

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΙΩΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΛΥΚΕΙΟΥ**

της
Δήμητρας Γ. Αδάμου

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

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα

1^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Ζήση Βασιλική

.....

2^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Θεοδωράκης Ιωάννης

.....

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Χατζηγεωργιάδης Αντώνιος

.....

2008

© ΑΔΑΜΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας παγκόσμια. Υπάρχει ανάγκη για εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης κατά του καπνίσματος για εφήβους. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος ευαισθητοποίησης μαθητών της Α΄ Λυκείου για την διακοπή και μη έναρξη του καπνίσματος. Στην έρευνα πήραν μέρος 146 μαθητές της Α΄ Λυκείου (15 ετών), στους 64 έγινε παρέμβαση ενώ οι 82 χρησίμευσαν σαν ομάδα ελέγχου, και ένας από τους δύο γονείς των μαθητών. Έδωσαν πλήρη στοιχεία 136 γονείς και ταίριαξαν με τα παιδιά τους, 59 άνδρες και 77 γυναίκες με ΜΟ ηλικίας 44 ± 4.85 . Έγινε παρέμβαση 12 εβδομάδων στην τάξη που βασίστηκε σε θεωρίες αλλαγής συμπεριφορών υγείας, και σε ανάλογα προγράμματα για το δημοτικό και το γυμνάσιο, με στόχο την αποτροπή από το κάπνισμα και την προτροπή προς την άσκηση. Συμπληρώθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης πριν και μετά το τέλος της παρέμβασης. Από την ανάλυση διακύμανσης επαναλαμβανόμενων μετρήσεων φάνηκε ότι μετά την εφαρμογή του προγράμματος η ομάδα παρέμβασης είχε καλύτερη ενημέρωση ($p < ,001$) και περισσότερες γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος ($p < ,001$). Επίσης βρέθηκε οριακά μη στατιστικά σημαντική μείωση της πρόθεσης να καπνίσουν ($p = ,058$) και μείωση του κοινωνικού προτύπου ($p = ,06$). Δεν βρέθηκε διαφορά στις συνήθειες καπνίσματος, την στάση απέναντι στο κάπνισμα, την αυτό-ταυτότητα και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς. Δεν βρέθηκε βελτίωση της πολύ θετικής στάσης απέναντι στην άσκηση, ούτε και αύξηση της χαμηλής προσωπικής εμπλοκής των μαθητών. Σημαντικός παράγοντας παραμένουν και σε αυτή την ηλικία οι γονείς. Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης κατά του καπνίσματος μπορεί να εφαρμοστεί στο λύκειο και να είναι αποτελεσματικό στο να ενημερώσει για τις συνέπειες του καπνίσματος να μειώσει την πρόθεση για κάπνισμα και να αυξήσει την αντίσταση στην κοινωνική πίεση.

Λέξεις κλειδιά: Αγωγή υγείας, πρόληψη καπνίσματος, διακοπή καπνίσματος, συμπεριφορά υγείας, παρέμβαση.

ABSTRACT

Smoking is one of the major health problems in the world. There is a need for intervention against smoking for adolescents. Aim of the present work is to plan the application and the evaluation of an intervention program for the sensitization of Lyceum students for the interruption and not the beginning of smoking. In the research took part 146 students of the first class of Lyceum (15 year), the 64.(20 boys and 44 girls) had an intervention while the 82 were the control group and one from their parents. Gave complete elements 136 parents and suited with their children, 59 men and 77 women with MO of age 44 ± 4.85 . The intervention of 12 weeks was based on theories of change of health behaviours and on proportional programs for the public school and the high school, against smoking and for to the exercise. Anonymous questionnaires of self-assessment were completed before and afterwards the end of intervention. From the analysis of repeated measurements it appeared that afterwards the application of program the team of intervention had better briefing ($p < .001$) and more knowledge on the consequences of smoking ($p < .001$). Also was found marginal not statistically important reduction of intention to smoke ($p = .058$) and reduction of social model ($p = .06$). No difference was found in the habits of smoking, the attitude opposite the smoking, the self-identity and the conceiving control of behaviour. No improvement was observed on positive attitudes towards exercise, neither any increase of low personal involvement. Parents remain an important factor in this age. The intervention program was evaluated from participating very positively. In conclusion, interventions against smoking can be applied in the lyceum and be effective in informing for the consequences of smoking, and decrease the intention for smoking and increase the resistance in the social pressure.

Key-words: Health education, smoking prevention, smoking cessation, intervention, health behaviour

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που έπαιξαν ουσιαστικό ρόλο στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής.

Πρώτα απ' όλα ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια αυτής της διατριβής κ. Βασιλική Ζήση για την ουσιαστική της καθοδήγηση, το ειλικρινές ενδιαφέρον και την πολύτιμη βοήθειά της σε κάθε βήμα της διατριβής μου, από το σχεδιασμό μέχρι την υλοποίηση, τη συγγραφή αλλά και την παρουσίαση, καθώς και την υποστήριξη της σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων και επιστημονικών προβληματισμών. Ευχαριστώ επίσης τους υπεύθυνους καθηγητές κ. Γιάννη Θεοδωράκη και κ. Αντώνη Χατζηγεωργιάδη για την επιστημονική τους βοήθεια. Ευχαριστώ την κ. Ευδοξία Κοσμίδου για την συμπαράσταση τις συμβουλές και την ουσιαστική βοήθεια στην εφαρμογή της παρέμβασης. Τους διευθυντές των σχολείων και τους συναδέλφους καθηγητές για τη συνεργασία τους και περισσότερο τους μαθητές και τους γονείς τους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Τέλος ευχαριστώ τον σύζυγο και τον γιό μου για την κατανόηση και την στήριξη της προσπάθειάς μου.

.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	6
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ	9
ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΙ ΛΕΝΕ ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ	12
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΝΕΟΙ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	14
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΛΙΜΑΚΑ	16
ΝΕΟΙ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	17
ΣΚΟΠΟΣ	19
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	19
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	20
ΜΗΔΕΝΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	21
ΟΡΙΣΜΟΙ	22
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	23
ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	25
ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ, ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	26
• ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ (SOCIAL COGNITIVE THEORY).	
• ΘΕΩΡΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (THEORY OF PLANNED BEHAVIOR)	
• ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΙΣΤΕΥΩ ΥΓΕΙΑΣ (HEALTH BELIEF MODEL).	
• ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΤΑΔΙΩΝ ΑΛΛΑΓΗΣ (TRANSTHEORETICAL MODEL).	
ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑ - ΓΕΝΙΚΑ	34
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ-ΕΝΔΟΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	37

○ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	37
○ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	41
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΞΕΦΕΥΓΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΛΑΣΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΑΣΚΑΛΟΣ- ΜΑΘΗΤΗΣ	45
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΕ ΣΥΜΜΑΘΗΤΕΣ (PEER-LED INTERVENTIONS)	51
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΖΩΗΣ	55
Η ΑΣΚΗΣΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	58
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΕΝΙΚΑ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
ΔΕΙΓΜΑ	63
ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	64
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	69
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	70
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ	75
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	76
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	78
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	81
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ	82
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	85
ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΕΣ-ΣΧΕΣΕΙΣ	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΠΗΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΕΤΡΑΔΙΟΥ	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
ΓΕΝΙΚΑ	89
ΣΧΕΔΙΑΖΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	97
Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ	97
ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	100
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ - ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ – ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ	100

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: : ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΜΑΘΗΤΗ «ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ »	

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Συνοπτική παρουσίαση εργασιών πάνω στη συμπεριφορά καπνίσματος και η θεωρητική βάση πάνω στην οποία στηρίζονται	33
<i>Πίνακας 2</i>	Τα χαρακτηριστικά και η πιθανότητα να συμμετέχουν σε προγράμματα έφηβοι μαθητές στον Καναδά (Leatherdale, 2006)	37
<i>Πίνακας 3</i>	Εργασίες ανασκόπησης σε προγράμματα παρέμβασης πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος σε εφήβους	38
<i>Πίνακας 4</i>	Εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης πρόληψης καπνίσματος	44
<i>Πίνακας 5</i>	Προγράμματα που ξεφεύγουν από το κλασικό μοντέλο Δάσκαλος- Μαθητής	50
<i>Πίνακας 6</i>	Συμπεριφορά καπνίσματος των Ελλήνων ανάλογα με το φύλο. Πηγή: EUROSTAT	59
<i>Πίνακας 7</i>	Μαθητές που συμμετέχουν στην έρευνα	63
<i>Πίνακας 8</i>	Δείκτης α του Cronbach. για αρχική και τελική μέτρηση	75
<i>Πίνακας 9</i>	Ποσοστά μαθητών –καπνιστών (Συμπεριφορά καπνίσματος) πριν και μετά την παρέμβαση	77
<i>Πίνακας 10</i>	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ($MO \pm TA$) στις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τις γνώσεις των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση.	78

<i>Πίνακας 11</i>	Είδος άσκησης που κάνουν οι έφηβοι στον ελεύθερο χρόνο τους	83
<i>Πίνακας 12</i>	Δείκτες συσχέτισης γνώσεων και ενημέρωσης με τη στάση απέναντι στο κάπνισμα	85
<i>Πίνακας 13</i>	Συσχέτιση μεταξύ καπνιστή γονέα (κάπνισε τουλάχιστο 20 μέρες τον προηγούμενο μήνα) και παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος	86
<i>Πίνακας 14</i>	Διαφορές μεταξύ μαθητών που έχουν γονέα καπνιστή και όσων δεν έχουν ως προς τις συνήθειες καπνίσματος	87
<i>Πίνακας 15</i>	Διαφορές μεταξύ μαθητών που έχουν γονέα καπνιστή και μη καπνιστή ως προς τις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς που αξιολογήθηκαν για το κάπνισμα και την άσκηση	88
<i>Πίνακας 16:</i>	Αξιολόγηση πηγής πληροφόρησης και τετραδίου από τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης	87

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Γράφημα 1:</i>	Συνήθειες καπνίσματος για το σύνολο του δείγματος	76
<i>Γράφημα 2:</i>	Μείωση της πρόθεσης να καπνίσουν στην πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση	79
<i>Γράφημα 3:</i>	Μεταβολή του κοινωνικού προτύπου για τις δύο ομάδες μεταξύ των δύο μετρήσεων	80
<i>Γράφημα 4:</i>	Η μεταβολή στην ενημέρωση μετά την παρέμβαση στην πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου	81
<i>Γράφημα 5:</i>	Η αύξηση των γνώσεων μετά την παρέμβαση στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου	82
<i>Γράφημα 6</i>	Η πολύ θετική στάση απέναντι στην άσκηση και η μικρή προσωπική εμπλοκή με την άσκηση συνολικά για τις δύο ομάδες	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα αποτελεί παγκόσμια συνήθεια. Έρευνες σε όλο τον κόσμο δείχνουν μεγάλα ποσοστά καπνιστών, που διαφέρουν ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή ανάλογα με το φύλο και την ηλικία, αλλά και ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (O'Loughlin et al., 2004). Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα που εμφανίστηκαν τα βιομηχανικά τσιγάρα και μετά, το κάπνισμα αυξήθηκε σταθερά και έλαβε διαστάσεις πανδημίας. Εκτιμάται ότι οι καπνιστές σε όλο τον κόσμο είναι περίπου 1,3 δις και με τα σημερινά δεδομένα, ο αριθμός τους αναμένεται να αυξηθεί το 2025 σε 1,7 δις (Mackay, Eriksen, & Shafey, 2006; WHO, Mackay, & Eriksen, 2002). Παρόλο που στις αναπτυγμένες χώρες ο αριθμός των καπνιστών μειώνεται, στις αναπτυσσόμενες αυξάνει και έτσι σε απόλυτο αριθμό καπνιστών έχουμε σημαντικές αυξήσεις. Ασία, Αυστραλία και Απω Ανατολή είναι μακράν οι μεγαλύτεροι καταναλωτές τσιγάρων (2,715 δις τσιγάρα), καθώς ένα στα 3 τσιγάρα που καπνίζονται παγκοσμίως καταναλώνεται στην Κίνα, ακολουθούμενοι από την Αμερική (745 δις), Ανατολική Ευρώπη και πρώην Σοβιετικές Δημοκρατίες (631 δις) και Δυτική Ευρώπη (606 δις). Αυτό μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι πάνω από 15 δις τσιγάρα καπνίζονται ημερησίως στον κόσμο (Alexander, Piazza, Mekos, & Valente, 2001; Mackay et al., 2006).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) το κάπνισμα είναι μία από τις μεγαλύτερες αιτίες θανάτου που μπορούν να αποφευχθούν. Το κάπνισμα ευθύνεται για το θάνατο 4,9 εκατομμυρίων ανθρώπων ετησίως και αν οι σημερινοί ρυθμοί και συνήθειες συνεχιστούν, θα αυξηθούν σε 10 εκατομμύρια έως το 2020, το 70% των οποίων θα

συμβούν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Εκτιμάται ότι οι μισοί καπνιστές σε όλο τον κόσμο, που είναι περίπου 1,3 δις, θα πεθάνουν πρόωρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Το κάπνισμα είναι παράγοντας που αυξάνει κατά πολύ την πιθανότητα πρόωρου θανάτου (Ebell, 2007; Roemer, Taylor, & Lariviere, 2005). Θεωρείται επίσης βασικός παράγοντας εμφάνισης καρδιοπαθειών, καρκίνων, παθήσεων του αναπνευστικού (Eisner & Iribarren, 2007). Η δε εξάρτηση από το κάπνισμα αποτελεί από μόνη της ασθένεια που περιγράφεται στον Διεθνή κώδικα Ταξινόμησης Ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD-10 καταχώρηση F17). Παθητικό κάπνισμα είναι η εισπνοή καπνού από το τσιγάρο άλλου καπνιστή και είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για την υγεία. Η ανάγκη προστασίας της δημόσιας υγείας και από το παθητικό κάπνισμα οδήγησε την παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στο να προτείνει την εφαρμογή μέτρων προστασίας (WHO, 2003).

Οικονομικά στοιχεία για τις βιομηχανίες παραγωγής καπνού δείχνουν το μέγεθος της παγκόσμιας αγοράς τσιγάρων και προϊόντων καπνού, καθώς καθημερινά καταναλώνονται πάνω από 15 δις τσιγάρα ημερησίως. Μεγάλη καπνοβιομηχανία είναι μέσα στις πρώτες έξι στον κόσμο σε έξοδα διαφήμισης τόσο άμεσης όσο και έμμεσης (Mandel, Bialous, & Glantz, 2006; Wakefield, McLeod, & Perry, 2006). Η διαφήμιση προβάλλει το κάπνισμα σαν τρόπο ζωής και προσπαθεί να το συνδέσει με το πετυχημένο, γοητευτικό και ελκυστικό άτομο και των δύο φύλων (Emery et al., 2005). Ο στόχος είναι πάντα το αγοραστικό κοινό (Fielding et al., 2004).

Κάπνισμα και νέοι ανά τον κόσμο και την Ελλάδα

Το κάπνισμα ξεκινά στα πρώτα εφηβικά χρόνια, τυπικά λίγο πριν τα δεκαέξι, ενώ το σύνολο σχεδόν των καπνιστών δοκιμάζουν το πρώτο τους τσιγάρο πριν την

αποφοίτηση από το λύκειο (Elders, 1994). Για τους νέους ηλικίας 15 ετών υπάρχουν αρκετές μελέτες παγκοσμίως, με εξέχουσες την Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), μελέτη που συνεχίζει να διεξάγεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) σε πολλές χώρες παγκοσμίως (η μελέτη το 2005-2006 περιλάμβανε 41 χώρες) κάθε 4 χρόνια από το 1993 μέχρι σήμερα, και την Global Youth Tobacco Survey (GYTS) που διεξάγεται από το Αμερικάνικο US Center for Disease Prevention and Control (CDC) και την WHO και περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό Ευρωπαϊκών χωρών. Η μελέτη GYTS διεξάγεται και επαναλαμβάνεται σε πολλές χώρες παγκοσμίως και αναμένονται περισσότερα δεδομένα στα επόμενα 2 χρόνια.

Σύμφωνα με την μελέτη HBSC στην ηλικία των 11 ετών το ποσοστό των καπνιστών είναι 2% ενώ στα 13 ανεβαίνει σε 8%. Στην ηλικία των 15 ετών το 24% των εφήβων καπνίζει. Και οι δύο μελέτες, HBSC και GYTS, έδειξαν ότι η εβδομαδιαία κατανάλωση τσιγάρων από τα αγόρια ήταν ιδιαίτερα υψηλή (>30%) σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Belarus, Estonia, Georgia, Latvia, the Russian Federation, Slovakia and Ukraine). Για τα κορίτσια υψηλή κατανάλωση τσιγάρων (>30%) βρέθηκε σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης όπως Αυστρία, Τσεχία, Φινλανδία και Ισπανία.

Για την Ελλάδα για τους νέους τα στοιχεία είναι επίσης ανησυχητικά. οι συγκεκριμένες μελέτες για την ηλικία των 15 ετών δείχνουν η μεν HBSC ότι το 2001-2002 το 13,5% των αγοριών και το 14,1% των κοριτσιών καπνίζει ενώ η GYTS για την ίδια περίοδο δίνει 16,3% των αγοριών και 9,5% των κοριτσιών. Το πρόβλημα αναμένεται να επιδεινωθεί, καθώς απουσιάζουν τόσο μια αυστηρή αντικαπνιστική πολιτική, όσο και συστηματικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος που να απευθύνονται σε αυτές τις ηλικίες.

Θεωρητική βάση παρεμβάσεων για την πρόληψη του καπνίσματος

Η μείωση του καπνίσματος είναι κάτι παραπάνω από αναγκαία (Centers for Disease Control (CDC), 2006). Στρατηγικές κατά του καπνίσματος εφαρμόζονται σε πολλές χώρες του κόσμου και αφορούν τόσο το γενικό πληθυσμό όσο και τους νέους (Lando et al., 2005; Mackay et al., 2006). Εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης για νέους εφαρμόζονται από τη δεκαετία του '80 και μετά, σε ευρεία παγκόσμια κλίμακα. Νέες έρευνες δίνουν όλο και περισσότερες προοπτικές για καλύτερα αποτελέσματα τόσο στην πρόληψη όσο και τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς βασίζονται σε διαφορετικές θεωρίες και μοντέλα συμπεριφορών και εφαρμόζουν νέες μεθόδους για τη μεταφορά των μηνυμάτων.

Όσον αφορά στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών ως προς το κάπνισμα, υπάρχουν διάφορες θεωρίες που έχουν εφαρμογή όχι μόνο στη μη έναρξη αλλά και στη διακοπή του καπνίσματος (Redding, Rossi, Rossi, Velicer, & Prochaska, 2000; Rossi, Prochaska, & DiClemente, 1988). Κύριες εξ αυτών είναι η *θεωρία της κοινωνικής μάθησης* (Bandura, 1986) σύμφωνα με την οποία το άτομο επικεντρώνεται σε ενέργειες όπως αποφυγή περιβάλλοντος – πειρασμού, αλλαγή προσδοκιών, υιοθέτηση θετικών προτύπων και τεχνικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, στόχων και δέσμευσης. *Το μοντέλο αλλαγής σταδίων* (Prochaska & DiClemente, 1983) προτείνει τα άτομα να ακολουθούν στάδια στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Αρχικά κατανοούν το πρόβλημα και σταδιακά υιοθετούν την ιδέα διακοπής, διακόπτουν και μονιμοποιούν την συμπεριφορά μη καπνίσματος. *Το μοντέλο των πιστεύω υγείας* (Rosenstock, 1974) εστιάζει στην κατανόηση του ατόμου την αντίληψη των κινδύνων, την αντίληψη της πιθανότητας ασθένειας, τα πιθανά εμπόδια και τα πιθανά οφέλη από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς μη καπνίσματος. *Η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* (Ajzen, 2002; Ajzen, & Fishbein, 1973), για τη διερεύνηση συμπεριφορών υγείας αξιολογεί την πρόβλεψη της

συμπεριφοράς από την πρόθεση για να εκτελέσει το άτομο τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Η πρόθεση σύμφωνα με το μοντέλο, εξαρτάται από τις στάσεις του ατόμου, το κοινωνικό πρότυπο, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την ενημέρωση.

Πλήθος ερευνών επιβεβαιώνουν, σχεδόν στο σύνολό τους, την πρακτική αξία και εφαρμογή της εκάστοτε θεωρίας και επισημαίνουν τα σημεία που είναι πιο σημαντικά στη συγκεκριμένη εφαρμογή αλλαγής συμπεριφοράς καπνίσματος (Andersen, Keller, & McGowan, 1999; Grimshaw & Stanton, 2006; Neuwirth & Frederick, 2004; Norman & Conner, 1999; Redding et al., 2000)

Αποτελεσματικότητα προγραμμάτων παρέμβασης για νέους σε παγκόσμια κλίμακα.

Τα προγράμματα παρέμβασης κατά του καπνίσματος για εφήβους συνήθως είναι σε σύνδεση με το σχολείο. Παρόλο που τα αποτελέσματα αυτού του είδους των παρεμβάσεων δεν είναι πάντα θετικά (Lantz et al., 2000; Rooney & Murray, 1996), τα σχολικά προγράμματα αγωγής υγείας είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος παρέμβασης για την πρόληψη κατά του καπνίσματος και γίνονται συνεχώς έρευνες και προσπάθειες για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους (Kim, Nam, Seo, & Lee, 2004; Lantz et al., 2000; Rooney & Murray, 1996). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης είναι αποτελεσματικά στο να πληροφορούν τα παιδιά για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος (Miller, Burgoon, Grandpre, & Alvaro, 2006; Miller, Lane, Deatrik, Young, & Potts, 2006). Ο στόχος της πλειοψηφίας των παρεμβάσεων είναι, τα παιδιά να είναι περισσότερο πληροφορημένα σχετικά με το κάπνισμα και τις συνέπειές του, να έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα και να δηλώνουν μεγαλύτερη πρόθεση να μην καπνίσουν (Grandpre, Alvaro, Burgoon, Miller, & Hall, 2003; Wiehe, Garrison, Christakis, Ebel, & Rivara, 2005). Διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις έχουν γίνει για

το συγκεκριμένο θέμα. Στη βιβλιογραφία συναντούμε παρεμβάσεις που έχουν στόχο μόνο πρόληψη, μόνο διακοπή καπνίσματος ή και τα δύο (de Vries, 2007; Lantz et al., 2000; Thomas, 2002). Συναντούμε ακόμη προγράμματα παρέμβασης αυστηρά σε σχολικό περιβάλλον αλλά και άλλα που εμπλέκουν γονείς, καθηγητές, φίλους, συμμαθητές, κοινότητα, αλλά και την κοινωνία ευρύτερα, προγράμματα με μαθητές σε κεντρικό ρόλο ή προγράμματα που στοχεύουν στην απομάκρυνση από το κάπνισμα μέσα από άσκηση σε δεξιότητες ζωής και όλα αυτά έχουν κοινή συνισταμένη την προσπάθεια να αποτραπεί ή και να μειωθεί το κάπνισμα στην ευαίσθητη εφηβική ηλικία (Norman & Conner, 1999; Pan American Health Organization, 2000; Rooney & Murray, 1996; Tobler et al., 2000).

Η άσκηση από την άλλη θα μπορούσε να είναι ο αντίποδας καθώς έχει μόνο θετικές επιδράσεις στην υγεία και όχι μόνο. Από το 1956 ο Piaget υποστηρίζει τη θετική επίδραση της ψυχοκινητικής μάθησης στις διανοητικές λειτουργίες. Η άσκηση είναι κύριο σημείο στις προτάσεις βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής για όλες τις ηλικίες και κύρια για τους εφήβους (WHO, 2003). Πολλές έρευνες εντοπίζουν θετική συσχέτιση μεταξύ άσκησης και υγιεινών συμπεριφορών καθώς και αρνητική συσχέτιση άσκησης και καπνίσματος (Papaioannou, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004; Theodorakis & Goudas, 1997; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2003).

Νέοι και κάπνισμα στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία επιδημιολογικών ερευνών (EUROSTAT, 2002) κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στην Ευρώπη στους άνδρες (58,1%). Στους νέους ηλικίας 16 έως 24 ετών οι καπνιστές κατέχουν ένα επίσης υψηλό ποσοστό (αγόρια 46,5%, κορίτσια 43,3%). Το ένα τρίτο των μαθητών του γυμνασίου (12-14 ετών) έχουν ήδη δοκιμάσει να καπνίσουν (Kyrglesi et al., 2007). Η εφαρμογή προγραμμάτων

παρέμβασης πρόληψης αλλά και διακοπής του καπνίσματος σε εφήβους αποτελεί έναν από τους κυριότερους στόχους των προγραμμάτων ενίσχυσης συμπεριφορών υγείας.

Στην Ελλάδα σε επίπεδο πολιτείας έχουν ψηφιστεί νόμοι που ακολουθούν το κοινοτικό δίκαιο και απαγορεύουν τη διαφήμιση του τσιγάρου, επιβάλλουν υποχρεωτική αναγραφή στο πακέτο των συνεπειών για την υγεία, απαγορεύουν το κάπνισμα σε δημόσιους και εργασιακούς χώρους, επιβάλλουν ειδική φορολογία κ.λ.π. Επίσης το υπουργείο υγείας και πρόνοιας κάνει εκστρατείες ενημέρωσης τόσο για το γενικό πληθυσμό όσο και για τους νέους. Προβληματική ωστόσο παραμένει η τήρηση και επιβολή των νόμων. Τα τελευταία χρόνια άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα Ιατρεία διακοπής καπνίσματος δημόσια και ιδιωτικά. Στο θέμα των παρεμβάσεων για τους μαθητές ένα πρόγραμμα παρέμβασης για το κάπνισμα, μπορεί να εφαρμοστεί είτε μέσα στο αναλυτικό πρόγραμμα, κυρίως στις τάξεις του δημοτικού και του γυμνασίου που προβλέπουν ευέλικτες ζώνες διδασκαλίας, είτε σαν ανεξάρτητο πρόγραμμα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις οδηγίες του ΥΠΕΠΘ (ΥΠΕΠΘ, 2007).

Οι έρευνες πάνω στο θέμα για τον ελληνικό πληθυσμό είναι λίγες σχετικά και από αυτές ελάχιστες δημοσιευμένες σε αναγνωρισμένα επιστημονικά περιοδικά. Επίσης δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να εξηγούν το σχεδιασμό των παρεμβάσεων, και τη θεωρητική τους βάση. Το πρόγραμμα παρέμβασης της παρούσας μελέτης έχει σχεδιαστεί από το εργαστήριο Ψυχολογίας της άσκησης του ΤΕΦΑΑ του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το πρόγραμμα βασίστηκε σε αντίστοιχα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί σε δημοτικό και γυμνάσιο (Δεσλή, 2007; Θεοδωράκης, Γούδας, Χασάνδρα, & Κοσμίδου, 2005) και αφορά κυρίως πρόληψη του καπνίσματος και προτροπή προς την άσκηση. Βασίζεται σε θεωρίες και μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, που είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελεσματικά, αλλά περιλαμβάνει προσεγγίσεις και άσκηση δεξιοτήτων που μπορούν να ενισχύσουν υγιεινές συμπεριφορές όπως οι δεξιότητες ζωής, η φυσική δραστηριότητα

και η άσκηση (Papacharisis, Goudas, Danish, & Theodorakis, 2005; Papaioannou, Milosis, Kosmidou, & Tsiggilis, 2002; Διγγελίδης, Κάμτσιος, & Θεοδωράκης, 2007; Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002). Στο Λύκειο εφαρμόζεται για πρώτη φορά και οι τροποποιήσεις του ήταν τέτοιες ώστε να είναι πιο κοντά στις ανάγκες της ηλικίας αλλά και να περιλαμβάνει την διακοπή του καπνίσματος καθώς σε αυτή την ηλικία αρκετοί μαθητές είναι ήδη καπνιστές.

1.Σκοπός

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και η αξιολόγηση ενός προγράμματος πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος βασισμένο σε θεωρίες και μοντέλα που με βάση τη βιβλιογραφία είναι αποτελεσματικά. Γίνεται προσπάθεια να διαπιστωθεί κατά πόσο αυτό το παρεμβατικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης μπορεί να ενημερώσει αποτελεσματικά και να αποτρέψει τους μαθητές της Α΄ λυκείου από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα ή να το μειώσουν αν είναι ήδη καπνιστές ενώ παράλληλα θα τους προτρέψει να στραφούν προς την άσκηση σαν εναλλακτική πρόταση ζωής.

2. Σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης

Η παρέμβαση μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στη συλλογή γνώσεων και τεκμηριωμένων ερευνητικών ευρημάτων για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας που αποσκοπούν στην αποτροπή του καπνίσματος στο λύκειο. Ανάλογες παρεμβάσεις σε μικρότερες ηλικίες έδειξαν ότι ευαισθητοποιούσαν αρνητικά τα παιδιά προς το κάπνισμα και περιόριζαν την πρόθεσή τους να καπνίσουν στο μέλλον. Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να καλύψει το κενό που υπάρχει για την εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων στο λύκειο.

Ευελπιστούμε να εντοπίσουμε τα θετικά σημεία του σχεδιασμού, αλλά και τις αδυναμίες και τις δυσκολίες εφαρμογής της παρέμβασης και να προτείνουμε εναλλακτικούς τρόπους εφαρμογής στο μέλλον.

Τα προσδοκώμενα οφέλη της παρέμβασης αφορούν κατά κύριο λόγο τους ίδιους τους μαθητές που συμμετέχουν αλλά και τους εκπαιδευτικούς, αφού το εκπαιδευτικό υλικό που θα παραχθεί, θα είναι διαθέσιμο σε όλους τους εκπαιδευτικούς που ενδιαφέρονται να εφαρμόσουν αντίστοιχα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

3. Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

1. Θα υπάρχουν διαφορές στις συνήθειες καπνίσματος. Η ομάδα παρέμβασης θα έχει μετά την παρέμβαση μειωμένα ποσοστά καπνιστών και μείωση στην ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν αν είναι ήδη καπνιστές.

2. Η ομάδα παρέμβασης μετά το πρόγραμμα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς που εξετάζονται, θα έχει:

- αρνητικότερες στάσεις προς το κάπνισμα
- χαμηλότερη πρόθεση για κάπνισμα
- υψηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς του καπνίσματος
- πιο χαλαρό κοινωνικό πρότυπο
- Χαμηλότερη την αυτό-ταυτότητα.
- υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ενημέρωση

3. Η ομάδα παρέμβασης θα έχει περισσότερες γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

4. Οι γνώσεις θα σχετίζονται αρνητικά με τις στάσεις (όσο περισσότερες γνώσεις έχουν τα άτομα, τόσο αρνητικότερες στάσεις προς το κάπνισμα θα έχουν).

5. Η ομάδα παρέμβασης θα έχει θετικότερη στάση προς την άσκηση, και αυξημένη προσωπική εμπλοκή με την άσκηση.

6. Η στάση απέναντι στο κάπνισμα, η πρόθεση, το κοινωνικό πρότυπο, και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς των μαθητών θα σχετίζονται με τις συνήθειες καπνίσματος των γονέων.

7. Το πρόγραμμα παρέμβασης θα αξιολογηθεί θετικά από τους μαθητές

4. Μηδενικές Υποθέσεις:

1. Μετά την παρέμβαση δεν θα υπάρχει διαφορά ως προς τις συνήθειες καπνίσματος μεταξύ των 2 πειραματικών ομάδων (παρέμβασης-ελέγχου).

2. Μετά την παρέμβαση δεν θα διαφέρουν η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου ως προς :

- τις στάσεις προς το κάπνισμα
- την πρόθεση για κάπνισμα.
- τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς
- την αυτό-ταυτότητα.
- το κοινωνικό πρότυπο.
- την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση.

3. Μετά την παρέμβαση δεν θα διαφέρουν η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου ως προς τις γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα.

4. Οι γνώσεις δεν θα σχετίζονται αρνητικά με τις στάσεις.

5. Η ομάδα παρέμβασης δεν θα έχει θετικότερη στάση προς την άσκηση, και αυξημένη προσωπική εμπλοκή με την άσκηση.

6. Η στάση απέναντι στο κάπνισμα, η πρόθεση, το κοινωνικό πρότυπο, και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς των μαθητών δεν θα σχετίζονται με τις συνήθειες καπνίσματος των γονέων.

7. Το πρόγραμμα παρέμβασης δεν θα αξιολογηθεί θετικά από τους μαθητές

5. Ορισμοί

Στάσεις: Είναι η προδιάθεση για ευνοϊκή ή μη ευνοϊκή αντίδραση προς ένα αντικείμενο, ένα άτομο ή μια συμπεριφορά.

Αλλαγή στάσης: Τροποποίηση της προδιάθεσης του ατόμου προς ένα άλλο πρόσωπο, ένα αντικείμενο ή μια συμπεριφορά.

Αντιλαμβανόμενη γνώση: Πόσο ενημερωμένα αντιλαμβάνονται τα άτομα ότι είναι πάνω σε ένα θέμα.

Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς: Πόσο εύκολο ή δύσκολο θεωρεί το άτομο ότι είναι να ακολουθήσει μια συμπεριφορά.

Κοινωνικό πρότυπο (υποκειμενική νόρμα): Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τις κοινωνικές πιέσεις για την εκτέλεση ή όχι μιας συμπεριφοράς. Πως αντιλαμβάνεται ότι οι άλλοι περιμένουν από τον ίδιο να ακολουθήσει ή όχι τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

Παρεμβατικό πρόγραμμα: Οποιοδήποτε πρόγραμμα του οποίου οι δράσεις στοχεύουν σε συγκεκριμένες αλλαγές για τα άτομα στα οποία εφαρμόζεται.

6. Περιορισμοί έρευνας

Το δείγμα ήταν σχετικά μικρό και αντιπροσωπεύει μια επαρχιακή πόλη και δεν μπορούμε να το γενικεύσουμε για την Ελλάδα ή για απόλυτα αστικό πληθυσμό.

Δεν γίνεται μέτρηση π.χ. με εξέταση σάλιου των συνηθειών καπνίσματος αλλά αξιολόγηση των κατά δήλωση απαντήσεων που αφορούν τις συνήθειες καπνίσματος.

Η εφαρμογή της παρέμβασης εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από αυτόν που την κάνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μέτρα κατά του καπνίσματος

Περίπου 1 δις άνδρες παγκοσμίως καπνίζουν και αποτελούν το 50% του πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες και το 35% στις αναπτυγμένες. Για τις γυναίκες παγκόσμια, τα ποσοστά είναι μικρότερα καθώς εκτιμάται ότι περίπου 250 εκατομμύρια είναι καπνίστριες, επίσης κατανεμημένο διαφορετικά ανά τον κόσμο, με περίπου 22% των γυναικών στις αναπτυσσόμενες και 9% στις αναπτυγμένες χώρες να καπνίζουν καθημερινά.

Παγκόσμια αρκετοί οργανισμοί και οργανώσεις τα τελευταία χρόνια ασχολήθηκαν με το θέμα του καπνίσματος αναγνωρίζοντας την σπουδαιότητά του για την δημόσια υγεία και υποστήριξαν τόσο την έρευνα όσο και διάφορες δράσεις για την μείωση του καπνίσματος (Lando et al., 2005), όπως η παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), με τα κατά περιοχή παγκοσμίως γραφεία της, Αμερικανικοί και Ευρωπαϊκοί οργανισμοί υγείας όπως οι American Cancer Society (ACS), Campaign for Tobacco-Free Kids, Office on Smoking and Health (OSH), Centers for Disease Control and Prevention, Research for International Tobacco Control (RITC), Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). Αλλά και σε κάθε χώρα ξεχωριστά οι αντίστοιχοι οργανισμοί και εταιρίες υγείας (π.χ. για την Ελλάδα Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας, Πνευμονολογική Εταιρία, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Εταιρία Παθολογίας, κ.λ.π.) δραστηριοποιούνται στην κατεύθυνση του ελέγχου του καπνίσματος.

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας WHO ορίζοντας ότι μια σειρά από μέτρα για το κάπνισμα είναι καίρια για την προστασία της δημόσιας υγείας πρότεινε πλαίσιο συνθήκης για τον έλεγχο του καπνίσματος που μπήκε σε ισχύ από τις 27 Φεβρουαρίου του 2005 (WHO, Framework Convention on Tobacco Control). Αρχικά υπέγραψαν το πρωτόκολλο 127 χώρες και ακολούθησαν και άλλες. Οι χώρες αυτές δεσμεύτηκαν να θεσπίσουν νόμους που περιλαμβάνουν απαγορεύσεις για τη διαφήμιση και τις χορηγίες τσιγάρων και προϊόντων καπνού, απαγόρευση πώλησης σε ανήλικους, υποχρέωση των εταιριών καπνού να βάλουν μεγάλες ταμπέλες πάνω στο προϊόν που να προειδοποιούν για τις συνέπειες στην υγεία, χρήση αυξημένης φορολογίας ώστε να μειωθεί η κατανάλωση, απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους ως μέτρο προστασίας από το παθητικό κάπνισμα καθώς και εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Επίσης δεσμεύτηκαν για την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης και παρέμβασης κατά του καπνίσματος για διάφορες ομάδες του πληθυσμού της κάθε χώρας.

Οι αιτίες που οδήγησαν στην διάδοση του καπνίσματος σχεδόν στα όρια επιδημίας είναι πολλές. Κύρια είναι η εξάρτηση που η νικοτίνη δημιουργεί στο οργανισμό του καπνιστή (Jimenez, Perez-Trullen, Aranda, Tundidor, & Labarga, 2003; He'bert, 2005). Η εξάρτηση από το κάπνισμα αποτελεί από μόνη της ασθένεια που περιγράφεται στην International Classification of Diseases (ICD-10 καταχώρηση F17). Ένα πλήθος άλλων αιτιών περιγράφονται στη βιβλιογραφία όπως Ψυχοκοινωνικά κίνητρα, Αισθητηριοκινητικά κίνητρα, Αυτοματισμού, Καταπράυνσης και ηρεμίας, Διέγερσης, που περιγράφονται από νεύρο-χημικές και νεύρο-βιολογικές θεωρίες εξάρτησης (Lujic, Reuter, & Netter, 2005; Θεοδωράκης, Γιώτη, & Ζουρμπάνος, 2005) καθώς και άλλες αιτίες όπως ο έλεγχος του σωματικού βάρους (Fidler, West, Van Jaarsveld, Jarvis, & Wardle, 2007; Tomco, Field, Berkey, Colditz, & Frazier, 1999)

Παγκόσμια, μετά τη δεκαετία του '80 βλέπουμε παρεμβάσεις μείωσης του καπνίσματος σε επίπεδο κράτους (Bierer & Rigotti, 1992), κοινότητας (COMMIT Research Group, 1991 ; Thompson & Hopp, 1991), τοπικής κοινωνίας και κυρίως προγράμματα που απευθύνονται στους νέους (Mermelstein, 2003; Thomas, 2002), καθώς το σύνολο σχεδόν των καπνιστών ξεκινούν το κάπνισμα πριν από τα είκοσι τους χρόνια (Frieden & Bloomberg, 2007; Harakeh, Engels, Van Baaren, & Scholte, 2007). Πολλές μελέτες έγιναν και θα συνεχίσουν να γίνονται πάνω στο θέμα καθώς δεν φαίνεται να έχει βρεθεί η μαγική συνταγή για μια απόλυτα αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος. Οι περισσότερες μέθοδοι έχουν κάποια θετικά αποτελέσματα, αλλά τελικά, ένα μεγάλο ποσοστό πληθυσμού εξακολουθεί να καπνίζει (Tobler, 1994; Wiehe et al., 2005). Τα προγράμματα που απευθύνονται σε νέους είναι αυτά που κυρίως απασχολούν την έρευνα και αποτελούν προτεραιότητα της κάθε χώρας.

Η απαγόρευση καπνίσματος στο χώρο του σχολείου φαίνεται να έχει σαν αποτέλεσμα μειωμένη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από τους μαθητές λυκείου. Σε λύκεια που είχαν αυστηρούς κανονισμούς για το κάπνισμα τα ποσοστά των μαθητών που κάπνιζαν είναι σημαντικά μικρότερα από ότι σε σχολεία που είχαν χαλαρή πολιτική ή που επέτρεπαν το κάπνισμα. Η καλή επίδραση της απαγόρευσης συνεχιζόταν και μετά την αποφοίτηση (Osthus, Pape, & Lund, 2007; Schmidt, 2007).

Άσκηση και Κάπνισμα

Αντίθετα με το κάπνισμα, στην άσκηση συναντούμε μόνο θετικές επιδράσεις στην υγεία και στις παραμέτρους της (βιολογικές, γνωστικές, ψυχο-κοινωνικές). Το κάπνισμα φαίνεται να έχει αρνητική σχέση με την άσκηση (Plotnikoff, Bercovitz, & Loucaides, 2004; Sallis, Prochaska, Taylor, Hill, & Geraci, 1999; Theodorakis & Goudas, 1997; Theodorakis et al., 2003; Theodorakis, Papaioannou., Hatzigeorgiadis, Papadimitriou,

2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005), και μάλιστα όσο πιο ψηλό το επίπεδο άσκησης τόσο μικρότερη εμπλοκή με το κάπνισμα (Davis et al., 1997; Peretti-Watel, Beck, & Legleye, 2002). Στην Ελλάδα φαίνεται τα τελευταία χρόνια να ανεβαίνουν τα ποσοστά συμμετοχής των Ελλήνων σε οργανωμένες φυσικές δραστηριότητες, αλλά δυστυχώς παράλληλα αυξάνονται και τα ποσοστά των καπνιστών (Steptoe et al., 2002).

Κύριες θεωρίες, μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς και αντίστοιχες παρεμβάσεις.

Η αλλαγή συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία αποτελεί κεντρικό τομέα για την έρευνα της ψυχολογίας της συμπεριφοράς και της αθλητικής ψυχολογίας. Οι πιο ανθυγιεινές συμπεριφορές που σχετίζονται με χρόνιες παθήσεις είναι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα η κακή διατροφή και η έλλειψη επαρκούς φυσικής δραστηριότητας. Η υιοθέτηση συμπεριφορών που προάγουν τη σωματική και πνευματική υγεία του ατόμου είναι κύριος στόχος προγραμμάτων αγωγής υγείας (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006).

Τα προγράμματα παρέμβασης που αφορούν το σχολικό πληθυσμό είναι από τα κεντρικά θέματα στην προσπάθεια που καταβάλλεται παγκόσμια για τη μείωση του καπνίσματος στην εφηβεία. Το στοίχημα που μένει να κερδίσουμε είναι να βρούμε τον αποτελεσματικότερο τρόπο. Η καλύτερη θεωρητική βάση πάνω στην οποία στηρίζονται οι παρεμβάσεις είναι σημείο κλειδί, καθώς και οι μέθοδοι και οι τρόποι παρουσίασης του μηνύματος και των δεδομένων. Οι δεξιότητες που μπορούν να αναπτυχθούν μέσα από μια παρέμβαση μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητά τους να διαχειρίζονται προβλήματα και καταστάσεις, και να οδηγήσει σε στάσεις και συμπεριφορές που να προάγουν την υγεία γενικά, και στην περίπτωση που εξετάζουμε, στον έλεγχο του καπνίσματος.

Όσο αφορά το κάπνισμα, για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών υπάρχουν διάφορες θεωρίες που έχουν εφαρμογή τόσο στη μη έναρξη όσο και στη διακοπή του καπνίσματος (Redding et al., 2000; Rossi et al., 1988; Θεοδωράκης, et al., 2005;

Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006) Κύριες εξ αυτών είναι η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Bandura, 1986) σύμφωνα με την οποία το άτομο επικεντρώνεται σε ενέργειες όπως αποφυγή περιβάλλοντος – πειρασμού, αλλαγή προσδοκιών, υιοθέτηση θετικών προτύπων και τεχνικές ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης, στόχων και δέσμευσης.

Το μοντέλο αλλαγής σταδίων (Prochaska & DiClemente, 1983) προτείνει τα άτομα να ακολουθούν στάδια στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Αρχικά κατανοούν το πρόβλημα και σταδιακά υιοθετούν την ιδέα διακοπής, διακόπτουν και μονιμοποιούν την συμπεριφορά μη καπνίσματος.

Το μοντέλο των πιστεύω υγείας (Rosenstock, 1974) εστιάζει στην κατανόηση του ατόμου την αντίληψη των κινδύνων, την αντίληψη της πιθανότητας ασθένειας, τα πιθανά εμπόδια και τα πιθανά οφέλη από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς μη καπνίσματος.

Η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen, & Fishbein, 1973) (Ajzen, 2002), για τη διερεύνηση συμπεριφορών υγείας αξιολογεί την πρόβλεψη της συμπεριφοράς από την πρόθεση για να εκτελέσει το άτομο τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς. Η πρόθεση σύμφωνα με το μοντέλο, εξαρτάται από τις στάσεις του ατόμου, το κοινωνικό πρότυπο, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς και την ενημέρωση.

Σύμφωνα με τη θεωρία των στόχων, οι πράξεις των ατόμων καθορίζονται κυρίως από τις προθέσεις τους. Οι στόχοι ρυθμίζουν άμεσα την προσπάθεια, την ενέργεια και τη δράση του ίδιου του ατόμου. Ο καθορισμός στόχων επηρεάζει θετικά το άτομο στο να αποδίδει καλύτερα, γιατί κατευθύνει κι αυξάνει την προσοχή και την αυτοσυγκέντρωση σε αυτό που κάνει. Επιπλέον ενεργοποιεί και κινητοποιεί το άτομο, το κάνει να εντείνει την προσπάθεια, να αυξάνει την εμμονή του, και τέλος του δίνει ένα ουσιαστικό κίνητρο (Locke, Shaw, Saari, & Latham, 1981). Η επίτευξη στόχων στηρίζεται σε κάποιες βασικές αρχές: Οι στόχοι πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, βραχυπρόθεσμοι, ρεαλιστικοί, να

ελέγχονται από τους ίδιους και τέλος να καταγράφεται και να παρακολουθείται η πρόοδος που επιτυγχάνεται (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005).

Το Μοντέλο Πιθανής επεξεργασίας - Elaboration Likelihood Model of Persuasion (ELM, Petty & Cacioppo, 1986). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό τα άτομα τείνουν να επεξεργαστούν ένα πειστικό μήνυμα με δυο πιθανούς τρόπους. Οι τρόποι αυτοί αναφέρονται στους δύο διαφορετικούς δρόμους της πειθούς: την κεντρική οδό (central route to persuasion) και την περιφερειακή οδό (peripheral route to persuasion). Στην κεντρική οδό η πειθώ προέρχεται από λεπτομερή εξέταση των επιχειρημάτων του μηνύματος και άλλων σχετικών πληροφοριών. Στην περιφερειακή οδό η πειθώ περιλαμβάνει ένα πλήθος μηχανισμών για τους οποίους καταβάλλεται λιγότερη προσπάθεια σκέψης. Τα άτομα επηρεάζονται από περιφερειακά ερεθίσματα και είναι απρόθυμα ή ανίκανα για γνωστική επεξεργασία και δεν σκέφτονται επιμελώς τα επιχειρήματα.

Η αλλαγή των στάσεων μέσω της κεντρικής οδού πιθανά να εξαρτάται από δυο παράγοντες: την παρακίνηση και την ικανότητα επεξεργασίας του ατόμου. Όσο υψηλότερη η παρακίνηση και /ή ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών τόσο μεγαλύτερη η επίδραση των επιχειρημάτων. Όταν η παρακίνηση και /ή ικανότητα επεξεργασίας είναι χαμηλή τότε τα περιφερειακά ερεθίσματα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της πειθούς.

Άλλοι παράμετροι που μπορεί να επηρεάσουν το βαθμό επεξεργασίας πληροφοριών είναι η προσωπική εμπλοκή, το ενδιαφέρον, η κούραση, η ευφυΐα, η διάθεση, η ανάγκη για γνώση, η πολυπλοκότητα του μηνύματος και ο τύπος του μηνύματος (γραπτό-ακουστικό). Άτομα με υψηλή ανάγκη για γνώση εντυφούν σε πληροφορίες και απολαμβάνουν να σκέφτονται αναφορικά με αυτές, σε αντίθεση με άτομα με χαμηλή ανάγκη για γνώση, τα οποία δεν είναι πρόθυμα να κουραστούν

πνευματικά, όσο βέβαια δεν πιέζονται για αυτό (Petty & Cacioppo, 1990; Withers & Wertheim, 2004).

