από κλινικούς. Έτσι, λοιπόν, οι

Jones et al. (2003) σε έρευνά τους σε φοιτητές, αναφέρουν ότι η ενημέρωση έχει κάποια επίδραση στην πρόθεση για άσκηση αν υπάρξει θετικό σχέδιο παρακίνησης. Το γεγονός ότι η ενημέρωση έχει χαμηλή συσχέτιση στο συγκεκριμένο πληθυσμό πιθανό να οφείλεται είτε στα αντιλαμβανόμενα λόγω της πάθησης εμπόδια, είτε σε έλλειψη ενημέρωσης από την πλευρά ιατρικού προσωπικού για τα οφέλη της άσκησης. Μελλοντικές έρευνες πρέπει να διερευνήσουν ενδελεχώς την επίδραση της ενημέρωσης στη διαμόρφωση των προθέσεων και σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς για να διασαφηνιστεί επαρκώς ο ρόλος της.

Αξιοσημείωτη, στην παρούσα έρευνα, ήταν και η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς στη διακύμανση της πρόθεσης για άσκηση η οποία πέτυχε να αυξήσει το ποσοστό διακύμανσης από 11% σε 33% κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Abraham & Sheeran, 2003; Ajzen, 1991; Conner & Armitage, 1998; Godin et al., 1991; Norman & Conner, 2005; Ouellette & Wood, 1998). Ειδικότερα οι Godin et al. (1991) διαπίστωσαν, μεταξύ άλλων πως η συνήθεια, αποτελεί σημαντικός προγνωστικός δείκτης της πρόθεσης των στεφανιαίων ασθενών για συστηματική άσκηση στον ελεύθερο χρόνο, ενώ οι Abraham και Sheeran (2003) την ανέδειξαν ως σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μελλοντικής συμπεριφοράς. Αυτό πιθανό να σημαίνει ότι άτομα που ασκούνταν στο παρελθόν έχουν περισσότερες πιθανότητες να ασκηθούν στο μέλλον υπερπηδώντας πιο εύκολα κάποια εμπόδια που παρουσιάζονται λόγω της πάθησής τους.

Όσον αφορά, τώρα, στη σχέση που συνδέει τη ΣΝ με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού για άσκηση, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποκάλυψαν, ναι μεν, πολύ σημαντικές σχέσεις, με τη χρήση συναισθημάτων, αλλά και συνάμα αδυναμία της ΣΝ να συμβάλλει στην πρόβλεψη της πρόθεσης χωρίς τη συνδρομή της παρελθοντικής συμπεριφοράς, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και των στάσεων. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται εν μέρει με την έρευνα των Solanki και Lane (2010) οι οποίοι, αν και δεν



εξέτασαν τη ΣΝ μέσα από το οπτικό πρίσμα των προθέσεων, αλλά των πεποιθήσεων, βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ άσκησης και ΣΝ συμπεραίνοντας πως η άσκηση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως στρατηγική ενίσχυσης συναισθηματικών κατάστασεων. Παρά ταύτα, λόγω έλλειψης ερευνών στο χώρο της υγείας για τη σχέση της ΣΝ με τις προθέσεις για άσκηση, δε δόθηκε η δυνατότητα να παρατεθούν επιπλέον έρευνες που να συμφωνούν ή όχι με τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας.

Για την ύπαρξη κάποιας σχέσης μεταξύ ΣΝ και συμπεριφοράς ως προς τη φυσική δραστηριότητα καθώς και για τη δυνατότητα της ΣΝ να συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς που εκδήλωσε ο πληθυσμός μετά από ένα μήνα, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως η ΣΝ, αφενός μεν, σχετιζόταν σημαντικά με τη χρήση συναισθημάτων και την ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, και αφετέρου δε, δύναται να συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς μέσω των ίδιων παραγόντων. Άξιο απορίας είναι πως ο παράγοντας ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, ενώ παρουσίασε σημαντική σχέση μόνο με τη συμπεριφορά που εκδηλώθηκε κατά την αρχική μέτρηση, εντούτοις, όμως, συνέβαλε καθοριστικά στην πρόβλεψη της. Δυστυχώς, όμως, απουσιάζουν δεδομένα που να επιβεβαιώνουν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα. Παρά ταύτα, υπάρχουν έρευνες που να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στη ΣΝ και φυσική δραστηριότητα όχι όμως κάτω από το πρίσμα της ΘΣΣ (Lima et al., 2006; Shuk-Fong, Hsiu-Hua, & Chang-Ning, 2009; Shuk-Fong, Lu, & Wang, 2009).

Συγκεκριμένα, οι Lima et al.(2006) εντόπισαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ΣΝ και άσκησης, συμπεραίνοντας πως η τακτική φυσική δραστηριότητα δύναται να προστατεύει έναντι μιας έκπτωσης της ΣΝ και να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για να τροποποιηθεί μια καταθλιπτική διάθεση, ενώ οι Shuk-Fong, Lu, και Wang (2009) ανέδειξαν τη φυσική δραστηριότητα ως βασικό παράγοντα βελτίωσης της ψυχολογικής και συναισθηματικής υγείας των φοιτητών. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να

μελετήσουν το ρόλο της ΣΝ στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα και στο γενικότερο πληθυσμό προκειμένου να εντοπιστούν και άλλοι παράγοντες που πιθανό να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και να διασαφηνιστεί καλύτερα ο ρόλος της χρήσης συναισθημάτων και ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος.

Παρά, την έλλειψη ερευνητικών δεδομένων, εύλογα, συμπεραίνεται πως είναι σημαντικό για το συγκεκριμένο πληθυσμό να μπορεί να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του, όπως το άγχος και το θυμό, καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση αυτών και να τα χαλιναγωγεί δημιουργικά, καθώς, επίσης, να προβαίνει σε εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό του, καταφεύγοντας σε υγιεινές συμπεριφορές, όπως είναι η συστηματική φυσική δραστηριότητα προκειμένου να διατηρεί την προσήλωση του σε συγκεκριμένους στόχους και να αναπτύσσει επαρκώς την ικανότητα αυτοέλεγχου του. Άρα η σωστή χρήση συναισθημάτων οδηγεί και σε σωστές συμπεριφορές.

Επιπρόσθετα, τα παρόντα αποτελέσματα ανέδειξαν σημαντική τη συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς άσκησης η οποία κατάφερε να αυξήσει το ποσοστό διακύμανσης από 22% σε 88% πράγμα που επιβεβαιώνεται και από άλλα ερευνητικά δεδομένα (Abraham και Sheeran, 2003; Ajzen, 1991; Conner & Armitage, 1998; Ouellette & Wood, 1998).

Από την πλευρά της ΘΣΣ, όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν στην παρούσα έρευνα σημαντικές συσχετίσεις με τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας, αλλά αυτοί που παρουσίασαν τις πιο ψηλές ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, η πρόθεση, και η αυτοταυτότητα. Αυτό σημαίνει ότι είναι πολύ σημαντικό για τον κλινικό πληθυσμό να ελέγχει τη συμπεριφορά του και να έχει αυτεπίγνωση γεγονός που επηρεάζει την πρόθεση του για ενασχόληση με αυτήν. Αξιοσημείωτο, επίσης, ήταν το πόρισμα της

παρούσας έρευνας όπου η πρόθεση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο παρά τη σημαντική τους συσχέτιση με τη συμπεριφορά άσκησης, δεν είχαν σημαντική συνεισφορά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ως προς τη φυσική δραστηριότητα κάτι που επιβεβαιώνεται εν μέρει από την έρευνα του Armitage (2005), ο οποίος διαπίστωσε ότι η πρόθεση δε συνεισέφερε σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είχε σημαντική συνεισφορά. Τα ερευνητικά δεδομένα για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς ως προς την άσκηση δεν συμφωνούν πάντα με το θεωρητικό πλαίσιο της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Οι Abraham και Sheeran (2003) και οι Sniehotta et al. (2010), αναγνώρισαν την πρόθεση ως έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες. Πάντως, ασχέτως διαφωνιών, οι Robin et al. (2011) σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυσή τους βρήκαν πως η φυσική δραστηριότητα μπορεί να προβλεφθεί καλύτερα από τη ΘΣΣ σε σχέση με άλλες συμπεριφορές προληπτικού χαρακτήρα. Στην έρευνά μας το γεγονός ότι η πρόθεση δε συνέβαλε σημαντικά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς ως προς τη άσκηση, πιθανό να οφείλεται στην ιδιαιτερότητα της πάθησης του κλινικού πληθυσμού και της πεποίθησης ότι είναι ευάλωτος απέναντι σε αυτή και στα επακόλουθα της.

Εύλογα, λοιπόν, συμπεραίνει κανείς από τα αποτελέσματα της έρευνας, πως ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και οι στάσεις συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού για φυσική δραστηριότητα επαληθεύοντας εν μέρει τη ΘΣΣ, ενώ η πρόθεση με την αδυναμία να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόβλεψη της αντίστοιχης συμπεριφοράς διέψευσε το δεύτερο σκέλος της ΘΣΣ. Επίσης, σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα είχε η παρελθοντική συμπεριφορά η οποία παρέκαμψε την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο ακριβώς όπως συνέβη και με τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προκύπτει πως η συμπεριφορά της άσκησης είναι δυνατόν να μελετηθεί μέσα από το συνδυασμό της ΘΣΣ και της θεωρίας της ΣΝ για το λόγο ότι μπορούν από κοινού να συμβάλουν ικανοποιητικά τόσο στην πρόβλεψη της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς αφού βέβαια ληφθεί σοβαρά υπόψη αφενός μεν, η σημαντική συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και των στάσεων στην πρόβλεψη της πρόθεσης και η συνεισφορά της παρελθοντικής συμπεριφοράς στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς και αφετέρου δε, η σημαντική συνεισφορά της χρήσης συναισθημάτων και ενσυναίσθησης και ενδιαφέροντος στην πρόβλεψη συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και η τρίτη ερευνητική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει, αφού η πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς την κατανάλωση αλκοόλ σχετιζόταν σημαντικά με τη χρήση συναισθημάτων και την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων από την πλευρά της ΣΝ και από την πλευρά της ΘΣΣ σχετιζόνταν σημαντικά με όλους τους παράγοντες. Επιπρόσθετα, οι παράγοντες της ΣΝ συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης ενώ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ και τους παράγοντες της ΘΣΣ αύξησαν σημαντικά το ποσοστό πρόβλεψής της, με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την αυτοταυτότητα να συμβάλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, εύκολα γίνεται αντιληπτός και εδώ ο σημαντικός ρόλος του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στη διαμόρφωση της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ στο συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό, γεγονός που σημαίνει ότι είναι πολύ σημαντικό για αυτόν να μάθει να ελέγχει τη συμπεριφορά του καθώς και τους παράγοντες που τη διευκολύνουν. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (Collins et al.,2011; McMillan & Conner,2003).Αναλυτικότερα από την έρευνα των McMillan και Conner (2003) διαφάνηκε η σημαντικότητα του αντιλαμβανόμενου ελέγχου

ως προγνωστικός δέκτης της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ, ενώ οι Collins et al. (2011) σε μία πρόσφατη τους έρευνα διαπίστωσαν πως η αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία σχετίζεται με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, συνέβαλε σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης των ατόμων για κατανάλωση αλκοόλ. Από την έρευνα των Elliott και Ainsworth (2012) προέκυψε, επίσης, ότι η αυτοαποτελεσματικότητα μεταξύ άλλων άσκησε άμεσες επιδράσεις στην πρόθεση.

Σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, εξίσου, σημαντική στην πρόβλεψη της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού για κατανάλωση αλκοόλ ήταν και η συνεισφορά της αυτοταυτότητας, η οποία, μεταξύ άλλων, είχε σημαντική συσχέτιση με την πρόθεση κάτι που δεν παρατηρήθηκε στις προηγούμενες συμπεριφορές που εξετάστηκαν. Αυτό σημαίνει ότι είναι πολύ σημαντικό για τον κλινικό πληθυσμό να έχει αναπτυγμένη αυτοαντίληψη και αυτογνωσία στοιχείο που θα τον βοηθήσει να διαμορφώσει αρνητικές προθέσεις για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Πέραν τούτου, αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνάς μας οι στάσεις, τα κοινωνικά πρότυπα, και η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, ενώ σχετίζονταν σημαντικά με την πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ, εντούτοις, όμως, δε συνεισέφεραν σημαντικά στην πρόβλεψη της. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα πορίσματα άλλων ερευνών (Ajzen et al., 2011; Collins et al., 2011; Glassman et al., 2010). Συγκεκριμένα οι Glassman et al. (2010) και οι Collins et al. (2011) βρήκαν πως οι στάσεις και τα κοινωνικά πρότυπα, συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, ο Norman (2011) ανέδειξε τη στάση ως τον πιο καθοριστικό παράγοντα διαμόρφωσης της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό σημαίνει πως άσχετα το πως αξιολογεί ο κλινικός πληθυσμός τις συνέπειες που θα προκύψουν από την εκδήλωση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ η πρόθεση του

μένει ανεπηρέαστη από την αξιολόγηση, όπως μένει ανεπηρέαστος και από τους σημαντικούς άλλους.

Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι το εύρημα όπου η παρελθοντική συμπεριφορά δεν συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης, όπως συνέβη με το κάπνισμα και την άσκηση παρόλο που αύξησε σημαντικά το ποσοστό διακύμανσης της πρόθεσης. Αυτό σημαίνει ότι οι εμφραγματίες που έκαναν χρήση αλκοόλ δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι θα κάνουν και στο μέλλον και πιθανόν να οφείλεται στο ότι μία μεγάλη μερίδα καρδιοπαθών μετά το πρώτο επεισόδιο εμφράγματος καταβάλλουν αρκετές προσπάθειες προκειμένου να το ελαττώσουν ή να το κόψουν χωρίς όμως αυτό να σημαίνει βέβαια ότι το πετυχαίνουν πάντα. Πάντως κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε με τη συμπεριφορά καπνίσματος.

Όσον αφορά, τώρα, τη συσχέτιση της ΣΝ με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού για κατανάλωση αλκοόλ, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποκάλυψαν, αφενός μεν, σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων και χρήσης συναισθημάτων με την πρόθεση, αφετέρου δε, αδυναμία της ίδιας να συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης χωρίς τη συνδρομή της παρελθοντικής συμπεριφοράς και των παραγόντων της ΘΣΣ. Όσον αφορά στην σημαντική συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων της ΣΝ με την πρόθεση, αυτό πιθανό να σημαίνει ότι είναι σημαντικό για τον κλινικό πληθυσμό να μαθαίνει, να αναγνωρίζει τις διαφορές ανάμεσα στα συναισθήματα και τις πράξεις του, να μπορεί να τα διαχειρίζεται τα συναισθήματά του, καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση αυτών, γεγονός που θα τον βοηθήσει να μην καταφεύγει σε ανθυγιεινές συμπεριφορές για να καλύπτει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Δυστυχώς και για αυτή τη σχέση δεν υπάρχουν έρευνες που να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Παρά ταύτα θα παρατεθούν οι έρευνες των Ruiz-Aranda et al. (2006) και των Trinidad και Johnson (2002) οποίοι αν

και δεν εξέτασαν τη ΣΝ και αλκοόλ υπό το πρίσμα της πρόθεσης, εντούτοις, όμως, ανέδειξαν δυνατές σχέσεις μεταξύ ΣΝ και χρήσης αλκοόλ σε εφήβους.

Για τη δυνατότητα της ΣΝ να συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς που εκδήλωσε ο πληθυσμός μετά από ένα μήνα, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν πως ο έλεγχος συναισθημάτων και η χρήση συναισθημάτων συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς ως προς την κατανάλωση αλκοόλ γεγονός που αποδεικνύει για άλλη μία φορά το πόσο σημαντικό είναι για τον κλινικό πληθυσμό να διαχειρίζεται τα συναισθήματα του, να τα χαλιναγωγεί δημιουργικά και να έχει τον έλεγχο των συναισθημάτων του. Το παρόν εύρημα επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Claros και Sharma (2012) την μοναδική έρευνα που εντοπίστηκε να διερευνά τη σχέση ΣΝ και συμπεριφορών υγείας στο γενικό πληθυσμό αλλά όχι κάτω από το οπτικό πρίσμα της ΘΣΣ. Οι εν λόγω ερευνητές, διαπίστωσαν, πως η ΣΝ συμβάλλει καθοριστικά στην πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας ενώ για τη χρήση καπνού δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα η ικανότητα να διαχειρίζεται (regulate) και να ελέγχει (manage) κανείς τα συναισθήματα συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το αλκοόλ και τη χρήση ουσιών. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να μελετήσουν το ρόλο της ΣΝ στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ και στο γενικότερο πληθυσμό προκειμένου να εντοπιστούν και άλλοι παράγοντες που πιθανό να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και να διασαφηνιστεί καλύτερα ο ρόλος της ΣΝ.

Από την πλευρά τώρα της ΘΣΣ, όλοι οι παράγοντες παρουσίασαν στην παρούσα έρευνα σημαντικές συσχετίσεις με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ που καταγράφηκε στην αρχική μέτρηση και με τη συμπεριφορά που εκδηλώθηκε ένα μήνα μετά, εκτός της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης. Η χαμηλή συσχέτιση της

αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης επιβεβαιώνεται και από τη έρευνα των Neuwirth και Frederick (2004) η οποία, όπως και στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεν φάνηκε να επηρεάζει τη συμμόρφωση ως προς την κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς είχε και εδώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος. Αξιοσημείωτο ήταν τα πόρισμα ότι πρόθεση δε συνεισέφερε σημαντικά στην πρόβλεψη αλλά παρακάμφτηκε από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την παρελθοντική συμπεριφορά.

Εύκολα διαφαίνεται πως στην παρούσα έρευνα ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης, επαληθεύοντας εν μέρει τη ΘΣΣ, ενώ η πρόθεση με την αδυναμία να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς καπνίσματος διέψευσε το δεύτερο σκέλος της ΘΣΣ. Επίσης, σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα είχε η παρελθοντική συμπεριφορά η οποία κατέφερε να παρακάμψει την πρόθεση.

Πέραν των άλλων συμπεριφορών, η παρούσα έρευνα απέδειξε πως η συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ είναι δυνατόν να μελετηθεί μέσα από το συνδυασμό της ΘΣΣ και της θεωρίας της ΣΝ για το λόγο ότι μπορούν από κοινού να συμβάλουν ικανοποιητικά τόσο στην πρόβλεψη της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς αφού βέβαια ληφθεί σοβαρά υπόψη η σημαντική συνεισφορά αφενός μεν, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και της αυτοταυτότητας στην πρόβλεψη της πρόθεσης και η συνεισφορά του αντιλαμβανόμενου ελέγχου και της παρελθοντικής συμπεριφοράς στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς και αφετέρου δε, η σημαντική συνεισφορά της χρήσης συναισθημάτων και ελέγχου συναισθημάτων στην πρόβλεψη συμπεριφοράς.

Εύλογα, λοιπόν, συμπεραίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας πως η ΘΣΣ παρουσίασε υψηλή εγκυρότητα στην πρόβλεψη της πρόθεσης με τον



αντιλαμβανόμενο έλεγχο να αποτελεί τον πιο σημαντικό δείκτη πρόγνωσης της πρόθεσης και για τις τρεις συμπεριφορές. Για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς η πρόθεση παρουσίασε χαμηλή προβλεπτική εγκυρότητα καθότι δεν συνεισέφερε σημαντικά σε καμία συμπεριφορά, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος είχε σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς μόνο ως προς την συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ. Οι στάσεις έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόθεσης για άσκηση και η αυτοταυτότητα στην διαμόρφωση της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ.

Επιπρόσθετα, η παρελθοντική συμπεριφορά συνέβαλε σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης για το κάπνισμα, και αύξησε σημαντικά το ποσοστό διακύμανσης στη διαμόρφωση της πρόθεσης για άσκηση και κατανάλωση αλκοόλ, καθώς είχε σημαντική συνεισφορά στην πρόβλεψη και των τριών συμπεριφορών.

