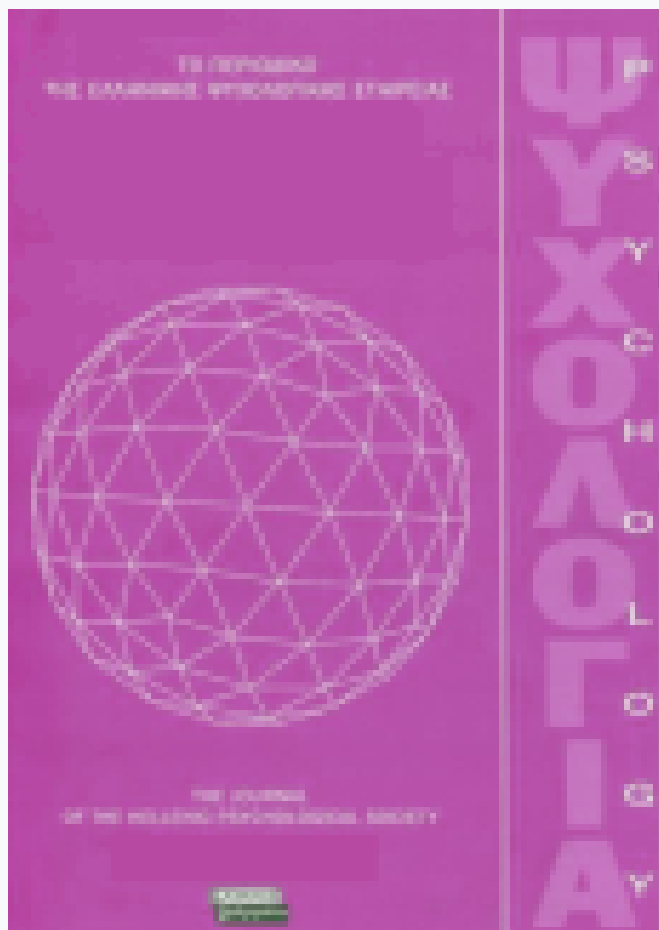


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 8, No 4 (2001)



Smoking prevention in schools: Remarks from the implementation of a pilot program

Ιωάννα Κουμή, Ιωάννης Τσιάντης

doi: [10.12681/psy_hps.24128](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24128)

Copyright © 2020, Ιωάννα Κουμή, Ιωάννης Τσιάντης



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Κουμή Ι., & Τσιάντης Ι. (2020). Smoking prevention in schools: Remarks from the implementation of a pilot program. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 8(4), 469–487. https://doi.org/10.12681/psy_hps.24128

Πρόληψη του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου: Παρατηρήσεις από την εφαρμογή ενός πιλοτικού προγράμματος*

ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΥΜΗ

Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΣΙΑΝΤΗΣ

Πανεπιστήμιο Αθηνών

ABSTRACT

Το άρθρο περιγράφει την παρέμβαση η οποία υλοποιήθηκε σε δύο Γυμνάσια της Αθήνας με στόχο την πρόληψη του καπνίσματος και συνίστατο στη λειτουργία ομάδων εργασίας μαθητών στο χώρο του σχολείου. Μέσα από προσωπική ευαισθητοποίηση, οι μαθητές δημιούργησαν οπτικο-ακουστικό υλικό με αντικαπνιστικά μηνύματα που παρουσίασαν στους συμμαθητές τους. Για την αξιολόγηση της παρέμβασης μετρήθηκαν πριν, λίγες μέρες μετά, και 3 μήνες μετά την υλοποίηση της παρέμβασης, οι μεταβλητές της συμπεριφοράς καπνίσματος, πρόθεσης για κάπνισμα, αντικαπνιστικής στάσης, γνώσης για τους κινδύνους υγείας, γνώσης για τους κινδύνους εθισμού, και αυτοεκτίμησης. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης ($N = 657$) έδειξαν παροδικές αλλαγές στη συμπεριφορά καπνίσματος και στην πρόθεση, ενώ μονιμότερες μεταβολές στην αντικαπνιστική στάση και γνώση εθισμού προς την επιθυμητή κατεύθυνση στην πειραματική ομάδα, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου (3ο σχολείο). Η επίδραση της υπάρχουσας συμπεριφοράς καπνίσματος μαθητών και γονέων ήταν σημαντική, εύρημα που υποδηλώνει ότι αυτές οι μεταβλητές θα πρέπει να ληφθούν υπόψη σε μελλοντικές παρεμβάσεις.

Λέξεις-κλειδιά: Καθοδηγούμενη από συνομηλικούς παρέμβαση, Κάπνισμα στην εφηβεία, Πρόληψη του καπνίσματος.

Θεωρητικό πλαίσιο

Η συχνότητα του καπνίσματος στην εφηβεία

έχει αυξηθεί διεθνώς (Gilpin, Choi, Berry, & Pierce, 1999. Unger, Johnson, Stoddard, Nezami, & Chou, 1997), αλλά και στη χώρα μας (Κοκκέβη,

Ευχαριστίες: Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους μαθητές, καθηγητές και διευθυντές του 2ου Πειραματικού Γυμνασίου Αθηνών, του 23ου Γυμνασίου Αθηνών και του 3ου Γυμνασίου Αθηνών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Τους συναδέλφους Ιφιγένεια Μακρή, κλινική ψυχολόγο και σύμβουλο στην έρευνα, Νίκη Αυγερινού, κοινωνική λειτουργό, Τέρψη Κόρπα, παιδοψυχίατρο, Γιώργο Καρπέτη, κοινωνικό λειτουργό, και Αλέξανδρο Χριστοδουλάκη, παιδοψυχίατρο, για το συντονισμό των ομάδων των μαθητών, και τους Παναγιώτη Κατερέλλο και Αυγή Καλούδη για την βοήθειά τους στις στατιστικές αναλύσεις. Επίσης, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη χρηματοδότηση της έρευνας (DGV, Programme "Europe Against Cancer") και την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου για τη βοήθεια στην υλοποίηση του προγράμματος "Οι έφηβοι ενάντια στον καρκίνο: Πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος".

Σημείωση: *Το πρόγραμμα "Οι έφηβοι ενάντια στον καρκίνο: Πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος" υλοποιήθηκε από την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου στα πλαίσια της δράσης "Η Ευρώπη ενάντια στον Καρκίνο", με χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και σε συνεργασία με τα ερευνητικά κέντρα Bro Taff Health Authority-University of Wales, Cardiff, UK και Liga Portuguesa Contra O Cancro, Porto, Portugal.

Διεύθυνση: Ιωάννα Κουμή, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, Αγ. Ι. Θεολόγου 19, Χολαργός, 155 61 Αθήνα. Τηλ./Fax: 010-6522396

1997). Διάφοροι ερευνητές (Ary, Biglan, Glasgow, Zoref, Black, Ochs, Severson, Kelly, Weissman, Lichtenstein, & Brozovsky, 1990. Unger et al., 1997) έχουν τονίσει την ανάγκη για σχεδιασμό και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος στους έφηβους μαθητές, για τα οποία απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο εντοπισμός των παραγόντων εκείνων οι οποίοι καθιστούν τον έφηβο *επιρρεπή* στο κάπνισμα.

Οι ερευνητές έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε δύο κύριες κατηγορίες παραγόντων: τους ψυχοκοινωνικούς και τους εξελικτικούς, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσπάθεια μελέτης του καπνίσματος ως αποτελέσματος συγκεκριμένων γνωστικών διεργασιών.

Αναφορικά με τις *ψυχοκοινωνικές παραμέτρους*, οι Foshee και Bauman (1992) και Morgan και Grube (1994) αναφέρουν ότι το κάπνισμα αποτελεί συμβατική αποδοχή κοινωνικών "κανόνων" από τον έφηβο, η οποία πραγματώνεται στην αλληλεπίδρασή του με (καπνίζοντες) συνομηλικούς και γονείς. Η άποψη αυτή, φυσικά, σχετίζεται με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Συγκεκριμένα, η λειτουργία κυρίως των συνομηλικών, της "παρέας", ως προτύπων και ως μελών ομάδας αναφοράς για τον έφηβο, τους καθιστά σημαντικούς άλλους, στους οποίους, το νεαρό άτομο θέλει να είναι αρεστό. Η επιτακτική αυτή ανάγκη των εφήβων για αποδοχή από τους συνομηλικούς και το άλλο φύλο, μπορεί να εξηγηθεί, μερικώς, την αναποτελεσματικότητα των προσεγγίσεων εκείνων που επικεντρώνονται μόνο στους επικείμενους κινδύνους για την υγεία στο μέλλον, το οποίο φαίνεται μακρινό και συγκεχυμένο (De Civita & Pagani, 1996).

Μελετώντας την *εξελικτική* πορεία της χρήσης ουσιών στην εφηβεία, οι Leventhal και Cleary (1980) αναφέρουν 4 στάδια: προπαρασκευαστικό, έναρξης, εγκαθίδρυσης, συντήρησης. Η ανάγκη των εφήβων για αυτοκαθορισμό, κοινωνική αποδοχή και συναισθηματική ισορροπία καθορίζει τη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Επιπλέον, διάφορα συναισθηματικά προβλήματα της εφηβείας, που φαίνονται άλυτα, δημιουργούν κατάλληλες συνθήκες για την

έναρξη του καπνίσματος. Χαμηλή αυτοεκτίμηση (Ary et al., 1990) και συχνά καταθλιπτικά συναισθήματα (Raynolds & Rob, 1988) οδηγούν στη χρήση του καπνίσματος ως μέσου αυτο-επιβεβαίωσης (Ary et al., 1990. DeBell & Wales, 1996). Το γεγονός ότι έφηβοι οι οποίοι παρουσιάζουν σχολική αποτυχία, παραβατική συμπεριφορά, και ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά είναι συχνά καπνιστές (Ary et al., 1990. DeBell & Wales, 1996) επίσης υποδηλώνει την πιθανή θεώρηση αυτών των συμπεριφορών από τον έφηβο ως στοιχείων μιας γενικότερης "ριψοκίνδυνης" και "προκλητικής" στάσης απέναντι σε προβλήματα, τα οποία ο ίδιος συχνά δε γνωρίζει με ποιον τρόπο μπορεί να αντιμετωπίσει.

Μια σημαντική προσπάθεια συνδυασμού της ψυχοκοινωνικής ερμηνείας με την έμφαση στην ανάλυση των γνωστικών διεργασιών που οδηγούν στη λήψη αποφάσεων και τη θεώρηση της συμπεριφοράς ως αποτελέσματος λογικών διεργασιών (όπως προτείνουν οι Ajzen & Madden, 1986), έκαναν οι ερευνητές Grube και Morgan (Grube & Morgan, 1986. Morgan & Grube, 1989) για να ερμηνεύσουν το κάπνισμα στην εφηβεία. Οι Morgan και Grube (1989) βρήκαν ότι η αντίληψη κοινωνικών κανόνων συμπεριφοράς, οι πεποιθήσεις και αξίες που δημιουργούνται από τη γνώση των κανόνων αυτών και η στάση προς το κάπνισμα επιδρούν στην πρόθεση για κάπνισμα και στην υπάρχουσα συνήθεια του καπνίσματος, και αυτές με την σειρά τους στη συμπεριφορά καπνίσματος του εφήβου.