Η θεωρητική βάση των περισσότερων ερευνών αλλά και των παρεμβάσεων με στόχο την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς καπνίσματος, είναι οι θεωρίες και τα μοντέλα και αναφέρθηκαν παραπάνω αλλά και συνδυασμοί αυτών. Οι έρευνες σχεδόν στο σύνολό τους επιβεβαιώνουν την πρακτική αξία και εφαρμογή της εκάστοτε θεωρίας και επισημαίνουν τα σημεία που είναι πιο σημαντικά στη συγκεκριμένη εφαρμογή αλλαγής συμπεριφοράς καπνίσματος (Redding et al., 2000). Οι Θεοδωράκης και Χασσάνδρα (2006) παρουσιάζουν τις βασικότερες από αυτές και τις χρησιμοποιούν στο σχεδιασμό προτεινομένων προγραμμάτων αγωγής υγείας. Οι θεωρίες αυτές είναι η Κοινωνική Γνωστική θεωρία, το μοντέλο των Πιστεύω υγείας (Health Believe Model), το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model), η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και η θεωρία των Στόχων. Ενδεικτικά ακολουθεί αναφορά σε έρευνες που αφορούν την πρόληψη ή την διακοπή του καπνίσματος που βασίζονται σε θεωρίες και μοντέλα (Πίνακας 2).

Θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Social Cognitive Theory). Η θεωρία έχει ευρέως εφαρμοστεί σε συμπεριφορές υγείας και κυρίως σε προαγωγή της πρόληψης και την τροποποίηση ανθυγιεινών τρόπων ζωής σε αρκετές διαφορετικές περιπτώσεις μεταξύ αυτών και το κάπνισμα. Η θεωρία δίνει έμφαση στο τι σκέπτονται τα άτομα και την επίδραση στην συμπεριφορά τους (Colleen, Rossi, Rossi, Velicer, & Prochaska, 2000).

Σε έρευνα των (Winkleby et al., 2004) σε 10 σχολεία της Καλιφόρνιας μελετήθηκε η εφαρμογή πρόγραμμα παρέμβασης ενός εξαμήνου με μαθητές λυκείων να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που αφορούσαν διαφήμιση, ευκολία σε πρόσβαση, και χρήση καπνίσματος. Τρεις δομές που σχετίζονται με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης

εξετάστηκαν: Το αντιλαμβανόμενο κίνητρο, η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα και η προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε σημαντική διαφορά από τις αρχικές μετρήσεις στα σχολεία παρέμβασης σε σχέση με τα σχολεία στα οποία δεν έγινε η παρέμβαση (ομάδα ελέγχου), για τους μαθητές που ήταν καπνιστές αλλά όχι για τους μη καπνιστές ή τους περιστασιακούς καπνιστές. Το κάπνισμα μειώθηκε κατά 3.8% στα σχολεία παρέμβασης έναντι αύξησης 1.5% στα σχολεία ελέγχου. Το ποσοστό των καπνιστών συνέχισε να μειώνεται και 6 μήνες μετά την παρέμβαση και συνολικά τα ποσοστά από 25.1% έπεσαν σε 20.3%. Και στις τρεις παραμέτρους που εξετάστηκαν βρέθηκε σημαντική διαφορά στα σχολεία που δέχτηκαν την παρέμβαση για όλες τις παραμέτρους.

Οι ερευνητές (Winkleby et al., 2004) συμπέραναν ότι συμμετοχή σε παρεμβάσεις που αναφέρονται σε επίδραση του περιβάλλοντος ως προς το κάπνισμα έχουν σαν αποτέλεσμα σημαντική μείωση των καπνιστών μαθητών.

Θεωρία σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior). Η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (TPB) εφαρμόστηκε με επιτυχία στην πρόβλεψη ενός αριθμού συμπεριφορών υγείας μεταξύ των οποίων χρήση ναρκωτικών, αλκοόλ και κάπνισμα. Στις περισσότερες έρευνες που βασίζονται στην (TPB) αξιολογείται μέσω ερωτηματολογίων: Ο αντιληπτός έλεγχος, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η στάση του ατόμου απέναντι στη συμπεριφορά και το κοινωνικό πρότυπο (διάφορες νόρμες/πρότυπα, κοινωνικά, ηθικά κ.λ.π.).

Σε έρευνα των (Mcmillan & Conner, 2003) ερευνήθηκε η πρόθεσή τους να καπνίσουν και η κατά δήλωση συμπεριφορά καπνίσματος σε 6 μήνες σε σπουδαστές ηλικίας κυρίως 19-22 ετών. Συνολικά 471 άτομα απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που ερευνούσε, μεταξύ άλλων, την πρόθεσή τους να καπνίσουν. Οι 141 επανήλθαν και

απάντησαν ξανά σε 6 μήνες σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε την συμπεριφορά. Από αυτούς το 34.7% δήλωσαν καπνιστές (41.2% για τους άνδρες και 31.2% για τις γυναίκες) και ο μέσος αριθμός τσιγάρων την ημέρα ήταν 3,09. Η συμπεριφορά καπνίσματος προβλέπονταν από την πρόθεση για κάπνισμα. Οι ερευνητές δήλωσαν ότι η θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (TPB) είναι σημαντική για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς καπνίσματος και την κατανόηση της πρόθεσης συμπεριφοράς. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για την πρόθεση για κάπνισμα, ενώ η στάση απέναντι στο κάπνισμα και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για την δηλούμενη συμπεριφορά. Οι περιγραφικές νόρμες έδειξαν να ενισχύουν την πρόβλεψη με εξαίρεση την ηθική νόρμα που δεν βρέθηκε να έχει κάποια επίπτωση.

Μοντέλο Πιστεύω Υγείας (Health Belief Model). Κατά το μοντέλο η πιθανότητα ότι κάποιος θα αναλάβει δράση ώστε να σταματήσει το κάπνισμα εξαρτάται από την *προσωπική αντίληψη* των κινδύνων, την αντίληψη της πιθανότητας ασθένειας, τα πιθανά εμπόδια και τα πιθανά οφέλη από την υιοθέτηση της συμπεριφοράς μη καπνίσματος. Σημαντική είναι η επιρροή ατόμων που είναι σημαντικά γ' αυτόν (σημαντικοί άλλοι), και ο αντιληπτός έλεγχος του ατόμου, πόσο τα πράγματα εξαρτώνται από τον ίδιο.

Σε παλιότερη μεγάλη έρευνα των (Eiser, Eiser, Gammage, & Morgan, 1989; Morgan, 1989) σε δείγμα 10.579 μαθητές σχολείων από 11 έως 16 ετών που έγινε στη Μ. Βρετανία, εξετάστηκε η σχέση του καπνίσματος με τα Πιστεύω Υγείας, τον αντιληπτό έλεγχο, τους σημαντικούς άλλους, και την ασθένεια. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν μέσα σε μία διδακτική ώρα. Τα ερωτηματολόγια (μια παραλλαγή του Bewley et al., 1973) αφορούσαν στην δήλωση πόσο καπνίζουν και πόσο συχνά καπνίζουν. Επίσης μια κλίμακα που αφορούσε στον αντιληπτό έλεγχο και πόσο θα νοιαζόταν για μια

σειρά παραμέτρων του να είναι άρρωστοι και πόσο σημαντικοί είναι μια σειρά παράγοντες στο να παραμείνουν υγιείς βασισμένο στα θέματα των (Millstein et al., 1981; Millstein, Petersen, & Nightingale, 1993). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι τα κορίτσια κάπνιζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (28.6% των αγοριών έναντι 23.1% των κοριτσιών). Οι μη καπνιστές είχαν υψηλότερα σκορ στους «σημαντικούς άλλους» και στον «προσωπικό έλεγχο», ενώ η εικόνα ήταν αντίστροφη για τα πιστεύω που αφορούσαν την «αλλαγή» σαν έναν παράγοντα που επηρεάζει την υγεία. Όσο αφορά τις επιπτώσεις από ασθένεια, οι καπνιστές ενδιαφερόταν περισσότερο από τους μη καπνιστές για το ότι δεν θα έβλεπαν τους φίλους τους κατά τη διάρκεια της ασθένειας και λιγότερο από αυτούς για το ότι θα έμεναν πίσω στο σχολείο ή ότι θα ενοχλούσαν τους γύρω τους. Οι καπνιστές επίσης ήταν λιγότερο πεπεισμένοι για τα οφέλη μιας υγιεινής συμπεριφοράς πρόληψης όπως καλή διατροφή και άσκηση. Τα κορίτσια ενδιαφέρονταν περισσότερο από τα αγόρια για όλους τους παράγοντες του να είναι άρρωστοι και κυρίως το να μένουν πίσω στο σχολείο και να ενοχλούν τους άλλους. Επίσης καταλάβαιναν καλύτερα την υγιεινή συμπεριφορά.

Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model). Το μοντέλο των σταδίων αλλαγής (Prochaska & DiClemente, 1983) έχει χρησιμοποιηθεί στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προσαρμοσμένων παρεμβάσεων για τη διακοπή καπνίσματος. Έρευνα των (DiClemente et al., 1991) επιβεβαίωσε το θεωρητικό μοντέλο σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς για το κάπνισμα. Σε δείγμα 1460 καπνιστών οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν σε διαφορετικά στάδια αλλαγής συμπεριφοράς, σε στάδιο πριν τη σκέψη για αλλαγή (n = 166), σε σκέψη για αλλαγή (n = 794), και σε στάδιο προετοιμασίας (n = 506). Μετρήθηκαν παράγοντες αλλαγής όπως αυτό-αποτελεσματικότητα, ταλάντευση απόφασης, προσπάθεια διακοπής σε 1 και 6 μήνες. Οι ομάδες ήταν παρόμοιες σε ιστορικό καπνίσματος, αλλά διέφεραν

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση εργασιών πάνω στη συμπεριφορά καπνίσματος και η θεωρητική βάση πάνω στην οποία στηρίζονται.

Ερευνητής Έτος	Θεωρητική βάση	Δείγμα	Εξετάστηκε	Συμπεράσματα
Victoir An et al 2006	Theory of Planned Behavior	1233 μαθητές, 13-22 ετών	Σχέση ανάμεσα σε διάφορους παράγοντες (στάση, κοινωνικές επιρροές, η αντίληψη για το σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον) και πρόθεση καπνίσματος	Ανάλογα με το αν και πόσο καπνιστές διαφορετικοί παράγοντες σχετίζονται με την πρόθεση για κάπνισμα.
(Eiser et al., 1989)	Health Belief Model	10.579 μαθητές 11 έως 16	Σχέση του καπνίσματος με τα Πιστεύω Υγείας, τον αντιληπτό έλεγχο, τους σημαντικούς άλλους, και την ασθένεια.	Οι καπνιστές είχαν χαμηλά σκορ στους σημαντικούς άλλους, τον αντιληπτό έλεγχο και ψηλά στην αλλαγή συμπεριφοράς και παράγοντα υγείας. Ενδιαφερόταν λιγότερο για το αν θα μείνουν πίσω στα μαθήματα λόγω ασθένειας, και καταλάβαιναν λιγότερο την αξία της υγιεινής συμπεριφοράς.
(Norman & Conner, 1999)	Health Belief Model	115 ενήλικων καπνιστών Επανάληψη σε 6 μήνες	Στάση απέναντι στο κάπνισμα και προσπάθεια διακοπής	Οι παρεμβάσεις πρέπει να επικεντρώνονται στην αντιληπτή επιτυχία και τον αντιληπτό έλεγχο για να αυξάνονται τα κίνητρα διακοπής
(Mcmillan & Conner, 2003)	Health Belief Model	141 σπουδαστές 19-22 Επανάληψη σε 6 μήνες	Πρόβλεψη πρόθεσης για συμπεριφορά καπνίσματος σε 6 μήνες	Ο αντιληπτός έλεγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόβλεψη της πρόθεσης καπνίσματος. Η στάση και ο αντιληπτός έλεγχος προβλέπει την δηλούμενη συμπεριφορά.
(DiClemente et al., 1991)	Transtheoretical Model	1460 καπνιστών Επανάληψη σε 1 και 6 μήνες	Πρόβλεψη πρόθεσης για συμπεριφορά καπνίσματος σε 1 και 6 μήνες	Ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρισκόταν έκαναν προσπάθειες διακοπής. Όσο πιο κοντά στην απόφαση βρισκόταν τόσο πιο συχνά έκαναν προσπάθεια διακοπής.
(Winkleby et al., 2004)	Social Cognitive Theory	5 σχολεία παρέμβαση 6 μηνών & 5 κοντρόλ Επανελέγχος σε 6 μήνες.	Η αντιληπτό κίνητρο, αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητα και προσδοκώμενη αποτελεσματικότητα, συμπεριφορά καπνίσματος	Οι παράγοντες επηρεάστηκαν σημαντικά και το κάπνισμα μειώθηκε κατά 3.8% σε 6 μήνες παρέμβασης, και συνέχισε να μειώνεται 6 μήνες μετά.

δραματικά σε τρέχουσα δραστηριότητα συμπεριφοράς καπνίσματος. Όσο πιο κοντά στην απόφαση βρισκόταν τόσο πιο συχνά έκαναν προσπάθεια διακοπής. Το στάδιο στο οποίο βρίσκεται κάποιος αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης για προσπάθεια διακοπής σε 1 και 6 μήνες. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν το μοντέλο αλλαγής σταδίων.

Ωστόσο σε εργασία ανασκόπησης (Andersen et al., 1999) δεν βρέθηκε πλήρης επιβεβαίωση του μοντέλου για την αλλαγή συμπεριφοράς καπνίσματος.

Σε σύνολο 150 σχετικών άρθρων έγινε τελική επιλογή 16 άρθρων που είχαν σαφές θεωρητικό πλαίσιο του μοντέλου σταδίων αλλαγής (TTM), συγκεκριμένη παρέμβαση με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς καπνίσματος και μετρούσαν αυτή την αλλαγή συμπεριφοράς. Οι ερευνητές δήλωσαν ότι το μοντέλο δεν έχει δοκιμαστεί επαρκώς σε προγράμματα κατά του καπνίσματος, ούτε έχουν χρησιμοποιηθεί μεσολαβητικές διαδικασίες για να καθορίσουν το μηχανισμό της αλλαγής συμπεριφοράς καπνίσματος.

Παρεμβατικά προγράμματα σε εφήβους για κάπνισμα - γενικά

Ο αριθμός των εφήβων που καπνίζουν είναι αρκετά μεγάλος και μακροπρόθεσμα οι επιπτώσεις στην υγεία τους πολύ σοβαρές. Το να βοηθήσουμε τους νέους να αποφύγουν την έναρξη του καπνίσματος ή να διακόψουν, αν ήδη καπνίζουν, σε μεγάλη κλίμακα είναι ένας από τους πολύ σημαντικούς στόχους της δημόσιας υγείας παγκοσμίως (Brennan et al., 2006). Ωστόσο το μεγάλο ερώτημα είναι το πώς. Τα σχολεία έχουν πολλά πλεονεκτήματα σαν χώρος εφαρμογής αυτών των παρεμβάσεων καθώς είναι οι χώροι στους οποίους εύκολα προσεγγίζει κανείς τους εφήβους (Franks et al., 2007), λόγω της αυξημένης ικανότητας μετάδοσης - λήψης γνώσης και του δεκτικού ακροατηρίου ('captive audience') και γιατί το σχολείο είναι χώρος μάθησης και γνώσης. (Tomas & Perera, 2006). Παρόλο που τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων δεν είναι πάντα θετικά, τα σχολικά

προγράμματα παρέμβασης είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος και γίνονται συνεχώς έρευνες και προσπάθειες για να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Το είδος των παρεμβάσεων που αφορούν τους εφήβους μπορούν να καταταχθούν σε δύο ομάδες: 1) προγράμματα εστιασμένα στην πρόληψη του καπνίσματος και 2) προγράμματα για πρόληψη και διακοπή καπνίσματος

Μεγάλο ευρωπαϊκό παρεμβατικό πρόγραμμα εστιασμένο στην πρόληψη του καπνίσματος που αναπτύχθηκε σε 6 χώρες είναι το The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA). Η έρευνα και παρέμβαση έγινε σε δείγμα 20166 μη καπνιστών μαθητών χωρισμένους σε ερευνητική ομάδα και ομάδα ελέγχου, το 1998 και 1999. Η παρέμβαση περιλάμβανε δράσεις για τους μαθητές, το σχολείο, τους γονείς και έξω από το σχολείο. Σε κάθε χώρα υπήρξαν κάποιες τροποποιήσεις ώστε να είναι πιο κοντά στο ύφος κάθε χώρας. Ο αριθμός των μαθημάτων διέφεραν ελαφρά ανάμεσα στις χώρες αλλά συνολικά η παρέμβαση είχε ετήσια διάρκεια παντού. Τελική αξιολόγηση έγινε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Κατά την έναρξη της μελέτης, μεταξύ 23125 εφήβων το 5,6% κάπνιζε περιστασιακά και 4% καθημερινά. Τα κορίτσια κάπνιζαν, σε εβδομαδιαία βάση, περισσότερο από τα αγόρια σε όλες τις χώρες. Μετά το πρόγραμμα παρέμβασης, σημαντικά λιγότερα άτομα ξεκίνησαν το κάπνισμα, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στη Φινλανδία (4,7%) και την Ισπανία (3,1%), σε αντίθεση με την Δανία και τη Βρετανία που τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα από τα αναμενόμενα και η πειραματική ομάδα ξεκίνησε το κάπνισμα σε μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα ελέγχου.

Το είδος των παρεμβάσεων που έχουν κατά καιρούς εφαρμοστεί σε σχολεία παγκοσμίως μπορεί να συνοψιστεί σε: α) Προγράμματα πλήρως ή μερικώς ενταγμένα στο αναλυτικό πρόγραμμα β) Προγράμματα που εστιάζονται σε παροχή πληροφοριών για τις συνέπειες του καπνίσματος γ) Προγράμματα που συμμαθητές ή φίλοι έχουν τον κύριο

ρόλο στην παρέμβαση (Peer-Led) δ) Προγράμματα που ξεπερνάνε το επίπεδο του σχολείου και εμπλέκουν την ευρύτερη κοινωνία

Η συμμετοχή σε προγράμματα. Το πρώτο θέμα που αντιμετωπίζει κάποιος που θέλει να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα παρέμβασης για το κάπνισμα είναι πως θα κινητοποιήσει τους μαθητές να συμμετέχουν. Πολύ συχνά δεν είναι πρόθυμοι να φορτωθούν άλλη μία ώρα πιθανά βαρετού μαθήματος (Mermelstein, 2003). Είναι φανερό η ανάγκη τα προγράμματα αυτά να είναι διαφορετικά από την κλασική διδασκαλία και να είναι ενδιαφέροντα και ελκυστικά για τους μαθητές.

Σε έρευνα του (Leatherdale, 2006) ερευνήθηκαν παράγοντες που σχετίζονται με την παρακίνηση των μαθητών να συμμετέχουν σε παρεμβάσεις. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από μεγάλη έρευνα στον Καναδά σε 22.091 μαθητές. Από αυτούς υπήρχαν 3.136 που δήλωσαν επιθυμία να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 12 μήνες. Ρωτήθηκαν αν θα χρησιμοποιούσαν σαν βοήθεια τα σχολικά προγράμματα διακοπής και αν θα συμμετείχαν σε αυτά. Πολύ λίγοι, 13,1%, από τους περιστασιακούς και τακτικούς καπνιστές μαθητές ενδιαφέρθηκαν για να χρησιμοποιήσουν ένα σχολικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Η πλειοψηφία (74,5%), δεν ενδιαφερόταν να συμμετέχουν σε σχολικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος. Τα χαρακτηριστικά και η πιθανότητα να συμμετέχουν σε προγράμματα φαίνεται στον Πίνακα 3

Οι ερευνητές επισήμαναν ότι μελλοντικά σχολικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά αν στοχεύουν σε μαθητές πιο πρόθυμους να τα ακολουθήσουν, αν κεντρίσουν το ενδιαφέρον τους, και αν τα οφέλη από την συμμετοχή είναι σημαντικά για τους έφηβους καπνιστές.

Πίνακας 2. Τα χαρακτηριστικά και η πιθανότητα να συμμετέχουν σε παρεμβατικά προγράμματα για το κάπνισμα έφηβοι μαθητές στον Καναδά (Leatherdale, 2006).

Ομάδα μαθητών	Χαρακτηριστικό	Odds Ratio 95%
Περιστασιακοί καπνιστές	Ενημερωμένοι για το πρόγραμμα του σχολείου τους	2.05
Περιστασιακοί καπνιστές	Πιστεύουν στην ικανότητά να το κόψουν μόνοι τους	0.65
Καπνιστές	Απέτυχαν μερικές φορές να το κόψουν	1.26
Καπνιστές	Απέτυχαν αρκετές φορές να το κόψουν	1.27
Καπνιστές	Ενημερωμένοι για το πρόγραμμα του σχολείου τους	1.73

Εκπαιδευτικά–ενδοσχολικά προγράμματα παρέμβασης

A) Εργασίες ανασκόπησης

Αν και τα αποτελέσματα από τέτοιες παρεμβάσεις συχνά είναι μικρά, είναι ενθαρρυντικά στο να ξεκινήσουν νέα προγράμματα με στόχο να βελτιωθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Η βιβλιογραφία πάνω σε τέτοιες παρεμβάσεις είναι πολύ μεγάλη από το 1980 και μετά. Επίσης αρκετές είναι οι εργασίες ανασκόπησης και μετα-αναλύσεις που μας δίνουν μια καλή εικόνα του θέματος. Σε αρκετές εργασίες ανασκόπησης αξιολογούνται προγράμματα πρόληψης και διακοπής καπνίσματος και δίνουν μια γενική εικόνα για το πώς αντιμετωπίζεται το πρόβλημα του καπνίσματος παγκοσμίως. Οι εργασίες αυτές αφορούν κυρίως πληθυσμούς από την Αμερική αλλά και ευρωπαϊκές χώρες, την Αυστραλία, και άλλες χώρες. Οι περισσότερες εργασίες αντλούν στοιχεία από βάσεις δεδομένων και μπορούμε να πούμε ότι έχουν παγκόσμιο χαρακτήρα. Τέτοιες εργασίες και τα αποτελέσματά τους αναφέρονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 3: Εργασίες ανασκόπησης σε προγράμματα παρέμβασης πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος σε εφήβους

Ερευνητές	Αριθμός / Δείγμα / Διάρκεια	Είδος Παρεμβάσεων	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
(Aveyarda, Markhamb, & Chenga, 2004) Ευρώπη, Αμερική, Αυστραλία και Κίνα	Ανάλυση 242 εργασιών που έδιναν στοιχεία για το % καπνίσματος και το ρόλο σχολείου από το 1969 έως το 2001 Ηλικίες 11-16 ετών	Παρεμβάσεις και έρευνες για τις συνήθειες καπνίσματος σε σχολεία.	Το % μαθητών –καπνιστών διαφέρει από σχολείο σε σχολείο Το κάπνισμα είναι αυξημένο σε αστικά σχολεία, σχολεία με μεγάλο μέγεθος, με χαλαρή πολιτική και όχι ποινές για κάπνισμα. Η αγωγή υγείας σαν κανονικό μάθημα είχε απογοητευτικά αποτελέσματα	Τα μεγάλα σχολεία, τα εσωτερικά, τα αστικά, αυτά που έχουν χαλαρή πολιτική για το κάπνισμα, και αυτά που ασκούν ασφυκτικό έλεγχο, είναι αυτά που συνήθως έχουν μεγάλα ποσοστά καπνιστών - μαθητών
(Wiehe et al., 2005) Παγκόσμια	Από σύνολο 177 εργασίες επιλέγονται 8 που έχουν επανεξέταση σε τουλάχιστο ένα χρόνο μετά ηλικίες 13 έως 18 ετών	Σχολική παρέμβαση πρόληψης Από 5 έως 17 ώρες σε	Το κάπνισμα μειώνεται αμέσως μετά την παρέμβαση σε σχέση με τα κοντρόλ αλλά η μείωση δεν διατηρείται για το σύνολο σχεδόν μετά ένα χρόνο	Οι παρεμβάσεις έχουν αποτέλεσμα άμεσα αλλά θα πρέπει να εξεταστούν τρόποι ώστε να έχουν μόνιμα αποτελέσματα.
(Backinger, Fagan, Matthews, & Grana, 2003) USA	Έρευνες στην περίοδο 1990 έως 2002 Έφηβοι και νέοι από 11-18 ετών	Προγράμματα κυρίως Σχολικά και κοινότητας πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος για νέους.	Μόνο σε δύο μεγάλα προγράμματα υπήρξαν σημαντικά θετικά αποτελέσματα	Προγράμματα που στοχεύουν πέρα από την παροχή πληροφοριών και έχουν πολύπλευρη αντιμετώπιση του θέματος με δράσεις δεξιοτήτων ζωής είναι πιο αποτελεσματικά
(Tomas & Perera, 2006) Παγκόσμια	Από σύνολο 133 επιλέγονται 94 εργασίες με διάρκεια > 6 μήνες από τις οποίες 23 υψηλής ποιότητας ηλικίες 13-18 ετών	Σχολικά προγράμματα ενταγμένα ή όχι στο πρόγραμμα, με ή όχι συμμετοχή γονέων, κοινότητας, φίλων.	8 έρευνες βρήκαν θετικά αποτελέσματα, ενώ 7 όχι. Δεν βρίσκουμε αποτελέσματα που να διαρκούν και σε επανέλεγχο αργότερα.	Οι μισές εργασίες δηλώνουν θετικά αποτελέσματα. Παρεμβάσεις με στόχο την κοινωνική επιρροή και πολυδιάστατη προσέγγιση είχαν καλύτερα αποτελέσματα
(Bruvold, 1993) Παγκόσμια	Μετα-ανάλυση 94 εργασιών Σχολικός πληθυσμός	Σχολικές παρεμβάσεις πρόληψης με διάφορους προσανατολισμούς	Το effect sizes για την συμπεριφορά και την πρόθεση, ήταν μεγαλύτερο σε έρευνες επικεντρωμένες την κοινωνική ενδυνάμωση μέτριο για κοινωνικές νόρμες και μικρό για κλασικές διδασκαλίες. Οι γνώσεις ήταν ίδιες για όλους.	Τα σχολικά προγράμματα, για να είναι αποτελεσματικά, πρέπει να εστιάζονται σε κοινωνική ενίσχυση και τον καθορισμό στόχων .
(Tobler et al., 2000) Παγκόσμια	Μετα-ανάλυση 207 ερευνών περιόδου 1978-1998 Σχολικός πληθυσμός	Προγράμματα παρεμβάσεων στο σχολείο	Το effect sizes είναι συνήθως πολύ μικρό, για προγράμματα διδασκαλίας και λίγο μεγαλύτερο για προγράμματα με ενεργή συμμετοχή μαθητών.	Εκφράζονται αμφιβολίες για το αναφερόμενο μέγεθος των επιπτώσεων των παρεμβάσεων. Βιωματική προσέγγιση έχει καλύτερα αποτελέσματα
(Rooney & Murray, 1996) Παγκόσμια	Μετα-ανάλυση για έρευνες που δημοσιεύτηκαν από 1974 έως 1991,	προγράμματα παρέμβασης στοχευμένα στην κοινωνία και τους φίλους	Βρίσκει μικρό effect size για αυτά τα προγράμματα. Μειώσεις καπνίσματος της τάξης του 5% Σε ιδανικές καταστάσεις η μείωση δεν ξεπερνά το 20%-25%	Τα προγράμματα έχουν μικρή αποτελεσματικότητα. Ακόμη και κάτω από ιδανικές συνθήκες.

Σημαντική είναι η ανασκόπηση του Aveyarda και των συνεργατών του (2004) σε ένα σύνολο 240 εργασιών που έγιναν από το 1969 έως το 2001 σε Ευρώπη, Αμερική, Αυστραλία και Κίνα και αφορούσαν στο κάπνισμα των μαθητών. Η εργασία διερευνά το πώς το σχολείο επηρεάζει τη συμπεριφορά καπνίσματος των μαθητών. Εξετάστηκαν διαφορές ως προς το κάπνισμα μεταξύ σχολείων και βρέθηκε ότι το ποσοστό των μαθητών που καπνίζουν διαφέρει από σχολείο σε σχολείο και εξετάστηκαν πιθανοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο όπως: σύνθεση μαθητών, ακαδημαϊκή απόδοση, ρόλος εκπαιδευτικών, εκπαίδευση υγείας, απαγόρευση, αυστηρότητα, θεωρητικά πλαίσια ερευνών. Μια σειρά από παράμετροι που επηρεάζονται από το σχολείο εντοπίστηκαν σε κάποιες από τις έρευνες: Υποχρεώσεις του σχολείου, στρες, κατάθλιψη, αυτό-εκτίμηση, στάση απέναντι στο κάπνισμα, στάση απέναντι στην υγεία γενικά, συνήθειες καπνίσματος στάσεις και νόρμες των συμμαθητών φίλων (Aveyarda et al., 2004).

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι το κάπνισμα διαφέρει μεταξύ των σχολείων αλλά και των τάξεων του ίδιου σχολείου. Δεν μπόρεσαν να πιστοποιήσουν ότι ευθύνεται η σύνθεση των τάξεων καθώς άλλοι σημαντικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα των γονέων μπορεί να παρεμβαίνουν. Τα μέτρα κατά του καπνίσματος δεν φαίνεται να είναι ο καθοριστικός παράγοντας, αν και σε σχολεία με αυστηρό κανονισμό τα ποσοστά καπνίσματος είναι πιο χαμηλά κατά 1-2%. Οι συνήθειες καπνίσματος των εκπαιδευτικών δεν φάνηκε να σχετίζεται με το κάπνισμα των μαθητών. Η ενταγμένη στο αναλυτικό πρόγραμμα Εκπαίδευση Υγείας έδειξε απογοητευτικά αποτελέσματα, καθώς δεν βρέθηκε μειωμένο ποσοστό καπνιστών όπου εφαρμόζεται, αντίθετα σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται αυξημένο.

Σε ανασκοπική εργασία των Wiehe και των συνεργατών του (2005) επίσης επισημαίνεται ότι παρά τα θετικά αποτελέσματα που συχνά έχουν τα σχολικά

προγράμματα πρόληψης και διακοπής σε επανέλεγχο μετά από ένα διάστημα μετά το τέλος των παρεμβάσεων, μόνο σε μία έρευνα παρέμεναν τα θετικά αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα των σχολικών παρεμβάσεων πρόληψης είναι φτωχά σύμφωνα με εργασία ανασκόπησης των (Backinger et al., 2003) με ελάχιστες εξαιρέσεις. Μόνο δύο προγράμματα σύμφωνα με την ανασκόπηση είχαν σημαντικά θετικά αποτελέσματα. Ένα από τα προγράμματα παρέμβασης ενταγμένα στο αναλυτικό πρόγραμμα ήταν το «Project Toward No Tobacco Use» (Project TNT), (Joycelyn, 1997) που εφαρμόστηκε στην Αμερική για ηλικίες 11-15 ετών, και αποτελείται από δράσεις που σκοπεύουν στην αντίσταση στην κοινωνική πίεση από φίλους και τις διαφημίσεις για την έναρξη καπνίσματος και στη μείωση των λανθασμένων πληροφοριών για τις επιπτώσεις στην υγεία. Το δεύτερο πρόγραμμα ήταν πρόγραμμα δεξιοτήτων ζωής (Pan American Health Organization, 2000), που απευθυνόταν σε ηλικίες 11-15 ετών και περιελάμβανε εκτός από πληροφόρηση, άσκηση στο να λέει κανείς όχι στο αλκοόλ, στο κάπνισμα και τη χρήση ουσιών, ανάπτυξη θετικής αυτό-εικόνας, και λήψη ανεξάρτητων αποφάσεων χωρίς την επιρροή φίλων, περιβάλλοντος, διαφήμισης. Και τα δύο προγράμματα αντιμετώπισαν πολυδιάστατα το θέμα και είχαν επιτυχία που έφτανε σε μείωση κατά 50% των ατόμων που ξεκινούσαν το κάπνισμα.

Σε εργασία των (Tomas & Perera, 2006) από ένα σύνολο 133 ερευνών επιλέχτηκαν 94 εργασίες που ερευνούσαν παρεμβάσεις με διάρκεια μεγαλύτερη από έξι μήνες για πληθυσμό ηλικίας 13-18 ετών. Οι παρεμβάσεις αφορούσαν σχολικά προγράμματα ενταγμένα ή όχι στο αναλυτικό πρόγραμμα, με ή όχι συμμετοχή γονέων, κοινότητας, φίλων κ.λ.π. και με στόχους την κοινωνική επιρροή, τις δεξιότητες ζωής, την παροχή πληροφόρησης. Σε 23 έρευνες υψηλής ποιότητας, στις μισές βρέθηκαν θετικά αποτελέσματα, ενώ σε 7 δεν επιβεβαιώθηκε θετική επίδραση της παρέμβασης. Υπήρξαν

στοιχεία ότι παρεμβάσεις με στόχο την κοινωνική επιρροή και πολυδιάστατη προσέγγιση είχαν καλύτερα αποτελέσματα.

Από το 1970 και μετά τα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος έχουν απήχηση και ήταν επηρεασμένα από το μοντέλο κοινωνικής επιρροής του Evans (Evans, 1976). Μετα-ανάλυση 207 ερευνών αξιολόγησης παρεμβάσεων στο σχολείο που έγιναν στην περίοδο 1978-1998, έδειξε ότι τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να έχουν αποτέλεσμα αλλά έχουν περιορισμούς (Tobler et al., 2000). Το effect sizes είναι συνήθως πολύ μικρό, για προγράμματα κλασικής διδασκαλίας και λίγο μεγαλύτερο για προγράμματα που περιλαμβάνουν δράσεις και ενεργή συμμετοχή μαθητών. Επίσης εκφράζονται αμφιβολίες για το μέγεθος των επιπτώσεων των παρεμβάσεων καθώς το effect sizes είναι συνήθως πολύ μικρό, γεγονός που συχνά δεν συμφωνεί με τα συμπεράσματα που αναφέρει κάθε έρευνα.

Αποτέλεσμα που ενισχύει η μετα-ανάλυση των Rooney και Murray (1996) για έρευνες που δημοσιεύτηκαν από το 1974 έως το 1991 πάνω σε προγράμματα παρέμβασης στοχευμένα στην κοινωνία και τους φίλους. Τα προγράμματα αυτά παρουσιάζουν σαν αποτέλεσμα μείωση του καπνίσματος, της τάξης του 5%. Σε ιδανικές καταστάσεις η μείωση δεν ξεπερνά το 20%-25%.

B) Ερευνητικές εργασίες

Τα προγράμματα ανάλογα με την θεωρητική τους βάση και την φιλοσοφία του σχεδιασμού τους έχουν διάρκεια από 5 εβδομάδες έως ολόκληρο το σχολικό έτος και επικεντρώνονται στην παροχή πληροφοριών, την κοινωνική επιρροή, τις δεξιότητες ζωής, την άσκηση στην ικανότητα άρνησης να καπνίσουν, στον καθορισμό στόχων και τη διαχείριση προβλημάτων, καταστάσεων και στρες. Γίνονται πιο συχνά σε πειραματικά

σχολεία όπου οι συνθήκες είναι μάλλον πιο πρόσφορες. Τέτοια προγράμματα ενδεικτικά αναφέρονται στον Πίνακα 5.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης είναι αποτελεσματικά στο να πληροφορούν τα παιδιά για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος (Grandpre et al., 2003). Οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι ένας κύριος στόχος της πλειοψηφίας των παρεμβάσεων είναι, τα παιδιά να είναι περισσότερο πληροφορημένα σχετικά με το κάπνισμα και τις συνέπειές του, να έχουν περισσότερο αρνητικές στάσεις προς το κάπνισμα και να δηλώνουν μεγαλύτερη πρόθεση να μην καπνίσουν. Τα προγράμματα παρέμβασης στο σχολικό περιβάλλον είναι ο πιο εύκολος και φτηνός τρόπος εφαρμογής ενός παρεμβατικού προγράμματος (Alexander et al., 2001; Franks et al., 2007), ωστόσο τα εκπαιδευτικά προγράμματα με την κλασική έννοια και σχέση δάσκαλου – μαθητή φαίνεται να έχουν μικρή απήχηση (USDHHS, 2005).

Στην Ελλάδα ένα πρόγραμμα παρέμβασης για το κάπνισμα, μπορεί να εφαρμοστεί είτε μέσα στο αναλυτικό πρόγραμμα, κυρίως στις τάξεις του δημοτικού και του γυμνασίου που προβλέπουν ευέλικτες ζώνες διδασκαλίας, είτε σαν ανεξάρτητο πρόγραμμα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις οδηγίες του ΥΠΕΠΘ (ΥΠΕΠΘ, 2007).

Ένα πρόγραμμα πρόληψης πλήρως ενταγμένο στο αναλυτικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε στην Φινλανδία στα πλαίσια του προγράμματος Ευρωπαϊκό πλαίσιο πρόληψης καπνίσματος (The European Smoking prevention Framework Approach, EFSA) σε 2.745 μαθητές γυμνασίου μοιρασμένους σε δύο ομάδες, ελέγχου και παρέμβασης (Vartiainen et al., 2007). Στο σύνολο των μαθητών αυτοί που δεν κάπνισαν ποτέ αποτελούσαν το 60,8%. Το πρόγραμμα συνεχίστηκε για 2 ακόμη χρόνια. Το πρόγραμμα είχε μια σημαντική μείωση στην έναρξη του καπνίσματος σε εβδομαδιαία βάση, στην πειραματική ομάδα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Από την έρευνα προέκυψε ότι κορίτσια, αυτοί που είχαν χαμηλή σχολική επίδοση, καπνιστή γονέα ή φίλο και

μεγαλύτερο χαρτζιλίκι είχαν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Η έρευνα δείχνει ότι προγράμματα πρόληψης στο σχολείο μπορεί να είναι αποτελεσματικά στο να αποτρέψουν έφηβους μαθητές από την έναρξη του καπνίσματος.

Το πρόγραμμα SMART εφαρμόστηκε για τρία σχολικά έτη από το 1982 έως το 1985 με στόχο την πρόληψη καπνίσματος, αλκοόλ και μαριχουάνας (Graham, Johnson, Hansen, Flay, & Gee, 1990). Σε ένα δείγμα 5.070 μαθητών το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στην πρόληψη του καπνίσματος για τα κορίτσια αλλά όχι για τα αγόρια. Το σημαντικό όμως ήταν ότι το πρόγραμμα είχε μακρά διάρκεια και επιτυχία και αποτέλεσε πρόγραμμα αναφοράς για την εποχή του.

Σε δείγμα 1024 μαθητών μέσης ηλικίας 11,4 ετών από Αυστρία Δανία, Λουξεμβούργο και Γερμανία έγινε για 4 μήνες παρέμβαση πρόληψης καπνίσματος 21 μαθημάτων, που βασιζόταν στις δεξιότητες ζωής (Hanewinkel & Abhauer, 2004). Στόχος της παρέμβασης ήταν να προάγει βασικές κοινωνικές δεξιότητες, ικανότητες διαχείρισης καταστάσεων, αντίστασης στην κοινωνική πίεση για κάπνισμα και ικανότητα να λένε όχι. Το πρόγραμμα δεν είχε επίπτωση στο ποσοστό των μαθητών που ήδη κάπνιζαν, και είχε ένα μικρό αποτέλεσμα στον πειραματισμό με το κάπνισμα. Το πρόγραμμα βελτίωσε τις γνώσεις για το κάπνισμα, την κοινωνική δεξιότητα και το κλίμα στην τάξη. Καμία επίπτωση δεν βρέθηκε να έχει στην αποδοχή του καπνίσματος από μη καπνιστές την στάση απέναντι στο κάπνισμα και τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο για την υγεία. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι και προγράμματα για σύντομο χρόνο μπορούν να βελτιώσουν παραμέτρους που θεωρούνται ότι προστατεύουν από την έναρξη καπνίσματος. Τόσο οι μαθητές όσο και οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν πολύ ευχαριστημένοι με την ιδέα και το υλικό του προγράμματος.

Πίνακας 4: Εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης πρόληψης καπνίσματος

Ερευνητές	Είδος Παρέμβασης	Δείγμα / Διάρκεια	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Vartiainen et al Φινλανδία 2007	Πρόγραμμα πρόληψης καπνίσματος πλήρως ενταγμένο στο αναλυτικό πρόγραμμα Σύγκριση με ομάδα ελέγχου	N=2745 μαθητές γυμνασίου Ετήσια και για 2 χρόνια	Μείωση έναρξης του καπνίσματος σε εβδομαδιαία βάση. Κορίτσια, χαμηλή σχολική επίδοση, καπνιστής γονέας ή φίλος και μεγαλύτερο χαρτζιλίκι αυξάνουν τις πιθανότητες έναρξης καπνίσματος.	Ένα πολυεπίπεδο σχολικό πρόγραμμα πρόληψης μπορεί να είναι αποτελεσματικό στο να αποτρέψει μαθητές από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα
Graham et al., 1990 Αμερική 1982-1985	Πρόγραμμα «SMART» με στόχο την πρόληψη ανθυγιεινών συμπεριφορών καπνίσματος, αλκοόλ, μαριχουάνα	N = 5070 μαθητές Ετήσιο και για 4 χρόνια	Το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό για τα κορίτσια αλλά όχι για τα αγόρια, καλύτερα αποτελέσματα ως προς το κάπνισμα	Οι χώροι των εφήβων μπορούν να αποτελέσουν εναλλακτικά κανάλια εφαρμογής προγραμμάτων κατά του καπνίσματος
(Kelly & Lapworthb, 2006) Αυστραλία 2006	Motivational Interview Σε σύγκριση με Παροχή ενημέρωσης στην τάξη	N=56 έφηβοι καπνιστές 14-16 ετών. Παρέμβαση σε 1,3 και 6 μήνες	Αυξήθηκε η ικανότητα άρνησης στο κάπνισμα (να λένε όχι) σε σχέση με την παρέμβαση ενημέρωσης στην τάξη	Ελαφρά καλύτερα αποτελέσματα της συνέντευξης σε σχέση με την παροχή ενημέρωσης στην τάξη
(Bond et al., 2004) Αυστραλία 2004	«Gatehouse Project» Πολύ-επίπεδη παρέμβαση στο σχολείο. Σύγκριση με ομάδα ελέγχου	N=2678 11-15 ετών Ετήσια και για 3 χρόνια	3%-5% μείωση του καπνίσματος των μαθητών που συμμετείχαν στην παρέμβαση	Παρεμβάσεις επικεντρωμένες σε καλύτερες γνωστικές ικανότητες και θετικές αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, έχουν σημαντική επίπτωση στην συμπεριφορά υγείας των μαθητών
Scott et all Καναδάς 2006	Ερωτηματολόγιο πρόθεσης συμμετοχής σε Σχολικό πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος	N=22.091 μαθητές Από αυτούς 3136 καπνιστές δήλωσαν επιθυμία. διακοπής	Μόνο το 13.1%, δήλωσε ενδιαφέρον συμμετοχής. Μεγαλύτερη πιθανότητα συμμετοχής έχουν περιστασιακοί καπνιστές ενημερωμένοι για τα προγράμματα και τακτικοί καπνιστές με αρκετές αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής	Τα προγράμματα θα είναι πιο επιτυχημένα, αν στοχεύουν σε μαθητές πιο πρόθυμους να τα ακολουθήσουν, αν κεντρίσουν το ενδιαφέρον τους, και αν τα οφέλη από την συμμετοχή είναι σημαντικά για τους έφηβους καπνιστές.
(Hanewinkel & Abhauer, 2004) 4 Ευρωπαϊκές χώρες 2004	Παρέμβαση πρόληψης καπνίσματος που στηριζόταν στις δεξιότητες Ζωής Σύγκριση με ομάδα ελέγχου	N=1024 μαθητών μέσης ηλικίας 11,4 ετών 21 μαθήματα σε 4 μήνες	Βελτίωσε τις γνώσεις για το κάπνισμα, τις κοινωνικές δεξιότητες και το κλίμα στην τάξη. Καμία επίπτωση στην αποδοχή του καπνίσματος από μη καπνιστές την στάση απέναντι στο κάπνισμα και τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο για την υγεία.	Προγράμματα σύντομης διάρκειας μπορούν να βελτιώσουν παραμέτρους που θεωρούνται ότι δρουν προστατευτικά στην έναρξη καπνίσματος.
Sussman et al Αμερική 2001	Project EX ενδο-σχολικό πρόγραμμα (Peer-led intervention) διακοπής καπνίσματος. Σύγκριση με παραλλαγή του ίδιου προγράμματος με περισσότερες κοινωνικές δράσεις και ομάδα ελέγχου	N= 335 μαθητές καπνιστές που δήλωσαν ότι θέλουν να διακόψουν παρέμβαση 8 συναντήσεων σε 6 εβδομάδες.	17% διέκοψαν επί 1 μήνα και για τις δύο παραλλαγές του Project EX έναντι 8% της ομάδας ελέγχου. Αύξηση των θετικών και μείωση των αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας.	Το πρόγραμμα προάγει την διακοπή του καπνίσματος και οδηγεί σε θετικές στάσεις και συμπεριφορές υγείας.

Προγράμματα που ξεφεύγουν από το κλασικό μοντέλο Δάσκαλος- Μαθητής

Στην προσπάθεια για καλύτερα αποτελέσματα έγιναν διάφορες εναλλακτικές προσεγγίσεις στο θέμα. Κάποιες από αυτές είχαν πολύ καλά αποτελέσματα. Τέτοια έρευνα είναι των (Nilsson, Stenlund, Bergström, Weinehall, & Janlert, 2006) που βασίζεται σε ένα πρωτότυπο πρόγραμμα παρέμβασης που ονομάστηκε «Tobacco Free Duo» το οποίο ξεκίνησε πιλοτικά στη Σουηδία το 1993, με στόχο να αποτρέψει το ξεκίνημα του καπνίσματος σε εφήβους 12-15 ετών. Το πρόγραμμα συνεχίστηκε και αναπτύχθηκε έτσι ώστε σε 3 χρόνια όλοι οι μαθητές του σχολείου λάμβαναν μέρος. Στο πρόγραμμα εμπλέκονταν εκτός από τους μαθητές, το προσωπικό του σχολείου, γονείς, φίλοι και «σημαντικοί άλλοι» και περιλάμβανε: Ενημέρωση για τους κινδύνους και την υγεία στην τάξη, συναντήσεις γονέων, συζήτηση καθηγητών – μαθητών – γονέων, υπογραφή συμβολαίων. Επίσης δημιουργήθηκε ιστοσελίδα που βοηθούσε με υποστηρικτικό υλικό, newsletter, επικοινωνία κ.λ.π. στην ευρύτερη διάδοση και στήριξη του προγράμματος.

Με το τέλος της πρώτης Γυμνασίου, οι μαθητές έκαναν ζευγάρι «Duo» με έναν ενήλικα μη καπνιστή, και έκαναν μαζί συμβόλαιο να παραμείνουν μη καπνιστές για 3 χρόνια. Ο ενήλικας δεσμευόταν να παρέχει στήριξη και γνώση όταν χρειαζόταν και έπαιρναν μια κάρτα μέλους με τριετή ισχύ που έδινε έκπτωση σε αγορές και υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο.

Στο πρόγραμμα από το 1997 περίπου 2500 νέα μέλη γράφονται κάθε χρόνο. Υπάρχουν πάνω από 8000 ενεργά μέλη ανά τριετία και συνολικά πέρασαν πάνω από 25000 ζευγάρια από το πρόγραμμα. Υπήρξε μια μείωση 50% στο κάπνισμα από την εφαρμογή του προγράμματος και μετά. Στην Β΄ γυμνασίου τα ποσοστά των μαθητών καπνιστών έπεσαν από 12.2% το 1997 σε 6.8%, το 1999 και 2001 και στην Γ΄ γυμνασίου αντίστοιχα από 16.1% σε 9.0%. Σε επίπεδο φύλου τα ποσοστά μείωσης ήταν :από 9.3% σε

6.1% για τα αγόρια περιστασιακούς καπνιστές, από 13.3% σε 7.5% για τα κορίτσια περιστασιακούς καπνιστές, από 6.9% σε 3.3% για τα αγόρια τακτικούς καπνιστές και από 9.7% σε 6.2% για τα κορίτσια τακτικούς καπνιστές. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι αυτό το μοντέλο έχει καλά αποτελέσματα με κύριο στόχο την ηλικία 14-15, και ότι μια πολύ-παραγοντική προσέγγιση με εμπλοκή γονέων, δασκάλων και σημαντικών άλλων μπορεί με επιτυχία να μειώσει τα ποσοστά μαθητών που ξεκινούν το κάπνισμα. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι η όλη παρέμβαση αποδείχτηκε ότι ήταν αποδεκτή από την ευρύτερη κοινωνία.

