

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ:
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ
ΘΕΩΡΙΕΣ**

της
Ιωάννας Κουλουμέντα

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκκλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού

Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και
του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση

«Μεγιστοποίηση της αθλητικής απόδοσης – επίδοσης»

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Ελένη Ζέτου, Επίκουρος Καθηγήτρια

2^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Θεοδωράκης Ιωάννης, Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Αυγερινός Ανδρέας, Λέκτορας

Κομοτηνή, 2008



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

Αριθ. Εισ.: 7224/1

Ημερ. Εισ.: 29/07/2009

Δωρεά:

Ταξιθετικός Κωδικός: Δ

613.704 3

ΚΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000092847

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιωάννα Κουλουμέντα: Κάπνισμα και αθλητική απόδοση παιδιών γυμνασίου:
επίδραση των γονέων μέσα από κοινωνικό – γνωστικές θεωρίες.
(Υπό την επίβλεψη της κας Ελένης Ζέτου, Επίκουρης Καθηγήτριας)

Το κάπνισμα είναι μία συνήθεια, που ξαφνιάζει και αναστατώνει τον ανθρώπινο οργανισμό, τον δυσκολεύει και τον καταπονεί μέχρι να την υιοθετήσει, διότι είναι ξένη προς τις φυσιολογικές και βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει τη συμπεριφορά μαθητών ως προς το κάπνισμα Α' Γυμνασίου μέσα από τις Κοινωνικό Γνωστικές Θεωρίες, τη σχέση της με την άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο και την επίδραση των γονέων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν μαθητές της Α' γυμνασίου (N=413) και οι γονείς (κηδεμόνες) τους (N=270). Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτο-περιγραφής τα οποία συμπληρώθηκαν από τα παιδιά και τους κηδεμόνες τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρόθεση για κάπνισμα προβλέπονταν από τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, την αυτοταυτότητα, τον πειραματισμό των παιδιών με το κάπνισμα και τις στάσεις των γονέων των παιδιών προς το κάπνισμα. Τα αγόρια αντιλαμβάνονταν ότι ήταν περισσότερο ενημερωμένα από τα κορίτσια ($t_{389}=2.83, p \leq 0.05$) και περισσότερο φυσικά δραστήρια κατά τον ελεύθερο χρόνο ($t_{167}=2.23, p < .05$). Από τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα, λίγα είχαν πειραματιστεί με το κάπνισμα (13.8%), αντίθετα τους περισσότερους γονείς (81%). Η χρήση των κοινωνικογνωστικών θεωριών μπορεί να ανιχνεύσει τους παράγοντες, ατομικούς και σε σχέση με τους γονείς, που σχετίζονται και πιθανά προβλέπουν το κάπνισμα των παιδιών.

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, έφηβοι, παιδιά, φυσική δραστηριότητα, υγεία

ABSTRACT

Ioanna Kouloumenta.: Smoking and recordings of exercise at free time of children of high school: effects of parents through social – cognitive theories.
(Under the supervision of Mrs Eleni Zetou Assistant Professor)

Smoking is a habit that surprises and upsets the human organism, also complicates and strains him until he adopts it, because it is foreign to physiologic and biological operations of the organism. The aim of this study was to examine the behaviour of smoking in students of first grade of high school, through the Social Cognitive Theories, the relation with the exercise at free time and the effects of parents. The sample consisted of students (N=413) and their parents (N=270). Questionnaires of self – description were used and completed from the children and their parents. The results showed that the intention for smoking was forecasted by the attitudes of children to the smoking, self -identity, the experimentation of children with the smoking and the attitudes of parents of children to the smoking. The boys conceived that they were more informed than girls ($t_{389}=2.83$, $p\leq 0.05$) and more physically active at free time ($t_{167}=2.23$, $p<.05$). From the children that participated in the research, few had experimented with the smoking (13.8%), on the contrary of most parents (81%). The use of social cognitive theories can detect the factors, individual and concerning their parents, that relate and probably forecast the smoking of children.

Key words: smoking, adolescents, children, physical activity, health

Αφιερώνεται,

στους γονείς μου, για την αμέριστη βοήθεια που μου έδωσαν.

Ευχαριστώ θερμά

την επιβλέπουσα κ. Ελένη Ζέτου, Επίκουρη Καθηγήτρια του ΤΕΦΑΑ του Δ.Π.Θ. που με την καθοδήγηση και συνεργασία της ολοκληρώθηκε η εργασία αυτή καθώς και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής τον κ. Θεοδωράκη Ιωάννη, Καθηγητή και τον κ. Αυγερινό Ανδρέα, Λέκτορα για τη βοήθεια τους στα διάφορα στάδια της εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης,

την Ευδοξία Κοσμίδου, Διδάκτορα του ΠΘ, οι γνώσεις και η βοήθεια της οποίας ήταν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της διατριβής.

και

τον Γιώργο Γιάτση, Διδάκτορα του ΤΕΦΑΑ του ΑΠΘ και προπονητή πετοσφαίρισης παραλίας, γιατί αυτός με παρακίνησε να ξεκινήσω αυτή τη διαδικασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	iv
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	x
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Ερευνητικές – μηδενικές υποθέσεις.....	5
Περιορισμοί – οριοθετήσεις.....	6
Λειτουργικοί Ορισμοί.....	7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	8
Ανασκόπηση θεωριών.....	9
Κοινωνική – γνωστική θεωρία.....	9
Μοντέλο αλλαγής σταδίων.....	11
Θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς.....	14
Επίδραση γονέων και φίλων στις συμπεριφορές υγείας εφήβων.....	26
Φυσική δραστηριότητα.....	33
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	36
Δείγμα.....	36
Όργανα μέτρησης.....	36
Ανάγκη για γνωστική επεξεργασία.....	37
Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.....	37
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	41
Στατιστική ανάλυση.....	42
Σύνοψη.....	43

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	44
Αξιοπιστία κλιμάκων παιδιών.....	44
Αξιολόγηση συμπεριφοράς καπνίσματος παιδιών.....	46
Αξιολόγηση φυσικής δραστηριότητας παιδιών.....	48
Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης ερωτηματολογίου ανάγκη για γνωστική επεξεργασία.....	49
Συσχετίσεις.....	50
Αξιοπιστία κλιμάκων γονέων.....	51
Συμπεριφορά καπνίσματος γονέων.....	54
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	54
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	60
Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	61
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	76

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δείκτες εσωτερικής συνοχής κλιμάκων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις.....	44
Πίνακας 2. Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στις ερωτήσεις καταγραφής συμπεριφοράς καπνίσματος.....	45
Πίνακας 3. Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.....	48
Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων.....	49
Πίνακας 5. Συσχετίσεις γνώσεων και κλιμάκων Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.....	50
Πίνακας 6. Δείκτες εσωτερικής συνοχής κλιμάκων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις.....	50
Πίνακας 7. Ποσοστά απαντήσεων των γονέων στις ερωτήσεις καταγραφής συμπεριφοράς καπνίσματος.....	51

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στις ερωτήσεις «Έχεις Καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα» και «Καπνίζεις περισσότερο από 10 τσιγάρα καθημερινά».....	45
Σχήμα 2. Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στην ερώτηση «Πόσα Τσιγάρα κάπνισες Εχθές».....	46
Σχήμα 3. Διαφορές μεταξύ μαθητών/τριων ως προς την ανάγκη για γνωστική επεξεργασία.....	47

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΘΣΣ	Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς
ΘΚΓΜ	Θεωρία Κοινωνικής Γνωστικής Μάθησης
ΜΣΑ	Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής
ΘΑΔ	Θεωρία Αιτιολογημένης Δράσης
ΣΔΑ	Συνολικός Δείκτης Άσκησης

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

“Οι Έλληνες τα πρώτα φουγάρα της Ευρώπης” ήταν ο τίτλος της εφημερίδας «Ελευθεροτυπία» στις 30/09/2002. Τα αντικαπνιστικά μέτρα έρχονται με στόχο την καταπολέμηση της βλαβερής αυτής συνήθειας που μαστίζει τη χώρα μας, καθώς ερχόμαστε πρώτοι στο κάπνισμα στην Ευρώπη, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της EuroStat (2002). Συνολικά το 44,9% του πληθυσμού της χώρας είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της EuroStat (2002), το ποσοστό των καπνιστών στις νέες γυναίκες 15 - 24 ετών είναι 43,3% πλησιάζοντας αυτό των ανδρών της ίδιας ηλικίας που είναι 46,5%. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες φτάνει στο 82,9% στην ηλικία των 45 – 54 ετών και στο 53,2% για τις γυναίκες ηλικίας 25 – 34 ετών, ενώ τα ποσοστά αρχίζουν να μειώνονται μετά τις ηλικίες αυτές.

Το κάπνισμα είναι ίσως η πιο βλαβερή συνήθεια του σύγχρονου ανθρώπου. Οι βλαβερές επιδράσεις του στην ανθρώπινη υγεία είναι τεκμηριωμένες μέσα από έρευνες (Anokhin, et al., 2000; Keil, 2000; Lambert, Dibsall, & Frewer, 2002; Oncken, Kranzler, O' Malley, Gendreau, & Cambell, 2002;). Τα αποτελέσματα όμως των ερευνών αυτών, δε φαίνεται να πείθουν ιδιαίτερα τους καπνιστές (Slovic, 2000). Η χρήση των προϊόντων καπνού και το κάπνισμα από τους νέους παραμένει υψηλό και θεωρείται το πιο σημαντικό δημόσιο θέμα υγείας του 20^{ου} αιώνα (Tuakli, Smith, & Heaton, 1990). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 1998), το κάπνισμα προκαλεί τέσσερις φορές περισσότερους θανάτους από ότι προκαλούν τα τροχαία ατυχήματα. Επίσης, σύμφωνα με τον De Meyrick (2001), ο τυπικός έφηβος καπνιστής θα έχει ισόβια εξάρτηση, μειωμένη ποιότητα ζωής και πρόωρο θάνατο.

Η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών σε νεαρή ηλικία οδηγεί σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής μετά την ενηλικίωση. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι νέοι αρχίζουν τη χρήση ουσιών σε μικρότερες ηλικίες από ότι στο παρελθόν (Monshouwer, Smit, de Graaf, van Os, & Vollebergh, 2005; Perkonigg et al. 2006). Αυτό είναι κάτι το ανησυχητικό μιας και οι έφηβοι οι οποίοι κάνουν συχνή χρήση ουσιών είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στην κατάχρηση ή εξάρτηση, καθώς και την εγκληματικότητα στην μετέπειτα ζωή τους (Ellickson, Tucker, & Klein, 2003; Riala, Hakko, Isohanni, Jarvelin, & Rasanen, 2004). Η εφηβεία είναι η ηλικία που τα παιδιά δοκιμάζουν, εκθέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Μια περίοδος υψηλού κινδύνου για

την έναρξη του καπνίσματος, του ποτού και της χρήσης απαγορευμένων ουσιών. Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά χρήσης ουσιών από τους εφήβους εμφανίζονται φανερά αυξημένα στις βιομηχανικές χώρες (Bachman, Johnson, & O'Malley, 1998; Beck, Legleye, & Spilka, 2004; Choquet, et al., 2004;).

Η χρήση του τσιγάρου αρχίζει κατά την εφηβεία, μια περίοδο κατά την οποία το άτομο αναζητά μια ταυτότητα, ιδιαίτερα σε σχέση με τους άλλους (Lutte, 1988; Stein, Newcomb, & Bentler, 1996). Η εφηβική ηλικία και συγκεκριμένα η μετάβαση από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση στη δευτεροβάθμια, είναι πολύ κρίσιμη για την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας, όπως του καπνίσματος. Οι Koumi και Tsiantis (2001) συγκεκριμενοποιούν ακόμη περισσότερο το κρίσιμο σημείο και το οριοθετούν στη μετάβαση από την Α' στη Β' γυμνασίου. Σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά είναι ευαίσθητα, καθώς το σχολικό περιβάλλον πιθανά να δηλώνει ότι το κάπνισμα είναι μια συμπεριφορά προσδοκώμενη από αυτά. Η εικόνα που ανταποκρίνεται στην προσωπικότητα τους, η εικόνα που αποδίδει στους άλλους και η αποδοχή από τους άλλους, είναι τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της περιόδου (Aloise-Young & Hennigan, 1996). Όσον αφορά το κάπνισμα και τις σοβαρές επιπτώσεις που έχει για την υγεία, φαίνεται να έχει δευτερεύουσα σημασία σ' αυτήν την ηλικία (Leventhal & Cleary, 1980), εφόσον η κοινωνική εικόνα είναι σημαντικότερη για τους έφηβους απ' ότι για τους ενήλικες (Barton, Chassin, Presson, & Sherman, 1982).

Καθώς τα άτομα προχωρούν προς το τέλος της εφηβείας, η επιθυμία τους να διαμορφώσουν τη συμπεριφορά καπνίσματος των φίλων τους μπορεί να υποχωρήσει δεδομένου ότι αναπτύσσουν μια πιο ανεξάρτητη ταυτότητα και αυτοεκτίμηση (Berndt, 1979). Συγκεκριμένα, οι έφηβοι μπορεί να αρχίσουν να εκφράζουν περισσότερη ανεξαρτησία από τους φίλους τους αναπτύσσοντας τις ιδέες τους σχετικά με το ποιες συμπεριφορές θα ακολουθήσουν. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα μπορεί να αρχίσουν να βλέπουν τον εαυτό τους σαν ενήλικες. Επομένως, μπορούν να έχουν ένα ισχυρότερο κίνητρο για να θελήσουν να διαμορφώσουν την συμπεριφορά των γονέων τους σε αντιδιαστολή με τη συμπεριφορά των φίλων τους.

Ανάλογες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και σε ελληνικό πληθυσμό και τα αποτελέσματά τους δεν διαφοροποιούνται από αυτά των διεθνών ερευνών. Οι Theodorakis, Natsis, Papaioannou και Goudas (2003) πραγματοποίησαν διαχρονική έρευνα, σε μαθητές ηλικίας 11-16 χρονών. Για το κάπνισμα τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια των χρόνων της δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης αυξάνεται η πρόθεση για κάπνισμα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η συμπεριφορά του καπνίσματος.

Με βάση τις κυρίαρχες κοινωνικογνωστικές θεωρίες στον χώρο μπορούν να προκύψουν αλλαγές στάσεων και συμπεριφορών ως προς τις ανθυγιεινές συμπεριφορές του καπνίσματος, του αλκοόλ και της έλλειψης φυσικής δραστηριότητας. Οι θεωρίες αυτές είναι: η Κοινωνική Γνωστική Θεωρία (Social Cognitive Theory), το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model), και η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior).

Σύμφωνα με την θεωρία της Κοινωνικής Γνωστικής Μάθησης (ΘΚΓΜ) (Bandura, 1986; Butler, 2002) τα άτομα που επιθυμούν να διακόψουν μια ανθυγιεινή συνήθεια μπορούν να στραφούν σε αλλαγές που αφορούν στο περιβάλλον, σε προσδοκίες, σε πρότυπα και σε ατομικές δεσμεύσεις. Η βασική αρχή της (Bandura, 1986; 1977) είναι ότι οι νέες συμπεριφορές μπορούν να μαθευτούν. Στα πλαίσια της θεωρίας αυτής γονείς, «στενοί» φίλοι και μεγαλύτερα αδέρφια μπορούν να επηρεάσουν τα παιδιά στο κάπνισμα, έχοντας το ρόλο του μοντέλου. Η επίδρασή τους μπορεί να είναι άλλοτε θετική και άλλοτε αρνητική. Συγκεκριμένα η έκθεση στις συνήθειες των γονέων σχετικά με το κάπνισμα, μπορεί να οδηγήσει τους έφηβους στην ανάπτυξη του αισθήματος ότι το κάπνισμα είναι μια συνήθεια των ενηλίκων (Bandura, 1986). Έχει βρεθεί ότι η θέση τόσο της μητέρας όσο και του πατέρα είναι δυνατοί παράγοντες πρόβλεψης, όχι μόνο της έναρξης του καπνίσματος από τα παιδιά, αλλά και της μετάβασης από τον πειραματισμό στη μηνιαία χρήση και στην καθημερινή χρήση (Darling & Cumsille, 2003; Otten, Engels, Van de Ven & Bricker, 2007).

Σύμφωνα με το Μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (ΜΣΑ) η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια δυναμική διαδικασία που συμβαίνει περνώντας από έξι διαφορετικά ενδιάμεσα στάδια και όχι ένα φαινόμενο υιοθέτησης ή όχι μιας συμπεριφοράς (DiClemente et al., 1991).

Σύμφωνα με τη Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης (ΘΑΔ) η πρόθεση της συμπεριφοράς του ατόμου είναι η αιτία της δράσης όπου στην πρόθεση συμβάλλουν οι στάσεις (ο προσωπικός παράγοντας απέναντι στην συμπεριφορά) και το κοινωνικό πρότυπο (κοινωνική πίεση που σχετίζεται με την εκτέλεση της συμπεριφοράς, αν οι σημαντικοί άλλοι θα εγκρίνουν ή θα αποδοκιμάσουν την εκτέλεση της συμπεριφοράς) (Ajzen & Madden, 1986; Humphreys, Thompson, & Miner, 1998).

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ) (Ajzen & Fishbein, 1975) αποτελεί την εξέλιξη της θεωρίας της αιτιολογημένης δράσης (Ajzen, 1991). Προσθέτοντας στους παράγοντες της Αιτιολογημένης Δράσης το παράγοντα του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς (έλεγχος πάνω στην επιθυμητή συμπεριφορά). Η ΘΣΣ είναι αυτή που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο για την κατανόηση αλλά και την πρόβλεψη των συμπεριφορών υγείας.

Εκτός από τη μελέτη της συμπεριφοράς του καπνίσματος οι ερευνητές ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης άσκησης και καπνίσματος. Η αρνητική σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος παρατηρήθηκε τόσο σε δείγμα νεαρών ατόμων όσο και σε δείγματα ενηλίκων (Marti, Abelin, Minder, & Vader, 1988; Marti, Salonen, Tuomilehto, & Pulska, 1988; Salonen, Slater, Tuomilehto, & Raurama, 1988; Tuomilehto, Marti, Salonen, Virtala, Lahti, & Puska, 1987), συμπεραίνοντας, ότι όσο περισσότερο τα άτομα ασκούνταν τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Η άσκηση βοήθησε ενήλικα άτομα να ελαττώσουν το κάπνισμα ή ακόμη και να το διακόψουν τελείως (Godin, 1989). Υπάρχουν και οι έρευνες με αποτελέσματα αντίθετα προς αυτά που προαναφέρθηκαν, όπως μία έρευνα στο Puerto Rico (Garcia-Palmieri, Costas, Cruz-Vidal, Sorlie, & Havlik, 1982), η οποία έδειξε ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ της άσκησης των ατόμων στον ελεύθερο χρόνο και του καπνίσματος. Συνοπτικά οι ανασκοπήσεις των Ussher, Taylor, West, και McEwen (2000) και των Ussher, West, Taylor, και McEwen (2005) οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την επίδραση της άσκησης στη διακοπή ή ελάττωση του καπνίσματος, αν και οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στην ευεργετική επίδραση της άσκησης στον περιορισμό του καπνίσματος. Αν και αρκετοί ασκούμενοι καπνίζουν διαπιστώθηκε ωστόσο ότι όσο ανεβαίνει το ποσοστό άσκησης και το επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης, τόσο μειώνεται η κατανάλωση του τσιγάρου (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005). Βέβαια η άσκηση δεν ενδείκνυται ως μέσο μείωσης του εθισμού, αλλά ως εναλλακτική τεχνική απασχόλησης, ή απόσπασης της προσοχής από τις τυπικές συνήθειες των καπνιστών, ως διαδικασία συναισθηματικής κάλυψης με τη βοήθεια μιας ευχάριστης ενασχόλησης και γενικότερα ως διαδικασία που εισάγει στον υγιεινό τρόπο ζωής (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005).

Συνοπτικά, οι γονείς είναι σημαντικοί παράγοντες επίδρασης στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος από τα παιδιά, ενώ οι συμπεριφορές του καπνίσματος και της άσκησης είναι δύο αντιφατικές συμπεριφορές υγείας, οι οποίες

δεν έχουν διερευνηθεί ταυτόχρονα μέσα από κοινωνικό - γνωστικές θεωρίες σε παιδιά.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε μαθητές/τριες Α' Γυμνασίου μέσα από τη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά του καπνίσματος θα συσχετιστεί με την άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο και θα διερευνηθεί την επίδραση των στάσεων των γονέων προς το κάπνισμα, το Στάδιο Αλλαγής των γονέων αλλά και τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

α) Η πρόθεση για κάπνισμα των παιδιών θα προβλέπεται από τις στάσεις των παιδιών για κάπνισμα.

β) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

γ) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από το κοινωνικό πρότυπο.

δ) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από την αυτό-ταυτότητα.

ε) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα.

στ) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από τις στάσεις προς το κάπνισμα των γονέων.

ζ) Η πρόθεση για κάπνισμα θα προβλέπεται από τη συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων.

η) Οι στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα θα σχετίζονται με τις στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα.

θ) Οι στάσεις προς το κάπνισμα των παιδιών θα προβλέπονται από τις στάσεις των γονέων, από την πληροφόρηση των παιδιών και την πληροφόρηση των γονέων.

ι) Τα παιδιά με υψηλότερο επίπεδο κινητικής δραστηριότητας θα έχουν αρνητικότερες στάσεις προς το κάπνισμα από τα παιδιά με χαμηλότερο δείκτη κινητικής δραστηριότητας.

κ) Τα παιδιά με υψηλότερο επίπεδο κινητικής δραστηριότητας θα έχουν μικρότερη πρόθεση να καπνίσουν από τα παιδιά με χαμηλότερο επίπεδο κινητικής δραστηριότητας.

Μηδενικές υποθέσεις:

α) Οι στάσεις των παιδιών για κάπνισμα δεν θα προβλέπουν την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

β) Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος δεν θα προβλέπεται από την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

γ) Το κοινωνικό πρότυπο δεν θα προβλέπεται από την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

δ) Η πληροφόρηση δεν θα προβλέπεται από την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

ε) Οι στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα δεν θα προβλέπεται από την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

στ) Η συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων δεν θα προβλέπει την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν.

ζ) Δεν θα υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων προς το κάπνισμα των παιδιών και των γονέων.

η) Οι στάσεις προς το κάπνισμα των παιδιών δεν θα προβλέπονται από τις στάσεις των, από την πληροφόρηση των παιδιών και την πληροφόρηση των γονέων.

θ) Δεν θα υπάρχει διαφοροποίηση στις στάσεις μεταξύ των παιδιών με υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και των παιδιών με χαμηλότερο δείκτη φυσικής δραστηριότητας.

ι) Τα παιδιά με υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας δεν θα έχουν διαφορετική πρόθεση να καπνίσουν από τα παιδιά με χαμηλότερο επίπεδο κινητικής δραστηριότητας.

Περιορισμοί

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Ένας από αυτούς είναι η περιοχή από την οποία επιλέχθηκε το δείγμα, (αστική περιοχή). Ωστόσο από την έρευνα των Francis, Katsani, Sotiropoulou, Roussos και Roussos, (2007) φαίνεται ότι στην Ελλάδα οι έφηβοι των αστικών περιοχών και συγκεκριμένα των μεγαλουπόλεων κάπνιζαν περισσότερο συγκριτικά με τα παιδιά των ημι - αστικών και των αγροτικών, κατά επέκταση αποτελούν κατάλληλο δείγμα για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας.

Ένας δεύτερος περιορισμός είναι ότι η αξιολόγηση θα πραγματοποιηθεί μόνο με γραπτά ανώνυμα ερωτηματολόγια.

Οριοθετήσεις

Η παρούσα διατριβή θα υπόκειται σε κάποιες οριοθετήσεις. Συγκεκριμένα δεν θα είναι δυνατόν να γενικευθούν τα αποτελέσματά της σε όλο τον πληθυσμό αυτής της ηλικίας καθώς θα συμμετάσχουν μόνο έφηβοι αστικών κέντρων. Συγκεκριμένα μαθητές, μαθήτριες Α' Γυμνασίου που φοιτούσαν σε ιδιωτικά σχολεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και οι γονείς (κηδεμόνες) τους. Επίσης τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας δεν θα μπορούν να γενικευθούν για όλες τις ηλικίες, καθώς θα συμμετάσχουν μόνο παιδιά συγκεκριμένης ηλικίας, 13 ετών.

Λειτουργικοί Ορισμοί

1. *Στάσεις προς το κάπνισμα*: είναι η προδιάθεση για ευνοϊκή ή μη ευνοϊκή αντίδραση προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος (Ajzen & Fishbein, 1980).

2. *Αντιλαμβανόμενος έλεγχος*: είναι το πόσο εύκολο ή δύσκολο θεωρεί το άτομο ότι είναι να ακολουθήσει μια συμπεριφορά (Ajzen & Madden, 1986).

3. *Κοινωνικό πρότυπο* (υποκειμενική νόρμα): είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τις κοινωνικές πιέσεις για την εκτέλεση ή όχι μιας συμπεριφοράς. Αν δηλαδή οι άλλοι περιμένουν από τον ίδιο να ακολουθήσει ή όχι τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Tesser & Shaffer, 1990).

4. *Αντιλαμβανόμενος έλεγχος*: είναι πόσο ικανό πιστεύει προσωπικά ότι είναι το κάθε άτομο ώστε να ακολουθήσει την καινούργια συμπεριφορά.

5. *Αυτό-ταυτότητα*: είναι όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που πιστεύει ένα άτομο ότι πρέπει να έχει, ως συνέπεια της ταυτότητάς του και των ρόλων που κατέχει (Moan & Rise, 2006).

5. *Προσωπική εμπλοκή*: πόσο ένα άτομο πιστεύει ότι ένα θέμα τον αφορά ή δεν τον αφορά (Tesser & Shaffer, 1990).

6. *Συνήθεια του καπνίσματος*: είναι κατά πόσο η ενέργεια του καπνίσματος πραγματοποιείται ως αυτόματες απαντήσεις σε συγκεκριμένα ερεθίσματα.