Οι διάφορες συμπεριφορές αναφορικά με το τσιγάρο, δηλαδή το να μη δοκιμάσει να καπνίσει κανείς ποτέ, να δοκιμάσει, να καπνίσει μερικές φορές την εβδομάδα ή περιστασιακά, να καπνίζει συστηματικά, θα μπορούσαν να θεωρηθούν διαβαθμίσεις της μεταβλητής «συμπεριφορά καπνίσματος» ή «κάπνισμα». Επίσης, οι μεταβλητές στάση προς το κάπνισμα, γνώση για τους κινδύνους υγείας και αυτο-αναφορά στην ικανότητα άρνησης φάνηκαν να προβλέπουν τη χρήση καπνού στο μέλλον (Botvin, Batson, Witts-Vitale, Bess, Baker, & Dusenbury, 1989. Jarvis, Goddard, & McNeill, 1990). Στη μελέτη των Murray, Swan,

και Clarke (1984), η μεταβλητή πρόθεση για κάπνισμα στην ηλικία των 11-12 χρόνων ήταν δυνατό να προβλέψει τη συμπεριφορά καπνίσματος στα 13-14 έτη, ενώ οι Ungler et al. (1997) βρήκαν ότι η προηγούμενη συμπεριφορά καπνίσματος, αλλά κυρίως η ύπαρξη «παραγόντων κινδύνου», που καθιστούν τον έφηβο ευάλωτο στο κάπνισμα, μπορούν να προβλέψουν τη συμπεριφορά καπνίσματος στο μέλλον. Συμπερασματικά, οι μεταβλητές "πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον", "στάση απέναντι στο κάπνισμα", "γνώση", και "αυτοεκτίμηση" θεωρήθηκαν περισσότερο μετρήσιμες αλλά και ικανές να θεωρηθούν ως συσχετιζόμενες με τη "συμπεριφορά καπνίσματος". Για το λόγο αυτό, σε αλλαγή αυτών των μεταβλητών στόχευε η παρέμβαση που υλοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας.

Μοντέλα προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος σε έφηβους μαθητές

Σε διάφορες χώρες έχει δοθεί έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης ουσιών στην εφηβεία (Tsiantis, 1989). Διάφορα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος έχουν εφαρμοσθεί διεθνώς. Η εξέταση των προγραμμάτων αυτών υποδηλώνει την απομάκρυνση από τα παραδοσιακά διδακτικά μοντέλα προσέγγισης του μαθητή με την απλή παροχή γνώσεων για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού. Αντιθέτως, η έμφαση είναι σε ψυχολογικές παραμέτρους του νεαρού ατόμου προς το οποίο απευθύνονται (Telch, Miller, Killen, Cooke, & Maccoby, 1990). Έτσι, τα νεότερα προγράμματα στηρίχθηκαν σε μοντέλα τα οποία υποστήριξαν τη βιωματική μέθοδο προσέγγισης του μαθητή και την προσωπική του ανάμειξη στην πρόληψη, ως άτομο το οποίο μπορεί να αξιολογεί και να επιλέγει υπεύθυνα.

Παρεμβάσεις με έμφαση στα εξελικτικά χαρακτηριστικά των εφήβων και στην αξιοποίησή τους για κατάλληλη κοινωνική ενίσχυση και επιρροή, έχουν φανεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές

(Bruvald, 1993. Flay, 1985). Η μέθοδος προσέγγισης "από παιδί σε παιδί", η εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες (στη διεκδικητικότητα-αυτοεπιβεβαίωση και στην ικανότητα άρνησης και μη συμμόρφωσης στην πίεση από τους συνομηλίκους), η μίμηση δημοφιλών συνομηλίκων που δεν καπνίζουν, έχουν επιτευχθεί με τη χρήση του παιχνιδιού ρόλων, ομαδικής λύσης προβλημάτων, και άλλων τεχνικών στα πλαίσια γνωστικών-συμπεριφορικών δράσεων (Bruvald, 1993).

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών έχει συζητηθεί αναφορικά με την έμφαση που δίνεται κάθε φορά σε διάφορα εξελικτικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και ως προς το χρόνο παρέμβασης. Για παράδειγμα, έχει υποστηριχθεί ότι διαφορετική έμφαση πρέπει να δίνεται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη μετάβαση από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Del Greco, Breitbart, Rumer, McCarthy, & Suissa, 1986. Flay, 1985. Pfau & VanBockern, 1994). Άλλοι ερευνητές προτείνουν το "μπόλιασμα" των μαθητών με παρεμβάσεις αυτού του είδους ήδη από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Pfau & VanBockern, 1994), ενώ έχει επίσης επισημανθεί η αναγκαιότητα παρέμβασης σε οικογενειακό επίπεδο και επίπεδο κοινότητας (Biglan, Ary, Yudelison, Duncan, Hood, James, Koehn, Wright, Black, Levings, Smith, & Gaiser, 1996. Flynn, Worden, Secker-Walker, Badger, & Geller, 1995).

Στο παραπάνω πλαίσιο, ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι παρεμβάσεις καθοδηγούμενες από συνομηλίκους, που στα πλαίσια της έρευνας αυτής θα τους ονομάζαμε "αρχηγούς των συνομηλίκων". Αυτές έχουν οδηγήσει σε αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους της υγείας, επίγνωση της κοινωνικής επιρροής, και βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων νεαρών (Elder, Woodruff, Sallis, DeMoor, Edwards, & Wildey, 1994. Telch et al., 1990), αλλά και μεγαλύτερων εφήβων μαθητών (Santi, Cargo, Brown, Best, Allan, & Cameron, 1994) που συμμετείχαν. Στις παρεμβάσεις αυτές, δόθηκε έμφαση στη λειτουργία των μη καπνιστών μαθητών, αρχηγών των συνομηλίκων, ως προτύπων για τους υπό-

λοιπους συμμαθητές τους, δηλαδή την ομάδα-στόχο, μέσα από δομημένες δραστηριότητες συναλλαγής των μη καπνιστών αρχηγών των συνομηλικών με αυτούς. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε έμμεση αύξηση της αυτοεκτίμησης, καθώς και αλλαγή στη στάση απέναντι στο κάπνισμα και πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον (μεταβλητές που, σύμφωνα με τα παραπάνω, συσχετίζονται με τη συμπεριφορά καπνίσματος), στην ομάδα-στόχο προς την οποία οι αρχηγοί των συνομηλικών απευθύνονται.

Πλαίσιο έρευνας και το συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος στους έφηβους μαθητές στην Ελλάδα

Η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα είναι ανησυχητικά υψηλότερη από ό,τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Τούντας, 1997). Οι Κοκκέβη (1997) και Ντάβου (1992) αναφέρουν υψηλά ποσοστά καπνιστών μαθητών 15-24 ετών (41%) και 12-13 ετών (18.6%) αντίστοιχα. Στη μελέτη της Ντάβου (1992) 6.4% του ποσοστού των 18.6% ανέφεραν ότι ήταν κανονικοί και όχι περιστασιακοί καπνιστές. Επίσης, οι Καφάτος, Τράκα, Σαραφίδου, Στοικίδου, Παντελάκης, και Δοξιάδης (1981) είχαν ενωρίτερα βρει ότι το 18.19% μαθητικού δείγματος ηλικίας 10-14 ετών είχαν τουλάχιστον δοκιμάσει να καπνίσουν.

Αναφορικά με την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος στην Ελλάδα, οι Lionis, Kafatos, Vlachonikolis, Vakaki, Tzortzi, και Petraki (1991) έχουν αναπτύξει ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας με ευρύτερο στόχο την πρόληψη καρδιακών παθήσεων, και ειδικότερα και την πρόληψη του καπνίσματος, σε σχολικές μονάδες των νομών της Κρήτης. Οι Μοστριού και συνεργάτες (Μοστριού, 1997) έχουν προσαρμόσει το Ιρλανδικό πρόγραμμα "On my own two feet" ("Στηρίζομαι στα πόδια μου"), το οποίο περιλαμβάνει ενδιαφέρουσες ασκήσεις για την πρόληψη του καπνίσματος στους μαθητές. Η μελέτη της Ντάβου (1992), η οποία αξιολόγησε την παρέμβαση που υλοποιήθηκε σε μαθητές 12-13 ετών,

έδειξε τη δυνατότητα αλλαγής στη συμπεριφορά καπνίσματος και σε σχετικές ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Τέλος, η μελέτη των Macri και Tsiantis (1998) έδειξε ότι η υλοποιούμενη από αρχηγούς των συνομηλικών παρέμβαση μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη του καπνίσματος σε μαθητές Γυμνασίου.

Με βάση τα παραπάνω, σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος μέσω παρέμβασης υλοποιούμενης από αρχηγούς συνομηλικών σε δύο Γυμνάσια της Αθήνας. Παρά το ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι οι προσπάθειες για πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να αρχίζουν από τις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού σχολείου και να εντείνονται στο Γυμνάσιο, δεν υπήρχε αρκετός χρόνος για παρέμβαση και σε μικρότερους μαθητές. Στόχοι του προγράμματος "Οι έφηβοι ενάντια στον καρκίνο: Πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος" ήταν:

α. Η υλοποίηση παρέμβασης στο χώρο του σχολείου για την πρόληψη του καπνίσματος μέσα από συνομηλικούς των μαθητών, οι οποίοι λειτούργησαν ως αρχηγοί. Οι μαθητές αρχηγοί συμμετείχαν σε ομάδες εργασίας (α' φάση παρέμβασης) και σε παρουσίαση-συζήτηση της εργασίας τους στους συμμαθητές τους (ομάδα-στόχο: β' φάση παρέμβασης). Η παρέμβαση στόχευε κατ' αρχήν στην αλλαγή της στάσης απέναντι στο κάπνισμα, της πρόθεσης για κάπνισμα στο μέλλον και αργότερα της συμπεριφοράς καπνίσματος, και, κατά δεύτερο λόγο, στην αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους του καπνίσματος (υγείας-εθισμού) και της αυτοεκτίμησης (στο βαθμό που θα δινόταν έμφαση σε αυτές τις παραμέτρους μέσα από τα αντικαπνιστικά μηνύματα που θα προβάλλονταν και θα συζητούνταν στην ομάδα-στόχο).

β. Η ανάπτυξη ενός μέσου αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης αναφορικά με την αλλαγή στις μεταβλητές της συμπεριφοράς καπνίσματος, αλλά και της γνώσης για τους κινδύνους υγείας, της γνώσης για τους κινδύνους εθισμού, της αντικαπνιστικής στάσης, της πρόθεσης για κάπνισμα στο μέλλον και της αυτοεκτίμησης. Η χρήση του μέσου αυτού ήταν

αναγκαία για τη μέτρηση των αλλαγών στις μεταβλητές αυτές και την αξιολόγηση της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου.

Υποθέσεις της έρευνας

Η πρόβλεψή μας ήταν ότι στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που δε δέχτηκε καμία παρέμβαση, θα υπήρχε:

1. Μείωση της συμπεριφοράς καπνίσματος (Υπόθεση 1).
2. Μείωση της πρόθεσης για κάπνισμα (Υπόθεση 2).
3. Αύξηση της αντικαπνιστικής στάσης (Υπόθεση 3)
4. Αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους υγείας (Υπόθεση 4).
5. Αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους εθισμού (Υπόθεση 5).
6. Αύξηση της αυτοεκτίμησης των μαθητών (Υπόθεση 6).

