



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΠΙΝΟΥ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ
ΜΕΤΕΦΗΒΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ**

ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Π. ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
MSc ΣΤΗΝ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ»
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΡΑΚΗΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα: Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγήτρια
Μέλος: Τραυλός Αντώνιος, Αναπληρωτής Καθηγητής
Μέλος: Καλοκαιρινού Αθηνά, Καθηγήτρια

Μάρτιος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής «Διερεύνηση Επιβαρυντικών για την Υγεία Παραγόντων και Προβλεψιμότητα Χρήσης Καπνού και Αλκοόλ σε Μετέφηβους Φοιτητές» στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο κεφάλαιο της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή

- 1. ΖΥΓΑ ΣΟΦΙΑ, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ)**
- 2. ΤΡΑΥΛΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**
- 3. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**
- 4. ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών**
- 5. ΜΑΤΖΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών**
- 6. ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**
- 7. ΡΟΧΑΣ ΧΙΛ ΑΝΔΡΕΑ ΠΑΟΛΑ, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα μακρύ , πολύχρονο ταξίδι αποτέλεσε η εκπόνηση της διδακτορική διατριβής που παρουσιάζεται στη συνέχεια. Ταξίδι που δεν είχε πάντοτε γαλήνιες θάλασσες, αλλά απαιτήσε πολλές θυσίες, ψυχική και σωματική κούραση, κάποιες φορές απογοήτευση μέσα από τα εμπόδια. Όμως με επιμονή και υπομονή ολοκληρώθηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Έφτασε αισίως στο τέρμα του, με αποκόμιση επιστημονικής εμπειρίας, γνώσης και ερευνητικής δουλειάς.

Ολόθερμες ευχαριστίες από καρδιάς αρμόζουν στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Σοφία Ζυγά, που στάθηκε ως άνθρωπος και επιστήμων σε όλη μου αυτή την πορεία και με συνόδευσε με τον πιο εξαιρετικό τρόπο. Την ευχαριστώ για την υποστήριξη και τις καθοδηγήσεις της, την ενίσχυσή της και τη δύναμη του χαρακτήρα της ώστε να ολοκληρωθεί αυτό το μέγεθος της δουλειάς.

Ευχαριστώ, επίσης, τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής μου, τον κύριο Αντώνιο Τραυλό και την κυρία Αθηνά Καλοκαιρινού για τη συμμετοχή τους και τη συμβολή τους στην εξέλιξη και ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής. Ευχαριστώ ξεχωριστά τον κύριο Αντώνιο Τραυλό διότι ήταν εκείνος με τον οποίο αρχικά συζητήσαμε σχετικά με το πρωταρχικό μου ενδιαφέρον και τη διεξαγωγή της διατριβής, δίνοντάς μου το έναυσμα να ξεκινήσω, πριν πέντε χρόνια. Ξεχωριστά ευχαριστώ και την κυρία Αθηνά Καλοκαιρινού διότι ήταν πάντοτε εκεί, όποτε τη χρειάστηκα, να με ακούσει και να μου μεταλαμπαδεύσει γνώσεις και ιδέες για τις πρωτότυπες ερευνητικές προσπάθειες.

Θα ήθελα ολόψυχα, επιπρόσθετα, να ευχαριστήσω τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής μου, τις καθηγήτριες κυρίες Χρυσούλα Λεμονίδου, Βασιλική Μάτζιου, Μαρία Τσιρώνη και Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ, για τη συμμετοχή τους και τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον κύριο Αθανάσιο Σαχλά, στατιστικό, που πάντοτε ανταποκρινόταν άμεσα στα ερωτήματά μου σχετικά με την ερευνητική πορεία και μου μεταλαμπαδεύσε τα φώτα του, ώστε όχι απλά να υλοποιηθεί το όλο ερευνητικό εγχείρημα, αλλά να γίνει σωστά και ολοκληρωμένα.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους Προέδρους των Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, καθώς και τους προϊσταμένους του ΤΕΙ Καλαμάτας και του παραρτήματος της Σπάρτης. Ιδιαίτερος, οφείλω πολλές ευχαριστίες στους διδάσκοντες των Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του ΤΕΙ Καλαμάτας, με το παράρτημα της Σπάρτης, οι οποίοι, χωρίς να έχει προϋπάρξει συνεργασία μαζί τους, μου παραχώρησαν την άδεια και το χρόνο να διεξάγω τις ερευνητικές διαδικασίες. Χωρίς τη θετική τους ανταπόκριση θα ήταν ανέφικτο να διεξαχθεί το ερευνητικό μέρος του παρόντος πονήματος. Η εμπιστοσύνη τους για τη σοβαρότητα και χρησιμότητα της έρευνας καθώς και η φιλοξενία τους χρίζουν ιδιαίτερων ευχαριστιών.

Ευχαριστώ, επίσης, τον Πέτρο Κολοβό που συνεργαστήκαμε για τον προγραμματισμό των υπόλοιπων υποχρεώσεών μου στο πανεπιστήμιο ως υποψήφια διδάκτωρ.

Χωρίς τη συμμετοχή των φοιτητών δε θα μπορούσε να διεξαχθεί ούτε η πρώτη, ούτε η δεύτερη και η τρίτη ερευνητική φάση. Τους ευχαριστώ ολόθερμα όλους, ιδιαίτερος αυτούς που συμμετείχαν σε όλες τις φάσεις για τη συνεργασία τους και τους εύχομαι ολόψυχα να είναι το ίδιο πρόθυμοι στο μέλλον, από τη θέση του ερευνητή πλέον εάν το επιθυμούν.

Για την οικογένειά μου, το σύζυγο, τους γονείς και τα αδέρφια μου θεωρώ πως είναι δύσκολο να βάλω σε λέξεις τις ευχαριστίες μου. Υπήρξαν σε όλη αυτή την πορεία των πέντε χρόνων πάντοτε παρόντες, με κάθε τρόπο και συνέβαλαν τα μέγιστα μέχρι το τέλος. Για το λόγο αυτό, το ελάχιστο που μπορώ να κάνω για αυτούς είναι να τους αφιερώσω το πόνημά μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσω της παρούσας διδακτορικής διατριβής, υπάρχει η πρόθεση να κατατεθεί στην επιστημονική κοινότητα ένα πόνημα που θα συμβάλλει πολύτιμα στην πρόοδο της επιστήμης. Επιπρόσθετα, θα προστεθεί μια ενδιαφέρουσα ενδεδειγμένη μελέτη με πρωτότυπα για το αντικείμενο ερευνητικά εργαλεία στα παγκόσμια ερευνητικά δεδομένα που αφορούν το νεανικό πληθυσμό και τις συμπεριφορές τους, όπως η χρήση καπνού και αλκοόλ.

Ο χώρος της υγείας και της Προληπτικής Ιατρικής χρίζει της παρουσίας πονημάτων όπως αυτού που διατείνομαι να φέρω αποτελεσματικά εις πέρας, ώστε να χρησιμοποιηθεί στην εφαρμογή σύγχρονων και ολοκληρωμένων μεθόδων για την καταπολέμηση επιβλαβών για την υγεία εφηβικών συμπεριφορών, όπως αποτελεί η συμπεριφορά κατάχρησης ουσιών. Ο τομέας της Πρόληψης, ιατρικά είτε ψυχολογικά ιδωμένος, έχει ανάγκη από στρατηγικές που θα αντιμετωπίσουν πολύπλευρα και με αποτελεσματικότητα το πρόβλημα του εθισμού των εφήβων σε ουσίες, αντιμετωπίζοντας όλους τους εν δυνάμει παράγοντες νοσηρότητας, όπως είναι η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας, και όχι μόνο η ελλιπής γνώση για τις συνέπειες των εξαρτησιογόνων ουσιών στον οργανισμό.

Προσθέτοντας στη φαρέτρα των μελλοντικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης, γνώσεις και στρατηγικές στις οποίες θα πρέπει να εστιάσουν με σκοπό να προλάβουν, να μετριάσουν είτε να καταπολεμήσουν τις συμπεριφορές χρήσης στη μετεφηβεία, θα μπορέσουμε να ελπίζουμε για τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητά τους, ώστε να καταφέρουμε μια υγιή ψυχοσωματική πορεία για το νεανικό, φοιτητικό πληθυσμό μας.

Η διάθεση για ενασχόληση με τη θεματική των εξαρτησιογόνων ουσιών-του καπνού και του αλκοόλ- στο νεανικό πληθυσμό, στο πλαίσιο των εν γένει σχετικών παραμέτρων, αναπήδησε τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, όσο και από την τριβή με τον εν λόγω τομέα αλλά κυρίως από τις ανησυχητικές διαστάσεις που το φαινόμενο της κατάχρησης κοινωνικά αποδεκτών ουσιών έχει πάρει για την ηλικιακή ομάδα των μετέφηβων.

Η χρήση ουσιών δεν είναι πάντα κάτι κακό ή επικίνδυνο. Φάρμακα και ουσίες με σωστή χρήση έχουν αποτελέσει από την αρχαιότητα σημαντικά θεραπευτικά εργαλεία για τους ανθρώπους. Ωστόσο, οι ιδιότητες κάποιων ουσιών να προκαλούν αισθήματα ευφορίας, διέγερσης και δύναμης, είτε χαλάρωσης και ανακούφισης από το άγχος, τα οποία συνδυάζονται με περισσότερη παραγωγικότητα είτε διαφυγή από την ένταση και τα προβλήματα, καταλήγουν να καθίστανται επικίνδυνες καταστάσεις κατάχρησης και εξάρτησης από την εκάστοτε ουσία.

Η παγκόσμια διακίνηση και προσφορά σε νόμιμα ή παράνομα πλαίσια στο εμπόριο των ουσιών, η ανάγκη για ψυχολογική εξάρτηση πλειάδας ανθρώπων σε ένα «μαγικό φίλτρο» που τροποποιεί τα δυσάρεστα συναισθήματα σε ευχάριστα και την ανημπόρια σε υπερδύναμη δυνατότητων, καθώς και η κατάχρηση ως σύμπτωμα της σύγχρονης κοινωνίας, συντελούν συνολικά, χωρίς να αποτελούν τους μοναδικούς παράγοντες αιτιοπαθογένειας, στη νοσηρότητα του υπό διερεύνηση φαινομένου.

Ειδικότερα, στο επίκεντρο της προβληματικής μας βρίσκεται η χρήση ουσιών ήδη από την ύστερη εφηβεία, με την ανάπτυξη της συνήθειας του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ. Τόσο από ιατρικής πλευράς, όσον αφορά τις συνέπειες στον οργανισμό των παιδιών και τις πεποιθήσεις τους για αυτές, όσο και από ψυχολογικής, συνεκτιμώντας τους ψυχοκοινωνικούς εκείνους παράγοντες που επιδρούν στην επιρρέπεια των μετέφηβων στην υιοθέτηση των επικίνδυνων αυτών συμπεριφορών, η πολυσυνθετότητα του εν λόγω επιστημονικού αντικειμένου χρίζει βαθύτερης μελέτης και έρευνας. Υπάρχουσες στατιστικές μελέτες καταδεικνύουν την ευρύτητα του φαινομένου με έφηβους όλο και μικρότερης ηλικίας να έρχονται όχι μόνο σε επαφή αλλά και σε συστηματική χρήση ουσιών και δη του καπνού και του αλκοόλ, η οποία συνεχίζεται και στη μετεφηβική ηλικία.

Γεφυρώνοντας τις διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις ως προς την αιτιοπαθογένεια της εξαρτητικής συμπεριφοράς από ουσίες και δη στους νέους, σκοπός της προτεινόμενης μελέτης είναι να συνθέσουμε τα ήδη υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα, να τα αντιπαραβάλλουμε και να τα αναλύσουμε σε βάθος. Είναι απαραίτητη η ενδελεχής μελέτη όσον αφορά τη συμπεριφορά εξάρτησης, το ρόλο των ψυχοτρόπων ουσιών και ειδικότερα του καπνού και του αλκοόλ, καθώς επίσης η διερεύνηση της σχέσης όσων προαναφέρθηκαν με τις συνήθειες των μετέφηβων στη βάση τόσο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επιδρούν, όσο βεβαίως και των

παρεπόμενων για την υγεία των νέων. Βαθυστόχαστα και πολύτιμα καθίστανται τα παραπάνω, ωστόσο αναγκαία κρίνεται η πλαισίωσή τους με το κύριο μέρος της προτεινόμενης μελέτης που είναι η έρευνα της χρήσης και της εξάρτησης από ουσίες στους μετέφηβους.

Η πρωτοτυπία της εν λόγω διδακτορικής μελέτης έγκειται στην κατασκευή νέων ερευνητικών εργαλείων, προσαρμοσμένων κατόπιν στάθμισης ειδικά στον ελληνικό μετεφηβικό πληθυσμό, για τη μελέτη των πτυχών που επιδρούν στην πρόθεση και τη χρήση τόσο του καπνού όσο και του αλκοόλ στην εν λόγω ηλικιακή ομάδα. Κατόπιν επικοινωνίας με άλλους ερευνητές, που έχουν μελετήσει το μοντέλο υγείας στο οποίο βασιζόμαστε, κυρίως με τον πρωτεργάτη της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς Ajzen στην αρχή της διδακτορικής μελέτης, συστήθηκε στην ερευνήτρια της παρούσας μελέτης να κατασκευάσει εξ αρχής τα ερωτηματολόγια, βασισμένα στον ελληνικό πληθυσμό, χρησιμοποιώντας τα ανάλογα εγχειρίδια και συμπεριλαμβάνοντας τις επιπλέον μεταβλητές που θα προέκυπταν από τις πιλοτικές μελέτες. Έτσι και έγινε στη συνέχεια.

Επιπρόσθετα, εν συνεχεία ως προς την πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκαν πρωτότυπες ενδιάμεσες παρεμβάσεις. Μπορεί να φαίνεται 'συνηθισμένο' στον τεχνολογικό μας κόσμο να χρησιμοποιείται πλέον το διαδίκτυο ως μέσο έρευνας με ερωτηματολόγιο ή και παρεμβάσεων, παρόλα αυτά στον ελληνικό χώρο δεν έχει εντοπιστεί άλλη έρευνα που να βασίζεται πολυμεθοδολογικά σε παρέμβαση μέσω συνέντευξης, συγκριτικά με οπτικό υλικό.

Τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και στην ελληνική επιστημονική κοινότητα δεν υπάρχει αντίστοιχη διαχρονική, πολυμεθοδολογική μελέτη, τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και ειδικά στο φοιτητικό πληθυσμό που να περιλαμβάνει τρία επίπεδα έρευνας: ελέγχου επανελέγχου, με κατασκευή ερωτηματολογίων, σε συνδυασμό με κατασκευασμένες ενδιάμεσες παρεμβάσεις σύγκρισης δύο τύπων, συνέντευξης και οπτικού υλικού, σε φοιτητές τόσο ΑΕΙ όσο και ΤΕΙ.

Επίσης, καινοτομία της έρευνάς μας αποτέλεσε η εύρεση νέων εξειδικευμένων παραγόντων που προέκυψαν από τις διαστάσεις του μοντέλου υγείας που χρησιμοποιήσαμε και παρουσιάζονται στο αντίστοιχο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα υποστηριχθούν βιβλιογραφικά οι θεματικές που προαναφέρθηκαν και στη συνέχεια θα παρουσιαστεί το ερευνητικό μέρος της μελέτης στα τρία επίπεδά του.

*«..Αφιερώνεται στην οικογένειά μου που με στήριξε μέχρι το τέλος
ανελλιπώς σε όλη μου αυτή την απαιτητική προσπάθεια..»*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα, η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ ανήκουν στις πιο σημαντικές τροποποιήσιμες επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι επιβαρύνουν την υγεία ατόμων μετεφηβικής ηλικίας, με επικέντρωση στη χρήση καπνού και αλκοόλ από τα ίδια, των τρόπων πρόβλεψης υιοθέτησης της εν λόγω συμπεριφοράς καθώς και της συχνότητάς της, ώστε να εντοπίζονται τόσο οι μελλοντικοί χρήστες καπνού και αλκοόλ όσο και οι ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή τα άτομα εκείνα που οδηγούνται σε καταχρήσεις και η υιοθέτηση κατάλληλων παρεμβάσεων πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 791 φοιτητές μετεφηβικής ηλικίας, 18-25 ετών όλων των Σχολών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του ΤΕΙ Καλαμάτας. Το κύριο θεωρητικό υπόβαθρο του ερευνητικού μέρους της διατριβής αποτέλεσε η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991). Κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε πρωτότυπο ερευνητικό εργαλείο-ερωτηματολόγιο, για τη χρήση καπνού και αλκοόλ (Cronbach $\alpha > .85$). Αξιολογήθηκαν, εκτός των δημογραφικών παραμέτρων, οι συμπεριφορικές αντιλήψεις, οι υποκειμενικές κανονιστικές αντιλήψεις και οι αντιλήψεις ελέγχου, η πρόθεση των υποκειμένων και η συμπεριφορά τους. Στη συνέχεια διαμορφώθηκαν πρωτότυπες ενδιάμεσες παρεμβάσεις αλλαγής της συμπεριφοράς στον υπό διερεύνηση πληθυσμό, δύο τύπων: οπτικού υλικού και εστιασμένης ψυχολογικής παρέμβασης υγείας. Στην τελική φάση διαμορφώθηκε νέο ερωτηματολόγιο για τη χρήση καπνού και αλκοόλ προκειμένου να γίνει επανέλεγχος σχετικά με την πρόθεση και τη συμπεριφορά των ατόμων, αξιολογώντας τις διαφοροποιήσεις συγκριτικά με την πρώτη ερευνητική φάση και την επίδραση των ενδιάμεσων παρεμβάσεων.

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 21. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές της περιγραφικής στατιστικής, η πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης, ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας και ο υπολογισμός των odds ratio, οι στατιστικοί έλεγχοι t-test και ANOVA, ο υπολογισμός του συντελεστή συσχέτισης και η τεχνική της λογιστικής παλινδρόμησης.

Οι στάσεις είναι ο πρωταρχικός άξονας επίδρασης στη συμπεριφορά καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ. Επομένως, σε προγράμματα παρέμβασης ιδιαίτερη εστίαση θα πρέπει να επιδειχθεί, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, στην αλλαγή στάσεων. Οι παρεμβάσεις υπήρξαν συνολικά πιο αποτελεσματικές στην κατανάλωση αλκοόλ, ανεξαρτήτως τύπου ποτού, σε σύγκριση με το κάπνισμα, αν και σημειώθηκε μια τάση μείωσης επίσης του καπνίσματος. Ανάμεσα στους δύο τύπους ενδιάμεσης παρέμβασης υπερέτρησε σε αποτελεσματικότητα αυτή της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας, τόσο σχετικά με το κάπνισμα όσο και με το αλκοόλ.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή των κατασκευασθέντων ερευνητικών εργαλείων και των παρεμβάσεων της έρευνας, καθώς και των νέων εξειδικευμένων παραγόντων που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη μελέτη, θα ήταν χρήσιμη στο πλαίσιο βέλτιστων πρακτικών πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης για την υγεία σε συνδυασμό με την ακαδημαϊκή κοινότητα.

Λέξεις - κλειδιά: Φοιτητικός πληθυσμός, κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, στάσεις, υποκειμενικές νόρμες, αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος, προθέσεις.

ABSTRACT

Introduction: Among the most important modifiable risk behaviors for health are smoking and alcohol use and abuse.

Purpose of the thesis was to investigate the psychological and social factors, which aggravate health of postadolescent youths, focusing on tobacco and alcohol use. Also, was the investigation of recording methods of the existing behavior and its frequency, so as to detect future users of tobacco and alcohol, as well as groups of high risk, who end up to abuses. Additional purpose was the application of appropriate interventions of primary, secondary and tertiary prevention.

Material and Method: The sample consisted of 791 students generally of postadolescent age 18-25 years, of all Faculties of the University of Peloponnese and the TEI of Kalamata. The main theoretical background of the research part of the thesis was the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991). Research prototype tool - questionnaire was constructed and weighted for the first research phase concerning the use of tobacco and alcohol (Cronbach $\alpha > .85$). Except of the demographic parameters, behavioral attitudes, subjective norms, perceptions of control, participants' intention and behaviour were evaluated too. Then, prototype intermediate interventions were constructed to change behavior in the population under investigation, in two types: optical material and focused mental health intervention. For the final research phase a new questionnaire on the use of tobacco and alcohol was constructed, for follow-up control concerning participants' intention and behaviour, on the purpose of detecting differentiations compared to the first research phase as well as the influence of intermediate interventions.

Results: For the analysis of the statistical results program IBM SPSS Statistics 21 was used. For the statistical analysis techniques of descriptive statistics were used, the multivariate technique of factor analysis, the χ^2 test of independence and the calculation of the odds ratio, the statistical tests t-test and ANOVA, o calculation of the correlation coefficient and the technique of logistic regression. Attitudes constitute the most important axis of influence on smoking and alcohol use. Subsequently,

attitudes' change should be in focus, according to the results of our research, in intervention programs. It seems that the interventions were most effective in overall concerning alcohol consumption, regardless of beverage type, compared with smoking, although there was a decreasing trend also in smoking. Between the two types of intervention this of psychological interview was superior, both on smoking and alcohol use.

Conclusions: The application of the constructed research tools and interventions, as well as of the new specialized factors would be useful in the context of best practices concluding primary, secondary and tertiary prevention of health in conjunction with the academic community.

Keywords: Student population, smoking, alcohol use, attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, intentions.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ	27
1.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου	27
1.2 Εξαρτησιογόνες Ουσίες	27
1.3 Κάπνισμα	31
1.3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα	35
1.3.2 Συνέπειες του καπνίσματος.....	36
1.3.3 Παθητικό κάπνισμα	40
1.3.4 Νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος	42
1.4 Κατανάλωση οινοπνευματωδών	48
1.4.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για τη χρήση αλκοόλ	50
1.4.2 Χρήση αλκοόλ στο φοιτητικό πληθυσμό	52
1.4.3 Συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ	53
1.5 Ψυχοκοινωνικά Ζητήματα της Χρήσης	56
1.6 Σύγχρονες Τάσεις στην Αντιμετώπιση της Χρήσης Καπνού και Αλκοόλ	58
2.Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	64
2.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου	64
2.2 Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	64
2.2.1 Στάσεις	65
2.2.2 Υποκειμενικοί Κανόνες	66
2.2.3 Αντιληπτός Συμπεριφορικός Έλεγχος	67
2.2.4 Συμπεριφορική Πρόθεση	69

3. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	
3.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου	72
3.2 Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και άλλες θεματικές	72
3.3 Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ. 75	
3.3.1 Εφαρμογή στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ στην Εφηβεία	75
3.3.2 Εφαρμογή στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ στη Νεαρή Ενήλικη Ζωή.....	77

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	87
1.1 Ανασκόπηση περιεχομένου	87
1.2 Σκοπός της έρευνας	87
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα	89
1.4 Ερευνητικές υποθέσεις	90
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	92
2.1 Ανασκόπηση περιεχομένου	92
2.2 Μεθοδολογία	92
2.3 Εννοιολογικοί ορισμοί	94
2.4 Α΄ Ερευνητική Φάση	97
2.4.1 Κατασκευή ερωτηματολογίων-Πιλοτικές μελέτες	98
2.4.2 Δομή και περιεχόμενο ερωτηματολογίων	102
2.4.3 Χορήγηση ερωτηματολογίων	105
2.4.3.1 Ηλεκτρονική χορήγηση	106
2.4.3.2 Χορήγηση με έντυπο ερωτηματολόγιο	107
2.5 Β΄ Ερευνητική Φάση: Ενδιάμεση Παρέμβαση Οπτικού Υλικού	107
2.5.1 Μεθοδολογία παρεμβάσεων οπτικού υλικού	109
2.5.2 Οπτικό υλικό για το κάπνισμα	110
2.5.3 Οπτικό υλικό για το αλκοόλ	112
2.6 Β΄ Ερευνητική Φάση: Ενδιάμεση Ψυχολογική Παρέμβαση Υγείας	112
2.6.1 Μεθοδολογία ψυχολογικών παρεμβάσεων υγείας	113
2.6.2 Ψυχολογική παρέμβαση υγείας για το αλκοόλ	114
2.6.3 Ψυχολογική παρέμβαση υγείας για το κάπνισμα	115
2.7 Γ΄ Ερευνητική Φάση: Επανελέγχος των προθέσεων και της συμπεριφοράς.....	115
2.7.1 Κατασκευή ερωτηματολογίων επανελέγχου	116

2.7.2 Δομή και περιεχόμενο ερωτηματολογίων	116
2.7.3 Χορήγηση ερωτηματολογίων	118
2.8 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης.....	118
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	121
3.1 Ανασκόπηση περιεχομένου	121
3.2 Στατιστικά αποτελέσματα Β΄ Πιλοτικής Μελέτης	121
3.3 Αποτελέσματα Α΄ Ερευνητικής Φάσης	125
3.3.1 Περιγραφική Ανάλυση Φάσης Α΄	125
3.3.2 Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων και Παραγοντική Ανάλυση	134
3.3.3. Στατιστική ανάλυση παραγόντων	142
3.3.3.1. <i>Συσχετίσεις Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Παραγόντων ...</i>	142
3.3.3.2 <i>Συσχετίσεις Οικογενειακών Χαρακτηριστικών και Παραγόντων ...</i>	157
3.4 Αποτελέσματα Γ΄ Ερευνητικής Φάσης	162
3.4.1. Περιγραφικά αποτελέσματα	162
3.4.2. Συσχέτιση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα	164
3.4.3 Συσχέτιση φύλου και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα	165
3.4.4 Συσχέτιση επιπέδου σπουδών και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα	166
3.4.5 Επίδραση ομάδων παρέμβασης	168
3.5 Σύγκριση μεταξύ πρώτης και τρίτης και φάσης	170
3.6 Επίδραση ομάδας παρέμβασης στις διαφορές μεταξύ των φάσεων	171
3.7 Κανόνες Δεοντολογίας	174
3.8 Περιορισμοί της έρευνας	175
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	177
4.1 Ανασκόπηση περιεχομένου	177
4.2 Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	177
4.3 Προτάσεις για το μέλλον	196
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	199
Ξενόγλωσση	199
Ελληνική	209
Πηγές στο διαδίκτυο	211

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	215
Α΄ Ερευνητική Φάση	215
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β-ΟΠΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ-Β΄ Ερευνητική Φάση	231
Οπτικό υλικό για το αλκοόλ	231
Οπτικό υλικό για το κάπνισμα	247
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	263
Γ΄ Ερευνητική Φάση	263
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	271
Πιλοτική Μελέτη	271
Α΄ Ερευνητική Φάση	286
Γ΄ Ερευνητική Φάση	297
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε-ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΩΝ	300
Σχετικά με τη χρήση ερωτηματολογίων	300
Σχετικά με τη διεξαγωγή της Α΄ Ερευνητικής Φάσης	303
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ-ΠΡΟΣΚΛΗΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ	308
Πρόσκληση συμμετοχής στη Β΄ Ερευνητική Φάση-οπτικό υλικό	308
Πρόσκληση συμμετοχής στη Β΄ Ερευνητική Φάση-Ψυχολογική παρέμβαση Υγείας	308
Πρόσκληση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου της Γ΄ Ερευνητικής Φάσης	309
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ	310
Λίστα εικόνων	310
Λίστα σχημάτων	312
Λίστα διαγραμμάτων	313
Λίστα πινάκων	313

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η υγεία αποτελεί προέκταση

της σωφροσύνης»

Ζήνων ο Κιτιεύς (Στωικός Φιλόσοφος από Κιτίο Κύπρου)

336-264 π.Χ.

Είναι ευρέως παραδεκτό ότι στις σύγχρονες βιομηχανοποιημένες χώρες αποτελεί έντονο φαινόμενο η ενασχόληση του νεανικού πληθυσμού με κοινωνικά μη αποδεκτές δραστηριότητες, θέτοντας σε κίνδυνο τη μακροπρόθεσμη ευημερία τους. Στατιστικά στοιχεία αναφέρουν (Cole, 2002) ότι στις ΗΠΑ 17% των μαθητών Λυκείου έκαναν χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών παράλληλα με άλλες δραστηριότητες σύμφωνα με μετρήσεις του τελευταίου χρόνου. Θα λέγαμε ότι ενώ ορισμένες συμπεριφορές των εφήβων αποτελούν αδιαμφισβήτητα ένα φυσιολογικό στάδιο εξέλιξης, έχουν σε πλήθος των περιπτώσεων επιπτώσεις τόσο στην οικογενειακή όσο και στη σχολική και κοινωνική ζωή, όπως επίσης και στην υγεία τους, οδηγώντας τους με ακρίβεια στην εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς, όπως θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε και τη χρήση εθιστικών ουσιών (Ρούσσης, 2007).

Πολλοί είναι οι παράγοντες που συσχετίζονται με την τοξικοεξάρτηση στους εφήβους, όπως για παράδειγμα ο βαθμός αποτελεσματικότητας με τον οποίο αντιμετωπίζουν τα συναισθήματα και τις σχέσεις τους με τα πρόσωπα που τους περιβάλλουν, το οικογενειακό περιβάλλον, τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησής τους, τα πρότυπα αρνητικής και ανθυγιεινής συμπεριφοράς που διδάχτηκαν στα πλαίσια της οικογένειάς τους και μεταφέρουν στο σχολείο, καθώς και τα περιθωριοποιητικά στερεότυπα με τα οποία αντιμετωπίζονται στη σχολική κοινότητα όπως και οι αρνητικές σχέσεις εντός του εν λόγω πλαισίου (Ρούσσης, 2007).

Η ενδοψυχική σύγκρουση που ακολουθεί την εφηβεία αφορά το ερώτημα του νέου για την εικόνα του, για την αξία και τις ικανότητές του καθώς και την αποδοχή από τους σημαντικούς άλλους που τον περιβάλλουν. Εάν δε διαβεί την παιδική του ηλικία ώστε να μπορεί να νιώθει επαρκής, αντιμετωπίζοντας αυτά του τα ερωτήματα, δημιουργούνται εσωτερικές εντάσεις τις οποίες έχει την ανάγκη να αποφορτίσει με οποιονδήποτε τρόπο, όπως άλλωστε με την κατάχρηση ουσιών (Χαραλαμπίδης,

2003). Περαιτέρω, το κατά πόσο θα καταστεί η εν λόγω συμπεριφορά μια μόνιμη και συστηματική κατάσταση εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, ανάμεσα στους οποίους είναι οι σχετιζόμενες με την ουσία προσδοκίες του νέου καθώς και η στάση του περιβάλλοντός του απέναντι σε αυτήν του τη συμπεριφορά (Wall et al., 1998).

Στη μελέτη που πραγματοποίησε ο Φραγκίδης (1988) ανάμεσα στους παράγοντες, οι οποίοι διερευνήθηκαν και συσχετίστηκαν με το κάπνισμα στο μαθητικό πληθυσμό, συγκαταλέγονται εκτός των άλλων και η σχέση του μαθητή με το περιβάλλον του, με το σχολικό περιβάλλον ιδιαίτερος, οι δραστηριότητές του στον ελεύθερο χρόνο, το περιβάλλον σε σχέση με το κάπνισμα, το επίπεδο γνώσεων των μαθητών σε σχέση με τους κινδύνους για την υγεία τους, οι κοινωνικές δραστηριότητες σε συσχέτιση με το κάπνισμα, καθώς και το κάπνισμα στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως και οι στάσεις των μαθητών απέναντι στην καπνιστική συνήθεια.

Σε μια πρόσφατη έρευνα (Hassandra et al., 2011) αξιολογήθηκε η πρόθεση των μαθητών 10-18 ετών να καπνίσουν. Για το σκοπό αυτό, στα πλαίσια της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, διερευνήθηκε επιπρόσθετα η γονεϊκή στάση ως προς το κάπνισμα και η συμπεριφορά τους, οι στάσεις των παιδιών προς την εν λόγω συμπεριφορά, οι υποκειμενικές νόρμες, ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος, καθώς επίσης η ταυτότητα εαυτού, που αποτελεί έναν ενδιαφέροντα επιπρόσθετο υπό διερεύνηση παράγοντα στα πλαίσια του συγκεκριμένου μοντέλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τιμές βαρύτητας των παραπάνω παραγόντων στην επίδρασή τους στις προθέσεις για κάπνισμα διέφεραν αναλόγως του ηλικιακού επιπέδου των παιδιών, από την πρώιμη έως τη μέση και την ύστερη εφηβεία.

Σε έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής - Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Κοκκέβη & συν., 2008) η οποία πραγματοποιήθηκε σε 4.500 περίπου έφηβους ηλικίας 11,13 και 15 ετών φαίνεται πως σχεδόν ένας στους 4 (22,7%) έχουν δοκιμάσει τσιγάρο έως την ηλικία των 15 ετών, ενώ έχουν εξαλειφθεί οι διαφορές του φύλου ως προς την υιοθέτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Το Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής – Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.Ν.Α μέσω των Κέντρων Πρόληψης πανελλαδικά υλοποίησε την έρευνα ESPAD (2011). Επρόκειτο για έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και επιπρόσθετη μελέτη ευρύτερων θεμάτων συμπεριφοράς των εφήβων, όπως η φιλική και βίαη συμπεριφορά, καθώς και

κοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των μαθητών 13 έως 18 ετών(www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadgr.php) .

Η προαναφερθείσα έρευνα έλαβε χώρα, εκτός των άλλων Νομών, επίσης για το Νομό Λακωνίας(www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/PDF/N.LAKONI_AS.pdf), σε συνεργασία με το Κέντρο Πρόληψης του Νομού, του οποίου την επιστημονική ευθύνη είχε η συγγραφέας του πονήματος, αναλαμβάνοντας την υπευθυνότητα οργάνωσης και συμμετοχής στη διεξαγωγή της. Το 2012 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας, η οποία υπήρξε αρτιότατη και προηγήθηκε εκπαίδευση στη μεθοδολογία των στελεχών που συμμετείχαμε.

Ανάμεσα στα πιο σημαντικά αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας, σε ό,τι αφορά τη χρήση καπνού και αλκοόλ, υπήρξαν τα εξής για το Νομό Λακωνίας: Σε τυχαίο δείγμα 645 μαθητών, αγοριών και κοριτσιών 13-18 ετών, από 6 γυμνάσια και 6 λύκεια του Νομού, φαίνεται ότι τα αγόρια πίνουν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τα κορίτσια, με 19.4% των αγοριών και 7.4% των κοριτσιών να αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών τουλάχιστον 10 φορές το μήνα. Πιο ισομοιρασμένα είναι τα ποσοστά (17.1 % και 14.9% αντίστοιχα) των μαθητών που έχουν μεθύσει τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τους τη ζωή. Υψηλά είναι τα ποσοστά των μαθητών 15-19 ετών οι οποίοι αναφέρουν ότι καταναλώνουν τουλάχιστον πέντε ποτά στη σειρά (61.5% και 39.3% αντίστοιχα).

Εν συνεχεία της προαναφερθείσας έρευνας, ένας στου πέντε μαθητές αναφέρει ότι κάπνισε μία ή και παραπάνω φορές των τελευταίο μήνα. Ένας στους εφτά μαθητές είναι συστηματικός καπνιστής, ενώ ένας στους 16 είναι βαρύς καπνιστής, με κάπνισμα παραπάνω του μισού πακέτου την ημέρα, περισσότερο στους εφήβους 17-18 ετών. Τα αγόρια καπνίζουν σε παρόμοια ποσοστά με τα κορίτσια.

Συγκριτικά των παραπάνω με την περιφέρεια Πελοποννήσου και το εθνικό δείγμα, φαίνεται πως τα ποσοστά χρήσης δε διαφέρουν από άλλους Νομούς της περιφέρειας. Σχετικά με το κάπνισμα και τη χρήση άλλων παράνομων ουσιών είναι σε χαμηλότερα ποσοστά σε σύγκρισή με το εθνικό δείγμα. Ωστόσο, εν συγκρίσει με όλους τους άλλους εφήβους του εθνικού δείγματος, οι μαθητές στη Λακωνία σε συχνότητα και ποσότητα καταναλώνουν σε υψηλότερα ποσοστά αλκοόλ.

Σύμφωνα με τους Caetano and Clark (1998) το επακόλουθο της καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ από παιδιά και εφήβους δε δημιουργεί εντύπωση. Σε μεγάλο ποσοστό αναφέρεται κατάχρηση αλκοόλ από εφήβους, με τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές να είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένες ως προς την εν λόγω συνήθεια (Τριανταφυλλίδου & Τσουμάκας, 2006). Η Ευρωπαϊκή Έρευνα στον Σχολικό Πληθυσμό για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ, η οποία διεξήχθη από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Κέντρο Πρόληψης Πυξίδα), σε ότι αφορά το ελληνικό μέρος δείχνει ότι το 1/3 των αγοριών και το 17% των κοριτσιών, ηλικίας 14 - 18 ετών, καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά συχνότερα από δύο φορές την εβδομάδα. Στην έρευνα πήραν μέρος 8.658 μαθητές γυμνασίου και λυκείου.

Από την προαναφερθείσα έρευνα προκύπτει επίσης ότι οι μισοί μαθητές, ηλικίας 17 ετών, μπορεί να πούν και πέντε ποτά στην κάθε έξοδο τους. Η μπίρα και το κρασί έρχονται πρώτα στις προτιμήσεις τους. Από τις νυχτερινές εξόδους τους όμως δεν λείπουν και τα πιο «σκληρά» ποτά, όπως η βότκα, το ουίσκι και η τεκίλα. Σε ποσοστό 15.9% οι Έλληνες μαθητές ανέφεραν ότι σε έναν μήνα κατανάλωσαν οινοπνευματώδη ποτά περισσότερες από δέκα φορές. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατακόρυφα στα αγόρια ηλικίας 17-18 ετών τα οποία, σε ποσοστό 8.8%, δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει πάνω από δέκα φορές τον τελευταίο χρόνο.

Σε όλες σχεδόν τις μελέτες έχει αποδειχτεί ότι οι νέοι που καπνίζουν είναι εκείνοι που γίνονται καταναλωτές αλκοόλ και μάλιστα κάνουν συχνότερα κατάχρηση κατανάλωσης αλκοόλ (binged drinking). Φαίνεται δηλαδή ότι η καπνιστική συνήθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου χρήσης/κατάχρησης αλκοόλ στους εφήβους και η συνήθεια χρήσης αλκοόλ με την σειρά της αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρώιμης έναρξης καπνίσματος. Οι παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα με τους Τριανταφυλλίδου και Τσουμάκα (2006) για την έναρξη χρήσης του αλκοόλ είναι πολλοί και αφορούν την οικογένεια, τους συνομηλίκους, τη μη φυσιολογική συμπεριφορά, τη διαφήμιση και σε γενετικούς παράγοντες, ενώ οι λόγοι που οι νέοι πίνουν ξεκινούν από την απλή ευχαρίστηση μέχρι την πεποίθηση ότι κατά αυτόν τον τρόπο ξεπερνούν τα προσωπικά τους προβλήματα.

Επίσης, σε συνέχεια των προηγούμενων φαίνεται σημαντικό ποσοστό των εφήβων να αγνοεί τα ανώτερα επιτρεπτά όρια ύπαρξης αλκοόλ στον οργανισμό, καθώς επίσης

και τα συμπτώματα της οξείας μέθης, κατάσταση που μπορεί να καταστεί απειλητική για τη ζωή του ατόμου, με το χρόνια αλκοολισμό να αποτελεί φαινόμενο που αφορά και την εφηβική ηλικία. Επιπρόσθετα, το αλκοόλ σχετίζεται άμεσα με τις περιπτώσεις βίαιου θανάτου είτε συναποτελεί παράγοντα συννοσηρότητας στις εν λόγω περιπτώσεις για τους έφηβους.

Σύμφωνα με ευρήματα έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου (Κοκκέβη & συν., 2008) όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ σε εφήβους ηλικίας 11,13 και 15 ετών φαίνεται ότι σχεδόν ένας στους 5 εφήβους, με τα αγόρια να είναι περισσότερα από τα κορίτσια, προβαίνουν σε κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε εβδομαδιαία βάση. Επίσης, αν και διαχρονικά καταφαίνεται μείωση στη χρήση αλκοόλ, εντούτοις περισσότεροι έφηβοι ξεκινούν σε νεότερη των 13 ετών ηλικία.

Η αυξημένη συχνότητα έναρξης της καπνιστικής συνήθειας και της κατανάλωσης αλκοόλ πολύ ενωρίς στην προεφηβική, εφηβική ηλικία αναγνωρίζεται σήμερα σαν μια ανησυχητική πραγματικότητα σε όλες της αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Η πρόωμη έναρξη των δύο ανθυγιεινών συνηθειών είναι κρίσιμης σημασίας γιατί μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην εμφάνιση σειράς θανατηφόρων νοσημάτων φθοράς στην ενήλικη ζωή, όπως νοσήματα του αναπνευστικού, του καρδιαγγειακού, καρκίνοι καθώς και ψυχιατρικά νοσήματα. Εκτός από τον αυξανόμενο κίνδυνο χρόνιων παθήσεων στην ενήλικη ζωή, το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και η χρήση παράνομων ουσιών στους εφήβους συνδέονται με περισσότερους κινδύνους υγείας όπως η κατάθλιψη, η βίαιη συμπεριφορά, τα οδικά ατυχήματα, οι επικίνδυνη σεξουαλική πρακτική, και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bovet et al. (2006) και Cunradi et al. (1999) οι συμπεριφορές που αρχίζουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τείνουν να ακολουθήσουν στην ενηλικίωση. Σύμφωνα με τους Kokkevi et al. (2002) και Mammias et al. (2003), όσον αφορά δεδομένα που άπτονται του ελληνικού χώρου, φαίνεται ότι οι επιδημιολογικοί δείκτες καπνίσματος και χρήσης/κατάχρησης αλκοόλ στους εφήβους και νέους ενήλικες είναι από τους υψηλότερους στην Ευρώπη.

Το ζήτημα της χρήσης καπνού και αλκοόλ στη νεανική ηλικία απασχολεί ευρέως την ελληνική κοινωνία και έχει αποτελέσει αντικείμενο επιστημονικής διερεύνησης.

Όπως αναφέρεται σε ανασκόπηση των Τριανταφυλλίδου και Τσουμάκα (2006), στην Ελλάδα, η χρήση και κατάχρηση αλκοόλ από τους εφήβους είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, κυρίως στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου για την έναρξη χρήσης αλκοόλ βρίσκονται η οικογένεια, η σχέση με τους συνομήλικους, ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, γενετικοί παράγοντες και η διαφήμιση. Επιπλέον, οι έφηβοι πίνουν λόγω της θετικής τους στάσης απέναντι στο αλκοόλ του οποίου την επίδραση θεωρούν ευχάριστη και λόγω της πεποίθησής τους ότι τους κάνει να ξεχνούν τα προβλήματά τους.

Σε ό,τι αφορά τη χρήση αλκοόλ στην εφηβεία, οι ερευνητικές προσπάθειες έχουν κατευθυνθεί προς την αξιολόγηση μοντέλων που επικεντρώνονται στις επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένου αιτιοτήτων που συνδέουν παράγοντες κινδύνου και προστατευτικούς παράγοντες στη χρήση αλκοόλ (Getz & Bray, 2005), καθώς επίσης προσπάθειες τροποποίησης των εφηβικών συμπεριφορών υγείας και των επιβλαβών για την υγεία συνηθειών (Rise, 2004).

Κατά τον ίδιο τρόπο, οι ερευνητικές προσπάθειες κατευθύνονται στη διερεύνηση της ευαλωτότητας των εφήβων που ξεκινούν να καπνίζουν (Pierce et al., 1996), πειραματιζόμενοι, διερευνώντας τις πεποιθήσεις τους και τις κοινωνικές νόρμες (Unger et al., 2000), την κατάθλιψη και την επιθετικότητα ως σχετικούς αιτιακούς παράγοντες με σκοπό την πρόβλεψη, πρόληψη και διακοπή (Whalen et al., 2001, Myers and Brown, 2005, Moan and Rise, 2006). Σε ό,τι αφορά περαιτέρω το κάπνισμα, οι αρνητικές οργανικές συνέπειες έχουν μελετηθεί και είναι αναμφισβήτητες (McMillan & Conner, 2003).

Περαιτέρω, από τον Pechmann έχει διερευνηθεί ο ρόλος των αντικαπνιστικών εκστρατειών και διαφημίσεων (2006). Κατά αυτόν τον τρόπο, ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση των διαφημιστικών μεθόδων που οδηγούν σε πρόληψη του καπνίσματος στους νέους. Επιπλέον, επίκεντρο ερευνητικού ενδιαφέροντος έχουν αποτελέσει γνωστικοί παράγοντες όπως οι στάσεις, οι νόρμες και η αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά αφενός με το κάπνισμα (Powe et al., 2007, Anderson et al., 2002, Armitage et al., 1999, Chalela et al., 2007), κι αφετέρου με το αλκοόλ (Conner et al., 1999, Dijkstra et al., 2001). Εν συνεχεία, έχει διερευνηθεί η έννοια του *κοινωνικού καπνίσματος*, μια μορφή κοινωνικού καπνίσματος που

σχετίζεται με την κοινωνική επιρροή (Moran et al., 2002). Επιπρόσθετα, μια σειρά προγραμμάτων παρέμβασης-πρόληψης αξιολογούνται για την ύπαρξη και την αποτελεσματικότητά τους από τους Mahoney et al. (2002).

Ωστόσο, οι έφηβοι που καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ οδεύουν προς την ενηλικίωση. Όμως, η ενηλικίωση νομιμοποιεί τη χρήση καπνού και αλκοόλ και αφανίζει τους επιβλαβείς παράγοντες κινδύνου; Εγείρονται ερωτήματα κατά πόσο υπάρχουν διαχρονικές έρευνες που αφορούν τους έφηβους καπνιστές και χρήστες αλκοόλ, οι οποίοι μελετώνται και κατά τη μετεφηβική τους ηλικία ή οι έρευνες σταματούν στο πέρας της εφηβικής ηλικίας. Η προσεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει την περισσότερη ερευνητική επικέντρωση στην εφηβεία παρά στη μετεφηβική ηλικία.

Κύριο λοιπόν σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί ο εξής: Η διερεύνηση ερευνητικών εργαλείων για το κάπνισμα και τη χρήση, ιδίως κατάχρηση, του αλκοόλ, στη μετεφηβική ηλικία και η πρόταση αξιολογημένων προγραμμάτων παρέμβασης και πρόληψης, τόσο πρωτογενούς και δευτερογενούς, όσο και τριτογενούς.

Συνοπτικά, οι ερευνητικοί στόχοι είναι οι εξής:

- α) η διερεύνηση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι επιβαρύνουν την υγεία ατόμων μετεφηβικής ηλικίας, με επικέντρωση στη χρήση καπνού και αλκοόλ από τα ίδια.
- β) τρόποι πρόβλεψης υιοθέτησης της εν λόγω συμπεριφοράς καθώς και της συχνότητάς της, ώστε να εντοπίζονται τόσο οι μελλοντικοί χρήστες καπνού και αλκοόλ όσο και οι ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή τα άτομα εκείνα που οδηγούνται σε καταχρήσεις.
- γ) η υιοθέτηση κατάλληλων παρεμβάσεων πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

1.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου

Στην προκείμενη θεματική ενότητα αναπτύσσεται η χρήση ουσιών, κυρίως σχετικά με τον καπνό και το αλκοόλ, σε διάφορες της πτυχές. Σε ένα πρώτο επίπεδο, στοιχεία διεθνή, ποσοστά και εκτιμήσεις αναφέρονται διεξοδικά μέσα από μια σειρά ερευνητικών μελετών στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Αναφορές για τη χρήση καπνού και αλκοόλ παρουσιάζονται τόσο για άτομα στην εφηβική όσο και στη νεανική ηλικία, στα πλαίσια μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς. Σκιαγραφείται, κατά αυτόν τον τρόπο η ευρύτητα της συμπεριφοράς του καπνίσματος, υπό το πρίσμα και του νομοθετικού πλαισίου καθώς και της κατάχρησης αλκοόλ, με όλα τα παρεπόμενα που συνεπάγεται, σωματικά και ψυχολογικά, ώστε να καθίσταται πολύτιμη η ερευνητική προσπάθεια της παρούσας μελέτης με τους στόχους που διατείνεται να επιτύχει.

1.2 Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Όσον αφορά τις ψυχοτρόπες ουσίες, αποτελούν εκείνες τις ουσίες, οι οποίες χρησιμοποιούμενες μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλουν το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική λειτουργία ενός χρήστη (Λιάππας, 2003). Ενδέχεται να είναι φυσικές, ημισυνθετικές είτε συνθετικές ουσίες που επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Άλλες έχουν κατασταλτική επίδραση, λόγου χάρη τα υπνωτικά και το αλκοόλ, και άλλες διεγερτική, όπως οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη. Διακρίνονται σε νόμιμες, όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη και σε παράνομες, όπως το χασίς και η ηρωίνη (Χαραλαμπίδης, 2003). Ο όρος «ναρκωτικά» παραπέμπει συνήθως στις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Σύμφωνα με τα Διαγνωστικά Κριτήρια του DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (1994), οι συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές ταξινομούνται σε δύο

κατηγορίες: α. τις διαταραχές της χρήσης ουσιών και β. της προκαλούμενες από ουσίες διαταραχές ως εξής:

α. Διαταραχές της χρήσης ουσιών:

- α1. Εξάρτηση από ουσίες
- α2. Κατάχρηση ουσιών

β. Προκαλούμενες από ουσίες διαταραχές:

- β1. Τοξίκωση από ουσίες
- β2. Στέρωση ουσιών
- β3. Προκαλούμενο από ουσίες ντελίριο
- β4. Προκαλούμενη από ουσίες επιμένουσα άνοια
- β5. Προκαλούμενη από ουσίες επιμένουσα αμνησιακή διαταραχή
- β6. Προκαλούμενη από ουσίες ψυχωτική διαταραχή
- β7. Προκαλούμενη από ουσίες διαταραχή της διάθεσης
- β8. Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή
- β9. Προκαλούμενη από ουσίες σεξουαλική δυσλειτουργία
- β10. Προκαλούμενη από ουσίες διαταραχή του ύπνου

Η χρήση τέτοιων ουσιών οδηγεί σταδιακά σε όλο και μεγαλύτερη ανοχή του οργανισμού σε αυτές, εγκαθιδρύοντας σταθερά μια εξαρτητική σχέση του ατόμου ως προς αυτές, η οποία είναι σωματική και ψυχική είτε αποκλειστικά ψυχική. Όσον αφορά την ανοχή, σύμφωνα με εργασία προερχόμενη από το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Χαραλαμπίδης, 2003) αποτελεί το φαινόμενο κατά το οποίο, μετά από διάστημα συστηματικής χρήσης της εξαρτησιογόνου ουσίας, το άτομο οδηγείται από την ανάγκη του να αυξήσει τη δόση της ουσίας προκειμένου να έχει τα ίδια αποτελέσματα, είτε για να αποφύγει την εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων όταν η δόση διατηρείται σταθερή.

Όσον αφορά την εξάρτηση από μια ουσία, προκύπτει από την ανάγκη για τη συνεχή της χρήση και μπορεί να εκδηλωθεί σωματικά και σε κάθε περίπτωση ψυχικά. Η σωματική εξάρτηση ταυτοποιείται όταν ο οργανισμός του χρήστη αδυνατεί να λειτουργήσει φυσιολογικά χωρίς αυτήν, ενώ η ψυχολογική εξάρτηση υποδηλώνεται

όταν ο χρήστης βιώνει την ανάγκη χρήσης της εν λόγω ουσίας για να διατηρήσει την ψυχική του ακεραιότητα. Σημαντικό είναι πως κάθε μορφής σωματική εξάρτηση εμπεριέχει και την ψυχική, ωστόσο η ψυχική εξάρτηση μπορεί να υπάρχει αυτούσια χωρίς να υπονοείται ότι υπάρχει και σωματική εξάρτηση. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV (1994) η εξάρτηση από ουσίες αποτελεί «ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν κάποια στιγμή στην ίδια 12μηνη περίοδο:

1. **Ανοχή**, όπως ορίζεται ,με το ένα από τα ακόλουθα:
 - A. Ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα
 - B. Σαφώς περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας της ουσίας.
2. **Στέρηση**, όπως εκδηλώνεται με το ένα από τα ακόλουθα:
 - A. Το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία.
 - B. Η ίδια (ή παρόμοια) ουσία λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.
3. Συχνά η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
4. Υπάρχει έμμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας.
5. Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας (π.χ. με επισκέψεις σε πολλούς γιατρούς ή διανύοντας μεγάλες αποστάσεις), για τη χρήση της ουσίας (π.χ. συνεχές κάπνισμα) ή για την ανάνηψη από τη δράση της.
6. Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.
7. Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την ουσία (π.χ. χρήση κοκαΐνης παρά την αναγνώριση της προκαλούμενης από κοκαΐνη κατάθλιψης ή συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά την αναγνώριση της επιδείνωσης υπάρχοντος έλκους από το ποτό)».

Συνεχίζοντας σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV (1994) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, αφορά :

A. «ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν μέσα σε μια 12μηνη περίοδο:

- 1. Υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας που έχει σαν αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων του ρόλου στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι (π.χ. επανειλημμένες απουσίες ή φτωχή εργασιακή απόδοση που σχετίζονται με τη χρήση της ουσίας, συνδεόμενες με την ουσία απουσίες, διακοπές ή αποβολές από το σχολείο, παραμέληση παιδιών ή νοικοκυριού).*
- 2. Υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας σε καταστάσεις, στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνο (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανής υπό την επήρεια της ουσίας).*
- 3. Υποτροπιάζοντα προβλήματα με το νόμο συνδεόμενα με την ουσία (π.χ. συλλήψεις για συνδεόμενη με την ουσία διατάραξη της κοινής ησυχίας).*
- 4. Συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρόλη την ύπαρξη μονίμων ή υποτροπιάζόντων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της ουσίας (π.χ. καβγάδες με το/τη σύζυγο σχετικές με τις συνέπειες της τοξίκωσης, σωματικοί διαπληκτισμοί)*

Και B. Τα συμπτώματα δεν πληρούσαν ποτέ τα κριτήρια της Εξάρτησης από Ουσία γ'αυτή την τάξη ουσιών».

Όσον αφορά, εν τέλει, το σύνδρομο στέρησης, αφορά μια σειρά από σωματικά ή ψυχολογικά, είτε μόνο ψυχολογικά συμπτώματα, τα οποία ακολουθούν την απότομη διακοπής της χρήσης μιας εθιστικής ουσίας, εφόσον έχει εγκαθιδρυθεί ψυχική και σωματική εξάρτηση. Τα συμπτώματα δύνανται να είναι άκρως αντίθετα από αυτά που προκαλούσε η ουσία στο χρήστη, λόγω χάρη μια ουσία με κατασταλτικές ιδιότητες σε κατάσταση στέρησής της μπορεί να προκαλέσει στο άτομο υπερδιέγερση και αϋπνία.

Τόσο το αλκοόλ όσο και ο καπνός ανήκουν στις νόμιμες και κοινωνικά θεμιτές ουσίες. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη την κατηγοριοποίηση μεταξύ «σκληρών» και

«μαλακών» ναρκωτικών, διαπιστώνεται ότι το οινόπνευμα που αποτελεί κοινωνικά θεμιτή ναρκωτική ουσία, ανήκει στις «σκληρές» ναρκωτικές ουσίες και ο καπνός, παρά τις δυσμενέστερες οργανικές βλάβες που προκαλεί, συγκαταλέγεται στα «μαλακά» ναρκωτικά (Ντολτό, 2004).

1.3 Κάπνισμα

Σύμφωνα με έναν ορισμό του καπνίσματος, αποτελεί «την πρακτική εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνό» (<http://el.wikipedia.org/wiki/>, 2013). Ανάμεσα στους τρόπους καπνίσματος ανήκουν το τσιγάρο, η πίπα, το πούρο κ.ά. Αυτή η συνήθεια ανήκε αρχικά στους κατοίκους της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής και κατόπιν, μετά το 1556, ήρθε στην Ευρώπη και την Ασία. Κατά τη δεκαετία του 1920 οι Γερμανοί ανακάλυψαν ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για τον οργανισμό, ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το αναγνώρισε μετά το 1950. Τα προϊόντα του καπνού έχουν αναγνωριστεί ως εξαρτησιογόνα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και σε αυτήν την κατηγορία κατατάσσονται από τα διεθνή συστήματα κατάταξης ψυχικών νοσημάτων ICD-10 και DSM-IV.

Σε εργαστηριακές έρευνες έχει βρεθεί ότι στον καπνό του τσιγάρου εμπεριέχονται πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, οι οποίες επιδρούν στον ανθρώπινο οργανισμό, με προεξάρχουσα τη νικοτίνη, γνωστή για τις εξαρτητικές της ιδιότητες (www.neahygeia.gr, 2012). Κάθε καπνιστής εισπνέει από τον καπνό του τσιγάρου 1-2 mg νικοτίνης. Η νικοτίνη εισέρχεται με τον καπνό στο αναπνευστικό σύστημα και απορροφάται από τους βλεννογόνους, φτάνοντας σε υψηλά επίπεδα στο αίμα. Εν συνεχεία, φτάνει στον εγκέφαλο διεγείροντας μια σειρά νικοτινικών υποδοχέων, όπου η σημαντικότερη αντίδραση είναι αυτή της ενεργοποίησης του συστήματος αμοιβής και την αύξηση στη ροή του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, κάτι που ταυτοποιείται ως κοινό χαρακτηριστικό σε όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες και θεωρείται ότι ευθύνεται για το μηχανισμό ανάπτυξης σωματικής εξάρτησης.

Περαιτέρω, η επαναλαμβανόμενη πρόσληψη νικοτίνης προκαλεί ευαισθησία των υποδοχέων στο μεταιχμιακό σύστημα και κατ'αυτόν τον τρόπο προκαλούνται μεταβολές στην έκκριση της ντοπαμίνης. Η έκκριση της ντοπαμίνης προκαλεί

συναίσθημα ευχαρίστησης, το οποίο αποτελεί κύριο αίτιο της εξάρτησης των ατόμων, σωματικής αλλά και ψυχολογικής, όπως θα παρουσιαστεί σε επόμενο υποκεφάλαιο.

Η διάρκεια και η επίδραση της νικοτίνης στον οργανισμό είναι ως εξής: Η επίδρασή της άμεσα στο σώμα διαρκεί έως και μισή ώρα μετά την απορρόφησή της από τον εγκέφαλο. Η περιεκτικότητά της στο αίμα μειώνεται κατά το ήμισυ σε διάστημα τριάντα λεπτών από την εισπνοή καπνού και κατά 3/4 στα σαράντα πέντε λεπτά, ενώ σε δύο με τρεις ώρες εξαφανίζεται από το αίμα. Η επίδραση των ορμονών, που σε όλη αυτή τη διαδικασία εκκρίθηκαν επίσης διαρκεί περίπου μισή ώρα.

Συστατικά που επίσης βρίσκονται στον καπνό, όπως η αμμωνία, η μενθόλη, το λεβουλνικό οξύ, δρουν ενισχυτικά ως προς την επίδραση της νικοτίνης αφενός προκαλώντας αισθήματα ευχαρίστησης και αφετέρου επιτείνοντας την απορρόφηση της νικοτίνης. Ως αποτέλεσμα, όταν πέσουν τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα ο καπνιστής αναζητά το κάπνισμα ώστε να αυξήσει και πάλι τα επίπεδα, ενώ οι μανιώδεις καπνιστές συσσωρεύουν στον οργανισμό τους τις ουσίες οι οποίες διαρκούν ακόμα και κατά τις φάσεις ύπνου (www.neahygeia.gr., 2012).

Εν συνεχεία των προηγούμενων, ανάμεσα στα συναισθήματα που περιγράφει ένας καπνιστής ανήκουν, αναλόγως της κατάστασης του οργανισμού και της ποσότητας της νικοτίνης, τόνωση, ηρεμία, αύξηση της προσοχής και της μνήμης, υποχώρηση του αισθήματος του πόνου και της πείνας, ευκολία στις κενώσεις, και ανακούφιση από το άγχος. Ωστόσο, όλα αυτά τα ευχάριστα συναισθήματα σχετίζονται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και η ευεξία που νιώθει το άτομο σχετίζεται με την απουσία των δυσάρεστων αισθημάτων και συμπτωμάτων που θα δημιουργούσε η έλλειψή της. Με άλλα λόγια, είναι η έλλειψη της στέρησης όλα τα παραπάνω επιθυμητά συναισθήματα του καπνίζοντος ατόμου, ενώ ένας μη καπνιστής δε νιώθει ούτε ευχάριστα ούτε δυσάρεστα συναισθήματα από τυχόν εισπνοή καπνού αφού δεν υπάρχουν αυτές οι αλλαγές, στέρσεις και εξαρτήσεις στον οργανισμό του. Τα συμπτώματα που νιώθει ο καπνιστής από τη νικοτινική στέρηση περιγράφονται αμέσως παρακάτω.

Κατά τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV (1994), στις προκαλούμενες από Νικοτίνη Διαταραχές ανήκουν: α. Η Νικοτινική Στέρηση και β. Η συνδεόμενη με Νικοτινική

Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Σε ό,τι αφορά τη Νικοτινική Στέρηση πληροί τα εξής κριτήρια:

A. Καθημερινή χρήση νικοτίνης για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες.

B. Απότομη διακοπή της χρήσης νικοτίνης ή μείωση της ποσότητας της χρησιμοποιούμενης νικοτίνης, η οποία ακολουθείται μέσα σε 24 ώρες από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα σημεία:

- (1) δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση*
- (2) αϋπνία*
- (3) ευερεθιστότητα, απογοήτευση ή θυμός*
- (4) άγχος*
- (5) δυσκολία συγκέντρωσης*
- (6) ανησυχία*
- (7) μειωμένη καρδιακή συχνότητα*
- (8) αυξημένη όρεξη ή αύξηση βάρους*

Γ. Τα συμπτώματα του Κριτηρίου B προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

Σε διάφορες χώρες έχουν ληφθεί μια σειρά μέτρων σχετικά με το κάπνισμα, τα οποία θα αναφερθούν στοιχία σε ενότητα παρακάτω.

Κάπνισμα με ναργιλέ

Σχετικά με τους τρόπους καπνίσματος, εκτός από το τσιγάρο, βιομηχανοποιημένο ή 'στριφτό', υπάρχει επίσης ο τρόπος του "waterpipe smoking", δηλαδή του καπνίσματος μέσω ναργιλέ, περισσότερο γνωστού στις ανατολικές χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO Study Group on Tobacco Product - TobReg, 2005), στα πλαίσια του προγράμματος WHO Tobacco Free Initiative, υπάρχει μια σειρά κινδύνων στην υγεία, ώστε να δημιουργηθούν ανάλογα προγράμματα πρόληψης και διακοπής, όπως αναφέρονται παρακάτω.

Η ιστορία του καπνίσματος με ναργιλέ ξεκινά από την Ινδία όπου εφευρέθηκε κατά το 16ο αιώνα, από κάποιο ιατρό της εποχής, ως μια μέθοδος λιγότερο επικίνδυνη στη

χρήση καπνού. Η άποψη αυτή, δηλαδή ότι η χρήση ναργιλέ είναι λιγότερο επιζήμια για την υγεία, διότι φιλτράρεται ο καπνός μέσα από το νερό, υποστηρίζεται μέχρι και τις μέρες μας (Maziak et al., 2005). Ένας παράγοντας που ενισχύει αυτήν την πεποίθηση είναι το μάρκετινγκ των εταιρειών που πουλούν ναργιλέδες, όπως για παράδειγμα το σλόγκαν μιας τέτοιας εταιρείας που πουλά ναργιλέδες στη νοτιοδυτική Ασία και Βόρεια Αμερική το οποίο είναι "0.5 % νικοτίνη και 0% πίσσα" (Knishkowsky & Amitai, 2005).

Παρόλα αυτά, οι πεποιθήσεις δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, εφόσον το κάπνισμα διαμέσου σωλήνα με νερό, ναργιλέ, περιέχει πολλά τοξικά, όπως το μονοξείδιο του άνθρακα, βαρέα μέταλλα και χημικά που προκαλούν καρκίνο, τα οποία συσχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του λάρυγγα, αναπνευστικά προβλήματα, παρενέργειες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καρδιαγγειακές και άλλες ασθένειες (Knishkowsky & Amitai, 2005, Maziak & el., 2004^a, Sajid et al., 1993). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Maziak et al. (2004^b), το κάπνισμα μέσα από σωλήνα νερού δε διαφέρει στις εθιστικές του επιδράσεις από άλλους τρόπους καπνίσματος.

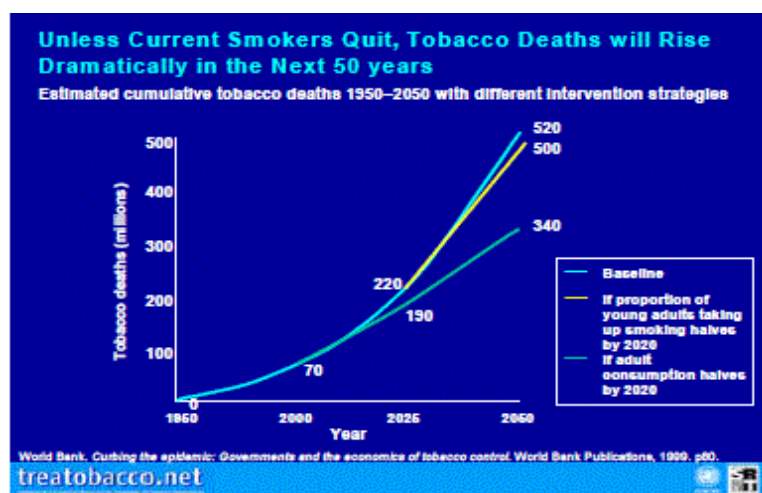
Επίσης, η έκθεση στον καπνό μέσω ναργιλέ είναι πολύ μεγαλύτερη σε διάρκεια από το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Οι καπνιστές τσιγάρων μέσα 5 έως 7 λεπτά εισπνέουν 0.5 έως 0.6 λίτρα καπνού, ενώ η διάρκεια καπνίσματος μέσω ναργιλέ διαρκεί περίπου από 20 έως 80 λεπτά, κατά τα οποία μέσα από 50 έως 200 εισπνοές και εκπνοές καπνού ο καπνιστής δέχεται στον οργανισμό του από 0.15 έως 1 λίτρο καπνού σε κάθε εισπνοή-εκπνοή (Djordjevic et al., 2000, Shihadeh et al., 2004). Επομένως, ένας καπνιστής ναργιλέ μπορεί σε μια ολόκληρη χρήση ναργιλέ να εισπνεύσει τόσο καπνό όσο εάν κάπνιζε 100 ή και περισσότερα τσιγάρα.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Maziak et al. (2004^b), οι ωραίες γεύσεις που χρησιμοποιούνται στον καπνό μέσω ναργιλέ, όπως αυτή του μήλου, εξηγούν γιατί κάποιοι άνθρωποι, ιδίως νέοι, καπνίζουν μέσω ναργιλέ ακόμα και αν γενικότερα δεν είναι καπνιστές. Σημειώνεται στο σημείο αυτό, η επικινδυνότητα μετάδοσης κάποιων ασθενειών όπως της φυματίωσης, όταν το στόμιο του ναργιλέ χρησιμοποιείται από περισσότερα του ενός άτομα που συμμετέχουν σε μια παρέα, σύμφωνα με τους Maziak et al. (2004^b).

1.3.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία για το Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται φαινόμενο το οποίο έχει λάβει τα στοιχεία πανδημίας παγκοσμίως στη διάρκεια του 20ου αιώνα καθώς και την κυριότερη αιτία πρόωμης και αποτρέψιμης θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με το Frieden (2010) η χρήση καπνού αποτελεί σήμερα την κυριότερη παγκοσμίως αιτία θανάτου και ευθύνεται για την ανθρώπινη θνησιμότητα περισσότερο από ότι αθροιστικά ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, της φυματίωση και της ελονοσίας.

Το κάπνισμα αποτελεί επιβλαβή για τον οργανισμό συνήθεια, μα παρόλα αυτά νόμιμη. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, από τις επιπτώσεις στον οργανισμό λόγω καπνίσματος πεθαίνουν γύρω στα 4.9 εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως, το 2025 αναμένεται ο αριθμός αυτός να αγγίξει τα 10 εκατομμύρια ετησίως και αν διατηρηθούν οι σημερινοί ρυθμοί αναμένεται 250 εκατομμύρια των σημερινών παιδιών να πεθάνουν μελλοντικά από τις οργανικές επιπτώσεις του καπνίσματος (Peto, 1994). Μέχρι το 2050 τα ποσοστά θανάτων θα έχουν αυξηθεί δραματικά, εκτός εάν οι σημερινοί ενήλικες διακόψουν το κάπνισμα, όπως φαίνεται σχηματικά στο παρακάτω διάγραμμα 1 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2004).



Διάγραμμα 1: Αναμενόμενος αριθμός θανάτων από κάπνισμα μέχρι το 2050

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) (<http://www.who.int/mediacentre>, 2013) και νέα δεδομένα, το κάπνισμα σκοτώνει γύρω στα 6 εκατομμύρια ανθρώπους, δηλαδή 1,1 εκατομμύρια περισσότερους σε σχέση με τα προαναφερθέντα στοιχεία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο καταγράφεται ότι

επισυμβαίνουν 100.000 θάνατοι κάθε χρόνο που οφείλονται στο κάπνισμα σύμφωνα με στοιχεία του 2013 (www.ash.org.uk).

Επιπλέον, στοιχεία του Department of Health and Human Services των Ηνωμένων Πολιτειών (2010) περίπου 20 εκατομμύρια άτομα υποφέρουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα για κάθε θάνατο που οφείλεται στο κάπνισμα. Περίπου οι μισοί από τους συστηματικούς καπνιστές θα έχουν πρόωρο θάνατο, χάνοντας κατά μέσο όρο 10 έτη από τη ζωή τους (Doll et al., 2004). Λόγω του καπνίσματος και των παρεπόμενων του, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές θα αποβιώσουν και το 50% εξ αυτών στο ηλικιακό διάστημα από 35 έως 69 ετών (WHO, 2007).

Σε ό,τι αφορά την Ευρώπη σχετικά με το κάπνισμα, η συχνότητα των καπνιστών υπολογίζεται σε αναλογία 1:3, ενώ καταγράφεται αριθμός 650.000 Ευρωπαίων οι οποίοι χάνουν τη ζωή τους από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα (www.moh.gov.cy, 2012).

1.3.2 Συνέπειες του καπνίσματος

Κάνοντας αναφορά αρχικά στη συμπεριφορά του «καπνίζεин», θα λέγαμε ότι αποτελεί μια αποδεδειγμένα βλαβερή συνήθεια, η οποία υπόκειται στον έλεγχο του ίδιου του ατόμου (Φραγκίδης, 1988). Περαιτέρω στη μελέτη του ίδιου αναφέρεται ότι «οι αρρώστιες που συνδέονται με το κάπνισμα, αποτελούν την κυριότερη αιτία για την κακή υγεία και τους πρόωρους θανάτους. Ο έλεγχος του καπνίσματος θα μπορούσε να συντελέσει ουσιαστικά σε μια καλύτερη και μακρύτερη ζωή, περισσότερο από οποιαδήποτε ενέργεια στον Τομέα της Προληπτικής Ιατρικής».

Σύμφωνα με στοιχεία (Centers for disease control and prevention, 2002, Annual Smoking-United States, 2005) το κάπνισμα φαίνεται να αποτελεί την κυριότερη αποτρέψιμη αιτία θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες, με 440.000 θανάτους κάθε έτος να αποδίδονται στην εν λόγω συνήθεια.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Επιδημιολογίας-Δημόσιας Υγείας, κύριο Τζανάκη (www.feel-free.gr/smoking-drinking.pdf), στα κυριότερα νοσήματα που προκαλεί το κάπνισμα συγκαταλέγονται ο καρκίνος του πνεύμονα, καρδιαγγειακές παθήσεις όπως

η ισχαιμική καρδιοπάθεια, καθώς και αναπνευστικές και αναπαραγωγικές παθήσεις. Στατιστικά, σύμφωνα με τον ίδιο, το ποσοστό των καπνιστών σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ μεταξύ των σπουδαστών γυμνασίου παρουσίασε αύξηση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, συνέχισε ανοδική πορεία κατά τη διάρκεια του 1996-1997, και έπειτα άρχισε να μειώνεται σταθερά.

Επίσης, αναφέρεται ότι κατά προσέγγιση 80% των χρηστών καπνού αρχίζουν τη χρήση πριν από την ηλικία των 18 ετών. Κατ' εκτίμηση μπορεί να εξαχθεί ότι 6.4 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών που ζουν σήμερα θα πεθάνουν πρόωρα ως ενήλικοι επειδή άρχισαν να καπνίζουν πρώιμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους.

Όπως γίνεται φανερό από μια άλλη μελέτη (Σωτηρόπουλος, 1981), ήδη αρκετά χρόνια πριν, υποστηρίζεται ερευνητικά η αναγκαιότητα, μα ανεπάρκεια της δυνατότητας των γνώσεων περί των οργανικών βλαβών για την υγεία από το κάπνισμα, ακόμα και σε άτομα που λόγω του αντικειμένου τους τις διαθέτουν, να μην υιοθετούν την εν λόγω συμπεριφορά. Το δείγμα της εν λόγω μελέτης αποτέλεσαν φοιτητές ιατρικής, οι οποίοι παρά τις γνώσεις τους για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία δε φάνηκε να αποφεύγουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αυτή η διαπίστωση, μας οδηγεί στο να αντιληφθούμε πως οι γνώσεις για τη ζημιογόνο συμπεριφορά δεν είναι απαραίτητο ότι θα αποτρέψουν το άτομο από το να την υιοθετήσει. Επομένως, χρειάζεται να διερευνηθούν οι καταλυτικής σημασίας παράγοντες που επιδρούν άμεσα στην υιοθέτηση ή μη μιας επιβλαβούς συμπεριφοράς.

Σε έρευνα των Kusma et al. (2010) σε φοιτητές Ιατρικής του πέμπτου έτους, στο Βερολίνο, διερευνήθηκε το ποσοστό καπνιστών ανάμεσά τους, το επίπεδο γνώσεών τους σχετικά με την εξάρτηση από το κάπνισμα, καθώς και η αποτελεσματικότητα των μεθόδων διακοπής του καπνίσματος. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι ένα τέταρτο αυτών ήταν καπνιστές, οι άνδρες σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες. Οι φοιτητές φάνηκε να υποτιμούν τα ποσοστά και τις αρνητικές συνέπειες στο προσδόκιμο ζωής. Παρόλα αυτά, φάνηκε να γνωρίζουν ότι το κάπνισμα προκαλεί στεφανιαία νόσο. Οι γνώσεις τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων διακοπής κρίθηκαν ανεπαρκείς, ενώ μόλις το ένα τρίτο αυτών δηλώνουν επαρκείς στο

να συμβουλέψουν τους ασθενείς τους σχετικά με τις εθιστικές ιδιότητες του καπνίσματος.

Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 (www.keelpno.gr) αναφέρεται ότι ανάμεσα στις κύριες ζημιογόνες για την υγεία συνέπειες ανήκουν η αύξηση της συχνότητας και της θνησιμότητας από τις εξής ασθένειες:

- Στεφανιαία νόσο
- Καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα κ.ά.
- Χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες
- Αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου

Επιπρόσθετα των προηγούμενων, σημαντικές είναι οι εμβρυϊκές βλάβες οι οποίες προκύπτουν από το κάπνισμα της κυοφορούσας μητέρας. Ο κίνδυνος από το κάπνισμα πολλαπλασιάζεται όταν: α. μικραίνει η ηλικία έναρξης, β. αυξάνει η συνολική διάρκεια του καπνίσματος και γ. αυξάνει ο μέσος όρος των τσιγάρων που καταναλώνονται.

Διάφορα προβλήματα υγείας και οργανικές καταστάσεις, οι οποίες δεν είναι θανατηφόρες για τον ανθρώπινο οργανισμό σχετίζονται με το κάπνισμα ή επιβαρύνονται από την εν λόγω συνήθεια, αλλά παρόλα αυτά εξασθενίζουν τον οργανισμό (Bowman et al., 2003). Κάποιες από αυτές είναι οι εξής:

- Καρδιά και κυκλοφορικό σύστημα: Στηθάγχη, νόσος του Buerger (σοβαρή ασθένεια του κυκλοφορικού συστήματος), περιφερική αγγειακή νόσος.
- Αναπνευστικό σύστημα: Άσθμα, κοινό κρυολόγημα, χρόνια ρινίτιδα (φλεγμονή της μύτης), γρίπη, φυματίωση.
- Στομάχι/πεπτικό σύστημα: Πολύποδας του παχέος εντέρου, η νόσος του Crohn (χρόνια φλεγμονή του εντέρου), δωδεκαδακτυλικό έλκος, έλκος στομάχου.
- Στοματική κοιλότητα: Οξεία νεκρωτική ελκώδης ουλίτιδα (ασθένεια των ούλων), απώλεια δοντιών, αποχρωματισμός των δοντιών.

- Μύες και κόκκαλα: Τραυματισμοί των τενόντων και των μυών, πόνοι στο λαιμό και στην πλάτη, οστεοπόρωση σε γυναίκες και άνδρες, ρευματοειδής αρθρίτιδα σε βαρείς καπνιστές.
- Οφθαλμικό Σύστημα: Καταρράκτης, εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας, νυσταγμός (μη φυσιολογικές κινήσεις των ματιών), οπτική νευροπάθεια (απώλεια της όρασης), οφθαλμική ιστοπλάσμωση (μυκητιασική λοίμωξη του οφθαλμού), Tobacco Amblyopia (απώλεια της όρασης), διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, οπτική νευρίτιδα.
- Δερματικό σύστημα: Ψωρίαση, γήρανση του δέρματος.
- Αναπαραγωγικό σύστημα: Γυναικεία υπογονιμότητα (μείωση της γονιμότητας κατά 30 %), εμμηνόπαυση (έναρξη κατά μέσο όρο 1.74 έτη νωρίτερα), ανδρική υπογονιμότητα (ανικανότητα, μειωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων και μειωμένη κινητικότητα αυτών, το σπέρμα έχει λιγότερη ικανότητα να διεισδύσει στο ωάριο και αυξημένες ανωμαλίες στο σχήμα).
- Άλλες ασθένειες και παθήσεις: Κατάθλιψη, απώλεια ακοής, σκλήρυνση κατά πλάκας, διαβήτη τύπου 2.

Σύμφωνα με το Department of Health and Human Services of US (1989), όπως αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 (www.keelrno.gr), κατά 4.6 έτη θα μειωθεί το προσδόκιμο ζωής για ένα νεαρό άτομο 25 ετών, το οποίο καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, ενώ κατά 8.3 έτη θα μειωθεί το προσδόκιμο ζωής σε καπνιστή που καταναλώνει 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Επιπρόσθετα, κατά 8 έτη μειώνεται το προσδόκιμο ζωής σε έφηβο που ξεκινά το κάπνισμα στα 15 του έτη, ενώ σε άτομο που ξεκινά το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 25 ετών το προσδόκιμο ζωής υπολογίζεται σε 4 χρόνια λιγότερο.

Πέραν των οργανικών συνεπειών, η συμπεριφορά καπνίσματος συσχετίζεται με άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές. Οι Hughes et al. (2009) στα ευρήματα της έρευνας τους εντόπισαν ότι υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της σεξουαλικής συναναστροφής με πολλαπλούς συντρόφους κατά τη διάρκεια των διακοπών των συμμετεχόντων.

1.3.3 Παθητικό κάπνισμα

Το παθητικό κάπνισμα ή αλλιώς έκθεση στον «περιβαλλοντικό καπνό» (environmental tobacco smoke) δεν είναι άμοιρο των συνεπειών που επιφέρει η εισροή καπνού στον οργανισμό όπως και σε έναν ενεργητικό καπνιστή (www.moh.gov.cy, 2012). Η έκθεση περιλαμβάνει το “δευτερογενή” και τον “τριτογενή” καπνό. Ο “δευτερογενής καπνός” περιλαμβάνει κατά 85% τον καπνό του αναμμένου τσιγάρου και κατά 15% τον καπνό εκπνοής του καπνίζοντος. Περισσότερες είναι οι επιβλαβείς χημικές ουσίες του “δευτερογενή καπνού” σε σύγκριση με τον καπνό που εισπνέει ο καπνιστής. Σε ό,τι αφορά τον “τριτογενή καπνό” σχετίζεται με τα συστατικά του καπνού που συνεχίζουν να υπάρχουν στο χώρο όπου κάπνιζε ο καπνιστής ακόμα και μετά την αποχώρησή του από αυτόν.

Η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό, όπως αναφέρεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα της Κύπρου (2012), προσμετράτε από τον εντοπισμό των συστατικών, όπως η νικοτίνη και τα εισπνεόμενα σωματίδια, τα οποία χρησιμοποιούνται ως δείκτες. Οι χημικές αυτές ουσίες υπολογίζονται στις 4.000 από τις οποίες πενήντα έχουν ταυτοποιηθεί ως καρκινογόνες, η Υπηρεσία Προστασίας του Περιβάλλοντος της Καλιφόρνια (California Environment Protection Agency) κατέταξε τον καπνό στους τοξικούς ατμοσφαιρικούς ρύπους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007) εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος στην Ευρώπη, σημειώνονται ετησίως 79.000 θάνατοι λόγω της εισπνοής καπνού και όλων των παρεπόμενων που επιφέρει.

Το παθητικό κάπνισμα στα παιδιά αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας (Μάτζιου-Μεγαπάνου, 2009). Τα μισά παιδιά παγκοσμίως αναπνέουν ρυπογόνο αέρα μέσα στο σπίτι τους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η παραμονή ενός παιδιού σε κλειστό χώρο όπου υπάρχουν καπνιστές για διάρκεια μίας ώρας, υπολογίζεται ότι ισούται σε εισπνοή επιβλαβών ουσιών όπως εάν κάπνιζε παραπάνω από δέκα τσιγάρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2006), τους Vardavas et al. (2007) και Vardavas & Kafatos (2007), υπολογίζεται ότι όταν καπνίζουν οι δυο γονείς 15 έως 20 τσιγάρα ανά ημέρα, υπολογίζεται ότι είναι σα να καπνίζει το παιδί 80 τσιγάρα ετησίως, ενώ τα 50 από

αυτά αποδίδονται στη μητέρα λόγω του ότι ο χρόνος που περνά μαζί της είναι περισσότερος σε σχέση με τον πατέρα.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Chan-Yeung & Dimich Ward, 2003) επιπτώσεις που εμφανίζονται στην υγεία των παιδιών εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος, σε σχέση με τα παιδιά που δεν εισπνέουν καπνό από το περιβάλλον, είναι οι εξής:

- 3 έως 5 φορές περισσότερος κίνδυνος ασθένειας από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως πνευμονία, λαρυγγίτιδα, βρογχίτιδα, βρογχολίτιδα, με μετάδοση από το βήχα των γονέων.
- 20 έως 40 φορές περισσότερες πιθανότητες εισαγωγής στο νοσοκομείο, κατά το πρώτο έτος της ζωής τους, λόγω πνευμονίας ή οξείας βρογχίτιδας.
- Εντονότερη και μεγαλύτερης διάρκειας συμπτωματολογία των παραπάνω.
- Η έκθεση στον καπνό λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας για το άσθμα και την επιδείνωση της συμπτωματολογίας του.
- Συσχέτιση με το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου
- Συσχέτιση με μέση ωτίτιδα με υγρό
- Συσχέτιση με πρόκληση οισοφαγίτιδας
- Συσχέτιση με βακτηριδιακή μηνιγγίτιδα
- Επιδρών παράγοντας στις απουσίες στο σχολείο λόγω ασθενειών

Σύμφωνα με τους Fantuzzi et al. (2007), σοβαρές είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης. Αν και αποτελεί παράγοντα σοβαρής επικινδυνότητας καθόλη της διάρκεια της εγκυμοσύνης, περισσότερο ζημιογόνα καθίσταται η συμπεριφορά για την κυοφορούσα και το έμβρυο μετά τον τέταρτο μήνα της κύησης. Συχνές συνέπειες είναι οι εξής:

- Ενδομήτρια καθυστέρηση
- Περιγεννητικές επιπλοκές
- Αυξημένες πιθανότητες περιγεννητικής θνησιμότητας
- Λιποβαρή νεογέννητα και αναπτυξιακός δείκτης
- Μειωμένη γονιμότητα στις χρόνιες καπνίστριες
- Πρόδρομος πλακούντας κατά την εγκυμοσύνη
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Αμνιονίτιδα
- Πρόωρος τοκετός



Εικόνα 1: Παθητικό κάπνισμα από τα παιδιά (<http://stonkamva.blogspot.gr>)

1.3.4 Νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος

Ένα από τα σχετικά επίκαιρα θέματα σε ό,τι αφορά το κάπνισμα έχει να κάνει με τη νομοθεσία που έχει θεσπιστεί σε διάφορες χώρες σχετικά με την απαγόρευσή της εν λόγω συνήθειας, ιδιαιτέρως σε δημόσιους χώρους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 2003, καταβάλλοντας έντονες προσπάθειες, ενάντια και σε ισχυρά οικονομικά συμφέροντα, πέτυχε τη σύναψη της Παγκόσμιας Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, την οποία υπέγραψαν 192 χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα (<http://www.who.int/en/>). Κεντρικό στόχο αποτέλεσε ο περιορισμός του καπνίσματος, φαινόμενο που θεωρήθηκε ως παγκόσμια πανδημία που οδηγεί εκατομμύρια ανθρώπους στο θάνατο, με την εφαρμογή μέτρων και παρεμβάσεων, στρατηγικών και σχεδίων δράσης ανά τον κόσμο.

Ελλάδα

Ήδη από το 1856 στην Ελλάδα είχε εκδοθεί βασιλικό διάταγμα υπογεγραμμένο από τη Βασίλισσα Αμαλία «περί απαγορεύσεως του καπνίζεω εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων». Πιο συγκεκριμένα αναγράφεται ότι «*Θέλοντες να προλάβωμεν όσον ένεστι τα εξ ενδεχομένων πυρκαϊών δυστυχήματα, επί τη προτάσει του Ημετέρου επί των Εσωτερικών Υπουργού, απεφασίσαμεν και διατάσσομεν. Α. Απαγορεύεται η χρήσις του καπνίζεω είτε δια καπνοσυρίγκων (τσιμπουκίων), είτε δια σιγάρων, εις πάντας εν γένει τους υπαλλήλους και υπηρέτας του Κράτους εντός των*

δημοσίων γραφείων και καταστημάτων. Β. Η απαγόρευσις αυτή επεκτείνεται και εις πάντα άλλον προσερχόμενον εις τα ειρημένα καταστήματα και γραφεία χάριν υποθέσεως ή άλλης τινός αιτίας. Γ. Ο Ημέτερος επί των Εσωτερικών Υπουργός θέλει δημοσιεύσει και εκτελέσει το παρόν Διάταγμα.(<http://www.elinyae.gr>). Από τα προαναφερθέντα φαίνεται πως οι λόγοι απαγόρευσης του καπνίσματος την εποχή εκείνη υπήρξαν άλλοι από τους λόγους διασφάλισης της υγείας.

Περαιτέρω, στη χώρα μας, το 2002 με σχετική νομοθεσία ψηφίστηκε η απαγόρευση του καπνίσματος, τόσο σε δημόσιους όσο και ιδιωτικούς χώρους, όπως στα μέσα μαζικής μεταφοράς, σε χώρους υγείας και εκπαιδευτικά ιδρύματα. Δίνοντας όμως τη δυνατότητα να επιτρέπεται σε ειδικές περιπτώσεις όπου επαφίεται στο διαχειριστή της εργασιακής μονάδας, έμεινε περισσότερο σε σχεδιασμό παρά σε πρακτική εφαρμογή (el.wikipedia.org/wiki/Απαγόρευση_καπνίσματος_στην_Ελλάδα).

Εν συνεχεία, εφόσον ο προαναφερθείς νόμος δεν έλαβε πρακτική εφαρμογή, κατατέθηκε νέο νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας, με έναρξη εφαρμογής την 1η Ιουλίου 2009. Σύμφωνα με το Νόμο 3730/2008 απαγορεύεται το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού με οιονδήποτε τρόπο, τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς χώρους εργασίας, σε σταθμούς μεταφοράς, ταξί, μέσα μαζικής μεταφοράς, καθώς και σε κλειστούς χώρους εργασίας.

Ο Νόμος 3730/2008 περιλαμβάνει όλους τους δημόσιους χώρους, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι χώροι νυχτερινής διασκέδασης, τα μπαρ, τις καφετέριες, χωρίς η εφαρμογή να επαφίεται στο διαχειριστή. Η επιλογή επαφίεται στο διαχειριστή μόνο στην περίπτωση που η μονάδα είναι κάτω των 70 τ.μ. μικτού εμβαδού, οπότε επιλέγεται εάν ο χώρος θα χρησιμοποιείται για καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες. Ωστόσο, τέτοια καταστήματα υποχρεούνται να είναι εφοδιασμένα με εξαεριστικούς μηχανισμούς και να φέρουν αναρτημένο το ανάλογο σήμα. Για μεγαλύτερους σε εμβαδόν χώρους παραχωρείται το δικαίωμα ειδικών χώρων για τους καπνίζοντες αναλόγως του συνολικού εμβαδού (el.wikipedia.org/wiki/Απαγόρευση_καπνίσματος_στην_Ελλάδα).

Εν συνεχεία των προηγούμενων, αρμόδιος των σχετικών ελέγχων τήρησης του Νόμου 3730/2008 είναι «ο Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του Σ.Ε.Υ.Υ.Π.

(Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας). Τους Επιθεωρητές συνδράμουν στο έργο τους οι αστυνομικές και λιμενικές αρχές, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.3730/ 2008».

Η ψήφιση και εφαρμογή του Νόμου προκάλεσε αρκετές αντιδράσεις, ιδίως από τους καταστηματάρχες, με το φόβο χαμηλότερης προσέλευσης των καπνιστών καθώς και του αιτήματος να μην καθίστανται οι ίδιοι αντιμέτωποι με τους πελάτες, καθώς και από τους ίδιους τους καπνιστές με την ένσταση ότι τα εν λόγω μέτρα αντίκεινται στην ελευθερία τους. Στον παρόντα χρόνο, 4 περίπου χρόνια μετά δε φαίνεται να εφαρμόζεται και πάλι ο αντικαπνιστικός νόμος σε ό,τι αφορά τους περισσότερους χώρους διασκέδασης, καφετέριες και μπαρ.

Συνοπτικά, οι νομοθετικές τροποποιήσεις για το κάπνισμα από το 1952 έως και το 2005 παρουσιάζονται παρακάτω, στον Πίνακα 1, χωρίς να σημαίνει ότι οι εν λόγω ρυθμίσεις τέθηκαν αυστηρά σε εφαρμογή.

Σύμφωνα με το Νόμο 3868/2010 (ΦΕΚ 129Α' /3.8.2010) γίνεται καθορισμός των οργάνων, της διαδικασίας ελέγχου πιστοποίησης των παραβάσεων και επιβολής των προβλεπόμενων κυρώσεων, των κριτηρίων προσδιορισμού του ύψους του προστίμου, της διαδικασίας είσπραξης των προστίμων και άλλων σχετικών λεπτομερειών (www.nosmoke.gr).

Στα πρακτικά της συνέντευξης τύπου στις 31/05/2013 για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων πανελλαδικής έρευνας σχετικά με τα μέτρα της πολιτείας σχετικά με το κάπνισμα, η οποία υλοποιήθηκε για λογαριασμό του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών στα πλαίσια του προγράμματος Heart II, με συλλογή στοιχείων το Σεπτέμβριο 2012, ο Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, Παναγιώτη Κ. Μπεχράκη, ανέφερε τα εξής, μεταξύ άλλων σημαντικών αποτελεσμάτων:

- 84% των ελλήνων θεωρούν πολύ (65.4%) ή αρκετά σοβαρό (18.6%) τον εθνικό στόχο για την μείωση του καπνίσματος στην χώρα μας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται και τα 2/3 των καπνιστών.
- Τα 3 πρώτα σε προτίμηση μέτρα τα οποία αποδέχονται οι συμμετέχοντες για τη μείωση του καπνίσματος είναι τα ακόλουθα:

- Α) καμπάνιες ενημέρωσης του κοινού και ιδίως των μαθητών (82.1%),
 - Β) ανάπτυξη ειδικά στοχευμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία (80.7%),
 - Γ) κέντρα διακοπής καπνίσματος στα νοσοκομεία (77.2%).
 - Αν και στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δε θεωρούν ότι η αύξηση στην τιμή των τσιγάρων θα μείωνε το κάπνισμα, θα συμφωνούσαν στην αύξηση των 2 ευρώ ανά πακέτο στην περίπτωση που τα χρήματα δίνονταν για την πρόληψη του καπνίσματος στους νέους είτε για τη βελτίωση του συστήματος υγείας.
- Αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα σχετικά με το 99.2% των ερωτηθέντων οι οποίοι έχουν βρεθεί τον τελευταίο χρόνο σε χώρους που άλλοι καπνίζουν παρότι απαγορεύεται το κάπνισμα. Από αυτούς, το 74% είναι θυμωμένοι (53.1%) και μάλλον θυμωμένοι (20.8%) ενώ μόνο (24.8%) δεν ενοχλούνται. Ακόμα, 48.3 % των καπνιστών δηλώνει θυμό για το ζήτημα σύμφωνα με τα αποτελέσματα.
- 70.7% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι το κράτος δεν έχει εφαρμόσει το νόμο για την προστασία τους από το παθητικό κάπνισμα. Περαιτέρω, πιστεύουν ότι ο νόμος καταστρατηγείται κατά 92.8 % σε κέντρα διασκέδασης, 87.1% σε εστιατόρια και 73.7% σε τουριστικά καταστήματα.
 - Επίσης, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες συμφωνούν με την πρόταση παραπάνω από 10.000 Έλληνες φοιτητές που αιτούνται το παθητικό κάπνισμα να συμπεριληφθεί στα διεθνή ζητήματα προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η διακήρυξη παρουσιάζεται παρακάτω, στην Εικόνα 2 (www.moh.gov.gr/).

ΑΝ ΔΕΝ ΤΟΥΣ ΑΚΟΥΣΟΥΜΕ ΣΗΜΕΡΑ ΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΤΟΥΣ ΠΟΥΜΕ ΑΥΡΙΟ;

Από 25 έως 30 Μαΐου, πάνω από 10.000 φοιτητές Ελληνικών Πανεπιστημίων και ΤΕΙ συμπλήρωσαν το ειδικό ερωτηματολόγιο της «Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος» και προσυπέγραψαν τη διακήρυξη για το παθητικό κάπνισμα.

- Το 90% πιστεύει ότι η κατάσταση στην Ελλάδα εμφανίζεται ανεξέλεγκτη και το κράτος δεν κάνει ό,τι πρέπει για την εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος
- Μόνο το 10% αντιμετώπισε δυσκολία να αγοράσει τσιγάρα κατά την παιδική ηλικία

ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΥΨΩΝΟΥΝ ΤΗ ΦΩΝΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΑΙΤΟΥΝ:

- Να αναγνωριστεί το παθητικό κάπνισμα ως μια μορφή βίας στη σύγχρονη κοινωνία
- Να αναχθεί το παθητικό κάπνισμα σε διεθνές ζήτημα καταπάτησης ανθρωπίνων δικαιωμάτων Υγείας, Εργασίας, και προστασίας της Γυναίκας και του Παιδιού!

ΒΑΖΟΥΜΕ ΤΕΡΜΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΧΗ.
ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΥΜΕ ΔΡΑΣΗ



Η αλήθεια για το κάπνισμα
HEART II



Σε συνεργασία με Εθνικό Δίκτυο Έρευνας, και Τεχνολογίας 

Εικόνα 2: Διακήρυξη φοιτητών για το παθητικό κάπνισμα

Η απαγόρευση του καπνίσματος σε άλλες χώρες

Γαλλία: Την 1η Φεβρουαρίου 2007 απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους (σταθμοί, μουσεία, κλπ) και από την 1η Ιανουαρίου 2008, η απαγόρευση επεκτάθηκε σε χώρους όπως τα μπαρ, τα καφέ, τα εστιατόρια, τους χώρους διασκέδασης. Σύμφωνα με τις νέες ρυθμίσεις, στους χώρους διασκέδασης επιτρέπονται οι χώροι καπνίσματος, αλλά υπόκεινται σε πολύ αυστηρούς όρους, ως εξής: Μπορούν να καταλαμβάνουν το πολύ 20% του συνολικού εμβαδόν του καταστήματος και το μέγεθός τους δεν πρέπει να είναι περισσότερο από 35 τ.μ., πρέπει να έχουν ξεχωριστή εγκατάσταση εξαερισμού, που να αντικαθιστά τον πλήρη όγκο του αέρα δέκα φορές ανά ώρα, και ο καθαρισμός του δωματίου να γίνεται από το προσωπικό μία ώρα μετά την τελευταία χρήση του χώρου.

Γερμανία: Η Γερμανία κατέχει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη. Από το 2007 απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε χώρους διασκέδασης και εστίασης. Παρόλα αυτά προβλέπονται χώροι για καπνιστές. Από τον νόμο εξαιρέθηκαν οι μικροί χώροι. Ωστόσο, τα μέτρα εξακολουθούν να αμφισβητούνται και να μην εφαρμόζονται. Τον Φεβρουάριο του 2009, μάλιστα, περιοδικό ευρείας κυκλοφορίας ανέφερε ότι οι έλεγχοι από τις αρχές για την τήρηση της απαγόρευσης στα μπαρ είναι πολύ αδύναμοι και σε πολλές περιοχές η απαγόρευση δεν τηρείται.

Ηνωμένο Βασίλειο: Από το 2007 το κάπνισμα απαγορεύεται πλήρως σε όλους τους δημόσιους χώρους. Επίσης, απαγορεύεται στους χώρους εργασίας και διασκέδασης. Η νομοθεσία προβλέπει αυστηρά πρόστιμα για τους παραβάτες.

Ιταλία: Ήταν η τέταρτη χώρα στον κόσμο, που απαγόρευσε το κάπνισμα. Από τις 10 Ιανουαρίου 2005 απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους εσωτερικούς χώρους, όπως μπαρ, καφέ, εστιατόρια και ντισκοτέκ. Ωστόσο, επιτρέπεται η δημιουργία ειδικών χώρων καπνίσματος, υπό αυστηρές προϋποθέσεις.

Κύπρος: Από 1η Ιανουαρίου 2010 στην Κύπρο απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους (μπαρ, εστιατόρια, νυχτερινά κέντρα και τους χώρους εργασίας).

Λετονία: Από την 1η Μαΐου του 2010 το κάπνισμα απαγορεύτηκε πλήρως σε εστιατόρια και μπαρ. Απαγορεύτηκε, επίσης, σε πάρκα και σε απόσταση δέκα μέτρων γύρω από κτίρια, που στεγάζουν δημόσιες υπηρεσίες, σχολεία και στάσεις μέσω μαζικής μεταφοράς.

Σουηδία: Το κάπνισμα έχει απαγορευτεί σε εστιατόρια, καφετέριες, μπαρ και νυχτερινά κέντρα διασκέδασης τον Ιούνιο του 2005. Επιτρέπεται, ωστόσο, η δημιουργία ξεχωριστών χώρων καπνιζόντων, με την προϋπόθεση ότι δεν σερβίρεται φαγητό ή ποτό και δεν καταλαμβάνει περισσότερο από 25% της συνολικής επιφάνειας του καταστήματος. Από τον Ιανουάριο του 2008 απαγορεύεται το κάπνισμα και στους εσωτερικούς χώρους των φυλακών.

Πορτογαλία: Απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους, ενώ δίνεται η δυνατότητα δημιουργίας κλειστών χώρων για καπνιστές καπνιστών, εφόσον αυτοί είναι εξοπλισμένοι με τα κατάλληλα συστήματα εξαερισμού. Παράλληλα, ο νομοθέτης προβλέπει αυστηρά πρόστιμα για τους παραβάτες (1.000 ευρώ για τους καπνιστές και έως 2.500 ευρώ για τις επιχειρήσεις).

Ιρλανδία: Είναι η πρώτη χώρα στον κόσμο, που θέσπισε πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους εργασίας, στις 29 Μαρτίου 2004. Πριν την ολική απαγόρευση, το κάπνισμα είχε ήδη τεθεί εκτός νόμου σε δημόσια κτίρια, νοσοκομεία, σχολεία, κουζίνες εστιατορίων, αεροσκάφη και τρένα.

(www.nosmoke.gr)

Έτος	Είδος/αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κλπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	Ν 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας.
	Υ3/ΟΙΚ.4552	Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/ΕΚ.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/ΕΚ.

Πίνακας 1.: Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 (www.keelpno.gr)

1.4 Κατανάλωση οινοπνευματωδών

Η κατανάλωση αλκοόλ από μόνη της δε συνιστά μείζον βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα όταν δεν αφορά την κατανάλωση από ανήλικους και όταν επισυμβαίνει με όρια από ενήλικες. Ενώ στο παρελθόν, κατά τη βιομηχανική επανάσταση, η κατανάλωση αλκοόλ και η μέθη συνδυαζόταν με τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, στη σύγχρονη Ευρώπη η κατανάλωση αλκοόλ συνδυάζεται με πολλούς

τύπους κοινωνικών περιστάσεων, όπως τα γεύματα και οι εορτές. Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ διαπερνά όλες τις κοινωνικές τάξεις και εντάσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής δραστηριότητας, πολλές φορές στον ελεύθερο χρόνο (Anderson & Baumberg, 2006).

Η ιστορία του αλκοόλ είναι μακρά στην ιστορία του ανθρώπινου πολιτισμού, ήδη από τους προϊστορικούς χρόνους, όπου φαίνεται ότι η πρώτη μορφή αλκοόλ ήταν αυτή του ζυμωμένου νερόμελου, με κομβικό σημείο την ανακάλυψη της απόσταξης από τον 5^ο αιώνα π.Χ. Αργότερα, η κατάχρηση του αλκοόλ, λόγω των συνεπειών της συγκαταλέχθηκε στις «ηθικές διαστροφές» και χαρακτηρίστηκε «εκφυλισμός».

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, έκανε την εμφάνισή του ένα κίνημα στις ΗΠΑ που υποστήριζε την πλήρη αποχή από το αλκοόλ, με ακόλουθη την ποτοαπαγόρευση της περιόδου 1920-1933. Στον αντίποδα των μέτρων αυτών υπήρχε η άποψη περί προσωπικής ελευθερίας ακόμα και της κατάστασης της αλκοολικής μέθης (Χοϊδάς & Λύκουρας, 2007).

Οι Χοϊδάς και Λύκουρας (2007) περιγράφουν τις αξιοσημείωτες εξελίξεις σχετικά με το αλκοόλ που συντελέστηκαν στις αρχές του 20^{ου} αιώνα όπου ο Rene Laenec περιέγραψε την αλκοολική κίρρωση, την ειδική αυτή μορφή κίρρωσης ήπατος, η οποία πήρε το όνομά του. Κατά το 1935 οι Bill Wilson and Robert Smith ίδρυσαν τους «Ανώνυμους Αλκοολικούς-ΑΑ», όπου ανάμεσα στις βασικές αρχές ανήκει και ότι η θεραπεία επιτυγχάνεται με πλήρη αποχή από το αλκοόλ. Οι ομάδες «Ανώνυμων Αλκοολικών-ΑΑ» υπάρχουν ακόμα και σήμερα σε διάφορες χώρες, όπως και στην Ελλάδα.

Κατά το 1960, ο E.M. Jellinek εξέδωσε το βιβλίο του «The disease concept of alcoholism» όπου κατέγραψε πέντε τύπους αλκοολισμού, όπως επίσης και τις έννοιες της ανοχής (tolerance) και της έντονης επιθυμίας για αλκοόλ (craving). Ήδη ωστόσο από το 1784, στις ΗΠΑ, ο Benjamin Rush έθεσε τα θεμέλια ώστε ο αλκοολισμός να αναγνωριστεί ως ασθένεια, σε απάντηση στις διαμάχες για τη βιολογική του ή ηθική του αιτιοπαθογένεια, προτείνοντας μάλιστα την πλήρη αποχή ως θεραπευτική

αντιμετώπιση, τακτική η οποία προτείνεται και στις μέρες μας, καθώς και την ενημέρωση υποχρεωτικά του πληθυσμού για τις συνέπειες του αλκοολισμού.

Σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-IV (1994), στις Διαταραχές Αλκοολικής Χρήσης εντάσσονται η Αλκοολική Εξάρτηση και η Αλκοολική Κατάχρηση, τα κριτήρια των οποίων εντάσσεται στα γενικότερα κριτήρια εξάρτησης και κατάχρησης από ουσίες τα οποία αναφέρονται στην ενότητα για τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Εν συνεχεία, στις προκαλούμενες από αλκοόλ Διαταραχές εντάσσονται οι εξής: Αλκοολική Τοξίκωση, Αλκοολική Στέρωση, Ντελίριο Αλκοολικής Τοξίκωσης, Αλκοολικό Στερητικό Ντελίριο, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Επιμένουσα Άνοια, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Επιμένουσα Αμνησική Διαταραχή, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Ψυχωτική Διαταραχή με Παραληρητικές Ιδέες, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Ψυχωτική Διαταραχή με Ψευδαισθήσεις, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Διαταραχή της Διάθεσης, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Αγχώδης Διαταραχή, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Σεξουαλική Δυσλειτουργία, Προκαλούμενη από Αλκοόλ Διαταραχή του Ύπνου, Συνδεόμενη με Αλκοόλ Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (DSM-IV, 1994).

1.4.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία για τη χρήση του Αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2004) υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις χώρες σε σχέση με το είδος των ποτών που προτιμώνται. Ανάμεσα στις 20 χώρες με την υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση μπίρας συμπεριλαμβάνονται με σειρά η Τσεχία, η Ιρλανδία, η Ζουαζιλάνδη, η Γερμανία και η Αυστρία, ενώ δε φαίνεται να συγκαταλέγεται η Ελλάδα.

Ανάμεσα στις 20 χώρες με την υψηλότερη κατανάλωση κατά κεφαλήν κρασιού κατατάσσονται κατά σειρά το Λουξεμβούργο, η Γαλλία, η Πορτογαλία, η Ιταλία, η Κροατία κ.ά., ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στη 10^η θέση. Σε σχέση με την υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση «ισχυρών» οινοπνευματωδών στις πέντε πρώτες θέσεις των 20 χωρών που καταγράφηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004)

ήταν η Μολδαβία, οι Reunion νήσοι, η Ρωσία, η Αγία Λουκία και η Ντομίνικα, ενώ δεν συμπεριλαμβάνεται η Ελλάδα.

Όπως καταγράφεται στα συγκεκριμένα ερευνητικά στοιχεία, η μπίρα καταναλώνεται κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες, το κρασί κατά κύριο λόγο σε χώρες που το παράγουν, ενώ τα «ασχυρά» οινοπνευματώδη, δηλαδή τα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, καταναλώνονται κυρίως στην Ανατολική Ευρώπη, στην Ασία και σε μερικά κράτη-νησιά.

Σύμφωνα με άλλα επιδημιολογικά στοιχεία (Anderson & Baumberg, 2006) η Ευρώπη κατέχει την πρώτη θέση στην κατανάλωση αλκοόλ στον κόσμο. Στις 15 χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία, και το Ηνωμένο Βασίλειο) που είχαν αυξημένα ποσοστά κατανάλωσης φαίνεται η κατάσταση να εξομαλύνεται, ενώ παρουσιάζεται αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, ενώ περισσότερο από κάθε άλλο ποτέ παρουσιάζεται αύξηση αλκοόλ σε 10 χώρες (Κύπρος, Εσθονία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Πολωνία, Σλοβενία, Σλοβακία και Τσεχία. Παρατηρείται, δηλαδή, μια αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ στις χώρες του βορρά. Ένα άλλο στοιχείο που παρουσιάζεται σε αυτήν την έρευνα είναι πως χώρες με υψηλά κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα του πληθυσμού καταναλώνουν αλκοόλ, ενώ οι άνδρες φαίνεται να πίνουν περισσότερο. Αυτό το διαφυλικό χάσμα φαίνεται να μειώνεται στην ηλικιακή ομάδα των νέων ενηλίκων, ομάδα η οποία είναι η περισσότερο ενεργή τις νυχτερινές ώρες και είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ σε δημόσιους χώρους.

Περίπου 51% των ενηλίκων στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τους (Kaplan & Sadock's, 2000) αποτελούν εν ενεργεία χρήστες αλκοόλ, ενώ η πλειοψηφία έχει καταναλώσει ένα αλκοολούχο ποτό τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του. Οι συνδεδεμένες με αλκοόλ διαταραχές αποτελούν το 3^ο κατά σειρά πρόβλημα υγείας στις ΗΠΑ, με τη μπίρα να κατέχει το 50% της κατανάλωσης, ενώ τα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα αλκοόλ το 1/3 της κατανάλωσης.

Επιπρόσθετα, αναφέρεται ότι 30%-45% των ενηλίκων είχε βιώσει μια συνέπεια σχετιζόμενη με τη χρήση αλκοόλ, όπως απουσία από το σχολείο ή την εργασία.

Αξιοσημείωτα, 200.000 θάνατοι στις ΗΠΑ σχετίζονται με την αλκοολική κατάχρηση, στάδιο που βρίσκεται πριν την αλκοολική εξάρτηση. Σχεδόν 90% των νέων 18 έως 25 ετών έχουν καταναλώσει αλκοόλ στη ζωή τους, περίπου 64% αυτών έχουν καταναλώσει αλκοόλ τον τελευταίο μήνα.

Ως προς το φύλο οι άνδρες φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις γυναίκες, διαφορά που μειώνεται σε ηλικίες κάτω των 26 ετών, ενώ φαίνεται επίσης ότι οι κάτοικοι των μεγάλων αστικών περιοχών φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τα μικρότερα αστικά κέντρα ή τις αγροτικές περιοχές. Η ηλικιακή ομάδα με τους περισσότερους ενεργούς χρήστες αλκοόλ και την περισσότερη κατανάλωση είναι μεταξύ 20 έως 35 ετών. (Kaplan & Sadock's, 2000, σελ. 582-604).

1.4.2 Χρήση Αλκοόλ στο φοιτητικό πληθυσμό

Η ηλικιακή ομάδα που περισσότερο σχετίζεται με την υψηλότερη επικράτηση της χρήσης αλκοόλ είναι αυτή των 18-35 ετών. Ανάμεσα στους λόγους που σημειώνονται είναι ότι οι νέοι πίνουν για να «φτιαχτούν», για να μεθύσουν και να ανακουφιστούν από ψυχολογικού τύπου επιβαρύνσεις τους, προτιμώντας πλέον άλλου τύπου ποτά σε σχέση με το παρελθόν. Τα παραπάνω παραπέμπουν σε αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο κατανάλωσης αλκοόλ όπου φαίνεται η κουλτούρα σε σχέση με τον εν λόγω θέμα να αλλάζει και να ξεφεύγει από τα πρότυπα του παρελθόντος που σχετιζόταν με την κατανάλωση στα πλαίσια της οικογένειας με το φαγητό, σε γιορτές κ.ά. (Κοκκέβη, 2007).

Σε έρευνες φαίνεται πως οι ελληνίδες φοιτήτριες, σε σχέση με το γενικότερο δείγμα γυναικών φοιτητριών, πίνουν μεγαλύτερη ποσότητα και σε περισσότερη συχνότητα από τις συμφοιτήτριές τους, όντας σε μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω των προτύπων τους κατανάλωσης αλκοόλ (π.χ. Cashin, Presley, & Meilman, 1998, Engs et al., 1996, Sher, Bartholow, & Nanda, 2001, Wechsler, Dowdall, Davenport, & Castillo, 1995) καθώς και οι συνέπειες που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ είναι πιο υψηλές στους Έλληνες φοιτητές από ότι στους φοιτητές άλλων εθνοτήτων (Cashin et al., 1998, Engs et al., 1996, Lo & Globetti, 1995 κ.ά.).

Οι προαναφερθείσες διαφοροποιήσεις πιθανά να προκύπτουν, όπως αναφέρουν οι Larimer, Irvine, Kilmer and Marlatt (1997) από το γεγονός ότι οι Έλληνες φοιτητές προσλαμβάνουν την κατανάλωση αλκοόλ ως περισσότερο αποδεκτή σε σχέση με τους αλλοεθνείς φοιτητές. Ένα άλλο εύρημα είναι ότι οι Έλληνες φοιτητές είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν αντιμετώπιση ή να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του πανεπιστημίου για τα προβλήματα αλκοόλ (Klein, 1989).

1.4.3 Συνέπειες της Κατάχρησης Αλκοόλ

Το ζήτημα της προβληματικής χρήσης αλκοόλ, της κατάχρησης και σε ακραία επίπεδα του αλκοολισμού συνιστά δισεπίλυτο πρόβλημα βαρύνουσας σημασίας για τη δημόσια υγεία με πολλά κοινωνικά και οικονομικά παρεπόμενα. Ένα μεγάλο μέρος της δυσκολίας αντιμετώπισής του έγκειται στη νομιμότητά του αλλά και την ανομία της μη τήρηση των χαμηλότερων ηλικιακών ορίων σε καφετέριες, bars και clubs κατά κόρον στην Ελλάδα, πραγματικότητα ευρέως γνωστή και ανεκτή από την κοινωνία των πολιτών.

Φαίνεται από πρόσφατα στοιχεία το 7.4% των ενηλίκων στις ΗΠΑ ότι έχουν καταλήξει σε επίπεδα αλκοολισμού (Τζανάκης, www.feel-free.gr/smoking-drinking.pdf). Όσον αφορά τους θανάτους εξαιτίας του αλκοόλ υπολογίζονται σε 100.000 ετησίως. Καταγράφεται ότι μόνο για την διαφήμιση αλκοολούχων ποτών δαπανώνται δισεκατομμύρια.

Όσον αφορά την Ελλάδα, η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικες έχει πλέον καταστεί μια κοινωνικώς αποδεκτή συμπεριφορά, ώστε με αυτή την κοινωνική διαδικασία αφομοίωσης για πολλά χρόνια θεωρούνταν το πρόβλημα ανύπαρκτο στον ελλαδικό χώρο και συνεχίζει ακόμα και στις μέρες μας να 'κρύβει' το λευκό αριθμό των ατόμων που έχουν προβληματική σχέση με την κατανάλωση οινοπνεύματος αλλά παρόλα αυτά δεν αναζητούν βοήθεια και έτσι δεν καταγράφονται επισήμως.

Συνεχίζοντας σχετικά με τα δεδομένα στον ελλαδικό χώρο, οι ενδείξεις δείχνουν ότι ένας σημαντικός επιδημιολογικός δείκτης του αλκοολισμού σημείωσε άνοδο για το χρονικό διάστημα από το 1978 έως το 1993 κατά 180 %, όπως επίσης δεδομένα από μελέτες γενικού νοσοκομείου καταδεικνύουν ότι ποσοστό 20% των ασθενών,

ανεξαρτήτως του λόγου εισαγωγής, παρουσιάζουν προβληματική κατανάλωση οινοπνευματωδών και εξαρτητική συμπεριφορά (Λύκουρας & Σολδάτος, 2007).

Μερικά από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που προκύπτουν λόγω της προβληματικής κατανάλωσης αλκοόλ και του χρόνιου αλκοολισμού, όπως επισημαίνονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Amendola et al., 2001, Βασιλόπουλος, 2003, Herrera et al. 2003, Hilz, 1995, Ganguli et al., 2005, Lampi & Yezdi, 2002, Niewiadomska et al., 1986, Vittadini et al., 2001, Wilson et al., 2006, Zambellis et al., 2005 είναι τα εξής:

- Ψυχωτική διαταραχή στη φάση της τοξίκωσης ή στέρησης
- Διαταραχή της διάθεσης στην τοξίκωση ή της στέρησης
- Αγχώδη διαταραχή στην τοξίκωση ή τη στέρησης
- Σεξουαλική δυσλειτουργία στην τοξίκωση
- Διαταραχή του ύπνου στην τοξίκωση ή στέρησης
- Αλκοολική νευροπάθεια
- Εγκεφαλοπάθεια του Wernicke
- Σύνδρομο Korsakoff
- Αλκοολική άνοια και εγκεφαλική ατροφία
- Ατροφία της παρεγκεφαλίδας
- Κεντρική γεφυρική μυελινόλυση
- Νόσος Marchiafava-Bignami
- Ηπατικό κώμα

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ωστόσο, δεν επιφέρει μόνο θέματα υγείας αλλά προκαλεί ή επιτείνει άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, ακόμα και σε νεαρά σε ηλικία άτομα. Σύμφωνα με τους Bellis et al. (2008) στους νεαρούς Ευρωπαίους αυξάνονται τα επίπεδα σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Οι μεταδιδόμενες ασθένειες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η μη συναινετική σεξουαλική επαφή είναι συνέπειες που συμβαίνουν συνήθως όταν υπάρχει πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής ζωής στα νεαρά άτομα και συνδυάζονται με άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, κυρίως στη νυχτερινή ζωή, όπως η χρήση αλκοόλ με ή χωρίς το συνδυασμό και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών και τη μέθη.

Σε έρευνα των Hughes et al. (2008) σε βρετανούς τουρίστες στα Balearic Islands έδειξε ότι η συχνότητα μέθης συσχετίζεται με περισσότερα περιστατικά απροφύλακτης σεξουαλικής συμπεριφοράς και σεξουαλικές συναναστροφές με ένα ή περισσότερα άτομα. Μόνο τα 2/3 αυτών χρησιμοποιούσε συστηματικά προφυλακτικό.

Σύμφωνα με τους Bellis et al. (2008) μια «επιδημία συνδυασμού χρήσης ουσιών και ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ θέτει εκατομμύρια νεαρούς Ευρωπαίους σε κατανάλωση ουσιών που καθίσταται ρουτίνα και αναστέλλει τις σεξουαλικές τους αποφάσεις, αυξάνοντας τις πιθανότητες απροφύλακτου σεξ. Για πολλούς το σεξ έχει καταστεί ένα ενσωματωμένο κομμάτι στρατηγικής προσέγγισης για σεξ». Βρήκαν ότι κατά τη διάρκεια της νυχτερινής διασκέδασης διάφορες ουσίες, ανάμεσά τους και το αλκοόλ, χρησιμοποιούνται στα πλαίσια των καταστάσεων φλερτ. Κατά πρώτον, συχνά καταναλώνεται αλκοόλ, επειδή θεωρείται ότι αναστέλλει τη ντροπή, στα πλαίσια διευκόλυνσης της γνωριμίας με το άλλο φύλο. Επίσης, άλλες ουσίες, όπως κάνναβη, έκσταση ή κοκαΐνη, μπορεί να χρησιμοποιούνται, πολλές φορές σε συνδυασμό με το αλκοόλ, μέχρι να συντελεστεί σεξουαλική επαφή, που υπό την επίρεια των ουσιών στις περισσότερες περιπτώσεις είναι απροφύλακτη.

Μια άλλη συνέπεια της κατάχρησης αλκοόλ είναι αυτή της εκδήλωσης βίας. Σύμφωνα με τον Forsyth (2009), υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της εκδήλωσης βίας. Ένα στοιχείο που συνδυάζεται με την εκδήλωση βίας σε καταστάσεις μέθης, είναι αυτό που δίνει η έρευνα των Hughes et al (2008), σύμφωνα με την οποία οι Ισπανοί τουρίστες της μελέτης εξέφραζαν χαμηλότερα επίπεδα μέθης σε συνδυασμό με εκδηλώσεις βίας σε σύγκρισή με τους Γερμανούς και Βρετανούς τουρίστες του δείγματος. Το εν λόγω στοιχείο καταδεικνύει διαφορετικές κοινωνικές νόρμες στους πληθυσμούς.

Σε σοβαρές καταστάσεις κατάχρησης αλκοόλ έως και αλκοολισμού υπάρχουν κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην κοινότητα και κοινωνία (Μαδιανός, 2007). Συγκεκριμένα, σχετικά με την ατομική διάσταση, προκαλείται κοινωνική αντίδραση στα θέματα υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και αλκοολισμού που μπορεί να οδηγήσει σε ετεροστιγματισμό. Δεν αποκλείεται για τον πότη και η πιθανότητα αυτοστιγματισμού, κατά την οποία περιθωριοποιείται και απομονώνεται. Επίσης, η πρόκληση ατυχημάτων τόσο στο ίδιο το άτομο, όπως και

από τον αλκοολικό προς τρίτα πρόσωπα, για παράδειγμα τροχαία ατυχήματα λόγω μέθης, είναι πολύ συχνό φαινόμενο.

Στην οικογένεια του αλκοολικού υπάρχουν σοβαρές επιβαρύνσεις από την κατάσταση, οι οποίες συχνά οδηγούν σε δυσλειτουργίες, ακόμα και αποδιοργάνωση ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Στην κοινότητα προκαλείται δυσλειτουργία με την αύξηση της εγκληματικότητας λόγω μέθης, όπως επεισόδια βίας από τον αλκοολικό. Σε επίπεδα κοινωνίας, ως αποτέλεσμα του αλκοολισμού αυξάνεται η θνησιμότητα από ατυχήματα και οι δείκτες ασθενειών που προκαλούνται από τον αλκοολισμό, όπως η κίρρωση ήπατος (Μαδιανός, 2007).

Εν συνεχεία των προαναφερθέντων, ο αλκοολισμός στον πληθυσμό μιας κοινωνίας επιφέρει, επίσης, οικονομικές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην κοινωνία. Συχνά το άτομο με προβληματική χρήση αλκοόλ απουσιάζει από την εργασία του ή τις σπουδές του. Επίσης, η οικογένεια ενός τέτοιου ατόμου πιθανά να αναγκάζεται, λόγω του προβλήματος αλκοόλ, να απουσιάζει από την εργασία. Για το κράτος, περαιτέρω, αυξάνει το κόστος αντιμετώπισης της παθογένειας λόγω αλκοόλ με την αναγκαιότητα δημιουργίας θεραπευτικών προγραμμάτων και αποκατάστασης, όπως και με την παροχή αναπηρικών συντάξεων (Μαδιανός, 2007).

1.5 Ψυχοκοινωνικά Ζητήματα της Χρήσης

Το πρόβλημα της εξάρτησης από ουσίες, πέραν από τις αναμφισβήτητες ιατρικές του διαστάσεις, αναλύεται πλέον όλο και περισσότερο στις ψυχοκοινωνικές του πτυχές, οι οποίες συμμετέχουν στη γένεση, στην ανάπτυξη, στη συντήρηση και στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Διάφοροι είναι οι ορισμοί οι οποίοι έχουν δοθεί για να ορίσουν την εν λόγω νοσηρή κατάσταση, όπως και πλήθος στατιστικών μελετών καταδεικνύουν τη διάστασή της στον πληθυσμό εν γένει και ειδικότερα στον ελληνικό, όπως παρουσιάζεται εις το εξής.

Σε μια συγχρονικού τύπου ερευνητική μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.448 ατόμων στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή (17-24 ετών), οι Madianos et al. (1995), διερεύνησαν τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα που σχετίζονται με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Διαπιστώθηκε, εκτός των άλλων, πως το φύλο και η ηλικία

σχετίζονται με την υψηλότερη χρήση παράνομων ουσιών σε όλη τη ζωή, δηλαδή οι άνδρες, νεαροί ενήλικοι ανέφεραν σε υψηλότερο ποσοστό χρήση παράνομων ουσιών από τις γυναίκες.

Επίσης, η θετική στάση απέναντι στη χρήση χασίς, το συστηματικό κάπνισμα, η χρήση παράνομων ουσιών από στενούς φίλους, καθώς και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η χρήση καπνού και αλκοόλ από οικογενειακά μέλη και η προβληματική χρήση οινόπνευματων λειτούργησαν ως προγνωστικοί παράγοντες για τη χρήση παράνομων ουσιών.

Μεταβλητές όπως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών με ή χωρίς ιατρική σύσταση από μέλη της οικογένειας, η έλλειψη ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή και η παρουσία συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και αποπροσωποποίησης παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη χρήση νόμιμων ουσιών.

Στους Kaplan and Sadock's (2000, σελ. 582-604) αναφέρεται ότι σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα παρατηρούνται διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ, ενώ μάλιστα εμφανίζονται αρκετά συχνά σε άτομα υψηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπλέον, σε μαθητές λυκείου οι διαταραχές που σχετίζονται με την κατανάλωση οινόπνευματων σχετίζονται με σχολικές δυσκολίες. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου για αλκοολική κατάχρηση ανήκουν οι μαθητές που εγκαταλείπουν το λύκειο, με πολλές αδικαιολόγητες απουσίες και παραβατική συμπεριφορά. Άλλωστε, τα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών που συνδέονται με αλκοόλ και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας είναι υψηλά.

Σε συγκριτικά στοιχεία με τους νέους που απέχουν από ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, στους νέους που σχετίζονται, εκτός της σεξουαλικής δραστηριότητας με πρόωμη έναρξη, με τη χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα υπάρχει αυξημένη πιθανότητα συννοσηρότητας με κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (Escobar-Chaves et al., 2005, Hallfors et al., 2004). Όπως φαίνεται, επίσης, οι καπνιστές εν συγκρίσει με τους μη καπνιστές επιδεικνύουν χαμηλότερα ποσοστά ως προς την ποιότητα ζωής συγκριτικά με τους μη καπνιστές (Condon, 2013).

1.6 Σύγχρονες τάσεις στην αντιμετώπιση χρήσης καπνού και αλκοόλ

Στην Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013 (Εικόνα 3) του Εθνικού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ, www.ekterp.gr) παρουσιάζονται, εκτός από επιδημιολογικά στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και άλλες, σχετικές πληροφορίες με διαδραστικούς πίνακες και βίντεο, κάποιες από τις πιο σύγχρονες τάσεις, πρωτοβουλίες και προοπτικές αντιμετώπισης της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την περίοδο 2013-2020.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2013

Σύνολο διασυνδεδεμένων στοιχείων που παρέχει πλήρη πρόσβαση στα διαθέσιμα δεδομένα και ανάλυση της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη

Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά
2013

Τάσεις και εξελίξεις
υψηλού επιπέδου ανάλυση των σημαντικότερων εξελίξεων

Δελτίο στατιστικών στοιχείων
το σύνολο των πινάκων αρχικών δεδομένων, επεξηγηματικά διαγράμματα και πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία

Επισκόπηση χώρας
εθνικά δεδομένα και αναλύσεις με ένα κλικ

Προοπτικές για τα ναρκωτικά
διαδραστική επισκόπηση κρίσιμων θεμάτων

Εικόνα 3: Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά (www.ekterp.gr)

Παρότι το περιεχόμενο της Ευρωπαϊκής Έκθεσης 2013 εστιάζεται κυρίως σε στοιχεία που αφορούν παράνομες ουσίες, όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η αμφεταμίνη και μεθαμφεταμίνη, τα παράγωγα της κάνναβης και νέες ψυχοδραστικές ουσίες, δεν παραλείπονται στρατηγικές που σχετίζονται επίσης με την κατανάλωση αλκοόλ. Γενικότερα, οι τρόποι αντιμετώπισης της χρήσης ουσιών συμπεριλαμβάνουν στρατηγικές που αφορούν είτε τη μείωση της ζήτησης, μέσα από προγράμματα πρόληψης, κοινωνικές και υγειονομικές παρεμβάσεις, είτε της προσφοράς των ουσιών, με την εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου κατασταλτικών μέτρων που σχετίζονται με τη διαθεσιμότητά τους.

Εν συνεχεία των προηγούμενων, οι παρεμβάσεις μείωσης της ζήτησης περιλαμβάνουν προγράμματα πρόληψης στο μαθητικό πληθυσμό, τα οποία αξιολογούνται ως σπάνια για τη χώρα μας, παρότι καταδεικνύεται ότι οι οργανωμένες και επικεντρωμένες πολιτικές περιβαλλοντικής πρόληψης, επιδρούν άμεσα στην αλλαγή των κανονιστικών αντιλήψεων και κατ'επέκταση στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Τις πιο εκτενείς σχολικές πολιτικές για τη χρήση ουσιών στα σχολεία, οι οποίες περιλαμβάνουν παρεμβάσεις για κοινωνικά και ακαδημαϊκά προβλήματα καθώς και έγκαιρης διάγνωσης εφαρμόζουν κυρίως χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης (Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013, www.ekterp.gr).

Η χρήση παράνομων, ιδίως διεγερτικών ουσιών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη νυχτερινή διασκέδαση και την παράλληλη κατανάλωση οινοπνευματωδών, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου για την πρόκληση ατυχημάτων, τραυματισμών και προβλημάτων υγείας. Για το λόγο αυτό οι προληπτικές παρεμβάσεις πρέπει περισσότερο να επικεντρωθούν στη ριζοκίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ (Calafat et al., 2009). Η ευρωπαϊκή πρωτοβουλία με την ονομασία *Healthy Nightlife Toolbox* περιλαμβάνει μια σειρά μέτρων για την αντιμετώπιση των προαναφερθέντων επικίνδυνων για την υγεία και για τη ζωή συμπεριφορών, τα οποία εμπεριέχουν τόσο δράσεις πρόληψης και μείωσης της βλάβης όσο και κατασταλτικά μέτρα.

Λίγο πάνω από το 1/3 των ευρωπαϊκών χωρών αναφέρουν την υλοποίηση τέτοιου είδους μέτρων, όπως η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, παρεμβάσεις εκπαίδευσης από ομότιμους, χρήση κινητών μονάδων αλλά και μέτρα όπως η ρύθμιση λειτουργίας και αδειοδότησης των καταστημάτων πώλησης οινοπνευματωδών και η προώθηση ορισμού υπευθύνου σεβιβρίσματος οινοπνευματωδών, καθώς και η παροχή πρώτων βοηθειών. Στην Ελλάδα τα εν λόγω μέτρα, ειδικά σε ό,τι αφορά τις δράσεις εκτός δομών και την παροχή πρώτων βοηθειών, δεν έχουν τεθεί σε εφαρμογή.

Τα παραπάνω μέτρα προωθούνται, επιπλέον διαμέσου της ιστοσελίδας <http://club-health.eu/>, στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος Party+ με τίτλο c- Στο πρόγραμμα συμμετέχουν 15 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και η Νορβηγία. Απώτερος στόχος είναι η δημιουργία περισσότερο υγιών και ασφαλών περιβαλλόντων νυχτερινής διασκέδασης. Το πρόγραμμα μπορεί να είναι χρήσιμο στις κυβερνήσεις, τις τοπικές αρχές, σε επαγγελματίες υγείας, στην αστυνομία, σε μη

κυβερνητικούς οργανισμούς, στη βιομηχανία της νύχτας και σε άλλους φορείς που ενδιαφέρονται να καταστήσουν το περιβάλλον της νυχτερινής διασκέδασης περισσότερο υγιές.

Πιο συγκεκριμένα, στο The Club Health-Healthy and Safer Nightlife of Youth Project περιλαμβάνονται οδηγίες και προτάσεις (Εικόνα 4) για τις πολιτικές και το νομοθετικό πλαίσιο διαχείρισης της νυχτερινής δραστηριότητας των νέων, τόσο των ντόπιων αλλά και όσων προέρχονται από το διεθνή τουρισμό.



Εικόνα 4: Οδηγός με προτάσεις διαχείρισης της νυχτερινής ζωής

Στα πλαίσια του παραπάνω προγράμματος παρέχονται βασικές οδηγίες διασφάλισης της υγείας στη νυχτερινή ζωή καθώς και παρεμβάσεις στις διαδικασίες που δημιουργούν ή αυξάνουν τις ριψοκίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, αυξάνοντας τους μηχανισμούς προστασίας ενάντια σε αυτές. Αναλύονται δραστικά μέτρα, τα οποία για να είναι αποτελεσματικά πρέπει να εφαρμόζονται σε συνεργασία από τοπικές, τις εθνικές και ευρωπαϊκές αρχές, καθώς και από το δημόσιο και ιδιωτικό χώρο (club-health.eu). Σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αλκοόλ σημειώνεται ότι στην Ευρώπη δεν μπορεί να νοηθεί νυχτερινή ζωή χωρίς την κατανάλωσή του, γεγονός που αυξάνει τα επίπεδα κατανάλωσης, ακόμα και στις πιο νέες ηλικίες.

Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. στους τρόπους προβολής της νυχτερινής διασκέδασης, όπως επίσης παρουσιάζεται η χρησιμότητα των σύγχρονων Μ.Μ.Ε. ως όπλο επιρροής για τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας σχετικά με

την αποτροπή από ριψοκίνδυνες συμπεριφορές που επισυμβαίνουν συνήθως στα πλαίσια της νυχτερινής ζωής και ενίσχυσης υγιών προτύπων συμπεριφοράς (Εικόνα 5). Τα Μ.Μ.Ε. έχουν τη δύναμη να διαμορφώνουν τις κοινωνικές νόρμες.



Εικόνα 5: Χρήση των Μ.Μ.Ε. από επαγγελματίες υγείας (club-health.eu)

Ο θετικός ή αρνητικός αντίκτυπος των Μ.Μ.Ε. επικεντρώνεται σε συμπεριφορές όπως η κατανάλωση οινοπνευματωδών και σεξουαλικές συμπεριφορές κατά τη νυχτερινή ζωή συνδυασμένες με τύπους μουσικής και χρήση αλκοόλ με ή χωρίς συνδυασμό άλλων ψυχοδραστικών ουσιών. Ένα παράδειγμα των στρατηγικών που προτείνονται ως προς τη χρήση των Μ.Μ.Ε. στην υπηρεσία της διαμόρφωσης των κοινωνικών νορμών και στάσεων της κοινής γνώμης ως προς την πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ είναι η αναφορά από τα Μ.Μ.Ε. των τροχαίων ατυχημάτων του Σαββατοκύριακου που προκαλούνται εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ. Σύμφωνα με το Yanovitzky (2002), η κάλυψη από τα Μ.Μ.Ε. των επικίνδυνων συμπεριφορών που συμβαίνουν εξαιτίας του αλκοόλ επιδρά στην υιοθέτησή τους και προκαλεί την προσοχή για θεσμικές και περιβαλλοντικές αλλαγές, επομένως οι στρατηγικές και καμπάνιες πρόληψης θα πρέπει να κατευθύνονται προς τις αναφορές από τα Μ.Μ.Ε.

Επίσης, το πρόγραμμα The Club Health-Healthy and Safer Nightlife of Youth Project (club-health.eu) παρέχει τον οδηγό του ΝυχτοΣΚΟΠΙΟΥ (www. nightscope.eu). Το ΝυχτοΣΚΟΠΙΟ αποτελεί μια διαδικτυακή πηγή που δίνει τη δυνατότητα στις τοπικές αρχές και τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν ένα υγιές νυχτερινό περιβάλλον διασκέδασης μέσα από την αξιολόγηση και εστιασμένες παρεμβάσεις. Παρέχει τη δυνατότητα συμπλήρωσης ερωτηματολογίου αξιολόγησης από εκπροσώπους τοπικών

φορέων, όπως υπηρεσίες υγείας και αστυνομία, με χρωματικές διαβαθμίσεις κατά ιεραρχία επίδοσης ως προς τις συγκεκριμένες περιοχές που αξιολογούνται στα αποτελέσματα, ώστε να ακολουθήσουν οι ανάλογες παρεμβάσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες.



Εικόνα 6: Οδηγός ΝυχτοΣΚΟΠΙΟΥ (www.nightscope.eu)

Σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο (www.moh.gov.gr, 2012) για τη μείωση ή/και εξάλειψη του καπνίσματος και την εξασφάλιση ενός υγιούς περιβάλλοντος χρειάζεται μια ολιστική προσέγγιση βασισμένη σε δύο χαρακτηριστικά: α. Τη συνεργασία μεταξύ των αρμοδίων φορέων, πρώτιστα των συναρμόδιων υπουργείων αλλά και όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, με κεντρική παρακολούθηση της υλοποίησης και των αποτελεσμάτων και β. Τη συμμετοχή στις προσπάθειες που θεσμοθετεί το κράτος από πρωτοβουλίες και ενέργειες τις οποίες κινητοποιεί η κοινωνία, για παράδειγμα μέσα από οργανώσεις, εθελοντικές ομάδες, μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Η ενεργοποίηση των πολιτών είναι σκόπιμο να υλοποιείται από και προς κάθε μακρο-, μεσο- και μικροπεπίπεδο, φτάνοντας μέχρι τις ατομικές ενέργειες και πρωτοβουλίες.

Από την πρόληψη, της μη έναρξης στους νέους, μέχρι τη θεραπεία, για τη μείωση έως τη διακοπή όσων έχουν ξεκινήσει, με τη θέσπιση νομοθετικού πλαισίου, τονίζεται επιπρόσθετα στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του καπνίσματος στην Κύπρο (www.moh.gov.gr, 2012) η σημαντικότητα της αλλαγής των στάσεων και των πεποιθήσεων του πληθυσμού.

Τα πιο πρόσφατα μέτρα αποκλειστικά για το κάπνισμα διεθνώς περιλαμβάνουν, κυρίως, μέτρα απαγόρευσής του.



Εικόνα 7: Φάκελος πρώτης μέρας κυκλοφορίας των κυπριακών ταχυδρομείων για την Παγκόσμια Ημέρα μη Καπνίζοντας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

2.1. Ανασκόπηση Περιεχομένου

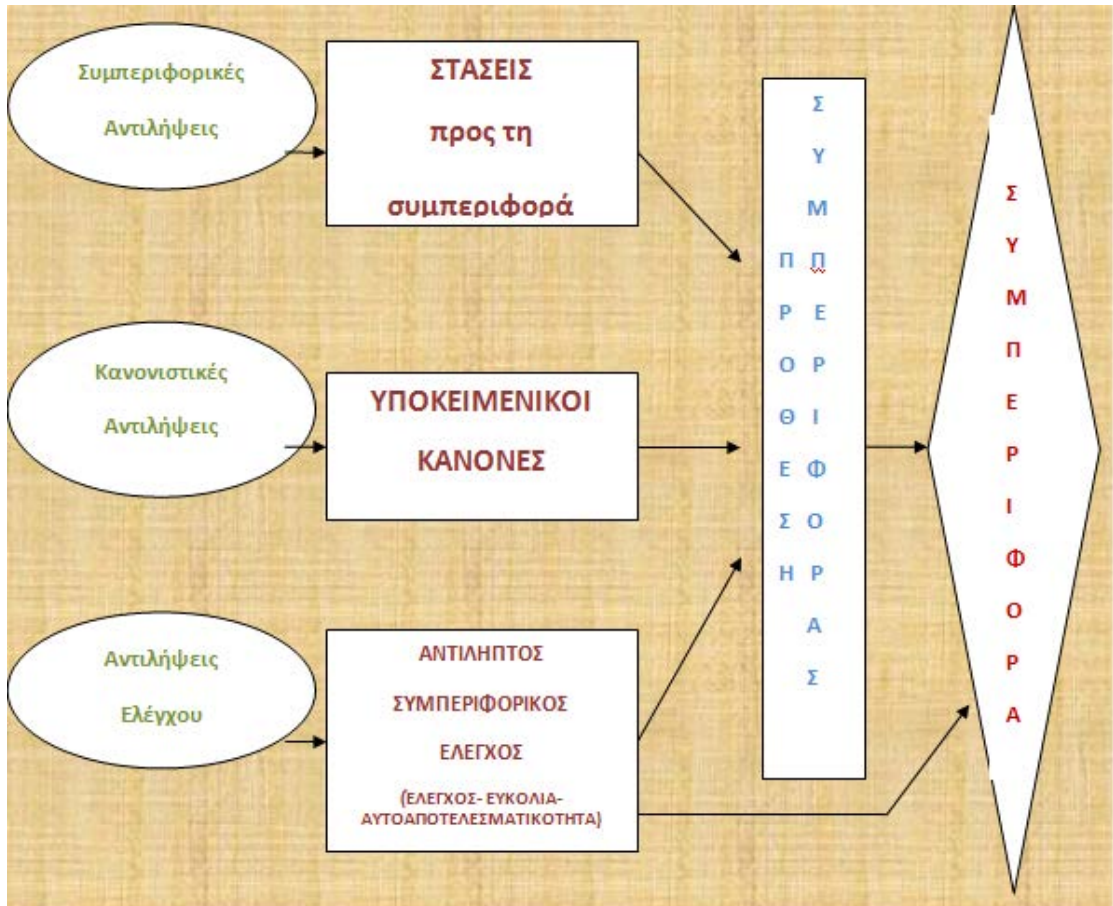
Στην εν λόγω θεματική ενότητα παρουσιάζεται ενδελεχώς το θεωρητικό και ερευνητικό υπόβαθρο του μοντέλου της "Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς" με όλους τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι την απαρτίζουν. Παρουσιάζεται μια σειρά ερευνητικών μελετών σε διάφορες θεματικές οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει το συγκεκριμένο μοντέλο, όπως επίσης εκτενώς παρουσιάζονται σχετικές μελέτες που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ καταρχήν στην εφηβεία και εν συνεχεία στη νεαρή ενήλικη ζωή. Τέλος, προσδιορίζεται ο προσανατολισμός του ερευνητικού μέρους της παρούσας μελέτης.

2.2. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour) του Ajzen (1991) αποτελεί ένα από τα ευρέως αποδεκτά και αποτελεσματικά μοντέλα σχετικά με την πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το εν λόγω μοντέλο αποτελεί επέκταση της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης ή της δράσης 'κατόπιν σκέψεως' (Ajzen & Fishbein, 1977). Η διαφοροποίηση της πρώτης θεωρίας από τη δεύτερη έγκειται στην πρόσθεση της διάστασης της *υποκειμενικής αντίληψης άσκησης ελέγχου* ή με άλλους όρους του *αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου* σε σχέση με τη συμπεριφορά.

Συνολικά λοιπόν, όπως προκύπτει, οι διαστάσεις της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς είναι οι *στάση* (attitude) προς την ενδεχόμενη συμπεριφορά, οι *υποκειμενικοί κανόνες* (subjective norms) οι οποίοι σχετίζονται με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά καθώς και ο *αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος* (perceived behavioral control) της εν λόγω συμπεριφοράς.

Οι προαναφερθείσες διαστάσεις διαμορφώνουν την *πρόθεση* (intention) για την πραγματοποίηση μιας συμπεριφοράς. Περαιτέρω, ο προσδιορισμός της *πρόθεσης* προς δράση με μια ορισμένη κατεύθυνση συνδέεται άμεσα με την πρόβλεψη της αντίστοιχης συμπεριφοράς.



ΣΧΗΜΑ 1
ΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕΡΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

2.2.1. Στάσεις

Σύμφωνα με τον Ajzen (1980, 1988) στον τομέα των *στάσεων* αντανακλώνται πεποιθήσεις, συναισθήματα καθώς και τάσεις προς δράση. Το άτομο αποκτά μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε μια συμπεριφορά εκτιμώντας υποκειμενικά τις πιθανές συνέπειες για το ίδιο, οι οποίες προκύπτουν από την υιοθέτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Ένα παράδειγμα αυτού θα ήταν ερωτήματα του τύπου “Η χρήση προφυλακτικού θα ήταν καλή- κακή” (Bennett & Bozionelos, 2000) ή “Το να χρησιμοποιείς προφυλακτικό με κάποιον περιστασιακό/ή σύντροφο είναι. Δυσάρεστο-Ευχάριστο” (Μπαρμπαγιάννη & Ζυγά, 2011) με απαντήσεις σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Osgood.

Όσο πιο ευνοϊκή είναι η στάση κάποιου προς μια συμπεριφορά τόσο περισσότερο αναμένεται να έχει την πρόθεση υιοθέτησης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Αντιστρόφως όσο λιγότερο ευνοϊκά διάκειται προς κάποια συμπεριφορά τόσο μικρότερη θα ενδέχεται να είναι η πρόθεσή του για την υλοποίησή της. Το πρώτο λοιπόν βήμα για τον εντοπισμό της πρόθεσης προς κάποια συμπεριφορά είναι η μέτρηση της στάσης του ατόμου προς αυτήν.

2.2.2. Υποκειμενικοί Κανόνες

Το δεύτερο συστατικό μέρος της Θεωρίας προσχεδιασμένης συμπεριφοράς αποτελούν οι *υποκειμενικοί κανόνες* που αφορούν μια συμπεριφορά. Από μια πιο αναλυτική σκοπιά, θα μπορούσε να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στις *κανονιστικές πεποιθήσεις* (normative beliefs) συνάμα με την *περιγραφική κανονικότητα* (descriptive norms).

Όσον αφορά τις πρώτες, πρόκειται για την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τις πεποιθήσεις του περίγυρού του και δη των σημαντικών άλλων (όπως είναι οι γονείς, οι φίλοι, ο σύντροφος) εάν πρέπει το ίδιο να φέρει ή όχι τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, όπως θα ήταν ερωτήματα του τύπου “Οι φίλοι μου θέλουν από μένα να χρησιμοποιώ προφυλακτικό” (Bennett & Bozionelos, 2000), “Ο κολλητός σου φίλος/η θα περίμενε από εσένα να χρησιμοποιείς πάντα προφυλακτικό” (Μπαρμπαγιάννη & Ζυγά, 2011), με κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert.

Εντούτοις, σε γενικές γραμμές, ένα άτομο ενδέχεται να αντιλαμβάνεται πως οι σημαντικοί άλλοι εγκρίνουν τις επιθυμητές συμπεριφορές και από την άλλη αποδοκιμάζουν τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Για να αποκατασταθεί αυτό το πρόβλημα συμπεριλαμβάνονται μεταβλητές μέτρησης σχεδιασμένες για να συμπεριλαμβάνουν την *περιγραφική κανονικότητα*, δηλαδή εάν οι ίδιοι οι σημαντικοί

άλλοι υιοθετούν τη ζητούμενη συμπεριφορά στην πράξη. Καταμετράται από ένα ερώτημα του τύπου “Οι άνθρωποι στη ζωή μου των οποίων η γνώμη μετρά για μένα περπατούν σε ένα διάδρομο για τουλάχιστον τριάντα λεπτά κάθε μέρα/Συμφωνώ-Διαφωνώ” (Ajzen, 2002) ή “Ο κολλητός μου φίλος/η χρησιμοποιούν πάντα προφυλακτικό” (Μπαρμπαγιάννη & Ζυγά, 2011).

Σύμφωνα με τη θεωρία, όσο περισσότερο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι άλλοι, οι οποίοι είναι σημαντικοί για αυτό, πιστεύουν ότι πρέπει να υιοθετήσει μια συμπεριφορά, τόσο περισσότερο θα προτίθεται να την πραγματοποιήσει.

Περαιτέρω, η προαναφερθείσα τοποθέτηση φανερώνει ότι οι άνθρωποι τείνουν να υιοθετούν εκείνες τις συμπεριφορές που πιστεύουν ότι τα σημαντικά τους πρόσωπα προσδοκούν από αυτά αλλά και τα ίδια αυτά πρόσωπα τις εφαρμόζουν πρακτικά. Αντίστροφα, εάν πιστεύουν ότι οι σημαντικοί άλλοι ενδεχόμενα δεν θα ενέκριναν μια συμπεριφορά για αυτά είτε οι ίδιοι δεν την υιοθετούν ακόμα και εάν την υποστηρίζουν, συνήθως δεν έχουν την πρόθεση να την υλοποιήσουν. Υπό αυτές τις συνθήκες, αναπτύσσεται ό,τι ονομάζεται *αντιληπτή κοινωνική πίεση*.

2.2.3. Αντιληπτός Συμπεριφορικός Έλεγχος

Η τρίτη και τελευταία προστιθέμενη διάσταση είναι αυτή του *αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου*, σύμφωνα με τον Ajzen (1991, 2002). Πρόκειται για την πεποίθηση των ατόμων πως είναι ικανά να εκφράσουν την υπό διερεύνηση συμπεριφορά. Στη μέτρηση της εν λόγω διάστασης συγκαταλέγονται μια σειρά από θεματικές που, αν και έχουν τον ίδιο προσανατολισμό, χρωματίζουν ελαφρά διαφορετικές πτυχές της ίδιας διάστασης.

Ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος μπορεί να ιδωθεί ως ένας συνδυασμός ανάμεσα στην έννοια τόσο της 'αυτοαποτελεσματικότητας' του Bandura (1977) όσο και της 'έδρας ελέγχου' του Rotter (1966), καθώς εστιάζεται στο συνδυασμό τόσο των αντιλήψεων που σχετίζονται με την έδρα του εσωτερικού ελέγχου όσο και με τον υπολογισμό των εξωτερικών εμποδίων που σχετίζονται με την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, σύμφωνα με τον Ajzen (2002b).

Πιο συγκεκριμένα, κάποια ερωτήματα που αξιολογούν τον *αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο* αναφέρονται στην *ελεγχιμότητα* (controllability), δηλαδή στις πεποιθήσεις εκείνες των ατόμων πως η εκδήλωση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται ή όχι από τους ίδιους. Για παράδειγμα θα μπορούσε να καταμετρηθεί από ένα ερώτημα του τύπου "Εξαρτάται περισσότερο από μένα εάν θα περπατήσω ή όχι σε ένα διάδρομο για τουλάχιστον 30 λεπτά κάθε μέρα τον επόμενο μήνα/Συμφωνώ Απόλυτα-Διαφωνώ Απόλυτα" (Ajzen, 2002a), "Όταν δεν μπορώ να προβλέψω πότε θα έχω κάποια σεξουαλική επαφή, μου είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό / Πολύ Απίθανο-Πολύ Πιθανό" (Μπαρμπαγιάννη & Ζυγά, 2011).