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τι ακριβώς γίνεται μέσα μας όταν ανάβουμε ένα τσιγάρο; Η νικοτίνη, είναι μία ελαιώδης χημική ένωση που περιέχει άζωτο και είναι υπεύθυνη για τον εθισμό. Κάθε φορά που ανάβουμε ένα τσιγάρο και στη συνέχεια το σβήνουμε, ο μηχανισμός που τίθεται σε λειτουργία αμέσως μετά είναι ο εξής: η νικοτίνη που εισπνεύστηκε μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φτάνει παντού συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο φτάνει μέσα σε 8 έως 18 δευτερόλεπτα. Εκεί διεγείρει τους νευρώνες και αυτομάτως στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή: δίνεται η εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη, "ειδοποιείται" η καρδιά να αρχίσει να χτυπά πιο γρήγορα, τα αγγεία συσπώνται, απελευθερώνεται γλυκόζη κ.λπ. Η νικοτίνη σε μικρή ποσότητα διεγείρει, ενώ σε μεγάλη ναρκώνει και προκαλεί το θάνατο. Η περιεκτικότητα της στο αίμα πέφτει κατά 50% μισή ώρα μετά από ένα τσιγάρο και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας. Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν διαρκεί επίσης περίπου μισή ώρα. Από τη στιγμή που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της, γι' αυτό οι περισσότεροι καπνίζουν περίπου ένα πακέτο την ημέρα - δύο τσιγάρα την ώρα. Στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη σωρεύεται στον οργανισμό και "αρκεί" ακόμα και για τις ώρες του ύπνου (Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος & Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία, 2002).

Καθώς, τα επίπεδα της νικοτίνης μειώνονται πολύ στη διάρκεια της νύχτας, το πρωινό τσιγάρο προκαλεί πάντα μία έντονη ευχαρίστηση - γεγονός που αποδίδεται στο ότι η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση της ντοπαμίνης, μίας ουσίας που μοιάζει με ορμόνη, αλλά είναι νευροδιαβιβαστής. Τα επόμενα τσιγάρα ανάβονται μηχανικά, γιατί δεν προκαλούν το ίδιο αίσθημα ευχαρίστησης. Ο οργανισμός μένει σχετικά αδιάφορος, επειδή τα επίπεδα της νικοτίνης δεν προλαβαίνουν να πέσουν στο μηδέν, και έτσι οι νευρώνες δεν διεγείρονται όσο με το πρώτο τσιγάρο. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου, η νικοτίνη διεγείρει τα εγκεφαλικά κύτταρα, ώστε να δημιουργούν νέους νευρώνες για την υποδοχή της, με αποτέλεσμα, όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο, τόσο περισσότερα τσιγάρα να ζητά. Οι νέοι νευρώνες "απαιτούν" τη δική τους "δόση" και το αίσθημα "κορεσμού" των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη ικανοποιείται πλέον με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων. Σύμφωνα με τη σχολή Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Χιούστον, αυτοί οι επιπλέον νευρώνες που κάνουν τον άνθρωπο να αποζητά όλο και περισσότερη νικοτίνη αρχίζουν να

ατροφούν και να εξαφανίζονται περίπου ενάμισι μήνα μετά το κόψιμο του τσιγάρου. Η ανάμνηση, όμως, της ευχαρίστησης που έφερνε κάποτε η νικοτίνη, - προκαλώντας έκκριση ντοπαμίνης - διαρκεί, και έτσι ο πρώην καπνιστής μπορεί ανά πάσα στιγμή να ξαναρχίσει το κάπνισμα (Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος & Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία, 2002).

Ένα άλλο συστατικό είναι το μονοξειδίο του άνθρακα. Πρόκειται για την ίδια δηλητηριώδη ουσία που εκπέμπεται από τα καυσαέρια των αυτοκινήτων. Ενώ η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, το μονοξειδίο του άνθρακα της στερεί το επιπλέον οξυγόνο που της χρειάζεται. Η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη και η θερμοκρασία του σώματος πέφτει κατά ένα - δύο δέκατα. Αυτή η λειτουργία γίνεται αιτία για πολλές καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις (Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος & Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία, 2002).

Ανάμεσα στις 4.000 ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, η πίσσα είναι από τις πλέον βλαβερές. Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους τους στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων κ.λπ (Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος & Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία, 2002).

Ανασκόπηση θεωριών

Η αύξηση των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος σε άτομα όλων των ηλικιών οδήγησε τους ερευνητές στην αναζήτηση των αιτιών. Μια προσέγγιση είναι η χρήση θεωριών της επιστήμης της ψυχολογίας μέσα από τις οποίες διερευνώνται οι αιτίες για την υιοθέτηση των συμπεριφορών υγείας (υγιεινές, ανθυγιεινές) και οι παράγοντες που επιδρούν στην υιοθέτηση αυτή. Οι κυριότερες θεωρίες που χρησιμοποιούνται και έχουν συμπεριληφθεί και στην παρούσα έρευνα είναι η κοινωνική – γνωστική θεωρία, το μοντέλο αλλαγής σταδίων και η θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς.

Η κοινωνική – γνωστική θεωρία

Η θεωρία βασίζεται στη θεωρία κοινωνικής γνωστικής μάθησης του Bandura (1977). Μέσα από την συγκεκριμένη θεωρία προσεγγίζεται η ερμηνεία των συμπεριφορών υγείας μέσα από την συνεχή αλληλεπίδραση προσωπικών και περιβαλλοντικών

παραγόντων και των συμπεριφορών των ίδιων των ατόμων (Bandura, 1986). Τα άτομα δεν αντιδρούν απλά στο περιβάλλον με τρόπο παθητικό, αλλά το διαμορφώνουν κιόλας με την ικανότητα τους να αντιδρούν και να αυτορυθμίζονται (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006). Συμπεριφορές όπως το κάπνισμα μαθαίνονται μέσω παρατηρήσεις του μοντέλου, μίμησης και ενίσχυσης. Το μοντέλο πρέπει πρώτα να εγείρει την προσοχή και την ικανότητα αντίληψης του μαθητευόμενου, ακολουθεί ο πειραματισμός και σε επιτυχημένη προσπάθεια επέρχεται η ενίσχυση. Η αναπαραγωγή της συμπεριφοράς εξαρτάται από την ταύτιση του ατόμου με το μοντέλο, την επιτυχία του μοντέλου λόγω της συμπεριφοράς και από τις προσδοκίες του ατόμου. Κεντρική έννοια σε αυτή την θεωρία είναι η αυτό - αποτελεσματικότητα σε μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, η οποία μπορεί να ενισχυθεί βάζοντας προσωπικούς στόχους, παρακολουθώντας άλλους που διακόπτουν και χρησιμοποιώντας τεχνικές πειθούς και χαλάρωσης. Πέρα από γνώσεις και στάσεις η θεωρία βασίζεται σε κοινωνικές ικανότητες, στην συμπεριφορά κοινωνικών ομάδων και στην αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Είναι απαραίτητη επίσης και η εφαρμογή στρατηγικών όπως ο αυτοέλεγχος και η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης. Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να τα καταφέρουν, τόσο πιο πολύ συμμετέχουν σε προγράμματα αντιμετώπισης ανθυγιεινών συμπεριφορών. Οι παράγοντες που επιδρούν για την αλλαγή μιας συμπεριφοράς καθώς και για την διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών είναι: η αλλαγή περιβάλλοντος, η αναθεώρηση προσδοκιών του ατόμου, η προβολή προσδοκιών, ο αυτοέλεγχος, η μάθηση μέσα από την παρακολούθηση, η ενίσχυση, η δέσμευση και η αυτό - παρακολούθηση. (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006). Κατά τους Martin και Mc Caughtry (2008) παράγοντες της κοινωνικό - γνωστικής θεωρίας που πρέπει να περιλαμβάνονται σε έρευνες που βασίζονται στη συγκεκριμένη θεωρία είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα, τα εμπόδια της αυτό-αποτελεσματικότητας, η κοινωνική υποστήριξη, η διασκέδαση, η ευκαιρίες για εφαρμογή της εξεταζόμενης συμπεριφοράς.

Η κύρια πρόταση της Κοινωνικό Γνωστικής Θεωρίας (Bandura, 1986, 1977), είναι ότι οι νέες συμπεριφορές μπορούν να μαθευτούν μέσω της άμεσης διαμόρφωσης από άλλους. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι το κάπνισμα του πατέρα και της μητέρας είναι ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης της έναρξης του καπνίσματος των παιδιών (Bailey, Ennett, & Ringwalt, 1993; Bauman, Fisher, & Koch, 1989; Chassin, Presson, Todd, Rose, & Sherman, 1998; for reviews: Darling & Cumsille, 2003). Επιπλέον, παρόμοιες

μελέτες έχουν δείξει ότι οι αρχικές φάσεις έναρξης του καπνίσματος είναι περισσότερο επηρεασμένες από το κοινό περιβάλλον (πχ. αντιγραφή) παρά από τους παράγοντες κληρονομικότητας (Bussell, Neiderhiser, Pike, Plomin, Simmens, Howe, Hetherington, Carroll, Reiss, 1999; Rende, Slomkowski, McCaffery, Lloyd-Richardson, & Niaura, 2005).

Το μοντέλο αλλαγής σταδίων

Το συγκεκριμένο μοντέλο προτάθηκε και χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τους Prochaska και DiClemente (1984) και βασίστηκε σε άλλες ψυχολογικές θεωρίες, όπως την κοινωνική - γνωστική και τη θεωρία μάθησης του Skinner (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006). Το μοντέλο αυτό ασχολείται με τις υγιεινές και τις ανθυγιεινές συμπεριφορές. Μελετά τη μετάβαση από μια ανθυγιεινή συμπεριφορά στην αντίστοιχη υγιεινή μέσα από συγκεκριμένα στάδια, τα στάδια αλλαγής. Εστιάζεται στη διαδικασία αλλαγής και όχι τόσο στους παράγοντες που επιδρούν σε αυτήν την αλλαγή. Η υιοθέτηση της υγιεινής συμπεριφοράς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί από τη μια στιγμή στην άλλη, αλλά το άτομο πρέπει να περάσει μέσα από συγκεκριμένα στάδια. Άρα στο μοντέλο αυτό περιλαμβάνει δύο χαρακτηριστικά: τα στάδια αλλαγής και τις διαδικασίες αλλαγής.

Οι Prochaska και DiClemente (1983) υποστηρίζουν ότι πέντε είναι τα στάδια από τα οποία πρέπει να περάσει κάποιος που αποφασίζει να αλλάξει ή να διακόψει μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα στάδια σχετίζονται με την εσωτερική παρακίνηση του κάθε ατόμου και είναι το προσχέδιο, το σχέδιο, η προετοιμασία, η δράση, η διατήρηση και η λήξη. Στο πρώτο στάδιο του προσυλλογισμού το άτομο δεν στοχεύει να αλλάξει την προβληματική συμπεριφορά μέσα στους επόμενους έξι μήνες, λόγω έλλειψης της αναγκαιότητας για αλλαγή της συμπεριφοράς. Στο δεύτερο στάδιο αρχίζει η σκέψη για την διακοπή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (κάπνισμα, αλκοόλ), μέσα στους επόμενους έξι μήνες, λόγω αρνητικών πληροφοριών, που δέχεται, όσον αφορά την υγεία. Σε αυτό το στάδιο κατανοεί τα πλεονεκτήματα από την αποχή και την αξία της υγείας, όμως εδώ τα άτομα μπορεί να παραμείνουν για αρκετό διάστημα μόνο με την σκέψη. Το τρίτο στάδιο της προετοιμασίας υφίσταται όταν υπάρχει πρόθεση για αλλαγή μέσα σε έναν μήνα υιοθετώντας την ιδέα της απομάκρυνσης από τις αρνητικές συμπεριφορές, και σε αυτό βοηθούν δραστηριότητες που αυξάνουν την αυτοπεποίθηση, καθώς και η καταγραφή των θετικών και αρνητικών των συμπεριφορών. Στο τέταρτο στάδιο της δράσης

πραγματοποιείται αλλαγή της συμπεριφοράς για τουλάχιστον έξι μήνες, αλλά όχι μονιμότητά της. Εδώ μπορούν να υιοθετηθούν συνήθειες που βοηθούν στην διακοπή των αρνητικών συμπεριφορών. Το πέμπτο στάδιο επέρχεται όταν η αλλαγή συμπεριφοράς διατηρείται περισσότερο από έξι μήνες και η αποχή από τις αρνητικές συνήθειες μόνιμη. Εδώ γίνεται συνεχής αξιολόγηση των στόχων και ενασχόληση με ποικιλία δραστηριοτήτων (Θεοδωράκης κ.α., 2005). Για τον περισσότερο κόσμο η διαδικασία αλλαγής μπορεί να γίνει με πολλούς υποτροπιασμούς (παλινδρομήσεις) σε προηγούμενα στάδια πριν διατηρήσουν την σταθερή συμπεριφορά της αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1983).

Οι διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν δέκα στρατηγικές για την «μετακίνηση» μεταξύ των σταδίων αλλαγής και οι διαδικασίες αυτές χαρακτηρίζονται από εμπειρίες, σκέψεις και συμπεριφορές που υιοθετούν τα άτομα κατά την τροποποίηση της συμπεριφοράς (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Το μοντέλο γενικότερα συστήνει στους ερευνητές να επικεντρώνονται στα ατομικά στάδια αλλαγής και η εκπαίδευση να αναπτυχθεί πάνω στα στάδια αυτά ώστε να υπάρχει πιο αποτελεσματική προσέγγιση των ατόμων ικανοποιώντας τα άτομα σύμφωνα με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του κάθε σταδίου. Γενικά το μοντέλο δείχνει πως θα περιγράψουμε μια συμπεριφορά υγείας (Humphreys, Thompson & Miner, 1998).

Η πορεία από το ένα στάδιο στο άλλο συνδέεται με διαφορές στην αυτό - αποτελεσματικότητα, το ισοζύγιο αποφάσεων (decisional balance) και τις διαδικασίες αλλαγής (Prochaska & Marcus, 1994). Η αυτό - αποτελεσματικότητα αναφέρεται στην εμπιστοσύνη του ατόμου στην ικανότητά του να ακολουθήσει την συγκεκριμένη τροποποιημένη προς το υγιεινότερο συμπεριφορά. Άτομα με υψηλή αυτό - αποτελεσματικότητα αισθάνονται σίγουρα ακόμα και όταν έρχονται αντιμέτωπα με δυσκολίες. Από την άλλη πλευρά, ισοζύγιο αποφάσεων είναι η εξισορρόπηση μεταξύ των θετικών συναισθημάτων (υπέρ) και των αρνητικών συναισθημάτων (κατά) τα οποία θα βιώσει το άτομο ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς. Η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο προϋποθέτει και αλλαγή του ισοζυγίου. Συγκεκριμένα, τα «υπέρ» αυξάνονται καθώς τα άτομα μετακινούνται από το στάδιο του «προσυλλογισμού» στο στάδιο του «συλλογισμού». Αντίθετα τα «κατά» μειώνονται προοδευτικά όταν το άτομο μετακινείται από το στάδιο της «προπαρασκευής» στο στάδιο της «διατήρησης» (Callaghan, Eves, Norman, Chang, & Lung, 2002). Θα πρέπει να τονιστεί ότι η μετάβαση σε ανώτερο στάδιο δε σημαίνει

ότι το άτομο δεν μπορεί να ολισθήσει, αντίθετα η μετακίνηση του ατόμου μπορεί να γίνει προς ανώτερο ή κατώτερο επίπεδο (στάδιο) (Prochaska & DiClemente, 1983).

Η έρευνα των Kohler, Fish και Davies (2004) χρησιμοποίησε δείγμα Αφρό - Αμερικανών (χαμηλού οικονομικού εισοδήματος) (N=211) οι οποίοι νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο, για να εξετάσει πιθανές σχέσεις μεταξύ του Μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής για τη διακοπή του καπνίσματος και άλλων χαρακτηριστικών. Υπήρξαν παράλληλες διαφορές στο ισοζύγιο αποφάσεων, στην αυτό - αποτελεσματικότητα και στα στάδια αλλαγής. Χρησιμοποιήθηκαν 3 μόνο στάδια αλλαγής: όποιος δεν σκόπευε να σταματήσει το κάπνισμα μέσα στους επόμενους μήνες ανήκε στο στάδιο του «προσυλλογισμού», όποιος σκόπευε να σταματήσει το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες αλλά όχι μέσα στις επόμενες 30 μέρες ανήκε στο στάδιο του συλλογισμού, όποιος σκόπευε να σταματήσει το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 μέρες και δεν είχε προηγούμενη απόπειρα διακοπής του καπνίσματος τον τελευταίο χρόνο επίσης εντάχθηκαν στο στάδιο του συλλογισμού. Τέλος, όποιος σκόπευε να σταματήσει το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 μέρες και είχε πραγματοποιήσει προσπάθειες τον τελευταίο χρόνο εντάχθηκε στο στάδιο της ενεργοποίησης. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι υπήρχαν παράγοντες (ισοζύγιο αποφάσεων και αυτό - αποτελεσματικότητα) που προέβλεπαν τα διαφορετικά στάδια αλλαγής. Συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του συλλογισμού διαχωρίζονταν από τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού λόγω υψηλότερων σκορ «κατά» του καπνίσματος, υψηλότερη αυτό - αποτελεσματικότητα και χαμηλότερο σκορ «υπέρ» του καπνίσματος.

Ο Ignacio και οι συνεργάτες του (2004) μέτρησαν τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε 1858 νεαρά άτομα, με $MO_{\etaλικίας}=21.6$ χρόνια (SD=2.91). Το 36.65% του δείγματος δήλωσαν καπνιστές και 82 άτομα (4.4%) ήταν πρώην καπνιστές). 14 άτομα δήλωσαν μη καπνιστές αλλά είχαν σταματήσει το κάπνισμα για διάστημα μικρότερο του έτους. Από τους καπνιστές το 44.05% βρίσκονταν στο στάδιο του προσυλλογισμού για διακοπή του καπνίσματος και το 43.31% βρίσκονταν στο στάδιο του συλλογισμού. Το 12.62% των καπνιστών δήλωσε ότι επιθυμούσε να σταματήσει το κάπνισμα μέσα τις επόμενες 30 μέρες (στάδιο προπαρασκευής).

Έρευνα των Aveyard, Lancashire, Almond και Cheng (2002) διερεύνησαν αν μπορεί να χρησιμοποιηθεί το Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων αξιόπιστα και στους εφήβους. Οι δείκτες αξιοπιστίας ήταν οριακοί. Η αξιολόγηση του καπνίσματος μέσα στις επόμενες 30 ημέρες είχε πολύ χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας. Το στάδιο του

«προσυλλογισμού» κωδικοποιούνταν πιο αξιόπιστα από τα υπόλοιπα για αυτήν την ηλικία. Οι ερευνητές δίνουν 3 πιθανές εξηγήσεις γιατί η αξιολόγηση των σταδίων σε αυτές τις ηλικίες μπορεί να είναι μη αξιόπιστες: α) οι έφηβοι μπορεί να μετακινούνται γρήγορα από στάδιο σε στάδιο, β) ο τρόπος αξιολόγησης που χρησιμοποίησαν (με αλγόριθμους) ίσως να μην είναι ο πλέον κατάλληλος, και γ) ίσως τα Στάδια να μην είναι ορθολογιστικός τρόπος καταγραφής της πορείας ενός καπνιστή σε αυτήν την ηλικία.

Η θεωρία αιτιολογημένης δράσης- η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τη ΘΑΔ ο παράγοντας που άμεσα προβλέπει τη συμπεριφορά είναι η πρόθεση για συμπεριφορά. Για να προβλέπει η πρόθεση τη συμπεριφορά υπάρχουν δυο προϋποθέσεις:

- τόσο η πρόθεση όσο και η συμπεριφορά πρέπει να αξιολογούνται στο ίδιο επίπεδο, το οποίο να είναι συγκεκριμένο, και
- πρέπει να υπάρχει ένα ελάχιστο χρονικό περιθώριο ώστε η πρόθεση για συμπεριφορά να αλλάξει από τη στιγμή της αξιολόγησης μέχρι η στιγμή της εμφάνισης της συμπεριφοράς. Ωστόσο πρέπει να προσεχθεί ώστε το χρονικό αυτό περιθώριο δεν θα πρέπει να είναι πολύ μικρό.

Ενώ η συμπεριφορά προβλέπεται από την πρόθεση, η πρόθεση προβλέπεται από τις στάσεις του ατόμου προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, και το κοινωνικό πρότυπο. Ως *στάση* χαρακτηρίζεται η γενική αξιολόγηση ενός αντικειμένου, ατόμου, θέματος, ή συμπεριφοράς. *Κοινωνικό πρότυπο* (ή υποκειμενική νόρμα) είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τις κοινωνικές πιέσεις για την εκτέλεση ή μη εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Το κοινωνικό πρότυπο διαμορφώνεται από την πεποίθηση ότι ένα «σημαντικό πρόσωπο» ή μια ομάδα σημαντικών προσώπων (πχ. ένα άλλο άτομο: γονείς, φίλος, ή μια ομάδα ατόμων: φίλοι, παρέα) πιστεύει ότι το άτομο πρέπει να ακολουθήσει ή όχι τη συμπεριφορά και από τα κίνητρα (παρακίνηση) του ίδιου του ατόμου να συμμορφωθεί με αυτό το κοινωνικό πρότυπο.

Ωστόσο σύντομα η ΘΑΔ παρουσίασε μειονεκτήματα στην ερμηνεία συμπεριφορών και για το λόγο αυτό προστέθηκε ο παράγοντας του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς. Έτσι η εμφάνιση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται άμεσα από την πρόθεση του ατόμου να την ακολουθήσει και έμμεσα από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο του ατόμου στη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η πρόθεση από την άλλη προβλέπεται από τις στάσεις και το κοινωνικό πρότυπο, όπως στη ΘΑΔ, αλλά και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Ο επιπλέον παράγοντας του

αντιλαμβανόμενου ελέγχου είναι το πόσο εύκολα αντιλαμβάνεται κάποιος ότι η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς είναι κάτω από τον έλεγχό του και την δυσκολία εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς σε σχέση με προηγούμενες εμπειρίες, προβλέποντας εμπόδια και ευκολίες και μπορεί να θεωρηθεί ένα υποκατάστατο για την μέτρηση του πραγματικού ελέγχου. Η θεωρία υποστηρίζει ότι η πρόθεση είναι η σημαντικότερη για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς, ότι η πρόθεση μπορεί να προβλεφθεί από την στάση και ότι το άτομο πιστεύει ότι τα πράγματα ελέγχονται από το ίδιο (Conner & Sparks, 1996). Με άλλα λόγια κατά τους Conner και Sparks (1996) η σημαντικότητα του ελέγχου στην συμπεριφορά αναγνωρίστηκε για να βοηθηθούν οι άνθρωποι να ξεπεράσουν μη επιθυμητές συνήθειες, φόβους και αναστολές.

Στάσεις χαρακτηρίζονται οι προδιαθέσεις προς την δράση απέναντι σε ανθρώπους και πράγματα και αποτίμηση απέναντι σε ανθρώπους, πράγματα και ιδέες. Είναι δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων (συναίσθημα), σκέψεων, «πιστεύω» (γνώση) και στοιχείων δράσης (συμπεριφορά). Η δύναμη της στάσης αυξάνεται με την καλύτερη γνώση πάνω στο θέμα. Οι στάσεις συνήθως μαθαίνονται από άλλα άτομα και ορίζουν τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας. Μπορεί όμως να είναι και γενετικά δεδομένα. Όταν είναι δυνατή η στάση παρουσιάζει μεγάλη αντίσταση σε αλλαγές, όμως μπορούν να αλλάξουν μέσα από κοινωνική επιρροή και γνωστική επίδραση (Fisbein & Ajzen, 1975). Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν τις δυνατές από τις αδύναμες στάσεις, γιατί κάποιες είναι πιο σταθεροποιημένες, ενώ άλλες είναι πιο ελαστικές με μικρά αποτελέσματα στην σκέψη και στην δράση. Γι' αυτό και κάποιες στάσεις περιγράφονται ως ισχυρότερες και κάποιες ως λιγότερο ισχυρές και τα δέκα στοιχεία που τις χαρακτηρίζουν είναι το ενδιαφέρον για την γνώση - ενημέρωση, η συγκεκριμενοποίηση, η σκοπιμότητα, το ενδιαφέρον, η εμπειρία, το εύρος απόρριψης, η προσέγγιση, η αποτελεσματικότητα, η συνέπεια, η έλλειψη υπόσχεσης και μας ενδιαφέρουν οι σχέσεις των χαρακτηριστικών αυτών μεταξύ τους. Πάντως η δύναμη της στάσης μπορεί να οροθετηθεί από τέσσερα στοιχεία που θέτουν οι δυνατές στάσεις και είναι: α) Η επιμονή όταν οι στάσεις είναι συνεχείς και επίμονες στο πέρασμα του χρόνου, β) Η αντίσταση, όταν αυτές παρουσιάζουν αντίσταση στην αλλαγή, γ) Η δύναμη στην γνώση, όταν παρουσιάζουν δύναμη στην διαδικασία πληροφόρησης και η δύναμη στην συμπεριφορά, όταν έχουν μεγάλη ισχύ στην συμπεριφορά (Krosnick, Boninger, Chuang, Berner, & Carnot, 1993).

Πρόθεση και έλεγχος είναι απαραίτητα για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς

και υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Τα άτομα θα πρέπει να αποκτούν γνώσεις για την συμπεριφορά και να τονίζονται τα προβλήματα από την αλόγιστη χρήση της. Γιατί σύμφωνα με την ΘΣΣ τα άτομα εκτελούν μια ενέργεια όταν την αξιολογούν θετικά, όταν οι σημαντικοί άλλοι την ενισχύουν και όταν θεωρούν ότι ελέγχουν την συμπεριφορά (McMillan & Conner, 2003).