Μέθοδος

Δείγμα

Δύο Γυμνάσια της περιοχής Αμπελοκήπων Αθήνας αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα με 440 μαθητές και ένα σχολείο της ίδιας περιοχής αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου με 217 μαθητές. Το γεγονός ότι τα δύο πρώτα σχολεία συστεγάζονταν διευκόλυνε την υλοποίηση της παρέμβασης σε αυτά τα σχολεία. Επί του συνολικού δείγματος των 657 μαθητών, 50.7% ήταν κορίτσια και 49.3% αγόρια, ενώ συμμετείχαν και οι τρεις τάξεις και στα τρία σχολεία (ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 13 έτη και 4 μήνες).

Σχέδιο της έρευνας

Για την υλοποίηση της παρέμβασης, δημιουργήθηκε διεπιστημονική ομάδα παρέμβασης

από ειδικούς της ψυχικής υγείας που ήταν έμπειροι στην εργασία με ομάδες εφήβων. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας εκπαιδεύτηκαν, επίσης, στην εφαρμογή συγκεκριμένων τεχνικών για την υλοποίηση του συγκεκριμένου προγράμματος πριν και κατά τη διάρκεια της παρέμβασης από το συντονιστή και τον επιστημονικό υπεύθυνο του προγράμματος. Οι τεχνικές αυτές ήταν η συμπλήρωση-συζήτηση φύλλων εργασίας, οι ομαδικές δραστηριότητες-παιχνίδια, το παίξιμο ρόλων και η ομαδική λύση προβλημάτων. Παράλληλα, δημιουργήθηκε ερευνητική ομάδα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης (βλ. παρακάτω).

Οι μαθητές που θα υλοποιούσαν, ως αρχηγοί των συνομηλίκων, την παρέμβαση (*μαθητές των ομάδων εργασίας*) ήταν συνολικά 28 και για τα δύο σχολεία της πειραματικής ομάδας και είχαν δηλώσει εθελοντική συμμετοχή στην αρχή της σχολικής χρονιάς, όταν μέλη της ερευνητικής ομάδας επισκέφθηκαν για πρώτη φορά τα σχολεία και ενημέρωσαν τους μαθητές για το πρόγραμμα. Συμμετείχαν, επίσης, μαθητές από τα 15μελή συμβούλια των σχολείων σε μια προσπάθεια ενθάρρυνσης όχι μόνον εθελοντών αλλά και δημοφιλών μαθητών, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν αποτελεσματικότερα πρότυπα. Έγινε προσπάθεια να συμμετέχουν μαθητές από τα τμήματα όλων των τάξεων. Οι στόχοι και οι μέθοδοι των *ομάδων εργασίας* ήταν οι εξής:

α. Η έκφραση προσωπικών απόψεων, γνώσεων, ερωτημάτων σχετικά με τα αίτια και τις συνέπειες του καπνίσματος μέσα από συμπλήρωση και συζήτηση φύλλων εργασίας, ομαδικές δραστηριότητες και παιχνίδια.

β. Η τροποποίηση (άμεσα) της στάσης και της πρόθεσης για κάπνισμα, και (έμμεσα) της γνώσης, της αυτοεκτίμησης, καθώς και της συμπεριφοράς καπνίσματος των μελών της κάθε ομάδας με τη χρήση συνεργασίας για την ομαδική λύση προβλημάτων, το παίξιμο ρόλων για την εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες (δικεικτικότητα) μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες (σημείο γ' παρακάτω).

γ. Η παραγωγή οπτικο-ακουστικού υλικού με αντικαπνιστικά μηνύματα, τα οποία στη συνέχεια θα προβάλλονταν στους υπόλοιπους μαθητές των σχολείων (ομάδα στόχου) και θα αποτελούσαν έναυσμα για συζήτηση και προβληματισμό.

Έργα

Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες, και για τα δύο σχολεία, για την παραγωγή αφίσας και βιντεοταινίας. Οι δύο ομάδες πραγματοποίησαν 12 δίωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις σε διάστημα περίπου τριών μηνών και κάθε ομάδα συντονιζόταν (διευκολυντικά) από ζευγάρι ειδικών της ψυχικής υγείας (παιδοψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό) και των δύο φύλων από τη διεπιστημονική ομάδα. Οι συναντήσεις πραγματοποιούνταν σε κάποια από τις αίθουσες των δύο σχολείων.

Δόθηκε έμφαση στην *προσωπική ανάμειξη των μαθητών* στο σχεδιασμό και παραγωγή του οπτικο-ακουστικού υλικού. Τα θέματα επιλέχθηκαν από τους μαθητές ούτως ώστε να σχετίζονται περισσότερο με τις στάσεις, πεποιθήσεις, και γνώσεις της ομάδας-στόχου (δηλαδή, των υπόλοιπων μαθητών). Οι μαθητές της ομάδας του βίντεο (20 μαθητές) δημιούργησαν τρία σενάρια και, με τη βοήθεια σκηνοθέτη, ταινία 18 λεπτών. Τα θέματα των σεναρίων εστιάζονταν κυρίως σε νεαρούς-ές εφήβους με προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλικούς και τους γονείς, με επιθυμία να εντυπωσιάσουν το άλλο φύλο, αλλά και σε συνομηλικούς που προτείνουν πειστικά τη διακοπή του καπνίσματος. Οι μαθητές της ομάδας αφίσας (8 μαθητές) εμπνεύστηκαν από παρόμοια θέματα, καθώς και από εικόνες ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα (π.χ., αναπνευστικά προβλήματα) ως συνέπειας του καπνίσματος και του εθισμού. Εκτός από ατομικά σχέδια, η ομάδα δημιούργησε και δύο γιγαντοαφίσες.

Μετά το πέρας των συναντήσεων, το υλικό παρουσιάστηκε σε κάθε τμήμα των δύο σχολείων χωριστά κατά τη διάρκεια μιας διδακτικής ώρας του προγράμματός του (25 περίπου λεπτά για την προβολή της βιντεοταινίας και των αφι-

σών). Επακολούθησε συζήτηση, η οποία όμως ήταν τυπική, δηλαδή οι μαθητές των περισσότερων τμημάτων περιορίζονταν στην υποβολή ερωτήσεων για τον τρόπο εργασίας και στην πρόταση εναλλακτικών μεθόδων στους μαθητές των ομάδων, και όχι αναφορικά με τα αίτια και το κόστος του καπνίσματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχαν πρακτικές δυσκολίες λόγω μιας απεργίας των εκπαιδευτικών κατά την περίοδο αυτή.

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης

Μετρήσεις. Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της παρέμβασης δημιουργήθηκε λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία για τις παραμέτρους που αποτελούν συσχετιστικά ή "προγνωστικά" στοιχεία της καπνιστικής συμπεριφοράς καθώς και σε συνεργασία με τις ερευνητικές ομάδες των Bro Taff Health Authority-University of Wales και Liga Portuguesa Contra O Cancro στα πλαίσια της διακρατικής συνεργασίας (Koumi & Tsiantis, 1997).

Οι ακόλουθες εξελικτικές και γνωστικές παράμετροι, οι οποίες, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, σχετίζονται με την εξέλιξη της συμπεριφοράς καπνίσματος ενός έφηβου μαθητή (βλ. "Θεωρητικό πλαίσιο" στο άρθρο αυτό) εξετάζονταν μέσω του ερωτηματολογίου:

α. Υπάρχουσα συμπεριφορά καπνίσματος του μαθητή (δύο ερωτήσεις, που αναφέρονται στην ιστορία πειραματισμού και συχνότητα καπνίσματος στο παρόν, π.χ., "Πόσο συχνά καπνίζεις τώρα;" - "καθημερινά...δεν καπνίζω" - κλίμακα 4 σημείων).

β. Υπάρχουσα συμπεριφορά καπνίσματος γονέων (δύο ερωτήσεις, π.χ., «Ο πατέρας/η μητέρα μου καπνίζει καθημερινά...δεν καπνίζει» - κλίμακα 4 σημείων).

γ. Πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον (6 ερωτήσεις, π.χ., "Μπορεί να καπνίσω όταν τελειώσω το σχολείο" - "πολύ πιθανό...εντελώς απίθανο" - κλίμακα 5 σημείων).

δ. Γνώση για τους κινδύνους της υγείας (11

ερωτήσεις, π.χ., «Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο πεπτικό σύστημα» –«ναι-όχι»– κατηγορικές απαντήσεις, όπου «ναι» στις σωστές περιπτώσεις και «όχι» στις λάθος περιπτώσεις, ο μαθητής παίρνει την τιμή 1).

ε. Γνώση για τους κινδύνους εθισμού (6 ερωτήσεις, π.χ., «Το κάπνισμα και η νικοτίνη δε συνηθίζονται από τον οργανισμό» –«Συμφωνώ απόλυτα...Διαφωνώ απόλυτα»– κλίμακα 5 σημείων).

στ. Αντικαπνιστική στάση (15 ερωτήσεις, π.χ., «Το κάπνισμα είναι πεταμένα λεφτά» –«συμφωνώ απόλυτα...διαφωνώ απόλυτα»– κλίμακα 5 σημείων).

ζ. Αντίληψη των χαρακτηριστικών (κοινωνική αναπαράσταση) του καπνιστή/μη καπνιστή (12 επίθετα-επιλογές για κάθε περίπτωση, π.χ., «αγύριστο κεφάλι», «άνετος», «εμφανίσμος»). Τα αποτελέσματα που αφορούν αυτή την πλευρά του ερωτηματολογίου δεν αναφέρονται στο κείμενο αυτό.

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε τρεις φορές: πριν την παρέμβαση, λίγες μέρες μετά (περίπου 15-20, που αντιστοιχεί σε διάστημα 16 εβδομάδων από την έναρξη της παρέμβασης) και 3 μήνες μετά την πραγματοποίηση της παρέμβασης (που αντιστοιχεί σε διάστημα 28 εβδομάδων από την έναρξη). Έτσι, υπήρξε α', β' και γ' φάση αξιολόγησης αντίστοιχα, και εξετάστηκε η αλλαγή στις παραπάνω παραμέτρους.

Το ερωτηματολόγιο είχε προηγουμένως δοκιμασθεί με 93 μαθητές για εσωτερική και εξωτερική αξιοπιστία (εξέταση-επανεξέταση με διαφορά δύο εβδομάδων) και με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας εξέτασης-επανεξέτασης κυμάνθηκαν από 0.60 έως 0.78 για τις εξής 4 μεταβλητές: πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον, αντικαπνιστική στάση, υπάρχουσα συμπεριφορά καπνίσματος του μαθητή, και γνώση για τους κινδύνους εθισμού. Οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach α κυμάνθηκαν από 0.72 έως 0.88 για τις 3 πρώτες μεταβλητές, αλλά ήταν 0.58 για την τέταρτη, δηλαδή τη γνώση για τους κινδύνους εθισμού. Τροποποιήσεις έγιναν μόνον στην αναδιάρθρωση των ερωτήσεων και στην προσθήκη της κλί-

μακας Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1979), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως με δείγματα Ελλήνων έφηβων μαθητών και με πολύ καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (π.χ., «Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» –«συμφωνώ...διαφωνώ»– κλίμακα 4 σημείων, Koumi, 1994. Stamatopoulou, 1993).