Μια σειρά άλλων ερωτημάτων αφορούν την αντιληπτή *αυτοαποτελεσματικότητα* (self-efficacy), κατά την οποία το άτομο πιστεύει ότι έχει τις ικανότητες να επιδείξει μια ορισμένη συμπεριφορά, παρακάμπτοντας ενδεχόμενα εμπόδια στην πορεία προς την πραγματοποίηση αυτής. Υποδείγματα ερωτημάτων όσον αφορά την αυτοαποτελεσματικότητα θα μπορούσε να είναι τα εξής: "Εάν το ήθελα, θα μπορούσα να περπατήσω σε ένα διάδρομο για τουλάχιστον 30 λεπτά κάθε μέρα τον επόμενο μήνα/Απόλυτα Σωστό-Απόλυτα Λάθος" (Ajzen, 2002) και "Σε περίπτωση που είχα ξεχάσει να πάρω μαζί μου προφυλακτικά δε θα χρησιμοποιούσα αν είχα μια σεξουαλική επαφή" (Μπαρμπαγιάννη & Ζυγά, 2011).

Η τελευταία συνιστώσα, δηλαδή αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό συστατικό μέρος σε ότι αφορά την πρόθεση για την επικείμενη συμπεριφορά, σύμφωνα με τους θιασώτες της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Περαιτέρω, για την αποτελεσματική μεθοδολογική κάλυψη θα πρέπει να δοθεί σημασία στην εξασφάλιση υψηλής εσωτερικής εγκυρότητας ανάμεσα στις διαφόρων ειδών θεματικές μετρήσεις της διάστασης. Αξιοσημείωτα, ο *αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος*, μετρούμενος κατάλληλα, δύναται να λειτουργήσει αντιπροσωπευτικά του πραγματικού ελέγχου στη συμπεριφορά και να συμβάλει άμεσα στην πρόβλεψη της τελευταίας.

Όταν ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος αντανακλά τον πραγματικό έλεγχο στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, τότε αναμένεται να έχει προβλεπτική ισχύ απευθείας στην εν λόγω συμπεριφορά.

2.2.4. Συμπεριφορική Πρόθεση

Η θεμέλια υπόθεση της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς είναι πως η *πρόθεση* ενός ατόμου να εκφράσει κάποια συμπεριφορά εξαρτάται από τη *στάση* του προς αυτή τη συμπεριφορά, τους *υποκειμενικούς κανόνες* οι οποίοι τη συνοδεύουν και τέλος τον *αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο* προς αυτήν.

Η *πρόθεση*, περαιτέρω, θεωρείται ότι προλέγει και καθορίζει τη συμπεριφορά, είναι δηλαδή ο άμεσος 'πρόδρομος' της συμπεριφοράς και καταμετρείται με ερωτήματα του τύπου ' 'Σκεπτόμενος/η την επόμενη φορά που θα έχω σεξουαλική επαφή, έχω την πρόθεση να χρησιμοποιήσω προφυλακτικό / Διαφωνώ Απόλυτα – Συμφωνώ Απόλυτα, με κλίμακα απαντήσεων τύπου Likert.

Επομένως, οι προαναφερθείσες διαστάσεις (*στάση*, *υποκειμενική νόρμα* και *αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος*) ως προς τη σχέση τους με τη συμπεριφορά διαμεσολαβούνται από την *πρόθεση*, με μια μικρή εξαίρεση ως προς τον *αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο* όπως προαναφέρθηκε. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ *πρόθεσης* και συμπεριφοράς δεν είναι πάντα απόλυτη δεδομένου ότι διάφορα γεγονότα ενδέχεται να παρεμβληθούν μεταξύ της μέτρησης της *πρόθεσης* και της παρατηρούμενης συμπεριφοράς.

Έχοντας εξασφαλίσει τις κατάλληλες μετρήσεις, υποστηρίζεται ότι οι διαστάσεις θα πρέπει να προβλέπουν άμεσα την *πρόθεση* και έμμεσα τη συμπεριφορά (μέσω της *πρόθεσης*), με την προϋπόθεση ότι η συσχέτιση *πρόθεσης* και συμπεριφοράς είναι ισχυρή. Ως εκ τούτου, οι στάσεις απέναντι στη χρήση προφυλακτικών, οι αντίστοιχοι υποκειμενικοί κανόνες και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος δύνανται να προβλέπουν τις προθέσεις, αλλά δεν αναμένεται να προβλέπουν, από μόνη της η κάθε διάσταση, την πραγματοποιούμενη συμπεριφορά.

Επομένως, στην περίπτωση που σημειωθεί κάποια αποτυχία στο να προβλέψουν οι εν λόγω τρεις διαστάσεις το εάν οι έφηβοι θα χρησιμοποιήσουν προφυλακτικά ή όχι, δηλαδή τη συμπεριφορά, δεν θα πρέπει να εκληφθεί ως αδυναμία του μοντέλου. Ωστόσο, θα εγερθούν ερωτήματα στην περίπτωση που οι διαστάσεις δεν έχουν προβλεπτική δύναμη όσον αφορά την πρόθεση (Ajzen, 1980).

Όσον αφορά την προβληματική της σταθερότητας των προθέσεων, δεν είναι δεδομένο ότι θα αποτελούν σε κάθε περίπτωση έναν καλό 'προδείκτη' της συμπεριφοράς. Χρίζει προσοχής το γεγονός ότι οι προθέσεις ενδέχεται να αλλάξουν στο διάβα του χρόνου. Ως εκ τούτου η μέτρησή τους αρκετό διάστημα πριν την παρατήρηση της συμπεριφοράς υπάρχει περίπτωση να διαφέρει από την πρόθεση τη στιγμή που παρατηρείται η συμπεριφορά.

Όσο μεγαλύτερο είναι το μεσοδιάστημα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μεσολαβήσουν παράγοντες που θα επιφέρουν αλλαγές στις προθέσεις. Γενικότερα, όσο μεγαλύτερο είναι το μεσοδιάστημα, τόσο λιγότερο ακριβής θα είναι η πρόβλεψη της συμπεριφοράς από την πρόθεση, δηλαδή τόσο λιγότερη θα είναι η παρατηρούμενη σχέση μεταξύ της πρόθεσης και της συμπεριφοράς (Ajzen, 1980). Σχηματικά, τα συστατικά μέρη της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αναπαρίστανται στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί. Επί τω προκειμένω η πρόθεση, η συμπεριφορά καθώς και όλες οι μεταβλητές μέσω των οποίων γίνεται η διερεύνηση επικεντρώνονται στη χρήση καπνού και αλκοόλ από άτομα μετεφηβικής ηλικίας.

Υπάρχει μια πλειάδα ερευνητών που έχουν ασχοληθεί με το προαναφερθέν Θεωρητικό Μοντέλο σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών και πιο συγκεκριμένα καπνού και αλκοόλ (Anderson et al., 2002· Armitage et al., 1999· Conner et al., 1999· Hanson, 1997· Harakeh et al., 2004· Hassandra et al., 2011, Higgins & Conner, 2003· Laftin et al., 1994· Maher & Rickwood, 1997· Marcoux & Shope, 1997 · Norman et al., 1998 κ.ά.). Εν συνεχεία θα λάβει χώρα ενδελεχής παρουσίαση μελετών που έχουν ασχοληθεί με τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τη χρήση καπνού και αλκοόλ.

Σύμφωνα με το δημιουργό της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 2011) το εν λόγω μοντέλο μελέτης και πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει δεχθεί κατά καιρούς διάφορες ενστάσεις, με το δεδομένο ότι πιθανά οι δείκτες συσχέτισης των προθέσεων με τη συμπεριφορά ή μεταξύ των διαστάσεων και της πρόθεσης να είναι σχετικά χαμηλοί. Όπως εξηγεί, ωστόσο, ένας από τους λόγους που αυτό μπορεί να συμβεί κυρίως στις διαχρονικού τύπου μελέτες, όπου το διάστημα επανελέγχου μπορεί να ξεπεράσει τις πέντε εβδομάδες. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι σε διάστημα μεγαλύτερο των πέντε εβδομάδων μπορεί να επιδράσουν μια σειρά παρεμβαινουσών μεταβλητών.

Σε εκτενή τους ανασκόπηση οι Arens et al. (2014) επικεντρώθηκαν στην αναζήτηση σχέσεων μεταξύ παραγόντων σχετικών με τις στάσεις και το κάπνισμα στο νεανικό πληθυσμό. Το θεωρητικό τους υπόβαθρο υπήρξε το 'salutogenic model' του Antonovsky (1987), μια κοινωνιο-ιατρική θεωρία που περιγράφει και προβλέπει εάν ένα άτομο μπορεί να παραμείνει υγιές σε ένα επικίνδυνο περιβάλλον, με κύρια εστίαση σε παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις. Η εμπιστοσύνη του ατόμου ότι μπορεί να ελέγξει το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον πηγάζει από την εσωτερική συνοχή, η οποία ολοκληρώνεται μέχρι τα 30 έτη.

Το προαναφερθέν μοντέλο βρίσκει εφαρμογή σε μια σειρά μελετών, οι οποίες επί τω προκειμένω αφορούν το κάπνισμα (Carpenter et al., 2009, Chang , 2009, Parkinson et al. , 2009, Schleicher et al. , 2008, Fritz et al., 2008). Χρησιμοποιούνται, όπως προαναφέρθηκε, παράγοντες στάσεις, όπως η στάση για το σημαντικό κίνδυνο από το κάπνισμα στο βραχυπρόθεσμο μέλλον. Στο επίπεδο στάσεων συμπεριλαμβάνονται, σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο, η αυτοαποτελεσματικότητα και πεποιθήσεις του τύπου 'Οι νέοι που πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι αποδεκτό από τους φίλους τους είναι πιο πιθανό να καπνίσουν' (Arens et al., 2014).

Αντιπαραθέτοντας στο προαναφερθέν μοντέλο τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, τόσο στο ένα όσο και στο άλλο μοντέλο κομβική θέση ως προς τους παράγοντες διαδραματίζουν οι στάσεις. Παρόλα αυτά, στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς τόσο οι υποκειμενικοί κανόνες, όπως παραπάνω η πρόταση που αφορά τις πεποιθήσεις περί αποδοχής του καπνίσματος από τους φίλους, όσο και η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελούν ξεχωριστούς παράγοντες επίδρασης. Επίσης, κομβικό σημείο διαδραματίζει η πρόθεση που προηγείται της συμπεριφοράς σύμφωνα με τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) φαίνεται να αποτελεί ένα περισσότερο αναλυτικό μοντέλο υγείας ως προς τους επιδραστικούς παράγοντες από το 'salutogenic model' του Antonovsky (1987)., όπως αναλύεται στους Arens et al. (2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

3.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου

Στην αν λόγω θεματική ενότητα παρουσιάζεται η πρακτική εφαρμογή του μοντέλου υγείας «Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς» σε μια σειρά ερευνητικών μελετών σε σχέση με ποικίλα θέματα όπως οι σεξουαλικές συμπεριφορές, προβλήματα υγείας και ιατρικές πρακτικές, διατροφικά θέματα, εκπαιδευτικά θέματα, θέματα σωματικής άσκησης καθώς κ.ά. Διεξοδικά παρουσιάζεται ένας ικανός αριθμός ερευνητικών μελετών που έχουν εφαρμοστεί συγκεκριμένα στη χρήση καπνού και αλκοόλ τόσο στην εφηβεία όσο και στη νεαρή ενήλικη ζωή, με τα αποτελέσματά τους ως προς τους άξονες της Θεωρίας που είχαν τη μεγαλύτερη στατιστική ισχύ αναλυτικά.

3.2 Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και άλλες θεματικές

Με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, έχει λάβει χώρα μια σειρά ερευνητικών μελετών για διάφορες συμπεριφορές, ενισχύοντας την προβλεπτική ισχύ των παραγόντων της. Για παράδειγμα, με βάση το συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο σε συμπεριφορές υγείας, προβλεπτικά και τροποποιητικά, επικεντρώθηκαν οι Finlay et al. (1999), McCaul et al. (1993), Sheeran et al. (2001), Furnham and Lovett (2001) κ.ά.

- *Ιατρικά Θέματα*

Σχετικά με επιμέρους θέματα στον τομέα υγείας, ριψοκίνδυνες συμπεριφορές που ακολουθούν τη διάγνωση της στεφανιαίας καρδιακής νόσου ασχολήθηκαν οι Johnston et al. (2004), τη χρήση γαντιών από επαγγελματίες υγείας ο Levin (1999), τη χρήση κλινικών οδηγιών από ιατρούς (Limbert & Lamb, 2002), την πρόβλεψη υιοθέτησης συμπεριφορών στοματικής υγιεινής (McCaul et al., 1988), την πρόθεση φοιτητών νοσηλευτικής να αναζητήσουν κλινικές εμπειρίες (Meyer, 2002), τους

παράγοντες προβλεψιμότητας για την πρόθεση των γυναικών να χρησιμοποιήσουν ορμονική θεραπεία αποκατάστασης (1997).

- ***Σεξουαλικές Συμπεριφορές***

Οι Albarracin et al. (2001) έχουν διεξάγει ενδελεχή μετα-ανάλυση σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού, όπως και οι Bennett and Bozionelos (2000), Conner and Graham (1994), Fazekas et al. (2001), Jamner et al. (1998), Lugoe and Rise (1999). Επίσης, οι Gebhardt et al. (2003), Jemmott et al. (1992), Μπαρμπαγιάννη και Ζυγά (2011) έχουν ασχοληθεί ερευνητικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά και την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού με τις διαστάσεις του εν λόγω μοντέλου σε εφηβικό πληθυσμό.

Οι Bogart et al. (2000) διερεύνησαν τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις προθέσεις για χρήση του γυναικείου προφυλακτικού, οι Bowen et al. (2001) την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού από χρήστες κρακ, οι Conner et al. (1999) την πρόθεση χρήσης προφυλακτικού μετά από την κατανάλωση αλκοόλ και σε γυναίκες ενδοφλέβιες χρήστριες (Corby et al., 1996). Στη μελέτη, κατ'επέκταση, γενικότερα των σεξουαλικών συμπεριφορών επικεντρώθηκαν οι Boldero et al. (1999), Bryan et al. (2002), οι McCabe and Killackey (2004).

- ***AIDS***

Σχετικά με το AIDS με βάση τη χρήση του εν λόγω μοντέλου ασχολήθηκαν, ανάμεσα σε άλλους, οι De Wit et al. (2000), Plies and Schmidt (1996), Basen-Engquist and Parcel, (1992), Bryan et al. (2002).

- ***Σωματική Άσκηση και Αθλητισμός***

Περαιτέρω, για συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση και τον αθλητισμό με βάση τις διαστάσεις της υπό συζήτηση Θεωρίας έχουν ασχοληθεί, ανάμεσα σε άλλους, οι Blue (1995), Blue et al. (2001), Godin (1993), Hagger et al. (2002), Hausenblas (1997), Armitage (2005), Atsalakis and Sleaf (1996), οι Arnscheid and Schomers (1996) σε ομάδα μπασκετμπολιστών, Bebetos et al. (2002), Biddle et al. (1994), Brenes et al. (1998), Bryan and Rocheleau (2002), Conn et al. (2003), Courneya (1995), Courneya et al. (1999), Dzewaltowski (1990). Οι Blanchard

et al. (2002) μελέτησαν με το συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο τις προθέσεις για άσκηση σε ασθενείς που επιβίωσαν από καρκίνο στο θώρακα (Courneya and Friedenreich, 1999) και στον προστάτη.

Οι Baker et al. (2003) διερεύνησαν τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική άσκηση στην εφηβεία με το συγκεκριμένο μοντέλο. Οι Gardner and Hausenblas (2004) ασχολήθηκαν με την άσκηση και την κινητοποίηση σε δίαιτα υπέρβαρων γυναικών ενώ οι Godin et al. (1991) με την πρόβλεψη της πρόθεσης για άσκηση σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία καρδιακή νόσο.

- ***Διατροφικά Θέματα***

Με διατροφικά θέματα και τη χρήση της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης συμπεριφοράς ασχολήθηκαν, εκτός άλλων, οι Conner et al. (2002), οι Nejad et al. (2004), οι Oygard and Rise (1966). Σχετικά με την πρόθεση κατανάλωσης πρωινού σε παιδιά ο Gummesson (1997), την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από εφήβους (Lien et al., 2002), την κατανάλωση προϊόντων από ηλικιωμένους (Kim et al., 2003), τις αντιλήψεις για μείωση πρόσληψης βάρους (Paisley & Sparks, 1998).

- ***Εκπαιδευτική Διαδικασία***

Σχετικά με την εφαρμογή της Θεωρίας στη μελέτη θεμάτων που σχετίζονται με τη γνωστική διαδικασία μάθησης, εκπαιδευτικά και ακαδημαϊκά ζητήματα ασχολήθηκαν οι Ingram et al. (2000), ο Liaw (2004), Murphy and Brubaker (1990), Crawley (1990), Crawley and Black (1992), Crawley and Koballa (1992), Davis et al. (2002), Davis et al. (2003). Επίσης, οι Shapiro and Watson (2000) διερεύνησαν την επίλυση προβλημάτων στο σχολείο και ο Burak (1994) τις προθέσεις των εκπαιδευτικών να ενημερώσουν τα παιδιά για το AIDS.

- ***Άλλες Συμπεριφορές***

Τέλος, ερευνητικές μελέτες με εργαλείο τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς έλαβαν χώρα για διάφορες άλλες θεματικές όπως τη συμμετοχή των γυναικών σε συλλογικές δραστηριότητες (Kelly & Breinlinger, 1995), την ανακύκλωση και την οικολογική συνείδηση (Knussen et al., 2004, Mannetti et al., 2004, Bamberg, 1996), τις προθέσεις για εξοικονόμηση νερού (Lam, 1999), την

πρόβλεψη χρήσης αντιηλιακού από παιδιά (Martin et al., 1999), τη χρήση κράνους (Quine, 2000), τη διακοπή της βίαιης συμπεριφοράς (Tolman et al., 1996) καθώς και την πρόβλεψη των προθέσεων μητέρων να περιορίσουν την ποσότητα λήψης ζάχαρης στα νήπια (Beale & Manstead, 1991). Οι Conner & McMillan (1999) μελέτησαν τη χρήση κάμναβης σε φοιτητές κολλεγίου, 17 έως 59 ετών, με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

3.3 Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ

Όσον αφορά συγκεκριμένα τη συμπεριφορά χρήσης ουσιών, αλκοόλ και καπνού, στην εφηβεία σε μια σειρά ερευνητικών μελετών χρησιμοποιήθηκε το προαναφερθέν μοντέλο υγείας με σκοπό να ελεγχθεί η δυνατότητα των διαστάσεων που ενέχει στην πρόβλεψη της πρόθεσης για τη συμπεριφορά χρήσης ουσιών όσο και της ίδιας της συμπεριφοράς. Στη μελέτη των Conner et al. (1999) αποδεικνύεται δυνατή η προβλεπτική ισχύς της συμπεριφοράς με βάση τις διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Επίσης, προσμετρήθηκε τόσο η αυτοαντίληψη των εφήβων ως «πότη» όσο και η παρελθούσα συμπεριφορά.

3.3.1 Εφαρμογή στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ στην Εφηβεία

Όσον αφορά μία άλλη ερευνητική μελέτη σχετικά με τη συμπεριφορά καπνίσματος σε έφηβες (Hanson, 1997), όπου και πάλι χρησιμοποιήθηκε ως μοντέλο η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, καταδεικνύεται η άμεση συσχέτιση των στάσεων, της υποκειμενικής νόρμας και του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου με την πρόθεση για κάπνισμα καθώς και η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής επεξήγησης της εν λόγω συμπεριφοράς από τις διαστάσεις της Θεωρίας.

Επιπρόσθετα, άλλοι μελετητές (Maher & Rickwood, 1997) στη, ερευνητική τους εργασία, σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά στην εφηβεία, κατέληξαν σε ένα άξιο προσοχής συμπέρασμα σύμφωνα με το οποίο όσο χαμηλότερη φάνηκε να είναι η αυτοαποτελεσματικότητα στους έφηβους τόσο πιο θετικές παρουσιάστηκαν οι στάσεις για το κάπνισμα καθώς και πιο αυξημένες οι επιρροές του περιβάλλοντος που επέτρεπαν το κάπνισμα. Επίσης, με τον ίδιο τρόπο μεγαλύτερος φάνηκε να είναι ο

αντιλαμβανόμενος έλεγχος για τον εαυτό τους ως προς τη δυνατότητά τους να καπνίσουν

Περαιτέρω, στην ερευνητική τους μελέτη οι Smith et al. (2007) σχετικά με την επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις εφηβικές καπνιστικές προθέσεις, χρησιμοποίησαν ένα διευρυμένο μοντέλο της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Ανάμεσα στα παιδιά λυκείου που αυτοπροσδιορίστηκαν ως μη καπνιστές φάνηκαν πιο θετικές στάσεις ως προς το να μείνουν χωρίς την εν λόγω συνήθεια, οι αντιληπτές νόρμες ήταν για τα παιδιά αυτά πιο αποθαρρυντικές ως προς το κάπνισμα και είχαν λιγότερους φίλους καπνιστές καθώς και την αντίληψη ότι το να διακόψεις το κάπνισμα είναι πιο δύσκολο.

Όλα τα προαναφερθέντα συσχετίστηκαν με μειωμένες πιθανότητες να δοκιμάσουν το κάπνισμα προβλεπτικά για τις επόμενες 30 ημέρες και 6 μήνες. Επιπρόσθετα, οι στάσεις, οι αντιλήψεις κινδύνου, οι συμπεριφορές των συνομηλίκων και οι κανονιστικές προσδοκίες σχετικά με το κάπνισμα ήταν στατιστικά σημαντικά συσχετισμένα μεταξύ τους. Η προσθήκη του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου ανάμεσα στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που λειτουργούν προβλεπτικά ως προς τη μελλοντική συμπεριφορά ενδυνάμωσε την εξηγητική ισχύ του μοντέλου. Ακόμα πιο δυνατός προβλεπτικός παράγοντας από τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο αποδείχτηκε ότι ήταν η αντιληπτή ευκολία, ευκολία διακοπής εάν ξεκινούσαν το κάπνισμα, ως προς την πρόθεση δοκιμής του καπνίσματος στο κοντινό μέλλον.

Έρευνα των Marcoux and Shope (1997) σχετικά με την εφαρμογή της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην εφηβική συμπεριφορά χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 3.946 μαθητών λυκείου, υποστηρίζει τη στατιστική «ευρωστία» της Θεωρίας, με συγκεκριμένα την πρόθεση να εξηγεί το 38% της χρήσης αλκοόλ, 30% της διακύμανσης της κατάχρησης της συγκεκριμένης ουσίας και με τις διαστάσεις των στάσεων, της υποκειμενικής νόρμας και του αντιλαμβανόμενου συμπεριφορικού ελέγχου των εφήβων να εξηγούν πάνω από το 76% της διακύμανσης της πρόθεσης χρήσης αλκοόλ.

3.3.2. Εφαρμογή στη Χρήση Καπνού και Αλκοόλ στη Νεαρή Ενήλικη Ζωή

Σε ό,τι αφορά άτομα μετεφηβικής ηλικίας, σε δείγμα φοιτητών, οι Collins και Carey (2007), χρησιμοποίησαν τη θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην πρόβλεψη βαριάς επεισοδιακής μέθης. Πιο συγκεκριμένα, υπέθεσαν ότι τα παλαιότερα επεισόδια μέθης, οι στάσεις ως προς την πόση αλκοόλ, οι υποκειμενικές νόρμες καθώς και η αρνητική αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την πόση αλκοόλ θα ήταν ικανοί παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης, η οποία εν συνεχεία θα μπορούσε να λειτουργήσει ως προβλεπτικός παράγοντας των μελλοντικών περιστατικών βαριάς επεισοδιακής μέθης.

Στο δείγμα τους των 131 φοιτητών κολλεγίου (Collins & Carey, 2007) διαπιστώθηκε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα και οι στάσεις περισσότερο εν συγκρίσει με τις υποκειμενικές νόρμες προέβλεψαν στατιστικά σημαντικά κατά βάση την πρόθεση, η οποία μαζί με τη μελέτη των παλαιότερων περιστατικών βαριάς επεισοδιακής μέθης προέβλεψαν τη μελλοντική συμπεριφορά των επεισοδίων. Παρόλα αυτά, στην εν λόγω μελέτη, ενάντια στις υποθέσεις, φάνηκε πως ένα δομικό μοντέλο που δε θα συμπεριελάμβανε την παρελθούσα συμπεριφορά θα προέβλεπε καλύτερα τη μέλλουσα συμπεριφορά βαριών επεισοδίων μέθης των φοιτητών.

Σε μια άλλη ερευνητική μελέτη, οι Huchting, Lac and LaBrie (2008) διαπίστωσαν πως στις αδελφότητες οι Ελληνίδες φοιτήτριες μπορεί να είναι σε κίνδυνο λόγω των προτύπων τους για βαριά κατανάλωση αλκοόλ. Διερεύνησαν σε δείγμα διακοσίων σαράντα επτά γυναικών φοιτητριών σε πανεπιστήμιο της Νότιας Καλιφόρνια που ανήκουν σε αδελφότητες τις συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ χρησιμοποιώντας τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς με τους παράγοντες των στάσεων, των νορμών, του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου και των προθέσεων, με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ να καταμετράται ένα μήνα μετά.

Στα ευρήματα (Huchting, Lac & LaBrie, 2008) ανήκουν ότι οι κοινωνικές νόρμες προέβλεψαν στατιστικά σημαντικά τις προσθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ περισσότερο από τις στάσεις ή τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο. Στην εν λόγω μελέτη ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος αν και δεν προέβλεψε στατιστικά σημαντικά τις

προθέσεις, ωστόσο, προέβλεψε σημαντικά απευθείας τις συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ, δηλώνοντας την απευθείας επίδραση της αντίληψης δυσκολίας αντίστασης στην κατάχρηση αλκοόλ στην πραγματική συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ. Συνολικά, το προβλεπτικό μοντέλο εξηγεί το 44.7% της διακύμανσης των προθέσεων και το 73.4% της διακύμανσης στη συμπεριφορά.

Οι McMillan and Conner (2003) στην ερευνητική τους μελέτη, σε δείγμα 494 προπτυχιακών φοιτητών σε Πανεπιστήμιο της Αγγλίας χρησιμοποίησαν στο ερωτηματολόγιό τους τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη χρήση καπνού και αλκοόλ, κάνοντας μεταέλεγχο σε 146 από τους πρωταρχικούς συμμετέχοντες σε διάστημα έξι μηνών μετά.

Στα ευρήματά τους (McMillan & Conner, 2003) υποστηρίζεται πως οι μεταβλητές της Θεωρίας επιτυχώς προέβλεψαν τις προθέσεις για τη χρήση καπνού και αλκοόλ, ιδίως οι στάσεις και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος λειτούργησαν ως σημαντικοί προδείκτες των προθέσεων για το αλκοόλ, ενώ ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος λειτούργησε προβλεπτικά για το κάπνισμα. Τόσο για το κάπνισμα όσο και για τη χρήση αλκοόλ, οι προθέσεις και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος λειτούργησαν ως στατιστικά σημαντικοί προδείκτες με προβλεπτική ισχύ για τη συμπεριφορά που οι συμμετέχοντες ανέφεραν έξι μήνες μετά.

Εν συνεχεία των προηγούμενων, οι υποκειμενικές νόρμες λειτούργησαν, επίσης, ως στατιστικά σημαντικός προδείκτης της πρόθεσης χρήσης αλκοόλ και οριακά σημαντικά για τις προθέσεις σχετικά με το κάπνισμα, ενώ βρέθηκε ότι επιπρόσθετες μεταβλητές όπως οι νόρμες ηθικής δεν λειτούργησαν προβλεπτικά για τη χρήση αλκοόλ ούτε για το κάπνισμα.

Αντιστοίχως, σε μια άλλη ερευνητική μελέτη (Steingold, 2008) μετρήθηκε η χρήση καπνού και αλκοόλ σε 107 προπτυχιακούς φοιτητές Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο του Cape Town, με τη χρήση της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Επίσης, αξιολογήθηκε η κλίμακα για την 'υποκειμενική αυτοϊκανοποίηση' (Subjective Well Being, SWB).

Οι στάσεις και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος, όταν μετρήθηκαν ως διαφορετικές κλίμακες, λειτούργησαν σημαντικά προβλεπτικά των προθέσεων για κάπνισμα (Steingold, 2008). Ωστόσο, όταν αναλύθηκαν μαζί, μόνο ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος επέδειξε σημαντική στατιστική ισχύ έναντι των προθέσεων για κάπνισμα. Η πρόθεση για τη χρήση αλκοόλ προβλέφθηκε σημαντικά από τις στάσεις, τις υποκειμενικές νόρμες και τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο, όταν μετρήθηκαν οι εν λόγω διαστάσεις ξεχωριστά. Ωστόσο, σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις μόνο οι υποκειμενικές νόρμες παρέμειναν ως σημαντικός 'προδείκτης' για τις προθέσεις έναντι του αλκοόλ. Οι διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς λειτούργησαν σημαντικά έναντι στην πρόβλεψη των συμπεριφορών καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ. Περαιτέρω, η κλίμακα 'υποκειμενικής αυτοϊκανοποίησης' δεν επέδειξε στατιστικά σημαντική ισχύ απέναντι στις εν λόγω συμπεριφορές.

Σύμφωνα με τους Norman et al. (1998), η συμπεριφορά της άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης οινοπνεύματος (binge drinking) είναι "η κατανάλωση της μισής ποσότητας αλκοόλ που προτείνεται εβδομαδιαία σε μία μόνο φορά" και απαντάται συχνά στο νεανικό πληθυσμό. Σε δείγμα 136 προπτυχιακών φοιτητών διερευνήθηκαν οι διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, εστιάζοντας στις συμπεριφορές τους χρήσης αλκοόλ και τις πεποιθήσεις τους για την ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ.

Ανάμεσα στα αποτελέσματα φαίνεται πως είναι το φύλο, δηλαδή οι άνδρες φοιτητές οδηγούνται πιο συχνά σε επεισόδια ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες, διαφορά που αντανακλάται και στις αντιλήψεις για την εν λόγω συμπεριφορά (Norman et al., 1998). Επίσης, από τους άνδρες συμμετέχοντες τέθηκαν περισσότεροι διευκολυντικοί παράγοντες που οδηγούν στην άμετρη ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ, όπως ένα κοινωνικό γεγονός, η συμμετοχή σε ένα πάρτι κ.ά., παράγοντες που συνδέονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την κοινωνική πίεση από τους σημαντικούς άλλους.

Ανάμεσα στους πιο ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες, που έδειξε η μελέτη των Norman et al. (1998) υπήρξαν ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος και οι θετικές πεποιθήσεις ελέγχου. Έτσι, οι πιο τακτικοί ευκαιριακοί καταναλωτές έτειναν να

θεωρήσουν λιγότερες τις δυνατότητές τους ελέγχου της συμπεριφοράς και να αποδώσουν τη συμπεριφορά τους σε εξωτερικές επιδράσεις, συμπεραίνοντας πως οι προβληματικές χρήστες αλκοόλ έχουν περισσότερο ένα προσανατολισμό σε εξωτερική έδρα ελέγχου.

Εν συνεχεία των προαναφερθέντων, οι Cooke et al. (2007) διερεύνησαν τη συμπεριφορά άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης οινοπνεύματος (binge drinking) σε δείγμα 178 προπτυχιακών φοιτητών με τη χρήση ενός διευρυμένου μοντέλου της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στο ερωτηματολόγιό τους. Ακολούθησε μεταέλεγχος της συμπεριφοράς μια εβδομάδα μετά την πρώτη χορήγηση σε 104 από τους συμμετέχοντες.

Ανάμεσα στις μεταβλητές της Θεωρίας συμπεριλήφθηκαν οι υποκειμενικές νόρμες, η αναμενόμενη λύπη και η παρελθούσα συμπεριφορά άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης οινοπνεύματος. Σε ό,τι αφορά την αναμενόμενη λύπη, δηλώνει τα αρνητικά συναισθήματα που θα νιώσουν οι συμμετέχοντες από τις αρνητικές βραχυπρόθεσμες συνέπειες από την ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ, π.χ. το να είναι ζαλισμένοι την επόμενη μέρα, να νιώθουν ναυτία κ.ά. (Cooke et al., 2007).

Τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας έρευνας των Cooke et al. (2007) δείχνουν ότι οι στάσεις και η αναμενόμενη λύπη λειτούργησαν ως σημαντικοί προδείκτες για τις προθέσεις της ευκαιριακής κατανάλωσης οινοπνεύματος, εξηγώντας το 58% της διακύμανσής τους. Επίσης, φάνηκε ότι οι προθέσεις για την εν λόγω συμπεριφορά μαζί με την παρελθούσα συμπεριφορά έχουν στατιστικά σημαντική ισχύ για την παρούσα συμπεριφορά των φοιτητών ως προς το αλκοόλ και δύνανται να εξηγήσουν το 33% της διακύμανσης.

Επίσης, άλλες μελέτες ενισχύουν τη χρήση των διαστάσεων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς για την πρόβλεψη της άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ. Για παράδειγμα, οι Johnston and White (2003) βρήκαν στην ερευνητική τους μελέτη ότι οι μεταβλητές των στάσεων, των υποκειμενικών νορμών και της αυτοαποτελεσματικότητας αποτέλεσαν σημαντικούς προδείκτες, εξηγώντας το 69% της διακύμανσης των προθέσεων για τη συμπεριφορά της άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ, ενώ περαιτέρω οι προθέσεις εξήγησαν το 51% της διακύμανσης στην εν λόγω συμπεριφορά.

Παρομοίως, οι Norman and Conner (2006) σε έρευνά τους σε 398 φοιτητές μελέτησαν τους άξονες της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη χρήση αλκοόλ, μελετώντας την άμετρη ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) καθώς και την παρελθούσα συμπεριφορά του εν λόγω τύπου κατανάλωσης αλκοόλ. Έγινε επανέλεγχος 1 εβδομάδα μετά την πρώτη μέτρηση. Στα αποτελέσματά τους βρήκαν ότι οι στάσεις, η αυτοαποτελεσματικότητα και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος ευθύνονται για το 66% της διακύμανσης των προθέσεων για άμετρη ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ των συμμετεχόντων. Επίσης, η παρελθούσα συμπεριφορά βρέθηκε ότι λειτούργησε επιπλέον επεξηγηματικά της διακύμανσης στις προθέσεις και τη συμπεριφορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
----------------------------	--------------------	---------------------

Ajzen & Fishbein, 1977	Ανάπτυξη της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης ή δράσης «κατόπιν σκέψεως»	Μελέτη των διαστάσεων των στάσεων και της υποκειμενικής νόρμας
Ajzen, 1980, 1988, 1991, 2002	Ανάπτυξη της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	Επέκταση της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης με την προσθήκη της διάστασης του Αντιληπτού Συμπεριφορικού Ελέγχου, κυρίως της παραμέτρου της αυτοαποτελεσματικότητας
Hanson, 1997	Μελέτη της συμπεριφοράς καπνίσματος σε έφηβες με βάση το μοντέλο	Συσχέτιση των στάσεων, της υποκειμενικής νόρμας και του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου με την πρόθεση για κάπνισμα
Maher & Rickwood, 1997	Μελέτη της καπνιστικής συμπεριφοράς	Όσο χαμηλότερες οι τιμές της αυτοαποτελεσματικότητας τόσο πιο

	εφηβεία	θετικές οι τιμές στάσης προς το κάπνισμα, αυξημένες οι τιμές κοινωνικής επιρροής και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος για κάπνισμα
Marcoux & Shope, 1997	Μελέτη σε δείγμα 3.946 μαθητών για χρήση και κατάχρηση αλκοόλ	Οι στάσεις, η υποκειμενική νόρμα, ο αντιλαμβανόμενος συμπεριφορικός έλεγχος εξηγούν πάνω από 76% της πρόθεσης κατανάλωσης αλκοόλ
Norman et al., 1998	Μελέτη σε φοιτητές της συμπεριφοράς ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ	Επίδραση του φύλου και κοινωνικών παραγόντων. Ισχυρή προβλεπτικής ισχύς του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου και η έδρα ελέγχου
Armitage et al., 1999	Μελέτη σε φοιτητές της χρήσης αλκοόλ και κάνναβης. Επανελέγχος συμπεριφοράς 1 εβδομάδα μετά.	Οι διαστάσεις της Θεωρίας προέβλεψαν σημαντικά την πρόθεση και η τελευταία τη συμπεριφορά χρήσης αλκοόλ και κάνναβης.
Conner et al., 1999	Μελέτη σε εφήβους της συμπεριφοράς χρήσης ουσιών με το μοντέλο	Προσμετρήθηκε επίσης η αυτοαντίληψη των εφήβων ως "πότη" όσο και η παρελθούσα συμπεριφορά
Higgins & Conner, 2003	Μελέτη της εφηβικής καπνιστικής συμπεριφοράς. Επανελέγχος 8 εβδομάδες μετά.	Οι διαστάσεις της Θεωρίας προέβλεψαν σημαντικά τις προθέσεις. Μέτριες επιδράσεις των προθέσεων εφαρμογής αντίστασης στο κάπνισμα απέναντι στην εν λόγω συμπεριφορά.
McMillan & Conner, 2003	Μελέτη της χρήσης καπνού και αλκοόλ σε φοιτητές με επανελέγχο 6 μήνες μετά.	Κυρίως οι στάσεις και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος προέβλεψαν τις προθέσεις για αλκοόλ και ο αντιληπτός

		συμπεριφορικός έλεγχος για τις προθέσεις καπνίσματος. Προβλεπτική ισχύς πρόθεσης και αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου για 6 μήνες μετά.
Johnston & White, 2003	Μελέτη της άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ	Οι στάσεις, οι υποκειμενικές νόρμες και η αυτοαποτελεσματικότητα σημείωσαν σημαντική προβλεπτική ισχύ για τις προθέσεις και οι προθέσεις περαιτέρω για τη δρώσα συμπεριφορά
Harakeh et al., 2004	Μελέτη του καπνίσματος σε 1.070 εφήβους με βάση διευρυμένη τη Θεωρία.	Έμμεσα επηρέασε το κάπνισμα των εφήβων η σχέση με τους γονείς και η γονεϊκή γνώση και άμεση επίδραση του γονεϊκού καπνίσματος
Norman & Conner, 2006	Μελέτη των αξόνων της Θεωρίας σε προπτυχιακού φοιτητές στην άμετρη ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking)	Στάσεις, αυτοαποτελεσματικότητα και αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος ευθύνονται για το 66% της διακύμανσης προθέσεων. Επίδραση της παρελθούσας συμπεριφοράς στη διακύμανση των προθέσεων και της συμπεριφοράς.
Cooke et al. 2007	Μελέτη της συμπεριφοράς άμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης οινόπνευματος σε φοιτητές με τη χρήση διευρυμένου μοντέλου της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Επανελέγχος 1 εβδομάδα μετά	Προβλεπτική ισχύς των στάσεων, της αναμενόμενης λύπης στις προθέσεις, που μαζί με την παρελθούσα συμπεριφορά έχουν προβλεπτική ισχύ για τη δρώσα συμπεριφορά
Smith et al., 2007	Μελέτη διευρυμένου μοντέλου της	Θετικές στάσεις για μη κάπνισμα στους μη καπνιστές, με μικρότερες

	Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	τιμές στις αντιληπτές νόρμες, λιγότεροι φίλοι καπνιστές, προβλεπτικά λιγότερες πιθανότητες να καπνίσουν για τον επόμενο 1 και 6 μήνες. Ισχυρή προβλεπτική ισχύς της αντιληπτής ευκολίας.
Collins & Carey, 2007	Διερεύνηση της πρόβλεψης βαριάς επεισοδιακής μέθης σε φοιτητές	Προβλεπτική ισχύς της αυτοαποτελεσματικότητας και των στάσεων για την πρόθεση, που σε συνδυασμό με την παρελθούσα συμπεριφορά προέβλεψαν τη μελλοντική συμπεριφορά.
Huchting et al., 2008	Μελέτη σε φοιτήτριες της κατανάλωσης αλκοόλ	Οι ελληνίδες φοιτήτριες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω προτύπων. Οι κοινωνικές νόρμες είχαν μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ στις προθέσεις και ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος στη συμπεριφορά.
Steingold, 2008	Μελέτη σε φοιτητές του Πανεπιστημίου του Cape Town για τη χρήση καπνού και αλκοόλ για την περίοδο 2 μηνών. Προσθήκη της κλίμακας υποκειμενικής αυτοϊκανοποίησης (SWB).	Ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος λειτούργησε ως σημαντικός 'προδείκτης' στην πρόθεση για κάπνισμα για 2 μήνες και οι υποκειμενικές νόρμες αντιστοίχως για τη χρήση αλκοόλ. Η πρόθεση προέβλεψε τις αντίστοιχες συμπεριφορές. Η υποκειμενική αυτοϊκανοποίηση δεν επέδειξε στατιστική ισχύ.

Πίνακας 2: Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, κυρίως στη χρήση καπνού και αλκοόλ, σημαντικές ερευνητικές βιβλιογραφικές πηγές με χρονολογική σειρά, σκοπός και ευρήματα

Τα τελευταία χρόνια, επίσης, μια ευρεία γκάμα συμπεριφορών συμπεριλαμβανομένου του θέματος της χρήσης καπνού και αλκοόλ στη νεαρή ενήλικη ζωή, εξακολουθούν να ενδιαφέρουν την επιστημονική κοινότητα. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, ως μοντέλο πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, σύμφωνα με τον Ajzen (2011), επικεντρώνει το ενδιαφέρον των ερευνητών τόσο ως προς τους βασικούς, πρωταρχικούς πυλώνες της αλλά και ως προς άλλες διαστάσεις που οι επιστήμονες διερευνούν για την προβλεπτική τους σημασία στις προθέσεις και την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς των ατόμων (Gagnon et al., 2012, Hassandra et al., 2011, Kor & Mullan, 2011, Norman & Cooper, 2011, Rise & Ommundsen, 2011, Ravis, Sheeran & Armitage, 2011, Wolff et al., 2011).

Με σκοπό τη μελέτη ενός διευρυμένου μοντέλου της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στη διακοπή του καπνίσματος, οι Rise and Ommundsen (2011) επικεντρώθηκαν σε διαπολιτισμική έρευνα σε Νορβηγούς και Ισπανούς φοιτητές. Η πρόθεση μετρήθηκε για διάστημα τριών μηνών μετά, ενώ συμπεριλήφθηκε κλίμακα ταυτότητας εαυτού (self-identity) με ερωτήματα του τύπου 'Είμαι ένα καλό παράδειγμα ατόμου που καπνίζει' και ταυτότητας της ομάδας (group identity) με ερωτήματα όπως, για παράδειγμα, 'Θα προτιμούσα να ανήκω στην ομάδα των ατόμων που δεν καπνίζουν.

Εν συνεχεία των προηγούμενων, οι Rise and Ommundsen (2011), βρήκαν στα αποτελέσματά τους ότι τα άτομα σε περισσότερο ατομικιστικές κοινωνίες, όπως η Νορβηγία, επικεντρώνονται στις πιο ατομικές δηλώσεις, οι οποίες σε σχέση με τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, αφορούν τις στάσεις και πεποιθήσεις συμπεριφορικού ελέγχου, ενώ σε πιο συλλογικές κοινωνίες, όπως η Ισπανία, τα άτομα επηρεάζονται περισσότερο από τις νόρμες του περιβάλλοντος, οι οποίες αντιστοιχούν στις υποκειμενικές νόρμες, σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο.

Οι Gagnon et al. (2012) μελέτησαν, με βάση της Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, την πρόθεση για τον επόμενο μήνα νεαρών ατόμων, 18-24 ετών, να μην οδηγηθούν σε άμετρη ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) με επανέλεγχο 2 εβδομάδες μετά. Στην εν λόγω έρευνα μετρήθηκαν επιπλέον παράγοντες, όπως η ηθική νόρμα (moral norm) και η αναμενόμενη λύπη (anticipated regret). Ανάμεσα στα σημαντικότερα αποτελέσματα, ανήκουν η προβλεπτική ισχύς

προς την πρόθεση των διαστάσεων του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου, των στάσεων και της νόρμας ηθικής. Ενδιαφέρον είναι, επίσης, το εύρημα της σχέσης της πρόθεσης με τη χρήση κάνναβης κατά τον προηγούμενο μήνα.

Μια άλλη μελέτη, των Hagger, Lonsdale and Chatzisarantis (2012), εστιάστηκε στην άμεση, ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ, που ξεπερνά τα όρια της χρήσης, σε προπτυχιακούς φοιτητές στην Αγγλία. Στην εν λόγω μελέτη έγινε προσπάθεια συγκερασμού και σύγκρισης διαφόρων θεωρητικών μοντέλων, της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, της θεωρίας των κινήτρων με τη χρήση ερεθισμάτων (mental simulations) και του action-phase μοντέλου με τη φάση κινήτρων (motivational) και εφαρμογής (volitional). Τα ερεθίσματα αφορούσαν μελλοντικά γεγονότα και αποτελέσματα, αυξάνοντας το κίνητρο για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Μετά την πρώτη φάση όπου οι συμμετέχοντες, μέσω email, έλαβαν μέρος στη διαδικασία με ερωτηματολόγια και ασκήσεις που τους χάριζαν στις διαφορετικές ερευνητικές ομάδες, έλαβε χώρα επανέλεγχος 1 μήνα μετά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πιο αποτελεσματική παρέμβαση στην εν λόγω μελέτη υπήρξε αυτή των ερεθισμάτων κατευθυνόμενων προς το αποτέλεσμα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

*«Η έρευνα μπορεί να συγκριθεί με μια μακρά κήση
και η λύση ενός προβλήματος
με την ημέρα της απελευθέρωσης.
Ερευνώ ένα πρόβλημα, σημαίνει το επιλύω»
MAO TSE-TOUNG*

1.1 Ανασκόπηση περιεχομένου

Τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται όλο και περισσότερο άτομα νεαρής ηλικίας να καπνίζουν και να καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά. Οι καμπάνιες απλής ενημέρωσης δεν έχουν ευοδώσει από μόνες τους μέχρι σήμερα μιας και η πληροφορία για τα παρεπόμενα από τέτοιου είδους συμπεριφορές υπάρχει άφθονη και εύκολα προσβάσιμη στο διαδίκτυο. Επομένως, φαίνεται πως αποκλειστικά και μόνο η ενημέρωση αποτελεί αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη να τροποποιήσει τις συμπεριφορές των νεαρών ατόμων ως προς το κάπνισμα και την κατανάλωση οινοπνευματωδών. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται ενδελεχώς ο σκοπός της έρευνας, ο εννοιολογικός προσδιορισμός, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις τα οποία στοχοθετούν το ευρύτερο πλαίσιο της φιλοσοφίας της έρευνας.

1.2 Σκοπός της έρευνας

Διερευνώντας κανείς τις υλοποιούμενες ερευνητικές προσπάθειες στον ελλαδικό χώρο θα εντοπίσει πως επί του παρόντος δεν υλοποιείται κάποιο μεθοδολογικά οργανωμένο πρόγραμμα στο νεανικό πληθυσμό και δη στο φοιτητικό πληθυσμό, το οποίο να συμπεριλαμβάνει τη διερεύνηση της συμπεριφοράς καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ, τη δυνατότητα εντοπισμού των μελλοντικών τάσεων των συμμετεχόντων και την έγκαιρη παρέμβαση μείωσης ή και εξάλειψης των εν λόγω ριψοκίνδυνων για την

υγεία συμπεριφορών, αποσκοπώντας στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη ταυτόχρονα.

Σκοπό της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτέλεσε η *ενδεδειγμένη διερεύνηση*, με τρόπους που αξιολογήθηκαν για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους, της χρήσης καπνού και αλκοόλ, σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Πιο συγκεκριμένα, στο επίκεντρο βρέθηκαν τα παρακάτω:

- Πρωτότυπη μελέτη, μέσω κατασκευασθέντος ερευνητικού εργαλείου, των αξόνων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behaviour, Ajzen) και η μελέτη της προβλεπτικής τους ισχύος μέσα από τον επανέλεγχο της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων διαχρονικά.
- Επιπρόσθετα, σκοπό αποτέλεσε ο σχεδιασμός και εφαρμογή δύο τύπων πρωτότυπων ενδιάμεσων παρεμβάσεων, η μία με οπτικό υλικό και η άλλη με ψυχολογική παρέμβαση υγείας, δια ζώσης επικοινωνίας, με τους συμμετέχοντες, οι οποίες παρουσιάστηκαν στη συνέχεια ενδεδειγμένα.

Οι διερευνητικοί στόχοι μελετήθηκαν με την κατασκευή μιας πολυμεθοδολογικής προσέγγισης, κατασκευάζοντας από την αρχή μια σειρά πρωτότυπων ποσοτικών, πειραματικών και ποιοτικών εργαλείων ελέγχου και επανελέγχου της συμπεριφοράς, καθώς και άλλων ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με προβλεπτική ισχύ στη χρήση καπνού και αλκοόλ σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Κατά αυτόν τον τρόπο μέσω της παρούσας μελέτης αξιολογήθηκε η δυνατότητα να εντοπίζονται μακροπρόθεσμα πιθανοί προβληματικοί νεαροί χρήστες αλλά και οι μελλοντικά υποψήφιοι υψηλού κινδύνου, οι οποίοι είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος υλοποίησης του παρόντος πονήματος, αλλά επίσης και ο αποκλεισμός της πιθανότητας χρήσης καπνού ή κατάχρησης αλκοόλ στα νεαρά άτομα.

Επιπρόσθετα, στόχο αποτέλεσε η *δημιουργία και ο έλεγχος αποδοτικότητας* πρωτότυπων παρεμβάσεων τροποποίησης της συμπεριφοράς, ώστε σε συνδυασμό με τα παραπάνω εργαλεία να αποτελούν ένα συνολικό πρόγραμμα μείωσης ή και εξάλειψης ζημιωγόνων για την υγεία συμπεριφορών, όπως οι υπό συζήτηση συμπεριφορές.

Ο στόχος επανελέγχου της συμπεριφοράς και των προθέσεων των συμμετεχόντων εξασφάλισε τη μελέτη της *προβλεψιμότητας* τόσο στις προθέσεις όσο κυρίως και στις συμπεριφορές των συμμετεχόντων, καθώς και τον *εντοπισμό των διαφοροποιήσεων των ομάδων*.

Στη θεματική ενότητα της μεθοδολογίας θα αναπτυχθούν ενδεδειγμένα τα στάδια υλοποίησης των επιπέδων της ερευνητικής διαδικασίας.

1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής και με την επίτευξη των στόχων που προαναφέρθηκαν έγινε προσπάθεια να δώσουμε απάντηση στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- ✚ Μια πειραματικού τύπου πρωτότυπη παρέμβαση με χρήση οπτικού υλικού σε συνδυασμό με μηνύματα για το κάπνισμα και το αλκοόλ θα είχε τη δυνατότητα να τροποποιήσει τις προθέσεις και τη συμπεριφορά των ατόμων, και αν ναι σε ποιο βαθμό;
- ✚ Μια ποιοτικού τύπου πρωτότυπη παρέμβαση με εστιασμένη ψυχολογική παρέμβαση υγείας, βασισμένη στους παράγοντες της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991), μπορεί να επιδράσει στις προθέσεις και τη συμπεριφορά των ατόμων, και αν ναι σε ποιο βαθμό;
- ✚ Τι αποτελέσματα θα δείξει επανέλεγχος της συμπεριφοράς και των προθέσεων των συμμετεχόντων μετά από ένα χρονικό διάστημα; Έχουν τροποποιηθεί οι προθέσεις και η συμπεριφορά των ατόμων, σε ποιο βαθμό και υπό ποιες παρεμβάσεις;
- ✚ Συσχετίζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά με διαφοροποιήσεις ως προς τη χρήση καπνού και οινοπνεύματος στη νεαρή ηλικία και, αν ναι, με ποιό τρόπο;
- ✚ Ποια είναι η συμπεριφορά καπνίσματος και κατανάλωσης οινοπνευματωδών των μετέφηβων ατόμων στο άμεσο παρελθόν; Προσιδιάζει με την παρούσα συμπεριφορά και τις μελλοντικές προθέσεις καθώς και με τη δρώσα συμπεριφορά στο άμεσο μέλλον;
- ✚ Με ποιό τρόπο συσχετίζεται η συμπεριφορά καπνίσματος ή μη και κατανάλωσης ή μη αλκοόλ στην οικογένεια με αυτή των συμμετεχόντων και με τις μελλοντικές τους προθέσεις;

- ✚ Ποιες είναι οι προσωπικές αντιλήψεις των νεαρών ατόμων για την κατάχρηση του αλκοόλ στους άντρες και τις γυναίκες και πως σχετίζονται με τη δική τους συμπεριφορά και προθέσεις;
- ✚ Σχετικά με το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ: Οι συμπεριφορές των φίλων ποιες είναι; Με ποιο τρόπο συσχετίζονται αυτές με τις αντίστοιχες συμπεριφορές των συμμετεχόντων μας;
- ✚ Με ποιο τρόπο επηρεάζουν οι στάσεις, οι υποκειμενικοί κανόνες και οι αντιλήψεις ελέγχου την πρόθεση για τις εν λόγω συμπεριφορές;
- ✚ Οι προθέσεις των συμμετεχόντων μας ποιες είναι ως προς τη μελλοντική συμπεριφορά καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ;
- ✚ Ποιοι άλλοι παράγοντες πιθανά να συμβάλλουν στην υιοθέτηση των εν λόγω συμπεριφορών;

1.4 Ερευνητικές Υποθέσεις

Με βάση τα προαναφερθέντα ερωτήματα, λαμβάνοντας υπόψη την επιστημονική βιβλιογραφία, οι επιμέρους ερευνητικές μας υποθέσεις ορίζονται ως εξής:

1. Η αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy) μπορεί απευθείας να έχει στατιστικά σημαντική προβλεπτική ισχύ ως προς τη συμπεριφορά χρήσης καπνού και αλκοόλ με αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όσο αυξάνει η αυτοαποτελεσματικότητα ενός ατόμου (π.χ. να αρνηθεί δεύτερο ποτό σε ένα φίλο που του προσφέρει) τόσο η συμπεριφορά χρήσης θα μειώνεται.
2. Οι ενδιάμεσες παρεμβάσεις, υποθέτουμε ότι θα έχουν τροποποιητική ισχύ ως προς τη μελλοντική συμπεριφορά χρήσης καπνού και αλκοόλ προς μείωση ή και εξάλειψη αυτής. Υποθέτουμε ότι θα παρατηρηθούν στα αποτελέσματα διαφοροποιήσεις μεταξύ της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας με συνέντευξη και της παρέμβασης των εικονικών μηνυμάτων, θεωρώντας ότι η εστιασμένη στους άξονες της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς ψυχολογική παρέμβαση υγείας με τη χρήση ακόμα και της τεχνολογίας μπορεί να έχει περισσότερο ενισχυμένα αποτελέσματα.

3. Η πρόθεση για τη χρήση καπνού και αλκοόλ μπορεί να προβλεφθεί στατιστικά σημαντικά από τους δείκτες της στάσης για την αντίστοιχη συμπεριφορά, την υποκειμενική νόρμα (δηλαδή τι άποψη και συμπεριφορά έχουν οι σημαντικοί άλλοι) και τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο (αντιλαμβανόμενη ευκολία, αντιλαμβανόμενος έλεγχος και αυτοαποτελεσματικότητα).
4. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αναμένεται να προσδώσουν διαφοροποιητική χροιά ως προς τη χρήση καπνού και αλκοόλ, αναλόγως θετική ή αρνητική (π.χ. μορφωτικό επίπεδο γονέων, αντικείμενο και έτος σπουδών). Συγκριτικά με παλαιότερες έρευνες πολύ πιθανά να παρατηρηθούν διαφορές, για παράδειγμα ως προς το φύλο, για το οποίο υποθέτουμε ότι οι συμπεριφορές καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ να είναι περισσότερο ισότιμες ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια σε σχέση με το παρελθόν.
5. Έχοντας κατασκευάσει και σταθμίσει έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία διερεύνησης της πρόθεσης και της συμπεριφοράς θα μπορούμε να προβλέψουμε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τη μελλοντική συμπεριφορά χρήσης καπνού και αλκοόλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

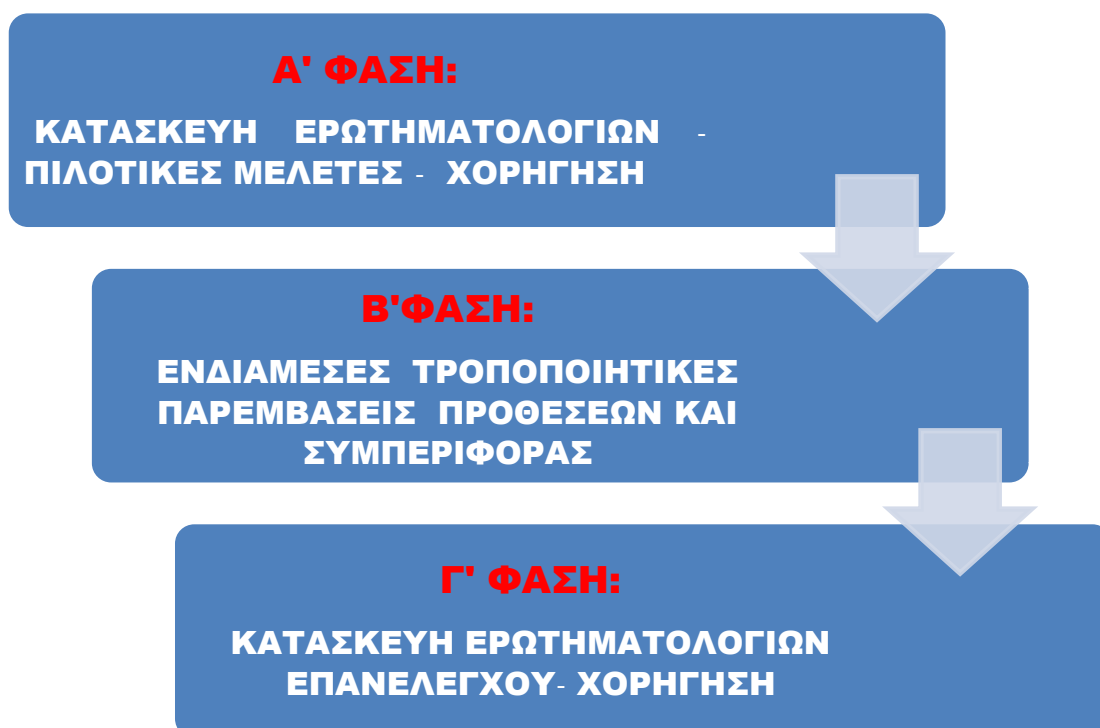
2.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάστηκε ενδελεχώς η μεθοδολογία έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, έγινε αρχικά μια αναφορά στο πλάνο της έρευνας και στα βήματα που ακολουθήθηκαν και εν συνεχεία έλαβε χώρα ο εννοιολογικός προσδιορισμός όρων που χρησιμοποιήθηκαν στο ερευνητικό μέρος του παρόντος πονήματος. Εν συνεχεία, έγινε λεπτομερής αναφορά στην Α΄ ερευνητική φάση, η οποία περιέλαβε τη διαδικασία κατασκευής και στάθμισης των ερωτηματολογίων για το αλκοόλ και το κάπνισμα, αρχικά με τη διεξαγωγή πιλοτικών μελετών. Ακολούθησε παρουσίαση, εν συνεχεία, σχετικά με τη δομή και το περιεχόμενο των τελικών ερωτηματολογίων της Α΄ ερευνητικής φάσης, καθώς και τη διαδικασία χορήγησής τους, ηλεκτρονικά και έντυπα. Περαιτέρω, παρουσιάστηκε η Β΄ ερευνητική φάση, η οποία αφορά τις διαμορφωμένες ενδιάμεσες παρεμβάσεις τροποποίησης των αντιλήψεων, των στάσεων και κατ'έκτασιν της συμπεριφοράς των συμμετεχόντων και οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο τύπους α. Ομάδα οπτικού υλικού και β. Ομάδα ψυχολογικής παρέμβασης υγείας με τις υποκατηγορίες τους. Τέλος, έλαβε χώρα η παρουσίαση της Γ΄ φάσης ερευνητικής διαδικασίας, η οποία συμπεριέλαβε την κατασκευή των ερωτηματολογίων επανελέγχου καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ, την ανάλυση της δομής και του περιεχομένου τους καθώς και τη μεθοδολογία χορήγησής τους.

2.2 Μεθοδολογία

Στην ενότητα αυτή παρουσιάστηκε η προσέγγιση της ερευνητικής προβληματικής ως προς τα στάδια εξέλιξης και ολοκλήρωσης από την κατασκευή και στάθμιση των ερευνητικών εργαλείων και τις μετρήσεις έως το σχεδιασμό των ενδιάμεσων παρεμβάσεων τροποποίησης της συμπεριφοράς και την υλοποίησή τους καθώς και τον επανέλεγχο μέτρησης της τροποποίησης των προθέσεων και της συμπεριφοράς καθώς και του επιπέδου προβλεπτικής ισχύος των ερωτηματολογίων της Α΄ ερευνητικής φάσης. Ουσιαστικά, τα επίπεδα έρευνας εστιάστηκαν τόσο σε ποσοτικές όσο και σε ποιοτικές καθώς και πειραματικές προσεγγίσεις έρευνας, αποτέλεσαν δηλαδή μια πολυμεθοδολογική προσέγγιση (Gabber & Gabber, 1997, McKendrick,

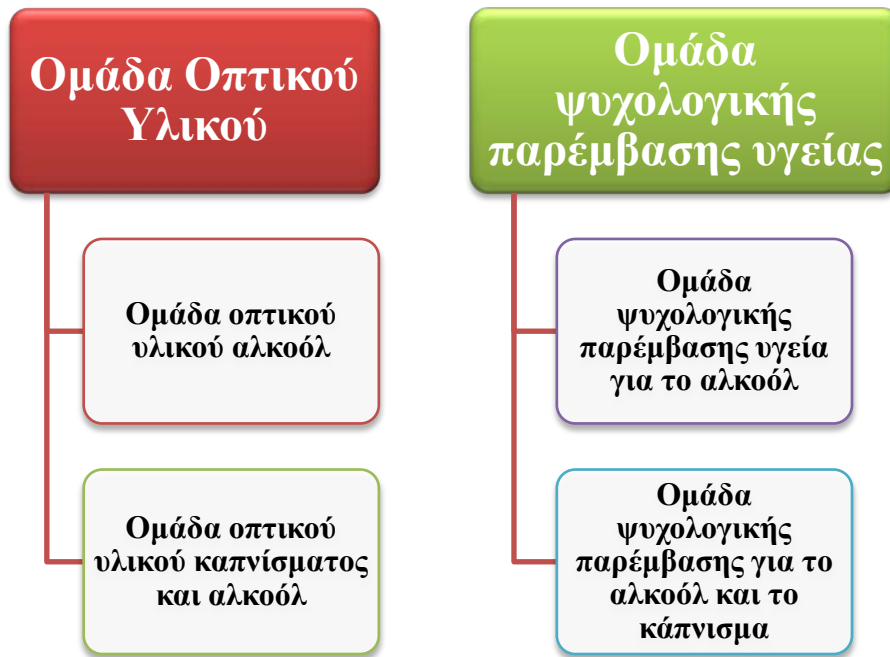
1995, Winter, 2000). Πιο συγκεκριμένα, σχηματικά τα επίπεδα της έρευνας παρουσιάστηκαν παρακάτω στο Σχήμα 2.



Σχήμα 2: Φάσεις διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας ελέγχου, παρέμβασης και επανελέγχου καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ σε μετέωρους φοιτητές

Σε ό,τι αφορά την πρώτη ερευνητική φάση με την ονομασία «Κατασκευή Ερωτηματολογίων – Πιλοτικές Μελέτες- Χορήγηση» έχει να κάνει με τη διαδικασία κατασκευής και στάθμισης των ερευνητικών εργαλείων-ερωτηματολογίων μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με την κατανάλωση του αλκοόλ και το κάπνισμα σε μετέωρους φοιτητές. Στη διαδικασία κατασκευής περιλήφθηκαν οι πιλοτικές μελέτες, οι οποίες συνέβαλαν στις βελτιστοποιήσεις των υπό κατασκευήν ερωτηματολογίων, στον εμπλουτισμό τους και στην τελική διαμόρφωσή τους. Αναλυτικά παρουσιάζεται, σε επόμενο κεφάλαιο, η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων της πρώτης ερευνητικής φάσης.

Η δεύτερη φάση, η οποία καλείται «Ενδιάμεσες Τροποποιητικές Παρεμβάσεις Προθέσεων και Συμπεριφοράς» αναφέρεται στη δημιουργία των ενδιάμεσων παρεμβάσεων με τις εξής ομάδες οι οποίες επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία (Σχήμα 3):



Σχήμα 3: Κατηγορίες Ομάδων Β΄ Ερευνητικής Φάσης

Στο παραπάνω ερευνητικό επίπεδο αναλύθηκε εκτός από τη φιλοσοφία και τη μεθοδολογία κατασκευής των ενδιάμεσων παρεμβάσεων, επίσης, η διαδικασία χορήγησής τους αναλυτικά. Η ομάδα η οποία δεν έλαβε κανενός είδους παρέμβαση υπήρξε η ομάδα ελέγχου, η οποία αναφέρεται πάλι στην τρίτη ερευνητική φάση.

Τέλος, στο τελευταίο επίπεδο απαντάται η Γ΄ ερευνητική φάση με την ονομασία «Κατασκευή ερωτηματολογίων επανελέγχου – Χορήγηση». Στο σημείο αυτό της ερευνητικής εργασίας διεξήχθη μια εκ νέου έρευνα στους συμμετέχοντες των ομάδων ενδιάμεσων παρεμβάσεων καθώς και στους συμμετέχοντες που δεν έλαβαν καμία παρέμβαση με την κατασκευή νέων ερωτηματολογίων μέτρησης και επανελέγχου της συμπεριφοράς και των προθέσεών τους για κατανάλωση οινοπνευματωδών και κάπνισμα, των οποίων τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αυτά της πρώτης ερευνητικής φάσης και παρουσιάζονται διεξοδικά στην ενότητα των αποτελεσμάτων στην πορεία της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

2.3 Εννοιολογικοί Ορισμοί

Για την ενδελεχή παρουσίαση και περιγραφή της ερευνητικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε στο παρόν πόνημα κρίθηκε απαραίτητο να δοθεί ο εννοιολογικός

προσδιορισμό σε κάποιους όρους και να προσδιοριστεί το πλαίσιο που χρησιμοποιήσαμε, ως ακολούθως:

Μετέφηβοι φοιτητές: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η ηλικιακή περίοδος μετά την όψιμη ή τελική εφηβεία, ονομάζεται εφηβεία,. Η μετεφηβική ηλικία αποτελεί κατασκεύασμα του δυτικού πολιτισμού, μιας και κατά μια έννοια αποτελεί παρατεταμένη εφηβεία και αναφέρεται σε νεαρούς ενήλικους που ακολουθούν μακροχρόνιες σπουδές, όντας για ένα μεγάλο διάστημα στο μεταίχμιο μεταξύ εξάρτησης, οικονομικής κυρίως, και ανεξαρτησίας από τους γονείς τους, με τους ρόλους συχνά να συγχέονται (<http://pediatriki.yolasite.com>). Παρότι τα ηλικιακά όρια από τη μια φάση στην επόμενη δεν είναι τόσο στεγανά, για όρους επιστημονικούς, ορίζεται ότι η περίοδος από 18 έως 25 ετών αποτελεί ηλικιακή φάση αφενός ενηλικίωσης, αλλά παρόλα αυτά αμέσως ακόλουθη συνέχεια της εφηβείας. Αυτός ο εννοιολογικός προσδιορισμός δίνει επιπρόσθετα την έννοια της ύπαρξης κάποιων στοιχείων εφηβικής παρορμητικότητας στους νέους, τα οποία πρέπει να αξιολογηθούν με συμπεριφορές χρήσης και κατάχρησης, όπως είναι οι θεματικές που διερευνούμε (Gallant, 2003).

Επιπρόσθετα, το ερευνητικό μέρος αφορά συμμετέχοντες οι οποίοι είναι φοιτητές ΑΕΙ και ΤΕΙ, ώστε να είναι δυνατόν να γίνει αναφορά σε έναν πληθυσμό με παρόμοια χαρακτηριστικά, ομοιογενή, και να λάβουν χώρα συγκρίσεις, αποφεύγοντας παρεμβαίνουσες μεταβλητές που θα προέκυπταν από ετερογενείς πληθυσμούς. Από την αναζητηθείσα βιβλιογραφία φαίνεται πως παρόμοιου τύπου πολυεπίπεδη, διαχρονική έρευνα, σε φοιτητικό πληθυσμό παράλληλα σε ΑΕΙ και ΤΕΙ στην Ελλάδα, στη βάση του μοντέλου υγείας που χρησιμοποιήθηκε, δεν έχει προηγηθεί και δη στους εν λόγω φορείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της Πελοποννήσου.

Ορισμός ποτού: Στο ερωτηματολόγιο που αφορά το αλκοόλ δόθηκε ο ορισμός μας του τι αφορά ένα ποτό, μιας και είναι μια έννοια που απαντάται σε όλο το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α). Με τον τρόπο αυτό οριοθετήσαμε την έννοια του ενός ποτού ώστε όλοι οι συμμετέχοντες να αναφέρονται σε κάτι ορισμένο και να αποφευχθούν ατομικές ερμηνείες, επομένως κατ'επέκταση ανομοιογενείς απαντήσεις.

Πιο συγκεκριμένα, ως ένα (1) ποτό ορίζεται: «Ένα ποτήρι κρασί ή ένα μικρό μπουκάλι ή κουτί μπύρα ή ένα σφηνάκι ή ένα μπουκάλι συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό ή ένα κοκτέιλ που να περιέχει αλκοόλ ή ένα ποτήρι ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά) ή ένα αλκοολούχο ποτό». Τα παραπάνω αναφέρονται σε μία μονάδα αλκοόλ.

Ο καθορισμός έγινε σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία όπως αναφέρεται στο Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/alcohol>), τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (www.who.int/en), καθώς και σε άλλους οργανισμούς και φορείς (<http://www.eneap.gr>). Επίσης, για το σκοπό αυτό έλαβε χώρα τηλεφωνική και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου επικοινωνία με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) όπου έγινε παραπομπή σε βιβλιογραφικές πηγές (Becker et al., 1996, ΕΚΤΕΠΝ-Αναθεωρημένος οδηγός συλλογής στοιχείων, 2011), από όπου προκύπτουν τα παρακάτω στοιχεία:

Φύλο	Επιτρεπτά όρια	
	Άντρες	40gr αιθανόλης την ημέρα
Γυναίκες	20gr αιθανόλης την ημέρα	7 μονάδες την εβδομάδα

Πίνακας 3: Ασφαλής ποσότητα καταναλούμενης αιθανόλης

Μονάδα μέτρησης καταναλούμενης αιθανόλης

1 μονάδα = 10gr ή 12.5ml αιθανόλης

Περιέχονται σε :

45 ml λικέρ ή

330 ml μπύρα (**1 μικρό κουτί μπύρας**) ή

45 ml αποσταγμένου ποτού

125 ml κρασιού (**1 ποτήρι κρασιού**)

Alcohol



WHO/T. Kiaer

Εικόνα 8: Χρήση αλκοόλ, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (www. who.int.en)

Κάπνισμα τσιγάρων: Στο ερευνητικό μέρος της διδακτορικής διατριβής η αναφορά έγινε στο κάπνισμα μέσω τσιγάρου, βιομηχανοποιημένου ή ‘στριφτού’ και όχι σε άλλες μεθόδους καπνίσματος, όπως αυτή του ναργιλέ.

Κατάχρηση αλκοόλ από τους άνδρες και τις γυναίκες: Ως κατάχρηση ορίστηκε η υπέρβαση των επιτρεπτών ορίων των 14 μονάδων την εβδομάδα για τους άνδρες και των 7 μονάδων για τις γυναίκες για το ίδιο χρονικό πλαίσιο, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.

2.4. Α΄ Ερευνητική Φάση

Το πρώτο επίπεδο έρευνας, αυτό δηλαδή της Α΄ ερευνητικής φάσης, αφορά μια ποσοτικού, αναδρομικού τύπου έρευνα, η οποία ολοκληρώθηκε με επανέλεγχο στη Γ΄ ερευνητική φάση. Τα στάδια της Α΄ ερευνητικής διαδικασίας τα οποία διήρκεσαν δύο περίπου έτη (2010-2012), περιέλαβαν σχηματικά τα εξής βήματα, τα οποία παρουσιάστηκαν ενδελεχώς στη συνέχεια.



Σχήμα 4: Ερευνητικά βήματα Α΄ Ερευνητικής Φάσης

2.4.1 Κατασκευή ερωτηματολογίων-Πιλοτικές μελέτες

Η πρωταρχική δημιουργία των ερευνητικών εργαλείων-ερωτηματολογίων του καπνού και αλκοόλ προέκυψε από εκτενή μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στη βάση κατασκευής χρησιμοποιήθηκε η Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, όπως παρουσιάστηκε στο δεύτερο και τρίτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους της μελέτης (AZen, 1980, 1988, 1991, 2002) χρησιμοποιώντας τον οδηγό κατασκευής του εν λόγω θεωρητικού μοντέλου, διαδικασία η οποία διήρκεσε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα του έτους 2010.

Επιπρόσθετα, καίριες έρευνες που μελετήθηκαν και θεωρήθηκαν θεμελιώδεις από τη διεθνή βιβλιογραφία για την κατασκευή των δικών μας ερευνητικών εργαλείων ήταν αυτές των Collins and Carey (2007), Cooke et al. (2007), Huchting et al. (2008), Jamison and Myers (2008), McMillan and Conner (2003), Norman et al. (1998), Norman and Conner (2006). Οι ερευνητικές μελέτες που λήφθηκαν υπόψη για την κατασκευή των δικών μας ερωτηματολογίων, χρησιμοποιώντας προσαρμοσμένα μια σειρά ερωτημάτων κατόπιν άδειας από τους συγγραφείς (Παράρτημα Ε), ήταν αυτά

των Cooke et al. (2007), Jamison and Myers (2008), McMillan and Conner (2003) και Norman et al. (1998).

Παραδείγματα τέτοιων ερωτημάτων, τα οποία προσαρμόστηκαν στις δικές μας ερευνητικές ανάγκες είναι τα εξής:

- Παρακαλούμε υποδείξτε τον αριθμό των φορών που καταναλώνετε αλκοόλ σε μια τυπική εβδομάδα (Jamison & Myers, 2008).
- Το εάν καταναλώσω αλκοόλ είναι υπό τον έλεγχό μου-Διαφωνώ Απόλυτα/Συμφωνώ Απόλυτα (Jamison & Myers, 2008).
- Σε μια τυπική εβδομάδα πόσο αλκοόλ καταναλώνετε; (Norman et al., 1998).
- Το να καπνίσω την επόμενη εβδομάδα θα ήταν..(Κκλίμακα αντίθετων ζευγών επιθέτων, τύπου Osgood, McMillan & Conner, 2003).
- Οι καλύτεροί μου φίλοι πιστεύουν ότι πρέπει να καπνίζω-Διαφωνώ Απόλυτα/Συμφωνώ Απόλυτα (McMillan & Conner, 2003).

Πιλοτικές Μελέτες

Α΄ Πιλοτική Μελέτη. Η πρώτη πιλοτική μελέτη έλαβε χώρα το Μάρτιο του 2011, εφόσον είχε δημιουργηθεί το παραπάνω πλαίσιο μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Σκοπός ήταν, μέσω υποδομημένης συνέντευξης, ποιοτικού τύπου διερεύνηση, με την τεχνική καταιγισμού ιδεών, τα υποκείμενα να εκφράσουν ιδέες και απόψεις σχετικά με το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ, ώστε να προκύψουν νέα ερωτήματα που θα μπορούσαν να προστεθούν στα υπό κατασκευήν ερωτηματολόγια.

Η πρώτη πιλοτική έρευνα διεξήχθη σε πέντε φοιτητές των Τμημάτων Νοσηλευτικής, Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού και του ΤΕΙ Πληροφορικής Σπάρτης. Οι απαντήσεις τους καταγράφηκαν.

Βασικά ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες της Α΄ Πιλοτικής Μελέτης, εκτός των επιπρόσθετων που προέκυψαν κατά τη συζήτηση, ήταν τα ακόλουθα:

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

- 1. Γιατί ένας (φοιτητής) νεαρό άτομο 18-25 ετών μπορεί να καπνίζει; Πού οφείλεται αυτή η συνήθεια;**
 - 2. Ποια είναι τα μειονεκτήματα του να καπνίζει ένα νεαρό άτομο;**
 - 3. Τι θεωρείτε κατάχρηση στο κάπνισμα;**
 - 4. Τι μπορεί να σας κάνει να καπνίσετε περισσότερο;**
-

5. Τι θεωρείτε ότι είναι το κάπνισμα; (Στάση π.χ. ευχάριστο)
6. Ποιο από τα κοντινά σας άτομα καπνίζει; Αυτό σας επηρεάζει;
7. Τι αποτελεί εμπόδιο πιθανά στο να καπνίσετε;
8. Με τι συνδυάζετε το κάπνισμα;
9. Ποιες είναι οι προθέσεις σας σε σχέση με το κάπνισμα;
10. Ποιοι παράγοντες μπορεί να επιδράσουν ώστε να καπνίσετε περισσότερο; Λιγότερο;

Πίνακας 4: Ερωτήματα για το κάπνισμα της Α΄ Πιλοτικής Μελέτης

ΑΛΚΟΟΛ

1. Τι θεωρείτε φυσιολογική χρήση αλκοόλ; Τι κατάχρηση;
2. Τι οδηγεί ένα άτομο στο να πίνει; Τι του προσφέρει; (Νεαρό άτομο)
3. Σε τι συνθήκες μπορεί να πίνει κάποιος;
4. Ποιοι παράγοντες εννοούν στο να πίνει ένα νεαρό άτομο;
5. Ποια είναι τα άτομα που μπορεί να επηρεάσουν ένα άτομο στο να πει;
6. Ποιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν ένα άτομο στο να πει περισσότερο; Λιγότερο;
7. Τι χαρακτηριστικά θα προσδίδετε στο να πίνει κάποιος (π.χ. ευχάριστο)
8. Τι θα μπορούσε να εμποδίσει κάποιον από το να πει;
9. Με τι άλλο θα μπορούσατε να συνδυάσετε το αλκοόλ;

Πίνακας 5: Ερωτήματα για το αλκοόλ της Α΄ Πιλοτικής Μελέτης

Από την καταγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανέκυψαν θέματα και προτάσεις, οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στα υπό κατασκευήν ερωτηματολόγια, τα οποία είναι τα ακόλουθα:

- Όταν με κερνάνε ένα ποτό δύσκολα θα πω «όχι».
- Το να σερβίρει ένα μαγαζί καλά ποτά (μη νοθευμένα) με κάνει να πίνω περισσότερο.
- Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.
- Η οικονομική κρίση με κάνει να πίνω περισσότερο από όσο συνήθιζα.
- Το ότι δε μένω με τους γονείς μου ώστε να με ελέγχουν, με κάνει να καπνίζω πιο ελεύθερα.

- *Εάν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή μου θα με έκανε να καπνίσω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Καπνίζω περισσότερο όταν είμαι συναισθηματικά φορτισμένος/η αρνητικά ή θετικά.*
- *Όταν πίνω τον καφέ μου καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Όταν πίνω αλκοόλ καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Το να παχύνω με αγχώνει.*
- *Συνηθίζω να καπνίζω μετά το φαγητό.*
- *Όταν νιώθω μοναξιά καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Για να σταματήσω να τρώω ανάβω τσιγάρο.*
- *Ακούγοντας τη μουσική που μου αρέσει, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.*
- *Η οικονομική κρίση με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.*

Οι παραπάνω προτάσεις εντάχθηκαν στην κλίμακα του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου για τη χρήση αλκοόλ και για το κάπνισμα.

Β΄ Πιλοτική Μελέτη. Κατόπιν αφιέρωσης ενός επαρκούς χρονικού διαστήματος συνέχειας στην κατασκευή του ερωτηματολογίου, μετά από 14 εκδοχές του υπό κατασκευήν ερωτηματολογίου, έλαβε χώρα η στάθμισή του, στις αρχές του έτους 2012. Στη Β΄ Πιλοτική Μελέτη, ποσοτικού τύπου, χορηγήθηκε σε 20 φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής και Οργάνωσης, Διαχείρισης Αθλητισμού και του ΤΕΙ Πληροφορικής Σπάρτης. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσής του, καταγράφηκαν όλα τα ερωτήματα των συμμετεχόντων και οι παρατηρήσεις τους, ώστε να ληφθούν υπόψη στη βελτίωσή του.

Κατόπιν, ακολούθησε κωδικοποίηση και μια πρώτη στατιστική ανάλυση μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 21.0, μελετώντας την αξιοπιστία και εγκυρότητά του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, σχετικά με το ερωτηματολόγιο του αλκοόλ, για την κλίμακα 23 της υποκειμενικής νόρμας και του αντιληπτού

συμπεριφορικού ελέγχου ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν Cronbach $\alpha = .906$, δηλαδή τα στοιχεία της εν λόγω κλίμακας εμφανίζουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετρούν. Η κλίμακα 24 που μετρά τις στάσεις ως προς το αλκοόλ εμφάνισε Cronbach $\alpha = .721$, δηλαδή ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια.

Σε ό,τι αφορά το ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα, η κλίμακα 9 του υπό κατασκευήν ερευνητικού εργαλείου, εμφάνισε χαμηλό συντελεστή αξιοπιστίας, που ωστόσο με την αφαίρεση μιας πρότασης που αφορούσε την ηθική, στην εν λόγω εκδοχή ερωτηματολογίου, ανέβαινε η τιμή της.

Περαιτέρω, για την κλίμακα 12 του ερωτηματολογίου για το κάπνισμα, που αφορά τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο, η τιμή του συντελεστή αξιοπιστίας ήταν Cronbach $\alpha = .923$. Η κλίμακα 13, η οποία μετρά τις στάσεις των συμμετεχόντων ως προς το κάπνισμα παρουσίασε συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach $\alpha = .921$.

Περαιτέρω, μετά από δύο επιπλέον εκδοχές βελτιστοποίησης των ερωτηματολογίων οδηγήθηκε στην τελική του μορφή, όπως θα παρουσιαστεί στη συνέχεια. Επιπλέον, τα περαιτέρω στατιστικά αποτελέσματα αναφέρονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 3, των στατιστικών αποτελεσμάτων.

2.4.2 Δομή και περιεχόμενο ερωτηματολογίων

Μετά από 16 στο σύνολό τους εκδοχές με βελτιώσεις και τροποποιήσεις, το ερωτηματολόγιο πήρε την τελική του μορφή, η οποία παρουσιάζεται στο Παράρτημα Α. Αποτελείται από τα εξής:

- Το **εισαγωγικό σημείωμα**, όπου δίνονται αναλυτικές πληροφορίες για το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας, όπως επίσης για την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους. Επίσης, αναφέρονται τα επόμενα στάδια της έρευνας όπου καλούνται να συμμετέχουν οικειοθελώς, με προϋπόθεση να σημειώσουν την ηλεκτρονική τους διεύθυνση και τη διεύθυνσή τους skype, στοιχεία που παραμένουν απόρρητα στην κατοχή της ερευνήτριας.

- **Πλαίσιο ατομικών στοιχείων**, όπου σύμφωνα με τις οδηγίες ο κάθε συμμετέχοντας συμπλήρωσε έναν ατομικό κωδικό, ο οποίος χρησίμευσε στα επόμενα στάδια της έρευνας, τις ενδιάμεσες παρεμβάσεις, καθώς και στον επανέλεγχο της Γ' ερευνητικής φάσης, ώστε υπήρξε διαδικτυακή επικοινωνία με τους φοιτητές που συμμετείχαν, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά παρακάτω.
- **Ερωτηματολόγιο για το Αλκοόλ**: Περιείχε αρχικά οκτώ συνολικά ερωτήματα (Ερωτήσεις 1 έως 8, Ερωτηματολόγιο Α, Παράρτημα Α) κοινωνικών και δημογραφικών παραγόντων που μετρούν χαρακτηριστικά όπως την ηλικία, το φύλο, το τμήμα και το έτος σπουδών, την προσωπική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την εργασιακή κατάσταση των γονέων, το οικογενειακό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο και την κατάσταση διαμονής. Κατόπιν, δόθηκε ο ορισμός της μιας μονάδας ποτού, όπως περιγράφηκε στην ενότητα του εννοιολογικού προσδιορισμού παραπάνω.

Μέσω του ερωτήματος 9 και 11 μετρήθηκε η δρώσα συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ του άμεσου παρελθόντος, δηλαδή της προηγούμενης εβδομάδας, καθώς και επεισόδια μέθης στο παρελθόν μέσω του ερωτήματος 13, ενώ μέσω του ερωτήματος 14 μετρήθηκαν οι συνέπειες που τυχόν υπέπεσαν οι συμμετέχοντες λόγω της χρήσης αλκοόλ. Το ερώτημα 15 αφορά την παρούσα συμπεριφορά χρήσης αλκοόλ σε μία έξοδο, όπως και σε μια συνηθισμένη εβδομάδα με το ερώτημα 16.

Το ερώτημα 10 (α και β) μέτρησε τις συνήθειες κατανάλωσης στην οικογένεια, των γονέων. Το ερώτημα 12, περαιτέρω, μέτρησε τις αναπαραστάσεις και πεποιθήσεις των συμμετεχόντων για τα όρια της χρήσης από την κατάχρηση τόσο σε ό,τι αφορά τις γυναίκες όσο και τους άνδρες.

Με τα ερωτήματα 17, 18 και 19 μελετήθηκαν οι συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ του φιλικού περιβάλλοντος των συμμετεχόντων τόσο σε ποσότητα όσο και σε συχνότητα.

Με τα ερωτήματα 20 και 21 διερευνήθηκαν οι συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ των συμμετεχόντων, δηλαδή εάν συνηθίζουν να πίνουν μόνοι τους ή με άλλους και εάν αυτό γίνεται στα πλαίσια εξόδου σε κάποιο μπαρ ή σε άλλα πλαίσια. Συνάμα, με το ερώτημα 22 υπολογίστηκε ο χρόνος που οι φοιτητές περνούν στα μπαρ ώστε τον συγκρίναμε στη συνέχεια με την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν.

Η κλίμακα 23 περιέλαβε συνολικά 22 προτάσεις επταβάθμιας κλίμακας απαντήσεων απόλυτης συμφωνίας/απόλυτης διαφωνίας, τύπου Likert. Περιλήφθηκαν τέσσερις προτάσεις που μετρούν την υποκειμενική νόρμα και δεκαοκτώ προτάσεις αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου. Από τις προτάσεις του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου, οι δύο αφορούν τον αντιληπτό έλεγχο, μία την αντιληπτή ευκολία και δεκαπέντε την αυτοαποτελεσματικότητα.

Η κλίμακα 24, τύπου Osgood, περιέλαβε οκτώ ζεύγη αντίθετων επιθέτων, με επταβάθμια κλίμακα απαντήσεων.

Εν συνεχεία, η κλίμακα 25 μέτρησε την πρόθεση κατανάλωσης αλκοόλ και αναλυτικά του είδους αλκοολούχων ποτών, σε ένα μήνα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τέλος, η ερώτηση 26 αναφέρεται σε συνδυαστικές συμπεριφορές συνηθειών ή και έξεων, όπως θα ήταν ο συνδυασμός του ποτού με το φαγητό, τα σνακς, τη μουσική, το τσιγάρο ή με κάτι άλλο, γεγονός που θα καθιστούσε τη χρήση αλκοόλ περισσότερο εγκαθιδρυμένη και πιο δύσκολη τη διαδικασία αλλαγής της.

- **Ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα:** Η ερώτηση 1 και 4 μέτρησε την παρούσα συμπεριφορά καπνίσματος, ενώ οι ερωτήσεις 2, 3 και 5 την παρελθούσα συμπεριφορά καπνίσματος καθώς και τους λόγους έναρξης. Όλες οι ερωτήσεις που προαναφέρθηκαν καθώς και οι επόμενες ήταν κλειστού τύπου.

Η ερώτηση 6 και 10 μελέτησαν την πρόθεση καπνίσματος των συμμετεχόντων για ένα μήνα μετά ή στο μέλλον γενικότερα, καθώς και μέσω της ερώτησης 11 οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν ανάμεσα από τους

λόγους που τους δόθηκαν εκείνους που θεώρησαν πιθανούς για έναρξη καπνίσματος στο μέλλον.

Οι ερωτήσεις 7 και 8 μέτρησαν την καπνιστική συμπεριφορά της οικογένειας, δηλαδή των γονέων αλλά και των αδελφών, όπως και των φίλων αντίστοιχα. Η κλίμακα 9, τύπου Likert, επταβάθμιας κλίμακας απαντήσεων, περιέλαβε 10 προτάσεις μέτρησης του άξονα των υποκειμενικών νορμών. Αντιστοίχως, η κλίμακα 12 παρόμοιου τύπου με την προηγούμενη, περιέλαβε 20 προτάσεις που μέτρησαν τον άξονα του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου. Τέλος, η κλίμακα 13 η οποία μέτρησε τις στάσεις, περιέλαβε έξι ζεύγη αντίθετων ζευγών επιθέτων.

2.4.3 Χορήγηση ερωτηματολογίων

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε αρχικά σε 800 φοιτητές. Από αυτούς εννέα αποχώρησαν μετά την εισαγωγή της ερευνήτριας ή στα πρώτα βήματα της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Τα εν λόγω ερωτηματολόγια αποκλείστηκαν από το σύνολο. Υποθέσαμε ότι οι προαναφερθέντες φοιτητές είτε δεν ενδιαφέρονταν για το θέμα είτε υπήρχαν άλλοι λόγοι, για παράδειγμα κάποιο οικογενειακό πρόσωπο να υπέφερε από αλκοολισμό, ώστε να μην επιθυμήσουν να συμμετέχουν.

Εν τέλει, 791 φοιτητές αποτέλεσαν τους συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία, η οποία έλαβε χώρα στα μέσα του 2012 και αρχές του έτους 2013, ηλικίας 18 έως 25 ετών των Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η διαδικασία είχε ξεκινήσει μέσω helpdesk με τη δημιουργία ηλεκτρονικής φόρμας, η οποία παρουσιάζεται στη συνέχεια, με το σκοπό να συγκεντρωθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερος αριθμός ερωτηματολογίων, μιας και οι απαιτήσεις των τριών φάσεων της έρευνάς μας υπήρξαν μεγάλες ως προς τον αριθμό των συμμετεχόντων.

Με σκοπό την προώθηση μέσω helpdesk του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, ζητήθηκε από την επόπτρια καθηγήτρια κυρία Ζυγά, μέσω ηλεκτρονική αλληλογραφίας άδεια από τους προέδρους των Τμημάτων, υποδείγματα των οποίων βρίσκονται στο Παράρτημα Ε.

Παρόλα αυτά, η συμμετοχή υπήρξε ελάχιστη μέσω της προώθησης μέσω helpdesk, για το λόγο ότι πιθανόν οι φοιτητές δεν έλεγχαν τις διευθύνσεις ηλεκτρονικού τους ταχυδρομείου του Πανεπιστημίου.

Για το λόγο αυτό, αποφασίστηκε η χορήγηση να γίνει με δύο τρόπους, εφόσον είχε δημιουργηθεί η ηλεκτρονική φόρμα του ερωτηματολογίου και για την αποφυγή τυχόν εμποδίων ως προς αποκλειστικά και μόνον την ηλεκτρονική συμπλήρωση. Οι εν λόγω δύο μέθοδοι ήταν η εξής:

α/ Μέσω συμπλήρωσης της ηλεκτρονικής φόρμας στις αίθουσες υπολογιστών των Τμημάτων δια ζώσης και,

β/ Μέσω συμπλήρωσης έντυπου ερωτηματολογίου.

Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκαν ομοιογενής συνθήκες χορήγησης των ερωτηματολογίων. Επίσης, αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί και το ΤΕΙ Καλαμάτας μαζί με το παράρτημα ΤΕΙ στη Σπάρτη. Στο Παράρτημα Ε παρουσιάζονται κάποια υποδείγματα ζήτησης και χορήγησης αδειών από τους διδάσκοντες καθηγητές τόσο για τη χορήγηση με έντυπο όσο και με ηλεκτρονικό τρόπο των ερωτηματολογίων.

2.4.3.1 Ηλεκτρονική χορήγηση

Στην ηλεκτρονική χορήγηση η οποία υλοποιήθηκε σε αίθουσες ηλεκτρονικών υπολογιστών των Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του ΤΕΙ Καλαμάτας και του παραρτήματος ΤΕΙ στη Σπάρτη, συμμετείχαν 278 φοιτητές όλων των ετών και εξαμήνων. Η συνεννόηση είχε λάβει ήδη χώρα εκ των προτέρων με τηλεφωνική ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου επικοινωνία με τον εκάστοτε καθηγητή μαθήματος. Η εισαγωγική αναφορά ήταν ίδια σε όλους τους συμμετέχοντες χωρίς να δοθεί οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση. Η ηλεκτρονική φόρμα του ερωτηματολογίου κατασκευάστηκε σε πλατφόρμα adobeforms από την ερευνήτρια, η οποία κατόπιν αντιτίμου παρέμεινε ανοικτή για όλο το διάστημα χορήγησης των ερωτηματολογίων της Α΄ ερευνητικής φάσης, στο σύνδεσμο <https://adobeformscentral.com/?f=OU6KU3qfoRHkKd9nAQcjzg>.

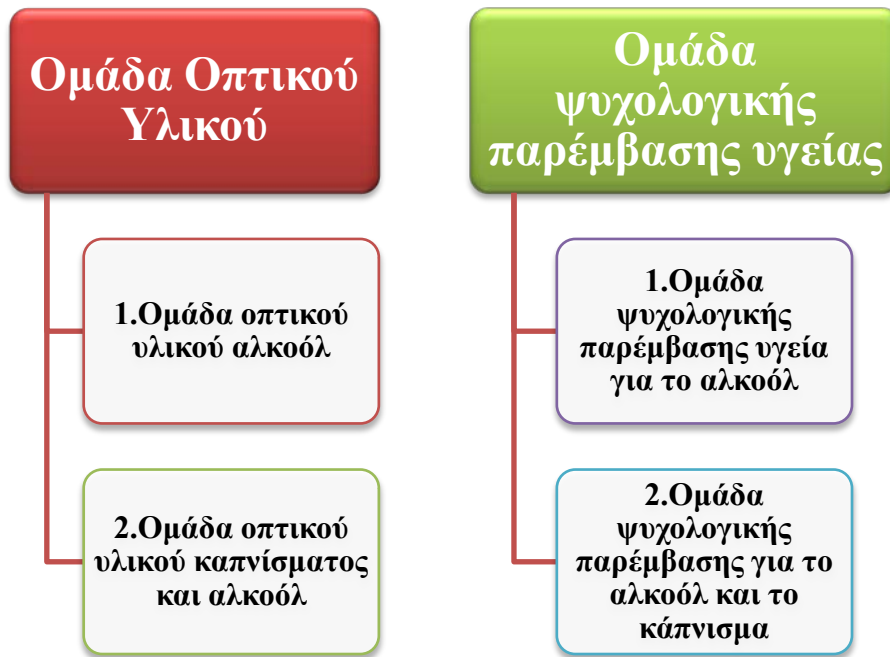
2.4.3.2 Χορήγηση με έντυπο ερωτηματολόγιο

Για τους συμμετέχοντες που δεν υπήρξε η δυνατότητα χορήγησης με ηλεκτρονική φόρμα, η διαδικασία έλαβε χώρα κρατώντας τις συνθήκες σταθερές με το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, με τη διαφορά ότι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε έντυπη μορφή. Η αδειοδότηση χορήγησης του ερωτηματολογίου, κατόπιν επικοινωνίας με τις εκάστοτε γραμματείες, έλαβε χώρα κατόπιν επικοινωνίας, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή τηλεφωνικά στην περίπτωση που δεν υπήρχε ανταπόκριση στο email, με τους διδάσκοντες των μαθημάτων, ώστε να παραχωρήσουν λίγο από το χρόνο των διαλέξεών τους για τη διεξαγωγή της έρευνας. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν κατά μέσο όρο 25 λεπτά.

Κατά τη διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας και μετά το πέρας αυτής έλαβε χώρα η κωδικοποίηση των 791 ερωτηματολογίων, διαδικασία χρονοβόρα, με σκοπό τη διεξαγωγή των στατιστικών αναλύσεων, οι οποίες παρουσιάζονται ενδελεχώς στο Κεφάλαιο 3 των αποτελεσμάτων.

2.5 Β΄ Ερευνητική Φάση: Ενδιάμεση Παρέμβαση Οπτικού Υλικού

Κατά το έτος 2013, μετά την έναρξη της χορήγησης των ερωτηματολογίων της Α΄ ερευνητικής φάσης, ξεκίνησε η προετοιμασία και η διεξαγωγή των ενδιάμεσων παρεμβάσεων τροποποίησης των προθέσεων και της συμπεριφοράς. Η διαδικασία αυτή αποτέλεσε ουσιαστικά έναν πειραματικό ψυχολογικό σχεδιασμό, δύο τύπων, όπως φαίνεται στο παρακάτω Σχήμα 5:



Σχήμα 5: Κατηγορίες Ομάδων Β' Ερευνητικής Φάσης

Στο στάδιο αυτό, με τυχαία δειγματοληψία, οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν ουσιαστικά σε μία από τις τρεις ομάδες (σχήμα 5): α. Ομάδα οπτικού υλικού με δύο υποομάδες, β. Ομάδα ψυχολογικής παρέμβασης υγείας με επίσης δύο υποομάδες. Οι υπόλοιποι φοιτητές αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (οι συμμετέχοντες δεν έλαβαν καμία παρέμβαση).

Η εργασία της Β' ερευνητικής φάσης ξεκίνησε ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της Α' ερευνητικής φάσης και την δειγματοληψία για τις ομάδες της Β' ερευνητικής φάσης, ώστε σε διάστημα οκτώ περίπου μηνών μετά το πέρας της Α' ερευνητικής φάσης να υπήρχε η δυνατότητα διεξαγωγής της Γ' ερευνητικής φάσης με τον επανέλεγχο των προθέσεων και συμπεριφορών καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ με νέο ερωτηματολόγιο.



Σχήμα 6: Σύνολο ομάδων Β΄ ερευνητικής φάσης

2.5.1 Μεθοδολογία παρεμβάσεων οπτικού υλικού

Την ομάδα ενδιάμεσης παρέμβασης της Β΄ φάσης της ερευνητικής διαδικασίας αποτέλεσαν με τυχαία δειγματοληψία, συνολικά 262 συμμετέχοντες από τους 791 συνολικά συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν το κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο της Α΄ ερευνητικής φάσης. Οι συμμετέχοντες της ομάδας χωρίστηκαν στις δύο υποομάδες, σχεδιασμένες για μια πειραματικού τύπου παρέμβαση. Ανεξάρτητη μεταβλητή του πειραματικού σχεδιασμού υπήρξε το οπτικό ερέθισμα, για το κάπνισμα ή/και το αλκοόλ και εξαρτημένη μεταβλητή τις προθέσεις και τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων, τα οποία μετρήθηκαν ποσοτικά στην Γ΄ ερευνητική φάση :

1. Ομάδα οπτικού υλικού αλκοόλ: 176 συμμετέχοντες
2. Ομάδα οπτικού υλικού καπνού και αλκοόλ: 86 συμμετέχοντες

Στις υποομάδες απεστάλη μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην ηλεκτρονική διεύθυνση την οποία είχαν δηλώσει στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν κατά την Α΄ ερευνητική φάση.

Η παρουσίαση οπτικού υλικού εικόνων και μηνυμάτων μέσω powerpoint είχε να κάνει με κινδύνους και συνέπειες της κατάχρησης αλκοόλ καθώς και εικόνων και μηνυμάτων ενθάρρυνσης για διακοπή. Κατά αντιστοιχία κατασκευάστηκε και η παρουσίαση για το κάπνισμα με ανάλογη αλληλουχία εικόνων και μηνυμάτων. Στη δεύτερη υποομάδα (οπτικού υλικού αλκοόλ και καπνίσματος) απεστάλησαν και οι δύο παρουσιάσεις που αφορούν ξεχωριστά το αλκοόλ και το κάπνισμα, σε συνέχεια η μία της άλλης.

Στους συμμετέχοντες εστάλη εισαγωγικό σημείωμα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου το οποίο παρουσιάζεται στο Παράρτημα ΣΤ. Την ομάδα οπτικού υλικού για το κάπνισμα και αλκοόλ αφορά το ίδιο μήνυμα με προσθήκη στο σημείο που αναγράφει «...μία παρουσίαση που αφορά το αλκοόλ» και του καπνίσματος.

Η παρουσιάσεις εστάλησαν αρκετές φορές, τόσο ομαδικά, όσο και ατομικά, σε καθέναν ξεχωριστά από τους συμμετέχοντες, εφόσον κάποιες από τις αποστολές επέστρεψαν πίσω. Για το λόγο αυτό, ώστε να υπάρξει εξασφάλιση ότι οι συμμετέχοντες είδαν τις παρουσιάσεις σύμφωνα με τις οδηγίες, τους ζητήθηκε να αποσταλεί επιβεβαιωτικό μήνυμα παραλαβής και ολοκληρωμένης παρακολούθησης προς την ερευνήτρια.

2.5.2 Οπτικό υλικό για το κάπνισμα

Η παρουσίαση μέσω του προγράμματος powerpoint αποτέλεσαν 31 διαφάνειες, μία εισαγωγική και 30 οπτικού υλικού εικόνων και μηνυμάτων, θετικών και αρνητικών σε ίδια αναλογία, τα οποία παρουσιάστηκαν στο σύνολό τους στο Παράρτημα Ββ.

Το ερέθισμα δόθηκε από τις καμπάνιες του παρελθόντος στις οποίες πάνω στα πακέτα είχαν τοποθετηθεί αποκρουστικές εικόνες από τις συνέπειες του καπνίσματος. Βέβαια, αυτό γρήγορα φαίνεται ότι σταμάτησε, πιθανά λόγω του ότι ένας μεγάλος αριθμός καπνιστών, αντί να μειώσουν το κάπνισμα, έβγαζαν τα τσιγάρα και τα τοποθετούσαν σε ταμπακιέρες, πολλές φορές αρκετά περίτεχνες, σε αντίδραση των αποκρουστικών πακέτων τσιγάρων, που κυκλοφόρησαν για παράδειγμα στην Αυστραλία αλλά και στην Ελλάδα (Εικόνα 9).



Εικόνα 9: Αποκρουστικές εικόνες σε πακέτα τσιγάρων στην Αυστραλία στα πλαίσια αντικαπνιστικής καμπάνιας (www.gazzetta.gr)

Παρόλα αυτά, σήμερα συνεχίζουν να αναγράφονται στα πακέτα τσιγάρων μηνύματα, κυρίως αποτρεπτικά λόγω των συνεπειών του καπνίσματος (Εικόνα 10).



Εικόνα 10: Αρνητικά μηνύματα σε πακέτα τσιγάρων (<http://sylogi-aporaketa-tsigaron.blogspot.gr>)

Το οπτικό υλικό συγκεντρώθηκε μετά από εκτενή αναζήτηση στο διαδίκτυο και προσεκτική επιλογή των εικόνων και μηνυμάτων που επιλέχθηκαν, ώστε να μην είναι υπερβολικά αποκρουστικά και αποτρέψουν τους φοιτητές από το να δουν την παρουσίαση, αλλά επίσης να είναι ξεκάθαρα και όχι διφορούμενα στα μηνύματά τους. Τα εικονικά και λεκτικά μηνύματα που δόθηκαν, αφορούν τις κινδύνους και τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία ενηλίκων και ανήλικων, δηλαδή αρνητικά μηνύματα τόσο οπτικών όσο και λεκτικών προτροπών διακοπής, δηλαδή θετικά

μηνύματα, ώστε μελετήσαμε την επίδραση ενός τέτοιου συνδυασμού στις αναπαραστάσεις και τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων.

2.5.3 Οπτικό υλικό για το αλκοόλ

Με αφορμή τα παραπάνω, αποφασίσαμε να μελετήσουμε πρωτότυπα, επίσης, την επίδραση οπτικού υλικού, θετικών και αρνητικών εικόνων και μηνυμάτων σχετικά με το αλκοόλ, τη χρήση και την κατάχρησή του, τα οποία παρουσιάστηκαν εκτενώς στο Παράρτημα Βα', σε σύνολο 31 εικόνων (μία εισαγωγική και 30 οπτικού υλικού). Οι εικόνες και τα μηνύματα σχετίζονται, με καταστάσεις μέθης και συνεπειών, όπως τροχαίων ατυχημάτων, ανεπιθύμητων σεξουαλικών συμπεριφορών, απώλεια ελέγχου και εξάρτησης, καθώς και άλλων και με μηνύματα αποτροπής της κατάχρησης αλκοόλ. Το οπτικό υλικό για το αλκοόλ, προέκυψε, όπως και του καπνίσματος, μέσα από εκτενή και προσεκτική αναζήτηση στο διαδίκτυο, ώστε τα μηνύματα που περνά να είναι σαφή και αντιπροσωπευτικά της κατάχρησης αλκοόλ.

2.6 Β' Ερευνητική Φάση: Ενδιάμεση Ψυχολογική Παρέμβαση Υγείας

Στόχος της δεύτερης ομάδας ενδιάμεσης παρέμβασης ψυχολογίας της υγείας της ερευνητικής διαδικασίας υπήρξε ο εστιασμός με ατομική συζήτηση με καθέναν από τους συμμετέχοντες. Η εστιασμένη συζήτηση βασίστηκε εν γένει στους κύριους παράγοντες του μοντέλου της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, συζητώντας επί των συγκεκριμένων στοιχείων που συμπλήρωσε ο κάθε συμμετέχοντας ξεχωριστά.

Υπάρχει βιβλιογραφικά μια σειρά μελετών στις οποίες βασιστήκαμε σχετικά με τις ποιοτικές μελέτες (Bernard, 1994, Breakwell, 1995, Dunn, 2000, Weinberg, 2002).

Ειδικά με τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, για τη συλλογή και ανάλυση ποιοτικών δεδομένων έχουν ασχοληθεί εκτενώς οι Ιωσηφίδης (2011), Μωραΐτη και Παπαδάκου (2010). Με βάση αυτά τα στοιχεία, οδηγηθήκαμε στην προσαρμογή της μεθοδολογίας σε ατομικό επίπεδο, καταλήγοντας στη μεθοδολογία που σχετίζεται με τις μελέτες περίπτωσης.

Οι λόγοι αποκλεισμού της ομαδικής παρέμβασης ήταν οι εξής: α. η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, β. η εξασφάλιση περισσότερο ειλικρινών απαντήσεων, γ. η διαχείριση των ατομικών δεδομένων των συμμετεχόντων ως προς τις διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, δ. λαμβάνοντας υπόψη τα ερωτήματα των ίδιων των φοιτητών αν η παρέμβαση αυτή θα είναι μαζί με άλλους και τα σχόλιά τους περί της δυσκολίας τους να αναφερθούν για προσωπικά τους δεδομένα μπροστά σε άλλους καθώς και δ. της δυνατότητας μίας επαφής με κάθε συμμετέχοντα, σε σύγκριση με τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης που διεξάγονται σε σειρά συνεδριών.

Στόχος ήταν η διερεύνηση σε λεπτομέρεια και βάθος ατομικά, των υπό διερεύνηση συμπεριφορών και προθέσεων, της χρήσης καπνού και αλκοόλ, εκτός των δεδομένων που αποκομίστηκα από τις απαντήσεις τους στα ερωτηματολόγια της Α΄ ερευνητικής φάσης. Η ερευνήτρια στόχευσε στο να δει την εμπειρία και τις αναπαραστάσεις των υποκειμένων μέσα από τα μάτια των ίδιων ως προς τα υπό μελέτη θέματα. Έλαβε χώρα συνέντευξη σε βάθος και ακολούθησε ανάλυση με βάση τις διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

2.6.1 Μεθοδολογία ψυχολογικών παρεμβάσεων υγείας

Συγκεκριμένα, με τυχαία δειγματοληψία, επιλέχθηκαν 110 συμμετέχοντες από το σύνολο των 529 συμμετεχόντων μετά την αφαίρεση των ατόμων που συμμετείχαν στην ομάδα οπτικού υλικού, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες:

1. Ομάδα ψυχολογικής παρέμβασης υγείας για το αλκοόλ: 65 φοιτητές.
2. Ομάδα ψυχολογικής παρέμβασης υγείας για το αλκοόλ και το κάπνισμα: 45 φοιτητές.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην εν λόγω παρέμβαση ήταν η παροχή της διεύθυνσης skype από τους συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο της Α΄ ερευνητικής φάσης. Αρχικά υπήρξε πρόσκληση(υπόδειγμα στο Παράρτημα ΣΤ2), μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, για προσδιορισμό της ημέρας και της ώρας που θα υλοποιούνταν η ψυχολογική παρέμβαση δια ζώσης.

Η εν λόγω ψυχολογική παρέμβαση, διήρκεσε μία ώρα για την ομάδα του αλκοόλ και μιάμιση ώρα για την ομάδα του αλκοόλ και καπνίσματος για κάθε συμμετέχοντα. Πρωτίτερα είχε λάβει χώρα από την ερευνήτρια προετοιμασία για κάθε συμμετέχοντα με βάση τα ερωτηματολόγια της Α' ερευνητικής φάσης και με τον ατομικό κωδικό που αντιστοιχούσε σε κάθε έναν.

Οι συνεντεύξεις δεν ήταν σκόπιμο να μαγνητοφωνηθούν, παρότι υπάρχει καταγεγραμμένη η αποδοχή των συμμετεχόντων στην πρόσκληση μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου καθώς και οι κλήσεις στο skype, εφόσον σκοπός της παρέμβασης ήταν ο έλεγχος της επίδρασής της συγκριτικά με την παρέμβαση οπτικού υλικού και τη μη παρέμβαση της ομάδας ελέγχου, επιδράσεις οι οποίες μετρήθηκαν στην Γ' φάση της ερευνητικής διαδικασίας μέσω ερωτηματολογίου που θα αφορά το σύνολο των συμμετεχόντων της έρευνας.

2.6.2 Ψυχολογική παρέμβαση υγείας για το αλκοόλ

Όπως προειπώθηκε, η χρονική διάρκεια της κάθε επαφής ήταν μία ώρα, τα πρώτα 10 λεπτά της οποίας αφιερώθηκαν στη γνωριμία με κάθε συμμετέχοντα, στην αναφορά του λόγου διεξαγωγής αυτής της εν λόγω παρέμβασης καθώς και στη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων του.

Η παρέμβαση εστιάστηκε στη διερεύνηση της παρούσας συμπεριφοράς και των τάσεων των συμμετεχόντων ως προς τη χρήση καπνού και αλκοόλ. Εν συνεχεία υπήρξε παρέμβαση μέσω εστίασης στους δομικούς παράγοντες του μοντέλου της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε ό,τι αφορά το αλκοόλ, δηλαδή στις στάσεις, τις υποκειμενικές νόρμες, την αντίληψη αυτοελέγχου με τις υποκλίμακες της αυτοαποτελεσματικότητας, της αντίληψης ελέγχου και ευκολίας και τη πρόθεση μελλοντικής συμπεριφοράς, όπως και τυχόν παραγόντων που έχουν τροποποιηθεί από την περίοδο που είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο της Α' ερευνητικής φάσης.

Προηγήθηκε αξιολόγηση από την ερευνήτρια των ατομικών απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα ώστε να προσδιοριστούν οι πιο επιβαρυντικοί από τους παραπάνω παράγοντες για καθέναν ξεχωριστά. Στη συνέχεια, υπήρξε επισήμανση αυτών των

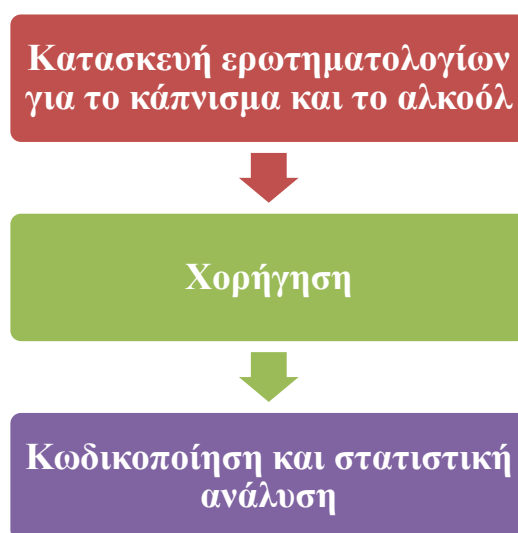
παραγόντων και εστίαση πάνω σε αυτούς, ώστε να γίνει συνειδητή από το συμμετέχοντα η επίδραση στη συμπεριφορά του χρήσης αλκοόλ και η δυνατότητα, μέσα από τη διαχείρισή τους, να τροποποιηθεί προς πιο υγιείς κατευθύνσεις.

2.6.3 Ψυχολογική παρέμβαση υγείας για το αλκοόλ και το κάπνισμα

Η εν λόγω παρέμβαση είχε διάρκεια μιάνμισης ώρας με τον κάθε συμμετέχοντα, ακολουθώντας τα βήματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως, μόνο που σε αυτήν την περίπτωση με τους συμμετέχοντες εστιαστήκαμε τόσο στο κάπνισμα όσο και στο αλκοόλ.

2.7 Γ΄ Ερευνητική Φάση: Επανέλεγχος των προθέσεων και της συμπεριφοράς

Η τρίτη ερευνητική φάση, ξεκίνησε περίπου έξι μήνες μετά την Α΄ ερευνητική φάση, με τις ενδιάμεσες παρεμβάσεις να λαμβάνουν χώρα στο μεσοδιάστημα και διήρκεσε τρεις μήνες μέχρι να συγκεντρωθεί ένας ικανοποιητικός για τις ερευνητικές μας ανάγκες αριθμός συμμετεχόντων. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε, η οποία θα παρουσιαστεί ενδελεχώς στη συνέχεια, ήταν σχηματικά η εξής:



Σχήμα 7: Βήματα διεξαγωγής της Γ΄ ερευνητικής φάσης

2.7.1 Κατασκευή ερωτηματολογίων επανελέγχου

Κατασκευάστηκαν ερωτηματολόγια για το αλκοόλ και το κάπνισμα, με βάση αυτά της Α΄ ερευνητικής φάσης, που ωστόσο περιείχαν ερωτήματα σχετικά με τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων και τις προθέσεις τους. Σκοπό αποτέλεσε ο επανέλεγχος ποσοτικά, σε μια διαχρονική μελέτη, έξι περίπου μήνες μετά, ώστε να διερευνήσουμε υπάρχουσες ή μη αλλαγές στη συμπεριφορά και τις προθέσεις των συμμετεχόντων, αναλόγως και της παρέμβασης που έλαβαν ή δεν έλαβαν καμία παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο μπορέσαμε να μελετήσουμε και την προβλεπτική ισχύ καθώς και το βαθμό επεξήγησης στη διακύμανση της συμπεριφοράς από τις διαστάσεις της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

2.7.2 Δομή και περιεχόμενο ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια της Γ΄ ερευνητικής φάσης κατασκευάστηκαν σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να αποσταλούν προς συμπλήρωση στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις που είχαν δηλώσει οι συμμετέχοντες στα ερωτηματολόγια της Α΄ ερευνητικής φάσης. Το πρόγραμμα κατασκευής ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων ήταν αυτό της adobeforms και ο σύνδεσμος όπου απευθείας οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν ο εξής: <https://adobeformscentral.com/?f=OU6KU3qfoRHkKd9nAQcjzg>.

Για λόγους δυνατότητας παρουσίασης σε έντυπη μορφή, παρόλα αυτά, στο Παράρτημα Γ, παρουσιάζονται τα ερωτηματολόγια της Γ΄ ερευνητικής διαδικασίας.

Ως προς το περιεχόμενό τους τα ερωτηματολόγια κατασκευάστηκαν ως εξής:

Εισαγωγικό Σημείωμα: Έγινε υπενθύμιση στους συμμετέχοντες σχετικά με το πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας και τους σκοπούς της. Κλήθηκαν οι συμμετέχοντες να ακολουθήσουν τον προαναφερθέντα σύνδεσμο και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ανεξαρτήτως της ομάδας που συμμετείχαν, καταγράφοντας και πάλι, σύμφωνα με τις οδηγίες, τον ατομικό τους κωδικό. Τονίστηκε το απόρρητο των δεδομένων τους και ο οικειοθελής χαρακτήρας της συμμετοχής τους.

Ερωτηματολόγιο για το αλκοόλ: Δόθηκε στους συμμετέχοντες ο ορισμός της μιας μονάδας αλκοόλ, δηλαδή του ενός ποτού, όπως και στο ερωτηματολόγιο του αλκοόλ της Α΄ ερευνητικής φάσης. Περαιτέρω, στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν οκτώ ερωτήματα.

Το ερώτημα 1 αφορούσε αναλυτικά την κατανάλωση τύπων ποτών κατά το άμεσο παρελθόν, δηλαδή μια εβδομάδα πριν, όπως και στην Α΄ ερευνητική φάση. Ακολούθησε το ερώτημα 2, σύμφωνα με το οποίο οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν τη μεγαλύτερη ποσότητα που κατανάλωσαν σε μια έξοδο, ώστε εντοπίστηκαν συμμετέχοντες που πιθανά δεν πίνουν συχνά αλλά καταναλώνουν μαζεμένη ποσότητα αλκοόλ, ακόμα και σε μία φορά, ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια κατανάλωσης αλκοόλ, όπως είναι οι «πότες του Σαββατοκύριακου», μια σύγχρονη έννοια που περιγράφει αυτό ακριβώς το φαινόμενο.

Στα τυχόν επεισόδια μέθης που κλήθηκαν να καταγράψουν οι συμμετέχοντες στην ερώτηση 3 κρατήσαμε μόνο την παρελθούσα συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα και της τελευταίας εβδομάδας, ενώ αφαιρέθηκε το διάστημα του τελευταίου χρόνου, σε σχέση με την Α΄ ερευνητική διαδικασία, διότι στη φάση αυτή ενδιαφέρον είχε η καταμέτρηση της άμεσα παρελθοντικής συμπεριφοράς που θυμούνται ξεκάθαρα οι συμμετέχοντες.

Η παρελθούσα συμπεριφορά μετρήθηκε, με αναλυτική αναφορά στην ποσότητα αλκοόλ σχετικά με τον προηγούμενο μήνα με το ερώτημα 5, ενώ η παρούσα συμπεριφορά των συμμετεχόντων διερευνήθηκε μέσω του ερωτήματος 4 όπως και στην Α΄ ερευνητική φάση. Περαιτέρω η ερώτηση 7, μετρήσε αφενός μεν την πρόθεση κατανάλωσης αλκοόλ στο μέλλον κι αφετέρου την πρόθεση σε συνδυασμό με το εκάστοτε ποτό και την ποσότητα που προτίθενται να καταναλώσουν.

Τα ερωτήματα 7 και 8 προστέθηκαν για τις ανάγκες της Γ΄ ερευνητικής φάσης και μετρήσαν τους τροποποιητικούς παράγοντες στις στάσεις τους για το αλκοόλ που πιθανά να διαμεσολάβησαν από την Α΄ ερευνητική φάση, καταγράφοντάς τους με ανοικτή ερώτηση. Ανάμεσα σε αυτούς οι συμμετέχοντες μπόρεσαν να δηλώσουν κάποιους απρόβλεπτους παράγοντες, όπως επίσης και την επίδραση των ενδιάμεσων παρεμβάσεων, όσοι συμμετείχαν σε αυτές.

Ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα: Περιέλαβε συνολικά 7 ερωτήματα. Τα ερωτήματα 1 και 2 αφορούν την παρούσα συμπεριφορά καπνίσματος και την ποσότητα. Το ερώτημα 3 αφορά την άμεσα παρελθούσα συμπεριφορά, κατά το μήνα που πέρασε και ως προς την ποσότητα καπνίσματος, ενώ η ερώτηση 4 είναι αφιερωμένη στη μελέτη της πρόθεσης για τον επόμενο μήνα, με καταμέτρηση κατά προσέγγιση του αριθμού τσιγάρων.

Επίσης, με την ερώτηση 5 διερευνήθηκε η τάση των συμμετεχόντων, όσων δεν καπνίζουν ή το έχουν διακόψει, να ξεκινήσουν το κάπνισμα στο μέλλον.

Τα ερωτήματα 6 και 7, όπως και στο ερωτηματολόγιο του αλκοόλ, μέτρησαν παράγοντες που πιθανά να επέδρασαν στη συμπεριφορά ή τις στάσεις τους για το κάπνισμα, όπου οι συμμετέχοντες εφόσον πρόκειται για ανοικτή ερώτηση μπόρεσαν να καταγράψουν, όσοι συμμετείχαν στις ενδιάμεσες παρεμβάσεις, την επίδραση που τους ασκήθηκε σχετικά με το κάπνισμα.

2.7.3 Χορήγηση ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια της Γ΄ ερευνητικής φάσης χορηγήθηκαν με τον ίδιο τρόπο, ηλεκτρονικά, σε όλους τους συμμετέχοντες, συνολικά 791, της Α΄ ερευνητικής φάσης. Λόγω του μεγάλου όγκου εστάλησαν κατά ομάδες των δέκα περίπου συμμετεχόντων στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις που οι ίδιοι δήλωσαν στην Α΄ ερευνητική φάση, αρκετές φορές, ώστε εξασφαλίστηκε ο μέγιστος δυνατός ικανοποιητικός αριθμός απαντήσεων. Η χορήγηση διήρκεσε περίπου 3 μήνες, μέχρι το Σεπτέμβριο 2013.

Εν συνεχεία, έλαβε χώρα η κωδικοποίηση και οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων και της Γ΄ ερευνητικής φάσης, οι οποίες παρουσιάστηκαν διεξοδικά, τόσο σε ό,τι αφορά τη δεύτερη πιλοτική έρευνα, όσο και την Α΄ και Γ΄ ερευνητική φάση στο Κεφάλαιο 3 των Αποτελεσμάτων.

2.8 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας που εφαρμόστηκε στατιστική ανάλυση δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές της Περιγραφικής Στατιστικής (Bowers, 2011, Pagano and Gauvreau, 2002). Συγκεκριμένα, κατασκευάστηκαν πίνακες συχνοτήτων για την παρουσίαση των ποιοτικών μεταβλητών ενώ υπολογίσθηκαν κατάλληλα περιγραφικά μέτρα (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) για την παρουσίαση των ποσοτικών μεταβλητών.

Κατά την ποσοτική πιλοτική μελέτη, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων που απάρτιζαν το ερωτηματολόγιο μέσω του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α (Cronbach, 1951). Το μικρό μέγεθος δείγματος που χρησιμοποιήθηκε

στην πιλοτική μελέτη, δεν μας επέτρεψε να αξιολογήσουμε την δομική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου μέσω της εφαρμογής διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (Καρλής, 2005).

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν κατά την Α' ερευνητική φάση, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης κύριων συνιστωσών με τη μέθοδο ορθογωνίας περιστροφής των αξόνων Varimax (Καρλής, 2005). Η επιλογή των παραγόντων έγινε με το κριτήριο της ιδιοτιμής. Επιλέξαμε δηλαδή τους παράγοντες των οποίων η ιδιοτιμή ήταν μεγαλύτερη από το 1. Για να αξιολογήσουμε την καταλληλότητα των παραγοντικών μοντέλων που προέκυψαν, υπολογίσαμε τον συντελεστή των Kaiser- Mayer- Olkin (KMO) και εφαρμόσαμε τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett. Ως σημαντική θεωρήθηκε η συνεισφορά των μεταβλητών στους παράγοντες εάν η τιμή της φόρτισης ήταν μεγαλύτερη από 0.4.

Για την αξιολόγηση της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων και των παρεμβάσεων στους παράγοντες που προέκυψαν, εφαρμόσαμε τεχνικές της Επαγωγικής Στατιστικής (Bowers, 2011) και Pagano and Gauvreau (2002). Στην περίπτωση που η ανεξάρτητη μεταβλητή είχε δυο μόνο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test για δυο ανεξάρτητα δείγματα, εάν ο παράγοντας ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Σε αντίθετη περίπτωση (μη κανονικότητα) χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος των Mann-Whitney. Στην περίπτωση που η ανεξάρτητη μεταβλητή είχε περισσότερες από δυο κατηγορίες, εφαρμόσθηκε ο έλεγχος Ανάλυση Διασποράς (ANOVA), εάν ο παράγοντας ακολουθούσε την κανονική κατανομή ή ο έλεγχος του Welch, εάν δεν ίσχυε η υπόθεση της ομοιογένειας (ισότητας) των διασπορών. Διαφορετικά, σε περίπτωση μη κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος των Kruskal-Wallis. Λόγω του μεγάλου μεγέθους δείγματος κάναμε χρήση του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (Bowers, 2011) και Pagano and Gauvreau (2002) οπότε θεωρήσαμε ότι οι παράγοντες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Στις περιπτώσεις που σε κάποια ή κάποιες υποομάδες το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό (< 30) εφαρμόσθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι που αναφέραμε προηγουμένως.

Στην ανάλυση των δεδομένων της Γ' ερευνητικής φάσης, προκειμένου να αξιολογήσουμε τη σχέση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της

αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα εφαρμόσαμε τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 (Bowers, 2011) και Pagano and Gauvreau (2002). Η επίδραση των ομάδων παρέμβασης στην κατανάλωση και την πρόθεση κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και στην πρόθεση καπνίσματος αξιολογήθηκε μέσω του μη παραμετρικού ελέγχου των Kruskal-Wallis, λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων σε κάποιες παρεμβάσεις. Για τη σύγκριση μεταξύ πρώτης και τρίτης και φάσης εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test για δυο εξαρτημένα δείγματα. Τέλος, η επίδραση της ομάδας παρέμβασης στη διαφορά στην ποσότητα αλκοόλ και τσιγάρων μεταξύ των δυο ερευνητικών φάσεων, αξιολογήθηκε μέσω του ελέγχου των Kruskal-Wallis, λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων σε κάποιες παρεμβάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Ανασκόπηση Περιεχομένου

Στο παρόν κεφάλαιο σκοπός υπήρξε η παρουσίαση ενδελεχώς των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης των δύο φάσεων της ερευνητικής διαδικασίας που συμπεριελάμβαναν τα ερωτηματολόγια του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ. Προηγήθηκε η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Β΄ Πιλοτικής Έρευνας, βασικού σταδίου στη στάθμιση των ερωτηματολογίων που κατασκευάστηκαν. Αναφέρθηκαν τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής τόσο για το αλκοόλ όσο και για το κάπνισμα, ο έλεγχος της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων, οι παραγοντικές αναλύσεις, οι σχέσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών και παραγόντων, όπως επίσης και οι σχέσεις ανάμεσα στα οικογενειακά χαρακτηριστικά και τους παράγοντες καθώς και άλλα. Για λόγους εξοικονόμησης χώρου λόγω των πολλών αποτελεσμάτων, πολλά από αυτά τοποθετήθηκαν στο Παράρτημα Δ.

3.2 Στατιστικά αποτελέσματα Β΄ Πιλοτικής Έρευνας

ΑΛΚΟΟΛ. Στην πιλοτική μελέτη έλαβαν μέρος 20 φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής με μέση ηλικία τα 20.346 (± 0.935) έτη. Το 90.0% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες ενώ το 10.0% ήταν άνδρες. Το 52.6% των συμμετεχόντων φοιτούσε στο 2^ο εξάμηνο, το 42.1% στο 3^ο εξάμηνο ενώ το υπόλοιπο 5.3% στο 4^ο εξάμηνο (Πίνακας 6).

Σχετικά με τον τόπο καταγωγής, οι περισσότεροι φοιτητές (75%) προέρχονταν από επαρχιακές πόλεις της Ελλάδος. Από τους συμμετέχοντες, το 55.0% βρισκόταν σε βραχύχρονη σχέση, το 25.0% ήταν χωρίς σχέση ενώ το υπόλοιπο 20.0% ήταν σε μακροχρόνια σχέση (Πίνακας 7). Το 90.0% των φοιτητών έχει γεννηθεί στην Ελλάδα ενώ το 10.0% έχει γεννηθεί σε κάποια άλλη χώρα. Όλοι οι αλλοδαποί ζουν στην Ελλάδα για περισσότερα από 7 χρόνια. Το οικογενειακό επίπεδο των φοιτητών παρουσιάζεται στον Πίνακα 8.

Το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας των φοιτητών παρουσιάζεται στον Πίνακα 9. Το 40.0% είχε μέτριο οικονομικό επίπεδο, το 35.0% είχε χαμηλό οικονομικό επίπεδο ενώ το υπόλοιπο 25.0% είχε υψηλό οικονομικό επίπεδο. Επίσης, η πλειοψηφία των φοιτητών (95.0%) διαμένει μόνη της ενώ το 5.0% διαμένει με σύζυγο ή σύντροφο (Πίνακας 10).

Η συχνότητα με την οποία οι φοιτητές ήπιαν διάφορα είδη αλκοολούχων ποτών κατά την προηγούμενη εβδομάδα παρουσιάζεται στον Πίνακα 11. Το 95.0% των φοιτητών δήλωσε ότι στην οικογένειά του πίνουν από καθόλου έως αρκετά (Πίνακας 12). Η μέση κατανάλωση την εβδομάδα διάφορων ειδών αλκοόλ από τους γονείς των φοιτητών παρουσιάζεται στον Πίνακα 13. Η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που κατανάλωσαν οι φοιτητές σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα παρουσιάζεται στον Πίνακα 14. Παρατηρούμε ότι οι φοιτητές καταναλώνουν κυρίως σφηνάκια. Η ποσότητα που θεώρησαν οι φοιτητές ως κατάχρηση αλκοόλ για τους άνδρες και τι για τις γυναίκες παρουσιάζεται στον Πίνακα 15.

Η συχνότητα με την οποία οι φοιτητές μέθυσαν από αλκοολούχα ποτά κατά διάφορες χρονικές περιόδους παρουσιάζεται στον Πίνακα 16, ενώ η συχνότητα με την οποία εμφανίστηκαν μέσα στον τελευταίο χρόνο διάφορα γεγονότα εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ παρουσιάζεται στον Πίνακα 17. Παρατηρούμε ότι σχεδόν σε κανέναν από τους φοιτητές δεν παρουσιάστηκαν αυτά τα περιστατικά.

Όλοι οι φοιτητές κατανάλωναν το πολύ μέχρι 3 αλκοολούχα ποτά σε μια έξοδό τους. Η μέση ποσότητα που κατανάλωναν συνολικά σε μια συνηθισμένη έξοδό τους παρουσιάζεται στον Πίνακα 18. Παρατηρούμε ότι κυρίως κατανάλωναν κρασί και σφηνάκια. Επιπρόσθετα, το 50.0% των φοιτητών δήλωσε ότι όλοι οι φίλοι του καταναλώνουν αλκοόλ. Το 30.0% δήλωσε ότι οι περισσότεροι φίλοι του καταναλώνουν αλκοόλ ενώ μόνο το 10.0% δήλωσε ότι λίγοι φίλοι του πίνουν αλκοόλ (Πίνακας 19). Επίσης, το 80.0% των φοιτητών δήλωσε ότι σε μια συνηθισμένη εβδομάδα πίνουν περίπου 1 με 2 φίλοι του ενώ το υπόλοιπο 20.0% δήλωσε ότι πίνουν περίπου 3 με 4 φίλοι του (Πίνακας 20). Το 95.0% δήλωσε ότι οι φίλοι τους πίνουν 1 με 3 αλκοολούχα ποτά σε μια συνηθισμένη έξοδο ενώ το υπόλοιπο 5.0% δήλωσε ότι οι φίλοι τους πίνουν 4 με 6 αλκοολούχα ποτά σε μια συνηθισμένη έξοδο (Πίνακας 21).

Κανένας από τους φοιτητές δεν έπινε αλκοόλ μόνος του (Πίνακας 22). Το 10.0% των φοιτητών έπινε με έναν φίλο, το 85.0% έπινε με δυο ή τρεις φίλους, το 10.0% έπινε με παρέα τεσσάρων ή περισσότερων φίλων ενώ το 5.0% έπινε στο σπίτι με την οικογένεια. Το 85.0% των φοιτητών δήλωσε ότι επισκέπτεται κάποιο μπαρ 1 με 2 φορές την εβδομάδα (Πίνακας 23). Το 10.0% επισκέπτεται κάποιο μπαρ 3 με 4 φορές την εβδομάδα ενώ το 5.0% δεν επισκέπτεται ποτέ κάποιο μπαρ. Από τους φοιτητές που επισκέπτονται μπαρ, το 63.2% περνά με φίλους σε μπαρ 3 με 4 ώρες, το 21.1% περνά 1 με 2 ώρες ενώ το υπόλοιπο 15.8% περνά περισσότερες από 5 ώρες (Πίνακας 24).

Ο βαθμός που αντιπροσωπεύει καλύτερα τους φοιτητές σε κάθε μια από τις προτάσεις παρουσιάζεται στον Πίνακα 25. Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την αρχική κλίμακα ισούται με $\alpha = .906$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον Πίνακα 26 παρατηρούμε η πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσε ότι το να πίνει αλκοόλ είναι μέτρια έως απόλυτα ευχάριστο (85.0%), μέτρια έως απόλυτα απολαυστικό (90.0%), μέτρια έως καθόλου ασφαλές (95.0%), μέτρια έως καθόλου ευνοϊκό (90.0%), μέτρια καλό (75.0%), μέτρια έως καθόλου ωφέλιμο (95.0%), μέτρια έως καθόλου πολύτιμο (100.0%), μέτρια έως απόλυτα χαλαρωτικό (85.0%).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την αρχική κλίμακα, που αφορά το χαρακτηρισμό του να πίνεις αλκοόλ, ισούται με $\alpha = .721$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Ο μέσος αριθμός διάφορων αλκοολούχων ποτών που οι φοιτητές προτίθενται να καταναλώσουν τον επόμενο μήνα παρουσιάζεται στον Πίνακα 27. Σημαντική είναι η ποσότητα κρασιού που προτίθενται να καταναλώσουν (4.130 ± 2.709). Το 25.0% των φοιτητών συνδυάζει το ποτό με φαγητό (Πίνακας 28), το 30.0% το συνδυάζει με σνακς, το 80.0% με μουσική ενώ το 5.0% με τσιγάρο.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ: Από τους φοιτητές που συμμετείχαν στη μελέτη μόνο ένας κάπνιζε. Παρόλα αυτά σε ερωτήσεις εν συνεχεία που αφορούν καπνιστές απάντησαν 6. Αυτό μας δείχνει ότι πιθανά κάποιοι να αναφέρονται στο μέλλον ή να μην απάντησαν ειλικρινά, ή ακόμα και να απάντησαν εκ παραδρομής, γεγονός που σημαίνει ότι πρέπει να τονιστεί στο τελικό ερωτηματολόγιο.

Οι καπνίζοντες είχαν την πρόθεση να καπνίσουν τον επόμενο μήνα 6.830 (\pm 9.490) τσιγάρα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 29. Το 42.1% των φοιτητών δήλωσε ότι κανένα μέλος της οικογένειάς τους δεν καπνίζει ή κάπνιζε στο παρελθόν (Πίνακας 30). Το 36.8% δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε ο πατέρας, το 10.5% δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε η μητέρα ενώ το υπόλοιπο 10.5% δήλωσε ότι καπνίζει ή κάπνιζε κάποιο ή κάποια από τα αδέρφια. Συγκεκριμένα κάπνιζε ένα από τα αδέρφια.

Το 66.7% των φοιτητών δήλωσε ότι οι περισσότεροι φίλοι τους δεν καπνίζουν (Πίνακα 31).

Το 66.7% που δεν κάπνιζε τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δήλωσε ότι δεν κάπνιζε ποτέ στο παρελθόν σε αντίθεση με το 22.2% που κάπνιζε (Πίνακας 32). Το 75.0% των φοιτητών δήλωσε ότι ξεκίνησε το κάπνισμα από περιέργεια ενώ το υπόλοιπο 25.0% χωρίς προφανή λόγο (Πίνακας 33).

Οι απαντήσεις των φοιτητών σχετικά με το τι πιστεύουν διάφορα συγγενικά και φιλικά πρόσωπα για το ότι καπνίζουν, δίνονται στον Πίνακα 34. Στην περίπτωση αυτή το α παίρνει αρνητική τιμή που σημαίνει ότι υπάρχει μια μείξη προτάσεων που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις. Πράγματι, οι 6 πρώτες προτάσεις αφορούν το αν πιστεύουν οι άλλοι ότι πρέπει να καπνίζω ενώ η τελευταία ερώτηση αφορά το αν είναι λάθος ηθικά να καπνίζω. Αφαιρώντας την τελευταία πρόταση το $\alpha = .494$, το οποίο είναι χαμηλό μεν αλλά πιθανά οφείλεται στα λίγα δεδομένα.

Το 73.7% των φοιτητών που δεν κάπνιζε τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δήλωσε ότι δεν υπάρχει ενδεχόμενο να καπνίσει στο μέλλον (Πίνακας 35). Το 21.1% δήλωσε ότι ίσως καπνίσει στο μέλλον μόλις το 5.3% δήλωσε ότι σίγουρα θα καπνίσει στο μέλλον.

Από τον Πίνακα 36 παρατηρούμε ότι το 80.0% των φοιτητών δήλωσε ότι θα ξεκινούσε το κάπνισμα χωρίς προφανή λόγο ενώ το υπόλοιπο 20.0% από περιέργεια. Οι απαντήσεις των φοιτητών που καπνίζουν σχετικά με τον τρόπο που λειτουργούν

δίνονται στον Πίνακα 37. Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την αρχική κλίμακα ισούται με $\alpha = .923$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον Πίνακα 38 παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσε ότι το να καπνίσει τον επόμενο μήνα δεν είναι καθόλου ευχάριστο (50.0%), καθόλου διασκεδαστικό (33.3%), καθόλου ασφαλές (66.7%), καθόλου ευνοϊκό (66.7%), καθόλου καλό (66.7%), καθόλου χαλαρωτικό (66.7%).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την αρχική κλίμακα, που αφορά το χαρακτηρισμό του να πίνεις αλκοόλ, ισούται με $\alpha = .921$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

3.3 Αποτελέσματα Α΄ Ερευνητικής Φάσης

3.3.1 Περιγραφική Ανάλυση Φάσης Α΄

Στην πρώτη φάση της έρευνας έλαβαν μέρος 791 άτομα από διάφορες σχολές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του ΤΕΙ Καλαμάτας (Πίνακας 39).

Το 82.1% των φοιτητών δήλωσε ότι οι γονείς του παραμένουν μαζί, το 11.2% ότι είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι, το 6.0% ότι έχουν έναν ή δυο θανόντες γονείς, ενώ το υπόλοιπο 0.8% έδωσε άλλη απάντηση (Πίνακας 40). Το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας του 56.6% των φοιτητών ήταν μέτριο, του 25.5% υψηλό, ενώ του 17.9% ήταν χαμηλό.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο	Γυναίκα	509	65.8
	Άνδρας	265	34.2
Έτος σπουδών	Πρώτο	256	34.3
	Δεύτερο	166	22.2
	Τρίτο	154	20.6
	Τέταρτο	100	13.4
	Επί πτυχίο	71	9.5
Πανεπιστήμιο	Πελοποννήσου	471	60.5
	ΤΕΙ Καλαμάτας	307	39.5

Προσωπική Κατάσταση	Χωρίς σχέση	445	56.7
	Σε βραχύχρονη σχέση	127	16.2
	Σε μακροχρόνια σχέση	163	20.8
	Παντρεμένος/η	17	2.2
	Χωρισμένος/η	33	4.2
Γεννήθηκες στην Ελλάδα;	Όχι	63	8.0
	Ναι	727	92.0
Κατάσταση διαμονής	Διαμονή με τους γονείς	213	27.0
	Διαμένω μόνος / μόνη	454	57.5
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	40	5.1
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	57	7.2
	Άλλο	25	3.2

Πίνακας 39: Στοιχεία φοιτητών

Κατανάλωση Αλκοόλ

Στον Πίνακα 41 παρουσιάστηκε πόσες φορές ήπιαν οι φοιτητές διάφορα ποτά την προηγούμενη εβδομάδα. Αρκετά υψηλά υπήρξαν τα ποσοστά των φοιτητών που δεν ήπιαν καμία φορά μύρα (54.9%), ούζο ή τσίπουρο (80.0%), συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό (84.3%), κρασί (52.4%), ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό (58.4%), σφηνάκια (66.1%) και κοκτέιλ με αλκοόλ (87.4%). Το 41.0% των φοιτητών κατανάλωσε μία έως 5 φορές μύρα. Το 12.1% κατανάλωσε μία έως 2 φορές ούζο ή τσίπουρο. Το 11.3% κατανάλωσε μία έως 2 φορές κάποιο συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό. Το 43.0% κατανάλωσε μία έως 5 φορές κρασί. Το 35.6% κατανάλωσε μία έως 5 φορές ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό. Το 26.8% κατανάλωσε μία έως 5 φορές σφηνάκια. Το 8.5% κατανάλωσε μία έως 2 φορές κοκτέιλ με αλκοόλ.

Το 89.2% των φοιτητών δήλωσε ότι στην οικογένειά του, πίνουν από μέτρια έως καθόλου. Στον Πίνακα 42, δίνεται η μέση ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει την εβδομάδα καθένας από τους γονείς των φοιτητών. Παρατηρούμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις, ο πατέρας καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ από τη μητέρα εκτός από τις περιπτώσεις των συσκευασμένων αλκοολούχων ποτών και των κοκτέιλ με αλκοόλ.

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζεται η μέση μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που κατανάλωσαν οι φοιτητές σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα. Το ποτό με τη

μεγαλύτερη κατανάλωση ήταν τα οινοπνευματώδη ποτά τύπου ούισκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.(1.37 ±2.73), ενώ ακολουθούσαν τα σφηνάκια (1.34 ± 3.60).

Μπύρες	0.97 (±2.42)	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0.17 (±0.84)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	0.57 (±1.87)	Σφηνάκια	1.34 (±3.60)
Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)	1.37 (±2.73)	Κοκτέιλ με αλκοόλ	0.17 (±0.85)
Ποτήρια κρασιού	0.97 (±2.26)	Άλλα αλκοολούχα ποτά	0.10 (±0.71)
Μέση τιμή (± τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 43: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ την προηγούμενη εβδομάδα

Στον Πίνακα 44 παρουσιάζεται η μέση ποσότητα αλκοόλ που οι φοιτητές θεώρησαν ως κατάχρηση για τους άνδρες και τις γυναίκες. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι φοιτητές θεώρησαν ότι οι άνδρες επιτρέπεται να καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ.

Στον Πίνακα 45 παρουσιάζεται πόσες φορές μέθυσαν από αλκοολούχα ποτά, σε βαθμό να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί. Το 84.5% των φοιτητών έχει μεθύσει σε τέτοιο βαθμό έως και 5 φορές σε όλη του τη ζωή. Το 96.5% έχει μεθύσει σε τέτοιο βαθμό έως και 2 φορές στη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Το 85.7% των φοιτητών έχει μεθύσει σε τέτοιο βαθμό έως και 2 φορές στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου. Τέλος, 92.1% δεν μέθυσε ποτέ σε τέτοιο βαθμό στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

Στον Πίνακα 46, παρουσιάζεται πόσες φορές μέσα στον τελευταίο χρόνο (12 τελευταίους μήνες μέχρι σήμερα) συνέβησαν στους φοιτητές ορισμένα αρνητικά γεγονότα, εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ. Η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσε ότι ποτέ δεν του συνέβη κάποιο από αυτά τα γεγονότα. Σημαντικό βέβαια κρίνεται το ποσοστό των φοιτητών (13.9%) που λόγω του αλκοόλ παραμέλησαν τις σπουδές τους 1 με 2 φορές.

Από τον Πίνακα 47, παρατηρούμε ότι το 79.6% των φοιτητών, σε μια έξοδό τους, καταναλώνουν 1 με 3 αλκοολούχα ποτά, το 8.7% κανένα αλκοολούχο ποτό, το 8.6% 4 με 6 ποτά και μόλις το 3.0% καταναλώνει 7 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά. Το είδος αλκοολούχου ποτού με τη μεγαλύτερη συχνότητα που καταναλώνουν είναι τα σφηνάκια (1.42 ± 3.66) και οι μπύρες (1.42 ± 3.13).

Το 89.1% των φοιτητών δήλωσε ότι οι περισσότεροι ή όλοι οι φίλοι τους πίνουν αλκοόλ (Πίνακας 48). Το 87.5% των φίλων πίνει αλκοόλ 1 με 4 φορές σε μία συνηθισμένη εβδομάδα, ενώ το 93.8% των φίλων καταναλώνει από 1 έως και 6 αλκοολούχα ποτά σε μια συνηθισμένη έξοδο. Το 82.1% των φοιτητών δήλωσε ότι επισκέπτεται κάποιο μπαρ 1 με 4 φορές την εβδομάδα. Σημαντικό είναι το ποσοστό των φοιτητών που δήλωσαν ότι δεν επισκέπτονται ποτέ κάποιο μπαρ (16.2%). Το 48.8% περνά 3 με 4 ώρες σε κάποιο μπαρ με φίλους, το 22.9% περνά 1 με 2 ώρες, το 23.7% περνά περισσότερες από 5 ώρες, ενώ το υπόλοιπο 4.6% περνά λιγότερο από μια ώρα.

Το 6.6% των φοιτητών δήλωσε ότι δεν πίνει καθόλου αλκοόλ. Από τους φοιτητές που πίνουν αλκοόλ, το 3.4% πίνει πάντα μόνο του, το 23.5% πίνει με έναν φίλο, το 55.5% πίνει με 2 ή 3 φίλους, το 62.5% πίνει με μια παρέα τεσσάρων ή περισσότερων φίλων και το 22.6% πίνει στο σπίτι με την οικογένεια.

Στον Πίνακα 49 παρουσιάζεται ο βαθμός συμφωνίας των φοιτητών με ορισμένες προτάσεις που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ. Το 43.9% των φοιτητών συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι οι φίλοι του θα ενέκριναν το να πίνει. Το 18.1% ήταν ουδέτερο. Το 50.2% συμφώνησε από λίγο έως απόλυτα ότι φίλοι του θα περίμεναν να πιεί όταν βγαίνουν έξω. Το 13.7% υπήρξε ουδέτερο. Το 62.0% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι η οικογένειά του θα ενέκρινε το να πίνει. Το 13.6% ήταν ουδέτερο. Σχεδόν μοιρασμένοι ήταν οι φοιτητές σχετικά με το εάν η οικογένειά τους θα περίμενε ότι θα πιούν όταν βγαίνουν έξω. Το 91.1% των φοιτητών συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι εάν θα πιεί αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό του. Το 49.9% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι είναι εύκολο να πίνει περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνει με φίλους. Το 58.4% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι έχει λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνει, όταν πίνει με φίλους.

Το 83.2% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι θα έπινε τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι του σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνει. Το 85.9% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι συνήθως προσπαθεί να πει τον ίδιο αριθμό ποτών με αυτό που πίνουν οι φίλοι του. Το 72.1% διαφώνησε από λίγο έως απόλυτα ότι οι φίλοι του θα το ενθάρρυναν να πει τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι. Το 84.3% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι μερικές φορές νιώθει να πιέζεται να πει όταν βγαίνει έξω με φίλους. Το 70.9% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν έχει ένα πρόβλημα, το να πει θα το κάνει να το «ξεχάσει». Το 71.3% διαφώνησε από λίγο έως απόλυτα ότι όταν πίνει με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουν ποτά σε «γύρους». Το 11.7% υπήρξε ουδέτερο.

Το 47.9% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν το κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πει «όχι». Το 10.1% υπήρξε ουδέτερο. Το 51.7% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι θα έπινε περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά. Το 10.1% ήταν ουδέτερο. Το 64.3% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά το κάνει να πίνει περισσότερο. Το 11.6% ήταν ουδέτερο. Το 50.0% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνει περισσότερο. Το 11.4% ήταν ουδέτερο. Το 65.4% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνει. Το 11.4% ήταν ουδέτερο. Το 82.2% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα με το ότι στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνει περισσότερο από ότι συνήθιζε. Το 55.1% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα με το ότι προτίθεται να πει αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει. Το 10.7% ήταν ουδέτερο. Το 58.1% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι έχει την πρόθεση να πει αλκοόλ, όταν οι φίλοι του πίνουν αλκοόλ. Το 11.6% ήταν ουδέτερο. Το 85.6% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι ο φόβος της ανεργίας το κάνει να πίνει ή να πίνει περισσότερο από ότι συνήθιζε.

Το 66.3% των φοιτητών υπήρξε είτε ουδέτερο είτε συμφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ευχάριστη (Πίνακας 50). Το 68.4% των φοιτητών ήταν είτε ουδέτερο είτε συμφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι απολαυστική. Το 90.8% υπήρξε είτε ουδέτερο είτε διαφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ασφαλής. Το 91.9% ήταν είτε ουδέτερο είτε διαφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ευνοϊκή. Το 87.7% ήταν είτε ουδέτερο είτε διαφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι καλή. Το 92.4% ήταν είτε ουδέτερο είτε διαφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ωφέλιμη. Το

80.7% διαφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι πολύτιμη. Το 66.7% υπήρξε είτε ουδέτερο είτε συμφώνησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι χαλαρωτική.

Ο Πίνακας 51 παρουσιάζει τον μέσο αριθμό αλκοολούχων ποτών που οι φοιτητές είχαν την πρόθεση να καταναλώσουν τον επόμενο μήνα. Οι φοιτητές, φάνηκε να προτιμούν τις μπύρες (4.13 ± 8.30) και τα σφηνάκια (3.95 ± 9.95). Τελευταία στις προτιμήσεις τους ήρθαν τα αλκοολούχα αναψυκτικά (0.75 ± 2.88) και άλλα αλκοολούχα ποτά (0.49 ± 5.10).