Η ΘΣΣ. έχει αναφερθεί με επιτυχία στην πρόβλεψη πολλών συμπεριφορών υγείας (Conner & Sparks, 1996). Οι Theodorakis, Bagiatis και Goudas, (1995) εξέτασαν και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόβλεψη της συμπεριφοράς οι οποίοι επηρεάζουν την πρόθεση του ατόμου για την συγκεκριμένη συμπεριφορά και είναι η δύναμη των στάσεων και η αυτοταυτότητα. Η δύναμη των στάσεων αναφέρεται στην αυτοπεποίθηση που νιώθει το άτομο για την συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο αν είναι σωστή η συγκεκριμένη ενέργεια, στην σπουδαιότητα που νιώθει όσον αφορά την πρόθεση του και κατά πόσο οι γνώσεις, η πληροφόρηση και το ενδιαφέρον παίζουν σημαντικό ρόλο στο να διαμορφώσει την πρόθεση. Η αυτοταυτότητα αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι η υιοθέτηση της συμπεριφοράς αποτελεί μέρος των ρόλων του, της ταυτότητάς του. Η αυτοταυτότητα επηρεάζει και αυτή την πρόθεση του ατόμου αλλά και η ίδια επηρεάζεται από την δύναμη των στάσεων (Theodorakis, Bagiatis, & Goudas, 1995).

Οι Armitage και Conner (1999) σε έρευνά τους μελέτησαν τη δυνατότητα πρόβλεψης της ΘΣΣ με την συμμετοχή της αυτοταυτότητας σε σχέση με υγιεινές διατροφικές επιλογές. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε 110 άτομα δείγμα γενικού πληθυσμού από πόλη της Βόρειας Αμερικής με μέσο όρο ηλικίας 28 ετών, και τα οποία εξέταζαν στάσεις, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενο έλεγχο, αυτοταυτότητα, πρόθεση και κοινωνική επιθυμητότητα (social desirability). Κοινωνική επιθυμητότητα είναι η πιθανή απάντηση του ατόμου με τρόπο τέτοιο που να γίνεται αρεστός στους άλλους. Σε ψυχολογικές έρευνες οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν θα πρέπει να επηρεάζονται από την κοινωνική επιθυμητότητα. Από τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι η πρόθεση για υγιεινή διατροφή προβλέπονταν από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα και όχι τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Μάλιστα η αυτοταυτότητα ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας. Για τη συμπεριφορά από τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης παρατηρήθηκε ότι η πρόθεση ήταν ο κύριος παράγοντας της διατροφικής επιλογής. Η κοινωνική επιθυμητότητα ήταν μικρή και δεν επηρέαζε τους παράγοντες της ΘΣΣ. Η αδυναμία συνεισφοράς τους αντιλαμβανόμενου ελέγχου

οδήγησε στην πρόταση των ερευνητών να διαχωριστεί σε αυτό - αποτελεσματικότητα και αντιλαμβανόμενος έλεγχος πάνω στην εξεταζόμενη συμπεριφορά.

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

Ο Theodorakis (1994) ερευνώντας μια ομάδα 395 γυναικών (ηλικίας 18 έως 50 ετών) βρήκε ότι τα προσωπικά πιστεύω επηρεάζουν τις ενήλικες γυναίκες στη συμμετοχή τους στην άσκηση. Την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση προέβλεπαν οι στάσεις, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, η αυτοταυτότητα και η δύναμη των στάσεων. Από την άλλη πλευρά τη συμπεριφορά της άσκησης προέβλεπαν η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, η αυτοταυτότητα και η δύναμη των στάσεων. Παρατηρήθηκε ότι η προσθήκη της αυτοταυτότητας και της δύναμης των στάσεων βελτίωσαν τη σχέση στάση - συμπεριφορά.

Οι Hill, Bodreau, Amyot, Déry και Godin (1997) χρησιμοποίησαν τις μεταβλητές της ΘΣΣ για να εντοπίσουν τους παράγοντες διαφοροποίησης των Σταδίων Αλλαγής. Στην έρευνά τους συμμετείχαν μαθητές γυμνασίου (11 -15 ετών, N= 294). Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι και οι τρεις παράγοντες της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς πρόσφεραν στη διαφοροποίηση των Σταδίων Αλλαγής της Συμπεριφοράς του καπνίσματος, με τις στάσεις και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο να συνεισφέρουν σημαντικά, σε αντίθεση με το κοινωνικό πρότυπο του οποίου η συνεισφορά δεν ήταν και τόσο σημαντική.

Η έρευνά των Hu και Lanese (1998) αφορούσε την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος σε ενήλικα άτομα που εργαζόνταν σε εταιρίες. Στην έρευνά τους συμμετείχαν άνδρες ηλικίας 18 με 55 ετών (N=799). Στην έρευνά τους προστέθηκαν στη ΘΣΣ η προηγούμενη συμπεριφορά που αναφερόταν στις προγενέστερες

προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, η προτεραιότητα- σημασία στη διακοπή του καπνίσματος και η συνήθεια (ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη). Από τα αποτελέσματά τους φάνηκε ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος βελτιώνει την πρόβλεψη της πρόθεσης περισσότερο από τις στάσεις και το κοινωνικό πρότυπο. Η συνεισφορά της προτεραιότητας στη διακοπή και της προηγούμενης συμπεριφοράς ήταν σημαντική, ενώ της συνήθειας όχι.

Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για το κάπνισμα σε γυναίκες και συγκεκριμένα για την επανέναρξη του καπνίσματος μετά την εγκυμοσύνη μέσα από τη ΘΣΣ πραγματοποιήθηκε από τον Gantt (2001). Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες της ΘΣΣ μπορούν να εξηγήσουν την επανέναρξη του καπνίσματος και συγκεκριμένα μέσα από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

Παλαιότερη μετα-ανάλυση κατέγραψε και ανέλυσε 185 ανεξάρτητες έρευνες οι οποίες είχαν δημοσιευθεί ως το τέλος του 1997 (Armitage & Conner, 2001). Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι στην πρόβλεψη τόσο της πρόθεσης όσο και των συμπεριφορών ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν εκείνος που συστηματικά συνείσφερε στατιστικά σημαντικά. Η ΘΣΣ στην οποία βασίζονταν όλες οι έρευνες εξηγούσε μεγαλύτερο ποσοστό της πρόβλεψης της πρόθεσης και της συμπεριφοράς όταν η αξιολόγηση των συμπεριφορών πραγματοποιούνταν μέσα από ερωτηματολόγια αυτο-περιγραφής και όχι μέσα από αντικειμενικές μετρήσεις. Οι συγγραφείς επισημαίνουν τη μικρή δυνατότητα πρόβλεψης της πρόθεσης από το κοινωνικό πρότυπο και το αιτιολογούν ως αδυναμία αξιολόγησης του συγκεκριμένου παράγοντα από τα εργαλεία μέτρησης και καταλήγουν ότι θα πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός του τι είναι «κοινωνικό πρότυπο».

Υπάρχουν και άλλες έρευνες οι οποίες επισημαίνουν τη χαμηλή ικανότητα συνεισφοράς του κοινωνικού προτύπου. Για παράδειγμα οι Rhodes, Jones και Courneya (2002) πιστεύουν ότι το κοινωνικό πρότυπο μπορεί να διαχωριστεί σε κοινωνικό πρότυπο και κοινωνική υποστήριξη. Στην έρευνά τους μελέτησαν τη συμπεριφορά της άσκησης χρησιμοποιώντας επιπλέον του κοινωνικού προτύπου την κοινωνική υποστήριξη. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 192 φοιτητές και από τα αποτελέσματά τους φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη διαχωρίζονταν τόσο από το κοινωνικό πρότυπο όσο και από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς «άσκηση». Επίσης φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη είχε σημαντική επίδραση στην πρόθεση, όπως και οι στάσεις επιδρούσαν θετικά με τον αντιλαμβανόμενο

έλεγχο. Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο της έρευνάς τους ήταν ότι η κοινωνική υποστήριξη επιδρούσε άμεσα στην ίδια τη συμπεριφορά «άσκηση».

Οι Conner, Norman και Bell (2002) εφαρμόζοντας την ΘΣΣ σε ενήλικα άτομα (M=47.8) με υγιεινές διατροφικές συνήθειες (N= 114) βρήκαν ότι η θεωρία προβλέπει την πρόθεση των ατόμων για υγιεινή διατροφή και είναι ενδιαφέρον το ότι είναι σε θέση να εξηγήσει την πρόθεση ακόμα και μετά από ενδεχόμενες διακοπές της υγιεινής συμπεριφοράς.

Ο Mc Millan και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν δύο ανεξάρτητες έρευνες για τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Στην πρώτη (McMillan, & Conner, 2003) μελέτησαν το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ σε φοιτητές (N=471). Η πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα και η πρόθεση για κατανάλωση αλκοόλ προβλέπονταν αποτελεσματικά από τη ΘΣΣ, αλλά για το αλκοόλ στην πρόβλεψη συνεισέφεραν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και οι στάσεις, ενώ για το κάπνισμα συνεισέφερε μόνο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος. Στην πρόβλεψη των συμπεριφορών η πρόθεση και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συνεισέφεραν. Στην έρευνά τους προσπάθησαν να προσθέσουν τις ηθικές νόρμες (moral norms) και τις περιγραφικές νόρμες (descriptive norms). Μόνο οι περιγραφικές νόρμες βελτίωναν την πρόβλεψη της πρόθεσης.

Στη δεύτερη έρευνα (McMillan, Higgins, & Conner, 2005) χρησιμοποίησαν τη ΘΣΣ για να μελετήσουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε μαθητές (N=741). Στη ΘΣΣ πρόσθεσαν τις ηθικές νόρμες, έναν επιπλέον παράγοντα, *anticipated regret*, ο οποίος αφορούσε τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουμε ότι συμπεριφερόμαστε διαφορετικά από ότι θα ήθελαν οι σημαντικοί άλλοι, και την προηγούμενη συμπεριφορά. Από τα αποτελέσματά τους φάνηκε ότι η πρόθεση για κάπνισμα και η συμπεριφορά του καπνίσματος προβλέπονταν μέσα από τους παράγοντες της ΘΣΣ. Στην πρόθεση για κάπνισμα συνεισέφεραν οι στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, αν η οικογένεια κάπνιζε και οι ηθικές νόρμες. Στη συμπεριφορά συνεισέφεραν η πρόθεση, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, το κάπνισμα φίλων και η προηγούμενη συμπεριφορά.

Οι Higgins και Conner (2003) προσπάθησαν να εξηγήσουν την πρόθεση εφήβων να καπνίσουν αλλά και τη συμπεριφορά του καπνίσματος μέσα από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Στο δείγμα τους συμμετείχαν παιδιά 11-12 ετών (N=196). Αξιολογήθηκαν οι στάσεις προς το κάπνισμα, η πρόθεση, το κοινωνικό πρότυπο και η προηγούμενη συμπεριφορά του καπνίσματος. Τα παιδιά

συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της αρχικής μέτρησης και αμέσως μετά διάβασαν ένα κείμενο με πληροφορίες για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος. Στη συνέχεια χωρίστηκαν τα παιδιά σε δύο πειραματικές ομάδες: η πρώτη έμαθε πώς να υλοποιήσουν την πρόθεσή τους να μην καπνίσουν ενώ η ομάδα ελέγχου διδάχθηκε πώς να υλοποιήσει την πρόθεση της να πράξουν και να ολοκληρώσουν τις σχολικές τους εργασίες. Συγκεκριμένα η πειραματική ομάδα έμαθε να σχεδιάζει πού και σε ποιες περιστάσεις (πότε) μπορεί να της προφερθεί τσιγάρο, πώς να αρνηθεί και να αντισταθεί. Η ομάδα ελέγχου διδάχθηκε πώς να οργανώνει την ολοκλήρωση των εργασιών που τους ανατίθεται στο σχολείο. Η τελική μέτρηση πραγματοποιήθηκε 8 εβδομάδες αργότερα και αξιολογήθηκαν όλοι οι παράγοντες της αρχικής μέτρησης. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι οι μεταβλητές της ΘΣΣ και η προηγούμενη συμπεριφορά είχαν καλή πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα και στις 2 μετρήσεις (αρχική- τελική). Το παρεμβατικό τους πρόγραμμα έδειξε αποτελέσματα προς την επιθυμητή κατεύθυνση όμως σύμφωνα με τους ίδιους τα θετικά αποτελέσματα της έρευνάς τους θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κριτικά, καθώς 8 εβδομάδες είναι σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι Harakeh, Scholte, Vermulst, Hein και Rutger (2004) διερεύνησαν εάν παράγοντες που σχετίζονται με τους γονείς (π.χ. ποιότητα σχέσης γονιών-παιδιού), ψυχολογικός έλεγχος, έλεγχος, γνώσεις γονέων) όπως το αν καπνίζουν οι γονείς προσθέτουν στη ΘΣΣ. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 1070 παιδιά, ηλικίας 10-14 ετών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι γνώσεις των γονέων και η σχέση γονιού - παιδιού επηρέαζαν έμμεσα τη συμπεριφορά (κάπνισμα) των εφήβων, ενώ η συμπεριφορά του καπνίσματος των γονιών την επηρέαζαν άμεσα.

Οι Spijkerman και οι συνεργάτες του (2004) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ανεξάρτητα από άλλες κοινωνικές μεταβλητές (π.χ. στάσεις, κοινωνικό πρότυπο, αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς) τα «μοντέλα» συμπεριφορών άλλων ατόμων παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση των εφήβων να εμπλακούν με το κάπνισμα αλλά και με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 2817 άτομα, ηλικίας 12-16 ετών και ως μοντέλα για τη συμπεριφορά του καπνίσματος χρησιμοποιήθηκαν έφηβοι οι οποίοι κάπνιζαν καθημερινά και έφηβοι οι οποίοι έπιναν σε εβδομαδιαία βάση. Τα «μοντέλα» αυτά χαρακτηρίστηκαν από τους εφήβους ως όχι «cool», όχι πραγματικά ελκυστικά, ελαφρώς «επαναστάτες», δηλαδή τα άτομα της έρευνας είχαν μια σχετικά αρνητική εικόνα για αυτούς τους συνομηλικούς τους. Μέσα από αναλύσεις συσχέτισης και πρόβλεψης

φάνηκε ότι όσο περισσότεροι οι έφηβοι έβλεπαν τους καθημερινούς καπνιστές ως ισορροπημένα άτομα, «cool» ή ελκυστικά άτομα τόσο υψηλότερη ήταν η προθυμία και η πρόθεση να καπνίσουν στο μέλλον. Επίσης τα πρότυπα των συμμαθητών που καπνίζουν καθημερινά και πίνουν σε εβδομαδιαία βάση εξήγησε ένα σημαντικό μέρος της διακύμανσης της πρόθεσης και της προθυμίας να καπνίσουν και να πουν, και πρόσθεσε σημαντικά στη διακύμανση που ερμηνεύονταν από τους παράγοντες της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Οι Payne, Jones και Harris (2004) μελέτησαν και αυτοί την άσκηση και την υγιεινή διατροφή. Η έρευνα τους εξέτασε τα αποτελέσματα της αντιλαμβανόμενης ανάγκης για άσκηση και διατροφή, χρησιμοποιώντας την ΘΣΣ. Οι συμμετέχοντες ήταν 3000 υπάλληλοι μεγάλης βιομηχανίας, στους οποίους δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογούσε παράγοντες της ΘΣΣ και της αντιλαμβανόμενης ανάγκης. Ένα ακόμα ερωτηματολόγιο δόθηκε μια εβδομάδα αργότερα το οποίο μετρούσε την συμπεριφορά. Το πρώτο ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 331 ενήλικες και το δεύτερο 286. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν ο κύριος παράγοντας της πρόθεσης για άσκηση και η συνήθεια ήταν ο κύριος παράγοντας για την υγιεινή διατροφή. Επίσης, η πρόθεση και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος πρόβλεπαν και την συμπεριφορά.

Βασιζόμενοι στην υπόθεση ότι οι παράγοντες της ΘΣΣ μπορεί να έχουν διαφορετική βαρύτητα στις διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και επομένως να συμβάλουν στην διαφορετική ερμηνεία των κοινωνικοοικονομικών διαφορών στο κάπνισμα, οι Droomers, Schrijvers και Mackenbach (2004) μελέτησαν τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές σε θέματα υγείας σε 602 άτομα τα οποία δήλωναν συστηματικοί καπνιστές και οι οποίοι προέρχονταν από την Ολλανδία. Από τα αποτελέσματα τους δεν φάνηκε το μορφωτικό επίπεδο να παίζει ρόλο στην έναρξη του καπνίσματος. Τα άτομα με πιο θετικές στάσεις απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος και με σημαντικά υψηλό κοινωνικό πρότυπο ήταν πιο διατεθειμένα να σταματήσουν το κάπνισμα. Αλλά, οι θετικές στάσεις και το κοινωνικό πρότυπο δεν σχετίζονταν με την μόρφωση, η οποία εξηγεί την έλλειψη μορφωτικών διαφορών με την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος. Μορφωμένα άτομα παρουσίασαν μεγαλύτερη αυτό - αποτελεσματικότητα για αποχή από το κάπνισμα, το οποίο όμως δεν έχει σχέση με την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος. Συμπερασματικά, φάνηκε ότι από όλους τους παράγοντες της ΘΣΣ μόνο η αυτό - αποτελεσματικότητα μπορεί να έχει άμεσα αποτελέσματα στην συμπεριφορά που σχετίζονται με την

μόρφωση για την διακοπή του καπνίσματος.

Σε αυτή την έρευνα οι Chatzisarantis, Hagger, Smith και Phoenix (2004), εξέτασαν την ορθότητα της πρόβλεψης της ΘΣΣ σε σχέση με την συνεχιζόμενη πρόθεση, δηλαδή την πρόθεση να συνεχιστεί η άσκηση (φυσική δραστηριότητα) αφού τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα συμπεριφοράς έχουν επιτευχθεί. Με μια σειρά ερευνών εξέτασαν την υπόθεσή τους ότι η συνεχιζόμενη πρόθεση για επιτυχία και η συνεχιζόμενη πρόθεση για αποτυχία θα βοηθήσουν στην χρησιμότητα της ΘΣΣ για την πρόβλεψη και την προώθηση της κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (N=222, 14 ετών). Όπως αποδείχθηκε από την πρώτη και την δεύτερη έρευνα, η συνεχιζόμενη πρόθεση για επιτυχία και η συνεχιζόμενη πρόθεση για αποτυχία, η προηγούμενη συμπεριφορά και η αντιλαμβανόμενη πρόοδος στην προς εξέταση συμπεριφορά, συνεισέφεραν στη βελτίωση της πρόβλεψης της φυσικής δραστηριότητας.

Οι Kraft, Rise, Sutton και Røysamb (2005) διερεύνησαν τη δομή του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, τις ερωτήσεις που αξιολογούν το συγκεκριμένο παράγοντα και πώς ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, οι στάσεις (συναισθηματικές και γνωστικές) συνδέονται με την πρόθεση και συμπεριφορές (άσκηση και ανακύκλωση). Στην έρευνά τους συμμετείχαν 227 προπτυχιακοί φοιτητές με μέσο όρο ηλικίας 24 χρόνια. Από τα αποτελέσματά τους φάνηκε ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις παράγοντες (αντιλαμβανόμενος έλεγχος, αντιλαμβανόμενη σιγουριά και αντιλαμβανόμενη δυσκολία), οι οποίοι σχετίζονται μεταξύ τους ή σε δυο παράγοντες (αυτο-αποτελεσματικότητα, αντιλαμβανόμενος έλεγχος) οι οποίοι επίσης σχετίζονται μεταξύ τους. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, πιθανά, δεν είναι εύστοχο ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς να αξιολογείται ως ο μέσος όρος των ερωτήσεων που απαρτίζουν τον παράγοντα αυτό. Τέλος, η σπουδαιότητα του αντιλαμβανόμενου ελέγχου της συμπεριφοράς ως παράγοντας πρόβλεψης της πρόθεσης για εμφάνιση μιας συμπεριφοράς έχει υπερεκτιμηθεί, ενώ αντίστοιχα η σημασία των συναισθηματικών στάσεων έχει υποτιμηθεί.

Οι Downs και Hausenblas (2005) μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση 47 ερευνών, οι οποίες είχαν πραγματοποιηθεί τα τελευταία 22 χρόνια, και εξέταζαν τη συμπεριφορά της άσκησης, κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: α) ότι όσο πιο ισχυρή ήταν η συμπεριφορά και η προσωπική εμπλοκή τόσο η άσκηση βελτίωνε την φυσική /ψυχική υγεία και ότι τα μέλη της οικογένειας είχαν την πιο δυνατή επίδραση

στην άσκηση και β) ότι το μέγεθος της επίδρασης στην συμπεριφορά από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο ήταν μεγάλο.

Έρευνα των Rosendahl, Galanti, Gilljam και Ahlbom (2005) σε 2581 έφηβους έδειξε ότι το επίπεδο γνώσεων δε σχετιζόταν με το κάπνισμα στο μέλλον. Οι στάσεις και οι προθέσεις μπορούσαν να καθορίζουν τις γνώσεις και όχι το αντίστροφο.

Οι Conner, Sandberg, McMillan και Higgins (2006) εξέτασαν τον αντίκτυπο της προβλεπόμενης μετάνοιας (anticipated regret) και της σταθερότητας της πρόθεσης των εφήβων να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Πραγματοποίησαν δυο μελέτες όπου συμμετείχαν μη καπνιστές έφηβοι (στην πρώτη N=347 και στη δεύτερη N=675, 11 και 12 ετών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προβλεπόμενη μετάνοια και η σταθερότητα της πρόθεσης ήταν σημαντικοί παράγοντες της ΘΣΣ για την πρόβλεψη τόσο της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς του καπνίσματος.

Η έρευνα της Bledsoe (2006) ασχολήθηκε με τη διακοπή του καπνίσματος και προσπάθησε να εξετάσει παράγοντες που σχετιζόνταν με τη διαδικασία της αλλαγής δια μέσου της ΘΣΣ. Στην έρευνά της συμμετείχαν 230 ενήλικες καπνιστές και αξιολογήθηκαν η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος, τις στάσεις προς τη διακοπή του καπνίσματος, τα στάδια της αλλαγής, το κοινωνικό πρότυπο και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Η ΘΣΣ δε φάνηκε να εξηγεί την παρακίνηση μετακίνησης μεταξύ των διαφορετικών σταδίων. Το ενδιαφέρον της έρευνας ήταν η παρατήρηση μεθοδολογικών θεμάτων που σχετιζόνταν με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

Οι Fila και Smith (2006) για να ερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της ΘΣΣ στην πρόβλεψη της υγιεινής διατροφικής συμπεριφοράς, μέτρησαν αγόρια και κορίτσια (N=139) 9 έως 18 ετών. Από τα αποτελέσματα δεν βρέθηκε σχέση ανάμεσα στην πρόθεση και την συμπεριφορά της υγιεινής διατροφής και συμπεραίνουν ότι η σχέση αυτή επηρεάζεται από άλλους παράγοντες.

Στην έρευνα τους οι Moan και Rise (2006) δοκίμασαν τη δυνατότητα της ΘΣΣ στο να προβλέψει την πρόθεση των εφήβων να ελαττώσουν το κάπνισμα καθώς και την συμπεριφορά τους μετά από ένα χρόνο. Ένας αριθμός από 145 εφήβους με μέσο όρο ηλικίας 14 έτη συμμετείχε στην έρευνα. Η ΘΣΣ αποδείχτηκε ικανή στην πρόβλεψη της πρόθεσης. Μια εκτεταμένη έρευνα του μοντέλου της ΘΣΣ συμπεριλαμβανομένου ενός αριθμού κοινωνικών παραγόντων έδειξε επίσης ότι μπορούσε να βοηθήσει πιο ουσιαστικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης για μείωση του καπνίσματος. Η προηγούμενη συμπεριφορά ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας

πρόβλεψης της συμπεριφοράς, δηλώνοντας ότι το κάπνισμα είναι μια αξιοσημείωτη σταθερή συμπεριφορά η οποία αλλάζει πολύ δύσκολα.

Σύμφωνα με την υπόθεση ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να φανεί χρήσιμος μεσολαβητής στην διακοπή του καπνίσματος σε νεαρούς έφηβους, οι Everson, Daley και Ussher (2007) ερεύνησαν μέσα από την ΘΣΣ την συμπεριφορά νεαρών που καπνίζουν απέναντι στη φυσική δραστηριότητα. Συστηματικοί καπνιστές ηλικίας 16 – 19 ετών (N=124), ήταν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι τόσο η πρόθεση όσο και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν σημαντικοί παράγοντες για την εξήγηση της συμπεριφοράς για φυσική δραστηριότητα και με τους δύο παράγοντες (πρόθεση και αντιλαμβανόμενο έλεγχο) να συμβάλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του μοντέλου. Η πρόθεση επίσης εξαρτιόταν σημαντικά από τις στάσεις, το κοινωνικό πρότυπο και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο.

Μια άλλη έρευνα των Kosmidou και Theodorakis (2007) πραγματοποιήθηκε επάνω στην ΘΣΣ για να ερευνηθεί, τις διαφορές μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων στην πρόθεση τους να καπνίσουν και τις πιθανές διαφορές που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα τους. Από τους συνολικά 391 συμμετέχοντες οι 209 ήταν νεαροί ενήλικες ενώ οι 182 ήταν μαθητές γυμνασίου. Από την ανάλυση φάνηκε ότι οι νεαροί ενήλικες είχαν περισσότερες θετικές στάσεις απέναντι στο να καπνίσουν σε σχέση με τους εφήβους, υψηλότερη πρόθεση για κάπνισμα, χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο και ήταν και περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με το κάπνισμα. Η ΘΣΣ πρόβλεψε την πρόθεση για κάπνισμα τόσο των εφήβων όσο και των νεαρών ενηλίκων. Και για τις δυο ηλικιακές ομάδες, οι στάσεις ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας για την πρόθεση τους να καπνίσουν.

Ο Guo και οι συνεργάτες του (2007) εξέτασαν κατά πόσον η ΘΣΣ προβλέπει το κάπνισμα των εφήβων στην Κίνα. Τα αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν από 14.434 μαθητές γυμνασίου και λυκείου σε επτά γεωγραφικά διαφορετικές πόλεις της Κίνας. Η σημαντικότητα της ΘΣΣ στην πρόβλεψη φάνηκε μέσα από τα αποτελέσματα.