Από την πλευρά τώρα της ΣΝ, όσον αφορά στη συμπεριφορά καπνίσματος και φυσικής δραστηριότητας, οι παράγοντες χρήση συναισθημάτων και ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, συνέβαλαν καθοριστικά στην πρόβλεψη των συγκεκριμένων συμπεριφορών, ενώ όσον αφορά στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, οι παράγοντες χρήση συναισθημάτων και έλεγχος συναισθημάτων συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς αλκοόλ.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποκάλυψαν πως και οι τρεις συμπεριφορές μπορούν να μελετηθούν μέσα από το συνδυασμό της ΘΣΣ και ΣΝ για το λόγο ότι μπορούν από κοινού να συμβάλουν ικανοποιητικά τόσο στην πρόβλεψη της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς αφού βέβαια ληφθούν σοβαρά υπόψη, οι προαναφερόμενοι παράγοντες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### Κάπνισμα

1. Δεν αναδείχτηκε καμία σημαντική σχέση ανάμεσα στους παράγοντες της ΣΝ και της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος αλλά αναδείχθηκαν σημαντικές σχέσεις ανάμεσα σε αυτή και τους παράγοντες της ΘΣΣ. Οι πιο δυνατές σχέσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στους παράγοντες ενσυναίσθηση & ενδιαφέρον και χρήση συναισθημάτων με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, ενώ από τους παράγοντες της ΘΣΣ, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση ήταν η μοναδική που δεν παρουσίασε σημαντική σχέση με την πρόθεση. Οι παράγοντες της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος και τους παράγοντες της ΘΣΣ συνέβαλαν σημαντικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης για κάπνισμα. Συγκεκριμένα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η αίσθηση δηλαδή ότι ελέγχουν τη συμπεριφορά τους και η παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος, δηλαδή το ιστορικό προσπαθειών καπνίσματος, συνέβαλαν σημαντικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά καπνίσματος.
2. Από τους παράγοντες της ΣΝ, η χρήση συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις με τα κριτήρια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος, ενώ όσον αφορά στον έλεγχο συναισθημάτων και την αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, δεν αναδείχτηκε καμία σημαντική σχέση με αυτά. Ιδιαίτερα αξιόλογες σχέσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στις μεταβλητές της ΘΣΣ και τα κριτήρια αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος, εκτός, βέβαια της ενημέρωσης που ανέδειξε ασθενή σχέση με αυτά.

3. Από τους παράγοντες της ΣΝ, η αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων ήταν ο μοναδικός παράγοντας που παρουσίασε σημαντική σχέση με τη συμπεριφορά καπνίσματος που εκδήλωσε ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα. Όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ αποκάλυψαν σημαντικές σχέσεις με τη συμπεριφορά καπνίσματος, εκτός, βέβαια της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης που παρουσίασε ασθενή σχέση. Οι παράγοντες της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος, την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Ειδικότερα, η παρελθοντική συμπεριφορά καπνίσματος, η ενσυναίσθηση & ενδιαφέρον και η χρήση συναισθημάτων, αποτέλεσαν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν καθοριστικά στην διαμόρφωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, παρακάμπτοντας ακόμη την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

#### Φυσική Δραστηριότητα

4. Από τους παράγοντες της ΣΝ, η χρήση συναισθημάτων ήταν αυτή που παρουσίασε σημαντική σχέση με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα, ενώ από τους παράγοντες της ΘΣΣ, όλοι ανέδειξαν δυνατές σχέσεις με την πρόθεση εκτός, βέβαια, της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης και των κοινωνικών προτύπων που δεν παρουσίασαν αξιολογες σχέσεις. Οι παράγοντες της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας και τους παράγοντες της ΘΣΣ συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού ως προς τη φυσική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και οι στάσεις αποτέλεσαν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στην διαμόρφωση της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

5. Από τους παράγοντες της ΣΝ, η χρήση συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον, παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις με τα κριτήρια με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα φυσική δραστηριότητα, ενώ όλες οι μεταβλητές της ΘΣΣ, ανεξαιρέτως, ανέδειξαν αξιόλογες σχέσεις με αυτά.
6. Όσον αφορά τη σχέση των παραγόντων της ΣΝ με τη συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας που εκδήλωσε ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα, αξιόλογες σχέσεις αποκαλύφθηκαν μεταξύ της χρήσης συναισθημάτων και της αντίστοιχης συμπεριφοράς, ενώ από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, όλες ανεξαιρέτως παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις. Οι παράγοντες της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας, την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, συνέβαλαν καθοριστικά στην πρόβλεψη της. Ειδικότερα, η παρελθοντική συμπεριφορά φυσικής δραστηριότητας, η χρήση συναισθημάτων και η ενσυναίσθηση & ενδιαφέρον, αποτέλεσαν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς της φυσικής δραστηριότητας, ενώ η πρόθεση με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο δεν παρουσίασαν καμία σημαντική συμβολή, απεναντίας παρακάμφθηκαν από τους παραπάνω παράγοντες.

#### Αλκοόλ

7. Όσον αφορά τη σχέση των παραγόντων της ΣΝ με την πρόθεση του κλινικού πληθυσμού ως προς τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, σημαντικές σχέσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων καθώς και τη χρήση συναισθημάτων, ενώ όλες, ανεξαιρέτως, οι μεταβλητές της ΘΣΣ αποκάλυψαν σημαντικές σχέσεις με την πρόθεση. Οι παράγοντες της ΣΝ μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ και τους παράγοντες της ΘΣΣ συνέβαλαν δυναμικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού

ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ειδικότερα, από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν καθοριστικά στη διαμόρφωση της πρόθεσης του κλινικού πληθυσμού ως προς αυτή τη συμπεριφορά, ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς και η αυτοταυτότητα.

8. Από τους παράγοντες της ΣΝ που παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις με τα κριτήρια, με τα οποία αξιολογείται η μέχρι τώρα εκδήλωση της συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ, ήταν ο έλεγχος συναισθημάτων, ενώ σε όλες τις μεταβλητές της ΘΣΣ εντοπίστηκαν αξιόλογες σχέσεις με αυτά, εκτός, βέβαια, της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης που παρουσίασε ασθενή σχέση.
9. Όσον αφορά τη σχέση των παραγόντων της ΣΝ με την κατανάλωση αλκοόλ σαν συμπεριφορά που εκδήλωσε ο κλινικός πληθυσμός μετά από ένα μήνα, αξιόλογες σχέσεις αναδείχτηκαν, ανάμεσα στον έλεγχο συναισθημάτων και την αντίστοιχη συμπεριφορά, ενώ από τις μεταβλητές της ΘΣΣ, όλες παρουσίασαν αξιόλογες σχέσεις, εκτός από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Οι παράγοντες της ΣΝ, μαζί με την παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ. Ειδικότερα, η παρελθοντική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς, η χρήση συναισθημάτων και ο έλεγχος συναισθημάτων, συνέβαλαν σημαντικά στην πρόβλεψη της. Αξιοσημείωτη ήταν η ελάχιστη συμβολή της πρόθεσης στη διαμόρφωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, η οποία παρακάμφθηκε δυναμικά από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, εύλογα διαφαίνεται η ύπαρξη μίας δυνατής σχέσεως μεταξύ ΣΝ και συμπεριφορών υγείας καθώς και η δυνατότητά της ΣΝ να συμβάλει δυναμικά στο χώρο της Ψυχολογίας της Υγείας, προβλέποντας, αφενός μεν,

συμπεριφορές υγείας που αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και αφετέρου δε, συμπεριφορές που λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική τους υγεία (Tsiaousis & Nikolaou, 2005).

Παλιότερα ερευνητικά δεδομένα αποκαλύπτουν πως άτομα με υψηλή ΣΝ είναι πιο πιθανό να βιώσουν καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας και ψυχικής ευεξίας (Slaski & Cartwright, 2002; Yates, 1999), να αναζητήσουν και να ακολουθήσουν τις συμβουλές των επαγγελματιών υγείας (Ciarrochi & Deane, 2001) και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις καθώς και τις συνέπειες από την ενδεχόμενη αποτυχημένη διαχείριση αυτών διευκολύνοντας έτσι την αποκατάστασή τους.

Σύμφωνα δε, με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ΣΝ αναδείχτηκε ένας από τους βασικότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που αφού ληφθούν υπόψη τα στοιχεία εκείνα που αντιπροσωπεύουν τις γενικότερες πεποιθήσεις των πασχόντων από έμφραγμα του μυοκαρδίου, είτε αυτές είναι συμπεριφορικές, όπως οι στάσεις, είτε πεποιθήσεις ελέγχου, όπως ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος, τότε δύναται να συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα, την άσκηση και το αλκοόλ. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι πολύ σημαντικά και πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τόσο την πολιτεία, με την εφαρμογή προγραμμάτων καρδιακής αποκατάστασης, που θα αναγνωρίζουν το σημαντικό ρόλο της ΣΝ σε συνδυασμό με αυτό των γνωστικών-συμπεριφορικών στοιχείων στην τροποποίηση συμπεριφορών υγείας, όσο και τους ίδιους ασθενείς με καρδιακά προβλήματα, τις οικογένειές τους και φυσικά τους θεράποντες ιατρούς τους.

Ειδικότερα, τα ευρήματα μπορούν να έχουν εφαρμογές ιδιαίτερα σε προγράμματα αποκατάστασης που θα στοχεύουν στην βελτίωση συμπεριφορών υγείας μέσα από την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης, βοηθώντας αυτά τα άτομα, αφενός μεν, να

μάθουν να αναγνωρίζουν, να κατανοούν, να εκφράζουν και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους και αφετέρου δε, να μάθουν να αξιολογούν τις συνέπειες που θα προκύπτουν από την εκδήλωση της συμπεριφοράς και να ελέγχουν συγκεκριμένους παράγοντες που είναι απαραίτητοι για την εκδήλωση της χωρίς να χρειάζεται να καταφεύγουν σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Προκειμένου, λοιπόν, να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των εμφραγματιών, να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης τους καθώς και να προληφθεί η επιδείνωση του καρδιακού τους προβλήματος, είναι ανάγκη να ενισχυθούν τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης με τη βελτίωση συμπεριφορών υγείας μέσα από την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης, η οποία θα συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων χωρίς να καταφεύγουν με μεγάλη ευκολία στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών ως μία στρατηγική αντιμετώπισης του συναισθηματικού τους στρες. Μέχρι στιγμής τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν στην ανάρρωση των ατόμων με έμφραγμα ή καρδιακή ανεπάρκεια και των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε καρδιοχειρουργική επέμβαση στοχεύοντας κυρίως στη σταδιακή αποκατάσταση της δύναμης του ασθενούς και στη μείωση του καρδιακού κινδύνου στο μέλλον μέσα από προγράμματα άσκησης και ψυχολογικής υποστήριξης χωρίς να δίνουν έμφαση στα συναισθήματα και στις γενικότερες συμπεριφορικές πεποιθήσεις που αυτά εκφράζουν και να αναγνωρίζουν το σημαντικό ρόλο που αυτά παίζουν στη γρήγορη αποκατάσταση τους και στην καλύτερη έκβαση της νόσου.

Με την ανάδειξη της ΣΝ ως σημαντικό ψυχοκοινωνικό παράγοντα πρόβλεψης συμπεριφορών υγείας, επιβάλλεται άμεσα να ενισχυθούν τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης με προγράμματα αγωγής υγείας που θα στοχεύουν όχι μόνο στην προαγωγή της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ευεξίας των καρδιοπαθών αλλά και

στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην τροποποίηση των αρνητικών συμπεριφορών μέσα από την συστηματική και εντατική ανάπτυξη της.

Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπ' όψη τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σε οποιαδήποτε προσπάθεια ανάπτυξης παρέμβασης σε καρδιοπαθείς, ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στη χρήση συναισθημάτων, την ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον και τέλος στον έλεγχο συναισθημάτων, εξαιτίας της σημαντικής συνεισφοράς τους στη διαμόρφωση όχι τόσο της πρόθεσης των εξεταζόμενων συμπεριφορών όσο της συμπεριφοράς που εκδηλώνεται για κάθε μία από τις παραπάνω συμπεριφορές.

Πέραν της σημαντικής συνεισφοράς της ΣΝ στην πρόβλεψη συμπεριφορών υγείας, ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη σε προγράμματα αποκατάστασης καρδιοπαθών, είναι η σημαντική συνεισφορά του παράγοντα «αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς» εξαιτίας του σημαντικού ρόλου που αυτός παίζει στην πρόβλεψη υγιεινών ή μη συμπεριφορών σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό σε συνδυασμό με τους προαναφερόμενους παράγοντες της ΣΝ.

Βεβαίως, ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και προσοχής στα παραπάνω προγράμματα υγείας, είναι η «παρελθοντική συμπεριφορά» των ατόμων απέναντι στις συμπεριφορές υγείας που εξετάστηκαν, λόγω της σημαντικής συνεισφοράς της στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς. Ειδικότερα, σε οποιαδήποτε προσπάθεια ανάπτυξης παρέμβασης που στοχεύει τόσο στον περιορισμό ή στην διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ όσο και στην ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας στους καρδιοπαθείς, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διάφορες κατηγορίες πρόσληψης καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και η συχνότητα και η ένταση άσκησης που διαμορφώνονται ανάλογα με τη συχνότητα και ποσότητα χρήσης του καπνού, αλκοόλ και άσκησης στο παρελθόν και να προδιαγραφούν οι προθέσεις για μία μελλοντική συμπεριφορά, χρησιμοποιώντας αυτές ως πρώιμους δείκτες των αποτελεσμάτων.



Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί πως οι παράγοντες «αυτοταυτότητα», «χρήση συναισθημάτων» και «έλεγχος συμπεριφοράς» μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο σε παρεμβάσεις διακοπής αλκοόλ σε στεφανιαίους ασθενείς λόγω της σημαντικής συνεισφοράς τους στην πρόβλεψη της πρόθεσης για κατανάλωση αλκοόλ και της εκδηλωμένης συμπεριφοράς. Απεναντίας, λιγότερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση-πληροφόρηση και τα κοινωνικά πρότυπα λόγω της χαμηλής συνεισφοράς τους στην πρόβλεψη της πρόθεσης και της συμπεριφοράς και για τις τρεις συμπεριφορές. Ως εκ τούτου τα παραδοσιακά προγράμματα αποκατάστασης πρέπει να λάβουν υπόψη αυτές τις παραμέτρους και να τις εντάξουν στα πλαίσια ενός ψυχολογικού-εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες αυτών των ασθενών.

Πέραν τούτου, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορεί να δώσουν το έναυσμα να αναπτυχθεί εκ νέου ένα μοντέλο που να συνδυάζει βασικά στοιχεία από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και από τη Θεωρία της Συναισθηματικής Νοημοσύνης αποτελώντας ένα ισχυρό θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορούν να διερευνηθούν και να εξηγηθούν εν τω βάθει σχέσεις μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και συμπεριφορών υγείας.

Επίσης, για να διασαφηνιστεί καλύτερα ο ρόλος των παραγόντων της ΣΝ και της ΘΣΣ στην πρόβλεψη συμπεριφορών που σχετίζονται με την άσκηση, το κάπνισμα και το αλκοόλ, και να εντοπιστούν και άλλοι παράγοντες που πιθανό να παίζουν ρόλο στη διαμόρφωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάσουν αυτή τη σχέση ανάμεσα σε υγιείς και κλινικούς πληθυσμούς ή σε διαφορετικούς κλινικούς πληθυσμούς και να εντοπίσουν τυχόν διαφορές μεταξύ τους.

Εύλογα λοιπόν συμπεραίνεται πως η ΣΝ, αφού ληφθούν υπόψη τα συμπεριφορικά στοιχεία των ατόμων, φαίνεται να είναι μία ανθρώπινη δεξιότητα που εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου αποτελώντας ένα αξιόλογο εφόδιο που βελτιώνει την ψυχική-

σωματική υγεία και διασφαλίζει την υψηλή ποιότητα ζωής και επιπρόσθετα, φαίνεται να έχει πολλά υποσχόμενες εφαρμογές στο χώρο της υγείας διαψεύδοντας όλους όσους τη θέλουν να είναι μία πολύτιμη προσθήκη ή ένας πλεονάζων όρος στο χώρο των ψυχικών δεξιοτήτων (Zizzi, Deaner, & Hirschhorn, 2003).

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2003). Acting on intentions: The role of anticipated regret. *British Journal of Social Psychology, 42*, 495-511.
- Ajzen, I., Joyce, N., Sheikh, S., & Cote, N.G. (2011). Knowledge and the prediction of behavior: The role of information accuracy in the Theory of Planned Behavior. *Basic and Applied Social Psychology, 33*, 101–117.
- Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Muellerleile, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*, 142-161.
- Albarracin, D., Kumkale, G.T., & Johnson, B.T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: A research synthesis. *AIDS Care, 16*, 700-723.
- Armitage, C. J. (2005). Can the Theory of Planned Behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology, 24*, 235-245.
- Armitage, C. J., Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: A structured review. *Psychology and Health, 15*, 173–189.
- 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.
- Atsalakis, M. M., & Sleaf, M. M. (1996). Registration of children in a physical activity program: An application of the Theory of Planned Behavior. *Pediatric Exercise Science, 8*, 166-176.

- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., López-Zafra, E. (2010). Emotional Intelligence and personality traits as predictors of psychological well-being in Spanish undergraduates. *Social Behavior and Personality*, 38, 783-794.
- Babrow, A.S., Black, D.R., & Tiffany, S.T. (1990). Beliefs, attitudes, intentions, and a smoking-cessation program: A planned behavior analysis of communication campaign development. *Health Communication*, 2, 145-163.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Barker, M., & Swift, J. A. (2009). The application of psychological theory to nutrition behaviour change. *Proceedings of the Nutrition Society*, 68, 205–209.
- Bar-On, R. (1997a). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (1997b). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). In R. Bar-On, & J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2005). The impact of emotional intelligence on subjective well-being. *Perspectives in Education*, 23, 41-61. doi: 10.1161/circulationaha.111.048843.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barr-Taylor, C., Houston-Miller, N., Killen, J.D., DeBusk, R.F. (1990). Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine*, 23, 113-118.

- Batool, S., & Khalid, R. (2009). Low emotional intelligence: A risk factor for depression. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 6, 65-72.
- Bebetsos, E., Chroni, S., & Theodorakis, Y. (2002). Physical active students' intentions and self-efficacy towards healthy eating. *Psychological Reports*, 91, 485-495.
- Black, D. R., & Babrow, A. S. (1991). Identification of campaign recruitment strategies for a stepped smoking cessation intervention for a college campus. *Health Education Quarterly*, 18, 235-47.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S., Gibbons, L.W., & Macera, C.A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1093-1998.
- Boyatzis, R. E., Goleman, D., & HayGroup (2001). *The Emotional Competence Inventory (ECI)*. Boston: HayGroup.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D., & Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Burt, A., Illingworth, D., Shaw, T., Thornley, P., White, P., & Turner, R. (1974). Stopping smoking after myocardial infarction. *Lancet*, 1, 304-306.
- Buttar, H.S., Li, T., & Ravi, N. (2005). Prevention of cardiovascular diseases: Role of exercise, dietary interventions, obesity and smoking cessation. *Experimental and Clinical Cardiology*, 10, 229-249.
- Carlsson, R., Lindberg, G., Westin, L., & Israelsson, B. (1977). Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart*, 77, 256-259.

- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Report, 100*, 126–131.
- Chandran, S., & Menon, G. (2004). When a day means more than a year: Effects of temporal framing on judgments of health risk. *Journal of Consumer Research, 31*, 375–389.
- Chatzisarantis, N. D., Frederick, C., Biddle, S. H., Hagger, M. S., & Smith, B. (2007). Influences of volitional and forced intentions on physical activity and effort within the theory of planned behaviour. *Journal of Sports Sciences, 25*, 699-709.
- Ciarrochi, J., Deane, F.P., & Andersen, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences, 32*, 197-209.
- Claros, E., & Sharma, M. (2012). The relationship between emotional intelligence and abuse of alcohol, marijuana, and tobacco among college students. *Journal of Alcohol & Drug Education, 56*, 8-37.
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., & Larimer, M. E. (2011). The Theory of Planned Behavior as a predictor of growth in risky college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*, 322-332.
- Conatser, P., Block, M., & Gansneder, B. (2002). Aquatic instructors' beliefs toward inclusion: The Theory of Planned Behavior. *Adapted Physical Activity Quarterly, 19*, 172-187.
- Conner, M., & McMillan, B.(1999). Interaction effects in the theory of planned behavior: studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology, 38*, 195–222.