Αποτελέσματα

Με χρήση της πολυπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις διερευνήθηκε η επίδραση της παρέμβασης (πειραματική ομάδα-ομάδα ελέγχου), της τάξης (Α', Β', Γ'), του φύλου (Άρρεν, Θήλυ), της αρχικής καπνιστικής κατάστασης των γονέων (καπνίζουν και οι 2, καπνίζει μόνο ο ένας, δεν καπνίζει κανένας), της αρχικής καπνιστικής κατάστασης του μαθητή πριν την παρέμβαση (καπνίζει, δεν καπνίζει), καθώς και η αλληλεπίδραση της παρέμβασης με κάθε μία από τις 5 προαναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές, στην αλλαγή κάθε μιας από τις παρακάτω 5 εξαρτημένες μεταβλητές: «πρόθεση», «γνώση για την υγεία», «γνώση για τον εθισμό», «αντικαπνιστική στάση», «αυτοεκτίμηση». Η αρχική καπνιστική κατάσταση του μαθητή δεν ελήφθη υπόψη στο μοντέλο πρόβλεψης της 6^{ης} εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή, της «συμπεριφοράς καπνίσματος». Ενδούποκειμενικός παράγοντας ήταν οι τρεις φάσεις εξέτασης (πριν, αμέσως μετά, 3 μήνες μετά την παρέμβαση).

Στην περίπτωση της ανίχνευσης μιας στατιστικά σημαντικής επίδρασης –που θα μπορούσε να είναι κύρια επίδραση (εντός ή μεταξύ ομάδων), ή διπλή ή τριπλή αλληλεπίδραση– χρησιμοποιήθηκαν διττές συγκρίσεις/αντιπαραθέσεις για τον εντοπισμό των στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων. Στην περίπτωση των διχτομοικών προγνωστικών μεταβλητών (π.χ., φύλο) χρησιμοποιήθηκαν απλές συγκρίσεις/αντιπαραθέσεις (που ελέγχουν την απόσταση μεταξύ των δύο κατηγοριών του παράγοντα), ενώ στην περίπτωση των προγνωστικών μετα-

βλητών με παραπάνω από μία κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκαν διπτές συγκρίσεις/αντιπαραθέσεις απόκλισης (που ελέγχουν την απόσταση κάθε κατηγορίας του παράγοντα από το μέσο όρο όλων μαζί των κατηγοριών). Τέλος, η ανάλυση διακύμανσης έγινε με χρήση της μεθόδου UNIQUE.

Αλλαγή στη συμπεριφορά καπνίσματος

Επιδράσεις μεταξύ ομάδων. Για τον έλεγχο της Υπόθεσης 1, που προέβλεπε αλλαγή στη συμπεριφορά καπνίσματος της πειραματικής ομάδας (Π.Ο.) έναντι της ομάδας ελέγχου (Ο.Ε.), η σχετική ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο πειραματικές συνθήκες (Π.Ο. vs. Ο.Ε.), $F(1, 624) = 31.81, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, η πειραματική ομάδα εμφανίζει συνολικά σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης χαμηλότερο μέσο όρο ($M.O. = 1.07$) συμπεριφοράς καπνίσματος και μικρότερο ποσοστό ($\Pi = 4.5\%$) καπνιστών από την ομάδα ελέγχου ($M.O. = 1.31$ και $\Pi = 15.5\%$). Βρέθηκε επίσης, στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση της τάξης, $F(2, 624) = 15.27, p < 0.001$. Ειδικότερα, η Α' τάξη είχε συνολικά χαμηλότερο μέσο όρο ($M.O. = 1.02$) συμπεριφοράς καπνίσματος και μικρότερο ποσοστό καπνιστών ($\Pi = 1.7\%$) από τις άλλες τάξεις, Β' τάξη ($M.O. = 1.20$ και $\Pi = 10.6\%$) και Γ' τάξη ($M.O. = 1.22$ και $\Pi = 11.8\%$).

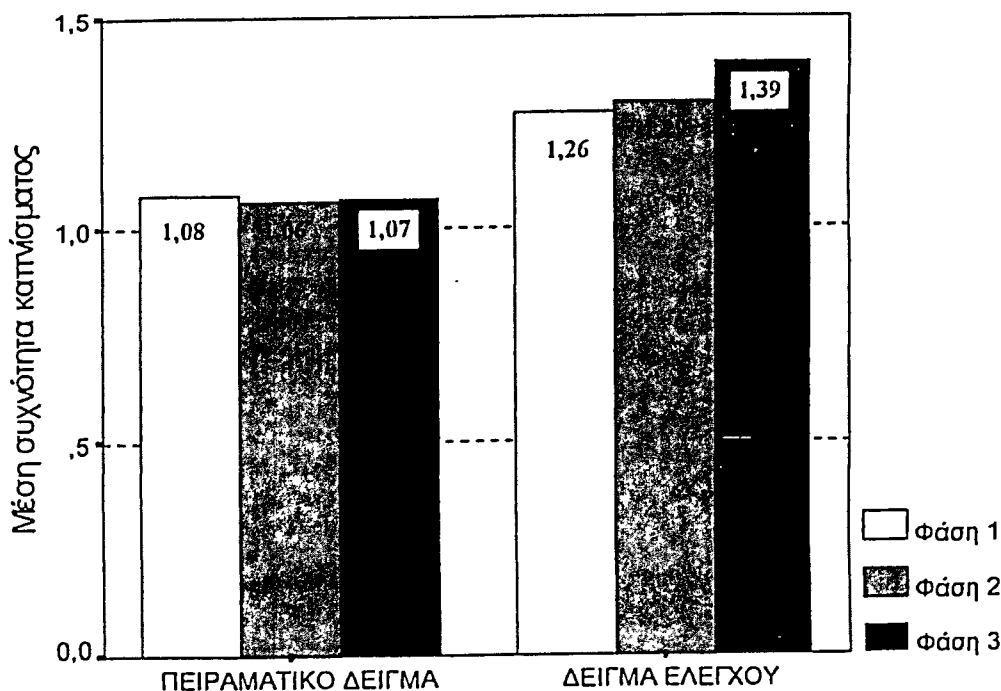
Η αλληλεπίδραση παρέμβασης και τάξης υπήρξε, επίσης, στατιστικά σημαντική, $F(2, 624) = 6.38, p = 0.002$. Συγκεκριμένα, σε όλη τη διάρκεια της έρευνας, παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην Α' και στη Β' τάξη: στην Α' τάξη παρατηρήθηκε η μικρότερη διαφορά συμπεριφοράς καπνίσματος μεταξύ των δύο ομάδων ($M.O. = 1.00$ και $\Pi = 0.2\%$ στην πειραματική ομάδα, $M.O. = 1.05$ και $\Pi = 4.4\%$ στην ομάδα ελέγχου) ενώ στην Β' τάξη η μεγαλύτερη ($M.O. = 1.06$ και $\Pi = 4.1\%$ στην πειραματική ομάδα, $M.O. = 1.44$ και $\Pi = 21.8\%$ στην ομάδα ελέγχου).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι, καθόλη τη διάρκεια της έρευνας, η Β' και η Γ' τάξη παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών συνολικά, ενώ η διαφορά φαίνεται κυρίως στη Β' τάξη μεταξύ της πειραματικής ομάδας και της ομάδας ελέγχου (πολύ μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου).

Επιδράσεις εντός ομάδων. Η ανάλυση έδειξε γενικά διαφορά στην εξέλιξη της συμπεριφοράς καπνίσματος σε όλο το δείγμα, $F(2, 1248) = 21.86, p < 0.001$. Υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση ιδιαίτερα στη γ' φάση, τρεις μήνες μετά την παρέμβαση, όπου ο μέσος όρος αυξήθηκε και το συνολικό ποσοστό των καπνιστών ήταν μεγαλύτερο από το μέσο ποσοστό των δύο προηγούμενων φάσεων ($M.O. = 1.14$ και $\Pi = 7.2\%$ αρχικά στην α' φάση, $M.O. = 1.13$ και $\Pi = 7.3\%$ λίγες μέρες μετά την παρέμβαση στη β' φάση, και $M.O. = 1.17$ και $\Pi = 10.0\%$ στη γ' φάση).

Επίσης, στατιστικά σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση παρέμβασης (Π.Ο. και Ο.Ε.) και εξέλιξης της συμπεριφοράς καπνίσματος, $F(2, 1248) = 21.98, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, η πειραματική ομάδα εμφάνισε διαφορετική εξέλιξη στη συμπεριφορά καπνίσματος από ό,τι η ομάδα ελέγχου. Αυτή η διαφοροποίηση ήταν στατιστικά σημαντική και στις δύο φάσεις μετά την παρέμβαση. Στη β' φάση, στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε μια μείωση στη συμπεριφορά καπνίσματος ($M.O. = 1.08$ και $\Pi = 4.5\%$ στην α' φάση, $M.O. = 1.06$ και $\Pi = 4.1\%$ στη β' φάση), ενώ στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε αντίστοιχα αύξηση ($M.O. = 1.26$ και $\Pi = 12.4\%$ στην α' φάση, $M.O. = 1.29$ και $\Pi = 13.8\%$ στη β' φάση). Στη γ' φάση, στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε μικρή αύξηση σε σχέση με πριν ($M.O. = 1.07$ και $\Pi = 5\%$), ενώ στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση ($M.O. = 1.39$ και $\Pi = 20.3\%$) (βλ. Σχήμα 1):

Σημαντική ήταν, επίσης, η αλληλεπίδραση της αρχικής καπνιστικής κατάστασης γονέων και εξέλιξης της συμπεριφοράς καπνίσματος των μαθητών, $F(4, 1248) = 6.16, p < 0.001$. Ειδικότερα, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανι-



Σχήμα 1

Εξέλιξη του μέσου όρου της συμπεριφοράς καπνίσματος για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

χνεύθηκε στη γ' φάση της μελέτης, όπου η ομάδα των μαθητών των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν αρχικά εμφανίζει πολύ μεγαλύτερη αύξηση στο μέσο όρο και στο ποσοστό καπνιστών -σε σχέση με τις δύο προηγούμενες φάσεις- από όσο εμφανίζουν οι μαθητές που κανένας ή μόνο ένας γονέας κάπνιζε αρχικά. Συγκεκριμένα, για τους μαθητές των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν $M.O. = 1.18$ και $\Pi = 9.18\%$ στην α' φάση, $M.O. = 1.18$ και $\Pi = 9.69\%$ στη β' φάση, και $M.O. = 1.27$ και $\Pi = 15.31\%$ στη γ' φάση για τους μαθητές των οποίων ο ένας γονέας κάπνιζε $M.O. = 1.15$ και $\Pi = 7\%$ στην α' φάση, $M.O. = 1.14$ και $\Pi = 7\%$ στη β' φάση, και $M.O. = 1.16$ και $\Pi = 8.95\%$ στη γ' φάση για τους μαθητές των οποίων κανένας γονέας δεν κάπνιζε $M.O. = 1.08$ και $\Pi = 4.92\%$ στην α' φάση, $M.O. = 1.08$ και Π

$= 5.46\%$ στη β' φάση, και $M.O. = 1.10$ και $\Pi = 6.56\%$ στη γ' φάση.