Η έρευνα του (Hunt et al., 2003) αφορούσε παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε εργαζόμενους 252 νέους 15-18 (MO= 16,5) ετών στο χώρο που κάνουν το διάλειμμα εργασίας (SMART Project» για εργαζόμενους εφήβους). Η παρέμβαση είχε διάρκεια 12 μήνες, βασιζόταν στην κοινωνική επιρροή και τα μοντέλα επιρροής φίλων και περιλάμβανε ατομικές και συλλογικές δράσεις, συζητήσεις, ενημέρωση, πίνακα ανακοινώσεων και ηλεκτρονικά μηνύματα με θέμα τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Το 84% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ενημερώθηκε για το πρόγραμμα, 39% συμμετείχε σε διαδραστικές και 67% σε μη διαδραστικές δραστηριότητες. Οι ερευνητές επισήμαναν ότι ένα σημαντικό ποσοστό μαθητών λυκείου εργάζεται έστω και για κάποιο χρόνο ενώ σπουδάζει, και οι εργοδότες που απασχολούν τέτοια άτομα θα πρέπει να αντιμετωπιστούν σαν συμπληρωματικά κανάλια για τα προγράμματα πρόληψης και διακοπής καπνίσματος.

Ένας άλλος τύπος παρέμβασης είναι να γίνεται μέσω προσωπικής επαφής, μιάς ή περισσότερων συνεντεύξεων παρακίνησης, προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Στη διάρκεια της συνέντευξης συζητούνται λόγοι και τρόποι διακοπής του καπνίσματος. Τέτοια παρέμβαση είναι των (Kelly & Larworthb, 2006) που σε δείγμα 56 καπνιστών 14-16 ετών χωρισμένο σε ομάδα παρακινητικής συνέντευξης και ομάδα ενημέρωσης. Στην

πρώτη ομάδα έγινε συνεδρία παρακίνησης μιας ώρας με έμφαση στο τι σημαίνει στη ζωή τους να καπνίζουν, θετικά - αρνητικά, την επίπτωση στο πως αντιλαμβάνονται την εικόνα τους εντοπισμός των δυσκολιών και καθορισμός στόχων. Στην ομάδα ενημέρωσης-συμβουλευτική στην τάξη, η συνεδρία ήταν της ίδιας διάρκειας με έμφαση στην παροχή πληροφοριών και μελέτη έντυπου υλικού. Σε 1, 3 και 6 μήνες έγινε επανέλεγχος. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η παρακινητική μέθοδος είχε ελαφρώς καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση του καπνίσματος και σημαντική βελτίωση στην αυτο-αποτελεσματικότητα ως προς το να αρνηθεί κάποιος το τσιγάρο, η οποία διατηρήθηκε καλά σε διάστημα 6 μηνών. Στους 3 μήνες το 20% της ομάδας Α και το 15% της Β δήλωσαν αποχή από το κάπνισμα. Στους 6 μήνες τα ποσοστά ήταν 23% και 12% αντίστοιχα. Οι διαφορές δείχνουν μια στατιστικά μη σημαντική υπεροχή της μεθόδου της παρακινητικής συνέντευξης.

Μια διαφορετική παρέμβαση είναι το Gatehouse Project, ένα πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στην Αυστραλία (Bond et al., 2004). Πρόκειται για πρόγραμμα πρόληψης που περιέχει και διδασκαλία και προσωπική επικέντρωση με στόχο να προάγει τη συναισθηματική ευεξία (ευ ζην), να μειώσει τη χρήση ουσιών και να ενισχύσει τη θετική συμπεριφορά υγείας. Κύριοι άξονες του προγράμματος ήταν η δημιουργία κλίματος σιγουριάς και εμπιστοσύνης, καθώς και η αύξηση της ικανότητας και των ευκαιριών για καλή επικοινωνία.

Το πρόγραμμα ξεκίνησε για τους μαθητές της Α΄ γυμνασίου (11-12 ετών) και ήταν διάρκειας 3 ετών. Περιελάμβανε διδασκαλία 10 εβδομάδων 1 ώρα /εβδομάδα τόσο ενημέρωση όσο και πρακτικές και τεχνικές αντιμετώπισης δύσκολων συναισθηματικών καταστάσεων, ομάδα καθηγητών με ειδίκευση στο πρόγραμμα. Συμμετείχαν 2678 μαθητές που συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο και συλλέχθηκαν δεδομένα 4 φορές, αρχικά και στο τέλος της κάθε χρονιάς επί 3 χρόνια. Κατά τον επανέλεγχο μια διαφορά 3% έως

5% βρέθηκε σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ως προς το αλκοόλ, το κάπνισμα, το κάπνισμα και χρήση αλκοόλ των φίλων. Το πιο σημαντικό αποτέλεσμα του εγχειρήματος ήταν η μείωση του καπνίσματος κατά 5% στην ομάδα παρέμβασης.

Οι ίδιοι ερευνητές (Bond et al., 2004) δηλώνουν ότι τέτοιας έκτασης παρεμβάσεις απαιτούν μακρά δέσμευση και των σχολείων και της πολιτείας και πλήρη κατανόηση ότι δεν μπορεί να είναι εφήμερες ή γρήγορες έτοιμες λύσεις. Υψηλής ποιότητας επιμόρφωση των εμπλεκόμενων είναι ουσιώδης. Παρεμβάσεις επικεντρωμένες σε καλύτερες γνωστικές ικανότητες και θετικές αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, έχουν σημαντική επίπτωση στην συμπεριφορά υγείας των μαθητών.

Μεγάλο παρεμβατικό πρόγραμμα σε επίπεδο κοινότητας για τη μείωση του καπνίσματος «Community Intervention Trial for Smoking Cessation» (COMMIT) που χρηματοδοτήθηκε από τους μεγαλύτερους οργανισμούς υγείας ΗΠΑ και Καναδά, εφαρμόστηκε αρχικά σε 11 κοινότητες σε όλη τη Β. Αμερική από το 1989 (σε πληθυσμό N = 9875) και αναπτύχθηκε επί 5 χρόνια έως το 1993 (N = 14117), έχοντας αντίστοιχες κοινότητες ελέγχου στις οποίες δεν εφαρμοζόταν το πρόγραμμα. Η παρέμβαση περιλάμβανε καμπάνιες κατά του καπνίσματος, χρήση των ΜΜΕ, συμμετοχή των οργανισμών υγείας, και οδηγίες για το κάπνισμα ικανές να επηρεάσουν μεγάλες ομάδες πληθυσμού. Παρά τις φιλόδοξες προβλέψεις στο σχεδιασμό του (COMMIT Research Group, 1991) ότι θα επηρεάσει 200 000 καπνιστές τελικά τα αποτελέσματα ήταν μάλλον φτωχά. Το πρόγραμμα είχε επίπτωση κυρίως στους φανατικούς καπνιστές στο να αλλάξει τα πιστεύω τους για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη υγεία (M. Taylor et al., 1998; Taylor, Ross, Goldsmith, Zanna, & Lock, 1998). Δύο χρόνια μετά το τέλος του παρεμβατικού προγράμματος δεν φάνηκε να υπάρχει διάρκεια στις προσπάθειες και τις δράσεις των κοινοτήτων κατά του καπνίσματος (Thompson, Lichtenstein, Corbett, Nettekoven, & Feng, 2000). Τα μόνα προγράμματα που συνέχισαν να είναι πιο ενεργά σε

σχέση με τις κοινότητες ελέγχου ήταν αυτά που απευθυνόταν σε εφήβους και νέους. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη περισσότερης μελέτης και έρευνας του προβλήματος.

Το πρόγραμμα the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) σε επίπεδο πολιτείας που υλοποιήθηκε σε 17 από τις 50 πολιτείες της Αμερικής από το 1991 έως το 1999 ήταν το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα κατά του καπνίσματος. Το πρόγραμμα περιλάμβανε διάφορες στρατηγικές για τη μείωση του καπνίσματος από πληροφόρηση, ενημέρωση έως απαγορεύσεις. Από την αξιολόγηση του προγράμματος (Stillman et al., 2003) φάνηκε ότι τα αποτελέσματα ήταν θετικά και στις πολιτείες που εφαρμόστηκε το πρόγραμμα υπήρξε μείωση των καπνιστών κατά 0,63% και μείωση στην κατανάλωση τσιγάρων κατά 0,57 πακέτα ανά άτομο τον μήνα. Μια αισιόδοξη εκτίμηση των αποτελεσμάτων, θα μπορούσε να μεταφραστεί σε 278.700 λιγότερους Αμερικανούς καπνιστές αν το πρόγραμμα εφαρμοζόταν σε όλες τις πολιτείες.

Από τον Kegler και τους συνεργάτες αναλύθηκαν οι λόγοι επιτυχίας του προγράμματος κατά την εφαρμογή του προγράμματος στη Βόρεια Καρολίνα των ΗΠΑ (North Carolina Project ASSIST). Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι δράσεις με καλά εκπαιδευμένο προσωπικό, προσωπικό που αφιέρωνε περισσότερο χρόνο, ικανό συντονιστή, επικέντρωση στο θέμα και καλή επικοινωνία ήταν πιο επιτυχημένα, είχαν μεγαλύτερη συμμετοχή και μεγαλύτερη ικανοποίηση των συμμετεχόντων (Kegler, Steckler, McLeroy, & Malek, 1998).

Σε μελέτη των (Chen & Yeh, 2006) 77 φοιτητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες και η πειραματική ομάδα έκανε ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος 6 εβδομάδων που

Πίνακας 5. Προγράμματα που ξεφεύγουν από το κλασικό μοντέλο Δάσκαλος- Μαθητής

Ερευνητές	Είδος Παρέμβασης	Δείγμα /Διάρκεια	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Nilsson et all Σουηδία 2006	«Tobacco Free Duo». Ανά 2 ο έφηβος και ένας ενήλικας της επιλογής του, δεσμεύονται να στηρίξουν ο ένας τον άλλο και να μην καπνίσουν. Ξεκίνησε το 1993 και συνεχίζεται	N=περ. 8000, ηλικίας 12-15 ετών. Ετήσια. Επί 3 χρόνια για κάθε έφηβο	Μείωση κατά 50% στα ποσοστά των εφήβων - καπνιστών	Μια πολύ-παραγοντική προσέγγιση με εμπλοκή γονέων, καθηγητών, και σημαντικών άλλων φέρνει καλύτερα αποτελέσματα
(Kelly & Lapworthb, 2006) Αυστραλία 2006	Motivational Interview Σε σύγκριση με Παροχή ενημέρωσης στην τάξη	N=56 έφηβοι καπνιστές 14-16 ετών Παρέμβασησε 1,3 και 6 μήνες	Αυξήθηκε η ικανότητα άρνησης στο κάπνισμα (να λένε όχι) σε σχέση με την παρέμβαση ενημέρωσης στην τάξη	Ελαφρά καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την παροχή ενημέρωσης στην τάξη
Bond et all Αυστραλία 2004	«Gatehouse Project» Πολύ-επίπεδη παρέμβαση στο σχολείο. Σύγκριση με ομάδα ελέγχου	N=2678, 11-15 ετών Ετήσια και για 3 χρόνια	3%-5% μείωση του καπνίσματος των μαθητών που συμμετείχαν στην παρέμβαση	Παρεμβάσεις επικεντρωμένες σε καλύτερες γνωστικές ικανότητες και θετικές αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, έχουν σημαντική επίπτωση στην συμπεριφορά υγείας των μαθητών
Hunt, Fagan, Lederman et al., Αμερική 2003	«SMART Project» για εργαζόμενους εφήβους. Δράσεις πρόληψης στο χώρο εργασίας βασισμένες σε μοντέλα peer leader και κοινωνικής επιρροής	N=252 νέους ηλικίας 15-18 ετών Ετήσια (12 μήνες)	Το 84% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ενημερώθηκε από το πρόγραμμα, 39% συμμετείχε σε in interactive διαδραστικό θέμα και 67% σε non-interactive activities	Οι εργοδότες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν σαν συμπληρωματικά κανάλια για τα προγράμματα πρόληψης και διακοπής καπνίσματος καθώς υπάγονται στο ενδιαφέρον από τους εφήβους.
COMMIT Research Group ΗΠΑ & Καναδάς 1991	COMMIT Community Intervention Trial for Smoking Cessation Στόχο την διακοπή του καπνίσματος σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού. Με χρήση των MME, Φορέων, Ινστιτούτων , καμπάνιας μέσω των τοπικών κοινοτήτων	N=14117 γενικός πληθυσμός σε 11 κοινότητες σε ΗΠΑ και Καναδά και άλλες τόσες σαν ομάδα ελέγχου. 5 χρόνια	Δεν άλλαξε η κατανάλωση καπνού, Βελτιώθηκε η γνώση και άλλαξαν τα πιστεύω για τις συνέπειες του καπνίσματος Οι κοινότητες διατήρησαν τα προγράμματα σε μικρό βαθμό μετά το τέλος ,κυρίως όσα απευθύνονταν σε νέους	Το πρόγραμμα δεν ήταν όσο αποτελεσματικό αναμενόταν.
Stillman et al ΗΠΑ 1991 έως το 1999	the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) πρόγραμμα σε επίπεδο πολιτείας . Διάφορες στρατηγικές για την μείωση του καπνίσματος από πληροφόρηση ενημέρωση έως απαγορεύσεις	υλοποιήθηκε σε 17 από τις 50 πολιτείες των ΗΠΑ 6 χρόνια εφαρμογή	Μεγαλύτερη μείωση των καπνιστών -0.63% (P = .049) στις 17 πολιτείες και μια μείωση στην κατανάλωση τσιγάρων κατά 0.57 πακέτα ανά άτομο ανά μήνα.	Προγράμματα σε επίπεδο χώρας μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Μια αισιόδοξη εκτίμηση θα μπορούσε να μεταωραστεί σε 278 700 λιγότεροι Αμερικανούς καπνιστές αν το πρόγραμμα εφαρμόζοταν σε όλες τις πολιτείες.

περιλάμβανε δράσεις με στόχο την αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς καπνίσματος και οδηγίες μέσω Internet (Internet-assisted instruction) η δεύτερη ομάδα δεν έκανε κάποια παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στην αλλαγή στάσης, συμπεριφοράς και αυτό-αποτελεσματικότητας. Βρέθηκε υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα και την στάση απέναντι στο τσιγάρο και μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας με την κατανάλωση τσιγάρων. Το πρόγραμμα εκτιμήθηκε από τους συμμετέχοντες σαν χρήσιμο και ευχάριστο

Παρεμβάσεις που δίνουν κεντρικό ρόλο σε συμμαθητές (Peer-led interventions)

Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας στο σχολείο παραδοσιακά γινόταν από τους εκπαιδευτικούς. Τα τελευταία χρόνια συχνά βλέπουμε προγράμματα που δίνουν τον κύριο ρόλο για τη μετάδοση της πληροφορίας σε συμμαθητές. Υποστηρίζετε ότι είναι αποτελεσματική μέθοδος στη βάση ότι η πληροφορία και κυρίως η ευαίσθητη πληροφορία είναι πιο εύκολο να μεταδοθεί μεταξύ ατόμων της ίδιας ηλικίας (Mellanby, Rees, & Tripp, 2000).

Εργασία ανασκόπησης των Mellanby και συνεργατών (2000) ερεύνησε 30 σχολικές παρεμβάσεις, για την περίοδο από το 1981 έως το 1999, που έκαναν σύγκριση ανάμεσα σε μετάδοση των ίδιων πληροφοριών για συμπεριφορές υγείας από συμμαθητές και από ενήλικες συνήθως εκπαιδευτικούς. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρεμβάσεις που τον κύριο ρόλο έχουν συμμαθητές είναι, αν όχι πιο πολύ, τουλάχιστο το ίδιο επιτυχημένες όσο και οι κλασικές παρεμβάσεις με ενήλικα σε ρόλο συντονιστή. Επίσης επισημαίνουν ότι ενώ δείχνει να είναι αποτελεσματική μέθοδος, λόγω μεθοδολογικών προβλημάτων και δυσκολιών στην ανάλυση είναι δύσκολη περιοχή έρευνας.

Η έρευνα που έγινε στην Σκωτία από τον Turner και τους συνεργάτες του (Turner, West, Gordon, Young, & Sweeting, 2006) είχε στόχο να ερευνηθούν οι διαφορές στο κοινωνικό κλίμα που υπάρχουν ανάμεσα σε σχολεία που έχουν πολλούς καπνιστές και σε σχολεία που έχουν λιγότερους μαθητές. Δείγμα αποτέλεσαν περίπου 2500 μαθητές από 43 σχολεία ηλικίας 13-15 ετών. Σε σχολεία με πολλούς καπνιστές οι καπνιστές ήταν μέλη ομάδων, ήταν πιο δημοφιλείς και η στάση (κυρίως μη καπνιστών κοριτσιών) ήταν υπέρ των αγοριών καπνιστών. Αντίθετα, σε σχολεία όπου το κάπνισμα δεν ήταν δημοφιλές οι καπνιστές ήταν απομονωμένοι ή σε ζευγάρια, λιγότερο δημοφιλείς και η στάση (κυρίως μη καπνιστών κοριτσιών) ήταν κατά των καπνιστών. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η δομή στις παρέες των συνομηλίκων και οι επιδράσεις αυτών, η δημοτικότητα των καπνιστών και οι απόψεις των κοριτσιών - μη καπνιστών θα μπορούσαν να αποτελέσουν εξήγηση για τις διαφορές των σχολείων ως προς το κάπνισμα.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα έρευνας των Alexander et al. (2001) σε δείγμα 2525 εφήβων 13-17 ετών. Μετά από προσαρμογή για ηλικία, φύλο, φυλή, σχολείο, και διαθεσιμότητα τσιγάρων στο σπίτι, ο κίνδυνος για κάπνισμα σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με την παρέα συνομηλίκων όπου 1 ή 2 φίλοι καπνίζουν, με σχολείο με μεγάλο ποσοστό καπνιστών, και με δημοτικότητα που σχετίζεται θετικά με το κάπνισμα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το σχολικό περιβάλλον είναι σημαντικό πεδίο στην κατανόηση του πως επηρεάζει η παρέα τις συνήθειες καπνίσματος των εφήβων.

Καλά αποτελέσματα είχε παρέμβαση στη Μ. Βρετανία (Audrey, Holliday, & Campbell, 2006) που βασιζόταν σε ένα πρόγραμμα ('peer supporters' for A Stop Smoking in Schools Trial - ASSIST), όπου τον κύριο ρόλο τον είχαν συμμαθητές που μετά από σύντομη ενημέρωση αναλάμβαναν να πείσουν, μέσα από μη τυπικές διαδικασίες διδασκαλίας, τους υπόλοιπους να μην ξεκινήσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα (peer-led

approach). Έγινε έρευνα από τους (Starkey, Moore, Campbell, Sidaway, & Bloor, 2005) πάνω στην παρέμβαση για το (MRC) Ιατρικό Συμβούλιο Ερευνών της Βρετανίας προκειμένου να εντοπιστούν τα στοιχεία που συνέβαλαν στην επιτυχία. Στην έρευνα πήραν μέρος 10730 μαθητές 11-15 ετών, 5481 στην παρέμβαση, ενώ άλλοι 5562 μαθητές χρησιμοποιήθηκαν σαν ομάδα ελέγχου. Στην 8^η τάξη (11-12 ετών) μαθητές εκπαιδεύονταν ώστε να προτρέψουν άλλους συμμαθητές τους να αποφύγουν το κάπνισμα. Μετά από 1 χρόνο εφαρμογής βρέθηκε ότι ο κίνδυνος να ξεκινήσουν το κάπνισμα μαθητές που περιστασιακά δοκίμασαν το κάπνισμα ήταν 18.2% χαμηλότερος στα σχολεία της παρέμβασης. Αυτά τα αποτελέσματα ελέγχθηκαν και επιβεβαιώθηκαν με εξέταση σάλιου. Από τις συνεντεύξεις βρέθηκε ότι οι μαθητές που είχαν ρόλο συμβούλου, προτιμούσαν να απευθύνονται σε φιλικά πρόσωπα και κυρίως σε άτομα που εκτιμούσαν ότι μπορούσαν να πείσουν παρά σε άτομα που τα θεωρούσαν «εθισμένα» στο κάπνισμα ή μέλη «κλίκας» καπνιστών. Βρέθηκε ακόμη ότι μαθητές που τους ζητήθηκε να παίξουν ρόλο «εκπαιδευτή συμμαθητών» ανταποκρίθηκαν με επιτυχία και πέρασαν ένα μήνυμα θετικής στάσης υγείας. Δεδομένης της σοβαρότητας του θέματος μια τέτοια προσέγγιση αξίζει την προσοχή όλων και ίσως αποδειχθεί ωφέλιμη και εφαρμόσιμη και σε άλλες συμπεριφορές.

Σε έρευνα του Prince, (1995) έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας σε παρέμβαση κατά του καπνίσματος όταν τον συντονιστικό ρόλο είχε συμμαθητής και όταν τον είχε ενήλικας. Σε δείγμα 93 μαθητών λυκείου έγιναν ομάδες όπου μαθητές είχαν τον κεντρικό ρόλο εκπαιδευτή και ομάδες όπου ενήλικας έκανε την ίδια παρέμβαση, επίσης ορίστηκε ομάδα ελέγχου που δεν έκανε κάποια παρέμβαση. Το πρόγραμμα περιλάμβανε έξι ωριαίες ενότητες- συνεδρίες. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι και οι δύο τρόποι εφαρμογής είχαν παρόμοια θετικά αποτελέσματα στη μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και σε ένα μήνα που έγινε επανα-μέτρηση οι ομάδες

παρέμβασης συνέχιζαν να έχουν μικρότερη κατανάλωση τσιγάρων από την ομάδα ελέγχου. Μαθητές που είχαν επαφή με λιγότερους καπνιστές στην καθημερινή τους ζωή, διατηρούσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό την ελάττωση ή διακοπή του καπνίσματος σε διάστημα 1 μήνα μετά το πρόγραμμα.

Το Project EX ενδο-σχολικό πρόγραμμα (Peer-led intervention) διακοπής καπνίσματος εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ για σειρά ετών από το 1998 και αξιολογήθηκε από τον Sussman και τους συνεργάτες του σε αρκετές μελέτες (Sussman, Dent, Stacy, & Craig, 1998; Sussman, Dent, & Lichtman, 2001a; Sussman, Lichtman, Ritt, & Pallonen, 1999; Sussman, Miyano, Rohrbach, Dent, & Sun, 2007). Σε δείγμα 335 μαθητών καπνιστών που δήλωσαν ότι θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, έγινε σύγκριση δύο παραλλαγών του ίδιου προγράμματος, απλό και με περισσότερες κοινωνικές δράσεις και ομάδα ελέγχου (S. Sussman, W. Dent, & L. Lichtman, 2001b). Η παρέμβαση 8 συναντήσεων σε 6 εβδομάδες περιλάμβανε πληροφόρηση, επικοινωνία, αυτό-αποτελεσματικότητα και ευχάριστες δραστηριότητες που κινητοποιούσαν κατά του καπνίσματος (παιχνίδια, talk show, γιόγκα, τεχνικές χαλάρωσης) με στόχο να αυξήσει τα ποσοστά των νέων που διακόπτουν το κάπνισμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 17% διέκοψαν επί 1 μήνα και για τις δύο παραλλαγές του Project EX έναντι 8% της ομάδας ελέγχου. Το πρόγραμμα είχε αύξηση των θετικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας και μείωση των αρνητικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας. Σε άλλη εργασία (Sussman et al., 2007) που εξετάζεται και μετά 1 χρόνο η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, σε δείγμα 1097 μαθητών παρατηρείται μείωση των καπνιστών κατά - 5.1% και - 7.6%, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια σχολική παρέμβαση (peer-led) μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα έρευνα των (Koumi & Tsiantis, 2001), 28 μαθητές διαμόρφωσαν ένα οπτικοακουστικό εκπαιδευτικό υλικό με βίντεο και ζωγραφική, βασισμένο στην

προσέγγιση της κοινωνικής επιρροής, που παρουσίασαν σε δείγμα 440 μαθητών ενώ άλλοι 217 μαθητές που δεν συμμετείχαν στο πρόγραμμα χρησίμευσαν σαν ομάδα ελέγχου, μέσης ηλικίας 13,8 ετών. Η παρέμβαση είχε 12 συναντήσεις σε 2 μήνες και έγινε στο σχολείο. Για να μετρηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος δόθηκε ερωτηματολόγιο πριν, μετά και σε 3 μήνες. Αμέσως μετά την παρέμβαση στην πειραματική ομάδα υπήρξε μείωση στο κάπνισμα και την πρόθεση να καπνίσουν σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ιδιαίτερα μεταξύ των μαθητών που ήδη κάπνιζαν ($p < ,001$) αλλά σε 3 μήνες μόνο οι διαφορές στις γνώσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος παρέμεναν στατιστικά σημαντικά αυξημένες ($p < ,001$), πράγμα που δεν παρατηρήθηκε στην ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα δείχνουν αφ ενός την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, αφ ετέρου βάζουν προβληματισμούς για την επιλογή των καταλληλότερων μέσων για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος στην Ελλάδα.

Προγράμματα παρέμβασης για το κάπνισμα που βασίζονται σε Δεξιότητες Ζωής

Οι δεξιότητες ζωής είναι σημαντικό κομμάτι σε πολλά προγράμματα προώθησης συμπεριφορών υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στην ιστοσελίδα του Εργαστηρίου ψυχολογίας της άσκησης του ΤΕΦΑΑ Π.Θ. (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 2003-2005) «Δεξιότητες ζωής είναι οι ικανότητες οι οποίες συμβάλλουν σε μια πετυχημένη, παραγωγική και γεμάτη ικανοποίηση ζωή. Οι δεξιότητες ζωής αποτελούν το σύνολο των στάσεων και συμπεριφορών που προσφέρουν στους ανθρώπους τη δυνατότητα να προσαρμόζονται με επιτυχία στις διάφορες καταστάσεις και να αντιμετωπίζουν με τον πλέον κατάλληλο τρόπο τις απαιτήσεις και προκλήσεις της καθημερινής ζωής». Δεξιότητες όπως αντίσταση στην κοινωνική πίεση, ικανότητα άρνησης, κοινωνικές δεξιότητες, ικανότητες διαχείρισης καταστάσεων, διαχείριση στρες,

είναι βασικές στη διαχείριση του προβλήματος του καπνίσματος. Από έρευνες καταδεικνύεται ότι οι δεξιότητες ζωής είναι οι πιο αποτελεσματικές δράσεις στα σχολικά προγράμματα πρόληψης εξάρτησης από ουσίες (World Health Organization - WHO, 1994).

Σε έρευνα των (Buhler, Schroder, & Silbereisen, 2007) εξετάστηκε κατά πόσο ένα πρόγραμμα γενικών στόχων υγείας είναι αποτελεσματικό μέσα από την άσκηση των δεξιοτήτων ζωής και αν αυτό μπορεί να βελτιώσει τις σχετικές συμπεριφορές. Σε δείγμα 643 μαθητών της 7^{ης}, οι 442 συμμετείχαν σε πρόγραμμα που βασιζόταν στις δεξιότητες ζωής και οι υπόλοιποι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα περιλάμβανε 8 μαθήματα γενικής εκπαίδευσης στις δεξιότητες ζωής (επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις, κριτική σκέψη, αυτό-επιβράβευση, λύση προβλημάτων, διαχείριση στρες και συναισθημάτων) και 4 μαθήματα γνώσεων σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και του αλκοόλ στην υγεία καθώς και την κοινωνική επιρροή και τη λειτουργία της διαφήμισης. Μετά από 12 εβδομάδες το κάπνισμα μειώθηκε στην ομάδα παρέμβασης από 3,5% σε 2,4% ενώ στην ομάδα ελέγχου αυξήθηκε από 3,7% σε 6,3% ($p < .05$). Όπως αναμενόταν το πρόγραμμα αύξησε τις γνώσεις των μαθητών για τις δεξιότητες ζωής και την εφαρμογή τους στην καθημερινή ζωή καθώς και το πώς αυτές ενισχύονται και απέτρεψε τους μαθητές από τη χρήση αλκοόλ και τσιγάρου. Πέρα από τις προσδοκίες ήταν ότι το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό όχι μόνο σε μη καπνιστές ή όσους πειραματίζονται με το κάπνισμα αλλά και για τους καπνιστές. Τα αποτελέσματα οδήγησαν τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι γνώσεις και διδασκαλία των δεξιοτήτων ζωής μπορούν να βελτιώσουν τις συμπεριφορές υγείας και πρέπει να περιλαμβάνονται στα προγράμματα παρέμβασης.

Σε δείγμα 1024 μαθητών μέσης ηλικίας 11,4 ετών από Αυστρία Δανία, Λουξεμβούργο και Γερμανία έγινε παρέμβαση πρόληψης καπνίσματος 21 μαθημάτων,

που βασιζόταν στις δεξιότητες ζωής. Επιπλέον 834 μαθητές, που δεν έκαναν το πρόγραμμα, χρησίμευσαν σαν ομάδα ελέγχου (Hanewinkel & Abhauer, 2004). Στόχος της παρέμβασης ήταν να προάγει βασικές κοινωνικές δεξιότητες, ικανότητες διαχείρισης καταστάσεων, αντίστασης στην κοινωνική πίεση για κάπνισμα, ικανότητα να λένε όχι. Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 4 μήνες και μοιράστηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια. Το πρόγραμμα δεν είχε επίπτωση στο ποσοστό των μαθητών που ήδη κάπνιζαν, και είχε ένα μικρό αποτέλεσμα στον πειραματισμό με το κάπνισμα. Το πρόγραμμα βελτίωσε τις γνώσεις για το κάπνισμα, τις κοινωνικές δεξιότητες και το κλίμα στην τάξη. Καμία επίπτωση δεν βρέθηκε να έχει στην αποδοχή του καπνίσματος από μη καπνιστές την στάση απέναντι στο κάπνισμα και τον αντιλαμβανόμενο κίνδυνο για την υγεία.

Οι ερευνητές κατέληξαν ότι και προγράμματα για σύντομο χρόνο μπορούν να βελτιώσουν παραμέτρους που θεωρούνται ότι προστατεύουν όσον αφορά την έναρξη του καπνίσματος. Τόσο οι μαθητές όσο και οι εκπαιδευτικοί δήλωσαν πολύ ευχαριστημένοι με την ιδέα και το υλικό του προγράμματος.

Από τα πιο γνωστά προγράμματα είναι το Αμερικανικό Life Skills Training program (LST), ένα σχολικό πρόγραμμα πρόληψης χρήσης ουσιών μεταξύ των οποίων και το τσιγάρο, που προτείνεται από πλήθος οργανισμών υγείας και εφαρμόστηκε ευρύτατα στην Αμερική. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος παρουσιάζεται ικανοποιητική σε αρκετές μελέτες (Zollinger et al., 2003) αλλά και αμφισβητείται από κάποιες άλλες (Gorman, 2005) καθώς κατά ύποπτο τρόπο χρηματοδοτείται εκτός από οργανισμούς υγείας και από δύο εταιρίες επεξεργασίας καπνού, οι οποίες μετά από την ανεξάρτητη αξιολόγηση του προγράμματος που έκαναν και η οποία έδειξε ότι δεν έχει την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα, συνέχισαν την χρηματοδότηση για την εφαρμογή του σε σχολεία της χώρας (Mandel et al., 2006).

Η Άσκηση απέναντι στο κάπνισμα

Οι θετικές επιδράσεις της άσκησης στην υγεία είναι γνωστές ήδη από την αρχαιότητα αλλά εδώ και αρκετούς αιώνες έχουμε έρευνες που το στηρίζουν. Ο Piaget (1956) υποστηρίζει τη θετική επίδραση της ψυχοκινητικής μάθησης στις διανοητικές λειτουργίες, η οποία θεωρείται ότι συνδέεται επίσης με καλύτερη σχολική επίδοση στα μαθηματικά (Brettschneider & Naul, 2004; Scheuer & Mitchell, 2003). Η άσκηση επίσης βελτιώνει την εικόνα του σώματος και την αυτοπεποίθηση. Η έρευνα «Trois Rivières» αφορούσε μαθητές δημοτικών σχολείων του Καναδά, (Shephard, 1997), και συνίστατο στην αύξηση των ωρών της Φυσικής Αγωγής σε 5 εβδομαδιαίως, απέδειξε βελτίωση της σχολικής επίδοσης των μαθητών.

Η άσκηση βελτιώνει την αερόβια ικανότητα (Michaud, Narring, Cauderay, & Cavadini, 1999) και μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων στην εφηβική ηλικία (Ramos, 2007). Οι Bailey, Faulkner και McKay (1996) διαπιστώνουν ότι η άσκηση συντελεί στην καλύτερη ανάπτυξη και σχηματισμό των οστών αλλά αποτελεί και προστατευτικό παράγοντα για μελλοντική οστεοπόρωση. Οι (Michauda, Narringa, Cauderaya, & Cavadinib, 1999) σε έρευνά τους διαπίστωσαν, ότι νέοι που ασκούσαν περισσότερες φορές την εβδομάδα φαινόταν σε σχέση με αυτούς που ασκούσαν το πολύ μια φορά εβδομαδιαίως πιο ικανοποιημένοι με την εξωτερική τους εμφάνιση, αλλά είχαν και καλύτερη άποψη για την υγεία τους. Οι (Röthlisberger & Seiler, 1999) σε διετή έρευνά τους που περιελάμβανε 300 μαθητές Λυκείου διαπίστωσαν θετική επίδραση της άσκησης στην ψυχική υγεία των μαθητών που ασκούσαν σε σχέση με αυτούς που δεν ασκούσαν.

Πολλές έρευνες εντοπίζουν θετική συσχέτιση μεταξύ άσκησης και υγιεινών συμπεριφορών καθώς και αρνητική συσχέτιση άσκησης και καπνίσματος (Bebetsos,

Chroni, & Theodorakis, 2002; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2002; Theodorakis et al., 2003)

Συμπερασματικά η άσκηση μόνο θετικές επιπτώσεις έχει στην υγεία του ανθρώπου, και κυρίως των εφήβων.

Παρέμβαση κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα γενικά

Για την Ελλάδα τα στοιχεία της EUROSTAT (2002) δείχνουν ότι το 34,7% του πληθυσμού καπνίζει καθημερινά ή περιστασιακά ποσοστό που είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο. Ένας στους δύο άνδρες και μία στις τέσσερις γυναίκες είναι καπνιστής.

Πίνακας 6. Συμπεριφορά καπνίσματος των Ελλήνων ανάλογα με το φύλο (EUROSTAT, 2002)

ΕΛΛΑΔΑ	% Καθημερινοί καπνιστές	% Περιστασιακοί καπνιστές	% Μη καπνιστές
Σύνολο	27.6	7.1	65.4
Άνδρες	40.8	8.7	50.5
Γυναίκες	15.6	5.6	78.8

Για τους νέους, τα στοιχεία είναι επίσης ανησυχητικά. Οι συγκεκριμένες μελέτες για την ηλικία των 15 ετών δείχνουν η μεν HBSC ότι το 2001-2002 το 13,5% των αγοριών και το 14,1% των κοριτσιών καπνίζει ενώ η GYTS για την ίδια περίοδο δίνει 16,3% των αγοριών και 9,5% των κοριτσιών.

Για το σχολικό πληθυσμό σε έρευνα βασισμένη στην (GYTS) για την Ελλάδα (Kyrlesli et al., 2007) βρέθηκε σε δείγμα 6,378 μαθητών ηλικίας 13 -15 ετών ότι το 32.1% (29.4 – 35.0) δήλωσε ότι δοκίμασε να καπνίσει στο παρελθόν και το 16.2% (14.3 – 18.4) ότι είναι εν ενεργεία καπνιστές. Το 89.8% (88.3 – 91.1) δήλωσε ότι καπνίζει παθητικά στο

σπίτι και το 94.1% (93.2 – 94.9) ότι καπνίζει παθητικά σε δημόσιους χώρους. Σχεδόν το σύνολο των μαθητών, 95% (89.5 – 97.7) δήλωσαν ότι μπορούν να αγοράσουν μόνοι τους τσιγάρα. Το πρόβλημα αναμένεται να επιδεινωθεί, καθώς απουσιάζουν τόσο μια αυστηρή αντικαπνιστική πολιτική, όσο και παρεμβάσεις για την πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος που να απευθύνονται σε αυτές τις ηλικίες.

Από την ελληνική πολιτεία, ψηφίστηκε σειρά νόμων για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Η νομοθεσία αφορά στο παθητικό κάπνισμα (απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και δημιουργία ειδικών χώρων για καπνιστές), επιβολή φόρων, απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων και προϊόντων καπνού, υποχρεωτική αναφορά των συνεπειών στο πακέτο σε εμφανές πλαίσιο κ.λ.π. Δυστυχώς η εφαρμογή είναι αποσπασματική και εν τέλει αναποτελεσματική και μικρό όφελος υπάρχει για τους πολίτες καθώς μια επίσκεψη σε ένα κέντρο διασκέδασης ή ένα καφενείο αποδεικνύει στον καθένα ότι η πραγματικότητα καθόλου δεν συμβαδίζει με τα μέτρα που ψηφίστηκαν.

Στην Ελλάδα υλοποιούνται κάποια προγράμματα ενημέρωσης από την πολιτεία (Υπουργείο Υγείας) που περιλαμβάνουν ενημερωτικές εκπομπές και σποτ στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο, διαλέξεις και αφίσες είναι κάποια από τα μέτρα που προσπαθούν να ευαισθητοποιήσουν το μεγάλο κοινό στο θέμα των συνεπειών του καπνίσματος με στόχο τόσο την μείωση και τη διακοπή όσο και την πρόληψη του καπνίσματος. Τα προγράμματα δεν γίνονται σε σταθερή βάση αλλά κατά περιόδους και επίσης με διάφορες αφορμές όπως η διενέργεια σχετικών συνεδρίων, η ημέρα κατά του καπνίσματος, ημέρα κατά του καρκίνου κ.λ.π.

Υπάρχουν περίπου 35 εξωτερικά ιατρεία σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα όπου γίνονται σοβαρές προσπάθειες για την διακοπή του καπνίσματος. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία σε 6 μήνες περίπου το 27% όσων απευθύνονται στο ιατρείο διακοπής

επιτυγχάνει να διακόψει (Πατάκα - Αργυροπούλου, 2007). Οι ειδικότητες των γιατρών που ασχολούνται με τη διακοπή είναι κύρια πνευμονολόγοι, αλλά και άλλων ειδικοτήτων όπως καρδιολόγοι, παθολόγοι, ψυχίατροι κ.λπ. Η αγωγή είναι θεραπευτική και υποστηρικτική ενώ από το 1996 υπάρχουν οι πρώτες θέσεις ομοφωνίας από την ΠΟΥ ενώ το 2002 και το 2007 ανακοινώθηκαν θέσεις αντιμετώπισης του καπνίσματος σε ασθενείς με νοσήματα του αναπνευστικού (Μιτρούσκα, 2007). Η αγωγή συνήθως αφορά στην εξάρτηση από τη νικοτίνη που αντιμετωπίζεται με χορήγηση υποκατάστατων (nicotine replacement and burporion) αλλά και ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, οδηγίες και έντυπο υλικό.

Σε επίπεδο σχολείου, τα προγράμματα αγωγής υγείας που εγκρίνονται από το ΥΠΕΠΘ αφορούν γενικότερα τις συμπεριφορές υγείας και μέσα σε αυτό το πλαίσιο εντάσσονται και δράσεις κατά του καπνίσματος. Τα προγράμματα επιδοτούνται ελάχιστα ή καθόλου και υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς των σχολείων που κάνουν κάποια σχετικά σεμινάρια ή ημερίδες ενημέρωσης. Δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα ή πλαίσιο για την μείωση του καπνίσματος στο σχολικό πληθυσμό, που να είναι ενταγμένο στο αναλυτικό πρόγραμμα (ΥΠΕΠΘ, 2007).

Στα πλαίσια των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με στόχο τον έλεγχο του καπνίσματος στο σχολικό πληθυσμό και όχι μόνο, το εργαστήριο Ψυχολογίας του ΤΕΦΑΑ Π.Θ. έχει δημιουργήσει εκπαιδευτικό υλικό και έχει εφαρμόσει τέτοια προγράμματα στο δημοτικό και το γυμνάσιο με στόχο την μείωση του καπνίσματος και την ενίσχυση της άσκησης με τίτλο «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι». Τα τελευταία χρόνια στο εργαστήριο γίνεται μια σοβαρή εργασία πάνω στα προγράμματα αγωγής υγείας με στόχο την ευαισθητοποίηση στο θέμα του καπνίσματος αλλά και τη διακοπή του καπνίσματος και την ενίσχυση της άσκησης. Ένα σύνολο ερευνητικών μελετών και προγραμμάτων έχει εκπονηθεί και συνεχίζει και η παρούσα παρέμβαση εντάσσεται σε αυτό το πλαίσιο

(Theodorakis et al., 2002, 2003; Βρακά, 2006; Δεσλή, 2007; Θεοδωράκης, et al., 2005; Θεοδωράκης, Γούδας et al., 2005; Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005). Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να συνεισφέρει σε αυτό το πλαίσιο να καλύψει το κενό που υπάρχει για την εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων στο λύκειο και ιδιαίτερα στην Α΄ τάξη, τόσο στον σχεδιασμό ανάλογων προγραμμάτων όσο και στη εφαρμογή τους στο δύσκολο περιβάλλον του λυκείου.

.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 146 μαθητές (58 αγόρια, 87 κορίτσια, 1 δεν δήλωσε το φύλο του), ηλικίας 16 ετών, μαθητές της Α΄ τάξης του λυκείου δύο δημόσιων σχολείων των Τρικάλων. Από αυτούς 64 μαθητές (20 αγόρια και 44 κορίτσια) από 3 τμήματα αποτελούσαν την πειραματική ομάδα. Οι υπόλοιποι 82 (38 αγόρια και 43 κορίτσια) ήταν μαθητές άλλου σχολείου και αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Η απόσταση ανάμεσα στα δύο σχολεία ήταν μεγάλη και έτσι ελαχιστοποιείται η πιθανότητα αλληλεπίδρασης σε θέματα καπνίσματος μεταξύ των ομάδων. Επιπλέον έγινε ενημέρωση στους διδάσκοντες του σχολείου να μην παρέχουν στην ομάδα ελέγχου κανένα ερέθισμα που να αφορά το κάπνισμα κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας.

Πίνακας 7: Μαθητές που συμμετέχουν στην έρευνα

	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
Πειραματική Ομάδα	N=20	N=44	N=64
Ομάδα Ελέγχου	N=38	N=43	N=82
Σύνολο	N=58	N=87	N=146

Στην έρευνα συμμετείχαν με ειδικό ερωτηματολόγιο ένας από τους δύο γονείς των μαθητών. Απάντησαν 144 γονείς αλλά μόνο οι 136 γονείς έδωσαν πλήρη στοιχεία και ταίριαζαν με τα παιδιά τους, 59 άνδρες και 77 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 44 ± 4.85

ετών. Για την στατιστική ανάλυση λήφθηκε υπόψη το ερωτηματολόγιο της τελικής μέτρησης.

Η πραγματοποίηση της Ερευνητικής Εργασίας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την υπ. αριθμ. 2/6-12-2006 συνεδρίαση και ανακοινώθηκε με την υπ. αριθμ. Πρωτ. 4/06-12-2006 επιστολή (Παράρτημα). Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε και πάρθηκε η έγγραφη συνέναιση (το έντυπο συγκατάθεσης επισυνάπτεται στον κατάλογο παραρτημάτων).

Όργανα Μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο 4 ερωτηματολογίων για το κάπνισμα και 3 για την άσκηση παρουσιασμένο σαν ενιαίο ερωτηματολόγιο 7 σελίδων. Όλα τα εργαλεία μέτρησης ήταν ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης, έχουν ελεγχθεί και είναι έγκυρα και αξιόπιστα. Τα ερωτηματολόγια έχουν χρησιμοποιηθεί και σε άλλες ανάλογες δημοσιευμένες έρευνες για τον ελληνικό πληθυσμό.; (Kosmidou & Theodorakis, 2007).

A) Ερωτηματολόγιο που αφορά την *αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος*. Οι ίδιες ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) και βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen et al., 2004). Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά («ναι»- «όχι»). Η 1^η ερώτηση διαχωρίζει τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η 2^η ερώτηση αξιολογεί τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η 3^η ερώτηση αξιολογεί τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4^η ερώτηση αξιολογεί τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η 5^η ερώτηση αξιολογεί τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές. Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη δύο ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν τα άτομα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας αλλά και την προηγούμενη μέρα.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τον αντίστοιχο αριθμό των τσιγάρων, με κωδικοποίηση για τον αριθμό όμοια με αυτήν που έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες (Hine, Tilleczek, Lewko, McKenzie-Richer, & Perreault, 2005; Mills, Stephens, & Wilkins, 1994).

B) Το ερωτηματολόγιο που βασίζεται στη *Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* των Ajzen και Fishbein (1973) ως προς τη συμπεριφορά καπνίσματος και έχει τροποποιηθεί για τον Ελληνικό πληθυσμό (Theodorakis, 1994; Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2003). Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί :

1) Τις *στάσεις ως προς το κάπνισμα*, με 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων και 7-βάθμια κλίμακα.

Η εισαγωγική πρόταση ήταν «το να καπνίσω για μένα είναι...» και στη συνέχεια υπήρχαν 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων με ενδιάμεση 7-βάθμια διαβάθμιση. Τα ζεύγη επιθέτων ήταν: καλό- κακό, ανόητο- έξυπνο, υγιεινό- ανθυγιεινό, χρήσιμο-άχρηστο, άσχημο- όμορφο, δυσάρεστο- ευχάριστο. Κατά την στατιστική ανάλυση έγινε αντιστροφή του 2ου, 5ου και 6^{ου} ζεύγους, ώστε οι μικρότερες τιμές να δηλώνουν περισσότερο αρνητική στάση προς το κάπνισμα.

2) Την *πρόθεση για κάπνισμα*, με 3 προτάσεις. Π.χ. Σκοπεύω να καπνίσω: Οι απαντήσεις δόθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα Likert: πιθανό- απίθανο, ναι – όχι, σωστό- λάθος. Μικρότερες τιμές δηλώνουν μικρότερη πρόθεση των συμμετεχόντων να καπνίσουν.

3) Τον *αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς* και πάλι με 3 προτάσεις. Π.χ. Για μένα το να καπνίσω είναι: εύκολο-δύσκολο, σωστό - λάθος, πιθανό – απίθανο. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα. Μικρότερα σκορ δηλώνουν χαμηλότερο αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς του καπνίσματος.

4) την *αυτό-ταυτότητα* με 4 προτάσεις και 7-βάθμια διαβάθμιση. Π.χ. Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να καπνίσει. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα: συμφωνώ- διαφωνώ.

Έγινε αντιστροφή της δεύτερης πρότασης ώστε μικρότερες τιμές να δηλώνουν ότι το κάπνισμα είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου.

5) το *κοινωνικό πρότυπο* με τρεις προτάσεις. Π.χ.: «Αν καπνίσω πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα...» Οι απαντήσεις δόθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα: πιθανό- απίθανο, θα διαφωνήσουν- θα συμφωνήσουν.