- Courneya, K.S., & McAuley, E. (1995). Cognitive mediators of the social influence-exercise adherence relationship: A test of the theory of planned behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 18*, 499-515.
- Critchley, J.A., & Capewell, S. (2003). Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association, 290*, 86-97. doi:10.1001/jama.290.1.86.
- Cummings, K. M., Hellmann, R., & Emont, S.L. (1988). Correlates of participation in a worksite stop-smoking contest. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 267-277.
- Day, A. L., & Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences, 36*, 1443-1458.
- DeBusk, R.F., Miller, N.H., Superko, H.R., Dennis, C.H., Thomas, R.J., Lew, H.T.,... Taylor, C. B. (1994). A case management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine, 120*, 721-729.
- Di Castelnuovo, A., Rotondo, S., Iacoviello, L., Donati, M.B., & De Gaetano, G. (2002). Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *American Heart Association, 105*, 2836-2844.
- Dishman, R. K., & Sallis, J. F. (1993). Determinants and interventions for physical activity and exercise. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health: Consensus Statement* (pp. 214-238). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Dollard, J., & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

- Δρίτσας, Θ. (2003). Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου Κοινωνία και υγεία II: επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/499>.
- Duncan, L. R., Bertoli, M. C., Latimer-Cheung, A. E., Rivers, S. E., Brackett, M. A., & Salovey, P. (2013). Mapping the protective pathway of emotional intelligence in youth: From social cognition to smoking intentions. *Personality and Individual Differences, 54*, 542-544.
- Dunkley, J. (1996). *The psychological well-being of coronary heart disease patients before and after an intervention program*. Unpublished master's thesis. University of Pretoria, South Africa.
- Elliott, M. A., & Ainsworth, K. (2012). Predicting university undergraduates' binge-drinking behavior: A comparative test of the one- and two-component theories of planned behavior. *Addictive Behaviors, 37*, 92-101.
- Extremera, N., & Fernandez-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *Spanish Journal of Psychology, 9*, 45-51.
- Fariselli, L., Ghini, M., & Freedman, J. (2006). Age and Emotional Intelligence. White Paper Research on Emotional Intelligence. Retrieved on April 2012 from [http://www.6seconds.org/sei/media/WP\\_EQ\\_and\\_Age.pdf](http://www.6seconds.org/sei/media/WP_EQ_and_Age.pdf).
- Feldhusen, J. F. (1994). Talent Identification and Development in Education. *Gifted Education International, 10*, 10-15.
- Fisher, J.E., Sass, S.M., Heller, W., Siltan, L.R., Edgar, J.C., Stewart, J.L., & Miller, G.A. (2010). Time course of processing emotional stimuli as a function of perceived emotional intelligence, anxiety, and depression. *Emotion, 10*, 486-497.



- Franks, A., Kelder, S. H., Dino, G. A., Horn, K. A., Gortmaker, S. L., Wiecha, J. L., & Simoes, E.J. (2007). School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Preventing Chronic Disease, 4*, 33.
- Fraser, G.E., & Upsdell, M. (1981). Alcohol and other discriminants between cases of sudden death and myocardial infarction. *American Journal of Epidemiology, 114*, 462–476.
- French, D. P., & Cooke, R. (2012). Using the theory of planned behaviour to understand binge drinking: The importance of beliefs for developing interventions. *British Journal of Health Psychology, 17*, 1-17.
- Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behavior with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association, 169*, 1286-1296.
- Gardner, J. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, J. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligence for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Gaziano, J.M., Buring, J.E., Breslow, J.L., Goldhaber, S.Z., Rosner, B. Van Denburgh, M.,...Hennekens, H. (1993). Moderate alcohol intake, increased levels of high-Density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine, 329*, 1829-1834.
- Gianneti, V.J., Reynolds, J., & Rihien, T. (1985). Factors which differentiate smokers from ex-smokers among cardiovascular patients: A discriminant analysis. *Social and Medicine, 20*, 241-245.

- Gibbons, L. W., Blair, S. N., Cooper, K. H., & Smith, M. (1983). Association between coronary heart disease risk factors and physical fitness in healthy adult women. *Circulation* 67, 977-983.
- Glassman, T., Braun, R., Dodd, V., Miller, J., & Miller, E. (2010). Using the theory of planned behavior to explain the drinking motivations of social, high-risk, and extreme drinkers on game day. *Journal of Community Health*, 35, 172-181.
- Godin, G., Valois, P., Jobin, J., & Ross, A. (1991). Prediction of intention to exercise of individuals who have suffered from coronary heart disease. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 762-772.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L., & Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behavior: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *British Journal of Addiction*, 87, 1335-1343.
- Gohm, C.L., Corser, G.C., & Dalsky, D.J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant? *Personality and Individual Differences* 39, 1017–1028.
- Goldstein, M.G., & Niaura, R. (2000). Methods to enhance smoking cessation after myocardial infarction. *Medical Clinics of North America*, 84, 63–80.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2006). *Social Intelligence*. Arrow Books.
- Gordon, T., Kannel, W.B., Dawber, T.R., & McGee, D. (1975). Changes associated with quitting cigarette smoking: the Framingham Study. *American Heart Journal*, 90, 322-328.

- Gourville, J.T. (1998). "Pennies-a-Day: The effect of temporal reframing on transaction evaluation." *Journal of Consumer Research*, 24, 395–408.
- 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.
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behaviour in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 3 – 32.
- Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D. W., Bonetti, D., Wareham, N. J., & Kinmonth, A. (2002). Application of the theory of planned behaviour in behaviour change interventions: A systematic review. *Psychology and Health*, 17, 123.
- Hausenblas, H. A., Carron, A. V., & Mack, D. E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: A meta- analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 36-51.
- Hermanson, B., Omenn, G.S., Kronmal, R.A., & Gersh, B.J. (1988 ).Six-Year Outcome of Smoking Cessation in Older Men and Women with Coronary Artery Disease. *New England Journal of Medicine*, 319, 1365-1369.
- Hill, E. M., & Maggi, S. (2011). Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among Canadian young adults. *Personality and Individual Differences*, 51, 45-50.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton.
- Johansson, S., Bergstrand, R., Pennert, K., Ulvenstam, G., Vedin, A., Wedel, H., ... Aberg, A. (1985). Cessation of smoking after myocardial infarction in women: effects on mortality and reinfarctions. *American Journal of Epidemiology*, 121, 823-831.

- Jonas, M.A., Oates, J.A., Ockene, J.K., & Hennekens, C.H. (1992). Statement on smoking and cardiovascular disease for health professionals. *American Heart Association*, 86, 1664–1669.
- 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.
- Kannel, W. B. (1981). Update on the role of cigarette smoking in coronary artery disease. *American Heart Journal*, 101, 319-328.
- Kannel, W.B. (1987). New perspectives on cardiovascular risk factors. *American Heart Journal*, 114, 213-219.
- Kannel, W.B., & Sorlie, P. (1979). Some health benefits of physical activity in the Framingham Study. *Archives of Internal Medicine*, 139, 857-861.
- Kannel, W.B., Wilson, P.W.F., & Blair, S.N. (1985) Epidemiologic assessment of the role of physical activity and fitness in the development of cardiovascular disease. *American Heart Journal*, 109, 876-885.
- Kaufert, J.M., Rabkin, S.W., Syrotuik, J., Boyko, E., & Shane, F. (1986). Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation: Results of a controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 475-489.
- Kiprotich, P. B., Lucas, O., Kennedy, B. M., Koskey, N., Korir, E., & Maiyo, E. (2012). Age: A determinant of management's emotional intelligence competency. *Journal of Emerging Trends in Educational Research and Policy Studies*, 3, 807-811.
- Kosmidou, E. & Theodorakis, Y. (2007). Differences in smoking attitudes of adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 101, 475-481.

- Kottke, T.E., Battista, R.N., DeFries, G.H., & Brekke, M.L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*, *259*, 2883–2889.
- Κρεμαστινός, Δ. (2004). Καρδιοπαθής και διατροφή. Κοινωνία και υγεία II: επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/539>.
- Krivoy, E., Weyl Ben-Arush, M., & Bar-On, R. (2000). Comparing the emotional intelligence of adolescent cancer survivors with a matched sample from the normative population. *Medical and Pediatric Oncology*, *35*, 382.
- Kromhout, D., Menotti, A., Kesteloot, H., & Sans, S. (2002). Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle: Evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *American Heart Association*, *105*, 893–898.
- Laborde, S., Brüll, A., Weber, J., & Anders, L.S. (2011). Trait emotional intelligence in sport: A protective role against stress through heart rate variability? *Personality and Individual Differences*, *51*, 23–27.
- Lac, A., Crano, W.D., Berger, D.E., & Alvaro, E.M. (2012). Attachment Theory and Theory of Planned Behavior: An integrative model predicting underage drinking. *Developmental Psychology*, *PsycINFO Database Record*.
- LaCroix, A.Z., Lang, J., Scherr, P., Wallace, R.B., Cornoni-Huntley, J., Berkman, I., ...Hennekens, C.H. (1991). Smoking and mortality among older men and women in three communities. *New England Journal of Medicine*, *324*, 1619–1625.
- Lane, A. M., & Wilson, M. (2011). Emotions and trait emotional intelligence among ultra-endurance runners. *Journal of Science & Medicine in Sport*, *14*, 358-362.

- Lane, A. M., Thelwell, R. C., Lowther, J., & Devonport, T. J. (2009). Emotional intelligence and psychological skills use among athletes. *Society for Personality Research, 37*, 195-202.
- Latorre, J., & Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés, 10*, 111-125.
- Lima, M. M., Fernández-Berrocal, P. P., Extremera, N. N., & Queirós, P. P. (2006). Actividad física en la tercera edad: Análisis de sus relaciones con la Inteligencia emocional percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad Y Estrés, 12*, 293-303.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema, 18*, 95-100.
- Lithell, H., Aberg, H., Selinus, I., & Hedstrand, H. (1987). Alcohol intemperance and sudden death. *British Medical Journal, 294*, 1456-1458.
- MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain: Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine, 11*, 338-353.
- Magnini, V. P., Lee, G., & Kim, B. (2011). The cascading affective consequences of exercise among hotel workers. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 23*, 624-643.
- Magyar, T., Guivernau, M. R., Gano-Overway, L. A., Newton, M., Mi-Sook, K., Watson, D. L., & Fry, M. D. (2007). The influence of leader efficacy and emotional intelligence on personal caring in physical activity. *Journal of Teaching in Physical Education, 26*, 310-319.

- Μανώλης, Α.(2007). Στεφανιαία νόσος: σύγχρονη διάγνωση - θεραπευτική αντιμετώπιση. Κοινωνία και υγεία II: επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/412>.
- Martins, A., Ramalho, N., Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*,49, 554-564.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., Caruso, D. & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 320-342). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) User's Manual*. Toronto, Canada: MHS.
- McEachan, R. C., Lawton, R. J., & Conner, M. (2010). Classifying health-related behaviours: Exploring similarities and differences amongst behaviours. *British Journal of Health Psychology*, 15, 347-366.
- Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., Mahonen, M., Blackett, K.N., & Lisheng, L. ( 2011). World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008–09 revision. *International Journal of Epidemiology*, 40, 139–146.
- Monselise, A., Bar-On, R., Chan, L. J. Y., Leibushor, N., McElwee, K. J., & Shapiro, J. (2011). Examining the relationship between alopecia areata, androgenetic alopecia and emotional intelligence. Submitted to the *Journal of the American Academy of Dermatology*.