Τέλος, στατιστικά σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση τρίτου επιπέδου ομάδας παρέμβασης, αρχικής καπνιστικής κατάστασης γονέων και εξέλιξης της συμπεριφοράς καπνίσματος, $F(4, 1248) = 6.04, p < 0.001$.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η Υπόθεση 1 επιβεβαιώθηκε, ότι δηλαδή υπήρξε κάποια μείωση στην καπνιστική συμπεριφορά της πειραματικής ομάδας, ενώ αντίθετα αύξησή της στην ομάδα ελέγχου, ιδιαίτερα αμέσως μετά την παρέμβαση. Επίσης, γενικότερα (και πριν την παρέμβαση) φάνηκε ότι η συμπεριφορά καπνίσματος κυμάνθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα στην Π.Ο. από ό,τι στην Ο.Ε., και ότι ιδιαίτερα σημαντική ήταν η διαφορά για τους μαθητές της Β'

τάξης των δύο ομάδων, καθώς και για αυτούς των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν πριν την παρέμβαση.

Αλλαγή στην πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον

Η Υπόθεση 2 προέβλεπε ότι θα υπάρξει μείωση της πρόθεσης για κάπνισμα στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επιδράσεις μεταξύ ομάδων. Η πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες, $F(1, 620) = 7.14, p = 0.008$. Συγκεκριμένα, κατά μέσο όρο στη διάρκεια της μελέτης, η πειραματική ομάδα εμφανίζει λιγότερη πρόθεση ($M.O. = 2.15$) από την ομάδα ελέγχου ($M.O. = 2.51$). Επίσης, σημαντική ήταν η επίδραση της αρχικής καπνιστικής κατάστασης των μαθητών στην πρόθεσή τους για κάπνισμα σε όλη τη διάρκεια της μελέτης, $F(1, 620) = 57.41, p < 0.001$. Ειδικότερα, αυτοί που δεν κάπνιζαν αρχικά εμφάνισαν λιγότερη πρόθεση καπνίσματος ($M.O. = 2.17$) από αυτούς που κάπνιζαν ($M.O. = 3.52$).

Η τάξη είχε επίσης σημαντική επίδραση στο μέσο όρο της πρόθεσης για κάπνισμα σε όλη τη διάρκεια της μελέτης, $F(2, 620) = 3.92, p = 0.020$. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ της Α' τάξης και των άλλων τάξεων, εφόσον η Α' τάξη είχε λιγότερη πρόθεση για κάπνισμα ($M.O. = 2.05$) από τη Β' τάξη ($M.O. = 2.33$) και τη Γ' τάξη ($M.O. = 2.42$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίστηκε, σε όλη τη διάρκεια της έρευνας, για την πρόθεση και ως προς το φύλο, $F(1, 620) = 7.72, p = 0.006$, εφόσον τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη πρόθεση καπνίσματος ($M.O. = 2.39$) από τα αγόρια ($M.O. = 2.15$).

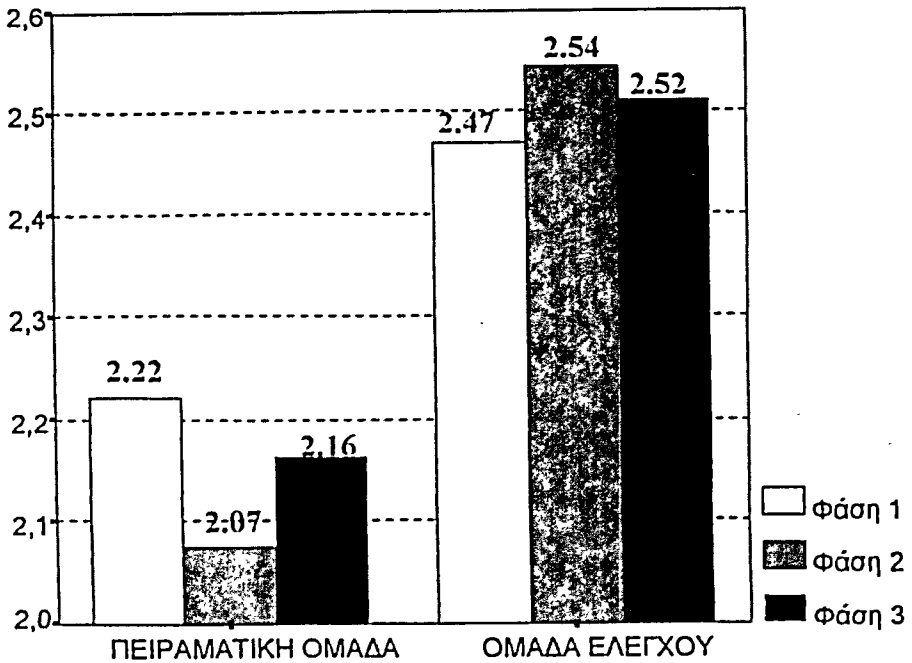
Τέλος, και η αρχική καπνιστική κατάσταση των γονέων επέδρασε σημαντικά στην πρόθεση για κάπνισμα των μαθητών, $F(2, 620) = 3.66, p = 0.026$. Σε όλη τη διάρκεια της έρευνας, οι μαθητές των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν αρχικά είχαν τη μεγαλύτερη πρόθεση ($M.O. = 2.47$),

ενώ αυτοί που ο ένας ή κανένας γονέας δεν κάπνιζε είχαν την μικρότερη ($M.O. = 2.28$ και $M.O. = 2.10$ αντιστοίχως).

Επιδράσεις εντός ομάδων. Όσον αφορά στην εξέλιξη της πρόθεσης γενικά, υπήρξε μείωση από την α' στη β' φάση, (από $M.O. = 2.30$ σε $M.O. = 2.23$) ενώ στη γ' φάση, έτεινε να αυξάνει ($M.O. = 2.28$), $F(2, 1240) = 17.58, p < 0.001$. Στατιστικά σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση παρέμβασης και εξέλιξης της πρόθεσης, $F(2, 1240) = 55.51, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, στη β' φάση, στην πειραματική ομάδα η μέση πρόθεση μειώθηκε (από $M.O. = 2.22$ σε $M.O. = 2.07$) σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, όπου αυξήθηκε (από $M.O. = 2.47$ σε $M.O. = 2.54$). Στη γ' φάση, στην πειραματική ομάδα παρατηρήθηκε αύξηση της μέσης πρόθεσης, που όμως δεν αγγίζει τα αρχικά επίπεδα ($M.O. = 2.16$) ενώ στην ομάδα ελέγχου η πρόθεση (που είχε αυξηθεί στη β' φάση) παρέμεινε σχετικά σταθερή ($M.O. = 2.52$) (βλ. Σχήμα 2):

Σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση αρχικής καπνιστικής κατάστασης των μαθητών και εξέλιξης της πρόθεσης, $F(2, 1240) = 9.43, p < 0.001$. Στη β' φάση, η μέση πρόθεση μειώθηκε περισσότερο στους καπνιστές ($M.O. = 3.56$ στην α' φάση και $M.O. = 3.41$ στη β' φάση) από τους μη καπνιστές ($M.O. = 2.21$ στην α' φάση και $M.O. = 2.14$ στη β' φάση). Όμως, στην γ' φάση, στους καπνιστές η πρόθεση αυξήθηκε περισσότερο ($M.O. = 3.60$), υπερβαίνοντας ακόμα και τα αρχικά επίπεδα, από όσο αυξήθηκε στους μη καπνιστές ($M.O. = 2.18$).

Σημαντική ήταν και η αλληλεπίδραση τάξης και εξέλιξης της πρόθεσης, $F(4, 1240) = 10.45, p < 0.001$. Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των τάξεων, επί του συνολικού δείγματος, παρατηρήθηκε τόσο στη β' όσο και στην γ' φάση αξιολόγησης. Συγκεκριμένα, στην Γ' τάξη παρατηρήθηκε αρχική μείωση της πρόθεσης η οποία όμως τρεις μήνες μετά, ξεπέρασε ακόμα και τα αρχικά επίπεδα ($M.O. = 2.44$ στην α' φάση, $M.O. = 2.33$ στη β' φάση, $M.O. = 2.51$ στη γ' φάση). Στην Α' τάξη παρατηρήθηκε μείωση της πρόθεσης κατά τη β' φάση και επιπλέον μείωση



Σχήμα 2

Εξέλιξη του μέσου όρου της πρόθεσης για κάπνισμα στο μέλλον για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

της κατά τη γ' φάση ($M.O. = 2.10$ στην α' φάση, $M.O. = 2.04$ στη β' φάση, $M.O. = 2.01$ στη γ' φάση), ενώ στη Β' τάξη παρατηρήθηκε μείωση της πρόθεσης κατά τη β' φάση η οποία παρέμεινε σχετικά σταθερή κατά τη γ' φάση ($M.O. = 2.37$ στην α' φάση, $M.O. = 2.30$ στη β' φάση, $M.O. = 2.31$ στη γ' φάση).

Στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση τρίτου επιπέδου παρατηρήθηκε μεταξύ παρέμβασης, τάξης και εξέλιξης της πρόθεσης, $F(4, 1240) = 9.69, p < 0.001$. Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν τόσο στη β' όσο και στη γ' φάση αξιολόγησης. Τέλος, σημαντική αλληλεπίδραση τρίτου επιπέδου παρατηρήθηκε μεταξύ παρέμβασης, αρχικής καπνιστικής κατάστασης των μαθητών, και εξέλιξης της πρόθεσης, $F(2, 1240) = 22.40, p < 0.001$. Στατιστικά σημαντικές

διαφορές εντοπίστηκαν τόσο στη β' όσο και στην γ' φάση αξιολόγησης.

Συνολικά, η Υπόθεση 2, η οποία προέβλεπε μείωση της πρόθεσης για κάπνισμα στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, επιβεβαιώθηκε. Ιδιαίτερη διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες φάνηκε αμέσως μετά την παρέμβαση. Επιπλέον, στο συνολικό δείγμα, φάνηκε ότι η πρόθεση για κάπνισμα ήταν δυσκολότερο να αλλάξει σε μαθητές οι οποίοι κάπνιζαν πριν την παρέμβαση, των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν πριν την παρέμβαση, καθώς και στα κορίτσια, αλλά και στους μαθητές της Γ' τάξης, οι οποίοι, έδειξαν πολύ υψηλό μέσο όρο πρόθεσης για κάπνισμα 3 μήνες μετά την παρέμβαση.

Αλλαγή στην αντικαπνιστική στάση

Επιδράσεις μεταξύ ομάδων. Η Υπόθεση 3 προέβλεπε ότι θα υπήρχε αύξηση στην αντικαπνιστική στάση στην πειραματική ομάδα, αναφορικά με την ομάδα ελέγχου. Συνολικά, στατιστικά σημαντική επίδραση στην αντικαπνιστική στάση φαίνεται ότι ασκεί η αρχική συμπεριφορά καπνίσματος των μαθητών, όπως φαίνεται από την κύρια επίδραση του παράγοντα αυτού, $F(1, 622) = 42.73, p < 0.001$. Ειδικότερα, οι μη καπνιστές είχαν ισχυρότερη αντικαπνιστική στάση ($M.O. = 3.96$) από τους καπνιστές ($M.O. = 3.34$) σε όλη τη διάρκεια της έρευνας.