6) την *ενημέρωση* με τέσσερις προτάσεις: Π.χ. Πόσο ενημερωμένος / η θεωρείς ότι είσαι με το θέμα του καπνίσματος; Οι απαντήσεις δόθηκαν σε επταβάθμια κλίμακα και ζεύγη της μορφής: ελάχιστα- πάρα πολύ, συμφωνώ- διαφωνώ (Krosnick, Boninger, Chuang, Bernet, & Carnot, 1993; Theodorakis, 1994; Theodorakis et al., 2003)

Γ) Ερωτηματολόγιο αξιολογεί τις *γνώσεις* των μαθητών για τις συνέπειες του καπνίσματος, με 22 ερωτήσεις από τις οποίες οι 7 ερωτήσεις γενικών γνώσεων, 7 ερωτήσεις για το παθητικό κάπνισμα και 7 ερωτήσεις για τις σχέσεις νέων- καπνίσματος. Η απάντηση «το γνωρίζω» αντιστοιχούσε σε 1 βαθμό ενώ κάθε αρνητική απάντηση σε 0 βαθμούς. Ως τελικό σκορ υπολογίστηκε το άθροισμα των θετικών απαντήσεων. Υψηλότερο σκορ δηλώνει περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα (Θεοδωράκης, et al., 2005)

Δ). Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στην *Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* (Ajzen, 2002; Ajzen & Fishbein, 1973) για την άσκηση, και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες σχετικές έρευνες στον Ελληνικό πληθυσμό (Θεοδωράκης, et al., 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005; Μπεμπέτσος, 2000). Και αξιολογεί:

1). Τη *στάση απέναντι στην άσκηση* με 6 ζεύγη αρνητικών επιθέτων π.χ. Υγιεινό- ανθυγιεινό. Έγινε αντιστροφή του 2^{ου}, 5^{ου} και 6^{ου} ζεύγους, ώστε χαμηλή βαθμολογία να εκφράζει αρνητική στάση απέναντι στην άσκηση.

2) Την *προσωπική εμπλοκή με την άσκηση* με 3 προτάσεις και επτα-βάθμια κλίμακα. Δηλαδή αξιολογεί το κατά πόσο το άτομο πιστεύει ότι η άσκηση το αφορά.. Το ίδιο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε και σε έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005).

Ε). Για την *άσκηση* δόθηκε στην τελική μέτρηση και το ερωτηματολόγιο Ελεύθερου χρόνου (Godin & Shephard, 1985; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005) που εξετάζει την συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες και του ζητήθηκε να καταγράψει πόσες φορές την εβδομάδα συμμετέχει σε δραστηριότητες μικρής, μεσαίας και μεγάλης έντασης, να απαντήσει αν ασκείται συστηματικά με «ναι» ή «όχι» και να περιγράψει τι ακριβώς κάνει. Επίσης με δυο ερωτήσεις αξιολογεί πόσες φορές την εβδομάδα και πόση ώρα ασκείται κάθε φορά.

ΣΤ). Στην ομάδα παρέμβασης δόθηκε επιπλέον ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογεί την *αντιλαμβανόμενη εξειδίκευση της πηγής* σχετικά με το κάπνισμα και την άσκηση. Χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις που προτείνονται στην έρευνα του Rosen (2000). Δύο ερωτήσεις αφορούσαν αποκλειστικά το κάπνισμα, δύο αποκλειστικά την άσκηση και 2 ερωτήσεις αξιολογούσαν την πειστικότητα και την αξιοπιστία γενικά του Εργαστηρίου. Δηλαδή αξιολογούν κατά πόσο πιστεύει ο συμμετέχων ότι ο / η συντάκτης του κειμένου είναι καλά πληροφορημένος / η σχετικά με το κάπνισμα, είναι πειστικός / ή, κατά πόσο γνωρίζει πολλά σχετικά με το πώς μπορεί το κάπνισμα να επηρεάσει τον συμμετέχοντα και τέλος, κατά πόσο είναι αξιόπιστος / η. Οι απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις δόθηκαν σε 7-βάθμια κλίμακα (+3,-3). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε ελληνικό πληθυσμό (Κοσμίδου, 2007).

Τέλος, με 2 ερωτήσεις αξιολογείται η *αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα του τετραδίου (του μηνύματος)* για την αποτροπή από το κάπνισμα και με 2 ερωτήσεις αξιολογείται η *αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα* για την προτροπή για άσκηση.

Χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις που προτείνονται από τους Petty και Cacioppo (1986) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του μηνύματος. Οι ερωτήσεις ήταν οι ακόλουθες: α) Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το μήνυμα που διάβασες ήταν αποτελεσματικό; β) Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το μήνυμα αυτό σε έπεισε; Οι απαντήσεις δίνονταν σε 9-θμη κλίμακα: «1-καθόλου αποτελεσματικό, 9-πολύ αποτελεσματικό». Ανάλογες ερωτήσεις αφορούσαν την άσκηση. Ο μέσος όρος των τεσσάρων απαντήσεων αποτέλεσε τον παράγοντα «αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα του μηνύματος».

Z). Ερωτηματολόγια γονέων

Μοιράστηκε στους μαθητές για να το φέρουν την επομένη συμπληρωμένο από έναν από τους γονείς όποιον ήθελε. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην τελική μέτρηση ως ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο 3 σελίδων για τους γονείς είναι τα εξής:

1). Ερωτηματολόγιο αφορά την *αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος*. Οι ίδιες ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη και Χασάνδρα (2005) και βασιζόταν σε σχετικές ερωτήσεις διεθνών ερευνών (Sorensen, et al., 2004). Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν θετικά ή αρνητικά («ναι»- «όχι»). Η 1^η ερώτηση διαχωρίζει τα άτομα, σε εκείνα που έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα και σε αυτά που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν. Η 2^η ερώτηση αξιολογεί τα άτομα που υπήρξαν ή είναι συστηματικοί καπνιστές, η 3^η ερώτηση αξιολογεί τους εν ενεργεία καπνιστές, η 4^η ερώτηση αξιολογεί τους συστηματικούς εν ενεργεία καπνιστές και η 5^η ερώτηση αξιολογεί τους «βαρείς» («παθιασμένους») καπνιστές (heavy smokers).

Χρησιμοποιήθηκαν ακόμη 2 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν τα άτομα κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας αλλά και την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τον αντίστοιχο αριθμό των τσιγάρων, με κωδικοποίηση για τον αριθμό όμοια με αυτήν που έχει χρησιμοποιηθεί και

σε άλλες έρευνες (Hine, Tilleczek, Lewko, McKenzie-Richer & Perreault, 2005; Mills, Stephens & Wilkins, 1994). Η κωδικοποίηση είναι η ακόλουθη: κανένα, 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26 και πάνω.

2). Ερωτηματολόγιο σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 2002) ως προς την συμπεριφορά καπνίσματος, ίδιο με αυτό που δόθηκε στους μαθητές και αξιολογεί:

Τις στάσεις του γονέα ως προς το κάπνισμα, με 6 ζεύγη αντίθετων επιθέτων και οι απαντήσεις δόθηκαν σε επτα-βάθμια κλίμακα.

Την ενημέρωση με 4 προτάσεις και οι απαντήσεις δόθηκαν σε επτα-βάθμια κλίμακα.

Τις γνώσεις για το κάπνισμα. Τις γενικές γνώσεις για τις συνέπειες από το κάπνισμα με 8 προτάσεις, τις γνώσεις για το παθητικό κάπνισμα με 7 προτάσεις και τις γνώσεις για τους νέους και το κάπνισμα με 7 προτάσεις. Η απάντηση «το γνωρίζω» αντιστοιχούσε σε 1 βαθμό ενώ κάθε αρνητική απάντηση αντιστοιχούσε σε 0 βαθμούς. Ως τελικό σκορ υπολογίστηκε το άθροισμα των θετικών απαντήσεων. Υψηλότερο σκορ δηλώνει περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος.

Διαδικασία μέτρησης

Οι συμμετέχοντες ήταν όλοι μαθητές της Α' λυκείου δύο σχολείων των Τρικάλων. Τα 3 τμήματα του ενός σχολείου, 64 μαθητές, αποτέλεσαν την πειραματική ομάδα και 4 τμήματα, 82 μαθητές, του άλλου σχολείου την ομάδα ελέγχου. Ο χωρισμός με αυτό τον τρόπο συνέβαλλε στο να αποφευχθεί αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης τα δύο σχολεία βρίσκονταν σε αντίθετες περιοχές της πόλης και οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ήταν παρόμοιες (μαθητές που προέρχονταν τόσο από την πόλη όσο και από τα γύρω χωριά.)

Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν στην πρώτη μέρα ερωτηματολόγιο αρχικής μέτρησης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στις τάξεις. Μοιράστηκε ερωτηματολόγιο γονέων το οποίο ζητήθηκε να το φέρουν την επόμενη, συμπληρωμένο από ένα από τους δύο γονείς. Στη συνέχεια στην πειραματική ομάδα εφαρμόστηκε παρεμβατικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης κατά του καπνίσματος και διακοπής του και υπέρ της άσκησης, διάρκειας 10 εβδομάδων. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος παρέμβασης πραγματοποιήθηκε τελική μέτρηση και στις δύο ομάδες, για όλους τους παράγοντες που μετρήθηκαν στην αρχική μέτρηση, καθώς και ερωτηματολόγιο γονέων το οποίο ζητήθηκε να το φέρουν την επόμενη συμπληρωμένο από ένα από τους δύο γονείς. Στην ομάδα παρέμβασης δόθηκε επιπλέον ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του προγράμματος παρέμβασης. Επιπλέον ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς του σχολείου να μην παρέχουν στην ομάδα ελέγχου κανένα ερέθισμα που να αφορά το κάπνισμα κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας.

Πρόγραμμα Παρέμβασης

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε στα πλαίσια ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας με τον ίδιο τίτλο. Χρειάστηκαν 10 διδακτικές ώρες για κάθε τμήμα και περίπου το ένα τρίτο καλύφθηκαν από ώρες απουσίας καθηγητών, μία ώρα σαν πρακτικό μάθημα φυσικής αγωγής στη ώρα της φυσικής αγωγής και το υπόλοιπο σε ώρες άλλων μαθημάτων, κυρίως αγγλικών, θρησκευτικών και τεχνολογίας, μετά από συνεννόηση με τους εκπαιδευτικούς και τον διευθυντή του σχολείου. Επιπλέον σε ένα μάθημα των νέων Ελληνικών αντί άλλου θέματος έκθεσης δόθηκε Δράση- κείμενο από το τετράδιο του μαθητή.

Με βάση το τετράδιο του μαθητή για το γυμνάσιο «ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ, ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ» που δημιουργήθηκε από το εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής, του ΤΕΦΑΑ Π.Θ.,(Θεοδωράκης, et al., 2005) δημιουργήθηκε το

τετράδιο του μαθητή για το Λύκειο «ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ, ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ» (Θεοδωράκης et al., 2007). Όλοι οι συμμετέχοντες μαθητές, πήραν το τετράδιο του μαθητή, που αποτέλεσε τον οδηγό για την εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης.

Επειδή από την πείρα μας ξέρουμε ότι δημιουργούνται προβλήματα στο να θυμούνται και να φέρνουν το τετράδιο στην τάξη, αποφασίστηκε τα τετράδια να μένουν στο σχολείο και να μοιράζονται στην αρχή της κάθε συνάντησης και να ξαναμαζεύονται από την ερευνήτρια στο τέλος. Οι μαθητές έκαναν τις ασκήσεις, έγραψαν και εκφράστηκαν στο τετράδιο και στο τέλος της παρέμβασης το πήραν στο σπίτι.

Το τετράδιο περιλαμβάνει 10 ενότητες που στοχεύουν στην ενημέρωση ευαισθητοποίηση και δραστηριοποίηση των μαθητών στο θέμα του καπνίσματος αλλά και τη διδασκαλία δεξιοτήτων ζωής, και μία ενότητα για διακοπή καπνίσματος μια και σε αυτή την ηλικία ένα ποσοστό των μαθητών ήδη καπνίζει. Κάθε ενότητα είναι σχεδιασμένη να διαρκεί μία διδακτική ώρα και είναι δομημένη σε τέσσερις υπο-ενότητες. 1) Παροχή πληροφοριών, 2) Δράση στην τάξη, 3) Συζήτηση - Το μήνυμα της ημέρας 4) δραστηριότητα για αργότερα- προτάσεις

Αναλυτικά, οι 10 ενότητες περιλαμβάνουν:

1. Εισαγωγή παρουσίαση του προγράμματος, αρχική μέτρηση
2. Επιπτώσεις του καπνού στο σώμα (τι είναι ο καπνός του τσιγάρου, στατιστικά στοιχεία)
3. Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι (τι είναι η άσκηση, γιατί είναι σημαντική)
4. Το ταξίδι του καπνού στο σώμα, γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν
5. Νέοι και κάπνισμα (Εφηβεία και κάπνισμα, διαφήμιση)
6. Πώς να αντιστέκομαι στην πίεση των άλλων (πως λέω όχι στο τσιγάρο)
7. Οι στόχοι μου για το κάπνισμα (μαθαίνω να βάζω στόχους, μαθαίνω να ξεπερνάω τα εμπόδια)

8. Οι στόχοι μου για την άσκηση (πρακτικό μάθημα φυσικής αγωγής)
9. Δεν καπνίζω πια (Πως κόβεται το κάπνισμα, τεχνικές που βοηθούν)
10. Τελική αξιολόγηση , οργάνωση εκδήλωσης

Στο τετράδιο δόθηκε έμφαση στις δράσεις που γίνονται στο χώρο του σχολείου, μια και στο λύκειο οι υποχρεώσεις των μαθητών είναι περισσότερες, αλλά και στην εμπλοκή γονέων και φίλων στο πρόγραμμα, μέσα από δράσεις που ζητούν τη συμβολή τους. Οι μαθητές σχημάτισαν με ελεύθερη επιλογή ομάδες των 4-5 ατόμων και εργάστηκαν ομαδικά σχεδόν στο σύνολο των δράσεων της παρέμβασης.

Σε όλες τις ενότητες η κατανομή του χρόνου ήταν η ακόλουθη:

- Παροχή των πληροφοριών της ημέρας σε μορφή διάλεξης από την ερευνήτρια με τη βοήθεια διαφανοσκοπίου.(10' - 12')
- Συζήτηση και εκτέλεση των προβλεπόμενων δράσεων κάθε ενότητας στις ομάδες. (10')
- Συζήτηση και παρουσίαση των δράσεων κάθε ομάδας στην τάξη. Και χρόνος για σχόλια , αναφορές, προτάσεις κ.λ.π. (10' - 12')
- Το μήνυμα της ημέρας. Τις περισσότερες φορές γραμμένο σε μεγάλα χαρτόνια. (8'-10')

Παρατήρηση: Οι χρόνοι είναι ενδεικτικοί και ανάλογα με το θέμα της ενότητας κατανεμήθηκαν με μικρές διαφορές. Π.χ. στην ενότητα 5, διαφήμιση, η συζήτηση κράτησε παραπάνω και σε όλα τα τμήματα εξαντλήσαμε και το διάλειμμα.

Κεντρικό σημείο του όλου προγράμματος αποτέλεσε η καταγραφή μηνυμάτων στο τετράδιο του μαθητή σε κάθε ενότητα, αλλά και η ανάρτηση αυτών σε πίνακες ανακοινώσεων των τάξεων σε μορφή πόστερ. Επίσης δραματοποίηση και παιχνίδια ρόλων, αλλά και συζήτηση στις ομάδες και την τάξη, που σε αυτή την ηλικία είναι ουσιαστική. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος η ομάδα παρέμβασης πραγματοποίησε εκδήλωση παρουσίασης του προγράμματος στο σχολείο από τους ίδιους

τους μαθητές, στα πλαίσια των εκδηλώσεων που προβλέπονται για τα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 11.

Αρχικά έγινε ανάλυση εσωτερικής συνοχής (Scale reliability analysis) για τις ερωτήσεις κάθε μεταβλητής που εξετάστηκε. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση crosstabulation για να περιγραφούν οι συνήθειες καπνίσματος των συμμετεχόντων μαθητών και των γονέων τους. Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα one-way ANOVA για να ελεγχθούν οι αρχικές διαφορές στις συνήθειες καπνίσματος μεταξύ των ομάδων και μεταξύ των δύο φύλων.

Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης 2 X 2 (ομάδα X μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures) στον τελευταίο παράγοντα χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ και εντός των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν: η στάση απέναντι στο κάπνισμα, η πρόθεση να καπνίσουν, ο αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος, η αυτό-ταυτότητα, το κοινωνικό πρότυπο, η ενημέρωση και οι γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος.

Για να ελεγχθούν οι διαφορές στις γνώσεις των δύο ομάδων μεταξύ των δύο μετρήσεων έγινε ανάλυση διακύμανσης 2 X 2 (ομάδα X μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures) στον τελευταίο παράγοντα. Για να ελεγχθεί αν οι γνώσεις σχετίζονται με τις στάσεις απέναντι στο κάπνισμα έγινε μη παραμετρική ανάλυση συσχετίσεων Pearson Correlation.

Ακόμη μία πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης 2 X 2 (ομάδα X μέτρηση) με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (repeated measures) στον τελευταίο παράγοντα,

χρησιμοποιήθηκε για να ερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ και εντός των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση με εξαρτημένες μεταβλητές τις στάσεις απέναντι στην άσκηση και την προσωπική εμπλοκή με την άσκηση.

Για να προσδιοριστούν διαφορές μεταξύ μαθητών που έχουν γονέα καπνιστή και αυτών που δεν έχουν στη στάση απέναντι στο κάπνισμα, την πρόθεση, το κοινωνικό πρότυπο, τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, τις γνώσεις και την ενημέρωση, έγινε ανάλυση one-way ANOVA. Επίσης έγινε μη παραμετρική ανάλυση συσχετίσεων Pearson Correlation για να ελεγχθεί αν οι συνήθειες καπνίσματος των γονέων σχετίζονται με τις στάσεις τις προθέσεις και τις συνήθειες καπνίσματος των μαθητών.

Τέλος η αξιολόγηση της πηγής πληροφόρησης και του τετραδίου από τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης περιγράφεται με περιγραφική στατιστική ανάλυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανάλυση εσωτερικής συνοχής

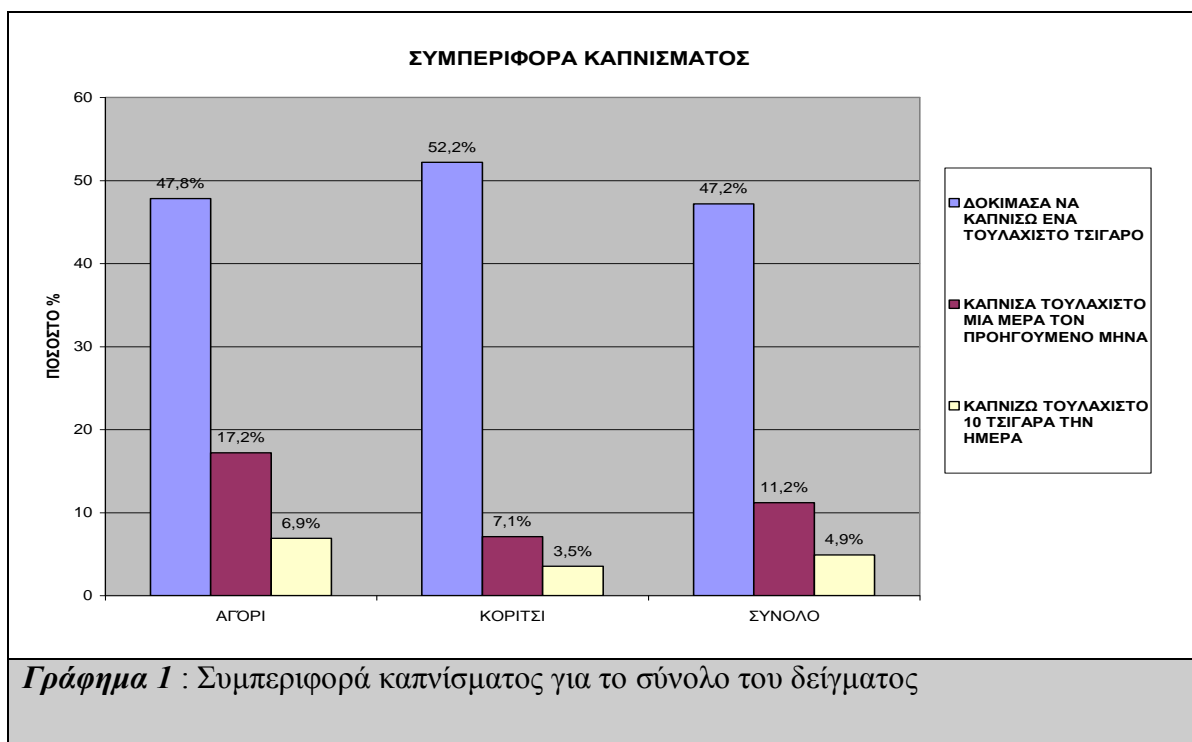
Έγινε ανάλυση εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων κάθε μεταβλητής με το δείκτη α του Cronbach. Στον πίνακα 8 φαίνονται οι δείκτες συνοχής για τις μεταβλητές: στάση, πρόθεση, αντιλαμβανόμενο έλεγχο της συμπεριφοράς, αυτό-ταυτότητα, κοινωνικό πρότυπο, ενημέρωση, συνήθειες καπνίσματος και στάση απέναντι στην άσκηση και προσωπική εμπλοκή με την άσκηση που περιλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια στην αρχική και τελική μέτρηση. Για τη μεταβλητή κοινωνικό πρότυπο κρίθηκε σκόπιμο να αφαιρεθεί η 3^η ερώτηση: «Γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα, θέλουν», γιατί δημιουργούσε προβλήματα συνοχής τόσο στην αρχική $\alpha=.50$, όσο και την τελική μέτρηση $\alpha=.19$ αλλά και γιατί σε αντίθεση με τις άλλες δύο ερωτήσεις δεν αναφερόταν στο κάπνισμα αλλά ήταν πιο γενική.

Πίνακας 8 : Δείκτης α του Cronbach. για αρχική και τελική μέτρηση

Μεταβλητή	Δείκτης α του Cronbach.	
	Αρχική Μέτρηση	Τελική Μέτρηση
<i>στάση ως προς το κάπνισμα</i>	.76	.80
<i>Πρόθεση</i>	.87	.89
<i>αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς</i>	.88	.85
<i>αυτό-ταυτότητα</i>	.88	.88
<i>κοινωνικό πρότυπο</i>	.60	.70
<i>Ενημέρωση</i>	.80	.77
<i>στάση απέναντι στην άσκηση</i>	.91	.88
<i>προσωπική εμπλοκή με την άσκηση</i>	.90	.89
<i>Συνήθειες καπνίσματος</i>	.95	.97

Περιγραφική στατιστική για τις συνήθειες καπνίσματος

Οι μαθητές δήλωσαν τις συνήθειες καπνίσματος και στις δύο μετρήσεις. Λίγο λιγότεροι από τους μισούς μαθητές, 47,2% είχαν ήδη δοκιμάσει το πρώτο τους τσιγάρο. Τα αγόρια δηλώνουν ότι δοκίμασαν να καπνίσουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα κορίτσια (47,8% έναντι 41,2%) στην αρχική μέτρηση ενώ στην τελική τα αγόρια δηλώνουν ότι δοκίμασαν σε μικρότερο ποσοστό 47,0% έναντι 53,0% των κοριτσιών. Το 9,1% των μαθητών δήλωσαν ότι καπνίζουν συστηματικά (απάντησαν θετικά στην ερώτηση: Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα;) και αν το εξετάσουμε ανά φύλο το 13,8% των αγοριών απάντησαν θετικά έναντι του 5,9% των κοριτσιών. Οι δύο ομάδες έχουν ποσοστά συστηματικών καπνιστών που δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (7,8% η πειραματική και 9,9% η ομάδα ελέγχου). Το 4,8% των μαθητών δήλωσε ότι κάπνιζε περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά, και ήταν στη συντριπτική τους πλειοψηφία αγόρια (94,0% έναντι 6,0% των κοριτσιών, (Γράφημα 1).



Στον Πίνακα 9 φαίνονται τα ποσοστά για τη συμπεριφορά καπνίσματος πριν και μετά την παρέμβαση στις δύο ομάδες. Σύμφωνα με την ανάλυση διακύμανσης, και στις δύο ομάδες ο πειραματισμός με το κάπνισμα είχε ψηλά σκορ, με την πειραματική ομάδα να δηλώνει ότι πειραματίζεται λιγότερο στην αρχική μέτρηση. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντική διαφορά στον πειραματισμό με το κάπνισμα $F_{1,142}=1,14$ $p>,05$ μεταξύ πειραματικής ομάδας ($MO=0,43$, $SD=0,50$) και ομάδας ελέγχου ($MO=0,52 \pm 0,50$) ούτε και στο συστηματικό κάπνισμα $F_{1,143}=0,32$ $p>,05$ με την πειραματική ομάδα να έχει χαμηλότερο σκορ ($MO=0,09 \pm 0,29$) από την ομάδα ελέγχου ($MO=0,12 \pm 0,33$).

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στον πειραματισμό με το κάπνισμα ούτε στην αρχική $F_{1,140}=3,09$ $p>,05$ ούτε στην τελική μέτρηση $F_{1,141}=2,56$ $p>,05$, αλλά βρέθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στο συστηματικό κάπνισμα $F_{1,141}=3,638$ $p=,058$ με τα αγόρια να καπνίζουν περισσότερο ($MO=0,17 \pm 0,38$) και τα κορίτσια λιγότερο ($MO=0,07 \pm 0,26$).

Πίνακας 9: Ποσοστά μαθητών –καπνιστών (Συμπεριφορά καπνίσματος) πριν και μετά την παρέμβαση

	Πειραματική Ομάδα		Ομάδα ελέγχου	
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
Πειραματισμός με το κάπνισμα: Έχεις δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και ένα τσιγάρο	42,9%	48,4%	51,9%	43,8%
Συστηματικό κάπνισμα: Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του τελευταίου μήνα	9,4%	10,9%	12,3%	12,5%
Βαρύ κάπνισμα: Καπνίζει πάνω από 10 τσιγάρα ημερησίως	3,1%	3,1%	6,2%	7,5%

Αποτελέσματα παρέμβασης στις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Στον Πίνακα 10 φαίνονται οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις στις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση. Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης βρέθηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, παρέμβασης και ελέγχου, στην αρχική μέτρηση (Hotelling's trace=.793, $p>.05$).

Πίνακας 10: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις (ΜΟ±ΤΑ) στις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τις γνώσεις των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση.

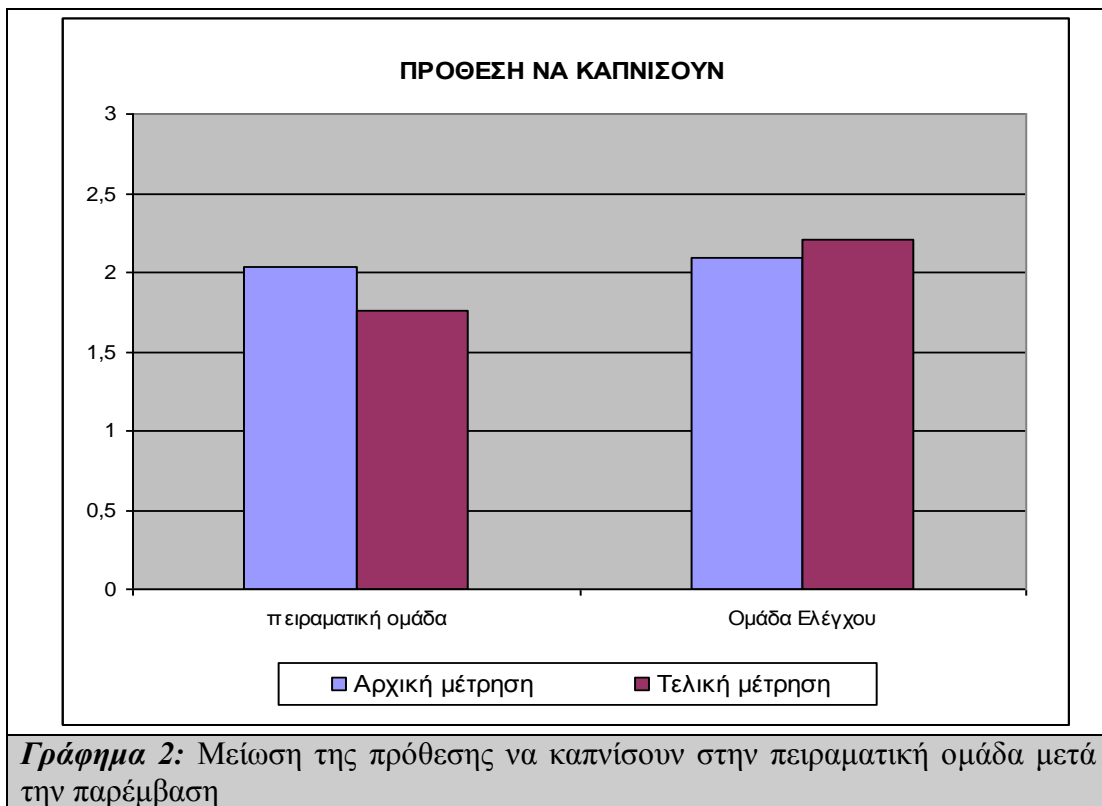
Μεταβλητές	Ομάδα παρέμβασης		Ομάδα ελέγχου	
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
Στάσεις	1,68±0,63	1,67±,80	1,72 ±0,89	1,78 ±1,12
Πρόθεση	2,04±1,38	1,76±1,06.*	2,10 ±1,61	2,20 ±1,64
Αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος της συμπεριφοράς	2.54±1,61	2.48±1.52	2.52±1.74	2.46±1.76
Αυτό-ταυτότητα	2,46±1,61	2,21±1,42*	2,29 ±1,62	2,37 ±1,63
Κοινωνικό πρότυπο	6,33±1,07	6,22±1,30	6,06 ±1,47	6,42 ±1,26
Αντιλαμβανόμενη ενημέρωση	4,86±1,20	5,55±0,93**	4,75±1,13	4,78±1,19
Γνώσεις	15,31±3,23	19,31±3,25**	15,55±3,43	15,85±3,13

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

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις βρέθηκε σημαντική κύρια επίδραση της μέτρησης (Hotelling's trace=0,099, $F_{1,141}=2,241$, $p<.05$, $\eta^2=.09$), αλλά όχι της ομάδας (Hotelling's trace=0,092, $F_{1,141}=2,079$, $p>.05$). Βρέθηκε ακόμη σημαντική αλληλεπίδραση ομάδα επί μέτρηση (Hotelling's trace=0,179, $F_{1,141}=4,066$, $p>.05$, $\eta^2=.15$).

Από τα μονομεταβλητά τεστ βρέθηκε ότι όσον αφορά στις *στάσεις* απέναντι στο κάπνισμα δεν ήταν σημαντική η κύρια επίδραση ούτε της μέτρησης ($F_{1,141}=0,08$, $p>,05$), ούτε της ομάδας ($F_{1,141}=0,31$, $p>,05$) αλλά ούτε και η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=0,22$, $p>,05$). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 10, τα σκορ και στις δύο ομάδες και στις δύο μετρήσεις ήταν χαμηλά.

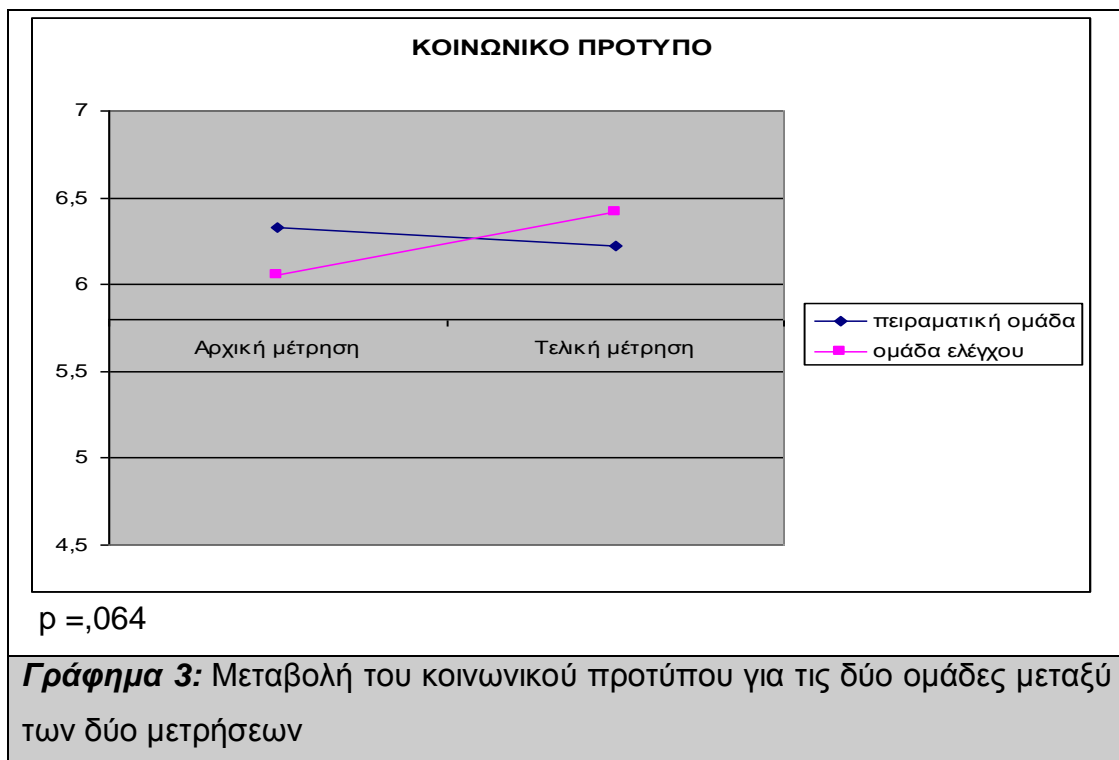
Όσον αφορά την *πρόθεση*, δεν ήταν σημαντικές οι κύριες επιδράσεις ούτε για τη μέτρηση ($F_{1,141}=0,73$, $p>,05$), αλλά ούτε και την ομάδα ($F_{1,141}=1,25$, $p>,05$), ενώ η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση πλησίασε αλλά δεν έφτασε το επίπεδο σημαντικότητας ($F_{1,141}=3,65$, $p=,058$, $\eta^2=.025$). Όπως φαίνεται στο Γράφημα 2, η πρόθεση για κάπνισμα μειώθηκε στην πειραματική ομάδα, αλλά οι διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($F_{1,141}=3,04$, $p=,086$, $\eta^2=.046$). Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου η πρόθεση για κάπνισμα παρέμεινε σχεδόν στα ίδια επίπεδα (Πίνακας 10).



Όσον αφορά τον αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο της συμπεριφοράς, δεν βρέθηκαν σημαντικές κύριες επιδράσεις ούτε για τη μέτρηση ($F_{1,141}=0,01, p>,05$), ούτε για την ομάδα ($F_{1,141}=0,01, p>,05$), αλλά ούτε και σημαντική η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=0,31, p>,05$). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 και οι δύο ομάδες είχαν περίπου τα ίδια μέτρια σκορ και στις δύο μετρήσεις.

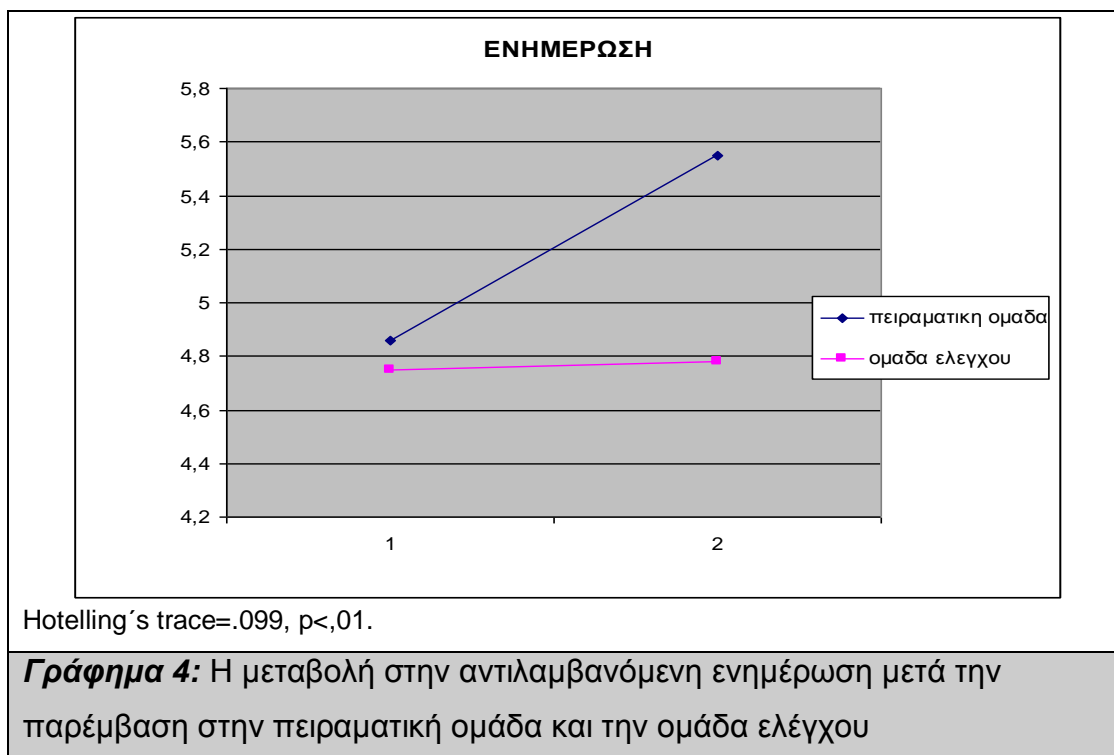
Αλλά ούτε και για την αυτό-ταντότητα βρέθηκαν σημαντικές κύριες επιδράσεις για τη μέτρηση ($F_{1,141}=0,83, p>,05$), για την ομάδα ($F_{1,141}=0,01, p>,05$) ή σημαντική αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=2,85, p>,05$). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 10 και οι δύο ομάδες είχαν περίπου τα ίδια μέτρια σκορ και στις δύο μετρήσεις.

Για το κοινωνικό πρότυπο, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές κύριες επιδράσεις για τη μέτρηση ($F_{1,141}=1,00, p>,05$) και την ομάδα ($F_{1,141}=0,04, p>,05$), αλλά σημειώθηκε οριακά σημαντική αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=3,50, p=,064, \eta^2=,024$).



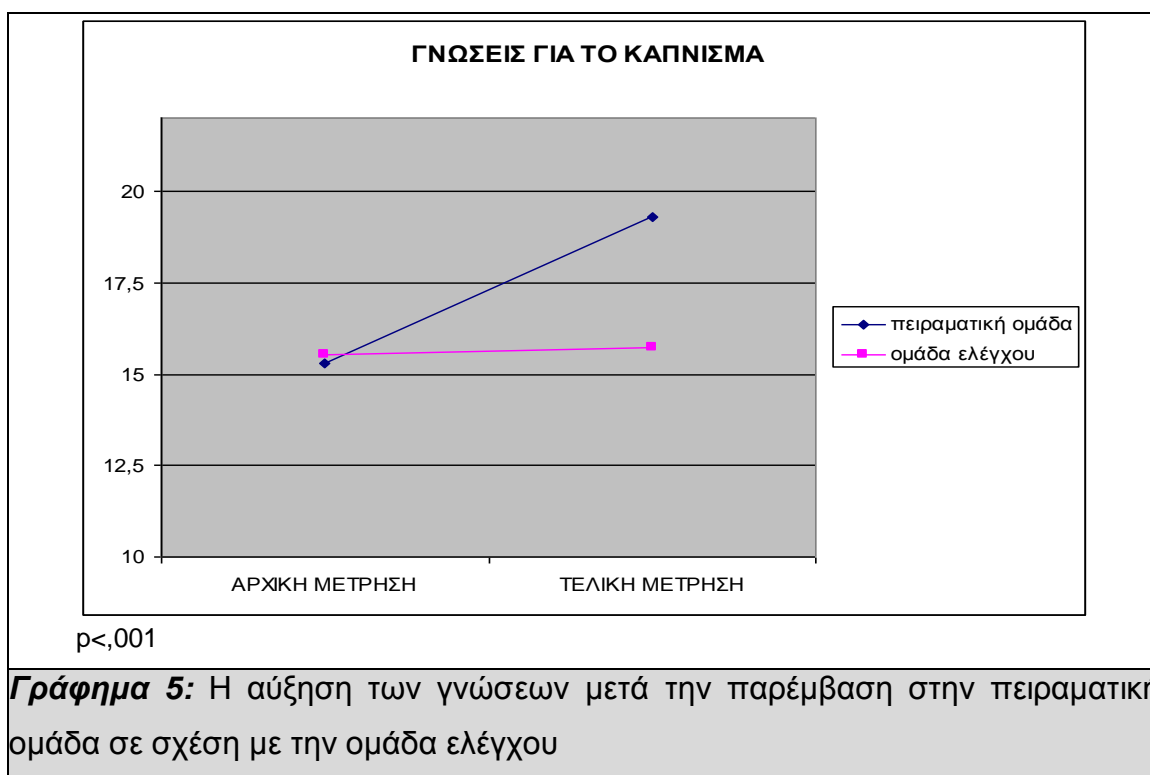
Από τον Πίνακα 10 φαίνεται ότι και οι δύο ομάδες είχαν υψηλά σκορ, για το κοινωνικό πρότυπο, κάτι που σημαίνει ότι επηρεάζονται σε υψηλό βαθμό από αυτό στην απόφασή τους να καπνίσουν. Στο Γράφημα 3 φαίνεται ότι η πορεία του σκορ στις δύο ομάδες μεταξύ των δύο μετρήσεων, ήταν διαφορετική, με την πειραματική ομάδα να παρουσιάζει μικρή μείωση και την ομάδα ελέγχου να παρουσιάζει μικρή αύξηση.

Στατιστικά σημαντική ήταν η κύρια επίδραση της μέτρησης ($F_{1,141}=10,78, p<,01, \eta^2=,071$) και της ομάδας ($F_{1,141}=8,01, p<,01, \eta^2=,054$), για την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση. Στατιστικά σημαντική ήταν ακόμη και η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση για την ίδια μεταβλητή ($F_{1,141}=9,25, p<,01, \eta^2=,062$). Από τις post-hoc αναλύσεις φάνηκε σημαντική αύξηση της αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης μόνο στην πειραματική ομάδα ($F_{1,141}=9,25, p<,01, \eta^2=,232$) και όχι στην ομάδα ελέγχου ($F_{1,141}=0,86, p>,05$, Γράφημα 4, Πίνακας 10).



Αποτελέσματα παρέμβασης στις γνώσεις για το κάπνισμα

Στατιστικά σημαντική ήταν τόσο η κύρια επίδραση της μέτρησης ($F_{1,141}=44,73$, $p<,001$, $\eta^2=,240$) και της ομάδας ($F_{1,141}=13,40$, $p<,001$, $\eta^2=,086$), όσο και η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=32,71$, $p<,001$, $\eta^2=,187$) για τις γνώσεις. Στον Πίνακα 10 φαίνεται ότι στην αρχική μέτρηση και οι δύο ομάδες είχαν περίπου το ίδιο μέτριο σκορ. Σύμφωνα με το Γράφημα 5, οι γνώσεις της πειραματικής ομάδας βελτιώθηκαν, ενώ της ομάδας ελέγχου παρέμειναν στα ίδια επίπεδα.

*Αποτελέσματα παρέμβασης τις στάσεις και την εμπλοκή με την άσκηση*

Για την ενεργή συμμετοχή σε κάποιο είδος άσκησης, πέρα από το σχολικό πρόγραμμα, οι μαθητές δήλωσαν στην τελική μέτρηση αν ασκούνται, πόσο και με τι. Για την άσκηση το 17% δηλώνει ότι δεν κάνει καθόλου ήπια, μέτρια ή έντονη άσκηση, και το 50% ότι κάνει λιγότερες από 2 φορές την εβδομάδα οποιαδήποτε ήπια ή έντονη άσκηση. Για το είδος της άσκησης που κάνει στο σύνολο των μαθητών το 27,9% δηλώνει ότι δεν

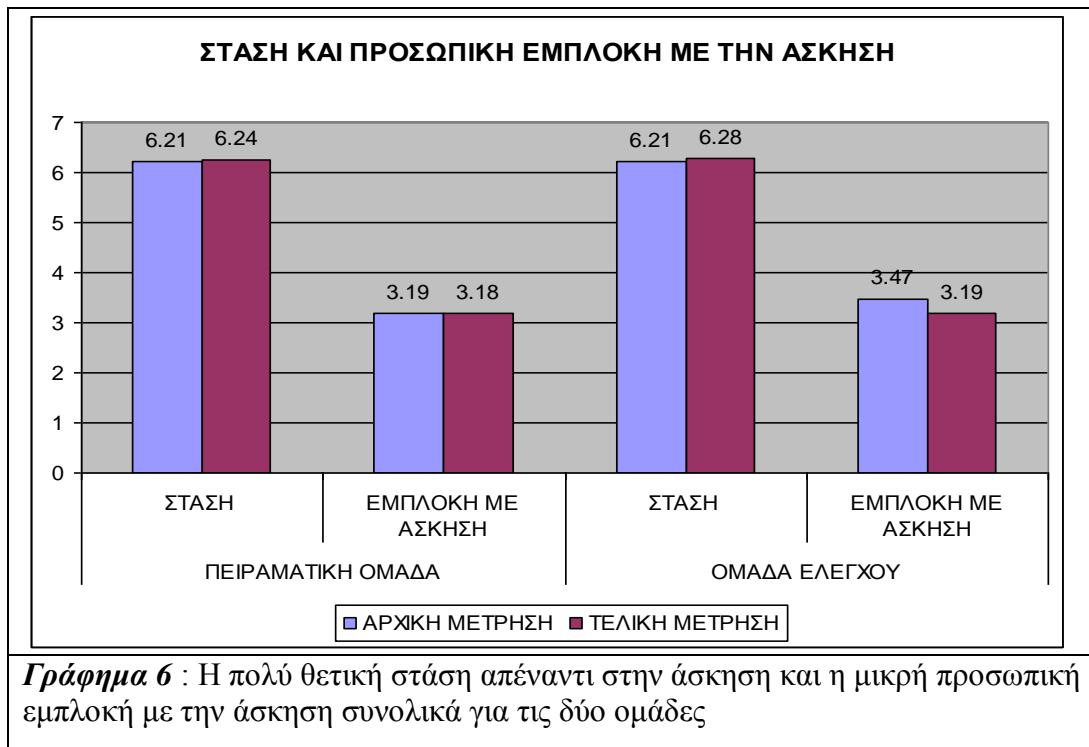
κάνει τίποτα απολύτως και το 25,5% περιγράφει σαν άσκηση την καθημερινή κίνηση όπως το περπάτημα για το σχολείο ή τα ψώνια. Ο στίβος με 6,7%, το ποδόσφαιρο με 4,8% το γυμναστήριο 4,2% το βόλεϊ 3,6% και το μπάσκετ 3,0% είναι οι πιο δημοφιλείς τρόποι άσκησης των εφήβων (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Είδος άσκησης που κάνουν οι έφηβοι στον ελεύθερο χρόνο τους

Είδος άσκησης	N	Ποσοστό %
Τίποτα	46	27,9
Κίνηση	42	25,5
Στίβος	11	6,7
Ποδόσφαιρο	8	4,8
Γυμναστήριο	7	4,2
Βόλεϊ	6	3,6
Μπάσκετ	5	3,0
Κολύμβηση	3	1,8
Παραδοσιακοί χοροί	3	1,8
Ποδηλασία	2	1,2
Πάλη	2	1,2
Τένις	1	,6
Καράτε	2	1,2
Δεν απαντά	27	16,4
Σύνολο	146	100

Οι μαθητές δηλώνουν σε ποσοστό 41,4% ότι συμμετέχουν λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα σε κάποιου είδους άσκηση και σε 47,7% για διάστημα μικρότερο από 1 ώρα. Το 69,8% των μαθητών δεν δηλώνει ότι συμμετέχει σε κάποια αθλητική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο του.

Η στάση απέναντι στην άσκηση ήταν πολύ θετική και στις δύο ομάδες ($MO = 6,21 \pm 1,22$ για την πειραματική και $MO = 6,20 \pm 1,19$ για την ομάδα ελέγχου) σε αντίθεση με την προσωπική εμπλοκή με την άσκηση που ήταν πολύ χαμηλή και για τις δύο ομάδες ($MO = 3,19 \pm 1,50$ και $MO = 3,47, \pm 1,46$ αντίστοιχα Γράφημα 6).