Ο Smith και οι συνεργάτες του (2007) μελέτησαν στην έρευνα τους την ΘΣΣ, στην οποία ενσωμάτωσαν την αυτό – ταυτότητα και την προηγούμενη συμπεριφορά, και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους, προκειμένου να αποδείξουν την δύναμη του μοντέλου αυτού σε σχέση με την συμπεριφορά των καταναλωτών. Οι συμμετέχοντες ήταν 108 φοιτητές, με μέσο όρο ηλικίας 19.25 έτη. Όλοι οι παράγοντες σχετίζονταν θετικά με τις στάσεις. Η αυτοταυτότητα και η προηγούμενη συμπεριφορά

αλληλεπιδρούσαν για να επηρεάσουν τις στάσεις. Η αυτοταυτότητα είχε μεγαλύτερη επίδραση στις στάσεις όταν η προηγούμενη συμπεριφορά ήταν χαμηλή από ότι όταν ήταν υψηλή.

Σε πιο πρόσφατες έρευνες οι Hamilton και White (2008) εξέτασαν την αξιοπιστία ενός εκτεταμένου μοντέλου ΘΣΣ, στο οποίο πρόσθεσαν τις προσωπικές και κοινωνικές επιρροές, για να προβλέψουν την μέτρια – υψηλή φυσική δραστηριότητα. Οι συμμετέχοντες (N= 423) αρχικά συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε τους βασικούς παράγοντες της ΘΣΣ, στάσεις, υποκειμενική νόρμα και αντιλαμβανόμενο έλεγχο καθώς και προηγούμενη συμπεριφορά, αυτοταυτότητα και τους επιπρόσθετους κοινωνικούς παράγοντες των διάφορων ομάδων, γονική επίδραση, φιλική επίδραση και κοινωνική επίδραση. Μια εβδομάδα αργότερα συμπλήρωσαν άλλο ένα ερωτηματολόγιο το οποίο έκανε αποτίμηση την ατομική φυσική δραστηριότητα την προηγούμενη εβδομάδα. Οι βασικοί παράγοντες της ΘΣΣ – προηγούμενη συμπεριφορά και αυτοταυτότητα, αλλά όχι η κοινωνική επιρροή – προέβλεπαν την πρόθεση, με την πρόθεση, την προηγούμενη συμπεριφορά και την αυτοταυτότητα να προβλέπουν την συμπεριφορά.

Οι Blanchard και οι συνεργάτες του (2008) εξέτασαν την χρησιμότητα της ΘΣΣ για να εξηγήσουν την πρόθεση και την συμπεριφορά φοιτητών για την φυσική δραστηριότητα. Οι συμμετέχοντες ήταν 238 φοιτητές. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν το ότι οι στάσεις (συναισθηματικές και γνωστικές) και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν οι παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης για τους λευκούς φοιτητές, ενώ για τους αφρό -αμερικανούς μαθητές παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης ήταν οι συναισθηματικές στάσεις και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος. Ο παράγοντας «εθνικότητα» μπορεί να επηρεάζει τους παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης.

Μέσα από δυο έρευνες σε 645 παιδιά, ηλικίας 11-13 ετών, ο Foley (2008) και οι συνεργάτες του εξέτασαν την χρησιμότητα του ολοκληρωμένου μοντέλου στην πρόβλεψη της φυσικής δραστηριότητας. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η αυτό – αποτελεσματικότητα ήταν πολύ σημαντικός παράγοντας για την αύξηση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας ανάμεσα σε παιδιά, ενώ σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης για φυσική δραστηριότητα ήταν ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και το κοινωνικό πρότυπο.

Για τους Amireault, Godin, Vohl και Perusse (2008) σκοπός της έρευνας τους ήταν να προσδιορίσουν τους παράγοντες των σχέσεων στάσεων – συμπεριφοράς και

αντιλαμβανόμενου ελέγχου – συμπεριφοράς για την φυσική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 300 ενήλικα άτομα, ηλικίας 18-55 ετών. Η συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας προβλέπονταν από την πρόθεση και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Συμπερασματικά κατέληξαν στο ότι τα προγράμματα για φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να βασίζονται όχι μόνο στην αύξηση της πρόθεσης, αλλά επίσης και σε παράγοντες που προσδιορίζουν την σχέση ανάμεσα στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την συμπεριφορά.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι η ΘΣΣ έχει χρησιμοποιηθεί στο εξωτερικό εκτενώς για τη διερεύνηση, μεταξύ άλλων, των συμπεριφορών του καπνίσματος και της φυσικής δραστηριότητας, σε άτομα παιδικής, εφηβικής και ενήλικης ηλικίας, με επιτυχία. Ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, την εθνικότητα και τη συμπεριφορά παρατηρούνται παράγοντες που προβλέπουν είτε την πρόθεση είτε τη συμπεριφορά και βελτιώνουν τη θεωρία.

Επίδραση γονέων και φίλων στις συμπεριφορές υγείας (υγιεινές- ανθυγιεινές) εφήβων

Για να εξηγήσουμε πως η επιρροή της επιλογής φίλων και της παρέας, έχει επιπτώσεις στην εφηβική συμπεριφορά, η θεωρία προϋποθέτει ότι η πίεση της παρέας υπάρχει ως αμοιβαία επίδραση των στενών φίλων και ότι ο τύπος φιλίας καθορίζει το βαθμό επιρροής (Cohen, 1983). Εάν η σχέση είναι αρμονική, όσον αφορά μια ιδιαίτερη τοποθέτηση ή συμπεριφορά, η επιλογή φιλίας δένει το προϋπάρχον σχέδιο τοποθέτησης ή συμπεριφοράς του ατόμου. Εντούτοις εάν ο νέος φίλος έχει μια διαφορετική τοποθέτηση ή συμπεριφορά, έτσι ώστε η φιλία να μην είναι αρμονική, μπορεί να υπάρξει αλλαγή τοποθέτησης ή συμπεριφοράς μέσω της επιρροής από ένα άτομο σε άλλο.

Η δυσαρμονική επιλογή εμφανίζεται για διάφορους λόγους. Καταρχήν επειδή οι άνθρωποι κατέχουν ποικίλες συνήθειες, συμπεριφορές και ενδιαφέροντα είναι σχεδόν αδύνατο να εξασφαλιστεί ότι μια επιλογή φιλίας ταιριάζει τέλεια. Δεύτερον, ακόμα κι αν μια αρμονική σχέση επιδιώκεται, είναι όχι πάντα εγγυημένη λόγω της ελλιπούς αποκάλυψης των διαπροσωπικών πληροφοριών κατά την διάρκεια της επιλογής φιλίας. Τρίτον, τα άτομα μπορούν απλά να διαμορφώσουν ετερογενείς σχέσεις (Cohen, 1983).

Η πίεση των φίλων και των συνομηλίκων είναι ένας ισχυρός παράγοντας για την έναρξη του καπνίσματος. Οι Stewart-Knox και οι συνεργάτες του (2005) μέσα

από συνεντεύξεις σε παιδιά 11-12 ετών και για τρία χρόνια κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση των συνομηλίκων όσον αφορά τη συμπεριφορά του καπνίσματος δεν είναι μέσα από την άμεση πειθώ. Όπως ήταν αναμενόμενο τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα νεαρά άτομα προσπαθούν να «συμμορφωθούν» με τις συμπεριφορές που αναμένουν οι συνομηλικοί της ομάδας στην οποία ανήκουν. Η Maxwell (2002) πραγματοποίησε μια διαχρονική έρευνα μέσα από την οποία μελετούσε την επίδραση των συνομηλίκων σε 5 επικίνδυνες συμπεριφορές, μεταξύ των οποίων ήταν και το κάπνισμα. Στην έρευνά της συμμετείχαν 1969 έφηβοι, ηλικίας 12-18 ετών. Τα αποτελέσματά της έδειξαν, μεταξύ άλλων, ότι οι φίλοι είναι σημαντικός παράγοντας.

Οι van Roosmalen και McDaniel (1989) διερεύνησαν την πίεση που ασκούν οι ομάδες των συνομηλίκων στην έναρξη του καπνίσματος σε εφήβους (ηλικίας 13 ετών, N=1689). Αφορμή για την έρευνά τους ήταν το γεγονός ότι ενώ όλοι αναγνωρίζουν τη βαρύτητα των συνομηλίκων και των φίλων για τη συνήθεια του καπνίσματος, οι περισσότερες παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος είχαν ως στόχο τα άτομα και όχι τις ομάδες, δίνοντας έμφαση στην προτροπή «άρνησης» των ατόμων. Η πίεση των φιλικών ομάδων για την έναρξη του δεν είναι άμεση, αλλά τις περισσότερες φορές είναι έμμεση και πολύ ισχυρή. Τα αγόρια του δείγματος δήλωσαν πιο έντονη την άμεση πίεση για να καπνίσουν από ότι τα κορίτσια. Τα κορίτσια φάνηκε να δέχονται μεγαλύτερη έμμεση πίεση για να καπνίσουν από τον καλύτερό τους φίλο, την παρέα και τον φίλο τους. Άλλα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα ευρήματα της έρευνάς τους ήταν ότι στο δείγμα τους περισσότεροι μη καπνιστές ήταν κορίτσια και όχι αγόρια, ενώ περισσότεροι πρώην καπνιστές ήταν αγόρια και όχι κορίτσια.

Οι Powell, Tauras και Ross (2005) εξέτασαν τη σχέση της επίδρασης των συνομηλίκων (ομότιμων), της τιμής (οικονομικό κόστος) των τσιγάρων και της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Σε ένα πολύ μεγάλο δείγμα (N=12705) μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης εφάρμοσαν πολλαπλά στατιστικά μοντέλα και βρήκαν ότι ο πιο ισχυρός παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς του καπνίσματος ήταν οι συνομηλικοί. Μάλιστα σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους αν ένας μαθητής ο οποίος δεν καπνίζει μετακινηθεί από ένα σχολείο όπου κανείς δεν καπνίζει σε ένα σχολείο όπου το 1/4 των μαθητών καπνίζει, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να καπνίσει κατά 14.5%.

Οι Wang, Fitzhugh, Westerfield και Eddy (1995) εξέτασαν την επίδραση της οικογένειας και των συνομηλίκων στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Το δείγμα αποτέλεσαν Αμερικανοί έφηβοι, ηλικίας 14-18 χρόνια (N=6900). Παρόλο που στο σχεδιασμό της έρευνας συμπεριλήφθηκαν άτομα από 12 ετών, στην τελική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα άτομα 14-18 ετών καθώς σε αυτές τις ηλικίες φάνηκε ότι άρχιζε η έξαρση της χρήσης ουσιών. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι η επίδραση των καλύτερων ομόφυλων (κυρίως) φίλων ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Μάλιστα αναφέρεται ότι ο παράγοντας ήταν ισχυρότερος όταν οι έφηβοι δήλωναν ότι 3 ή 4 φίλοι τους κάπνιζαν. Από την άλλη πλευρά η συμπεριφορά (αναφορικά με το κάπνισμα) των γονέων δεν επηρέαζε τη συμπεριφορά καπνίσματος των παιδιών.

Οι μελέτες παρουσιάζουν γενικά συσχετισμούς μεταξύ των εφηβικών αντιλήψεων για τις δραστηριότητες των φίλων τους και του καπνίσματος τσιγάρου (Eiser & Stroebe, 1972; Evans, Dratt, Raines, & Rosenberg, 1998), της κατανάλωσης οινοπνεύματος (Thorlindsson & Vihalmsson, 1991), της παράνομης χρήσης φαρμάκων (Huba & Bentler, 1980) και της σεξουαλικής συμπεριφοράς τους (Benda & DiBlasio, 1994, Reinecke, Schmidt, & Ajzen, 1997; Romer et al, 1994).

Η έρευνα των Theodorakis, Papaioannou, Chatzigeorgiadis και Papadimitriou (2004) προσπάθησε να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά των παιδιών που ακολουθούσαν υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές, δηλαδή το προφίλ τους, ανάλογα με την επίδραση και τις συνήθειες της οικογένειας και των φίλων. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 3307 μαθητές, ηλικίας 10-16 ετών. Η στατιστική ανάλυση που ακολουθήθηκε (ανάλυση συστάδων: cluster analysis) ομαδοποίησε τα παιδιά σε 4 κατηγορίες ομάδες. Στην πρώτη ομάδα εντάχθηκαν οι μαθητές που ασκούνταν συστηματικά έτρωγαν φρούτα, δεν κάπνιζαν και δεν συμμετείχαν σε βίβια επεισόδια. Στην δεύτερη ομάδα εντάχθηκαν τα άτομα που δεν κάπνιζαν, δεν ασκούνταν και δεν συμμετείχαν σε βίβια επεισόδια. Στην τρίτη ομάδα ήταν οι μαθητές που ασκούνταν αλλά συμμετείχαν σε βίβια επεισόδια, κατανάλωναν φρούτα και δεν κάπνιζαν και τέλος, στην τέταρτη ομάδα ήταν οι μαθητές που κάπνιζαν, συμμετείχαν σε βίβια επεισόδια, δεν γυμνάζονταν και δεν κατανάλωναν φρούτα. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξε ότι τα παιδιά που αντιλαμβάνονταν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως υποστηρικτικό, είχαν θετικότερο προφίλ, δηλαδή ακολουθούσαν περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές. Οι υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές των φίλων και των γονέων επηρέαζαν τις αντίστοιχες συμπεριφορές

των παιδιών. Μάλιστα οι επικίνδυνες συμπεριφορές των παιδιών σχετίζονταν ισχυρά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές των φίλων τους.

Παρόμοια με τις παραπάνω έρευνες, ήταν η έρευνα της Madarasova-Geckova και των συνεργατών της (2005), οι οποίοι διερεύνησαν το ρόλο των συνομηλίκων, των γονιών και της κοινωνικό - οικονομικής κατάστασης σχετικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Δείγμα της έρευνάς τους αποτέλεσαν 2616 έφηβοι. Η συμπεριφορά καπνίσματος των ομότιμων (συνομηλίκων) ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Η συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων επηρέαζε τη συμπεριφορά καπνίσματος των εφήβων τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσα από την επίδραση στη συμπεριφορά καπνίσματος των συνομηλίκων. Η κοινωνικοοικονομική θέση επηρέαζε έμμεσα τη συμπεριφορά. Το μοντέλο που πρότειναν εξηγούσε στα αγόρια και τα κορίτσια το 42 και 51% της διακύμανσης της συμπεριφοράς του καπνίσματος των εφήβων, δηλαδή ερμήνευαν μεγαλύτερο ποσοστό για τα κορίτσια.

Οι Kandel και Lesser (1972) προτείνουν ότι η γονική επιρροή στο κάπνισμα των εφήβων μειώνεται κατά την διάρκεια του χρόνου, ενώ η επιρροή της παρέας αυξάνεται. Άλλοι μελετητές έχουν προτείνει ότι η γονική επιρροή δεν αυξάνει και μόνο επηρεάζει τους εφήβους έμμεσα (Flay, Hu, Siddiqui, Day, Hedeker, Petraitis, Richardson, & Sussman, 1994; Hu, Flay, Hedeker, Siddiqui, & Day, 1995). Μια εναλλακτική δηλαδή υπόθεση είναι η υπόθεση του «καθυστερημένου μοντέλου» που δηλώνει ότι η γονική επιρροή αυξάνεται κατά την διάρκεια του χρόνου λόγω των μακροπρόθεσμων διαδικασιών προσοχής και συνοχής του παιδιού (Bandura, 1986). Συγκεκριμένα σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, το παιδί μαθαίνει και θυμάται να εκτελεί μια ορισμένη συμπεριφορά από τη θέα που διαμόρφωσε από τους γονείς του. Η ευκαιρία πραγματικά να αποδώσει την μαθημένη συμπεριφορά μπορεί να μην προκύψει μέχρι ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν μπορεί να παρακινούνται περισσότερο να διαμορφώσουν την συμπεριφορά καπνίσματος των γονιών τους, προκειμένου να αισθανθούν σαν ενήλικες. Με βάση την υπόθεση του καθυστερημένου μοντέλου, προτείνεται ότι και πρώην καπνιστές γονείς μπορεί να επηρεάσουν τα παιδιά για να καπνίσουν, επειδή η συμπεριφορά καπνίσματος αυτή των γονέων μπορεί να έχει διαμορφωθεί στο παρελθόν, είτε από την προηγούμενη άμεση παρατήρηση ή συνειδητοποίηση του παιδιού ότι οι γονείς του συνήθιζαν να καπνίζουν. Πράγματι, και πρόσφατες έρευνες προτείνουν ότι το ιστορικό της συμπεριφοράς καπνίσματος των γονέων (τρέχον και

προηγούμενο κάπνισμα) είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του εφηβικού καπνίσματος (Den Exter Blokland, Engels, Hale, Meeus, & Willemsen, 2004; Farkas, Distefan, Choi, Gilpin, & Pierce, 1999; Otten, Engels, & Van Den Eijnden, 2005). Εντούτοις, προτείνεται ότι οι γονείς που καπνίζουν μπορούν όχι μόνο να επηρεάσουν τον αρχικό πειραματισμό αλλά επίσης και την κλιμάκωση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Λίγες έρευνες, ωστόσο, έχουν ερευνήσει το ρόλο του γονικού καπνίσματος στην πρόβλεψη των διαφόρων επιπέδων καπνίσματος των παιδιών (παρά μόνο στην έναρξη καπνίσματος) (Otten, Engels, van de Ven, & Bricker, 2007). Πρόσφατα, ο Bricker και οι συνεργάτες του (Bricker et al., 2006) βρήκαν αυξημένο κίνδυνο για τα παιδιά που οι γονείς τους κάπνιζαν, για να κάνουν την μετάβαση από το «ποτέ» στο «πρώτο τσιγάρο», δηλαδή για τον πειραματισμό, από το «πρώτο τσιγάρο» στο «μηνιαίο», δηλαδή από τον πειραματισμό στο συστηματικό κάπνισμα και από το συστηματικό κάπνισμα στο καθημερινό κάπνισμα.

Οι Weiss και Garbanati (2004) πραγματοποίησαν έρευνα σε 106 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών. Από το δείγμα τους το 49% δήλωσε πως είχε δοκιμάσει να καπνίσει και το 27% αυτο-χαρακτηρίστηκαν ως συστηματικοί καπνιστές. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι οι στάσεις σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Όπως ήταν αναμενόμενο οι στάσεις των καπνιστών σε σύγκριση με τις στάσεις των μη καπνιστών ήταν θετικότερες, επίσης ήταν πιο πιθανό να έχουν καπνιστή πατέρα. Η επίδραση των γονέων ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος θα πρέπει αρχικά να διερευνηθεί περαιτέρω, καθώς θα πρέπει να βρεθεί η επίδραση των γονιών ως προς το κάπνισμα και στη συνέχεια να βρεθούν τρόποι εμπλοκής των γονέων στα αντίστοιχα παρεμβατικά προγράμματα.

Λίγες μελέτες, έχουν λάβει υπόψη τη γονική ιστορία του καπνίσματος (δηλαδή, διαφοροποίηση μεταξύ των γονέων που δεν κάπνισαν ποτέ και αυτών που υπήρξαν καπνιστές). Αυτός ο διαχωρισμός είναι σημαντικός εντούτοις, η πρόωρη έκθεση στο γονικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει τα παιδιά για να καπνίσουν όταν μεγαλώσουν, σύμφωνα με το καθυστερημένο μοντέλο διαμόρφωσης. Οι λίγες έρευνες που έχουν περιλάβει την γονική ιστορία καπνίσματος, έχουν δείξει ότι οι έφηβοι των οποίων οι γονείς ήταν πρώην καπνιστές ήταν πιθανότερο να καπνίσουν από εκείνους που οι γονείς τους δεν έχουν καπνίσει ποτέ και μείωση του κινδύνου παρουσιάστηκε σε εφήβους με γονείς που έκοψαν το κάπνισμα έναντι εκείνων που οι γονείς τους ήταν συστηματικοί καπνιστές (Bricker et al., 2003; Den Exter Blokland et al., 2004; Otten et al., 2005). Αν και οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες έχουν ένα



μακροχρόνιο σχεδιασμό, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι η γονική διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με μείωση του κινδύνου των παιδιών να καπνίσουν σε σύγκριση με την περίπτωση που και οι δυο γονείς ήταν καπνιστές. Περαιτέρω, τα παιδιά με γονείς που εγκατέλειψαν το κάπνισμα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να καπνίσουν από τα παιδιά που οι γονείς τους δεν κάπνισαν ποτέ (Bricker et al., 2003). Ωστόσο, αν και οι πιο πρόσφατες έρευνες επικεντρώθηκαν στα αποτελέσματα του γονικού καπνίσματος (ιστορία) για την έναρξη του καπνίσματος στα παιδιά, θα επικεντρωθούμε στα αποτελέσματα του γονικού καπνίσματος και της γονικής ιστορίας καπνίσματος στην προοδευτική μετάβαση των εφήβων στο κάπνισμα.

Η χρονική περίοδος διακοπής του καπνίσματος από τους γονείς μπορεί επίσης να έχει επιπτώσεις στο εφηβικό κάπνισμα (Den Exter, Blokland et al., 2004; Farkas et al., 1999). Όσο πιο σύντομη είναι η έκθεση στους γονείς που καπνίζουν λιγότερο πιθανό είναι τα παιδιά να θεωρήσουν το κάπνισμα φυσιολογικό και να το ξεκινήσουν. Με άλλα λόγια, εάν οι γονείς εγκαταλείψουν νωρίς το κάπνισμα στη ζωή του παιδιού, τόσο λιγότερη είναι η έκθεση και συνεπώς τόσο χαμηλότερος ο κίνδυνος για το παιδί να ξεκινήσει το κάπνισμα. Σε μια μελέτη ο Farkas και οι συνεργάτες του (1999) αναφέρονται στις σχέσεις μεταξύ της στιγμής διακοπής του καπνίσματος από τους γονείς και της συμπεριφοράς των παιδιών προς το κάπνισμα. Η μελέτη προτείνει ότι τα προληπτικά αποτελέσματα της γονικής διακοπής καπνίσματος ήταν περισσότερο αδύναμα όταν η διακοπή πραγματοποιήθηκε κατά την ηλικία των 9 ετών του παιδιού, από ότι όταν το παιδί ήταν μικρότερο. Αυτό μπορεί να ερμηνεύεται ότι η προληπτική επίδραση από την διακοπή του καπνίσματος των γονέων, αυξάνεται εάν ο χρόνος έκθεσης είναι μεγαλύτερος. Εναλλακτικά, η πιο πρόσφατη έκθεση στη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους να αναπτύξουν ισχυρότερες αξίες γύρω από το να μην καπνίσει κάποιος, με αυτόν τον τρόπο παρέχεται ισχυρότερη αποθάρρυνση για την έναρξη του καπνίσματος από τους εφήβους, από την λιγότερη έκθεση.

Οι περισσότερες έρευνες για το γονικό κάπνισμα έχουν περιλάβει και τις μητέρες και τους πατέρες, αγνοώντας το γεγονός ότι ένας ουσιαστικός αριθμός παιδιών ζει σε μονογονικές οικογένειες. Για αυτό το λόγο υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη εστίασης στην οικογενειακή δομή κατά την μελέτη του γονικού καπνίσματος. Έφηβοι από μονογονικές οικογένειες έχουν σημαντικά πιο υψηλά επίπεδα καπνίσματος από εκείνους που ζουν και με τους δυο βιολογικούς γονείς τους (Bjarnason et al., 2003; Griesbach, Amos, Currie, 2003; Miller, 1997), αλλά λίγα

είναι γνωστά για τα πιθανά αποτελέσματα της οικογενειακής δομής στις μεταβάσεις του καπνίσματος. Ένας λόγος είναι ότι τα αποτελέσματα της διαμόρφωσης στις μονογονικές οικογένειες μπορούν να είναι κάπως διαφορετικά από τα αποτελέσματα διαμόρφωσης που προέρχονται από τις οικογένειες με δυο γονείς. Συγκεκριμένα στις οικογένειες με δυο γονείς η συμπεριφορά του ενός γονέα μπορεί να ενισχύσει ή να ενθαρρύνει τη συμπεριφορά του άλλου. Άλλες πιθανές εξηγήσεις για τις διαφορές μεταξύ των οικογενειών με ένα και δυο γονείς μπορούν να αναφερθούν σε μια μικρότερη παροχή επίβλεψης και ίσως λιγότερων ευκαιριών αλληλεπίδρασης με εφήβους λόγω των ανταγωνιστικών ευθυνών αντίθετα με τις οικογένειες με δυο γονείς. Επίσης η επίδραση της υιοθέτησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος ως αντίδραση προς το κάπνισμα των γονέων, προτείνει ότι τα παιδιά των οικογενειών που καπνίζουν, κινδυνεύουν περισσότερο να ξεκινήσουν το κάπνισμα και πιο συγκεκριμένα ο κίνδυνος έναρξης του καπνίσματος αυξάνεται καθώς ο αριθμός των γονέων που καπνίζουν αυξάνεται (Peterson, Leroux, Bricker, Kealey, Marek, Sarason, & Anderson, 2006). Ως εντούτοις, ένα παιδί με ένα γονέα που καπνίζει κινδυνεύει περισσότερο να ξεκινήσει το κάπνισμα, από ένα παιδί που οι γονείς του δεν καπνίζουν; και ένα παιδί που έχει δυο γονείς που καπνίζουν έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίσει έναντι ενός παιδιού με ένα καπνιστή γονέα. Σύμφωνα με την κοινωνική γνωστική θεωρία, αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να δείξουν ότι τα αποτελέσματα διαμόρφωσης αυξάνονται εάν και οι δύο γονείς παρουσιάζουν παρόμοια συμπεριφορά. Ένα ερώτημα είναι κατά πόσο η οικογενειακή δομή μπορεί να επηρεάσει στις χαμηλότερες μεταβάσεις του καπνίσματος ή στις υψηλότερες (πχ. από την δοκιμή στο καθημερινό κάπνισμα). Επιπλέον είναι σημαντικό να εξετασθεί πως η κοινωνική γνωστική θεωρία εγκαθιστά τα αποτελέσματα διαμόρφωσης στις διαφορετικές οικογενειακές δομές, λαμβάνοντας υπόψη το γονικό κάπνισμα. Εκτιμώντας ότι μέσα σε μια οικογένεια με δυο γονείς, ένας μη καπνιστής γονέας μπορεί να μετριάσει την επίδραση διαμόρφωσης που προκαλείται από τον γονέα που καπνίζει, σε μια μονογονική οικογένεια δεν υπάρχει κανένα δεύτερο πρότυπο ρόλου που να μπορεί να αποθηκεύσει την συμπεριφορά του άλλου γονέα έτσι ώστε να εμποδίσει την επίδραση διαμόρφωσης του γονέα που καπνίζει. Εάν αυτό ισχύει τα παιδιά των μονογονικών οικογενειών μπορεί να είναι πιθανότερο να προχωρήσουν στο κάπνισμα.