Επιδράσεις εντός ομάδων. Στατιστικά σημαντική επίδραση παρατηρήθηκε στην εξέλιξη της αντικαπνιστικής στάσης επί του συνολικού δείγματος, $F(2, 1244) = 20.34, p < 0.001$. Συνολικά η μέση αντικαπνιστική στάση αυξήθηκε αμέσως μετά την παρέμβαση, ενώ τρεις μήνες μετά είχε παραμείνει σταθερή ($M.O. = 3.89$ στην α' φάση, $M.O. = 3.92$ στη β' φάση, $M.O. = 3.92$ στη γ' φάση).

Στατιστικά σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση παρέμβασης και εξέλιξης της στάσης, $F(2, 1244) = 41.81, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, στην πειραματική ομάδα η αντικαπνιστική στάση αυξήθηκε μετά την παρέμβαση ($M.O. = 3.90$ στην α' φάση και $M.O. = 3.98$ στη β' φάση), ενώ στην ομάδα ελέγχου μειώθηκε ($M.O. = 3.87$ στην α' φάση και $M.O. = 3.84$ στη β' φάση). Τρεις μήνες μετά, η αντικαπνιστική στάση αυξήθηκε λίγο ακόμη στην πειραματική ομάδα ($M.O. = 3.99$ στη γ' φάση), ενώ στην ομάδα ελέγχου μειώθηκε περισσότερο ($M.O. = 3.79$ στη γ' φάση) (βλ. Σχήμα 3):

Σημαντική αλληλεπίδραση σημειώθηκε μεταξύ αρχικής συμπεριφοράς καπνίσματος των μαθητών και εξέλιξης της αντικαπνιστικής στάσης επί του συνολικού δείγματος, $F(2, 1244) = 12.72, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, στη β' φάση της αξιολόγησης, αμέσως μετά την παρέμβαση, η αντικαπνιστική στάση των καπνιστών αυξήθηκε ($M.O. = 3.30$ στην α' φάση, $M.O. = 3.40$ στη β' φάση, $M.O. = 3.30$ στη γ' φάση), περισσότερο από ότι αυτή των μη καπνιστών ($M.O. = 3.93$

στην α' φάση, $M.O. = 3.97$ στη β' φάση, $M.O. = 3.97$ στη γ' φάση).

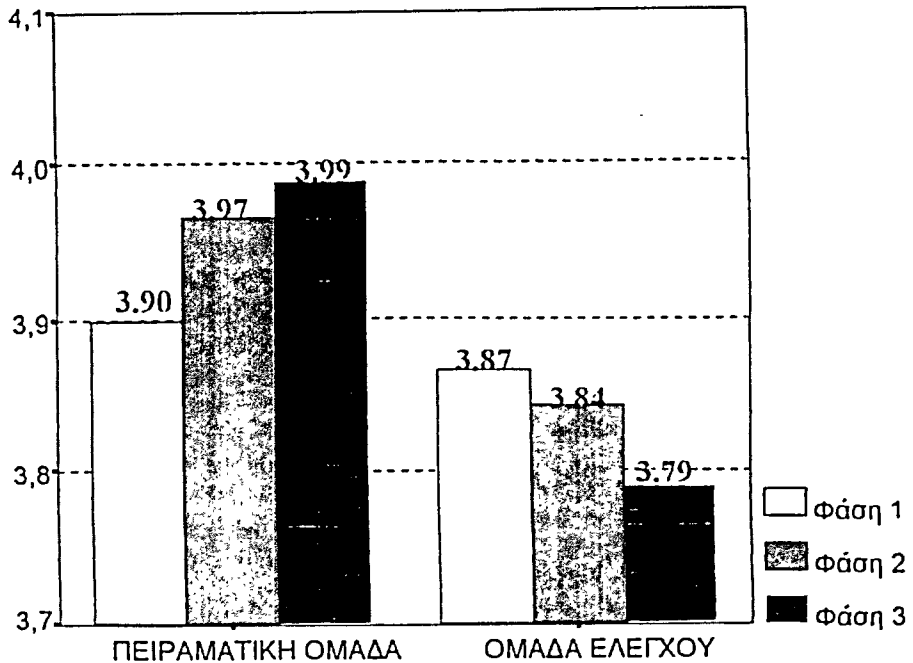
Σημαντική ήταν, επίσης, η αλληλεπίδραση τάξης και εξέλιξης της αντικαπνιστικής στάσης επί του συνολικού δείγματος, $F(4, 1244) = 5.79, p < 0.001$. Ειδικότερα, κατά τη γ' φάση αξιολόγησης, η αντικαπνιστική στάση αυξήθηκε και άλλο στη Β' τάξη ($M.O. = 3.82$ στην α' φάση, $M.O. = 3.86$ στη β' φάση, $M.O. = 3.88$ στη γ' φάση), ενώ μειώθηκε στην Α' τάξη επιστέφοντας στο αρχικό επίπεδο ($M.O. = 4.00$ στην α' φάση, $M.O. = 4.04$ στη β' φάση, $M.O. = 4.01$ στη γ' φάση).

Τέλος, σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση τρίτου επιπέδου παρέμβασης, αρχικής καπνιστικής κατάστασης των μαθητών, και εξέλιξης της αντικαπνιστικής στάσης, $F(2, 1244) = 9.88, p < 0.001$.

Συνολικά, η Υπόθεση 3, που προέβλεπε αύξηση της αντικαπνιστικής στάσης στην πειραματική ομάδα, αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου, επιβεβαιώθηκε, εφόσον παρατηρήθηκε αύξηση στην πειραματική ομάδα, τόσο αμέσως μετά, όσο και 3 μήνες μετά την παρέμβαση, ενώ αντίστοιχα μείωση στην ομάδα ελέγχου αμέσως μετά και 3 μήνες μετά την παρέμβαση.

Γνώση για τους κινδύνους υγείας

Η Υπόθεση 4 προέβλεπε αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους υγείας στην πειραματική ομάδα, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε μόνον για την γ' φάση αξιολόγησης, 3 μήνες μετά την παρέμβαση, $F(2, 1242) = 3.64, p < 0.05$. Συγκεκριμένα, στην β' φάση, στους καπνιστές ($M.O. = 7.35$ στην α' φάση και $M.O. = 7.60$ στη β' φάση) και στους μη καπνιστές ($M.O. = 7.00$ στην α' φάση και $M.O. = 7.10$ στη β' φάση) της πειραματικής ομάδας εμφανίστηκε αύξηση της γνώσης υγείας, αλλά και στους καπνιστές ($M.O. = 7.41$ στην α' φάση, $M.O. = 7.56$ στη β' φάση) και μη καπνιστές ($M.O. = 6.99$ στην α' φάση, $M.O. = 7.06$ στη β' φάση) της ομάδας ελέγχου. Στην γ' φάση, στην πειραματική ομάδα, στους καπνιστές ($M.O. = 7.60$



Σχήμα 3
Εξέλιξη του μέσου όρου της αντικαπνιστικής στάσης για την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου.

στη γ' φάση) και στους μη καπνιστές ($M.O. = 7.09$ στη γ' φάση), η γνώση παρέμεινε περίπου στα ίδια προηγούμενα επίπεδα, ενώ αντίθετα στην ομάδα ελέγχου η γνώση μειώθηκε στους καπνιστές ($M.O. = 7.30$ στη γ' φάση), αλλά παρέμεινε στα ίδια επίπεδα στους μη καπνιστές ($M.O. = 7.08$ στη γ' φάση).

Γνώση για τους κινδύνους εθισμού

Η Υπόθεση 5 προέβλεπε ότι θα υπάρξει αύξηση της γνώσης για τους κινδύνους εθισμού στην πειραματική ομάδα, αναφορικά με την ομάδα ελέγχου.

Η υπόθεση επιβεβαιώθηκε, $F(2, 1242) = 14.33$, $p < 0.001$, εφόσον παρατηρήθηκε μια

στατιστικά σημαντική αύξηση στη γνώση για τους κινδύνους εθισμού στο τσιγάρο στην πειραματική ομάδα ($M.O. = 3.56$ στην α' φάση, $M.O. = 3.59$ στη β' φάση, και $M.O. = 3.61$ στη γ' φάση), ενώ μια σταθερή μείωση στην ομάδα ελέγχου ($M.O. = 3.60$ στην α' φάση, $M.O. = 3.58$ στη β' φάση, και $M.O. = 3.58$ στη γ' φάση). Ιδιαίτερη αύξηση σημειώθηκε στους καπνιστές της πειραματικής ομάδας ($M.O. = 3.18$ στην α' φάση, $M.O. = 3.52$ στη β' φάση, και $M.O. = 3.27$ στη γ' φάση), σε σχέση με τους μη καπνιστές, ιδίως στη β' φάση αξιολόγησης ($M.O. = 3.57$ στην α' φάση, $M.O. = 3.59$ στη β' φάση, και $M.O. = 3.63$ στη γ' φάση). Επίσης, αύξηση παρουσίασαν οι μαθητές της Α' ($M.O. = 3.51$ στην α' φάση, $M.O. = 3.52$ στη β' φάση, και $M.O. = 3.60$ στη γ' φάση) και Β' τάξης ($M.O. = 3.66$ στην α' φάση,

$M.O.$ = 3.72 στη β' φάση, και $M.O.$ = 3.83 στη γ' φάση), ενώ σημαντική μείωση οι μαθητές της Γ' τάξης ($M.O.$ = 3.48 στην α' φάση, $M.O.$ = 3.51 στη β' φάση, και $M.O.$ = 3.43 στη γ' φάση) της πειραματικής ομάδας κατά την γ' φάση.

Αυτοεκτίμηση

Η Υπόθεση 6 προέβλεπε αύξηση της αυτοεκτίμησης στην πειραματική ομάδα, αναφορικά με την ομάδα ελέγχου. Η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε μόνο για τη γ' φάση αξιολόγησης, $F(2, 1212) = 15.65, p < 0.001$. Συγκεκριμένα, στις δύο ομάδες, πειραματική και ελέγχου, σημειώθηκε αύξηση της αυτοεκτίμησης, κυρίως στη β' φάση αξιολόγησης. Ωστόσο, στη γ' φάση, η αυτοεκτίμηση μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου ($M.O.$ = 3.13 στην α' φάση, $M.O.$ = 3.15 στη β' φάση, και $M.O.$ = 3.13 στη γ' φάση), ενώ αυξήθηκε κι άλλο στην πειραματική ομάδα ($M.O.$ = 3.09 στην α' φάση, $M.O.$ = 3.11 στη β' φάση, και $M.O.$ = 3.12 στη γ' φάση).