Από την πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις δεν βρέθηκε σημαντική κύρια επίδραση ούτε της μέτρησης (Hotelling's trace=0,015, $F_{1,141}=1,073$, $p>,05$), ούτε της ομάδας (Hotelling's trace=0,004, $F_{1,141}=0,258$, $p>,05$), αλλά ούτε και σημαντική αλληλεπίδραση ομάδα επί μέτρηση (Hotelling's trace=0,011, $F_{1,141}=0,746$, $p>,05$).

Στα μονομεταβλητά τεστ, για την *στάση απέναντι στην άσκηση*, δεν βρέθηκαν σημαντικές κύριες επιδράσεις ούτε για τη μέτρηση ($F_{1,141}=0,296$, $p>,05$), ούτε για την ομάδα ($F_{1,141}=0,008$, $p>,05$), αλλά ούτε και σημαντική η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση ($F_{1,141}=0,071$, $p>,05$). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 11 και οι δύο ομάδες είχαν περίπου τα ίδια ψηλά σκορ και στις δύο μετρήσεις.

Όσον αφορά την *προσωπική εμπλοκή με την άσκηση*, δεν βρέθηκαν σημαντικές κύριες επιδράσεις ούτε για τη μέτρηση ($F_{1,141}=1,073$, $p>,05$), ούτε για την ομάδα ($F_{1,141}=0,258$, $p>,05$), αλλά ούτε και σημαντική η αλληλεπίδραση ομάδα X μέτρηση

($F_{1,141}=0,746, p>,05$). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 11 και οι δύο ομάδες είχαν περίπου τα ίδια πολύ χαμηλά σκορ και στις δύο μετρήσεις

Συσχετίσεις

Η σχέση ανάμεσα στις γνώσεις και τη στάση απέναντι στο κάπνισμα ελέγχθηκαν με συσχετίσεις (Pearson Correlation). Επίσης έγιναν συσχετίσεις μεταξύ της συνήθειας καπνίσματος των γονέων και της στάσης, της πρόθεσης του αντιλαμβανόμενου προσωπικού ελέγχου, της αυτό-ταυτότητας, του κοινωνικού προτύπου και την ενημέρωση των μαθητών

Στην αρχική μέτρηση βρέθηκε αρνητική συσχέτιση, χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική, μεταξύ στάσης απέναντι στο κάπνισμα και της ενημέρωσης ($r = -,163, p<,05$) και μεταξύ της στάσης και των γνώσεων για τις συνέπειες του καπνίσματος ($r = -,192, p<,05$). Η συσχέτιση παρέμεινε αρνητική αλλά μη στατιστικά σημαντική και για τις δύο μεταβλητές ($r = -,066, p>,05$ και $r = -,040, p>,05$ αντίστοιχα) και στη δεύτερη μέτρηση. Αντίθετα αυξάνει σημαντικά στη δεύτερη μέτρηση η συσχέτιση γνώσεων και αντιλαμβανόμενης ενημέρωσης ($r =,402$, Πίνακας 12)

Πίνακας 12 : Δείκτες συσχέτισης γνώσεων και ενημέρωσης με τη στάση απέναντι στο κάπνισμα

Μεταβλητή	Στάση	Αντιλαμβανόμενη Ενημέρωση
Αρχική μέτρηση		
Στάση		
Αντιλ. Ενημέρωση	-,163*	
Γνώσεις	-,192*	,133
Τελική μέτρηση		
Στάση		
Αντιλ. Ενημέρωση	-,066	
Γνώσεις	-,040	,402**

* $p<,05$, ** $p<,01$.

Γονείς και μαθητές-Σχέσεις

Στην έρευνα συμμετείχαν με ειδικό ερωτηματολόγιο ένας από τους δύο γονείς. Απάντησαν 144 γονείς αλλά μόνο οι 136 γονείς έδωσαν πλήρη στοιχεία και ταίριαξαν με τα παιδιά τους, 59 άνδρες και 77 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 44 ± 4.85 ετών. Στην τελική μέτρηση το ερωτηματολόγιο ήταν μεγαλύτερο και από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι από τους γονείς που απάντησαν το 27.5% των ανδρών και το 72.5% των γυναικών σύμφωνα με δήλωσή τους ήταν μη καπνιστές. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως το 73.3% ήταν άνδρες και το 26.7% γυναίκες. Το 70% των καπνιστών με λιγότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά ήταν γυναίκες.

Πίνακας 13: Δείκτες συσχέτισης μεταξύ καπνιστή γονέα και παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

	1	2	3	4	5	6
1. Καπνιστής γονέας						
2. Στάσεις	,090					
3. Πρόθεση	,209 *	,759				
4. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος της συμπεριφοράς	,292 **	,627	,830			
5. Αυτό-ταυτότητα	,196*	,635	,816	,836		
6. Κοινωνικό πρότυπο	-,140	-,441	-,423	-,458	-,445	
7. Ενημέρωση	-,240 **	-,069	-,190	-,182	-,135	,066

* $p < .05$, ** $p < .01$

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση των εφήβων να καπνίσουν με τη συμπεριφορά καπνίσματος ενός από τους γονείς τους. Δεν βρέθηκε άμεση συσχέτιση μεταξύ της στάσης απέναντι στο κάπνισμα και της πρόθεσης των παιδιών να καπνίσουν με τη στάση και την πρόθεση των

γονέων. Υπάρχει ωστόσο θετική συσχέτιση χαμηλή, αλλά στατιστικά σημαντική, μεταξύ του εν ενεργεία καπνιστή γονέα (κάπνισε τουλάχιστο 20 μέρες τον προηγούμενο μήνα) και με την πρόθεση του παιδιού να καπνίσει ($r=.20, p <.05$), τον προσωπικό έλεγχο ($r=.29, p <.05$), τον αυτό-έλεγχο ($r=.20, p <.01$). και αρνητική με την ενημέρωση του παιδιού ($r =-.24, p <.01$).

Από την ανάλυση διακύμανσης βρέθηκε ότι μαθητές με γονέα καπνιστή είχαν αυξημένη πρόθεση να καπνίσουν ($F_{1,123}=5.60, p<.05$), υψηλότερη αυτό-ταυτότητα ($F_{1,123}=9.19, p<.05$) και μικρότερη ενημέρωση ($F_{1,123}=8.85, p<.05$) από τους μαθητές με γονέα μη καπνιστή. Ο αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος του παιδιού ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος όταν ο γονέας ήταν καπνιστής ($F_{1,123} =23.96, p<.001$). Επίσης η εμπλοκή με την άσκηση ήταν μικρότερη σε παιδιά καπνιστών ($F_{1,123}= 6.62, p=.011$, Πίνακας, 16). Ο πειραματισμός με το κάπνισμα των παιδιών σχετιζόταν με το κάπνισμα των γονέων. Τα παιδιά που είχαν γονείς που κάπνιζαν όχι μόνο πειραματιζόνταν με το κάπνισμα περισσότερο ($F_{1,123}= 10,32, p=.002$) αλλά και κάπνιζαν περισσότερο σε τακτική βάση(απαντούν θετικά στην ερώτηση: έχεις καπνίσει έστω και μία ημέρα τον προηγούμενο μήνα, $F_{1,123}=60.88, p<.001$), αλλά και είναι πιο συχνά βαρείς καπνιστές αφού καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως ($F_{1,123}=60.91, p<.001$, Πίνακας 15).

Πίνακας 14 Διαφορές μεταξύ μαθητών που έχουν γονέα καπνιστή και μη καπνιστή ως προς τη συμπεριφορά καπνίσματος.

	<i>Μαθητής με γονέα μη καπνιστή MO</i>	<i>Μαθητής με γονέα καπνιστή MO</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
<i>Δοκίμασα να καπνίσω έστω και 1 τσιγάρο</i>	0,73±0,44	0,60±0,49	10,146	,002
<i>Έχεις καπνίσει έστω και μία ημέρα τον προηγούμενο μήνα;</i>	1,19±0,39	0,81±0,39	60,88	,000**
<i>Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα;</i>	0,09±0,29	0,68,0,47±	60,91	,000**

Πίνακας 15: Διαφορές μεταξύ μαθητών που έχουν γονέα καπνιστή και μη καπνιστή ως προς τις μεταβλητές της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς που αξιολογήθηκαν για το κάπνισμα και την άσκηση.

	Μαθητής με γονέα μη καπνιστή MO	Μαθητής με γονέα καπνιστή MO	F	Sig
Στάση	1,66±0,78	1,73±0,93	,432	,512
Πρόθεση	1,75±1,05	2,12±1,35	5,60	,045 *
Αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος της συμπεριφοράς	2,10±1,24	2,89±1,67	23,96	,003**
Αυτό-ταυτότητα	2,03±1,19	2,50±1,60	3,755	,055
Κοινωνικό πρότυπο	6,55±0,99	6,24±1,31	1,975	,163
Ενημέρωση	5,27±1,16	4,83±0,10	8,85	,009**
Στάση απέναντι στην άσκηση	6,35±1,12	6,16±0,97	,871	,35
Εμπλοκή με την άσκηση	3,43±1,42	2,77±1,44	6,620	,011*

Αποτελέσματα για αξιοπιστία πηγής και αποτελεσματικότητα τετραδίου

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας της πηγής πληροφόρησης ήταν θετική τόσο για το κάπνισμα με $MO=6,19$ και $SD = 0,81$ καθώς και για την άσκηση με $MO=6,14$ και $SD = 0,83$ με άριστα το 7. Η αποτελεσματικότητα του τετραδίου αξιολογήθηκε με άριστα το 9 και είχε $MO=6,96$ και $SD = 1,79$ για το κάπνισμα και $MO=7,12$ και $SD = 1,91$ για την άσκηση (Πίνακας 17).

Πίνακας 16: Αξιολόγηση πηγής πληροφόρησης και τετραδίου από τους μαθητές της ομάδας παρέμβασης

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	MO	TA
Αξιολόγηση αξιοπιστίας πηγής για κάπνισμα	64	4,00	7,00	6,19	,81
Αξιολόγηση αξιοπιστίας πηγής για άσκηση	64	3,50	7,00	6,14	,83
Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας τετραδίου για κάπνισμα	64	1,00	9,00	6,96	1,79
Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας τετραδίου για άσκηση	64	1,00	9,00	7,12	1,91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος βασισμένο σε θεωρίες και μοντέλα που με βάση τη βιβλιογραφία είναι αποτελεσματικά, και η πιστότερη εφαρμογή του, με δεδομένες τις δυσκολίες και τις ελλείψεις που υπάρχουν στο δημόσιο σχολείο. Ένας άλλος στόχος του προγράμματος είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο ένα παρεμβατικό προγράμματα ευαισθητοποίησης στο λύκειο μπορεί να ενημερώσει αποτελεσματικά και να αποτρέψει τους μαθητές της Α΄ λυκείου από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα ή να το μειώσουν αν είναι ήδη καπνιστές. Επιμέρους σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί αν το παρεμβατικό πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό στο να ενημερώσει και προτρέψει τους συμμετέχοντες να ασκούνται περισσότερο. Ερευνήθηκαν παράμετροι που σχετίζονται με το ζήτημα του καπνίσματος, όπως η στάση, η πρόθεση, το κοινωνικό πρότυπο, ο αντιλαμβανόμενος προσωπικός έλεγχος και η ενημέρωση και γνώσεις για τις συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας.

Ο σχεδιασμός της παρέμβασης στηρίχθηκε σε αντίστοιχα προγράμματα για το δημοτικό και το γυμνάσιο που σχεδιάστηκαν από το εργαστήριο Ψυχολογίας του ΤΕΦΑΑ Π.Θ. Τα τελευταία χρόνια στο εργαστήριο γίνεται εμπειριστατωμένη έρευνα και προσπάθεια πάνω σε θέματα αγωγής υγείας και ιδιαίτερα το κάπνισμα. Έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα προγράμματα ευαισθητοποίησης για το δημοτικό το γυμνάσιο (Βρακά, 2006; Δεσλή, 2007; Θεοδωράκης, et al., 2005; Θεοδωράκης, et al., 2005;. Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005) αλλά και διακοπής καπνίσματος με την άσκηση σαν εναλλακτική πρόταση απέναντι στο τσιγάρο (Kofou, Zourbanos, Goudas, & Theodorakis, 2007; Κοσμίδου, 2007). Δημιουργήθηκε ένα νέο τετράδιο του

μαθητή για το Λύκειο (Γιάννης Θεοδωράκης et al., 2007) Η παρέμβαση στηρίχθηκε σε διάφορες θεωρίες και μοντέλα συμπεριφορών υγείας για την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που έχουν εφαρμογή και στη μη έναρξη και στη διακοπή του καπνίσματος (Redding et al., 2000; Rossi et al., 1988; Θεοδωράκης, et al., 2005; Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002); Όσον αφορά στις συνήθειες καπνίσματος, από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι το δείγμα μας έχει λίγο μικρότερα ποσοστά εν ενεργεία καπνιστών (9,1%) σε σχέση με άλλες έρευνες που δίνουν ποσοστά καπνίσματος για τον ελληνικό πληθυσμό 15-16 ετών από 12,9% (GYTS 2002), 13,8% (HBSC, 2001-2002) έως 10,4% (Kyrglesi et al., 2007). Δεν διευκρινίζεται όμως στις δύο πρώτες έρευνες πώς ορίζεται ο εν ενεργεία καπνιστής, ενώ στην τελευταία (Kyrglesi et al., 2007) ορίζεται ως: «καπνίζω καθημερινά τον τελευταίο μήνα». Στην παρούσα έρευνα εν ενεργεία καπνιστής ορίζεται αυτός που κάπνισε ένα τουλάχιστο τσιγάρο επί 20 τουλάχιστο μέρες του προηγούμενου μήνα. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει προβληματισμός ως προς τον ορισμό του εν ενεργεία καπνιστή γιατί στην ηλικία αυτή διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν το κάπνισμα. Από συζητήσεις κατά την εφαρμογή του προγράμματος αλλά και από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι ένας ορισμός με βάση την εβδομαδιαία κατανάλωση τσιγάρων ίσως να διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα καθώς οι περισσότεροι καπνίζουν κρυφά, ευκαιριακά και κυρίως στις εξόδους του Σαββάτου, καθώς δεν έχουν αρκετά χρήματα ή ευκαιρίες να το κάνουν καθημερινά (Franks et al., 2007; Giovino, 2002; Morley, Hall, Hausdorf, & Owen, 2006).

Τα αγόρια ήταν εν ενεργεία καπνιστές, στην αρχική μέτρηση χωρίς να αλλάξουν τα ποσοστά στην τελική μέτρηση, σε στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό από τα κορίτσια (13,8% έναντι 5,9%). Το κάπνισμα για τα δύο φύλα στην Ελλάδα σε άλλες έρευνες παρουσιάζεται να μην διαφέρει στατιστικά σημαντικά. (Kyrglesi et al., 2007), ενώ σε κάποιες άλλες τα αγόρια εμφανίζονται να καπνίζουν περισσότερο (Eurobarometer,

2006; Koumi & Tsiantis, 2001). Εκεί που βρέθηκαν οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων είναι στην ποσότητα των τσιγάρων καθώς το 4,8% των μαθητών δήλωσε ότι κάπνιζε περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά, και ήταν στη συντριπτική τους πλειοψηφία αγόρια.

Ο πειραματισμός με το κάπνισμα είναι ένα σημαντικό κομμάτι για την ηλικία αυτή (DiClemente, Story, & Murray, 2000; Holm, Kremers, & de Vries, 2003). Ενώ τα ποσοστά των τακτικών καπνιστών είναι συγκριτικά μικρά, ένας μεγάλος αριθμός εφήβων δοκιμάζουν κάποια στιγμή να καπνίσουν ένα ή περισσότερα τσιγάρα. Και για τα δύο φύλα περίπου οι μισοί δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν. Υπήρξε προβληματισμός όσον αφορά την ειλικρίνεια των απαντήσεων για τον πειραματισμό με το κάπνισμα, καθώς δεν συμφωνούσαν αρχική και τελική δήλωση. Η πειραματική ομάδα δήλωσε στην τελική μέτρηση ότι δοκίμασε στο παρελθόν να καπνίσει έστω και ένα τσιγάρο σε ελαφρά μεγαλύτερο ποσοστό από την αρχική ενώ η ομάδα ελέγχου σε μικρότερο ποσοστό από ότι στην αρχική μέτρηση. Για την πειραματική ομάδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι δοκίμασαν στο μεσοδιάστημα, αλλά στην ομάδα ελέγχου δεν είναι δυνατό στην αρχική να δηλώνουν ότι δοκίμασαν και την τελική ότι δεν δοκίμασαν, η ερώτηση είναι γενικά και ανεξάρτητη από το χρόνο.

Τα ποσοστά των μαθητών που κάπνιζαν πριν την παρέμβαση δεν άλλαξαν και σαν πρώτο συμπέρασμα θα λέγαμε ότι το πρόγραμμα δεν πέτυχε αυτό το στόχο. Σε ελάχιστες έρευνες που εξετάζουν παρεμβάσεις για τη μείωση και μη έναρξη καπνίσματος έχουμε άμεσα θετικά αποτελέσματα (Sussman et al., 2001a) ενώ συνήθως αναφέρονται σε μικρή μείωση (Bowman & Walsh, 2003; Franks et al., 2007; Martin Taylor et al., 1998). Οι Παρεμβάσεις με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικές όταν έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (Franks et al., 2007; Nilsson et al., 2006)

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν παράγοντες που επηρεάζουν τις συνήθειες καπνίσματος σε αυτές τις ηλικίες. (Grandpre et al., 2003; Lujic et al., 2005; Mcmillan & Conner, 2003; Theodorakis, 1994). Η στάση και η πρόθεση για κάπνισμα, ο έλεγχος που αντιλαμβάνονται ότι έχουν στην συμπεριφορά, το κοινωνικό πρότυπο, την ενημέρωση και τις γνώσεις που έχουν για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, αλλά και την στάση και την εμπλοκή με την άσκηση που φαίνεται να δρα αποτρεπτικά προς τη συμπεριφορά του καπνίσματος και σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά καπνίσματος (Papaioannou et al., 2004; Theodorakis et al., 2002; Θεοδωράκης, et al., 2005). Γενικά βρέθηκαν μικρές επιπτώσεις της παρέμβασης σε αυτές τις παραμέτρους.

Η στάση των μαθητών προς το κάπνισμα ήταν γενικά αρνητική από την αρχή ($MO=1,68$ έως $MO=1,72$) και βρέθηκε ότι η παρέμβαση δεν είχε επίπτωση στις στάσεις των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα ούτε οδήγησε σε σημαντική περαιτέρω αύξηση της αρνητικής στάσης στην ομάδα παρέμβασης (αρχική $MO=1,68$ τελική $MO=1,67$). Το αποτέλεσμα συμφωνεί με τη βιβλιογραφία καθώς τα περισσότερα προγράμματα, γενικά συμβάλλουν στην διατήρηση της αρνητικής στάσης απέναντι στο κάπνισμα (Marshall & Biddle, 2001; Ranney, Melvin, Lux, McClain, & Lohr, 2006; Rooney & Murray, 1996). Κάποιες έρευνες βρίσκουν ότι τα προγράμματα παρέμβασης που είναι αποτελεσματικά στην αλλαγή στάσεων είναι κατά κανόνα προγράμματα μεγάλης διάρκειας και εμπλέκουν γονείς εκπαιδευτικούς φίλους και κοινωνία γενικότερα (Bond et al., 2004; Nilsson et al., 2006; Vartiainen et al., 2007).

Μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα εκδήλωσε μια οριακά στατιστική μείωση της πρόθεσης, που είναι και το πιο σημαντικό αποτέλεσμα, καθώς αυξημένη πρόθεση καπνίσματος οδηγεί σε εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Ajzen, 1973). Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου υπήρξε ελάχιστη αύξηση της πρόθεσης να καπνίσουν. Από την εμπειρία της παρέμβασης φάνηκε ότι τα στοιχεία του προγράμματος

που είχαν αυτό το στόχο - και ήταν κυρίως η ενημέρωση για τους κινδύνους από το κάπνισμα, οι επιπτώσεις στην υγεία, η απομυθοποίηση της διαφήμισης, και η ενίσχυση της ικανότητας να αντιστέκονται στις πιέσεις των γύρω τους - ήταν τα δυνατότερα σημεία του προγράμματος και είχαν αποτέλεσμα σε αυτή την ηλικία. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες έρευνες (Franks et al., 2007; Kegler et al., 1998; Kelly & Larworthb, 2006)

Για τον αντιλαμβανόμενο προσωπικό έλεγχο και την αυτό-ταυτότητα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές πριν και μετά την παρέμβαση σε καμία από τις δύο ομάδες οι οποίες είχαν μεσαία σκορ. Η μικρή αύξηση στο σκορ της αυτό-ταυτότητας ($MO=2,21$), αλλά και η μεγάλη τυπική απόκλιση ($SD=1,42$) στην πειραματική ομάδα κατά την τελική μέτρηση, θα μπορούσε να ερμηνευθεί από τις διαφορές στην ωριμότητα των μαθητών. Οι στόχοι του προγράμματος για αύξηση αυτών των παραμέτρων δεν επιτεύχθηκαν και θα πρέπει να αναζητηθεί η αιτία. Η αβεβαιότητα της εφηβείας και το συνεχές ψάξιμο ίσως είναι μία από τις αιτίες, (Fang et al., 2006) και το πρόγραμμα θα έπρεπε ίσως να επικεντρωθεί περισσότερο στην ενίσχυση αυτών των στοιχείων. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί επίσης σαν στάση αναμονής από τους εφήβους, και με βάση τις συζητήσεις που έγιναν στις ομάδες η άποψη που κυριαρχούσε ήταν ότι «δοκιμάζουμε τα όριά μας και θα αποφασίσουμε τι θέλουμε στην πορεία, δεν βάζουμε ταμπέλες». Αντίστοιχη είναι και η αναφορά από τον Miller και τους συνεργάτες του (2006, (Fang et al., 2006), ότι οι νέοι βρίσκονται σε μια κατάσταση αναμονής και αρνούνται να σταματήσουν να πειραματίζονται.

Για το κοινωνικό πρότυπο και οι δύο ομάδες είχαν ψηλά σκορ που σημαίνει ότι επηρεάζονται σε υψηλό βαθμό από αυτό στην απόφασή τους να καπνίσουν. Τόσο οι γονείς όσο και οι φίλοι, το φιλικό και σχολικό περιβάλλον (Alexander et al., 2001; Chalela, Velez, & Ramirez, 2007; Kaufman et al., 2002; Sargent et al., 2005), αλλά και

πρότυπα που προβάλλονται μέσω της διαφήμισης (Sargent et al., 2005) είναι παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά καπνίσματος των εφήβων. Παρατηρήθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=,06$) μεταξύ των δύο μετρήσεων για την πειραματική ομάδα που εμφανίζεται να επηρεάζεται λιγότερο από το κοινωνικό πρότυπο, που ήταν ένας από τους στόχους του προγράμματος. Για την ομάδα ελέγχου το κοινωνικό πρότυπο αυξήθηκε στη δεύτερη μέτρηση.

Για την αντιλαμβανόμενη ενημέρωση βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά πριν και μετά την παρέμβαση ($p<,01$). Το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στο να προσφέρει ενημέρωση, παρά το γεγονός ότι από την αρχή οι μαθητές δήλωσαν αρκετά ενημερωμένοι. Η ομάδα ελέγχου είχε ίδιο σκορ και στις δύο μετρήσεις. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις περισσότερες έρευνες σε προγράμματα παρέμβασης κατά του καπνίσματος που διαπιστώνουν θετικά αποτελέσματα στη ενημέρωση των συμμετεχόντων (Elders, 1994; Franks et al., 2007; Ranney et al., 2006; Rooney & Murray, 1996). Μπορούμε να υποθέσουμε ότι το κομμάτι της ενημέρωσης καλύπτεται σε αυτή την ηλικία πολύ γρήγορα λόγω της αυξημένης ικανότητας και ταχύτητας μάθησης των μαθητών του λυκείου.

Όσο αφορά στις γνώσεις των δοκιμαζόμενων, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια σκορ στην αρχική μέτρηση και ήταν σχετικά ψηλά, αλλά μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα αύξησε τις γνώσεις της στατιστικά σημαντικά ($p<,001$) ενώ η ομάδα ελέγχου είχε ελάχιστη βελτίωση. Γνώσεις και ενημέρωση μπορούν να θεωρηθούν οι «εύκολοι στόχοι» του προγράμματος καθώς είναι αυτοί που επιτυγχάνονται και στα περισσότερα προγράμματα παρέμβασης παγκόσμια (Bowman & Walsh, 2003; Manley et al., 1997; Rooney & Murray, 1996; Tobler et al., 2000). Το κύριο σημείο είναι ξεκινώντας από αυτό να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα και σε άλλους στόχους.

Για την άσκηση ενώ όλοι δήλωσαν ότι έχουν εξαιρετικά θετική στάση, στην πράξη ωστόσο τα πράγματα ήταν τελείως διαφορετικά. Η εμπλοκή τους με την άσκηση, είτε για

να ενημερωθούν, είτε να παρακολουθήσουν ή να συζητήσουν ήταν δυσανάλογα μικρή και στην ομάδα ελέγχου μειώθηκε παραπάνω (καθώς πλησίαζαν οι εξετάσεις). Ανησυχητική ωστόσο είναι η κατάσταση όταν φτάνουμε στην συμπεριφορά σε σχέση με την άσκηση. Το 27,9% των εφήβων δηλώνει ότι δεν κάνει τίποτα απολύτως, ούτε άσκηση ούτε κίνηση, και το 25,5% περιγράφει σαν άσκηση την καθημερινή κίνηση όπως το περπάτημα για το σχολείο ή τα ψώνια. Το 69,8% των μαθητών δεν δηλώνει ότι συμμετέχει σε κάποια αθλητική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο του. Φαίνεται ότι ενώ έχουμε ενημερώσει για τα θετικά της άσκησης και όλοι ξέρουν στην θεωρία την αξία της, τελικά οι έφηβοι, που τόσο την έχουν ανάγκη, δεν την βάζουν στο πρόγραμμά τους. Την έλλειψη άσκησης επισημαίνουν πλήθος ερευνών στον ελληνικό πληθυσμό (Papaioannou et al., 2004; Theodorakis et al., 2002; Διγγελίδης et al., 2007; Θεοδωράκης, et al., 2005; Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2005).

Στην έρευνα συμμετείχαν με ειδικό ερωτηματολόγιο ένας από τους δύο γονείς. Αξιολογήθηκε το ερωτηματολόγιο της τελικής μέτρησης καθώς δεν απάντησε και τις δύο φορές ο ίδιος γονέας. Βρέθηκε ότι από τους γονείς που απάντησαν το 42,1% κάπνιζε. Σύμφωνα με δήλωσή τους το $\frac{1}{4}$ των ανδρών και τα $\frac{3}{4}$ των γυναικών ήταν μη καπνιστές. Από τα άτομα που δήλωσαν ότι κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως το 73.3% ήταν άνδρες και το 26.7% γυναίκες. Το 70% των καπνιστών με λιγότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά ήταν γυναίκες. Αυτό συμφωνεί απόλυτα με τα δεδομένα που υπάρχουν για την Ελλάδα (Eurobarometer, 2006; EUROSTAT, 2002)

Η συμπεριφορά των γονέων ως προς το κάπνισμα δεν σχετίζεται ούτε με τη στάση αλλά ούτε και με την πρόθεση των παιδιών να καπνίσουν, αποτέλεσμα που αρχικά μας οδηγεί στη σκέψη ότι οι γονείς δεν αποτελούν πρότυπο για τους εφήβους. Υπό αυτό το πρίσμα οι γονείς δεν είναι το πρότυπο που ο έφηβος θα ακολουθούσε. Υπάρχει ωστόσο θετική συσχέτιση, χαμηλή αλλά στατιστικά σημαντική, μεταξύ του εν ενεργεία καπνιστή

γονέα και με την πρόθεση του παιδιού να καπνίσει. Δηλαδή η πρόθεση του παιδιού να καπνίσει είναι μεγαλύτερη όταν υπάρχει γονιός καπνιστής. Τα παιδιά που είχαν γονείς που κάπνιζαν, πειραματίζονταν με το κάπνισμα περισσότερο ($p=.002$). Ο μαθητής που έχει γονιό καπνιστή αντιλαμβάνεται ότι έχει μεγαλύτερο προσωπικό έλεγχο, αντίληψη που πιθανά απορρέει από την εξοικείωση με το κάπνισμα λόγω της συμβίωσης με καπνιστή. Επίσης αντιλαμβάνεται ότι έχει μεγαλύτερο αυτό-έλεγχο. Τέλος οι μαθητές με γονιό καπνιστή έχουν μικρότερη ενημέρωση σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος από τους μαθητές με γονείς μη καπνιστές. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με τη βιβλιογραφία (McGee, Williams, & Reeder, 2006; Miller, Burgoon et al., 2006; Otten, Engels, & Eijnden, 2007) καθώς φαίνεται ότι η οικογένεια και κύρια οι γονείς παίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διαμόρφωση συμπεριφοράς των εφήβων απέναντι στο κάπνισμα. (McGee et al., 2006).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην έρευνα δεν αξιολογήθηκε η ύπαρξη άλλου καπνιστή στο σπίτι είτε του άλλου γονιού εκτός από αυτόν που απάντησε ούτε άλλου προσώπου στο οικογενειακό περιβάλλον όπως αδελφού, παππού κ.λ.π. Επίσης η επίδραση των φίλων δεν εξετάστηκε καθώς οι συνήθειες καπνίσματος δεν ήταν ο κύριος ερευνητικός στόχος του προγράμματος. Από την εκτενή βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα, βρίσκουμε ότι το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι αποτελούν σημαντικό παράγοντα επιρροής για αυτή την ηλικία (McCubbin, Needle, & Wilson, 1985; Molyneux et al., 2006; Morley et al., 2006; Neuwirth & Frederick, 2004)

Το πρόγραμμα έγινε δεκτό με πολύ θετικό τρόπο και η πηγή βαθμολογήθηκε πολύ ψηλά από τους μαθητές. Ανάλογα υψηλή βαθμολογία αναφέρετε και για την εφαρμογή αντίστοιχοι προγράμματος για το δημοτικό και το γυμνάσιο (Δεσλή, 2007). Παρά το γεγονός ότι η αξιολόγηση του τετραδίου ήταν καλή, η γενική αίσθηση ήταν ότι δεν υπήρχε διάθεση για τίποτα που να θυμίζει κλασική διδασκαλία. Υπήρχε απροθυμία των

μαθητών να συμπληρώσουν έστω και απλές δράσεις του 2'λεπτου με μολύβι-στυλό. Αντίθετα υπήρχε μεγάλη διάθεση και προθυμία για συμμετοχή σε δραματοποίηση, συζήτηση, μικρή έρευνα, σχεδιασμό πόστερ κ.λ.π. Αυτό μας υποδεικνύει ότι πιθανή τροποποίηση του προγράμματος προς την κατεύθυνση της πιο ενεργής συμμετοχής των μαθητών θα το έκανε πιο ελκυστικό και ενδιαφέρον.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ένα πρόγραμμα παρέμβασης μπορεί αποτελεσματικά να εφαρμοστεί στο λύκειο, να γίνει ενδιαφέρον και ελκυστικό μέσα από δράσεις και συμμετοχή που δεν θυμίζει μάθημα, να κερδίσει τους μαθητές ιδιαίτερα σε νέα για αυτούς θέματα όπως οι δεξιότητες ζωής η κριτική ματιά επί διαφόρων θεμάτων και ο καθορισμός στόχων. Παρά τα φτωχά αποτελέσματα στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών υπήρξαν πολλά θετικά στοιχεία. Το πρόγραμμα πέτυχε να ενημερώσει και να αυξήσει τις γνώσεις των μαθητών για τις συνέπειες του καπνίσματος, εξέφρασαν μικρότερη πρόθεση να καπνίσουν στο μέλλον και μικρότερη επιρροή από το κοινωνικό πρότυπο. Εκεί που χρειάζεται πολλή ακόμη δουλειά είναι στην άσκηση καθώς θεωρητικά όλοι πιστεύουν σε αυτή, στην πράξη απέχουν θορυβωδώς από το να γυμνάζονται. Οι γονείς αποτελούν πρότυπο και σε αυτή την ηλικία και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό.

Σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα παρέμβασης.

Η εμπειρία

Σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα παρέμβασης για μαθητές Α' λυκείου έπρεπε να λάβουμε υπόψη πλήθος παραμέτρων στην προσπάθειά μας να είναι αυτό το πρόγραμμα αποτελεσματικό, ελκυστικό, ρεαλιστικό και σύμφωνο με τις ανάγκες των μαθητών αυτής της ηλικίας. Η θεωρητική βάση ήταν ευρύτατη καθώς η παρέμβαση στηρίχθηκε σε βασικές θεωρίες και μοντέλα συμπεριφορών υγείας (θεωρία Κοινωνικής Μάθησης

μοντέλο των Πιστεύω Υγείας, Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, θεωρία των Στόχων, και θεωρία της Πειθούς). Πέρα από τις αναφερόμενες θεωρίες, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του προγράμματος στηρίχτηκε και στις αρχές Δεξιοτήτων Ζωής. Στόχοι αποτέλεσαν τόσο η πρόληψη όσο και η διακοπή, καθώς το ποσοστό των καπνιστών σε αυτή την ηλικία είναι σημαντικό. Με βάση την βιβλιογραφία και κυρίως τα ήδη υπάρχοντα προγράμματα με τους ίδιους στόχους για το δημοτικό και το γυμνάσιο, και με βάση το τετράδιο του μαθητή για το γυμνάσιο «ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ, ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ» (Θεοδωράκης, et al., 2005) φτιάχτηκε το τετράδιο του μαθητή για το λύκειο, που αποτέλεσε και το βασικό εργαλείο για την εφαρμογή του προγράμματος, και μια παρουσίαση σε Power Point για κάθε ενότητα.

Ο αριθμός των μαθημάτων ορίστηκε σε 11 παρά την διάθεση όλων να είναι περισσότερα, κυρίως για πρακτικούς λόγους, καθώς είναι μια παρέμβαση που γίνεται σε σχολικό περιβάλλον και στο λύκειο είναι πολύ δύσκολο να βρεθούν διαθέσιμες περισσότερες διδακτικές ώρες. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση που αποτέλεσε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και εγκρίθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις του ΥΠΕΠΘ, έγινε χρήση ωρών απουσίας καθηγητών, χρήση 7ης ώρας εκτός προγράμματος (οι μαθητές έμεναν μία ώρα στο τέλος της μέρας) αλλά και λίγες ώρες από δευτερεύοντα μαθήματα κυρίως, όπως αγγλικά, τεχνολογία, θρησκευτικά. Στο μάθημα των Νέων Ελληνικών έγραψαν μια έκθεση που εντάχθηκε στην ύλη του μαθήματος και εξετάστηκε με τον συνήθη τρόπο. Στο 2ο μάθημα των στόχων έγινε πρακτικό μάθημα Φυσικής Αγωγής. Τα αναφέρουμε αυτά για να τονίσουμε το πόσο δύσκολη είναι η εφαρμογή του προγράμματος στο λύκειο όπου η πίεση για τα μαθήματα είναι μεγάλη. Πιστεύουμε ότι το πρόγραμμα θα ήταν σχεδόν αδύνατο να εφαρμοστεί στην Β΄ και ακόμη περισσότερο στην Γ τάξη όπου η ύλη των μαθημάτων ορίζεται από το ΥΠΕΠΘ και μετά δυσκολίας καλύπτεται και η ελάχιστη απώλεια ωρών.

Η σωστή προετοιμασία από αυτόν που θα κάνει το πρόγραμμα είναι πολύ σημαντική. Η παρούσα παρέμβαση εφαρμοζόταν σε τρία τμήματα, και η κάθε ενότητα παρουσιαζόταν τρεις φορές. Δεν έτυχε ποτέ να είναι καλύτερη η πρώτη φορά. Πάντα κάτι διορθωνόταν και κυλούσε ευκολότερα στις επόμενες. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαίτερες συνθήκες και κυρίως το κλίμα στην τάξη. Η εργασία σε ομάδες είναι πάντα πολύ καλή, αλλά συχνά ξεκινούν άσχετες συζητήσεις και χάνεται χρόνος. Επίσης το να κρατηθεί το ενδιαφέρον στην τάξη ήταν ένα στοίχημα κάθε φορά. Όταν για παράδειγμα άρχισαν να βαριούνται να γράφουν το μήνυμα της ημέρας στο τετράδιο, το αλλάξαμε και κάθε ομάδα το έγραφε σε χαρτόνι και το σήκωνε ψηλά να το βλέπουν όλοι, φωτογραφιζόταν και τα καλύτερα έμπαιναν στην παρουσίαση της επόμενης συνάντησης σαν σύνδεση με τα προηγούμενα. Ένα μικρό τέχνασμα που δούλεψε, καθώς όλοι περίμεναν να δουν ποια φωτογραφία θα μπει.

Πρέπει να αναφέρουμε τη δραματοποίηση στην οποία πολύ μικρή εμπειρία υπήρχε και μείναμε κατάπληκτοι από το πόσο ενδιαφέρουσα αποδείχθηκε. Οι μαθητές δεν γελούσαν και δεν έκαναν φασαρία αλλά προσπαθούσαν να είναι κωμικοί και ταυτόχρονα πειστικοί. Η δραματοποίηση και η γλώσσα του σώματος μπορούν να είναι εξαιρετικά εργαλεία μάθησης και ήταν πολύ χρήσιμη και πετυχημένη στην ενότητα 6: «Πώς να αντιστέκομαι στην πίεση των άλλων (πως λέω όχι στο τσιγάρο)»

Το πρακτικό μάθημα των στόχων ήταν άλλο ένα ενδιαφέρον στοιχείο της παρέμβασης. Παρόλο που δεν κρατήθηκαν στατιστικά στοιχεία υπάρχει η αίσθηση ότι στα κορίτσια το αποτέλεσμα ήταν πολύ καλύτερο, ίσως επειδή ήταν πιο δεκτικές και πιο πρόθυμες να δοκιμάσουν νέα πράγματα και αφιέρωσαν περισσότερο χρόνο να κατανοήσουν πλήρως τι είχαν να κάνουν και ποιος θα είναι ο στόχος τους. Μετά το τέλος της παρέμβασης και από προσωπική περιέργεια επαναλάβαμε το ίδιο για όλα τα τμήματα (7) στα οποία διδάσκει η ερευνήτρια με ένα τεστ στο δρόμο 1000μ. Όλοι έτρεξαν 1000μ

και κατέγραψαν σε χαρτί την επίδοση (π.χ.: έτρεξα 650μ και σταμάτησα ή : ο χρόνος μου ήταν 5'23'') Ίσως επειδή εδώ ο στόχος είναι ξεκάθαρος «θα τρέξω 1000μ κατά X λεπτά γρηγορότερα» ή «θα ολοκληρώσω το τεστ 1000μ» δεν υπήρξε ούτε ένας μαθητής που να μην βελτιώθηκε, ενώ έγινε σύντομη ενημέρωση- συζήτηση 10'-12' για το πως βάζουμε στόχους γενικά, και είχαμε την αίσθηση ότι ήταν απόλυτα κατανοητό.

Δυνατά σημεία του προγράμματος

- Νέα εμπειρία για τους μαθητές καθώς δεν έχουν ξανακάνει ανάλογο πρόγραμμα.
- Αν πεισθούν πως κάνουν κάτι για τον εαυτό τους συμμετέχουν ευχαρίστως και μερικές φορές ξεπερνούν το σχεδιασμό.
- Οι δεξιότητες ζωής είναι πολύ ελκυστικό κομμάτι του προγράμματος.
- Η εργασία σε ομάδες, παρά τις οργανωτικές δυσκολίες, οδηγεί σε εποικοδομητικές συζητήσεις.
- Η δραματοποίηση είναι σημαντικό και ελκυστικό εργαλείο ακόμα και σε μη εκπαιδευμένο εκπαιδευτικό. (Mounsey, Bonbjerg, White, & Gazewood, 2006)

Δυσκολίες εφαρμογής - Αδυναμίες – ελλείψεις προγράμματος

- Το μικρό σχετικά δείγμα, δεν έγινε επανέλεγχος σε 6 μήνες ή 1 χρόνο από το τέλος της παρέμβασης για να δούμε τη διάρκεια των αποτελεσμάτων.
- Ο χρόνος που είχαμε, Τα άλλα μαθήματα, Δυσκολίες οργάνωσης – συνεννόησης με διευθυντή και τους εκπαιδευτικούς του σχολείου.
- Πρακτικά ζητήματα όπως η μη διάθεση υλικού, οικονομικοί λόγοι, καθώς οι επιχορηγήσεις των προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι από ελάχιστες έως μηδενικές, , συχνά δεν υπάρχει ξεχωριστή αίθουσα για τέτοιες περιπτώσεις,

- Το ερωτηματολόγιο μπορεί να τροποποιηθεί και να συμπεριλάβει και κάπνισμα στο σπίτι, άλλους καπνιστές, φίλους κ.λ.π. και πως αυτό επηρεάζει τους μαθητές.
- Το τετράδιο ήταν μάλλον αδιάφορο και δεν πέτυχε να κεντρίσει το ενδιαφέρον των μαθητών. Πολύ λίγοι κατάλαβαν το σχεδιασμό και μόνο όταν ζητήσαμε να τον εντοπίσουν. Στο λύκειο οι μαθητές θέλουν να συζητούν να εκφράζουν απόψεις και όχι να τις γράφουν, το θεωρούν βαρετό και παραμένουν λακωνικοί όταν πρέπει να το κάνουν.
- Η εκπαίδευση αυτών που θα αναλάβουν την εφαρμογή του προγράμματος, που ποτέ δεν είναι αρκετή και είναι βασική για να πετύχει το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα παρέμβασης της παρούσας εργασίας πιστεύουμε ότι εφαρμόστηκε με επιτυχία παρά τις δυσκολίες εφαρμογής στη σχολική πραγματικότητα του λυκείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος σε μαθητές Α΄ Λυκείου είναι εφικτός και μπορεί να έχει θετικό αποτέλεσμα τόσο στην ενημέρωση και τις γνώσεις των μαθητών για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία όσο και την πρόθεση να καπνίσουν και την μείωση της επιρροής του κοινωνικού προτύπου.
- Παρά τα φτωχά αποτελέσματα στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών, το όλο πρόγραμμα μετρά περισσότερα θετικά αποτελέσματα.
- Η άσκηση σαν εναλλακτική πρόταση ζωής απέναντι στο κάπνισμα, χρειάζεται να ενισχυθεί πολύ, όχι τόσο σε επίπεδο παροχής γνώσης όσο σε παρότρυνση και κίνητρα για συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες.
- Η εμπλοκή των γονέων είναι κάτι παραπάνω από χρήσιμη καθώς αποτελούν πρότυπο και για αυτή την ηλικία και θα πρέπει να σχεδιάζεται η ενεργός συμμετοχή τους.
- Πολύ καλή και σοβαρή προετοιμασία και οργάνωση των παρουσιάσεων και των δράσεων από αυτούς που θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα κρίνεται απαραίτητη για την επιτυχία του εγχειρήματος στο δύσκολο περιβάλλον του λυκείου.
- Υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης του προγράμματος τόσο στην δομή των ενοτήτων της παρέμβασης όσο και στην επικέντρωση σε στόχους του προγράμματος που είναι δυσκολότερο να επιτευχθούν. Επίσης μπορεί να αυξηθεί η ελκυστικότητα των δράσεων αλλά και του τετραδίου και ίσως να προστεθούν, όπου υπάρχουν οι δυνατότητες, και νέα μέσα όπως το video, το internet ή η μουσική. Όλα αυτά θα πρέπει ίσως να αποτελέσουν μελλοντικούς ερευνητικούς στόχους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: conceptual and methodological considerations. Ανακτήθηκε: 2007 January 21: Available: www.unix.oit.umass.edu/~ajzen
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality & Social Psychology*, 27, 41-57.
- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., & Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29(1), 22-30.
- Andersen, S., Keller, C., & McGowan, N. (1999). Smoking cessation: the state of the science. The utility of the Transtheoretical Model in guiding interventions in smoking cessation. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 6, 9.
- Audrey, S., Holliday, J., & Campbell, R. (2006). It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. . *Social Science & Medicine* 63(2), 320-334
- Aveyarda, P., Markhamb, W., & Chenga, K. (2004). A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. *Social Science & Medicine* (58), 2253-2265.
- Backinger, C. L., Fagan, P., Matthews, E., & Grana, R. (2003). Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control*, 12 Suppl 4, IV46-53.
- Bebetsos, E., Chroni, S., & Theodorakis, Y. (2002). Physically active student's intentions and self-efficacy towards healthy eating. *Psychological Reports*, 19, 485-495.
- Bierer, M. F., & Rigotti, N. A. (1992). Public policy for the control of tobacco-related disease. *The Medical Clinics of North America*, 76(2), 515-539.

- Bond, L., Patton, G., Glover, S., Carlin, J. B., Butler, H., Lyndal, t., et al. (2004). The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *Journal of Epidemiology and Community Health*(58), 997-1003.
- Bowman, J., & Walsh, R. (2003). Smoking intervention within alcohol and other drug treatment services: a selective review with suggestions for practical management. *Drug and Alcohol* (22), 73-82.
- Brennan, P., Crispo, A., Zaridze, D., Szeszenia-Dabrowska, N., Rudnai, P., Lissowska, J., et al. (2006). High cumulative risk of lung cancer death among smokers and nonsmokers in Central and Eastern Europe. *American Journal of Epidemiology*, 164(12), 1233-1241.
- Brettschneider, W.-D., & Naul, R. (2004). Study on young people's lifestyles and sedentaries and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. *Paderborn* (GER). available <http://ec.europa.eu/sport/documents/lotpaderborn.pdf>
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83(6), 872-880.
- Buhler, A., Schroder, E., & Silbereisen, K. (2007). The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. *Health Education Reseach*, in press.
- Centers for Disease Control (CDC). (2006). Smoking & Tobacco Use. <http://www.cdc.gov/tobacco/>
- Chalela, P., Velez, L. F., & Ramirez, A. G. (2007). Social influences, and attitudes and beliefs associated with smoking among border Latino youth. *The Journal of School Health*, 77(4), 187-195.

- Chen, H. H., & Yeh, M. L. (2006). Developing and evaluating a smoking cessation program combined with an Internet-assisted instruction program for adolescents with smoking. *Patient Education and Counseling*, *61*(3), 411-418.
- Colleen, R., Rossi, J., Rossi, S., Velicer, W., & Prochaska, J. (2000). Health Behaviour Models. *The International Electronic Journal of Health Education* 3 (Special Issue), 180-193.
- COMMIT Research Group. (1991). Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): Summary of Design and Intervention *Journal of the National Cancer Institute*, *83*(22), 1620-1628.
- Davis, T. C., Arnold, C., Nandy, I., Bocchini, J. A., Gottlieb, A., George, R. B., et al. (1997). Tobacco use among male high school athletes. *Journal of Adolescent Health*, *21*(2), 97-101.
- de Vries, H. (2007). Comment on "Modifiable family and school environmental factors associated with smoking status among adolescents in Guangzhou, China". *Preventive Medicine*, *45*(2-3), 119-120.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(2), 295-304.
- DiClemente, C. C., Story, M., & Murray, K. (2000). On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *Journal of Gambling Studies* *16*(2-3), 289-313.
- Ebell, M. (2007). Estimating 10-year mortality risk. *American Family Physician*, *75*(6), 885-887.

- Eiser, R., Eiser, C., Gammage, P., & Morgan, M. (1989). Health Locus of Control and Health Beliefs in Relation to Adolescent Smoking. *British Journal of Addiction* (84), 1059-1065.
- Eisner, M. D., & Iribarren, C. (2007). The influence of cigarette smoking on adult asthma outcomes. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(1), 53-56.
- Elders, J. (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People*. Washington D.C. : Centers for Disease Control and Prevention.
- Emery, S., Wakefield, M. A., Terry-McElrath, Y., Saffer, H., Szczypka, G., O'Malley, P. M., et al. (2005). Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999-2000. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(7), 639-645.
- Eurobarometer. (2006). *Attitudes of Europeans Towards Tobacco*.
http://www.gesis.org/en/data_service/eurobarometer/standard_eb_profiles/data/eb_64_1.htm.
- EUROSTAT. (2002). *Eurostat Yearbook . News release*.
- Fang, C. Y., Ma, G. X., Miller, S. M., Tan, Y., Su, X., & Shive, S. (2006). A brief smoking cessation intervention for Chinese and Korean American smokers. *Preventive Medicine*, 43(4), 321-324.
- Fidler, J. A., West, R., Van Jaarsveld, C. H. M., Jarvis, M. J., & Wardle, J. (2007). Does smoking in adolescence affect body mass index, waist or height? Findings from a longitudinal study. *Addiction*, 102(9).
- Fielding, R., Chee, Y. Y., Choi, K. M., Chu, T. K., Kato, K., Lam, S. K., et al. (2004). Declines in tobacco brand recognition and ever-smoking rates among young children following restrictions on tobacco advertisements in Hong Kong. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 26(1), 24-30.