Ποτήρια κρασιού	3.77 (± 6.40)	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0.75 (± 2.88)
Μπύρες	4.13 (± 8.30)	Σφηνάκια	3.95 (± 9.95)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	1.62 (± 4.90)	Κοκτέιλ με αλκοόλ	0.64 (± 2.03)
Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)	3.76 (± 8.36)	Άλλα αλκοολούχα ποτά	0.49 (± 5.10)
Μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 51: Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα

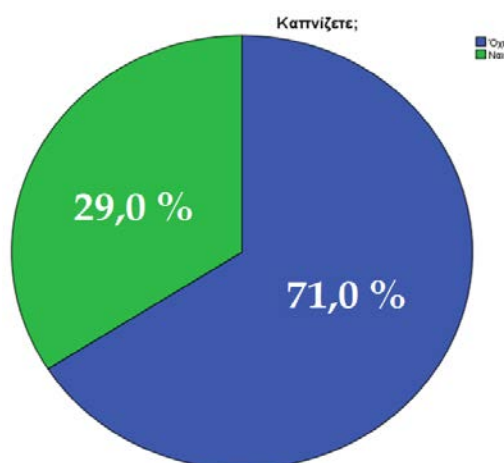
Το 6.9% των φοιτητών δήλωσε ότι δεν πίνει καθόλου αλκοόλ. Το 38.3% αυτών που πίνουν συνδυάζουν το ποτό με φαγητό, το 41.6% με σνακς, το 68.7% με μουσική, το 29.0% με τσιγάρο.

Κάπνισμα

Το 71.0% των φοιτητών δήλωσε ότι δεν καπνίζει (Πίνακας 52). Από τους φοιτητές που δεν καπνίζουν, το 81.9% δεν κάπνιζε ποτέ στο παρελθόν. Το 34.2% καπνίζει, κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, κατά μέσο όρο 1 με 5 τσιγάρα την ημέρα, το 28.9% καπνίζει 6 με 10 τσιγάρα, το 26.2% καπνίζει 11 με 20 τσιγάρα, ενώ το υπόλοιπο 10.5% καπνίζει περισσότερα από 21 τσιγάρα την ημέρα. Κατά το μήνα που πέρασε του χρόνου διεξαγωγής της έρευνας, το 28.9% των φοιτητών κάπνισε κατά μέσο όρο 6 με 10 τσιγάρα, το 27.6% κάπνισε 11 με 20 τσιγάρα, το 26.7% κάπνισε 1 με 5 τσιγάρα, ενώ το υπόλοιπο 16.9% κάπνισε περισσότερα από 21 τσιγάρα. Ο μέσος αριθμός τσιγάρων που είχαν την πρόθεση να καπνίσουν τον επόμενο μήνα είναι $229.64 (\pm 289.24)$ τσιγάρα.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καπνίζετε;	Όχι	562	71.0
	Ναι	229	29.0
Αν δεν καπνίζετε αυτή τη στιγμή, καπνίζατε ποτέ στο παρελθόν;	Όχι	457	81.9
	Ναι	101	18.1
Κατά μέσο όρο, περίπου πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1 -5	77	34.2
	6 -10	65	28.9
	11 -20	59	26.2
	21+	24	10.7
Πόσα τσιγάρα καπνίσατε κατά μέσο όρο την ημέρα κατά το μήνα που πέρασε;	1 -5	60	26.7
	6 - 10	65	28.9
	11 -20	62	27.6
	21+	38	16.9
Πόσα τσιγάρα προτίθεστε να καπνίσετε περίπου τον επόμενο μήνα;	229.64 (\pm 289.24)		

Πίνακας 52: Καπνιστικές συνήθειες φοιτητών



Σχήμα 8: Αναλογία καπνιστών και μη καπνιστών στο δείγμα –Α΄ ερευνητική φάση

Το 30.7% των φοιτητών ξεκίνησε το κάπνισμα από περιέργεια. 11.4% ξεκίνησε το κάπνισμα επειδή κάπνιζαν οι φίλοι, 17.1% επειδή πίστευε ότι θα το χαλαρώσει, 47.1% χωρίς προφανή λόγο και 13.6% για κάποιον άλλο λόγο.

Το 16.7% των φοιτητών δήλωσε ότι κανένα μέλος της οικογένειάς του δεν καπνίζει (Πίνακας 53). Το 43.6% δήλωσε ότι καπνίζει η μητέρα, ενώ το 69.3% δήλωσε ότι καπνίζει ο πατέρας. Το 25.9% δήλωσε ότι καπνίζουν τα αδέρφια. Ο μέσος αριθμός αδελφών που καπνίζουν βρέθηκε ίσος με 0.38 (\pm 0.67). Το 51.7% των φοιτητών δήλωσε ότι οι περισσότεροι από τους φίλους του καπνίζουν.

Από τον Πίνακα 54 παρατηρούμε τα εξής: Το 58.3% των φοιτητών διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι ο καλύτερος του φίλος πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 10.1% υπήρξε ουδέτερο. Το 58.3% διαφώνησε από λίγο έως απόλυτα ότι άλλοι φίλοι πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 16.3% ήταν ουδέτερο. Το 86.4% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι ο πατέρας του πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 87.0% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι η μητέρα του πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 88.8% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι οι ειδικοί υγείας πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 73.0% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι ο/η σύντροφός του πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 58.9% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι οι άνθρωποι που καπνίζουν πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζει. Το 16.6% υπήρξε ουδέτερο. Το 78.1% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι τα αδέρφια του πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 59.8% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι για την κοινωνία θεωρείται ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζει. Το 19.4% υπήρξε ουδέτερο. Το 58.6% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι οι γύρω του σε κλειστούς χώρους (π.χ. καφετέριες, μπαράκια) πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζει. Το 16.5% ήταν ουδέτερο.

Το 79.2% των φοιτητών που δεν καπνίζουν δήλωσε ότι δεν υπάρχει ενδεχόμενο να καπνίσει στο μέλλον. Το 19.2% δήλωσε ότι ίσως να καπνίσει στο μέλλον, ενώ μόλις το 1.6% δήλωσε ότι θα καπνίσει στο μέλλον. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι θα καπνίσουν ή μπορεί να καπνίσουν στο μέλλον, ένα ποσοστό 21.3% θα το κάνει από περιέργεια, ένα 7.7% θα το κάνει επειδή καπνίζουν οι φίλοι, ένα ποσοστό 25.1% επειδή πιστεύει ότι θα το χαλαρώσει, ένα ποσοστό 39.9% χωρίς προφανή λόγο και ένα ποσοστό 15.4% για κάποιον άλλο λόγο.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 55, το 42.6% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι το κόστος των τσιγάρων / καπνού του επιτρέπει να τα αγοράσει. Το 20.3% ήταν ουδέτερο. Το 74.3% συμφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι ενδιαφέρεται για την ποιότητα τσιγάρων / καπνού που χρησιμοποιεί. Το 12.4% υπήρξε ουδέτερο. Το 50.0% των φοιτητών διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι καπνίζουν περισσότερο από ότι συνήθως όταν έχουν πολύ δουλειά να κάνουν. Το 11.5% ήταν ουδέτερο. Το 48.0% συμφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι καπνίζει πιο ελεύθερα επειδή δεν μένει με τους γονείς του να το ελέγχει. Το 77.2% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως όταν είναι σε άσχημη διάθεση. Το 46.6% διαφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν είναι σε καλή διάθεση καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 22.3% υπήρξε ουδέτερο.

Το 75.8% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν βγαίνει έξω καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 71.6% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν έχει άγχος καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 45.5% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι η διαθεσιμότητα τσιγάρων / καπνού τους κάνει να καπνίζουν. Το 17.5% υπήρξε ουδέτερο. Το 68.6% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν πίνει τον καφέ του καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 76.1% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν πίνει αλκοόλ καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 11.4% υπήρξε ουδέτερο. Το 49.8% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι πιστεύει ότι αν κόψει το κάπνισμα θα τρώει περισσότερο. Το 13.9% υπήρξε ουδέτερο ενώ σημαντικό κρίνεται το 28.4% που διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα. Το 64.% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι συνηθίζει να καπνίζει μετά το φαγητό. Σημαντικό κρίθηκε το 12.7% που διαφώνησε απόλυτα. Το 57.5% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι όταν νιώθει μοναξιά καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 13.5% ήταν ουδέτερο, ενώ ένα ποσοστό της τάξης τους 14.0% διαφώνησε απόλυτα. Το 56.0% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι για να σταματήσει να τρώει ανάβει τσιγάρο. Το 10.5% ήταν ουδέτερο, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 17.5% συμφώνησε αρκετά έως απόλυτα.

Το 46.7% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι ακούγοντας τη μουσική που του αρέσει, καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 14.4% υπήρξε ουδέτερο, ενώ το 31.3% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα. Το 62.1% συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική, καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 11.4% υπήρξε ουδέτερο, ενώ ένα ποσοστό 14.9% διαφώνησε απόλυτα. Το 70.6%

συμφώνησε λίγο έως απόλυτα ότι αν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή του θα το έκανε να καπνίσει περισσότερο από ότι συνήθως. Το 45.5% διαφώνησε απόλυτα ότι ο φόβος της ανεργίας το έκανε να ξεκινήσει να καπνίζει ή να καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθιζε. Το 11.4% υπήρξε ουδέτερο, ενώ ένα ποσοστό 13.4% συμφώνησε λίγο. Το 63.1% διαφώνησε αρκετά έως απόλυτα ότι η οικονομική κρίση το έκανε να ξεκινήσει να καπνίζει ή να καπνίζει περισσότερο από ότι συνήθιζε. Το 13.4% υπήρξε ουδέτερο.

Ο Πίνακας 56 παρουσιάζει την άποψη των φοιτητών που ήδη καπνίζουν και όσων ενδεχομένως θα κάπνιζαν στο μέλλον σχετικά με το τι θα ήταν το να καπνίσουν τον επόμενο μήνα. Το 44.2% των φοιτητών θεώρησε ότι θα ήταν καθόλου έως μέτρια ευχάριστο, το 23.1% υπήρξε ουδέτερο, ενώ το 32.7% θεώρησε ότι θα ήταν από μέτρια έως απόλυτα ευχάριστο. Το 48.6% των φοιτητών θεώρησε ότι θα ήταν καθόλου έως μέτρια διασκεδαστικό, το 25.2% υπήρξε ουδέτερο, ενώ το 26.2% θεώρησε ότι θα ήταν από μέτρια έως απόλυτα διασκεδαστικό. Το 79.1% θεώρησε ότι δεν θα ήταν ασφαλές, ενώ το 12.9% υπήρξε ουδέτερο. Το 78.6% θεώρησε ότι δεν θα ήταν ευνοϊκό, ενώ το 14.0% ήταν ουδέτερο. Το 81.8% θεώρησε ότι δεν θα ήταν καλό, ενώ το 11.0% ήταν ουδέτερο. Τέλος, το 53.3% θεώρησε ότι θα ήταν χαλαρωτικό, το 19.5% ήταν ουδέτερο, ενώ το 27.2% θεώρησε ότι δεν θα ήταν χαλαρωτικό.

3.3.2 Αξιοπιστία Ερωτηματολογίων και Παραγοντική Ανάλυση

Προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία των κλιμάκων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach και η διερευνητική παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax. Ως ελάχιστη τιμή φόρτισης έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνεται ένα στοιχείο σε κάποιον παράγοντα θεωρήθηκε η 0.4.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορά το βαθμό συμφωνίας των φοιτητών με ορισμένες προτάσεις που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 49) ισούται με $\alpha = .883$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της κλίμακας έχουν υψηλή

εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett έχουμε μια απόδειξη ότι οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους συσχετισμένες ($\chi^2(231) = 5439.98$, $p < 0.001$) ενώ η τιμή του μέτρου των Kaiser-Meyer-Olkin ισούται με 0.901, η οποία κρίνεται υψηλή. Τα δυο αυτά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα να αναλυθούν με την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης.

Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 4 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 53.1% της αρχικής μεταβλητότητας. Οι φορτίσεις καθενός από τα 22 στοιχεία της κλίμακας στους τέσσερις παράγοντες δίνεται στον Πίνακα 57. Με βάση τις φορτίσεις αυτές, μπορούμε να ονομάσουμε τους παράγοντες ως εξής:

Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση»

- Ο παράγοντας αυτός αποτελείται από τα στοιχεία: «Είναι εύκολο να πίνω περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνω με φίλους.», «Έχω λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνω, όταν πίνω με φίλους.», «Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πιω θα με κάνει να το «ξεχάσω».», «Όταν πίνω με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουμε ποτά σε «γύρους».», «Όταν με κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πω «όχι».», «Θα έπινα περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά.», «Το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά με κάνει να πίνω περισσότερο.», «Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.», «Όταν πίνω με φίλους, το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνω.», «Προτίθεμαι να πιω αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει.» και «Έχω την πρόθεση να πιω αλκοόλ, όταν οι φίλοι μου πίνουν αλκοόλ.»

Π1.2 «Προσδοκίες σημαντικών άλλων»

- Ο παράγοντας αυτός αποτελείται από τα στοιχεία: «Οι φίλοι μου θα ενέκριναν το να πίνω», «Οι φίλοι μου θα περίμεναν να πιώ όταν βγαίνουμε έξω», «Η οικογένειά μου θα ενέκρινε το να πίνω», «Η οικογένειά μου θα περίμενε ότι θα πιώ όταν βγαίνουμε έξω».

Π1.3 «Επιδράσεις των φίλων στην πόση»

- Ο παράγοντας αυτός αποτελείται από τα στοιχεία: «Θα έπινα τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι μου σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω», «Συνήθως προσπαθώ να πω τον ίδιο αριθμό ποτών με αυτό που πίνουν οι φίλοι μου», «Οι φίλοι μου θα με ενθάρρυναν να πω τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι», «Μερικές φορές νιώθω να πιέζομαι να πω όταν βγαίνω έξω με φίλους».

Π1.4«Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης»

- Ο παράγοντας αυτός αποτελείται από τα στοιχεία: «Εάν θα πιά αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό μου», «Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πω θα με κάνει να το «ξεχάσω», «Στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα», «Ο φόβος της ανεργίας με κάνει να πίνω ή να πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα».

	Π1.1	Π1.2	Π1.3	Π1.4
Οι φίλοι μου θα ενέκριναν το να πίνω.		0.773		
Οι φίλοι μου θα περίμεναν να πιά όταν βγαίνουμε έξω.		0.647		
Η οικογένεια μου θα ενέκρινε το να πίνω.		0.798		
Η οικογένεια μου θα περίμενε ότι θα πιά όταν βγαίνω έξω.		0.673		
Εάν θα πιά αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό μου.				-0.645
Είναι εύκολο να πίνω περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνω με φίλους	0.701			
Έχω λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνω, όταν πίνω με φίλους	0.609			
Θα έπινα τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι μου σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω.			0.491	
Συνήθως προσπαθώ να πω τον ίδιο αριθμό ποτών με αυτό που πίνουν οι φίλοι μου.			0.695	
Οι φίλοι μου θα με ενθάρρυναν να πω τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι.			0.779	
Μερικές φορές νιώθω να πιέζομαι να πω όταν βγαίνω έξω με φίλους.			0.682	
Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πω θα με κάνει να το «ξεχάσω».	0.499			0.445
Όταν πίνω με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουμε ποτά σε «γύρους».	0.482			
Όταν με κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πω «όχι».	0.664			
Θα έπινα περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά.	0.760			
Το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά με κάνει να πίνω περισσότερο.	0.562			

Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.	0.690			
Όταν πίνω με φίλους, το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνω.	0.668			
Στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.				0.653
Προτίθεται να πιω αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει.	0.565			
Έχω την πρόθεση να πιω αλκοόλ, όταν οι φίλοι μου πίνουν αλκοόλ.	0.617			
Ο φόβος της ανεργίας με κάνει να πίνω ή να πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.				0.693
Eigenvalue	4.855	2.381	2.355	2.096
% of variance	22.069	10.823	10.703	9.528
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
a. 4 components extracted.				

Πίνακας 57: Φορτίσεις των υποκειμενικών νορμών και του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορά το χαρακτηρισμό του να πίνεις αλκοόλ (Πίνακας 50), ισούται με Cronbach $\alpha = .903$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett έχουμε μια απόδειξη ότι οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους συσχετισμένες ($\chi^2(28) = 4144.44$, $p < 0.001$) ενώ η τιμή του μέτρου των Kaiser-Meyer-Olkin ισούται με 0.861, η οποία κρίνεται υψηλή. Τα δυο αυτά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα να αναλυθούν με την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης.

Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 2 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 75.1% της αρχικής μεταβλητότητας. Οι φορτίσεις καθενός από τα 8 στοιχεία της κλίμακας στους πέντε παράγοντες δίνεται στον Πίνακα 58. Βάσει των φορτίσεων αυτών, μπορούμε να ονομάσουμε τους παράγοντες ως εξής:

Π2.1 «Στάση χρηστικότητας της πόσης»

Π2.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης»

	Π2.1	Π2.2
ευχάριστο		0.875
απολαυστικό		0.892
ασφαλές	0.649	0.428
ευνοϊκό	0.787	
καλό	0.728	0.427
ωφέλιμο	0.881	
πολύτιμο	0.845	
χαλαρωτικό		0.801
Eigenvalue	3.266	2.741
% of variance	40.826	34.267
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Πίνακας 58: Φορτίσεις στις στάσεις για το κάπνισμα

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορά το εάν οι άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είναι αρνητικό το να καπνίζουν οι φοιτητές (Πίνακας 54) ισούται με Cronbach $\alpha = .867$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett έχουμε μια απόδειξη ότι οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους συσχετισμένες ($\chi^2(45) = 2408.44, p < 0.001$) ενώ η τιμή του μέτρου των Kaiser-Meyer-Olkin ισούται με 0.864, η οποία κρίνεται υψηλή. Τα δυο αυτά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα να αναλυθούν με την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης.

Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 2 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 60.0% της αρχικής μεταβλητότητας. Οι φορτίσεις καθενός από τα 10 στοιχεία της κλίμακας στους δυο παράγοντες δίνεται στον Πίνακα 59. Με βάση τις φορτίσεις αυτές, μπορούμε να ονομάσουμε τους παράγοντες ως εξής:

Π3.1 «Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα»

Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα»

	Π3.1	Π3.2
Ο καλύτερος μου φίλος πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.		0.575
Άλλοι φίλοι πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.		0.707
Ο πατέρας μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	0.854	
Η μητέρα μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	0.815	
Οι ειδικοί υγείας πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	0.807	
Ο/η σύντροφός μου (εάν έχω) πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	0.612	0.436
Οι άνθρωποι που καπνίζουν πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζω.		0.716
Τα αδέρφια μου πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	0.597	0.507
Για την κοινωνία θεωρείται ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.		0.715
Οι γύρω μου σε κλειστούς χώρους (π.χ. καφετέριες, μπαράκια) πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζω.		0.731
Eigenvalue	3.035	2.938
% of variance	30.352	29.379
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Πίνακας 59: Φορτίσεις για την κλίμακα των υποκειμενικών νορμών του καπνίσματος

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορά τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι φοιτητές σχετικά με το κάπνισμα (Πίνακας 55) ισούται με Cronbach $\alpha = .886$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett έχουμε μια απόδειξη ότι οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους συσχετισμένες ($\chi^2(190) = 1819.45, p < 0.001$) ενώ η τιμή του μέτρου των Kaiser-Meyer-Olkin ισούται με 0.859, η οποία κρίνεται μέτρια. Τα δυο αυτά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα να αναλυθούν με την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης.

Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 5 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 62.0% της αρχικής μεταβλητότητας. Οι φορτίσεις καθενός από τα 20 στοιχεία της κλίμακας στους πέντε παράγοντες δίνεται στον Πίνακα 60. Με βάση τις φορτίσεις αυτές, μπορούμε να ονομάσουμε τους παράγοντες ως εξής:

Π4.1 «Ψυχολογικές συνθήκες επίδρασης στην ποσότητα καπνίσματος»

Π4.2 «Συνδυασμός καπνίσματος με άλλες συνήθειες»

Π4.3 «Παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος»

Π4.4 «Αγχογόνοι οικονομικοί παράγοντες επίδρασης στο κάπνισμα»

Π4.5 «Παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος»

	Π4.1	Π4.2	Π4.3	Π4.4	Π4.5
Το κόστος των τσιγάρων / καπνού μου επιτρέπει να τα αγοράσω.			0.573		
Ενδιαφέρομαι για την ποιότητα τσιγάρων / καπνού που χρησιμοποιώ.		0.479			
Όταν έχω πολύ δουλειά να κάνω, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.		0.457			
Το ότι δεν μένω με τους γονείς μου ώστε να με ελέγχουν, με κάνει να καπνίζω πιο ελεύθερα.					0.757
Όταν είμαι σε άσχημη διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.828				
Όταν είμαι σε καλή διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.			0.577		
Όταν βγαίνω έξω καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.515		0.634		
Όταν έχω άγχος καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.682				
Η διαθεσιμότητα τσιγάρων / καπνού με κάνει να καπνίζω.					0.499
Όταν πίνω τον καφέ μου καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.		0.517	0.463		
Όταν πίνω αλκοόλ καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.561		0.614		
Πιστεύω ότι αν κόψω το κάπνισμα θα τρώω περισσότερο.		0.628			0.485
Συνηθίζω να καπνίζω μετά το φαγητό.		0.751			
Όταν νιώθω μοναξιά καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.523	0.477			
Για να σταματήσω να τρώω ανάβω τσιγάρο.					0.674
Ακούγοντας τη μουσική που μου αρέσει, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως .		0.450			
Σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.701				
Αν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή μου θα με έκανε να καπνίσω περισσότερο από ότι συνήθως.	0.786				
Ο φόβος της ανεργίας με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.				0.863	
Η οικονομική κρίση με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.				0.892	
Eigenvalue	3,684	2,565	2,136	2,127	1,875
% of variance	18,421	12,827	10,682	10,634	9,376

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Πίνακας 60: Φορτίσεις για την κλίμακα αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου για το κάπνισμα

Ο συντελεστής αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορά την άποψη των φοιτητών που ήδη καπνίζουν και όσων ενδεχομένως καπνίσουν στο μέλλον σχετικά με το τι θα ήταν το να καπνίσουν τον επόμενο μήνα (Πίνακας 56) ισούται με Cronbach $\alpha = .852$. Αυτό σημαίνει ότι τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας έχουν υψηλή εσωτερική συνέπεια ως προς αυτό που μετράνε. Δηλαδή τα στοιχεία της κλίμακας είναι υψηλά συσχετισμένα σαν στοιχεία μιας ομάδας.

Από τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett έχουμε μια απόδειξη ότι οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους συσχετισμένες ($\chi^2(15) = 1157.12, p < 0.001$) ενώ η τιμή του μέτρου των Kaiser-Meyer-Olkin ισούται με 0.802, η οποία κρίνεται υψηλή. Τα δυο αυτά στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα μας είναι κατάλληλα να αναλυθούν με την πολυμεταβλητή τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης.

Η παραγοντική ανάλυση οδήγησε σε 2 στατιστικά σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν το 82.0% της αρχικής μεταβλητότητας. Οι φορτίσεις καθενός από τα 20 στοιχεία της κλίμακας στους πέντε παράγοντες δίνεται στον Πίνακα 61. Βάσει των φορτίσεων αυτών, μπορούμε να ονομάσουμε τους παράγοντες ως εξής:

Π5.1 «Στάση χρηστικότητα του καπνίσματος»

Π5.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης του καπνίσματος»

	Π5.1	Π5.2
ευχάριστο		0.887
διασκεδαστικό		0.829
ασφαλές	0.896	
ευνοϊκό	0.907	
καλό	0.913	
χαλαρωτικό		0.835
Eigenvalue	2.598	2.301
% of variance	43.301	38.351
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Πίνακας 61: Φορτίσεις για την κλίμακα των στάσεων για το κάπνισμα

3.3.3. Στατιστική ανάλυση παραγόντων

3.3.3.1. Σχέσεις Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Παραγόντων

Από τον Πίνακα 62 παρατηρούμε ότι το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» (0.176 ± 0.950 vs -0.346 ± 1.023 ; $t(697) = 6.711$; $p < 0.001$), Π1.2 «Προσδοκίες σημαντικών άλλων» (0.072 ± 0.966 vs -0.171 ± 1.049 ; $t(697) = 3.062$; $p = 0.002$), Π1.3 «Επιδράσεις των φίλων στην πόση» (0.115 ± 0.903 vs -0.219 ± 1.125 ; $t(400.6) = 3.974$; $p < 0.001$), Π2.1 «Στάση χρηστικότητας της πόσης» (-0.118 ± 0.963 vs 0.212 ± 1.025 ; $t(738) = -4.340$; $p < 0.001$), Π3.1 «Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα» (0.120 ± 0.890 vs -0.206 ± 1.128 ; $t(313.7) = 3.445$; $p = 0.001$), Π4.1 «Ψυχολογικές συνθήκες επίδρασης στην ποσότητα καπνίσματος» (-0.120 ± 0.930 vs 0.223 ± 1.068 ; $t(213) = -2.502$; $p = 0.013$) και Π4.3 «Παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος» (0.135 ± 0.934 vs -0.192 ± 1.047 ; $t(213) = 2.396$; $p = 0.017$). Σε όλες τις περιπτώσεις εκτός από τους παράγοντες Π2.1 «Στάση χρηστικότητας της πόσης» και Π4.1 «Ψυχολογικές συνθήκες επίδρασης στην ποσότητα καπνίσματος», οι γυναίκες έχουν θετική στάση απέναντι στους παράγοντες και οι άνδρες αρνητική.

Παράγοντας	Φύλο	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Γυναίκα	460	0.176	0.950	<0.001
	Άνδρας	239	-0.346	1.023	
Π1.2	Γυναίκα	460	0.072	0.966	0.002
	Άνδρας	239	-0.171	1.049	
Π1.3	Γυναίκα	460	0.115	0.903	<0.001
	Άνδρας	239	-0.219	1.125	
Π1.4	Γυναίκα	460	0.043	0.927	0.149
	Άνδρας	239	-0.081	1.139	
Π2.1	Γυναίκα	481	-0.118	0.963	<0.001
	Άνδρας	259	0.212	1.025	
Π2.2	Γυναίκα	481	-0.032	1.014	0.271

	Άνδρας	259	0.053	0.966	
Π3.1	Γυναίκα	359	0.120	0.890	0.001
	Άνδρας	189	-0.206	1.128	
Π3.2	Γυναίκα	359	-0.002	0.994	0.866
	Άνδρας	189	0.013	1.001	
Π4.1	Γυναίκα	128	-0.120	0.930	0.013
	Άνδρας	87	0.223	1.068	
Π4.2	Γυναίκα	128	0.008	0.984	0.905
	Άνδρας	87	-0.009	1.030	
Π4.3	Γυναίκα	128	0.135	0.934	0.017
	Άνδρας	87	-0.192	1.047	
Π4.4	Γυναίκα	128	0.013	1.042	0.895
	Άνδρας	87	-0.005	0.917	
Π4.5	Γυναίκα	128	-0.048	0.930	0.490
	Άνδρας	87	0.047	1.081	
Π5.1	Γυναίκα	192	-0.073	0.877	0.075
	Άνδρας	105	0.167	1.206	
Π5.2	Γυναίκα	192	-0.037	0.959	0.412
	Άνδρας	105	0.063	1.094	

Πίνακας 62:Επίδραση φύλου στους παράγοντες

Από τον Πίνακα 63 παρατηρούμε ότι το πανεπιστήμιο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» (0.104 ± 0.957 vs -0.157 ± 1.040 ; $t(700) = 3.407$; $p=0.001$), Π3.1 «Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα» (0.142 ± 0.851 vs -0.201 ± 1.147 ; $t(390.7) = 3.829$; $p<0.001$) και Π5.1 «Στάση χρησιμότητας του καπνίσματος» (-0.111 ± 0.910 vs 0.145 ± 1.095 ; $t(253.1) = -2.164$; $p=0.031$). Σε όλες τις περιπτώσεις εκτός από τον παράγοντα Π5.1 «Στάση χρησιμότητας του καπνίσματος», οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου έχουν θετική στάση απέναντι στους παράγοντες και οι φοιτητές του ΤΕΙ Καλαμάτας αρνητική.

Παράγοντας	Πανεπιστήμιο	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	426	0.104	0.957	0.001
	ΤΕΙ Καλαμάτας	276	-0.157	1.040	
Π1.2	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	426	0.018	0.979	0.528
	ΤΕΙ Καλαμάτας	276	-0.031	1.040	
Π1.3	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	426	-0.001	0.914	0.861
	ΤΕΙ Καλαμάτας	276	0.013	1.113	
Π1.4	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	426	0.029	0.993	0.408
	ΤΕΙ Καλαμάτας	276	-0.035	1.005	
Π2.1	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	450	-0.042	0.949	0.300
	ΤΕΙ Καλαμάτας	294	0.037	1.045	
Π2.2	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	450	-0.009	1.000	0.655
	ΤΕΙ Καλαμάτας	294	0.025	1.005	
Π3.1	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	324	0.142	0.851	<0.001
	ΤΕΙ Καλαμάτας	226	-0.201	1.147	
Π3.2	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	324	-0.036	0.966	0.205
	ΤΕΙ Καλαμάτας	226	0.074	1.039	
Π4.1	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	113	-0.091	0.997	0.189
	ΤΕΙ Καλαμάτας	106	0.087	1.000	
Π4.2	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	113	0.100	1.064	0.119
	ΤΕΙ Καλαμάτας	106	-0.111	0.924	
Π4.3	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	113	0.000	0.955	0.964
	ΤΕΙ Καλαμάτας	106	-0.006	1.053	
Π4.4	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	113	-0.049	1.055	0.469
	ΤΕΙ Καλαμάτας	106	0.049	0.945	
Π4.5	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	113	-0.002	0.998	0.954
	ΤΕΙ Καλαμάτας	106	-0.010	1.003	
Π5.1	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	169	-0.111	0.910	0.031
	ΤΕΙ Καλαμάτας	132	0.145	1.095	
Π5.2	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	169	0.002	1.002	0.896
	ΤΕΙ Καλαμάτας	132	0.017	1.002	

Πίνακας 63: Επίδραση Πανεπιστημίου στους παράγοντες

Από τον Πίνακα 64 παρατηρούμε ότι το έτος σπουδών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» ($F(4,670) = 2.675$; $p=0.031$), Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης» ($F(4,250.5) = 2.438$; $p=0.048$), Π2.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης» ($F(4,713) = 2.512$; $p=0.041$) και Π4.5 «Παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 9.547$; $p=0.049$). Όσον αφορά τον παράγοντα Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» η διαφορά οφείλεται στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του τρίτου έτους (0.137 ± 0.973 vs -0.185 ± 1.106 ; $p=0.002$) και μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου έτους (0.084 ± 0.935 vs -0.185 ± 1.106 ; $p=0.022$). Όσον αφορά τον παράγοντα Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης» η διαφορά οφείλεται στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του τρίτου έτους (0.069 ± 0.927 vs -0.210 ± 1.168 ; $p=0.008$), μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου έτους (0.022 ± 0.983 vs -0.210 ± 1.168 ; $p=0.047$) και μεταξύ του τρίτου και του τέταρτου έτους (-0.210 ± 1.168 vs 0.205 ± 0.897 ; $p=0.002$). Όσον αφορά τον παράγοντα Π2.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης» η διαφορά οφείλεται στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του τρίτου έτους (-0.136 ± 0.999 vs 0.109 ± 1.032 ; $p=0.018$) και μεταξύ των φοιτητών του πρώτου έτους και των επί πτυχίω φοιτητών (-0.136 ± 0.999 vs 0.220 ± 0.922 ; $p=0.008$). Όσον αφορά τον παράγοντα Π4.5 «Παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος» η διαφορά οφείλεται στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των φοιτητών του πρώτου και του δεύτερου έτους (0.130 ± 0.859 vs -0.318 ± 0.996 ; $p=0.025$), μεταξύ του δεύτερου και του τέταρτου έτους (-0.318 ± 0.996 vs 0.388 ± 1.080 ; $p=0.003$) και μεταξύ του τρίτου και του τέταρτου έτους (-0.077 ± 1.052 vs 0.388 ± 1.080 ; $p=0.040$).

Παράγοντας	Έτος Σπουδών	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Πρώτο	234	0.137	0.973	0.031
	Δεύτερο	147	0.084	0.935	
	Τρίτο	140	-0.185	1.106	
	Τέταρτο	92	-0.059	0.993	
	Επί πτυχίω	62	-0.047	0.911	
Π1.2	Πρώτο	234	0.114	1.016	0.098

	Δεύτερο	147	-0.013	0.888	
	Τρίτο	140	-0.078	1.054	
	Τέταρτο	92	-0.073	1.043	
	Επί πτυχίω	62	-0.240	1.018	
Π1.3	Πρώτο	234	-0.023	0.979	0.708 ¹
	Δεύτερο	147	0.004	0.965	
	Τρίτο	140	-0.040	1.164	
	Τέταρτο	92	-0.023	1.016	
	Επί πτυχίω	62	0.144	0.837	
Π1.4	Πρώτο	234	0.069	0.927	0.048¹
	Δεύτερο	147	0.022	0.983	
	Τρίτο	140	-0.210	1.168	
	Τέταρτο	92	0.205	0.897	
	Επί πτυχίω	62	0.015	0.874	
Π2.1	Πρώτο	246	-0.087	0.988	0.434
	Δεύτερο	161	0.011	1.045	
	Τρίτο	146	0.103	1.033	
	Τέταρτο	96	0.015	0.944	
	Επί πτυχίω	69	0.079	1.031	
Π2.2	Πρώτο	246	-0.136	0.999	0.041
	Δεύτερο	161	0.005	1.017	
	Τρίτο	146	0.109	1.032	
	Τέταρτο	96	-0.047	0.888	
	Επί πτυχίω	69	0.220	0.922	
Π3.1	Πρώτο	175	0.084	0.967	0.151 ¹
	Δεύτερο	119	-0.002	0.935	
	Τρίτο	114	-0.236	1.228	
	Τέταρτο	71	0.118	0.842	
	Επί πτυχίω	50	-0.030	0.850	
Π3.2	Πρώτο	175	0.180	0.951	0.056
	Δεύτερο	119	0.012	0.965	
	Τρίτο	114	-0.061	1.046	

	Τέταρτο	71	-0.207	0.974	
	Επί πτυχίω	50	0.037	0.966	
Π4.1	Πρώτο	55	0.043	1.109	0.237 ²
	Δεύτερο	44	0.217	0.867	
	Τρίτο	60	-0.006	1.077	
	Τέταρτο	28	-0.220	0.960	
	Επί πτυχίω	27	-0.009	0.808	
Π4.2	Πρώτο	55	0.004	1.218	0.176 ²
	Δεύτερο	44	0.190	0.971	
	Τρίτο	60	0.036	0.910	
	Τέταρτο	28	-0.034	1.035	
	Επί πτυχίω	27	-0.351	0.656	
Π4.3	Πρώτο	55	0.108	0.929	0.686 ²
	Δεύτερο	44	-0.133	1.019	
	Τρίτο	60	0.011	1.025	
	Τέταρτο	28	0.006	1.077	
	Επί πτυχίω	27	-0.057	0.950	
Π4.4	Πρώτο	55	0.242	0.808	0.482 ²
	Δεύτερο	44	-0.096	1.116	
	Τρίτο	60	-0.081	0.953	
	Τέταρτο	28	-0.161	1.084	
	Επί πτυχίω	27	0.061	1.052	
Π4.5	Πρώτο	55	0.130	0.859	0.049²
	Δεύτερο	44	-0.318	0.996	
	Τρίτο	60	-0.077	1.052	
	Τέταρτο	28	0.388	1.080	
	Επί πτυχίω	27	-0.013	0.943	
Π5.1	Πρώτο	81	-0.011	0.991	0.842 ²
	Δεύτερο	57	-0.212	0.703	
	Τρίτο	76	0.128	1.124	
	Τέταρτο	39	0.134	1.254	
	Επί πτυχίω	37	0.051	0.956	

Π5.2	Πρώτο	81	-0.079	0.968	0.375 ²
	Δεύτερο	57	0.129	1.053	
	Τρίτο	76	-0.070	1.028	
	Τέταρτο	39	-0.109	1.130	
	Επί πτυχίω	37	0.235	0.812	
¹ Welch test					
² Kruskal-Wallis test					

Πίνακας 64: Επίδραση έτους σπουδών στους παράγοντες

Από τον Πίνακα 65 παρατηρούμε ότι ο τόπος γέννησης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π3.1 «Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα» (0.080 ± 1.193 vs -0.008 ± 0.980 ; Mann-Whitney $U = 10201.5$; $p=0.035$), Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα» (-0.357 ± 1.134 vs 0.034 ± 0.981 ; Mann-Whitney $U = 9668.5$; $p=0.009$), Π4.3 «Παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος» (-0.434 ± 0.710 vs 0.046 ± 1.016 ; Mann-Whitney $U = 1395.0$; $p=0.012$) και Π5.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης του καπνίσματος» (0.512 ± 0.867 vs -0.039 ± 0.999 ; Mann-Whitney $U = 2311.5$; $p=0.011$). Οι φοιτητές που έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα έχουν θετική στάση απέναντι στους παράγοντες Π3.1 «Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα» και Π5.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης του καπνίσματος», ενώ έχουν αρνητική στάση απέναντι στους παράγοντες Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα» και Π4.3 «Παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος».

Παράγοντας	Τόπος γέννησης	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Ελλάδα	56	-0.060	1.020	0.649
	Εξωτερικό	656	0.004	0.999	
Π1.2	Ελλάδα	56	0.095	1.024	0.474
	Εξωτερικό	656	-0.008	0.999	
Π1.3	Ελλάδα	56	-0.028	1.047	0.931
	Εξωτερικό	656	0.002	0.997	
Π1.4	Ελλάδα	56	-0.049	1.274	0.473
	Εξωτερικό	656	0.003	0.975	

Π2.1	Ελλάδα	61	-0.191	1.061	0.058
	Εξωτερικό	695	0.017	0.994	
Π2.2	Ελλάδα	61	-0.054	1.145	0.636
	Εξωτερικό	695	0.006	0.987	
Π3.1	Ελλάδα	49	0.080	1.193	0.035
	Εξωτερικό	509	-0.008	0.980	
Π3.2	Ελλάδα	49	-0.357	1.134	0.009
	Εξωτερικό	509	0.034	0.981	
Π4.1	Ελλάδα	21	-0.263	0.802	0.309
	Εξωτερικό	199	0.028	1.016	
Π4.2	Ελλάδα	21	-0.234	0.872	0.199
	Εξωτερικό	199	0.025	1.011	
Π4.3	Ελλάδα	21	-0.434	0.710	0.012
	Εξωτερικό	199	0.046	1.016	
Π4.4	Ελλάδα	21	-0.233	1.122	0.429
	Εξωτερικό	199	0.025	0.986	
Π4.5	Ελλάδα	21	-0.048	1.069	0.993
	Εξωτερικό	199	0.005	0.995	
Π5.1	Ελλάδα	24	-0.197	1.071	0.094
	Εξωτερικό	280	0.019	0.995	
Π5.2	Ελλάδα	24	0.512	0.867	0.011
	Εξωτερικό	280	-0.039	0.999	
Mann-Whitney test used					

Πίνακας 65: Επίδραση τόπου γέννησης στους παράγοντες

Από τον Πίνακα 66 παρατηρούμε ότι η προσωπική κατάσταση επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 9.507$; $p=0.049$) και Π4.2 «Συνδυασμός καπνίσματος με άλλες συνήθειες» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 15.792$; $p=0.003$). Η διαφορά στον παράγοντα Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των χωρισμένων και των φοιτητών σε βραχύχρονη σχέση (-0.373 ± 0.979 vs 0.130 ± 0.935 ; $p=0.028$). Η διαφορά στον παράγοντα Π4.2 «Συνδυασμός καπνίσματος με άλλες συνήθειες» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των χωρισμένων και των φοιτητών χωρίς σχέση (-0.674 ± 0.406 vs 0.102 ± 1.001 ;

p=0.026) και μεταξύ των χωρισμένων και των παντρεμένων φοιτητών (-0.674 ± 0.406 vs 0.118 ± 1.075; p=0.009).

Παράγοντας	Προσωπική κατάσταση	N	Mean	Std. Deviation	p-value
Π1.1	Χωρίς σχέση	405	-0.029	0.991	0.654
	Σε βραχύχρονη σχέση	117	-0.031	1.041	
	Σε μακροχρόνια σχέση	144	0.082	0.964	
	Παντρεμένος/η	14	0.251	1.169	
	Χωρισμένος/η	28	-0.078	1.096	
Π1.2	Χωρίς σχέση	405	0.001	1.007	0.749
	Σε βραχύχρονη σχέση	117	-0.073	1.032	
	Σε μακροχρόνια σχέση	144	0.022	0.918	
	Παντρεμένος/η	14	0.312	1.244	
	Χωρισμένος/η	28	-0.059	1.104	
Π1.3	Χωρίς σχέση	405	-0.075	1.047	0.193
	Σε βραχύχρονη σχέση	117	-0.006	0.996	
	Σε μακροχρόνια σχέση	144	0.179	0.866	
	Παντρεμένος/η	14	0.051	0.979	
	Χωρισμένος/η	28	0.172	0.901	
Π1.4	Χωρίς σχέση	405	-0.005	1.048	0.049
	Σε βραχύχρονη σχέση	117	0.130	0.935	
	Σε μακροχρόνια σχέση	144	-0.011	0.910	
	Παντρεμένος/η	14	-0.155	1.112	
	Χωρισμένος/η	28	-0.373	0.979	
Π2.1	Χωρίς σχέση	428	0.036	0.968	0.401
	Σε βραχύχρονη σχέση	123	-0.019	1.048	
	Σε μακροχρόνια σχέση	152	-0.023	0.960	
	Παντρεμένος/η	16	0.136	1.353	
	Χωρισμένος/η	32	-0.247	1.241	
Π2.2	Χωρίς σχέση	428	-0.028	0.996	0.059

	Σε βραχύχρονη σχέση	123	0.044	0.964	
	Σε μακροχρόνια σχέση	152	-0.031	0.983	
	Παντρεμένος/η	16	-0.364	1.078	
	Χωρισμένος/η	32	0.505	1.048	
Π3.1	Χωρίς σχέση	272	-0.027	0.986	0.051
	Σε βραχύχρονη σχέση	106	0.078	1.009	
	Σε μακροχρόνια σχέση	137	0.096	0.897	
	Παντρεμένος/η	15	-0.812	1.813	
	Χωρισμένος/η	24	-0.106	0.895	
Π3.2	Χωρίς σχέση	272	0.064	0.988	0.564
	Σε βραχύχρονη σχέση	106	-0.080	0.988	
	Σε μακροχρόνια σχέση	137	-0.060	0.949	
	Παντρεμένος/η	15	-0.026	1.351	
	Χωρισμένος/η	24	0.017	1.128	
Π4.1	Χωρίς σχέση	114	0.079	0.950	0.293
	Σε βραχύχρονη σχέση	37	-0.136	1.003	
	Σε μακροχρόνια σχέση	51	-0.040	1.005	
	Παντρεμένος/η	5	-0.507	1.677	
	Χωρισμένος/η	11	0.220	1.181	
Π4.2	Χωρίς σχέση	114	0.102	1.001	0.003
	Σε βραχύχρονη σχέση	37	-0.107	1.115	
	Σε μακροχρόνια σχέση	51	-0.133	0.866	
	Παντρεμένος/η	5	0.118	1.075	
	Χωρισμένος/η	11	-0.674	0.406	
Π4.3	Χωρίς σχέση	114	0.024	0.978	0.256
	Σε βραχύχρονη σχέση	37	-0.127	1.016	
	Σε μακροχρόνια σχέση	51	0.024	0.966	
	Παντρεμένος/η	5	10.030	1.286	
	Χωρισμένος/η	11	-0.396	0.712	
Π4.4	Χωρίς σχέση	114	-0.105	0.989	0.050
	Σε βραχύχρονη σχέση	37	0.370	0.843	
	Σε μακροχρόνια σχέση	51	-0.030	1.048	

	Παντρεμένος/η	5	-0.263	1.131	
	Χωρισμένος/η	11	0.383	0.905	
Π4.5	Χωρίς σχέση	114	-0.134	0.928	0.351
	Σε βραχύχρονη σχέση	37	0.037	0.972	
	Σε μακροχρόνια σχέση	51	0.160	1.095	
	Παντρεμένος/η	5	0.341	1.383	
	Χωρισμένος/η	11	0.228	1.004	
Π5.1	Χωρίς σχέση	158	-0.083	0.875	0.717
	Σε βραχύχρονη σχέση	49	0.175	1.146	
	Σε μακροχρόνια σχέση	70	0.051	1.035	
	Παντρεμένος/η	6	-0.020	1.565	
	Χωρισμένος/η	18	0.153	1.342	
Π5.2	Χωρίς σχέση	158	-0.086	1.020	0.305
	Σε βραχύχρονη σχέση	49	0.186	0.922	
	Σε μακροχρόνια σχέση	70	0.095	0.947	
	Παντρεμένος/η	6	-0.450	1.056	
	Χωρισμένος/η	18	0.119	1.143	
Kruskal-Wallis test					

Πίνακας 66: Επίδραση έτους σπουδών

Από τον Πίνακα 67 παρατηρούμε ότι η κατάσταση διαμονής επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 18.190$; $p=0.001$), Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 13.213$; $p=0.010$), Π2.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 20.041$; $p<0.001$), Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 9.801$; $p=0.044$), Π4.4 «Αγχογόνοι οικονομικοί παράγοντες επίδρασης στο κάπνισμα» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 11.230$; $p=0.024$) και Π4.5 «Παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος» (Kruskal-Wallis $\chi^2(4) = 10.952$; $p=0.027$).

Παράγοντας	Κατάσταση διαμονής	N	Mean	Std. Deviation	p-value
Π1.1	Διαμονή με τους γονείς	188	0.138	1.039	0.001
	Διαμένω μόνος / μόνη	422	-0.037	0.975	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	0.230	0.916	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	51	-0.474	1.008	
	Άλλο	22	0.281	0.876	
Π1.2	Διαμονή με τους γονείς	188	0.151	1.090	0.071
	Διαμένω μόνος / μόνη	422	-0.053	0.980	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	0.134	1.033	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	51	-0.185	0.846	
	Άλλο	22	-0.016	0.755	
Π1.3	Διαμονή με τους γονείς	188	0.014	0.939	0.560
	Διαμένω μόνος / μόνη	422	0.001	1.032	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	0.192	0.875	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	51	-0.209	1.152	
	Άλλο	22	0.104	0.604	
Π1.4	Διαμονή με τους γονείς	188	-0.099	1.016	0.010
	Διαμένω μόνος / μόνη	422	0.087	0.947	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	-0.102	1.153	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	51	-0.316	1.199	
	Άλλο	22	0.022	1.017	
Π2.1	Διαμονή με τους γονείς	200	0.017	1.072	0.659
	Διαμένω μόνος / μόνη	438	-0.028	0.951	

	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	39	0.098	0.968	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	54	0.155	1.185	
	Άλλο	24	-0.152	0.915	
Π2.2	Διαμονή με τους γονείς	200	-0.157	1.029	<0.001
	Διαμένω μόνος / μόνη	438	0.059	0.994	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	39	-0.097	0.924	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	54	0.389	0.865	
	Άλλο	24	-0.486	0.899	
Π3.1	Διαμονή με τους γονείς	154	0.005	1.051	0.076
	Διαμένω μόνος / μόνη	318	0.048	0.914	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	-0.255	1.261	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	42	-0.361	1.242	
	Άλλο	14	0.441	0.568	
Π3.2	Διαμονή με τους γονείς	154	0.180	0.910	0.044
	Διαμένω μόνος / μόνη	318	-0.032	1.011	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	29	-0.195	1.239	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	42	-0.122	1.031	
	Άλλο	14	-0.449	0.859	
Π4.1	Διαμονή με τους γονείς	33	0.081	0.978	0.600
	Διαμένω μόνος / μόνη	141	0.010	0.977	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	17	0.025	1.345	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκατάτοικο	22	-0.036	0.921	
	Άλλο	7	-0.524	0.981	

Π4.2	Διαμονή με τους γονείς	33	0.173	0.936	0.490
	Διαμένω μόνος / μόνη	141	0.016	1.012	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	17	-0.026	1.208	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	22	-0.276	0.698	
	Άλλο	7	-0.203	1.359	
Π4.3	Διαμονή με τους γονείς	33	0.078	0.923	0.281
	Διαμένω μόνος / μόνη	141	-0.046	0.989	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	17	0.334	1.208	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	22	-0.227	1.009	
	Άλλο	7	0.460	0.929	
Π4.4	Διαμονή με τους γονείς	33	-0.261	1.020	0.024
	Διαμένω μόνος / μόνη	141	0.104	0.987	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	17	0.358	0.668	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	22	-0.491	1.042	
	Άλλο	7	-0.189	1.147	
Π4.5	Διαμονή με τους γονείς	33	0.310	1.026	0.027
	Διαμένω μόνος / μόνη	141	-0.113	0.982	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	17	0.407	1.006	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	22	-0.217	0.957	
	Άλλο	7	0.518	0.834	
Π5.1	Διαμονή με τους γονείς	60	0.166	0.969	0.071
	Διαμένω μόνος / μόνη	184	-0.026	0.969	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	23	0.061	1.043	

	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	27	-0.072	1.333	
	Άλλο	10	-0.410	0.535	
Π5.2	Διαμονή με τους γονείς	60	-0.084	0.964	0.614
	Διαμένω μόνος / μόνη	184	0.034	1.028	
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	23	-0.188	0.976	
	Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο	27	0.062	1.028	
	Άλλο	10	0.261	0.642	
Kruskal-Wallis test					

Πίνακας 67: Επίδραση έτους σπουδών

Η διαφορά στον παράγοντα Π1.1 «Παράγοντες επίδρασης στην πόση» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που διαμένουν μόνοι (-0.474 ± 1.008 vs -0.037 ± 0.975 ; $p=0.039$), μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που διαμένουν με τους γονείς (-0.474 ± 1.008 vs 0.138 ± 1.039 ; $p=0.001$), μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που διαμένουν με τον/την σύζυγο ή τον/την σύντροφο (-0.474 ± 1.008 vs 0.230 ± 0.916 ; $p=0.043$) και μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που έχουν άλλη κατάσταση διαμονής (-0.474 ± 1.008 vs 0.281 ± 0.876 ; $p=0.032$). Η διαφορά στον παράγοντα Π1.4 «Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο πόσης οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που διαμένουν μόνοι (-0.316 ± 1.199 vs 0.087 ± 0.947 ; $p=0.027$). Η διαφορά στον παράγοντα Π2.2 «Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών με άλλη κατάσταση διαμονής (0.389 ± 0.865 vs -0.486 ± 0.899 ; $p=0.004$) και μεταξύ των φοιτητών που νοικιάζουν σπίτι με συγκάτοικο και αυτών που διαμένουν με τους γονείς (0.389 ± 0.865 vs -0.157 ± 1.029 ; $p=0.004$).

3.3.3.2 Σχέσεις Οικογενειακών Χαρακτηριστικών και Παραγόντων

Από τον Πίνακα 68 παρατηρούμε ότι το οικογενειακό επίπεδο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τους παράγοντες Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα» (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 6.972$; $p=0.031$) και Π5.1 «Στάση χρησιμότητας του καπνίσματος» (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 10.088$; $p=0.006$). Η διαφορά στον παράγοντα Π3.2 «Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των φοιτητών που οι γονείς τους παραμένουν μαζί και αυτών που έχουν θανόντα γονέα (-0.043 ± 0.999 vs 0.431 ± 0.785 ; $p=0.032$). Η διαφορά στον παράγοντα Π5.1 «Στάση χρησιμότητας του καπνίσματος» οφείλεται στη διαφορά μεταξύ των φοιτητών που οι γονείς τους παραμένουν μαζί και αυτών που οι γονείς τους είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι (0.080 ± 1.025 vs -0.366 ± 0.843 ; $p=0.006$).

	Οικογενειακό επίπεδο	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	580	0.006	1.005	0.845
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	81	-0.069	0.974	
	Έχετε θανόντα γονέα	44	-0.018	1.015	
Π1.2	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	580	-0.012	1.007	0.642
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	81	-0.010	0.974	
	Έχετε θανόντα γονέα	44	0.152	0.966	
Π1.3	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	580	0.005	0.990	0.106
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	81	0.144	0.916	
	Έχετε θανόντα γονέα	44	-0.374	1.243	

Π1.4	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	580	-0.001	0.989	0.888
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	81	0.036	0.971	
	Έχετε θανάοντα γονέα	44	-0.063	1.195	
Π2.1	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	615	0.011	0.993	0.457
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	86	-0.108	1.050	
	Έχετε θανάοντα γονέα	46	0.096	1.064	
Π2.2	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	615	-0.002	1.011	0.566
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	86	0.118	0.905	
	Έχετε θανάοντα γονέα	46	-0.087	1.024	
Π3.1	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	452	0.015	1.013	0.091
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	70	-0.094	1.051	
	Έχετε θανάοντα γονέα	29	-0.075	0.759	
Π3.2	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	452	-0.043	0.999	0.031
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	70	0.070	1.050	
	Έχετε θανάοντα γονέα	29	0.431	0.785	
Π4.1	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	175	0.025	1.010	0.851
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	28	-0.057	0.937	
	Έχετε θανάοντα γονέα	14	-0.153	0.988	
Π4.2	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	175	-0.041	0.958	0.243

	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	28	0.040	1.154	
	Έχετε θανάοντα γονέα	14	0.217	1.069	
Π4.3	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	175	0.000	0.967	0.999
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	28	0.025	1.035	
	Έχετε θανάοντα γονέα	14	0.079	1.260	
Π4.4	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	175	0.006	1.030	0.933
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	28	-0.038	0.956	
	Έχετε θανάοντα γονέα	14	0.063	0.766	
Π4.5	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	175	-0.082	1.017	0.060
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	28	0.387	0.901	
	Έχετε θανάοντα γονέα	14	0.160	0.889	
Π5.1	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	244	0.080	1.025	0.006
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	37	-0.366	0.843	
	Έχετε θανάοντα γονέα	18	-0.263	0.845	
Π5.2	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	244	0.011	0.993	0.980
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	37	0.052	1.051	
	Έχετε θανάοντα γονέα	18	0.093	0.993	
Kruskal-Wallis test					

Πίνακας 68: Επίδραση οικογενειακού επιπέδου

Από τον Πίνακα 69 παρατηρούμε ότι το οικονομικό επίπεδο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά κανέναν από τους παράγοντες.

	Οικονομικό επίπεδο	N	Mean	SD	p-value
Π1.1	Χαμηλό	187	0.021	0.975	0.930
	Μέτριο	392	-0.010	1.022	
	Υψηλό	127	-0.013	0.972	
Π1.2	Χαμηλό	187	0.090	0.974	0.280
	Μέτριο	392	-0.052	1.017	
	Υψηλό	127	-0.001	0.992	
Π1.3	Χαμηλό	187	-0.066	1.007	0.129
	Μέτριο	392	-0.015	1.019	
	Υψηλό	127	0.159	0.928	
Π1.4	Χαμηλό	187	0.050	1.048	0.084 ¹
	Μέτριο	392	-0.067	1.028	
	Υψηλό	127	0.128	0.841	
Π2.1	Χαμηλό	190	-0.085	0.980	0.304
	Μέτριο	427	0.025	1.026	
	Υψηλό	132	0.076	0.956	
Π2.2	Χαμηλό	190	-0.047	1.046	0.139
	Μέτριο	427	-0.029	1.002	
	Υψηλό	132	0.155	0.912	
Π3.1	Χαμηλό	141	-0.019	1.030	0.810
	Μέτριο	325	0.001	1.005	
	Υψηλό	86	0.067	0.867	
Π3.2	Χαμηλό	141	0.134	1.018	0.155
	Μέτριο	325	-0.055	0.984	
	Υψηλό	86	0.050	0.976	
Π4.1	Χαμηλό	54	0.000	1.127	0.200 ²

	Μέτριο	123	0.062	0.949	
	Υψηλό	40	-0.225	0.971	
Π4.2	Χαμηλό	54	-0.155	0.862	0.222 ²
	Μέτριο	123	-0.028	1.047	
	Υψηλό	40	0.225	0.989	
Π4.3	Χαμηλό	54	0.023	1.051	0.481 ²
	Μέτριο	123	0.054	0.954	
	Υψηλό	40	-0.181	1.027	
Π4.4	Χαμηλό	54	-0.181	1.012	0.222 ²
	Μέτριο	123	0.023	1.005	
	Υψηλό	40	0.151	0.977	
Π4.5	Χαμηλό	54	-0.011	1.091	0.888 ²
	Μέτριο	123	-0.010	0.970	
	Υψηλό	40	0.069	1.018	
Π5.1	Χαμηλό	81	-0.116	0.896	0.251 ²
	Μέτριο	163	-0.049	0.943	
	Υψηλό	56	0.288	1.260	
Π5.2	Χαμηλό	81	-0.017	0.999	0.957 ²
	Μέτριο	163	0.012	1.038	
	Υψηλό	56	0.039	0.910	
¹ Welch test					
² Kruskal-Wallis test					

Πίνακας 69: Επίδραση οικονομικού επιπέδου

3.4 Αποτελέσματα Γ΄ Ερευνητικής Φάσης

3.4.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Στην 3η φάση της έρευνας έλαβαν μέρος 184 φοιτητές. Από αυτούς το 63.8% ήταν γυναίκες και το 35.2% άνδρες. Το ένα τρίτο περίπου των φοιτητών φοιτούσε στο πρώτο έτος σπουδών. Το 65.2% ήταν φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, ενώ το 34.8% φοιτούσαν στο ΤΕΙ Πελοποννήσου. 51 φοιτητές συμμετείχαν στην ομάδα συνέντευξης, 67 συμμετείχαν στην ομάδα οπτικού ελέγχου και 66 στην ομάδα ελέγχου (Πίνακας 70).

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φύλο	Γυναίκα	118	64.8
	Άνδρας	64	35.2
Έτος σπουδών	Πρώτο	54	32.3
	Δεύτερο	36	21.6
	Τρίτο	22	13.2
	Τέταρτο	33	19.8
	Επί πτυχίω	22	13.2
Σχολή	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	116	65.2
	ΤΕΙ Πελοποννήσου	62	34.8
Ομάδα παρέμβασης	Ομάδα συνέντευξης	51	27.7
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	36.4
	Ομάδα ελέγχου	66	35.9

Πίνακας 70: Χαρακτηριστικά ατόμων

Από τον Πίνακα 71 παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των φοιτητών κατανάλωσε το πολύ 2 φορές κάποιο αλκοολούχο ποτό την προηγούμενη εβδομάδα. Από τον Πίνακα 72 παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που κατανάλωσαν σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα ήταν 1.43 (± 1.98) μπύρες και σχεδόν ένα οινοπνευματώδες ποτό (0.92 ± 1.50). Το 93.8% και το 81.0% των φοιτητών δεν μέθυσε καμία φορά στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και στη διάρκεια του

τελευταίου μήνα (Πίνακας 73), αντίστοιχα. Το 15.1% μέθυσε το πολύ 2 φορές στη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Το 84.1% των φοιτητών συνήθως καταναλώνει 1 με 3 αλκοολούχα ποτά σε μια έξοδό τους (Πίνακας 74). Το 9.9% δεν καταναλώνει κανένα, ενώ το 6.0% καταναλώνει 4 με 6 ποτά. Από τον Πίνακα 75 παρατηρούμε ότι κατά κύριο λόγο οι φοιτητές τον μήνα που πέρασε κατανάλωσαν μπύρες (5.91 ± 9.72), κρασί (4.42 ± 5.75 ποτήρια), οινοπνευματώδη ποτά (2.47 ± 6.11), ούζο και τσίπουρο (1.85 ± 5.22) και σφηνάκια (1.71 ± 4.31). Τον επόμενο μήνα (Πίνακας 76) προτίθενται να καταναλώσουν κατά μέσο όρο $5.93 (\pm 10.73)$ μπύρες, $4.18 (\pm 5.25)$ ποτήρια κρασιού, $2.80 (\pm 5.89)$ οινοπνευματώδη ποτά, $2.08 (\pm 10.73)$ ούζα ή τσίπουρα και $1.92 (\pm 5.91)$ σφηνάκια.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αριθμός αλκοολούχων ποτών που συνήθως καταναλώνετε σε μια έξοδό σας	0	18	9.9
	1-3	153	84.1
	4-6	11	6.0

Πίνακας 74: Καταναλωτικές συνήθειες φοιτητών

Οι 53 από τους 184 φοιτητές δήλωσαν ότι κάτι συνέβη που τους έκανε να αναθεωρήσουν τη στάση σας απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 77). Το 26.4% δήλωσε την παρέμβαση ως λόγο αναθεώρησης της στάσης του, το 32.1% το συνδυασμό της παρέμβασης με άλλους λόγους και το 41.5% άλλους λόγους (μεγαλύτερη κατανάλωση το καλοκαίρι, λόγοι υγείας, εγκυμοσύνη, κλπ).

Από τον Πίνακα 78 παρατηρούμε ότι το 73.9% των φοιτητών δεν καπνίζει. Από αυτούς που καπνίζουν, το 37.5% καπνίζει κατά μέσο όρο 1 με 5 τσιγάρα την ημέρα, το 29.2% 6 με 10 τσιγάρα, το 31.3% 11 με 20 τσιγάρα και μόλις ένα άτομο (2.1%) καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα. Το 33.3% κάπνισε κατά μέσο όρο 6 με 10 τσιγάρα το μήνα που πέρασε, το 31.3% κάπνισε 1 με 5 τσιγάρα, το 31.3% κάπνισε 11 με 20 τσιγάρα και το 4.2% (δύο άτομα) κάπνισε περισσότερα από 20 τσιγάρα. Κατά μέσο όρο, οι φοιτητές προτίθενται να καπνίσουν $133.48 (\pm 162.721)$ τσιγάρα, δηλαδή περίπου από 4.5 τσιγάρα την ημέρα.

Από τον Πίνακα 79 παρατηρούμε ότι από τα 48 άτομα που καπνίζουν, τα 22 δήλωσαν ότι κάτι συνέβη που τα έκανε να αναθεωρήσουν τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα. Πέντε άτομα (22.7%) δήλωσαν ότι λόγος αναθεώρησης ήταν η παρέμβαση, 9 άτομα (40.9%) δήλωσαν τον συνδυασμό της παρέμβασης και άλλων λόγων και 8 άτομα (36.4%) δήλωσαν άλλους λόγους.

3.4.2. Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα

Από τους Πίνακες 80 και 81 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τόσο την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2(2) = 20.163, p < 0.001$) όσο και το λόγο αναθεώρησης της στάσης των φοιτητών ($\chi^2(2) = 23.509, p < 0.001$). Από τους Πίνακες 82 και 83 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά μόνο την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στο κάπνισμα ($\chi^2(2) = 7.703, p = 0.021$).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Ομάδα συνέντευξης	24	27	51
Ομάδα οπτικού υλικού	53	14	67
Ομάδα ελέγχου	54	12	66
Σύνολο	131	53	184

Πίνακας 79: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Ομάδα συνέντευξης	7	15	5	27
Ομάδα οπτικού υλικού	6	2	6	14
Ομάδα ελέγχου	1	0	11	12
Σύνολο	14	17	22	53

Πίνακας 80: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγοι αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Ομάδα συνέντευξης	5	12	17
Ομάδα οπτικού υλικού	10	7	17
Ομάδα ελέγχου	11	3	14
Σύνολο	26	22	48

Πίνακας 81: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Ομάδα συνέντευξης	3	6	3	12
Ομάδα οπτικού υλικού	2	3	2	7
Ομάδα ελέγχου	0	0	3	3
Σύνολο	5	9	8	22

Πίνακας 82: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

3.4.3 Σχέση φύλου και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα

Από τους Πίνακες 83 και 84 παρατηρούμε ότι το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά μόνο την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2(1) = 12.538$; $p < 0.001$). Από τους Πίνακες 85 και 86 παρατηρούμε ότι το φύλο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ούτε την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στο κάπνισμα ($\chi^2(1) = 0.201$; $p = 0.654$) ούτε τους λόγους αναθεώρησης ($\chi^2(2) = 1.006$; $p = 0.605$).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Γυναίκα	94	24	118
Ανδρας	35	29	64
Σύνολο	129	53	182

Πίνακας 83: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Γυναίκα	11	8	5	24
Άνδρας	11	6	12	29
Σύνολο	22	14	17	53

Πίνακας 84: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Γυναίκα	17	13	30
Άνδρας	9	9	18
Σύνολο	26	22	48

Πίνακας 85: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Γυναίκα	5	2	6	13
Άνδρας	3	3	3	9
Σύνολο	8	5	9	22

Πίνακας 86: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

3.4.4 Σχέση επιπέδου σπουδών και αναθεώρησης στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα

Από τους Πίνακες 87 και 88 παρατηρούμε ότι το επίπεδο σπουδών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά μόνο την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ ($\chi^2(1) = 5.678$; $p = 0.017$). Από τους Πίνακες 89 και 90 παρατηρούμε ότι το επίπεδο σπουδών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ούτε την αναθεώρηση της στάσης απέναντι στο κάπνισμα ($\chi^2(1) = 0.095$; $p = 0.708$) ούτε τους λόγους αναθεώρησης ($\chi^2(2) = 1.027$; $p = 0.598$).

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	89	27	116
ΤΕΙ Καλαμάτας	37	25	62
Σύνολο	126	52	178

Πίνακας 87: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	11	9	7	27
ΤΕΙ Καλαμάτας	10	5	10	25
Σύνολο	21	14	17	52

Πίνακας 88: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ

	Όχι	Ναι	Σύνολο
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	12	12	24
ΤΕΙ Καλαμάτας	12	10	22
Σύνολο	24	22	46

Πίνακας 89: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

	Παρέμβαση	Συνδυασμός παρέμβασης με άλλους λόγους	Άλλοι λόγοι	Σύνολο
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου	4	2	6	12
ΤΕΙ Καλαμάτας	4	3	3	10
Σύνολο	8	5	9	22

Πίνακας 90: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα

3.4.5 Επίδραση ομάδων παρέμβασης

Από τον Πίνακα 91 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που κατανάλωσαν οι φοιτητές σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα. Από τον Πίνακα 92 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τον αριθμό ποτηριών κρασιού (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 9.876$; $p=0.007$) και κοκτέιλ με αλκοόλ (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 6.307$; $p=0.043$) που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα.

		N	Mean	SD	p-value
Μπύρες	Ομάδα συνέντευξης	47	1.30	1.88	0.211
	Ομάδα οπτικού υλικού	38	1.79	2.16	
	Ομάδα ελέγχου	31	1.19	1.90	
Ούζο, τσίπουρο	Ομάδα συνέντευξης	44	0.36	1.08	0.419
	Ομάδα οπτικού υλικού	27	0.56	1.01	
	Ομάδα ελέγχου	27	0.93	2.29	
Οινοπνευματώδη ποτά	Ομάδα συνέντευξης	45	0.84	1.31	0.611
	Ομάδα οπτικού υλικού	30	1.27	2.05	
	Ομάδα ελέγχου	29	0.69	1.00	
Ποτήρια κρασιού	Ομάδα συνέντευξης	51	0.33	0.86	0.188
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	0.94	1.87	
	Ομάδα ελέγχου	66	0.65	1.31	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Ομάδα συνέντευξης	51	0.10	0.46	0.920
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	0.19	1.25	
	Ομάδα ελέγχου	66	0.09	0.38	
Σφηνάκια	Ομάδα συνέντευξης	51	0.47	1.69	0.366
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	0.64	1.58	
	Ομάδα ελέγχου	66	0.42	1.25	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Ομάδα συνέντευξης	44	0.11	0.39	0.155
	Ομάδα οπτικού υλικού	26	0.23	0.51	
	Ομάδα ελέγχου	28	0.57	1.32	
Άλλα αλκοολούχα ποτά	Ομάδα συνέντευξης	29	0.03	0.19	0.436
	Ομάδα οπτικού υλικού	12	0.25	0.87	
	Ομάδα ελέγχου	14	0.21	0.58	

Πίνακας 91: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στην μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα

		N	Mean	SD	p-value
Ποτήρια κρασιού	Ομάδα συνέντευξης	46	2.76	4.19	0.007
	Ομάδα οπτικού υλικού	53	5.70	5.74	
	Ομάδα ελέγχου	53	3.91	5.26	
Μπύρες	Ομάδα συνέντευξης	49	4.12	5.19	0.051
	Ομάδα οπτικού υλικού	50	8.00	11.44	
	Ομάδα ελέγχου	50	5.64	13.52	
Ούζο, τσίπουρο	Ομάδα συνέντευξης	45	1.42	3.67	0.112
	Ομάδα οπτικού υλικού	42	4.17	10.66	
	Ομάδα ελέγχου	44	0.75	1.82	
Οινοπνευματώδη ποτά	Ομάδα συνέντευξης	51	2.61	3.61	0.090
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	3.52	7.55	
	Ομάδα ελέγχου	66	2.21	5.38	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Ομάδα συνέντευξης	51	0.31	1.17	0.054
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	1.01	4.01	
	Ομάδα ελέγχου	66	1.48	4.19	
Σφηνάκια	Ομάδα συνέντευξης	51	1.55	3.32	0.591
	Ομάδα οπτικού υλικού	67	2.33	6.46	
	Ομάδα ελέγχου	66	1.79	6.87	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Ομάδα συνέντευξης	45	0.16	0.56	0.043
	Ομάδα οπτικού υλικού	41	3.32	15.59	
	Ομάδα ελέγχου	42	1.05	2.64	

Πίνακας 92: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στον αριθμό αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα

Και στις 2 περιπτώσεις, οι φοιτητές που συμμετείχαν στην ομάδα συνέντευξης προτίθενται να καταναλώσουν μικρότερη ποσότητα αλκοόλ και οι φοιτητές που συμμετείχαν στην ομάδα οπτικού ελέγχου προτίθενται να καταναλώσουν μεγαλύτερη ποσότητα. Οριακά απορρίπτεται η επίδραση των ομάδων παρέμβασης στην μελλοντική κατανάλωση μπύρας και αλκοολούχων αναψυκτικών. Από τον Πίνακα 93 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στον αριθμό τσιγάρων που προτίθενται να καπνίσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 2.959$; $p=0.228$).

		N	Mean	SD	p-value
Αριθμός τσιγάρων	Ομάδα συνέντευξης	17	182.35	207.50	0.228
	Ομάδα οπτικού υλικού	13	96.00	91.13	
	Ομάδα ελέγχου	14	108.93	147.47	

Πίνακας 93: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στον αριθμό τσιγάρων που προτίθενται να καπνίσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα

3.5 Σύγκριση μεταξύ πρώτης και τρίτης και φάσης

Από τον Πίνακα 94 παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φάσεων της έρευνας στην μεγαλύτερη ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών (0.93 ± 1.62 vs 1.30 ± 2.12 ; $t(81) = -2.145$; $p=0.035$), ποτηριών κρασιού (0.61 ± 1.23 vs 1.14 ± 1.92 ; $t(136) = -2.809$; $p=0.006$) και στα σφηνάκια (0.52 ± 1.45 vs 1.02 ± 2.35 ; $t(132) = -2.215$; $p=0.028$) που κατανάλωσαν οι φοιτητές σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα. Σε όλες τις περιπτώσεις η κατανάλωση αυτών των ποτών στην τρίτη φάση ήταν μικρότερη. Από τον Πίνακα 95 παρατηρούμε ότι η φάση δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τον αριθμό αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα.

		N	Mean	SD	p-value
Μπύρες	Φάση 3	92	1.50	1.96	0.409
	Φάση 1	92	1.30	2.12	
Ούζο, τσίπουρο	Φάση 3	75	0.63	1.64	0.272
	Φάση 1	75	0.97	2.59	
Οινοπνευματώδη ποτά	Φάση 3	82	0.93	1.62	0.035
	Φάση 1	82	1.40	2.04	
Ποτήρια κρασιού	Φάση 3	137	0.61	1.23	0.006
	Φάση 1	137	1.14	1.92	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Φάση 3	132	0.08	0.41	0.223
	Φάση 1	132	0.18	0.81	
Σφηνάκια	Φάση 3	133	0.52	1.45	0.028

	Φάση 1	133	1.02	2.35	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Φάση 3	73	0.33	0.90	0.354
	Φάση 1	73	0.21	0.73	
Άλλα αλκοολούχα ποτά	Φάση 3	36	0.17	0.61	0.110
	Φάση 1	36	0.00	0.00	

Πίνακας 94: Επίδραση της φάσης στην μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα

		N	Mean	SD	p-value
Ποτήρια κρασιού	Φάση 3	142	4.22	5.31	0.232
	Φάση 1	142	3.61	6.10	
Μπύρες	Φάση 3	142	5.97	10.93	0.202
	Φάση 1	142	4.85	7.76	
Ούζο, τσίπουρο	Φάση 3	119	2.22	6.90	0.767
	Φάση 1	119	2.41	5.66	
Οινοπνευματώδη ποτά	Φάση 3	173	2.87	6.02	0.234
	Φάση 1	173	4.02	12.91	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Φάση 3	161	0.91	2.99	0.261
	Φάση 1	161	0.58	2.05	
Σφηνάκια	Φάση 3	162	1.92	6.06	0.100
	Φάση 1	162	3.43	10.70	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Φάση 3	114	0.72	1.98	0.467
	Φάση 1	114	0.97	3.32	

Πίνακας 95: Επίδραση της φάσης στον αριθμό αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα

3.6 Επίδραση ομάδας παρέμβασης στις διαφορές μεταξύ των φάσεων

Από τον Πίνακα 96 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης επιδρά στατιστικά σημαντικά μόνο στη διαφορά της ποσότητας οινοπνευματωδών ποτών (Kruskal-Wallis $\chi^2(2) = 6.161$; $p=0.046$) που κατανάλωσαν οι φοιτητές σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα. Τα άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα συνέντευξης μείωσαν την ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών κατά ένα ποτό. Πολύ μικρή μείωση στην κατανάλωση είχαν οι φοιτητές της ομάδας οπτικού υλικού ενώ οι φοιτητές της

ομάδας ελέγχου αύξησαν πολύ λίγο την ποσότητα. Γενικά τα άτομα της ομάδας συνέντευξης μείωσαν την ποσότητα κατανάλωσης σχεδόν σε όλα τα αλκοολούχα ποτά.