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Όσον αφορά τη *συμπεριφορά καπνίσματος*, φάνηκε μείωση στην πειραματική ομάδα στη β' φάση, η οποία όμως δεν ήταν σταθερή, εφόσον η συμπεριφορά αυτή αυξήθηκε τρεις μήνες μετά την παρέμβαση, αν και δεν έφτασε το αρχικό επίπεδο. Αντίθετα, υπήρξε μία σταδιακή αύξηση (ιδιαίτερα ανησυχητική στη γ' φάση αξιολόγησης) στην ομάδα ελέγχου. Ιδιαίτερη αύξηση σημειώθηκε, επίσης, στους μαθητές της ομάδας ελέγχου των οποίων και οι δύο γονείς κάπνιζαν αρχικά, σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα μαθητών της πειραματικής ομάδας.

Όσον αφορά την *πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον*, φάνηκε μείωση στην πειραματική ομάδα λίγες μέρες μετά την παρέμβαση, η οποία, επίσης, δεν ήταν σταθερή, εφόσον, τρεις μήνες μετά την παρέμβαση, υπήρξε αύξηση σε σχέση με τη β' φάση, χωρίς ωστόσο να φτάνει το αρχικό

επίπεδο. Αντίθετα, η πρόθεση για κάπνισμα αυξήθηκε στην ομάδα ελέγχου στη β' φάση αξιολόγησης, και παρέμεινε στα ίδια περίπου επίπεδα στη γ' φάση αξιολόγησης. Στην πειραματική ομάδα, η πρόθεση για κάπνισμα μειώθηκε κυρίως στην Α' και Β' τάξη, η οποία διατηρήθηκε και μετά από 3 μήνες, ενώ στην Γ' τάξη παρατηρήθηκε μείωση στη β' φάση, αλλά σημαντική αύξηση (που ξεπερνά το αρχικό επίπεδο) στη γ' φάση, 3 μήνες μετά. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου παρατηρήθηκε μία σταδιακή αύξηση και στις 3 τάξεις. Παρόμοιο ήταν το αποτέλεσμα για τους "καπνιστές" της πειραματικής ομάδας: ενώ αρχικά σε αυτήν την υπο-ομάδα μειώθηκε περισσότερο η πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον, αυτή έδειξε τη μεγαλύτερη αύξηση 3 μήνες μετά. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου, "καπνιστές" και "μη καπνιστές" έδειξαν σχεδόν μία ομοιόμορφη αύξηση της πρόθεσης με την πάροδο του χρόνου. Επομένως, η παρέμβαση επηρέασε γενικά την πειραματική ομάδα ως προς την πρόθεση, οδηγώντας σε μείωσή της, ιδίως αμέσως μετά την παρέμβαση (με μικρή αναστροφή της τάσης αργότερα). Η αναστροφή αυτή παρουσιάστηκε ιδιαίτερα στους μαθητές της Γ' τάξης, και στους μαθητές που κάπνιζαν ήδη κατά την έναρξη της παρέμβασης.

Όσον αφορά την *αντικαπνιστική στάση*, φάνηκε καθαρά μία σταδιακή αύξηση στη β' και γ' φάση στην πειραματική ομάδα, ενώ αντίθετα μία σταδιακή μείωση στη β' και γ' φάση στην ομάδα ελέγχου. Ιδιαίτερη αλλαγή σημειώθηκε αμέσως μετά την παρέμβαση στους μαθητές της πειραματικής ομάδας που κάπνιζαν αρχικά, η οποία ωστόσο δε διατηρήθηκε σταθερή αργότερα.

Σχετικά με τη *γνώση για τους κινδύνους υγείας*, σημειώθηκε σημαντική αύξηση και στις δύο ομάδες, πειραματική και ελέγχου. Ωστόσο, στην πειραματική ομάδα στους "καπνιστές" η γνώση παρέμεινε τελικά στα ίδια επίπεδα με τους "μη καπνιστές", ενώ στην ομάδα ελέγχου στους "καπνιστές" μειώθηκε τελικά το επίπεδο γνώσης, 3 μήνες μετά.

Όσον αφορά τη *γνώση για τους κινδύνους εθισμού*, υπήρξε συνολικά αύξηση της γνώσης στην

πειραματική ομάδα, ενώ μείωση στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, στην πειραματική ομάδα η αύξηση παρατηρήθηκε, αμέσως μετά την παρέμβαση, κυρίως στους μαθητές που αρχικά κάπνιζαν, και στους μαθητές της Α' και Β' τάξης. Τέλος, η αυτοεκτίμηση, αυξήθηκε και στις δύο ομάδες αμέσως μετά την παρέμβαση, ενώ συνέχισε να αυξάνει μόνο στην πειραματική ομάδα (η σφαιρική αυτοεκτίμηση μπορεί να επηρεασθεί από την επιτυχία σε διάφορους τομείς με τους οποίους ασχολείται ένα άτομο, Rosenberg, 1979).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, μπορούμε να συμπεράνουμε, με κάποια επιφύλαξη, ότι η παρέμβαση η οποία στόχευε πρωτίστως στην τροποποίηση της στάσης, της πρόθεσης, και της συμπεριφοράς καπνίσματος και κατά δεύτερο λόγο της γνώσης και αυτοεκτίμησης, ήταν αποτελεσματική. Φαίνεται ότι η παρέμβαση είχε *παροδική επίδραση* στις μεταβλητές πρόθεση για κάπνισμα στο μέλλον και συμπεριφορά καπνίσματος, ενώ *σταθερότερη επίδραση* στην αντικαπνιστική στάση και στη γνώση για τους κινδύνους εθισμού στην πειραματική ομάδα (πλήρης επαλήθευση μόνον των Υποθέσεων 3 και 5).

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται να είναι σύμφωνα με τις απόψεις των Grube και Morgan (1986), καθώς και Morgan και Grube (1989) ότι η πρόθεση είναι πολύ σημαντική μεταβλητή σχετικά με τη συμπεριφορά καπνίσματος στην εφηβεία. Περαιτέρω ανάλυση διαδρομών θα αποδείκνυε εάν η πρόθεση για κάπνισμα είναι η τελική προβλεπτική μεταβλητή για τη συμπεριφορά καπνίσματος, όπως υποστηρίζουν και οι παραπάνω συγγραφείς.

Αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, τέλος, είναι φανερό ότι μικρή σχέση υπάρχει ανάμεσα στη σφαιρική αποδοχή-συναίσθημα προς τον εαυτό και το κάπνισμα, και αν υπάρχει σχέση, αυτή πιθανώς διαμεσολαβείται από την αυτοαντίληψη σε θέματα υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για μέτρηση της συγκεκριμένης αυτοαντίληψης και της αυτο-αποτελεσματικότητας σε θέματα υγείας για μελλοντική έρευνα, μεταβλητές στις οποίες πιθανά να μπορεί και να εστιάσει ευκολότερα μια παρέμβαση αυτού του είδους.

Η επιφύλαξή μας για τη συναγωγή συμπερασμάτων για την πλήρη επιτυχία της παρέμβασης που εφαρμόσαμε *per se*, υπαγορεύεται από παρατηρήσεις αναφορικά με τη μέθοδο αξιολόγησης. Συγκεκριμένα, η τροποποίηση των μεταβλητών στους μαθητές των ομάδων εργασίας αξιολογήθηκε μόνον ποσοτικά μέσω των στατιστικών αναλύσεων (έγιναν ξεχωριστές αναλύσεις t-test για τους 28 μαθητές, όπου φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, όπως στο παρόμοιο σχέδιο έρευνας των Robinson, Bloor, Catherine, & Frankland, 1997). Πιθανώς να είχαμε μια πληρέστερη αξιολόγηση και με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων, οι οποίες συνεισφέρουν σε μία σφαιρότερη εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης προγραμμάτων προαγωγής της υγείας (Σώκου, 1994). Παράλληλη ποιοτική αξιολόγηση θα μπορούσε, υποθέτουμε, να εκτιμήσει ακριβέστερα τη διαδικασία τροποποίησης των παραμέτρων αυτών για τους μαθητές της ομάδας στόχου (ολόκληρου του σχολείου) αλλά και των αρχηγών των συνομηλίκων, μέσω της χρήσης εστιασμένων συνεντεύξεων ομάδας (Stewart & Shamdasani, 1990), για παράδειγμα.

Τέλος, το φαινόμενο του κοινωνικά επιθυμητού (Cohen & Manion, 1994) είναι πιθανόν να έχει επηρεάσει τις απαντήσεις των μαθητών σε όλες τις φάσεις της αξιολόγησης (ιδιαίτερα στις παραμέτρους της πρόθεσης και της συμπεριφοράς καπνίσματος, που ενδεχομένως εξυπονούν έμμεση άρνηση συμμετοχής σε απαγορευμένη συνήθεια, αλλά και όχι μόνο), και κυρίως λίγες μέρες μετά την υλοποίηση της παρέμβασης (φάση β' αξιολόγησης).

Ασφαλώς, τα συμπεράσματα πρέπει να εξετασθούν σε σχέση με το συγκεκριμένο δείγμα μαθητών (λόγω της περιοχής, υποθέτουμε ότι υπήρχαν μαθητές από διάφορα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του μαθητικού πληθυσμού των μεγαλουπόλεων). Για το λόγο αυτό, θα είχε ενδιαφέρον η υλοποίηση της παρέμβασης στην επαρχία ή σε άλλες μεγαλουπόλεις της χώρας.

Ένα σημείο το οποίο αξίζει περαιτέρω συζη-

τηση είναι εάν η συγκεκριμένη στρατηγική επιλογής μαθητών για τις ομάδες εργασίας (με κύριο κριτήριο την εθελοντική συμμετοχή) είναι αποτελεσματικότερη έναντι της επιστράτευσης των δημοφιλών μαθητών, όπως έχει υποστηριχθεί σε άλλες έρευνες (Robinson et al., 1997). Ένα πρόγραμμα που θα απευθύνεται σε διαφορετικούς τύπους μαθητών με διάφορες προτιμήσεις και κοινωνικές επαφές, πιστεύουμε ότι θα πρέπει να συμπεριλάβει τόσο τους δημοφιλείς μαθητές (μέσω χρήσης συγκεκριμένων, σχετικών ερωτήσεων με το θέμα, σε κοινωνιομετρικά τεστ) όσο και μαθητές οι οποίοι επιθυμούν να συμμετάσχουν χωρίς να είναι δημοφιλείς (αλλά μπορούν να γίνουν ενισχύοντας παράλληλα και την αυτοεκτίμηση και τις κοινωνικές τους δεξιότητες μέσω της συμμετοχής τους). Ασφαλώς, η χρήση κατάλληλων κοινωνιομετρικών τεχνικών για το συγκεκριμένο σκοπό θα υποδείκνυε ποιος τελικά τύπος μαθητή θα ήταν προτιμότερος (Robinson et al., 1997).

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν ότι πρέπει να δίνεται έμφαση στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση επαναλαμβανόμενων προγραμμάτων ή προγραμμάτων ενδυνάμωσης Αγωγής Υγείας στην εκπαίδευση (Bell, Lyne, & Kolvin, 1989), με όσο γίνεται μονιμότερα αποτελέσματα. Ελπίζουμε ότι μελλοντικά προγράμματα Αγωγής Υγείας τα οποία θα θέσει σε εφαρμογή το Υπουργείο Παιδείας (είτε ως μέρος του αναλυτικού προγράμματος είτε όχι) θα επικεντρώνονται σε διαφορετικά επίπεδα και θα χρησιμοποιούν παράλληλες και διαφορετικές παρεμβάσεις στα επίπεδα αυτά.