- Franks, A., Kelder, S. H., Dino, G. A., Horn, K. A., Gortmaker, S. L., Wiecha, J. L., et al. (2007). School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Preventing Chronic Disease*, 4(2), A33.
- Frieden, T. R., & Bloomberg, M. R. (2007). How to prevent 100 million deaths from tobacco. *Lancet*, 369(9574), 1758-1761.
- Giovino, G. (2002). Epidemiology of tobacco use in the United States. *Oncogene*, 21, 7326 -7340.
- Gorman, D. M. (2005). Does measurement dependence explain the effects of the Life Skills Training program on smoking outcomes? *Preventive Medicine*, 40(4), 479-487.
- Graham, J. W., Johnson, C. A., Hansen, W. B., Flay, B. R., & Gee, M. (1990). Drug use prevention programs, gender, and ethnicity: evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts. *Preventive Medicine*, 19(3), 305-313.
- Grandpre, J., Alvaro, E., Burgoon, M., Miller, C., & Hall, J. (2003). Adolescent Reactance and Anti-Smoking Campaigns: A Theoretical Approach. *Health Communication* 15(3), 349-366.
- Grimshaw, G. M., & Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD003289.
- Hanewinkel, R., & Abhauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Education Research* 19(2), 125-137.
- Harakeh, Z., Engels, R. C. M. E., Van Baaren, R. B., & Scholte, R. H. J. (2007). Imitation of cigarette smoking: An experimental study on smoking in a naturalistic setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 199-206.

- He'bert, R. (2005). What's New in Nicotine & Tobacco Research? *Nicotine & Tobacco Research* 7(1), 1-7.
- Holm, K., Kremers, S. P., & de Vries, H. (2003). Why do Danish adolescents take up smoking? *European Journal of Public Health*, 13(1), 67-74.
- Hunt, M. K., Fagan, P., Lederman, R., Stoddard, A., Frazier, L., Girod, K., et al. (2003). Feasibility of implementing intervention methods in an adolescent worksite tobacco control study. *Tobacco Control*, 12 Suppl 4, IV40-45.
- Jimenez ,C., Perez-Trullen, A., Aranda, R E., Tundidor, R. M, & Labarga, I. H (2003). Correlation between carbon-monoxide levels in exhaled air and nicotine-dependence measurements systems (DSM-IV, Fagerstrom test and ARU-SMQ-9) in adolescent smokers. *Medicina Clinica*, 121(3), 89-84.
- Joycelyn, E. (1997). *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*, available: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/84/4/543>.
- Kaufman, N. J., Castrucci, B. C., Mowery, P. D., Gerlach, K. K., Emont, S., & Orleans, C. T. (2002). Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(6), 581-587.
- Kegler, M. C., Steckler, A., McLeroy, K., & Malek, S. H. (1998). Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention. *Health Education & Behavior*, 25(3), 338-353.
- Kelly, A., & Lapworthb, K. (2006). The HYP program—Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy *Preventing Medicine*, 43 (6), 466-471.
- Kim, S., Nam, K. A., Seo, M., & Lee, H. H. (2004). Effectiveness of a smoking cessation program for adolescents. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(4), 646-654.

- Kofou, G., Zourbanos, N., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2007). "Stop smoking time for exercise". *The effectiveness of an intervention program on smoking cessation*. Paper presented at the 12th European Congress of Sport Psychology, Halkidiki, Greece.
- Kosmidou, E., & Theodorakis, Y. (2007). Differences in smoking attitudes of adolescents and young adults. *Psychological Reports, 101*, 475-481.
- Koumi, I., & Tsiantis, J. (2001). Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention *Health Promotion International, 16*(1), 65-72.
- Krosnick, A., Boninger, S., Chuang, C., Bernet, K., & Carnot, G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1132-1151.
- Kyrlesi, A., Soteriades, E. S., Warren, C. W., Kremastinou, J., Papastergiou, P., Jones, N. R., et al. (2007). Tobacco use among students aged 13-15 years in Greece: the GYTS project. *BMC Public Health, 7*, 3.
- Lando, H. A., Borrelli, B., Klein, L. C., Waverley, L. P., Stillman, F. A., Kassel, J. D., et al. (2005). The landscape in global tobacco control research: a guide to gaining a foothold. *American Journal of Public Health, 95*(6), 939-945.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., et al. (2000). Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control, 9*(1), 47-63.
- Leatherdale, S. T. (2006). School-based smoking cessation programs: do youth smokers want to participate in these programs? *Addictive Behaviors, 31*(8), 1449-1453.
- Lujic, C., Reuter, M., & Netter, P. (2005). Psychobiological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist, 10*(1), 1-24

- Mackay, J., Eriksen, M., & Shafey, O. (Eds.). (2006). *The Tobacco Atlas* (6 ed.). Geneva: World Health Organization.
- Mandel, L. L., Bialous, S. A., & Glantz, S. A. (2006). Avoiding "truth": tobacco industry promotion of life skills training. *Journal of Adolescent Health, 39*(6), 868-879.
- Manley, M., Lynn, W., Payne Epps, R., Grande, D., Glynn, T., & Shopland, D. (1997). The American Stop Smoking Intervention Study for cancer prevention: an overview. *Tobacco control, 6 Suppl 2*, S5-11.
- Marshall, S. J., & Biddle, S. J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine, 23*(4), 229-246.
- McCubbin, H., Needle, R., & Wilson, M. (1985). Adolescent Health Risk Behaviors: Family Stress and Adolescent Coping as Critical Factors. *The Family and Health Care, 34*(1), 51-62.
- McGee, R., Williams, S., & Reeder, A. (2006). Parental tobacco smoking behaviour and their children's smoking and cessation in adulthood. *Addiction, 101*(8), 1193-1201.
- Mcmillan, B., & Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health & Medicine, 8*(3).
- Mellanby, A., Rees, J., & Tripp, J. (2000). Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research *Health Education Research, 15*(5), 533-545.
- Mermelstein, R. (2003). Teen smoking cessation. *Tobacco Control 12*(Suppl I), i25-i34.
- Michauda, P.-A., Narringa, F., Cauderaya, M., & Cavadinib, C. (1999). Sports activity, physical activity and fitness of 9- to 19-year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland). *Schweiz Medicine Wochenschr, 129*, 691-699.

- Miller, C., Burgoon, M., Grandpre, J., & Alvaro, E. (2006). Identifying Principal Risk Factors for the Initiation of Adolescent Smoking Behaviors: The Significance of Psychological Reactance. *Health Communication, 19*(3), 241-252.
- Miller, C., Lane, L., Deatrik, L., Young, A., & Potts, K. (2006). Psychological reactance and promotional Health Message: The effects of controlling Language, Lexical contreteness, and the restoration of Freedom. *Human Communication Research, 33*, 219-240.
- Millstein, S. G., Petersen, A. C., & Nightingale, E. O. (1993). *Promoting the health of adolescents new directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- Molyneux, A., Lewis, S., Coleman, T., McNeill, A., Godfrey, C., Madeley, R., et al. (2006). Designing smoking cessation services for school-age smokers: A survey and qualitative study. *Nicotine and Tobacco Research, 8*(4), 539-546.
- Morley, K. I., Hall, W. D., Hausdorf, K., & Owen, N. (2006). 'Occasional' and 'social' smokers: potential target groups for smoking cessation campaigns? *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 30*(6), 550-554.
- Mounsey, A. L., Bovbjerg, V., White, L., & Gazewood, J. (2006). Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardised patients or with student colleagues? *Medical Education, 40*(8), 775-780.
- Neuwirth, K., & Frederick, E. (2004). Peer and Social Influence on Opinion Expression: Combining the Theories of Planned Behavior and the Spiral of Silence. *Communication Research, 31*(6), 669-703.
- Nilsson, M., Stenlund, H., Bergström, E., Weinehall, L., & Janlert, U. (2006). It Takes Two: Reducing Adolescent Smoking Uptake Through Sustainable Adolescent-Adult Partnership *Journal of Adolescent Health 39*(6), 880-886.

- Norman, P., & Conner, M. (1999). The Theory of Planned Behavior and Smoking Cessation. *Health Psychology, 18*(1), 89-94.
- O'Loughlin, J., Paradis, G., Meshefedjian, G., Eppel, A., Belbraouet, S., & Gray-Donald, K. (2004). Lifestyle risk factors for chronic disease by family origin among children in multiethnic, low-income, urban neighborhoods. *Ethnicity & Disease, 14*(3), 340-350.
- Osthus, S., Pape, H., & Lund, K. E. (2007). Smoking restrictions and smoking prevalence in high schools. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 127*(9), 1192-1194.
- Otten, R., Engels, R. C., & Eijnden, R. J. (2007). The relative contributions of parenting practices in smoking behavior of adolescents with and without asthma. *Nicotine & Tobacco Research, 9*(1), 109-118.
- Pan American Health Organization, P. A. H. O. S., Pan American Sanitary Bureau. (2000). *Tobacco-Free Youth: A "Life-Skills" Primer*. available <http://www.worldheartday.org>.
- Papacharisis, V., Goudas, M., Danish, S., & Theodorakis, Y. (2005). The Effectiveness of Teaching a Life Skills Program in a Sport Context. *Journal of Applied Sport Psychology 17*, 247-254.
- Papaioannou, A., Karastogiannidou, C., & Theodorakis, Y. (2004). Sport involvement, sport violence and health behaviours of Greek adolescents. *European Journal of Public Health, 14*(2), 168-172.
- Papaioannou, A., Milosis, D., Kosmidou, E., & Tsiggilis, N. (2002). Multidimensional structure of goal orientations: The importance of adopting a personal development goal in physical education. *Psychology (The Hellenic Journal of Psychology)*, 494-513

- Peretti-Watel, P., Beck, F., & Legleye, S. (2002). Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction*, 97(6), 707-716.
- Petty, R., & Cacioppo, J. (1990). Involvement and Persuasion: Tradition Versus Integration. *Psychological Bulletin* 107(3), 367-374.
- Plotnikoff, R. C., Bercovitz, K., & Loucaides, C. A. (2004). Physical activity, smoking, and obesity among Canadian school youth. Comparison between urban and rural schools. *Canadian Journal of Public Health*, 95(6), 413-418.
- Prince, F. (1995). The relative effectiveness of a peer-led and adult-led smoking intervention program. *Adolescence*, 30(117), 187-194.
- Ramos, E. (2007). Cardiovascular Risk Factors in Adolescence. *Arquivos de Medecina*, 21(1), 25-35.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., & Lohr, K. N. (2006). Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145(11), 845-856.
- Redding, C., Rossi, J., Rossi, S., Velicer, W., & Prochaska, J. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education* 3 (Special Issue), 180-193.
- Roemer, R., Taylor, A., & Lariviere, J. (2005). Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *American journal of public health*, 95(6), 936-938.
- Rooney, B. L., & Murray, D. M. (1996). A Meta-Analysis of Smoking Prevention Programs After Adjustment for Errors in the Unit of Analysis *Health Education & Behavior*, 23(1), 48-64.

- Rossi, J. S., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1988). Processes of change in heavy and light smokers. *Journal of Substance Abuse, 1*(1), 1-9.
- Röthlisberger, C., & Seiler, R. (1999). Sport, Stress, Emotional Support and Mental Health in Adolescence. A two-year longitudinal study *European Yearbook of Sport Psychology, 3*, 58-76.
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Taylor, W. C., Hill, J. O., & Geraci, J. C. (1999). Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology, 18*(4), 410-415.
- Sargent, J., Beach, M., Adachi-Mejia, A., Gibson, J., Titus-Ernstoff, L., Carus, C., et al. (2005). Exposure to Movie Smoking: Its Relation to Smoking Initiation Among US Adolescents. *Pediatrics, 116*, 1183-1191.
- Scheuer, L. J., & Mitchell, D. (2003). Does Physical Activity Influence Academic Performance? *The New Physical Education & Sports Dimension*
- Schmidt, C. W. (2007). A change in the air: smoking bans gain momentum worldwide. *Environmental Health Perspectives, 115*(8), A412-415.
- Shephard, R. J. (1997). Curricular Physical Activity and Academic Performance. *Pediatric Exercise Science, 9*(2).
- Starkey, F., Moore, L., Campbell, R., Sidaway, M., & Bloor, M. (2005). Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a school-based peer-led anti-smoking intervention in the UK: the ASSIST cluster randomised trial. *BMC Public Health 5*(43).
- Stephens, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R., et al. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive Medicine, 35*(2), 97-104.

- Stillman, F., Hartman, A., Graubard, B., Gilpin, E., Murray, D., & Gibson, J. (2003). Evaluation of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST): A Report of Outcomes *Journal of the National Cancer Institute*, 95(22), 1681-1691.
- Sussman, S., Dent, C., Stacy, A., & Craig, S. (1998). One-year outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine* 27, 632-642.
- Sussman, S., Dent, C. W., & Lichtman, K. L. (2001a). Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26(3), 425-438.
- Sussman, S., Dent, W., & Lichtman, L. (2001b). Project EX: outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26(3), 425-438.
- Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., & Pallonen, E. (1999). Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance use & Misuse*, 34(11), 1469-1503.
- Sussman, S., Miyano, J., Rohrbach, A., Dent, W., & Sun, P. (2007). Six-month and one-year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addictive Behaviors*, 32(12), 3005-3014.
- Taylor, M., Ross, A., Cummings, M., Glasgow, E., Goldsmith, H., Zanna, P., et al. (1998). Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): changes in community attitudes toward cigarette smoking. *Health Education Research*, 13(1), 109-122.
- Taylor, M., Ross, N., Goldsmith, C., Zanna, M., & Lock, M. (1998). Measuring attitudes towards smoking in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT). *Health Education Research Theory & Practice*, 13(1), 123-132.
- Theodorakis, Y. (1994). Planned Behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8, 149-165.

- Theodorakis, Y., & Goudas, M. (1997). Physical education interventions and attitude change. *International Journal of Physical Education, XXXIV*, 65-69.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2002). Correlation between exercise and other health related behaviors in Greek Students. . *International Journal of Physical Education, 34*, 30-34.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M. (2003). Greek students' attitudes toward physical activity and health-related behavior. *Psychological Reports, 92*, 25-283.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., Hatzigeorgiadis, A., Papadimitriou, E. (2005). Patterns of health-related behaviors among Hellenic students. *Hellenic Journal of Psychology, 2*, 225-242
- Thomas, R. (2002). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)(4)*, CD001293.
- Thompson, B., & Hopp, H. P. (1991). Community-based programs for smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine, 12(4)*, 801-818.
- Thompson, B., Lichtenstein, E., Corbett, K., Nettekoven, L., & Feng, Z. (2000). Durability of tobacco control efforts in the 22 Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT) communities 2 years after the end of intervention. *Health Education Research, 15(3)*, 353-366.
- Tobler, N. (1994). Meta-analytical issues for prevention intervention research. *NIDA Research Monograph, 142*, 342-403.
- Tobler, N., Roona, M., Peter, O., Diana, M., Andrei, S., & Kimberly, S. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention, 20(4)*.

- Tomas, R., & Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD001293.
- Tomco, C., Field, A., Berkey, C., Colditz, G., & Frazier, L. (1999). Weight Concerns, Weight Control Behaviors, and smoking Initiation. *Pediatrics*, 104(4).
- Turner, K., West, P., Gordon, J., Young, R., & Sweeting, H. (2006). Could the peer group explain school differences in pupil smoking rates? An exploratory study. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2513-2525.
- USDHHS. (2005). *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Retrieved 16-9-07, from <http://eric.ed.gov/>.
- Vartiainen, E., Pennanen, M., Haukkala, A., Dijk, F., Lehtovuori, R., & De Vries, H. (2007). The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *European Journal of Public Health*, 17(3), 249-256.
- Wakefield, M., McLeod, K., & Perry, C. L. (2006). "Stay away from them until you're old enough to make a decision": tobacco company testimony about youth smoking initiation. *Tobacco control*, 15 Suppl 4, iv44-53.
- WHO. (2003). Country Profiles. Cross Country Profile. Smoking Prevalence In Young People Available: <http://data.euro.who.int/tobacco>.
- WHO, Mackay, J., & Eriksen, M. (2002). *The Tobacco Atlas*. Retrieved 2006 Jan 2, Available: www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf.
- Wiehe, S. E., Garrison, M. M., Christakis, D. A., Ebel, B. E., & Rivara, F. P. (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 162-169.
- Winkleby, M., Feighery, E., Dunn, M., Kole, S., Ahn, D., & Killen, J. (2004). Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(3), 269-275.

- Withers, G., & Wertheim, E. (2004). Applying the Elaboration Likelihood Model of Persuasion to a Videotape-Based Eating Disorders Primary Prevention Program for Adolescent Girls. *Eating Disorders*, 12(2), 103-124.
- Zollinger, T. W., Saywell, R. M., Jr., Muegge, C. M., Wooldridge, J. S., Cummings, S. F., & Caine, V. A. (2003). Impact of the life skills training curriculum on middle school students tobacco use in Marion County, Indiana, 1997-2000. *The Journal of School Health*, 73(9), 338-346.
- Βρακά, Γ. (2006). *Αξιολόγηση εφαρμογής του προγράμματος αγωγής υγείας «Άσκηση και Κάπνισμα» σε μαθητές της Α΄ Γυμνασίου. (Μεταπτυχιακή διατριβή).* Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ.
- Δεσλή. (2007). *Αξιολόγηση ενός Προγράμματος Αγωγής Υγείας "Δεν καπνίζω-γυμνάζομαι" με βάση τη θεωρία της πειθούς σε μαθητές Δημοτικού. (Μεταπτυχιακή διατριβή).* Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ.
- Διγγελίδης, Ν., Κάμτσιος, Σ., & Θεοδωράκης, Γ. (2007). Σωματική Δραστηριότητα, Στάσεις προς την Άσκηση, Αντίληψη Εαυτού, Διατροφικές Συνήθειες και Δείκτης Μάζας Σώματος Μαθητών Δημοτικού Σχολείου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5(1), 27 - 40.
- Θεοδωράκης, Γ., Γιώτη, Γ., & Ζουρμπάνος, Ν. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, Μέρος 1ο: Σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 3(3), 225 - 238.
- Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ., Χασάνδρα, Μ., Ζήση, Β., Κοσμίδου, Ε., & Αδάμου, Δ. (2007). *«Δεν Καπνίζω, Γυμνάζομαι» τετράδιο του μαθητή για το Λόκειο.* Unpublished manuscript, Τρίκαλα.

- Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ., Χασάνδρα, Μ., & Κοσμίδου, Ε. (2005). «Δεν Καπνίζω, Γυμνάζομαι» Τετράδιο του μαθητή για το γυμνάσιο. ΤΕΦΑΑ ,Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας ,Τρίκαλα .
- Θεοδωράκης, Γ., & Παπαϊωάννου, Α. (2002). Το προφίλ μαθητών και μαθητριών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9(4), 547-562.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό (Inquiries in Sport & Physical Education)*, 3 (3), 239 - 248.
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (Eds.). (2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Κοσμίδου, Ε. (2007). *Κάπνισμα και άσκηση. Αποτελεσματικά μηνύματα για αλλαγή στάσεων σε προγράμματα Αγωγής υγείας που απευθύνονται σε φοιτητές και μαθητές*. (Διδακτορική διατριβή) Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης & Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Μιτρούσκα, Ι. (2007). Τι πετύχαμε στην προσπάθεια Διακοπής Καπνίσματος. *Ιατρικές Εξελίξεις*(Ειδική Έκδοση), 7-18.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών και μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 23-33.
- Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τ. (2003-2005, 21/2/2006). Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής. Retrieved 29-10-06, 2006, from <http://www.pe.uth.gr/portal/psych/index.htm>
- Πατάκα - Αργυροπούλου, Π. (2007). Νεότερες θεραπευτικές παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος. *Ιατρικές Εξελίξεις*(Ειδική Έκδοση), 4-7.

ΥΠΕΠΘ. (2007). Το Εκπαιδευτικό Σύστημα / Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση / Αγωγή Υγείας. Retrieved 16-5-07 from http://www.ypepth.gr/el_ec_page413.htm

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συναίνεση δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία

Τίτλος Έρευνας:

Σχεδιασμός και εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος για την ευαισθητοποίηση και μείωση του καπνίσματος σε μαθητές Λυκείου

Ερευνητής : Αδάμου Γ. Δήμητρα, καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Μεγάλος αριθμός παρεμβατικών προγραμμάτων στα σχολεία σχεδιάζονται τόσο για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος όσο και για τη διακοπή του καπνίσματος, Ωστόσο τα ποσοστά των καπνιστών δεν έχουν μειωθεί. Έχει διαπιστωθεί ότι τέτοια προγράμματα έχουν θετικά αποτελέσματα σε μικρότερες ηλικίες. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο παρεμβατικά προγράμματα ενημέρωσης στο λύκειο μπορούν να αποτρέψουν τους μαθητές από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα ή να το μειώσουν αν είναι ήδη καπνιστές. Επίσης να ερευνηθεί κατά πόσο μια μέθοδος προσέγγισης μέσα από τη χρήση Η/Υ είναι καλύτερη ή όχι από την κλασική διδασκαλία.

2. Διαδικασία μετρήσεων

Θα παρακολουθήσεις διαλέξεις με θέμα το κάπνισμα, μέσα από ένα πρόγραμμα αγωγής Υγείας στο σχολείο. Η διάρκεια θα είναι μία διδακτική ώρα, μια φορά την εβδομάδα, για οκτώ εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος θα συμμετέχεις ενεργά, θα εκφράζεις τη γνώμη σου, θα δέχεσαι και θα επεξεργάζεσαι πληροφορίες. Εκτός από τις επιμέρους δραστηριότητες της κάθε ενότητας, θα συμπληρώσεις ένα ερωτηματολόγιο στην αρχή της έρευνας και ένα στο τέλος.

3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Ιδιαίτεροι κίνδυνοι δεν υπάρχουν. Θα γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια να μην διαταραχθεί το πρόγραμμα παρακολούθησης των άλλων μαθημάτων. Η όλη διαδικασία έχει βιωματικό χαρακτήρα οπότε δεν θα απαιτείται κάποια μικρή προετοιμασία ή διάβασμα στο σπίτι.

4. Προσδοκώμενες ωφέλειες

Η συμμετοχή σου την έρευνα - παρέμβαση θα σου δώσει την δυνατότητα να καταλάβεις τι ακριβώς συμβαίνει στον οργανισμό ενός καπνιστή, θα σε διευκολύνει να πεις όχι στην πρόκληση του τσιγάρου και ευελπιστούμε να σε αποτρέψει από το να καπνίσεις στο μέλλον.

5. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

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

6. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις ερωτήσεις γύρω από το σκοπό, τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας ή την διαδικασία. Αν έχεις κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζήτησέ μας να σου δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις.

7. Ελευθερία συναίνεσης

Η άδειά σου να συμμετάσχεις στην εργασία είναι εθελοντική. Είσαι ελεύθερος να μην συναινέσεις ή να διακόψεις τη συμμετοχή σου όποτε επιθυμείς.

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανώ τις διαδικασίες που θα εκτελέσω. Συναινώ να συμμετέχω στην εργασία.

Ημερομηνία: __/__/__

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντος	_____	Υπογραφή	_____
Όνοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα συμμετέχοντος	_____	Υπογραφή	_____
Υπογραφή ερευνητή	Όνοματεπώνυμο παρατηρητή	και	υπογραφή



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Πριν προχωρήσεις στις απαντήσεις διάβασε καλά τις οδηγίες. Το μόνο που θέλω είναι να είσαι ειλικρινής στις απόψεις σου. Να απαντάς σε όλες τις ερωτήσεις.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θα εκφράσεις απλά και ανώνυμα τις απόψεις σου για τα θέματα αυτά.

Απάντησε γρήγορα ότι έρχεται στο μυαλό σου αυτή τη στιγμή χωρίς να προβληματίζεσαι ιδιαίτερα.

Περισσότερο να το βλέπεις σαν ένα παιχνίδι λέξεων.

Ένα παράδειγμα:

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

καλό :---1--- :---2--- :---3--- :---4--- :---5--- :---6--- :---7---: **κακό**
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

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

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

Εάν αισθάνεσαι ότι αυτό που διαβάζεις είναι ούτε καλό, ούτε κακό θα βάλεις X εκεί που λέει «έτσι κι έτσι», δηλαδή στο μεσαίο διάστημα. Εάν αισθάνεσαι ότι είναι αρκετά καλό, θα βάλεις X στο δεύτερο διάστημα. Εάν αισθάνεσαι ότι είναι λίγο κακό, θα βάλεις X στο πέμπτο διάστημα. Ακριβώς έτσι είναι και η κλίμακα που αντί για λέξεις έχει αριθμούς.

ΚΑΛΗ ΣΥΝΕΧΕΙΑ!

Ημερομηνία Γέννησης: __/__/19__ , Τάξη: __ __ τμήμα: __ __, Σχολείο: _____

Φύλο: Αγόρι : , Κορίτσι :

Στο παρακάτω πλαίσιο γράψε ότι γνωρίζεις για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία

Οδηγίες: συμπληρώστε για κάθε πρόταση πόσο ισχύει για σένα. Δεν υπάρχει σωστό και λάθος. Όταν αναφέρεται η λέξη «πρόβλημα» εννοείται οτιδήποτε θέλει σκέψη για να λυθεί.	Ισχύει απόλυτα για μένα	Απλώς ισχύει	Ούτε ισχύει ούτε δεν ισχύει	Δεν ισχύει για μένα	Δεν ισχύει καθόλου για μένα
1. Θα προτιμούσα πολύπλοκα αντί για απλά προβλήματα.	5	4	3	2	1
2. Μου αρέσει να έχω την ευθύνη για το χειρισμό καταστάσεων που απαιτούν πολύ σκέψη.	5	4	3	2	1
3. Δε θεωρώ διασκέδαση το να σκέφτομαι	5	4	3	2	1
4. Θα προτιμούσα να κάνω κάτι που απαιτεί λίγη σκέψη παρά κάτι που θα προκαλέσει τις γνωστικές μου ικανότητες (την ικανότητα μου να σκέφτομαι).	5	4	3	2	1
5. Προσπαθώ να προβλέπω και να αποφύγω καταστάσεις στις οποίες πιθανόν να χρειαστεί να σκεφτώ σε βάθος για κάτι.	5	4	3	2	1
6. Ικανοποιούμαι όταν σκέφτομαι σκληρά και για πολλές ώρες.	5	4	3	2	1
7. Σκέφτομαι μόνο τόσο σκληρά όσο χρειάζεται	5	4	3	2	1
8. Προτιμώ να σκέφτομαι για μικρά καθημερινά προβλήματα αντί για εργασίες που πρέπει να πραγματοποιηθούν πιο μακροπρόθεσμα.	5	4	3	2	1
9. Μου αρέσουν ασκήσεις που απαιτούν λίγη σκέψη εφόσον τις έχω μάθει.	5	4	3	2	1
10. Η ιδέα ότι πρέπει να βασιστώ στη σκέψη για να φτάσω στη κορυφή, μου αρέσει.	5	4	3	2	1
11. Μου αρέσει πραγματικά οι ασκήσεις στις οποίες πρέπει να βρω νέες λύσεις σε προβλήματα.	5	4	3	2	1
12. Το να μαθαίνω νέους τρόπους σκέψης δεν με ενθουσιάζει και πολύ	5	4	3	2	1
13. Προτιμώ η ζωή μου να είναι γεμάτη αινίγματα τα οποία πρέπει να λύσω	5	4	3	2	1
14. Η αντίληψη του να σκέπτεσαι «περιληπτικά» με εκφράζει.	5	4	3	2	1
15. Προτιμώ μια δραστηριότητα που θέλει σκέψη, είναι δύσκολη και σημαντική, από μια άλλη που μάλλον είναι σημαντική, αλλά δεν απαιτεί και τόση σκέψη.	5	4	3	2	1
16. Νοιώθω περισσότερο ανακούφιση παρά ικανοποίηση αφού ολοκληρώσω μια δραστηριότητα η οποία απαιτούσε να σκεφτώ πολύ	5	4	3	2	1
17. Μου αρκεί όταν κάτι ολοκληρώνει μια δουλειά. Δεν με ενδιαφέρει πώς ή γιατί αυτό το «κάτι» λειτουργεί.	5	4	3	2	1
18. Συνήθως ολοκληρώνω διάφορα ζητήματα μετά από σκληρή σκέψη, ακόμη και όταν δεν με επηρεάζουν προσωπικά.	5	4	3	2	1

Το να καπνίσω για μένα είναι:

καλό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Κακό
ανόητο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Έξυπνο
υγιεινό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Ανθυγιεινό
χρήσιμο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Άχρηστο
άσχημο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Όμορφο
δυσάρεστο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Ευχάριστο

Σκοπεύω να καπνίσω:

πιθανό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	Απίθανο
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίσω:

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

Θα προσπαθήσω να καπνίσω:

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

Για μένα το να καπνίσω είναι:

εύκολο	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	δύσκολο
---------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	----------------

Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα καπνίσω:

σωστό	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	λάθος
--------------	------	--------	------	--------------	------	--------	------	--------------

Μπορώ να καπνίσω:

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

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καπνίσει:

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

Θεωρώ ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καπνίσει:

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

Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίσω:

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

Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καπνίσει:

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

Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καπνίσω:

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

Αν καπνίσω, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα:

διαφωνήσουν :-----: Συμφωνήσουν
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

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

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

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

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

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

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

Ελάχιστα 1 2 3 4 5 6 7 Πάρα πολλά
 αρκετά

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

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

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

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

Διαβάζω ή παρακολουθώ θέματα σχετικά με το κάπνισμα:

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

Νοιώθω ότι με αφορά το θέμα «κάπνισμα»:

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

Φέρνω συχνά τη συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα:

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

Παρακαλούμε απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

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

Σημειώστε την πρώτη σκέψη που έρχεται στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή.
Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.
Διαβάστε κάθε μια πρόταση προσεκτικά και δώστε γρήγορα την απάντησή σας.
Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

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

	είμαι 'εγώ'.							
12	το κάνω εδώ και πολύ καιρό.							

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

Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι γίνονται πιο λαμπεροί, όπως οι αστέρες του κινηματογράφου.		
Οι νέοι που καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι θα νιώθουν πιο “άνετοι” μπροστά στους φίλους τους.		



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία Γέννησης: __/__/19__ , Τάξη: __ __ τμήμα: __ __ ,

Σχολείο: _____

Φύλο: Αγόρι : , Κορίτσι :

Κύκλωσε μία απάντηση σε κάθε γραμμή-πρόταση για να εκφράσεις την άποψή σου για το Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας που ήταν ο συντάκτης του τετραδίου «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» με το οποίο ασχολήθηκες τόσο καιρό.

Το Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής ...

...είναι πολύ καλά πληροφορημένο σχετικά με το κάπνισμα	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	... δεν είναι καθόλου πληροφορημένο σχετικά με το κάπνισμα
... είναι πολύ καλά πληροφορημένο σχετικά με την άσκηση	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	... δεν είναι καθόλου πληροφορημένο σχετικά με την άσκηση
...είναι εξαιρετικά πειστικό	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	...δεν είναι καθόλου πειστικό
...γνωρίζει πολλά σχετικά με το πώς το κάπνισμα μπορεί να με επηρεάσει	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	...δεν γνωρίζει τίποτα σχετικά με το πώς το κάπνισμα μπορεί να με επηρεάσει
...γνωρίζει πολλά σχετικά με το πώς η άσκηση μπορεί να με επηρεάσει	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	...δεν γνωρίζει τίποτα σχετικά με το πώς η άσκηση μπορεί να με επηρεάσει

...είναι εξαιρετικά αξιόπιστο	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	...δεν είναι καθόλου αξιόπιστο
----------------------------------	----	----	----	---	----	----	----	-----------------------------------

Απάντησε ανάλογα με το πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς στη κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχει σωστό και λάθος. Μας ενδιαφέρει μόνο τι πιστεύεις εσύ!

1. Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το τετράδιο «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» ήταν αποτελεσματικό στο να σε αποτρέψει από το κάπνισμα;										
Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πολύ
αποτελεσματικό										αποτελεσματικό
2. Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το τετράδιο «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» σε έπεισε να μην καπνίσεις;										
Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Απόλυτα
3. Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το τετράδιο «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» ήταν αποτελεσματικό στο να σε προτρέψει να ασκηθείς;										
Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Πολύ
αποτελεσματικό										αποτελεσματικό
4. Σε ποιο βαθμό νοιώθεις ότι το τετράδιο «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» σε έπεισε να ασκηθείς;										
Καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Απόλυτα

Το να καπνίσω για μένα είναι:

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

Σκοπεύω να καπνίσω:

πιθανό	:	:	:	:	:	:	:	:	απίθανο	
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ			
Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίσω:										
Ναι	:	:	:	:	:	:	:	:	Όχι	
	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα			
Θα προσπαθήσω να καπνίσω:										
Σωστό	:	:	:	:	:	:	:	:	Λάθος	
	απόλυτα	αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα			

Για μένα το να καπνίσω είναι:

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

Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα καπνίσω:

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

Μπορώ να καπνίσω:

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

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καπνίσει:

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

Θεωρώ ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καπνίσει:

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

Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίσω:

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

Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καπνίσει:

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

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

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

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

διαφωνήσουν	:	:	:	:	:	:	:	Συμφωνήσουν
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

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

διαφωνώ	:	:	:	:	:	:	:	συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

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

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

.....

	πολύ ενημερωμένος	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	πολύ λίγο	καθόλου ενημερωμένος	
Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραφες;								
Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά
				αρκετά				

Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα του καπνίσματος								
διαφωνώ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	συμφωνώ
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του καπνίσματος;								
καθόλου γνώσεις	1	2	3	4	5	6	7	πολλές γνώσεις
				αρκετές				

Παρακαλούμε απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

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

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την **άσκηση**. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας: (Γράψτε πόσες φορές την εβδομάδα ασκήστε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

ΦΟΡΕΣ /
ΕΒΔΟΜΑΔΑ

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

| _____ |

- Β) **μέτρια άσκηση** –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) | _____ |
- Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική). | _____ |

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

Το να ασκούμε για μένα είναι:

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

Διαβάζω ή παρακολουθώ θέματα σχετικά με την άσκηση (αθλητισμό):

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

Νοιώθω ότι με αφορά το θέμα «άσκηση»:

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

Φέρνω συχνά τη συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα:

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

Σημειώστε την πρώτη σκέψη που έρχεται στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Διαβάστε κάθε μια πρόταση προσεκτικά και δώστε γρήγορα την απάντησή σας. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

	Το κάπνισμα είναι κάτι που	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΜΑΛΛΟΝ ΣΥΜΦΩΝΩ	ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	ΜΑΛΛΟΝ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	το κάνω συχνά.							
2	το κάνω αυτόματα.							
3	το κάνω χωρίς να πρέπει το θυμάμαι συνειδητά.							
4	με κάνει να νιώθω περίεργα άμα δεν το κάνω.							

5	το κάνω χωρίς να το σκεφτώ.							
6	θα έπρεπε να προσπαθήσω πολύ για να μην το κάνω.							
7	ανήκει στην (καθημερινή, εβδομαδιαία, μηνιαία, κτλ.) ρουτίνα μου.							
8	Ξεκινώ να το κάνω πριν καν συνειδητοποιήσω ότι το κάνω.							
9	θα το έβρισκα δύσκολο να μην το κάνω.							
10	δε χρειάζεται να το σκεφτώ για να το κάνω.							
11	τυπικά χαρακτηρίζει 'εμένα' / τυπικά είμαι εγώ'.							
12	το κάνω εδώ και πολύ καιρό.							

Ποιες είναι οι γνώσεις σας για το κάπνισμα και ποιες για το παθητικό κάπνισμα;	ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΓΕΝΙΚΑ		
Το κάπνισμα φέρνει δυσκολία στην αναπνοή, όταν συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες.		
Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη που προκαλεί εθισμό, καθώς επίσης και πολλές χημικές ουσίες, δηλητηριώδεις και καρκινογόνες.		
Το κάπνισμα σκληραίνει και αδυνατεί τις αρτηρίες.		
Το κάπνισμα φέρνει προβλήματα οστεοπόρωσης στις γυναίκες.		
Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα.		
Το κάπνισμα προκαλεί βρογχίτιδα.		
Σύμφωνα με έρευνες πάνω απ' το 58% των ανδρών και το 32% των γυναικών στη χώρα μας καπνίζουν.		
Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από το 43% των νέων ηλικίας 15-24 χρόνων στη χώρα μας καπνίζουν.		
ΠΑΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ		
Ο καπνός από την καύτρα του τσιγάρου (δηλαδή το σημείο του τσιγάρου που καίγεται) είναι πιο επικίνδυνος από τον καπνό που εισπνέει ο καπνιστής γιατί έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση καρκινογόνων ουσιών.		
Όσοι εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο, καρδιακά νοσήματα και εγκεφαλικά.		
Οι παθητικοί «καπνιστές» κινδυνεύουν να υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως καρκίνο των πνευμόνων και καρδιοπάθειες.		
Τα παιδιά που εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κρυολογήσουν, να εμφανίσουν μολύνσεις των αφτιών, άσθμα και αναπνευστικά προβλήματα.		
Οι μη καπνιστές, που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα από τους μη καπνιστές οι οποίοι δεν εκτίθενται.		
Παιδιά που προέρχονται από γονείς καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άσθμα, μολύνσεις των αφτιών και άλλες ασθένειες.		
Το παθητικό κάπνισμα από πούρα είναι πιο επικίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα από τσιγάρα.		
ΟΙ ΝΕΟΙ		
Το κάπνισμα στους νέους δε σημαίνει ωριμότητα.		
Οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 14		

ετών, ενώ το 90% των καπνιστών αρχίζουν πριν την ηλικία των 19 ετών.		
Οι νέοι, όταν καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι γίνονται πιο εύκολα αποδεκτοί στις παρέες τους και το αντίθετο φύλο.		
Οι εταιρίες καπνού στοχεύουν στους νέους, προσπαθούν να παρουσιάσουν το κάπνισμα ελκυστικό, διασκεδαστικό, ή σέξι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι κάνουν τους εαυτούς τους να φαίνονται μεγαλύτεροι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι γίνονται πιο λαμπεροί, όπως οι αστέρες του κινηματογράφου.		
Οι νέοι που καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι θα νιώθουν πιο “άνετοι” μπροστά στους φίλους τους.		



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία Γέννησης: __/__/19__ , Τάξη: __ __ τμήμα: __ __ ,

Σχολείο: _____

Φύλο: Αγόρι : , Κορίτσι :

Το να καπνίσω για μένα είναι:

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

Σκοπεύω να καπνίσω:

πιθανό	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	απίθανο
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

Είμαι αποφασισμένος/η να καπνίσω:								
Ναι	:	:	:	:	:	:	:	Όχι
απόλυτα		αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	
Θα προσπαθήσω να καπνίσω:								
Σωστό	:	:	:	:	:	:	:	Λάθος
απόλυτα		αρκετά	κάπως	έτσι κι έτσι	κάπως	αρκετά	απόλυτα	
Για μένα το να καπνίσω είναι:								
εύκολο	:	:	:	:	:	:	:	δύσκολο
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

Είμαι απόλυτα σίγουρος/η ότι θα καπνίσω:								
σωστό	:	:	:	:	:	:	:	λάθος
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Μπορώ να καπνίσω:								
πιθανό	:	:	:	:	:	:	:	απίθανο
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να καπνίσει:								
Συμφωνώ	:	:	:	:	:	:	:	Διαφωνώ
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Θεωρώ ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που θα καπνίσει:								
Διαφωνώ	:	:	:	:	:	:	:	Συμφωνώ
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Είναι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να καπνίσω:								
Συμφωνώ	:	:	:	:	:	:	:	Διαφωνώ
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	Πολύ	
Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα καπνίσει:								
Συμφωνώ	:	:	:	:	:	:	:	Διαφωνώ
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	

Πολλά άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή μου, πιστεύουν ότι θα πρέπει να καπνίσω τον επόμενο μήνα:								
πιθανό	:	:	:	:	:	:	:	απίθανο
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Αν καπνίσω τον επόμενο μήνα, πολλά άτομα σπουδαία για μένα θα:								
διαφωνήσουν	:	:	:	:	:	:	:	Συμφωνήσουν
πολύ		αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	αρκετά	πολύ	
Γενικά μου αρέσει να κάνω αυτό που σπουδαία άτομα για μένα, θέλουν:								

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

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

Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείς ότι είσαι σχετικά με το θέμα του καπνίσματος;									
.....									
	πολύ	αρκετά	λίγο	έτσι κι έτσι	λίγο	πολύ λίγο	καθόλου		
	ενημερωμένος						ενημερωμένος		
Αν σου έλεγαν να γράψεις οτιδήποτε γνωρίζεις για το κάπνισμα πόσα πολλά θα έγραφες;									
Ελάχιστα	1	2	3	4	5	6	7	Πάρα πολλά	
				αρκετά					

Σε σχέση με άλλα θέματα θεωρείς τον εαυτό σου πολύ ενημερωμένο/η σχετικά με το θέμα του καπνίσματος									
διαφωνώ					συμφωνώ				
πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		πολύ	
Πόσες γνώσεις νομίζεις ότι έχεις πάνω στο θέμα του καπνίσματος;									
καθόλου γνώσεις	1	2	3	4	5	6	7	πολλές γνώσεις	
				αρκετές					

Παρακαλούμε απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

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

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την **άσκηση**. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας; (Γράψτε πόσες φορές την εβδομάδα ασκήσετε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- A) **έντονη άσκηση** – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης) | _____ |
- B) **μέτρια άσκηση** –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) | _____ |
- Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική). | _____ |

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς

κάνεις..._____

Πόσες φορές την εβδομάδα..._____ Πόσες ώρες κάθε φορά..._____

Το να ασκούμε για μένα είναι:

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

Διαβάζω ή παρακολουθώ θέματα σχετικά με την άσκηση (αθλητισμό):

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

Νοιώθω ότι με αφορά το θέμα «άσκηση»:

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

Φέρνω συχνά τη συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα:

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

Σημειώστε την πρώτη σκέψη που έρχεται στο μυαλό σας αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Διαβάστε κάθε μια πρόταση προσεκτικά και δώστε γρήγορα την απάντησή σας. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

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

11	τυπικά χαρακτηρίζει 'εμένα' / τυπικά είμαι εγώ'.							
12	το κάνω εδώ και πολύ καιρό.							

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

στους φίλους τους.		
--------------------	--	--



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ

Ημερομηνία γέννησης μαθητή: __/__/19__

Φύλο μαθητή/τριας: Αγόρι: , Κορίτσι:

Φύλο κηδεμόνα: άνδρας , γυναίκα , Ημερομηνία γέννησης κηδεμόνα: 19 __ __

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις:

1. Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
3. Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
4. Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
5. Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
6. Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα; __ __ __ (σημείωσε τον αριθμό)
7. Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες; επέλεξε μια απάντηση Κανένα <input type="checkbox"/> , 1-5 <input type="checkbox"/> , 6-10 <input type="checkbox"/> , 11-15 <input type="checkbox"/> , 16-20 <input type="checkbox"/> , 21-25 <input type="checkbox"/> , 26 και πάνω <input type="checkbox"/>

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

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



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ

Ημερομηνία γέννησης μαθητή: _ / _ / 19 _ _

Φύλο μαθητή/τριας: Αγόρι: , Κορίτσι:

Φύλο κηδεμόνα: άνδρας , γυναίκα , Ημερομηνία γέννησης κηδεμόνα: 19 _ _

1. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις:

8. Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
9. Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
10. Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
11. Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
12. Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
13. Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα; _ _ _ (σημείωσε τον αριθμό)
14. Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες; επέλεξε μια απάντηση Κανένα <input type="checkbox"/> , 1-5 <input type="checkbox"/> , 6-10 <input type="checkbox"/> , 11-15 <input type="checkbox"/> , 16-20 <input type="checkbox"/> , 21-25 <input type="checkbox"/> , 26 και πάνω <input type="checkbox"/>

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

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

2. Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θεωρούμε ότι ένα άτομο είναι καπνιστής/τρια, όταν καπνίζει 1 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα και κάθε μέρα.

Για μένα το να καπνίζει κανείς, είναι:

καλό :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: κακό
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

έξυπνο :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: ανόητο
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

υγιεινό :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: ανθυγιεινό
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

ελκυστικό :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: απωθητικό
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

ευχάριστο :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: δυσάρεστο
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

ακίνδυνο :---7---:---6---:---5---:---4---:---3---:---2---:---1---: επικίνδυνο
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

Μερικοί άνθρωποι προσέχουν ιδιαίτερα πληροφορίες σχετικές με το κάπνισμα, ενώ κάποιοι άλλοι όχι.

Πόσο προσοχή δίνεις σε πληροφορίες σχετικές με το κάπνισμα;
 Καθόλου. Δεν το προσέχω 1 2 3 4 5 6 7 Το προσέχω πολύ

Πόσο συχνά έτυχε να προσέξεις ενημερωτικά έντυπα σχετικά με το κάπνισμα;
 Καμία φορά 1 2 Μερικές φορές 3 4 5 6 Πολύ συχνά 7

Ενδιαφέρομαι πολύ για πληροφορίες σχετικές το κάπνισμα.

Διαφωνώ:---1---:---2---:---3---:---4---:---5---:---6---:---7---: Συμφωνώ
 πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

Πόσο ασχολείσαι με πληροφορίες που αφορούν στο κάπνισμα;
 Δεν ασχολούμαι καθόλου 1 2 Ασχολούμαι 3 4 5 6 7 Ασχολούμαι πολύ

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ ...
... ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ

ΤΕΤΡΑΔΙΟ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΛΥΚΕΙΟΥ



**Γιάννης Θεοδωράκης
Μάριος Γούδας
Μαίρη Χασάνδρα
Βασιλική Ζήση
Ευδοξία Κοσμίδου
Δήμητρα Αδάμου**

2007

© Εργαστήριο Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής
Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Πρόλογος

Αγαπητέ μαθητή ή μαθήτρια,

στο τετράδιο αυτό παρουσιάζεται ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας που έχει ως σκοπό την ευαισθητοποίησή σου σε ένα βασικό πρόβλημα της εποχής, το κάπνισμα. Μέσα από το πρόγραμμα αυτό, θα αποκτήσεις ενδιαφέρουσες εμπειρίες, όπως επίσης πληροφορίες και γνώσεις για να μπορέσεις να σχηματίσεις μια σωστή αντίληψη για το ζήτημα αυτό.

Θα έχεις την ευκαιρία να συμμετέχεις σε μια σειρά από ενδιαφέρουσες και πρωτότυπες δραστηριότητες που θα σε βοηθήσουν να κατανοήσεις τις συνέπειες που επιφέρει το κάπνισμα στην υγεία, γιατί κάποιοι νέοι καπνίζουν, ποιες είναι οι πιέσεις που θα δεχθείς, και πώς πρέπει να αντιμετωπίζεις το θέμα στην καθημερινή σου ζωή. Ταυτόχρονα θα κατανοήσεις την αξία της άσκησης και τη μεγάλη βοήθεια που αυτή θα σου προσφέρει, προστατεύοντάς σε από τη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος και βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής και της υγείας σου. Τέλος, θα σου δοθεί η ευκαιρία να μεταφέρεις τις εμπειρίες σου αυτές στους γονείς, στους συμμαθητές, στους φίλους και όπου αλλού θέλεις.

Καλή επιτυχία

Ενότητα 1

Τι πιστεύω και τι γνωρίζω για το κάπνισμα

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν θεωρούμε ότι ένα άτομο είναι καπνιστής/τρια, όταν καπνίζει 1 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα και κάθε μέρα.

Έντυπο 1. Τι πιστεύω για το κάπνισμα.