Στην έρευνα των Leatherdale, McDonald, Cameron, Jolin και Brown (2006) στην οποία συμμετείχαν 6.431 μαθητές ηλικίας γυμνασίου (ηλικίας 11-14 χρονών)

παρατήρησαν ότι οι μη καπνιστές μαθητές ήταν πιθανότερο να καπνίσουν αν είχαν καπνιστές φίλους, μητέρα που κάπνιζε ή 2 ή περισσότερους στενούς φίλους οι οποίοι κάπνιζαν και φοιτούσαν σε σχολείο με υψηλότερα ποσοστά συχνότητα καπνίσματος στην 8^η τάξη.

Σχεδόν όλες οι έρευνες που αφορούν τη συμπεριφορά του καπνίσματος και περιλαμβάνουν τους γονείς, εμπλέκουν μόνο τη συμπεριφορά των γονέων και όχι άλλους παραμέτρους (πχ. ψυχολογικούς παράγοντες, γνώσεις) που πιθανά επηρεάζουν τα παιδιά.

Φυσική δραστηριότητα και κάπνισμα

Η καθιστική ζωή αποτελεί ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα, λόγω των συνεπειών στην υγεία των ατόμων. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, λιγότερος από τον μισό πληθυσμό των ενηλίκων ασχολείται τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδος με τριαντάλεπτη φυσική δραστηριότητα μετρίας εντάσεως, ενώ το 25% του πληθυσμού, δεν ασκείται καθόλου (Bijnen, Feskens, & Caspersen, 1996; US Dept. of Health and Human Services, 1996). Τα ποσοστά της καθιστικής ζωής αυξάνονται σε ορισμένους πληθυσμούς, όπως σε ηλικιωμένους, γυναίκες, μειονότητες και άτομα με φυσικές ιδιαιτερότητες (Booth, Bauman, Owen, & Gore, 1997). Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να συνεισφέρει στην υγεία, προλαμβάνοντας πολλές ασθένειες. Όταν οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού, όπως η αναπνοή, η καρδιακή λειτουργία και το κυκλοφοριακό, υποβαθμίζονται λόγω της υποκινητικότητας, αναπτύσσονται διάφορες παθήσεις, καρδιοαγγειακά προβλήματα, τύποι καρκίνου, διαβήτη, στρες, ή κατάθλιψη (Blair, 1996; Blair, Horton, & Leon, 1996; Blair et al., 1995).

Η φυσική δραστηριότητα έχει σημαντική επίδραση στην υγεία και προτείνεται από τους ειδικούς (Cobin & Pangrazzi, 1998; US Department of Health & Human Services, 2000) ότι τα παιδιά χρειάζονται το λιγότερο 60 λεπτά μέτριας προς έντονης έντασης φυσική δραστηριότητα την ημέρα. Σημαντικά είναι τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία συμπεριλαμβανομένου την ευνοϊκή σκελετική ανάπτυξη και την παρεμπόδιση της παχυσαρκίας (Caspersen, Nixon, & DuRant, 1998). Για την καλύτερη προώθηση της φυσικής δραστηριότητας, είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες που καθορίζουν τη συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα μεταξύ των διαφόρων ομάδων. Παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, η στάση απέναντι στη φυσική δραστηριότητα και η

ενθάρρυνση για συμμετοχή των εφήβων στη φυσική δραστηριότητα σχετίζονται με την συμμετοχή των εφήβων στην φυσική δραστηριότητα. Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είναι χαμηλότερο μεταξύ των εφήβων από ένα χαμηλό, έναντι ενός υψηλού, κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου (Ljunggren & Johansson, 1993; Tuinstra, Groothoff, van den Heuvel, & Post, 1998; Vilhjalmsson & Kristjansdottir, 2003). Η ενθάρρυνση για να είναι φυσικά ενεργός-ή περιγράφει τα αποτελέσματα του περιβάλλοντος του εφήβου στην ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας. Παραδείγματος χάριν οι γονείς και οι συνομήλικοι έχουν μια επίδραση στο ενδιαφέρον του εφήβου για να είναι φυσικά ενεργός (Anderssen & Wold, 1992; National agency for education, 1993; Vilhjalmsson & Thorlindsson, 1998). Οι συνήθειες προς τη φυσική δραστηριότητα απεικονίζουν ποικίλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου των πεποιθήσεων σχετικά με συμπεριφοριστικές συνέπειες και στάση προς ορισμένα αθλήματα ή απέναντι στη φυσική αγωγή. Οι Rodriguez, Dunton, Tschernie και Sass (2008) προτείνουν ότι για τους εφήβους η συμμετοχή τους σε ενδοσχολικά προγράμματα φυσικής δραστηριότητας μπορεί να μειώσει το κάπνισμα, όταν νοιώθουν ικανοί νοιώθουν μετά τη συμμετοχή τους.

Η εργασία ανασκόπησης των Ussher, Taylor, West και McEwen (2000) διερεύνησε αν η άσκηση βοηθά τη διακοπή του καπνίσματος μέσα από ανασκόπηση των δημοσιευμένων ερευνών κατά τα έτη 1980-1999. Στην ανασκόπηση τους συμπεριλήφθηκαν τελικά οκτώ έρευνες. Από αυτές μόνο σε δυο φάνηκε ότι η άσκηση βοηθά στη αποχή από το κάπνισμα. Η άσκηση και το κάπνισμα είναι δυο συμπεριφορές οι οποίες δε φαίνεται να συμβαδίζουν. Γενικός από τα αποτελέσματα φανερώνονται αντικρουόμενα αποτελέσματα [(για ανασκόπηση Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος (2005)]. Στην εργασία τους παρουσίασαν δεδομένα που αφορούσαν τη σχέση μεταξύ άσκησης και καπνίσματος τα οποία έδειξαν ότι γενικά όσο ανεβαίνει το ποσοστό άσκησης και το επίπεδο της φυσικής τους κατάστασης, τόσο μειώνεται η κατανάλωση του τσιγάρου, χωρίς αυτό να επαληθεύεται σε όλες τις έρευνες.

Η σχέση μεταξύ άσκησης, καπνίσματος και άλλων συμπεριφορών υγείας πραγματοποιήθηκε από τους Coulson, Eiser και Eiser (1997). Στο δείγμα τους (N=932) συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 12-15 ετών και σχημάτισαν τρεις ηλικιακές κατηγορίες (12-13, 13-14, 14-15). Εξετάστηκαν οι ακόλουθες συμπεριφορές: κάπνισμα, άσκηση, υγιεινή διατροφή. Από τα αποτελέσματά τους φάνηκε το κάπνισμα να συνδέεται με μειωμένα επίπεδα άσκησης, κατανάλωση λιγότερων φρέσκων φρούτων και περισσότερων λιπαρών τροφών. Ακόμη φάνηκε ότι η

συμπεριφορά του καπνίσματος σχετίζονταν σημαντικά με την ηλικία, δηλαδή όσο αυξάνονταν η ηλικία αυξάνονταν και η συχνότητα καπνίσματος.

Τη σχέση μεταξύ υγιεινής διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος εξέτασε η έρευνα της Wilson και των συνεργατών της (Wilson et al., 2005). Το δείγμα τους αποτελούνταν από 10635 έφηβους, οι οποίοι συμμετείχαν σε προγράμματα πρόληψης ή διακοπής του καπνίσματος. Οι καπνιστές ήταν λιγότερο πιθανό, από ότι οι μη καπνιστές, να αθλούνται περισσότερες ή ίσες με τρεις φορές την εβδομάδα και να προσλαμβάνουν τουλάχιστον ένα γεύμα λαχανικών ή γαλακτοκομικού προϊόντος. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα καπνίσματος συνδέονταν με χαμηλότερη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών και φυσικής δραστηριότητας.

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό πληθυσμό ήταν αυτή των Μπεμπέτσου, Θεοδωράκη και Χρόνης (2000). Στην έρευνά τους ερεύνησαν τις διαφορές των στάσεων καπνιστών και μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα σε δείγμα 323 ελλήνων φοιτητών. Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι τα άτομα που κάπνιζαν είχαν αρνητικές στάσεις προς την άσκηση, απέφευγαν την άσκηση και παραδέχονταν ότι είχαν λιγότερες γνώσεις και ενημέρωση για την άσκηση και το κάπνισμα. Επιπλέον εμφάνιζαν πολύ θετικές στάσεις προς το κάπνισμα, και την πρόθεσή τους να συνεχίσουν να είναι καπνιστές.

Έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) διερεύνησε τις διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων ατόμων ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Στην έρευνά τους έλαβαν μέρος 291 άτομα (152 άνδρες και 139 γυναίκες) η ηλικία τους κυμαινόταν 13 έως 53 έτη, με μέσο όρο 20.7 έτη. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι όσο περισσότερο ασκούσαν τα άτομα τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Επίσης τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούσαν λιγότερο και κάπνιζαν περισσότερο από τα μικρότερα σε ηλικία άτομα, τα μη ασκούμενα άτομα κάπνιζαν περισσότερο από τα ασκούμενα και τέλος, τα άτομα που στο παρελθόν υπήρξαν αθλητές κάπνιζαν λιγότερο από τα άτομα που δεν είχαν ασχοληθεί ποτέ με την άσκηση. Τα δεδομένα της έρευνας αυτής συνηγορούν στην άποψη ότι η ενασχόληση των ατόμων με την άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν μαθητές, μαθήτριες της Α΄ γυμνασίου ($N=413$) και οι γονείς (κηδεμόνες) τους ($N=270$). Το 54.9% του δείγματος ήταν αγόρια και το 45.1% κορίτσια. Οι μαθητές/τριες ανήκαν σε σχολεία αστικών περιοχών και φοιτούσαν σε ιδιωτικά σχολεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Σχεδόν όλα τα παιδιά ήταν 13 ετών όταν διεξήχθη η έρευνα. Ο μέσος όρος ηλικίας των γονέων ήταν 45.62 έτη ($SD = 4.74$). Το 34.4% των γονέων που συμμετείχαν ήταν άνδρες ($N = 93$) και το 65.6% ($N = 177$) ήταν γυναίκες.

Χρησιμοποιήθηκαν παιδιά της πρώτης τάξης του γυμνασίου καθώς θεωρείται μια ηλικία πολύ σημαντική για τον πειραματισμό με το κάπνισμα, αφού εντάσσονται σε ένα νέο περιβάλλον. Τα χρόνια του γυμνασίου είναι πολύ σημαντικά για το πειραματισμό με το κάπνισμα και ιδίως το καλοκαίρι μεταξύ της Α΄ και της Β΄ γυμνασίου (Strong & Sidira, 2006). Οι μαθητές/τριες ανήκαν σε σχολεία αστικών περιοχών.

Περιγραφή οργάνων μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-περιγραφής τα οποία συμπληρώθηκαν από τα παιδιά και τους κηδεμόνες τους. Οι μαθητές αξιολόγησαν την πρόθεση τους για κάπνισμα, την στάση τους για κάπνισμα, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα, την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, τις στάσεις προς την άσκηση, οι οποίοι αποτελούν παράγοντες της ΘΣΣ. Επίσης, αξιολόγησαν την ανάγκη για γνωστική επεξεργασία και την προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα, τη συμπεριφορά του καπνίσματος, την συνήθεια, την συμπεριφορά της φυσικής δραστηριότητας και τις γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα. Οι γονείς συμπλήρωσαν ερωτήσεις αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος, πληροφόρηση σχετικά με το κάπνισμα, ερωτηματολόγιο γνώσεων και του σταδίου του μοντέλου αλλαγής. Για όλα τα ερωτηματολόγια έχει γίνει έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας σε προγενέστερες έρευνες (Kosmidou & Theodorakis, 2007; Kosmidou, Theodorakis, & Chroni, 2008; Theodorakis, 1994; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, Goudas, 2003). Οι παραπάνω έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε παρόμοιες ηλικίες με αυτές της παρούσας έρευνας και για αυτό δεν έγιναν πιλοτικές έρευνες.

Ανάγκη για γνωστική επεξεργασία

Αποτελεί ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε από τους Petty και Cacioppo (1986). Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί την τάση αλλά και την ευχαρίστηση του ατόμου να εμπλακεί σε σκέψη (γνωστική επεξεργασία) και βασίζεται σε παλαιότερη έννοια του Cohen (1983). Ο συγκεκριμένος παράγοντας προβλέπει τον τρόπο με το οποίο τα άτομα διαχειρίζονται γνωστικά έργα και πληροφορίες (Cacioppo & Petty, 1982). Αποτελεί συντομευμένη μορφή του παλαιότερου ερωτηματολογίου 34 ερωτήσεων και εκφράζει έναν παράγοντα (Cacioppo, Petty & Kao, 1984). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 ερωτήσεις, η απάντηση των οποίων δίνεται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert (1: «δεν ισχύει καθόλου για μένα», 5: «ισχύει απόλυτα για μένα»). Το άτομο πρέπει να απαντήσει με βάση το πόσο ισχύει για αυτόν η κάθε πρόταση. Οι 18 ερωτήσεις-προτάσεις υπάρχουν στο Παράρτημα. Α. Παράδειγμα ερώτησης είναι η ακόλουθη: «Θα προτιμούσα πολύπλοκα αντί για απλά προβλήματα». Όλες οι προτάσεις σχηματίζουν έναν παράγοντα. Για την αξιολόγηση της συνοχής γίνεται αντιστροφή των απαντήσεων των ερωτήσεων 3,4,5,7,8,9,12,16,17, όπως ακριβώς ορίζεται από τους Petty και Cacioppo (1986). Με τον τρόπο αυτό τα υψηλότερα σκορ σημαίνουν και μεγαλύτερη ανάγκη για γνωστική επεξεργασία.

Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Α) Στάσεις προς το Κάπνισμα: για την αξιολόγηση των στάσεων των μαθητών ως προς το κάπνισμα χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος έξι ζευγών αντίθετων επιθέτων. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν πόσο θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι: (π.χ. καλό ή κακό, υγιεινό ή ανθυγιεινό) σε 7-βάθμια κλίμακα (1:πολύ κακό – 7:πολύ καλό). Τρία ζεύγη επιθέτων ήταν με αντίστροφη κλίμακα (δηλαδή 1: πολύ καλό- 7: πολύ κακό) και έγινε αντιστροφή τους πριν την στατιστική ανάλυση. Υψηλότερο σκορ αντιπροσώπευε θετικότερες στάσεις προς το κάπνισμα.

Β) Πρόθεση προς το κάπνισμα: χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος τριών ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα ερώτησης-απάντησης: «Σκοπεύω να καπνίσω» «7: πολύ απίθανο - 1: πολύ πιθανό». Τα μικρότερα σκορ δήλωναν μικρότερη πρόθεση για κάπνισμα.

Γ) Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος της Συμπεριφοράς: χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος τριών ερωτήσεων για να αξιολογηθεί το κατά πόσο ο συμμετέχοντας πίστευε ότι η

συγκεκριμένη συμπεριφορά ελέγχεται από το ίδιο. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα ερωτήσεις-απαντήσεις: «Αν το ήθελα θα κάπνιζα:» «1: πολύ λάθος - 7: πολύ σωστό». Μικρότερα σκορ δήλωναν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς του καπνίσματος.

Δ) Κοινωνικό πρότυπο: χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος τριών ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα ερώτησης-απάντησης: «Αν καπνίσω, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα...» «1: διαφωνήσουν-7: συμφωνήσουν». Υψηλότερα σκορ δήλωναν ότι το άτομο πίστευε ότι οι σημαντικοί άλλοι ενέκριναν τη συμπεριφορά του καπνίσματος

Ε) Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα: χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος τεσσάρων ερωτήσεων που αξιολογούσαν τον αντιλαμβανόμενο βαθμό ενημέρωσης που έχουν τα άτομα. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αποτελεί σύμφωνα με τον Krosnick και των συνεργατών του (1993) μια διάσταση των στάσεων και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Kosmidou & Theodorakis, 2007; Kosmidou, Theodorakis, Goudas & Papaioannou, 2007). Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Παράδειγμα ερώτησης-απάντησης: «Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος» «1: καθόλου ενημερωμένος - 7: πολύ ενημερωμένος». Υψηλότερο σκορ δήλωνε ότι το άτομο πίστευε ότι ήταν περισσότερο ενημερωμένο σχετικά με το κάπνισμα.

ΣΤ) Αυτό-ταυτότητα: ο συγκεκριμένος παράγοντας αξιολογούσε κατά πόσο η συμπεριφορά του καπνίσματος είναι μέρος της προσωπικότητας του ατόμου. Ο παράγοντας αποτελούνταν από τέσσερις προτάσεις, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα. Το σκορ του παράγοντα ήταν ο μέσος όρος των 4 ερωτήσεων. Παράδειγμα ερώτησης-απάντησης: «Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να καπνίσει» «1: διαφωνώ - 7: συμφωνώ». Υψηλότερο σκορ δήλωνε ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος αποτελούσε μέρος της ταυτότητας του ατόμου.

Ζ) Πληροφόρηση: ο παράγοντας αυτός αξιολογούσε την πληροφόρηση των ατόμων για το κάπνισμα. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αποτελεί σύμφωνα με τον Krosnick και των συνεργατών του (1993) μια διάσταση των στάσεων και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Kosmidou & Theodorakis, 2007). Χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος τεσσάρων ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε 7-βάθμια κλίμακα Likert και υψηλότερα σκορ δήλωναν μεγαλύτερη πληροφόρηση Παράδειγμα

ερώτησης-απάντησης: «Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος» «1: καθόλου ενημερωμένος - 7: πολύ ενημερωμένος».

Ερωτηματολόγιο γνώσεων

Το ερωτηματολόγιο γνώσεων αξιολογούσε τις γνώσεις που είχε το κάθε παιδί σχετικά με το κάπνισμα. Σε κάθε πρόταση – συνέπεια του καπνίσματος ο συμμετέχοντας έπρεπε να δηλώσει αν το γνώριζε ή όχι. Το σύνολο των πληροφοριών-ερωτήσεων ήταν είκοσι δύο. Το σκορ στο συγκεκριμένο παράγοντα ήταν το άθροισμα των απαντήσεων «το γνωρίζω». Υψηλότερα σκορ σήμαιναν υψηλότερες γνώσεις σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος. Παράδειγμα ερώτησης και της αντίστοιχης απάντησης: «Το κάπνισμα προκαλεί βρογχίτιδα» «0: δεν το γνωρίζω – 1: το γνωρίζω» (Hassandra, Theodorakis, Kosmidou & Grammatikopoulos, 2009).

Ερωτηματολόγιο προσωπική εμπλοκή με το θέμα «κάπνισμα»

Ο παράγοντας αυτός αξιολογούσε το κατά πόσο οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι το θέμα «κάπνισμα» τους αφορούσε. Ο παράγοντας ήταν ο μέσος όρος τριών ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων δίνονταν σε 5-βάθμια κλίμακα Likert. Παράδειγμα ερώτησης και της αντίστοιχης απάντησης: «νοιώθω ότι το θέμα κάπνισμα με αφορά» «1: καθόλου - 5: πολύ». Οι ερωτήσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν τόσο σε έρευνες του εξωτερικού (Furlong, 1993, Verplanken, 1989), όσο και σε ελληνικό πληθυσμό (Kosmidou & Theodorakis, 2007; Theodorakis & Kosmidou, 2005).

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συμπεριφοράς του καπνίσματος

Για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος χρησιμοποιήθηκαν πέντε ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) και βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά («ναι» - «όχι»). Η πρώτη ερώτηση διαχώριζε τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η δεύτερη ερώτηση αξιολογεί τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η τρίτη ερώτηση αξιολογεί τους εν ενεργεία καπνιστές, η τέταρτη ερώτηση αξιολογεί τους

συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η πέμπτη ερώτηση αξιολογούσε τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές (heavy smokers).

Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη δυο ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούσαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν τα άτομα κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας αλλά και την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αντίστοιχο αριθμό των τσιγάρων επιλέγοντας από την ακόλουθη κωδικοποίηση η οποία έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Hine, Tilleczek, Lewko, McKenzie-Richer, & Perreault, 2005; Mills, Stephens, & Wilkins, 1994): κανένα, 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26 και πάνω τσιγάρα.

Ερωτηματολόγιο καταγραφής άσκησης κατά τον ελεύθερο χρόνο

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

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του καπνίσματος ως συνήθεια

Χρησιμοποιήθηκαν δώδεκα ερωτήσεις βασισμένες στο ερωτηματολόγιο των Verplanken και Orbell (2003) οι οποίες αξιολογούσαν κατά πόσο το κάπνισμα ήταν συνήθεια, άρα μια αυτόματη συμπεριφορά. Οι απαντήσεις δίνονταν σε 7-βαθμια κλίμακα (1: διαφωνώ απόλυτα, 7: συμφωνώ απόλυτα). Παράδειγμα ερώτησης «Το κάπνισμα είναι κάτι που το κάνω συχνά». Για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε η εγκυρότητα και αξιοπιστία στην έρευνα της Αδάμου (2008) σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Ερωτηματολόγιο Αλλαγής Σταδίων για τη συμπεριφορά του καπνίσματος

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις όμοιες με άλλων ερευνών (Armitage, 2003; Humphreys, Thompson, & Miner, 1998) και οι οποίες τροποποιήθηκαν για τον ελληνικό πληθυσμό και για τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε προγενέστερες έρευνες (Κοσμίδου, 2007). Υπήρχαν πέντε προτάσεις, η κάθε μία από τις οποίες αξιολογούσε ένα στάδιο. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε μια έκτη πρόταση η οποία αντιπροσώπευε τα άτομα που δεν καπνίζουν αλλά και δεν έχουν καπνίσει ποτέ (ούτε μία ή δύο ρουφηξιές). Αρχικά δίνονταν η εξήγηση ότι για τη συγκεκριμένη έρευνα θεωρείται ότι κάποιος έχει καπνίσει αν έχει καπνίσει έστω και μία ή δύο ρουφηξιές. Στη συνέχεια κάθε συμμετέχοντας έπρεπε να επιλέξει την πρόταση που τον περιγράφει καλύτερα. Οι προτάσεις ήταν οι ακόλουθες:

-Δεν καπνίζω και δεν κάπνισα ποτέ.

-Καπνίζω και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους έξι μήνες.

-Καπνίζω, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στις επόμενες δεκαπέντε μέρες.

-Καπνίζω, αλλά τους τελευταίους έξι μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω.

-Κάπνιζα στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό (λιγότερο από έξι μήνες) δεν καπνίζω πια.

-Κάπνισα ή κάπνιζα στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για περισσότερους από έξι μήνες.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Άδεια για την συλλογή των δεδομένων δόθηκε αρχικά από τις διοικήσεις των σχολείων καθώς επρόκειτο για ιδιωτική εκπαίδευση. Στη συνέχεια ζητήθηκε έγγραφη

άδεια από τους γονείς – κηδεμόνες για την συμμετοχή των παιδιών στη διαδικασία μέτρησης.

Οι μαθητές συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μέσα στις σχολικές τους τάξεις, έτσι ώστε οι συνθήκες να είναι οι καλύτερες δυνατές. Η ερευνήτρια εξηγούσε μόνο τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και έδινε εξηγήσεις σε όποιο παιδί το ζητούσε.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και το κάθε παιδί συμπλήρωνε την ημερομηνία γέννησης του και το φύλο του. Το κάθε παιδί τοποθετούσε το ερωτηματολόγιο μέσα σε ειδική κάλπη. Η χρησιμοποίηση της κάλπης κρίνονταν απαραίτητη, καθώς το κάπνισμα είναι μια συμπεριφορά η οποία χαρακτηρίζεται «ταμπού».

Μοιράστηκαν (μέσω των παιδιών) ερωτηματολόγια στον έναν από τους δύο γονείς (ή κηδεμόνες) των παιδιών. Τα παιδιά ενθαρρύνθηκαν να δώσουν το ερωτηματολόγιο στον γονέα που τα ίδια επιθυμούν. Με αυτόν τον τρόπο συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι γονείς που ήταν περισσότερο «κοντά» με τα παιδιά. Επίσης με αυτόν τον τρόπο δεν ήρθαν σε δύσκολη θέση τα παιδιά τα οποία ανήκαν σε μονογονεϊκή οικογένεια. Δόθηκε η δυνατότητα το ερωτηματολόγιο να συμπληρωθεί από τον κηδεμόνα του παιδιού, στην περίπτωση που είναι άλλο πρόσωπο από το γονέα.

Στο ερωτηματολόγιο των γονέων συμπληρώθηκε η ημερομηνία γέννησης του παιδιού, το φύλο του παιδιού καθώς το φύλο και το έτος γέννησης του γονέα που θα συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Με τον τρόπο αυτό ενοποιήθηκαν τα δεδομένα του παιδιού με τον αντίστοιχο γονέα χωρίς να παραβιάζεται η ανωνυμία των ερωτηματολογίων.

Στατιστική ανάλυση και Σχεδιασμός της έρευνας

Έγινε ανάλυση αξιοπιστίας για τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά, με το δείκτη α του Cronbach. Δημιουργήθηκε μια τιμή για τον κάθε παράγοντα, από το μέσο όρο των ερωτήσεων που αξιολογούσαν το συγκεκριμένο παράγοντα. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση συσχετίσεων των παραγόντων των παιδιών και των γονέων. Έγιναν αναλύσεις διακύμανσης στα επίπεδα κινητικής απόδοσης για τα παιδιά που έχουν αρνητικές ή θετικές στάσεις προς το κάπνισμα.

Έγινε πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα των παιδιών από τις στάσεις τους, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, το κοινωνικό πρότυπο, το ενδιαφέρον για

σχετικές πληροφορίες, τις πραγματικές γνώσεις, τις στάσεις προς το κάπνισμα των γονέων και τη συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων. Οι αναλύσεις πρόβλεψης έγιναν με *stepwise regression analysis*.

Σύνοψη

Συνοπτικά παρατηρούμε ότι η άσκηση και το κάπνισμα είναι δύο αντίθετες συμπεριφορές υγείας με όμως αντικρουόμενα ερευνητικά αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό η σχέση φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο διεξοδικά για κάθε ηλικιακή ομάδα και να προστεθούν και παράγοντες που αφορούν τους γονείς, έτσι ώστε στη συνέχεια να σχεδιαστούν αποτελεσματικότερα παρεμβατικά προγράμματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιοπιστία κλιμάκων παιδιών.

Το τεστ του άλφα (Cronbach, 1951) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξεταστεί η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων (γνωστικής επεξεργασίας, στάσεων, πρόθεσης, αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς, αυτό - ταυτότητας, κοινωνικού προτύπου, ενημέρωσης, προσωπικής εμπλοκής, συνήθειας και γνώσεων). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων ήταν σε αποδεκτά επίπεδα και παρακάτω παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δείκτες εσωτερικής συνοχής κλιμάκων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις

Παράγοντες	α - Cronbach	M	SD
Στάσεις προς το κάπνισμα	.77	1.47	0.80
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς	.70	2.11	1.42
Κοινωνικό πρότυπο	.60	1.34	.71
Αυτό – ταυτότητα	.79	1.62	0.99
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα	.86	3.81	1.77
Πρόθεση προς το κάπνισμα	.78	1.43	0.81
Ανάγκη για γνωστική επεξεργασία	.80	3.31	0.54
Προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα	.70		
Συνήθεια	.91	1.24	0.70
Γνώσεις		14.59	3.39

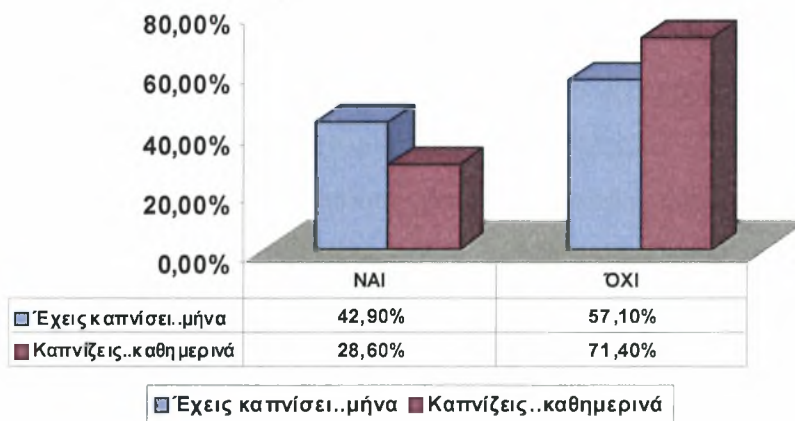
Αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος των παιδιών

Για τις τρεις πρώτες ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε το σύνολο των συμμετεχόντων, ενώ στις ερωτήσεις ανίχνευσης των συστηματικών και των παθιασμένων καπνιστών χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι απαντήσεις των ατόμων που δήλωσαν εν ενεργεία καπνιστές.

Πίνακας 2. Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στις ερωτήσεις καταγραφής συμπεριφοράς καπνίσματος

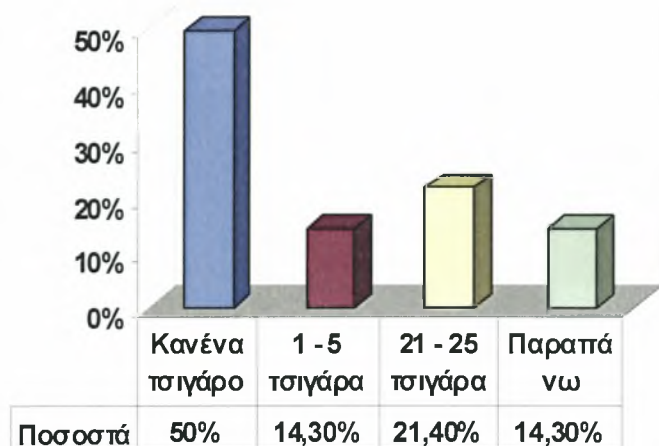
	% ΝΑΙ	% ΟΧΙ
Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές;	13.8	85.9
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από ένα τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα;	1.8	98.2
Έχεις καπνίσει έστω και μια μέρα τον προηγούμενο μήνα;	3.6	96.4

Για τις ερωτήσεις «έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες το προηγούμενο μήνα», «καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά» και «πόσα τσιγάρα κάπνισες χτες», εξετάστηκε το ποσοστό αυτόν που είχε απαντήσει θετικά στην ερώτηση «έχεις καπνίσει έστω και μια μέρα τον προηγούμενο μήνα» (δηλαδή N=14, 3.6%). Από αυτούς οι οκτώ (57.1%) απάντησαν αρνητικά στην πρώτη ερώτηση και οι δέκα (71.4%) στην δεύτερη, ενώ θετικά οι έξι (42.9%) και τέσσερις (28.6%) αντίστοιχα (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στις ερωτήσεις «έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα» και «καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά».

Στην τρίτη ερώτηση οι μισοί δηλαδή, 7 (50%) ήταν που δεν έκαναν “κανένα τσιγάρο” οι υπόλοιποι ήταν μοιρασμένοι σε αυτούς που έκαναν “1-5”, ... και “παραπάνω”. Αναλυτικά τα αποτελέσματα φαίνονται παρακάτω (Σχήμα 2).



Σχήμα 2: Ποσοστά απαντήσεων των παιδιών στην ερώτηση «πόσα τσιγάρα κάπνισες εχτές».

Τέλος, για την ερώτηση «πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την τελευταία εβδομάδα» ο μέσος όρος ήταν $M= 36.92$ ($SD= 83.95$).

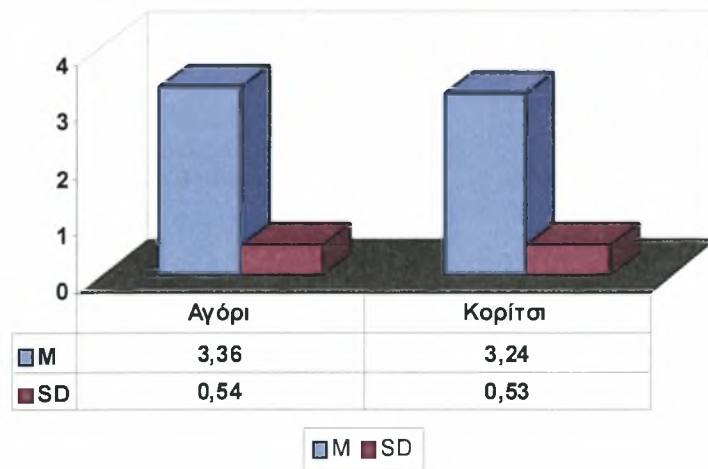
Αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών

Σύμφωνα με την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο ΣΔΑ, δηλαδή το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν από το κάθε συμμετέχοντα ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντίστοιχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία: [(έντονη άσκηση X 9) + (μεσαία ένταση X 5) + (ήπια ένταση X 3)]. Δημιουργήθηκε μια μεταβλητή ο ΣΔΑ, η οποία είχε $M= 74.38$, ($SD= 53.04$).

Αποτελέσματα ανάλυσης t - test

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης για ανεξάρτητες μετρήσεις ως προς έναν παράγοντα (t – test για ανεξάρτητα δείγματα) με:

1) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «ανάγκη για γνωστική επεξεργασία» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα «φύλο» ($t_{389} = 2.264$, $p=.024$) (Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Διαφορές μεταξύ μαθητών/τριων ως προς την ανάγκη για γνωστική επεξεργασία.

2) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «στάσεις προς το κάπνισμα» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{385} = 0.046, p=.963$).

3) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «πρόθεση προς το κάπνισμα» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{386} = 0.200, p=.841$).

4) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{385} = 0.289, p=.773$).

5) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «αυτό – ταυτότητα» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{386} = 0.880, p=.379$).

6) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «κοινωνικό πρότυπο» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{388} = .17, p=.88$).

7) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{389} = 2.83, p \leq .005$) με τα αγόρια να εμφανίζουν υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ενημέρωση από τα κορίτσια.

Πίνακας 3. Διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών

	Αγόρια		Κορίτσια		t-τιμή
	M.O	TA	M.O	TA	
Ανάγκη για γνωστική επεξεργασία	3.36	.54	3.24	.53	2.26*
Στάσεις προς το κάπνισμα	1.46	.74	1.47	.87	0.05
Πρόθεση προς το κάπνισμα	1.44	.83	1.42	.79	0.20
Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς	2.08	1.47	2.12	1.37	0.29
Κοινωνικό πρότυπο	1.35	.68	1.34	.75	.17
Αυτό – ταυτότητα	1.67	1.08	1.58	.89	0.88
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα	4.84	1.23	4.49	1.23	2.83*
Προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα	2.03	1.28	1.97	1.32	3.88
Συνήθεια	1.23	.61	1.25	.79	0.28
Γνώσεις	14.56	3.43	14.60	3.37	0.12

*=Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο $p < .05$

8) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{388} = .46$, $p = .64$).

9) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «συνήθεια» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{378} = 0.278$, $p = .781$).

10) εξαρτημένο παράγοντα τη μεταβλητή «γνώσεις» και ανεξάρτητο το φύλο (αγόρια, κορίτσια). Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ($t_{332} = 0.117$, $p = .907$).

Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου ανάγκη για γνωστική επεξεργασία

Στο ερωτηματολόγιο Ανάγκη για Γνωστική Επεξεργασία πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση. Εξετάστηκε αν ο πίνακας συσχετίσεων των μεταβλητών ήταν κατάλληλος για να γίνει παραγοντική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett και ο δείκτης καταλληλότητας του δείγματος Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Στατιστικά σημαντικές τιμές του Bartlett τεστ της

σφαιρικότητας είναι επιθυμητές και τιμές μεγαλύτερες του .60 για το δείκτη ΚΜΟ θεωρούνται ικανοποιητικές (ΚΜΟ= .849, Bartlett's Test of Sphericity=955.34, $p < .001$). Σύμφωνα με τους Petty και Cacioppo (1986) το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί έναν παράγοντα, η εσωτερική συνοχή του οποίου αξιολογήθηκε με το κριτήριο α του Cronbach. Η εσωτερική συνοχή ήταν $\alpha = .77$.

Συσχετίσεις

Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων

Εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων της ΘΣΣ, της προσωπικής εμπλοκής, της ανάγκης για επίγνωση και της συνήθειας, με το δείκτη r του Pearson. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Πίνακα 4.

Συσχέτιση των κλιμάκων της ΘΣΣ και του δείκτη φυσικής δραστηριότητας

Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας με τις στάσεις προς το κάπνισμα σχετίζονταν αρνητικά $r = -0.02$ αλλά όχι στατιστικά σημαντικά. Επίσης το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας συσχετίζονταν αρνητικά με την προώθηση αλλά όχι στατιστικά σημαντικά ($r = -.08$, $p = .32$), τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο ($r = -.10$, $p = .22$) και την αυτοταυτότητα ($r = -.07$, $p = .37$). Θετικά η φυσική δραστηριότητα συσχετίζονταν με την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση αλλά και πάλι όχι στατιστικά σημαντικά ($r = .03$, $p = .66$).

Συσχέτιση γνώσεων για το κάπνισμα και του δείκτη φυσικής δραστηριότητας

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων ($r = -.02$, $p = .83$).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.Ανάγκη για γνωστική επεξεργασία	1.00								
2.Στάσεις προς το κάπνισμα	-.253**	1.00							
3.Πρόθεση προς το κάπνισμα	-.242**	.626**	1.00						
4.Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς	-.167**	.455**	.524**	1.00					
5.Αυτό – ταυτότητα	-.146**	.462**	.591**	.619**	1.00				
6.Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα	.168**	-.156**	-.120*	-.044	-.011	1.00			
7.Προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα	.203**	-.120*	-.097	-.119*	-.019	.405**	1.00		
8.Συνήθεια	-.102*	.225**	.252**	.274**	.295**	-.068	-.013	1.00	
9. Κοινωνικό πρότυπο		.34**	.37**	.36**	.28**	-.02	-.05	.20**	1.00

** = στατιστικά σημαντική συσχέτιση για $p < .01$.

* = στατιστικά σημαντική συσχέτιση για $p < .05$

Συσχέτιση γνώσεων για το κάπνισμα και κλιμάκων ΘΣΣ

Στον Πίνακα 5. παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των πραγματικών γνώσεων των παιδιών και των στάσεων, της πρόθεσης, του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, της αυτοταυτότητας, της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης και της προσωπικής εμπλοκής.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις γνώσεων και κλιμάκων ΘΣΣ

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.Γνώσεις	1.00						
2.Στάσεις προς το κάπνισμα	-.097	1.00					
3.Πρόθεση προς το κάπνισμα	-.047	.626**	1.00				
4.Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς	-.072	.455**	.524**	1.00			
5.Αυτό – ταυτότητα	-.084	.462**	.591**	.619**	1.00		
6.Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα	.444**	-.156**	-.120*	-.044	-.011	1.00	
7.Προσωπική εμπλοκή με το κάπνισμα	.298**	-.120*	-.097	-.119*	-.019	.405**	1.00

** = στατιστικά σημαντική συσχέτιση για $p < .01$.

* = στατιστικά σημαντική συσχέτιση για $p < .05$.

Αξιοπιστία κλιμάκων γονέων.

Το τεστ του άλφα (Cronbach, 1951) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξεταστεί η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων (στάσεων προς το κάπνισμα, πληροφόρησης σχετικά με το κάπνισμα και γνώσεων). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εσωτερική συνοχή των κλιμάκων ήταν σε αποδεκτά επίπεδα και παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Δείκτες εσωτερικής συνοχής κλιμάκων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις

Παράγοντες	α - Cronbach	M	SD
Στάσεις	.80	1.65	.87
Πληροφόρηση	.84	4.75	1.50
Γνώσεις		16.60	2.96

Συμπεριφορά καπνίσματος γονέων

Για την ερώτηση «πόσα τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα» ο μέσος όρος ήταν $M= 35.01$ ($SD= 64.31$), ενώ για την ερώτηση «πόσα τσιγάρα κάπνισες χτες» ο μέσος όρος ήταν $M= 1.17$ ($SD= 1.83$).

Συσχέτιση της συμπεριφοράς των γονέων και των στάσεων των παιδιών

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των στάσεων των παιδιών και με τον πειραματισμό με το κάπνισμα των γονέων ($r = .241$, $p<.01$). Δηλαδή στους γονείς που είχαν πειραματιστεί με το κάπνισμα οι στάσεις των παιδιών μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος ήταν αρνητική.

Συσχέτιση των στάσεων των γονιών προς το κάπνισμα, των στάσεων των παιδιών προς το κάπνισμα και του δείκτη φυσικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο των παιδιών

Η ανάλυση έδειξε ότι υπήρχε αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση των στάσεων των γονέων προς το κάπνισμα και του δείκτη φυσικής δραστηριότητας των παιδιών στον ελεύθερο χρόνο ($r= -.23$, $p<.05$). Δηλαδή όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα τόσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης της φυσικής δραστηριότητας.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των στάσεων των γονέων προς το κάπνισμα και των στάσεων των παιδιών προς το κάπνισμα ($r=.24$, $p<.01$).

Πίνακας 7. Ποσοστά απαντήσεων των γονέων στις ερωτήσεις καταγραφής συμπεριφοράς καπνίσματος

	% ΝΑΙ	% ΟΧΙ
Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές;	81.9	18.1
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα;	57.8	42.2
Έχεις καπνίσει έστω και μια μέρα τον προηγούμενο μήνα;	46.6	53.4
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες το προηγούμενο μήνα;	41.1	58.9
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά;	24.1	75.9

Διαφορές στο δείκτη κινητικής δραστηριότητας μεταξύ των ατόμων με αρνητικές ή θετικές στάσεις προς το κάπνισμα

Με βάση τη μέση τιμή της κλίμακας «στάσεις προς το κάπνισμα» δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή, η οποία αξιολογούσε εάν ο συμμετέχοντας ήταν υψηλότερα ή χαμηλότερα από τη μέση τιμή σε αυτήν την κλίμακα. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στο δείκτη φυσικής δραστηριότητας μεταξύ των ατόμων που ήταν πάνω από τη μέση τιμή και κάτω από τη μέση τιμή ($p=.66$).

Διαφορές στις στάσεις προς το κάπνισμα μεταξύ των ατόμων που σκόραραν υψηλά ή χαμηλά στο δείκτη κινητικής δραστηριότητας

Με βάση τη μέση τιμή της κλίμακας «κινητικής δραστηριότητας» δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή, η οποία αξιολογούσε εάν ο συμμετέχοντας ήταν υψηλότερα ή χαμηλότερα από το μέσο όρο του παράγοντα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις στάσεις μεταξύ των ατόμων που ήταν πάνω και κάτω από τη μέση τιμή ($t_{163}=-.44, p=.66$).

Διαφορές στην πρόθεση για κάπνισμα των παιδιών και του δείκτη της κινητικής τους δραστηριότητας

Με βάση τη μέση τιμή της κλίμακας «κινητικής δραστηριότητας» δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή, η οποία αξιολογούσε εάν ο συμμετέχοντας ήταν υψηλότερα ή χαμηλότερα από το μέσο όρο του παράγοντα. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν μεταξύ των ατόμων που ήταν πάνω και κάτω από τη μέση τιμή ($t_{164}=-1.06, p=.29$).

Πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα των παιδιών

Με ανάλυση παλινδρόμησης (standard regression analysis) διερευνήθηκε η δυνατότητα πρόβλεψης της πρόθεσης για κάπνισμα (εξαρτημένη μεταβλητή) από τους υπόλοιπους παράγοντες της ΘΣΣ (ανεξάρτητες μεταβλητές), τις στάσεις, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτοταυτότητα, το αντιλαμβανόμενο ενδιαφέρον και τις στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα, τα Στάδια Αλλαγής, την συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων και τον πειραματισμό των παιδιών με το κάπνισμα.

Συγκεκριμένα, έγινε ανάλυση παλινδρόμησης με 2 στάδια. Στο πρώτο στάδιο ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος, το κοινωνικό πρότυπο, η αυτοταυτότητα και το αντιλαμβανόμενο ενδιαφέρον σε πληροφορίες σχετικές με το κάπνισμα. Στο

δεύτερο στάδιο προστέθηκαν οι ανεξάρτητες μεταβλητές στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα, το Στάδιο Αλλαγής των γονέων, τον πειραματισμό των γονέων με τη συμπεριφορά του καπνίσματος, την ερώτηση που ανίχνευε τους εν ενεργεία καπνιστές, και την ερώτηση που αξιολογούσε τον πειραματισμό των παιδιών με το κάπνισμα.

Στο πρώτο βήμα το πολλαπλό R της ανάλυσης παλινδρόμησης ήταν .57. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξήγησαν το 32% της μεταβλητότητας της πρόθεσης που ήταν στατιστικά σημαντικό ($F_{6,167}=13.21, p<.001$). Στο δεύτερο βήμα η προσθήκη των επιπλέον ανεξάρτητων μεταβλητών βελτίωσε το ποσοστό της πρόβλεψης στο 41% ($F_{change}=4.85, p<.001$).

Στο πρώτο βήμα συνεισέφεραν στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης οι στάσεις των παιδιών προς κάπνισμα ($\beta=.24, t=3.42, p\leq 0.01$), το κοινωνικό πρότυπο ($\beta=.19, t=2.85, p\leq 0.05$) και η αυτοταυτότητα ($\beta=.30, t=3.83, p<.001$).

Στο δεύτερο βήμα συνεισέφεραν στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη της πρόθεσης οι στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα ($\beta=.19, t=2.87, p\leq 0.05$), το κοινωνικό πρότυπο ($\beta=.16, t=2.42, p<.05$), η αυτοταυτότητα ($\beta=.20, t=2.50, p<.05$), οι στάσεις των γονιών προς το κάπνισμα ($\beta=.25, t=3.67, p<.001$) και ο πειραματισμός των παιδιών με το κάπνισμα ($\beta=.19, t=2.72, p<.01$).

Πρόβλεψη οι στάσεις προς το κάπνισμα των παιδιών θα προβλέπονται από τις στάσεις των γονέων, από την πληροφόρηση των παιδιών και την πληροφόρηση των γονέων.

Το πολλαπλό R της ανάλυσης παλινδρόμησης ήταν .27. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξήγησαν το 7% της μεταβλητότητας των στάσεων των παιδιών, που ήταν στατιστικά σημαντικό ($F_{3,181}=4.68, p<.005$). Από τις ανεξάρτητες μεταβλητές συνεισέφεραν μόνο οι στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα ($\beta=.22, t=2.97, p<.005$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να μελετήσει τη συμπεριφορά του καπνίσματος μαθητών της Α΄ γυμνασίου μέσα από τους παράγοντες της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (ΘΣΣ), συσχετίζοντάς την με τη συμπεριφορά της άσκησης και μέσα από παράγοντες που σχετίζονταν με τους γονείς τους. Συγκεκριμένα από τους μαθητές αξιολογήθηκαν οι στάσεις τους προς το κάπνισμα, η πρόθεσή τους να καπνίσουν, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος τους στη συμπεριφορά του καπνίσματος, το κοινωνικό πρότυπο, η αντιλαμβανόμενη ενημέρωση, η συνήθεια, οι πραγματικές γνώσεις τους σχετικά με το κάπνισμα, ο δείκτης της φυσικής τους δραστηριότητας, η συμπεριφορά του καπνίσματος και η προσωπική εμπλοκή τους με το κάπνισμα. Από τους γονείς χρησιμοποιήθηκαν οι στάσεις τους προς το κάπνισμα, η πληροφόρησή τους, οι γνώσεις και η συμπεριφορά τους ως προς το κάπνισμα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι παράγοντες της ΘΣΣ σχετίζονταν μεταξύ τους σημαντικά προς την κατεύθυνση που ορίζει η θεωρία. Συγκεκριμένα η πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα προβλέπονταν από τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτό-ταυτότητα, την προηγούμενη συμπεριφορά του καπνίσματος των παιδιών (πειραματισμός). Επιπλέον οι στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα συνεισέφεραν στην πρόβλεψη της πρόθεσης των παιδιών για κάπνισμα ενώ ο δείκτης φυσικής δραστηριότητας των παιδιών κατά τον ελεύθερο χρόνο τους δεν σχετίζονταν με τη συγκεκριμένη ανθυγιεινή συμπεριφορά.

Η Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς επιλέχθηκε, καθώς περιλαμβάνει στους παράγοντες της όχι μόνο την εξεταζόμενη συμπεριφορά αλλά και την πρόθεση του ατόμου να ακολουθήσει τη συμπεριφορά. Πολλά άτομα τα οποία ανήκουν στην εφηβική ηλικία ή τη νεαρή ενήλικη ηλικία δεν έχουν καπνίσει, όπως διαφαίνεται από τους στατιστικούς δείκτες της EUROSTAT (2002), αλλά και από την αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος της παρούσας έρευνας. Στην παρούσα έρευνα μόλις το 13% είχε πειραματιστεί με το κάπνισμα ενώ από την έρευνα των Damianaki και των συνεργατών της (2008), επίσης σε ελληνόπουλα, στην οποία όμως συμπεριλήφθηκαν και μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά μέχρι 18 χρονών, το 23.9% είχε δηλώσει ότι είχε καπνίσει. Τα παιδιά της Α΄ γυμνασίου, τουλάχιστον στην Ελλάδα δεν καπνίζει συστηματικά, αν και έχει ήδη ξεκινήσει τον πειραματισμό. Από την έρευνα των Francis, Katsani, Sotiropoulou, Roussos, και Roussos (2007) στα παιδιά της Α΄ γυμνασίου οι καπνιστές ήταν 1.7%, ποσοστό που είναι σχεδόν ίδιο με αυτό της

παρούσας έρευνας όπου συστηματικοί καπνιστές δήλωσε το 1.8%. Κατά συνέπεια υπάρχει χρονικό περιθώριο για αποτελεσματικά παρεμβατικά προγράμματα, τα οποία μπορούν να αποτρέψουν τα παιδιά από το συστηματικό κάπνισμα ακόμη κι αν έχουν πειραματιστεί με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και τα οποία θα πρέπει να εστιάζονται στη μείωση της πρόθεσης για κάπνισμα. Υπάρχει πλήθος ερευνών σε διεθνές επίπεδο που μελετά τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε εφήβους μέσα από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Higgins, & Conner, 2003; McMillan, Higgins, & Conner, 2005; Secher Sejr, & Osler, 2002).

Η πρόθεση για κάπνισμα προβλέπονταν από τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, το κοινωνικό πρότυπο και την αυτοταυτότητα, αποτελέσματα σύμφωνα προς τη θεωρία. Πληθώρα διεθνών ερευνών που ασχολούνται με το κάπνισμα στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα συμφωνούν με τα αποτελέσματα της παρούσας (Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2004; Kosmidou & Theodorakis, 2007). Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες στις οποίες διαφοροποιούνται οι παράγοντες που προβλέπουν την πρόθεση και τη συμπεριφορά του καπνίσματος, κατ' επέκταση διαφοροποιείται η σημαντικότητα των παραγόντων της ΘΣΣ.

Σχετικά με το κοινωνικό πρότυπο υπάρχουν απόψεις όπως των Conner και Sparks (1996), οι οποίοι πιστεύουν ότι μεταβλητές που σχετίζονται με το κοινωνικό πρότυπο είναι προβληματικές και ότι γενικά το κοινωνικό πρότυπο είναι ο λιγότερο ισχυρός παράγοντας της ΘΣΣ. Προχωρώντας παραπέρα οι Rhodes, Jones και Courneya (2002) θεωρούν ότι για συμπεριφορές οι οποίες είναι κάτω από τον απόλυτο εθελοντικό έλεγχο του ίδιου του ατόμου, το κοινωνικό πρότυπο είναι ο πιο σχετικός παράγοντας. Βέβαια η συμπεριφορά που εξέτασαν ήταν υγιεινή (άσκηση), και το δείγμα τους αποτέλεσαν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (φοιτητές). Το κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί συμπεριφορά που βρίσκεται υπό τον απόλυτο έλεγχο του ίδιου του ατόμου, κατά επέκταση ορθά στη δική μας έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις για την αξιολόγηση του κοινωνικού προτύπου. Θεωρείται ότι το κάπνισμα βρίσκεται στον απόλυτο έλεγχο των ατόμων καθώς δεν βρίσκονται σε στάδιο εξάρτησης από αυτό.