		N	Mean	SD	p-value
Μπύρες	Ομάδα συνέντευξης	41	0.24	2.48	0.887
	Ομάδα οπτικού υλικού	26	0.04	2.57	
	Ομάδα ελέγχου	25	0.28	1.51	
Ούζο, τσίπουρο	Ομάδα συνέντευξης	36	-1.00	3.57	0.225
	Ομάδα οπτικού υλικού	17	-0.12	0.93	
	Ομάδα ελέγχου	22	0.55	1.57	
Οινοπνευματώδη ποτά	Ομάδα συνέντευξης	40	-0.98	2.24	0.046
	Ομάδα οπτικού υλικού	20	-0.05	2.04	
	Ομάδα ελέγχου	22	0.05	1.25	
Ποτήρια κρασιού	Ομάδα συνέντευξης	43	-0.35	1.67	0.185
	Ομάδα οπτικού υλικού	48	-1.00	2.49	
	Ομάδα ελέγχου	46	-0.20	2.24	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Ομάδα συνέντευξης	44	-0.02	0.63	0.157
	Ομάδα οπτικού υλικού	44	-0.36	1.37	
	Ομάδα ελέγχου	44	0.09	0.47	
Σφηνάκια	Ομάδα συνέντευξης	45	-0.91	3.00	0.068
	Ομάδα οπτικού υλικού	44	-0.77	2.91	
	Ομάδα ελέγχου	44	0.20	1.44	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Ομάδα συνέντευξης	37	-0.05	0.94	0.381
	Ομάδα οπτικού υλικού	16	0.31	0.70	
	Ομάδα ελέγχου	20	0.30	1.63	
Άλλα αλκοολούχα ποτά	Ομάδα συνέντευξης	19	0.05	0.23	0.700
	Ομάδα οπτικού υλικού	7	0.43	1.13	
	Ομάδα ελέγχου	10	0.20	0.63	

Πίνακας 96: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στη διαφορά της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα

Από τον Πίνακα 97 παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη διαφορά του αριθμού αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα. Μπορούμε όμως να παρατηρήσουμε

την τάση των φοιτητών που συμμετείχαν στην ομάδα συνέντευξης να μειώσουν έστω και λίγο την ποσότητα αλκοόλ.

		N	Mean	SD	p-value
Ποτήρια κρασιού	Ομάδα συνέντευξης	44	-1.09	7.75	0.720
	Ομάδα οπτικού υλικού	48	1.63	5.34	
	Ομάδα ελέγχου	50	1.12	4.49	
Μπύρες	Ομάδα συνέντευξης	47	0.15	5.60	0.680
	Ομάδα οπτικού υλικού	45	1.78	8.82	
	Ομάδα ελέγχου	50	1.46	14.64	
Ούζο, τσίπουρο	Ομάδα συνέντευξης	41	-1.12	3.51	0.440
	Ομάδα οπτικού υλικού	36	1.36	11.81	
	Ομάδα ελέγχου	42	-0.62	3.35	
Οινοπνευματώδη ποτά	Ομάδα συνέντευξης	49	-3.90	21.68	0.386
	Ομάδα οπτικού υλικού	59	-0.24	7.20	
	Ομάδα ελέγχου	65	0.08	5.33	
Αλκοολούχα αναψυκτικά	Ομάδα συνέντευξης	47	-0.40	3.37	0.910
	Ομάδα οπτικού υλικού	53	0.23	2.38	
	Ομάδα ελέγχου	61	0.98	4.69	
Σφηνάκια	Ομάδα συνέντευξης	47	-4.68	17.82	0.127
	Ομάδα οπτικού υλικού	54	-1.17	7.74	
	Ομάδα ελέγχου	61	0.62	7.45	
Κοκτέιλ με αλκοόλ	Ομάδα συνέντευξης	41	-1.39	5.27	0.119
	Ομάδα οπτικού υλικού	33	0.12	2.15	
	Ομάδα ελέγχου	40	0.60	2.39	

Πίνακας 97: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στη διαφορά του αριθμού αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα

Επίσης, παρατηρούμε ότι η ομάδα παρέμβασης δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη διαφορά του αριθμού τσιγάρων που προτίθενται να καπνίσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα μεταξύ των δυο φάσεων (Φάση Γ' – Φάση Α'). Μπορούμε όμως να παρατηρήσουμε την τάση των φοιτητών που συμμετείχαν στην ομάδα συνέντευξης

να μειώσουν τον αριθμό τσιγάρων που προτίθενται να καπνίσουν τον επόμενο μήνα κατά 100 (σχεδόν 3 τσιγάρα την ημέρα). Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην ομάδα οπτικού ελέγχου προτίθενται να μειώσουν τον μηνιαίο αριθμό τσιγάρων κατά 36 (σχεδόν 1 τσιγάρο την ημέρα), ενώ οι φοιτητές της ομάδας ελέγχου προτίθενται να αυξήσουν τον αριθμό των τσιγάρων κατά 32 (σχεδόν 1 τσιγάρο την ημέρα).

3.7 Κανόνες Δεοντολογίας

Σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας, υπήρξε αυστηρά αναγκαίο να διασφαλιστεί το απόρρητο των δεδομένων και ο οικειοθελής χαρακτήρας της συμμετοχής τους. Επιπρόσθετα, ήταν απαραίτητο να εξασφαλιστούν οι άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Καταρχήν, εφόσον δε χρησιμοποιήθηκαν αυτούσια υπάρχοντα ερωτηματολόγια από άλλους ερευνητές δεν ήταν υποχρεωτικό να λάβουμε τις αντίστοιχες άδειες χρήσης τους. Παρόλα αυτά, για λόγους σεβασμού προς τους ερευνητές, για τα ερωτηματολόγια των οποίων χρησιμοποιήσαμε κάποια ερωτήματα μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα στις ανάγκες της δικής μας έρευνας, έλαβε χώρα επικοινωνία από την επιβλέπουσα καθηγήτρια μαζί τους και ενημέρωσε για τους σκοπούς της έρευνάς μας και την αναγκαιότητα να συμβουλευτούμε τα ερευνητικά τους εργαλεία. Οι απαντήσεις ήταν στο σύνολό τους θετικές (μέρος αυτών στο Παράρτημα Ε).

Περαιτέρω, υπήρξε επικοινωνία και αδειοδότηση από τους Προέδρους των Τμημάτων και από τους καθηγητές των μαθημάτων που παραχώρησαν από το χρόνο των διαλέξεών τους για τη διεξαγωγή της έρευνας (μέρος αυτών στο Παράρτημα Ε).

Τέλος, τόσο στα εισαγωγικά μηνύματα των ερωτηματολογίων στις ερευνητικές φάσεις Α' και Γ' όσο και στις προσκλήσεις συμμετοχής στις ενδιάμεσες παρεμβάσεις, τονίστηκε πάντοτε η διασφάλιση του απορρήτου των δεδομένων τους και η ανωνυμία, καθώς και ο οικειοθελής χαρακτήρας της συμμετοχής (Παράρτημα Α και ΣΤ). Σχετικά με τα προσωπικά στοιχεία, όπως ο προσωπικός κωδικός, η διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και skype, λόγω της αναγκαιότητας ύπαρξής τους για την πορεία της ερευνητικής διαδικασίας, κατά τη χορήγηση διευκρινίστηκε στους συμμετέχοντες ότι είναι απαραίτητα για τη διεξαγωγή της έρευνας και διασφαλίζεται το απόρρητό τους, καθώς και ότι τα ερωτηματολόγια παραμένουν στην κατοχή

αποκλειστικά και μόνο της ερευνήτριας. Επίσης, για όσους συμμετείχαν στην ενδιάμεση παρέμβαση της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας μέσω skype επισημάνθηκε στην αρχή της επικοινωνίας ότι όσα θα ειπωθούν είναι απόρρητα και πως η ταυτοποίηση προσώπων δεν έχει κανένα περαιτέρω σκοπό πέραν των αναγκών της έρευνας.

3.8 Περιορισμοί της έρευνας

Τα επίπεδα της ερευνητικής διαδικασίας απαίτησαν διάστημα χρόνων συνολικά, δουλειά πολύ κοπιαστική αλλά και απαιτητική λόγω του μεγέθους της. Το δείγμα των φοιτητών, παρότι θεωρείται από πολλούς εύκολη υπόθεση δειγματοληψίας μιας και μπορεί κανείς να βρει αρκετούς φοιτητές σε κάποια σχολή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι δύσκολος στόχος, διότι δεν ανταποκρίνονται τόσο εύκολα και χρειάζεται ειδικούς χειρισμούς ώστε όχι απλά να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο αλλά να το κάνουν ολοκληρωμένα και με ειλικρίνεια, πόσο μάλλον σε ερωτηματολόγια του μεγέθους μιας πολυεπίπεδης ερευνητικής διαδικασίας όπως η παρούσα. Υπήρξαν φοιτητές, ευτυχώς ελάχιστοι, οι οποίοι στην ανάγνωση του θέματος αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, η ερευνήτρια υποθέτει πως τους ήταν είτε αδιάφορο το θέμα είτε αντιμετώπιζαν ατομικά ή στην οικογένειά τους προβλήματα σχετικά με το κάπνισμα ή/και το αλκοόλ.

Από την ερευνητική διαδικασία, όπως αρχικά ξεκίνησε, διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση των ερωτηματολογίων, στην ηλεκτρονική τους μορφή μέσω της υπηρεσίας helpdesk του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν είχε αποτελέσματα. Παρότι η αποστολή έλαβε χώρα παραπάνω από μία φορές από τους διαχειριστές της υπηρεσίας, η ανταπόκριση των φοιτητών ήταν ελάχιστη. Σε μερική διερεύνηση του προβλήματος με ερωτήματα προς κάποιους φοιτητές, απάντησαν πως είτε δεν το έλαβαν, είτε δεν το πρόσεξαν, όπως ακόμα κάποιοι και ότι δεν ανοίγουν το email που τους έχει παραχωρήσει το Πανεπιστήμιο. Θεωρούμε ότι τα εν λόγω δεδομένα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από άλλους ερευνητές καθώς και από τους διαχειριστές της υπηρεσίας helpdesk.

Επίσης, λόγω του ότι η έρευνα στο σύνολό της ήταν διαχρονική, διαπιστώθηκε ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να εντοπίσει η ερευνήτρια τους συμμετέχοντες στη

συνέχεια, μετά το πέρας ειδικά μηνών. Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος που χάθηκε στη συνέχεια. Βέβαια, η δυσκολία αυτή και η απώλεια δείγματος συναντάται σε όλες τις διαχρονικές έρευνες με επανελέγχους.

Επίσης, υπήρξε ένας ελάχιστος αριθμός καθηγητών, οι οποίοι δεν απάντησαν στη πρότασή μας για τη διεξαγωγή της έρευνας, ίσως λόγω ανειλημμένων υποχρεώσεών τους. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι η στάση και η φιλοξενία για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν πολύ θετικές στην πλειοψηφία των καθηγητών, ακόμα και σε Τμήματα με τα οποία δεν υπήρχε καμία πρότερη επαφή.

Ένας άλλος περιορισμός ήταν το μέγεθος των ερωτηματολογίων. Παρότι θα ήταν πιο εύκολο για τους συμμετέχοντες να είναι μικρότερο σε μέγεθος, κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθούν όλα τα ερωτήματα και οι κλίμακες που αναφέρθηκαν, ώστε να έχουμε μια όσο το δυνατόν πιο πλήρη εικόνα της χρήσης καπνού και αλκοόλ σύμφωνα με το μοντέλο υγείας που χρησιμοποιήσαμε και να εξετάσουμε ολοκληρωμένα τα υπό διερεύνηση θέματα. Βέβαια η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων απαιτήσε παραπάνω χρόνο, όμως το εμπόδιο αυτό ξεπεράστηκε με την καλή διάθεση τόσο των καθηγητών στη παραχώρηση χρόνου όσο και των συμμετεχόντων φοιτητών με την κατανόηση και την υπομονή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Ανασκόπηση περιεχομένου

Στο εν λόγω κεφάλαιο λαμβάνει χώρα ενδελεχής αναφορά στα συμπεράσματα της πολυεπίπεδης έρευνας που ολοκληρώθηκε στο παρόν πόνημα. Σταχυολογούνται τα πιο σημαντικά αποτελέσματα και γίνεται μια προσπάθεια ερμηνείας τους. Συνάμα, στα εν λόγω αποτελέσματα αντιπαρατίθενται δεδομένα άλλων ερευνητικών μελετών, με συγκριτική σκοπιά και ακολουθεί διαρθρωτική συζήτηση. Κλείνοντας, γίνεται μια σύνδεση των συμπερασμάτων του παρόντος πονήματος με το μέλλον.

4.2 Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η χρήση ουσιών, νόμιμων και παράνομων, αποτελεί ένα από τα φλέγοντα ζητήματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, ψυχική και σωματική, σε όλες τις χώρες παγκοσμίως. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη χρήση παράνομων ουσιών μιας και στο προσκήνιο εμφανίζονται νέες συνθετικές ψυχοδραστικές ουσίες νέας γενιάς. Παρόλα αυτά η χρήση νόμιμων ουσιών εξακολουθεί να υπάρχει σε πολύ υψηλά επίπεδα και υποεκτιμάται από την κοινή γνώμη λόγω ακριβώς της νομιμότητάς τους. Αυτό κάνει την κατανάλωσή τους ιδιαίτερα επικίνδυνη, μιας και έχουν συνδυαστεί με την καθημερινότητα.

Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ, ιδιαιτέρως η κατάχρησή του, ανήκουν στους τροποποιήσιμους παράγοντες επικινδυνότητας για την υγεία. Οι δείκτες χρήσης τόσο καπνού όσο και αλκοόλ δεν ενθαρρύνουν αλλά αντιθέτως προβληματίζουν. Η ανάγκη για διερεύνηση έγκυρων και αξιόπιστων μεθόδων καταγραφής της συμπεριφοράς όσο και παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν άμεσα ή έμμεσα είναι επιτακτική. Η χρήση δομημένων μοντέλων υγείας διερεύνησης μιας σειράς θεματικών που σχετίζονται με συμπεριφορές, άμεσα ή έμμεσα συνδεδεμένων με την ψυχική και σωματική υγεία φέρνει νέα στοιχεία στο φως της επιστημονικής κοινότητας, ώστε να αξιοποιηθούν περαιτέρω προς την εφαρμογή στις υπηρεσίες πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

Ιδιάζουσα είναι η μελέτη σε εφηβικούς και νεανικούς πληθυσμούς μιας και τα ποσοστά καπνίσματος και χρήσης ή και κατάχρησης αλκοόλ, ανάμεσα στις ριψοκίνδυνες συμπεριφορές υγείας που συχνά υιοθετούν, εμφανίζονται αρκετά υψηλά.

Στο ερευνητικό μέρος της διδακτορικής διατριβής η ενασχόληση επικεντρώθηκε στο νεανικό πληθυσμό, ειδικά σε 791 φοιτητές 18 έως 25 ετών, κατά την Α ερευνητική φάση. Σχεδόν τα 2/3 του δείγματος αποτέλεσαν γυναίκες, ενώ η πλειοψηφία προήλθε από Τμήματα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (60.5%) σε σύγκριση με το ΤΕΙ Καλαμάτας, συμπεριλαμβανομένου και του παραρτήματος στη Σπάρτη (34.2%). Παραπάνω από τους μισούς φοιτητές διέμεναν με τους γονείς τους.

Η πλειοψηφία των φοιτητών (79.6%) δήλωσε ότι καταναλώνει ένα με τρία ποτά στην έξοδό τους. Αυτό το στοιχείο, δηλαδή ότι οι νέοι θα πουν ένα τουλάχιστον ποτό βγαίνοντας, μας παραπέμπει στους Anderson and Baumberg (2006), οι οποίοι αναφέρουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ εντάσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο.

Παρόλα αυτά στα τρία ποτά η κατάσταση του νεανικού οργανισμού ξεφεύγει από τη νηφαλιότητα. Ένα μη αμελητέο ποσοστό (3%) ανέφερε ότι καταναλώνει επτά ή και περισσότερα αλκοολούχα ποτά, ποσότητα η οποία επιφέρει στον οργανισμό σοβαρότατη μέθη και παρεπόμενους κινδύνους. Επειδή οι συμπεριφορές αυτές κατανάλωσης επισυμβαίνουν κατά κύριο λόγο όταν οι φοιτητές βγαίνουν για νυχτερινή διασκέδαση, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή καινοτόμων παρεμβάσεων όπως αυτή του Ευρωπαϊκού Προγράμματος The Club Health-Healthy and Safer Nightlife of Youth Project (club-health.eu), για τη μείωση των ριψοκίνδυνων συμπεριφορών, όπως η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ.

Πρώτα στις προτιμήσεις κατανάλωσης των φοιτητών κατατάχθηκαν το κρασί, η μύρα αλλά και ποτά του τύπου ούισκυ. Σχετικά με το κρασί επαναφέρουμε το θέμα, όπου η Ελλάδα βρίσκεται δέκατη ανάμεσα στις 20 χώρες με τη μεγαλύτερη κατανάλωση αυτού του τύπου ποτού σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004). Αυτό μπορεί να ισχύει λόγω του ότι το κρασί θεωρείται πιο ελαφρύ ποτό σε σχέση με τα υπόλοιπα, επίσης καταναλώνεται περισσότερο από τις ελληνικές οικογένειες, καθώς και επειδή η χώρα είναι παραγωγός κρασιού. Σε σχέση με τους

φοιτητές, είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας ότι η κατανάλωση κρασιού είναι πιο φθηνή σε σχέση με τα ποτά τύπου ουίσκυ.

Σε μία τους έξοδο κατά την προηγούμενη εβδομάδα από αυτήν της έρευνας, οι φοιτητές κατανάλωσαν σε μεγαλύτερα ποσοστά, ποτά τύπου ουίσκυ και βότκα ενώ ακολούθησαν ιεραρχικά σε ποσότητα τα σφηνάκια.

Η πλειοψηφία των γονέων των φοιτητών δεν καταναλώνει οινοπνευματώδη. Παρόλα αυτά, σε όσους από τους γονείς καταναλώνουν αλκοόλ φαίνεται να υπερτερούν οι πατέρες εν συγκρίσει με τις μητέρες. Οι τελευταίες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα καταναλώνουν περισσότερο από τους συζύγους τους πιο ελαφριά ποτά, όπως συσκευασμένα αλκοολούχα ποτά και κοκτέιλ με αλκοόλ.

Οι αναπαραστάσεις των φοιτητών για τον ορισμό της κατάχρησης για τους άνδρες και τις γυναίκες ξεπέρασαν κατά πολύ (Πίνακας 44) αυτόν που δίδεται στην επιστημονική κοινότητα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 και αφορά κατά μέσο όρο πάνω από 14 μονάδες για τους άνδρες και πάνω από 7 μονάδες για τις γυναίκες την εβδομάδα και αναφέρεται στο Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/alcohol>), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (www.who.int/en), και σε άλλους φορείς (<http://www.eneap.gr>), καθώς και στους Becker et al. (1996) και ΕΚΤΕΠΝ-Αναθεωρημένος οδηγός συλλογής στοιχείων, 2011.

Η συντριπτική πλειοψηφία (96.5%) των φοιτητών έχει οδηγηθεί, έως και δύο φορές, σε σοβαρή κατάσταση μέθης, σε βαθμό να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί, πολύ κοντά χρονικά στη διεξαγωγή της έρευνας, δηλαδή τον προηγούμενο μήνα από τη μέτρηση. Το διάστημα διεξαγωγής της ερευνητικής φάσης Α' διήρκεσε αρκετούς μήνες, ώστε δεν μπορούμε να υποθέσουμε πως το ποσοστό αυτό οφείλεται διότι ήταν θερινή περίοδος ή περίοδος εορτών. Παρόλα αυτά, για τη μέτρηση της συμπεριφοράς, ακόμα και των προθέσεων επιλέξαμε το διάστημα του ενός μήνα, διότι είναι ένα διάστημα όχι αρκετά μεγάλο ώστε να μη θυμούνται οι συμμετέχοντες αλλά ούτε και πολύ μικρό ώστε να μην είναι αντιπροσωπευτικό. Αυτός πιθανά να είναι ο λόγος που καταγράφονται τόσο υψηλά επίπεδα μέθης κατά τον τελευταίο μήνα, δηλαδή οι συμμετέχοντες θυμούνται σχετικά με τις καταχρήσεις και τις συνέπειές τους πιο εύκολα, σε σύγκριση με ένα διάστημα περισσότερων μηνών.

Επιπρόσθετα, περίπου 14 στους 100 φοιτητές απάντησαν πως έχουν παραμελήσει μία με δύο φορές τις σπουδές τους, στοιχεία που αντιπαραβάλλονται με το ποσοστό των 30%-40% των ενηλίκων που έχουν βιώσει μια ανάλογη συνέπεια από τη χρήση αλκοόλ (Karlan & Sadock's, 2000). Στα ερευνητικά στοιχεία που αναφέρονται από τους Karlan and Sadock's (2000), ωστόσο, οι ηλικίες που αναφέρονται δεν αφορούν μόνο το φάσμα 18 έως 25 ετών, επομένως συμπεραίνουμε πως τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται και από μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, οι οποίες ξεκίνησαν από νεαρή ηλικία να πίνουν και κατέληξαν να βιώνουν συνέπειες λόγω κατάχρησης αλκοόλ, όπως η απουσία από την εργασία. Με άλλα λόγια, πιθανά όσο αυξάνεται η ηλικία οι συνέπειες που ξεκίνησαν από τη νεαρή ηλικία να επιδεινώνονται. Επομένως, τα ποσοστά της παρούσας έρευνας θα πρέπει να τα προβάλλουμε στο μέλλον με τον προβληματισμό της επικείμενης αύξησής τους εάν δεν αλλάξει η συμπεριφορά τους ως προς την αμετροέπεια σχετικά με το αλκοόλ.

Επίσης, υπάρχει ένας αριθμός, περί 7 στους 100 συμμετέχοντες, οι οποίοι ανέφεραν ότι είχαν σεξουαλική επαφή την οποία μετά μετάνιωσαν όντας υπό την επήρεια αλκοόλ. Το εν λόγω ποσοστό δεν είναι αμελητέο. Συμφωνεί με τα δεδομένα των Bellis et al. (2008) σύμφωνα με τα οποία στους νεαρούς Ευρωπαίους αυξάνονται περιστατικά όπως η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η μη συναινετική σεξουαλική επαφή και αποτελούν συνέπειες που συνδυάζονται με άλλες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, κυρίως στη νυχτερινή ζωή, όπως η χρήση αλκοόλ. Το ίδιο υποστηρίζεται και στην έρευνα των Hughes et al. (2008).

Σχετικά με τις κοινωνικές νόρμες, η πλειοψηφία των φοιτητών ανέφεραν ότι οι περισσότεροι ή όλοι ή φίλοι τους καταναλώνουν αλκοόλ. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τη σημασία που κατέχει στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς η διάσταση των υποκειμενικών νορμών ως προς τη διαμόρφωση των προθέσεων των ατόμων και κατ' επέκταση της συμπεριφοράς τους. Επομένως, για το δείγμα μας η δήλωση της πλειοψηφίας των φίλων που καταναλώνουν αλκοόλ είναι ένας παράγοντας κινδύνου που επιδρά στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ. Μάλιστα, το εύρος του ενός έως έξι ποτών που αναφέρεται ότι καταναλώνει η πλειοψηφία των φίλων δίνει την εικόνα της αυξημένης πιθανότητας κατάχρησης αλκοόλ. Επιπρόσθετα, σχετικά με τις υποκειμενικές νόρμες, σχεδόν οι μισοί των φοιτητών συμφωνούν ότι οι φίλοι τους θα περίμεναν από τους ίδιους να πιούν αλκοόλ όταν βγαίνουν έξω.

Σχετικά με τις υποκειμενικές νόρμες της οικογένειας, η πλειοψηφία των φοιτητών πιστεύει ότι η οικογένειά τους δε θα ενέκρινε το να πίνουν όταν βγαίνουν έξω. Παρόλα αυτά, αν και οι μισοί σχεδόν φοιτητές του δείγματός μας διαμένουν με τους γονείς τους, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι αναφερόμαστε σε νεανική ομάδα πληθυσμού, σε μετέφηβους φοιτητές που οι νόρμες της οικογένειας δεν προσμετρούν τόσο όσο τον φίλων και η επιρροή που ασκείται από τους τελευταίους σαφώς υπερτερεί.

Επίσης, αν και η πλειοψηφία των φοιτητών προτιμά να πίνει όταν είναι με φίλους, που δηλώνει μια κοινωνική συμπεριφορά, παρόλα αυτά ένα μη αμελητέο ποσοστό (3.4%) πίνει πάντα μόνο του, συμπεριφορά που υποδηλώνει υψηλό κίνδυνο για προβληματική σχέση με το αλκοόλ.

Ως προς τις προτάσεις του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου, ενδιαφέρον παρατηρείται στο ότι ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (91.1%) των φοιτητών θεωρεί ότι το να πουν είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό τους, παρόλα αυτά σχεδόν οι μισοί βιώνουν περισσότερη ευκολία να πουν όταν είναι με φίλους, δηλαδή επηρεάζονται από την παρέα στην κατανάλωση αλκοόλ, αν και η πλειοψηφία υποστηρίζει ότι η ποσότητα κατανάλωσης είναι υπό τον έλεγχό τους. Η σημασία του βαθμού αποτελεσματικότητας ως προς τη διαχείριση των συναισθημάτων και του περιβάλλοντος αναφέρεται και από άλλους μελετητές, ακόμα και στην εφηβική ηλικία (Ρούσσης, 2007).

Παρότι, επίσης, η πλειοψηφία των φοιτητών διαφωνεί πως πιέζεται να πει όταν βγαίνει με φίλους, οι μισοί αυτών δυσκολεύονται να αρνηθούν όταν ένα ποτό κεραστεί. Αυτός ο παράγοντας έχει να κάνει με την αυτοαποτελεσματικότητα των φοιτητών. Οι μισοί επίσης σχεδόν παραδέχονται, λιγότερο ή περισσότερο, ότι θα κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά, όπως επίσης ότι πίνουν περισσότερο κατά τη διάρκεια των εορτών.

Η οικονομική κρίση και η ανεργία δεν έχει επιδράσει επιβαρυντικά ως προς την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Στο σημείο αυτό, να αναφέρουμε ότι υπήρξαν κάποιοι φοιτητές στην ενδιάμεση ψυχολογική παρέμβαση υγείας που ανέφεραν το αντίθετο, δηλαδή ότι η οικονομική κρίση έχει μειώσει τις εξόδους τους σε μπαρ και κατ'επέκταση την κατανάλωση οινοπνευματωδών που συνήθως συνδυάζεται η νυχτερινή διασκέδαση.

Οι στάσεις των φοιτητών για τη χρήση αλκοόλ είναι αντιφατικές. Φαίνεται πως ενώ γνωρίζουν και πιστεύουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ δεν είναι ούτε ωφέλιμη, ούτε ευνοϊκή για την υγεία ή ασφαλής, παρόλα αυτά θεωρούν το αλκοόλ χαλαρωτικό, ευχάριστο και απολαυστικό. Τα στοιχεία αυτά ταιριάζουν με αυτά της Κοκκέβη (2007) σύμφωνα με τα οποία οι νέοι καταναλώνουν αλκοόλ για να «φτιαχτούν» και να χαλαρώσουν από ψυχολογικές επιβαρύνσεις, ήδη από την εφηβεία σε σημαντικό βαθμό (Τριανταφυλλίδη & Τσουμάκας, 2006, Χαραλαμπίδης, 2003).

Οι προθέσεις σχεδόν των μισών φοιτητών είναι αρνητικές ως προς το να καταναλώσουν αλκοόλ, εάν οι φίλοι το ζητήσουν ή ίδιοι πιουν, στο άμεσο μέλλον. Στις προθέσεις τους για κατανάλωση αλκοόλ τον επόμενο μήνα πρώτες έρχονται οι μπύρες και τα σφηνάκια.

Κάτι που είναι εξίσου σημαντικό ώστε να ληφθεί υπόψη είναι ο συνδυασμός του αλκοόλ με τη μουσική στην πλειοψηφία των φοιτητών, όπως και σε σημαντικό ποσοστό με το κάπνισμα. Η προσθήκη της μελέτης της σχέσης κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος με τη μουσική και με άλλες συνήθειες (π.χ. φαγητό), προέκυψε από την πρώτη πιλοτική μελέτη και συγκαταλέγεται σε δική μας πρωτοβουλία διερεύνησης.

Σε ό,τι αφορά το κάπνισμα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των φοιτητών δεν καπνίζει (71%). Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό ποσοστό (10.5%) των καπνιστών καπνίζει πάνω από ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, ενώ κατά το μήνα που πέρασε το ποσοστό των φοιτητών που κάπνιζε πάνω από ένα πακέτο την ημέρα ανερχόταν σε περίπου 17%. Τα στοιχεία αυτά είναι πολύ σοβαρά ως προς τις επιπτώσεις στον πληθυσμό και τη δημόσια υγεία λόγω του καπνίσματος αντιπαραβάλλοντάς τα με τα δεδομένα του Department of Health and Human Services of US (1989), σύμφωνα με τα οποία για τα νεαρά άτομα, κατά μέσο όρο 25 ετών, τα οποία καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα το προσδόκιμο ζωής τους υπολογίζεται ότι μειώνεται κατά 4.6 έτη.

Κατά μέσο όρο οι φοιτητές προτίθενται να καπνίσουν τον επόμενο μήνα 229.64 (\pm 289.24) τσιγάρα. Αυτό αναλογεί σε περίπου 8 τσιγάρα την ημέρα.

Ως προς τις κοινωνικές νόρμες, φαίνεται ότι οι «σημαντικοί άλλοι» σε σημαντικό ποσοστό των φοιτητών καπνίζουν, δηλαδή οι γονείς, τα αδέρφια και οι φίλοι. Μόνο περίπου 17 στους 100 φοιτητές δήλωσαν ότι κανένα τους οικογενειακό μέλος δεν

καπνίζει. Το αντιφατικό σε αυτά τα αποτελέσματα είναι ότι σύμφωνα με τους φοιτητές, οι «σημαντικοί άλλοι» θεωρούν αρνητικό το να καπνίζουν οι ίδιοι. Με άλλα λόγια, οι «σημαντικοί άλλοι» στην πράξη κάνουν άλλα από αυτά που οι ίδιοι υποστηρίζουν.

Στην έρευνα των McMillan and Conner (2003) τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νόρμες ηθικής δε λειτούργησαν προβλεπτικά για τη χρήση αλκοόλ και καπνού. Κατά παρόμοιο τρόπο, η χρήση από εμάς μέτρησης για την ηθική νόρμα στη δεύτερη πιλοτική μελέτη με την πρόταση "Θα ήταν ηθικό το να καπνίζω" δε συνέβαλε σημαντικά στις μετρήσεις και για το λόγο αυτό αποκλείστηκε από το ερωτηματολόγιο στην κυρίως έρευνα. Σε αντίθεση, οι Gagnon et al. (2012) στη μελέτη τους σχετικά με την πρόθεση νέων ενηλίκων να μην καταφεύγουν στην ευκαιριακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking), η νόρμα της ηθικής είχε αυξημένη βαρύτητα (OR = 1.88, 95%; $p = 0.004$), όπως επίσης και στους Amonini and Donovan (2006) η εν λόγω νόρμα σχετίστηκε με χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ.

Επανελέγχοι στο μέλλον με την προσθήκη και άλλων προτάσεων που να μετρούν την ηθική νόρμα, ώστε να είναι ανεξάρτητος παράγοντας σε σχέση με τις υπόλοιπες διαστάσεις και να πληροί τα κριτήρια που θέτει ο Ajzen (2011) σχετικά με την προσθήκη επιπλέον προβλεπτικών παραγόντων, πιθανά να μας δώσουν άλλα αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, είναι πολύ πιθανόν η μέτρηση της ηθικής νόρμας να μη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε νόμιμες ουσίες, όπως ο καπνός και το αλκοόλ, αλλά σε ουσίες του παράνομου εμπορίου, όπως το χασίς ή η κοκαΐνη.

Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των φοιτητών (58.6%) που αναγνωρίζουν ότι το περιβάλλον ενοχλείται από τον καπνιστή σε ένα κλειστό χώρο. Αυτό το στοιχείο συμφωνεί με τα στοιχεία της έρευνας που υλοποιήθηκε για λογαριασμό του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (www.moh.gov.gr), σύμφωνα με την οποία η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνουν θυμωμένοι από το κάπνισμα σε κλειστό χώρο, ακόμα και οι μισοί σχεδόν από τους καπνιστές συμμετέχοντες.

Επιπρόσθετα, σε σχέση με τις προθέσεις, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό φοιτητών που ενώ δεν καπνίζουν τη στιγμή της έρευνας διατείνονται ότι υπάρχει πιθανότητα να το κάνουν στο μέλλον (19.2%), ενώ επίσης ένα μη αμελητέο ποσοστό (1.6%) θεωρεί ότι όντως θα καπνίσει στο μέλλον. Ο πρώτος λόγος που οι ίδιοι θέτουν ότι θα το

κάνουν είναι αδιευκρίνιστος στους ίδιους, ο δεύτερος ότι θα το κάνουν για να χαλαρώσουν και ο τρίτος από περιέργεια. Οι παραπάνω λόγοι, εκτός των υπολοίπων, πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη, λόγω της παρορμητικότητας που δηλώνει ο πρώτος, της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της ανάγκης διεξόδου που δηλώνει ο δεύτερος και επίσης του πειραματισμού που θυμίζει εφηβικές ηλικίες του τρίτου. Τα παραπάνω θα βοηθούσαν λοιπόν εξαιρετικά στον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου για ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το ποσοστό των 20.8% συνολικά παραπάνω με αυτές τις ροπές προς το κάπνισμα.

Ως προς τον αντιληπτό συμπεριφορικό έλεγχο, οι μισοί περίπου των καπνιστών φοιτητών δε θεωρούν το κόστος των τσιγάρων ανασταλτικό παράγοντα. Περίπου 40 στους 100 των καπνιστών δηλώνει ότι η αρκετή δουλειά αποτελεί παράγοντα που αυξάνει το κάπνισμα, πιθανά λόγω στρες, ενώ η διαμονή χωρίς τους γονείς κάνει τους μισούς εξ αυτών να καπνίζουν πιο ελεύθερα.

Συναισθηματικοί λόγοι, όπως η άσχημη διάθεση, οι στρεσογόνοι περίοδοι και η ερωτική απογοήτευση φαίνεται να αυξάνουν το κάπνισμα στους καπνιστές, ενώ περίπου ένας στους τρεις δηλώνει ότι η καλή συναισθηματική του κατάσταση αυξάνει το κάπνισμα. Οι πλειοψηφία, επίσης, καπνίζει περισσότερο όταν βγαίνει, δηλαδή το κάπνισμα συνδυάζεται με την κοινωνική συναναστροφή. Το τελευταίο στοιχείο, το οποίο δηλώνει τη συσχέτιση του καπνίσματος με την κοινωνική συναναστροφή σχετίζεται με την έννοια του *κοινωνικού καπνίσματος*, η οποία αναφέρεται από τους Moran et al. (2002).

Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν το κάπνισμα για τους περισσότερους είναι το άγχος, η διαθεσιμότητα των τσιγάρων για τους μισούς περίπου, αλλά και συνδυαστικές συνήθειες όπως ο συνδυασμός του καπνίσματος με τον καφέ και το αλκοόλ για τους περισσότερους.

Πιθανός ανασταλτικός παράγοντας για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η αύξηση του βάρους για τους μισούς από τους καπνιστές, ενώ συνάμα για παραπάνω από τους μισούς το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα που τους βοηθά να σταματήσουν να τρώνε, άρα ένα πρακτικό και συναισθηματικό υποβοηθάμε για τον έλεγχο της κατανάλωσης φαγητού.

Για τους μισούς περίπου η ευχάριστη μουσική αυξάνει το κάπνισμα, δεδομένο που εμφανίστηκε και για το αλκοόλ, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Αυτό το δεδομένο θα πρέπει να το αξιολογήσουμε σε σχέση με τη νυχτερινή διασκέδαση, την επιρροή της μουσικής και την κατανάλωση αλκοόλ. Η μουσική βρέθηκε ότι επιδρά στην αύξηση της χρήσης ουσιών.

Η οικονομική κρίση κυρίως και ο φόβος της μετέπειτα ανεργίας δε φαίνεται να επιδρούν σε πολύ σημαντικό βαθμό στις καπνιστικές συμπεριφορές των φοιτητών.

Ως προς τις στάσεις, αξιοσημείωτο είναι ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των ενεργητικών καπνιστών και των πιθανών μελλοντικών καπνιστών που δε θεωρούν το κάπνισμα τόσο ευχάριστη, διασκεδαστική, ασφαλή, ευνοϊκή και καλή συνήθεια σε σχέση με αυτούς που το θεωρούν απόλυτα ευχάριστο, διασκεδαστικό, ασφαλές, ευνοϊκό και καλό. Το ποσοστό που μόνο υπερτερεί ως προς τη θετική στάση είναι αυτό των λίγο παραπάνω από τους μισούς που το θεωρεί χαλαρωτικό.

Οι κλίμακες τόσο του ερωτηματολογίου για τη χρήση αλκοόλ όσο και για το κάπνισμα εμφανίζουν υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach $\alpha > .85$). Αυτό μας δείχνει εξαιρετικά σημαντική συνέπεια ως προς αυτό που μετρούν. Περαιτέρω, σύμφωνα με τις παραγοντικές αναλύσεις, προέκυψαν μια σειρά παραγόντων μέσω των φορτίσεων των προτάσεων της κάθε κλίμακας σε αυτούς, οι οποίοι επεξηγούν τουλάχιστον το 53.1% της συνολικής διακύμανσης της συμπεριφοράς.

Ως προς τη χρήση αλκοόλ οι στάσεις είναι ο άξονας της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς που επεξηγεί το μεγαλύτερο ποσοστό της αρχικής διακύμανσης (75.1%), ενώ ακολουθούν ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος και η υποκειμενικές νόρμες (53.1%). Τα αποτελέσματα αυτά διαφέρουν από αυτά των Collins and Carrey (2007) όπου πρωταρχική βαρύτητα είχε η αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος, ομοίως των Norman et al. (1998) και των Huchting et al. (2008) με πρωταρχική επίδραση των υποκειμενικών νορμών, ενώ εν μέρει συμφωνούν ως προς τη βαρύτητα των στάσεων με τους McMillan and Conner (2003). Ως προς τη βαρύτητα των στάσεων, συμφωνούν τα αποτελέσματά μας, σε σημαντικό βαθμό, με αυτά των Cooke et al. (2007) και των Johnston and White (2003). Οι Cooke et al. (2007) διαπιστώνουν από την έρευνά τους τη σημασία του εστιασμού στην τροποποίηση των στάσεων για την αλλαγή των προθέσεων της ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking).

Ως προς το κάπνισμα, είναι οι στάσεις που εξηγούν στο μεγαλύτερο ποσοστό της αρχικής μεταβλητότητας (82.0%) ενώ ακολουθούν ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος (62%) και οι υποκειμενικές νόρμες (60%). Στους McMillan and Conner (2003) σχετικά με το κάπνισμα ήταν ο αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος που επέδειξε μεγαλύτερη επίδραση. Τα δεδομένα μας συμφωνούν με αυτά του Steingold (2008) στην περίπτωση που οι κλίμακες μετρήθηκαν ξεχωριστά.

Ως γενικό συμπέρασμα των παραπάνω, οι στάσεις είναι ο πρωταρχικός άξονας επίδρασης στη συμπεριφορά καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ. Επομένως, σε προγράμματα παρέμβασης ιδιαίτερη εστίαση θα πρέπει να επιδειχθεί, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, στην αλλαγή στάσεων.

Σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ οι νέοι αυτοί παράγοντες είναι οι εξής έξι:

Π1.1 Παράγοντες επίδρασης στην πόση, που έχουν να κάνουν κυρίως με προτάσεις του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου και δη της αυτοαποτελεσματικότητας.

Π1.2 Προσδοκίες σημαντικών άλλων, οι οποίοι αναφέρονται στις κοινωνικές νόρμες.

Π1.3 Επιδράσεις των φίλων στην πόση, προτάσεις που έχουν να κάνουν με τις κοινωνικές νόρμες και την αυτοαποτελεσματικότητα σε σχέση με την πίεση που ασκείται από τους φίλους.

Π1.4 Κοινωνικοί παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο της πόσης, συμπεριλαμβάνουν προτάσεις που δείχνουν την επιρροή από τους φίλους και την έλλειψη αυτοαποτελεσματικότητας ως προς αυτούς και τη χρήση αλκοόλ.

Π2.1 Στάση χρησιμότητας της πόσης, παράγοντας που περιλαμβάνει τις στάσεις εκείνες που αφορούν αξιολογικά στοιχεία του αλκοόλ ως προς τη χρησιμότητά του, για παράδειγμα της ασφάλειας και της ωφελιμότητάς του.

Π2.2 Στάση συναισθηματικής απόλαυσης της πόσης, που περιλαμβάνει τις στάσεις τέρψης και χαλάρωσης της χρήσης του αλκοόλ.

Σε σχέση με το κάπνισμα οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση είναι οι εξής εννέα:

Π 3.1 Κοινωνικές νόρμες των πιο στενών σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα, παράγοντας που αφορά τις κοινωνικές νόρμες που προέρχονται από το

στενό οικογενειακό περιβάλλον, τον/τη σύντροφο και τους ειδικούς υγείας για το κάπνισμα.

Π3.2 Κοινωνικές νόρμες των ευρύτερων σημαντικών άλλων για το κάπνισμα, επίσης, παράγοντας που αναφέρεται στις κοινωνικές νόρμες κυρίως του ευρύτερου περιβάλλοντος.

Π4.1 Ψυχολογικές συνθήκες επίδρασης στην ποσότητα του καπνίσματος, παράγοντας που αφορά κυρίως τις συνθήκες που επιδρούν στην ψυχική κατάσταση των ατόμων με συνέπεια την αύξηση του καπνίσματος και αφορούν τη διάσταση του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου.

Π4.2 Συνδυασμός καπνίσματος με άλλες συνήθειες, δηλαδή με το αλκοόλ, τη διατροφική συμπεριφορά και τη μουσική.

Π4.3 Παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος, που συμπεριλαμβάνουν για παράδειγμα το κόστος, την καλή διάθεση, τις εξόδους και ανήκουν στη διάσταση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Π4.4 Αγχογόνοι οικονομικοί παράγοντες επίδρασης στο κάπνισμα, που συμπεριλαμβάνει το κόστος της ανεργίας και την οικονομική κρίση.

Π4.5 Παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος, που συμπεριλαμβάνουν την ελεγκτική επίδραση των γονέων ως προς το κάπνισμα, τον έλεγχο της διατροφής μέσω του καπνίσματος και την απώλεια ελέγχου στο κάπνισμα όταν τα τσιγάρα είναι διαθέσιμα, προτάσεις που σχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου.

Π5.1 Στάση χρηστικότητας του καπνίσματος, παράγοντας που αφορά τη στάση αξιολόγησης της χρησιμότητας του καπνίσματος, της ασφάλειας και της ωφελιμότητάς του.

Π5.2 Στάση συναισθηματικής απόλαυσης του καπνίσματος, παράγοντας που αφορά τη στάση τέρψης και χαλάρωσης από το κάπνισμα.

Σε μοντέλα που δίνουν έμφαση στην επίδραση των στάσεων, όπως της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, 1991) , καθώς και άλλα με ευρύτερη έννοια των στάσεων, όπως το 'salutogenic model' του Antonovsky (1987), η παρούσα διδακτορική έρευνα έρχεται να προσθέσει τον επιμερισμό και την ανάλυση των εν

λόγω παραγόντων σε πιο εξειδικευμένους επιδραστικούς παράγοντες, όπως παρουσιάζονται παραπάνω.

Το φύλο αποτελεί διαφοροποιητικό παράγοντα ως προς ορισμένους από τους παραπάνω παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, στους παράγοντες επίδρασης στην πόση, στις προσδοκίες των σημαντικών άλλων, στις επιδράσεις των φίλων στην πόση, στις προσδοκίες των πιο σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα και στους παράγοντες διευκόλυνσης του καπνίσματος, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο ως προς τη χρήση αλκοόλ και καπνίσματος, ενώ οι άνδρες δηλώνουν αρνητικοί ως προς την επίδραση, δηλαδή οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τις διαστάσεις του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου, κυρίως της αυτοαποτελεσματικότητας, τις κοινωνικές νόρμες των πιο σημαντικών άλλων και των επαγγελματικών υγείας καθώς και στις συνθήκες που διευκολύνουν το κάπνισμα.

Τα παραπάνω αποτελέσματα διαφοροποιούνται σε ένα βαθμό από αυτά των Norman et al. (1998) σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, οι οποίοι από την έρευνά τους διαπίστωσαν ότι οι άνδρες του δείγματός τους περισσότερο από τις γυναίκες είχαν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην ευκαιριακή, βέβαια, κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking). Επίσης, στην εν λόγω έρευνα ήταν οι άνδρες που φάνηκαν να επηρεάζονται περισσότερο από την κοινωνική πίεση των σημαντικών άλλων να ενδώσουν στην κατανάλωση αλκοόλ και αντιλαμβάνονταν λιγότερα εμπόδια και περισσότερους διευκολυντικούς παράγοντες ως προς αυτή τη συμπεριφορά.

Πιθανολογούμε, ότι τα παραπάνω μπορεί να προκύπτουν λόγω της μεγαλύτερης συναισθηματικής διακύμανσης των γυναικών που επιδρά στην αυτοαποτελεσματικότητά τους και του τρόπου με τον οποίο μεγαλώνουν στον ελλαδικό χώρο ώστε να είναι περισσότερο ευάλωτες στην επίδραση του περιβάλλοντος. Εμφανίζονται στις γυναίκες περισσότερο αυξημένα τα επίπεδα της εξωτερικής έδρας ελέγχου, για παράδειγμα οι προσδοκίες των άλλων και οι συνθήκες, σε σχέση με τους άνδρες και αυτό δεν είναι αταίριαστο με τον τρόπο ανατροφής των κοριτσιών εν συγκρίσει με τα αγόρια, στην ελληνική κοινωνία. Το δεδομένο αυτό ταιριάζει με αυτά των Huchting, Lac and LaBrie (2008), οι οποίοι στην έρευνά τους βρήκαν ότι οι ελληνίδες φοιτήτριες του δείγματός τους επηρεάζονται, μάλιστα σε επικίνδυνο βαθμό, λόγω των προτύπων τους κατανάλωσης αλκοόλ, έννοια που σχετίζεται άμεσα με τις κοινωνικές νόρμες. Η διαφοροποίηση

των ελληνίδων σε σχέση με τις συμφοιτήτριές τους άλλων εθνικοτήτων, λόγω της επίδρασης των προτύπων κατανάλωσης αλκοόλ εντοπίζεται και σε άλλες έρευνες (Cashin, Presley, & Meilman, 1998, Engs et al., 1996, Sher, Bartholow, & Nanda, 2001, Wechsler, Dowdall, Davenport, & Castillo, 1995).

Περαιτέρω, οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου διαφοροποιούνται ως προς τους φοιτητές του ΤΕΙ σχετικά με τους παράγοντες επίδρασης στην πόση, δηλαδή της αυτοαποτελεσματικότητας και τις κοινωνικές νόρμες των πιο στενών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα, δηλαδή συμφωνούν περισσότερο στην επίδρασή τους στην καπνιστική συμπεριφορά. Επομένως, οι φοιτητές του Πανεπιστημίου συμφωνούν με την επίδραση ατομικών (αυτοαποτελεσματικότητα) και κοινωνικών (κοινωνικές νόρμες) παραγόντων σχετικά με το κάπνισμα.

Δεν υπάρχει κάποια αντίστοιχη μελέτη ώστε να μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας, ούτε καν επιδημιολογική για να παρατηρήσουμε τις διαφοροποιήσεις. Υποθέτουμε πως πιθανά να διαφοροποιείται ο τρόπος σκέψης των φοιτητών σε ένα ΑΕΙ με αυτών στα ΤΕΙ ως προς την αιτιολογική απόδοση και ανάλυση των συσχετίσεων στις συμπεριφορές, ώστε οι πρώτοι να έχουν αναπτύξει ένα τρόπο σκέψης περισσότερο αναλυτικό ως προς τις καταστάσεις. Θα ήταν σκόπιμο, παρόλα αυτά σε ένα μελλοντικό ερευνητικό σχεδιασμό να επαναληφθεί η ερευνητική διαδικασία και σε άλλα ΑΕΙ και ΤΕΙ της χώρας ώστε να επισημάνουμε τυχόν αντίστοιχες διαφοροποιήσεις.

Οι φοιτητές σε διαφορετικά έτη σπουδών παρουσιάζουν διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, για τους παράγοντες επίδρασης στην πόση, δηλαδή του συμπεριφορικού ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας, διαφοροποιούνται οι φοιτητές του πρώτου, δεύτερου και τρίτου έτους. Διαφορές παρατηρούνται ανάμεσα στους πρωτοετείς και δευτεροετείς με τους τριτοετείς φοιτητές και στους τριτοετείς με τους τεταρτοετείς φοιτητές. Το δεδομένο αυτό χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση και σύγκριση με άλλα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Ωστόσο, δεν είναι σπάνιο η βαρύτητα των παραγόντων να διαφοροποιείται αναλόγως του ηλικιακού και αντιστοίχως σπουδαστικού σταδίου. Διαφοροποιήσεις στη βαρύτητα των παραγόντων, αναλόγως του σχολικού επιπέδου, ανέφεραν οι Hassandra et al. (2011) σε ελληνικό μαθητικό, ωστόσο, πληθυσμό 10-18 ετών, σχετικά με την πρόθεσή τους για κάπνισμα.

Στις στάσεις συναισθηματικής απόλαυσης διαφέρουν ως προς τις απαντήσεις τους τα έτη πρώτο και τρίτο και πρώτο με τους επί πτυχίω φοιτητές. Περαιτέρω, στους παράγοντες ελέγχου του καπνίσματος, δηλαδή προτάσεων που σχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα διαφέρουν τα έτη πρώτο με δεύτερο, δεύτερο και τέταρτο και τρίτο με τέταρτο. Εν γένει, φαίνεται ότι η διάσταση της αυτοαποτελεσματικότητας της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει διαφορετικό αντίκτυπο στους φοιτητές αναλόγως του έτους σπουδών τους.

Τόσο σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ όσο και με το κάπνισμα σε άλλες, σημαντικές για την ακαδημαϊκή κοινότητα και το θέμα υπό το μοντέλο που μελετήσαμε, έρευνες σε προπτυχιακούς φοιτητές δεν παρατηρούνται διαφορές ως προς τα έτη σπουδών και τις μεταβλητές της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Cooke et al., 2007, McMillan & Conner, 2003, Norman et al., 1998). Πιθανολογούμε ότι όσον αφορά την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς και τις στάσεις συναισθηματικής απόλαυσης ως προς το κάπνισμα ότι όσο αυξάνει η ηλικία των φοιτητών διαφοροποιούνται. Είναι παράγοντες που στην περίπτωση ενός εξειδικευμένου προγράμματος παρέμβασης ανά έτος σπουδών, θα έχριζε να ληφθούν υπόψη ως προς την εστίαση του ενδιαφέροντος.

Περαιτέρω, όσοι γεννήθηκαν στην Ελλάδα εκφράζουν περισσότερη συμφωνία με την επίδραση των κοινωνικών νορμών των σημαντικών άλλων και των ειδημόνων για το κάπνισμα, με τη συναισθηματική απόλαυση του καπνίσματος, ενώ δε φαίνεται να τους επηρεάζουν οι κοινωνικές νόρμες του ευρύτερου περιβάλλοντος και οι παράγοντες διευκόλυνσης για το κάπνισμα.

Η προσωπική κατάσταση είναι επίσης μια μεταβλητή που επιδρά σε μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα στη χρήση αλκοόλ και τις συνδυαστικές συνήθειες σε σχέση με το κάπνισμα. Διαφέρουν οι χωρισμένοι φοιτητές και αυτοί που είναι σε βραχύχρονη σχέση σχετικά με τους κοινωνικούς παράγοντες επίδρασης στον έλεγχο της πόσης, δηλαδή σε προτάσεις που σχετίζονται με την επιρροή των φίλων και την έλλειψη αυτοαποτελεσματικότητας ως προς αυτούς σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Οι χωρισμένοι φοιτητές σε σύγκριση με τους φοιτητές χωρίς σχέση και τους παντρεμένους διαφέρουν ως προς το συνδυασμό του καπνίσματος με άλλες συνήθειες. Σε όλες τις περιπτώσεις οι χωρισμένοι φοιτητές

φαίνονται πιο αρνητικοί στους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην κατανάλωση αλκοόλ και στις συνδυαστικές συνήθειες σε σχέση με το κάπνισμα. Χωρίς να εντοπίζονται άλλα ερευνητικά στοιχεία προς σύγκριση, πιθανολογούμε πως οι χωρισμένοι φοιτητές φαίνεται να εκδηλώνουν μια πιο ισχυρή εσωτερική έδρα ελέγχου στη χρήση καπνού και αλκοόλ.

Μια σειρά παραγόντων όπως αυτός της επίδρασης στην πόση, που εκφράζουν αυτοαποτελεσματικότητα ως προς τη χρήση αλκοόλ, της επιρροής των φίλων και της έλλειψης αυτοαποτελεσματικότητας ως προς αυτούς σχετικά με τη χρήση αλκοόλ και των στάσεων συναισθηματικής απόλαυσης της κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να διαφοροποιούνται στους φοιτητές αναλόγως της κατάστασης διαμονής τους.

Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως η κατάσταση γονέων, για παράδειγμα εάν παραμένουν μαζί ή είναι χωρισμένοι, συσχετίζεται με διαφορές που παρατηρούνται ως προς τις διαστάσεις των κοινωνικών νορμών του ευρύτερου περιβάλλοντος για το κάπνισμα, για τους φοιτητές που οι γονείς παραμένουν μαζί ή έχουν θανόντα γονέα της στάσης χρηστικότητας και ωφελιμότητας του καπνίσματος ως προς τους φοιτητές που οι γονείς παραμένουν μαζί ή είναι χωρισμένοι (ή σε διάσταση).

Οι φοιτητές δε διαφοροποιούνται, περαιτέρω, ως προς κάποιο παράγοντα αναλόγως της οικονομικής τους δυνατότητας.

Σε σχέση με τη Γ' ερευνητική φάση του επανελέγχου περίπου έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της Α' ερευνητικής φάσης, οι συμμετέχοντες ήταν 184 συνολικά. Όπως και στην Α' ερευνητική φάση, οι γυναίκες υπερέτησαν σε σχέση με τους άνδρες, ήταν στην πλειοψηφία τους πρωτοετείς φοιτητές του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες στη Γ' ερευνητική φάση είχαν συμμετάσχει στην ενδιάμεση ομάδα οπτικού υλικού (36.4%), λίγο λιγότεροι δεν έλαβαν καμία παρέμβαση όντας στην ομάδα ελέγχου (35.9%) ενώ 27.7% είχαν συμμετάσχει στην ομάδα της ψυχολογικής παρέμβασης με συνέντευξη.

Φαίνεται από τα αποτελέσματα πως η συντριπτική πλειοψηφία δε μέθυσε ούτε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας ούτε κατά τον τελευταίο μήνα. Βεβαίως, συγκρατούμε ένα ποσοστό γύρω στους 15 στους 100 φοιτητές που είχαν έως 2 επεισόδια μέθης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Αν και το ποσοστό αυτό διαφέρει άρδην σχετικά με την Α' ερευνητική φάση όπου το ποσοστό με έως δύο

επεισόδια μέθης ήταν 96.5%, φαίνεται πως υπάρχει ένας αριθμός φοιτητών που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε ομάδα υψηλού κινδύνου ως προς την κατανάλωση αλκοόλ.

Ένα σημαντικό ποσοστό (28.8%) δηλώνουν πως για κάποιους λόγους αναθεώρησαν τη στάση τους απέναντι στο αλκοόλ. Σημαντικός αριθμός αυτών, παραπάνω από ένας στους τέσσερις δήλωσαν πως ο λόγος αυτός ήταν ξεκάθαρα η ενδιάμεση παρέμβαση που συμμετείχαν, ενώ περίπου ένας στους τρεις δήλωσαν άλλους λόγους σε συνδυασμό, ωστόσο, με την ενδιάμεση παρέμβαση. Άλλοι λόγοι που σημαντικά επέδρασαν όσους φοιτητές δήλωσαν τροποποίηση στη στάση τους απέναντι στο αλκοόλ και είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας ήταν, για παράδειγμα, λόγοι υγείας που προέκυψαν και τους ανάγκασαν να μειώσουν το αλκοόλ ή εγκυμοσύνη, όπως και η διαφορά της θερινής περιόδου με τη χειμερινή, λόγω, αναμενόμενα, του περισσότερου ελεύθερου χρόνου και των εξόδων για νυχτερινή διασκέδαση της πρώτης.

Σχετικά με το κάπνισμα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν καπνίζει στη φάση επανελέγχου (φάση Γ'), δηλαδή σε ποσοστό 74.9% των συμμετεχόντων. Από τους καπνιστές υπερτερούν όσοι αναφέρουν ότι καπνίζουν κατά μέσο όρο 1 έως 5 τσιγάρα την ημέρα (37.5%). Βέβαια, αμέσως μετά ακολουθούν σε ποσοστό όσοι καταναλώνουν από 11 τσιγάρα έως περίπου ένα πακέτο την ημέρα (31.3%).

Λίγο λιγότεροι από τους μισούς καπνιστές (45.8%) δήλωσαν ότι υπήρξαν κάποιοι λόγοι που επέδρασαν στην στάση τους απέναντι στο κάπνισμα. Η πλειοψηφία αυτών (40.9%) δήλωσαν ότι οι λόγοι ήταν τόσο η παρέμβαση που έλαβαν σε συνδυασμό με άλλους λόγους και ένα σημαντικό ποσοστό (22.7%) ότι ήταν ξεκάθαρα η ενδιάμεση παρέμβαση που έλαβαν. Σημαντικό ήταν βέβαια και το ποσοστό, περίπου ένας στους τρεις, που ανέφεραν μια γκάμα άλλων λόγων.

Σχετικά με την επίδραση της ομάδας παρέμβασης, πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι υπάρχει επίδραση στην αναθεώρηση της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ αλλά και στις στάσεις σχετικά με το κάπνισμα. Η ομάδα παρέμβασης επιδρά σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, επίσης, στους λόγους που τους οδηγούν σε αυτή την αναθεώρηση. Επομένως, σχετικά με το αλκοόλ οι ενδιάμεσες παρεμβάσεις επηρεάζουν άμεσα τη στάση και έμμεσα αυτήν, διαμέσου άλλων λόγων στους οποίους επέδρασαν οι παρεμβάσεις και σχετίζονται με το κάπνισμα.

Επιπρόσθετα, η αναθεώρηση της στάσης διαφοροποιείται ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Περισσότεροι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες δήλωσαν αναθεώρηση της στάσης τους ως προς το αλκοόλ, ενώ δε βρέθηκε τέτοιου είδους διαφυλική διαφοροποίηση σχετικά με το κάπνισμα. Αυτό το δεδομένο πιθανολογούμε ότι υφίσταται λόγω του ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι περισσότερο μια συμπεριφορά που προβληματίζει τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, άρα κατ'επέκτασιν και η τροποποίησή και αναθεώρησή της. Ακόμα και ως προς τις αναπαραστάσεις κατάχρησης στους φοιτητές για τους άνδρες και τις γυναίκες, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν μια διαφυλική διαφοροποίηση, με την έννοια ότι επιτρέπεται περισσότερο στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες να καταναλώνουν αλκοόλ.

Σημαντικό μέρος του παρόντος πονήματος αποτέλεσε ο επανέλεγχος των προθέσεων και της συμπεριφοράς στη χρήση καπνού και αλκοόλ, στους συμμετέχοντες που έλαβαν κάποιον από τους δύο τύπους ενδιάμεσων παρεμβάσεων, καθώς και σε αυτούς που δεν έλαβαν καμία παρέμβαση (ομάδα ελέγχου). Στόχο αποτέλεσε ο εντοπισμός του αριθμού και του είδους διαφοροποιήσεων ανάμεσα στη φάση ελέγχου (φάση Α΄) και επανελέγχου (φάση Γ΄).

Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην Α΄ και Γ΄ φάση της έρευνας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα εξής:

Παρατηρείται σημαντική διαφορά στην κατανάλωση του αλκοόλ, ειδικά των οινοπνευματωδών τύπου ουίσκυ, στο κρασί και στα σφηνάκια, όπου στον επανέλεγχο φαίνεται να είναι μικρότερες οι ποσότητες σχετικά με το άμεσο παρελθόν, δηλαδή την προηγούμενη από τη μέτρηση εβδομάδα. Οι προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ είναι παρόμοιες με αυτές της Α΄ φάσης.

Οι ενδιάμεσες παρεμβάσεις επέδρασαν σημαντικά στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους φοιτητές λίγες μέρες πριν από τον επανέλεγχο. Οι συμμετέχοντες της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας (συνέντευξης) μείωσαν την κατανάλωση αλκοόλ κατά ένα ποτό, ανεξαρτήτως του τύπου ποτού, οι συμμετέχοντες της ομάδας οπτικού υλικού μείωσαν επίσης την κατανάλωση αλκοόλ, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου που αύξησαν, σε ένα βαθμό την ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Αξιοσημείωτα, στους συμμετέχοντες της ενδιάμεσης ψυχολογικής παρέμβασης υγείας φαίνεται να διακρίνεται μια τάση στις προθέσεις τους μείωσης στην ποσότητα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών.

Το ερευνητικό σχέδιο των ενδιάμεσων παρεμβάσεων που επιλέχθηκε διαφέρει από άλλες έρευνες με παρεμβάσεις, όπως αυτή των Hagger et al. (2011). Συγκριτικά με την προαναφερθείσα μελέτη, η οποία επικεντρώθηκε στο αλκοόλ, επιλέξαμε να επικεντρωθούμε στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και στα τρία ερευνητικά επίπεδα χρήσης δύο ουσιών, παρότι στην Α΄ ερευνητική φάση χρησιμοποιήθηκαν επιπρόσθετοι παράγοντες προς μέτρηση, όπως η παρελθούσα συμπεριφορά καθώς και άλλοι παράγοντες, όπως η επίδραση της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης. Στην απόφαση αυτή επέδρασε μια σειρά παραγόντων, ανάμεσα στους οποίους υπήρξε η ανυπαρξία ανάλογων πολυμεθοδολογικών διαχρονικών μελετών με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στον ελληνικό, και όχι μόνο, χώρο προς σύγκριση καθώς και το μέγεθος της έρευνας που από μόνο του έκανε τη διαδικασία αρκετά σύνθετη ώστε με το συγκερασμό και άλλων θεωριών θα αύξανε τον κίνδυνο παρεμβαινουσών μεταβλητών. Παρόλα αυτά η παρούσα μελέτη μας δίνει το έναυσμα και το μέτρο σύγκρισης με άλλες ερευνητικές μελέτες πειραματισμού και σύνθεσης με άλλες θεωρίες.

Σε ό,τι αφορά τις ενδιάμεσες παρεμβάσεις η σύγκριση ως προς την επίδραση έγινε ανάμεσα στους συμμετέχοντες με οπτικό υλικό συνεπειών από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ, και στην ψυχολογική παρέμβαση με συνέντευξη δια ζώσης με τους συμμετέχοντες. Η σύνθεση διαφόρων θεωριών θα δημιουργούσε τον κίνδυνο να μην μπορεί να εντοπιστεί ποιος παράγοντας πιθανά να επέδρασε στην αλλαγή συμπεριφοράς. Άλλωστε, οι νέοι εξειδικευμένοι παράγοντες που προέκυψαν από την ερευνητική φάση Α΄ υπήρξαν επαρκείς για καινοτόμα επεξεργασία τους στην ενδιάμεση ψυχολογική παρέμβαση με συνέντευξη. Δεν εντοπίστηκε αντίστοιχη μελέτη που να χρησιμοποιείται ο συγκεκριμένος ερευνητικός σχεδιασμός ενδιάμεσων παρεμβάσεων με σκοπό τη σύγκριση.

Σχετικά με το κάπνισμα και τις διαφορές ανάμεσα στις φάσεις ελέγχου (φάση Α΄) και επανελέγχου (φάση Γ΄), το ερωτηματολόγιο σχετικά με το κάπνισμα μετρά έγκυρα τις προθέσεις, δηλαδή οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις δίνουν τα ίδια αποτελέσματα σε

αυτό που μετρούν, εκτός των διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται λόγω των ενδιάμεσων παρεμβάσεων και θα συζητηθούν αμέσως παρακάτω.

Είναι αξιοσημείωτο ότι διακρίνεται μια τάση στους συμμετέχοντες της ενδιάμεσης ψυχολογικής παρέμβασης υγείας να μειώσουν κατά 100 περίπου τσιγάρα το κάπνισμα για τον επόμενο μήνα, δηλαδή κατά 3 τσιγάρα την ημέρα, ποσότητα καπνού διόλου αμελητέα. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα οπτικού υλικού προτίθενται να μειώσουν το κάπνισμα κατά 36 συνολικά τσιγάρα το μήνα, δηλαδή ένα τσιγάρο την ημέρα, γεγονός που επίσης δεν πρέπει να θεωρηθεί αμελητέο εάν ληφθεί υπόψη η αύξηση της ζημιογόνας επίδρασης στον οργανισμό από κάθε επιπλέον τσιγάρο.

Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνάς μας φαίνεται πως οι παρεμβάσεις είναι συνολικά αρκετά αποτελεσματικές στην κατανάλωση αλκοόλ, ανεξαρτήτως τύπου ποτού. Έπεται η επίδραση των παρεμβάσεων στη συμπεριφορά καπνίσματος, όπου σημειώθηκε μια αξιοσημείωτη τάση μείωσης της εν λόγω συμπεριφοράς. Ανάμεσα στους δύο τύπους ενδιάμεσης παρέμβασης υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα αυτή της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας, τόσο σχετικά με το κάπνισμα όσο και με το αλκοόλ. Παρότι το οπτικό υλικό, σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των φοιτητών ήταν πολύ ενδιαφέρον, η προσωπική εξατομικευμένη δουλειά στους επιδραστικούς παράγοντες φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική. Αυτό το στοιχείο φαίνεται να μας εξηγεί κατά έναν τρόπο το λόγο που οι καμπάνιες με απλά οπτικά ερεθίσματα, ή μετάδοση πληροφοριών δεν είναι απόλυτα αποτελεσματικές. Πιθανά, ο συνδυασμός και των δύο τύπων παρεμβάσεων, ή η ροπή προς τις εξατομικευμένες παρεμβάσεις υγείας να είναι περισσότερο αποτελεσματικές.

Συνολικά, διακρίνεται στους φοιτητές μια μεγαλύτερη τάση να επιθυμούν να διακόψουν την κατανάλωση αλκοόλ και να αντιστέκονται περισσότερο στη διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος.

Το τελευταίο στοιχείο, διαπιστώθηκε εμπειρικά από την ερευνήτρια στη διαδικασία της ψυχολογικής παρέμβασης υγείας, όπου διαφάνηκε μια περισσότερη αντίσταση από τους συμμετέχοντες της υποομάδας καπνίσματος και αλκοόλ ως προς την παρέμβαση στη συμπεριφορά τους για το κάπνισμα. Η συμπεριφορά του καπνίσματος φαίνεται να είναι πιο ανθεκτική στις παρεμβάσεις. Θα ήταν δόκιμο να

αξιολογήσουμε, περαιτέρω, σε επόμενη ερευνητική δουλειά, μεμονωμένα τους καπνιστές, με αφιέρωση αποκλειστικού χρόνου στις ψυχολογικές παρεμβάσεις υγείας και διεξαγωγή περισσότερων της μίας συνεδριών.

4.3 Προτάσεις για το μέλλον

Μέσα από την πορεία υλοποίησης του παρόντος πονήματος και τις ερευνητικές διαδρομές ανέκυψαν, εκτός των άλλων πολύτιμων επιστημονικών κατακτημάτων, ιδέες εφαρμογής και αξιοποίησης των στοιχείων που προέκυψαν.

Θα ήταν σημαντικό τα ερευνητικά εργαλεία που κατασκευάστηκαν, δεδομένου ότι είναι έγκυρα και αξιόπιστα, να αξιοποιηθούν στη διερεύνηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ σε φοιτητές και άλλων πανεπιστημίων, πιθανά και του εξωτερικού, ώστε να διαπιστωθούν τυχόν διαφοροποιήσεις, τόσο διαπανεπιστημιακά όσο και διαπολιτισμικά.

Επίσης, η ενδιάμεση ψυχολογική παρέμβαση υγείας με τη χρήση της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, είναι πρωτότυπη και αποτελεί ένα συνολικό σύστημα παρέμβασης που επέδειξε κάποια επίδραση, κυρίως στην κατανάλωση αλκοόλ και έπειτα στο κάπνισμα. Θα ήταν σκόπιμο, περαιτέρω, να διευρυνθεί το δείγμα, ώστε να είναι πιο ξεκάθαρες οι επιδράσεις και να αξιολογηθεί εκ νέου ώστε πιθανά να χρησιμοποιηθεί σε παρεμβάσεις στο φοιτητικό πληθυσμό. Μαζί με τα ερευνητικά εργαλεία-ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα σύνολο, καταγραφής των συμπεριφορών χρήσης αλκοόλ και καπνίσματος, να εντοπιστούν οι ομάδες φοιτητών υψηλού κινδύνου και να εφαρμοστεί η παρέμβαση με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους.

Συγκεκριμένα ως προς τις ψυχολογικές παρεμβάσεις υγείας, που φάνηκε να είναι ένας περισσότερο αποτελεσματικός τύπος παρέμβασης, θα ήταν χρήσιμο να εφαρμοστεί παραπάνω από μία φορές στους συμμετέχοντες, ειδικά σε αυτούς που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Παράλληλα, διεξάγοντας παραπάνω από μία συνεδρίες, εστιασμένες τόσο στους παράγοντες της Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς όσο και στους νέους εξειδικευμένους παράγοντες που προέκυψαν από τη συγκεκριμένη μελέτη, θα ήταν σκόπιμο να αξιολογήσουμε τη βελτίωσή τους και

την αλλαγή της συμπεριφοράς τους ως προς την κατανάλωση αλκοόλ ή/και το κάπνισμα.

Στην ομάδα υψηλού κινδύνου δεν ανήκουν μόνο όσοι φοιτητές κάνουν υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ ή καπνίζουν αρκετά αλλά και σε όσους διαφαίνεται η πρόθεση υπέρμετρης κατανάλωσης αλκοόλ στο μέλλον ή πιθανότητας έναρξης ή αύξησης του καπνίσματος. Για παράδειγμα, όπως προειπώθηκε σχετικά με το κάπνισμα τα αποτελέσματά μας έδειξαν έναν αριθμό φοιτητών που δήλωσαν την πιθανότητα έναρξης καπνίσματος στο μέλλον. Αυτοί οι φοιτητές ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Επομένως, τα στάδια της έρευνάς μας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στα πλαίσια της πρωτογενούς, δευτερογενούς αλλά και τριτογενούς πρόληψης.

Στο πρώτο επίπεδο, πρωτογενούς πρόληψης, σκοπός θα ήταν να διερευνηθεί ο αριθμός των ατόμων που δεν πίνουν ή πίνουν με όρια και δεν καπνίζουν αλλά και να ενδυναμωθούν οι ενισχυτικοί τους παράγοντες στο να διατηρήσουν τις εν λόγω συμπεριφορές.

Στο δεύτερο επίπεδο, δευτερογενούς πρόληψης, στόχος θα ήταν να εντοπιστούν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, σχετικά με τους εν δυνάμει χρήστες, και να λάβει χώρα η παρέμβαση ενισχύοντας τους προστατευτικούς παράγοντες ενάντια στις συμπεριφορές κατάχρησης αλκοόλ και καπνίσματος.

Σε τρίτο επίπεδο, τριτογενούς πρόληψης, επίσης στόχος θα ήταν ο εντοπισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου λόγω της κατάχρησης οινοπνεύματος και υπέρμετρου καπνίσματος με σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους σύμφωνα με το μοντέλο που αναφέρθηκε εκτενώς.

Τα ερευνητικά εργαλεία και οι παρεμβάσεις που κατασκευάστηκαν για τις ανάγκες της συγκεκριμένης διατριβής μπορούν εύκολα να τροποποιηθούν για τη μελέτη της χρήσης και άλλων ουσιών όπως τα ναρκωτικά κλπ. Επίσης η χρήση τους δεν περιορίζεται μόνο στη μελέτη της συμπεριφορά φοιτητών. Θα ήταν χρήσιμο να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητά τους τόσο και σε άλλες κοινωνικές ομάδες (μαθητές, στρατιώτες, εργαζόμενοι, κλπ) αλλά και στο γενικό πληθυσμό.

Αναφορικά, τέλος, με άλλους ερευνητές που θα επιθυμούσαν να χρησιμοποιήσουν τα δικά μας ερευνητικά εργαλεία, αυτό θα ήταν ιδιαίτερος ενδιαφέρον στην επέκταση της χρησιμότητάς τους και σύγκριση των αποτελεσμάτων μας. Μια σημαντική

παράμετρος, ωστόσο, που θα έχριζε να ληφθεί υπόψη είναι ο χρόνος διεξαγωγής που απαιτείται καθώς και η κινητοποίηση των φοιτητών, εγχείρημα διόλου εύκολο, να συνεχίσουν σε όλα τα ερευνητικά επίπεδα. Ευχόμαστε να υπάρχει η υπομονή και η επιμονή στους μελλοντικούς ερευνητές που θα καταπιαστούν με ανάλογη ερευνητική διαδικασία, ώστε να καταστούν συνεχιστές και να συμβάλλουν στην επιστημονική κοινότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behaviour relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5): 888-918.
2. Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
3. Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
4. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211.
5. Ajzen, I. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and methodological considerations-Brief description of the Theory of Planned Behavior. Copyright.
6. Ajzen, I. (2011). Editorial. The Theory of Planned Behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9): 1113-1127.
7. Amonini C, Donovan R.J. (2006). The relationship between youth's moral and legal perceptions of alcohol, tobacco and marijuana and use of these substances. *Health Education Research*, 21:276-86.
8. Ammendola, A., Tata, M.R., Aurilio, C., Ciccone, G., Gemini, D., Ammendola, E., Ugolini, G., Argenzio, F. (2001). Peripheral neuropathy in chronic alcoholism: a retrospective cross-sectional study in 76 subjects. *Alcohol*, 36: 271-275.
9. Anderson, C.B., Wetter, D.W., Pollak, K.I. (2002). Relations between self-generated positive and negative expected smoking outcomes and smoking behavior: an explanatory study among adolescents. *Psychol Addict Behav*, 16:196-204.
10. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey.
11. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 1997-2001 (2005). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 54:625-62.

12. Arens, C.R., White, T.L., Massengill, N. (2014). Attitudinal factors protective against youth smoking: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3): 167-175.
13. Armitage, C.J., Conner, M., Loach, J., Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying an extended Theory of Planned Behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(4):301-316.
14. Becker, U., Deis, A., Sorensen, T.I.A., Gronbaek, M., Johnsen, K.B., Muller, C.F., Schnohr, P., Jensen, G. (1996). Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex and age: a prospective population study. *Hepatology*, 23(5): 1025-1029.
15. Bellis, M.A., Hughes, K., Anderson, Z., Tocque, K. et al. (2008). Contribution of violence to health inequalities in England: Demographics and trends in emergency hospital admissions for assault. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12): 1064-1071.
16. Bennett P, Bozionelos G. (2000). The theory of planned behavior as predictor of condom use: A narrative review. *Psychology, Health & Medicine*, 5 (3):307-326.
17. Bernard, R.H. (1994). *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Second Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
18. Bovet, P., Viswanathan, B., Faeh, D., et al. (2006). Comparison of smoking, drinking, and marijuana use between students present or absent on the day of a school-based survey. *J Sch Health*, 76:133-137.
19. Breakwell, G. (1995) *Η Συνέντευξη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
20. Brenes, G.A., Strube, M.J., Storandt, M. (1998). An application of the theory of planned behavior to exercise among older adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 2274-2290.
21. Caetano, R., Clark C.L. (1998). Trends in alcohol-related problems among whites, blacks, and Hispanics: 1984-1995. *Alcohol Clin Exp Res*, 22:534-538.
22. Calafat, A., Juan, M. et al. (2009). Preventive interventions in nightlife: a review. *Addictions*, 21(4): 387-413.