Για μένα το να καπνίζει κανείς, είναι:

καλό	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	κακό
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			
έξυπνο	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	ανόητο
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			
υγιεινό	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	ανθυγιεινό
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			
ελκυστικό	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	απωθητικό
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			
ευχάριστο	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	δυσάρεστο
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			
ακίνδυνο	:---	7	---	6	---	5	---	4	---	3	---	2	---	1	---	επικίνδυνο
	πολύ		αρκετά		λίγο		έτσι κι έτσι		λίγο		αρκετά		πολύ			

Έντυπο 2. Οι πληροφορίες

Μερικοί μαθητές προσέχουν ιδιαίτερα πληροφορίες σχετικές με το κάπνισμα, ενώ κάποιοι άλλοι όχι.

Πόσο προσοχή δίνεις σε πληροφορίες σχετικές με το κάπνισμα;

Καθόλου. Δεν το προσέχω	1	2	3	4	5	6	7	Το προσέχω πολύ
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Πόσο συχνά έτυχε να προσέξεις ενημερωτικά έντυπα σχετικά με το κάπνισμα;

Καμία φορά	1	2	3	4	5	6	7	Μερικές φορές	Πολύ συχνά
------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------	------------

Ενδιαφέρομαι πολύ για πληροφορίες σχετικές το κάπνισμα.

Διαφωνώ: ---1---: ---2---: ---3---: ---4---: ---5---: ---6---: ---7---: Συμφωνώ
πολύ αρκετά λίγο έτσι κι έτσι λίγο αρκετά πολύ

Πόσο ασχολείσαι με πληροφορίες που αφορούν στο κάπνισμα;

Δεν ασχολούμαι καθόλου	1	2	3	4	5	6	7	Ασχολούμαι πολύ
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Έντυπο 3. Τι γνωρίζω για το κάπνισμα. Ποιες είναι οι γνώσεις σου για το κάπνισμα και ποιες για το παθητικό κάπνισμα;	ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΑ	ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΑ
ΓΕΝΙΚΑ		
Το κάπνισμα φέρνει δυσκολία στην αναπνοή, όταν συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες.		
Ο καπνός περιέχει τη νικοτίνη που προκαλεί εθισμό, καθώς επίσης και πολλές χημικές ουσίες, δηλητηριώδεις και καρκινογόνες.		
Το κάπνισμα σκληραίνει και αδυνατεί τις αρτηρίες.		
Το κάπνισμα φέρνει προβλήματα οστεοπόρωσης στις γυναίκες.		
Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα.		
Το κάπνισμα προκαλεί βρογχίτιδα.		
Σύμφωνα με έρευνες πάνω απ' το 58% των ανδρών και το 32% των γυναικών στη χώρα μας καπνίζουν.		
Σύμφωνα με έρευνες, πάνω από το 43% των νέων ηλικίας 15-24 χρόνων στη χώρα μας καπνίζουν.		
ΠΑΘΗΤΙΚΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ		
Ο καπνός από την καύτρα του τσιγάρου είναι πιο επικίνδυνος από τον καπνό που εισπνέει ο καπνιστής γιατί έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση καρκινογόνων ουσιών κτλ.		
Όσοι εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο, καρδιακά νοσήματα και εγκεφαλικά.		
Οι παθητικοί «καπνιστές» κινδυνεύουν να υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως καρκίνο των πνευμόνων και καρδιοπάθειες.		
Τα παιδιά που εισπνέουν τον καπνό από τους άλλους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κρουολογήσουν, να εμφανίσουν μολύνσεις των αφτιών, άσθμα και αναπνευστικά προβλήματα.		
Οι μη καπνιστές, που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του πνεύμονα από τους μη καπνιστές οι οποίοι δεν εκτίθενται.		
Παιδιά που προέρχονται από γονείς καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άσθμα, μολύνσεις των αφτιών και άλλες ασθένειες.		
Το παθητικό κάπνισμα από πούρα είναι πιο επικίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα από τσιγάρα.		
ΟΙ ΝΕΟΙ		
Το κάπνισμα στους νέους δε σημαίνει ωριμότητα.		
Οι περισσότεροι καπνιστές αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 14 ετών, ενώ το 90% των καπνιστών αρχίζουν πριν την ηλικία των 19 ετών.		
Οι νέοι, όταν καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι γίνονται πιο εύκολα αποδεκτοί στις παρέες τους και το αντίθετο φύλο.		
Οι εταιρίες καπνού στοχεύουν στους νέους, προσπαθούν να παρουσιάσουν το κάπνισμα ελκυστικό, διασκεδαστικό, ή σέξι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι κάνουν τους εαυτούς τους να φαίνονται μεγαλύτεροι.		
Οι νέοι όταν καπνίζουν νομίζουν ότι γίνονται πιο λαμπεροί, όπως οι αστέρες του κινηματογράφου.		
Οι νέοι που καπνίζουν, νομίζουν ότι έτσι θα νιώθουν πιο "άνετοι" μπροστά στους φίλους τους.		

Μαθητές ενός λυκείου της Θεσσαλονίκης ασχολήθηκαν με το κάπνισμα και την άσκηση στα πλαίσια μιας εργασίας. Στο τέλος της εργασίας αυτής τους κατέληξαν στο παρακάτω κείμενο, με την ελπίδα να μοιραστεί και σε άλλους μαθητές. Απευθύνεται λοιπόν σε όλους εσάς:



«Ψάξαμε σε επιστημονικές βιβλιογραφικές πηγές, πήραμε συνεντεύξεις από άτομα τα οποία είτε προσπαθούσαν να κόψουν ή είχαν «κόψει» το τσιγάρο και από άτομα τα οποία αθλούνταν. Ένας μεγάλος αριθμός συνεντεύξεων προερχόταν από εφήβους, άτομα σαν εσάς και εμάς.

Οι εμπειρίες μας ήταν μοναδικές, γι' αυτό και θέλουμε να μοιραστούμε μαζί σου τα συμπεράσματα της εργασίας μας:

«Το κάπνισμα δεν έχει πια όριο ηλικίας».

Δυστυχώς όριο ηλικίας δεν έχουν και οι αρνητικές συνέπειές του. Δεν θα ασχοληθούμε καθόλου με τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος (πολλαπλά είδη καρκίνου, βρογχίτιδες, αριθμός θανάτων, κλπ). Λίγο πολύ τις ξέρουμε όλοι, μας τις λένε όλοι...

Σκέψου όμως το τώρα. Φέρε στο μυαλό σου για λίγο την εικόνα ενός καπνιστή δίπλα σου, μέσα στο σπίτι σου... (εξάλλου μπορεί να είσαι και εσύ).

- Η αναπνοή του μυρίζει, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι άλλων ασθενειών.
- Η εικόνα των δοντιών του είναι προβληματική καθώς καταστρέφεται η οδοντική του πλάκα και άρα τα δόντια του.
- Τα ρούχα του μυρίζουν και κιτρινίζουν τα δάχτυλά του.

Τελικά είναι «ωραίος»;

Ως ομάδα εργασίας καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι η άσκηση πρέπει να είναι η επιλογή μας και όχι το τσιγάρο. Για σκέψου το για λίγο.....»

Γράψε τι πέρασε από το μυαλό σου καθώς διάβαζες το κείμενο. Τι σκέφτηκες:

.....

.....

.....

.....

.....

Δράση

Τώρα!

1. Σχολιάζουμε ανά ομάδες το παρακάτω:

«Σύμφωνα με την EUROSTAT, το 46.5 % των αγοριών και το 43.3 % των κοριτσιών ηλικίας 15-24 χρόνων στη χώρα μας καπνίζουν. Τα ποσοστά αυτό είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη.»

.....

.....

.....



2. Ο ΚΑΠΝΟΣ ΤΩΝ ΑΛΛΩΝ

Γράψτε ένα δικό σας
σχόλιο εδώ!!!

.....

.....

.....

Στην πρώτη ευκαιρία !!!

1. Ξαναδιαβάζω τις προτάσεις από το έντυπο «τι γνωρίζω για το κάπνισμα». θυμάμαι 4-5 από τις προτάσεις αυτές και όποιον συγγενή, φίλο ή γνωστό συναντήσω και καπνίζει, μέσα στην εβδομάδα που μας έρχεται, τον ενημερώνω... για να μάθει και αυτός...
2. Δίνω σε φωτοτυπία στους γονείς μου να συμπληρώσουν το έντυπο, «Τι γνωρίζω για το κάπνισμα», και συζητώ μαζί τους για το θέμα. Έχουν μεγαλύτερο σκορ;

Ενότητα 2

Επιπτώσεις του καπνού στο σώμα

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΠΝΟΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ;

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα θανατηφόρο μίγμα που αποτελείται τουλάχιστον από 4000 χημικές ουσίες, οι περισσότερες από τις οποίες αναμειγνύονται μεταξύ τους σε μικρά σταγονίδια σε μορφή κολλώδους πίσσας. Μερικές από τις ουσίες είναι δηλητηριώδεις. Περισσότερες από 40 από αυτές είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο.

Μερικές από τις επικίνδυνες ουσίες είναι:

η ΝΙΚΟΤΙΝΗ, το ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ, το ΑΡΣΕΝΙΚΟ, η ΑΜΜΩΝΙΑ, το ΥΔΡΟΚΥΑΝΙΟ, το ΥΔΡΟΘΕΙΙΚΟ ΑΛΑΣ, το ΟΞΙΚΟ ΟΞΥ.

Έντυπο 4. Τι περιέχει το τσιγάρο

ΉΞΕΡΕΣ ΟΤΙ	Συμπλήρωσε τις απαντήσεις τώρα	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Η αμμωνία χρησιμοποιείται για τον καθαριότητα των πατωμάτων και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Το υδροκυάνιο χρησιμοποιήθηκε στις φυλακές για τις εκτελέσεις των κατάδικων με αέριο και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Το υδροθειικό άλας το βρίσκουμε στα χαλασμένα αβγά και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Το οξικό οξύ υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Το αρσενικό χρησιμοποιείται από δολοφόνους για να δηλητηριάσουν κάποιον και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα θανατηφόρο αέριο που προέρχεται από ατελή καύση, βρίσκεται στις εξατμίσεις των αυτοκινήτων και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου;			
Η νικοτίνη αποτελεί συστατικό των εντομοκτόνων και υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου			

ΜΥΘΟΣ Η΄ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ....

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Γενικά

- Το 1/3 των ανδρών σε όλο τον κόσμο είναι καπνιστές.
- Οι ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα σκοτώνουν έναν στους 10 ανθρώπους σήμερα.
- Κάθε 8 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος στη γη πεθαίνει από το κάπνισμα.
- Οι καπνιστές αυξάνονται συνέχεια στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ στις αναπτυγμένες μειώνονται.
- Περίπου 15 δισεκατομμύρια τσιγάρα πωλούνται ημερησίως, 10 εκατομμύρια κάθε λεπτό.

Νέοι

- Ένας στους 5 νέους ηλικίας 13 – 15 ετών καπνίζει στον κόσμο.
- Παγκοσμίως 80.000 με 100.000 παιδιά ξεκινάνε το κάπνισμα κάθε ημέρα.
- Στοιχεία δείχνουν ότι το 50% αυτών των παιδιών θα καπνίζουν και στην ηλικία των 15-20 ετών.
- Μελέτες δείχνουν ότι οι νέοι είναι αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο από τις διαφημίσεις τσιγάρων.

Υγεία

- Οι μισοί από τους συστηματικούς καπνιστές θα πεθάνουν από ασθένειες που οφείλονται στο κάπνισμα. Κάθε τσιγάρο αφαιρεί 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, όσο δηλαδή διαρκεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου.
- Το κάπνισμα είναι η μοναδική αιτία πρόωρου θανάτου που μπορεί να προληφθεί. Είναι ο Νο 1 επιβαρυντικός παράγοντας για καρδιοπάθειες, έμφραγμα και χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων. Επίσης προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του στόματος, του λαιμού, του παγκρέατος, των νεφρών και της ουροδόχου κύστης.
- Πάνω από 4.000 τοξικές και καρκινογόνες ουσίες περιέχουν τα τσιγάρα.
- Έρευνα στην Κίνα έδειξε ότι το 60% των ενηλίκων Κινέζων δεν ήξεραν ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο στον πνεύμονα! Και το 96% δεν ήξεραν ότι προκαλεί καρδιοπάθειες.

Διαφήμιση

- Η καπνοβιομηχανία Philip Morris το 1996 ήταν η 6η εταιρία στον κόσμο σε έξοδα για διαφήμιση των προϊόντων της, ξεδεύοντας 3 δισεκατομμύρια δολάρια.
- Έρευνα σε διαφημιστές έδειξε ότι το 80% πίστευαν ότι η διαφήμιση των τσιγάρων καταφέρνει να παρουσιάσει το κάπνισμα ως κοινωνικά αποδεκτό στα παιδιά.
- Μέσα από τη διαφήμιση των τσιγάρων οι εταιρίες προσπαθούν να συνδέσουν το κάπνισμα με τον αθλητικό τύπο, τον επιτυχημένο τύπο, τον σοφιστικέ τύπο, τον περιπετειώδη τύπο και την σεξουαλική γοητεία.
- Έρευνα στη Μ. Βρετανία έδειξε ότι το 50% των καπνιστών πίστευε ότι το κάπνισμα δεν είναι τόσο βλαβερό όσο ακούγεται, αλλιώς γιατί η κυβέρνηση επιτρέπει τη διαφήμισή του;
- Οι καπνοβιομηχανίες τα τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει τον τρόπο διαφήμισης. Μόνο το 10% των διαφημίσεων είναι άμεσες. Οι περισσότερες είναι οι έμμεσες π.χ. μπλουζάκια, αναπτήρες, μπρελόκ.

Σύμφωνα με τη Eurostat:

Πάνω από το ένα τρίτο του πληθυσμού πάνω από 15 ετών των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης καπνίζουν καθημερινά. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 41% στην ηλικία των 15-24 ετών. Σε αυτή την ηλικία οι καπνιστές στην Ελλάδα είναι 43%, με υψηλότερο ποσοστό το 53.1% στη Γαλλία και το χαμηλότερο με 21% στη Σουηδία.

Τριάντα διαφορετικές αιτίες θανάτου είναι περισσότερο κοινές σε καπνιστές σε αντίθεση με τους μη καπνιστές, όπως η ανακοπή καρδιάς, το έμφραγμα και πολλά είδη καρκίνου.

Επίσης όμως, καθημερινά το κάπνισμα προκαλεί προβλήματα, πχ. οι πληγές από κάποιο τραυματισμό αργούν να επουλωθούν, τα κρυολογήματα και η γρίπη κρατούν περισσότερο στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Κάτι τέτοιο δεν πρέπει να μας εκπλήσσει, αν αναλογιστούμε ότι ο καπνός από το τσιγάρο περιέχει πολλές χημικές ουσίες, μερικές από τις οποίες έχουν βρεθεί στα εντομοκτόνα, στο ξεβαφτικό νυχιών και στις εξατμίσεις καυσαερίων των αυτοκινήτων.

Αρκεί να σκεφτείς !! ότι μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα που θα καεί ένα τσιγάρο, κάθε κύτταρο στο σώμα σου (από τις άκρες των δακτύλων σου ως τις άκρες των ποδιών σου) ΜΟΛΥΝΕΤΑΙ.

Το να αναπνέεις τον καπνό από το τσιγάρο κάποιου άλλου ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα». Κάποιο μέρος από τον καπνό προέρχεται κατευθείαν από το τσιγάρο, ενώ ένα άλλο μέρος είναι "από δεύτερο χέρι", δηλαδή ανακυκλώνεται όταν ο καπνιστής εκπνέει τον καπνό.

Κάθε χρόνο, σχεδόν 17.000 παιδιά κάτω των 5 χρόνων επισκέπτονται το νοσοκομείο επειδή καπνίζουν οι γονείς τους.

Συχνά εμφανίζουν άσθμα, βρογχίτιδα, πνευμονία και μολύνσεις στην περιοχή του αυτιού.

Η γρίπη και τα κρυολογήματα κρατούν περισσότερο.

Τα παιδιά των καπνιστών έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν οι ίδιοι καπνιστές.

Συγκρίνετε τους αριθμούς των ατόμων που μένουν ζωντανόι ανά 10ετία ζωής σε μη καπνιστές και καπνιστές, ξεκινώντας από έναν πληθυσμό 100.000 ατόμων και για τις δύο ομάδες.



Πόσοι καπνιστές και μη καπνιστές θα είναι ακόμη ζωντανόι σε κάθε ηλικία

Ηλικία	Μη καπνιστές	Καπνιστές
30	100.000	100.000
40	91.546	81.191
50	81.160	62.699
60	66.564	46.226
70	45.919	30.393
80	21.737	14.494
90	4.753	3.292

Συγκρίνετε τα ποσοστά ασθενειών που εμφανίζονται σε καπνιστές και μη καπνιστές.



Ποσοστά εμφάνιση ασθενειών

Ασθένεια	Καπνιστές	Μη καπνιστές
Αναπνευστικό	16.09%	10.69%
Πεπτικό	11.88%	9.92%
Και οι δύο παραπάνω	8.77%	3.22%
Όλες οι ασθένειες	36.74%	23.83%
Συχνότητα	45.83%	32.71%

Έντυπο 5. Τι προκαλεί το τσιγάρο

ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΓΝΩΡΙΖΕΣ ΚΑΙ ΤΙ ΟΧΙ ;	ΝΑΙ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΑ	ΟΧΙ ΔΕΝ ΤΟ ΓΝΩΡΙΖΑ
Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά γρηγορότερα και στενεύει τα αγγεία του αίματος, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την πίεση του αίματος (υπέρταση).		
Το κάπνισμα προκαλεί στους ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ, δυσκολία στην αναπνοή, συνεχή βήχα, φτέρνισμα, πιθανότερη εμφάνιση κρυολογήματος και γρίπης, πνευμονία.		
Το κάπνισμα προκαλεί φυματίωση, βρογχίτιδα, εμφύσημα, άσθμα.		
Οι γυναίκες που καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες για προβλήματα οστεοπόρωσης.		
Η ικανότητα για γονιμοποίηση στους άνδρες καπνιστές μειώνεται.		
Όσοι καπνιστές προσπαθούν να ασκηθούν σύντομα θα νιώθουν κούραση, δυσκολία στην αναπνοή και πόνους στα πόδια		
Αν καπνίζεις, αρχίζεις να ξεχνάς πιο εύκολα και δεν μπορείς να συγκεντρωθείς		

Δράση

Τώρα!

1. Μετά από συζήτηση αποφασίστε για το μήνυμα του μαθήματος. Να είναι θετικό και να προτρέπει.

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

.....
.....

2. Σε συνεννόηση με τον εκπαιδευτικό της πληροφορικής, εγκαθιστούμε στους υπολογιστές του σχολείου το πρόγραμμα Hot potatoes. Διατίθεται ελεύθερα από <http://hotpot.uvic.ca>. Σε κάθε μάθημα ετοιμάζουμε και μια άσκηση από το υλικό μας. Επιλέγουμε στο τέλος τις καλύτερες από αυτές και τις περνάμε στο πρόγραμμα, δημιουργώντας το δικό μας Hot potatoes.

3. Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.

Μοιράστε τα παρακάτω μηνύματα σε ομάδες, και γράψτε σε μεγάλα χαρτόνια με έντονα χρώματα, για να κολληθούν στην τάξη και στους διαδρόμους του σχολείου.

Είναι η Νο 1 αιτία θανάτων γενικά.

Είναι η Νο 1 αιτία θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων.

Είναι η Νο 1 αιτία καρκίνου του οισοφάγου.

Αυξάνει τον κίνδυνο για έλκος στομάχου.

Μειώνει την (καλή χοληστερίνη) HDL στο αίμα.

Αυξάνει το κίνδυνο για διαβήτη

Αυξάνει το κίνδυνο καρδιοπαθειών



Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου των νεογέννητων και επιφέρει και άλλες επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα αυξάνει όσο περισσότερα τσιγάρα καταναλώνονται.

Στην πρώτη ευκαιρία !!!

Σκέψου πώς θα μεταδώσεις αυτά τα μηνύματα στους γονείς σου!!!

Σκέψου πώς η τάξη σου θα τα μεταδώσει σε μια άλλη τάξη!!!

Σκέψου πώς η τάξη σου θα τα προβάλλει σε όλο το σχολείο!!!

Ενότητα 3

Δεν Καπνίζω... ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Η ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΜΑΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΩΡΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.

Όλοι γνωρίζουμε τι είναι η άσκηση, αλλά ίσως δεν γνωρίζεις γιατί είναι τόσο σημαντική!!

Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ.

Η καρδιά είναι ένας δυνατός μηχανισμός στο σώμα σου, όπου αντλεί αίμα κάθε στιγμή της ζωής σου. Είναι από τους πιο δυνατούς μύες του σώματος αλλά μπορεί να γίνει ακόμα πιο δυνατή. Αφού λοιπόν δεν μπορεί να σηκώσει βάρη για να δυναμώσει, η **αερόβια άσκηση** είναι ένας τρόπος για να την βοηθήσεις. Η αεροβική άσκηση είναι οποιαδήποτε δραστηριότητα όπου απαιτείται από τους μύς να χρησιμοποιούν οξυγόνο.

Καλή ιδέα είναι να κάνεις αερόβια άσκηση 2 ή 3 φορές την εβδομάδα για 20 έως 30 λεπτά. Πώς όμως θα φέρεις περισσότερο οξυγόνο στη καρδιά; Μερικές από τις αερόβιες δραστηριότητες που μπορείς να κάνεις είναι: το κολύμπι, το τρέξιμο, το γρήγορο περπάτημα, το ποδόσφαιρο, ή το ποδήλατο. Ακόμα και ο χορός ή το σχοινάκι είναι αερόβιες δραστηριότητες!

Αντίθετα το κάπνισμα είναι ο κύριος εχθρός της καρδιάς και όχι μόνο!! Η καρδιά και οι αρτηρίες της δεν συμπαθούν καθόλου τον καπνό από τα τσιγάρα διότι το κάπνισμα δυσκολεύει τις λειτουργίες τους και κουράζει την καρδιά.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΔΥΝΑΜΩΝΕΙ ΤΟΥΣ ΜΥΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.

Για μια απλή εργασία όπως το σήκωμα ενός βιβλίου ή το κατέβασμα της σκάλας, οι μύες του σώματος μπορούν να βοηθήσουν με ευκολία. Τι γίνεται όμως όταν θέλουμε να χρησιμοποιήσουμε τους μύες για πιο δύσκολα πράγματα όπως π.χ το σκαρφάλωμα ενός δέντρου ή να κάνουμε ποδήλατο για αρκετή ώρα; Η **άσκηση** είναι αυτή που θα κάνει τους μύς πιο δυνατούς και ακόμα και μεγαλύτερους. Όσο δυναμώνουν οι μύες του σώματος σου, μπορείς να δραστηριοποιείσαι για μεγάλο χρονικό διάστημα και να προστατεύεις από τυχόν τραυματισμούς.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΟΥ.

Η **άσκηση** κάνει καλό για κάθε μέρος του σώματος, και ειδικά για τους πνεύμονες και την καρδιά. Όταν συμμετέχεις σε άσκηση με μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ ποδηλασία, τρέξιμο, ή κολύμπι), οι πνεύμονες σου απαιτούν περισσότερο αέρα για να δώσουν στα τριχοειδή το επιπλέον οξυγόνο που χρειάζονται. Καθώς αναπνέεις βαθιά και εισπνέεις περισσότερο αέρα, τα πνευμόνια σου δυναμώνουν και έχουν την ικανότητα να δίνουν στο σώμα σου τον απαραίτητο αέρα που χρειάζεται.

Το να διατηρήσεις τα πνευμόνια σου υγιή, είναι μια καλή ιδέα, και ο καλύτερος τρόπος για να το πετύχεις είναι να **ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ!** Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει μεγάλο κακό στους πνεύμονες. Από την φύση τους οι πνεύμονες είναι δυνατοί και σκληροί, αλλά όσον αφορά το τσιγάρο, μπορούν να πληγωθούν εύκολα – και συχνά είναι πολύ δύσκολο ή αδύνατον να τους θεραπεύσουμε. Προστάτεψε τους πνεύμονες σου και θα σε ευχαριστούν για όλη την ζωή σου, προσφέροντας σου μια καλή αναπνοή μέχρι τα βαθιά γεράματα.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΔΙΑΤΗΡΕΙ ΣΕ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ.

Κάθε φορά που τρως φαγητό, το σώμα σου κάνει το ίδιο πράγμα: χρησιμοποιεί ένα μέρος από τα προϊόντα της τροφής ως καύσιμο. Στην συνέχεια, θα κάψει τα προϊόντα για να μας δώσει ενέργεια ή τις λεγόμενες θερμίδες. Αν το σώμα δεν χρησιμοποιήσει όλες τις θερμίδες που θα πάρει από την τροφή, το υπόλοιπο θα το αποθηκεύσει σαν λίπος. Για το λόγο αυτό η άσκηση σε βοηθά να διατηρείς το ιδανικό βάρος για το ύψος σου, καίγοντας τις επιπρόσθετες θερμίδες. Όταν ασκείσαι, το σώμα σου χρησιμοποιεί το επιπρόσθετο καύσιμο για να έχεις δύναμη.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΝΑ ΝΟΙΩΘΕΙΣ ΟΜΟΡΦΑ.



Η άσκηση είναι ένας εξαιρετικός τρόπος για να νιώθεις ευχάριστα, είτε γυμνάζεσαι ατομικά ή ομαδικά. Αν είχες μια δύσκολη μέρα στο σχολείο, τσακώθηκες με τους φίλους σου ή στενοχωρήθηκες, η άσκηση θα σε βοηθήσει να νιώσεις καλύτερα. Αυτό συμβαίνει γιατί όταν ασκείσαι, το σώμα σου ελευθερώνει τις ενδορφίνες, ουσίες που δημιουργούν την αίσθηση της ευχαρίστησης στον εγκέφαλο. Επίσης, όταν αναπνέεις βαθιά κατά την άσκηση και στέλνεις περισσότερο αέρα στα πνευμόνια σου, (όταν φυσικά τα πνευμόνια σου δεν δέχονται τον καπνό του τσιγάρου), αυτό βοηθά τον εγκέφαλο σου και σε ηρεμεί. Επίσης, η άσκηση μπορεί να σε κάνει να νιώσεις όμορφα για τον ίδιο τον εαυτό σου.

Όταν νιώθεις δύναμη και ότι μπορείς να καταφέρεις πολλά πράγματα, αισθάνεσαι αυτοπεποίθηση και σιγουριά, για οτιδήποτε είναι αυτό, π.χ. είτε σκόραρες στον αγώνα είτε κατάφερες να κάνεις ποδήλατο για μια ώρα.

Έντυπο 6. Γιατί η άσκηση είναι σημαντική

Η άσκηση είναι σημαντική γιατί....	ΝΑΙ το γνώριζα	ΟΧΙ δεν το γνώριζα
Διατηρεί το σώμα και τον νου σου υγιή		
Σε κάνει να νιώθεις καλά και να έχεις καλή εμφάνιση		
Σε κάνει να αποδίδεις καλά στα μαθήματα		
Βελτιώνει το καρδιοαναπνευστικό σου σύστημα		
Διατηρεί το σώμα σου σ' ένα ιδανικό βάρος		
Σε κάνει να νιώθεις όμορφα		
Σε γεμίζει αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τον εαυτό σου		
Δυναμώνει τα πνευμόνια σου		
Σε αποτρέπει από το κάπνισμα		

Δράση

Τώρα!

1. Μετά από συζήτηση αποφασίστε για το μήνυμα του μαθήματος. Να είναι θετικό και να προτρέπει.

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

.....
.....

2. Ομαδική εργασία.

Το κάπνισμα επηρεάζει την ικανότητά μου να ασκούμαι:

Το κάπνισμα όχι απλώς μειώνει το ποσό του οξυγόνου της αιμοσφαιρίνης, αλλά μειώνει και το ποσό του αέρα που μπορούν να δεχθούν τα πνευμόνια. Αυτό μειώνει την ικανότητά σου να εκτελείς αερόβιες δραστηριότητες.

Σκεφθείτε για λίγο το θέμα και συζητήστε το στην τάξη. Φέρτε προσωπικά παραδείγματα.



ΓΡΑΨΤΕ ΤΑ ΣΧΟΛΙΑ ΣΑΣ ΕΔΩ !!!

.....
.....
.....
.....
.....

Στην πρώτη ευκαιρία !!!

Ξαναδιαβάσω τις πληροφορίες του υλικού και:

- Βάζω στην οθόνη του Η/Υ μου ένα σλόγκαν για την άσκηση.
- Γράφω στα τετράδια με το δικό μου στυλ το μήνυμα της ημέρας της ομάδας μου.

Ενότητα 4

Το ταξίδι του καπνού στο σώμα – Γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν

ΤΟ ΠΕΙΡΑΜΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

1. Παίρνουμε ένα μπουκάλι απορρυπαντικού πιάτων διάφανο καλά καθαρισμένο και στεγνό.
2. Βάλτε μέσα μπάλες βαμβακιού και ξαναβάλτε το καπάκι στη θέση του.
3. Αφαιρέστε τη μύτη του μπουκαλιού.
4. Τοποθετήστε ένα τσιγάρο στο στόμιο και κλείστε το αεροστεγώς με πλαστελίνη (Το βαμβάκι αντιπροσωπεύει τους πνεύμονες).
5. Πιέστε το μπουκάλι ώστε να βγει από μέσα όλος ο αέρας, ανάψτε το τσιγάρο και πιέζετε με συνεχής αργές και σταθερές κινήσεις το μπουκάλι.
6. Αφού «καεί» όλο το τσιγάρο, αφαιρέστε το φίλτρο και μετά το καπάκι. Δείτε την πίσσα που έχει μείνει επάνω στο βαμβάκι!!!



Γράψτε τώρα μερικές σκέψεις σας με αφορμή το πείραμα

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Αριστερά βλέπετε τον πνεύμονα ενός υγιούς ατόμου και δεξιά ενός καπνιστή. Γράψτε τα σχόλια σας.

.....

.....

.....

.....

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Το ταξίδι του καπνού στο σώμα

Ο αριθμός των κινδύνων της υγείας εξαιτίας του τσιγάρου είναι μεγάλος. Πολλοί καπνιστές όμως δυσκολεύονται να συνδέσουν την απόλαυση του καπνίσματος με τις θανατηφόρες συνέπειές του. Δείτε τι ακριβώς συμβαίνει:

- ☞ Με την εισπνοή καπνού, οι ουσίες **περνούν** γρήγορα διαμέσου των πνευμόνων στο ΑΙΜΑ.
- ☞ Το αίμα **μεταφέρει** μαζί με τις χρήσιμες και τις άχρηστες ουσίες, στα διάφορα μέρη του σώματος.
- ☞ Με την εισπνοή του καπνού του τσιγάρου, **εισάγονται** ορισμένα βλαβερά συστατικά στον οργανισμό, όπως η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα, τα οποία αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων στην υγεία.
- ☞ Το οξυγόνο **δεν** μπορεί να κινηθεί με την ίδια άνεση.
- ☞ Ο καπνός περιέχει τη **νικοτίνη** που προκαλεί εθισμό, καθώς επίσης πολλές δηλητηριώδεις και καρκινογόνες ουσίες.
- ☞ Με την εισπνοή του καπνού, η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο σε **5 δευτερόλεπτα**, όπου στην συνέχεια επιδρά πολλαπλά σε όλο το σώμα καθώς το αίμα μεταφέρει τις δηλητηριώδεις ουσίες σε κάθε κύτταρο του οργανισμού.
- ☞ Οι **χημικές ουσίες** μπορούν να κάνουν μεγάλο κακό στον οργανισμό, όπως για παράδειγμα, προκαλώντας θρόμβωση, αυτό σημαίνει ότι σταματά η κυκλοφορία του οξυγόνου στο αίμα. Αν ένα οποιοδήποτε μέρος του σώματος(ο εγκέφαλος, τα άκρα των μελών του σώματος, η ίδια η καρδιά), στερηθεί την κατάλληλη ποσότητα οξυγόνου, σίγουρα δεν θα μπορούν να λειτουργήσουν. Αυξάνεται ο καρδιακός παλμός, και ο ρυθμός αναπνοής.
- ☞ Τα αιμοφόρα αγγεία **στενεύουν**, η περιφερειακή λειτουργία γίνεται πιο αργή, η πίεση αυξάνει.
- ☞ Στη συνέχεια αισθήματα έντασης και κούρασης ανακουφίζονται.
- ☞ Μετά από **λίγα λεπτά** τα αισθήματα αυτά φεύγουν. Το άτομο νοιώθει θλίψη, ή μελαγχολία, και νοιώθει την πίεση να καπνίσει ξανά.
- ☞ Το κάπνισμα, είναι μια από τις πιο δυνατές συνήθειες που προκαλούν **εθισμό**.

Όμως το σώμα σου είναι έξυπνο!!!

Το σώμα είναι έξυπνο και γνωρίζει ότι δηλητηριάζεται!!!. Όταν τα άτομα προσπαθούν να καπνίσουν για πρώτη φορά βήχουν πολύ και νιώθουν πόνο ή κάψιμο στο λαιμό και τα πνευμόνια. Αυτός είναι ένας τρόπος, να σου πουν τα πνευμόνια σου να μην καπνίζεις. Εκτός από την **άσχημη αναπνοή**, τα **λαδωμένα μαλλιά** και τα **ρούχα που μυρίζουν**, τα **μάτια σου δακρύζουν εύκολα**, έχεις **λιγότερη αίσθηση της γεύσης**, η **αναπνοή σου μυρίζει άσχημα**, το **δέρμα γίνεται πιο λεπτό**, ενώ **δυσκολεύεσαι να τρέξεις** και να **συμμετέχεις σε αθλητικές δραστηριότητες**. Επίσης η **κυκλοφορία του αίματος γίνεται δύσκολα**, **νιώθεις κούραση** και **δυσκολεύεσαι να συγκεντρωθείς**.

Γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν

Γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν ενώ γνωρίζουν ότι το τσιγάρο τους κοστίζει μια περιουσία και τους προκαλεί τόσες αρρώστιες ;

Η απάντηση είναι η **νικοτίνη** – μια από τις πιο θανάσιμες και πιο εξαρτησιογόνες ουσίες που έχει γνώση η επιστήμη. Η νικοτίνη προκαλεί εξάρτηση και εθισμό στον οργανισμό. Μοιάζει με τον τρόπο που αντιδρούν τα περισσότερα ναρκωτικά. Αυτό σημαίνει ότι βάζοντας στον οργανισμό την νικοτίνη καθημερινά με το τσιγάρο, σιγά-σιγά ο οργανισμός “μαθαίνει” να τη ζητάει όλο και περισσότερο. Η νικοτίνη τον ξεγελάει και τη ζητάει αν και δεν την χρειάζεται και παρόλο που του προκαλεί τα προβλήματα που αναφέραμε προηγουμένως (κίτρινα δόντια, άσχημη αναπνοή, λαχάνιασμα κ. α). Άραγε αν οι κατασκευαστές τσιγάρων έβγαζαν την νικοτίνη από τα τσιγάρα, θα τα αγόραζε κανείς ;

ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΕ ΧΑΛΑΡΩΝΕΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ:

Μερικοί καπνιστές λένε ότι το τσιγάρο τους βοηθάει να ξεπεράσουν το “στρες”. Στην πραγματικότητα, το τσιγάρο έχει την αντίθετη επίδραση. Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά δυνατά και αυξάνει την πίεση του αίματος. Οι καπνιστές **νομίζουν** ότι τους βοηθάει να χαλαρώσουν γιατί, όταν έχουν την “δόση” τους, τα προβλήματα τους ξεχνιούνται για λίγο.

ΔΕΙΤΕ ΤΟ ΔΙΠΛΑΝΟ ΣΚΙΤΣΟ ΚΑΙ ΓΡΑΨΤΕ ΕΝΑ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΣΧΟΛΙΟ ΕΔΩ !!!



.....

.....

.....

.....

.....

Δράση

Τώρα!

1. Μετά από συζήτηση αποφασίστε για το μήνυμα του μαθήματος. Να είναι θετικό και να προτρέπει.

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

.....

.....

Αναζήτηση

ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΟΙ

Θα ετοιμάσετε ένα ρεπορτάζ ρωτώντας άλλους μαθητές ή άλλους ενήλικες, όπως γονείς, συγγενείς φίλους που καπνίζουν, γιατί το κάνουν αυτό (Α ομάδα), καθώς και πρώην καπνιστές (Β ομάδα) για το πώς κατάφεραν να το διακόψουν.

Αφού συλλέξετε όλα τα στοιχεία από καπνιστές και πρώην καπνιστές φτιάξτε από έναν κατάλογο με τις απαντήσεις που έδωσε ο καθένας ξεχωριστά σε κάθε μια από τις ερωτήσεις που τους δόθηκαν. Να θυμάστε ότι οι καπνιστές αρνούνται συνήθως να συνεργαστούν σε τέτοια θέματα ακόμα και αν είναι γονείς σας. Γι' αυτό προετοιμαστείτε κατάλληλα.

Η Α ομάδα θα συλλέξει συνεντεύξεις με το έντυπο 1 και η Β ομάδα με το έντυπο 2. Καθορίστε η κάθε ομάδα ποιος θα είναι ο παρουσιαστής της δημοσιογραφικής σας έρευνας.

Μαζί με τα ερωτηματολόγια δώστε και την παρακάτω επιστολή στους γονείς, ή κάποια παρόμοια.



Αγαπητοί γονείς,

Η τάξη μας αυτό το χρονικό διάστημα μελετάει το πρόβλημα του καπνίσματος. Θα μπορούσατε να βοηθήσετε και εσείς από την πλευρά σας απαντώντας στο ερωτηματολόγιο που έχουμε ετοιμάσει και οπωσδήποτε να προγραμματίσετε να παραβρεθείτε στην εκδήλωση του σχολείου μας, την του μηνός και ώρα

Με εκτίμηση

***Οι μαθητές της ...
τάξης***



Έντυπο 7. Ερωτήσεις συνέντευξης σε καπνιστές (Α ομάδα).

Ηλικία:	Φύλο:
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	Σημειώσεις απαντήσεων
Πότε και πώς άρχισες το κάπνισμα;	
Καπνίζει ή κάπνιζε κάποιος στην οικογένειά σου;	
Καπνίζουν ή κάπνιζαν οι φίλοι σου;	
Εσύ γιατί καπνίζεις;	
Θα ήθελες να σταματήσεις το κάπνισμα;	
Αν ΟΧΙ, γιατί;	
Αν ΝΑΙ, γιατί;	
Τι σε εμποδίζει να το σταματήσεις;	
Γυμνάζεσαι;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αν «ναι» τι ακριβώς κάνεις; _____ _____
	Πόσο συχνά; _____

Έντυπο 8. Ερωτήσεις συνέντευξης σε πρώην καπνιστές (Β ομάδα).

Ηλικία:	Φύλο:
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	Σημειώσεις απαντήσεων
Πότε και πώς είχες αρχίσει το κάπνισμα;	
Καπνίζει ή κάπνιζε κάποιος στην οικογένειά σου;	
Καπνίζουν ή κάπνιζαν οι φίλοι σου;	
Εσύ γιατί άρχισες το κάπνισμα;	
Για ποιους λόγους το διέκοψες;	
Πόσο δύσκολο ήταν να το κόψεις;	
Πώς ένιωθες, όταν κάπνιζες, και πώς νιώθεις τώρα;	
Γυμνάζεσαι;	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αν «ναι» τι ακριβώς κάνεις; _____ _____ Πόσο συχνά; _____

Ενότητα 5

Νέοι και κάπνισμα

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Οι αναλύσεις των κοινωνικών ψυχολόγων λένε ότι:

✎ Τα **νεαρά άτομα** νομίζουν πολλές φορές ότι πρέπει να ακολουθήσουν τις συνήθειες των ενηλίκων μια ώρα γρηγορότερα.

✎ Οι **εταιρίες καπνού** στοχεύουν στους νέους. Το κάπνισμα δε σημαίνει ωριμότητα. Πολλά άτομα και ιδιαίτερα οι νέοι, καπνίζουν για κάποιους «αφελείς» κοινωνικούς λόγους. Ο οργανισμός δεν ζητά το τσιγάρο όπως το φαΐ, το νερό και τον ύπνο. Οι νέοι πιέζουν τους εαυτούς τους να καπνίζουν για κοινωνικούς λόγους. Νομίζουν ότι κάνουν τους εαυτούς τους να φαίνονται μεγαλύτεροι. Νομίζουν ότι γίνονται πιο λαμπεροί όπως οι αστέρες του κινηματογράφου. Νιώθουν πιο “άνετοι” μπροστά στους φίλους τους.

✎ **Οι νέοι** πιστεύουν ότι συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, η οδήγηση δίχως δίπλωμα προσφέρουν κοινωνική αποδοχή και καταξίωση στην παρέα. Επίσης νομίζουν ότι οι συμπεριφορές αυτές προσφέρουν αίσθημα ανεξαρτησίας από τους γονείς, επίδειξη απαξίωσης των αρχών και κανόνων της συμβατικής κοινωνίας, αντιμετώπιση του άγχους, της προσδοκίας αποτυχίας και της απογοήτευσης, ή επίδειξη ωρίμανσης στο στάδιο μετάβασης από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Να μάθουν ότι στην πραγματικότητα το τσιγάρο κάνει μόνο κακό και στην εμφάνιση, στο δέρμα, στο σώμα και στην υγεία τους συνολικά.

✎ Γονείς που καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους αποτελούν ένα κακό **παράδειγμα** γι’ αυτά. Ο τρόπος ζωής και η οικονομική κατάσταση παρακινούν, μέχρι σ’ ένα βαθμό τους ανθρώπους στο κάπνισμα. Η ζωή της πόλης, η κυκλοφοριακή συμφόρηση συμβάλλουν στη δημιουργία άγχους που μπορεί να οδηγήσει τα άτομα στο τσιγάρο.

✎ Πολλά νεαρά άτομα αδιαφορούν για **τους κινδύνους του τσιγάρου** και ότι αφορά του κινδύνους στην υγεία τους. Δεν γνωρίζουν τι σημαίνει “εθισμός” και τις επικίνδυνες επιδράσεις της νικοτίνης. Τέλος, νομίζουν ότι θα απαλλαχθούν από κάποια δύσκολα νεανικά προβλήματα και βοηθά να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη και να ελέγξουν το βάρος τους. Στην πραγματικότητα, πετυχαίνουν ακριβώς το αντίθετο.



ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΙΜΗΘΩ; ΜΗΠΩΣ ΝΑ ΤΟ ΣΚΕΦΤΩ ΚΑΛΥΤΕΡΑ;
Γράψτε ένα δικό σας σχόλιο εδώ !!!

ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

«Όσο πιο νέος/α αρχίσεις το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος να προσβληθείς από καρκίνο του πνεύμονα. Η ποσότητα της πίσσας στα τσιγάρα είναι σημαντική, αλλά πιο σημαντική η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζει κανείς και η ηλικία που αρχίζει το κάπνισμα.

Ίσως κάποια στιγμή νιώσεις ότι είσαι ο/ η μόνος/ η που δεν καπνίζει. Μην νιώθεις μοναξιά!! Παρατήρησε τις διαφημίσεις για τα τσιγάρα. Πρόσεξε πόσο φεύτικες είναι! Είναι δυνατόν οι άνθρωποι να μπορούν να καταφέρνουν τέτοια επικίνδυνα σπορ αν καπνίζουν ή να βρίσκονται σε τόσο καλή φυσική κατάσταση; Για πόσο καιρό αυτή η γυναίκα θα έχει αυτή την όμορφη επιδερμίδα και τα υπέροχα δόντια αν συνεχίζει να καπνίζει; Είναι το τσιγάρο άραγε ο πιο πιστός σύντροφος; Νομίζετε ότι το τσιγάρο είναι έτοιμο να σας φτιάξει την διάθεση, να σας χαρίσει την μοναδική απόλαυση; Αλλά γιατί τα παρουσιάζουν όλα τόσο όμορφα ενώ στην πραγματικότητα το τσιγάρο θα καταστρέψει την ζωή σας. Όσο περισσότερο το σκέφτεται κανείς τόσο πιο αστείο ακούγεται και λιγότερες πιθανότητες έχει να γελαστεί από αυτές τις διαφημίσεις.»

Δράση

Μηνύματα στις διαφημίσεις - Αντιστάσου!



Σε ποιους απευθύνεται η διαφήμιση;

.....
.....

Τι θέλει να δείξει η διαφήμιση;

.....
.....

Είναι τα τσιγάρα έντονα στην εικόνα;

.....
.....



Σχολιάστε τη διαφήμιση:

.....
.....
.....
.....
.....



Γιατί χρησιμοποιείται ο ηθοποιός που ενσαρκώνει τον Τζέιμς Μποντ;

.....
.....

Τι υπονοεί η διαφήμιση;

.....
.....



Έμμεσες διαφημίσεις: με ποιο τρόπο προσπαθούν να προωθήσουν το προϊόν τους οι καπνοβιομηχανίες;

.....
.....
.....
.....

Σήριαλ

Λειτουργούν όπως και οι διαφημίσεις?

Περνάνε μηνύματα για κάπνισμα?



Τώρα!

1. Μετά από συζήτηση αποφασίστε για το μήνυμα του μαθήματος. Να είναι θετικό και να προτρέπει.

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

.....
.....

2. Μερικοί νέοι καπνίζουν και έχουν και άποψη. Λένε ότι γι' αυτούς δεν είναι πρόβλημα:

- «Γιατί τίποτε δεν μπορεί να με βλάψει!»
- «Γιατί με τέτοιες συμπεριφορές θα φαίνομαι cool στα μάτια των άλλων»
- «Έτσι είμαι σκληρός/η»
- «Εγώ μπορώ να σταματήσω όποτε θελήσω!»
- «Εγώ ποτέ δεν θα εθιστώ»

Τι απαντάτε; Συζητήστε στην τάξη.

Ενότητα 6

Πώς αντιστέκομαι στην πίεση των άλλων

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Μια μαθήτρια δήλωσε:

«Εξαιτίας της δημοσιότητάς μου αναγκάζομαι να κάνω πράξεις που θεωρούνται κούλ. Έτσι νομίζω ότι θα καπνίσω».

Πολλές φορές πιστεύουμε πως πρέπει να ακολουθήσουμε συγκεκριμένες συμπεριφορές για να είμαστε αποδεκτοί από τους άλλους. Όμως θυμήσου, πάνω από όλα αξίζει **να είμαστε αληθινοί και όχι ψεύτικοι**. Το οφείλουμε στον εαυτό μας, όχι στους άλλους.

Το να μπορείς να λες σταθερά και αποτελεσματικά ΟΧΙ, είναι μια ικανότητα που μαθαίνεται. Εξασκήσου στους τρόπους που μπορείς να λες ΟΧΙ σταθερά και ευγενικά, χωρίς να έρχεσαι σε σύγκρουση με τους άλλους.

"ΜΑΘΑΙΝΩ ΝΑ ΛΕΩ ΟΧΙ"

Κάντε μια λίστα από διάφορα μέρη όπου κάποιος μπορεί να σας προσφέρει ένα τσιγάρο:

.....

.....

.....

«Το μεγάλο όχι»

Βρείτε τώρα 10 τρόπους να λέτε «έξυπνα όχι» σε κάποιον που σας προσφέρει τσιγάρο:

Ιδέες για άρνηση:

Όχι ευχαριστώ, δεν καπνίζω.

Όχι, θα μυρίζω άσχημα.

Δε θα αρέσει στους φίλους μου.

Με κάνει να βήχω.

Με κουράζει, όταν παίζω μπάσκετ.

Θέλω να είμαι υπεύθυνος για την υγεία μου.

Προσοχή!!! Το ΟΧΙ δεν πρέπει να λέγεται ως δικαιολογία.

Πρέπει να λέγεται με βεβαιότητα και αυτοπεποίθηση.

Αυτός που λέει το ΟΧΙ είναι ο έξυπνος και ο σωστός, έχει περισσότερη εσωτερική δύναμη, και όχι αυτός που καπνίζει.

Αυτός που καπνίζει κάνει λάθος, είναι ο πιο ευάλωτος, έχει λιγότερη εσωτερική δύναμη.

Αυτός που λέει ΟΧΙ πρέπει να δείχνει σίγουρος και ότι αυτός είναι ο δυνατός και ο σωστός.

Να είναι περήφανος για την επιλογή του και να δείχνει ότι δεν κάνει αυτό που επιβάλλει η μόδα.

Η στάση αυτή φέρνει σε αμηχανία αυτόν που συστήνει ή προσφέρει το τσιγάρο.