- Μπακέλα, Π., Δαμίγος, Δ., Μαυρέας, Β., & Γκούβα, Μ. (2010). Συγκριτική Μελέτη του φόβου και του άγχους του πόνου, του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, της ψυχοπαθολογίας και της εχθρότητας ασθενών με έμφραγμα και ασθενών με στηθάγχη. *Interscientific Health Care*, 2, 177-183.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Σ. (2001). Παράγοντες πρόβλεψης πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή. *Φυσική Δραστηριότητα & Ποιότητα Ζωής*, 2, 13 - 20.
- 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, 669-703.
- Norman, P. (2011). The theory of planned behavior and binge drinking among undergraduate students: assessing the impact of habit strength. *Addictive Behaviors*, 36, 502-507.
- Norman, P., & Conner, M. (2005). The Theory of Planned Behavior and Exercise: Evidence for the mediating and moderating roles of planning on intention-behavior relationships. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 488.
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology*, 18, 89-94.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (2008). Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal of Health Psychology*, 13, 81-84.
- Odegaard, A.O., Koh, W.P., Gross, M.D., Yuan, J.M., Pereira, M.A. (2011). Combined lifestyle factors and cardiovascular disease mortality in Chinese men and women:



- The Singapore Chinese health study. *Journal of the American Heart Association*, 124, 2847-2854.
- Office on Smoking and Health. (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md: US Office of the Surgeon General.
- Ornish D., Brown S.E., Billings, J.H., Scherwitz, L.W., Armstrong, W.T., Ports, T.A.,...Brand, R.J. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?, *Lancet*, 336, 129-133.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285–305.
- Παπαδόπουλος, Ν.Γ. (1993). *Ψυχολογία*. Αθήνα.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Peetz, J., Buehler, R., & Britten, K. (2011). Only minutes a day: Reframing exercise duration affects exercise intentions and behavior *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 118–127.
- Pervin, L.A., & John, O.P. (1997). *Personality: Theory and Research*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Petrides, K. V., Perez-Gonzalez, J. C., & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21, 26–55.
- Phillips, L. H., & Allen, R. (2004). Adult aging and the perceived intensity of emotions in faces and stories. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 190-199.
- Πίτσαβος, Χ. (2003). Χοληστερόλη και διατροφή: ο ρόλος τους στις καρδιοπάθειες Κοινωνία και υγεία II: επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10442/497>.

- Πολυκανδριώτη, Μ., Γουδέβενος, Ι., Μιγάλης, Λ., Πατσιλινάκος, Σ., Νικολάου, Β., Ολύμπιος, Χ.,...Ελισάφ, Μ. (2012). Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Archives of Hellenic Medicine*, 29, 33-43.
- Pohorecky, L.A. (1990). Interaction of alcohol and stress at the cardiovascular level. *Alcohol*, 7, 537–546.
- Pozen, M.W., Stechmiller, J.A., Harris, W., Smith, S., Fried, D.D., & Voigt, G.C. (1977). A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Medical Care*, 15, 830–837.
- Ramesar, S., Koortzen, P., & Oosthuizen, R. (2009). The relationship between emotional intelligence and stress management. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35, 39-48.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239-256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x.
- Rice, V.H., Fox, D.H., Lepczyk, M., Siegreen, M., Mullin, M., Jarosz, P., & Templin, T. (1994). A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart Lung*, 23, 473–486.
- Rigotti, N.A., & Pasternak, R.C. (1996). Cigarette smoking and coronary heart disease: risk and management. *Clinical Cardiology*, 14, 51–68.
- Rigotti, N.A., McKool, K.M., & Shiffman, S. (1994). Predictors of smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. Results of a randomized trial with 5-year follow-up. (1994). *Annals of Internal Medicine*, 120, 287–293.

- Rimm, E.B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M., & Stampfer, M.J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *British Medical Journal*, *319*, 1523-1528.
- Robin R., McEachan, C., Conner, M., Taylor, N.J., & Lawton, R.J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis *Health Psychology Review* *5*, 97-144.
- Rosengren, A., & Wilhemsen, L. (1987). Alcoholic registration and cardiovascular morbidity and mortality- a prospective study in middle aged Swedish men. *Acta Medical Scandinavica*, *717*, 87-92.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., & Wedel, H. (1988). Separate and combined effects of smoking and alcohol abuse in middle-aged men. *Acta Medical Scandinavica*, *223*, 111-118.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* *2*, 328-335.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, *15*, 175-183.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, *10*, 134-144.
- Ruiz-Aranda, D. D., Fernández-Berrocal, P. P., Cabello, R. R., & Extremera, N. N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad Y Estrés*, *12*, 223-230.
- Saklofske, D., Austin, E., Rohr, B., & Andrews, J. (2007). Personality, Emotional Intelligence and exercise. *Journal of Health Psychology*, *12*, 937-948.
- Sato, I., Nishida, M., Okita, K., Nishijima, H., Kojima, S., Matsumura, N., & Yasuda, H. (1992). Beneficial effect of stopping smoking on future cardiac events in male

- smokers with previous myocardial infarction. *Japanese Circulation Journal*, 56, 217-222.
- Schmitz, J. M., Spiga, R., Rhoades, H. M., Fuentes, F., & Grabowski, J. (1999). Smoking cessation in women with cardiac risk: A comparative study of two theoretically based therapies. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 87-94.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., & Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences* 42, 921–933.
- Scragg, R., Stewart, A., Jackson, R., & Beaglehole, R. (1987). Alcohol and exercise in myocardial infarction and sudden coronary death in men and women. *American Journal of Epidemiology*, 126, 77–85.
- Sejr, S. H., & Osler, M. (2001). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behaviour? *Preventive Medicine*, 34, 260-265.
- Shabani, J., Hassan, S.A., Ahmad, A., & Baba, M. (2010). Exploring the relationship of emotional intelligence with mental health among early adolescent. *International Journal of Psychological Studies*, 2, 209-215.
- Shabani, J., Hassan, S.A., Ahmad, A., & Baba, M. (2011). Moderating effect of age on the link of emotional intelligence and mental health among high school students. *International Education Studies*, 4, 82-88.
- Shoda, Y., Mischel, W., & Wright, J.C. (1994). Intra-individual stability in the organization and patterning of behavior: Incorporating psychological situations into the idiographic analysis of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 674-687.

- Shuk-Fong L.G., Lu, F. H., & Wang, A. (2009). Exploring the relationships of physical activity, emotional intelligence and health in Taiwan college students. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 7, 55-63.
- Shuk-Fong, L.G., Hsiu-Hua, W., & Chang Ning, L. (2009). The comparison of Emotional Intelligence in college students participating in different levels of exercise. *Asian Journal of Physical Education & Recreation*, 15, 48-55.
- Sifneos, P.E. (1972) *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Siscovick, D.S., Laporte, R.E., & Newman, J.M. (1985). The disease-specific benefits and risks of physical activity and exercise. *Public Health Reports*, 100, 180-188.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York.
- Slaski, M. & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Sniehotta, F. F., Gorski, C., & Araújo-Soares, V. (2010). Adoption of community-based cardiac rehabilitation programs and physical activity following phase III cardiac rehabilitation in Scotland: A prospective and predictive study. *Psychology & Health*, 25, 839-854.
- Sorensen, G., Fagan, P., Hunt, M., Stoddard, A., Girod, K., Eisenberg, M., & Frazier, L. (2004). Changing channels for tobacco control with youth: developing an intervention for working teens. *Health Education Research*, 19, 250-260.
- Spielberger, C. (Ed.) (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Academic Press.
- Stead, L.F., & Lancaster T. (2002). Group behavior therapy programs for smoking cessation. The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software.

- Sternberg, R. (1985). *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Human Intelligence*. Cambridge University Press, New York.
- Sternberg, R. (1997). *Successful Intelligence*. Plume, New York.
- Stoney, C.M. (1999). Plasma homocysteine levels increase in women during psychological distress. *Life Science*, 64, 2359-2365.
- Summerfeldt, L.J., Kloosterman, P.H., Antony, M.M., McCabe, R.E., & Parker, J.D.A. (2011). Emotional Intelligence in Social Phobia and Other Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 69-78.
- Taylor, C.B., Houston-Miller, N., Killen, J.D., & DeBusk, R.F. (1990). Smoking cessation after acute myocardial infarction: Effects of a nurse-managed intervention. *Annals of Internal Medicine*, 113, 118-123.
- Taylor, G. J. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. In J. Ciarrochi, & J.P. Forgas (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific enquiry* (pp. 67-81). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- 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.
- Theodorakis, Y. & Kosmidou, E. (2005). Messages against smoking: An integration of Planned Behavior, Elaboration Likelihood Model and Transtheoretical Model of Change. *The 46<sup>th</sup> ICHPER.SD: Anniversary World Congress*, 580-582.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek students' attitudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports*, 92, 275-283.

- 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., Γούδας, Μ., Χασάνδρα, Μ. & Κοσμίδου, Ε. (2006). *Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ΤΕΦΑΑ.
- Θεοδωράκης, Γ., & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό*, 3, 239-248.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Trinidad, D., Unger, J., Chou, C., & Johnson, C. (2005). Emotional intelligence and acculturation to the United States: interactions on the perceived social consequences of smoking in early adolescents. *Substance Use & Misuse*, 40, 1697-1706.
- Trinidad, D., Unger, J., Chou, C., Azen, S., & Johnson, C. (2004). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 34, 46-55.
- Tsaousis, I. (2008). Measuring trait emotional intelligence: development and psychometric properties of the Greek Emotional Intelligence Scale. *Psychology*, 15, 200-218.

- Tsaousis, I. & Nikolaou, I. (2005). Exploring relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health, 21*, 77-86.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Luterek, J.A., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder: A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 89-106.
- Van Berkel, T.F.M., Boersma, H., Roos-Hesselink, J.W., Erdman, R.A.M., & Simoons, M.L. (1999). Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *Europe Heart Journal, 20*, 1773–1782.
- Wakefield, M., Kloska, D.D., O'Malley, P.M., Johnston, L. D., Chaloupka, F., Pierce, J.,... Flay, B.R. (2004). The role of smoking intentions in predicting future smoking among youth: Findings from Monitoring the Future data. *Addiction, 99*, 914-922.
- Wakefield, M., Terry-McElrath, Y., Emery, S., Saffer, H., Chaloupka, F. J., Szczyepka, G.,... Johnston, L. D. (2006). Effect of Televised, Tobacco Company-Funded Smoking Prevention Advertising on Youth Smoking-Related Beliefs, Intentions, and Behavior. *American Journal of Public Health, 96*, 2154-2160.
- Watson, J.B. (1919). *Psychology from the stand-point of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincott.
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., & Michie, S. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction, 105*, 1879–1892.
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues, 25*, 41–47.
- Wiggers, L., Smets, E., De Haes, J., Peters, R., & Legemate, D. (2003). Smoking cessation interventions in cardiovascular patients. *European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery, 26*, 467-475.