23. Carpenter, M., Garrett-Mayer, E., Vitoc, C., Cartmell, K., Biggers, S., Alberg, A. (2009). Adolescent nondaily smokers: Favorable views of tobacco yet receptive to cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(4): 348–355.
24. Cashin, J.R., Presley, C.A., Meilman, P.W. (1998). Alcohol use in the Greek system: Follow the leader? *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 63-70.
25. Chalela P., Velez L.F., Ramirez A.G. (2007). Social influences, and attitudes and beliefs associated with smoking among border Latino youth. *J School Health*, 77:187-91.
26. Chan-Yeung, M., Dimich-Ward, H. (2003). Respiratory health effects of exposure to environmental tobacco smoke. *Respirology*, 8: 131-139.
27. Chang, C. (2009). Psychological motives versus health concerns: Predicting smoking attitudes and promoting antismoking attitudes. *Health Communication*, 24 (1): 1–11.
28. Cole, M., Cole, S.R (2002). *Η Ανάπτυξη των Παιδιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
29. Collins, S.E., Carey, K.B. (December 2007). The Theory of Planned Behavior as a Model of Heavy Episodic Drinking Among College Students. *Psychol Addict Behav*, 21(4): 498-507.
30. Condon, B. B. (2013). Honoring quality of life. *Nursing Science Quarterly*, 26(2):124.
31. Conner M, McMillan B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behavior: studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, 38: 195-222.
32. Conner, M., Warren, R., Close, S., Sparks, P. (1999). Alcohol consumption and the Theory of Planned Behavior: An examination of the cognitive mediation of past behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(8): 1676-1704.
33. Cooke R, Sniehotta F, Schuz B.(2007). Predicting binge-drinking behavior using an extended TPB: examining the impact of anticipated regret and descriptive norms. *Alcohol and Alcoholism*, 42: 84-91.
34. Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 16, 297 – 334.

35. Cunradi, C.B., Caetano, R., Clark, C.L., et al. (1999). Alcohol-related problems and intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the U.S. *Alcohol Clin Exp Res*, 23:1492-1501.
36. Dijkstra A, Sweeney L, Gebhardt W. (2001). Social cognitive determinants of drinking in young adults: beyond the alcohol expectancies paradigm. *Addictive Behavior*, 26:689-706.
37. Djordjevic, M.V., Stellman, S.D., Zang, E. (2000). Doses of nicotine and lung carcinogens delivered to cigarette smokers. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(2): 106-111. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
38. Doll, R., Peto, R., Boreham & Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328: 1519.
39. Dunn, K. (2000). Interviewing. Στο Hay, I. (Επίμ.) *Qualitative Research Methods in Human Geography*. South Melbourne: Oxford University Press.
40. Engs. R.C., Diebold, B.A., Hansen, D.J. (1996). The drinking patterns and problems of a national sample of college students, 1994. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41: 13-33.
41. Escobar-Chaves, S.L., Tortolero, S.R. et al. (2005). Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviors. *Pediatrics*, 116(1): 303-326.
42. Fantuzzi, G., Aggazoti, G., Righi, E., Facchinetti, F., Bertucci, E., Kanitz, S. et al. (2007). Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: A case-control study from Italy. *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 21: 194-200.
43. Forsyth A.J.M. (2011). Distorted? A quantitative exploration of drug fatality reports in the popular press. *International Journal of Drug Policy*, 12(5-6):435-453.
44. Fritz, D., Wider, L., Hardin, S., & Horrocks, M. (2008). Program strategies for adolescent smoking cessation. *Journal of School Nursing*, 24(1): 21–27.
45. Gaber, J. και Gaber, S.L. (1997) «Utilizing mixed – method research designs in planning: the case of 14th Street, New York City», στο *Journal of Planning Education and Research*, 17: 95-103.

46. Gagnon, H., Tessier, S., Côté, J., April, N., Julien, A.S. (2012). Psychosocial factors and beliefs related to intention to not binge drink among young adults. *Alcohol and Alcoholism*, 47(5): 525-532.
47. Galland, O. (2003). Adolescence, Post-Adolescence, Youth: Revised interpretations. *Revue française de sociologie*, 44: 163-188.
48. Ganguli, M., Bilt, J.V., Saxton, J.A., Shen, C., Dodge, H. (2005). Alcohol consumption and cognitive function in late life: a longitudinal community study. *Neurology*, 65:1210-1217.
49. Getz, G., Bray, J.H. (2005). Predicting heavy alcohol use among adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:102-16.
50. Hagger, M.S., Lonsdale, A., Chatzisarantis, N.L.D. (2012). A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. *British Journal of Health Psychology*, 17:18-43.
51. Hallfors, D.D., Waller, M.W. et al. (2004). Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3): 224-231.
52. Hanson, M.J.S. (1997). The Theory of Planned Behavior applied to cigarette smoking in African-American, Puerto Rican, and non-Hispanic white teenage females. *Nursing Research*, 46(3): 155-162.
53. Harakeh, Z., Scholte, R.H.J., Vermulst, A.A., de Vries, H., Engels, R.C.M.E. (Nov. 2004). Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of the theory of planned behavior. *Preventive Medicine*, 39 (5): 951-961.
54. Hassandra, M., Vlachopoulos, S.P., Kosmidou, E., Hatzigeorgiadis, A., Goudas, M., Theodorakis, Y. (2011). Predicting students' intention to smoke by theory of planned behaviour variables and parental influences across school grade levels. *Psychology and Health*, 26(9): 1241-1258.
55. Herrera, D.G., Yague, A.G., Johnsen-Soriano, S., Bosch-Morell, F., Collado-Morente, L., Muriach, M., Romero, F.G., Garcia-Vertugo, J.M. (2003). Selective impairment of hippocampal neurogenesis in chronic alcoholism: protective effects of an antioxidant. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, 100:7919-7924.
56. Higgins, A., Conner, M. (2003). Understanding adolescent smoking: The role of the Theory of Planned Behaviour and implementation intentions. *Psychology, Health and Medicine*, 8(2): 173-186.
57. Hilz, M.J., Zimmermann, P., Claus, D., Neundorfer, B. (1995). Thermal threshold determination in alcoholic polyneuropathy: an improvement of diagnosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 91:389-393.

58. Huchting, K., Lac, A., LaBrie, J.W. (April 2008). An Application of the Theory of Planned Behavior to Sorority Alcohol Consumption. *Addictive Behavior*, 33(4): 538-551.
59. Hughes, K., Bellis, M.A., Calafat, A., Juan, M. et al. (2008). Predictors of violence in young tourists: A comparative study of British, German and Spanish holidaymakers. *European Journal of Public Health*, 18(6): 569-574.
60. Jamison J, Myers LB. (2008). Peer-group and price influence students drinking along with planned behavior. *Alcohol and Alcoholism*, 43: 492-97
61. Kokkevi, A., Terzidou, M., Politikou, K. et al. (2002). Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend*, 58:181-188.
62. Kor, K., Mullan, B.A (2011). Sleep hygiene behaviours: An application of the theory of planned behaviour and the investigation of perceived autonomy support, past behavior and response inhibition. *Psychology and Health*, 26: 1208–1224.
63. Klein, H. (1989). Helping the college student problem drinker. *Journal of College Student Development*, 30: 323-331.
64. Knishkowy, B., Amitai, Y. (2005). Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. *Pediatrics*, 116(1):e113-e119. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
65. Kusma. B., Quarcoo, D., Vitzthum, K., Welte, T, Mache, S., Meyer-Falcke, A., Groneberg, D.A., Raupach, T.(2010). Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counselling. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16:9.
66. Laftin, M.T., Moore-Hirschl, S., Weis, D.L., Hayes, B.E. (1994). Use of the Theory of Reasoned Action to predict drug and alcohol use. *Substance Use and Misuse*, 29(7): 927-940.
67. Lampi, C., Yezdi, K. (2002). Central pontine myelinosis. *European Neurology*, 47:3-10.

68. Larimer, M.E., Irvine, D., Kilmer, J., Marlatt, G.A. (1997). College drinking and the Greek system: Examining the role of perceived norms for high-risk behavior. *Journal of College Student Development*, 38: 587-598.
69. Lo, C.C., Globetti, G. (1995). The facilitating and enhancing roles Greek associations play in college drinking. *International Journal of the Addictions*, 30: 1311-1322.
70. Lugoe, W., Rise, J. (1999). Predicting intended condom use among Tanzanian students using the theory of planned behaviour. *Journal of Health Psychology*, 4: 497-506.
71. Maher, R.A, Rickwood, D. (1997). The Theory of Planned Behavior, domain specific self-efficacy and adolescent smoking. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6(3): 57-76.
72. Mahoney, M.C., Bauer, J. E., Tumiel, L., et al. (2002). Longitudinal impact of youth tobacco education program. *BMC Fam Pract*, 3:1-9.
73. Mammias, I.N., Bertsiyas, G.K., Linardakis, M. et al. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *Eur J Public Health*, 13:278-282.
74. Marcoux, B.C., Shope, J.T. (1997). Application of the Theory of Planned Behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*, 12(3): 323-331.
75. Maziak, W., Ward, K.D., Afifi Soweid, R.A., Eissenberg, T. (2004^a). Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco Control*, 13: 327-333. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
76. Maziak, W., Ward, K.D., Eissenberg, T. (2004^b). Factors related to frequency of narghile (waterpipe) use: the first insights on tobacco dependence in narghile users. *Drug and Alcohol Dependence*, 76: 101-106. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
77. Maziak, W., Eissenberg, T., Ward, K.D. (2005). Waterpipe use and dependence: implications for intervention development. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 80: 173-179. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.

78. McKendrick, J.H. (1995) *Multi – Method Research in Population Geography: a primer to Debate*. Manchester: The University of Manchester.
79. McMillan, B., Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychol Health Med*, 8:317-28.
80. Meister, K., Bowman, K.C., Ross, G.L., Schneider, K.L., Whelan, E.M. (2003). *Cigarettes: What the Warning Label Doesn't Tell You-Information tobacco companies don't want teens to know about the dangers of smoking*. American Council on Science and Health, New York.
81. Moan, I.S., Rise, J. (2006). Predicting smoking reduction among adolescents using an extended version of the theory of planned behaviour. *Psychol Health*, 21:717-38.
82. Moran, S., Wechler, H., Rigotti, N.A. (2004), Social smoking among US college smoking. *Pediatrics*, 114:1027-35.
83. Myers, M.G., Brown, S.A. (2005). A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*, 19: 230-233.
84. Niewiadomska, M., Wochnik-Dyjas, D., Woronowicz, B., Ketner, M., Czerwosz, L. (1986). Examination of the peripheral sensory neuron in subjects with alcohol dependence syndrome. *Electromyography and Clinical Neurophysiology*, 26: 579-592.
85. Norman, P., Bennetti, P., Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*, 13(2): 163-169.
86. Norman, P., & Cooper, Y. (2011). The theory of planned behaviour and breast self examination: Assessing the impact of past behaviour, context stability and habit strength. *Psychology and Health*, 26: 1156–1172.
87. Parkinson, C.M., Hammond, D., Fong, G.T., Borland, R., Omar, M., Sirirassamee, B., Awang, R., Driezen, P., Thompson, M. (2009). Smoking beliefs and behavior among youth in Malaysia and Thailand. *American Journal of Health Behavior*, 33(4), 366–375.
88. Pechmann, C. (2006). Antismoking advertisements for youths: an independent evaluation of health, counter industry, and industry approaches. *American Journal of Public Health*, 96: 906-13.
89. Peto R (1994). Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *British Medical Journal* ,309:937-9

90. Pierce, J.P., Choi, W.S., Gilpin, E.A., et al. (1996). Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychology*, 15: 355-61.
91. Powe, B., Ross, L., Cooper, D.L. (2007). Attitudes and beliefs about smoking among African- American college students at historically black colleges and universities. *J Natl Med Assoc*, 99:338-44.
92. Rise, J. (2004). Modifying adolescent health behaviours. *Behav Med*, 4(17):129-32.
93. Rise, J., Ommundsen, R. (2011). Predicting the intention to quit smoking: A comparative study among Spanish and Norwegian students. *Europe's Journal of Psychology*, 7(1), 143-163.
94. Ravis, A., Sheeran, P., Armitage, C.J. (2011). Intention versus identification as determinants of adolescents' health behaviours: evidence and correlates. *Psychology and Health*, 26: 1128–1142.
95. Sajid, K.M., Akhter, M., Malik, G.O. (1993). Carbon monoxide fractions in cigarette and hookah (hubble bubble) smoke. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 43(9): 179-182. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
96. Schleicher, H. E., Harris, K. J., Catley, D., Harrar, S. W., Golbeck, A. L. (2008). Examination of a brief smoking consequences questionnaire for college students. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(9): 1503–1509.
97. Sher, K.J., Bartholow, B.D., Nanda, S. (2001). Short- and long- term effects of fraternity and sorority membership on heavy drinking: A social norms perspective. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15: 42-51.
98. Shihadeh, A., Sima, A., Charbel, A., Haddad, A. (2004). Towards a topographical model of narghile water-pipe cafe smoking: a pilot study in a high socioeconomic status neighborhood of Beirut, Lebanon. *Biochemistry, Pharmacology, and Behavior*, 79(1):75-82. Αναφέρεται στο World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
99. Smith, B.N., Bean, M., Mitchell, K.S., Speizer, I.S, Fries, E.A. (2007). Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Education Research*, 22(2):238-247.
100. The Centers for Disease Control and Prevention (2002). Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost and economic costs—United States, 1995-1999. *Jama*, 287:2355-2356.

101. Unger, J.B., Cruz, T.B., Ribisl, K.M., et al. (2000). English language use as a risk factor for smoking initiation among Hispanic and Asian American adolescents: evidence for mediation by tobacco-related beliefs and social norms. *Health Psychol*, 19:403- 10.
102. U.S. Department of Health and Human Services (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
103. Vardavas, C.L., Athanasopoulos, D., Balomenaki, E., Niaounaki, D., Linardakis, M.K., Kafatos, A.G. (2007). Smoking habits of Greek preschool children's parents. *BMC Public Health*, 7:112.
104. Vardavas, C.L., Kafatos, A.G. (2007). Smoking policy and prevalence in Greece: An overview. *European Journal of Public Health*, 17:211-213.
105. Vittadini, G., Buonocore, M., Colli, G., Terzi, M., Fonte, R., Biscaldi, G. Alcoholic polyneuropathy: a clinical and epidemiological study. *Alcohol and Alcoholism*, 36:393-400.
106. Wall, A., Hinson, R., McKee, S. (1998). Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and Theory of Planned Behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 59.
107. Wechsler, H., Dowdall, G., W., Davenport, A., Castillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85:921-926.
108. Weinberg, D. (2002) (Επίμ.) *Qualitative Research Methods*. Oxford: Blackwell.
109. Whalen, C.K., Jamner, L.D., Hanker, B., Delfino, R.J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive and aggressive dispositions: evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychol*, 20:99-111.
110. Wilson, R.K., Kunkl, R.W., Corse, A.M. (2006). Wernicke's encephalopathy beyond alcoholism. *Nature Clinical Practice Neurology*, 2:54-58.
111. Winter, G. (2000). A comparative discussion of the notion of 'validity' in qualitative and quantitative research. *The Qualitative Report*, 4:3-4.
112. Wolff, K., Nordin, K., Brun, W., Berglund, G., Kvale, G. (2011). Affective and cognitive attitudes, uncertainty avoidance and intention to obtain genetic

- testing: An extension of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 26: 1143–1155.
113. World Health Organization (2004^a). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: WHO.
114. World Health Organization (2004^b). *WHO European Strategy for smoking cessation policy*. European Tobacco Control Policy Series, No. 1, Copenhagen, Denmark.
115. World Health Organization (2005). *WHO Study Group on Tobacco Product Regulation, Advisory Note: Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Geneva: WHO.
116. World Health Organization (2007). Regional Office for Europe: *The European Tobacco Control Report*. Geneva: WHO.
117. Yanovitzky, I. (2000). Effects of news coverage on policy attention and actions-A closer look into the media policy connection. *Communication Research*, 29(4): 422-451.
118. Zambellis, T., Karandreas, N., Tzavellas, E. et al. (2005). Large and small fiber neuropathy in chronic alcohol-dependent subjects. *Journal of Peripheral Nervous System*, 10:375-381.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Βασιλόπουλος, Δ.(2003). *Νευρολογία. Επιτομή θεωρίας και πράξης*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
2. Bowers, D. (2011). *Θεμελιώδεις Έννοιες στη Στατιστική*, (Επιμέλεια Νίκος Μαλάττουν). Αθήνα, Αττικής: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
3. Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV (1996). Γκοτζαμάνης, Κ.(Μεταφρ.-Επιμ.). Published by the American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
4. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία-ΕΚΤΕΙΠΝ (2011). *Δείκτης αίτησης θεραπείας σε άτομα εξαρτημένα από τα οινόπνευματώδη: Αναθεωρημένος οδηγός συλλογής στοιχείων (μετά την πιλοτική εφαρμογή του Δείκτη)*.
5. Ιωσηφίδης, Θ. (2001) «Η Μέθοδος των Focus Groups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION». Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην

Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο. 24-26 Μαΐου.

6. Καρλής, Δ. (2005). Πολυμεταβλητή Στατιστική Ανάλυση, Πειραιάς, Εκδόσεις Σταμούλη.
7. Kaplan H, Sadock, B., Grebb, J., A. (2000). Συνδεόμενες με Αλκοόλ Διαταραχές. Στο *Kaplan & Sadock's Ψυχιατρική*. 7^η έκδοση, Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
8. Κοκκέβη, Α. (2007). Η Επιδημιολογία της Χρήσης του Αλκοόλ. Στο: Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ. (Επιμ. Έκδ.) *Αλκοολισμός: Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Β.
9. Λιάππας, Γ.Α. (2003). *Ναρκοτικά-Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση (5^η έκδ)*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
10. Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ. (2007). *Αλκοολισμός-Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
11. Μαδιανός, Μ.(2007). Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις του Αλκοολισμού. Στο Λύκουρας, Λ., Σολδάτος Κ. (Επιμέλεια) *Αλκοολισμός-Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σελ.47-53.
12. Μπαρμπαγιάννη, Ε., Ζυγά, Σ. (2011). Η εφηβική σεξουαλικότητα στο προσκίνηιο. Μελέτη και προβλεψιμότητα της χρήσης προφυλακτικού μέσω της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10 (2): 239-259.
13. Μωραΐτη, Α., Παπαδάτου, Α. (2010). Η χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων. *Νοσηλευτική*, 49(4): 347-354.
14. Ντολτό, Φ., Ντολτό-Τόλινς., Κ. (2004). *Έφηβοι-Προβλήματα και Ανησυχίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
15. Pagano, M. and Gauvreau, K. (2002). Αρχές Βιοστατιστικής, (Επιμέλεια Δάφνη Ουρανία). Αθήνα, Αττικής: Εκδόσεις Έλλην.
16. Ρούσσης, Α.Γ. (2007). *Ναρκοτικά και Ανήλικοι-Ο Ρόλος της Οικογένειας*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
17. Σωτηρόπουλος, Σ. (1981). [Διδακτ. Διατρ.] *Καπνιστικές Συνήθειες των Φοιτητών Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά το Ακαδημαϊκό Έτος 1978-*

79-Η επίδραση της γνώσεως των συνεπειών του καπνίσματος στην καπνιστική συμπεριφορά των φοιτητών. Αθήνα, από την Έδρα Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών Καθηγητής Γρηγόριος Ποντίφηξ, από την Έδρα Υγιεινής και Επιδημιολογίας Καθηγητής Δημήτριος Τριχόπουλος.

18. Τριανταφυλλίδου, Α., Τσουμάκας, Κ. (2006). Αλκοόλ και εφηβεία. *Δελτ.Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 53(1):33-40.
19. Φραγκίδης, Χ. (1988). [Διδακτ. Διατρ.] *Κάπνισμα και Μαθητόκοσμος-Χρήση, Γνώσεις, Στάση*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Λειτουργικός Κλινικοεργαστηριακός Τομέας, Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Καθηγητής Μάριος Μάρσελος.
20. Χαραλαμπίδης, Ε. (2003). *Στοιχεία για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Κέντρο για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας, Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Ο.ΚΑ.ΝΑ. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
21. Χοϊδάς & Λύκουρας (2007). Αλκοολισμός: Κλινικές εκδηλώσεις και διάγνωση. Στο Λύκουρας, Λ., Σολδάτος Κ. (Επιμέλεια) *Αλκοολισμός-Ιατρικές και Ψυχοκοινωνικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σελ. 17-29.

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Action on Smoking and Health (ash) Fact Sheet on Smoking Statistics-Illness and Death (April 2013). Ανασύρθηκε στις 5 Οκτωβρίου 2013 στο διαδικτυακό τόπο www.ash.org.uk.
2. Anderson P., Baumberg B. (2006). Alcohol in Europe: A public health perspective. Institute of Alcohol Studies: 446. Ανασύρθηκε στις 10 Νοεμβρίου 2010 από το διαδικτυακό τόπο <http://www.club-health.eu>.
3. Βασιλικό Διάταγμα «Περί απαγορεύσεως του καπνίζεω εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων». Ανασύρθηκε στις 20 Σεπτεμβρίου 2013 στο διαδικτυακό τόπο <http://www.elinyae.gr>.
4. ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια (27 Σεπτεμβρίου 2013). Ανασύρθηκε στις 1 Οκτωβρίου 2013 στο διαδικτυακό τόπο <http://el.wikipedia.org/wiki/κάπνισμα>.

5. ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, Η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια. Ανασύρθηκε στις 22 Σεπτεμβρίου στο διαδικτυακό τόπο http://el.wikipedia.org/wiki/Απαγόρευση_καπνίσματος_στην_Ελλάδα.
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Alcohol and Public Health*. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 10 Ιουνίου 2012 από το διαδικτυακό τόπο <http://www.cdc.gov/alcohol>.
7. Εθνική Επιτροπή για τον Έλεγχο του Καπνίσματος. Δελτίο τύπου για έρευνα σχετικά με το κάπνισμα. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 10 Ιανουαρίου 2014 από το διαδικτυακό τόπο www.moh.gov.gr/.
8. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012. Ανασύρθηκε στις 5 Σεπτεμβρίου 2012 από το διαδικτυακό τόπο <http://www.keelpno.gr/kapnisma.pdf>.
9. Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο. (2012) Υπουργείο Υγείας. Ανασύρθηκε στις 2 Ιουλίου 2013 από το διαδικτυακό τόπο www.moh.gov.gr.
10. Εθνικό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΤΕΠΝ). Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά 2013. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 2 Φεβρουαρίου 2014 στο διαδικτυακό τόπο www.ekterp.gr.
11. Ένωση Επιχειρήσεων Αλκοολούχων Ποτών (ΕΝΕΑΠ). Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 10 Ιουνίου 2012 στο διαδικτυακό τόπο <http://www.eneap.com.gr>.
12. Έρευνα ESPAD (2011). Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ. Ανασύρθηκαν πληροφορίες το Μάρτιο 2012 στο διαδικτυακό τόπο http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/espadrp.htm.
13. Έρευνα ESPAD (2011) για το Νομό Λακωνίας. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ. Ανασύρθηκαν πληροφορίες το Μάρτιο 2012 στο διαδικτυακό τόπο http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/PDF/N.LAKONIAS.pdf.
14. Εικόνα 1 παθητικού καπνίσματος από τα παιδιά. Ανασύρθηκε στις 16 Ιουνίου 2012 από το διαδικτυακό τόπο <http://stonkamva.blogspot.gr>.
15. Frieden, T. (2010, October 20). *A new twist on an old concept: Prevention interventions in global health* [Video file]. Retrieved from

<http://csis.org/event/new-twist-old-conceptprevention-interventions-global-health>.

16. Κέντρο Νευρο Αναπτυξιακής Παιδιατρικής. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 5 Σεπτεμβρίου 2010 στο διαδικτυακό τόπο <http://pediatriki.yolasite.com/>.
17. NoSmoking, αστική εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 10 Ιουνίου 2013 από το διαδικτυακό τόπο www.nosmoke.gr.
18. Ο Οδηγός του ΝυχτοΣΚΟΠΙΟΥ (2011). Hughes, K., Stuart, J., Bennett, A. M., Bellis, M.A. Κέντρο Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο John Moores, Liverpool, UK. Ανασύρθηκε στις 5 Οκτωβρίου 2013 από το διαδικτυακό τόπο www.nightscope.eu.
19. Πακέτα τσιγάρων με αποκρουστικές εικόνες που κυκλοφόρησαν στην Αυστραλία, εικόνα 9. Ανασύρθηκε στις 5 Ιουνίου 2011 στο διαδικτυακό τόπο www.gazzetta.gr
20. ΠΥΞΙΔΑ. Κέντρο πρόληψης και εξάρτησης από τα ναρκωτικά και προαγωγής της υγείας σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ (2005). Ανασύρθηκε στις 10 Δεκεμβρίου 2008 στο δικτυακό τόπο <http://www.pyxida.org.gr>
21. Steingold, L. (2008). Using the theory of planned behaviour to predict tobacco and alcohol use in South African students. *Postgraduate thesis, University of Cape Town*. Ανασύρθηκε στις 15 Δεκεμβρίου 2012 στο διαδικτυακό τόπο <http://web.uct.ac.za/depts/psychology/postgraduate/Hons2008Projects/Lauren.Steingold.pdf>.
22. Συλλογή πακέτων τσιγάρων, αναγραφόμενα αρνητικά μηνύματα, εικόνα 10. Ανασύρθηκε στις 5 Σεπτεμβρίου 2012 στο διαδικτυακό τόπο <http://syllogi-apo-paketa-tsigaron.blogspot.gr>
23. US Department of Health and Human Services (1989). Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington, Department of Health and Human Services. Στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 (www.keelpno.gr).
24. The Club Health-Healthy and Safer Nightlife of Youth Project. Ανασύρθηκαν πληροφορίες στις 5 Φεβρουαρίου 2014 στο διαδικτυακό τόπο <http://club-health.eu/>.
25. Τζανάκης, Ν. (Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας – Δημόσιας Υγείας). *Κάπνισμα και Κατανάλωση Αλκοόλ στην Νεολαία*. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Ανασύρθηκε στις 5 Ιανουαρίου 2010 στο δικτυακό τόπο www.feel-free.gr/smoking-drinking.pdf

26. World Health Organization (W.H.O.). Ανασύρθηκε στις 5 Σεπτεμβρίου 2012. <http://www.who.int/en/>
27. World Health Organization (W.H.O., 2006). Facts and figures about tobacco. Ανασύρθηκε στις 10 Ιουνίου 2012 από το διαδικτυακό τόπο <http://www.who.int/tobacco/fctc/cop/en/index/html>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Α΄ Ερευνητικής Φάσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με τίτλο «Διερεύνηση επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων και προβλεψιμότητα χρήσης καπνού και αλκοόλ σε μετέφηβους φοιτητές» της υποψήφιας διδάκτορος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Ψυχολόγου, κ. Μπαρμπαγιάννη Ευφροσύνης, με επιβλέπον μέλος ΔΕΠ τη Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Αφορά στη χρήση καπνού και αλκοόλ και απευθύνεται σε φοιτητές Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και ΤΕΙ της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Η ερευνητική διαδικασία περιλαμβάνει τρεις φάσεις: Στην πρώτη φάση θα συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες το παρόν ερωτηματολόγιο, στη δεύτερη φάση, με όσους επιλεγούν, περιλαμβάνεται ατομική εστιασμένη συζήτηση μέσω skype και παρουσίαση οπτικού υλικού και στην τρίτη φάση θα υπάρξει συμπλήρωση σύντομου ερωτηματολογίου. Είναι απαραίτητο να καταγράψετε τον προσωπικό σας κωδικό στην αρχή του ερωτηματολογίου, με τον τρόπο που καταδεικνύεται, και για το δεύτερο στάδιο της έρευνας, που θα γίνει διαδικτυακά μέσω skype, να καταγράψετε το mail και τη διεύθυνση skype που διαθέτετε. Η τρίτη φάση θα διεξαχθεί σε όλους τους συμμετέχοντες.

Είναι πολύτιμο να απαντήσετε σε όλο το ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς. Η συμμετοχή σας είναι οικειοθελής και προαιρετική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων σας. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παραδίδονται και παραμένουν στην ερευνήτρια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης. Η επιθυμία σας να

συμμετάσχετε στο πρώτο ερευνητικό μέρος συνεπάγεται την επιθυμία σας να συνεχίσετε και στις επόμενες ερευνητικές φάσεις.

Τα αποτελέσματα ευελπιστούμε ότι θα συμβάλλουν στην πρόοδο της επιστημονικής γνώσης και για το σκοπό αυτό η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύ σημαντική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και τις ειλικρινείς απαντήσεις σας.

Με εκτίμηση και θερμές ευχαριστίες στους συμμετέχοντες,

Ευφροσύνη Π. Μπαρμπαγιάννη

Ψυχολόγος

Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Email: ebarbayianni@uop.gr

ebarbayianni@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

Ο προσωπικός σας κωδικός ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία σας

(θα χρησιμοποιήσετε αυτόν τον κωδικό κατά τη διάρκεια όλης της έρευνας):

1. Τα πρώτα 2 γράμματα του μικρού σας ονόματος
2. Τα τελευταία 3 ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου
3. Τα τελευταία 3 γράμματα του επώνυμού σας
4. Το νούμερο της διεύθυνσής σας

Παράδειγμα προσωπικού κωδικού

1. Μα(ρία) 2. (6918332)876 3. (Γεωργ)ίου 4. 162

Τελικός κωδικός:

MA876IOY162

Ο δικός σας κωδικός: _____

Διεύθυνση e-mail: _____

Διεύθυνση skype: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: _____

1) Ημερομηνία Γέννησης: _____ Φύλο: _____ Έτος Σπουδών:

_____ Τμήμα Σπουδών: _____ Τόπος Καταγωγής: _____

2) Προσωπική Κατάσταση (παρακαλούμε βάλτε **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας):

Χωρίς σχέση Σε μακροχρόνια σχέση (> 1 έτος) Παντρεμένος/η

Σε βραχύχρονη σχέση (< 1 έτος) Χωρισμένος/η

3) Γραμματικές γνώσεις των γονέων: (παρακαλούμε βάλτε **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

Πατέρας	Μητέρα	
		Τελείωσε το Δημοτικό ή μερικές τάξεις του Δημοτικού
		Τελείωσε το Γυμνάσιο ή μερικές τάξεις του Γυμνασίου
		Τελείωσε το Λύκειο ή μερικές τάξεις του Λυκείου
		Τελείωσε Τ.Ε.Ι. ή Ανώτερη Σχολή
		Τελείωσε Ανώτατη Σχολή
		Άλλο (σημειώστε):

4) Εργασιακή κατάσταση των γονέων: (παρακαλούμε βάλτε **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

Πατέρας	Μητέρα	
		Εργάζεται
		Είναι συνταξιούχος/α
		Είναι άνεργος/η
		Οικιακά

5) Γεννήθηκες στην Ελλάδα;

Ναι Όχι

Αν όχι, πόσα χρόνια ζεις στην Ελλάδα;

- Λιγότερο από ένα (1) χρόνο Ένα (1) έως τρία (3) χρόνια
 Τέσσερα (4) έως έξι (6) χρόνια Επτά (7) χρόνια ή περισσότερα

6) Οικογενειακό επίπεδο:

- Οι γονείς σας παραμένουν μαζί Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι
 Έχετε θανόντα γονέα Άλλο:

7) Οικονομικό επίπεδο της οικογένειας:

- Υψηλό (> 30.000 ευρώ ανά έτος) Μέτριο (12.000-30.000 ευρώ ανά έτος)
 Χαμηλό (< 12.000 ευρώ ανά έτος)

8) Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την κατάσταση διαμονής σας, αυτή τη στιγμή:

- Διαμονή με τους γονείς Διαμένω μόνος / μόνη
 Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου Νοικιάζω σπίτι με συγκάτοικο
 Άλλο: _____

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ένα (1) ποτό είναι:

Ένα ποτήρι κρασί ή ένα μικρό μπουκάλι ή κουτί μπύρα ή ένα σφηνάκι ή ένα μπουκάλι συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό ή ένα κοκτέιλ που να περιέχει αλκοόλ ή ένα ποτήρι ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά) ή ένα αλκοολούχο ποτό.

9) Θυμήσου πόσες φορές (αν συνέβη) ήπιες το καθένα από τα παρακάτω την προηγούμενη εβδομάδα.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας. Μία απάντηση ανά γραμμή)

ΕΙΔΟΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΥ ΠΟΤΟΥ	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Μπύρα (δεν αφορά μπύρα χωρίς αλκοόλ ή με λίγο αλκοόλ)							
β. Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)							
γ. Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό π.χ. Mule, Breezer, Space, Rigo κλπ.							
δ. Κρασί							
ε. Ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό							
στ. Σφηνάκια							
ζ. Κοκτέιλ με αλκοόλ							

10) α) Στην οικογένειά μου πίνουν:

(παρακαλούμε κυκλώστε την αντίστοιχη απάντησή σας) :

Υπερβολικά πολύ						Δεν πίνουν καθόλου
1	2	3	4	5	6	7

β) Πόσο αλκοόλ καταναλώνει την εβδομάδα καθένας από τους γονείς σου:

(παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα σε μία ή παραπάνω απαντήσεις)

Πατέρας	Μητέρα	
		ποτήρια μπύρας
		ποτήρια κρασιού
		ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα)
		συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά π.χ. Breezer
		σφηνάκια
		ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)
		κοκτέιλ με αλκοόλ

11) Ποια ήταν η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα;

(παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα, αν δε βγήκατε περάστε στην επόμενη ερώτηση)

	Μπίρες		Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)		Σφηνάκια
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)		Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Ποτήρια κρασιού		
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω : (παρακαλώ καταγράψτε)		

12) Τι από τα παρακάτω θεωρείτε κατάχρηση αλκοόλ για τους άνδρες και τι για τις γυναίκες;

(Συμπληρώστε σε μία ή παραπάνω απαντήσεις την ποσότητα και για τα δύο φύλα)

Για τους άνδρες	Για τις γυναίκες	
		ποτήρια μπίρα «στην καθισιά»
		ποτήρια κρασιού τη φορά
		ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα) τη φορά
		συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά π.χ. Breezer
		Σφηνάκια
		ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)
		κοκτέιλ με αλκοόλ

13) Πόσες φορές μεθύσατε από αλκοολούχα ποτά, δηλαδή να μην μπορείτε να κρατήσετε την ισορροπία σας περπατώντας, να μην μπορείτε να μιλήσετε καλά, να κάνετε εμετό ή να μην θυμάστε τι είχε συμβεί;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας. Μία απάντηση ανά γραμμή)

	ΦΟΡΕΣ						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
α. Σε όλη τη ζωή σας μέχρι σήμερα							
β. Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα							
γ. Στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (των 12 τελευταίων μηνών)							
δ. Στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας							

14) Εξαιτίας της χρήσης αλκοόλ που κάνατε, πόσες φορές μέσα στον τελευταίο χρόνο (12 τελευταίους μήνες μέχρι σήμερα) σας συνέβη;

(Παρακαλούμε συμπληρώστε βάζοντας **V** στην αντίστοιχη απάντηση σας. Μία απάντηση ανά γραμμή)

	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 -2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Να μπλέξετε σε καβγά με ξυλοδαρμό							
β. Να έχετε κάποιο ατύχημα ή να τραυματιστείτε							
γ. Να έχετε σοβαρά προβλήματα με την οικογένειά σας							
δ. Να έχετε σοβαρά προβλήματα με τους φίλους σας							
ε. Να παραμελήσετε τις σπουδές σας							
στ. Να πέσετε θύμα ληστείας ή κλοπής							
ζ. Να μπλέξετε με την αστυνομία							
η. Να εισαχθείτε σε νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών							
θ. Να έχετε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό							
ι. Να έχετε σεξουαλική επαφή για την οποία μετανιώσατε την επόμενη ημέρα							

15) Παρακαλούμε να υποδείξετε τον αριθμό αλκοολούχων ποτών που συνήθως καταναλώνετε σε μια έξοδό σας.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

0 1 - 3 4 - 6 7+

16) Σε μια συνηθισμένη εβδομάδα, πόσο αλκοόλ καταναλώνετε συνολικά;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε την ποσότητα σε μία ή παραπάνω απαντήσεις)

	Ποτήρια κρασιού		Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Μπίρες		Σφηνάκια
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)		Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)		
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω : (παρακαλώ καταγράψτε)		

17) Οι φίλοι σας πίνουν αλκοόλ;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας άσχετα από την ποσότητα)

- Όλοι μου οι φίλοι πίνουν αλκοόλ
- Οι περισσότεροι από τους φίλους μου πίνουν αλκοόλ
- Λίγοι φίλοι πίνουν αλκοόλ
- Κανείς από τους φίλους μου δεν πίνει αλκοόλ

18) Παρακαλούμε υποδείξτε περίπου τον αριθμό των φορών που οι φίλοι σας πίνουν αλκοόλ σε μία συνηθισμένη εβδομάδα.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- 0 1-2 3-4 5-6 7 +

19) Παρακαλούμε να υποδείξετε τον αριθμό αλκοολούχων ποτών που οι φίλοι σας καταναλώνουν σε μια συνηθισμένη έξοδο.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- 0 1 - 3 4 - 6 7+

20) Όταν πίνετε αλκοόλ, με ποιόν συνήθως πίνετε;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** σε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

- Δεν πίνω ποτέ αλκοόλ Πάντοτε πίνω μόνος
- Πίνω με έναν φίλο Πίνω με δύο ή τρεις φίλους
- Πίνω με μία παρέα τεσσάρων ή περισσότερων φίλων
- Πίνω στο σπίτι με την οικογένεια

21) Πόσο συχνά επισκέπτεσθε κάποιο μπαρ;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- Ποτέ
- 1-2 φορές την εβδομάδα
- 3-4 φορές την εβδομάδα
- 5-6 φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά

Αν απαντήσατε «Ποτέ» παρακαλούμε πηγαίνατε στην ερώτηση 23

22) Παρακαλούμε υποδείξτε τον αριθμό ωρών ανά εβδομάδα που περνάτε σε κάποιο μπαρ με φίλους.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- <1 ώρα 1 - 2 ώρες 3 - 4 ώρες 5+ ώρες

23) Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα σε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις:

(παρακαλούμε κυκλώστε)

	Συμφωνώ Απόλυτα						Διαφωνώ Απόλυτα
1. Οι φίλοι μου θα ενέκριναν το να πίνω.	1	2	3	4	5	6	7
2. Οι φίλοι μου θα περίμεναν να πτώ όταν βγαίνουμε έξω.	1	2	3	4	5	6	7
3. Η οικογένεια μου θα ενέκρινε το να πίνω.	1	2	3	4	5	6	7
4. Η οικογένεια μου θα περίμενε ότι θα πτώ όταν βγαίνω έξω.	1	2	3	4	5	6	7
5. Εάν θα πτώ αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό μου.	1	2	3	4	5	6	7
6. Είναι εύκολο να πίνω περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνω με φίλους	1	2	3	4	5	6	7
7. Έχω λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνω, όταν πίνω με φίλους	1	2	3	4	5	6	7

8. Θα έπινα τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι μου σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω.	1	2	3	4	5	6	7
9. Συνήθως προσπαθώ να πω τον ίδιο αριθμό ποτών με αυτό που πίνουν οι φίλοι μου.	1	2	3	4	5	6	7
10. Οι φίλοι μου θα με ενθάρρυναν να πω τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι.	1	2	3	4	5	6	7
11. Μερικές φορές νιώθω να πιέζομαι να πω όταν βγαίνω έξω με φίλους.	1	2	3	4	5	6	7
12. Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πω θα με κάνει να το «ξεχάσω».	1	2	3	4	5	6	7
13. Όταν πίνω με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουμε ποτά σε «γύρους».	1	2	3	4	5	6	7
14. Όταν με κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πω «όχι».	1	2	3	4	5	6	7
15. Θα έπινα περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά.	1	2	3	4	5	6	7
16. Το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά με κάνει να πίνω περισσότερο.	1	2	3	4	5	6	7
17. Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.	1	2	3	4	5	6	7
18. Όταν πίνω με φίλους, το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνω.	1	2	3	4	5	6	7
19. Στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	1	2	3	4	5	6	7
20. Προτίθεμαι να πω αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει.	1	2	3	4	5	6	7
21. Έχω την πρόθεση να πω αλκοόλ, όταν οι φίλοι μου πίνουν αλκοόλ.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ο φόβος της ανεργίας με κάνει να πίνω ή να πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	1	2	3	4	5	6	7

24) Πιστεύω ότι το να πίνω αλκοόλ είναι:

(παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα σε κάθε γραμμή)

Καθόλου ευχάριστο 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ευχάριστο 7
Καθόλου απολαυστικό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα απολαυστικό 7
Καθόλου ασφαλές 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ασφαλές 7

Καθόλου ευνοϊκό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ευνοϊκό 7
Καθόλου καλό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα καλό 7
Καθόλου ωφέλιμο 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ωφέλιμο 7
Καθόλου πολύτιμο 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα πολύτιμο 7
Καθόλου χαλαρωτικό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα χαλαρωτικό 7

25) Παρακαλούμε υποδείξτε πόσα περίπου αλκοολούχα ποτά προτίθεστε να καταναλώσετε τον επόμενο μήνα.

(παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα)

	Ποτήρια κρασιού		Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Μπύρες		Σφηνάκια
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)		Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)		
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω: (παρακαλώ καταγράψτε)		

26) Συνδυάζω το ποτό με:

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** σε μία ή παραπάνω απαντήσεις)

Δεν πίνω καθόλου αλκοόλ

Φαγητό

Σνάκς

Μουσική

Τσιγάρο

Άλλο (Παρακαλώ σημειώστε): _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β

1) Καπνίζετε;

(παρακαλούμε βάλτε **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- Ναι Όχι

2) Αν δεν καπνίζετε αυτή τη στιγμή, καπνίζατε ποτέ στο παρελθόν;

- Ναι Όχι

3) Εάν καπνίζετε στο παρόν ή καπνίζατε στο παρελθόν, για ποιον ή ποιους λόγους το ξεκινήσατε;

(παρακαλούμε βάλτε **✓** στην αντίστοιχη/ες απάντησή/εις σας)

- Από περιέργεια
- Επειδή κάπνιζαν οι φίλοι μου
- Πίστευα ότι θα με χαλαρώσει
- Χωρίς προφανή λόγο
- Άλλο

ΕΑΝ ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ ΠΕΡΑΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 7

4) Κατά μέσο όρο, περίπου πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- 1 - 5 6 - 10 11 - 20 21+

5) Πόσα τσιγάρα καπνίσατε κατά μέσο όρο την ημέρα κατά το μήνα που πέρασε;

(παρακαλούμε βάλτε **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

- 1 - 5 6 - 10 11 - 20 21+

6) Πόσα τσιγάρα προτίθεστε να καπνίσετε περίπου τον επόμενο μήνα;

Σημειώστε τον αριθμό: _____

7) Ποιο ή ποια μέλη της οικογένειάς σας καπνίζει ή κάπνιζε στο παρελθόν;

(Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

- Κανένα
- Μητέρα
- Πατέρας
- Αδέλφια (αριθμός αδελφιών που καπνίζουν ____)

8) Οι περισσότεροι από τους φίλους σας καπνίζουν;

- Ναι Όχι

9) Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει:

(παρακαλούμε κυκλώστε την αντίστοιχη απάντησή σας, μία σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
α. Ο καλύτερος μου φίλος πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
β. Άλλοι φίλοι πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
γ. Ο πατέρας μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
δ. Η μητέρα μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.							
ε. Οι ειδικοί υγείας πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
στ. Ο/η σύντροφός μου (εάν έχω) πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
ζ. Οι άνθρωποι που καπνίζουν πιστεύουν ότι δεν είναι	1	2	3	4	5	6	7

αρνητικό να καπνίζω.							
η. Τα αδέρφια μου πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
θ. Για την κοινωνία θεωρείται ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
ι. Οι γύρω μου σε κλειστούς χώρους (π.χ. καφετέριες, μπαράκια) πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7

10) Εάν δεν καπνίζετε αυτή τη στιγμή, υπάρχει ενδεχόμενο να καπνίσετε στο μέλλον;

- Ναι
- Όχι
- Ίσως

ΕΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ ΟΧΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΩΤΗΣΗ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ ΕΔΩ

11) Για ποιόν ή ποιούς λόγους θα ξεκινούσατε το κάπνισμα;

(παρακαλούμε βάλτε **V** στην αντίστοιχη απάντησή σας, μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία απαντήσεις)

- Από περιέργεια
- Επειδή καπνίζουν οι φίλοι μου
- Πιστεύω ότι θα με χαλαρώσει
- Χωρίς προφανή λόγο
- Άλλο

12) Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντησή σας σχετικά με τον τρόπο που λειτουργείτε συνήθως.

(παρακαλούμε κυκλώστε την αντίστοιχη απάντησή σας, μία σε κάθε σειρά **όσοι καπνίζετε**):

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
1. Το κόστος των τσιγάρων / καπνού μου επιτρέπει να τα αγοράσω.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ενδιαφέρομαι για την ποιότητα τσιγάρων / καπνού που χρησιμοποιώ.	1	2	3	4	5	6	7
3. Όταν έχω πολύ δουλειά να κάνω, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
4. Το ότι δεν μένω με τους γονείς μου ώστε να με ελέγχουν, με κάνει να καπνίζω πιο ελεύθερα.	1	2	3	4	5	6	7
5. Όταν είμαι σε άσχημη διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
6. Όταν είμαι σε καλή διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
7. Όταν βγαίνω έξω καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
8. Όταν έχω άγχος καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
9. Η διαθεσιμότητα τσιγάρων / καπνού με κάνει να καπνίζω.	1	2	3	4	5	6	7
10. Όταν πίνω τον καφέ μου καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
11. Όταν πίνω αλκοόλ καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
12. Πιστεύω ότι αν κόψω το κάπνισμα θα τρώω περισσότερο.	1	2	3	4	5	6	7
13. Συνηθίζω να καπνίζω μετά το φαγητό.	1	2	3	4	5	6	7
14. Όταν νιώθω μοναξιά καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
15. Για να σταματήσω να τρώω ανάβω τσιγάρο.	1	2	3	4	5	6	7
16. Ακούγοντας τη μουσική που μου αρέσει, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως .	1	2	3	4	5	6	7
17. Σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
18. Αν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή μου θα με έκανε να καπνίσω περισσότερο από ότι συνήθως.	1	2	3	4	5	6	7
19. Ο φόβος της ανεργίας με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	1	2	3	4	5	6	7
20. Η οικονομική κρίση με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	1	2	3	4	5	6	7

13) Το να καπνίσω τον επόμενο μήνα θα ήταν:

(παρακαλούμε, όσοι ήδη καπνίζετε και όσοι ενδεχομένως καπνίσετε στο μέλλον, κυκλώστε στην αντίστοιχη απάντησή σας, μία σε κάθε σειρά)

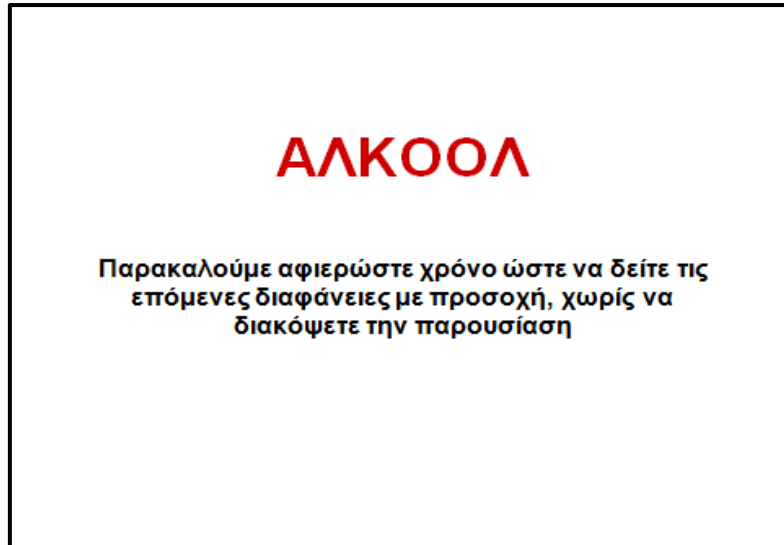
Καθόλου ευχάριστο 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ευχάριστο 7
Καθόλου διασκεδαστικό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα διασκεδαστικό 7
Καθόλου ασφαλές 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ασφαλές 7
Καθόλου ευνοϊκό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα ευνοϊκό 7
Καθόλου καλό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα καλό 7
Καθόλου χαλαρωτικό 1	2	3	4	5	6	Απόλυτα χαλαρωτικό 7

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΠΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Βα. Οπτικό υλικό για το αλκοόλ



Εικόνα Βα'.1: Εισαγωγικό Σημείο για το αλκοόλ



Εικόνα Βα'.2: Κατάσταση μέθης άνδρα από κρασί



Εικόνα Βα'.3: Κατάσταση μέθης άνδρα από ποτό τύπου ουίσκυ



Εικόνα Βα'.4:Χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη



Εικόνα Βα'5: Κατάσταση μέθης κοπέλας από ποτό τύπουVodka

Θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'6: Θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'7: Μήνυμα αποτροπής από το αλκοόλ



Εικόνα Βα'8: Αλκοτέστ



Εικόνα Βα'9: Γυναίκα πεσμένη σε πεζόδρομο από μέθη



Εικόνα Βα'10: Γυναίκες στο δρόμο σε κατάσταση μέθης



Εικόνα Βα'11: Χτύπημα άνδρα από οδηγό μετά από κατανάλωση 2 μπουρών



Εικόνα Βα'12: Συμβολικό μήνυμα κατάχρησης αλκοόλ



ΑΛΚΟΟΛ ΜΕΘΗ ΟΔΗΓΗΣΗ
ΜΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΣΧΕΣΗ
Εβδομάδα Πρόληψης Αλκοόλ 2012



Εικόνα Βα'13: Μήνυμα ενάντια στην οδήγηση σε κατάσταση μέθης



Εικόνα Βα'14: Κοπέλα σε κατάσταση μέθης



Εικόνα Βα'15: Νεαρός υπό την επήρεια αλκοόλ σε τουαλέτα



Εικόνα Βα'16: Γυναίκα πεσμένη σε πεζοδρόμιο σε κατάσταση μέθης



Εικόνα Βα'17: Νεαρή πεσμένη στην τουαλέτα κατόπιν εμέτου λόγω αλκοόλ



Εικόνα Βα'18: Συμβολική εικόνα συνεπειών από την κατάχρηση αλκοόλ



Εικόνα Βα'19: Συμβολική εικόνα συνέπειας πάχους από την κατανάλωση μύρας



Εικόνα Βα'20: Συμβολική εικόνα αποτροπής της οδήγησης μετά από κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'21: Οδήγηση με παράλληλη κατανάλωση αλκοόλ.



Εικόνα Βα'22: Τροχαίο ατύχημα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'23: Ποσοστά πρόκληση συνεπειών από κατανάλωση αλκοόλ



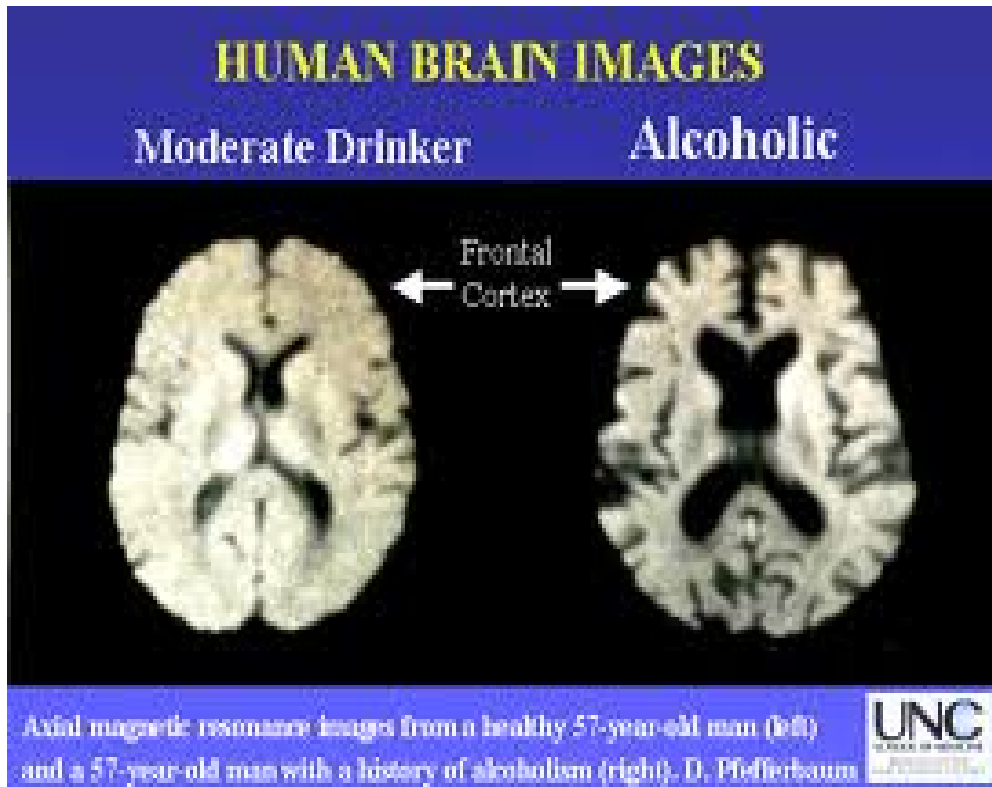
Εικόνα Βα'24: Μήνυμα αποτροπής από την οδήγηση μετά από κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'25: Συμβολική εικόνα έναρξης κακής σχέσης με το αλκοόλ



Εικόνα Βα'26: Συμβολικό μήνυμα συνεπειών του αλκοολισμού



Εικόνα Βα'27: Τομογραφίες εγκεφάλου ενός κανονικού καταναλωτή αλκοόλ και ενός αλκοολικού

Τα υπέρ και τα κατά της κατανάλωσης αλκοόλ

ΜΕΓΑΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ Κατά	ΜΙΚΡΗ/ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ Υπέρ
ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ Μειωμένη ανάπτυξη • Σύνδρομο Βερνικε-Κόρσακφ • Διαταραχές όρασης • Σύγχυση • Μειωμένη μνήμη Ψυχολογικές επιπτώσεις • Οξυθυμία • Αντικοινωνικότητα • Κατάθλιψη • Άγχος • Πανικός • Ψυχώσεις • Παραισθήσεις • Διαταραχές ύπνου	ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ • Μειώνει τον κίνδυνο «σκιπλών» θρόμβων • Μειώνει τον κίνδυνο άνοιας ΑΙΜΑ • Αυξάνει την «καλή» χοληστερίνη • Μειώνει τις θρομβώσεις • Μειώνει το ινωδογόνο • Αυξάνει την ινωδολύση ΣΚΕΛΕΤΟΣ • Αυξάνει την οστική πυκνότητα
ΣΤΟΜΑ, ΤΡΑΧΕΙΑ, ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ • Καρκίνος ΑΙΜΑ • Αναιμία ΚΑΡΔΙΑ • Αλκοολική καρδιομυοπάθεια ΗΠΑΡ • Κίρρωση • Ηπατίτιδα ΣΤΟΜΑΧΙ • Χρόνια γαστρίτιδα ΠΑΓΚΡΕΑΣ • Παγκρεατίτιδα ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΙΣΤΟΣ • Αυξάνει τον κίνδυνο διαβήτη τύπου 2	ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ • Αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη • Μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη
Κοινές επιπτώσεις για μεγάλη και μικρή κατανάλωση ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ • Μειώνει τον κίνδυνο ρευματοειδούς αρθρίτιδας ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΑ • Μειώνει τον κίνδυνο δημιουργίας πέτρας	

Εικόνα Βα'28: Τα υπέρ και τα κατά της κατανάλωσης αλκοόλ



Εικόνα Βα'29: Ανεπιθύμητη σεξουαλική πράξη γυναίκας μετά από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ



Εικόνα Βα'30: Συμβολική εικόνα υποδούλωσης στο αλκοόλ



**Don't let alcohol
crush you**

If you would like help please call 0800 77 44 00 

**Εικόνα Βα'31: Συμβολικό μήνυμα αποτροπής από την υπερβολική
κατανάλωση αλκοόλ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΠΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Ββ-Οπτικό υλικό για το κάπνισμα

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Παρακαλούμε αφιερώστε χρόνο ώστε να δείτε τις επόμενες διαφάνειες με προσοχή, χωρίς να διακόψετε την παρουσίαση

Εικόνα Ββ'1: Εισαγωγικό σημείωμα παρουσίασης για το κάπνισμα



Εικόνα Ββ'2: Συμβολική εικόνα διακοπής καπνίσματος



Εικόνα Ββ'3: Κάπνισμα κατά την εγκομοσύνη



Εικόνα Ββ'4: Πνεύμονες παιδιών παθητικού καπνίσματος



Εικόνα Ββ'5: Γονέας καπνίζει δίπλα στο παιδί του



**Οι πνεύμονες του καπνιστού
και εκείνου που δεν κάπνισε ποτέ.**

Εικόνα Ββ'6: Πνεύμονες βαρέως καπνιστή και μη καπνιστή



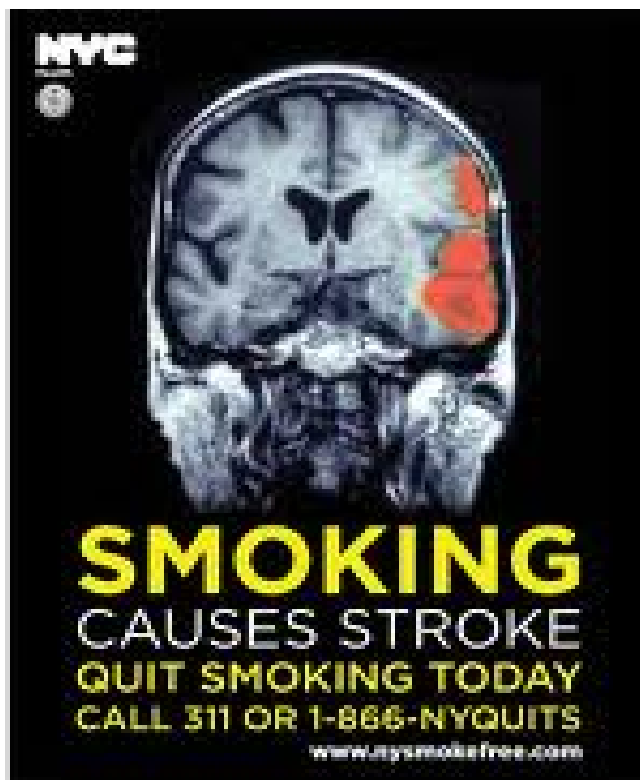
Εικόνα Ββ'7: Συμβολική εικόνα εξάρτησης από το κάπνισμα



Εικόνα Ββ'8: Συμβολικό μήνυμα αποτροπής από το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα



Εικόνα Ββ'9: Συμβολική εικόνα αποτροπής παθητικού καπνίσματος από παιδιά



Εικόνα Ββ'10: Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα λόγω πρόκλησης εγκεφαλικού



Εικόνα Ββ'11: Εικόνα απόκρουσης παιδιού για το παθητικό κάπνισμα



Εικόνα Ββ'12: Τασάκι σε μορφή πνευμόνων

Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα



Εικόνα Ββ'13: Συνέπειες στην υγεία από το κάπνισμα-Μήνυμα αποτροπής



Εικόνα Ββ'14: Συμβολική κίνηση διακοπής καπνίσματος



Εικόνα Ββ'15: Ζημιά στα δόντια από το κάπνισμα



Εικόνα Ββ'16: Ουσίες που περιέχει ένα τσιγάρο



Εικόνα Ββ'17: Μήνυμα αποτροπής για το κάπνισμα λόγω πρόκλησης καρκίνου του λάρυγγα



Εικόνα Ββ'18: Πνεύμονας υγιούς ατόμου και βαρέως καπνιστού



Εικόνα Ββ'19: Αποκρουστική εικόνα αποτροπής σε πακέτο τσιγάρων



Εικόνα Ββ'20: Αφίσα διακοπής καπνίσματος



Εικόνα Ββ'21: Καρκίνος του λάρυγγα λόγω καπνίσματος



Εικόνα Ββ'22: Συνέπειες και εξάρτηση από το κάπνισμα



Εικόνα Ββ'23: Προτροπή διακοπής καπνίσματος λόγω πιθανότητας εμφυσήματος



Εικόνα Ββ'24: Καρκινοπαθής γυναίκα λόγω καπνίσματος



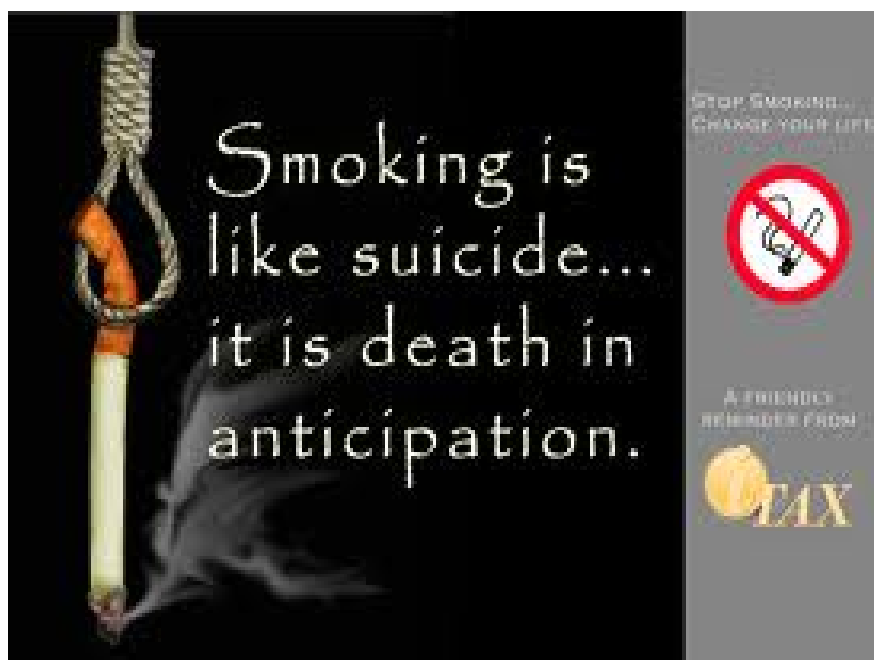
Εικόνα Ββ'25: Επιβάρυνση φυσικής κατάστασης λόγω καπνίσματος



Εικόνα Ββ'26: Μήνυμα ενάντια στις καπνοβιομηχανίες



Εικόνα Ββ'27: Αποτρεπτικό μήνυμα για το κάπνισμα-θυματοποίηση



Εικόνα Ββ'28: Το κάπνισμα ως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά



Εικόνα Ββ'29: Η πορεία ασθένειας από το κάπνισμα ως δείκτες ρολογιού-Μήνυμα αποτροπής



Εικόνα Ββ'30: Μήνυμα αποτροπής-Η ποσότητα της πίσσας στους πνεύμονες από το κάπνισμα σχηματισμένη στο δρόμο



Εικόνα Ββ'31: Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα από αθλητές

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Γ' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με τίτλο «**Διερεύνηση επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων και προβλεψιμότητα χρήσης καπνού και αλκοόλ σε μετέφηβους φοιτητές**» της υποψήφιας διδάκτορος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Ψυχολόγου, κ. Μπαρμπαγιάννη Ευφροσύνης, με Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ τη Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Αφορά στη χρήση καπνού και αλκοόλ και απευθύνεται σε φοιτητές Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και ΤΕΙ της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Η ερευνητική διαδικασία περιλαμβάνει τρεις φάσεις: Στην πρώτη φάση είχατε συμπληρώσει ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα και το αλκοόλ και στη δεύτερη φάση, με τυχαία δειγματοληψία, χωριστήκατε σε ομάδες ενδιάμεσων παρεμβάσεων. Στην τρίτη και τελευταία αυτή φάση παρακαλείσθε να συμπληρώσετε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο. Είναι απαραίτητο να καταγράψετε τον προσωπικό σας κωδικό στην αρχή του ερωτηματολογίου, με τον τρόπο που καταδεικνύεται.

Είναι πολύτιμο να απαντήσετε σε όλο το ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς. Η συμμετοχή σας είναι οικειοθελής και προαιρετική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο το απόρρητο των δεδομένων σας. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια θα τα αποστείλετε πίσω στην ερευνήτρια στο mail στο οποίο σας εστάλησαν, τα οποία παραμένουν στην ίδια και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης.

Τα αποτελέσματα ευελπιστούμε ότι θα συμβάλλουν στην πρόοδο της επιστημονικής γνώσης και για το σκοπό αυτό η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύ σημαντική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και τις ειλικρινείς απαντήσεις σας.

Με εκτίμηση και θερμές ευχαριστίες στους συμμετέχοντες,

Ευφροσύνη Π. Μπαρμπαγιάννη

Ψυχολόγος

Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Email: ebarbayianni@uop.gr

ebarbayianni@gmail.com

Ο προσωπικός σας κωδικός ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία σας

(Παρακαλώ, συμπληρώστε τον ίδιο κωδικό με αυτόν που είχατε συμπληρώσει στην πρώτη φάση της έρευνας – προηγούμενο ερωτηματολόγιο)

ΒΗΜΑΤΑ:

1. Τα πρώτα 2 γράμματα του μικρού σας ονόματος
2. Τα τελευταία 3 ψηφία του κινητού σας τηλεφώνου
3. Τα τελευταία 3 γράμματα του επώνυμού σας
4. Το νούμερο της διεύθυνσής σας

Παράδειγμα προσωπικού κωδικού

1. Μα(ρία) 2. (6918332)876 3. (Γεωργ)ίου 4. 162

Τελικός κωδικός:

MA876IOY162

Ο δικός σας κωδικός: _____

Παρακαλώ, συμπληρώστε την ίδια διεύθυνση e-mail και skype με αυτές που είχατε συμπληρώσει στην πρώτη φάση της έρευνας – προηγούμενο ερωτηματολόγιο

Διεύθυνση e-mail: _____

Διεύθυνση skype: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

ΟΡΙΣΜΟΣ

Ένα (1) ποτό είναι:

Ένα ποτήρι κρασί ή ένα μικρό μπουκάλι ή κουτί μπίρα ή ένα σφηνάκι ή ένα μπουκάλι συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό ή ένα κοκτέιλ που να περιέχει αλκοόλ ή ένα ποτήρι ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά) ή ένα αλκοολούχο ποτό.

1) Θυμήσου πόσες φορές (αν συνέβη) ήπιες το καθένα από τα παρακάτω την προηγούμενη εβδομάδα.

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας. Μία απάντηση ανά γραμμή)

ΕΙΔΟΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΥ ΠΟΤΟΥ	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Μπίρα (δεν αφορά μπίρα χωρίς αλκοόλ ή με λίγο αλκοόλ)							
β. Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)							
γ. Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό π.χ. Mule, Breezer, Space, Rigo κλπ.							
δ. Κρασί							
ε. Ούισκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό							
στ. Σφηνάκια							
ζ. Κοκτέιλ με αλκοόλ							

2) Ποια ήταν η μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα; (παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα, αν δε βγήκατε περάστε στην επόμενη ερώτηση)

	Μπύρες			Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)			Σφηνάκια
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)			Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Ποτήρια κρασιού			
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω : (παρακαλώ καταγράψτε)			

3) Πόσες φορές μεθύσατε από αλκοολούχα ποτά, δηλαδή να μην μπορείτε να κρατήσετε την ισορροπία σας περπατώντας, να μην μπορείτε να μιλήσετε καλά, να κάνετε εμετό ή να μην θυμάστε τι είχε συμβεί; (παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας. Μία απάντηση ανά γραμμή)

	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα							
β. Στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας							

4) Παρακαλούμε να υποδείξετε τον αριθμό αλκοολούχων ποτών που συνήθως καταναλώνετε σε μια έξοδό σας. (παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **v** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

0 1 - 3 4 - 6 7+

5) Παρακαλούμε υποδείξετε πόσα περίπου αλκοολούχα ποτά καταναλώσατε το μήνα που πέρασε: (παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα, π.χ. 1, 2 κλπ.)

	Ποτήρια κρασιού			Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Μπύρες			Σφηνάκια
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)			Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)			
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω: (παρακαλώ καταγράψτε)			

6) Παρακαλούμε υποδείξτε πόσα περίπου αλκοολούχα ποτά προτίθεστε να καταναλώσετε τον επόμενο μήνα. (παρακαλούμε συμπληρώστε την ποσότητα)

	Ποτήρια κρασιού			Αλκοολούχα αναψυκτικά
	Μπύρες			Σφηνάκια
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)			Κοκτέιλ με αλκοόλ
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)			
	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω: (παρακαλώ καταγράψτε)			

7) Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε, από τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου, συνέβη κάτι που σας έκανε να αναθεωρήσετε τη στάση σας απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ;

Ναι Όχι

8) Εάν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε Ναι, τι ήταν αυτό/αυτά; (παρακαλώ, συμπληρώστε):

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β

1) Καπνίζετε; (παρακαλούμε βάλτε **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

Ναι

Όχι

ΕΑΝ ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΠΕΡΑΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5

2) Κατά μέσο όρο, περίπου πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

(παρακαλούμε, συμπληρώστε βάζοντας **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

1 - 5

6 - 10

11 - 20

21+

3) Πόσα τσιγάρα καπνίσατε κατά μέσο όρο την ημέρα κατά το μήνα που πέρασε;

(παρακαλούμε βάλτε **✓** στην αντίστοιχη απάντησή σας)

1 - 5

6 - 10

11 - 20

21+

4) Πόσα τσιγάρα προτίθεστε να καπνίσετε περίπου τον επόμενο μήνα;

Σημειώστε τον αριθμό: _____

5) Εάν δεν καπνίζετε αυτή τη στιγμή, υπάρχει ενδεχόμενο να καπνίσετε στο μέλλον;

Ναι

Όχι

Ίσως

6) Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε, από τη συμπλήρωση του πρώτου ερωτηματολογίου, συνέβη κάτι που σας έκανε να αναθεωρήσετε τη στάση σας απέναντι στο κάπνισμα;

Ναι

Όχι

7) Εάν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε Ναι, τι ήταν αυτό/αυτά; (παρακαλώ, συμπληρώστε):

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

1. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Α. Αλκοόλ

Φύλο	Γυναίκα	18 (90.0)
	Ανδρας	2 (10.0)
Έτος σπουδών	Δεύτερο	10 (52.6)
	Τρίτο	8 (42.1)
	Τέταρτο	1 (5.3)
Τμήμα σπουδών	Νοσηλευτικής	20 (100.0)
Ηλικία	20.346 (\pm 0.935) *	

n (%)

Πίνακας 6: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

		Frequency	Percent
Valid	Χωρίς σχέση	5	25,0
	Σε μακροχρόνια σχέση (> 1 έτος)	4	20,0
	Σε βραχύχρονη σχέση (< 1 έτος)	11	55,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 7: Προσωπική κατάσταση

	Συχνότητα	%
Οι γονείς μου παραμένουν μαζί	18	90,0
Οι γονείς μου είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	1	5,0
Άλλο	1	5,0

Πίνακας 8: Οικογενειακό επίπεδο

		Frequency	Percent
Valid	Χαμηλό	7	35,0
	Μέτριο	8	40,0
	Υψηλό	5	25,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 9: Οικονομικό επίπεδο της οικογένειας

		Frequency	Percent
Valid	Διαμένω μόνος / μόνη	19	95,0
	Ζω με τον / την σύζυγο / σύντροφο μου	1	5,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 10: Κατάσταση διαμονής

ΕΙΔΟΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΟΥ ΠΟΤΟΥ	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Μπύρα (δεν αφορά μπύρα χωρίς αλκοόλ ή με λίγο αλκοόλ)	11 (55,0)	7 (35,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
β. Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	15 (75,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
γ. Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό π.χ. Mule, Breezer, Space, Rigo κλπ.	16 (84,2)	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

δ. Κρασί	2 (10,0)	15 (75,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ε. Ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό	11 (55,0)	7 (35,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
στ. Σφηνάκια	13 (65,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ζ. Κοκτέιλ με αλκοόλ	17 (89,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Πίνακας 11: Συχνότητα κατανάλωσης διάφορων αλκοολούχων ποτών

Υπερβολικά πολύ						Δεν πίνουν καθόλου
0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	9 (45.0)	5 (25.0)

Πίνακας 12: Κατανάλωση αλκοόλ στην οικογένεια

Πατέρας	Μητέρα	
1.175 (±3.159)	0.200 (±0.523)	ποτήρια μύρας
2.175 (±3.092)	1.550 (±2.121)	ποτήρια κρασιού
0.400 (±1.188)	0.050 (±0.224)	ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα)
0.050 (±0.224)	0.050 (±0.224)	συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά π.χ. Breezer
0.000 (±0.000)	0.000 (±0.000)	σφηνάκια
1.300 (±2.314)	0.150 (±0.489)	ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)
0.000 (±0.000)	0.000 (±0.000)	κοκτέιλ με αλκοόλ
Mean (±s.d.)		