Η αυτοταυτότητα παρά το γεγονός ότι προτάθηκε την προηγούμενη δεκαετία (Theodorakis, 1994) μόλις πρόσφατα επανεξετάστηκε η συνεισφορά της στη ΘΣΣ. Για παράδειγμα στην υγιεινή διατροφή (Armitage & Conner, 1999), στη φυσική δραστηριότητα (Hamilton & White, 2008), στο κάπνισμα (Hu & Lanese, 1998; Moan & Rise, 2006).



Η πρόθεση για κάπνισμα στην παρούσα έρευνα δεν προβλέπονταν από τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Ο συγκεκριμένος παράγοντας σε αρκετές έρευνες δεν συνεισέφερε στην πρόβλεψη είτε της πρόθεσης είτε της συμπεριφοράς και γι' αυτό το λόγο εστιάστηκαν σε αυτόν αρκετοί ερευνητές, βρίσκοντας ποικίλα αποτελέσματα, ανάλογα με τη συμπεριφορά και το δείγμα. Στη μετανάλυση των Armitage και Conner (2001) ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συνεισέφερε στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη τόσο της πρόθεσης όσο και της συμπεριφοράς, αποτέλεσμα σύμφωνο με αυτό του McMillan με των συνεργατών του (2003, 2005). Ωστόσο οι ίδιοι οι ερευνητές σε παλαιότερη έρευνά τους (Armitage & Conner, 1999) σχετικά με την επιλογή υγιεινής διατροφής παρατήρησαν ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς δε συνέφερε στην πρόβλεψη της πρόθεσης ή της συμπεριφοράς. Στην έρευνά τους συμμετείχαν και άτομα ίδιας ηλικίας με τους συμμετέχοντες στην παρούσα διατριβή, ωστόσο το εύρος ηλικίας των συμμετεχόντων τους ήταν αρκετά μεγάλο. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορεί να οφείλεται στον τρόπο αξιολόγησης του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, γεγονός που προτείνεται και από τους Kraft, Rise, Sutton και Roysamb (2005).

Η συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων δε βοήθησε στην πρόβλεψη της πρόθεσης των παιδιών, κάτι που επιβεβαιώνεται και από τις άλλες έρευνες. Οι περισσότερες έρευνες έχουν μελετήσει τη συμπεριφορά των γονέων στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς των παιδιών, όπως οι Wang, Fitzhugh, Westerfield και Eddy (1995), η Madarasona-Geckona και οι συνεργάτες της (2005), από τις οποίες προκύπτει ότι η συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων επηρεάζει τη συμπεριφορά καπνίσματος των εφήβων, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα μέσα από την επίδραση στη συμπεριφορά καπνίσματος των συνομηλίκων. Οι Weiss και Garbanati (2004) έδειξαν ότι οι στάσεις σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Στην έρευνά τους, όπως ήταν αναμενόμενο οι στάσεις των καπνιστών σε σύγκριση με τις στάσεις των μη καπνιστών ήταν θετικότερες, επίσης ήταν πιο πιθανό να έχουν καπνιστή πατέρα. Για τα παιδιά που συμμετείχαν στην παρούσα διατριβή, όπως προαναφέρθηκε, η συμπεριφορά καπνίσματος ήταν σε χαμηλά ποσοστά, γι' αυτό το λόγο διερευνήθηκε η δυνατότητα πρόβλεψης της πρόθεσής τους για κάπνισμα.

Μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με τους γονείς, πέρα από την καπνιστική συμπεριφορά τους, έχει εξεταστεί για τον τρόπο που επηρεάζουν την συμπεριφορά καπνίσματος των παιδιών. Για παράδειγμα η έρευνα των Theodorakis,

Papaioannou, Chatzigeorgiadis και Papadimitriou (2004) έδειξε ότι τα παιδιά που αντιλαμβάνονταν το οικογενειακό τους περιβάλλον ως υποστηρικτικό, είχαν θετικότερο προφίλ, δηλαδή ακολουθούσαν περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές. Οι υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές των φίλων και των γονέων επηρέαζαν τις αντίστοιχες συμπεριφορές των παιδιών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η συσχέτιση των στάσεων των παιδιών προς το κάπνισμα με τις στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα ήταν σημαντική, ωστόσο δεν υπάρχουν άλλες έρευνες σχετικά με αυτό το θέμα. Όμως οι συμπεριφορές όσο και οι στάσεις μαθαίνονται παρατηρώντας άλλα άτομα, όπως είναι οι γονείς. Μάλιστα οι γονείς αποτελούν πρότυπο συμπεριφορών για μεγάλο χρονικό διάστημα (John, 1999) ακόμη κι όταν αρχίσει να μειώνεται ο χρόνος που περνούν μαζί (DeVries, Engels, Kremers, Wetzels, & Mudde, 2003). Όσο μειώνεται ο χρόνος που οι γονείς και τα παιδιά περνούν μαζί αυξάνεται η επιρροή των φίλων (Kandel & Lesser, 1972). Τα παιδιά της Α΄ γυμνασίου βρίσκονται σε ένα μεταίχμιο, όπου οι γονείς είναι ακόμη σημαντικός παράγοντας επίδρασης, με τις στάσεις των γονέων και την αντιλαμβανόμενη πληροφόρησή τους να επηρεάζουν τις στάσεις των παιδιών.

Αντικαπνιστικές καμπάνιες πραγματοποιούνται ολοένα και περισσότερο για την ενίσχυση της πληροφόρησης και των γνώσεων των ατόμων. Ως αποτέλεσμα είναι τα άτομα να έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων, αλλά και να πιστεύουν ότι είναι καλά πληροφορημένοι σχετικά με το θέμα «κάπνισμα». Οι γνώσεις των γονέων φαίνεται να συμβάλλουν στην πρόβλεψη των στάσεων των παιδιών. Ανάλογα, στην έρευνα των Harakeh, Scholte, Vermulst, de Vries και Engels (2004) μεταξύ άλλων παραγόντων οι γνώσεις των γονέων επηρέαζαν συνολικά τους παράγοντες της ΘΣΣ των παιδιών. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα είναι και το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια οι γνώσεις που κατέχουν τα άτομα σχετικά με το κάπνισμα (συνέπειες βραχυπρόθεσμες καθώς και μακροπρόθεσμες) δε φαίνεται να επηρεάζουν τη πρόθεση των ατόμων να καπνίσουν ή την ίδια τη συμπεριφορά. Έρευνα των Rosendahl, Galanti, Gilljam και Ahlbom (2005) έδειξε ότι το επίπεδο γνώσεων δε σχετιζόταν με το κάπνισμα στο μέλλον.

Η άσκηση και το κάπνισμα φαίνεται να είναι αντίθετες μεταξύ τους συμπεριφορές (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Στα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα με υψηλότερο δείκτη φυσικής δραστηριότητας, σε σχέση

με αυτών με χαμηλότερο δείκτη φυσικής δραστηριότητας. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι οι στάσεις των παιδιών αυτών (αυτής της ηλικίας) είναι ιδιαίτερα αρνητικές ως προς το κάπνισμα. Η έρευνα των Ussher, Taylor, West και McEwen (2000) από την ανασκόπησή τους μόνο σε δυο έρευνες φάνηκε ότι η άσκηση βοηθά στη αποχή από το κάπνισμα. Τις διαφορές των στάσεων καπνιστών και μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα διερεύνησε σε ελληνικό πληθυσμό η έρευνα των Μπεμπέτσου, Θεοδωράκη και Χρόνη (2000). Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους φάνηκε ότι το κάπνισμα και η άσκηση (φυσική δραστηριότητα) ήταν αντίθετες συμπεριφορές και συγκεκριμένα ότι τα άτομα που κάπνιζαν είχαν αρνητικές στάσεις προς την άσκηση, απέφευγαν την άσκηση και παραδέχονταν ότι είχαν λιγότερες γνώσεις και ενημέρωση για την άσκηση και το κάπνισμα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής δεν απέδειξαν ότι τα παιδιά με υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είχαν μικρότερη πρόθεση για κάπνισμα, από τα παιδιά με χαμηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Οι Coulson, Eiser και Eiser (1997) από τα αποτελέσματά της έρευνάς τους, φάνηκε ότι το κάπνισμα συνδεόταν με μειωμένα επίπεδα άσκησης, κατανάλωση λιγότερων φρέσκων φρούτων και περισσότερων λιπαρών τροφών. Η άσκηση και το κάπνισμα είναι δυο συμπεριφορές οι οποίες δε φαίνεται να συμβαδίζουν.

Τα αποτελέσματα των ερευνών φανερώνουν γενικά αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση καπνίσματος και άσκησης (για ανασκόπηση Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005). Από την ανασκόπησή τους προέκυψε ότι γενικά όσο αυξάνονταν το ποσοστό άσκησης και το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, τόσο μειώνονταν η κατανάλωση του τσιγάρου. Με αφετηρία την παραπάνω έρευνα οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) μελέτησαν τις διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων ατόμων ως προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι όσο περισσότερο ασκούσαν τα άτομα τόσο λιγότερο κάπνιζαν. Επίσης ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούσαν λιγότερο και κάπνιζαν περισσότερο από τα μικρότερα σε ηλικία άτομα, τα μη ασκούμενα άτομα κάπνιζαν περισσότερο από τα ασκούμενα και τέλος, τα άτομα που στο παρελθόν υπήρξαν αθλητές κάπνιζαν λιγότερο από τα άτομα που δεν είχαν ασχοληθεί ποτέ με την άσκηση. Φαίνεται δηλαδή μια αρνητική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της άσκησης με οποιαδήποτε μορφή. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι στην έρευνά συμπεριλαμβάνονταν και άτομα ίσης ηλικίας με τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα.

Παρόμοια αποτελέσματα με την έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) είχε και η έρευνα της Wilson και των συνεργατών της (2005) οι οποίοι εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ υγιεινής διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος παρατήρησαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα καπνίσματος συνδέονταν με χαμηλότερη συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών και φυσικής δραστηριότητας. Η φυσική δραστηριότητα φαίνεται μέσα από τις έρευνες ότι σχετίζεται με το κάπνισμα έστω και σε μικρό βαθμό. Ωστόσο θα πρέπει να γίνουν πολλές ακόμη προσπάθειες για να διερευνηθεί πώς η άσκηση σχετίζεται με το κάπνισμα για κάθε ηλικία ξεχωριστά (παιδιά, έφηβοι, ενήλικες, υπερήλικες) και για διαφορετικό βαθμό σχέσης με το κάπνισμα (για παράδειγμα άτομα που δεν έχουν πειραματιστεί ή έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα, άτομα που είναι περιστασιακοί καπνιστές, άτομα που είναι συστηματικοί καπνιστές, άτομα που έχουν διακόψει ή βρίσκονται στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος).

Από όλες τις παραπάνω έρευνες φαίνεται ότι γενικά υπάρχει μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος, ωστόσο η σχέση αυτή θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο και ειδικότερα στα παιδιά που μόλις εισέρχονται στο γυμνάσιο, το οποίο είναι ένα μεταβατικό στάδιο της ζωής τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια από τις περισσότερο τεκμηριωμένες συμπεριφορές όσον αφορά τις ανεπανόρθωτες βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό, είναι το κάπνισμα. Παρά τον σχετικά μεγάλο αριθμό παρεμβατικών προγραμμάτων, οι νέοι δεν καπνίζουν λιγότερο από ότι παλαιότερα. Αυτός είναι ο λόγος που τελευταία ολοένα και συχνότερα προτείνεται να χρησιμοποιείται συνδυασμός θεωριών για τη διερεύνηση των ανθυγιεινών συμπεριφορών (άρα και του καπνίσματος) και το σχεδιασμό των σχετικών προγραμμάτων.

Μέσα από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πρόβλεψη της πρόθεσης για κάπνισμα προβλέπονταν από τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, το κοινωνικό πρότυπο, την αυτό-ταυτότητα, τις στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα και τον πειραματισμό των παιδιών με το κάπνισμα. Ο δείκτης φυσικής δραστηριότητας δεν σχετιζόνταν με το κάπνισμα.

Η παρούσα διατριβή εξέτασε το θέμα μέσα από τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί για να διερευνηθούν πολλές υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές, μια από τις οποίες είναι το κάπνισμα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι παράγοντες της ΘΣΣ σχετιζόνταν σημαντικά προς την κατεύθυνση που ορίζει η θεωρία, παρά το γεγονός ότι μέσα από τους παράγοντες της θεωρίας (πρόθεση, στάσεις, κοινωνικό πρότυπο και αντιλαμβανόμενος έλεγχος) μπορεί σε μεγάλο ποσοστό να προβλεφθεί η συμπεριφορά που εξετάζεται, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που δεν εξηγείται. Γι' αυτό ένας (σχετικά) μεγάλος αριθμός ερευνών έχει προσπαθήσει να προσθέσει νέους παράγοντες (ενημέρωση, αυτοταυτότητα, προηγούμενη συμπεριφορά, συνήθεια, ηθική νόρμα, νουθεσία, υλοποίηση της πρόθεσης, κλπ.). Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες φαίνεται να βελτιώνουν την πρόβλεψη της συμπεριφοράς μέσα από τη ΘΣΣ και αυτό εξαρτάται από την ηλικία των συμμετεχόντων και την υπό διερεύνηση συμπεριφορά.

Κάθε επικοινωνία είναι στην πραγματικότητα μια προσπάθεια να πεισθούν τα άτομα να ακολουθήσουν μια υγιεινή συμπεριφορά (μη κάπνισμα) ή να αποποιηθούν μια ανθυγιεινή συμπεριφορά (κάπνισμα). Η ΘΣΣ είναι ένα θεωρητικό μοντέλο μέσα από το οποίο μπορεί να εξεταστεί η ανθυγιεινή συμπεριφορά του καπνίσματος, αλλά και η υγιεινή συμπεριφορά της άσκησης τόσο στην εφηβική ηλικία όσο και στη νεαρή ενήλικη ηλικία. Παρά λοιπόν τα αντικρουόμενα ή την αδιευκρίνιστη αιτιατή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της φυσικής δραστηριότητας, φαίνεται ότι η

υψηλή φυσική δραστηριότητα σχετίζεται αρνητικά με το κάπνισμα.

Συνοπτικά φαίνεται ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος, προσεγγίζεται από διαφορετικές θεωρίες. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει σφαιρικότερη εικόνα και ερμηνεία της συμπεριφοράς του καπνίσματος, με απώτερο σκοπό να δομηθούν αποτελεσματικότερα προγράμματα παρέμβασης (πρόληψης ή διακοπής). Στην πραγματικότητα όμως η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και η αποφυγή των ανθυγιεινών, είναι μια προσπάθεια να πεισθούν τα άτομα να ακολουθήσουν αυτό που θέλουν κάποιοι άλλοι. Καθώς το κάπνισμα είναι μια συμπεριφορά η οποία μαθαίνεται μέσα από το μιμητισμό και την επίδραση της συμπεριφοράς των άλλων, ο ρόλος των γονέων είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Το ενδιαφέρον έχουν τραβήξει και οι «δημοφιλείς» συνομήλικες, καθώς επηρεάζουν τους άλλους αλλά επιπλέον αντανακλούν την τάση συμπεριφοράς των παιδιών της ηλικίας τους.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Μελλοντικές έρευνες μπορούν να ασχοληθούν με αξιολόγηση των προγραμμάτων από τους εκπαιδευτικούς που εφάρμοσαν το πρόγραμμα σε ελληνικό πληθυσμό και να συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους με έρευνες στο εξωτερικό (π.χ. Storck, et al., 2007).

Ο Glynn (1989) θεωρεί ότι η ομοιογένεια των μαθητών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη. Οι ομάδες παιδιών ακόμη και μέσα στην ίδια τάξη έχουν τα διαφορετικά κοινωνικά υπόβαθρα, κουλτούρα, ανάγκες και αξίες. Στην παρούσα έρευνα υπήρξε ομοιογένεια μαθητών στην πλειονότητα επειδή στο συγκεκριμένο σχολείο τυχαίνει να φιλοξενούνται μαθητές / τριες άλλων εθνικοτήτων σε πολύ ελάχιστο ποσοστό και οι περισσότεροι μαθητές / τριες ανήκουν σε μεσοαστικές οικογένειες.

Οι όποιες παρεμβάσεις προτείνεται να είναι πριν τον πειραματισμό των ατόμων με το κάπνισμα. Ελάχιστα παιδιά της Α΄ Γυμνασίου έχουν πειραματιστεί ακόμη με το κάπνισμα, άρα η πρόθεσή τους να καπνίσουν είναι πολύ χαμηλή, όπως φάνηκε και από τους μέσους όρους της παρούσας έρευνας. Σε αυτές τις ηλικίες διεθνώς φαίνεται η πρόθεση για κάπνισμα να είναι μικρή και οι στάσεις προς το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα αρνητικές (Kosmidou & Theodorakis, 2007; McMillan & Conner, 2003).

Γενικότερα είναι σημαντικό να κατανοηθεί πώς μπορεί να επιτευχθεί η

διακοπή του καπνίσματος με τις λιγότερες ψυχολογικές συνέπειες για τους ανθρώπους. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν ο τρόπος που θα επιλέξει να κόψει κάποιος το κάπνισμα θα είναι ιδιαίτερα προσιτός, αν όχι ευχάριστος. Η άσκηση είναι ένα μέσο που μπορεί να προσφέρει ικανοποίηση και θετικά συναισθήματα, γι' αυτό θα πρέπει να ενταχθεί στη ζωή όλων αυτών που αποφασίζουν να περάσουν από μια τέτοια διαδικασία. Η άσκηση μπορεί να γίνει τρόπος ζωής αρκεί να περάσει στη συνείδηση των καπνιστών ως κάτι θετικό και εφικτό. Ειδικά σχεδιασμένα παρεμβατικά προγράμματα με σωστές διαδικασίες παρότρυνσης, ανάλογες ψυχολογικές τεχνικές παρέμβασης και κατάλληλα προγράμματα άσκησης, αξίζει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν στην κατεύθυνση διακοπής του καπνίσματος.

Συμπερασματικά, τα παιδιά της Α΄ Γυμνασίου έχουν αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα, μειωμένη πρόθεση να καπνίσουν, αλλά έχουν ήδη ξεκινήσει να πειραματίζονται με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι στάσεις των γονέων προς το κάπνισμα επηρέαζαν θετικά την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν, ενώ η συμπεριφορά των συστηματικών καπνιστών γονέων σχετίζονται θετικά με τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα. Η φυσική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο των παιδιών αυτής της ηλικίας δε φαίνεται να σχετίζεται με τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, ούτε με την πρόθεσή τους να καπνίσουν. Προγράμματα αγωγής υγείας για την πρόληψη του πειραματισμού του καπνίσματος θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τους γονείς των παιδιών, καθώς αποτελούν ισχυρά έμμεσα ερεθίσματα που επηρεάζουν τις στάσεις των παιδιών προς το κάπνισμα, αφού η συμπεριφορά του καπνίσματος είναι ένα θέμα στο οποίο πιστεύουν ότι δεν τους αφορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood – Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). *Prediction of Goal – Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavioral Control*, University of Massachusetts at Amherst.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 41-57.
- Aloise-Young, P.A., Hennigan, K.M., (1996). Self-image, the smoker stereotype and cigarette smoking: developmental patterns from fifth through eighth grade. *Journal of Adolescence*, 19, 163–177.
- Amireault, S., Godin, G., Vohl, M. & Perusee, L. (2008). Moderators of the intention – behavior relationships for leisure – time physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, (7).
- Anderssen, N., Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sports*, 63, 341–348.
- Anokhin, A.P., Vedeniapin, A.B., Sirevaag, E.J., Bauer, L.O., O’ Connor, S.J., Kuperman, S., Porjesz, B., Reich, T., Begleiter, H., Polich, J., & Rohrbaugh, J.W. (2000). The P300 brain potential is reduced in smokers, *Psychopharmacology*, 149(4), 409-413.
- Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος & Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία, (2002). www.smoking.gr

- Armitage, C. J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: how are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology and Health, 18*(6), 723–738.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology, 40*, 471-499.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999a). Predictive validity of the Theory of Planned Behaviour : The role of questionnaire format and social desirability. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 9*, 261-272.
- Aveyard, P., Lancashire, E., Almond, J., & Cheng, K. K. (2002). Can the stages of change for smoking acquisition be measured reliably in adolescents? *Preventive Medicine, 35*, 407-414.
- Bachman, J. G., Johnson, L. D., & O'Malley, P. M. (1998). Explaining recent increases in students' marijuana use: impact of perceived risk and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health, 88*, 887 – 892.
- Bailey, S. L., Ennett, S. T., & Ringwalt, C. L. (1993). Potential mediators, moderators, or independent effects in the relationship between parents' former and current cigarette use and their children's cigarette use. *Addictive Behaviors, 18*(6), 601–621.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood cliffs, NJ Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Barton, J., Chassin, L., Presson, C.C., & Sherman, S.J., (1982). Social image factors as motivators of smoking initiation in early and middle adolescence. *Child Development, 53*, 1499–1511.

- Bauman, K. E., Fisher, L. A., and Koch, G. G. (1989). External variables, subjective expected utility, and adolescent behavior with alcohol and cigarettes. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(10), 789–804.
- Beck, F., Legleye, S., & Spilka, S. (2004). Cannabis, alcool, tabac et autres drogues a la fin de l'adolescence: usages et evolutions recentes ESCAPAD 2003. *Tendances*, 1 – 4.
- Benda, B. B., & DiBlasio, F. A. (1994). An integration of theory: Adolescent sexual contacts. *Journal of Youth and Adolescence*, 23,403 – 421.
- Berndt, T. J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology*, 15, 608–616.
- Bijnen, F.C., Feskens, F.J., & Caspersen, C.J. (1996). Physical activity and cardiovascular risk factors among elderly men in Finland, Italy and the Netherlands. *American Journal of Epidemiology*, 143, 553-561.
- Bjarnason, T., Davidaviciene, A. G., Miller, P., Nociar, A., Pavlakis, A., & Stergar, E. (2003). Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction*, 98(6), 815–824.
- Blair, S.N. (1996). Physical inactivity and cardiovascular disease risk in women. *Medical Science of Sports Exercise*, 28, 9-10.
- Blair, S.N., Horton, E., & Leon, A.S. (1996). Physical activity, nutrition and chronic disease. *Medical Science of Sports Exercise*, 28, 335- 249.
- 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 American Medical Association*, 273, 1093-1098.

- Blanchard, C., Fisher, J., Sparling, P., Nehl, E., Rhodes, R., Courneya, K. & Baker, F. (2008). Understanding Physical Activity Behavior in African American and Caucasian College Students: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of American College Health*, 56, (4), 341 -346.
- Bledsoe, L. K. (2006). Smoking cessation: An application of theory of planned behaviour to understanding progress through stages of stage. *Addictive Behaviors*, 31, 1271-1276.
- Booth, M.L., Bauman, A., Owen, N., & Gore, C.J. (1997). Physical activity preferences, preferred sources of assistance and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. *Preventive Medicine*, 26, 131-140.
- Bricker, J. B., Peterson, A. V., Jr., Andersen, M. R., Rajan, K. B., Leroux, B. G., & Sarason, I. G. (2006). Childhood friends who smoke: Do they influence adolescents to make smoking transitions. *Addictive Behaviors*, 31, 889–900.
- Bricker, J. B., Leroux, B. G., Peterson, A.V., Jr, Kealey, K. A., Sarason, I. G., Andersen, M. R., & Marek, P. M. (2003). Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking. *Addiction*., 98(5), 585– 593.
- Bussell, D. A., Neiderhiser, J. M., Pike, A., Plomin, R., Simmens, S., Howe, G. W., Hetherington, E. M., Carroll, E., Reiss, D. (1999). Adolescents' relationships to siblings and mothers: A multivariate genetic analysis. *Development Psychology*, 35(5), 1248–1259.
- Butler, J. T. (2002). *Principles of health education and health promotion* (3rd edition). Englewood, Colorado: Morton Publishing Company.
- Cacioppo, J.T., Petty, R.E., & Kao, C.F. (1984). The efficient assessment of need for cognition. *Journal of Personality Assessment*, 43, 306-307.

- Callaghan, P., Eves, F. F., Norman, P., Chang, A. M., & Lung, C. Y. (2002). Applying the transtheoretical model of change to exercise in young Chinese people. *British Journal of Health Psychology*, 7, 267-282.
- Caspersen, C.J., Nixon, P.A., DuRant, R.H. (1998). Physical activity epidemiology applied to children and adolescents. *Exercise and Sport Science Reviews*, 26, 341– 403.
- Chassin, L., Presson, C. C., Todd, M., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (1998). Maternal socialization of adolescent smoking: The intergenerational transmission of parenting and smoking. *Development Psychology*, 34(6), 1189–1201.
- Chatzisarantis, N., Hagger, M. S., Smith, B., & Phoenix, C. (2004). The influence of continuation intentions on execution of social behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 43, 551- 583.
- Choquet, M., Beck, F., Hassler, C., Spilka, S., Morin, D., & Legleye, S. (2004). Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens: consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances*, 35, 1 – 6.
- Cohen J. (1983) Commentary: The relationship between friendship selection and peer influence. In Epstein, J. L. and Karweit, N. (eds.), *Friends in school*. Academic Press, New York, pp. 163 – 176.
- Conner, M. & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. In: M. Conner & P.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of Planned Behavior and Healthy eating. *Health Psychology*, 21,(2), 194-201.
- Conner, M., Sandberg, T., McMillan, B., & Higgins, A. (2006). Role of anticipated regret, intention and intention stability in adolescent smoking initiation. *British Journal of Health Psychology*, 11, 85- 101.

- Coulson, N.S., Eiser, C., & Eiser, J.R. (1997). Diet, smoking and exercise: interrelationships between adolescent health behaviours. *Child: care, health and development*, 23 (3), 207-216.
- Darling, N., & Cumsille, P., (2003). Theory measurement and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, 98(1), 21-36.
- Damianaki, A., Kaklamani, S., Tsirakis, S., Clarke, R., Tzanakis, N., & Makris, D. (2008). Risk factors for smoking among school adolescents in Greece. *Child: care, health and development*, 34(3), 310-315.
- De Meyrick, J. (2001). Forget the “blood and gore”: an alternative message strategy to help adolescents avoid cigarette smoking. *Health Education*, 101(3), 99-107.
- Den Exter Blokland, E. A., Engels, R. C. M. E., Hale, W.W., 3rd., Meeus, W., & Willemsen, M. C. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38(3), 359–368.
- DeVries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J., & Mudde, A. (2003). Parents and friends smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Education Research*, 18, 627-636.
- Dilemante, C.C., Prochaska, J.O., Fairhust, S.K, Velicer, W.F., Velasquer, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Downs, D. S., & Hausenblas, H. A. (2005). Elicitation studies and the theory of planned behavior: a systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 1-31.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., & Mackenbach, J. P. (2004). Educational differences in the intention to stop smoking. *European Journal of Public*

Health, 14, 194 – 198.

Eiser, J. R., & Stroebe, W. (1972). *Categorization and Social Judgement*. Academic Press, London.

Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten – year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics, 111*, 949 - 955.

Eurostat Yearbook (2002). News release. No 62/2002-27 May 2002. Available: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/>

Evans, R. L., Dratt, L. M., Rains, B. E., & Rosenberg, S. S. (1998). Social influences on smoking initiation: Importance of distinguishing descriptive versus mediating process variables. *Journal of Applied Social Psychology, 18*, 925 – 943.

Everson, E. S., Daley, A. J., & Ussher, M. (2007). Brief report: The theory of planned behaviour applied to physical activity in young people who smoke. *Journal of Adolescence, 30*, 347 – 351.

Farkas, A.J., Distefan, J.M., Choi, W.S., Gilpin, E.A., & Pierce, J.P. (1999). Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Preventive Medicine, 28(3)*, 213–218.

Fila, S. A., & Smith, C. (2006). Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 3*, (11), 1-10.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA, Addison-Wesley.

Flay, B.R., Hu, F.B., Siddiqui, O., Day, L.E., Hedeker, D., Petraitis, J., Richardson, J., & Sussman, S. (1994). Differential influence of parental smoking and friends'

smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 209–217.

Foley, L., Prapavessis, H., Maddison, R., Burke, S., McGowan, E. & Gillanders, L. (2008). Predicting Physical Activity Intention and Behavior in School – Age Children. *Pediatric Exercise Science*, 20, 342 – 356.

Francis, K., Katsani, G., Sotiropoulou, X., Roussos, A., & Roussos, C. (2007). Cigarette smoking among Greek adolescents: Behavior, attitudes, risk, and preventive factors. *Substance Use & Misuse*, 42, 1323-1336.

Furlong, P.R. (1993). Personal factors influencing informal reasoning of economic issues and the effect of specific instructions. *Journal of Educational Psychology*, 85(1), 171-181.

Gantt, C.J. (2001). The theory of Planned Behavior and Postpartum Smoking Relapse. *Journal of Nursing Scholarship*, 33,(4), 337.

Garcia-Palmieri, M., Costas, R., Cruz-Vidal, M., Sorlie, P., & Havlik, R. (1982). Increased physical activity: A protective factor against heart attacks in Puerto Rico. *American Journal of Cardiology*, 50, 749-755.

Glynn, T. (1989). Essential Elements of School-Based Smoking Prevention Programs. *Journal of School Health*, 59, 181-188.

Godin, G. (1989). The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-236.

Godin, G., & Shephard, R. J., (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.

Griesbach, D., Amos, A., Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 56(1), 41– 52.

- Guo, Q., Johnson, C. A., Unger, J. B., Lee, L., Xie, B., Chou, C., Palmer, P. H., Sun, P., Gallaher, P., & Pentz, M. (2007). Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addictive Behaviors, 32*, 1066 – 1081.
- Hamilton, K., & White, K. M. (2008). Extending the Theory of Planned Behavior: The Role of Self and Social Influences in Predicting Adolescent Regular Moderate – to – Vigorous Physical Activity. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 30*, 56 -74.
- Hassandra, M., Theodorakis, Y., Kosmidou E., Grammatikopoulos V., Hatzigeorgiadis, A. (2009). I do not smoke – I exercise: A pilot study of a new educational resource. *Scandinavian Journal of Public Health, X*, XX-XX
(εγκρίθηκε για δημοσίευση)
- Harakeh, Z., Scholte, R.H., Vermulst, A.A., Hein, V., & Rutger, E. (2004). Parental factors and adolescents' smoking behavior: An extension of the theory of planned behavior. *Preventive Medicine, 39* (5), 951-961.
- Higgins, A., & Conner, M. (2003). Understanding adolescent smoking: The role of the theory of Planned Behaviour and implementation intentions. *Psychology, Health & Medicine, 8*(2), 173-186.
- Hill, A.J., Bodreau, F., Amyot, E., Déry, D., & Godin, G. (1997). Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behaviour. *Journal of Adolescent Health, 21*, 107-115.
- Hine, D.W., Tilleczek, K., Lewko, J., McKenzie-Richer, A., & Perreault, L. (2005). Measuring adolescent smoking expectancies by incorporating judgments about the expected time of occurrence of smoking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(3), 284-290.

- Hu, F. B., Flay, B. R., Hedeker, D., Siddiqui, O., and Day, L. E. (1995). The influences of friends' and parental smoking on adolescent smoking behaviour: The effects of time and prior smoking. *Journal of Applied Social and Psychology, 25*(22), 2018–2047.
- Hu, S. C., & Lanese, R.R. (1998). The application of the theory of planned behavior to the intention to quit smoking across workplaces in Southern Taiwan. *Addictive Behaviors, 23* (2), 225-237.
- Huba, G. J. & Bentler, P. M. (1980). The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 9*, 449 – 465.
- Humphreys, A.S., Thompson, N.J., & Miner, K.R. (1998). Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model of Change and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research: Theory & Practice, 13*(3), 331-341.
- Hwang, M., Yeagley, K. & Petosa, R. (2004). A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education, 31*, 702–719.
- Θεοδωράκης, Γ. & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας*: Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Άσκηση και Κάπνισμα. Μέρος 1ο. Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Αναζητήσεις στη φυσική αγωγή και τον αθλητισμό, 3*, 225-238.
- Θεοδωράκης, Ι. & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 2^ο: Διαφορές μεταξύ ασκούμενων και μη ασκούμενων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον αθλητισμό, 3*(3), 239-248.

- Ignacio, J., Peña-Miguel, T., Jiménez-Ruiz, C., Solano-Reina, S., Martínez-Albiach, J.M., Escobar-Sacristan, J., & Callol-Sánchez, L. (2004). Distribution of stages of change in smoking behavior in a group of young smokers (transtheoretical model). *Military Medicine*, 169, 972-975.
- John, D.R. (1999). Consumer socialization of children: a retrospective look at twenty-five years of research. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 183-213.
- Kandel, D.B., & Lesser, G. (1972). Youth in two worlds. San Francisco: *Jossey-Bass Inc.*
- Keil, U. (2000). Coronary artery disease: The role of lipids, hypertension and smoking. *Basic Research in Cardiology*, 95(7), 152-158.
- Kohler, C.L., Fish, L., & Davies, S. (2004). Transtheoretical model of change among hospitalized African-American smokers. *American Journal of Health Behavior*, 28 (2), 145-150.
- Kosmidou, E. & Theodorakis, Y. (2007). Differences in smoking attitudes adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 101, 475-481.
- Κοσμίδου, Ε. (2007). *Κάπνισμα και άσκηση: αποτελεσματικά μηνύματα για αλλαγή στάσεων σε προγράμματα Αγωγής Υγείας που απευθύνονται σε μαθητές και φοιτητές*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή. ΔΠΘ-ΠΘ.
- Koumi, I. & Tsiantis, J. (2001). Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promotion International*, 16 (1), 65-72.
- Kraft, P., Rise, J., Sutton, S., & Røysamb, E. (2005). Perceived difficulty in the theory of planned behaviour: Perceived behavioural control or affective attitude? *British Journal of Social Psychology*, 44, 479-496.

- Kriska, A.M., & Caspersen, C. J. (1997). A collection of physical activity questionnaires for health related research. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 29, 36-38.
- Krosnick, J.A., Boninger, D.S., Chuang, Y.C., Bernet, M.K., & Carnot, C. G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1132-1151.
- Lambert, N., Dibsdall, L., & Frewer, L. (2002). Poor diet and smoking: the big killers: comparing health education in two hazard domains. *British Food Journal*, 104(1), 63-75.
- Leatherdale, S. T., McDonald, P. W., Cameron, R., Jolin, M. A., & Brown K. S. (2006). A Multi-Level Analysis Examining how Smoking Friends, Parents, and Older Students in the School Environment are Risk Factors for Susceptibility to Smoking Among Non-Smoking Elementary School Youth. *Prev Sci*, 7, 397 – 402.
- Leventhal, H., & Cleary, P.D., (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370–405.
- Ljunggren, G., Johansson, S.E. (1993). Which Group of Young People Exercise the Most. Stockholm: *Statistics Sweden*.
- Lutte, G., (1988). *Libérer l'adolescence*. Mardaga, Bruxelles.
- Madarasova-Geckova, A., Stewart, R., van Dijk, J. P., Orosova, O., Groothoff, J. W. & Post, D. (2005). Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *European Addiction Research*, 11, 204-209.
- Marti, B., Abelin, T., Minder, C., & Vader, J. (1988). Smoking, alcohol consumption, and endurance capacity: An analysis of 6,500 19-year-old conscripts and 4,100

joggers. *Preventive Medicine*, 17, 79-82.

Marti, B., Salonen, J., Tuomilehto, J., & Pulska, P., (1988). Ten-year trends in physical activity in the eastern Finnish adult population. Relationship to socioeconomic and lifestyle characteristics. *Acta Medical Scandinavica*, 224, 195-203.

Martin, J. J., & Mc Caughy, N. (2008). Using social cognitive theory to predict physical activity in inner-city african American School children. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 378-391.

Maxwell, K.A. (2002). Friends: the role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(4), 267-277.

McMillan, B. & Conner, M. (2003) Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology Health and Medicine*, 8(3).

McMillan, B., Higgins, A., & Conner, M. (2005). Using an extended theory of planned behaviour to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research and Theory*, 13(3), 293-206.

Miller, P. (1997). Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: A study of UK teenagers. *Drug and Alcohol Depend*, 14, 45(1-2), 121-129.

Mills, C., Stephens, T., & Wilkins, K. (1994). Summary report of the workshop on data for monitoring tobacco use. *Chronic Diseases in Canada*, 15, 105-110.

Moan, I. S., & Rise, J. (2006). Predicting smoking reduction among adolescents using an extended version of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 21, (6), 717 - 738.

Monshouwer, K., Smit, F., de Graaf, R., van Os, J., & Vollebergh, W. (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003

from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100, 963 – 970.

Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. & Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών – μη καπνιστών ως προς την άσκηση και την άσκηση. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.

National agency for education, (1993). *The national evaluation of compulsory school. Physical Education* (Den nationella utvärderingen av grundskolan Idrott), National agency for education (Skolverket) Report No.: 25, Stockholm (In Swedish), 1993.

Oncken, C., Kranzler, H., O' Malley, P., Gendreau, P., & Cambell, W. (2002). The effect of cigarette smoking on fatal heart rate characteristics, *Obstetrics & Gynecology*, 99(5), 751-755.

Otten, R., Engels, R. C. M. E., and Van Den Eijnden, R. J. J. M. (2005). Parental Smoking and Smoking Behavior in Asthmatic and Non Asthmatic Adolescents. *Journal of Asthma*. 42(5), 349– 355.

Otten, R., Engels, R., Van de Ven M., & Bricker J (2007). Parental smoking and adolescent smoking stages: The role of parents' current and former smoking, and familystructure. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 143-54.

Payne, N., Jones, F., & Harris, P.R. (2004). The role of perceived need within the theory of planned behaviour : A comparison of exercise and healthy eating. *British Journal of Health Psychology*, 9,489-504.

Perkonigg, A., Pfister, H., Hofler, M., Frohlich, C., Zimmermann, P., Lieb, R. et al. (2006). Substance use and substance use disorders in a community sample of adolescents and young adults: incidence, age effects and patterns of use. *European Addiction Research*, 12, 187 – 196.

- Peterson, A.V., Leroux, B.G., Bricker, J.B., Kealey, K.A., Marek, P.M., Sarason, I.G., & Anderson, M. R. (2006). Nine-year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents. *Addictive Behavior, 31*(5), 788–801.
- Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer- Verlag.
- Powell, L.M., Tauras, J.A., & Ross, H. (2005). The importance of peer effects, cigarette prices and tobacco control policies for youth smoking behavior. *Journal of Health Economics, 24*, 950-968.
- Prochaska, J.O., & DiClemente C.C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: Towards an investigative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Irwin.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., & Norcross, J.C., (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. & Marcus, B.H. (1994). The transtheoretical Model : Applications to exercise. In R.K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Reinecke, J., Schmidt, P., and Ajzen, J. (1997). Birth control versus AIDS preventions: A hierarchical model of condom use among young people. *Journal of Applied Social. Psychology, 27*, 743 – 760.
- Rende, R., Slomkowski, C., McCaffery, J., Lloyd-Richardson, E.E., & Niaura, R. (2005). A twin sibling study of tobacco use in adolescence: Etiology of individual differences and extreme scores. *Nicotine and Tobacco Research, 7*(3), 413– 419.

- Rhodes, R.E., Jones, L.W., & Courneya, K. S. (2002). Extending the Theory of Planned behavior in the exercise domain: A comparison of social support and subjective norm. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73, 193- 199.
- Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Jarvelin, M.-R., & Rasanen, P. (2004). Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 35, 245-254.
- Rodriguez, D., Dunton, G. F., Tscherne, J., & Sass, J., (2008). Physical activity and adolescent smoking: A moderated mediation model. *Mental Health and Physical Activity*, 1,17–25.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, I., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nisbet, R., Hornik, R. C., & Stanton, B. (1994). Social influences on the sexual behaviour of youth at risk for HIV exposure. *American Journal of Public Health*, 84, 977 – 985.
- Rosendahl, I., Galanti, R., Gilljam, H. & Ahlbom, A. (2005). Knowledge about tobacco and subsequent use of cigarettes a smokeless tobacco among Swedish adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37, 224-228.
- Salonen, J., Slater, J., Tuomilehto, J., & Raurama, R. (1988). Leisure time and occupational physical activity: Risk of death from ischemic heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 127, 87-94.
- Secher Sejr, H., & Osler, M. (2002). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Preventive Medicine*, 34, 260–265.
- Sejr, S.H. Osler, M. (2001). Do Smoking and Health Education Influence Student Nurses' Knowledge, Attitudes, and Professional Behaviour? *Preventive Medicine*, Vol.34, 260-265.

- Slovic, P. (2000). What does it mean to know a cumulative risk? Adolescents' perceptions of short-term and long-term consequences of smoking. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13, 259-266.
- Smith, J. R., Terry, D. J., Manstead, A. S. R., Louis, W. R., Kotterman, D., & Wolfs, J. (2007). Interaction Effects in the Theory of Planned Behavior: The Interplay of Self – Identity and Past Behavior, *Journal of Applied Social Psychology*, 37, (11), 2726 – 2750.
- Sorensen, G., Fagan, P., Hunt, M.K., Stoddard, A.M., Girod, K., Eisenberg, M., & Frazier, L. (2004). Changing channels for tobacco control with youth: Developing an intervention for working teens. *Health Education: theory and research*, 19, 3, 250-260.
- Spijkerman, R., van de Eijnden, R.J.J.M., Vitale, S., & Engels, R.C.M.E. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behaviour: The concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behaviour. *Addictive Behaviors*, 29, 1615-1622.
- Stein, J.A., Newcomb, M.D., & Bentler, P.M., (1996). Initiation and maintenance of tobacco smoking: changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 160–187.
- Stewart-Knox, B. J., Sittlington, J., Rugkesa, J., Harrisson, S., Treacy, M., & Santos Abaunza, P. (2005). Smoking and peer groups: Results from a longitudinal qualitative study of young people in Northern Ireland. *British Journal of Social Psychology*, 44, 397-414.
- Strong, C.A., & Sidira, E. (2006). The influence of family and friends on teenage smoking in Greece: some preliminary findings. *Marketing Intelligence and Planning*, 24(2), 119-126.

- Tesser, A. & Shaffer, D.R. (1990). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 41, 479 – 523.
- Theodorakis, Y. (1994). Planned Behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8, 149-165.
- Theodorakis, Y., Bagiatis, & Goudas, M. (1995). Attitudes toward teaching individuals with disabilities: Application of planned behavior theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 151-160. Use from *Monitoring the Future; Volume 2: College students and young adults*.
- 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., Chatzigeorgiadis, A. & Papadimitriou, E. (2004). Patterns of health-related behaviors among Hellenic students. *Hellenic Journal of Psychology*, 2, 225-242.
- Theodorakis, Y. & Kosmidou, E. (2005). Messages against smoking: an integration of Planned Behavior, Elaboration Likelihood Model and Transtheoretical Model of Change. *The 46th ICHPER.SD: Anniversary World Congress*.
- Thorlindsson, T., & Vihalmsson, R. (1991). Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents. *Adolescence* 26, 399 – 419.
- Tsigilis, N., Koustelios, A., & Theodorakis, Y. (2001). The role of knowledge and information in predicting exercise participation: an extension of planned behaviour model (Submitted).
- Tuakli, N., Smith, M.A., & Heaton, C. (1990). Smoking in adolescence: methods for health education and smoking cessation. *Journal of Family Practice*, 31, 369 - 374.

- Tuinstra, J., Groothoff, J.W., van den Heuvel, W.J., Post, D. (1998). Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Social Science of Medicine*, 47, 67–74.
- Tuomilehto, J., Marti, B., Salonen, J., Virtala, E., Lahti, T., & Puska, P. (1987). Leisure-time physical activity is inversely related to risk factors for coronary heart disease in middle-aged Finnish men. *European Heart Journal*, 8, 1047-1055.
- US Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: a report of surgeon general. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers of Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The President's Council on Physical Fitness and Sport.
- US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
- Ussher, M., Taylor, A., West, R., & McEwen, A. (2000). Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction*, 95, 199-208.
- Ussher, M., West, R., Taylor, A., & McEwen, A. (2005). Exercise interventions for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, 1, 1-19.
- Van Roosmalen, E. H. & McDaniel, S.A. (1989). Peer group influences as a factor in smoking behavior of adolescents. *Adolescence*, 24(96), 801-816.
- Verplanken, B., & Orbell, S. (2003). Reflections on past behavior. A self – report index of habit strength. *Journal of Applied Psychology*, 33, 1313 – 1330.
- Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G. (2003). Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social Science of Medicine*, 56, 363–374.

- Vilhjalmsson, R., Thorlindsson, T. (1998). Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Social Science of Medicine*, 47, 665–675.
- Wang, M.Q., Fitzhugh, E.C., Westerfield, R.C., & Eddy, J.M. (1995). Family and peer influences on smoking behavior among American Adolescents: An age trend. *Journal of Adolescent Health*, 16, 200-203.
- Weiss, J. W., & Garbanati, J. A. (2004). Relationship of acculturation and family functioning to smoking attitudes and behaviours among Asian-American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 13(2), 193-204.
- Wilson, D. B., Smith, B. N., Speizer, I. S., Bean, M. K., Mitchell, K. S., Uguy, L. S., & Fries, E. A. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Preventive Medicine*, 40, 872-879.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Στάσεις

Το να καπνίσω για μένα είναι:

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

Πρόθεση

Σκοπεύω να καπνίσω:

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

Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίσω:

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

Θα προσπαθήσω να καπνίσω:

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

Ενημέρωση

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

<i>Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος;</i>								
	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	:-----	
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι	έτσι λίγο	πολύ	καθόλου	
	ενημερωμένος					λίγο	ενημερωμένος	
<i>Αν σου έλεγαν να γράφεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραφες;</i>								
Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				
<i>Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα του καπνίσματος</i>								
διαφωνώ	:---1---	:---2---	:---3---	:---4---	:---5---	:---6---	:---7---	συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι	έτσι λίγο	αρκετά	πολύ	
<i>Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του καπνίσματος;</i>								
καθόλου γνώσεις	1	2	3	4	5	6	7	πολλές
				αρκετές				γνώσεις

Στάσεις προς την άσκηση

Το να ασκούμαι για μένα είναι:

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

Προσωπική εμπλοκή

Διαβάζω ή παρακολουθώ θέματα σχετικά με το κάπνισμα:

ποτέ :----0---- :----1---- :----2---- :----3---- :----4---- :----5---- πολύ συχνά

Νοιώθω ότι με αφορά το θέμα «κάπνισμα»:

Καθόλου :----0---- :----1---- :----2---- :----3---- :----4---- :----5---- πολύ

Φέρνω συχνά τη συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα:

Ποτέ :----0---- :----1---- :----2---- :----3---- :----4---- :----5---- πολύ συχνά

Αξιολόγηση Συμπεριφοράς καπνίσματος

- Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις, έστω και μόνο 1 ή 2 ρουφηξιές;
Ναι Όχι
- Έχεις καπνίσει ποτέ 1 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα (30 μέρες);
Ναι Όχι
- Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα (30 μέρες);
Ναι Όχι
- Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα;
Ναι Όχι
- Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι Όχι
- Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την τελευταία εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)
- Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες;
Κανένα , 1-5 , 6-10 , 11-15 , 16-20 , 21-25 , 26 και πάνω

Ερωτηματολόγιο «Συνήθεια»

	Το κάπνισμα είναι κάτι που	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΑΝΑΠΟΦΑ- ΣΙΣΤΟΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	το κάνω συχνά.							
2	το κάνω αυτόματα.							
3	το κάνω χωρίς να πρέπει να το θυμάμαι συνειδητά.							
4	με κάνει να νιώθω περίεργα άμα δεν το κάνω.							
5	το κάνω χωρίς να το σκεφτώ.							
6	θα έπρεπε να προσπαθήσω πολύ για να μην το κάνω.							
7	ανήκει στην (καθημερινή, εβδομαδιαία, μηνιαία, κτλ.) ρουτίνα μου.							
8	Ξεκινώ να το κάνω πριν καν συνειδητοποιήσω ότι το κάνω.							
9	θα το έβρισκα δύσκολο να μην το κάνω.							
10	δε χρειάζεται να το σκεφτώ για να το κάνω.							
11	τυπικά χαρακτηρίζει 'εμένα' / τυπικά είμαι 'εγώ'.							
12	το κάνω εδώ και πολύ καιρό.							

Ερωτηματολόγιο γνώσεων

<i>Ποιες είναι οι γνώσεις σας για το κάπνισμα και ποιες για το παθητικό κάπνισμα;</i>	ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΓΕΝΙΚΑ		
Το κάπνισμα φέρνει δυσκολία στην αναπνοή, όταν συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες.		
Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη που προκαλεί εθισμό, καθώς επίσης και πολλές χημικές ουσίες, δηλητηριώδεις και καρκινογενείς.		
Το κάπνισμα σκληραίνει και αδυνατεί τις αρτηρίες.		
Το κάπνισμα φέρνει προβλήματα οστεοπόρωσης στις γυναίκες.		
Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα.		
Το κάπνισμα προκαλεί βρογχίτιδα.		
Σύμφωνα με έρευνες πάνω απ' το 58% των ανδρών και το 32% των γυναικών στη χώρα μας καπνίζουν.		
Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από το 43% των νέων ηλικίας 15-24 χρόνων στη χώρα μας καπνίζουν.		
ΠΑΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ		
Ο καπνός από την καύτρα του τσιγάρου (δηλαδή το σημείο του τσιγάρου που καίγεται) είναι πιο επικίνδυνος από τον καπνό που εισπνέει ο καπνιστής γιατί έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση καρκινογενών ουσιών.		
Όσοι εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο, καρδιακά νοσήματα και εγκεφαλικά.		
Οι παθητικοί «καπνιστές» κινδυνεύουν να υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως καρκίνο των πνευμόνων και καρδιοπάθειες.		
Τα παιδιά που εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κρουολογήσουν, να εμφανίσουν μολύνσεις των αφτιών, άσθμα και αναπνευστικά προβλήματα.		
Οι μη καπνιστές, που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα από τους μη καπνιστές οι οποίοι δεν εκτίθενται.		
Παιδιά που προέρχονται από γονείς καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άσθμα, μολύνσεις των αφτιών και άλλες ασθένειες.		
Το παθητικό κάπνισμα από πούρα είναι πιο επικίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα από τσιγάρα.		
ΟΙ ΝΕΟΙ		
Το κάπνισμα στους νέους δε σημαίνει ωριμότητα.		
Οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 14 ετών, ενώ το 90% των καπνιστών αρχίζουν πριν την ηλικία των 19 ετών.		
Οι νέοι, όταν καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι γίνονται πιο εύκολα αποδεκτοί στις παρέες τους και το αντίθετο φύλο.		
Οι εταιρίες καπνού στοχεύουν στους νέους, προσπαθούν να παρουσιάσουν το κάπνισμα ελκυστικό, διασκεδαστικό, ή σέξι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι κάνουν τους εαυτούς τους να φαίνονται μεγαλύτεροι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι γίνονται πιο λαμπεροί, όπως οι αστέρες του κινηματογράφου.		
Οι νέοι που καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι θα νιώθουν πιο “άνετοι” μπροστά στους φίλους τους.		

Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής

Σημείωσε τη φράση (μία) που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο:
(ακόμη και 1 ή 2 ρουφηξιές θεωρείται ότι έχεις καπνίσει)

- Δεν καπνίζω και δεν κάπνισα ποτέ.
- Καπνίζω και δε σκέφτομαι να σταματήσω τους επόμενους 6 μήνες.
- Καπνίζω, αλλά σκέφτομαι να σταματήσω μέσα στις επόμενες 15 μέρες.
- Καπνίζω, αλλά τους τελευταίους 6 μήνες κάνω κάποιες προσπάθειες να σταματήσω.
- Κάπνισα στο παρελθόν, αλλά τον τελευταίο καιρό (λιγότερο από 6 μήνες) δεν καπνίζω πια.
- Κάπνισα (ή κάπνισα) στο παρελθόν, αλλά δεν καπνίζω πια για περισσότερους από 6 μήνες.