Επίσης, οι παρεμβάσεις δεν πρέπει να περιορίζονται στο χώρο του σχολείου (εφόσον η υπάρχουσα συμπεριφορά καπνίσματος των γονέων είναι καθοριστική, βλ. Biglan et al., 1996. Clark, Scarisbrick-Hauser, Gautam, & Wirk, 1999. Flynn, Worden, Secker-Walker, Badger, & Geller, 1995). Η ανάπτυξη προγραμμάτων Αγωγής Υγείας που θα απευθύνονται σε όλα τα μέλη της οικογένειας, του σχολείου, της κοινότητας όπου ζει και δρα ο Έλληνας μαθητής πιστεύουμε ότι είναι εφικτή, αλλά και οικονομικά και κοινωνικά

συμπερότερη από ό,τι η θεραπεία ασθενειών που προέρχονται από το κάπνισμα. Δεν είναι, τέλος, τυχαίο το γεγονός ότι το ποσοστό των Ελλήνων μαθητών που δηλώνουν καπνιστές είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό που δείχνουν έρευνες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπου απαγορεύονται οι διαφημίσεις τσιγάρων (7.2% στην παρούσα έρευνα σε σύγκριση με 1% στη Βόρεια Πορτογαλία, Lima, 1997). Επομένως, απαραίτητη είναι η ευαισθητοποίηση της πολιτείας με την κατάργηση, για παράδειγμα, των διαφημίσεων τσιγάρων με τα ελκυστικά πρότυπα στους δρόμους.

Βιβλιογραφία

- Ajzen, I., & Madden, J. T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ary, D. V., Biglan, A., Glasgow, R., Zoref, L., Black, C., Ochs, L., Severson, H., Kelly, R., Weisman, W., Lichtenstein, E., & Brozovsky, P. (1990). The efficacy of social-influence prevention programs versus "standard care": Are new initiatives needed? *Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 281-296.
- Bell, V., Lyne, S., & Kolvin, I. (1989). Play group therapy: Processes and patterns and delayed effects. In M. H. Schmidt & H. Remschmidt (Eds.), *Needs and prospects of child and adolescent psychiatry* (pp. 149-163). Bern: Hogrefe and Huber.
- Biglan, A., Ary, D., Yudelson, H., Duncan, T. E., Hood, D., James, L., Koehn, V., Wright, Z., Black, C., Levings, D., Smith, S., & Gaiser, E. (1996). Experimental evaluation of a modular approach to mobilizing antitobacco influences of peers and parents. *American Journal of Community Psychology*, 24(3), 311-339.
- Botvin, G. J., Batson, H. W., Witts-Vitale, S., Bess, V., Baker, E., & Dusenbury, L. (1989). A psychosocial approach to smoking prevention for urban Black youth. *Public Health Report*,

- 104, 573-582.
- Bruvald, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health, 83*(6), 872-880.
- Clark, P. I., Scarisbrick-Hauser, A., Gautam, S. P., & Wirk, S. J. (1999). Anti-tobacco socialization in homes of African-American and white parents, and smoking and nonsmoking parents. *Journal of Adolescent Health, 24*(5), 329-339.
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research methods in education* (4th ed.) London: Routledge.
- De Bell, D., & Wales, H. (1996). Teenage smoking. *British Journal of Community Health Nursing, 1*(4), 234-240.
- De Civita, M., & Pagani, L. (1996). Familial constraints on the initiation of cigarette smoking among adolescents: An elaboration of social bonding theory and differential association theory. *Canadian Journal of School Psychology, 12*(2), 177-190.
- Del Greco, L., Breitbach, L., Rumer, S., McCarthy, R. H., & Suissa, S. (1986). Four-year results of a youth smoking prevention program using assertiveness training. *Adolescence, 21*(83), 631-640.
- Elder, J. P., Woodruff, S. I., Sallis, J. F., De Moor, C., Edwards, C., & Wildey, M. B. (1994). Effects of health facilitator performance and attendance at training sessions on the acquisition of tobacco refusal skills among multi-ethnic, high-risk adolescents. *Health Education Research, 9*(2), 225-233.
- Flay, B. (1985). Psycho-social approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology, 4*, 449-488.
- Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H., Badger, G. J., & Geller, B. M. (1995). Cigarette smoking prevention effects of mass media and school interventions targeted to gender and age groups. *Journal of Health Education, 26*(2), 45-51.
- Foshee, V., & Bauman, K. E. (1992). Parental and peer characteristics as modifiers of the bond-behavior relationship: An elaboration of control theory. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 66-76.
- Gilpin, E. A., Choi, W. S., Berry, C., & Pierce, J. P. (1999). How many adolescents start smoking each day in the United States? *Journal of Adolescent Health, 25*(4), 248-255.
- Grube, J. W., & Morgan, M. (1986). *Smoking, drinking and other drug use among Dublin post-primary school pupils*. Dublin: Economic and Social Research Institute.
- Jarvis, M. J., Goddard, E., & McNeill, A. (1990). Do attitudes predict uptake of smoking in teenagers? Case not proven. *Social Science Medicine, 31*(9), 997-1001.
- Καφάτος, Α., Τράκα, Ν., Σαραφίδου, Γ., Στοϊκίδου, Μ., Παντελάκης, Σ., & Δοξιάδης, Σ. (1981). Συχνότητα καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-14 χρονών της Αθήνας. *Ιατρική, 40*, 373-379.
- Κοκκέβη, Α. (1997, Φεβρουάριος). *Κάπνισμα και χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών*. Παρουσίαση στην επιστημονική ημερίδα "Πρόληψη του καπνίσματος στην εφηβεία", Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα.
- Koumi, I., & Tsiantis, J. (1997). *Adolescents against cancer: A smoking prevention programme*. Unpublished final report to DGV, of the E.C. funded "Europe Against Cancer Programme". Association for the Psychosocial Health of Children and Adolescents, Athens.
- Koumi, I. (1994). *Self-values and academic self-concept of Greek secondary school pupils*. Unpublished doctoral dissertation, University of Bristol, UK.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin, 88*(2), 370-405.
- Lima, L. (1997, Φεβρουάριος). *Εκπαίδευση των καθηγητών για την ομάδα "Caza Cigarros"*. Παρουσίαση στην επιστημονική ημερίδα "Πρόληψη του καπνίσματος στην εφηβεία", Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα.

- Lionis, C., Kafatos, A., Vlachonikolis, J., Vakaki, M., Tzortzi, M., & Petraki, A. (1991). The effects of a health education intervention program among Cretan adolescents. *Preventive Medicine*, 20, 685-699.
- Macri, I., & Tsiantis, J. (1998). Effects of a peer-led intervention program on smoking prevention: A case example in Greece. *The International Quarterly of Community Health Education: A Journal of Policy and Applied Research*, 17(3), 297-308.
- Morgan, M., & Grube, J. W. (1989). Adolescent cigarette smoking: Developmental analysis of influences. *British Journal of Developmental Psychology*, 7, 179-189.
- Morgan, M., & Grube, J. W. (1994). Lifestyle changes: A social psychological perspective with reference with cigarette smoking among adolescents. *The Irish Journal of Psychology*, 15(1), 179-190.
- Μοστριού, Α. (1997, Φεβρουάριος). Εκπαιδευτικό πρόγραμμα "Στηρίζομαι στα πόδια μου" για την πρόληψη του καπνίσματος. Παρουσίαση στην επιστημονική ημερίδα "Πρόληψη του καπνίσματος στην εφηβεία", Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα.
- Murray, M., Swan, A. V., & Clarke, G. (1984). Long-term effect of a school-based antismoking programme. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38(3), 247-252.
- Ντάβου, Μ. (1992). Το κάπνισμα στην εφηβεία: Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της σχέσης του εφήβου με το κάπνισμα. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Pfau, M., & Van Bockern, S. (1994). The persistence of inoculation in conferring resistance to smoking initiation among adolescents - The second year. *Human Communication Research*, 20(3), 413-430.
- Raynolds, I., & Rob, M. I. (1988). The role of family difficulties in adolescent depression, drug-taking and other problem behaviours. *Medical Journal of Australia*, 5, 251-256.
- Robinson, M., Bloor, M., Catherine, A., & Frankland, J. (1997). Unpublished end-of-grant report to Bro-Taff Health Authority on the EC-funded component of the schools peer-led smoking intervention study. Cardiff, UK: Social Research Unit.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic.
- Santi, S. M., Cargo, M., Brown, S., Best Allan, J., & Cameron, R. (1994). Disposition risk factors for smoking-stage transitions: A social influences program as an effect modifier. *Addictive Behaviors*, 19(3), 269-285.
- Stamatopoulou, D. (1993). *Self-esteem and aesthetic experience in adolescence*. Unpublished doctoral dissertation, University of Bristol, UK.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (1990). *Focus groups: Theory and practice*. London: Sage.
- Σώκου, Κ. (1994). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Πρότυπο πρόγραμμα "αλκοόλ και ατύχημα". Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Telch, M. J., Miller, L. M., Killen, J. D., Cooke, S., & Maccoby, N. (1990). Social influences approach to smoking prevention: The effects of videotape delivery with and without same-age peer leader participation. *Addictive Behaviors*, 15, 21-28.
- Τούντας, Ι. (1997, Φεβρουάριος). Οι καπνιστικές συνήθειες στην Ελλάδα. Παρουσίαση στην επιστημονική ημερίδα "Πρόληψη του καπνίσματος στην εφηβεία", Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου, Αθήνα.
- Tsiantis, Y. (1989). Prediction and prevention. In M. H. Schmidt & H. Remschmidt (Eds.), *Needs and prospects of child and adolescent psychiatry* (pp. 231-240). Bern: Hogrefe & Huber.
- Unger, J. B., Johnson, C. A., Stoddard, J. L., Nezami, E., & Chou, C. (1997). Identification of adolescents at risk for smoking initiation: Validation of a measure of susceptibility. *Addictive Behaviors*, 22(1), 81-91.

Smoking prevention in schools: Remarks from the implementation of a pilot program

IOANNA KOUMI & IOANNIS TSIANTIS

The American College of Greece, Athens, Greece & University of Athens, Greece

ABSTRACT

This article describes the intervention which took place in two secondary schools of Athens aiming at the prevention of smoking among pupils. It utilized the function of pupils' working groups within the school environment. A number of pupils were sensitized to the issue of adolescent smoking and then produced audiovisual material with antismoking messages, which they presented to their classmates. For the evaluation of the effectiveness of the intervention, the variables of smoking behavior, intent to smoke, antismoking attitude, knowledge concerning health and addiction and self-esteem were estimated for all pupils prior to, a few days after, and 3 months after the implementation of the intervention. A series of MANOVAs ($N = 657$) showed that the intervention produced temporary changes in smoking behavior and intent to smoke, and more permanent changes in antismoking attitude and knowledge of addiction (in the expected direction) among pupils of the experimental group, whereas changes in the opposite direction were observed in the control group over time. The effects of parents' and pupils' existing smoking behavior was significant, which implies that these variables should be taken into consideration in future interventions.

Key words: Adolescent smoking, Peer-led intervention, Smoking prevention.

Address: Ioanna Koumi, Association for the Psychosocial Health of Children & Adolescents, 19 Ag. I. Theologou str., Holargos, 155 61 Athens, Greece. Tel./Fax: *30-10- 6522396