Πίνακας 13: Πόσο αλκοόλ καταναλώνει την εβδομάδα καθένας από τους γονείς σου

0.450 (± 0.759)	Μπύρες	0.050 (± 0.224)	Αλκοολούχα αναψυκτικά
0.325 (± 0.832)	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	1.500 (± 2.777)	Σφηνάκια
0.600 (± 1.131)	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)	0.150 (± 0.489)	Κοκτέιλ με αλκοόλ
1.057 (± 1.057)	Ποτήρια κρασιού		

Πίνακας 14: Ποσότητα αλκοόλ σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα

Για τους άνδρες	Για τις γυναίκες	
4.105 (± 2.607)	2.947 (± 1.624)	ποτήρια μύρα «στην καθισιά»
4.211 (± 2.353)	2.921 (± 1.548)	ποτήρια κρασιού τη φορά
4.026 (± 1.799)	2.974 (± 1.933)	ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα) τη φορά
4.974 (± 3.623)	3.974 (± 2.486)	συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά π.χ. Breezer
5.368 (± 3.468)	4.053 (± 2.415)	σφηνάκια
2.974 (± 1.637)	2.158 (± 1.068)	ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)
3.184 (± 2.341)	2.605 (± 1.297)	κοκτέιλ με αλκοόλ

Πίνακας 15: Προτάσεις για την κατάχρηση από τους άνδρες και τις γυναίκες

	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 -2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Σε όλη τη ζωή σας μέχρι σήμερα	6 (30,0)	4 (20,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
β. Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα	14 (70,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
γ. Στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (των 12 τελευταίων μηνών)	8 (40,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
δ. Στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Πίνακας 16: Συχνότητα κριτηρίων μέθης (δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί)

	ΦΟΡΕΣ						
	0	1 -2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40+
α. Να μπλέξετε σε καβγά με ξυλοδαρμό	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
β. Να έχετε κάποιο ατύχημα ή να τραυματιστείτε	20 (100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
γ. Να έχετε σοβαρά προβλήματα με την οικογένειά σας	20 (100,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
δ. Να έχετε σοβαρά προβλήματα με τους φίλους σας	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ε. Να παραμελήσετε τις σπουδές σας	15 (75,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
στ. Να πέσετε θύμα ληστείας ή κλοπής	20 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ζ. Να μπλέξετε με την αστυνομία	20 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
η. Να εισαχθείτε σε νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών	20 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
θ. Να έχετε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	19 (95,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ι. Να έχετε σεξουαλική επαφή για την οποία μετανιώσατε την επόμενη ημέρα	20 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Πίνακας 17: Συχνότητα συνεπειών σχετιζόμενων με κατανάλωση αλκοόλ

1.575 (±0.748)	Ποτήρια κρασιού	0.000 (±0.000)	Αλκοολούχα αναψυκτικά
0.525 (±0.716)	Μπίρες	1.700 (±0.250)	Σφηνάκια
0.250 (±0.550)	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	0.000 (±0.000)	Κοκτέιλ με αλκοόλ
0.775 (±0.980)	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)		
0.000 (±0.000)	Άλλα αλκοολούχα που δεν αναφέρονται παραπάνω : (παρακαλώ καταγράψτε)		

Πίνακας 18: Συνολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια εβδομάδα

		Frequency	Percent
Valid	Όλοι μου οι φίλοι πίνουν αλκοόλ	10	50,0
	Οι περισσότεροι από τους φίλους μου πίνουν αλκοόλ	6	30,0
	Λίγοι φίλοι πίνουν αλκοόλ	4	20,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 19: Κατανάλωση αλκοόλ στους φίλους

		Frequency	Percent
Valid	1-2	16	80,0
	3-4	4	20,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 20: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ στους φίλους ανά εβδομάδα

		Frequency	Percent
Valid	1-3	19	95,0
	4-6	1	5,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 21: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ των φίλων σε μια έξοδο

	Όχι	Ναι
Δεν πίνω ποτέ αλκοόλ	20 (100,0)	0 (0,0)
Πάντοτε πίνω μόνος	20 (100,0)	0 (0,0)
Πίνω με έναν φίλο	18 (90,0)	2 (10,0)
Πίνω με δύο ή τρεις φίλους	3 (15,0)	17 (85,0)
Πίνω με μία παρέα τεσσάρων ή περισσότερων φίλων	18 (90,0)	2 (10,0)
Πίνω στο σπίτι με την οικογένεια	19 (95,0)	1 (5,0)

Πίνακας 22: Συνθήκες κατανάλωσης αλκοόλ

		Frequency	Percent
Valid	Ποτέ	1	5,0
	1-2 φορές την εβδομάδα	17	85,0
	3-4 φορές την εβδομάδα	2	10,0
	Total	20	100,0

Πίνακας 23: Συχνότητα επίσκεψης σε μπαρ

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	1-2 ώρες	4	20,0	21,1
	3-4 ώρες	12	60,0	63,2
	5+ ώρες	3	15,0	15,8
	Total	19	95,0	100,0
Missing	9999	1	5,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 24: Αριθμός ωρών ανά εβδομάδα σε ένα μπαρ με φίλους

	Συμφωνώ Απόλυτα						Διαφωνώ Απόλυτα
1. Οι φίλοι μου θα ενέκριναν το να πίνω.	2 (10,0)	3 (15,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	3 (15,0)
2. Οι φίλοι μου θα περίμεναν να πτώ όταν βγαίνουμε έξω.	5 (25,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	0 (0,0)
3. Η οικογένεια μου θα ενέκρινε το να πίνω.	0 (0,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	6 (30,0)
4. Η οικογένεια μου θα περίμενε ότι θα πτώ όταν βγαίνω έξω.	0 (0,0)	2 (10,5)	4 (21,1)	4 (21,1)	2 (10,5)	5 (26,3)	2 (10,5)
5. Εάν θα πτώ αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό μου.	13 (65,0)	5 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6. Είναι εύκολο να πίνω περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνω με φίλους	6 (30,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	2 (10,0)
7. Έχω λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνω, όταν πίνω με φίλους	4 (20,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	5 (25,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	8 (40,0)
8. Θα έπινα τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι μου σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω.	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	11 (55,0)
9. Συνήθως προσπαθώ να πω τον ίδιο αριθμό ποτών με	0 (0,0)	1	1	0	2	3	13 (65,0)

αυτό που πίνουν οι φίλοι μου.		(5,0)	(5,0)	(0,0)	(10,0)	(15,0)	
10. Οι φίλοι μου θα με ενθάρρυναν να πω τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι.	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	4 (20,0)	10 (50,0)
11. Μερικές φορές νιώθω να πιέζομαι να πω όταν βγαίνω έξω με φίλους.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	4 (20,0)	13 (65,0)
12. Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πω θα με κάνει να το «ξεχάσω».	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	6 (30,0)
13. Όταν πίνω με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουμε ποτά σε «γύρους».	0 (0,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	7 (35,0)
14. Όταν με κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πω «όχι».	3 (15,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	2 (10,0)
15. Θα έπινα περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά.	1 (5,0)	7 (35,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	4 (20,0)	3 (15,0)
16. Το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά με κάνει να πίνω περισσότερο.	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	6 (30,0)	6 (30,0)
17. Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.	1 (5,0)	5 (25,0)	6 (30,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (15,0)	3 (15,0)
18. Όταν πίνω με φίλους, το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνω.	1 (5,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	4 (20,0)	8 (40,0)
19. Στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (15,0)	14 (70,0)
20. Προτίθεται να πω αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει.	1 (5,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	8 (40,0)
21. Έχω την πρόθεση να πω αλκοόλ, όταν οι φίλοι μου πίνουν αλκοόλ.	1 (5,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	7 (35,0)
22. Ο φόβος της ανεργίας με κάνει να πίνω ή να πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	15 (75,0)

Πίνακας 25: Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών και αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου

Καθόλου ευχάριστο						Απόλυτα ευχάριστο
0 (0,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	8 (40,0)	3 (15,0)	1 (5,0)
Καθόλου απολαυστικό						Απόλυτα απολαυστικό
0 (0,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	6 (30,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	1 (5,0)
Καθόλου ασφαλές						Απόλυτα ασφαλές
4 (20,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	5 (25,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου ευνοϊκό						Απόλυτα ευνοϊκό
5 (25,0)	2 (10,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου καλό						Απόλυτα καλό
0 (0,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	8 (40,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου ωφέλιμο						Απόλυτα ωφέλιμο
2 (10,0)	6 (30,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου πολύτιμο						Απόλυτα πολύτιμο
6 (30,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	5 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου χαλαρωτικό						Απόλυτα χαλαρωτικό
0 (0,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	5 (25,0)	6 (30,0)	1 (5,0)

Πίνακας 26: Στάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ

4.130 (± 2.709)	Ποτήρια κρασιού		0.200 (± 0.523)	Αλκοολούχα αναψυκτικά
1.400 (± 1.492)	Μπύρες		2.375 (± 4.183)	Σφηνάκια
0.650 (± 1.309)	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)		0.150 (± 0.489)	Κοκτέιλ με αλκοόλ
2.025 (± 2.436)	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)			

Πίνακας 27: Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα

	Όχι	Ναι
Δεν πίνω καθόλου αλκοόλ	20 (100,0)	0 (0,0)
Συνδυάζω το ποτό με φαγητό	15 (75,0)	5 (25,0)
Συνδυάζω το ποτό με σνακς	14 (70,0)	6 (30,0)
Συνδυάζω το ποτό με μουσική	4 (20,0)	16 (80,0)
Συνδυάζω το ποτό με τσιγάρο	19 (95,0)	1 (5,0)

Πίνακας 28: Συνδυάζω συνήθειες με το αλκοόλ

B. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	0	3	15,0	50,0
	1-5	3	15,0	50,0
	Total	6	30,0	100,0
Missing	System	14	70,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 29: Ποσότητα καπνίσματος ανά ημέρα τον προηγούμενο μήνα

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Κανένα	8	40,0	42,1
	Μητέρα	2	10,0	10,5
	Πατέρας	7	35,0	36,8
	Αδέλφια	2	10,0	10,5
	Total	19	95,0	100,0
Missing	9999	1	5,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 30: Καπνίζοντα μέλη της οικογένειας στο παρόν ή παρελθόν

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Όχι	4	20,0	66,7
	Ναι	2	10,0	33,3
	Total	6	30,0	100,0
Missing	System	14	70,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 31: Καπνιστική συνήθεια στους φίλους

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Όχι	14	70,0	77,8
	Ναι	4	20,0	22,2
	Total	18	90,0	100,0
Missing	9999	1	5,0	
	System	1	5,0	
	Total	2	10,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 32: Καπνιστική συνήθεια στο παρελθόν

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Από περιέργεια	3	15,0	75,0
	Χωρίς προφανή λόγο	1	5,0	25,0
	Total	4	20,0	100,0
Missing	9999	1	5,0	
	System	15	75,0	
	Total	16	80,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 33: Λόγοι έναρξης του καπνίσματος

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
α. Ο καλύτερος μου φίλος πιστεύει ότι πρέπει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)
β. Άλλοι φίλοι πιστεύουν ότι πρέπει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (50,0)
γ. Η οικογένειά μου πιστεύει ότι πρέπει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)
δ. Οι ειδικοί υγείας πιστεύουν ότι πρέπει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)
ε. Ο/η σύντροφός μου (εάν έχω) πιστεύει ότι πρέπει να	0 (0,0)	0	0	0	0	1	4 (80,0)

καπνίζω.		(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(20,0)	
στ. Οι άνθρωποι που καπνίζουν πιστεύουν ότι πρέπει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)
ζ. Θα ήταν λάθος ηθικά το να καπνίζω.	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)

Πίνακας 34: Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Όχι	14	70,0	73,7
	Ναι	1	5,0	5,3
	Ίσως	4	20,0	21,1
	Total	19	95,0	100,0
Missing	System	1	5,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 35: Πιθανότητα έναρξης καπνίσματος στο μέλλον

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Από περιέργεια	1	5,0	20,0
	Χωρίς προφανή λόγο	4	20,0	80,0
	Total	5	25,0	100,0
Missing	System	15	75,0	
Total		20	100,0	

Πίνακας 36: Λόγοι έναρξης του καπνίσματος στο μέλλον

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
1. Το κόστος των τσιγάρων / καπνού μου επιτρέπει να τα αγοράσω.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)
2. Ενδιαφέρομαι για την ποιότητα τσιγάρων / καπνού που χρησιμοποιώ.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	4 (66,7)
3. Όταν έχω πολύ δουλειά να κάνω, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)
4. Το ότι δεν μένω με τους γονείς μου ώστε να με ελέγχουν, με κάνει να καπνίζω πιο ελεύθερα.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)
5. Όταν είμαι σε άσχημη διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)
6. Όταν είμαι σε καλή διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	2 (33,3)	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)
7. Όταν βγαίνω έξω καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (50,0)
8. Όταν έχω άγχος καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)
9. Η διαθεσιμότητα τσιγάρων / καπνού με κάνει να καπνίζω.	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
10. Όταν πίνω τον καφέ μου καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)
11. Όταν πίνω αλκοόλ καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)
12. Πιστεύω ότι αν κόψω το κάπνισμα θα τρώω περισσότερο.	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)
13. Συνηθίζω να καπνίζω μετά το φαγητό.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	4 (66,7)
14. Όταν νιώθω μοναξιά καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)
15. Για να σταματήσω να τρώω ανάβω τσιγάρο.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)

16. Ακούγοντας τη μουσική που μου αρέσει, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως .	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)
17. Σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)
18. Αν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή μου θα με έκανε να καπνίσω περισσότερο από ότι συνήθως.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)
19. Ο φόβος της ανεργίας με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
20. Η οικονομική κρίση με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)
	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)

Πίνακας 37:Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου

Καθόλου ευχάριστο						Απόλυτα ευχάριστο
3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)
Καθόλου διασκεδαστικό						Απόλυτα διασκεδαστικό
2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου ασφαλές						Απόλυτα ασφαλές
4 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)
Καθόλου ευνοϊκό						Απόλυτα ευνοϊκό
4 (66,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου καλό						Απόλυτα καλό
3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Καθόλου χαλαρωτικό						Απόλυτα χαλαρωτικό
2 (33,3)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)

Πίνακας 38: Στάσεις για το κάπνισμα τον επόμενο μήνα

2. Α΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Οικογενειακό επίπεδο	Οι γονείς σας παραμένουν μαζί	646	82.1
	Οι γονείς σας είναι σε διάσταση ή χωρισμένοι	88	11.2
	Έχετε θανόντα γονέα	47	6.0
	Άλλο	6	0.8
Οικονομικό επίπεδο της οικογένειας	Χαμηλό (< 12.000 ευρώ ανά έτος)	200	25.5
	Μέτριο (12.000-30.000 ευρώ ανά έτος)	443	56.6
	Υψηλό (> 30.000 ευρώ ανά έτος)	140	17.9
		Πατέρας (%)	Μητέρα (%)
Γραμματικές γνώσεις γονέων	Τελείωσε το Δημοτικό ή μερικές τάξεις του Δημοτικού	103 (13.2)	98 (12.5)
	Τελείωσε το Γυμνάσιο ή μερικές τάξεις του Γυμνασίου	102 (13.0)	88 (11.2)
	Τελείωσε το Λύκειο ή μερικές τάξεις του Λυκείου	242 (30.9)	334 (42.4)
	Τελείωσε Τ.Ε.Ι. ή Ανώτερη Σχολή	161 (20.6)	141 (17.9)
	Τελείωσε Ανώτατη Σχολή	158 (20.2)	113 (14.4)
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	16 (2.0)	13 (1.7)
Επαγγελματική κατάσταση γονέων	Εργάζεται	538 (70.7)	387 (49.3)
	Είναι συνταξιούχος/α	160 (21.0)	94 (12.0)
	Είναι άνεργος/η	63 (8.3)	60 (7.6)
	Οικιακά	0 (0.0)	244 (31.1)

Πίνακας 40: Οικογενειακά στοιχεία φοιτητών

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Μπύρα	428 (54.9)	253 (32.4)	67 (8.6)	15 (1.9)	11 (1.4)	3 (0.4)	3 (0.4)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	612 (80.0)	108 (14.1)	30 (3.9)	7 (0.9)	5 (0.7)	2 (0.3)	1 (0.1)
Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό	639 (84.3)	86 (11.3)	19 (2.5)	4 (0.5)	9 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.1)
Κρασί	401 (52.4)	265 (34.6)	64 (8.4)	21 (2.7)	8 (1.0)	4 (0.5)	2 (0.3)
Ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό	447 (58.4)	204 (26.6)	69 (9.0)	24 (3.1)	15 (2.0)	3 (0.4)	4 (0.5)
Σφηνάκια	508 (66.1)	157 (20.4)	49 (6.4)	30 (3.9)	9 (1.2)	9 (1.2)	7 (0.9)
Κοκτέιλ με αλκοόλ	665 (87.4)	65 (8.5)	14 (1.8)	8 (1.1)	1 (0.1)	5 (0.7)	3 (0.4)

Πίνακας 41: Καταναλωτική συμπεριφορά αλκοόλ των φοιτητών την προηγούμενη εβδομάδα

	Πατέρας	Μητέρα
ποτήρια μύρας	1.93 (± 4.00)	0.75 (± 1.77)
ποτήρια κρασιού	2.81 (± 4.18)	1.35 (± 2.61)
ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα)	0.50 (± 1.56)	0.26 (± 1.19)
συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά (π.χ. Breezer)	0.24 (± 1.27)	0.25 (± 1.22)
σφηνάκια	0.18 (± 1.48)	0.15 (± 1.08)
ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	1.22 (± 3.36)	0.33 (± 1.28)
κοκτέιλ με αλκοόλ	0.15 (± 0.98)	0.17 (± 0.97)
Μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση)		

Πίνακας 42: Καταναλωτική συμπεριφορά αλκοόλ των γονέων

	Για τους άνδρες	Για τις γυναίκες
ποτήρια μύρα «στην καθισιά»	5.63 (± 5.49)	3.54 (± 3.33)
ποτήρια κρασιού τη φορά	5.13 (± 4.85)	3.70 (± 3.14)
ποτήρια αποσταγμένου ποτού (π.χ. ουίσκυ, βότκα) τη φορά	4.06 (± 3.48)	2.86 (± 2.42)
συσκευασμένα αλκοολούχα αναψυκτικά π.χ. Breezer	4.78 (± 6.11)	3.55 (± 4.42)
σφηνάκια	6.48 (± 8.09)	4.78 (± 5.38)
ποτήρια ούζο ή τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	4.15 (± 4.16)	2.87 (± 2.82)
κοκτέιλ με αλκοόλ	3.53 (± 4.06)	2.71 (± 2.73)
Μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση)		

Πίνακας 44: Αναπαραστάσεις κατάχρησης αλκοόλ των φοιτητών για τους άνδρες και τις γυναίκες

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Σε όλη τη ζωή σας μέχρι σήμερα	295 (37.8)	226 (28.9)	139 (17.8)	45 (5.8)	37 (4.7)	17 (2.2)	22 (2.8)
Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα	635 (83.6)	98 (12.9)	21 (2.8)	3 (0.4)	1 (0.1)	1 (0.1)	1 (0.1)
Στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου	432 (56.2)	227 (29.5)	61 (7.9)	22 (2.9)	19 (2.5)	6 (0.8)	2 (0.3)
Στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας	700 (92.1)	53 (7.0)	4 (0.5)	1 (0.1)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)
Συχνότητα (%)							

Πίνακας 45: Συχνότητα μέθης (δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί)

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Να μπλέξετε σε καβγά με ξυλοδαρμό	758 (96.6)	21 (2.7)	4 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)
Να έχετε κάποιο ατύχημα ή να τραυματιστείτε	745 (95.0)	34 (4.3)	1 (0.1)	2 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)
Να έχετε σοβαρά προβλήματα με την οικογένειά σας	754 (96.5)	21 (2.7)	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.3)
Να έχετε σοβαρά προβλήματα με τους φίλους σας	727 (93.0)	47 (6.0)	5 (0.6)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
Να παραμελήσετε τις σπουδές σας	632 (80.8)	109 (13.9)	24 (3.1)	5 (0.6)	6 (0.8)	2 (0.3)	4 (0.5)
Να πέσετε θύμα ληστείας ή κλοπής	771 (98.3)	10 (1.3)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
Να μπλέξετε με την αστυνομία	761 (97.1)	20 (2.6)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.3)
Να εισαχθείτε σε νοσοκομείο ή σε τμήμα επειγόντων περιστατικών	752 (95.9)	27 (3.4)	3 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)

Να έχετε σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό	699 (89.2)	51 (6.5)	19 (2.4)	4 (0.5)	5 (0.6)	4 (0.5)	2 (0.3)
Να έχετε σεξουαλική επαφή για την οποία μετανιώσατε την επόμενη ημέρα	706 (90.1)	56 (7.1)	14 (1.8)	1 (0.1)	4 (0.5)	0 (0.0)	3 (0.4)
Συχνότητα (%)							

Πίνακας 46: Αριθμός περιστατικών ως συνέπεια κατανάλωσης αλκοόλ μέσα στον τελευταίο χρόνο (12 τελευταίους μήνες μέχρι σήμερα)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αριθμός αλκοολούχων ποτών που συνήθως καταναλώνετε σε μια έξοδό σας	0	69	8.7
	1-3	629	79.6
	4-6	68	8.6
	7+	24	3.0
		Μέση τιμή (± τυπική απόκλιση)	
Είδος ποτού	Ποτήρια κρασιού	1.24 (±1.81)	
	Μπίρες	1.42 (±3.13)	
	Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	0.53 (±1.78)	
	Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κλπ.)	1.30 (±2.54)	
	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0.26 (±0.94)	
	Σφηνάκια	1.42 (±3.66)	
	Κοκτέιλ με αλκοόλ	0.21 (±0.75)	
	Άλλα αλκοολούχα ποτά	0.12 (±1.53)	

Πίνακας 47: Καταναλωτικές συνήθειες αλκοόλ των φοιτητών

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Οι φίλοι σας πίνουν αλκοόλ;	Όλοι μου οι φίλοι πίνουν αλκοόλ	305	38,6
	Οι περισσότεροι από τους φίλους μου πίνουν αλκοόλ	320	40,5
	Λίγοι φίλοι πίνουν αλκοόλ	152	19,2
	Κανείς από τους φίλους μου δεν πίνει αλκοόλ	13	1,6
Αριθμός των φορών που οι φίλοι σας πίνουν αλκοόλ σε μία συνηθισμένη εβδομάδα	0	29	3,7
	1-2	464	58,9
	3-4	225	28,6
	5-6	46	5,8
	7+	24	3,0
Αριθμός αλκοολούχων ποτών που οι φίλοι σας καταναλώνουν σε μια συνηθισμένη έξοδο	0	16	2,0
	1-3	612	77,7
	4-6	127	16,1
	7+	33	4,2
Πόσο συχνά επισκέπτεσθε κάποιο μπαρ;	Ποτέ	128	16,2
	1-2 φορές την εβδομάδα	574	72,6
	3-4 φορές την εβδομάδα	75	9,5
	5-6 φορές την εβδομάδα	10	1,3
	Καθημερινά	4	0,5
Αριθμός ωρών ανά εβδομάδα που περνάτε σε κάποιο μπαρ με φίλους	<1 ώρα	31	4,6
	1-2 ώρες	153	22,9
	3-4 ώρες	326	48,8
	5+ ώρες	158	23,7

Πίνακας 48: Καταναλωτικές συνήθειες αλκοόλ των φίλων και συχνότητα εξόδου σε μπαρ

	Συμφωνό Απόλυτα						Διαφωνό Απόλυτα
1. Οι φίλοι μου θα ενέκριναν το να πίνω.	130 (16.6)	113 (14.4)	101 (12.9)	142 (18.1)	92 (11.7)	92 (11.7)	113 (14.4)
2. Οι φίλοι μου θα περίμεναν να πτώ όταν βγαίνουμε έξω.	149 (19.1)	135 (17.3)	108 (13.8)	107 (13.7)	87 (11.2)	89 (11.4)	105 (13.5)
3. Η οικογένεια μου θα ενέκρινε το να πίνω.	65 (8.3)	63 (8.1)	63 (8.1)	106 (13.6)	127 (16.3)	150 (19.2)	207 (26.5)
4. Η οικογένεια μου θα περίμενε ότι θα πτώ όταν βγαίνω έξω.	119 (15.5)	113 (14.7)	97 (12.6)	117 (15.2)	89 (11.6)	121 (15.7)	113 (14.7)
5. Εάν θα πτώ αλκοόλ είναι κατά κύριο λόγο υπό τον έλεγχό μου.	560 (72.0)	109 (14.0)	40 (5.1)	19 (2.4)	17 (2.2)	10 (1.3)	23 (3.0)
6. Είναι εύκολο να πίνω περισσότερο από ότι συνήθως, όταν πίνω με φίλους	159 (20.4)	116 (14.9)	114 (14.6)	68 (8.7)	61 (7.8)	79 (10.1)	183 (23.5)
7. Έχω λιγότερο έλεγχο στην ποσότητα που πίνω, όταν πίνω με φίλους	88 (11.3)	76 (9.7)	86 (11.0)	74 (9.5)	63 (8.1)	122 (15.6)	271 (34.7)
8. Θα έπινα τον ίδιο αριθμό ποτών όπως οι φίλοι μου σε μια έξοδο, εάν πίστευαν ότι είναι αυτό που πρέπει να κάνω.	29 (3.7)	27 (3.4)	28 (3.6)	48 (6.1)	41 (5.2)	90 (11.5)	521 (66.5)
9. Συνήθως προσπαθώ να πω τον ίδιο αριθμό ποτών με αυτό που πίνουν οι φίλοι μου.	16 (2.0)	15 (1.9)	31 (4.0)	49 (6.3)	40 (5.1)	82 (10.5)	551 (70.3)
10. Οι φίλοι μου θα με ενθάρρυναν να πω τον ίδιο αριθμό ποτών σε μία έξοδο με αυτό που πίνουν οι ίδιοι.	37 (4.7)	39 (5.0)	70 (8.9)	72 (9.2)	63 (8.0)	104 (13.3)	398 (50.8)
11. Μερικές φορές νιώθω να πιέζομαι να πω όταν βγαίνω έξω με φίλους.	26 (3.3)	30 (3.8)	27 (3.4)	40 (5.1)	28 (3.6)	95 (12.1)	538 (68.6)
12. Όταν έχω ένα πρόβλημα, το να πω θα με κάνει να το	43 (5.5)	37 (4.7)	71 (9.1)	75 (9.6)	61 (7.8)	111 (14.2)	381 (48.9)

«Ξεχάσω».							
13. Όταν πίνω με φίλους σε ένα μπαρ, κανονικά αγοράζουμε ποτά σε «γύρους».	33 (4.2)	46 (5.9)	54 (6.9)	91 (11.7)	64 (8.2)	129 (16.6)	362 (46.5)
14. Όταν με κερνάνε ένα ποτό, δύσκολα θα πω «όχι».	164 (20.9)	111 (14.2)	100 (12.8)	79 (10.1)	78 (9.9)	99 (12.6)	153 (19.5)
15. Θα έπινα περισσότερο από ότι συνήθως σε ένα μπαρ εάν τα ποτά ήταν σε προσφορά.	124 (15.9)	95 (12.1)	80 (10.2)	79 (10.1)	56 (7.2)	93 (11.9)	255 (32.6)
16. Το να σερβίρει ένα μαγαζί μη νοθευμένα ποτά με κάνει να πίνω περισσότερο.	59 (7.5)	53 (6.8)	77 (9.8)	91 (11.6)	67 (8.6)	108 (13.8)	328 (41.9)
17. Κατά την περίοδο γιορτών συνήθως πίνω περισσότερο.	144 (18.5)	136 (17.4)	110 (14.1)	89 (11.4)	95 (12.2)	93 (11.9)	113 (14.5)
18. Όταν πίνω με φίλους, το μέγεθος της παρέας μπορεί να επιδράσει στην ποσότητα που πίνω.	49 (6.3)	68 (8.7)	65 (8.3)	89 (11.4)	70 (9.0)	135 (17.3)	306 (39.1)
19. Στην παρούσα περίοδο με την οικονομική κρίση πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	14 (1.8)	17 (2.2)	21 (2.7)	48 (6.1)	39 (5.0)	98 (12.5)	546 (69.7)
20. Προτίθεται να πω αλκοόλ την επόμενη εβδομάδα, εάν ένας φίλος το ζητήσει.	78 (10.0)	88 (11.2)	102 (13.0)	84 (10.7)	76 (9.7)	96 (12.3)	259 (33.1)
21. Έχω την πρόθεση να πω αλκοόλ, όταν οι φίλοι μου πίνουν αλκοόλ.	59 (7.5)	79 (10.1)	99 (12.6)	91 (11.6)	87 (11.1)	111 (14.2)	257 (32.8)
22. Ο φόβος της ανεργίας με κάνει να πίνω ή να πίνω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	16 (2.0)	17 (2.2)	11 (1.4)	35 (4.5)	34 (4.3)	86 (11.0)	584 (74.6)

Πίνακας 49:Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών και αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου

	Καθόλου						Απόλυτα
ευχάριστο	78 (9.9)	85 (10.8)	102 (13.0)	223 (28.4)	173 (22.0)	84 (10.7)	41 (5.2)
απολαυστικό	70 (9.0)	75 (9.7)	101 (13.0)	232 (29.9)	172 (22.1)	83 (10.7)	44 (5.7)
ασφαλές	177 (22.8)	154 (19.8)	189 (24.3)	186 (23.9)	48 (6.2)	15 (1.9)	9 (1.2)
ευνοϊκό	193 (24.9)	160 (20.6)	180 (23.2)	180 (23.2)	43 (5.5)	10 (1.3)	9 (1.2)
Καλό	151 (19.3)	156 (20.0)	173 (22.2)	205 (26.2)	66 (8.5)	20 (2.6)	10 (1.3)
ωφέλιμο	262 (33.5)	204 (26.1)	127 (16.2)	130 (16.6)	40 (5.1)	13 (1.7)	7 (0.9)
πολύτιμο	322 (41.4)	187 (24.0)	119 (15.3)	105 (13.5)	25 (3.2)	9 (1.2)	11 (1.4)
χαλαρωτικό	81 (10.4)	77 (9.8)	103 (13.2)	153 (19.6)	176 (22.5)	125 (16.0)	67 (8.6)

Πίνακας 50: Στάσεις ως προς τη χρήση αλκοόλ

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μέλος της οικογένειας που καπνίζει	Κανένα	131	16.7
	Μητέρα	341	43.6
	Πατέρας	543	69.3
	Αδέλφια	203	25.9
Αριθμός αδελφιών που καπνίζουν		0.38 (±0.67)	
Οι περισσότεροι από τους φίλους σας καπνίζουν;	Όχι	379	48,3
	Ναι	406	51,7

Πίνακας 53: Καπνιστικές συνήθειες οικογένειας και φίλων

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
α. Ο καλύτερος μου φίλος πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	79 (10.4)	50 (6.6)	53 (6.9)	77 (10.1)	59 (7.7)	93 (12.2)	352 (46.1)
β. Άλλοι φίλοι πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	71 (9.3)	63 (8.3)	60 (7.9)	124 (16.3)	89 (11.7)	107 (14.0)	249 (32.6)
γ. Ο πατέρας μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	33 (4.4)	10 (1.3)	11 (1.5)	25 (3.3)	23 (3.1)	67 (8.9)	583 (77.5)
δ. Η μητέρα μου πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	28 (3.8)	9 (1.2)	9 (1.2)	21 (2.9)	28 (3.8)	67 (9.2)	567 (77.8)
δ. Οι ειδικοί υγείας πιστεύουν ότι δεν είναι	44 (5.8)	7 (0.9)	9 (1.2)	12 (1.6)	13 (1.7)	53 (7.0)	622 (81.8)

αρνητικό το να καπνίζω.							
ε. Ο/η σύντροφός μου (εάν έχω) πιστεύει ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	36 (5.6)	14 (2.2)	19 (3.0)	54 (8.4)	50 (7.8)	88 (13.7)	380 (59.3)
στ. Οι άνθρωποι που καπνίζουν πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζω.	70 (9.3)	51 (6.8)	63 (8.4)	125 (16.6)	86 (11.5)	98 (13.0)	258 (34.4)
ζ. Τα αδέρφια μου πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	27 (3.8)	16 (2.2)	16 (2.2)	54 (7.5)	45 (6.3)	94 (13.1)	468 (65.0)
η. Για την κοινωνία θεωρείται ότι δεν είναι αρνητικό το να καπνίζω.	55 (7.3)	43 (5.7)	60 (7.9)	147 (19.4)	78 (10.3)	104 (13.7)	271 (35.8)
θ. Οι γύρω μου σε κλειστούς χώρους (π.χ. καφετέριες, μπαράκια) πιστεύουν ότι δεν είναι αρνητικό να καπνίζω.	72 (9.5)	49 (6.5)	67 (8.9)	125 (16.5)	79 (10.4)	100 (13.2)	265 (35.0)

Πίνακας 54: Υποκειμενικές νόρμες σε σχέση με το κάπνισμα

	Απόλυτα Συμφωνώ						Απόλυτα Διαφωνώ
1. Το κόστος των τσιγάρων / καπνού μου επιτρέπει να τα αγοράσω.	36 (17.8)	26 (12.9)	24 (11.9)	41 (20.3)	26 (12.9)	22 (10.9)	27 (13.4)
2. Ενδιαφέρομαι για την ποιότητα τσιγάρων / καπνού που χρησιμοποιώ.	100(49.5)	50 (24.8)	12 (5.9)	25 (12.4)	7 (3.5)	1 (0.5)	7 (3.5)
3. Όταν έχω πολύ δουλειά να κάνω, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	27 (13.5)	34 (17.0)	16 (8.0)	23 (11.5)	22 (11.0)	28 (14.0)	50 (25.0)
4. Το ότι δεν μένω με τους γονείς μου ώστε να με ελέγχουν, με κάνει να καπνίζω πιο ελεύθερα.	65 (33.2)	29 (14.8)	6 (3.1)	17 (8.7)	8 (4.1)	11 (5.6)	60 (30.6)
5. Όταν είμαι σε άσχημη διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	99 (49.3)	36 (17.9)	20 (10.0)	21 (10.4)	7 (3.5)	5 (2.5)	13 (6.5)
6. Όταν είμαι σε καλή διάθεση καπνίζω περισσότερο από ότι	16 (7.9)	21 (10.4)	26 (12.9)	45 (22.3)	25 (12.4)	27 (13.4)	42 (20.8)

συνήθως.							
7. Όταν βγαίνω έξω καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	89 (44.1)	39 (19.3)	25 (12.4)	19 (9.4)	11 (5.4)	5 (2.5)	14 (6.9)
8. Όταν έχω άγχος καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	77 (38.3)	40 (19.9)	27 (13.4)	20 (10.0)	10 (5.0)	8 (4.0)	19 (9.5)
9. Η διαθεσιμότητα τσιγάρων / καπνού με κάνει να καπνίζω.	34 (17.0)	27 (13.5)	30 (15.0)	35 (17.5)	22 (11.0)	16 (8.0)	36 (18.0)
10. Όταν πίνω τον καφέ μου καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	78 (38.8)	33 (16.4)	28 (13.9)	21 (10.4)	15 (7.5)	13 (6.5)	13 (6.5)
11. Όταν πίνω αλκοόλ καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	89 (44.3)	39 (19.4)	25 (12.4)	23 (11.4)	10 (5.0)	4 (2.0)	11 (5.5)
12. Πιστεύω ότι αν κόψω το κάπνισμα θα τρώω περισσότερο.	56 (27.9)	20 (10.0)	24 (11.9)	28 (13.9)	16 (8.0)	18 (9.0)	39 (19.4)
13. Συνηθίζω να καπνίζω μετά το φαγητό.	84 (42.6)	29 (14.7)	15 (7.6)	16 (8.1)	15 (7.6)	13 (6.6)	25 (12.7)
14. Όταν νιώθω μοναξιά καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	47 (23.5)	38 (19.0)	30 (15.0)	27 (13.5)	13 (6.5)	17 (8.5)	28 (14.0)
15. Για να σταματήσω να τρώω ανάβω τσιγάρο.	20 (10.0)	15 (7.5)	14 (7.0)	21 (10.5)	18 (9.0)	20 (10.0)	92 (46.0)
16. Ακούγοντας τη μουσική που μου αρέσει, καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως .	39 (19.4)	26 (12.9)	29 (14.4)	29 (14.4)	15 (7.5)	26 (12.9)	37 (18.4)
17. Σε στρεσογόνες περιόδους, όπως η εξεταστική καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθως.	62 (30.8)	33 (16.4)	30 (14.9)	23 (11.4)	13 (6.5)	10 (5.0)	30 (14.9)
18. Αν υπήρχε μια ερωτική απογοήτευση στη ζωή μου θα με έκανε να καπνίσω περισσότερο από ότι συνήθως.	80 (39.8)	37 (18.4)	25 (12.4)	15 (7.5)	10 (5.0)	13 (6.5)	21 (10.4)
19. Ο φόβος της ανεργίας με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	15 (7.4)	8 (4.0)	27 (13.4)	23 (11.4)	18 (8.9)	20 (9.9)	91 (45.0)
20. Η οικονομική κρίση με έκανε να ξεκινήσω να καπνίζω ή να καπνίζω περισσότερο από ότι συνήθιζα.	7 (3.5)	13 (6.5)	13 (6.5)	27 (13.4)	14 (7.0)	24 (11.9)	103 (51.2)

Πίνακας 55: Αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος σε σχέση με το κάπνισμα

	Καθόλου						Απόλυτα
ευχάριστο	51 (16.8)	34 (11.2)	49 (16.2)	70 (23.1)	37 (12.2)	25 (8.3)	37 (12.2)
διασκεδαστικό	65 (21.5)	39 (12.9)	43 (14.2)	76 (25.2)	35 (11.6)	15 (5.0)	29 (9.6)
ασφαλές	146 (48.3)	58 (19.2)	35 (11.6)	39 (12.9)	8 (2.6)	5 (1.7)	11 (3.6)
ευνοϊκό	145 (48.3)	52 (17.3)	39 (13.0)	42 (14.0)	6 (2.0)	5 (1.7)	11 (3.7)
καλό	148 (49.2)	67 (22.3)	31 (10.3)	33 (11.0)	7 (2.3)	4 (1.3)	11 (3.7)
χαλαρωτικό	31 (10.3)	20 (6.6)	31 (10.3)	59 (19.5)	55 (18.2)	46 (15.2)	60 (19.9)

Πίνακας 56: Στάσεις σε σχέση με το κάπνισμα

Γ' Ερευνητική Φάση

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Μπύρα	96 (53,6)	53 (35,2)	13 (7,3)	6 (3,4)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	142 (84,5)	17 (10,1)	6 (3,6)	0 (0,0)	3 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Συσκευασμένο αλκοολούχο αναψυκτικό	140 (83,8)	23 (13,8)	3 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Κρασί	105 (57,1)	60 (32,6)	17 (9,2)	1 (0,5)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ουίσκι, βότκα, κονιάκ ή παρόμοιο ποτό	128 (69,6)	43 (23,4)	9 (4,9)	1 (0,5)	2 (1,1)	1 (0,5)	0 (0,0)
Σφηνάκια	150 (81,5)	24 (13,0)	5 (2,7)	3 (1,6)	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)
Κοκτέιλ με αλκοόλ	141 (83,9)	22 (13,1)	3 (1,8)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)

Πίνακας 71: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά την προηγούμενη εβδομάδα

Μπύρες	1,43 (±1,98)	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0,13 (±0,82)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	0,57 (±1,50)	Σφηνάκια	0,52 (±1,50)
Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκι, βότκα, κονιάκ κλπ.)	0,92 (±1,50)	Κοκτέιλ με αλκοόλ	0,28 (±0,81)
Ποτήρια κρασιού	0,67 (±1,46)	Άλλα αλκοολούχα ποτά	0,13 (±0,51)
Μέση τιμή (± τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 72: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
Στη διάρκεια του τελευταίου μήνα	145 (81,0)	27 (15,1)	6 (3,4)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας	165 (93,8)	9 (5,1)	1 (0,6)	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Συχνότητα (%)							

Πίνακας 73: Συχνότητα μέθης (δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί)

Ποτήρια κρασιού	4,42 (±5,75)	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0,73 (±3,97)
Μπύρες	5,91 (±9,72)	Σφηνάκια	1,71 (±4,31)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	1,85 (±5,22)	Κοκτέιλ με αλκοόλ	0,66 (±1,73)
Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κ.λπ.)	2,47 (±6,11)	Άλλα αλκοολούχα ποτά	0,05 (±0,28)
Μέση τιμή (± τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 75: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά το μήνα που πέρασε

Ποτήρια κρασιού	4,18 (±5,25)	Αλκοολούχα αναψυκτικά	0,99 (±3,55)
Μπύρες	5,93 (±10,73)	Σφηνάκια	1,92 (±5,91)
Ούζο, τσίπουρο (ρακή ή τσικουδιά)	2,08 (±6,61)	Κοκτέιλ με αλκοόλ	1,46 (±8,98)
Οινοπνευματώδη ποτά (ουίσκυ, βότκα, κονιάκ κ.λπ.)	2,80 (±5,89)		
Μέση τιμή (± τυπική απόκλιση)			

Πίνακας 76: Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συνέβη κάτι που σας έκανε να αναθεωρήσετε τη στάση σας απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ;	Όχι	131	71,2
	Ναι	53	28,8
Ποιος ήταν ο λόγος;	Παρέμβαση	14	26,4
	Συνδυασμός παρέμβασης και άλλων λόγων	17	32,1
	Άλλοι λόγοι	22	41,5

Πίνακας 77: Πιθανότητα και λόγοι αναθεώρησης στάσης για το αλκοόλ

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καπνίζετε;	Όχι	136	73,9
	Ναι	48	26,1
Κατά μέσο όρο, περίπου πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1 - 5	18	37,5
	6 - 10	14	29,2
	11 - 20	15	31,3
	21+	1	2,1
Πόσα τσιγάρα καπνίσατε κατά μέσο όρο την ημέρα κατά το μήνα που πέρασε;	1 - 5	15	31,3
	6 - 10	16	33,3
	11 - 20	15	31,3
	21+	2	4,2
Πόσα τσιγάρα προτίθεστε να καπνίσετε περίπου τον επόμενο μήνα;		133,48 (\pm 162,721)	

Πίνακας 78: Καπνιστικές συνήθειες φοιτητών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΩΝ

Α/ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Υπόδειγμα 1----- Original Message ----- From: "Paul Norman" <p.norman@sheffield.ac.uk>
To: "Σοφία Ζυγά" <zygas@spa.forthnet.gr>
Sent: Friday, May 21, 2010 12:00 PM
Subject: Re: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF PELOPONNESE

Dear Dr Zyga, I'm happy for you to use this questionnaire, Paul Norman

Υπόδειγμα 2----- Original Message ----- From: "Gaston Godin" <Gaston.Godin@fsi.ulaval.ca>
To: "Σοφία Ζυγά" <zygas@spa.forthnet.gr>
Sent: Friday, May 21, 2010 4:00 PM
Subject: RE: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF PELOPONNESE- GREECE

Dear Dr Zyga:

There were two questionnaires in that study (see attached). One for the group of pregnant women and the other one for the general population. The only problem is that these questionnaires are in French... If these can be useful to you, you can use them for your study. You do not require permission for this.

Sincerely,

Prof. Gaston Godin, PhD
Chaire de recherche du Canada sur les comportements et la santé (Canada Research Chair on Behaviour and Health)
FSI-Vandry, Rue de la médecine, 3e étage
Université Laval

Québec (Québec), G1V 0A6, CANADA

Υπόδειγμα 3----- Original Message ----- From: "Brian" <portmoon@tiscali.co.uk>
To: <zygas@spa.forthnet.gr>
Sent: Saturday, May 22, 2010 12:03 PM
Subject: FW: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF GREECE

Dear Dr Zyga,

I no longer have an electronic version of the questionnaire although it should be easy to re-create using the method section of the paper (attached).

If Effrosyni would like to create a version of the questionnaire based on the method section of this paper I would be happy to comment on how it might best be improved.

Might I also add that in order to fully implement the TPB, it may be best to do some pilot work as described by Ajzen (also attached, see especially page 8 and 9). Further info available here;
<http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.html>

I hope that helps,
Brian

Υπόδειγμα 4----- Original Message ----- From: "James Jamison" <jj285@medschl.cam.ac.uk>
To: "Σοφία Ζυγά" <zygas@spa.forthnet.gr>
Sent: Friday, May 21, 2010 10:58 AM
Subject: RE: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF PELOPONNESE

Dear Dr Zyga

Thanks for your email and the accompanying letter. It's no problem to show you the questionnaire. It's been a while since I worked on it so it will probably be next week before I can send it to you.

Kind Regards
James

----- Original Message ----- From: "James Jamison" <jj285@medschl.cam.ac.uk>
To: "Σοφία Ζυγά" <zygas@spa.forthnet.gr>
Sent: Wednesday, June 02, 2010 5:37 PM
Subject: RE: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF PELOPONNESE

Dear Sofia

Please find attached the questionnaire for the study.

Kind Regards

James

----- Original Message ----- From: "Cooke, Richard" <r.cooke@aston.ac.uk>

To: "Σοφία Ζυγά" <zygas@spa.forthnet.gr>

Sent: Thursday, May 27, 2010 4:23 PM

Subject: RE: ZYGA SOFIA- UNIVERSITY OF PELOPONNESE- GREECE

Hi Sofia,

Thanks for your interest in my work. I am happy for you to use the attached questionnaire and also interested to see what happens when it is translated into Greek!

Some things you might want to do are:

(a) change the units for men and women; when I did the work the limits were 7 units for women and 10 units for men. In the UK this has changed to more than 6 units for women and more than 8 units for men. Not sure what the limits are in Greece, but you could use those if they exist.

(b) the definitions of how many units there are in different alcoholic drinks are not as accurate as they could be. It is probably worth adapting the drinks for Greece anyway, as I do not know how popular ale is with Greek people! The formula you need to calculate the units is (volume in ml multiplied by ABV) divided by 1000

So, a pint (568ml) of 4% lager contains $(568 \times 4)/1000 = 2.27$ units

Can I ask you to cite the paper the questionnaire comes from in any academic papers that are written based on data you collect. Also, I would be interested to read a summary of your findings when the study is complete

kind regards

Richard

Richard Cooke, PhD, CPsychol

Department of Psychology,

School of Life & Health Sciences,

Aston University,
Aston Triangle,
Birmingham,
B4 7ET

Β/ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ Α΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

-----Αρχικό μήνυμα----- From: Σοφία Ζυγά
Sent: Sunday, May 06, 2012 9:12 AM
To: kmudakis@uop.gr
Subject: ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ ΕΚΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ - ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

Εκλεκτέ Πρόεδρε του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού,
κ. Κων. Μουντάκη,

Η κα Ευφροσύνη Μπαρμπαγιάννη, Ψυχολόγος εκπονεί τη διδακτορική της διατριβή στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θέμα: «Μελέτη των παραγόντων σχετικών με την υγεία, τις επιβαρυντικές παραμέτρους και την προβλεψιμότητα της χρήσης καπνού και αλκοόλ» (Απόφαση 7ης Συνεδρίασης ΠΓΣΕΣ/11.2.2009, Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή: Σοφία Ζυγά, Αντώνιος Τραυλός Αντώνιος, Αθηνά Καλοκαιρινού). Μετά από ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πιλοτική εφαρμογή του, κατασκευάστηκε το ερωτηματολόγιο που σας επισυνάπτω, το οποίο έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του με στατιστικές μεθόδους.

Θα σας παρακαλούσα όπως μας χορηγήσετε σχετική άδεια προκειμένου να διανεμηθεί ηλεκτρονικά (μέσω helpdesk) στους φοιτητές. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι οικειοθελής και προαιρετική και όλα τα δεδομένα που θα συλλεγούν θα παραμείνουν απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας.

Στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνηση.
Με εκτίμηση,

Δρ Σοφία Ζυγά
Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
τηλ. 6947077596, 2731089714, 2731089725
e-mail: zygass@uop.gr; zygass@spa.forthnet.gr

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

από:
προς: kmavreas@teikal.gr
κρυφή κοιν.: Σοφία Ζυγά <zygas@spa.forthnet.gr>, zygass <zygass@uop.gr>
ημερομηνία: 3 Δεκεμβρίου 2012 - 4:05 μμ.
θέμα: Διεξαγωγή ερευνητικής διαδικασίας
εστάλη-από: gmail.com

Προς: Διδακτικό προσωπικό της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας

Αξιότιμε κύριε Μαυρέα,

Ονομάζομαι Ευφροσύνη Μπαρμπαγιάννη, είμαι Ψυχολόγος και διεξάγω τη διδακτορική μου διατριβή με τίτλο **«Διερεύνηση επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων και προβλεψιμότητα χρήσης καπνού και αλκοόλ σε μετέφηβους φοιτητές»** στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, με επιβλέπουσα την καθηγήτρια κα Σοφία Ζυγά. Αφορά τη χρήση καπνού και αλκοόλ και απευθύνεται σε φοιτητές Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και ΤΕΙ της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας και στην πρώτη φάση αυτής είναι αναγκαίο να συμπληρωθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο από τους φοιτητές. Σας παραθέτω τα στοιχεία της επιβλέπουσας καθηγήτριάς μου για την περίπτωση που θεωρήσετε σκόπιμο να έρθετε σε επικοινωνία μαζί της:

Δρ Σοφία Ζυγά
Επίκουρος Καθηγήτρια Βασικής Νοσηλευτικής
Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής
Διεύθυνση: Ορθίας Αρτέμιδος & Πλαταιών 23100, Σπάρτη Λακωνίας
Τηλέφωνο: 27310-89714 , 27310-89725 , 6947077596
E-mail: zygass@uop.gr; zygass@spa.forthnet.gr

Θα σας παρακαλούσα η διαδικασία να γίνει στην αρχή εάν είναι εφικτό των μαθημάτων σας (ή εάν καταστεί αδύνατο σε ενδιάμεσο διάλειμμα ώστε να μη χάσουμε τους φοιτητές με το πέρας του μαθήματος), τη **Δευτέρα 10 Δεκεμβρίου**, παραπέμποντας τους φοιτητές σας στην αίθουσα ηλεκτρονικών υπολογιστών όπου θα είμαι παρούσα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά, για το οποίο θα χρειαστεί να αφιερώσουν περίπου 20 λεπτά. Στην έναρξη του μαθήματος θεωρώ σημαντικό να σας συναντήσω και από κοντά, οπότε εάν θέλετε μπορούμε να κάνουμε μια προφορική εισαγωγή στους φοιτητές.

Η θετική σας απάντηση είναι πολύτιμη ώστε να προχωρήσουμε στα στάδια της δειγματοληψίας μας.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Με εκτίμηση,

Ευφροσύνη Μπαρμπαγιάννη

Ψυχολόγος

Υποψήφια Διδάκτωρ

Τμήμα Νοσηλευτικής -Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Τηλέφωνο: 2731301070 , 6976601166

E-mail: ebarbayianni@gmail.com

Αγαπητή κυρία Μπαρμπαγιάννη

Διδάσκω (μεταξύ άλλων) το μάθημα τρίτου εξαμήνου “Εισαγωγή στην Κοινωνική Πολιτική”, το οποίο γίνεται κάθε Δευτέρα (15.00-17.00) και Τρίτη (10.00-12.00) και παρακολουθούν περίπου 40 σπουδαστές κατά μέσο όρο. Εάν πιστεύετε ότι οι σπουδαστές αυτοί μπορούν να συμβάλλουν στην έρευνά σας και σας εξυπηρετεί η ώρα του μαθήματος, φροντίστε να ευρίσκεστε τη Δευτέρα 10 Δεκεμβρίου στο ΑΤΕΙ-Κ (γραφείο 152, β' όροφος παλαιού κτιρίου) γύρω στις 14.30. Οι λεπτομέρειες δε νομίζω ότι είναι δύσκολο να ρυθμιστούν επί τόπου. Εάν σας είναι εύκολο, παρακαλώ ενημερώστε με σχετικά προηγουμένως.

Ευχαριστώ

Κ. Μαυρέας

Καθηγητής Τμήματος ΔΜΥΠ του ΑΤΕΙ-Κ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2

Προς: Διδακτικό προσωπικό της Σχολής Τεχνολογίας Γεωπονίας, Τμήμα Θερμοκηπιακών Καλλιεργειών και Ανθοκομίας, Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας

Αξιότιμη κύριε Δελή,

Ονομάζομαι Ευφροσύνη Μπαρμπαγιάννη, είμαι Ψυχολόγος και διεξάγω τη διδακτορική μου διατριβή με τίτλο **«Διερεύνηση επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων και προβλεψιμότητα χρήσης καπνού και αλκοόλ σε μετέφηβους φοιτητές»** στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, με επιβλέπουσα την καθηγήτρια κα Σοφία Ζυγά. Αφορά τη χρήση καπνού και αλκοόλ και απευθύνεται σε φοιτητές Τμημάτων του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και ΤΕΙ της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Στα πλαίσια της ερευνητικής διαδικασίας και στην πρώτη φάση αυτής είναι αναγκαίο να συμπληρωθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο από τους φοιτητές. Σας παραθέτω τα στοιχεία της επιβλέπουσας καθηγήτριάς μου για την περίπτωση που θεωρήσετε σκόπιμο να έρθετε σε επικοινωνία μαζί της:

Δρ Σοφία Ζυγά

Επίκουρος Καθηγήτρια Βασικής Νοσηλευτικής

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής

Διεύθυνση: Ορθίας Αρτέμιδος & Πλαταιών 23100, Σπάρτη Λακωνίας

Τηλέφωνο: 27310-89714 , 27310-

89725 , 6947077596

E-mail: zygas@uop.gr; zygas@spa.forthnet.gr

Θα σας παρακαλούσα η διαδικασία να γίνει στην αρχή εάν είναι εφικτό των μαθημάτων σας (ή εάν καταστεί αδύνατο σε ενδιάμεσο διάλειμμα ώστε να μη χάσουμε τους φοιτητές με το πέρας του μαθήματος), τη **Δευτέρα 10 Δεκεμβρίου**, παραπέμποντας τους φοιτητές σας στην αίθουσα ηλεκτρονικών υπολογιστών όπου θα είμαι παρούσα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ηλεκτρονικά, για το οποίο θα χρειαστεί να αφιερώσουν περίπου 20 λεπτά. Στην έναρξη του μαθήματος θεωρώ σημαντικό να σας συναντήσω και από κοντά, οπότε εάν θέλετε μπορούμε να κάνουμε μια προφορική εισαγωγή στους φοιτητές.

Η θετική σας απάντηση είναι πολύτιμη ώστε να προχωρήσουμε στα στάδια της δειγματοληψίας μας.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνηση μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Με εκτίμηση,

Ευφροσύνη Μπαρμπαγιάννη

Ψυχολόγος

Υποψήφια Διδάκτωρ

Τμήμα Νοσηλευτικής -Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Τηλέφωνο: 2731301070 , 6976601166

E-mail: ebarbayianni@gmail.com

4/12/12

Costas Delis delis@teikal.gr

προς Εμένα

Ακριβώς αυτό ετοιμαζόμουν να σας γράψω. Η επόμενη εβδομάδα είναι εβδομάδα εξωτερικής αξιολόγησης για το Τμήμα μας και ως εκ τούτου δεν ενδείκνυται για την εργασία σας. Η νέα προθεσμία είναι μία χαρά θα σας δω τότε.

Δελής Κώστας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

1. Πρόσκληση συμμετοχής στη Β' φάση της ερευνητικής διαδικασίας για το αλκοόλ.

Αγαπητοί μου φοιτητές,

Σε συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας στην οποία είχατε συμμετάσχει λίγο καιρό πριν με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου για το κάπνισμα και το αλκοόλ σας αποστέλλω, για τη συνέχεια της έρευνας, μία παρουσίαση που αφορά το αλκοόλ.

Σας παρακαλώ να τη δείτε, χωρίς να διακόψετε, προσεκτικά μία φορά.

Θα σας παρακαλούσα επίσης να με ενημερώσετε με ένα mail σας ότι τη λάβατε και ότι την είδατε στο παρόν mail μου, χωρίς να μου αναφέρετε το όνομά σας.

Με εκτίμηση,

Έφη Μπαρμπαγιάννη
Ψυχολόγος
Υποψήφια Διδάκτωρ
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

2. Πρόσκληση συμμετοχής στην ψυχολογική παρέμβαση υγείας για το αλκοόλ.

Γεια σας,

Ονομάζομαι Έφη Μπαρμπαγιάννη, είμαι Ψυχολόγος και Υποψήφια Διδάκτωρ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Πριν λίγο καιρό είχες συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε το αλκοόλ και το κάπνισμα. Επιλέχθηκες με τυχαία δειγματοληψία να συμμετέχεις στην ομάδα αυτή.

Για τη συνέχεια της ερευνητικής διαδικασίας και όντας στο δεύτερο στάδιο θα χρειαστεί να έχουμε μαζί, ατομικά, μια εστιασμένη συζήτηση/ψυχολογική παρέμβαση υγείας μέσω skype σε σχέση με το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσες και στη διεύθυνση (skype) που είχες σημειώσει, διάρκειας μίας ώρας.

Θα πρέπει να ορίσουμε μαζί το χρόνο αυτό, σε ημέρα και ώρα που εξυπηρετεί και τους δυο μας εξίσου.

Σε παρακαλώ στείλτε μου το συντομότερο δυνατό την ημέρα και ώρα που θα μπορέσετε ώστε να ελέγξω εάν είναι εφικτό και για εμένα ώστε να προχωρήσουμε.

Με εκτίμηση,

Έφη Μπαρμπαγιάννη
Ψυχολόγος
Υποψήφια Διδάκτωρ
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

3. Πρόσκληση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου της Γ' ερευνητικής φάσης

Αγαπητοί φοιτητές,

Σε συνέχεια της έρευνας σχετικά με τη διερεύνηση για τη χρήση καπνού και αλκοόλ η ερευνητική διαδικασία βρίσκεται στην 3η και τελευταία φάση. Όπως θυμάστε, στην 1η φάση είχατε συμπληρώσει όλο ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα και το αλκοόλ και στη δεύτερη φάση, με τυχαίο τρόπο, χωριστήκατε σε ομάδες όπου άλλοι είχατε κάποιων τύπων παρεμβάσεις και άλλοι καμία παρέμβαση.

Αυτή είναι η 3η και τελευταία φάση όπου παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το παρακάτω σύντομο ερωτηματολόγιο. Για τη συμπλήρωση ακολουθείστε τον παρακάτω σύνδεσμο:

<https://adobeformscentral.com/?f=OU6KU3qfoRHkKd9nAQCjzg>

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια θα καταχωρηθούν στη βάση δεδομένων όταν τα ολοκληρώσετε, τα οποία παραμένουν στην ερευνητρία και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης.

Είναι πολύτιμο να απαντήσετε σε όλο το ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας να είναι ειλικρινείς.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και τις ειλικρινείς απαντήσεις σας.

Με εκτίμηση και θερμές ευχαριστίες στους συμμετέχοντες,

Ευφροσύνη Π. Μπαρμπαγιάννη

Ψυχολόγος

Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής

Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Email: ebarbayianni@uop.gr

ebarbayianni@gmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Παθητικό κάπνισμα από τα παιδιά (http://stonkamva.blogspot.gr).....	42
Εικόνα 2: Διακήρυξη φοιτητών για το παθητικό κάπνισμα	46
Εικόνα 3: Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά (www.ekterp.gr)	58
Εικόνα 4: Οδηγός με προτάσεις διαχείρισης της νυχτερινής ζωής	60
Εικόνα 5 : Χρήση των Μ.Μ.Ε. από επαγγελματίες υγείας (club-health.eu)	61
Εικόνα 6 : Οδηγός ΝυχτοΣΚΟΠΙΟΥ (www.nightskope.eu)	62
Εικόνα 7: Φάκελος πρώτης μέρας κυκλοφορίας των κυπριακών ταχυδρομείων για την Παγκόσμια Ημέρα μη Καπνίζοντας	63
Εικόνα 8: Χρήση αλκοόλ, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (www.who.int.en)....	97
Εικόνα 9: Αποκρουστικές εικόνες σε πακέτα τσιγάρων στην Αυστραλία στα πλαίσια αντικαπνιστικής καμπάνιας (www.gazzetta.gr)	111
Εικόνα 10: Αρνητικά μηνύματα σε πακέτα τσιγάρων (http://sylogi-apo-paketa-tsigaron.blogspot.gr)	111
Εικόνα Βα'1: Εισαγωγικό Σημείωμα για το αλκοόλ.....	231
Εικόνα Βα'2: Κατάσταση μέθης άνδρα από κρασί.....	231
Εικόνα Βα'3: Κατάσταση μέθης άνδρα από ποτό τύπου ουίσκυ.....	232
Εικόνα Βα'4:Χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη.....	232
Εικόνα Βα'5: Κατάσταση μέθης κοπέλας από ποτό τύπου Vodka.....	233
Εικόνα Βα'6: Θανατηφόρο τροχαίο ατύχημα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.....	233
Εικόνα Βα'7: Μήνυμα αποτροπής από το αλκοόλ.....	234
Εικόνα Βα'8: Αλκοτέστ.....	234
Εικόνα Βα'9: Γυναίκα πεσμένη σε πεζόδρομο από μέθη.....	235
Εικόνα Βα'10: Γυναίκες στο δρόμο σε κατάσταση μέθης.....	235
Εικόνα Βα'11: Χτύπημα άνδρα από οδηγό μετά από κατανάλωση 2 μπυρών.....	236
Εικόνα Βα'12: Συμβολικό μήνυμα κατάχρησης αλκοόλ.....	236
Εικόνα Βα'13: Μήνυμα ενάντια στην οδήγηση σε κατάσταση μέθης.....	237
Εικόνα Βα'14: Κοπέλα σε κατάσταση μέθης.....	237
Εικόνα Βα'15: Νεαρός υπό την επήρεια αλκοόλ σε τουαλέτα.....	238

Εικόνα Βα'16: Γυναίκα πεσμένη σε πεζοδρόμιο σε κατάσταση μέθης.....	238
Εικόνα Βα'17: Νεαρή πεσμένη στην τουαλέτα κατόπιν εμέτου λόγω αλκοόλ.....	239
Εικόνα Βα'18: Συμβολική εικόνα συνεπειών από την κατάχρηση αλκοόλ.....	239
Εικόνα Βα'19: Συμβολική εικόνα συνέπειας πάχους από την κατανάλωση μπύρας.....	240
Εικόνα Βα'20: Συμβολική εικόνα αποτροπής της οδήγησης μετά από κατανάλωση αλκοόλ.....	240
Εικόνα Βα'21: Οδήγηση με παράλληλη κατανάλωση αλκοόλ.....	241
Εικόνα Βα'22: Τροχαίο ατύχημα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.....	241
Εικόνα Βα'23: Ποσοστά πρόκληση συνεπειών από κατανάλωση αλκοόλ.....	242
Εικόνα Βα'24: Μήνυμα αποτροπής από την οδήγησης μετά από κατανάλωση αλκοόλ.....	242
Εικόνα Βα'25: Συμβολική εικόνα έναρξης κακής σχέσης με το αλκοόλ.....	243
Εικόνα Βα'26: Συμβολικό μήνυμα συνεπειών του αλκοολισμού.....	243
Εικόνα Βα'27: Τομογραφίες εγκεφάλου ενός κανονικού καταναλωτή αλκοόλ και ενός αλκοολικού.....	244
Εικόνα Βα'28: Τα υπέρ και τα κατά της κατανάλωσης αλκοόλ.....	244
Εικόνα Βα'29: Ανεπιθύμητη σεξουαλική πράξη γυναίκας μετά από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.....	245
Εικόνα Βα'30: Συμβολική εικόνα υποδούλωσης στο αλκοόλ.....	245
Εικόνα Βα'31: Συμβολικό μήνυμα αποτροπής από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.....	246
Εικόνα Ββ'1: Εισαγωγικό σημείωμα παρουσίασης για το κάπνισμα.....	247
Εικόνα Ββ'2: Συμβολική εικόνα διακοπής καπνίσματος.....	247
Εικόνα Ββ'3: Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη.....	248
Εικόνα Ββ'4: Πνεύμονες παιδιών παθητικού καπνίσματος.....	248
Εικόνα Ββ'5: Γονέας καπνίζει δίπλα στο παιδί του.....	249
Εικόνα Ββ'6: Πνεύμονες βαρέως καπνιστή και μη καπνιστή.....	249
Εικόνα Ββ'7: Συμβολική εικόνα εξάρτησης από το κάπνισμα.....	250
Εικόνα Ββ'8: Συμβολικό μήνυμα αποτροπής από το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα.....	250
Εικόνα Ββ'9: Συμβολική εικόνα αποτροπής παθητικού καπνίσματος από παιδιά...	251
Εικόνα Ββ'10: Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα λόγω πρόκλησης εγκεφαλικού.....	251

Εικόνα Ββ'11: Εικόνα απόκρουσης παιδιού για το παθητικό κάπνισμα.....	252
Εικόνα Ββ'12: Τασάκι σε μορφή πνευμόνων-Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα.....	252
Εικόνα Ββ'13: Συνέπειες στην υγεία από το κάπνισμα-Μήνυμα αποτροπής.....	253
Εικόνα Ββ'14: Συμβολική κίνηση διακοπής καπνίσματος.....	253
Εικόνα Ββ'15: Ζημιά στα δόντια από το κάπνισμα.....	254
Εικόνα Ββ'16: Ουσίες που περιέχει ένα τσιγάρο.....	254
Εικόνα Ββ'17: Μήνυμα αποτροπής για το κάπνισμα λόγω πρόκλησης καρκίνου του λάρυγγα.....	255
Εικόνα Ββ'18: Πνεύμονας υγιούς ατόμου και βαρέως καπνιστού.....	255
Εικόνα Ββ'19: Αποκρουστική εικόνα αποτροπής σε πακέτο τσιγάρων.....	256
Εικόνα Ββ'20: Αφίσα διακοπής καπνίσματος.....	256
Εικόνα Ββ'21: Καρκίνος του λάρυγγα λόγω καπνίσματος.....	257
Εικόνα Ββ'22: Συνέπειες και εξάρτηση από το κάπνισμα.....	257
Εικόνα Ββ'23: Προτροπή διακοπής καπνίσματος λόγω πιθανότητας εμφυσήματος.....	258
Εικόνα Ββ'24: Καρκινοπαθής γυναίκα λόγω καπνίσματος.....	258
Εικόνα Ββ'25: Επιβάρυνση φυσικής κατάστασης λόγω καπνίσματος.....	259
Εικόνα Ββ'26: Μήνυμα ενάντια στις καπνοβιομηχανίες.....	259
Εικόνα Ββ'27: Αποτρεπτικό μήνυμα για το κάπνισμα-θυματοποίηση.....	260
Εικόνα Ββ'28: Το κάπνισμα ως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.....	260
Εικόνα Ββ'29: Η πορεία ασθένειας από το κάπνισμα ως δείκτες ρολογιού-Μήνυμα αποτροπής.....	261
Εικόνα Ββ'30: Μήνυμα αποτροπής-Η ποσότητα της πίσσας στους πνεύμονες από το κάπνισμα σχηματισμένη στο δρόμο.....	261
Εικόνα Ββ'31: Μήνυμα αποτροπής από το κάπνισμα από αθλητές.....	262

ΛΙΣΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Τα Συστατικά μέρη της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	65
Σχήμα 2: Φάσεις διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας ελέγχου, παρέμβασης και επανελέγχου καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ σε μετέφηβους φοιτητές	93

Σχήμα 3: Κατηγορίες Ομάδων Β' Ερευνητικής Φάσης	94
Σχήμα 4: Ερευνητικά βήματα Α' Ερευνητικής Φάσης	98
Σχήμα 5: Κατηγορίες Ομάδων Β' Ερευνητικής Φάσης	108
Σχήμα 6: Σύνολο ομάδων Β' ερευνητικής φάσης	109
Σχήμα 7: Βήματα διεξαγωγής της Γ' ερευνητικής φάσης	115
Σχήμα 8: Αναλογία καπνιστών και μη καπνιστών στο δείγμα –Α'ερευνητική φάση	131

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα. 1: Αναμενόμενος αριθμός θανάτων από κάπνισμα μέχρι το 2050	35
-----------------------------------------------------------------------------	----

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012 (www.keelrno.gr).....	48
Πίνακας 2: Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, κυρίως στη χρήση καπνού και αλκοόλ, σημαντικές ερευνητικές βιβλιογραφικές πηγές με χρονολογική σειρά, σκοπός και ευρήματα	81
Πίνακας 3: Ασφαλής ποσότητα καταναλούμενης αιθανόλης	96
Πίνακας 4: Ερωτήματα για το κάπνισμα της Α' Πιλοτικής Μελέτης	99
Πίνακας 5: Ερωτήματα για το αλκοόλ της Α' Πιλοτικής Μελέτης	100
Πίνακας 6: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	271
Πίνακας 7: Προσωπική κατάσταση	271
Πίνακας 8: Οικογενειακό επίπεδο	272
Πίνακας 9: Οικονομικό επίπεδο της οικογένειας.....	272
Πίνακας 10: Κατάσταση διαμονής	272
Πίνακας 11: Συχνότητα κατανάλωσης διάφορων αλκοολούχων ποτών	272
Πίνακας 12: Κατανάλωση αλκοόλ στην οικογένεια	273

Πίνακας 13: Πόσο αλκοόλ καταναλώνει την εβδομάδα καθένας από τους γονείς σου	273
Πίνακας 14: Ποσότητα αλκοόλ σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα	274
Πίνακας 15: Τι από τα παρακάτω θεωρείτε κατάχρηση αλκοόλ για τους άνδρες και τι για τις γυναίκες;	274
Πίνακας 16: Συχνότητα κριτηρίων μέθης, δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μη θυμούνται τι είχε συμβεί	275
Πίνακας 17: Συχνότητα συνεπειών σχετιζόμενων με κατανάλωση αλκοόλ	275
Πίνακας 18: Συνολική κατανάλωση αλκοόλ σε μια εβδομάδα	276
Πίνακας 19: Κατανάλωση αλκοόλ στους φίλους	276
Πίνακας 20: Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ στους φίλους ανά εβδομάδα	276
Πίνακας 21: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ των φίλων σε μια έξοδο	277
Πίνακας 22: Συνθήκες κατανάλωσης αλκοόλ	277
Πίνακας 23: Συχνότητα επίσκεψης σε μπαρ	277
Πίνακας 24: Αριθμός ωρών ανά εβδομάδα σε ένα μπαρ με φίλους.....	278
Πίνακας 25: Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών και αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου	278
Πίνακας 26: Στάσεις για την κατανάλωση αλκοόλ	280
Πίνακας 27: Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα	280
Πίνακας 28: Συνδυάζω συνήθειες με το αλκοόλ	281
Πίνακας 29: Ποσότητα καπνίσματος ανά ημέρα τον προηγούμενο μήνα	281
Πίνακας 30: Καπνίζοντα μέλη της οικογένειας στο παρόν ή παρελθόν	281
Πίνακας 31: Καπνιστική συνήθεια στους φίλους	281
Πίνακας 32: Καπνιστική συνήθεια στο παρελθόν	282
Πίνακας 33: Λόγοι έναρξης του καπνίσματος	282
Πίνακας 34: Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών	282
Πίνακας 35: Πιθανότητα έναρξης καπνίσματος στο μέλλον	283
Πίνακας 36: Λόγοι έναρξης του καπνίσματος στο μέλλον	283
Πίνακας 37:Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου	284
Πίνακας38: Στάσεις για το κάπνισμα τον επόμενο μήνα	285
Πίνακας 39 : Χαρακτηριστικά των φοιτητών	125
Πίνακας 40: Οικογενειακά στοιχεία φοιτητών	286

Πίνακας 41:Καταναλωτική συμπεριφορά αλκοόλ των φοιτητών την προηγούμενη εβδομάδα	287
Πίνακας 42:Καταναλωτική συμπεριφορά αλκοόλ των γονέων	287
Πίνακας 43:Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ την προηγούμενη εβδομάδα	127
Πίνακας 44:Αναπαραστάσεις κατάχρησης αλκοόλ των φοιτητών για τους άνδρες και τις γυναίκες	287
Πίνακας 45:Συχνότητα μέθης (δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί)	288
Πίνακας 46:Αριθμός περιστατικών ως συνέπεια κατανάλωσης αλκοόλ μέσα στον τελευταίο χρόνο (12 τελευταίους μήνες μέχρι σήμερα)	288
Πίνακας 47: Καταναλωτικές συνήθειες αλκοόλ των φοιτητών	289
Πίνακας 48: Καταναλωτικές συνήθειες αλκοόλ των φίλων και συχνότητα εξόδου σε μπαρ	290
Πίνακας 49:Βαθμός συμφωνίας με προτάσεις υποκειμενικών νορμών και αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου	291
Πίνακας 50: Στάσεις ως προς τη χρήση αλκοόλ	293
Πίνακας 51:Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα	130
Πίνακας 52: Καπνιστικές συνήθειες φοιτητών	131
Πίνακας 53: Καπνιστικές συνήθειες οικογένειας και φίλων	293
Πίνακας 54: Υποκειμενικές νόρμες σε σχέση με το κάπνισμα	293
Πίνακας 55: Αντιληπτός συμπεριφορικός έλεγχος σε σχέση με το κάπνισμα	294
Πίνακας 56: Στάσεις σε σχέση με το κάπνισμα	296
Πίνακας 57: Φορτίσεις των υποκειμενικών νορμών και του αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου	136
Πίνακας 58: Φορτίσεις στις στάσεις για το κάπνισμα	138
Πίνακας 59: Φορτίσεις για την κλίμακα των υποκειμενικών νορμών του καπνίσματος	139
Πίνακας 60: Φορτίσεις για την κλίμακα αντιληπτού συμπεριφορικού ελέγχου για το κάπνισμα	140
Πίνακας 61: Φορτίσεις για την κλίμακα των στάσεων για το κάπνισμα	141
Πίνακας 62:Επίδραση φύλου στους παράγοντες	142
Πίνακας 63:Επίδραση Πανεπιστημίου στους παράγοντες	144
Πίνακας 64:Επίδραση έτους σπουδών στους παράγοντες	145

Πίνακας 65: Επίδραση τύπου γέννησης στους παράγοντες	148
Πίνακας 66: Επίδραση έτους σπουδών	150
Πίνακας 67: Επίδραση έτους σπουδών	153
Πίνακας 68: Επίδραση οικογενειακού επιπέδου	157
Πίνακας 69: Επίδραση οικονομικού επιπέδου	160
Πίνακας 70: Χαρακτηριστικά ατόμων	162
Πίνακας 71: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά την προηγούμενη εβδομάδα	297
Πίνακας 72: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα	297
Πίνακας 73: Συχνότητα μέθης (δηλαδή να μην μπορούν να κρατήσουν την ισορροπία τους περπατώντας, να μην μπορούν να μιλήσουν καλά, να κάνουν εμετό ή να μην θυμούνται τι είχε συμβεί	297
Πίνακας 74: Καταναλωτικές συνήθειες φοιτητών	163
Πίνακας 75: Ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά το μήνα που πέρασε	298
Πίνακας 76: Προθέσεις κατανάλωσης αλκοόλ για τον επόμενο μήνα	298
Πίνακας 77: Πιθανότητα και λόγοι αναθεώρησης στάσης για το αλκοόλ	298
Πίνακας 78: Καπνιστικές συνήθειες φοιτητών	299
Πίνακας 79: Πιθανότητα και λόγοι αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο αλκοόλ	164
Πίνακας 80: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγοι αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ	164
Πίνακας 81: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	165
Πίνακας 82: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	165
Πίνακας 83: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ	165
Πίνακας 84: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ	166

Πίνακας 85: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	166
Πίνακας 86: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	166
Πίνακας 87: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ	167
Πίνακας 88: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στην κατανάλωση αλκοόλ.....	167
Πίνακας 89: Σχέση ομάδας παρέμβασης και αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	167
Πίνακας 90: Σχέση ομάδας παρέμβασης και λόγου αναθεώρησης της στάσης απέναντι στο κάπνισμα	167
Πίνακας 91: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στην μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα	168
Πίνακας 92: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στον αριθμό αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα	169
Πίνακας 93: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στον αριθμό τσιγάρων που προτίθενται να καπνίσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα	170
Πίνακας 94: Επίδραση της φάσης στην μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα	170
Πίνακας 95: Επίδραση της φάσης στον αριθμό αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα	171
Πίνακας 96: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στη διαφορά της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώσατε σε μια έξοδο την προηγούμενη εβδομάδα	172
Πίνακας 97: Επίδραση ομάδων παρέμβασης στη διαφορά του αριθμού αλκοολούχων ποτών που προτίθενται να καταναλώσουν οι φοιτητές τον επόμενο μήνα	173