- Wilcox, N.S., Prochaska, J. O., Velicer, W.F., & DiClemente, C. C. (1985). Subject characteristics as predictors of self change in smoking. *Addictive Behaviors, 10*, 407-412.
- Wilhelmsson, C., Vedin, J., Elmfeldt, D., Tibblin, G., & Wilhelmsen, L. (1975). Smoking and myocardial infarction. *Lancet, 1*, 415-420.
- Willett, W.C. (1994). Diet and health: What should we eat? *Science, 264*, 532-537.
- Willett, W.C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferroluzzi, A., Helsing, E. & Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy index. *American Journal of Clinical Nutrition, 61*, 1402S–1406S.
- Williams, R.B. (1987). Refining the type A hypothesis: emergence of the hostility complex. *American Journal of Cardiology, 60*, 27-32.
- Wolf, P.A., D'Agostino, R.B., Kannel, W.B., Bonita, R., & Belanger, A.J. (1988). Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham Study. *JAMA, 259*, 1025–1029.
- World Health Organization. (1993). Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD: report on two consultations. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO Report. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). Preventing Chronic Diseases—A Vital Investment. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for Assessment and Management of Total Cardiovascular Risk. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008). World Health Statistics 2008. Geneva: WHO.

- World Heart Organization Study Group. (1990). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases*. World Heart Organization, Technical Report Series. Geneva: WHO.
- World Health Report. (1998). *Life in the 21<sup>st</sup> century. A vision for all*. WHO, Geneva.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., & ... Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, *364*, 937-952.
- Zizzi, S., Deaner, H., & Hirschhorn, D. (2003). The relationship between Emotional Intelligence and performance among college baseball players. *Journal of Applied Sport Psychology*, *15*, 262-269.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**  
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ1: ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ &**  
**ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ**

Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας

Τρίκαλα:13/3/2013  
Αριθμ. Πρωτ.: 701

**Αίτηση Εξέτασης της πρότασης για διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο:**  
«Η Συμβολή της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στην Πρόβλεψη Συμπεριφορών  
Υγείας σε Άτομα που

Πάσχουν από Έμφραγμα του Μυοκαρδίου».

**Επιστημονικός υπεύθυνος-η / επιβλέπων-ουσα:** Δρ Ζήση Βασιλική

**Ιδιότητα:** Επίκουρη Καθηγήτρια

**Ίδρυμα:** Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Τμήμα:** Τ.Ε.Φ.Α.Α.

**Κύριος ερευνητής-τρια / φοιτητής-τρια:** Μπαλιάμη Κωνσταντίνα

**Πρόγραμμα Σπουδών:** Π.Μ.Σ. «Ψυχολογία της Άσκησης »

**Ίδρυμα:** Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Τμήμα:** Τ.Ε.Φ.Α.Α.

**Η προτεινόμενη έρευνα θα είναι:**

Ερευνητικό πρόγραμμα  Μεταπτυχιακή διατριβή  Διπλωματική εργασία  Ανεξάρτητη έρευνα

**Τηλ. επικοινωνίας:** 6974031680

**Email επικοινωνίας:** [kony.mpaliami@yahoo.com](mailto:kony.mpaliami@yahoo.com)

Η Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μετά την υπ. Αριθμ. 2-2/13-2-2013 συνεδρίασή της εγκρίνει τη διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας.

Ο Πρόεδρος της  
Εσωτερικής Επιτροπής  
Δεοντολογίας – ΤΕΦΑΑ



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ2: ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΡΕΒΕΝΩΝ**

ΑΔΑ: ΒΕΙΨ4690ΒΨ-Ο3Ψ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
3<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

**Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ω Ν**

Από τα Πρακτικά της 2<sup>ης</sup>/23-01-2013 συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών.

**Απόφαση 12<sup>η</sup>/23-01-2013**

**Θέμα 6<sup>ο</sup>) Έγκριση άδειας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής του Γ.Ν. Γρεβενών.**

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μετά από διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του και αφού έλαβε υπόψη:

1. Την υπ' αριθμ. 436/23-01-2013 αίτηση άδειας της κα. Μπαλιάμης Κων/νας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε ασθενείς της καρδιολογικής κλινικής του Γ.Ν. Γρεβενών.

**Αποφασίζει Ομόφωνα**

Εγκρίνει την αίτηση άδειας της κας. Μπαλιάμης Κων/νας Ψυχολόγος Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας για έρευνα μέσω ερωτηματολογίου σε ασθενείς της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν. Γρεβενών.

Ο Πρόεδρος

Τα Μέλη

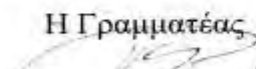
Σημαδόπουλος Κυριάκος

Μπασδέκης Μιλτιάδης  
Πασχαγιαννίδης Αχιλλέας  
Κώτσης Θωμάς  
Πέτρου Στέργιος

Ακριβές απόσπασμα

  
Ο Πρόεδρος  
του Διοικητικού Συμβουλίου  
Σημαδόπουλος Κυριάκος



  
Η Γραμματέας  
Πολύζου Βασιλική

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ****Έντυπο συναίνεσης δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία****1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας**

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθούν αν οι παράγοντες συναισθηματικής νοημοσύνης δύνανται να προβλέψουν συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με την άσκηση, το κάπνισμα και το αλκοόλ σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επιμέρους σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν και να αξιολογηθούν εκείνοι οι συναισθηματικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες που ωθούν το συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό να υιοθετήσει υγιείς ή μη μορφές συμπεριφοράς.

**2. Διαδικασία μετρήσεων**

Οι μετρήσεις γίνονται αποκλειστικά με 2 ερωτηματολόγια που η συμπλήρωση τους απαιτεί περίπου 20-30 λεπτά. Μετά από ένα μήνα θα επαναληφθεί η μέτρηση με ένα ερωτηματολόγιο, πολύ μικρότερο σε έκταση, η συμπλήρωση του οποίου θα μπορεί γίνει μέσα σε λιγότερο από 5'. Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα είναι παρούσα η ερευνήτρια, οπότε θα μπορέσει να λύσει οποιαδήποτε απορία σου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει κατά προτίμηση στο χώρο που εσύ θα επιλέξεις, χωρίς όμως την παρουσία άλλων ατόμων, έτσι ώστε να μην επηρεάζονται οι απαντήσεις σου, αλλά και για να μπορέσεις να χρησιμοποιήσεις ουσιαστικά το χρόνο σου.

**3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις**

Δεν υπάρχουν.

**4. Προσδοκώμενες ωφέλειες**

Η συμμετοχή σου σ' αυτή την έρευνα θα βοηθήσει αρχικά εμάς να αναδείξουμε τη σημαντικότητα και αξία της ΣΝ ως παράγοντα που δύνανται να εντοπίσει, να σκιαγραφήσει και να προβλέψει συμπεριφορές που λειτουργούν είτε ως παράγοντες ωφέλειας είτε ως παράγοντες κινδύνου. Η αναγνώριση της σημαντικότητας της ΣΝ ως προγνωστικό παράγοντα δύνανται να σε βοηθήσει να μάθεις τόσο να αναγνωρίζεις και να διαχειρίζεσαι τα συναισθήματά σου όσο και να παρακινείς τον ίδιο σου τον εαυτό να υιοθετείς υγιείς μορφές συμπεριφοράς όπως είναι η άσκηση και να αποφεύγεις τις ανθυγιεινές όπως είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ. Έμμεσα βοηθάει εσένα που έχεις υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και όλα τα άτομα που πάσχουν από καρδιοπάθειες να χειρίζεστε αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς να καταφεύγετε σε συμπεριφορές που απειλούν την ίδια σας τη ζωή εφόσον, φυσικά, γίνει πρακτική εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

**5. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων**

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

**6. Πληροφορίες**

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

**7. Ελευθερία συναίνεσης**

Η συμμετοχή σου στην εργασία είναι εθελοντική. Είσαι ελεύθερος-η να μην συναινέσεις ή να διακόψεις τη συμμετοχή σου όποτε το επιθυμείς.

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

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος

Υπογραφή

Υπογραφή ερευνητή

Ονοματεπώνυμο και υπογραφή  
παρατηρητή

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

### Ε-Κ-ΣΥ-Ν

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ

### ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά μέσα από μια σειρά προτάσεων ή δηλώσεων τον βαθμό, που το άτομο αντιλαμβάνεται και κατανοεί τόσο τα συναισθήματά του, όσο και τα συναισθήματα των γύρω του. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις γι' αυτό προσπαθήστε να εκφράσετε τη δική σας άποψη. Η πρώτη απάντηση που σας έρχεται στο μυαλό είναι συνήθως και η πιο αντιπροσωπευτική, γι' αυτό μην αφιερώνετε πολύ χρόνο σε καθεμία από αυτές. Αφού διαβάσετε την κάθε πρόταση, παρακαλούμε σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο, κυκλώνοντας στο φύλλο απαντήσεων έναν από τους βαθμούς της κλίμακας από 1 έως 5, όπως αυτή παρουσιάζεται παρακάτω.

1	2	3	4	5
Καθόλου Αντιπροσωπευτικό	Λίγο Αντιπροσωπευτικό	Είμαι Αβέβαιος/η	Αντιπροσωπευτικό	Πολύ Αντιπροσωπευτικό

### Παράδειγμα

1. Διατηρώ την ψυχραιμία μου πριν από πολύ 1 2 3 4 5  
σημαντικά γεγονότα της ζωής μου

Στο παράδειγμα αυτό, το άτομο επέλεξε την ένδειξη 4, που σημαίνει ότι η δήλωση «διατηρώ την ψυχραιμία μου πριν από πολύ σημαντικά γεγονότα της ζωής μου» το εκφράζει σε ικανοποιητικό βαθμό.

### Να θυμάστε!

- Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, επομένως να είστε όσο μπορείτε περισσότερο ειλικρινείς. Μη δίνετε μία απάντηση επειδή σας φαίνεται σωστή ή επειδή είναι όπως θέλετε να είναι.
- Είναι πολύ σημαντικό να σημειώνετε στο φύλλο απαντήσεων την πρώτη αυθόρμητη απάντηση που σας έρχεται στο μυαλό. Από έρευνες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί ότι αυτή η απάντηση είναι και η πιο αντιπροσωπευτική.
- Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε κάθε πρόταση, ώστε να είναι δυνατή η ολοκλήρωση του προφίλ της συναισθηματικής νοημοσύνης.
- Παρακλούμε προσπαθήστε να αποφεύγετε την ενδιάμεση απάντηση (είμαι αβέβαιος/η) όσο το δυνατόν περισσότερο
- Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί συγκεκριμένη χρονική διάρκεια μέσα στην οποία θα πρέπει να απαντηθεί. Συνήθως, τα περισσότερα άτομα χρειάζονται 15-20 λεπτά.

**Και τώρα γυρίστε σελίδα και απαντήστε στην πρώτη ερώτηση**

1	2	3	4	5
Καθόλου Αντιπροσωπευτικό	Λίγο Αντιπροσωπευτικό	Είμαι Αβέβαιος/η	Αντιπροσωπευτικό	Πολύ Αντιπροσωπευτικό

1	Θυμώνω εύκολα, αλλά ο θυμός μου δεν κρατάει πολύ.	1	2	3	4	5
2	Μου συμβαίνει συχνά να έχω αντιφατικά συναισθήματα για τα ίδια άτομα.	1	2	3	4	5
3	Έχω την τάση να επικεντρώνομαι στην αρνητική πλευρά των πραγμάτων.	1	2	3	4	5
4	Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν μπορούν να καταλάβουν τι ακριβώς αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
5	Μου αρέσει να κουβεντιάζω με τους άλλους για τα προβλήματά τους.	1	2	3	4	5
6	Όταν νιώθω πιεσμένος/η, ξεσπώ σε ανύποπτο χρόνο.	1	2	3	4	5
7	Όταν είμαι εκνευρισμένος/η όλα μου φταίνε.	1	2	3	4	5
8	Αντιμετωπίζω θετικά τα προβλήματα έχοντας εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9	Συνήθως κλείνομαι στον εαυτό μου όταν είμαι στεναχωρημένος/η.	1	2	3	4	5
10	Πιστεύω ότι είμαι άτομο που βοηθά και υπολογίζει τους άλλους.	1	2	3	4	5
11	Προσέχω να μην αποκαλύπτω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	1	2	3	4	5
12	Πιστεύω ότι τις περισσότερες φορές τα πράγματα θα μου πάνε καλά.	1	2	3	4	5
13	Αδυνατώ να εξηγήσω στους άλλους σε τι συναισθηματική κατάσταση βρίσκομαι.	1	2	3	4	5
14	Με ενδιαφέρουν τα ψυχολογικά κίνητρα των άλλων.	1	2	3	4	5
15	Συχνά ξεσπάω με θυμό που αργότερα μου φαίνεται αδικαιολόγητος.	1	2	3	4	5
16	Η ανησυχία και το άγχος μου δεν μειώνουν την ικανότητά μου να φέρω εις πέρας οποιοδήποτε έργο.	1	2	3	4	5
17	Συχνά μετανιώνω για πράγματα που έκανα ή είπα πάνω στο θυμό μου.	1	2	3	4	5
18	Πιστεύω ότι λίγοι άνθρωποι καταλαβαίνουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
19	Σέβομαι τα συναισθήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
20	Δυσκολεύομαι να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	1	2	3	4	5
21	Αντιμετωπίζω με συμπάθεια τα προσωπικά προβλήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
22	Σκέφτομαι τη θετική πλευρά των πραγμάτων.	1	2	3	4	5
23	Είμαι συγκρατημένος/η στην έκφραση των συναισθημάτων μου.	1	2	3	4	5
24	Είμαι πάντα πρόθυμος/η να βοηθήσω κάποιον που αντιμετωπίζει προσωπικά προβλήματα.	1	2	3	4	5
25	Συνήθως τα προσωπικά μου προβλήματα δεν επηρεάζουν	1	2	3	4	5



	την απόδοσή μου στην εργασία.					
26	Σπάνια αναλύω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
27	Προσαρμόζομαι εύκολα αντιδρώντας δημιουργικά σε όποιες αναποδιές	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	
	Καθόλου Αντιπροσωπευτικό	Λίγο Αντιπροσωπευτικό	Είμαι Αβέβαιος/η	Αντιπροσωπευτικό	Πολύ Αντιπροσωπευτικό	
28	Όταν συζητώ με κάποιον, είμαι συγκεντρωμένος/η σε αυτό που μου λέει	1	2	3	4	5
29	Βρίσκω διάφορες εναλλακτικές λύσεις σε κάποιο πρόβλημα.	1	2	3	4	5
30	Παραβλέπω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
31	Συνήθως ελέγχω το θυμό μου.	1	2	3	4	5
32	Νιώθω αυτοπεποίθηση πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής μου	1	2	3	4	5
33	Δεν αντέχω την αδικία.	1	2	3	4	5
34	Ανταποκρίνομαι στα συναισθήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
35	Τα συναισθήματα του θυμού με παρασέρνουν.	1	2	3	4	5
36	Κάνω τους άλλους να αισθάνονται άνετα μαζί μου.	1	2	3	4	5
37	Δεν με ενδιαφέρουν τα προβλήματα των άλλων.	1	2	3	4	5
38	Έχω την τάση να δείχνω την ανυπομονησία μου στους άλλους.	1	2	3	4	5
39	Πάντα προσπαθώ να βλέπω τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.	1	2	3	4	5
40	Λειτουργώ περισσότερο με βάση την ελπίδα για επιτυχία και λιγότερο με τον φόβο της αποτυχίας.	1	2	3	4	5
41	Είμαι 'ανοικτός/ή' να ακούσω τον άλλον.	1	2	3	4	5
42	Συνήθως είμαι απαισιόδοξος/η σε κάθε προσπάθεια για ένα μελλοντικό επίτευγμα.	1	2	3	4	5
43	Δυσκολεύομαι να περιγράψω με λέξεις τι ακριβώς αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
44	Μου είναι δύσκολο να διατηρώ την ψυχραιμία μου.	1	2	3	4	5
45	Σε μια αποτυχία τείνω να συμπεριφέρομαι ενεργητικά καθορίζοντας νέο πλάνο δράσης.	1	2	3	4	5
46	Δείχνω την έγνοιά μου στους άλλους.	1	2	3	4	5
47	Όταν βιώνω ένα δυσάρεστο γεγονός αντιδρώ έντονα.	1	2	3	4	5
48	Έχω εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και αναλαμβάνω την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων	1	2	3	4	5
49	Πριν από σημαντικά γεγονότα νιώθω υπερένταση.	1	2	3	4	5
50	Καταλαβαίνω με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στη θέση του.	1	2	3	4	5

51	Όταν κάποιος μου μιλάει για τα προβλήματά του νιώθω σχεδόν σαν να το έχω βιώσει εγώ ο/η ίδιος/α.	1	2	3	4	5
52	Στην προσπάθειά μου να βοηθήσω κάποιον άθελά μου δίνω οδηγίες κριτικάροντας έντονα.	1	2	3	4	5



**Το να καπνίζω\* για μένα είναι:**

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

\* αναφέρεται σε συστηματικό κάπνισμα 2 ή περισσότερων τσιγάρων την ημέρα

**Σκοπεύω να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Μπορώ να καπνίζω τον επόμενο μήνα:**

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

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

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

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

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

**Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίζω:**

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

πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ
------	--------	------	--------------	------	--------	------

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

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

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

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

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

<b>διαφωνήσουν</b>	<b>συμφωνήσουν</b>
πολύ	πολύ
αρκετά	αρκετά
λίγο	λίγο
έτσι κι έτσι	έτσι κι έτσι

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

<b>διαφωνώ</b>	<b>συμφωνώ</b>
πολύ	πολύ
αρκετά	αρκετά
λίγο	λίγο
έτσι κι έτσι	έτσι κι έτσι

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

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

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

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

Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				

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

<b>διαφωνώ</b>	<b>συμφωνώ</b>
πολύ	πολύ
αρκετά	αρκετά
λίγο	λίγο
έτσι κι έτσι	έτσι κι έτσι

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

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

**Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:**

Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσα τσιγάρα κάπνισες κατά μέσο όρο/ημέρα την προηγούμενη εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε αριθμό)
Πόσα τσιγάρα κάπνισες χτες; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)

<b>Σημείωσε <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:</b>	
<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 ασκώμαι\* για μένα είναι:**

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

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

**Σκοπεύω να ασκώμαι τον επόμενο μήνα:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Μπορώ να ασκώμαι τον επόμενο μήνα:**

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

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

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

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

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

**Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να ασκώμαι:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				

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

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

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

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

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σου με την **άσκηση**. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο 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/ΕΒΔΟΜΑ ΔΑ
A) <b>έντονη άσκηση</b> – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)	_____
B) <b>μέτρια άσκηση</b> –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)	_____
Γ) <b>ήπια άσκηση</b> – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική).	_____

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις... \_\_\_\_\_  
 Πόσες φορές την εβδομάδα... \_\_\_\_\_ Πόσες ώρες κάθε φορά... \_\_\_\_\_

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

<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:**

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



<b>δυσάρεστο</b>	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>ευχάριστο</b>
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**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. Τι είδους εκπαίδευση έχετε; (Σημειώνεται η τελευταία βαθμίδα εκπαίδευσης)**

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΤΕΙ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Άλλο .....

**2. Με τι ασχολείστε σήμερα;**

Εργάζεστε ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, τι; Πνευματική  Χειρωνακτική

Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε; .....

Είστε εργοδότης;  μισθωτός;  ή εργάζεστε μόνος/η σας;

Αν δεν εργάζεστε, είστε συνταξιούχος;  άνεργος ;(δεν εργάζεται και ζητάει δουλειά)

ή άεργος; (δεν έχει ούτε ζητάει δουλειά)

Αν ΟΧΙ τι άλλο;.....

**3. Οικογενειακή κατάσταση**

Παντρεμένος/η;  Διαζευγμένος/η;  Χήρος/α

**4. Ποια θεωρείτε ότι είναι η οικονομική σας κατάσταση;**

Πολύ κακή  Κακή  Μέτρια  Καλή  Πολύ καλή

---

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6:ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΝΑΜΕΤΡΗΣΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

## ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΝΑΜΕΤΡΗΣΗΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε οπωσδήποτε:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../...../ 19

(ημέρα/μήνας/έτος)

ΑΝΤΡΑΣ:

ΓΥΝΑΙΚΑ:

**Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:**

Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσα τσιγάρα κάπνισες κατά μέσο όρο/ημέρα την προηγούμενη εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε αριθμό)
Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)

**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').

ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ

A) **έντονη άσκηση** – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)

| \_\_\_\_\_ |

B) **μέτρια άσκηση** –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)

| \_\_\_\_\_ |

Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική).

| \_\_\_\_\_ |

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

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

<b>Σημείωσε <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:</b>
<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

\* 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, μπύρα, λικέρ);**

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

<b>Σημείωσε <input checked="" type="checkbox"/> τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:</b>
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ* και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στον επόμενο μήνα
<input type="checkbox"/> Καταναλώνω αλκοόλ, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω
<input type="checkbox"/> 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 περισσότερο των 5 ποτηριών την εβδομάδα ή 1 ποτηριού κάθε μέρα

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!**