Δράση

«Μαθαίνω να λέω ΟΧΙ»

Τώρα χωριστείτε σε ζευγάρια και επιλέξτε ένα από τα παραπάνω μέρη και εξασκηθείτε στο να λέτε όχι σε μια από αυτές τις καταστάσεις (να το κάνετε να φανεί με μορφή θεατρικού ρόλου). Προσπαθήστε αυτό το πνεύμα να φαίνεται στους διάλογους σας. Μετά από λίγο αλλάξτε τους ρόλους



Αναζήτηση

ΜΕΤΑΦΕΡΩ ΣΤΟ ΧΑΡΤΙ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΕΜΑΘΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Κάθε τάξη ή ομάδα μαθητών αναπτύσσει ένα από τα παραπάνω θέματα (όχι όλοι το ίδιο).

- 1^ο ΘΕΜΑ: «ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΟΥΜΕ ΣΕ ΕΝΑΝ ΚΑΠΝΙΣΤΗ/ΤΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΤΟΝ ΒΟΗΘΗΣΟΥΜΕ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.»
- 2^ο ΘΕΜΑ: «ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΟΥΜΕ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΜΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΑΡΧΙΣΕΙ ΠΟΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.»
- 3^ο ΘΕΜΑ: «ΥΠΟΘΕΤΙΚΟ ΣΕΝΑΡΙΟ. ΤΙ ΕΙΠΑ ΣΕ ΣΥΜΜΑΘΗΤΗ/ΤΡΙΑ ΠΟΥ ΜΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΕ ΤΣΙΓΑΡΟ.»
- 4^ο ΘΕΜΑ: «ΜΙΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ»
- 5^ο ΘΕΜΑ: «ΤΟ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΘΕΜΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ»

Για τη δομή των κειμένων αυτών χρησιμοποιήστε τις παρακάτω οδηγίες:

1. Δώστε πληροφορίες και γνώσεις. Τα επιστημονικά δεδομένα λένε ότι....
2. Σκεφτείτε να επηρεάσετε τον αναγνώστη συναισθηματικά. Τι νιώθει αλήθεια ο καπνιστής...
3. Ανατρέψτε τις προσδοκίες των καπνιστών. Τι νομίζει ότι περιμένει ο καπνιστής..
4. Προβάλετε πρότυπα. Όσοι γυμνάζονται...
5. Τονίστε την αυτοπεποίθηση, τους στόχους, τη θετική σκέψη των μη καπνιστών. Όποιος θέλει πραγματικά μπορεί...
6. Κάνετε προτάσεις, για το σχολείο, το σπίτι, την πολιτεία. Αξίζει να αποφεύγει κανείς χώρους όπου τα άτομα συνηθίζουν να καπνίζουν....

Αυτά τα κείμενα ...

- ΤΑ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΤΑ ΕΓΡΑΨΑΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΤΑΞΕΙΣ.
- ΝΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΤΟΥΝ ΣΤΑ ΕΝΤΥΠΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ.

Ενότητα 7

Οι στόχοι μου για το κάπνισμα

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Όπως όταν θέλεις να βάλεις γκολ στο ποδόσφαιρο πρέπει να βάλεις στόχο το τέρμα, έτσι για κάθε τι που θέλεις να επιτύχεις πρέπει να βάλεις ένα στόχο.

Σίγουρα ΤΩΡΑ γνωρίζεις περισσότερα για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος και τις θετικές της άσκησης από ότι πριν από λίγο καιρό. Ας δούμε λοιπόν πώς μπορούμε να μεταδώσουμε τα μηνύματα του προγράμματος στους συμμαθητές μας, στους φίλους και στην οικογένειά μας. Να γίνουμε εμείς «δάσκαλοι» για τους άλλους.

ΠΡΟΣΟΧΗ. Η όλη διαδικασία δεν πρέπει να έχει υπερβολές, ούτε να προσπαθήσουμε να επιβάλουμε τις απόψεις μας στους άλλους. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να γνωρίζουμε τι προσπαθούμε να καταφέρουμε. Δηλαδή να βάλουμε στόχο.

Ας αρχίσουμε πρώτα από τον ίδιο μας τον εαυτό.

Πώς πρέπει να είναι οι στόχοι;

Οι στόχοι που θέτουμε πρέπει να είναι **συγκεκριμένοι**. Αυτοί που βάζουν συγκεκριμένους στόχους τους πετυχαίνουν ευκολότερα από αυτούς που λένε «θα βάλω τα δυνατά μου». Αν, για παράδειγμα, βάλεις στόχο «να γυμνάζομαι», πρέπει να τον κάνεις πιο συγκεκριμένο, όπως για παράδειγμα «αυτή την εβδομάδα θα τρέξω για 30 λεπτά 3 φορές». Οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι πιο αποτελεσματικοί, γιατί είναι ορατοί, μετρήσιμοι και κατανοητοί.

Πρέπει να θέτουμε στόχους **πρώτα βραχυπρόθεσμους** που θα καταλήγουν στην επίτευξη των μακροπρόθεσμων. Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι είναι αυτοί που σχεδιάζονται για την επόμενη ημέρα ή εβδομάδα, ίσως και το μήνα, όμως όχι πιο μακριά. Αν πούμε ότι «αυτή τη χρονιά θα ολοκληρώσουμε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας με θέμα το κάπνισμα», δε σημαίνει ότι θέσαμε σωστά το στόχο μας. Αν πούμε ότι «την επόμενη εβδομάδα θα μελετήσουμε το περιεχόμενο μιας ιστοσελίδας με θέμα τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, για να συγκεντρώσουμε πληροφορίες που θα τις επεξεργαστούμε για να ενημερώσουμε τους συμμαθητές μας», τότε ο στόχος μας αρχίζει να μπαίνει στο σωστό δρόμο και κάναμε το πρώτο βήμα.

Πρέπει να θέτουμε στόχους **ρεαλιστικούς** που **ελέγχουμε εμείς οι ίδιοι**. Όταν οι στόχοι που θέτουμε ελέγχονται και από άλλους, τότε είναι πιο αμφίβολη η πραγματοποίησή τους. Η οργάνωση δραστηριοτήτων που στηρίζεται κυρίως στη συνεισφορά άλλων δύσκολα ολοκληρώνεται σε αντίθεση με αυτές που στηρίζονται στις ικανότητες και την προσπάθεια μας. Η προσέγγιση αυτή, εκτός από το ότι είναι πιο σωστή ορθολογιστικά, είναι αυτή που ταυτόχρονα μας διδάσκει τον προσωπικό έλεγχο.



Έντυπο 9 Προσωπικοί στόχοι

Προσωπικοί στόχοι για το κάπνισμα και την άσκηση μέχρι την επόμενη εβδομάδα	Ερωτήσεις στις οποίες πρέπει να απαντήσω. Είναι...			
	Συγκεκριμ ένος;	Βραχυπρό θεσμος;	Ρεαλιστι κός;	Ελεγχόμενος από εμένα;
Να γνωρίζω 5 βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα	ΝΑΙ	:::	ΝΑΙ	ΝΑΙ

ΜΑΘΑΙΝΩ ΝΑ ΒΑΖΩ ΣΤΟΧΟΥΣ !

Στο παρακάτω έντυπο καταγράψτε τους στόχους σας σχετικά με το τι θέλετε να πετύχετε στο πρόγραμμα που εφαρμόζουμε.

(Οι στόχοι θα είναι διαφορετικοί ανά ομάδα.)

Στη συνέχεια προσπαθήστε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις:

Είναι ο στόχος σου συγκεκριμένος;

Έχει συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια; (Τι θα κάνεις αύριο, για να τον πετύχεις, τι θα κάνεις αυτήν την εβδομάδα, για να φτάσεις πιο κοντά στο στόχο σου κτλ.).

Ελέγχεται από εμένα;

Μήπως είναι πολύ δύσκολος ή πολύ εύκολος;

Πώς θα ξέρεις αν προχωράς σωστά για να τον πετύχεις

Έντυπο 10. στόχοι για το πρόγραμμα

Σημεία εστιασμού του προγράμματος	Στόχοι για τους συμμαθητές	Στόχοι για τους φίλους	Στόχοι για τους γονείς
	Πχ. «Αύριο θα αναρτήσουμε το μήνυμα του μαθήματος σε 2 τάξεις της Β' Λυκείου».	Πχ. «Κάθε Σάββατο απόγευμα θα πηγαίνω με τους φίλους μου για μπάσκετ στο γήπεδο του σχολείου».	Πχ. «Θα προτείνω στους γονείς μου αν θέλουν να τους βοηθήσω να διακόψουν το κάπνισμα. Κάθε φορά που θα τους βλέπω να καπνίζουν θα τους το υπενθυμίζω».
Οι δικοί μου στόχοι			
Είναι συγκεκριμένοι;			
Είναι ρεαλιστικοί;			
Πότε ακριβώς θα γίνουν.			
Καταγραφή της προόδου			

ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.

ΞΕΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ.

Συχνά ενώ θέλουμε πολύ να πραγματοποιήσουμε τους στόχους μας, βλέπουμε πραγματικά ή υποθετικά **εμπόδια** μπροστά μας τα οποία μπορεί να μας αποθαρρύνουν. Έτσι, είναι απαραίτητο να προβλέπουμε ή να εντοπίζουμε από πριν αυτά τα εμπόδια και να βρίσκουμε τις κατάλληλες λύσεις για το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Αυτό που πρέπει αρχικά να γίνει είναι να ξεχωρίσουμε τα **πραγματικά εμπόδια** από τις **δικαιολογίες**. Σε πολλά πράγματα δεν υπάρχουν πραγματικά εμπόδια, αλλά δικαιολογίες που εμείς ανακαλύπτουμε. Η λύση είναι να προβληματιστούμε από πριν, και να είμαστε έτοιμοι για κάθε πιθανή εξέλιξη.

Αφού λοιπόν **εντοπιστούμε** τα πραγματικά εμπόδια πρέπει να **βρίσκουμε πιθανές** λύσεις, δηλαδή για κάθε εμπόδιο βρίσκουμε 2-3 πιθανές λύσεις. Στη συνέχεια αναλύουμε τις **συνέπειες** των λύσεων αυτών και αποφασίζουμε για το ποια λύση είναι «σωστότερη» για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Με τον όρο επίλυση προβλημάτων εννοούμε το να σκέφτεται κανείς δημιουργικά για να βρει την πιο αποτελεσματική λύση που θα χρησιμοποιήσει, όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα. Η τεχνική αυτή έχει εφαρμογές σε πολλούς τομείς της ζωής μας.

Εντοπίστε τα εμπόδια για την επίτευξη των στόχων σας και βρείτε λύσεις για το ξεπέρασμα των εμποδίων. Το παρακάτω έντυπο θα σας βοηθήσει πραγματικά να ξεπεράσετε τα εμπόδια που τυχόν θα σας παρουσιαστούν, αρκεί να το συμπληρώσετε και να προβληματιστείτε λίγο.



Έντυπο 11.Εμπόδια ή δικαιολογίες;

Στόχος: (βάλε ένα δικό σου στόχο από το προηγούμενο έντυπο)

«.....
.....».

Τα εμπόδια που νομίζω ότι θα συναντήσω είναι:	Είναι εμπόδιο πραγματικό ή δικαιολογία;	Πιθανές λύσεις είναι οι παρακάτω:	Η καλύτερη λύση είναι:

Δράση

Το μήνυμα

Στο στάδιο αυτό πρέπει να κυριαρχεί ένα μήνυμα που προτρέπει όλους σε μια συλλογική προσπάθεια. Όλοι μαζί να υιοθετήσουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Το μήνυμα που κυριαρχεί πρέπει να προτρέπει τους «**σημαντικούς άλλους**» δηλαδή τους φίλους και τους γονείς σε μια συλλογική προσπάθεια.

Απευθύνεται σαφώς στους άλλους και τους προτρέπει. Βρείτε τα καλύτερα μηνύματα

ΓΡΑΨΤΕ ΕΔΩ ΤΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΣΑΣ

.....

.....



Ενότητα 8

Οι στόχοι μου για την άσκηση
Πρακτική εφαρμογή στο μάθημα της φυσικής αγωγής

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Η συστηματική άσκηση είναι ο καλύτερος τρόπος να μας προστατεύσει από το κάπνισμα και τώρα και στο μέλλον

Για να πετύχουμε να αυξήσουμε τη φυσική μας δραστηριότητα έτσι ώστε να απομακρυνθούμε από ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, θα πρέπει να εξασκηθούμε στο να βάζουμε στόχους και για την άσκηση. Οι ίδιοι κανόνες για τη σωστή στοχοθέτηση ισχύουν και σε αυτή την περίπτωση. Έτσι...

- Οι στόχοι πρέπει να είναι **συγκεκριμένοι**. Π.Χ. αν βάλεις στόχο «να γυμνάζομαι», πρέπει να το κάνεις πιο συγκεκριμένο «αυτή την εβδομάδα θα τρέξω για 30 λεπτά 3 φορές. Οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι πιο αποτελεσματικοί γιατί είναι ορατοί και μετρήσιμοι.
- Θέτουμε **πρώτα Βραχυπρόθεσμους** που θα καταλήξουν στην επίτευξη των **μακροπρόθεσμων**. Οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι είναι αυτοί που σχεδιάζονται για την επόμενη μέρα, εβδομάδα ίσως το μήνα, όχι πιο μακριά.
- Πρέπει να θέτουμε στόχους **ρεαλιστικούς**, που τους **ελέγχουμε εμείς οι ίδιοι**. Οι στόχοι πρέπει να ελέγχονται από μας τους ίδιους για να αυξήσουμε τις πιθανότητες επιτυχίας.

Δράση

Στο μάθημα της φυσικής αγωγής

Στα δύο επόμενα μαθήματα φυσικής Αγωγής θα κάνουμε το μάθημά μας θέτοντας στόχους. Θα είναι μια καινούρια ευχάριστη δραστηριότητα.

Με τον καθηγητή Φυσικής αγωγής πριν την έναρξη του μαθήματος:

Οργανώστε το χώρο σε σταθμούς εξάσκησης και τοποθετήστε τα όργανα και τις καρτέλες καθηκόντων για κάθε σταθμό, ορίζοντας το στόχο επίτευξης και τις συνθήκες (για παράδειγμα α)συνεχόμενες βολές στο μπάσκετ από όποια απόσταση θέλει, μαζεύει ο ίδιος τη μπάλα και ξανασουτάρει για 1'. Ένας συμμαθητής τον χρονομετρεί. Αθροίζει τα καλάθια ή β)να πετύχει 20 συνεχόμενες πάσες πάνω από το κεφάλι στο βόλεϊ) Χωριζόμαστε σε ομάδες των 4-5 μαθητών και επιλέγουμε δραστηριότητες από τα αντικείμενα που διδασκόμαστε στο μάθημα της φυσικής αγωγής σε αυτό το τετράμηνο

Αφιερώνετε τα πρώτα 5-10 λεπτά του μαθήματος στο να παρουσιάσετε σύντομα την ανάγκη θέσπισης προσωπικών στόχων επίτευξης, να θυμίσετε τον τρόπο που θέτουμε στόχους και να εξηγήσετε την οργάνωση του μαθήματος.

Στο πρώτο μάθημα οι μαθητές εξοικειώνονται με τις δραστηριότητες (τις τροποποιούν αν συμφωνήσουν) καταγράφουν την επίδοσή τους στην ατομική καρτέλα απόδοσης και θέτουν **προσωπικούς στόχους** για το επόμενο μάθημα.

Στο επόμενο μάθημα προσπαθούν να επιτύχουν τους στόχους που έθεσαν. Όλοι σημειώνουν την απόδοσή τους και βλέπουν αν πέτυχαν τους στόχους που έβαλαν.

Παράδειγμα οργάνωσης

Υλικά

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) Αθλητικό υλικό π.χ • 4 Μπάλες μπάσκετ • 4 μπάλες βόλεϋ • 4 σχοινάκια • Ένα σκαλί ύψους 18-20 εκατοστών • | <ul style="list-style-type: none"> • 2) Καρτέλες καθηκόντων για κάθε δραστηριότητα • 3) Ατομικές καρτέλες απόδοσης για κάθε μαθητή • 4) μολύβια και το τετράδιο |
|--|--|

Δραστηριότητες σε 4-5 σταθμούς

Αλλαγή σταθμών ανά 5-6 λεπτά

Οι μαθητές καταγράφουν οι ίδιοι την απόδοση των συμμαθητών τους

- Σούτ στο μπάσκετ επί 1' από οποιαδήποτε απόσταση.
- Πάσες πάνω από το κεφάλι συνεχόμενες
- 10 προσπάθειες Σερβίς στο βόλεϋ
- Συνεχείς αναπηδήσεις με σχοινάκι επί 1'
- Ανεβοκατέβασμα στο σκαλί επί 1'
-

Θυμηθείτε ότι «Σε κάθε διάσταση της ανθρώπινης δραστηριότητας ο καθένας από μας μπορεί να είναι αποτελεσματικός και επιτυχημένος όταν θέτει ρεαλιστικούς στόχους, προσπαθεί και μεθοδεύει την επίτευξή τους».

Έντυπο 19. Ατομική καρτέλα απόδοσης

Ατομική Καρτέλα Απόδοσης Μαθητή					
Όνοματεπώνυμο	.....	Τάξη.....	Φύλο	Σχ. έτος	
Δραστηριότητα (περιγράψτε τη δραστηριότητα. Π.χ. αριθμός κοιλιακών σε 1 λεπτό)		Ημερομηνία	Ημερομηνία	Ημερομηνία	
		
	Στόχος				
	Επίδοση				
	Στόχος				
	Επίδοση				
	Στόχος				
	Επίδοση				
Εξετάζω αν Οι δικοί μου στόχοι	Είναι συ- γκεκριμένοι;	Είναι ρεαλιστικοί	Πότε ακριβώς θα γίνουν;	Έκανα Καταγραφή της προόδου;	Τι θα κάνω για να τους πετύχω;
Γράφω τους επόμενους στόχους μου για κάθε δραστηριότητα στο αντίστοιχο κουτάκι					

Στο τέλος του μαθήματος

Συζητήστε και κάντε σχόλια πάνω στην δραστηριότητα.
Βελτιώθηκε η απόδοση και ανταποκριθήκατε στους στόχους που θέσατε;
Αισθανθήκατε πιο ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι με τον εαυτό σας;
Συνεργαστείτε με τους συμμαθητές σας. Αν οι στόχοι που θέσατε είναι πολύ εύκολοι ή πολύ δύσκολοι σκεφτείτε τρόπους τροποποίησης των καθηκόντων της καρτέλας ώστε οι στόχοι να είναι προκλητικοί αλλά ρεαλιστικοί.

Στην πρώτη ευκαιρία

Σκεφτείτε ανάλογο πλάνο ενέργειας για τα άλλα μαθήματα, ειδικά για αυτά που σας δυσκολεύουν



Ενότητα 9

Δεν καπνίζω πια !!!

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

Πως κόβεται το κάπνισμα...

Το βασικότερο είναι **να θέλεις να το κόψεις** για την υγεία σου, για την οικογένειά σου, για τα λεφτά που ξοδεύεις κλπ. Υπενθύμισε στον εαυτό σου κάθε μέρα τους λόγους.

Σκέψου γιατί καπνίζεις; Γνωρίζεις τους κινδύνους που κρύβει το κάπνισμα για τον εαυτό σου και για τους άλλους. Όμως συνεχίζεις να καπνίζεις. Μήπως είσαι εθισμένος στη νικοτίνη ή έχεις συνηθίσει την κίνηση ή την πράξη να ανάβεις τσιγάρο; Για μερικούς ο εθισμός στη νικοτίνη είναι η μεγαλύτερη αιτία. Για άλλους, το δυσκολότερο είναι να μάθουν να ενεργούν καθημερινά και να ελέγχουν το στρες της μέρας χωρίς τσιγάρο. Για τους περισσότερους καπνιστές η αιτία είναι ένας συνδυασμός των παραπάνω.

Αποφάσισε **πώς θα το κόψεις**. Δεν υπάρχει μαγικός συνδυασμός μεθόδων. Ο καλύτερος τρόπος είναι αυτός που ταιριάζει στις δικές σου ανάγκες. Μέσα από συμβουλευτική, μέσα από ένα πρόγραμμα, μαζί με ένα φίλο, απότομα, ή σταδιακά. Το απότομο είναι το καλύτερο.

Αν νομίζεις ότι μπορείς να αντιμετωπίσεις τον εθισμό από τη νικοτίνη, σκέψου να εφαρμόσεις τη μέθοδο «το κόβω μαχαίρι».

Αν νομίζεις ότι δεν μπορείς να αντιμετωπίσεις τον εθισμό, εφάρμοσε τη μέθοδο «μαχαίρι» χρησιμοποιώντας για ορισμένο διάστημα κάποια από τα σκευάσματα νικοτίνης.

Αν είσαι φανατικός καπνιστής προσπάθησε να το κόψεις σιγά σιγά και μετά την ημέρα διακοπής χρησιμοποίησε κάποιο σκεύασμα νικοτίνης.

Απέφυγε πράγματα που σου θυμίζουν τσιγάρο (πακέτα, σταχτοδοχεία, κ.λ.π.)

Χρησιμοποίησε υποκατάστατα (νερό, σνακς με λίγες θερμίδες, ή τσιχλες).

Απέφυγε μέρη που οι άλλοι καπνίζουν.

Μην ανησυχείς αν θα βάλεις μερικά κιλά. Το κάπνισμα είναι πολύ χειρότερο για την υγεία σου.

Ετοιμάσου για τα δύσκολα

Αφού αποφασίσει ο καπνιστής να το κόψει, τις πρώτες μέρες ίσως να νιώσει νευρικός και οξέθυμος. Θα είναι δύσκολο να συγκεντρωθεί ή να χαλαρώσει. Τα συναισθήματα αυτά όμως σύντομα θα απομακρυνθούν και θα φανούν τα πραγματικά οφέλη για τον οργανισμό: τα πνευμόνια θα γεμίζουν με καθαρό αέρα, η καρδιά δεν θα κουράζεται πλέον, το δέρμα θα γίνει σφριγηλό ενώ αν συμμετέχει σε κάποια αθλητική δραστηριότητα, πλέον δεν θα κουράζεται τόσο εύκολα όσο πριν.

Όταν εκλιπαρείς για ένα τσιγάρο, δοκίμασε κάτι από τα παρακάτω:

- ❖ **Πάρε βαθιές αναπνοές.** Κλείσε τα μάτια σου, εισέπνευσε από τη μύτη και εξέπνευσε σιγά από το στόμα.
- ❖ **Πιες νερό.** Πιες το αργά, γουλιά-γουλιά.
- ❖ **Κάνε κάτι άλλο.** Κάποιες δραστηριότητες προκαλούν επιθυμία για κάπνισμα. Διέκοψε τες και κάνε κάτι άλλο.
- ❖ **Καθυστέρησε για 10 λεπτά.** Θυμήσου η επιθυμία κρατάει λίγο.
- ❖ Βάλε **τακτική άσκηση** στο πρόγραμμά σου.

Τι μπορεί να κάνει την διακοπή πιο εύκολη;

Όπως **μαθαίνουμε** να καπνίζουμε, **έτσι μαθαίνουμε και να διακόπτουμε**. Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια διαδικασία που μαθαίνεται.

Η **άσκηση** όχι μόνο ανακουφίζει απ' το στρες αλλά αυξάνει τις πιθανότητες να κόψεις το τσιγάρο. Προσφέρει πολύ καλύτερες απολαύσεις από το τσιγάρο όπως σωματική τόνωση, πνευματική διαύγεια, αυξημένη αίσθηση ελέγχου και περισσότερη χαλάρωση. Η συχνή άσκηση μπορεί να δυναμώσει την πλάτη, να τονώσει τους μύες, να φτιάξει τη διάθεση, να προστατεύσει τον οργανισμό από αρρώστιες, και σε βοηθήσει στον ύπνο, ειδικά όταν αυτός μπορεί να διαταραχτεί κατά την περίοδο μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Ρώτησε το γιατρό σου για τα φάρμακα που κυκλοφορούν. Μελέτες έχουν δείξει ότι με τη βοήθεια των φαρμάκων, μπορεί να διπλασιάσεις τα ποσοστά επιτυχίας απ' ότι μόνο με την μέθοδο «μαχαίρι». Αν είσαι εθισμένος στη νικοτίνη, αν έχεις προσπαθήσει στο παρελθόν με αποτυχία να το κόψεις, τότε μπορείς να χρησιμοποιήσεις τη Θεραπεία Αντικατάστασης Νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy).

Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος δεν χρειάζεται να είσαι μόνος σου !

- ❖ Ζήτησε την υποστήριξη φίλων και της οικογένειά σου.
- ❖ Προσπάθησε να το κόψεις μαζί με έναν φίλο σου.
- ❖ Ζήτησε βοήθεια από τον γιατρό σου και από τα ειδικά κέντρα διακοπής στα νοσοκομεία.

Σκέψου τους λόγους για τους οποίους καπνίζεις. Σκέψου τους σοβαρότερους για σένα λόγους διακοπής. Συμπλήρωσε τον παρακάτω πίνακα

Έντυπο 20. Σταθμίζω τους λόγους

Λόγοι για να καπνίζεις	Λόγοι για να διακόψεις
Στη στήλη αυτή γράψε 5 σοβαρούς λόγους για τους οποίους πρέπει να συνεχίζεις να καπνίζεις	Στη στήλη αυτή γράψε 5 σοβαρούς λόγους για τους οποίους πρέπει να το διακόψεις για πάντα

- Προετοιμάσου να συναντήσεις εμπόδια στο στόχο σου.
- Θα υπάρξουν προκλήσεις μπροστά σου.
- Θα χρειαστείς μήνες για να συνηθίσεις την ιδέα του να μην καπνίζεις

Αν ξαναρχίσεις το κάπνισμα !!!

- ◇ Μπορείς να το κόψεις πάλι.
- ◇ Οι περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν παραπάνω από μία φορά πριν το κόψουν για πάντα.
- ◇ **Το να ξαναρχίσεις το κάπνισμα δεν είναι αποτυχία, αλλά είναι ένα βήμα μακρύτερα απ' το δρόμο σου, τη διαδρομή σου χωρίς τσιγάρο.**
- ◇ Όταν είσαι έτοιμος να αρχίσεις πάλι, θα έχεις ήδη περισσότερη εμπειρία πίσω σου.

Δράση

Τώρα!

Μετά από συζήτηση αποφασίστε για το μήνυμα του μαθήματος. Να είναι θετικό και να προτρέπει.

ΤΟ ΜΗΝΥΜΑ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

.....
.....

Στην πρώτη ευκαιρία !!!

Συζητώ με γονείς ή φίλους που καπνίζουν την πιθανότητα να κόψουν το τσιγάρο.

Δίνω να διαβάσουν το υλικό του προγράμματος



Παράρτημα τεχνικών που βοηθούν στην διακοπή καπνίσματος

Τεχνική 1

ΣΚΕΨΟΥ ΓΙΑ ΛΙΓΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΟΥ. ΚΑΝΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

- Εισπνοή.
- Κάνε μια εισπνοή βαθιά και αργά από τη μύτη προσπαθώντας να πιέσεις το διάφραγμα προς τα κάτω. Ανέπνεε από το στομάχι και το διάφραγμα με ένα ήρεμο χαλαρό τρόπο και μετά άφησε τον αέρα να γεμίσει όλο το στήθος. Η εισπνοή αυτή να γίνει περίπου σε 5 δευτερόλεπτα.
- Εκπνοή.
- Κάνε την εκπνοή αργά με το στόμα. Προσπάθησε να νοιώθεις τους μυς των ώμων και των χεριών να χαλαρώνουν. Καθώς εκπνέεις προσπάθησε να νοιώσεις ισορροπημένος και σταθερός στο έδαφος. Τα πόδια σου είναι χαλαρά και σταθερά. Η εκπνοή αυτή να γίνει σε 7 περίπου δευτερόλεπτα αργά και σταθερά.

Να θυμάσαι να κάνεις συχνά αυτή την άσκηση, ιδιαίτερα όταν νιώθεις την επιθυμία να καπνίσεις.

Τεχνική 2

ΣΚΕΨΟΥ ΓΙΑ ΛΙΓΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΟΥ. ΚΑΝΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΣΚΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Ανέπνεε ήρεμα και φυσιολογικά. Καθώς εισπνέεις, σκέψου "μέσα". Καθώς εκπνέεις σκέψου "έξω".
Σκέψου "... μέσα... και ...έξω..., μέσα... και... έξω..". Μέτρα δέκα φορές χωρίς να χάσεις το μέτρημα.
Αυτοσυγκεντρώσου στην αναπνοή και το μέτρημα και διώξε όλες τις σκέψεις από το μυαλό σου.

Να θυμάσαι να κάνεις συχνά αυτή την άσκηση, ιδιαίτερα όταν νιώθεις την επιθυμία να καπνίσεις. Να έχεις πάντα μαζί σου την Κάρτα 1, για να θυμάσαι πώς να κάνεις αυτές τις ασκήσεις σωστά μέχρι να μάθεις να τις κάνεις μόνος σου.

Τεχνική 3

ΩΡΑ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Φόρεσε αθλητικά παπούτσια, άφησε τα τσιγάρα στο σπίτι και βγες στο δρόμο, ή σε ένα πάρκο, ή στην ύπαιθρο, ή σε ένα δάσος. Ξεκίνα να περπατάς.
Σκέψου ότι θα περπατήσεις για 30 λεπτά.
Σκέψου μόνο αυτά τα 30 λεπτά.
Σκέψου ότι θα περπατήσεις για άλλα 30 λεπτά.
Σκέψου μόνο αυτά τα 30 λεπτά.
Καθώς περπατάς, να μη σκέφτεσαι τίποτα απολύτως. Απλά να περπατάς. Απλά να αναπνέεις.
Απλά να κάνεις ένα βήμα τη φορά. Απλά να σκέφτεσαι τα βήματά σου.
Αν νιώθεις δυσφορία ή πόνο, σημείωσέ το. Αν νιώθεις υπέροχα σημείωσέ το».

Τεχνική 4

ΚΑΝΕ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΝΟΕΡΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Πριν προχωρήσεις σ' αυτή την άσκηση, προσπάθησε να χαλαρώσεις κάνοντας κάποια απ' τις χαλαρωτικές ασκήσεις που έχεις ήδη μάθει

Σκέψου ότι καταφέρνεις με επιτυχία να προσπεράσεις δύσκολες καταστάσεις. Οι αθλητές υψηλού επιπέδου το κάνουν αυτό συχνά. Να τι μπορείς να κάνεις:
Βρες ένα ήσυχο μέρος, κάτσε και χαλάρωσε.
Κλείσε τα μάτια και πάρε μια βαθιά ανάσα.
Δες τον εαυτό σου σε μια κατάσταση που θα είναι δύσκολο να μην καπνίσεις.
Μετά δες τον εαυτό σου να νικά την επιθυμία σου χρησιμοποιώντας κάποια από τις στρατηγικές που έμαθες.
Άνοιξε τα μάτια σου ξέροντας ότι αντιμετώπισες με επιτυχία την επιθυμία σου.

Όσο πιο πολύ εξασκείσαι σ' αυτό, θα γίνεται όλο και πιο εύκολο. Να το κάνεις συχνά.

Τεχνική 5

ΑΥΤΟΔΙΑΛΟΓΟΣ

Η απλή καταγραφή του αυτοδιαλόγου (συνομιλία με τον εαυτό μας ή διαφορετικά αυτό-ομιλία) δεν είναι αρκετή αν δεν ακολουθείται από μια διαδικασία, που σκοπό θα έχει την μετατροπή των αρνητικών σκέψεων, που επηρεάζουν την προσπάθειά μας για να κόψουμε το κάπνισμα, σε θετικές. Η διαδικασία αυτή ξεκινάει με το σταμάτημα της σκέψης (συνήθως διακόπτουμε μια αρνητική σκέψη), μετατροπή της αρνητικής σε θετική σκέψη και καταμέτρηση.

Όταν αντιλαμβανόμαστε, ότι σκεφτόμαστε αρνητικά χρησιμοποιούμε ένα ερέθισμα για την διακοπή αυτής της σκέψης. Το ερέθισμα αυτό μπορεί να είναι η λέξη stop, ένα παλαμάκι, ή η νοερή απεικόνιση ενός κόκκινου φαναριού, που περνά μπροστά από το πρόσωπό μας. Αυτή η διαδικασία απαιτεί κάποιο χρόνο στην καταγραφή και κατανόηση των αρνητικών σκέψεων και δέσμευση, ότι θα προσπαθήσουμε να τις αντιμετωπίσουμε.

Τεχνική 6

Σκέψου ΣΩΣΤΑ Μετατροπή σκέψης.

Αν σκέφτεσαι...

« Θα πάρω βάρος, αν κόψω το κάπνισμα. Αυτό δεν είναι καλό για την υγεία μου. Θα ξαναρχίσω να καπνίζω, πριν πάρω και άλλο βάρος».

Σκέψου σωστά...

«Ναι, ίσως πάρω μερικά κιλά, συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι παίρνουν γύρω στα 5 κιλά. Ίσως και να μην πάρω καθόλου βάρος. Όμως, αξίζει ο κόπος να πάρω λίγα κιλά. Συγχρόνως μπορώ να προσέχω τι τρώω και να γυμνάζομαι. Έτσι είναι σίγουρο, πως το βάρος μου θα παραμείνει στα ίδια επίπεδα».

Τεχνική 7

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Κοίτα στον παρακάτω πίνακα πως μπορείς ν' αντιμετωπίσεις τα συμπτώματα τις πρώτες μέρες μετά τη διακοπή και πρόσθεσε δικές σου λύσεις, αυτές που νομίζεις ότι σε διευκολύνουν περισσότερο.

Θα περιποιηθώ τον εαυτό μου όσο θα προσπαθώ να κόψω το κάπνισμα.

Πονοκέφαλος

- παυσίπονο
- ξεκούραση
- χλιαρά ντους
- ασκήσεις χαλάρωσης
-

Ζαλάδα

- κλείσε τα μάτια για λίγο και ανάπνευσε βαθιά
-

Ξηρός λαιμός

- καραμέλες
- πίνε πολλά υγρά
-

Βήχας

- σιρόπι για το βήχα
- πίνε πολλά υγρά
-

Ανήσυχος ύπνος

- μείωσε την καφεΐνη
- διάβασε κάποιο βιβλίο
-

Δυσκοιλιότητα

- αύξησε τα φρούτα, τις ίνες, τα υγρά
- ασκήσου
-

Νευρικότητα κι ευερεθιστότητα

- μείωσε την καφεΐνη
- ανέπνευσε βαθιά
-

Χαμηλή αυτοσυγκέντρωση

- φτιάξε μια λίστα με αυτά που πρέπει να κάνεις; ρίχνε της συχνά μια ματιά
- πάρε λίγο έξτρα χρόνο για να κάνεις κάποια πράγματα
-

Τεχνική 8

Καταστάσεις που σε κάνουν να θες να ξανακαπνίσεις	Μερικές τεχνικές για να ξεπεράσεις τον πειρασμό	Σημείωσε με X τις τεχνικές που θα ακολουθήσεις
Εκτός από τον εθισμό στη νικοτίνη υπάρχει και ο αυτοματισμός στις κινήσεις	Χρησιμοποίησε τσίχλες, καραμέλες αλλά και υποκατάστατα όπως οδοντογλυφίδες ή ηλιόσπορους	
Αν συνήθιζες να καπνίζεις όταν μιλούσες στο τηλέφωνο	<ul style="list-style-type: none">• Κράτα το τηλέφωνο με το χέρι που κρατούσες το τσιγάρο• Μείνε όρθιος αν συνήθως τηλεφωνείς καθιστός• Κάτσε αν συνήθως είσαι όρθιος• Πιες μερικές γουλιές κρύο νερό• Γράψε ή ζωγράφισε κάτι άσκοπα σε ένα φύλο χαρτί• Δίπλωσε ένα χαρτί ώστε να σχηματιστεί ένας κύβος. Ξεδίπλωσε και επανέλαβε• Κόψε ένα φύλο χαρτί σε μικρά κομματάκια	

<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις μετά το δείπνο</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Σήκω από το τραπέζι αμέσως μόλις τελειώσεις • Περπάτησε • Κάτσε σε ένα ήσυχο μέρος για λίγο • Γράψε ένα γράμμα ή κάτι άσχετο • Μίλα με κάποιον 	
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις βλέποντας τηλεόραση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάτσε σε άλλη καρέκλα από αυτή που καθόσουν • Ασχολήσου με ένα πάζλ • Βρες άλλη δραστηριότητα μέσα στο σπίτι • Πάίξε χαρτιά, τάβλι ή κάποιο επιτραπέζιο παιχνίδι 	
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις μπροστά στον υπολογιστή</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Βάλε ένα screensaver που να λέει «δεν καπνίζω πια» • Συγκεντρώσου σε κάποιο άλλο αντικείμενο, αν νομίζεις ότι τα τσιγάρα σε βοηθούσαν να αυτοσυγκεντρώεσαι 	
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις πίνοντας τον καφέ σου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Τώρα προσπάθησε να διαβάσεις εφημερίδα • Λύσε ένα σταυρόλεξο 	
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις στα διαλείμματα στη δουλειά</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάνε διάλειμμα με ένα φίλο που δεν καπνίζει σε ένα χώρο που απαγορεύεται το κάπνισμα • Πάρε μαζί σου κάτι να διαβάσεις π.χ. ένα περιοδικό • Κάτσε στην καρέκλα και ταξίδεψε νοερά • Βγάλε τα κλειδιά από τη θήκη τους και ξανάβαλε τα πάλι μέσα • Πάρε μερικές βαθιές ανάσες • Κάνε λίγες διατακτικές ασκήσεις • Αν κάνεις παρέα με καπνιστές όποτε σου προσφέρουν τσιγάρο να λες «Όχι ευχαριστώ» 	
<p>Αν συνήθιζες να καπνίζεις στις κοινωνικές σου εξόδους</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Κάτσε με αυτούς που δεν καπνίζουν στην παρέα • Ζήτα να μη σου προσφέρουν τσιγάρα • Ζήτα να κρατάνε τα τσιγάρα τους μακριά από την κοινή θέα, όχι πάνω στο τραπέζι • Να παίρνεις βαθιές αναπνοές • Πήγαινε στο σπίτι νωρίς 	

Ενότητα 10

Οργάνωση εκδηλώσεων και ομαδικών δραστηριοτήτων.

Οι παρακάτω δραστηριότητες είναι οι πιο κρίσιμες για την επιτυχία και ολοκλήρωση του προγράμματος. Για την επιτυχία τους απαιτείται η συνεργασία με τη διεύθυνση του σχολείου, τους εκπαιδευτικούς του προγράμματος, και τους εκπαιδευτικούς του σχολείου.

ΠΡΟΣΟΧΗ! ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΝΑ ΑΝΗΚΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.

Στα προηγούμενα μαθήματα έχουμε ετοιμάσει ένα αξιολογικό πακέτο με πολύ σημαντικά στοιχεία. Να μερικές ιδέες για το πώς μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτά για να πετύχουμε τους στόχους μας.

ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΕ ΤΙ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΘΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΕΤΕ:

ΕΠΙΛΟΓΗ 1^η. Οι καλύτερες εργασίες – εκθέσεις των μαθητών (βλέπε ενότητα 6) να διαβαστούν στις μεγαλύτερες τάξεις από τους ίδιους τους μαθητές.

ΕΠΙΛΟΓΗ 2^η. Όλες οι τάξεις του σχολείου να συμμετέχουν στη συγγραφή των εργασιών αυτών.

ΕΠΙΛΟΓΗ 3^η. Να γίνει διαγωνισμός σκίτσων μόνο σε επίπεδο σχολείου.

ΕΠΙΛΟΓΗ 4^η Οι καλύτερες εργασίες του προγράμματος να αναρτηθούν στο site του σχολείου.

ΕΠΙΛΟΓΗ 5^η : Να γίνει στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των γονέων στο μάθημα των μαθηματικών.

ΕΠΙΛΟΓΗ 6^η: Σε συνεργασία με τον καθηγητή της Χημείας, να συζητήσουμε για τις επιδράσεις και τις ιδιότητες των ουσιών που παράγονται από το αναμμένο τσιγάρο.

ΕΠΙΛΟΓΗ 7^η: Μπορείτε να φτιάξετε ένα έντυπο σαν μικρή εφημερίδα στο οποίο θα ανακοινώσετε τα αποτελέσματα της έρευνας σας σαν ρεπόρτερ!

ΕΠΙΛΟΓΗ 8^η : Τα «έξυπνα όχι» μπορείτε να τα κάνετε κονκάρδες και να τα μοιράσετε σε όλο το σχολείο

ΕΠΙΛΟΓΗ 9^η Φτιάξτε γελοιογραφίες με τους διάλογους άρνησης στο τσιγάρο και βάλτε τες στη σχολική εφημερίδα ή σε όποιο άλλο έντυπο εκδίδει το σχολείο σας.

ΕΠΙΛΟΓΗ 10^η Εντοπίστε διαφημίσεις ή φωτογραφίες που έμμεσα ή άμεσα προβάλλουν πρότυπα όμορφων – έξυπνων – γοητευτικών καπνιστών και απομυθοποιήστε τες σατιρίζοντας τες. Κολλήστε τα σε διάφορα σημεία του σχολείου για να προβληματιστούν όλοι.

ΕΠΙΛΟΓΗ 11^η Οργανώστε έναν αγώνα δρόμου, ονομάστε τον «Δεν καπνίζω... Γυμνάζομαι» και μοιράστε μπλουζάκια με τυπωμένα τα καλύτερα αντικαπνιστικά σλόγκαν. Τα σλόγκαν μπορείτε να τα αντλήσετε από το σχολικό διαγωνισμό που θα έχει προηγηθεί.

ΕΠΙΛΟΓΗ 16^η Να συνταχθεί από τους μαθητές ένα κείμενο δέσμευσης μεταξύ των μαθητών της τάξης και των γονέων τους, ανεξάρτητα αν οι γονείς καπνίζουν ή δεν καπνίζουν. Το κείμενο αυτό να έχει κανόνες «δεοντολογίας» ή δέσμευσης των γονέων ότι «το σπίτι ή μέρη του σπιτιού θα είναι ουδέτερη ζώνη μην καπνίσματος» και ο κανόνας αυτός θα ισχύει για τα μέλη της οικογένειας και τους επισκέπτες. Σε μια στήλη θα υπογράψουν όλοι οι μαθητές και στην άλλη όλοι οι γονείς. Οι υπογραφές των γονέων θα συγκεντρωθούν την ημέρα της εκδήλωσης.

Έντυπο 15. Οδηγίες οργάνωσης τελικής εκδήλωσης

	Σημειώστε με X τι έχετε κάνει
Βάλτε τη φαντασία σας.	
Συζητήστε τι θα περιλαμβάνει η εκδήλωση αυτή.	
Επιλέξτε το πιο δημιουργικό υλικό και τις πιο επιτυχημένες δράσεις του προγράμματος.	
Επιλέξτε την ομάδα συντονισμού της εκδήλωσης ταυτόχρονα με μαθητές και εκπαιδευτικούς.	
Ορίστε τον υπεύθυνο της εκδήλωσης (ένας εκπαιδευτικός).	
Καθορίστε τις δραστηριότητες που θα περιλαμβάνει η εκδήλωση.	
Προγραμματίστε λεπτομερώς όλες τις δραστηριότητες με ημερομηνίες, πότε θα γίνει το κάθε τι, και πόσο θα διαρκέσει.	
Αν η εκδήλωση έχει πολλές δραστηριότητες, τυπώστε ένα πρόγραμμα.	
Ορίστε τους υπεύθυνους για κάθε δραστηριότητα ξεχωριστά. Ορίστε αρμοδιότητες για όσους και όσες θα συμμετέχουν στην οργάνωση της εκδήλωσης.	
Φροντίστε μέσω πρόσκλησης να ενημερώσετε: τους μαθητές που θα πάρουν μέρος στην εκδήλωση, τους μαθητές που θα την παρακολουθήσουν, τους γονείς, το κυλικείο, το φαρμακείο.	
Αναπτύξτε το πλάνο της εκδήλωσης γραπτά.	
Υπολογίστε το κόστος της εκδήλωσης (αν υπάρχει), γραπτά. Επικοινωνήστε με τη διεύθυνση του σχολείου και το σύλλογο γονέων και κηδεμόνων σε περίπτωση που η εκδήλωση έχει κάποιο κόστος.	
Φροντίστε για την προβολή της εκδήλωσης.	
Βάλτε ανακοινώσεις στους πίνακες των τάξεων και του σχολείου.	
Φροντίστε να σχεδιάσετε μια αφίσα που να προσελκύει το ενδιαφέρον των μαθητών.	
Επικοινωνήστε με άτομα τα οποία θα προβάλουν την εκδήλωσή σας (διευθυντής, πρόεδροι επιτροπής γονέων και μαθητικών συμβουλίων).	
Προσκαλέστε όλους τους εκπαιδευτικούς και το προσωπικό του σχολείου.	
Η εκδήλωσή σας να είναι ανοιχτή στο κοινό έξω από το χώρο του σχολείου, τυπώστε προσκλήσεις για τους γονείς και τους φορείς που θα καλέσετε. Στείλτε ανακοινώσεις σε ραδιόφωνα και εφημερίδες.	
Φροντίστε να υπάρχει κάποιος υπεύθυνος που θα επικοινωνεί κάθε στιγμή με τους συμμαθητές σας που έχουν αναλάβει τις δραστηριότητες της εκδήλωσης. Ο υπεύθυνος αυτός χρειάζεται να γνωρίζει όλες τις εναλλακτικές λύσεις σε περίπτωση που κάτι δεν είναι σύμφωνο με το πρόγραμμα που σχεδιάσατε.	
Να υπάρχει ένα τραπέζι ή θρανίο όπου οι συμμαθητές σας θα μπορούν να παίρνουν πληροφορίες για την εκδήλωση.	
Να θυμάστε: Οι καλές εκδηλώσεις έχουν πάντοτε εμπνευσμένους οργανωτές, καλό σχεδιασμό, ευελιξία, καλή κριτική, αίσθηση χρόνου, φαντασία, καλή προβολή και αίσθηση χιούμορ.	

Στείλτε τη σελίδα αυτή με τα σχόλιά σας στην ιστοσελίδα του εργαστηρίου Ψυχολογίας της Άσκησης και Ποιότητας Ζωής: <http://www.pe.uth.gr/portal/psych>

Περισσότερες πληροφορίες

Για το θέμα του καπνίσματος μπορούν να αναζητήσουν οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί στις παρακάτω ιστοσελίδες:

[HTTP://WWW.WPRO.WHO.INT/MEDIA CENTRE/FACT SHEETS/FS_20020528.HTM](http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets/fs_20020528.htm)

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/> EUROSTAT.

[HTTP://WWW.STOP-TABAC.CH](http://www.stop-tabac.ch): ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

<http://www.pe.uth.gr/portal/psych>: Ερευνητικές εργασίες και οδηγίες για διακοπή καπνίσματος

[HTTP://WWW.LESSONPLANET.COM/SEARCH/HEALTH/SMOKING](http://www.lessonplanet.com/search/health/smoking): ΠΛΑΝΑ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

[HTTP://WWW.CDC.GOV/TOBACCO/EDUMAT.HTM](http://www.cdc.gov/tobacco/edumat.htm): ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

http://www.aahealth.org/Itl_youthtobacco.asp: Απλές οδηγίες και πληροφορίες για αντικαπνιστική αγωγή σε παιδιά.

Για την άσκηση μπορούν να αναζητήσουν οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί στις παρακάτω ιστοσελίδες:

<http://www.edu.gov.mb.ca/ks4/cur/physhlth/>: Φυσική αγωγή και αγωγή υγείας (Μανιτόμπα, ΗΠΑ).

<http://www.pecentral.org>: Ιστοσελίδα για τη φυσική αγωγή και υγεία.

<http://www.edu.gov.on.ca/eng/document/curricul/health/health.html>: Φυσική αγωγή και υγεία (Οντάριο, Καναδάς).

<http://www.hape.gr/>: Ιστοσελίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Φυσικής Αγωγής.

ΒΙΒΛΙΑ

Taylor, S. E. (1999). *Health psychology*. McGraw, Hill. Boston.

Butler, J.T. (2001). Principles of health education and health promotion (3rd edition). Wadsworth Thomson Learning.

Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.)*. Mountain View, CA: Mayfield.

Allsen, P., Harrison, J., Vance, B. (1997). *Fitness for life. An individualized approach*. Madison. Brown & Benchmark.

Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλιδη.