

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ:
Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**



**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ ΛΑΜΠΡΙΝΗ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ
ΤΑΝΟΥΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΦΡΑΝΤΖΑΝΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
2009**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	4
1.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	5
1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	6
1.3.1 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '80: Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΣΥ (1983-1989)	8
1.3.2 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90: ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΥ (1991-1997)	8
1.3.3 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2000	9
1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.5 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ	13
2.1.1 Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
2.1.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.1.4 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.1.5 Η ΛΑΪΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
2.1.6 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ	17
2.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	18
2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	18
2.2.2 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ	19
2.2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.2.4 ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ	

ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.2.5 ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	26
3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ	26
3.1.2 ΤΥΠΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	26
3.3.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ	27
3.2 ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.3 Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	31
3.3.1 ΟΜΙΛΙΕΣ-ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ	32
3.3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	36
3.3.3 ΧΡΗΣΗ Μ.Μ.Ε.	37
3.3.4 ΧΡΗΣΗ ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ	38
3.3.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗ	40
3.3.6 ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ	42
3.3.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	47
3.3.8 ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ	53
3.4 ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	54
3.4.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΟ	54
3.4.2 ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	56
3.4.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	58
3.4.4 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	59
3.4.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	61
3.5 Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	65
3.5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	79
3.5.2 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΕΝΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	83
3.5.3 ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ	

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	85
3.5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ	87
3.5.5 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	89
3.5.6 ΣΧΟΛΕΙΟ: ΠΟΣΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	90
3.5.7 ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	97
4.1.1 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	98
4.1.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	99
4.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	114
4.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΚΟΠΟΥ, ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑΣ	115
4.2.2 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	115
4.2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	116
4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	116
4.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ	121
4.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ-ΟΜΑΔΑΣ	128
4.4 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	129
4.4.1 ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	131
4.4.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	132

4.4.3 ΒΙΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	133
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	134
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αλματώδης ανάπτυξη της γνώσης, τόσο στο ερευνητικό όσο και στο κλινικό επίπεδο αναφορικά με την υγεία και την ασθένεια, συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, και στις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Η εξέλιξη στον τομέα της δημόσιας υγείας, η επιβολή των απαραίτητων κανόνων υγιεινής και η ανάπτυξη καινοτόμων θεραπευτικών και προληπτικών ελέγχων, συνέβαλε στο να αντιμετωπιστούν μία πληθώρα νοσημάτων. Ωστόσο, οι υπηρεσίες υγείας υπήρξαν περισσότερο επικεντρωμένες στην ασθένεια παρά στην υγεία.

Για να επιτευχθεί η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, ο άνθρωπος ή η ομάδα θα πρέπει να μπορούν να καθορίσουν και να πραγματοποιήσουν τις προσδοκίες τους, να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να αλλάξουν ή να συνεργασθούν με το περιβάλλον τους. Επομένως, η προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα της υγείας αλλά προχωρά πέρα από τον υγιή τρόπο διαβίωσης και αναφέρεται σε μια ολιστική ευημερία.

Σήμερα υπάρχει η παραδοχή, ότι οι πολιτικές για την υγεία θα πρέπει να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις συνεχιζόμενες αλλαγές και προκλήσεις που παρουσιάζονται, προσαρμόζοντας την δομή των συστημάτων υγείας σε αυτές και επικεντρώνοντας τις προσπάθειες στην έγκαιρη πρόληψη και την ενδυνάμωση των ατόμων, προκειμένου να μπορούν να βελτιώσουν και να προασπίσουν την υγεία τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια καταγραφής του πλαισίου ανάπτυξης της Αγωγής και Προαγωγής Υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο γενικά, και στην Ελλάδα ειδικότερα.

Προς αυτόν τον σκοπό αναπτύχθηκαν τέσσερα κεφάλαια. Αναλυτικότερα:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** με τίτλο «**ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**» δόθηκαν στοιχεία για το θεσμικό πλαίσιο της υγείας στην Ελλάδα, για την πολιτική που ακολουθείται σε σχέση με την υγεία, καταγράφηκε το σύστημα υγείας που λειτουργεί στη χώρα μας, έγινε μια ιστορική ανασκόπηση όπου παρουσιάζονται πληροφοριακά στοιχεία για την εφαρμογή και τις μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας από το 1983 έως σήμερα. Ακόμη, ερμηνεύτηκε η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η σπουδαιότητα της ποιότητας στην υγεία και τις Υπηρεσίες της.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** με τίτλο «**ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**» το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αποσαφήνιση του όρου ‘υγεία’, δίδονται οι διαστάσεις της: ολιστική, πολιτική, ηθική, κοινωνική, λειτουργική και λαϊκή, όπως και η έννοια του όρου κατά την αρχαιότητα. Στη συνέχεια ο αναγνώστης αποκομίζει γνώση σχετικά με την έννοια της Προαγωγής Υγείας, την σημασία της κατά το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, αποσαφηνίζονται οι στόχοι και οι αρχές της, αλλά και τα διλήμματα και τα ηθικά ζητήματα που την αφορούν.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** με τίτλο «**Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**» παρουσιάζεται η έννοια της Αγωγής Υγείας, δίδονται διάφοροι ορισμοί και καταγράφονται οι τύποι της Αγωγής Υγείας, ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται, καθώς και οι στόχοι στους οποίους αποσκοπεί. Μετέπειτα δίδονται πληροφορίες για την μεθοδολογία που ακολουθεί ο εκπαιδευτής/συντονιστής προκειμένου να επιτύχει το στόχο του: τη μετάδοση γνώσης και την παροχή βοήθειας ώστε ο εκπαιδευόμενος να αποκτήσει όλο το απαραίτητο υλικό για να προασπίσει την υγεία του και την υγεία του συνόλου. Η μεθοδολογία αυτή αφορά ομιλίες-διαλέξεις, ατομική διδασκαλία και συμβουλευτική, χρήση Μ.Μ.Ε., χρήση οπτικοακουστικού υλικού, εκπαιδευτική τηλεόραση και προγραμματισμένη εκμάθηση και εργασία σε ομάδες. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τεχνικές ανάπτυξης ικανοτήτων και συμπεριφοράς, οι αρχές που διέπουν την επικοινωνία στην Αγωγή Υγείας, οι τρόποι ανάπτυξης επικοινωνίας με το κοινό, οι

μορφές της επικοινωνίας, τα εμπόδια και οι τεχνικές της. Ακόμη, παρουσιάζεται η εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο σχολικό περιβάλλον, αναλύονται τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ένα σχολείο για να είναι κατάλληλο και να μπορεί να εφαρμόσει ένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, σημειώνονται τα οφέλη ενός σχολείου Προαγωγής της Υγείας, τα εμπόδια για την προαγωγή της υγείας στο ελληνικό σχολείο, η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην κοινωνική διάσταση της Αγωγής Υγείας και τους νέους, και το κεφάλαιο κλείνει με τη θέση που κατέχει το νοσοκομείο ως χώρος εφαρμογής της Προαγωγής Υγείας.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο** με τίτλο «**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**» ο αναγνώστης ολοκληρώνει τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν την Αγωγή και την Προαγωγή της Υγείας και αποκτά γνώσεις σχετικά με την ανάπτυξη προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, μαθαίνει για τα στάδια ανάπτυξης ενός προγράμματος Α.Υ., για το σχεδιασμό του προγράμματος αυτού, τον τρόπο που αυτό αξιολογείται, για την ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση και τα προβλήματά της. Κατόπιν παρουσιάζεται η σπουδαιότητα του ρόλου του Εκπαιδευτή ενός Προγράμματος Αγωγής Υγείας, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που πρέπει να διαθέτει, αναλύονται οι τρόποι της αποτελεσματικής συνεργασίας εκπαιδευτή-ομάδας, καταγράφεται το υλικό και οι μέθοδοι αγωγής και προαγωγής της Υγείας, δηλαδή οι παθητικές, εκπαιδευτικές και βιωματικές μέθοδοι.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τον **Επίλογο** όπου κατατίθενται τα συμπεράσματα από την τριβή με το θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΘΝΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας θεμελιώθηκε νομοθετικά με το νόμο 1397/83, ενώ από τότε διάφορες είναι οι νομοθετικές διατάξεις που συμπληρώνουν, τροποποιούν ή βελτιώνουν τον αρχικό νόμο. Η τελευταία νομοθετική ρύθμιση υπ' αριθ. 2889/2001 θεσμοθετεί την περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ στα λεγόμενα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ). Συγκεκριμένα, σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» το οποίο συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας περιφέρειας. (ICAP, 2001)

Σήμερα, η χώρα είναι χωρισμένη σε 13 υγειονομικές περιφέρειες εκ των οποίων η Αττική κατατάσσεται στην 9η περιφέρεια και η Θεσσαλονίκη στη 2η.

Σύμφωνα με πρόσφατο σχέδιο νόμου, συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υπηρεσία με τον τίτλο «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» (ΣΕΥΥΠ).

Στην αρμοδιότητα του ΣΕΥΥΠ υπάγεται ο έλεγχος όλων των υπηρεσιών και νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου των τομέων υγείας και πρόνοιας που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ΕΚΑΒ, ΕΟΦ, παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί, κέντρα παιδικής μέριμνας, ιδρύματα χρονίως πασχόντων, οίκοι ευγηρίας, κλπ.), των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας των Περιφερειών του Κράτους και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, των ΟΤΑ Α' βαθμού, καθώς και των ιδιωτικών κλινικών, διαγνωστικών μονάδων υγείας, φαρμακείων και γενικά όλων των φορέων του ιδιωτικού τομέα, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, ώστε να προλαμβάνεται ή να καταστέλλεται η ανεξέλεγκτη και αναποτελεσματική λειτουργία τους. Τα θέματα που αφορούν την υπηρεσιακή κατάσταση των υπαλλήλων δεν αποτελούν αντικείμενο αρμοδιότητας του Σώματος.

Το ΣΕΥΥΠ διαρθρώνεται στους τομείς α) Υγειονομικού-Φαρμακευτικού Ελέγχου, β) Διοικητικού - Οικονομικού Ελέγχου και γ) Ελέγχου Φορέα Πρόνοιας.

Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η ανάπτυξη και λειτουργία Κεντρικού και Περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων

και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών, την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, την εξάλειψη της κακοδιοίκησης και την προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο. (ICAP, 2001)

1.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από το 1983 ως σήμερα οι εκάστοτε κυβερνήσεις, ανεξαρτήτως πολιτικής απόχρωσης, προέβησαν σε αλλαγές του συστήματος υγείας. Οι αλλαγές αυτές προέκυψαν όχι μόνο με τη ψήφιση νόμων, αλλά και με την έκδοση υπουργικών αποφάσεων ή προεδρικών διαταγμάτων, μέσω των οποίων χαράσσεται η πολιτική υγείας του κράτους. Δυστυχώς όμως αυτή δεν ορίζεται μόνο από τις ανάγκες των πολιτών για υγεία, αλλά επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως η οικονομία, ο συνδικαλισμός, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το πολιτικό κόστος. Οι ενέργειες λοιπόν της εκάστοτε εκτελεστικής εξουσίας δεν κινούνται στα όρια του δέοντος, αλλά στα στενότερα όρια του εφικτού.

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν την τελευταία 15ετία, η πολιτική υγείας στην Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα. Αυτά αφορούν στη χρηματοδότηση και αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας με το ΕΣΥ από τη μια και τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης από την άλλη, στις περιφερειακές ανισότητες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χωροταξική τους κατανομή, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπερσυγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας. Το σύστημα προμηθειών συχνά δημιουργεί τεχνητές ανάγκες και οι «άτυπες» ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία. Ως αποτέλεσμα εκτιμάται ότι η Ελλάδα δαπανά περίπου 9% του ΑΕΠ για ένα προϊόν αμφίβολης ποιότητας και χαμηλής κοινωνικής αποδοχής.

Η πολιτική υγείας (Health policy) είναι το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Τα χαρακτηριστικά της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα όπως εμφανίζονται στην έκθεση των εμπειρογνομόνων που μελέτησαν το ζήτημα, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

α) Στη μη ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων.

β) Στις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες.

γ) Στο πολυκερματισμό του συστήματος χρηματοδότησης μέσα από την ύπαρξη μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων, την υψηλή κρατική επιχορήγηση και τις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες.

δ) Στην ανεπαρκή διοίκηση - διαχείριση που οδηγεί στον περιορισμό της ευελιξίας στο προσωπικό, τους προϋπολογισμούς και τις τιμές και τέλος στην έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας. Η ανυπαρξία εθνικής πολιτικής ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος σε κάθε πολίτη, η αυξητική τάση του ποσοστού των ατόμων που διαβιούν κάτω από τα όρια της φτώχειας και η χαμηλή ποιότητα και αποδοτικότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών χωρίς να γίνεται απόπειρα να τεθούν πρότυπα μέτρησης και αξιολόγησης έχουν καθορίσει το πλαίσιο το οποίο χαράσσεται η πολιτική υγείας στην Ελλάδα. (Φραγκιαδάκης Γ. & Ζοπουνίδης Κ., 2007)

1.3 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται ως εξής:

- **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ):** Ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ατόμου για νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Το επίπεδο αυτό της περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς:

- Ιατροί, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Διαγνωστικά κέντρα.
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από τα 190 Κέντρα Υγείας και 1.351 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα οποία και πραγματοποιείται το 12,5% περίπου του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της ΠΦΥ. Στις λοιπές περιοχές η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τα Πολυιατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς,

από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε Σ Υ. (ICAP, 2001)

- **Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:** Καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχεται από α) 144 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και 206 ιδιωτικές κλινικές (στοιχεία 1997).

Διαχρονικά παρατηρείται βελτίωση της παραγωγικότητας των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων (μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας από 13,5 ημέρες το 1977, σε 11,6 το 1987 και 7 το 1994). Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη χαρακτηρίζεται επίσης από την ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών, κυρίως στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, με σύγχρονη υποδομή και μεθόδους οργάνωσης και λειτουργίας, αλλά και προσανατολισμό των υπηρεσιών τους επιλεκτικά σε συγκεκριμένες περιοχές της ζήτησης. (ICAP, 2001)

- **Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα:** Καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Κατά την περίοδο 1994-1999 διαπιστώνεται η σταδιακή ανάπτυξη των δικτύων και υπηρεσιών του ΕΚΑΒ στο σύνολο των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας (12 παραρτήματα), η βελτίωση του χρόνου άμεσης και αποτελεσματικής παρέμβασης στον τόπο του ατυχήματος (70 κινητές μονάδες, 5 ελικόπτερα και 2 αεροσκάφη), η αύξηση του προσωπικού των μονάδων και η βελτίωση του επιπέδου εξειδίκευσης και τεχνογνωσίας του. (ICAP, 2001)
- **Ψυχιατρική Περίθαλψη:** Σύμφωνα με τα στοιχεία του 1997, υπήρχαν 10.479 κλίνες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται επίσης από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας. Παρατηρούνται σημαντικές διαχρονικές μεταβολές: μεταξύ 1983 και 1996, ο αριθμός των κλινών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώθηκε κατά 40% και αυτού των ιδιωτικών 23%. Ο δε μέσος χρόνος νοσηλείας στα δημόσια ψυχιατρεία περιορίστηκε στις ιδιωτικές κλινικές, από 66 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994). Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκε αύξηση όμως του αριθμού των ψυχιάτρων κατά 84% και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κατά 36% στην περίοδο 1983-1996. (ICAP, 2001)

1.3.1 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '80: Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΣΥ (1983-1989)

Από τις βασικότερες προτεραιότητες της κυβέρνησης που προέκυψε από τις εκλογές του 1981 ήταν η αναμόρφωση του συστήματος και η διαμόρφωση νέων αξόνων πολιτικής υγείας. Το Νόμο 1278/82 (σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, σύσταση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων) ακολούθησε ο 1397/83 που αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και ετίθετο οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η φιλοσοφία του βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται δωρεάν, με ευθύνη του κράτους, στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής και οικονομικής θέσης.

Η πολιτική για την υγεία που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα αυτή τη δεκαετία, αναβάθμισε σημαντικά τις υποδομές υγείας και τη στελέχωση τους, βελτίωσε τη δυνατότητα προσπέλασης τους από τους πολίτες (ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές) και αύξησε τους διατιθέμενους για την υγεία πόρους. Όσον αφορά όμως σημαντικά θέματα όπως είναι η χρηματοδότηση (πολυδιάσπαση ταμείων, καθήλωση νοσηλίων), η διοίκηση - διαχείριση του κόστους και η αποδοτικότητα των πόρων (αύξηση παραοικονομίας), η ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα αστικά κέντρα, η κατάσταση παρέμεινε η ίδια ή επιδεινώθηκε. Ο «ιατροκεντρικός» και «νοσοκομειοκεντρικός» χαρακτήρας της πολιτικής υγείας δεν άλλαξε. (Φραγκιαδάκης Γ. & Ζοπουνίδης Κ., 2007)

1.3.2 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90: ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΥ (1991-1997)

Η αλλαγή της πολιτικής κατάστασης της χώρας στις αρχές της δεκαετίας και η κυριαρχία της φιλελεύθερης ιδεολογίας, καθώς και οι οικονομικοί περιορισμοί (Ευρωπαϊκή Ένωση), επαναπροσδιόρισαν του άξονες της πολιτικής υγείας. Η έννοια της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αντικαθίστανται από την ελευθερία στην επιλογή και την εισαγωγή κανόνων «ελεύθερης» αγοράς. Ο νόμος 2071/92, επιτρέπει τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ, ενώ το κράτος αποκτά πλέον ένα μεγαλύτερο εποπτικό ρόλο, παρέχοντας την εγκριτική εξουσιοδότηση για την ίδρυση και λειτουργία νέων μονάδων. Την περίοδο αυτή αλλάζουν σημαντικά:

α) Η διοίκηση του συστήματος υγείας (εισαγωγή θεσμού Manager, υπαγωγή των Κ. Υ. στις Νομαρχίες).

β) Οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών του Ε.Σ.Υ. (δικαίωμα παράλληλης άσκησης ιδιωτικού έργου).

γ) Η οικονομική πολιτική στην υγεία (αύξηση νοσηλίου κατά 600%, συμμετοχή ασθενών στο κόστος).

Η παραπάνω πολιτική στην υγεία, όμως, περισσότερο μπορεί να αποδοθεί σε ιδεολογικά κίνητρα φιλελεύθερης απόχρωσης, παρά σε σχεδιασμένη παρέμβαση με σαφείς στόχους, η οποία να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα του συστήματος υγείας.

Η εκ νέου αλλαγή του πολιτικού σκηνικού το 1993 οδήγησε σε νόμους και διατάξεις (2194/94, 2519/97) που απέβλεπαν στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., επαναφέροντας τη φιλοσοφία του δημόσιου χαρακτήρα του. Οι υγειονομικές περιφέρειες, τα Πε.Σ.Υ., τα Κ.Υ., οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών του ΕΣΥ, επανέρχονται στην μορφή που είχε καθοριστεί με το Ν. 1397/83. Οι συχνές αλλαγές υπουργών υγείας, η πολιτική συγκυρία και οι έντονες αντιδράσεις οδήγησαν, ουσιαστικά στην αναπαραγωγή των αδυναμιών του ΕΣΥ. (Φραγκιαδάκης Γ. & Ζοπουνίδης Κ., 2007)

1.3.3 ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2000

Ο άξονας της μεταρρύθμισης αναφερόταν στην άσκηση Εθνικής Πολιτικής Υγείας και υλοποιήθηκε σε μικρό βαθμό και μόνο ως προς ορισμένες παραμέτρους. Τα δύο σημαντικότερα μέτρα που υλοποιήθηκαν, αφορούν στην ενοποίηση των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και στην ίδρυση Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας. Επιπλέον, προωθήθηκαν μέτρα τα οποία αναφέρονται στην οργάνωση του διοικητικού μηχανισμού για το Χάρτη Υγείας, στην προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και τέλος στην αναμόρφωση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Ως μερική δραστηριότητα, με "αμφιλεγόμενα όμως αποτελέσματα, υπήρξε αναφορικά με τις διαδικασίες συγκρότησης του Χάρτη Υγείας, ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων και την πολιτική για το φάρμακο.

Ο συνοπτικός αυτός υπολογισμός δείχνει καταρχήν την ύπαρξη ενός σημαντικού αριθμού δράσεων και πολιτικών, η υλοποίηση των οποίων καθυστέρησε, είτε για λόγους περιορισμένων εκτελεστικών δυνατοτήτων, είτε επειδή υπήρξε χαλάρωση της πολιτικής τους υποστήριξης. Για τις δράσεις αυτές, ως κρισιμότερη

παράμετρος στην πορεία της υλοποίησης τους αποδεικνύεται η πολιτική δέσμευση και επίμονη συνέχιση των προσπαθειών για την εφαρμογή τους. (Φραγκιαδάκης Γ. & Ζοπουνίδης Κ., 2007)

1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η παραγωγή και η διανομή της φροντίδας, σε ότι αφορά τις δημόσιες υποδομές, γίνεται κατά κύριο λόγο μέσω ενός «δικτύου», το οποίο αποτελείται από 200 περίπου Κέντρα Υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές και 250 περίπου πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές. Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μέσα στα πλαίσια του ΕΣΥ εξυπηρετείται από ένα πλέγμα υγειονομικών σχηματισμών όπως τα αγροτικά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου και τα κέντρα υγείας αστικού τύπου (όπως αυτό του Βύρωνα). Παρόλο αυτά, ΠΦΥ δυστυχώς παραμένει μακριά από τις προδιαγραφές των περισσότερων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των επιταγών που ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Η στροφή της περιόδου 1983-1987, οπότε νομοθετήθηκε η λειτουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και οικοδομήθηκε με ταχύ ρυθμό ένα δίκτυο ΠΦΥ στην ελληνική ύπαιθρο, ήταν συμβατή με το γενικό πνεύμα της Διακήρυξης της Alma-Ata. Αν όμως συγκριθούν οι λεπτομερείς προβλέψεις της Διακήρυξης με την πρακτική που ακολουθήθηκε στη χώρα μας, προκύπτουν σημαντικές αποκλίσεις.

Πρακτικά, οι μόνες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, είναι τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία. Όλες οι υπόλοιπες δομές ή οργανωτικά σχήματα είναι αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων, όπως του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (που εποπτεύει το ΙΚΑ, τον ΟΓΑ, τον ΤΥΔΚΥ κλπ), του Υπουργείου Εθνικής Οικονομίας (που εποπτεύει τον ΟΠΑΔ), του Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας (που εποπτεύει τον Οίκο Ναύτου) κ.α. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης αυτής και της κατάτμησης αρμοδιοτήτων είναι η παντελής απουσία επιτελικού σχεδιασμού, η ανάπτυξη των υπηρεσιών όσο και η παραγωγή και παροχή φροντίδων. Παράλληλα, ο ασφαλιστικός πληθυσμός των ταμείων τα οποία δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας καλύπτεται μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά σχήματα και γιατρούς, χωρίς όμως να διασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ απουσιάζουν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας και μετά-νοσοκομειακής φροντίδας.

Τα πιο σημαντικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η απουσία του θεσμού του Προσωπικού (ή Οικογενειακού) Γιατρού με «αποτέλεσμα την ανεπαρκή διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπλέον ο προσανατολισμός της στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και η έλλειψη πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας ενώ παράλληλα επικρατεί η ανισότητα στις παροχές, στις δυνατότητες πρόσβασης και στην ποιότητα των υπηρεσιών τα οποία δημιουργούν το αίσθημα της κοινωνικής αδικίας. Τέλος η υπανάπτυξη, η ανεπάρκεια των υπηρεσιών και η έλλειψη οργάνωσης έχουν ως αποτέλεσμα τις ουρές αναμονής και το συνωστισμό των ιατρείων. (Φραγκιαδάκης Γ. & Ζοπουνίδης Κ., 2007)

1.5 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι πολυδιάστατη και ο προσδιορισμός της παρουσιάζει δυσκολίες, που οφείλονται, κυρίως, στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Η αντίληψη, επίσης, που έχουν για την ποιότητα όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας (φορείς, οργανισμοί, εργαζόμενοι, χρήστες - ασθενείς), τα κριτήρια με τα οποία την αποτιμούν, αλλά και τα κίνητρα με τα οποία την επιδιώκουν, δεν είναι ενιαία.

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης» (Donabedian 1980).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (W.H.O. 1993).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών, ορίζει την ποιότητα ως «το Βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Σιγάλας 1999, Τούντας 2003).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Η επιδίωξη της ποιότητας αφορά στην

οργάνωση των συστημάτων υγείας, στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, στη λειτουργία νοσοκομείων, εργαστηρίων κ.ά., καθώς και στην παροχή μεμονωμένης φροντίδας.

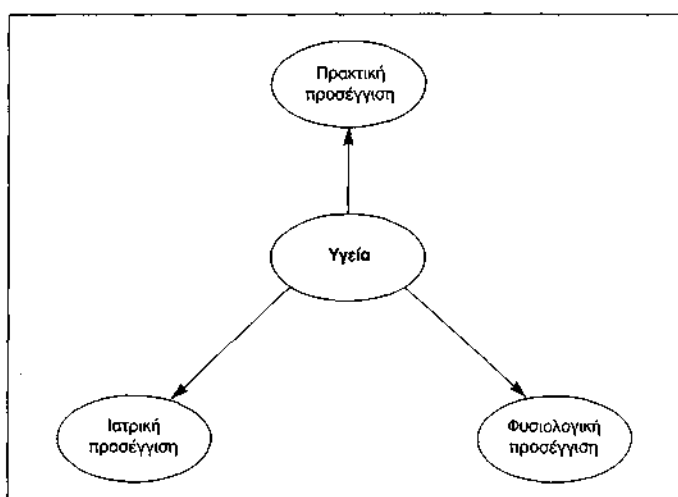
Σε όλες τις περιπτώσεις η ποιότητα δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων, καθώς και σε όλα τα άτομα που εμπλέκονται (ασθενείς, συγγενείς, κοινωνικός περίγυρος, εργαζόμενοι στην υγεία κ.ά.). Σχετίζεται τόσο με την «τεχνική διάσταση της φροντίδας» (technical care), που αφορά στην προληπτική-διαγνωστική-θεραπευτική διαδικασία, όσο και με τη «διάσταση της τέχνης στη φροντίδα» (art of care), που αφορά στο περιβάλλον των μονάδων υγείας και στη στάση-συμπεριφορά των επαγγελματιών της υγείας. (Δίλιντας Α. και συν., 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η υγεία ως έννοια αποτελεί ένα σύμπλεγμα μεταβλητών και οροθετικών παραμέτρων, οι οποίες διαμορφώνουν ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο αναλυτικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτόν, η προσπάθεια οριοθέτησης της έννοιας απέδωσε διαφορετικούς ορισμούς, οι οποίοι ποικίλλουν ανάλογα με την οπτική σκοπιά, υπό την οποία προσεγγίστηκε. Ο Maurice Loeper ομαδοποίησε τις προσεγγίσεις της έννοιας σε τρεις βασικές κατηγορίες - οπτικές και συνέθεσε τους ανάλογους ορισμούς. Σύμφωνα με τον M. Loeper η υγεία ως έννοια μπορεί να προσεγγιστεί από τρεις σκοπιές: την πρακτική, την ιατρική και τη φυσιολογική. Στο **Διάγραμμα 1** παρουσιάζονται οι τρεις προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας:



Διάγραμμα 1. Οι τρεις προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας.

Πηγή: Loeper, M. (1953). *Medecine Francaise. Extraits du discours prononce a la seance inaugurale du XXIXe Congres International de Medecine. La Presse Medicale*, vol. 61, σ. 1631, όπως εμφανίζεται στο Γ. Δαρδανός, *Αγωγή Υγείας & Σχολείο*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 17.

- Σύμφωνα με την πρακτική προσέγγιση, η υγεία είναι το αίσθημα της ευεξίας που αισθάνεται το άτομο ή ένα σύνολο ατόμων.
- Από ιατρική άποψη, η υγεία ορίζεται ως η κανονική λειτουργία των διαφόρων συστημάτων (κυκλοφορικού, αναπνευστικού, νευρικού κ.λπ.) στα ανώτατα φυσιολογικά όρια της απόδοσής τους.
- Από φυσιολογική άποψη, η υγεία ορίζεται ως η κανονικότητα διαφόρων λειτουργιών του ανθρώπου, όπως το ισοζύγιο του μεταβολισμού (αναβολισμός

και καταβολισμός), η κανονική λειτουργία της θρέψης (απορρόφηση και απέκκριση) και η ομαλή λειτουργία του νευρικού συστήματος ενός φυσιολογικού ατόμου.

Στις παραπάνω προσεγγίσεις, που σχηματοποίησε ο M. Loerer, θα πρέπει να προσθέσουμε και τη βιολογική προσέγγιση της υγείας, σύμφωνα με την οποία: «υγεία είναι η σταθερή ισορροπία κάθε κυττάρου και ιστού, η οποία εξασφαλίζεται από κάποιον οργανωτή που ρυθμίζει τις μεταβολές, επανορθώνει τις βλάβες, κατευθύνει τις συνθέσεις». (Ζαβιτσάνος Θ.Ξ., 1975)

Καθίσταται σαφές ότι είναι δυνατό να διατυπωθούν πολλοί ορισμοί της υγείας. Παρακάτω παρατίθενται οι κυριότεροι από αυτούς:

- Bieckner: «Υγεία είναι ο αδιατάρακτος ρυθμός από οργανικές ή ψυχικές δυσλειτουργίες της ζωής του ανθρώπου». (Bieckner R.E., 1970)
- M. Dubos: «Ως υγεία ορίζουμε την κατάσταση της πλήρους προσαρμογής του ατόμου στο φυσικό του περιβάλλον». (Ζαβιτσάνος Θ.Ξ., 1975)
- C.M. Wylie: «Υγεία είναι η τέλεια ισορροπία ενός οργανισμού με το περιβάλλον του, ενώ η ατελής ισορροπία είναι η ασθένεια». (Wylie C.M., 1970)
- P. Delore: «Υγεία είναι η αρμονία, η ισορροπία όλων των λειτουργιών του σώματος και του πνεύματος, όλων των δραστηριοτήτων, πνευματικών, σωματικών και ηθικών». (Delore P., 1961)
- G. Galen: «Η κατάσταση κατά την οποία δεν υποφέρουμε από πόνους, ή συμμετέχουμε κανονικά σε όλες τις δραστηριότητες μας αποκαλείται υγεία». (Galen G., 1951)
- F. Brockington: «Υγεία είναι η κατάσταση κατά την οποία αισθανόμαστε καλά σωματικά, πνευματικά και ηθικά, έχοντας την αίσθηση ότι διαθέτουμε ακόμα δυνάμεις. Η αίσθηση αυτή θα πρέπει να βασίζεται στην ομαλή λειτουργία των ιστών μας, στην κατανόηση των αρχών της υγιεινής ζωής και της αρμονικής διαβίωσης στο περιβάλλον». (Brockington F., 1997)
- Τέλος, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O.), η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (Anderson R., 1984)

Η έννοια της υγείας συνδέεται στενά με την έννοια της ασθένειας. Θα μπορούσε να ειπωθεί πως η υγεία μπορεί να οριστεί, με αρνητικό τρόπο, ως η

απουσία ασθένειας. Η ασθένεια ορίζεται ως η δυσχερής λειτουργία οργάνων ή συστημάτων του ανθρώπινου σώματος. (Oxford English Dictionary, 1998)

Οι πολλαπλές διαστάσεις της έννοιας της υγείας, δημιουργούν μια ασάφεια ως προς την ακριβή εννοιολογική της διάσταση. Παρά ταύτα, μέσα από τους ορισμούς της, που παραθέσαμε, διαφαίνονται κάποιες βασικές αρχές που προσδιορίζουν τη φύση της. Οι βασικές αρχές της υγείας είναι οι παρακάτω:

- Η υγεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία και την πρόοδο των λαών. Πράγματι, η ατομική αλλά και η κοινωνική ευημερία και ευτυχία εξαρτώνται, σε πολύ μεγάλο βαθμό, από την υγεία, η οποία καθορίζει τα όρια της ανθρώπινης δραστηριότητας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, σε επίπεδο οικονομικής ανάλυσης, η υγεία αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την αποδοτικότητα του συντελεστή «εργασία». Συνεπώς, αποτελεί και απαραίτητη προϋπόθεση για την οικονομική ανάπτυξη.
- Η ατομική υγεία δεν είναι δυνατό και δε θα πρέπει να διαχωρίζεται από την υγεία του συνολικού πληθυσμού. Μεταξύ του ατόμου και του συνόλου, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, υπάρχει αμφίδρομη σχέση εξάρτησης.
- Η υγεία δεν αποτελεί αυτοσκοπό της ζωής, αλλά το μέσο για τη δημιουργία μιας δραστήριας, αποδοτικής, ευτυχισμένης και παραγωγικής διαβίωσης.
- Η κοινωνική ή δημόσια υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα επιστημονικό (διεπιστημονικό) πρόβλημα, αλλά και κοινωνικό, την ευθύνη για την επίλυση του οποίου φέρει η συντεταγμένη κοινωνία, δηλαδή η πολιτεία. (Δαρδανός Γ., 2001)

2.1.1 Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στον πρόλογο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η "κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθενείας ή αναπηρίας". Ο ορισμός έγινε αποδεκτός κατά την ίδρυση του Οργανισμού το 1948 από όλα τα κράτη που ήταν μέλη του (Anderson, 1984). Κριτικές που έχουν γίνει κατά καιρούς αναφέρουν ότι ο ορισμός δεν περιλαμβάνει το δυναμικό στοιχείο της υγείας, την έννοια δηλ. της αλληλεπίδρασης των παραγόντων. Παρ' όλα αυτά χρησιμοποιείται από όλους τους επιστημονικούς κλάδους. Η προσέγγιση του έχει διαχρονική αξία και έχει συμβάλει στην ανάπτυξη σύγχρονων απόψεων για τη δημόσια υγεία, υποδεικνύοντας έμμεσα

την αναγκαιότητα διεπιστημονικής και διατομεακής συνεργασίας για την προώπιση της, δίνει δε έμφαση στην ολική φύση της υγείας. Παράγοντες βιολογικοί, κληρονομικοί, ψυχικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί είναι σημαντικοί συντελεστές στη διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας. (Σώκου Κ., 1994α)

2.1.2 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 1985 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρόβαλε τη σχέση της υγείας με την πολιτική που εφαρμόζεται στο κάθε κράτος και συνέδεσε το επίπεδο της υγείας με θέματα ηθικής δεοντολογίας, ισονομίας και δικαιοσύνης. Στην έκδοση που κυκλοφόρησε με τίτλο «Υγεία για όλους το 2000» (WHO, 1985· WHO, 1992), ο Οργανισμός προτρέπει τις κυβερνήσεις να θέσουν ως στόχο, μέχρι το έτος 2000, να μειώσουν κατά 25% τις ανισότητες που παρατηρούνται ανάμεσα στα κράτη αλλά και ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες του κάθε κράτους. Το βιβλίο περιλαμβάνει 38 στόχους. Αναφέρεται στα κυριότερα προβλήματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και περιγράφει τις συνθήκες που συμβάλλουν στη βελτίωση της. Ο τρόπος ζωής, το φυσικό και συναισθηματικό περιβάλλον, οι συμπεριφορές των ανθρώπων, οι στάσεις και οι συνήθειες είναι, μαζί με την πολιτική που εφαρμόζεται, καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία.

Εκτός από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφορές και αναλύσεις της έννοιας της υγείας έχουν γίνει από πολλούς επιστημονικούς κλάδους. (Σώκου Κ., 1994α)

2.1.3 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κοινωνικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η υγεία είναι έννοια κοινωνική. (Kickbusch I., 1981) Σύμφωνα με μελέτες και έρευνες οι αντιλήψεις για την υγεία διαμορφώνονται από τον άνθρωπο και επηρεάζονται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές και άλλες παραμέτρους του χώρου που ζει. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την υγεία διαφέρει από τον ένα γεωγραφικό χώρο στον άλλο, από το ένα κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο στο άλλο, την ίδια χρονική περίοδο αλλά και σε διαφορετικές περιόδους. (Sokou K., 1991· Zola, I., 1975· Σώκου Κ., 1994β· Engelhardt D., von, 1986).

2.1.4 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αρκετοί κοινωνιολόγοι έχουν υποστηρίξει ότι η υγεία έχει σχέση με τη λειτουργικότητα του ανθρώπου. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση ένας άνθρωπος θεωρείται ότι είναι υγιής όταν η κατάσταση του του επιτρέπει να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις του, στους ρόλους που έχει αναλάβει και σ' αυτούς που αναμένονται από αυτόν. (Parsons T., 1951· Stacey M., 1977). Άλλες κοινωνιολογικές προσεγγίσεις, βασιζόμενες σε απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν από ένα δείγμα πληθυσμού, καταλήγουν ότι υγεία είναι η κατάσταση της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ισορροπίας. (Herzlich C., 1973)

2.1.5 Η ΛΑΪΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Συχνά το κοινό ορίζει την υγεία ως την κατάσταση που είναι αντίθετη της ασθένειας. Αυτή η αντίληψη περιορίζει την έννοια της υγείας σε αυστηρά ιατρικά κριτήρια, λαμβάνοντας υπόψη μόνο τα βιολογικά και ανατομικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου. Η άποψη αυτή έχει απορριφθεί ακόμη και από τον ιατρικό κλάδο. (McKeown T., 1979)

2.1.6 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ

Πολλές από τις σύγχρονες εννοιολογικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν ομοιότητες με τον τρόπο που αντιλαμβάνονταν την υγεία στην αρχαιότητα.

Ο Ιπποκράτης αναφερόταν στην υγεία σαν μια κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας των "4 χυμών" του σώματος (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Η υγεία και η διατήρησή της είχε σχέση με τη σωστή μείξη των χυμών, ενώ η απώλεια της υγείας επηρεαζόταν από τις διατροφικές συνήθειες, τους παράγοντες κληρονομικότητας, τις κλιματολογικές συνθήκες και τις εποχές του χρόνου.

Ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι ο άνθρωπος ήταν υπεύθυνος για την κατάσταση της υγείας του και συμβούλευε τους γιατρούς να προσπαθούν να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής των ανθρώπων και να μην ασχολούνται με όσους δεν ακολουθούν τις οδηγίες τους.

Ο Αριστοτέλης διέκρινε εκτός από τους γιατρούς για τους πολίτες και αυτούς για τους σκλάβους και μια άλλη κατηγορία ειδικών, των ενημερωμένων στα ιατρικά θέματα πολιτών. (Engelhardt D., von, 1986)

Ο Γαλιλαίος υποστήριξε ότι η κατάσταση της υγείας προηγείτο της ασθένειας. Οι άνθρωποι πρέπει να φροντίζουν να διατηρούν την υγεία τους, που συνήθως βρίσκεται σ' ένα σημείο μιας ενδιάμεσης κατάστασης, ούτε απόλυτης υγείας αλλά ούτε και απόλυτης νοσηρότητας. (Engelhardt D., von, 1986)

Η μορφή της θεάς Υγείας στην αρχαία Ελλάδα είχε τουλάχιστον τρία διαφορετικά πρόσωπα. Διάφορες περιοχές της Ελλάδας "έβλεπαν" το πρόσωπο της θεάς ανάλογα με τα πρότυπα της περιοχής τους.

Στην εποχή μας η υγεία δεν εμφανίζεται προσωποποιημένη σε διάφορα πρόσωπα, η έννοια ωστόσο και ο τρόπος που την αντιλαμβάνεται ο κόσμος ποικίλλει. (Sokou, K., 1991) Ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι την υγεία στις διάφορες εποχές σχετίζεται με την πρόοδο της ιατρικής, της βιολογίας και της χημείας καθώς και με παράγοντες που έχουν σχέση με οικονομικές, κοινωνικές, οικολογικές, πολιτισμικές και άλλες παραμέτρους. Η ποιότητα της υγείας και ο τρόπος που την αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος είναι αποτέλεσμα συγκερασμού πολλαπλών αλληλένδετων εξελίξεων και πεποιθήσεων που δημιουργούνται στον κάθε ανθρώπινο χώρο από τον ίδιο τον άνθρωπο.

Συνοπτικά η υγεία είναι ένα κεφάλαιο, ένας πόρος του ανθρώπου, που συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής του. Έχει σχέση με την πολιτική υγείας, το περιβάλλον και τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Γνώσεις και άσκηση στη λήψη αποφάσεων μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη και βελτίωσή της. (Σώκου Κ., 1994α)

2.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

«Προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους». Ο ορισμός αυτός δημοσιεύθηκε το 1986 στον Καταστατικό Χάρτη της Οττάβα, στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας. Ο "Χάρτης της Οττάβα" είναι έργο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας του Καναδά και της Καναδικής Εταιρείας Δημόσιας Υγείας. (WHO, 1986)

Ο όρος αναφέρθηκε επίσημα για πρώτη φορά στον Καναδά το 1974, σε έκθεση της Κυβέρνησης με τίτλο "Μια Νέα άποψη της Υγείας των Καναδών". Η έκθεση αυτή που είναι γνωστή ως "έκθεση Lalonde", από το όνομα του υπευθύνου που τη συνέταξε, ανέφερε ότι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των

Καναδών μπορεί να επιτευχθεί με ευρείες βελτιώσεις στο περιβάλλον, στα μέτρα προστασίας για την πρόληψη από τα ατυχήματα, στις γνώσεις βιολογίας, κ.λπ.. (Lalonde M., 1974)

Στην Ευρώπη, ο όρος προαγωγή της υγείας χρησιμοποιήθηκε επίσημα για πρώτη φορά το 1981, στην Πρώτη Συνάντηση των Ευρωπαίων Υπουργών Υγείας με θέμα "Η Ευρωπαϊκή Προσέγγιση της Προαγωγής της Υγείας". Όπως και σε όλες τις επίσημες αναφορές, ο όρος χρησιμοποιήθηκε ως έννοια-κλειδί για να συζητηθεί η ανάγκη αναθεώρησης και επαναπροσδιορισμού της Δημόσιας Υγείας ώστε να περιλαμβάνει περισσότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας. (Anderson R., 1984)

2.2.2 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ

Η Προαγωγή Υγείας, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις αλλαγές που συνέβησαν στον χώρο και την επιστήμη της ιατρικής και της δημόσιας υγείας. Τον 18^ο αιώνα, η δημόσια υγεία δεν αποτελούσε κρατική υπόθεση, και οι αποφάσεις αναφορικά με αυτή, λαμβάνονταν σε τοπικό επίπεδο. Παράλληλα, σε πολλά ευρωπαϊκά καθεστάτα, τα οποία χαρακτηρίζονταν από έναν έντονο απολυταρχισμό, εμφανίζεται η ούτως καλούμενη αστυνομία υγιεινής. Ο 19^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκε από μία έμφαση στο περιβάλλον και την εφαρμογή της απολύμανσης, ενώ υπήρξε έντονη κριτική, καθώς για να επιτευχθούν οι στόχοι της, υπήρχε μία διάθεση εισβολής τόσο στις ατομικές, όσο και στις κοινωνικές ελευθερίες.

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, με την εμφάνιση της θεωρίας των μικροβίων, παρατηρείται μία σαφής στροφή προς την επιστημονική έρευνα. Ακολουθώντας, φτάνοντας πια στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, εμφανίζονται οι έννοιες της κοινωνικής υγιεινής και της εκπαίδευσης των ατόμων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τις μητέρες της εποχής, καθώς την δεδομένη περίοδο, η βρεφική θνησιμότητα ήταν υψηλή και αποτελούσε βασικό πρόβλημα. Την ίδια περίοδο, οι υπηρεσίες υγιεινής αλλάζουν, ενισχύεται ο έλεγχος, και γίνεται έντονη η παρουσία νέων επαγγελματιών υγείας, όπως οι Επισκέπτες Υγείας.

Την περίοδο αυτή κύρια έμφαση δίνεται στο ρόλο της εκπαίδευσης, ως πλέον ενδεδειγμένος τρόπος για την αλλαγή συμπεριφοράς, ενώ γίνεται και διαδότηση των μεθόδων διαλογής. Τα νέα δεδομένα αναφορικά με την θνητότητα και την θνησιμότητα, μετατόπισαν το ενδιαφέρον από την ασθένεια, στην ατομική συμπεριφορά. Η εκπαίδευση, η αυστηρή μετάδοση οδηγιών, και η προπαγάνδα

αποτελέσαν βασικές μεθόδους για την τροποποίηση της συμπεριφοράς και συνηθειών που επιδρούσαν στην υγεία.

Οι μεγαλύτερες όμως αλλαγές επήλθαν με το τέλος του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου. Η εμφάνιση της κοινωνικής ιατρικής, η αύξηση των επιστημονικών ευρημάτων, και των ερευνών, η μείωση των λοιμωδών νοσημάτων και η κριτική προς το βιοϊατρικό μοντέλο, **ώθησαν την ανάπτυξη της νέας δημόσιας υγείας, της αγωγής υγείας και ακολούθως της προαγωγής της υγείας.** Στα τέλη της δεκαετίας του 70, έγινε πλέον εμφανής η αδυναμία υποστήριξης και χάραξης πολιτικών υγείας, βασισμένες μόνο στις ιατρικές και κλινικές υπηρεσίες. Αφενός, το κόστος τους ήταν μεγάλο, αφετέρου, δεν ήταν αποτελεσματικές στην προσπάθεια για βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, η αγωγή υγείας και η εφαρμογή των υπηρεσιών πρόληψης προσέφεραν ένα νέο χώρο ανάπτυξης. Τα άτομα έπρεπε να καταστούν υπεύθυνα και να αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους, προκειμένου να αποφύγουν την ανάπτυξη νοσημάτων που σχετίζονται με τον εν λόγω χώρο. Πολύ σημαντική ήταν η αναφορά Lalonde (Καναδός υπουργός) το 1974, η οποία και αποτέλεσε την βάση για την στροφή από την ιατροκεντρική προσέγγιση της υγείας, προς την ιδέα της ανάπτυξης υγιών πολιτικών, με την συνεργασία πολλών άλλων κοινωνικών δυνάμεων και φορέων. Η υγεία δεν αποτελούσε πια προσωπική ευθύνη του ατόμου, αλλά μία συλλογική ευθύνη, στην οποία όλοι έχουν μερίδιο συμμετοχής. Σε αυτό το επιχείρημα, και στην κριτική που δέχτηκε η παραδοσιακή αγωγή υγείας, η οποία θεωρήθηκε ότι ήταν μία πολύ περιορισμένη προσέγγιση και με αυξημένες πιθανότητες να συμβάλει στην θεωρία του 'victim-blaming', σύμφωνα με την οποία το άτομο κατηγορείται για την υγεία του, δημιουργήθηκε και η ανάγκη για την ύπαρξη μίας νέας προσέγγισης, της προαγωγής υγείας. Υπό τον νέο αυτό όρο συμπεριλήφθησαν νέες δραστηριότητες, οι οποίες ήταν πέρα από τα στενά πλαίσια της αγωγής υγείας, όπως η 'πολιτική δράση για την ύπαρξη κοινωνικών αλλαγών, ανάπτυξη και υποστήριξη των κοινοτήτων κ.α.

Δεν θα ήταν ατόπημα, να υποστηριχθεί ότι η εξέλιξη της Προαγωγής Υγείας, είναι συνυφασμένη και με τις εξελίξεις που προωθήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σε συνεργασία με χώρες όπως ο Καναδάς, στον οποίο μπορούν να αποδοθούν βασικά δομικά στοιχεία, και αρχές της Προαγωγής Υγείας. Υπό τις συντονισμένες προσπάθειες λοιπόν του Π.Ο.Υ, και την εργασία διορατικών μελετητών και ερευνητών που δραστηριοποιούνTM στον χώρο της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας, αναπτύχθηκαν τα θεμέλια και οι βασικές αρχές της Προαγωγής

Υγείας, τα οποία ιστορικά αποτυπώνονται σε αποφάσεις κλειδιά, οι οποίες θεωρούνται ορόσημα για την εξέλιξη της Προαγωγής Υγείας, έως σήμερα. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

2.2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια και οι κατευθύνσεις της προαγωγής της υγείας που έχουν γίνει αποδεκτές σε πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο είναι αυτές που διατυπώνονται στο "Χάρτη της Οττάβα" και στη "Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών της Προαγωγής της Υγείας", κείμενο που συντάχθηκε το 1984 από ομάδα εργασίας στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. (Π.Ο.Υ., 1984)

2.2.4 ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη διακήρυξη ο όρος προαγωγή της υγείας "χρησιμοποιείται ως μια ολική έννοια από όσους αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή στους τρόπους και τις συνθήκες διαβίωσης με σκοπό τη βελτίωση της υγείας".

Σύμφωνα με τις αρχές της διακήρυξης η προαγωγή της υγείας:

- Εμπλέκει το γενικό πληθυσμό ως σύνολο στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής και δίνεται η δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους.
- Προωθεί δραστηριότητες που καθορίζουν την υγεία καλώντας σε συνεργασία φορείς που επηρεάζουν το επίπεδο της, εκτός των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι τοπικές αρχές και η κυβέρνηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία της υγείας των πολιτών, σε επίπεδο που ξεπερνά τη δικαιοδοσία των μεμονωμένων ατόμων.
- Συνδυάζει μεθόδους και τεχνικές που αλληλοσυμπληρώνονται, όπως η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, οι οργανωτικές αλλαγές, η κοινοτική ανάπτυξη και συμμετοχή.
- Στοχεύει σε μίαν αποτελεσματική και συγκεκριμένη συμμετοχή του κοινού, στον προσδιορισμό στόχων και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη λήψη αποφάσεων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. (Σώκου Κ., 1994α)

2.2.5 ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η καθημερινή πρακτική της προαγωγής υγείας μπορεί πολύ εύκολα να αποκαλύψει, ζητήματα, τα οποία έχουν ηθική βάση, και με τα οποία ο επαγγελματίας υγείας έρχεται αντιμέτωπος. Μία από τις βασικές επιδιώξεις των επαγγελματιών της Προαγωγής είναι να συμβάλλουν στην βελτίωση του επιπέδου υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να ληφθούν συγκεκριμένες αποφάσεις, οι οποίες βασίζονται στην κρίση των επαγγελματιών, η οποία με τη σειρά της διαμορφώνεται υπό το πνεύμα διαφόρων ηθικών αξιών, αλλά και συγκεκριμένων κανόνων δεοντολογίας.

Τα περισσότερα επαγγέλματα υγείας έχουν αναπτύξει κώδικες δεοντολογίας οι οποίοι αξιοποιούνται ως γνώμονες στην ορθή άσκηση των καθηκόντων τους. Ο χώρος της προαγωγής υγείας, δεν έχει αναπτύξει ακόμα έναν ανάλογο παγκόσμιο κώδικα, ωστόσο σε διάφορες χώρες όπως στην Μεγάλη Βρετανία έχουν καταβληθεί παρόμοιες προσπάθειες. Ο κώδικας, ο οποίος δημιουργήθηκε το 1997 υπό την αιγίδα του συνδέσμου ειδικών στην Αγωγή και Προαγωγή Υγείας δηλαδή, "Society of Health Education and Health Promotion Specialists", αποτελεί ένα τέτοιο παράδειγμα. (Society of Health Education and Promotion Specialists, 1997) Σύμφωνα με τον κώδικα αυτό, όσοι ασχολούνται με την Προαγωγή Υγείας έχουν:

1. το καθήκον να ενδιαφέρονται
2. το καθήκον να είναι δίκαιοι
3. το καθήκον να σέβονται τα ατομικά δικαιώματα και τα δικαιώματα των ομάδων
4. το καθήκον να αποφύγουν να προκαλέσουν βλάβη
5. το καθήκον να σέβονται το απόρρητο
6. το καθήκον να αναφέρουν

Ανάλογος κώδικας έχει αναπτυχθεί και από το 'International Society of Health education, ο οποίος εδρεύει στην Ουάσιγκτον, και ο οποίος καταγράφει τις ηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν την άσκηση της αγωγής και της προαγωγή υγείας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στην προαγωγή, προέρχονται από ένα πλήθος διαφορετικών ειδικοτήτων και σε πολλές περιπτώσεις όταν τα επαγγέλματα τους συνδέονται άμεσα με την άσκηση έργου υγείας, χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη δεοντολογικών κανόνων.

Η ύπαρξη ηθικών αρχών είναι απαραίτητη, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις, μέσα σε ένα πλαίσιο ηθικής. Υπάρχουν 3 βασικές ηθικές αρχές που χαρακτηρίζουν τον χώρο της Προαγωγής Υγείας, και έχουν

υιοθετηθεί από το ηθικό θεωρητικό υπόβαθρο που διακρίνει την ιατρική επιστήμη (Naidoo, J. & Wills J., 2000; Weed, D.L. & McKeown, R.E., 2001):

• **Ο σεβασμός της αυτονομίας, δηλαδή σεβασμός του δικαιώματος της ατομικότητας και του δικαιώματος του ατόμου να καθορίζει μόνος του την ζωή του.** Φυσικά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι τα άτομα, εφόσον ζουν και συμμετέχουν σε οργανωμένες κοινωνίες, υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι απορρέουν από την ευθύνη που έχουν απέναντι στα άλλα άτομα και επομένως δεν είναι πάντα ελεύθερα να πράξουν όπως θέλουν. Έτσι τα όρια της αυτονομίας ενός ατόμου, τίθενται εκεί όπου οι πράξεις του μπορούν να βλάψουν κάποιον τρίτο. Σε κάθε περίπτωση, η αρχή της αυτονομίας υποστηρίζει, ότι τα άτομα δεν θα πρέπει να δρουν υπό αισθήματα φόβου ή πίεσης, προκειμένου να λάβουν κάποια απόφαση. **Οι επαγγελματίες της προαγωγής υγείας θα πρέπει να βοηθούν τα άτομα να ενισχύσουν την αυτονομία τους.** Αυτό εξάλλου προϋποθέτει και η έννοια της αυτό-ενδυνάμωσης, της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτογνωσίας, έννοιες βασικές για την προαγωγή υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας δεν θα πρέπει να πιέζει τα άτομα να αποδεχθούν την δική του άποψη, να απορρίπτει τις απόψεις του κοινού δίχως κατάλληλη επιχειρηματολογία, ή να ακολουθεί δογματικές τεχνικές επικοινωνίας. Σε πολλές περιπτώσεις, το άτομο ή ομάδα με την οποία εργάζεται ο επαγγελματίας υγείας δεν ανταποκρίνονται τις συμβουλές του, ή στις προτάσεις του, παρά το γεγονός ότι αυτές θα τα ωφελήσουν. Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας και τον κώδικα ηθικής, η άρνηση αυτή θα πρέπει να γίνει σεβαστή από τον επαγγελματία υγείας. Ωστόσο για τον ίδιο, ο οποίος έχει καθήκον να κάνει καλό, προκύπτει ένα σημαντικό ηθικό ζήτημα, ιδιαίτερα στην περίπτωση όπου η άρνηση των ατόμων μπορεί να συνεπάγεται επιπλοκές στην υγεία του υπόλοιπου πληθυσμού. Τέλος, πολλά ηθικά ζητήματα τίθενται στις περιπτώσεις ατόμων, τα οποία κρίνονται ως μη ικανά να λάβουν αποφάσεις για τον εαυτό τους, όπως στις περιπτώσεις ατόμων με συγκεκριμένες νοητικές διαταραχές, και για τα οποία κατά συνέπεια καλούνται να αποφασίσουν τρίτοι. Τότε η έννοια της αυτονομίας πραγματικά γίνεται πιο δύσκολη. Σε κάθε περίπτωση τα άτομα που δραστηριοποιούνται στην προαγωγή της υγείας θα πρέπει να μπορούν να **σέβονται το δικαίωμα της αυτονομίας, αλλά ταυτόχρονα να εργάζονται και για την ανάπτυξη αυτής, καθώς μόνο όταν το άτομο έχει πλήρη επίγνωση των δυνατοτήτων, των ικανοτήτων του και των διαθέσιμων επιλογών, μπορεί να πάρει αποφάσεις.**

•**Η αρχή της ευεργεσίας και της μη βλάβης.** Οι αρχές αυτές τονίζουν ότι κάθε δραστηριότητα στα πλαίσια της άσκησης της προαγωγής της υγείας, θα πρέπει να αποβλέπει στην επίτευξη της μέγιστης ωφέλειας και ταυτόχρονα στην πρόληψη και την αποφυγή της βλάβης. Στα πλαίσια της δημόσιας υγείας και των πολιτικών αυτής, κάποιες φορές το κοινό καλό υπερτερεί έναντι του ατομικού, γεγονός που συνάδει με την ωφελμιστική θεωρία, σύμφωνα με την οποία θα πρέπει να επιδιώκεται το μεγαλύτερο καλό, για τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Η διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου, αποτελεί ένα κλασσικό παράδειγμα αναφορικά με τα πολύπλοκα ηθικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν σε σχέση με την αρχή της ωφέλειας και της μη βλάβης. Είναι όλοι οι έλεγχοι ακίνδυνοι για το άτομο, υπάρχει πάντα θεραπεία αφού κατόπιν ελέγχου ένα άτομο διαπιστωθεί ότι έχει πρόβλημα, ποιες είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις στην περίπτωση ψευδώς θετικού ευρήματος, ή ποιες είναι αντίστοιχα οι συνέπειες και οι κίνδυνοι για το άτομο από ένα ψευδώς αρνητικό εύρημα. Όλα τα προαναφερθέντα ερωτήματα δείχνουν ότι κάποιες φορές η πρόθεση των επαγγελματιών υγείας να κάνουν καλό και να αποφύγουν να κάνουν κακό, δεν είναι πάντα μία εύκολη υπόθεση. Σε κάθε περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ενημερώνει τα άτομα αναφορικά με τα πιθανά οφέλη κάθε δραστηριότητας ή πράξης του.

•**Η αρχή της δικαιοσύνης.** Η αρχή της δικαιοσύνης ορίζει ότι όλα τα άτομα αντιμετωπίζονται ισότιμα και θεωρούνται ίσα. Στα πλαίσια της προαγωγής υγείας η αρχή αυτή βρίσκει εφαρμογή στην προσφορά κατάλληλων υπηρεσιών σε όλα τα άτομα, ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης σε αυτές και αντιμετώπιση όλων των ανισοτήτων. Φυσικά, θα ήταν ουτοπικό να θεωρήσει κανείς ότι η προαγωγή υγείας μπορεί αυτόνομα να καλύψει και να βελτιώσει το κενό των κοινωνικών ανισοτήτων. Ωστόσο με συντονισμένες προσπάθειες μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά προς την κατεύθυνση αυτή.

Θα πρέπει βέβαια να διευκρινιστεί ότι παρά την ύπαρξη των προαναφερθέντων αξιών και κανόνων, η καθημερινή πρακτική είναι πάντα δύσκολη και δεν υπάρχει πάντα μία μόνο επιλογή. Ένα από τα συχνότερα ηθικά ζητήματα στον χώρο της προαγωγής υγείας, είναι η προσέγγιση που υιοθετούν οι επαγγελματίες υγείας, στην έννοια της υγείας. Όταν η υγεία ανάγεται σε απόλυτο σκοπό, περιλαμβάνοντας όλες τις εκφάνσεις της ζωής, τότε εμφανίζεται ο κίνδυνος ανάπτυξης μίας συγκεκριμένης φιλοσοφίας, η οποία ονομάζεται υγιεινισμός (Healthism). (Doxiadis S., 1990)

Η θεώρηση αυτή παραβλέπει το γεγονός ότι η υγεία αντιμετωπίζεται και ερμηνεύεται διαφορετικά από τα άτομα, ανάλογα με τις εμπειρίες, τις γνώσεις και τις αξίες που έχουν. Κατά συνέπεια, η έννοια της υγείας θα αποκτούσε έναν δογματικό χαρακτήρα, και οι επαγγελματίες υγείας προσηλωμένοι στο ιδανικό πλαίσιο που οι ίδιοι έχουν σχηματίσει για την υγεία, θα επέβαλαν τις αλλαγές που οι ίδιοι πιστεύουν, προσπαθώντας έτσι να ελέγξουν την συμπεριφορά. Το γεγονός αυτό όμως, αντιστρατεύεται τις βασικές αρχές της Προαγωγής Υγείας, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο θα πρέπει να αναπτύξει τον έλεγχο πάνω στην υγεία του. Η έννοια της ενδυνάμωσης, βασική αρχή της προαγωγής, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην αλληλεπίδραση μεταξύ του επαγγελματία και του "πελάτη". Οι αποδέκτες των παρεμβάσεων θα πρέπει να μπορούν να συμμετέχουν τόσο στην χάραξη της ευρύτερη πολιτικής υγείας όσο και στα πιο ειδικά θέματα της Προαγωγής Υγείας. Σημαντικό ηθικό ζήτημα μπορεί να προκύψει όταν οι επαγγελματίες υγείας, θεωρούν ως δεδομένο, ότι όλα τα άτομα έχουν την ίδια δυνατότητα να αποφύγουν κάποιους παράγοντες κινδύνου για την υγεία τους, οι οποίοι θεωρούνται προλήψιμοι. Όταν λοιπόν τα άτομα εμφανίσουν κάποιο νόσο ή διαταραχή, κατηγορούνται ή ακόμη και στιγματίζονται για αυτή τους την αδυναμία και θεωρούνται απόλυτα υπεύθυνα για την κατάσταση της υγείας τους. Η στάση αυτή απέναντι στα άτομα καλείται "victim blaming". Επιπροσθέτως, η εξειδίκευση ορισμένων επαγγελματιών στον τομέα της Προαγωγής Υγείας, δεν θα πρέπει να αποτρέπει την συνεργασία με άλλες επαγγελματικές ειδικότητες καθώς έτσι υπάρχει ο κίνδυνος απώλειας πολύτιμης γνώσης, πληροφορίας και εμπειρίας.

Ένα άλλο σημαντικό ηθικό ζήτημα, το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, είναι η αποφυγή αποκλεισμού ομάδων από την προαγωγή υγείας, ομάδες που συνήθως αποτελούνται από τα λιγότερο ευνοούμενα άτομα της κοινωνίας, άτομα που συνήθως κατηγοριοποιούνται ως μειονότητες. Η προαγωγή υγείας, οφείλει να προσφέρει σε όλους ίσες δυνατότητες και ευκαιρίες συμμετοχής, και να μην απευθύνεται μόνο στον μέσο αποδέκτη. Όταν η μεθοδολογία της Προαγωγής Υγείας, δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες, πεποιθήσεις, προτιμήσεις ή ικανότητες του κοινού, τότε υπάρχει ο κίνδυνος αύξησης των κοινωνικών ανισοτήτων. (Τούντας Ι., 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

«Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους». (Draijer J., Williams T., 1991)

Ο ορισμός αυτός έγινε αποδεκτός από τα 12 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε συμπόσιο που έγινε στο Λουξεμβούργο το 1986 με σκοπό να συμπεριληφθεί η αγωγή υγείας στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών. Ο ορισμός αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιείται ως κοινό σημείο αναφοράς όταν περιγράφεται η αγωγή υγείας στα σχολεία της Ευρώπης. Όλοι οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αγωγή υγείας υποστηρίζουν ομόφωνα τη σημασία της εκούσιας επιλογής. Δεν δίνεται όμως η ίδια έμφαση στη σημασία των επιστημονικών αρχών, των προγραμματισμένων ευκαιριών και του συνειδητού ελέγχου της συμπεριφοράς. Αντίθετα πολλοί ορισμοί αναφέρουν ότι η αγωγή υγείας είναι το σύνολο των επιρροών που όλες μαζί καθορίζουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία". (Horner, J.W., 1980)

3.1.2 ΤΥΠΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Από τους δύο ορισμούς φαίνεται ότι η αγωγή υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους: την τυποποιημένη και την άτυπη. Η πρώτη αναφέρεται σε προγραμματισμένη επιστημονική διαδικασία ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε επιλεγμένα συνήθως θέματα υγείας. Η δεύτερη περιλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση στην οποία υπόκειται ο άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησης του και η οποία αντιστοιχεί στο περιβάλλον που ανατρέφεται. Οι συνθήκες ζωής, οι κοινωνικές αξίες και αρχές, το συναισθηματικό περιβάλλον και οι σχέσεις στην οικογένεια είναι τα πρώτα ουσιαστικά στοιχεία εκκοινωνισμού και αγωγής υγείας του ανθρώπου. Η άτυπη μορφή αγωγής υγείας διαφέρει από περιβάλλον σε περιβάλλον, επηρεάζεται από πολλούς πολιτισμικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες, είναι

δε κύριο συστατικό της κοινωνικοποίησης του ανθρώπου, χωρίς να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα. (Σώκου Κ., 1994α)

3.3.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ

Η προγραμματισμένη αγωγή υγείας διακρίνεται σε αυτήν που απευθύνεται στο άτομο, σε αυτήν που στόχο της έχει το ευρύτερο κοινό και σε αυτήν που απευθύνεται σε συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού.

Η αγωγή υγείας, που αντικείμενο της είναι το άτομο, οργανώνεται συνήθως από τον ιατρικό κλάδο και στοχεύει στην παροχή γνώσεων και στη συνειδητοποίηση του ατόμου να προστατεύσει τον εαυτό του από κινδύνους που απειλούν την υγεία του, ενισχύοντας παράλληλα την αυτοεκτίμηση και την υπευθυνότητα του. (Catford J.C. and Nutbeam D., 1984)

Η αγωγή υγείας που απευθύνεται στο ευρύτερο κοινό συχνά οργανώνεται από κυβερνητικούς οργανισμούς, επιστημονικές εταιρείες και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στοχεύει στην αφύπνιση του κοινού σε συγκεκριμένα θέματα υγείας, καθοδηγεί την κοινή γνώμη, συμβάλλει στη διαμόρφωση απόψεων και προσφέρει συμβουλές. Οι πληροφορίες μεταδίδονται στο κοινό με διάφορες μεθόδους: δημόσιες σχέσεις, διαφήμιση, ειδήσεις, διαλέξεις κ.λπ. Ως μέσα μετάδοσης χρησιμοποιούνται το ραδιόφωνο, η τηλεόραση, ο τύπος, οι εκδόσεις και άλλα έντυπα κ.λπ.. (Catford J.C. and Nutbeam D., 1984. Dignan M. & Carr P., 1992)

Η αγωγή υγείας που απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού συνήθως οργανώνεται από επιστημονικούς, κοινωνικούς ή κυβερνητικούς οργανισμούς. Σκοπό έχει την πρόληψη και βελτίωση της υγείας ομάδων που εκτίθενται σε αυξημένους κινδύνους ή έχουν ήδη πρόβλημα υγείας. (Σώκου Κ., 1994α)

3.2 ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η προσπάθεια καταγραφής των στόχων που καλείται να εκπληρώσει η αγωγή υγείας, μπορεί να καταλήξει σε δύο κατηγοριοποιήσεις. Στους ευρύτερους και στους ειδικούς εκπαιδευτικούς στόχους, όπως αυτοί καταγράφονται στο στάδιο της σχεδιασμού των προγραμμάτων αγωγής υγείας. Στην πρώτη κατηγορία, η Αγωγή Υγείας επικαλείται δεδομένα των ιατρικών παιδαγωγικών ψυχολογικών, κοινωνικών και οικονομικών επιστημών και χρησιμοποιεί τα κεκτημένα των επιστημών της πληροφόρησης και της επικοινωνίας, με σκοπό:

1. Να συμβάλλει στη δημιουργία μιας νοοτροπίας υγείας, μίας σειράς αντανακλαστικών υγιεινής ζωής και υγιούς συμπεριφοράς, ώστε να περιορίσει αν όχι να καταργήσει, μία σειρά κινδύνων που απειλούν την υγεία του ατόμου και μπορούν να αποφευχθούν.

2. Να μεταδώσει στον πληθυσμό την "τέχνη του ζειν", μια γνώση που αναφέρεται όχι μόνο στις υλικές συνθήκες "το να έχεις περισσότερα αλλά, κύρια, στις ψυχολογικές και κοινωνικές συνθήκες, "το να είσαι καλύτερα".

3. Να ενθαρρύνει μία άλλη αντίληψη της υγείας που περνάει από την ιδέα ότι "κάθε υγιής άνθρωπος είναι μία προσωρινή κατάσταση που δεν προμηνύει τίποτα το καλό", στην ιδέα ότι κάθε άρρωστος είναι μία εξαίρεση προσωρινή και ατυχής, στην επιδιωκόμενη ισορροπία που αντιπροσωπεύει η υγεία.

4. Να εμπνεύσει την επιθυμία στα άτομα να προσέχουν οι ίδιοι την υγεία τους, δίνοντας τους με σαφή τρόπο όλες τις πληροφορίες για τους κινδύνους που την απειλούν καθώς και τα μέσα για να την προφυλάξουν.

5. Να συμβάλλει στη δημιουργία δεσμών ανάμεσα στην ιατρική και τα μη ιατρικά στοιχεία που συμβάλλουν στην υγεία.

6. Να αναπτύξει την έννοια της υπευθυνότητας για την ατομική υγεία καθώς και για εκείνη της κοινότητας, καθώς και για την έννοια της υπεύθυνης συμμετοχής στη ζωή, προκειμένου τα άτομα να κατακτούν με δικές τους προσπάθειες την υγεία.

7. Να ενεργοποιήσει και να πείσει κυβερνήσεις να εξασφαλίσουν την πλήρη υγειονομική κάλυψη των πληθυσμών τους οποίους παράλληλα εξοικειώνει ώστε να εκμεταλλεύονται με τον καλύτερο τρόπο αυτήν την κάλυψη.

8. Σαν κεντρικό στόχο της, η αγωγή υγείας πρέπει να δίνει προτεραιότητα στο παιδί της προσχολικής ηλικίας, λόγω της μεγάλης σημασίας της πρωτογενούς κοινωνικοποίησης. Επομένως, η οικογένεια και ο ενδιάμεσος κοινωνικός ιστός απαιτούν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις.

Θα ήταν ουτοπικό να υποστηρίξει κανείς ότι η "Αγωγή Υγείας" αυτόνομα, μπορεί να κάνει θαύματα, ούτε μπορεί να προκαλέσει θεαματικές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας και ανάπτυξης, για την επίτευξη των οποίων απαιτείται να δραστηριοποιηθούν και ανταποκριθούν στις ανάγκες των πληθυσμών, όλες οι υπηρεσίες υγείας καθώς και οι συναφείς, όπως εύστοχα υπογραμμίζει η Π.Ο.Υ.

Η δεύτερη κατηγοριοποίηση των στόχων αφορά σε συγκεκριμένους εκπαιδευτικούς στόχους, οι οποίοι τίθενται στο στάδιο σχεδιασμού των δραστηριοτήτων

αγωγής υγείας και αφορούν στο επιδιωκόμενο όφελος των **συμμετεχόντων σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας**. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις γενικές κατηγορίες (Τούντας Γ.Κ., 1994):

A. Στο τι θέλει ο **επαγγελματίας αγωγής υγείας** να γνωρίζει ο πληθυσμός. Οι **στόχοι αυτής της κατηγορίας αφορούν στην παροχή πληροφοριών και την αποσαφήνιση αυτών, προκειμένου έτσι να διασφαλιστεί ότι ο πληθυσμός κατανοεί τις πληροφορίες αυτές, και η γνώση του αναφορικά με τα θέματα υγείας αυξάνει.**

B. Στο τι θέλει ο **επαγγελματίας αγωγής υγείας** να αισθανθεί ο πληθυσμός. Η **δεύτερη αυτή κατηγορία, περιλαμβάνει στόχους οι οποίοι σχετίζονται με αξίες, απόψεις και στάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να βοηθήσουν στην αποσαφήνιση, την διαμόρφωση ή και την τροποποίηση όλων των προαναφερθέντων.**

Γ. Στο τι θέλει ο **επαγγελματίας αγωγής υγείας** να κάνει ο πληθυσμός. Η **τρίτη και τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει τους στόχους που σχετίζονται με την δράση που αναλαμβάνει ο πληθυσμός και τις δεξιότητες που αναπτύσσει προκειμένου να είναι σε θέση να δράσει υπέρ της υγείας του.**

Είναι εξαιρετικής σημασίας να τονιστεί ότι ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας δεν περιορίζεται στην εφαρμογή των στόχων μίας από τις προαναφερθείσες κατηγορίες, αλλά αντίθετα η συνήθης πρακτική είναι ο συνδυασμός των κατηγοριών. Σε κάθε περίπτωση, οι στόχοι τίθενται ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες, έτσι όπως αυτές καταγράφονται και αξιολογούνται κάθε φορά.

Συγκεκριμένοι στόχοι οι οποίοι εντάσσονται στις προαναφερθείσες τρεις γενικές κατηγορίες και τίθενται στα πλαίσια του σχεδιασμού προγραμμάτων αγωγής υγείας θεωρούνται οι ακόλουθοι (Τούντας Γ.Κ., 1994α & Ewles Linda and Simnett Ina, 1999):

1.Ευαισθητοποίηση. Η ευαισθητοποίηση αποτελεί τον πρώτο στόχο ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, και **αφορά τη συνειδητοποίηση** του πληθυσμού στόχου ή του εκπαιδευόμενου, ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, η κάποιος παράγοντας κινδύνου για την υγεία. Η ευαισθητοποίηση είναι απαραίτητη, καθώς αυξάνει τις πιθανότητες προσέγγισης ενός πληθυσμού, και μπορεί να προκύψει από την επαρκή παροχή πληροφοριών, οι οποίες είναι ικανές να αναδείξουν το μέγεθος, ή τη σπουδαιότητα ενός προβλήματος ή θέματος υγείας. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Α κατηγορία.**

2. Παροχή γνώσεων. Η επαρκής και ολοκληρωμένη παροχή γνώσης αποτελεί το δεύτερο σημαντικό βήμα, μετά την ευαισθητοποίηση. Ωστόσο, επειδή η γνώση απλώς δεν αρκεί για να έχουμε πάντα την απαιτούμενη αλλαγή στάσης ή συμπεριφοράς, θα πρέπει να κατοχυρώνεται, ότι τα άτομα θα αποκτήσουν και τις κατάλληλες δεξιότητες και ικανότητες, που θα τα βοηθήσουν να αξιοποιήσουν την παρεχόμενη γνώση, και θα προχωρήσουν σε δράση. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Α κατηγορία.**

3.Ιεράρχηση αξιών. Το σύστημα αξιών, όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα στη συνέχεια, αποτελεί βασικό μέρος της ατομικότητας, διαμορφώνοντας σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που τα άτομα σκέπτονται, αλλά και δρουν. Με την ιεράρχηση των αξιών, η αγωγή υγείας προσπαθεί να βοηθήσει στην αποσαφήνιση, αρχικώς, και κατόπιν στην τροποποίηση ή διαμόρφωση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Β κατηγορία.**

4. Αλλαγή απόψεων και αντιλήψεων. Ο στόχος αυτός, αφορά την τροποποίηση και τη διαμόρφωση κάποιων καίριων απόψεων και αντιλήψεων. Οι απόψεις των ατόμων διαμορφώνονται και επηρεάζονται από ένα πλήθος παραγόντων, όπως οι αξίες του, αλλά και από την υπάρχουσα γνώση του ατόμου, ή την συναισθηματική του συμμετοχή σε κάποια ζητήματα. Πέραν όμως των αξιών, ο στόχος αυτός **ανήκει στην Β κατηγορία.**

5. Λήψη αποφάσεων. Ο στόχος αυτός, ακολουθεί απαραίτητα, ως συνέχεια των προηγούμενων. Συνεπώς, αφού γίνει η ευαισθητοποίηση, δοθούν οι απαραίτητες γνώσεις, γίνει η ιεράρχηση αξιών και διαμορφωθούν και υιοθετηθούν οι ορθές απόψεις, τότε το άτομο είναι έτοιμο να μπει στην διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Μέσω αυτής, θα μπορέσει να φτάσει στην επίλυση, την τροποποίηση ή ακόμα και στην βελτίωση του προβλήματος. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Β κατηγορία.**

6. Αλλαγή συμπεριφοράς. Αφού το άτομο φτάσει στην λήψη της κατάλληλης απόφασης, το επιθυμητό βήμα που ακολουθεί, είναι να αλλάξει, ή να βελτιώσει την συμπεριφορά του. Η αλλαγή της συμπεριφοράς αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικούς στόχους, καθώς η επίτευξη της συνεπάγεται σε ένα μεγάλο βαθμό και επιτυχία του προγράμματος. Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί, ότι αυτό δεν αποτελεί πάντοτε τον κανόνα. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες, το να εφαρμοστεί μια απόφαση εμποδίζεται ή δυσχεραίνεται από διάφορους παράγοντες με αποτέλεσμα το άτομο να εγκαταλείπει ή ακόμα να αποφεύγει την εφαρμογή της. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη για συνεχή υποστήριξη των ατόμων στα

πλαίσια της Αγωγής Υγείας, ώστε να μην εγκαταλείπουν την προσπάθεια τους για αλλαγή. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Γ κατηγορία**.

7. Αλλαγή περιβάλλοντος. Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, αφού τόσο οι γνώσεις, οι αξίες, όσο και οι απόψεις και οι πράξεις επηρεάζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Μέσα από ένα υποστηρικτικό φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, μπορεί να αφορά αλλαγές μικρών κοινωνικών δομών, όπως η οικογένεια μέχρι και την ευρύτερη κοινωνία. Ο στόχος αυτός **ανήκει στην Γ κατηγορία**. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3 Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι που θέτει η αγωγή υγείας, απαιτούν για την επίτευξη τους, και την ανάλογη ανάπτυξη μεθοδολογίας, η οποία θα μπορεί να αξιοποιείται σε κάθε περίπτωση σχεδιασμού και εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Η εξέλιξη της αγωγής υγείας σε θεωρητικό επίπεδο, στις δεκαετίες που έχει διανύσει, είχε ως επακόλουθο την ανάλογη ανάγκη για ύπαρξη κατάλληλων μεθοδολογιών, που θα ανταποκρίνονται με επάρκεια στην εξέλιξη αυτή, σε πρακτικό πια επίπεδο. Ακολούθως, η παραδοσιακή εκπαίδευση με την διεξαγωγή ομιλιών, η οποία είχε επικρατήσει στα πρώτα στάδια, έχει εξελιχθεί και εμπλουτιστεί με την ύπαρξη και άλλων μεθόδων, οι οποίες συνεχώς τροποποιούνται και βελτιώνονται.

Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα της εξάπλωσης της τεχνολογίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των νέων μεθόδων επικοινωνίας όπως το διαδίκτυο, μία εξάπλωση η οποία δεν θα μπορούσε να μείνει απαρατήρητη και στον χώρο της υγείας, της προαγωγής και της αγωγής υγείας ειδικότερα. Μία ανασκόπηση σε διεθνούς φήμης έγκριτα επιστημονικά περιοδικά για την αγωγή και την προαγωγή υγείας, αναδεικνύει την ύπαρξη μίας πληθώρας άρθρων για την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Συνεπώς, οι σύγχρονοι επαγγελματίες αγωγής υγείας καλούνται να εντοπίσουν και να χρησιμοποιήσουν ένα εύρος μεθοδολογικών προσεγγίσεων, ανταποκρινόμενοι στους στόχους και τους σκοπούς της αγωγής υγείας, αλλά και των σύγχρονων μέσων για την επίτευξη τους. Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί η αγωγή υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες. Στην πρώτη

περιλαμβάνονται **τεχνικές επικοινωνίας**, οι οποίες αξιοποιούνται κυρίως για τους στόχους της ευαισθητοποίησης και της παροχής γνώσεων, και στις **εκπαιδευτικές τεχνικές** οι οποίες χρησιμοποιούνται για τους πιο σύνθετους και δύσκολους στόχους της αγωγής υγείας, όπως η αλλαγή στάσεων, συμπεριφοράς και η λήψη αποφάσεων. (Τούντας Γ.Κ., 1994β)

Φυσικά, ανάλογα με τις ανάγκες του προγράμματος μπορεί να γίνει συνδυασμός μεθόδων και από τις δύο κατηγορίες, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας του προγράμματος, αφού κάθε τεχνική έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία μπορούν αντίστοιχα να ενισχυθούν και να ελαχιστοποιηθούν με την συνέργια των διαφόρων τεχνικών. Στον **πίνακα 1** παρουσιάζονται οι βασικές μέθοδοι που εντάσσονται στις δύο αυτές κατηγορίες, ενώ στα επόμενα εδάφια αναλύονται τα χαρακτηριστικά της κάθε μία μεθόδου. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Πίνακας 1. Κατηγοριοποίηση βασικών μεθόδων Αγωγής Υγείας.

Τεχνικές Επικοινωνίας	Εκπαιδευτικές Τεχνικές
Ομιλίες - διαλέξεις	Δουλειά με ομάδες
Ατομική διδασκαλία –συμβουλευτική, παροχή οδηγιών	Τεχνικές ανάπτυξης δεξιοτήτων, ιεράρχησης αξιών, αλλαγής απόψεων, και λήψης αποφάσεων
Χρήση Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και εκπαιδευτική τηλεόραση	Τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς
Οπτικοακουστικά μέσα	Ειδικά παιχνίδια και παρατήρηση
Προγραμματισμένη εκμάθηση	Χρήση Προτύπων

Πηγή: Δαρβίρη Χριστίνα, *Προαγωγή Υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σ. 138.

3.3.1 ΟΜΙΛΙΕΣ-ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

Οι ομιλίες ή διαλέξεις, θεωρούνται οι πιο δόκιμοι όροι για να αποδοθεί το επιστημονικό περιεχόμενο τους, αποτελούν μία από τις παραδοσιακές μεθοδολογικές προσεγγίσεις που αξιοποιήθηκαν στα πλαίσια της εξέλιξης της αγωγής υγείας, με περιορισμένη ωστόσο δυναμική όσον αφορά την επίτευξη των στόχων της σύγχρονης μορφής αγωγής υγείας. Συνεπώς, ενώ είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στόχου, είναι και ιδιαίτερα ανεπαρκείς όσον αφορά την επίτευξη των υπολοίπων στόχων. Το μεγαλύτερο μειονέκτημα των ομιλιών

έγκειται στο γεγονός ότι δεν επιτρέπουν την άμεση αφομοίωση γνώσης, ή ακόμα ότι επιτεύχθηκε αυτό, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα άτομα δύσκολα θυμούνται το περιεχόμενο τους, ιδιαίτερα μετά το πέρας κάποιων ημερών. Το δεύτερο σημαντικό μειονέκτημα αφορά στο ότι και τεχνικά δεν επιτρέπουν σε μεγάλο βαθμό την ενεργητική συμμετοχή του κοινού, καθώς στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν ενθαρρύνουν την αμφίδρομη επικοινωνία. Παρά τα μειονεκτήματα τους αυτά, οι διαλέξεις παραμένουν ένα σημαντικό εργαλείο για την αγωγή υγείας. Έτσι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να έρθει ο επαγγελματίας αγωγής υγείας σε επαφή με ένα μεγάλο αριθμό ατόμων σε μία μόνο συνάντηση και είναι μία σχετικά εύκολη και οικονομική μέθοδος. Παράλληλα, μπορούν να αξιοποιηθούν ως εισαγωγή σε ένα θέμα, να κεντρίσουν το ενδιαφέρον του κοινού, ενώ για έναν μεγάλο αριθμό ατόμων που δεν διαβάζουν ή δεν παρακολουθούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί να αποτελούν την μοναδική πηγή πληροφόρησης σε θέματα υγείας.⁹ **Ωστόσο αυξάνει όταν χρησιμοποιούνται παράλληλα με άλλες μεθόδους και φυσικά όταν οργανώνονται και σχεδιάζονται σύμφωνα με δεδομένες αρχές οι οποίες αυξάνουν τα πλεονεκτήματα τους και περιορίζουν αντίστοιχα τα μειονεκτήματα τους.** Σε κάθε περίπτωση, οι επαγγελματίες αγωγής υγείας, θα πρέπει να είναι σε θέση να διοργανώνουν και να δίδουν τις ομιλίες τους κατά τρόπο αποτελεσματικό, καθώς σχεδόν πάντα ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας περιλαμβάνει κάποιου τύπου ομιλία. Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται δε, ότι σε κάποιες περιπτώσεις η ομιλία είναι απαραίτητη, καθώς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στόχου δεν επιτρέπουν την εφαρμογή άλλων μεθόδων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ένας πληθυσμός αναλφάβητων, ή ατόμων με προβλήματα στην όραση.

Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όταν σχεδιάζεται να πραγματοποιηθεί μία ομιλία. Πιο συγκεκριμένα:

•**Το περιεχόμενο της ομιλίας.** Η ομιλία θα πρέπει να έχει οργανωθεί και σχεδιαστεί με προσοχή, κατά τρόπο τέτοιο που να ανταποκρίνεται στους στόχους και τις επιδιώξεις που έχουν τεθεί. Παράλληλα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, την υπάρχουσα γνώση και τα βασικά χαρακτηριστικά του κοινού. Είναι εξαιρετικής σημασίας να έχει πρωτίστως ο ομιλητής εξακριβώσει το επίπεδο της υπάρχουσας γνώσης, ή τις διαφοροποιήσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ του κοινού, ώστε να προσαρμοστεί σε αυτές. Η διερεύνηση της υπάρχουσας γνώσης, αλλά και άλλων χαρακτηριστικών του κοινού, με την χρήση κατάλληλων ερωτηματολογίων, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τον ομιλητή. Φυσικά έχει μεγάλη

σημασία, η γλώσσα και η ορολογία που χρησιμοποιούνται να είναι ανάλογες των ικανοτήτων του κοινού. Η χρήση ειδικών όρων παθολογίας, για παράδειγμα, σε ένα κοινό φοιτητών της ιατρικής μπορεί να είναι αποδεκτή, αφού υπάρχει εξοικείωση με τέτοιους όρους, ωστόσο δεν μπορεί να είναι ενδεδειγμένη για τον γενικό πληθυσμό, για τον οποίο στην πλειοψηφία του οι όροι αυτοί δεν είναι κατανοητοί. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει πρόνοια, ώστε το περιεχόμενο των ομιλιών να μην θίγει ή προσβάλλει κάποια μερίδα του πληθυσμού. Δεν θα πρέπει, λόγου χάρη, να χρησιμοποιούνται παραδείγματα τα οποία θα θίγουν τις θρησκευτικές αξίες του κοινού, ή να έχουν ρατσιστικό περιεχόμενο. Για να αποφευχθεί αυτό, ο καλύτερος τρόπος είναι ο ομιλητής να έχει μία διαμορφωμένη εικόνα για το κοινό του.

•Η δομή της ομιλίας. Όπως κάθε οργανωμένη ομιλία, έτσι και στην περίπτωση της αγωγής υγείας, θα πρέπει να υπάρχει μία ξεκάθαρη δομή και συνοχή, αποτελούμενη από την εισαγωγή στο θέμα, την ανάπτυξη του κυρίου θέματος, και τον επίλογο, ο οποίος μπορεί να αποτελείται από χρήσιμα συμπεράσματα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ομιλίες δεν επιτρέπουν συνήθως την αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ κοινού και ομιλητή, μειώνοντας έτσι σημαντικά την συμμετοχή των ατόμων. Για να περιοριστεί το μειονέκτημα αυτό, είναι εξαιρετικής σημασίας, να αξιοποιηθούν τρόποι που θα επιτρέψουν, έστω και σε μικρό βαθμό, την συμμετοχή του κοινού, γεγονός που ενεργοποιεί παράλληλα και το ενδιαφέρον του. Έτσι ο ομιλητής μπορεί να υποβάλλει κάποιο ερώτημα, να θέσει κάποιον προβληματισμό, επιτρέποντας στο κοινό να συμμετάσχει κατά την διάρκεια της ομιλίας.

•Η χρήση συνοδευτικών μέσων για την παρουσίαση του περιεχομένου της ομιλίας. Αν και η παρουσία και η ικανότητα του ομιλητή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχία της ομιλίας, υπάρχει η δυνατότητα και για παράλληλη χρήση άλλων τεχνικών, οι οποίες συμβάλλουν στην καλύτερη παρουσίαση του περιεχομένου και στην διατήρηση του ενδιαφέροντος του κοινού. Τέτοιες τεχνικές περιλαμβάνουν την χρήση διαφόρων εποπτικών μέσων, ή τη διανομή έντυπου υλικού. Επίσης μπορεί να υπάρχει πρόνοια ώστε να πραγματοποιούνται κάποια ειδικά παιχνίδια, ή ακόμα, αν είναι εφικτό, να υπάρχουν περισσότεροι από ένας ομιλητές.

Εκτός όλων των ως άνω, υπάρχουν και άλλες ενέργειες, οι οποίες εφόσον πραγματοποιηθούν, μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες για μία επιτυχημένη διάλεξη. (Ewles Linda & Simnett Ina, 1999)

•Έλεγχος του χώρου που θα πραγματοποιηθεί η ομιλία. Πριν από την έναρξη κάθε ομιλίας θα πρέπει να γίνεται επισταμένος έλεγχος του χώρου. Για

παράδειγμα, έλεγχος για την επάρκεια καθισμάτων, τα του φωτισμού, αλλά και του εξοπλισμού που θα χρησιμοποιηθούν κατά την ομιλία. Ο έλεγχος αυτός θα βοηθήσει, ώστε να αποφευχθούν τυχόν προβλήματα και καθυστερήσεις, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ενόχληση και αμηχανία στον ομιλητή αλλά και στο κοινό.

•**Επαρκής προετοιμασία του ομιλητή.** Ο ομιλητής, ο οποίος απλά διαβάζει το γραπτό κείμενο της ομιλίας του, δεν αποτελεί έναν ελκυστικό για το κοινό ομιλητή. Αντίθετα, είναι πολύ χρήσιμο να έχει καταγράψει ο ομιλητής ένα σχέδιο της ομιλίας ή να έχει κρατήσει σημειώσεις ώστε να γνωρίζει τα κύρια σημεία της, αλλά και να μπορεί να γνωρίζει τον χρόνο και τον ρυθμό με τον οποίο θα γίνει η ομιλία, ή τότε θα χρησιμοποιηθούν τα διάφορα εποπτικά μέσα.

•**Προετοιμασία της εισαγωγής της ομιλίας.** Η εισαγωγή μίας ομιλίας είναι πολύ σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλλει στο να κερδηθεί το ενδιαφέρον του κοινού, και να αποβληθούν το άγχος και η νευρικότητα του ομιλητή. Για να αυξηθούν οι πιθανότητες μίας καλής εισαγωγής, υπάρχουν διάφοροι τρόποι που μπορεί να αξιοποιήσει ο ομιλητής. Ένα συνταρακτικό γεγονός, μία εικόνα που θα τραβήξει το ενδιαφέρον, ένα ερώτημα με δύσκολη απάντηση, ή ακόμα και ένα αστείο, μπορεί να αποτελούν την εισαγωγή. Σε κάθε περίπτωση, αφού αυτή ολοκληρωθεί, θα πρέπει να έχει διατυπωθεί ο σκοπός και οι στόχοι της ομιλίας, να έχει διασφαλιστεί ότι όλοι μπορούν να ακούν και να βλέπουν τον ομιλητή, και ότι υπάρχει προσήλωση και ενδιαφέρον από το κοινό.

•**Προετοιμασία του επιλόγου της ομιλίας.** Όσο σημαντικός είναι ο ρόλος της εισαγωγής, τόσο σημαντικός είναι και του επιλόγου και του κλεισίματος της ομιλίας. Πιθανοί τρόποι για επίλογο αποτελούν μία συνοπτική ανακεφαλαίωση, η οποία όμως πρέπει να μην είναι βαρετή, ένα ερώτημα, μία πρόταση για δράση, ή ακόμα μία δήλωση για το τι ελπίζει ο ομιλητής να κάνει το κοινό αξιοποιώντας τις πληροφορίες που δόθηκαν κατά την ομιλία.

•**Προετοιμασία ερωτήσεων.** Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διατύπωση ερωτήσεων προς το κοινό μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του ενδιαφέροντος του και στην ενεργητική συμμετοχή του. Για αυτό ο ομιλητής θα πρέπει να φροντίσει να προετοιμάσει κάποιες ερωτήσεις. Έχει μεγάλη σημασία να επιτρέπει στο κοινό να σκεφτεί και να μην ασκεί πίεση. Επίσης, όταν το κοινό θέτει ένα ερώτημα, και ο ομιλητής δεν γνωρίζει την απάντηση, δεν πρέπει να την αποφύγει, αλλά να δηλώσει ότι δεν είναι βέβαιος για την απάντηση, να επιφυλαχθεί για το μέλλον αν είναι δυνατό, ή ακόμα να ρωτήσει αν κάποιος από το κοινό γνωρίζει την απάντηση. Τέλος,

θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι όλοι οι ακροατές, είναι σε θέση να ακούσουν και το ερώτημα και την απάντηση. Για αυτό σε κάποιες περιπτώσεις καλό θα είναι να επαναλαμβάνονται, ειδικά όταν στο κοινό βρίσκονται άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα.

•**Ετοιμότητα για απρόβλεπτες καταστάσεις.** Όσο καλά και αν έχει οργανωθεί μία ομιλία, πάντα υπάρχει η περίπτωση να προκύψει ένα απρόοπτο πρόβλημα, κάποιο πρόβλημα τεχνικής φύσεως, ένας χαλασμένος προβολέας διαφανειών, για παράδειγμα, ή ακόμα ένα κενό και απώλεια στον ειρμό της σκέψης του ομιλητή. Όλα αυτά τα προβλήματα, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με ψυχραιμία, καθώς σε καμία περίπτωση το επιπλέον στρες δεν μπορεί να βοηθήσει. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Η ατομική διδασκαλία, αποτελεί μία από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες μεθόδους, επιτρέποντας στον επαγγελματία αγωγής υγείας να παράσχει τις υπηρεσίες του σε συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο με το εκπαιδευόμενο άτομο. Μία μορφή ατομικής διδασκαλίας αποτελεί και η συμβουλευτική η οποία αποβλέπει συνήθως στην παροχή οδηγιών και υποστήριξης, προκειμένου το άτομο να αναλύσει, να συζητήσει κάποιο θέμα υγείας ή αρρώστιας και με την καθοδήγηση και την υποστήριξη του επαγγελματία να προχωρήσει στη λήψη αποφάσεων, ή να αναλάβει δράση ώστε να αποφύγει την ασθένεια, να υιοθετήσει μία ωφέλιμη συμπεριφορά, ή να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Οι ευκαιρίες που παρέχονται για ατομική διδασκαλία, προκύπτουν σε διάφορους χώρους και μπορεί να αφορά διάφορα άτομα. Για παράδειγμα κάποιον μαθητή στο σχολείο, έναν ασθενή σε κάποια μονάδα υγείας, μία μητέρα σε κάποιο κέντρο υγείας, ένα άτομο που ο Επισκέπτης Υγείας παρακολουθεί στο σπίτι.

Η ατομική διδασκαλία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις όπου μεταξύ του πληθυσμού στόχου εμφανίζονται μεγάλες διαφορές και επομένως το κάθε άτομο θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ξεχωριστά ή όταν για κάποιους λόγους η εφαρμογή ενός συλλογικού προγράμματος δεν είναι εφικτή. Καθώς η ατομική διδασκαλία αφορά εξ' ορισμού την επαφή με ένα μόνο άτομο, γίνεται φανερό ότι σαν μεθοδολογία τα αποτελέσματα έχουν μικρή απόδοση στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο έχουν μεγάλη σημασία για το ίδιο το άτομο. (Τούντας Γ.Κ., 1994β)

3.3.3 ΧΡΗΣΗ Μ.Μ.Ε.

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) αποτελούν σήμερα όχι μόνο ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της τεχνολογικής εξέλιξης αναφορικά με την επικοινωνία, αλλά και αποτελούν έναν ισχυρό θεσμό ο οποίος επηρεάζει σημαντικά τα άτομα και την κοινή γνώμη, όχι μόνο σε θέματα πολιτικής και οικονομίας, αλλά και σε θέματα με κοινωνική βάση όπως η υγεία. Πολλοί συγγραφείς έχουν υποστηρίξει την δύναμη που ασκούν τα μέσα στην διαμόρφωση της γνώμης του κοινού, αναφορικά με την υγεία. (Seale Clive, 2003· WHO, 2002)

Η επίδραση που μπορεί να έχουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης στα θέματα υγείας, μπορεί να είναι θετική ή αρνητική, ανάλογα με την χρήση που γίνεται και με τον τρόπο που προβάλλονται τα διάφορα θέματα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η προβολή κάποιου θέματος υγείας είχε το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιθυμητό. Για τον λόγο αυτό, αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες της αγωγής και της προαγωγής υγείας να τα αξιοποιήσουν προς όφελος των ατόμων.

Στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης περιλαμβάνεται η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, έντυπος ημερήσιος και περιοδικός τύπος, τα βιβλία, το διαδίκτυο (internet), αλλά και οι διαφημίσεις και οι εκθέσεις σε ανοικτούς χώρους.

Τα Μ.Μ.Ε. μπορούν να αποτελέσουν κανάλια επικοινωνίας σε θέματα υγείας με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, στα πλαίσια μίας συζήτησης ή ενός άρθρου για θέματα υγείας, της προβολής ενός σχετικού ντοκιμαντέρ, μέσω της διαφήμισης ενός προϊόντος, με διαφημιστική εκστρατεία κάποιου οργανισμού, ακόμα, και μη σκόπιμα με την προβολή κάποιας ταινίας, της οποίας οι πρωταγωνιστές υιοθετούν μία συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας, όπως το κάπνισμα, η αντισύλληψη κτλ.

Η μεγάλη δύναμη των Μ.Μ.Ε, όπως υποδηλώνει και το όνομα τους, είναι ότι **μπορούν και προσεγγίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και μάλιστα για μεγάλα και τακτά χρονικά διαστήματα.** Έτσι μπορούν να **χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για την παροχή απλών μηνυμάτων και πληροφοριών αγωγής υγείας, βοηθώντας ουσιαστικά** στον πρώτο και τον δεύτερο στόχο της αγωγής, δηλαδή **την ευαισθητοποίηση και την παροχή γνώσεων στον πληθυσμό.**

Όπως έχουν δείξει έρευνες, η δύναμη των Μ.Μ.Ε για **άμεση πειθώ είναι περιορισμένη και έτσι χωρίς την ύπαρξη και άλλων υποστηρικτικών μεθόδων ο πιθανότητες για υιοθέτηση ή τροποποίηση μίας συμπεριφοράς και στάσης υγείας δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική** ενώ και όταν συμβαίνει να είναι άμεση είναι

συνήθως βραχυπρόθεσμη, ενώ προϋποθέτει και προηγούμενη ευαισθητοποίηση.
(Tones, K & Tilford, S., 2001)

Ένα επιπλέον μειονέκτημα των Μ.Μ.Ε αποτελεί το γεγονός ότι **το κόστος** για τη χρήση τους μπορεί να είναι **αρκετά μεγάλο**, ενώ απαιτείται και εξειδικευμένη γνώση και καλή γνώση της ευρύτερης αγοράς. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β) Επίσης υπάρχει πάντα ο κίνδυνος "διαφήμισης" μίας επιβλαβούς συμπεριφοράς.

Τέλος δεν επιτρέπουν σε κάποιες περιπτώσεις ιδιαίτερα ευαίσθητων θεμάτων, όπως η αντισύλληψη, την προβολή πιο λεπτομερών πληροφοριών, καθώς περιορίζονται από ηθικά ή νομικά ζητήματα. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β) Ωστόσο, τα Μ.Μ.Ε, με την κατάλληλη χρήση, αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για την επικοινωνία μηνυμάτων και πληροφοριών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την **προβολή ενημερωτικών εκπομπών, ειδικών ταινιών και ντοκιμαντέρ, διαφημιστικών εκστρατειών, συζητήσεων, ειδικών άρθρων, ερευνών, συνεντεύξεων και ρεπορτάζ.**

Σε κάθε περίπτωση, προκειμένου ο ρόλος των Μ.Μ.Ε να είναι υποστηρικτικός των στόχων της αγωγής υγείας θα πρέπει οι παρεχόμενες πληροφορίες (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999):

- να είναι σχετικές και κατανοητές από το ευρύ κοινό
- να υποστηρίζονται και από άλλες μεθόδους και τεχνικές της αγωγής υγείας και να εντάσσονται στα πλαίσια ευρύτερων και μακροπρόθεσμων στρατηγικών
- να παρέχονται με τρόπο ελκυστικό
- να στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και την αύξηση της γνώσης μέσα από απλά μηνύματα.

Τέλος, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες της αγωγής υγείας να γνωρίζουν ότι το κάθε μέσο απευθύνεται σε διαφορετικό κοινό, με διαφορετικά κοινωνικά, οικονομικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά, ώστε να επιλέγουν έτσι το προσφιλέστερο κάθε φορά μέσο, ανάλογα με το μήνυμα και την πληροφορία που επιθυμούν να μεταδώσουν. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3.4 ΧΡΗΣΗ ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Μία από τις πλέον διαδεδομένες μεθοδολογίες της αγωγής υγείας αποτελεί η χρήση διαφόρων οπτικοακουστικών μέσων, τα οποία εμφανίζονται με διάφορους τύπους και μορφές. Υπάρχει μεταξύ άλλων το **οπτικό υλικό**, το οποίο μπορεί να είναι μία αφίσα, ένα φυλλάδιο, ένα σύγγραμμα, μία προκήρυξη, ένας χάρτης, μία

διαφάνεια, ένα slide, το **ακουστικό υλικό**, όπως μία κασέτα, δίσκος, CD's, αλλά και κάποιο **οπτικοακουστικό υλικό**, που συνδυάζει ήχο και εικόνα, όπως ένα φιλμ, μία ταινία, ένας οπτικός δίσκος (CD-Rom ή DVD). Όλα αυτά τα μέσα, μπορούν να αξιοποιηθούν **παράλληλα με άλλες τεχνικές της αγωγής υγείας, καθώς αυτόνομα δεν μπορούν να επιτύχουν** τους στόχους της. Ως υποστηρικτικά μέσα, όμως, είναι πολύ μεγάλης αξίας, και για τον λόγο τούτο οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την χρήση και την παραγωγή τους, γεγονός που απαιτεί ικανότητα και εμπειρία. Προκειμένου, λοιπόν, κάθε φορά να επιλέγεται το κατάλληλο οπτικοακουστικό μέσο οι επαγγελματίες αγωγής υγείας, θα πρέπει να θέτουν τα ακόλουθα βασικά ερωτήματα:

- Είναι το συγκεκριμένο μέσο κατάλληλο για την επίτευξη του στόχου που έχει τεθεί, σύμφωνα με την υπάρχουσα θεωρητική γνώση;

- Είναι το συγκεκριμένο μέσο αποδεκτό από τον πληθυσμό στόχο στον οποίο απευθύνεται;

- Ποιο είναι το πιο οικείο και προσίτο μέσο για τον επαγγελματία υγείας, από όλα όσα καταγράφηκαν στις ως άνω ερωτήσεις;

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται ότι ανεξάρτητα από το μέσο που τελικά θα επιλεγεί το περιεχόμενο του:

- Να ανταποκρίνεται στους στόχους του προγράμματος.

- Να μην θίγει θεμελιώδεις ανθρώπινες αξίες και να μην υπάρχουν ρατσιστικά ή σεξιστικά μηνύματα.

- Να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, αλλά και στις ικανότητες και το υπόβαθρο του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται.

- Να είναι σαφές και κατανοητό.

Εκτός των ως άνω γενικών κατευθυντήριων γραμμών αναφορικά με την επιλογή των οπτικοακουστικών μέσων στα πλαίσια της αγωγής υγείας, θα πρέπει να καταστεί σαφές, ότι κάθε μέσο εμφανίζει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν γίνεται η επιλογή τους.

Μία πρόκληση για του επαγγελματίες της αγωγής υγείας είναι η παραγωγή και δημιουργία νέου υλικού, όταν αυτό δεν είναι διαθέσιμο, ή όταν αυτό πραγματοποιείται στα πλαίσια μίας οργανωμένης δραστηριότητας. Η παραγωγή νέου υλικού δεν είναι μία εύκολη διαδικασία, και απαιτεί εξειδίκευση, γνώση, εμπειρία αλλά και επαρκείς οικονομικούς πόρους. Για τον λόγο αυτό, πριν επιχειρηθεί μία

τέτοια προσπάθεια, θα πρέπει να έχουν πρωτίστως εξασφαλιστεί όλοι οι απαραίτητοι πόροι, σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και υλικών πόρων.

Σε κάθε περίπτωση όταν προετοιμάζεται κάποιο έντυπο ή οπτικοακουστικό υλικό είναι χρήσιμο να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999; Center for Health care Strategies, 2005):

- Η χρησιμοποιούμενη γλώσσα να γίνεται εύκολα κατανοητή από το κοινό στο οποίο απευθύνεται.

- Να δίδεται έμφαση στα καίρια σημεία.

- Να αξιοποιούνται γραφικά, εικόνες, σχεδιαγράμματα ή άλλα οπτικά σχέδια τα οποία θα διευκολύνουν την κατανόηση του κειμένου και θα κάνουν το μέσο πιο ελκυστικό.

- Το περιεχόμενο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τους σκοπούς και τους στόχους για τους οποίους σχεδιάζεται το μέσο.

- Να πραγματοποιείται δοκιμαστική εφαρμογή πριν την μαζική χρήση, κριτική αναθεώρηση του περιεχομένου και επανεξέταση.

- Να αποφεύγεται η διατύπωση φράσεων, ή απεικόνιση εικόνων που μπορεί να προσβάλλουν βασικές ανθρώπινες αξίες ή να προωθούν ρατσιστικά και ανάλογα μηνύματα.

- Να αξιοποιείται η γνώμη ειδικών αλλά και του κοινού στην προετοιμασία.

- Να αξιοποιούνται περισσότερα από ένα μέσα ταυτόχρονα. Για παράδειγμα, η δημιουργία φυλλαδίου, το οποίο θα συνοδεύεται με ανάλογο ακουστικό ή οπτικοακουστικό υλικό. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗ

Ο όρος **εκπαιδευτική τηλεόραση**, περιλαμβάνει την δημιουργία και την προβολή συγκεκριμένων εκπομπών μέσω του τηλεοπτικού δέκτη, οι οποίες αφορούν στην ανάπτυξη συγκεκριμένων θεμάτων υγείας και αγωγής υγείας. Η μεθοδολογική αυτή προσέγγιση, ανάλογα πάντα με το περιεχόμενο της εκπομπής, μπορεί να αφορά είτε στην **επίτευξη του στόχου της ευαισθητοποίησης και στο κέντρισμα του ενδιαφέροντος του κοινού**, με την παροχή σχετικών πληροφοριών και γνώσεων, είτε στην **προβολή ολοκληρωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας**. Το εύρος του

κοινού στο οποίο απευθύνεται και αγγίζει η εκπαιδευτική τηλεόραση, εξαρτάται από την εμβέλεια του τηλεοπτικού σταθμού που προβάλλει τις σχετικές εκπομπές.

Η εκπαιδευτική τηλεόραση έχει το πλεονέκτημα της εξοικονόμησης χρόνου. Ωστόσο, λόγω του ότι ακόμα δεν αποτελεί ιδιαίτερα διαδεδομένη μέθοδο, δεν επιτρέπει την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, αναφορικά με την αποτελεσματικότητά της, και για τον λόγο αυτό, απαιτείται περισσότερη έρευνα. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β)

Η προγραμματισμένη εκμάθηση, αφορά στην χρήση ειδικών μηχανών εκμάθησης, προγραμμάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών ή ακόμα προγραμματισμένων τεστ, προκειμένου για την ανάπτυξη ενός πλήρους εκπαιδευτικού προγράμματος, το οποίο ο εκπαιδευόμενος μπορεί να παρακολουθεί σύμφωνα με τον ρυθμό επιλογής του. Η συμμετοχή του επαγγελματία αγωγής υγείας σε αυτή την περίπτωση περιορίζεται στην απάντηση τυχόν ερωτημάτων, που μπορεί να έχουν οι εκπαιδευόμενοι, οι οποίοι δεν συμμετέχουν με άλλο τρόπο στην διαδικασία.

Στις πρώτες φάσεις ανάπτυξης της μεθόδου αυτής το υλικό που χρησιμοποιείτο, αφορούσε στο συνδυασμό έντυπου υλικού, συνοδευόμενο από ταινίες, διαφάνειες, και κασέτες ήχου. Σήμερα, όπου η τεχνολογική εξέλιξη έχει επιτρέψει την χρήση πιο πολύπλοκων συστημάτων εικόνας και ήχου, οι μηχανές προγραμματισμένης εκμάθησης βασίζονται στην χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών οι οποίοι επιτρέπουν την παραγωγή και χρήση οπτικοακουστικών πολυμέσων υψηλής ποιότητας εικόνας ήχου και κίνησης. Παράλληλα, η εξέλιξη των τεχνολογικών μέσων έχει επιτρέψει ακόμα και την αλληλεπίδραση χρήστη και περιβάλλοντος, δίδοντας νέες διαστάσεις στην εκπαιδευτική διαδικασία. Η μέθοδος αυτή είναι όπως και η ατομική διδασκαλία, χρήσιμη σε περιπτώσεις όπου η ομαδική εργασία δεν είναι δυνατή. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β) Παραδείγματα της προγραμματισμένης εκμάθησης αποτελούν: την τοποθέτηση στη σειρά από τον εκπαιδευόμενο των τροφών πλούσιων σε ένα ιχνοστοιχείο ή βιταμίνη ή λευκώματα, ή την διάκριση, από τον διαβητικό, των τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες. Σε κάθε περίπτωση, η ύλη είναι με σαφήνεια και κατά αυστηρό τρόπο προγραμματισμένη για την διδασκαλία των απλούστερων περιπτώσεων, από το γνωστό στο άγνωστο και από το συγκεκριμένο στο αφηρημένο. Το πρόγραμμα Α.Υ. που στηρίζεται στην προγραμματισμένη μάθηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ηλικία του μαθητή ή του πελάτη, το φύλο, την εμπειρία του στο θέμα όπως επίσης και τις αλλαγές συμπεριφοράς που επιθυμεί να επιτύχει. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3.6 ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ

Ως μεθοδολογική προσέγγιση, η εργασία με ομάδες μπορεί να βοηθήσει, στις περισσότερες των περιπτώσεων, την επίτευξη των στόχων της αγωγής υγείας και θεωρείται μία από τις πλέον αποτελεσματικές. Η έννοια της ομάδας αναφέρεται στην συγκέντρωση ενός ή περισσοτέρων ατόμων τα οποία μπορεί να συνδέει ένα κοινό ενδιαφέρον, όπως οι κοινοί στόχοι. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθοδολογίας έχει αρκετά πλεονεκτήματα (WHO, 1988):

- **Προάγει την ενεργητική συμμετοχή του πληθυσμού στόχου.** Η αγωγή υγείας υπό το ευρύτερο πνεύμα της προαγωγής υγείας, προωθεί την ιδέα ενός ενεργητικού και όχι παθητικού κοινού. Το επιθυμητό είναι τα άτομα να αναπτύξουν και να αυξήσουν τον έλεγχο της υγείας τους, με την ανάλογη ανάπτυξη αισθήματος υπευθυνότητας και γνώσης, τα οποία θα βοηθήσουν τα άτομα να λάβουν αποφάσεις και να δράσουν προς όφελος της υγείας τους. Η ενεργητική συμμετοχή του κοινού επιτυγχάνεται όταν τα άτομα της ομάδας δεν αποτελούν απλώς δέκτες, αλλά αντίθετα συνεργάζονται μαζί με τους υπεύθυνους για το σχεδιασμό και το περιεχόμενο των εργασιών της ομάδας. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνουν οι πιθανότητες το πρόγραμμα των εργασιών της ομάδας να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της.

- **Προωθείται το αίσθημα της υποστήριξης και της ενθάρρυνσης.** Η προσπάθεια για επίτευξη των στόχων που τίθενται από το εκάστοτε πρόγραμμα αγωγής υγείας, δεν αποτελεί πάντα μία εύκολη υπόθεση. Στα πλαίσια της ομάδας τα μέλη της μπορούν να λάβουν σημαντική υποστήριξη από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Όταν η εργασία σε ομάδες έχει οργανωθεί σωστά, η αλληλοϋποστήριξη, η ενθάρρυνση και η αμοιβαία ενίσχυση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που διευκολύνουν και συμβάλλουν στην επιτυχία του προγράμματος.

- **Επιτρέπει την ανταλλαγή γνώσεων, νέων ιδεών και δεξιοτήτων.** Είναι αναμφισβήτητο ότι οι συμμετέχοντες στις ομάδες μπορούν να αξιοποιήσουν την επαφή και την συνεργασία τους με τρίτους για να μάθουν από αυτούς, αλλά και να προσφέρουν ταυτόχρονα και να μοιραστούν την δική τους γνώση, εμπειρία, και ικανότητα. Με την δουλειά σε ομάδες παρέχεται η ελεύθερη διακίνηση ιδεών και απόψεων, επιτρέποντας στα άτομα όχι μόνο να εκφραστούν αλλά και να μοιραστούν τις ιδέες και τις απόψεις τους με τα υπόλοιπα μέλη.

- **Μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα πλήθος χώρων.** Ανάλογα με τον σχεδιασμό ενός προγράμματος αγωγής υγείας, οι προγραμματισμένες συναντήσεις

των μελών της ομάδας μπορούν να γίνουν σε διάφορους χώρους, είτε αυτοί εντοπίζονται μέσα σε κάποια υπηρεσία ή μονάδα υγείας, είτε σε άλλους διαθέσιμους και πιο ουδέτερους χώρους. Φυσικά, ένας επαρκής προϋπολογισμός ενός προγράμματος αγωγής υγείας μπορεί να επιτρέψει την ύπαρξη ειδικά σχεδιασμένων αιθουσών. Ωστόσο, όταν ο προϋπολογισμός δεν το επιτρέπει, μπορούν πολύ εύκολα να αξιοποιηθούν χώροι οικείοι στην ομάδα.

Για να επωφεληθούν οι ομάδες από τα ως άνω πλεονεκτήματα της δουλειάς τους, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος οργάνωσης της κάθε ομάδας. Επομένως, ο υπεύθυνος επαγγελματίας αγωγής υγείας, θα πρέπει να γνωρίζει και να εφαρμόζει βασικές οργανωτικές αρχές, οι οποίες αφορούν τόσο στην δομή και τη λειτουργία της ομάδας, όσο και στα προσωπικά του καθήκοντα και υποχρεώσεις. Στοιχεία που αφορούν στην δομή της ομάδας είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. **Ο προτεινόμενος αριθμός των μελών ενός προγράμματος αγωγής υγείας κυμαίνεται μεταξύ 8-15 ατόμων,** δηλαδή θα πρέπει να επιδιώκεται να διατηρείται ένας σχετικά μικρός αριθμός, αλλά όχι ιδιαίτερα μικρός, επειδή μπορεί να δημιουργήσει τυχόν αισθήματα αμηχανίας μεταξύ των μελών, ειδικά όταν τα θέματα της αγωγής υγείας έχουν μεγαλύτερο βαθμό ευαισθησίας, ενώ ένας μεγαλύτερος αριθμός μπορεί να οδηγήσει στον αποκλεισμό κάποιων ατόμων από το να συμμετάσχουν, αφού ο χρόνος συναντήσεων πάντα ακολουθεί κάποιο βαθμό περιορισμού.

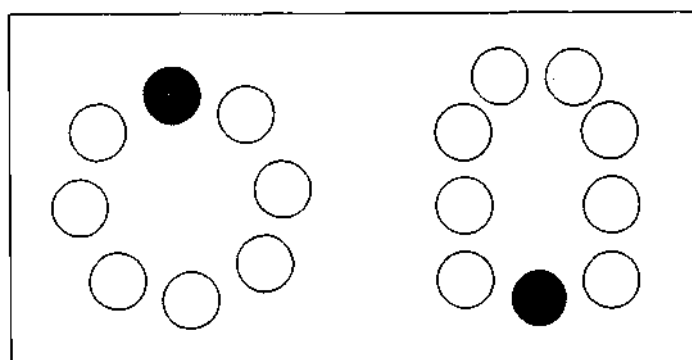
Επίσης είναι σημαντικό να εξασφαλίζει ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, ότι όλα τα μέλη της ομάδας θα μπορούν να αντεπεξέλθουν στις σχεδιαζόμενες εργασίες. Είναι επομένως απαραίτητο να γνωρίζει τα βασικά χαρακτηριστικά των μελών της ομάδας και τις τυχόν ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχουν μέλη με κινητικές δυσκολίες, ή άλλα χαρακτηριστικά που να περιορίζουν την πρόσβαση και τη συμμετοχή. Τα χαρακτηριστικά αυτά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ώστε να διευκολύνονται τα άτομα αυτά και να μην υπάρχει αποκλεισμός.

Ο περιορισμός στον χρόνο συναντήσεων είναι απαραίτητος, αφού επηρεάζει σημαντικά και το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων. Το σύνηθες είναι οι συναντήσεις να διαρκούν από 1-11/2 ώρα, καθώς η παράταση του χρόνου, προκαλεί αντίστοιχη μείωση του ενδιαφέροντος και της συμμετοχής. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β) Σε κάθε περίπτωση, το χρονοδιάγραμμα των συναντήσεων θα πρέπει να εκπονείται προσεκτικά, ώστε αφενός να καλύπτεται η θεματολογία της συνάντησης και αφετέρου να διασφαλίζεται η συμμετοχή όλων των μελών. Επιπροσθέτως, θα πρέπει

να υπάρχει πρόνοια ώστε ο χρόνος αλλά και ο τόπος των συναντήσεων να εξυπηρετεί τα μέλη της ομάδας, λαμβάνοντας υπόψη και άλλες υποχρεώσεις των μελών.

Ο χώρος διεξαγωγής των συναντήσεων θα πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά και να ικανοποιεί τις ανάγκες του σχεδιαζόμενου προγράμματος αλλά και τις ανάγκες όλων των μελών της ομάδας. Για παράδειγμα, θα πρέπει να ελέγχεται η καταλληλότητα του χώρου καθώς και ότι βασικές αρχές ασφάλειας, υγιεινής και πρόσβασης τηρούνται με επιμέλεια. Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις όποτε φυσικά είναι εφικτό, η επιλογή ενός πιο φιλικού περιβάλλοντος, όπως το σπίτι κάποιου μέλους ή άλλος οικείος χώρος αποτελούν λύσεις για μεγαλύτερη άνεση και χαλαρότητα για τα μέλη της ομάδας.

Ένα εξαιρετικής σημασίας στοιχείο για την οργάνωση της ομάδας αποτελεί και ο τρόπος με τον οποίο παρατάσσονται τα μέλη της μέσα στον χώρο επιλογής. Η παραδοσιακή διδασκαλία φέρνει στο μυαλό όλων τον δάσκαλο ή τον καθηγητή στην έδρα και το εκπαιδευόμενο κοινό παρατεταγμένο κατά σειρές με φυσικά εμπόδια όπως τα θρανία να εμποδίζουν την επαφή μεταξύ των μελών και πολύ περισσότερο δημιουργώντας έναν μη ισότιμο ρόλο μεταξύ των μελών. Στην περίπτωση της αγωγής υγείας ωστόσο η παράταξη αυτή δεν είναι επιθυμητή. Αντίθετα **προτιμάται η κυκλική τοποθέτηση** ή εκείνη με τη μορφή πετάλου όπως φαίνεται στο σχήμα 1, καθώς με τον **τρόπο αυτό ενισχύεται το αίσθημα ισοτιμίας μεταξύ των μελών και η επαφή μεταξύ τους είναι πιο εύκολη.** Ειδικότερα, η οπτική επαφή μεταξύ των μελών, διευκολύνει την ενεργητική συμμετοχή και την ανταλλαγή εμπειριών, ιδεών, και απόψεων.



Σχήμα 1. Κυκλική τοποθέτηση μελών, ή με τη μορφή πετάλου. (Με Σ υποδηλώνεται ο συντονιστής της ομάδας).

Πηγή: Δαρβίρη Χριστίνα, Προαγωγή Υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σ. 147.

Στα πλαίσια της διεξαγωγής της δουλειάς με ομάδες, είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος του **συντονιστή της ομάδας**. Ο ρόλος αυτός δεν είναι απαραίτητο να ανήκει πάντα στον επαγγελματία αγωγής υγείας, ο οποίος οργανώνει το πρόγραμμα, και αυτό μπορεί να καθοριστεί από το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό και τις δεξιότητες του. Είναι απαραίτητο ο συντονιστής ο οποίος επωμίζεται έναν οργανωτικό και λειτουργικό ρόλο, τόσο πριν τις συναντήσεις, όσο και κατά την διάρκεια αυτών να απολαμβάνει της αποδοχής όλων των μελών της ομάδας. Συνεπώς, θα πρέπει να φροντίζει για την έγκαιρη ενημέρωση των μελών, αναφορικά με τον τόπο και τον χρόνο των συναντήσεων, και να προετοιμάζει το προκαθορισμένο από τον σχεδιασμό του προγράμματος περιεχόμενο των συναντήσεων.

Στα βασικά καθήκοντα του συντονιστή κατά την διεξαγωγή των συναντήσεων περιλαμβάνονται: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999· Τούντας, Γ.Κ., 1994β)

- Η υποβοήθηση των μελών στο να εντοπίσουν και να αποσαφηνίσουν βασικές έννοιες, αξίες, ανάγκες.

- Η δημιουργία κατάλληλου κλίματος, το οποίο προάγει την εμπιστοσύνη, την αλληλοκατανόηση και τον σεβασμό μεταξύ των μελών της ομάδας.

- Η προσφορά της προσωπικής του γνώσης και εμπειρίας, με τρόπο όχι δογματικό, αλλά υπό το πνεύμα ελεύθερης συζήτησης.

- Η αξιολόγηση της ομάδας, και ο εντοπισμός τυχόν προβλημάτων, αλλά και υποστηρικτικών παραγόντων.

- Η ανεύρεση λύσεων στα τυχόν προβλήματα που ανακύπτουν.

- Η ανακεφαλαίωση και η διεξαγωγή συμπερασμάτων μετά το τέλος κάθε συνάντησης.

Όπως ο ρόλος του συντονιστή διέπεται από καθήκοντα και υποχρεώσεις, έτσι και τα μέλη της ομάδας ενός προγράμματος αγωγής υγείας, ως ενεργά μέλη, έχουν συγκεκριμένα καθήκοντα, τα οποία εφόσον πληρούνται βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία της ομάδας.

Στα καθήκοντα των μελών περιλαμβάνονται: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999· Τούντας, Γ.Κ., 1994β)

- Η ενεργητική και τακτική συμμετοχή τους.

- Ο σεβασμός απέναντι στα μέλη της ομάδας και η αποφυγή διενέξεων, ή άλλων συμπεριφορών που μπορεί να προσβάλλουν ή να μειώσουν τα υπόλοιπα μέλη.

•Ο σεβασμός έναντι των διαδικασιών (χρόνος συμμετοχής, εκπλήρωση εργασιών, άλλων κανόνων λειτουργίας της ομάδας).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η δουλειά με ομάδες περιλαμβάνει ένα πλήθος πλεονεκτημάτων, που την αναγάγουν σε μία από τις προσφιλέστερες μεθοδολογικές προσεγγίσεις στα πλαίσια της αγωγής υγείας. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται, ότι ως διαδικασία μπορεί να εμφανίσει και αρκετές δυσκολίες, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν, εφόσον η οργάνωση και ο σχεδιασμός της είναι προσεκτικός και φυσικά οι επαγγελματίες αγωγής υγείας έχουν αναπτύξει τις δεξιότητες που τους επιτρέπουν να αντιδράσουν με επιτυχία στα προβλήματα αυτά.

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που μπορεί να ανακύψουν αφορούν σε δυσκολίες κατά την συζήτηση. Ένας από τους μεγαλύτερους φόβους των συντονιστών αποτελεί η σιωπή. Και όμως θα πρέπει να καταστεί σαφές, ότι η σιωπή δεν αποτελεί πάντα αρνητικό στοιχείο. **Οι φάσεις σιωπής μπορούν να αξιοποιηθούν ως στιγμές για σκέψη και περισυλλογή από τα μέλη.** Εάν, ωστόσο, η σιωπή είναι παρατεταμένη και δημιουργεί αίσθημα αμηχανίας, τότε ο συντονιστής μπορεί να υποβάλλει μία νέα ερώτηση, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο την δυνατότητα για αλλαγή του κλίματος.

Επίσης είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές και παιχνίδια τα οποία επιτρέπουν στα μέλη της ομάδας να γνωριστούν μεταξύ τους από την αρχή του προγράμματος, ώστε να προωθείται ένα κλίμα οικείο μεταξύ των μελών, το οποίο βοηθάει στην αποβολή συναισθημάτων αμηχανίας. **Σε κάθε περίπτωση, για την αποφυγή τέτοιων καταστάσεων, η σωστή προετοιμασία αποτελεί την καλύτερη λύση.** Επομένως είναι χρήσιμο να οργανώνεται με λεπτομέρεια το περιεχόμενο των συναντήσεων, και να υπάρχει η πρόνοια για εναλλακτικές δραστηριότητες. (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

Ένα άλλο σύνηθες πρόβλημα αποτελούν οι **αποσπάσεις, από εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες.** Αποσπάσεις μπορούν να προκύψουν από την ύπαρξη θορύβων εκτός και εντός του χώρου συναντήσεων, από την καθυστερημένη άφιξη κάποιου μέλους, ή από μία απροσδόκητη συμπεριφορά κάποιου μέλους της ομάδας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο συντονιστής αν είναι εφικτό θα πρέπει να προσπαθήσει να τις αντιμετωπίσει, διαφορετικά θα πρέπει να τις αποδεχθεί και να προσαρμοστεί σε αυτές. Επίσης υπάρχει η περίπτωση ύπαρξης **αναπάντεχων περιστατικών** όπως η μη λειτουργία κάποιου μηχανήματος, η απουσία μεγάλου αριθμού μελών, ή ακόμα κάποιας διακοπής ρεύματος κτλ. Σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από το πρόβλημα

που θα προκύψει, ο συντονιστής θα πρέπει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα αυτά, και να τα μοιραστεί με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, καθώς όταν τα προβλήματα καταγράφονται και μοιράζονται μεταξύ της ομάδας, τότε αυξάνει η πιθανότητα για συλλογική δράση, και αλληλοϋποστήριξη. (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

Η τελευταία κατηγορία προβλημάτων αφορά **στην συμπεριφορά των μελών της ομάδας, τα οποία** προβλήματα σχετίζονται με την συμπεριφορά και μπορεί να αφορούν είτε **στη μη συμμετοχή, είτε στην κατάχρηση του διαθέσιμου χρόνου** από κάποια μέλη, εις βάρος άλλων, **στην επίδειξη προσβλητικής συμπεριφοράς, ή ακόμα και σε αρνητική, επιθετική και απορριπτική συμπεριφορά.** Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει ο συντονιστής να προσπαθεί να ερμηνεύσει και να αναζητήσει του λόγους για τους οποίους παρουσιάζεται αυτή η συμπεριφορά. Η αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων θα πρέπει να γίνεται με πνεύμα κατανόησης και σεβασμού καθώς και με διακριτικότητα. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.3.7 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

❖ Τεχνικές ανάπτυξης ικανοτήτων

Μία από τις σημαντικές μεθοδολογίες που αξιοποιεί η αγωγή υγείας είναι η **ανάπτυξη ικανοτήτων**, δηλαδή η εκμάθηση και επίδειξη συγκεκριμένων πρακτικών μεθόδων και τεχνικών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η διδασκαλία του ανώδυνου τοκετού, η εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης, το βούρτσισμα των δοντιών, η σωστή μέθοδος θηλασμού, η χρήση ενέσεων ινσουλίνης, τεχνικές για παροχή πρώτων βοηθειών κ.α. Τρία στάδια εντοπίζονται κατά την εφαρμογή της μεθόδου αυτής. Πιο συγκεκριμένα: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

- Σε πρώτη φάση παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για την τεχνική που πρόκειται να διδαχθεί, καθώς και σχετικές οδηγίες σε θεωρητικό πάντα επίπεδο.

- Στη συνέχεια, ο υπεύθυνος για την εκπαίδευση, επιδεικνύει πρακτικά, όλα όσα προηγουμένως τόνισαν θεωρητικά, εκτελώντας ακριβώς την τεχνική που περιέγραψε.

- Στο τελευταίο στάδιο, οι εκπαιδευόμενοι εκτελούν και αυτοί την τεχνική που διδάχθηκαν.

Η προαναφερθείσα μέθοδος, **επειδή συνδυάζει τόσο την θεωρητική, όσο και την πρακτική διδασκαλία, θεωρείται ένας από τους πλέον ελκυστικούς και ευχάριστους τρόπους**, προκειμένου να βοηθηθούν οι εκπαιδευόμενοι να αποκτήσουν **νέα γνώση και να αναπτύξουν νέες δεξιότητες.** (Mackintosh N., 1996)

Προκειμένου η μεθοδολογία αυτή να ενισχυθεί και οι εκπαιδευόμενοι να μπορέσουν να αποκτήσουν νέες ικανότητες, απαιτείται η **παράλληλη υποστήριξη με τεχνικές** οι οποίες συμβάλλουν στην ενίσχυση, τροποποίηση ή βελτίωση των **απόψεών** τους, και **τεχνικές** οι οποίες **θα τους βοηθήσουν να λάβουν αποφάσεις**. Τέλος, για να συμβούν τα προαναφερθέντα, απαιτείται και η **παροχή τεχνικών** οι οποίες **συμβάλλουν στην ιεράρχηση και τη αποσαφήνιση των αξιών** των ατόμων, καθώς αυτές επιδρούν τόσο στις απόψεις, όσο και στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία. Η ιεράρχηση των αξιών και η αλλαγή απόψεων, μπορεί να προκύψει μόνο εφόσον το άτομο έχει αποσαφηνίσει βασικές έννοιες σχετιζόμενες με την υγεία και δεν υπάρχει σχετική σύγχυση με αυτές ή με άλλους συμμετέχοντες παράγοντες, η οποία σύγχυση μπορεί να αποτρέψει το άτομο από το να ενεργήσει σωστά και να προχωρήσει κάνοντας τις επιλογές που θα το βοηθήσουν.

Θα πρέπει λοιπόν να αναπτυχθούν μέθοδοι, οι οποίες με την ενεργητική συμμετοχή του εκπαιδευόμενου θα του επιτρέψουν να προβληματιστεί, να ελέγξει, να συγκρίνει τις διαμορφωμένες αξίες και απόψεις του και τελικά να αποφασίσει υπεύθυνα ποιες το εκφράζουν και το ικανοποιούν. Τεχνικές που συμβάλλουν στην διαδικασία αυτή περιλαμβάνουν: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999· Τούντας, Γ.Κ., 1994β)

- **Παιχνίδια ρόλου** (role playing games). Στα πλαίσια των παιχνιδιών αυτών οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να υιοθετήσουν και να διεκπεραιώσουν ουσιαστικά τον ρόλο ενός ατόμου υπό συγκεκριμένες καταστάσεις και συνθήκες, προκειμένου να εκφράσουν τα αισθήματα που τους προκαλεί το βίωμα της συγκεκριμένης κατάστασης και να επιχειρηματολογήσουν υπέρ ή κατά του ρόλου αυτού. Επίσης τα παιχνίδια ρόλου παρέχουν την ευκαιρία στον εκπαιδευόμενο να υποκριθεί τον εαυτό του σε μία νέα κατάσταση και να εξετάσει τα αισθήματα και την συμπεριφορά του στην κατάσταση αυτή.

- **Χρήση ιεραρχικών λιστών**. Οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να αποτυπώσουν σε ιεραρχική σειρά κατά βαθμό σπουδαιότητας, διάφορες αξίες όπως η υγεία, η εργασία, η φιλία, και στη συνέχεια να συζητήσουν τις προτεραιότητες που έχουν θέσει. Επίσης εναλλακτικά μπορεί να ζητηθεί από τα άτομα να ιεραρχήσουν τις απόψεις αναφορικά με μία συγκεκριμένη αξία. Για παράδειγμα, μπορεί να ζητηθεί να ιεραρχηθούν οι απόψεις του εκπαιδευόμενου σχετικά με το τι σημαίνει "να είσαι

υγιής", ώστε να αναδειχθούν με αυτό τον τρόπο οι σημαντικότερες πτυχές για τα άτομα που σχετίζονται με την αξία της υγείας.

- **Ελεύθερη αντιπαράθεση επιχειρημάτων (debate).** Τα άτομα μπορούν να δημιουργήσουν δύο ομάδες, οι οποίες καλούνται να επιχειρηματολογήσουν υπέρ ή κατά μίας άποψης. Τα επιχειρήματα αυτά καταγράφονται και ακολούθως συζητιούνται μεταξύ των μελών των δύο ομάδων. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να αποκαλυφθούν και να συζητηθούν οι θετικές και αρνητικές πτυχές μίας άποψης δίδοντας έτσι μία σφαιρική της εικόνα, να μοιραστούν νέες απόψεις, να αποσαφηνίσουν τις δικές τους, αλλά και να ενισχύσουν την ικανότητα του εκπαιδευόμενου για εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων και επιχειρημάτων.

- **Κλίμακες αξιών.** Στα πλαίσια της τεχνικής αυτής, ο υπεύθυνος περιγράφει τα δύο άκρα μίας άποψης Α και Β, σχετικά με μία αξία, τα οποία ενώνονται μεταξύ τους με μία ευθεία γραμμή, η οποία ενώνει τα δύο άκρα μπορεί να έχει διαβαθμιστεί κιόλας, από το 0-100 για παράδειγμα, και τα άτομα καλούνται να δηλώσουν το σημείο της κλίμακας που τα εκφράζει, επιχειρηματολογώντας σχετικά με την επιλογή τους.

Όπως και στην περίπτωση της ιεράρχησης αξιών και της αλλαγής απόψεων έτσι και για την διαδικασία λήψης αποφάσεων έχουν αναπτυχθεί διάφορες μεθοδολογίες που προωθούν τον εκπαιδευόμενο να προχωρήσει και να λάβει αποφάσεις σχετικά με την υγεία του. Η λήψη αποφάσεων είναι μία διαδικασία επίπονη και πολύ συχνά οι επαγγελματίες αγωγής υγείας καλούνται να βοηθήσουν τα άτομα να λάβουν μία απόφαση, όχι καθορίζοντας οι ίδιοι την τελική επιλογή, αλλά δίνοντας του ένα εύρος λύσεων και βοηθώντας το άτομο μόνο του να σκεφτεί και να αναπτύξει τις ικανότητες που θα του επιτρέψουν να κάνει τεκμηριωμένες διαπιστώσεις και παρατηρήσεις. Η απόφαση που θα πάρει το άτομο, εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν στην τελική απόφαση και επιλογή σε σχέση με τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις. **Ο επαγγελματίας αγωγής υγείας καλείται λοιπόν να βοηθήσει το άτομο να πάρει αποφάσεις, μέσα σε κλίμα κατανόησης, συμπαράστασης, εμπιστοσύνης και υποστήριξης με το:** (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

- **Να εξερευνήσει τις ανάγκες του και να ορίσει το πρόβλημα που τον απασχολεί.**

- **Να καθορίσει τους στόχους του.**

•**Να καταγράψει τις διαθέσιμες επιλογές, για την επίτευξη του στόχου που έχει θέσει**

•**Να καταγράψει τα υπέρ και τα κατά της κάθε επιλογής.**

•**Να σκεφτεί και να εκτιμήσει τις συνέπειες της κάθε επιλογής.**

•**Να αποφασίσει ποια είναι η καλύτερη λύση.**

•**Να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει αυτοπεποίθηση ώστε να προσπαθήσει για την πραγματοποίηση της επιλογής του.**

•**Να βοηθήσει το άτομο να αναπτύξει ένα σχέδιο δράσης, προκειμένου να εφαρμόσει την επιλογή του.**

Όλα τα ως άνω βήματα μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την πιθανότητα ενός εκπαιδευόμενου να λάβει την σωστή απόφαση, καθώς αυτό γίνεται όχι με επιπόλαιες και βεβιασμένες διαδικασίες αλλά με μία μεθοδολογικά αναλυτική προσέγγιση. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

❖ **Τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς**

Ο πιο δύσκολα επιτεύξιμος στόχος, αλλά και η μεγαλύτερη πρόκληση για τους επαγγελματίες αγωγής υγείας είναι η τροποποίηση και η αλλαγή της συμπεριφοράς, καθώς αυτή επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων, ενώ η διαδικασία αλλαγής είναι μακροχρόνια και απαιτεί συστηματική εργασία.

Ωστόσο, όπως υποστηρίζει η σύγχρονη ψυχολογία για την συμπεριφορά, τα άτομα έχουν την ευθύνη της συμπεριφοράς τους και για τον λόγο αυτό μπορούν και να την ελέγξουν. Υπό αυτό το πνεύμα αναπτύσσονται και οι τεχνικές οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να φτάσουν στην επιθυμητή βελτίωση ή τροποποίηση και αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Κάποιες από τις πλέον σημαντικές τεχνικές για την αλλαγή της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

• **Τεχνικές αυτό-παρακολούθησης (self-monitoring).** Με την μέθοδο αυτή επιδιώκεται ο εκπαιδευόμενος να καταγράφει με λεπτομέρεια και ακρίβεια (πιθανότατα με την μορφή ημερολογίου), κάθε δραστηριότητα του η οποία σχετίζεται με την συμπεριφορά που επιθυμεί να βελτιώσει ή να αλλάξει. Με τον τρόπο αυτό, το άτομο μπορεί να αναλύσει την συμπεριφορά που έχει, να αυξήσει την γνώση του αναφορικά με την συμπεριφορά του αυτή και να εκτιμήσει τους παράγοντες που συνδέονται με αυτή. Η πλήρης συνειδητοποίηση και ανάλυση μιας συμπεριφοράς αποτελούν το σημείο εκκίνησης, για να αποκτήσει ο εκπαιδευόμενος τον έλεγχο της

συμπεριφοράς του. Επιπροσθέτως, οι καταγεγραμμένες παρατηρήσεις μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να διατηρεί έναν έλεγχο της προόδου του. Χρήσιμα ερωτήματα τα οποία θα πρέπει να απαντώνται με την καταγραφή περιλαμβάνουν:

- Την συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Τον χρόνο που παρατηρείται, γεγονότα, συναισθήματα και σκέψεις που την συνοδεύουν.
- Τα γεγονότα, τις καταστάσεις ή τα συναισθήματα που προηγούνται της εμφάνισης της συμπεριφοράς.
- Τα γεγονότα, τις καταστάσεις ή τα συναισθήματα που έπονται της συμπεριφοράς και τις συνέπειες που προκύπτουν λόγω αυτής.

•**Αναγνώριση του κόστους, των ωφελειών και επιβραβεύσεων.** Έχει μεγάλη σημασία ο εκπαιδευόμενος να μπορεί να αναγνωρίσει τις συνέπειες που έχει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά του. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να μεταφράζονται σε οικονομικό κόστος (επιβάρυνση π.χ. για την αγορά τσιγάρων), αλλά και σε κόστος σε επίπεδο χρόνου και προσπάθειας. Επίσης θα πρέπει να αναγνωρίζονται τα δυνητικά οφέλη και οι επιβραβεύσεις που θα τύχει το άτομο εάν διακόψει ή τροποποιήσει μία επικίνδυνη για την υγεία του συμπεριφορά. Τα οφέλη μπορεί να είναι μακροπρόθεσμα ή άμεσα, όπως οι επιβραβεύσεις που δέχεται το άτομο και το ενθαρρύνουν να συνεχίσει την προσπάθεια του. Για παράδειγμα, το κέρδος σε χρόνια ζωής με την διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ένα μακροχρόνιο όφελος. Ένα άμεσο όφελος θα ήταν μία αύξηση του ατομικού του οικονομικού προϋπολογισμού, διαθέτοντας τα χρήματα που ξόδευε για την αγορά τσιγάρων σε άλλες για αυτόν πολύτιμες δραστηριότητες.

•**Καθορισμός στόχων και αξιολόγηση της προόδου.** Οι στόχοι που θέτει το άτομο είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς μη ρεαλιστικοί και ιδεαλιστικοί στόχοι μπορούν να οδηγήσουν σε απογοήτευση και αποθάρρυνση του εκπαιδευόμενου από το να συνεχίσει την προσπάθεια του, αφού οι στόχοι αυτοί είναι ουσιαστικά ανέφικτοι. Για τον λόγο αυτό είναι χρήσιμο να επιλέγονται προσεκτικά οι στόχοι που τίθενται, ξεκινώντας από μικρούς και εύκολους και προχωρώντας σταδιακά στην επίτευξη των επόμενων και πιο δύσκολων στόχων. Σε περίπτωση όπου διαπιστώνεται αδυναμία επίτευξης των στόχων, τότε θα πρέπει να τίθενται τα ακόλουθα ερωτήματα, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην γρήγορη και άμεση αντιμετώπιση:

- Ήταν ο στόχος πολύ δύσκολος;

- Μήπως τα οφέλη είναι μακροπρόθεσμα, υπάρχει κάποια άλλη άμεση επιβράβευση;

- Μήπως δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη και βοήθεια από άλλα άτομα;

- Μήπως υπάρχουν άλλα διαπιστωμένα προβλήματα, διαταραχές ή εμπόδια;

•**Καθορισμός στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων.** Ένα από τα συχνότερα προβλήματα τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ένα άτομο που αποφασίζει να τροποποιήσει την συμπεριφορά του, είναι η εμφάνιση διαταραχών και δυσκολιών που σχετίζονται με την διακοπή μίας συμπεριφοράς, τουλάχιστον έως ότου η νέα συμπεριφορά γίνει καθημερινή πρακτική και ενταχθεί στην ζωή του ατόμου. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα στερητικά φαινόμενα που προκύπτουν από την διακοπή του καπνίσματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι εκπαιδευόμενοι θα πρέπει να μπορούν να αναπτύξουν τεχνικές αντιμετώπισης. Τέτοιες τεχνικές περιλαμβάνουν:

- Την χρήση υποκατάστατων

- Την αλλαγή σε συνήθειες, οι καθημερινές πρακτικές οι οποίες συνδέονται με την συμπεριφορά που τροποποιείται.

- Επιλογή ενός περιβάλλοντος που δεν προωθεί την συμπεριφορά που επιλέγεται να αλλαχθεί.

- Αναζήτηση υποστήριξης από κάθε δυνατή πηγή.

- Υιοθέτηση νέων δραστηριοτήτων, που παρέχουν δυνατότητα για νέα ενδιαφέροντα.

Ακόμα και αν επιτευχθεί η αλλαγή στην συμπεριφορά, η διατήρηση της αλλαγής αυτής για μεγάλο χρονικό διάστημα, είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να επιδιώκεται η μέγιστη αποδοτικότητα των τεχνικών αλλαγής συμπεριφοράς, γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί με την εφαρμογή βασικών αρχών οι οποίες θα διέπουν τις τεχνικές που εφαρμόζονται. Οι αρχές αυτές αφορούν:

•Στην προσπάθεια, οι υγιεινές επιλογές να είναι και εύκολες επιλογές. Πολλές φορές προτείνονται αλλαγές χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το περιβάλλον του ατόμου και οι δυνατότητες που έχει να πραγματοποιήσει τις αλλαγές αυτές ή ακόμα τις πιέσεις και τις τυχόν επιρροές που μπορεί να υφίσταται. Για αυτό θα πρέπει να προωθείται η δημιουργία ευνοϊκότερων συνθηκών, γεγονός που μπορεί να εντάσσεται και στην εφαρμογή γενικότερων πολιτικών υγείας. Για παράδειγμα είναι πιο εύκολο ένα άτομο που έχει διακόψει το κάπνισμα, να διατηρήσει την κατάσταση αυτή εάν εργάζεται σε ένα περιβάλλον που δεν προωθεί το κάπνισμα. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

• Στην προσπάθεια για προσαρμογή των χρησιμοποιούμενων τεχνικών σύμφωνα με τις ικανότητες αλλά και τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται. **Όταν τα άτομα αισθάνονται ότι υπάρχει κατανόηση των αναγκών τους, και ότι η δική τους άποψη και στάση γίνεται σεβαστή, τότε αυξάνουν οι πιθανότητες να αλλάξουν την συμπεριφορά τους.**

• Στην προσπάθεια του επαγγελματία αγωγής υγείας να αποτελέσει ο ίδιος πρότυπο της συμπεριφοράς που επιδιώκεται να υιοθετήσει ο εκπαιδευόμενος.

• Στην προσπάθεια για αποφυγή πιέσεων προς τον εκπαιδευόμενο, όταν αυτός αντιστέκεται στην αλλαγή.

• Στην άριστη γνώση και εμπειρία του επαγγελματία υγείας, ο οποίος είναι απόλυτα εξοικειωμένος με τις τεχνικές που προτείνει.

3.3.8 ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Πολύ συχνά, στα πλαίσια των σχεδιαζόμενων δραστηριοτήτων τόσο της προαγωγής, όσο και της αγωγής υγείας, **αξιοποιείται η επιρροή που ασκούν συγκεκριμένα άτομα, στα οποία έχει αποδοθεί ο ρόλος των προτύπων, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς.** Αποτελεί κοινή πρακτική σε πολλές διαφημιστικές εκστρατείες αγωγής υγείας να χρησιμοποιούνται πρόσωπα, τα οποία απολαμβάνουν της αποδοχής, του θαυμασμού και του σεβασμού του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, προκειμένου να επικοινωνήσουν τα μηνύματα υγείας των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, και να προβάλλουν μια υγιεινή συμπεριφορά. Για παράδειγμα, ένας καταξιωμένος αθλητής μπορεί να αποτελεί το κεντρικό πρόσωπο μιας εκστρατείας για την αύξηση της σωματικής άσκησης, ή μία διάσημη και επιτυχημένη επαγγελματικά μητέρα για την αύξηση του μητρικού θηλασμού.

Η χρήση των προτύπων, ως τεχνική στην αγωγή υγείας, βασίζεται στην θεωρία ότι τα άτομα συχνά όχι μόνο μιμούνται και ταυτίζονται με κάποια άτομα, αλλά και ότι με την χρήση προτύπων επιτυγχάνεται η βασική διαδικασία της κοινωνικοποίησης του ατόμου. (Τούντας, Γ.Κ., 1994β) Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι τα πρόσωπα που θεωρούνται πρότυπα από τα άτομα, δεν είναι πάντα τα ίδια, καθώς οι εποχές αλλάζουν και οι κοινωνικές συνθήκες μεταβάλλονται.

Επίσης τα πρότυπα μεταβάλλονται με την πάροδο της ηλικίας, ενώ και η δύναμη επιρροής τους εξασθενεί στις μεγαλύτερες ηλικίες. Έτσι ενώ σε μικρότερη ηλικία οι γονείς, μπορεί να αποτελούν το πρότυπο των παιδιών, σε μεγαλύτερες ηλικίες, άλλα άτομα τα οποία ασκούν κάποιας μορφής εξουσία, εμπνέουν, σεβασμό,

θαυμασμό και εκτίμηση, μπορεί να αποτελέσουν πρότυπα συμπεριφοράς. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται βέβαια και το γεγονός ότι τα πρότυπα μπορούν να έχουν και αρνητικό ρόλο συμβάλλοντας στην προώθηση μίας επικίνδυνης συμπεριφοράς υγείας, όπως η προώθηση της καπνιστικής συνήθειας, με ανάλογες διαφημίσεις.

3.4 ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η αγωγή υγείας αποτελεί διαδικασία η οποία στηρίζεται θεμελιωδώς στην ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών αγωγής υγείας και των ατόμων που αποτελούν τον πληθυσμό στόχο και τους τελικούς αποδέκτες των προγραμμάτων και των δραστηριοτήτων που σχεδιάζονται. Είναι εξαιρετικής σημασίας λοιπόν, να μπορούν να αναπτυχθούν οι κατάλληλοι διάυλοι επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών και κοινού, να ενισχυθούν οι υπάρχοντες διάυλοι και να αντιμετωπιστούν τυχόν προβλήματα τα οποία θα προκύψουν, και τα οποία δυσχεραίνουν την επικοινωνία. Η επαρκής και σωστή επικοινωνία δεν είναι πάντοτε ωστόσο μία εύκολη διαδικασία και απαιτεί συστηματική προσπάθεια.

Όσο κοπιαστική και αν είναι σαν διαδικασία η προσπάθεια για εγκαθίδρυση επαρκούς επικοινωνίας, τα οφέλη που προκύπτουν είναι σημαντικά, καθώς η ποιότητα της επικοινωνιακής σχέσης, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία ή αποτυχία επίτευξης των στόχων ενός προγράμματος ή μίας δραστηριότητας αγωγής υγείας. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.4.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΚΟΙΝΟ

Η επικοινωνία βασίζεται στην σχέση που αναπτύσσεται **μεταξύ του επαγγελματία αγωγής υγείας και του κοινού** στο οποίο απευθύνεται, συνεπώς το πρώτο βήμα είναι να εξεταστούν κάποιες **βασικές αρχές** και τα χαρακτηριστικά αυτών τα οποία θα **πρέπει να επιδιώκεται να διέπουν την σχέση αυτή, καθώς βοηθούν στην καθιέρωση καλής επικοινωνίας**. Πιο αναλυτικά: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

- **Αποδοχή του κοινού από τους επαγγελματίες αγωγής υγείας.** Όταν ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, αποδέχεται το κοινό του, αυτό συνεπάγεται ότι αναγνωρίζει το γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν αναπτύξει συγκεκριμένες απόψεις, γνώσεις και πεποιθήσεις, οι οποίες προέκυψαν από τα δικά τους προσωπικά βιώματα

και εμπειρίες, σε αντίθεση με τον επαγγελματία υγείας ο οποίος αναπτύσσει και διαμορφώνει τις γνώσεις, και τις πεποιθήσεις του μέσα από την επαγγελματική του εμπειρία και εκπαίδευση. Έτσι μπορεί και κατανοεί και σέβεται την διαφορετικότητα των απόψεων ή των υπαρχόντων προτύπων, δίχως να τα απορρίπτει αυτόματα, αξιολογώντας τα ως τα μη πρέποντα. Παράλληλα, ο επαγγελματίας αποδέχεται το γεγονός ότι οι απόψεις και οι πεποιθήσεις τους μπορεί να διαφέρουν, αλλά σε καμία περίπτωση οι δικές του δεν αποκτούν μεγαλύτερη αξία από αυτές που πρεσβεύει το κοινό. Ουσιαστικά, με την αποδοχή του κοινού, αναγνωρίζεται η διαφορετικότητα που μπορεί να υπάρχει, υπό το πνεύμα του σεβασμού και της κατανόησης για αυτήν. Όταν ο επαγγελματίας δεν αποδέχεται το κοινό του, τότε η απόρριψη είναι το φυσικό επόμενο. Η απόρριψη προκύπτει όταν ο επαγγελματίας αξιολογεί, κρίνει και επικρίνει το κοινό του ως άτομα, σύμφωνα με τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές που αυτό υιοθετεί. Η απόρριψη μπορεί να εμφανίζεται και με την υιοθέτηση από την πλευρά του επαγγελματία υγείας μίας στάσης αυθεντίας, ο οποίος ως ειδικός, εξυψώνει τον εαυτό του μπροστά στο κοινό κρίνοντας το και πολύ περισσότερο, επικρίνοντας το.

•Υποστήριξη της αυτονομίας του κοινού. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει με την εφαρμογή διαφόρων τεχνικών να προσπαθεί να ενισχύσει την αυτονομία του κοινού του, και να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν ή να βελτιώσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει να ενθαρρύνει τα άτομα να ενεργούν ανεξάρτητα στην λήψη αποφάσεων, να αποτυπώνουν ελεύθερα τις όποιες ιδέες και προβληματισμούς τους, πάντα με διάθεση κατανόησης και σεβασμού. Με την ενίσχυση της αυτονομίας, τα άτομα αισθάνονται μεγαλύτερη υπευθυνότητα, γεγονός που αυξάνει και τις πιθανότητες να ενεργήσουν προς όφελος της υγείας τους. Αντίθετα, προωθείται η εξάρτηση του ατόμου όταν ο επαγγελματίας επιβάλλει τις δικές του απόψεις ή λύσεις, αποθαρρύνει το άτομο να αναλάβει ατομική δράση και ευθύνη, και απορρίπτει τις απόψεις και τις ιδέες του. Η ενίσχυση της αυτονομίας των ατόμων είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς η ελεύθερη βούληση αποτελεί βασική αξία για την προαγωγή και την αγωγή υγείας. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

•Επιλογή της αμφίδρομης σχέσης και συνεργασίας. Η ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης και συνεργασίας μεταξύ του επαγγελματία και του κοινού, αποτελεί μία από τις κύριες αρχές για επιτυχημένη και ουσιαστική επικοινωνία. Με αυτού του τύπου σχέση, αναπτύσσεται ένα κλίμα εμπιστοσύνης, το κοινό έχει ενεργητική συμμετοχή, ερωτάται και καταθέτει τις απόψεις του, ενθαρρύνεται να μοιραστεί τις ιδέες και τα

συναίσθημα του, ακόμα και αν είναι διαφορετικές από αυτές που υποστηρίζει ο εκπαιδευτής. Παράλληλα ο επαγγελματίας υγείας, αντιμετωπίζει τις απόψεις του κοινού με απόλυτο σεβασμό, ακόμα και αν διαφωνεί με το περιεχόμενό τους, και αναγνωρίζει το γεγονός ότι και ο ίδιος μπορεί να μάθει και να εμπλουτίσει τις γνώσεις του από τις εμπειρίες του κοινού, ενώ επιδιώκει με διάφορες τεχνικές να προωθήσει την ελεύθερη έκφραση του κοινού. Στον αντίποδα της αμφίδρομης σχέσης, υπάρχει η μονόδρομη σχέση, κατά την οποία το κοινό αντιμετωπίζεται ως ένας παθητικός αποδέκτης, δεν ενθαρρύνεται να συμμετέχει ή να εκφράζεται και ο επαγγελματίας υγείας είναι ο μόνος που κατέχει την γνώση. Ακολουθώντας αυτή τη μορφή σχέσης, οι πιθανότητες για αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς του κοινού ελαχιστοποιείται, ακόμα και αν η γνώση του αυξάνεται.

•Ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του κοινού. Η αυτοπεποίθηση του κοινού, είναι ένας σημαντικός υποστηρικτικός παράγοντας για τους στόχους που θέτει η αγωγή υγείας. Αυτή μπορεί να ενισχυθεί όταν οι επαγγελματίες αγωγής υγείας αναγνωρίζουν και επιβραβεύουν τα άτομα για κάθε πρόοδο ή επίτευγμα τους, όσο μικρό ή μεγάλο και αν είναι αυτό, όταν υπάρχει συνεχής υποστήριξη προς το κοινό για να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα και όταν προωθείται η ελεύθερη έκφραση του κοινού χωρίς να αποδοκιμάζεται. Αντίθετα, όταν ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, αγνοεί τις απόψεις και τις προσπάθειες του κοινού, δεν το επιβραβεύει, αλλά τονίζει τις αδυναμίες του και το κοινό υποτιμάται, τότε η αυτοπεποίθηση του μειώνεται. (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

3.4.2 ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι ως άνω αρχές επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία, και η εφαρμογή τους μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για εγκατάσταση μίας ορθής επικοινωνιακής σχέσης η οποία υποστηρίζει του στόχους και το πνεύμα της αγωγής υγείας. Εκτός των αρχών αυτών, η χρησιμοποιούμενη μορφή επικοινωνίας από τον επαγγελματία υγείας, δηλαδή το πως επιδιώκει να μεταδώσει τη γνώση και να επηρεάσει την αντίληψη και την συμπεριφορά του κοινού, μπορεί να εκφραστεί με τέσσερις κύριες μορφές, εκ των οποίων όλες εμφανίζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. (Whitman, N., 1996)

Για τον λόγο αυτό θα πρέπει κάθε φορά να επιλέγεται η μορφή εκείνη που εξυπηρετεί καλύτερα τους στόχους της αγωγής υγείας, αλλά και τις ανάγκες του

κοινού στο οποίο απευθύνεται. Πιο συγκεκριμένα: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999· Τούντας, Γ.Κ., 1988· Beattie, M., 2000)

•**Η αυταρχική μορφή επικοινωνίας.** Αυτής της μορφής η επικοινωνία βασίζεται στην αποδοχή της αυθεντίας του επαγγελματία αγωγής υγείας, ο οποίος ως ειδικός κατέχει την γνώση και υπό αυτή την ιδιότητα κατευθύνει απόλυτα το κοινό, χωρίς αυτό να συμμετέχει ουσιαστικά. Το πλεονέκτημα αυτής της μορφής επικοινωνίας είναι ότι μπορεί να βοηθήσει σε περιπτώσεις παροχής οδηγιών που πρέπει να εκτελεστούν με ακρίβεια, όπως για παράδειγμα, σε μία έκτακτη περίπτωση παροχής Πρώτων Βοηθειών. Ωστόσο, τα μειονεκτήματα της σαφώς υπερτερούν, ειδικά στα πλαίσια του ευρύτερου πνεύματος και φιλοσοφίας της αγωγής υγείας. Το κοινό αναπτύσσει μία παθητική στάση, γεγονός που πλήττει την αυτονομία και την αυτοπεποίθησή του, **ενώ υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες το κοινό να απορρίψει τον επαγγελματία υγείας, ιδιαίτερα όταν δεν του αναγνωρίζει την ικανότητα να συμπεριφέρεται ως ο απόλυτος ειδικός.**

•**Η πατερναλιστική μορφή επικοινωνίας.** Σε αυτού του τύπου την επικοινωνία, ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, υιοθετεί έναν προστατευτικό ρόλο (εξ ου και ο όρος πατερναλιστική) για το κοινό του, δείχνοντας την διάθεση του να εμπλακεί συναισθηματικά με αυτό, ώστε να το βοηθήσει και να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες και τα προβλήματα του. Παράλληλα όμως αυτή η συμμετοχή, ιδιαίτερα όταν ο επαγγελματίας υγείας δεν συμφωνεί με κάποια συμπεριφορά, άποψη ή πρακτική του κοινού του, μπορεί να εκφραστεί και με την δημιουργία ενοχικών ή αγχωδών συναισθημάτων προς το κοινό. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι βοηθάει στην ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης, κατανόησης και ασφάλειας, γεγονός που την κάνει ελκυστική, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ευαίσθητων και ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και οι χρόνια πάσχοντες. Ωστόσο, και αυτή η μορφή επικοινωνίας, δεν θα πρέπει να προτιμάται καθώς δεν εκφράζει πλήρως τους στόχους της αγωγής υγείας, **αφού δεν προάγει τη ενεργητική συμμετοχή και αυτονομία του κοινού, ενώ σε καμία περίπτωση η επιθυμητή αλλαγή στα πλαίσια της αγωγής υγείας δεν θα πρέπει να είναι απόρροια συναισθημάτων άγχους, ενοχών ή φόβου, αλλά μία αυτόβουλη και υπεύθυνη πράξη.**

•**Η ανεκτική μορφή επικοινωνίας.** Στα πλαίσια υιοθέτησης αυτής της μορφής επικοινωνίας, το κοινό ενθαρρύνεται να εκφραστεί όσο το δυνατό πιο ελεύθερα,

χωρίς παρεμβάσεις ή κατευθύνσεις από τον επαγγελματία υγείας. Η μορφή αυτή, βασίζεται στην αρχή ότι η ελεύθερη συμμετοχή του κοινού ως διαδικασία είναι πιο σημαντική και από το τελικό αποτέλεσμα. Το βασικό πλεονέκτημα της είναι ότι επιτρέπει στο κοινό να δράσει αυτόνομα, να αναπτύξει την δημιουργικότητα του και να συμπεριφερθεί με υπευθυνότητα. Ωστόσο, έχει και σημαντικά μειονεκτήματα. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας μειώνεται δραστικά, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μη εκπλήρωση των προγραμματισμένων στόχων της αγωγής υγείας, ενώ και το κοινό υπό την πλήρη απουσία κατευθύνσεων μπορεί πιο εύκολα να αποσυρθεί από την προσπάθεια για αλλαγή, ειδικά όταν αυτή δυσκολεύεται από την παρουσία προβληματικών καταστάσεων. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

•**Η δημοκρατική μορφή επικοινωνίας.** Αυτής της μορφής η επικοινωνία, έχει ως θεμελιώδη αρχή την αμφίδρομη σχέση επαγγελματία υγείας και κοινού, την συνεργασία και την συνεχή αλληλεπίδραση, αξιοποιώντας έτσι όλες τις διαθέσιμες δυνάμεις και των δύο μερών. Ο αλληλοσεβασμός, η κατανόηση και η εκτίμηση οδηγούν σε αμοιβαία αποδοχή και στην ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης, ενώ αναπτύσσεται η αυτό-εκτίμηση και η αυτοπεποίθηση τόσο του κοινού, όσο και του επαγγελματία υγείας. Το μειονέκτημα αυτής της μορφής επικοινωνίας αφορά κυρίως στο γεγονός ότι τεχνικά μπορούν να προκύψουν καθυστερήσεις σε ένα πρόγραμμα, λόγω παρατεταμένων συζητήσεων, ή ακόμα και διαφωνιών και αντιπαραθέσεων. Ωστόσο η επικοινωνία αυτού του τύπου, ανταποκρίνεται σε σχέση με όλες τις προηγούμενες περισσότερο στην φιλοσοφία της αγωγής υγείας, και για τον λόγο αυτό προτείνεται στις περισσότερες των περιπτώσεων.

3.4.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Στα πλαίσια κάθε μορφής επικοινωνίας, υπάρχει η δυνατότητα για την χρήση πολλών τρόπων, μέσω των οποίων μπορεί να εκφραστεί αυτή η επικοινωνία. Οι τρόποι αυτοί ποικίλουν και διαφέρουν σχετικά με τα χαρακτηριστικά τους, γεγονός που επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να κάνουν την κατάλληλη επιλογή, ανάλογα με τους στόχους που έχουν θέσει, αλλά πάντοτε σύμφωνα με τις ανάγκες του κοινού στο οποίο απευθύνονται. **Τονίζεται ότι η συλλογική συμμετοχή, η τόνωση της αυτονομίας του κοινού ως παράγων υπευθυνότητας και η συνεργασία αποτελούν την συχνότερη επιδίωξη στα πλαίσια επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών αγωγής υγείας και κοινού.**

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι επικοινωνίας στα πλαίσια της αγωγής υγείας περιλαμβάνουν: (Τούντας, Γ.Κ., 1988)

•**Υποστήριξη.** Ακολουθώντας αυτόν τον τρόπο επικοινωνίας, ο επαγγελματίας υγείας περιορίζει τον ρόλο του σε έναν χρήσιμο ακροατή, ο οποίος με μεγάλη προσοχή ακούει το κοινό, το υποστηρίζει και η παρέμβαση του περιορίζεται στο να αποσαφηνίσει κάποιες έννοιες που θα βοηθήσουν περισσότερο το κοινό.

•**Επικοινωνιακός διάλογος- συζήτηση.** Στα πλαίσια αυτού του τρόπου επικοινωνίας, ο επαγγελματίας υγείας και το κοινό εκφράζουν τις απόψεις και τις ιδέες τους, επιχειρηματολογούν με δημιουργικό διάλογο, συζητούν και έτσι καταλήγουν σε συμπεράσματα και κοινές αποφάσεις.

•**Συμβουλευτική.** Μέσω της συμβουλευτικής, ο επαγγελματίας υγείας παραθέτει τις δικές του απόψεις και προτάσεις, με την χρήση ανάλογων επιχειρημάτων, προκειμένου να πείσει τα άτομα να ακολουθήσουν κάποια συγκεκριμένη πρακτική ή διαδικασία.

•**Διδασκαλία.** Η διδασκαλία ως τρόπος επικοινωνίας περιλαμβάνει μία αυστηρά δομημένη εκπαιδευτική διαδικασία, προκαθορισμένη από τον επαγγελματία υγείας και δίχως έντονη συμμετοχή του κοινού. Η διδασκαλία ως τρόπος επικοινωνίας ανταποκρίνεται στα παραδοσιακά πρότυπα της εκπαίδευσης.

•**Καθοδήγηση.** Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας αφορά στην αυστηρή παροχή οδηγιών από τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος έχει τον πλήρη έλεγχο επί των διαδικασιών, και το κοινό περιορίζεται μόνο στο ρόλο του αποδέκτη αυτών. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.4.4 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών της αγωγής υγείας και του κοινού δεν θα πρέπει να θεωρείται πάντα μία εύκολη διαδικασία. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν ότι υπάρχει η πιθανότητα να συναντήσουν ένα πλήθος προβλημάτων. Η αναγνώριση αυτών των δυσκολιών αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα προκειμένου να αντιμετωπιστούν. Τα κυριότερα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν στην επικοινωνία περιλαμβάνουν: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

1.Κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές. Οι επαγγελματίες αγωγής υγείας δεν εργάζονται πάντα με ομοιογενές κοινό. Ο πολύ πολιτισμικός εξάλλου χαρακτήρας των σύγχρονων κοινωνιών αυξάνει τις πιθανότητες ενός ανομοιογενούς κοινού αγωγής υγείας με διαφορετικό κοινωνικό και πολιτισμικό προφίλ. Επομένως,

η διαφορετική εθνικότητα, οι διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές που εκφράζονται σε επίπεδο γλώσσας, αξιών, θρησκευτικών πεποιθήσεων, εθίμων, και προτύπων, μπορούν να οδηγήσουν σε προβληματική επικοινωνία, εφόσον δεν ληφθούν υπόψη. Για παράδειγμα, η εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε έναν πληθυσμό μουσουλμάνων γυναικών, που προτείνει την χρήση ενός δημόσιου κολυμβητηρίου θα ήταν άτοπη, καθώς οι θρησκευτικές και ηθικές αξίες των γυναικών αυτών δεν θα τους επέτρεπαν την παρουσία τους με την απαιτούμενη περιβολή σε ένα μικτό για άνδρες και γυναίκες δημόσιο χώρο. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

2. Μειωμένη αποδοχή και ανταπόκριση του κοινού. Όσο ιδανική και αν είναι η διάθεση του επαγγελματία υγείας να επικοινωνήσει με το κοινό του, αυτό δεν συνεπάγεται αυτόματα και την ύπαρξη ανάλογης διάθεσης για συνεργασία και επικοινωνία από το κοινό. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν σε αυτό το γεγονός, όπως η ύπαρξη διαταραχών μάθησης, κάποια ασθένεια, ο πόνος, η κόπωση, μία συναισθηματική δυσφορία λόγω κάποιου επώδυνου γεγονότος, η απασχόληση με άλλες χρονοβόρες δραστηριότητες, η απαξίωση της υγείας ως σημαντικής έννοιας για τα άτομα, η αδυναμία συγκέντρωσης, ή ακόμα η αδιαφορία προς το αντικείμενο του προγράμματος αγωγής υγείας.

3. Αρνητική στάση και απόρριψη του επαγγελματία αγωγής υγείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το κοινό απορρίπτει τον επαγγελματία υγείας, πριν ακόμη ξεκινήσει η ουσιαστική τους επαφή και επικοινωνία. Λόγοι για τους οποίους μπορεί να συμβεί αυτό αποτελούν μια προηγούμενη κακή εμπειρία του κοινού με ανάλογα προγράμματα, η έλλειψη εμπιστοσύνης γενικότερα προς στους επαγγελματίες και στους επίσημους εκπροσώπους, ο φόβος ότι ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να είναι επικριτικός, η αντίληψη κάποιων ατόμων ότι ήδη κατέχουν την απαραίτητη γνώση και δεν έχουν κάτι νέο να κερδίσουν, η ανησυχία των ατόμων ότι δεν θα μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις που θα κληθούν να αναλάβουν και, τέλος, το γεγονός ότι κάποια άτομα δεν είναι διατεθειμένα να συμμετάσχουν στην δύσκολη διαδικασία της απαιτούμενης αλλαγής και προτιμούν να αποφύγουν την καταβολή οποιασδήποτε προσπάθειας. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

4. Περιορισμένη δυνατότητα κατανόησης και απομνημόνευσης. Υπάρχει περίπτωση άτομα στο κοινό να αντιμετωπίζουν πρόβλημα πλήρους κατανόησης της χρησιμοποιούμενης γλώσσας, είτε γιατί δεν είναι η μητρική, είτε επειδή χρησιμοποιούν κάποια άλλη διάλεκτο, ενώ άλλα άτομα μπορεί να έχουν περιορισμένη

μόρφωση και ελλείψεις, ή να είναι περιορισμένης αντίληψης, λόγω ύπαρξης κάποιας σημαντικής διαταραχής και άλλα να εμφανίζουν αδυναμία στην απομνημόνευση όρων, ειδικά όταν αυτοί αφορούν σε εξειδικευμένη ορολογία, ή όρους που δεν ανταποκρίνονται στην ηλικία και το μορφωτικό τους επίπεδο.

5. Ανεπάρκεια του επαγγελματία υγείας. Κάποιοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αποτύχουν στην επικοινωνία τους με το κοινό, λόγω ανεπάρκειας να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις των δραστηριοτήτων αγωγής υγείας που σχεδιάζουν. Η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να αφορά στο ότι υποτιμούν την αξία της δημιουργίας καλής επικοινωνίας με το κοινό, δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις, ικανότητες, δεξιότητες και την ανάλογη εμπειρία, δεν δίδουν τον απαραίτητο χρόνο, δεν έχουν φροντίσει για την κατάλληλη οργάνωση και υποδομή, ή ακόμα ότι επιμένουν στην χρήση μόνο κάποιων παραδοσιακών τρόπων διδασκαλίας αποτυγχάνοντας, σαν αποτέλεσμα να αντεπεξέλθουν στις σύγχρονες ανάγκες και απαιτήσεις.

6. Παροχή αντιφατικών μηνυμάτων. Η επικοινωνία δυσχεραίνεται, όταν το κοινό γίνεται αποδέκτης μηνυμάτων με αντιφατικό περιεχόμενο, είτε μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, είτε από άλλες πηγές όπως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους, ή από άλλα σημαντικά άτομα και πρότυπα, αντιφάσεις οι οποίες δημιουργούν σύγχυση και προβληματισμό. Επίσης δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι κάποιες απόψεις αναθεωρούνται ή τροποποιούνται από νέες, γεγονόσ που επίσης μπορεί να προκαλεί αντιφάσεις. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.4.5 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι δυνατότητες που παρέχονται στον επαγγελματία υγείας για έκφραση και επικοινωνία με το κοινό δεν περιορίζονται σε μία μόνο τεχνική, αλλά αντίθετα υπάρχουν διάφορες τεχνικές οι οποίες ιδιαίτερα σε συνδυασμό μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα.

Σαφώς η πλέον διαδεδομένη τεχνική επικοινωνίας είναι η **προφορική**. Η επικοινωνία μέσω του λόγου, στα πλαίσια της αγωγής υγείας μπορεί να γίνει δύσκολη, όπως φαίνεται και από τα προαναφερθέντα εμπόδια στην επικοινωνία, και για τον λόγο αυτό είναι χρήσιμο οι επαγγελματίες αγωγής υγείας να προσπαθούν να αναπτύσσουν και να διευρύνουν τις ικανότητες τους στον τρόπο που χειρίζονται και αξιοποιούν τον προφορικό λόγο ως μέσο για επικοινωνία. Κάποιοι απλοί κανόνες που διευκολύνουν και βοηθούν στην καλύτερη επικοινωνία μέσω του προφορικού λόγου περιλαμβάνουν: (Τούντας, Γ.Κ., 1988)

- Χρήση απλών και κατανοητών εννοιών, προσαρμοσμένων στις δυνατότητες του ακροατή.

- Η ομιλία θα πρέπει να είναι αργή, ήρεμη και να υπάρχει καθαρότητα λόγου.

- Τυχόν δυσνόητες λέξεις ή έννοιες θα πρέπει να επαναλαμβάνονται.

- Επικέντρωση σε ένα θέμα τη φορά ώστε να αποφεύγονται τυχόν συγχύσεις και παρανοήσεις.

- Χρήση υποστηρικτικών μέσων, όπου είναι δυνατό, ή ακόμα όπου η προφορική επικοινωνία είναι αδύνατη, όπως όταν χρησιμοποιούνται διάφορα οπτικοακουστικά μέσα.

Εκτός του προφορικού λόγου, εξίσου σημαντική τεχνική είναι και ο **γραπτός λόγος**. Ιδιαίτερα στην αγωγή υγείας, όπου πολλοί στόχοι υποστηρίζονται μέσω της χρήσης εντύπων και τα μηνύματα διαδίδονται μέσω του γραπτού λόγου. Το γράψιμο, δηλαδή, ανάγεται σε σημαντική διαδικασία την οποία οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εξασκούν και να αναπτύσσουν. Φυσικά, το περιεχόμενο και ο τρόπος που γράφεται ένα κείμενο με σκοπό να επικοινωνήσει ο επαγγελματίας υγείας με το κοινό εξαρτάται από το τι επιδιώκεται και σε ποιο κοινό απευθύνεται. Πρόκειται για κάποιο ενημερωτικό φυλλάδιο, για κάποιες οδηγίες για κάποιο πιο εξειδικευμένο κοινό όπως άλλοι επαγγελματίες υγείας; Κάποιες βασικές και γενικές οδηγίες που μπορούν να ακολουθηθούν ώστε η γραπτή επικοινωνία να είναι πιο επιτυχής: (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

- Περιλαμβάνουν τα κείμενα που χρησιμοποιούνται για επικοινωνία, και που θα πρέπει να είναι απλά και σύντομα αναδεικνύοντας τα καίρια σημεία, και όχι την συγγραφική δεινότητα και εξυπνάδα του συγγραφέα.

- Θα πρέπει να χρησιμοποιείται απλή και κατανοητή γλώσσα. Στην περίπτωση που η χρήση τεχνικών όρων δεν μπορεί να αποφευχθεί, οι όροι αυτοί θα πρέπει να εξηγούνται

- Το περιεχόμενο και η γλώσσα του κειμένου θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις δυνατότητες και τις ανάγκες του αποδέκτη.

- Η γλώσσα θα πρέπει να χρησιμοποιείται με ακρίβεια, ώστε να αποφεύγονται συγχύσεις και παρερμηνείες.

- Τα κείμενα θα πρέπει να είναι δομημένα σωστά και ο λόγος να ακολουθεί τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες.

Μία εξίσου σημαντική με την προφορική και γραπτή επικοινωνία τεχνική αποτελεί και η **μη λεκτική επικοινωνία, η οποία επιτυγχάνεται μέσω ενός πλήθους τρόπων**. Η λεκτική επικοινωνία αφορά ουσιαστικά κάθε άλλο τρόπο εκτός του λόγου, με τον οποίο τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν διαύλους επικοινωνίας. Μερικοί από τους **βασικότερους τρόπους επίτευξης μη λεκτικής επικοινωνίας περιλαμβάνουν:** (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

•**Σωματική επαφή.** Η σωματική επαφή μπορεί να αφορά στη χειραψία, στο απλό άγγιγμα ή στο αγκάλιασμα, στο κράτημα του χεριού. Αποτελεί μία μορφή επικοινωνίας, ιδιαίτερα σημαντική, η οποία όμως υπόκειται και σε συγκεκριμένους κοινωνικούς κανόνες, ακόμα και ταμπού, τα οποία υπαγορεύονται από διάφορες πολιτισμικές στάσεις και αξίες, γεγονός που κάποιες φορές μπορεί να δυσκολεύει την σωματική επαφή.

•**Η απόσταση.** Με τον όρο απόσταση εννοείται το πόσο κοντά ή μακριά επιλέγει να βρίσκεται ο επαγγελματίας αγωγής υγείας από τα άτομα με τα οποία συνδιαλέγεται. Η σωστή απόσταση εξαρτάται από τις περιστάσεις, και καθώς κάποια άτομα βρίσκουν ενοχλητικό το έντονο πλησίασμα, ή αισθάνονται αμήχανα άρα θα πρέπει να αποφεύγεται. Άλλοτε πάλι η τήρηση πολύ μακρινών αποστάσεων, δεν βοηθάει στην επικοινωνία.

•**Ο προσανατολισμός.** Ο προσανατολισμός αναφέρεται στον τρόπο τοποθέτησης τόσο του επαγγελματία αγωγής υγείας προς το κοινό, όσο και του κοινού προς αυτόν. Η κατά παράταξη τοποθέτηση του κοινού μπροστά από τον επαγγελματία αγωγής υγείας, ενώ ο ίδιος βρίσκεται καθισμένος σε ένα υψηλότερο σημείο, αναδεικνύει την υιοθέτηση της παραδοσιακής διδασκαλίας, με τον επαγγελματία υγείας να έχει τον πλήρη έλεγχο, σε αντίθεση με την κυκλική τοποθέτηση, όπου επαγγελματίας και κοινό κάθονται ως ισότιμα μέλη, χωρίς να επιβάλλεται κάποιος λόγω διαφορετικής θέσεως του.

•**Εξωτερική εμφάνιση.** Η εξωτερική εμφάνιση των ατόμων μπορεί να αποτελέσει πομπό διαφόρων μηνυμάτων, σχετικά με την κοινωνική του θέση, την προσωπικότητα και τις συνήθειες του. Οι επαγγελματίας αγωγής υγείας είναι προτιμότερο να ακολουθούν ένα απλό, άνετο και επιμελημένο ντύσιμο, όταν απευθύνονται στο κοινό ενώ σε κάποιες περιπτώσεις όταν εργάζονται σε κάποια υπηρεσία υγείας, και το κοινό είναι οι ασθενείς τους,, τότε είναι προτιμότερο να φορούν την ανάλογη ενδυμασία της υπηρεσίας τους, καθώς έτσι οι ασθενείς ανταποκρίνονται περισσότερο.

•**Εκφράσεις του προσώπου.** Το πρόσωπο αποτελεί έναν από τα πιο ισχυρά μέσα έκφρασης, και επικοινωνίας καθώς μπορεί να υποδηλώσει ένα πλήθος συναισθημάτων, όπως χαρά, λύπη, φόβο κτλ.

•**Κινήσεις του κεφαλιού και του υπόλοιπου σώματος.** Ο τρόπος που το άτομο κουνάει το κεφάλι του μπορεί να δείξει διάφορα συναισθήματα και διαθέσεις, όπως αποδοκιμασία, επιδοκιμασία, αμφιβολία, ή σιγουριά. Ανάλογη μπορεί να είναι και η έκφραση με τις κινήσεις των χεριών ή των ποδιών, ενώ ακόμα και η στάση του σώματος μπορεί να υποδηλώσει αμηχανία, άνεση, αυστηρότητα κτλ.

•**Το βλέμμα και η οπτική επαφή.** Είναι πολύ σημαντικό για την καλή επικοινωνία να επιλέγεται από τα άτομα να κοιτούν τον συνομιλητή τους, καθώς όταν αποστρέφεται συχνά το βλέμμα, αυτό μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της πειθούς. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις συμβουλευτικής. **Το να κοιτάει ο επαγγελματίας υγείας το άτομο κατάματα, δείχνει προσήλωση, ενδιαφέρον και βοηθάει στην καλύτερη επικοινωνία.**

Όλες οι ως άνω τεχνικές επικοινωνίας, θα ήταν ελλιπείς εάν δεν προσθέταμε και την πολύ σημαντική ικανότητα του **επαγγελματία υγείας να αποτελεί και ο ίδιος έναν καλό ακροατή, καθώς, όπως τονίστηκε, η αμφίδρομη επικοινωνία στην αγωγή υγείας είναι εξαιρετικής σημασίας.** Συνεπώς, οι επαγγελματίες αγωγής υγείας θα πρέπει να αναπτύσσουν και τις δεξιότητες τους ως ακροατές, ώστε έτσι να μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να μιλήσουν και εκείνος να εντοπίζει τις πραγματικές τους ανάγκες και συναισθήματα. Ένας καλός ακροατής θα πρέπει να παρακολουθεί προσεχτικά όσα λέγονται, να εκφράζει με τον κατάλληλο τρόπο το ενδιαφέρον του, να προσπαθεί να αντιλαμβάνεται το πραγματικό νόημα όλων όσων λέγονται και όχι να μένει μόνο στις λέξεις, ή να κάνει άσκοπες διακοπές, ώστε να ενθαρρύνεται το άλλο άτομο να μιλήσει. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι η ουσιαστική ακρόαση είναι μία ενεργητική διαδικασία και όχι μία παθητική στάση. (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

Η ενθάρρυνση των ατόμων να συμμετάσχουν και να μιλήσουν δεν αποτελεί πάντα μία εύκολη διαδικασία. Για αυτό, στις τεχνικές επικοινωνίας περιλαμβάνεται και **η εφαρμογή διαφόρων τρόπων που αξιοποιούνται προκειμένου ο επαγγελματίας αγωγής υγείας να βοηθήσει τα άτομα να εκφραστούν και να μιλήσουν.** Αυτό μπορεί να επιτυγχάνεται:

- Προσκαλώντας κάποιον αξιόλογο ομιλητή.
- Όταν ο επαγγελματίας υγείας δείχνει ενδιαφέρον και είναι καλός ακροατής.

- Όταν ενθαρρύνει και προτρέπει τα άτομα να συνεχίσουν να μιλάνε και να εκφραστούν.

- Όταν με εύστοχο τρόπο μπορεί να παραφράζει κάτι που λέχθηκε παρέχοντας την ευκαιρία στον ομιλητή να συνεχίσει κάνοντας πιθανόν μια νέα ερώτηση.

- Εκφράζοντας την επιδοκιμασία του ή τονίζοντας κάποιο ενδιαφέρον σημείο.

- Συνοψίζοντας και βγάζοντας συμπεράσματα σε μία συζήτηση ώστε να δοθεί η ευκαιρία για περαιτέρω συνέχιση της.

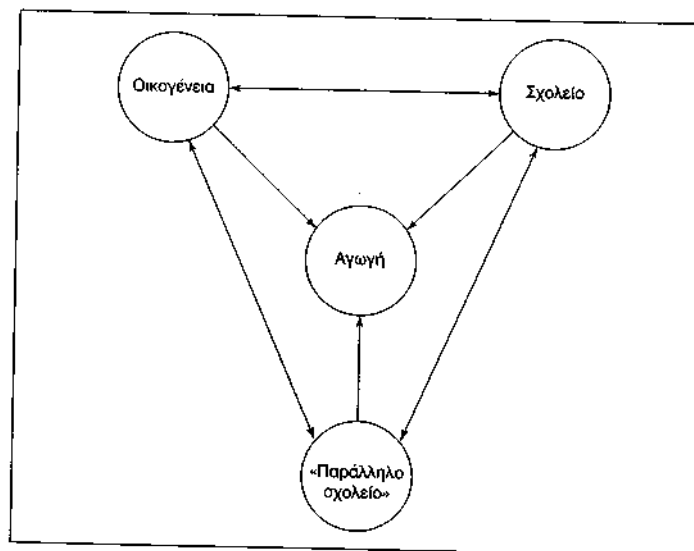
- Θέτοντας ερωτήματα.

Η μορφή των ερωτήσεων που τίθενται από τον επαγγελματία αγωγής υγείας έχει μεγάλη σημασία καθώς ανάλογα με αυτές μπορούν να εξυπηρετούνται διάφοροι σκοποί. Οι **κλειστές ερωτήσεις**, όπου η απάντηση μπορεί να είναι μικρή ή ακόμα και μονολεκτική, μπορούν να βοηθήσουν για να ανοίξει μία συζήτηση. Οι **ανοικτές ερωτήσεις**, καθώς δίνουν πιο αναλυτικές απαντήσεις, μπορούν να συμβάλλουν στην ελεύθερη έκφραση του κοινού. Οι **καθοδηγούμενες ερωτήσεις**, γίνονται όταν ο επαγγελματίας υγείας επιθυμεί να ακούσει κάτι συγκεκριμένο, και τέλος οι πολλαπλές ερωτήσεις γίνονται όταν θέλουν να εξερευνηθούν περισσότερα από ένα θέματα. Οι ερωτήσεις αυτές ωστόσο μπορούν να αποφέρουν σύγχυση και για αυτό καλό είναι να αποφεύγονται. Τέλος, **οι ερωτήσεις ελέγχου**, αποσκοπούν στο να λάβουν οι επαγγελματίες αγωγής υγείας απαντήσεις που θα τους επιτρέψουν να αξιολογήσουν το βαθμό αποτελεσματικότητας του προγράμματος που οργάνωσαν, ή τον βαθμό που τα άτομα κατανόησαν κάτι. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.5 Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Από τα τέλη του 1960 η αγωγή υγείας άρχισε να οργανώνεται και στο σχολικό περιβάλλον. Σε ορισμένα κράτη μάλιστα περιελήφθη στο σχολικό πρόγραμμα. Το διδακτικό προσωπικό εξουσιοδοτήθηκε να προωθήσει την αγωγή υγείας στο σχολείο, μετά από κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση. (David K. & William T., 1987· WHO, 1991· WHO, 1992· Young I. & William T., 1989) Στόχος της είναι να διευκολύνει τα νεαρά άτομα να αποφασίζουν συνειδητά για θέματα που αφορούν στην υγεία τους. Η έγκυρη ενημέρωση και εκμάθηση δεξιοτήτων συμβάλλουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και στη λήψη υπεύθυνων αποφάσεων. (WHO, 1993· Σώκου Κ., 1994γ· Σώκου Κ., 1994δ) Στη σημερινή εποχή η αγωγή υγείας είναι κύριο μέρος της προαγωγής της υγείας.

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα, είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μιας θετικής υγείας. Αυτές οι μορφωτικές δραστηριότητες είναι δυνατό να αναπτυχθούν από συγκεκριμένους φορείς και σε συγκεκριμένους χωροχρόνους του κοινωνικού οικοδομήματος. Οι φορείς αυτοί μπορεί να είναι η οικογένεια ή οι ομάδες των συνομηλίκων, αλλά και ιδιωτικοί ή δημόσιοι φορείς, όπως το σχολείο. Εξάλλου, η αγωγή αποτελεί μια κοινωνική δράση, η οποία δεν εγκλωβίζεται σε στεγανούς χωροχρόνους και τυποποιημένες κοινωνικές πρακτικές. Πρόκειται για μια διαδικασία πολυσχιδή που είναι παρούσα σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου και μετέρχεται μιας τεράστιας ποικιλίας μεθόδων και τεχνικών προκειμένου να πετύχει τους στόχους της, οι οποίοι είναι κοινωνικά προσδιορισμένοι. Έτσι, οι φορείς της αγωγής μπορούν να είναι όλα τα άτομα που συναναστρεφόμαστε και είναι σε θέση να μας μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, δεξιότητες και αξίες που θα μας επιτρέψουν να αναπτυχθούμε ολόπλευρα και να ενταχθούμε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Για λόγους μεθοδολογικούς και αναλυτικούς μπορούμε να διακρίνουμε τους φορείς της αγωγής σε τρεις ευρύτερες κατηγορίες: το σχολείο, την οικογένεια και το «παράλληλο σχολείο». Το **διάγραμμα 2** παρουσιάζει τους παράγοντες της αγωγής και την ισορροπία που υπάρχει μεταξύ τους.



Διάγραμμα 2. Παράγοντες της αγωγής και η ισορροπία που υπάρχει μεταξύ τους.
Πηγή: Δαρδανός Γ., *Αγωγή Υγείας & Σχολείο*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 26.

Στο **διάγραμμα 2** φαίνεται καθαρά ότι οι τρεις βασικοί παράγοντες της αγωγής είναι:

- Η οικογένεια, η οποία αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του και ο ρόλος της περιορίζεται, καθώς το παιδί εντάσσεται σε περισσότερο οργανωμένα και περίπλοκα κοινωνικά σχήματα, όπως το σχολείο (εκπαιδευτικό σύστημα), η εργασία και ούτω καθεξής.
- Το σχολείο, το οποίο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση (με τη μορφή της επαγγελματικής προετοιμασίας) του νεαρού κοινωνού. (Καψάλης Α., 1996)
- Το «παράλληλο σχολείο», το οποίο συνίσταται στο σύνολο της κοινωνικής ζωής και των εμπειριών που αποκτούν οι κοινωνοί μέσα από την καθημερινότητα και την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα - μέλη της κοινωνίας. Στο «παράλληλο σχολείο» μπορούν να συμπεριληφθούν και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.). (Mialaret G., 1996)

Υποστηρίζεται ότι και οι τρεις παράγοντες της αγωγής δεν υστερούν ούτε σε δυναμική ούτε σε αποτελεσματικότητα. Και οι τρεις διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα και τις τεχνικές ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους. Εξάλλου, η ίδια η κοινωνία αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα και των τριών και βασίζει επάνω τους τη δυνατότητα της διατήρησης και της αναπαραγωγής της.

Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις είναι εύκολο να κατανοήσουμε ότι η Αγωγή Υγείας, ως δραστηριότητα που αποβλέπει στην ενημέρωση και προστασία των κοινωνιών, αναπτύσσεται μέσα και από τους τρεις βασικούς παράγοντες της αγωγής. Ωστόσο, από την άποψη που μας ενδιαφέρει εδώ, το σχολείο είναι σε θέση να επιτύχει με υψηλότερο ποσοστό αποτελεσματικότητας τους στόχους της Αγωγής Υγείας και αυτό οφείλεται κυρίως στους εξής παράγοντες:

1. Υιοθέτηση τυποποιημένων και λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένων μορφών δράσης.
2. Χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων που θα του επιτρέψουν την επίτευξη των στόχων του.
3. Υποχρέωση των παιδιών να ενταχθούν στις σχολικές μονάδες για τουλάχιστον εννέα χρόνια.
4. Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυναμικών που διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα μάθησης και καλλιέργειας των αντιλήψεων, στάσεων, αξιών που η κοινωνία

θεωρεί ως απαραίτητες για την κοινωνικοποίηση και την ομαλή ένταξη του παιδιού στους κόλπους της.

5. Ύπαρξη δυνατότητας ικανοποιητικού ελέγχου τόσο των διαδικασιών που επιστρατεύει, όσο και των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η δυνατότητα αυτή δε δίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στους άλλους φορείς της αγωγής.

Το σχολικό σύστημα βρίσκεται σε στενή συνάφεια με τη διαδικασία της Αγωγής Υγείας για τρεις βασικούς λόγους: (Modolo A., χ.χ.)

1. Τα παιδιά βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση της κατάλληλης «ασορροπίας» για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον (φυσικό και τεχνητό) και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν σωματικά και νοητικά. Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματος του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του.

2. Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για τη διαμόρφωση στάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. Σ' αυτή την ηλικία η πράξη είναι πολύ σημαντική για τη μάθηση και η Αγωγή Υγείας στα σχολεία εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν την υγεία.

3. Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεθόδων μάθησης που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίησή τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα της κριτικής μάθησης που είναι πρωταρχικής σημασίας για την Αγωγή Υγείας. Η Αγωγή για την Υγεία αποτελεί από τη φύση της μια πολυσχιδή διαδικασία, η οποία δεν περιορίζεται ούτε ως προς τα χωροχρονικά πλαίσια ανάπτυξης της, ούτε ως προς τη μορφή που μπορεί να πάρει κάθε φορά. Για παράδειγμα, οι συμβουλές του οδοντιάτρου για τον τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών ή η τιμωρία που επιβάλλει η μαμά στο παιδί που δεν έπλυνε τα χέρια του πριν καθίσει στο τραπέζι, ή η δημοσιογραφική συζήτηση για τον HIV/AIDS που παρακολουθούμε στην τηλεόραση, ή η συμμετοχή σε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την πρόληψη των ναρκωτικών, είναι μερικές μόνο από τις μορφές που μπορεί να πάρει η Αγωγή Υγείας.

Έτσι, ότι όσο περισσότερες είναι αυτές οι μορφές τόσο ευκολότερη είναι η πραγματοποίηση των στόχων της, γιατί τα ερεθίσματα και η μέθοδοι που

χρησιμοποιούνται ποικίλλουν ώστε να προσεγγίζεται πολλαπλώς το παιδί και να επιτυγχάνονται τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα. Από την άλλη, πολύμορφα είναι και τα αρνητικά μηνύματα που δέχονται τα παιδιά είτε από τα Μ.Μ.Ε. είτε από τους φίλους είτε από άλλες καθημερινές καταστάσεις, ακόμα και από τους ίδιους τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (π.χ. κάπνισμα στο σπίτι ή στο σχολείο, παχυσαρκία κ.λπ.). Το σχολείο, όμως, διαθέτει ένα σημαντικότερο πλεονέκτημα: είναι σε θέση να επεξεργάζεται, να πιστοποιεί, να ελέγχει και να φιλτράρει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις αξίες που υπάρχουν σε έναν κοινωνικό μηχανισμό επιλέγοντας και προωθώντας αυτές που εξασφαλίζουν τη διατήρηση και αναπαραγωγή του. Επιλέγει να προωθήσει αυτές που θεωρεί ως απαραίτητες για τη θεμελίωση των κοινωνικών δομών και την κοινωνική ανάπτυξη γενικότερα. Πολύ σωστά, η Α. Φραγκουδάκη σημειώνει ότι το σχολείο είναι «ο κοινωνικός θεσμός, ο επίσημα και αποκλειστικά επιφορτισμένος με τη μετάδοση (σ.σ. και αναπαραγωγή) της γνώσης, ο μόνος θεσμός που έχει το δικαίωμα να πιστοποιεί την κατοχή γνώσεων, άρα ο μόνος που η σφραγίδα του επισημοποιεί αλλά και νομιμοποιεί τις γνώσεις σε μια κοινωνία». (Φραγκουδάκη Α., 1985) Και αυτή ακριβώς είναι η ιδιότητα που ισχυροποιεί τους σχολικούς θεσμούς έναντι άλλων θεσμών μετάδοσης και αναπαραγωγής γνώσεων. (Δαρδανός Γ., 2001)

Η εισαγωγή της Αγωγής Υγείας στο σχολείο της επέτρεψε να εκμεταλλευτεί τα πλεονεκτήματα που συνεπάγεται η χρήση των σχολικών χωροχρονικών παραμέτρων και των παιδαγωγικών μεθόδων που υιοθετεί, ώστε να επιτύχει τους στόχους της. Ωστόσο, η εμπειρία έχει δείξει ότι η σχολική Αγωγή Υγείας δεν έχει πάρει τη μορφή που έχουν τα κλασικά σχολικά μαθήματα, με συνέπεια να δημιουργούνται συχνά συγχύσεις στην εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου «Σχολική Αγωγή Υγείας» ή «Αγωγή Υγείας στο σχολείο». Το σημείο τριβής έγκειται στη μορφή (περιεχόμενο και μεθοδολογία) που παίρνει συνήθως η εφαρμογή της σχολικής Αγωγής Υγείας, μορφή που διαφέρει από τα παραδοσιακά πρότυπα των σχολικών μαθημάτων, των οποίων η μακρά παρουσία στο Αναλυτικό Πρόγραμμα έχει δημιουργήσει κατεστημένες συνθήκες ανάπτυξης των σχολικών δραστηριοτήτων. Η διαφοροποίηση αυτή οριοθετεί τη θέση της Αγωγής Υγείας στο σχολικό πρόγραμμα και τα πλαίσια ανάπτυξης της, διαμορφώνοντας διδακτικές καταστάσεις, οι οποίες ανάλογα με το ευρύτερο σχολικό ή πολιτισμικό πλαίσιο μπορούν να χαρακτηριστούν ασταθείς. Για παράδειγμα, στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, όπου τα σχολικά μαθήματα έχουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία

συγκεκριμένη μορφή, τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τη μεθοδολογία που υιοθετούν, η Αγωγή Υγείας παίρνει τη μορφή μιας παράλληλης εκπαιδευτικής δραστηριότητας, η οποία δε διαθέτει Αναλυτικό Πρόγραμμα, εγχειρίδια, δεν εξετάζεται, δεν καταλαμβάνει ώρες του ωρολογίου προγράμματος, δεν επηρεάζει το βαθμό του τριμήνου ή του απολυτηρίου. Τα στοιχεία αυτά προσδίδουν στη σχολική Αγωγή Υγείας μια διαφορετική ταυτότητα, διαφορετική από αυτή των άλλων σχολικών μαθημάτων. Γι' αυτόν το λόγο θα πρέπει να αποσαφηνιστεί με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια ο όρος «σχολική Αγωγή Υγείας»:

- Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO-Π.Ο.Υ.), «η εκπαίδευση για την υγεία/Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση ή και τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας». (Αθανασίου Κ., 1995)
- Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, «Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά (ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους». (Draijer, J. & Williams, T., 1987)
- Η αγωγή για την υγεία είναι μια «εκπαιδευτική διαδικασία με πολλές παραμέτρους (πνευματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές) που εμπεριέχει δραστηριότητες, οι οποίες οδηγούν στην κατανόηση των προβλημάτων υγείας και στην ενίσχυση της υπευθυνότητας και της ικανότητας του ατόμου για τη λήψη σωστών αποφάσεων σε ό,τι αφορά στην προσωπική του ευημερία αλλά και στην ευημερία της οικογένειάς του και της κοινωνίας όπου ανήκει». (WHO, 1979)
- Μεταξύ των ορισμών που παραθέσαμε δεν υπάρχουν ευδιάκριτες διαφορές και από ό,τι φαίνεται, τουλάχιστον ως προς την οριοθέτηση της έννοιας, επικρατεί ομοφωνία. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι και οι δύο πρώτες οριοθετήσεις εκκινούν από την αντίληψη της Αγωγής Υγείας ως διαδικασίας, η οποία διέπεται ή, καλύτερα, επιδιώκει συγκεκριμένους στόχους. Οι στόχοι αυτοί σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού και συγκεκριμένα αποβλέπουν στην προαγωγή της. Μεταξύ των δύο πρώτων ορισμών υπάρχει μια ανεπαίσθητη διαφορά στους στόχους, την οποία θεωρούμε όμως σημαντική: στην πρώτη περίπτωση αποβλέπει στην εμπέδωση προτύπων συμπεριφοράς, ενώ στη δεύτερη αποβλέπει στην παροχή των κριτηρίων για τη λήψη αποφάσεων. Ο τρίτος ορισμός, αν και

λιγότερο πολύπλοκος, περιγράφει με καλύτερο τρόπο τα χαρακτηριστικά της Αγωγής Υγείας γιατί αναφέρεται σε επιρροές και όχι σε διαδικασίες. Πράγματι, συνήθως η έννοια της διαδικασίας παραπέμπει σε τυποποιημένες μορφές συμπεριφοράς εντός συγκεκριμένων χωροχρονικών πλαισίων. Ωστόσο, οι επιρροές που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του, τις περισσότερες φορές, λειτουργούν πιο δυναμικά και προέρχονται από διάφορες πηγές, χωρίς να διέρχονται μέσα από συγκεκριμένες διαδικασίες, όπως για παράδειγμα οι επιρροές που δεχόμαστε από τα Μ.Μ.Ε. ή τους φίλους μας.

Η σχολική Αγωγή Υγείας δεν είναι τίποτε άλλο από τη χρήση των εκπαιδευτικών θεσμών για την επίτευξη των στόχων της Αγωγής Υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων διαδικασιών και δομών, οι οποίες στα πλαίσια των σχολικών δομικών και λειτουργικών προδιαγραφών θέτουν και προσπαθούν να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους. Ωστόσο, ακολουθείται η μεθοδολογία και η οργάνωση που αποδέχεται και υιοθετεί το εκπαιδευτικό σύστημα. Έτσι, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η σχολική Αγωγή Υγείας αποτελείτο σύνολο των προγραμματισμένων και επιστημονικών διαδικασιών που επιστρατεύονται από το σχολείο, για να είναι σε θέση οι μαθητές να συνδυάζουν τις γνωστικές και εμπειρικές παραμέτρους που το σχολείο τους παρέχει, ώστε να αποφασίζουν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν την υγεία τους. Με άλλα λόγια, η Αγωγή Υγείας στο σχολείο στοχεύει στο να αποκτήσουν οι μαθητές τις απαραίτητες πληροφορίες και ικανότητες, ώστε να γίνουν υγιείς ενήλικες και να μάθουν να επιλέγουν ή να μην επιλέγουν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς. Η σχολική Αγωγή Υγείας έχει δύο κύριους στόχους: (Περάκη Β., 1993)

1. Να απευθυνθεί στα παιδιά όλων των κοινωνικών τάξεων που είναι συγκεντρωμένα και προσιτά μέσα στο σχολείο, ανεξάρτητα από το πνευματικό επίπεδο των γονιών τους.

2. Να φθάσει στα παιδιά πριν αυτά αποκτήσουν αρνητικές για την υγεία τους συνήθειες και σε μια περίοδο που το πνεύμα τους είναι ακόμη δεκτικό σε μηνύματα.

Ωστόσο, η Αγωγή Υγείας ποτέ δεν πήρε τη μορφή του σχολικού μαθήματος. Τις περισσότερες φορές αποτέλεσε μια ευκαιριακή ή παράλληλη εκπαιδευτική δραστηριότητα, της οποίας η λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα στηρίχτηκε στη διάθεση των εκπαιδευτικών να ασχοληθούν με αυτόν τον τομέα ή στην ύπαρξη προγραμμάτων που θα την υποστήριζαν. Το γεγονός αυτό μας επιτρέπει να

υποθέσουμε ότι το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, κατά πάσα πιθανότητα, υποτιμήθηκε. Και αυτή η υποτίμηση μπορεί να φανερώνει δύο πράγματα: τη μικρή ευαισθητοποίηση του εκπαιδευτικού συστήματος (προφανώς και της πολιτείας) για ένα τόσο σημαντικό θέμα ή την ελλιπή ή και ανύπαρκτη προετοιμασία των εκπαιδευτικών να την υποστηρίξουν, γεγονός για το οποίο οι ίδιοι λίγο ευθύνονται, αφού σε τελική ανάλυση το ζήτημα της βασικής τους ειδίκευσης ή της επιμόρφωσης τους δεν αποτελεί δική τους αρμοδιότητα. Έτσι, καταλήγουμε και πάλι στην πολιτεία, η οποία δείχνει να επαναπαύεται στα σχολικά εσκαμμένα, φορτώνοντας συνεχώς με νέα ύλη τα υπάρχοντα μαθήματα και αδιαφορώντας για τις νέες τάσεις που διαμορφώνονται στο διεθνή χώρο. (Δαρδανός Γ., 2001)

Πάντως με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, η Αγωγή Υγείας δηλώνει την παρουσία της στα σχολικά δρώμενα. Θεωρούμε ότι αυτή η παρουσία θα πρέπει να γίνει πιο έντονη. Θα πρέπει επιτέλους να μορφοποιηθεί ένα Αναλυτικό Πρόγραμμα. Θα πρέπει οι εκπαιδευτικοί, όλων των ειδικοτήτων, να επιμορφωθούν ώστε να είναι σε θέση να την υποστηρίξουν και φυσικά θα πρέπει σε κάθε νέο διδακτικό εγχειρίδιο που τυπώνεται να υπάρχουν θέματα που να σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας.

Δεν αρκεί όμως μόνο η καλή πρόθεση των εκπαιδευτικών και η εφάπαξ συνδρομή της πολιτείας μέσω τυπικών ρυθμίσεων. Απαιτείται συνεχής προσπάθεια και συνεργασία διαφόρων φορέων, οι οποίοι θα πρέπει να υποστηρίξουν την εφαρμογή της συνεχώς. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη λειτουργική αρτιότητα και την αποτελεσματικότητα της Αγωγής Υγείας στα σχολεία είναι:

1. Μια ξεκάθαρη και συνεργατική πολιτική της κυβέρνησης, η οποία θα απαιτεί την αμοιβαία συνεργασία των υπουργείων Υγείας και Παιδείας. Η συνεργασία αυτή θα μπορέσει να εξασφαλίσει τις απαραίτητες συνθήκες ώστε η Α. Υ. να είναι αποτελεσματική.
2. Η δημιουργία φορέων, οι οποίοι θα είναι επιφορτισμένοι με το συντονισμό και την υποστήριξη των προγραμμάτων Α.Υ.
3. Η διαρκής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνουν την Α.Υ. στα σχολεία.
4. Ο εξοπλισμός των σχολείων με το απαραίτητο εποπτικό και ερευνητικό υλικό.
5. Η επαγρύπνηση και η ενεργός συμμετοχή των γονέων.

Για να μπορέσει, όμως, να εδραιωθεί η Αγωγή Υγείας στο σχολείο και να είναι αποτελεσματική, θα πρέπει πρώτα απ' όλα να γίνει κατανοητή η φύση της ως

σχολική δραστηριότητα και τα περιεχόμενα της. Θα πρέπει να γίνει κατανοητή η μεθοδολογία της και να χαραχθούν τα όρια των δραστηριοτήτων της καθώς και τα όρια της εμπλοκής της με προσωπικά προβλήματα των μαθητών.

Οι βασικές αρχές για την εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο σχολείο είναι οι εξής:

1. Η Αγωγή Υγείας δεν είναι μόνο μεταφορά βιολογικών δεδομένων. Πράγματι η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί κτήμα της βιολογίας, όπως τις περισσότερες φορές από λάθος υποστηρίζεται. Ούτε αποτελεί τη μετάδοση επιλεγμένων από το χώρο της βιολογίας γνώσεων. Αποτελεί μια πολυσχιδή εκπαιδευτική δραστηριότητα με διεπιστημονική βάση προσαρμοσμένη στον ευαίσθητο τομέα της ανθρώπινης ύπαρξης που αποκαλούμε υγεία.

2. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εμφανίζεται σε πολλά μέρη του Αναλυτικού Προγράμματος (τυπικό, εκτεταμένο, κρυφό).

Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να παίρνει τη μορφή του παραδοσιακού σχολικού μαθήματος. Θα πρέπει να διαχέει τη θεματική στα Αναλυτικά Προγράμματα των υπολοίπων μαθημάτων, να καθιστά έκδηλη την παρουσία της στο κρυφό Αναλυτικό Πρόγραμμα και να αναπτύσσεται δυναμικά κατά μήκος και κατά πλάτος του συνόλου των σχολικών δραστηριοτήτων.

3. Η Αγωγή Υγείας είναι μια συνεχής διαδικασία που αναγνωρίζει τις ανάγκες όλων των μαθητών.

Η Αγωγή Υγείας αρχίζει με τις πρώτες ημέρες της ζωής του ανθρώπου και τελειώνει με το θάνατο του. Προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του, που είναι ανάλογες με την ηλικία του και άλλα βιολογικά ή επίκτητα γνωρίσματα του. Δεν έχει ύλη, δεν έχει κεφάλαια και εξετάσεις. Έχει δυναμική και ελαστικότητα που της επιτρέπουν να προσαρμόζεται και να καλύπτει ολόκληρο σχεδόν το φάσμα των ανθρωπίνων αναγκών. (Δαρδανός Γ., 2001)

4. Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να προκαλεί προσωπική ενόχληση ή να θίγει οποιαδήποτε ομάδα ατόμων.

Όντως, η θεματική της Αγωγής Υγείας μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις να αναπτυχθούν δυναμικές που θα μπορούσαν να θίξουν ή να ενοχλήσουν μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων. Κάτι τέτοιο όμως, δε θα πρέπει να συμβαίνει. Αντιθέτως, θα πρέπει να αποφεύγεται και η μεθοδολογία που η Αγωγή Υγείας υιοθετεί αποτρέπει αυτές τις δυσάρεστες καταστάσεις.

5. Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να επικεντρώνεται αποκλειστικά στο «κάνε αυτό» ή «μην κάνεις αυτά».

Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να εκλαμβάνεται σαν ένα *savoir faire*. Δεν πρόκειται για έναν κατάλογο επιτρεπόμενων και απαγορευμένων συμπεριφορών. Πρόκειται για μια διαδικασία που στοχεύει στο να παρέχει στους μαθητές τις κατάλληλες δεξιότητες, στάσεις και αντιλήψεις ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους κάθε φορά για το τι είναι καλό ή κακό.

6. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να στηρίζεται σε μια εκτίμηση των παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων.

Η Αγωγή Υγείας είναι ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο σχετίζεται, σχεδόν με απόλυτο τρόπο, με τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Και ως τέτοιο θα πρέπει να προσαρμόζει τόσο τα περιεχόμενα του, όσο και τη μεθοδολογία του στους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά.

7. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εστιάζεται περισσότερο στην υγιή ανάπτυξη παρά στην αντικοινωνική συμπεριφορά.

Σκοπός της Αγωγής Υγείας δεν είναι να καταστείλει τις μορφές συμπεριφοράς που μπορούν να θεωρηθούν ως αντικοινωνικές. Εξάλλου κάτι τέτοιο δεν περιλαμβάνεται ούτε στους ευρύτερους στόχους της αγωγής γενικότερα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι να μεριμνήσει ώστε τα παιδιά να αναπτύσσονται υγιώς, τόσο από πλευράς σωματικής και ψυχικής όσο και από πλευράς πνευματικής και κοινωνικής.

8. Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να στηρίζεται στο περιεχόμενο της οικογενειακής ζωής.

Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να θεωρηθεί ότι υπερβαίνει τις αρμοδιότητες της οικογένειας σχετικά με την ανάπτυξη και την υγιή ανατροφή των παιδιών της. Ούτε πάλι επιδιώκει την υπαγωγή των θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία των κοινωνιών σε υπερκείμενους φορείς. Η οικογένεια παραμένει η βασική κοινωνική μονάδα και από αυτήν εκπορεύεται η αγωγή για την υγεία, όπως και άλλες μορφές αγωγής και κοινωνικοποίησης.

9. Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα μεμονωμένο περιστατικό κάποιας χρονιάς, αλλά ως ένα τμήμα μιας εκτεταμένης και συνεχούς διαδικασίας.

Η Αγωγή Υγείας για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να έχει διάρκεια. Η θεματική της είναι ανεξάντλητη και θα πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε φάση της

ζωής των μαθητών, ανάλογα με την ηλικία τους και τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Εξάλλου, η σχολική Αγωγή Υγείας είναι ένα μόνο τμήμα της ευρύτερης αγωγής για την υγεία.

10. Η Αγωγή Υγείας που προσφέρεται στο σχολείο θα πρέπει να είναι ευαίσθητη στις επιθυμίες των γονέων.

Η σχολική Αγωγή Υγείας δεν παραγνωρίζει ούτε υποκαθιστά την Αγωγή Υγείας που προσφέρει η οικογένεια στα παιδιά. Αντίθετα φροντίζει να την ενισχύει και να διατηρεί όσα η οικογένεια έχει επιτύχει σχετικά με την προστασία, προαγωγή και βελτίωση της υγείας των παιδιών. Το σχολείο, όσον αφορά θέματα όπως η υγεία, δε θα πρέπει να διαμορφώνει σχεδιασμούς και πρακτικές ανεξάρτητες από τις επιθυμίες των γονέων. Αυτοί θα πρέπει να έχουν πάντα τον πρώτο λόγο και το σχολείο θα πρέπει να αναζητεί την έγκριση και τη συνεργασία τους.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο λαμβάνει χώρα είτε μέσα από τη διδασκαλία άλλων μαθημάτων είτε με την εκπόνηση προγραμμάτων. Τα προγράμματα αυτά διέπονται από παιδαγωγικές αρχές και είναι κατά τέτοιο τρόπο σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους μαθητές:

- Να αντιλαμβάνονται τη σημασία της καλής φυσικής κατάστασης, της υγιεινής και της καλής υγείας και τους τρόπους με τους οποίους κάποιοι παράγοντες τις επηρεάζουν

- Να συνειδητοποιούν την ανάγκη για καθημερινή άσκηση και υγιεινή συμπεριφορά

- Να κατανοούν την έννοια και την ανάγκη της πρόληψης ως κυρίαρχο παράγοντα για την ποιότητα της ζωής τους και τη μακροζωία τους

- Να κατανοούν τις αξίες της υγιεινής ζωής και τις λεπτές ισορροπίες που δημιουργούνται όταν δεν τηρούνται κάποιες βασικές αρχές πρόληψης.

Αυτοί είναι και στην πραγματικότητα οι στόχοι της σχολικής Αγωγής Υγείας. Όμως, για να πετύχουν αυτούς τους στόχους, οι μαθητές θα πρέπει να κατανοήσουν τα ακόλουθα:

- Η πρώτη Αγωγή Υγείας παρέχεται στα παιδιά από τους γονείς τους
- Οι τρόποι με τους οποίους ζούμε και συμπεριφερόμαστε αυξάνουν ή μειώνουν τους κινδύνους για την υγεία μας σε όλη μας τη ζωή
- Η υγεία μας επηρεάζεται από πάρα πολλούς παράγοντες
- Θα πρέπει να μάθουμε να αναγνωρίζουμε και να χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες και τα προϊόντα που σχετίζονται με την υγεία μας

- Θα πρέπει να αποκτήσουμε τις απαραίτητες γνώσεις και να αναπτύξουμε τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να διαφυλάττουμε την ατομική, την οικογενειακή και την κοινωνική υγεία.

Η μορφή που έχει η Αγωγή Υγείας στο σημερινό ελληνικό σχολείο ούτε κατοχυρώνει την αποτελεσματικότητα της ούτε μπορεί να εξασφαλίσει μια σταθερή και υψηλή ποιότητα για την εκπαιδευτική διαδικασία. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην έλλειψη συντονισμού και ομοιομορφίας που παρατηρείται κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, καθώς και στην εναπόθεση της ευθύνης για την εκπόνηση σχετικών προγραμμάτων στη διάθεση και στην ευαισθησία των εκπαιδευτικών.

Για την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας απαιτείται και η συνδρομή ενός επιστημονικού φορέα, ο οποίος θα πρέπει να αναλάβει:

1. Να προσαρμόσει το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στις ιδιαιτερότητες και στις ανάγκες κάθε κοινωνικής ομάδας.

2. Να προκαλέσει την ενεργό συμμετοχή του εκπαιδευτικού κόσμου, που εξασφαλίζεται με:

- τη δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών
- την παροχή κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού και τη δυνατότητα συνεχούς εμπλουτισμού του

- την παροχή κινήτρων στους εκπαιδευτικούς που συμμετέχουν στο πρόγραμμα

- τη μεθόδευση της συνεργασίας σχολείου - κοινότητας
- τη συστηματική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής του προγράμματος και την αναπροσαρμογή του εφόσον κρίνεται αναγκαίο.

Όπως αναφέρθηκε, η Αγωγή Υγείας δεν αποτελεί μια αποκλειστικά σχολική δραστηριότητα. Πρόκειται για την εφαρμογή στο σχολείο ενός ευρύτερου εκπαιδευτικού προγράμματος με σημαντική κοινωνική χρηστικότητα. Θα πρέπει να είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα σχεδιασμών, στρατηγικών, δράσεων και υπηρεσιών, το οποίο θα έχει σχεδιαστεί με στόχο την προαγωγή της φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και εκπαιδευτικής ανάπτυξης των μαθητών. Η Αγωγή Υγείας σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να εξαντλεί τους πόρους και τους στόχους της στο σχολείο, αλλά θα πρέπει να εξαπλώνεται από και προς άλλους φορείς και θεσμούς, όπως η οικογένεια, η τοπική κοινότητα και η πολιτεία γενικότερα. (McLeroy K. et al., 1992) Η σχολική Αγωγή Υγείας θα πρέπει να αποτελεί το

ένανσμα σμα ή το συνδετικό κρίκο για την ανάπτυξη της απαραίτητης συνείδησης και τρόπου ζωής για μακροζωία και υγεία.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο δε θα μπορούσε ποτέ' να επιτύχει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα εάν δεν εξασφαλιζόταν ο δυναμικός συγκερασμός των εξής βασικών παραγόντων:

1. Η διαμόρφωση του κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος, το οποίο περιλαμβάνει (α) το κατάλληλο φυσικό περιβάλλον, (β) την κατάλληλη διαχείριση του περιβάλλοντος, (γ) το κατάλληλο ψυχολογικό περιβάλλον και (δ) την προαγωγή υγείας για όλο το ανθρώπινο δυναμικό τον σχολείου.

1.1. Ως κατάλληλο φυσικό περιβάλλον εννοείται ο συνδυασμός όλων εκείνων των παραγόντων που συνθέτουν ένα υγιεινό και άνετο περιβάλλον για όλο το προσωπικό του σχολείου. Τέτοιοι παράγοντες είναι η αισθητική των κτιρίων, ο φωτισμός, ο εξαερισμός, η καθαριότητα, η ασφάλεια κ.ά.

1.2. Ως κατάλληλη διαχείριση του περιβάλλοντος εννοείται η πολιτική που θα πρέπει να ασκήσουν οι διοικητικές αρχές, ώστε να διαφυλάττονται οι παραπάνω συνθήκες και να παρεμποδίζονται ενέργειες και ουσίες που απειλούν την υγεία των μαθητών, όπως το τσιγάρο, τα ναρκωτικά και η βία.

1.3. Ως κατάλληλο ψυχολογικό περιβάλλον εννοείται η δημιουργία και διαφύλαξη μιας ψυχολογικά υγιούς και υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, το συνεργατικό κλίμα, ο σεβασμός της διαφορετικότητας και η σύμπνοια των εκπαιδευτικών με τις οικογένειες των μαθητών.

1.4. Η προαγωγή υγείας για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του σχολείου αποτελεί το συγκερασμό των τριών παραπάνω παραγόντων και εξασφαλίζεται με τη μέριμνα που θα πρέπει να δείξουν όλοι όσοι σχετίζονται με την εκπαίδευση και την υγεία, όπως το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Υγείας, οι τοπικοί φορείς, οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές, οι γονείς κ.λπ.

2. Η δημιουργία και εκπόνηση κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα επικεντρώνονται σε τρεις περιοχές: στη φυσική άσκηση, στην αγωγή υγείας και στη διάχυση γνώσεων και πληροφοριών που θα αναφέρονται σε ζητήματα υγείας στα αναλυτικά προγράμματα.

3. Η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα στο σχολείο και η εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης και διατροφής. Στο επίπεδο αυτό, το σχολείο θα πρέπει να δείξει ότι όχι μόνο διδάσκει, αλλά συμμορφώνεται και το ίδιο στα πρότυπα που θέτει. Η προσφορά υγιεινών τροφών από το κυλικείο, το άρτιο εξοπλισμένο

φαρμακείο πρώτων βοηθειών, η απαγόρευση του καπνίσματος και για τους εκπαιδευτικούς, η ύπαρξη συμβούλων ή κοινωνικών λειτουργών κ.ά., αποτελούν μερικά μόνο παραδείγματα λειτουργίας ενός σχολείου που προάγει πραγματικά την υγεία.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο, αλλά και στον ευρύτερο κοινωνικό και θεσμικό χώρο, διαμορφώνεται μέσα από συγκεκριμένες αρχές, οι οποίες διέπουν τόσο τις μεθοδολογικές όσο και τις δομικές και λειτουργικές συνιστώσες της. Οι αρχές αυτές κωδικοποιούνται και συστηματοποιούνται μέσα από πέντε θεωρητικά μοντέλα που παρουσιάζει η Ε. Ζυμβρακάκη: (Ζυμβρακάκη Ε., 1996)

1. Το μοντέλο των πεποιθήσεων για την Υγεία (Health belief model). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η στάση και η συμπεριφορά ενός ατόμου αναφορικά με ζητήματα υγείας εξαρτάται από τους εξής παράγοντες: (Stroebe, W. & Stroebe, M., 1995)

1.1. Αν το άτομο αισθάνεται ευάλωτο από μια ασθένεια.

1.2. Πόσο σοβαρός του φαίνεται ο κίνδυνος από μια ασθένεια.

1.3. Το όφελος που προκύπτει από την υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

1.4. Το κόστος που έχει η υιοθέτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

2. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης (Social learning theory). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το κομβικό στοιχείο που καθορίζει τη συμπεριφορά ενός ατόμου είναι το κατά πόσο αυτό αισθάνεται ικανό να συμπεριφερθεί με συγκεκριμένο τρόπο. Χρειάζεται λοιπόν ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και υιοθέτηση βραχυπρόθεσμων και εφικτών στόχων. (Rosenstock I., 1988)

3. Η θεωρία της έλλογης δράσης (Theory of reasoned action). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς εξαρτάται από την πρόθεση που διαμορφώνει κάποιος να συμπεριφερθεί με το συγκεκριμένο τρόπο και φυσικά με τη στάση ή την αντίληψη που διαθέτει αναφορικά με το πλαίσιο δράσης. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι επιθυμίες και τα κίνητρα του. (Rosenstock I., 1988)

4. Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς (Theory of planned behavior). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η αποτελεσματικότητα μιας δράσης εξαρτάται από την αντίληψη που έχει το δρών υποκείμενο για τους παράγοντες που θα προσδιορίσουν τη μορφή και τις συνιστώσες της δράσης του, όπως η δική του στάση και η στάση των άλλων, η εικόνα που έχει το ίδιο το άτομο και οι άλλοι για το συγκεκριμένο υποκείμενο, οι συνθήκες διαβίωσης του κ.ά. (Rosenstock I., 1988)

5. Η θεωρία της κινητοποίησης για την Υγεία (Protection motivation theory). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ενός ατόμου να κινητοποιηθεί για να προστατεύσει την υγεία του είναι οι εξής: (Rosenstock I., 1988)

5.1. Η σοβαρότητα του επιζήμιου γεγονότος

5.2. Η πιθανότητα να συμβεί το γεγονός

5.3. Η ικανότητα του ατόμου να προβεί στη συγκεκριμένη συμπεριφορά

5.4. Η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς για την αποτροπή του επιζήμιου γεγονότος. (Δαρδανός Γ., 2001)

3.5.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στον πυρήνα ενός σχολείου Προαγωγής της Υγείας, εντοπίζεται ο μαθητής. Ωστόσο καθώς η συμπεριφορά, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι αξίες αλλά και οι πράξεις του επηρεάζονται από το σύνολο του σχολικού περιβάλλοντος, αναγνωρίζονται τρεις βασικοί θεματικοί άξονες τους οποίους το σχολείο προαγωγής της υγείας θα πρέπει να προσεγγίσει. Την αγωγή υγείας ως αναπόσπαστο μέρος του επίσημου σχολικού προγράμματος, το σχολικό ήθος, τις πολιτικές και τις εκτός επίσημου προγράμματος δραστηριότητες, καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσονται με την ευρύτερη κοινότητα.

Ένα από τα βασικά στοιχεία ανάπτυξης ενός σχολείου Προαγωγής Υγείας, είναι η κατανόηση ότι οι δραστηριότητες της αγωγής υγείας που αναπτύσσονται στο σχολείο περιλαμβάνουν τόσο το επίσημο ή φανερό πρόγραμμα του σχολείου, όσο και το ανεπίσημο ή κρυφό πρόγραμμα του, προγράμματα τα οποία αλληλεπιδρούν και ανατροφοδοτούνται και οδηγούν τελικά στην καλύτερη εφαρμογή της αγωγής και της προαγωγής της υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Το φανερό πρόγραμμα περιλαμβάνει τις επίσημες και τυποποιημένες δραστηριότητες του σχολείου, δηλαδή την διδασκόμενη ύλη, το δεδομένο σχολικό ωράριο, τις επίσημες αργίες κτλ. Το δεδομένο του χαρακτήρα του επίσημου προγράμματος, είναι αυτό που το οδηγεί στην αδυναμία ευελιξίας και στην αναγωγή του ως περισσότερο αυταρχικό και συντηρητικό. Επιγραμματικά στο επίσημο πρόγραμμα περιλαμβάνονται:

- Το επίσημο πρόγραμμα που διδάσκεται στην τάξη.
- Οι κανονισμοί, οι κανόνες, οι αποδεκτές πρακτικές, οι πολιτικές δηλαδή του σχολείου, οι οποίες συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας των μαθητών.

- Οι ιατρικές, οδοντιατρικές, συμβουλευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες υγείας στα πλαίσια του σχολείου.

- Το ψυχοκοινωνικό, φυσικό, γεωγραφικό περιβάλλον του σχολείου και της τοπικής του κοινότητας.

- Επίσημες και ανεπίσημες συνεργασίες μεταξύ του σχολείου και των γονιών, του τομέα υγείας και της τοπικής κοινότητας.

Αντίθετα, το ανεπίσημο ή κρυφό πρόγραμμα του σχολείου, έχει οριστεί ως (Lister-Sharp, D. et al, 1999) **"το σύνολο του ήθους, το οποίο δημιουργείται από τις συνθήκες του σχολείου, τους κώδικες αρχών, τα κυρίαρχα μοντέλα συμπεριφοράς, τις στάσεις που υιοθετούνται από το προσωπικό σε σχέση με τους μαθητές, και τις αξίες που σιωπηλά επιβάλλονται από τον τρόπο λειτουργίας του σχολείου"**. Το κρυφό πρόγραμμα περιλαμβάνει δηλαδή τις αντιλήψεις, τις αξίες, τις πρακτικές και τα στερεότυπα, όπως αυτά διαμορφώνονται, τόσο μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και από τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της σχολικής κοινότητας, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη συγκεκριμένων προτύπων συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, που αφορούν και επηρεάζουν την υγεία. Επιγραμματικά το κρυφό αναλυτικό πρόγραμμα (hidden curriculum) περιλαμβάνει:

- Τους κώδικες πειθαρχίας.
- Τα πρότυπα συμπεριφοράς που επικρατούν.
- Τη στήριξη των καθηγητών.
- Την ατμόσφαιρα που επικρατεί γενικά.
- Τις αξίες που σταθερά υπαγορεύονται από τον τρόπο λειτουργίας του σχολείου.
- Τις αποτρεπτικές, αλλά και θετικές θέσεις που προωθούνται από το σχολείο.
- Τις υπηρεσίες υγείας μέσα στο σχολείο.
- Τον τρόπο που οι καθηγητές στηρίζουν τους μαθητές.
- Τις στάσεις που οι εκπαιδευτικοί έχουν υιοθετήσει προς τους μαθητές.
- Τα προϊόντα που πωλούνται στα κυλικεία.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το επίσημο και ανεπίσημο πρόγραμμα του σχολείου, στα πλαίσια ενός σχολείου προαγωγής υγείας, θα πρέπει να αλληλεπιδρούν και συμμετοχικά να βοηθούν ώστε να παρέχονται τόσο οι απαραίτητες γνώσεις όσο και δεξιότητες στους μαθητές, οι οποίες θα τους επιτρέπουν ενεργητικά να βελτιώσουν ή να προστατεύσουν την υγεία τους.

Το θέμα του προγράμματος των μαθημάτων είναι επίσης εξαιρετικής σημασίας. Βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να το διέπουν προκειμένου να α-

νταποκρίνεται στις αρχές της προαγωγής υγείας, είναι η προσφορά των κατάλληλων μαθησιακών εμπειριών στους μαθητές, κατά τρόπο που να συμφωνεί με την κοινωνική και γνωστική ανάπτυξη τους, ενώ προτιμάται η σπειροειδής ανάπτυξη των μαθημάτων. (Naidoo, J. And Wills J., 2000) Με τον όρο σπειροειδής ανάπτυξη, νοείται η σταδιακή ανάπτυξη και έκταση των θεμάτων που καλύπτονται, ακολουθώντας τις γνωστικές ικανότητες και ωριμότητα των μαθητών, αξιοποιώντας προσεγγίσεις μέσα από μία πληθώρα γνωστικών αντικειμένων, όπως η φιλοσοφία, η βιολογία, η θεολογία κτλ., αλλά και η επαναπροσέγγιση του ίδιου θέματος. Είναι σημαντικό οι αρχές και τα θέματα της προαγωγής υγείας να ενσωματώνονται και να αποτελούν μέρος του σχολικού προγράμματος και του συνόλου της σχολικής ζωής και όχι ένα αποκομμένο και στείρο μάθημα.

Ένα δεύτερο βασικό χαρακτηριστικό του σχολείου προαγωγής υγείας αποτελεί το ήθος το οποίο διακρίνει το σχολείο όπως αυτό διαμορφώνεται από το πρόγραμμα, τη δομή και τις αξίες του σχολείου, και την ποιότητα των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της σχολικής κοινότητας. Το ήθος θα μπορούσε πιο απλά να περιγραφεί ως η συνολική ατμόσφαιρα του σχολείου. Το ήθος θεωρείται ότι επιδρά και έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία και την ευεξία, στοιχεία τα οποία θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη ήθους που συνάδει με τις αρχές της προαγωγής υγείας είναι:

- Έντονο αίσθημα κοινωνικής συμμετοχής
- Καλές διαπροσωπικές σχέσεις ;
- Κατάλληλη φροντίδα των μαθητών αλλά και του προσωπικού '
- Προώθηση της ικανότητας των μαθητών για λήψη αποφάσεων
- Ανάπτυξη του αισθήματος του πολίτη

Σε κάθε περίπτωση το σχολείο που θέλει να προάγει το ήθος, θα πρέπει να συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτό-εκτίμησης των μελών της σχολικής κοινότητας, να προωθεί τις σχέσεις που βασίζονται σε αμοιβαία κατανόηση και επιμερισμό και να προσπαθεί συνεχώς για την απόκτηση αποτελεσματικής μάθησης και όχι απλώς στην "εκπαίδευση", αλλά την καταβολή καλύτερης προσπάθειας εφαρμογής διαδικασιών μάθησης οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις ικανότητες των μαθητών. (Naidoo, J. and Wills J., 2000' Scottish Executive, 2000)

Οι πολιτικές που διαμορφώνονται στο σχολείο αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα και του ήθους που το χαρακτηρίζει. Ακολούθως ένα σχολείο που παρέχει ίσες

ευκαιρίες, προάγει την ασφάλεια όλης της σχολικής κοινότητας, είναι ευαισθητοποιημένο σε βασικά θέματα υγείας και προάγει με δημοκρατικούς τρόπους την συμμετοχή των μαθητών στην λήψη αποφάσεων, θεωρείται εναρμονισμένο με τις αρχές του σχολείου προαγωγής υγείας. Εξίσου σημαντικό είναι και το φυσικό περιβάλλον του σχολείου. Ένα περιβάλλον που σέβεται τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, προάγει την οικολογική συνείδηση αποτελεί τόσο αισθητικά όσο και ουσιαστικά ένα χώρο που διεγείρει θετικά τους μαθητές αλλά και το προσωπικό, γίνεται ένας χώρος όπου η μάθηση αλλά και η εργασία είναι πιο ευχάριστη και δημιουργική. Τα μέλη της σχολικής κοινότητας μαθαίνουν να αγαπούν και να σέβονται το χώρο που περνούν ένα μεγάλο και σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους, όταν ο χώρος αυτός σέβεται και τις δικές τους ανάγκες και χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού υπηρεσίες.

Τέλος, βασικό χαρακτηριστικό του σχολείου προαγωγής υγείας, είναι η ικανότητα του να δημιουργεί καλές σχέσεις και δεσμούς επικοινωνίας με την κοινότητα. Το σχολείο δεν είναι αποσπασμένο από την υπόλοιπη κοινότητα, αλλά αντίθετα αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικούς τομείς της. Υπό αυτήν την πραγματικότητα, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν μέρος και να συμβάλλουν στην καλύτερη λειτουργία του και άλλοι συμμετέχοντες φορείς, όπως οι γονείς, ή άλλες κοινοτικές υπηρεσίες, οι οποίες σε συνεργασία με το σχολείο, μπορούν να συνεισφέρουν στη βελτίωση και την προάσπιση της υγείας. Η συμμετοχή των γονέων μπορεί να αφορά τόσο στην συμμετοχή σε προγράμματα αγωγής υγείας, σε άλλες δραστηριότητες όπως φεστιβάλ υγείας, αλλά ακόμα και στην συμμετοχή λήψεως αποφάσεων αναφορικά με τα σχολικά γεύματα, ή τις τροφές που διατίθενται από τα σχολικά κυλικεία. Υπάρχουν παραδείγματα προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία διοργανώνονταν προκειμένου με παιχνίδια, χορό, ή ακόμα και την εκτέλεση μαγειρικών συνταγών να προωθούνται μηνύματα φυσικής άσκησης, υγιεινής διατροφής, ευαισθητοποίησης και ανταλλαγής απόψεων αναφορικά με διάφορα θέματα υγείας, ενώ άλλα προγράμματα αφορούν στην εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων μεταξύ των μαθητών και των οικογενειών τους κατά τα οποία ο μαθητής και η οικογένεια του θέτουν στόχους υγείας, και σχεδιάζουν δραστηριότητες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην πραγμάτωση των στόχων αυτών. (Parcel, G.S. et al, 2000)

Εκτός των γονέων, σημαντική είναι και η ανάπτυξη καλών και ισχυρών συνεργασιών με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας. Υπάρχουν διάφοροι φορείς οι οποί-

οι μπορούν να συμβάλλουν, ιδιαίτερα στην αγωγή υγείας. Άτομα και οργανισμοί οι οποίοι δραστηριοποιούνται σε διάφορα θέματα υγείας, ή ασφάλειας μπορούν να παράσχουν ανάλογα μαθήματα. Ένα ανάλογο παράδειγμα στην χώρα μας αποτέλεσαν τα φεστιβάλ υγείας, κατά τα οποία τα παιδιά του σχολείου ενημερώθηκαν για διάφορα θέματα υγείας. Επιπροσθέτως, οι επαγγελματίες υγείας διενήργησαν κατά το σχολικό έτος με την σύμφωνη γνώμη διδασκόντων και γονέων, ανίχνευση διαφόρων προβλημάτων υγείας, όπως οπτικής και ακουστικής οξύτητας, φθειρίασης, σκολίωσης, πραγματοποιήθηκαν σωματομετρήσεις, ενώ έγιναν και παρουσιάσεις θεμάτων υγείας, σε όλες τις τάξεις του δημοτικού σχολείου. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Όλα τα ως άνω καθιστούν εμφανές ότι το σχολείο, οι γονείς και η ευρύτερη κοινότητα υπό το πρίσμα της προαγωγής υγείας μπορούν να συνεργαστούν ε-ποικοδομητικά και δημιουργικά, αποδεικνύοντας, ότι η υγεία είναι συλλογική ευθύνη και η οποία απαιτεί την καταβολή συλλογικών προσπαθειών.

3.5.2 ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΕΝΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου περισσότερα σχολεία, αλλά και όλοι όσοι χαράσσουν πολιτική υγείας, να πεισθούν ότι η προαγωγή υγείας μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη υγεία του σχολικού περιβάλλοντος, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας που προωθούν την έννοια των σχολείων Προαγωγής Υγείας, να προβάλλουν τα αντικειμενικά οφέλη που προκύπτουν από την προσέγγιση αυτή. Τα οφέλη αφορούν τόσο στους μαθητές, όσο και στο προσωπικό του σχολείου, αλλά και τελικά στην ευρύτερη κοινότητα, αφού το σχολείο αποτελεί βασικό κοινωνικό θεσμό. (WHO, 1998' Lister-Sharp, D. et al, 1999' WHO, 1997) Το σχολείο προετοιμάζει αυριανούς υπεύθυνους και υγιείς πολίτες, αποτελεί ζωτικό χώρο εργασίας για έναν μεγάλο αριθμό εργαζομένων καθώς και έναν βασικό κοινωνικό φορέα εξέλιξης, προόδου και ευημερίας.

Οι εργαζόμενοι σε ένα τέτοιο σχολείο, απολαμβάνουν ένα εργασιακό περιβάλλον που αναγνωρίζει και σέβεται τις ανάγκες διατήρησης καλής υγείας και ασφάλειας, είναι υποστηρικτικό, τους προσφέρει νέες προκλήσεις στο επίπεδο του εκπαιδευτικού τους ρόλου και τους παρέχει την δυνατότητα να προσεγγίσουν την υγεία ολιστικά.

Οι μαθητές αντιστοίχως ζουν και διδάσκονται σε ένα περιβάλλον που προάγει και προστατεύει την υγεία και τη ασφάλεια τους, αναπτύσσουν δεξιότητες και αποκτούν γνώσεις οι οποίες τους βοηθούν να γίνουν υπεύθυνοι πολίτες και να

αυξήσουν τον έλεγχο της υγείας τους εφ' όρου ζωής, τους επιτρέπει να λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων και να γίνονται ενεργά μέλη, να συνδέονται με την κοινότητα τους και να αναβαθμίσουν την ποιότητα των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Εξίσου σημαντικά είναι και τα οφέλη για την ευρύτερη κοινότητα, καθώς γονείς, αλλά και άλλες κοινοτικές υπηρεσίες, συμμετέχουν ενεργά και συνεργάζονται με το σχολείο για να προάγουν την υγεία των μαθητών και όλης της σχολικής κοινότητας, ανατροφοδοτώντας και αναβαθμίζοντας ουσιαστικά την ποιότητα ζωής όλης της κοινότητας.

Τέλος δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι η ανάπτυξη ενός σχολείου προαγωγής της υγείας, ωφελεί σημαντικά και την πολιτική ηγεσία και όλους όσους είναι υπεύθυνοι για την χάραξη πολιτικών υγείας, καθώς προσφέρει ένα ουσιαστικό πλαίσιο ανάπτυξης πολιτικής υγείας, και βοηθάει προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν θέσει οι κυβερνήσεις για την αναβάθμιση και την προστασία της υγείας των πολιτών της, και δη του πλέον ευαίσθητου και σημαντικού πληθυσμού, όπως τα παιδιά και οι νέοι. Επιπροσθέτως, αναβαθμίζεται και τονίζεται ο ρόλος του σχολείου ως θεμελιώδους κοινωνικού θεσμού, ο οποίος αναγνωρίζει ότι η υγεία και η εκπαίδευση αποτελούν όρους οι οποίοι αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν ο ένας τον άλλον.

Ένα σχολείο προαγωγής υγείας συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι: (Public Health South, 2004)

- Προσφέρει ένα ολιστικό μοντέλο υγείας, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις διαστάσεις της.
- Παρέχει τη δυνατότητα στους γονείς να συμμετάσχουν εποικοδομητικά στην ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των παιδιών τους.
- Αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα του φυσικού περιβάλλοντος, συμβάλλοντας στην καλύτερη υγεία των παιδιών.
- Αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του σχολικού ήθους, προκειμένου το σχολείο να προάγει τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις και να αναπτύσσει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που προωθεί τη μάθηση.
- Προωθεί τη συνεργασία μεταξύ διαφόρων φορέων σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

- Συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός επίσημου σχολικού προγράμματος το οποίο θα παράσχει στους μαθητές τις απαραίτητες και κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, και στου οποίου την διαμόρφωση οι μαθητές συμβάλλουν ενεργητικά.

- Προωθεί την ισότητα στην εκπαίδευση και την υγεία.

- Δημιουργεί ένα υποστηρικτικό και ασφαλές περιβάλλον εργασίας. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.5.3 ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ανεξάρτητα από το ποια είναι η δραστηριότητα, ή η στρατηγική που σχεδιάζεται στα πλαίσια της προαγωγής υγείας, υπάρχουν δυστυχώς ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να εμποδίσουν την επιτυχή εφαρμογή τους στο σχολείο. Ωστόσο οι παράγοντες αυτοί υπάρχουν και συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας, ή όσοι χαράσσουν πολιτικές υγείας, θα πρέπει να είναι σε θέση να τους αναγνωρίσουν, ώστε και να τους αντιμετωπίσουν. (Naidoo, J. And Wills J., 2000. Parcel, G.S. et al, 2000)

Ένα βασικό εμπόδιο αποτελεί **η δομή και οι απαιτήσεις του επίσημου σχολικού προγράμματος**. Το σχολικό πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα πλήθος μαθημάτων, στα οποία οι μαθητές αλλά και οι καθηγητές καλούνται να αντεπεξέλθουν. Για τους μαθητές συχνά η επίτευξη υψηλών επιδόσεων αποτελεί βασικό στόχο, ιδιαίτερα στα πλαίσια εκπαιδευτικών συστημάτων τα οποία απαιτούν από τους μαθητές την συγκέντρωση ορισμένης βαθμολογίας προκειμένου να μπορέσουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους στα γνωστικά αντικείμενα που επιθυμούν. Οι απαιτήσεις των σύγχρονων κοινωνιών προσανατολίζουν τους μαθητές στην απόκτηση βασικών δεξιοτήτων αναφορικά με τις νέες τεχνολογίες όπως η πληροφορική και η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Κατά συνέπεια, σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον όπως το σχολείο, η προτεραιότητα του σχολικού προγράμματος εντοπίζεται στις βασικές θεωρητικές επιστήμες, και καθώς το πρόγραμμα δεν είναι ευέλικτο, θεωρείται ότι δεν υπάρχει επαρκής χρόνος για την αγωγή υγείας, ή άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, οι μαθητές, λόγω του φόρτου εργασίας, δεν δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για τυχόν συμμετοχή σε προγράμματα αγωγής υγείας εκτός του καθιερωμένου σχολικού προγράμματος. Για να υπερπηδηθεί το εμπόδιο του χρονικού περιορισμού του σχολικού προγράμματος, θα πρέπει η αγωγή υγείας να μπορεί να ενσωματώνεται και

να αφομοιώνεται στο επίσημο σχολικό πρόγραμμα, να είναι συνεχής, σπειροειδής και όχι αποσπασματική.

Φυσικά, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι βασικό εμπόδιο αποτελεί και η ύπαρξη μη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού στο σχολείο το οποίο να μπορεί να αντεπεξέλθει στις ανάγκες της αγωγής υγείας. Πολύ περισσότερο σε καμία περίπτωση ένα σχολείο του οποίου οι εκπαιδευτικοί έχουν ένα υπερφορτωμένο πρόγραμμα δεν εξυπηρετεί του σκοπούς ενός σχολείου που προάγει την υγεία. Η αγωγή υγείας απαιτεί δεξιότητες και ικανότητες οι οποίες μόνο με επαρκή εκπαίδευση, αλλά και συνεχή εμπειρία, μπορούν να αποκτηθούν. Οι εκπαιδευτές αγωγής υγείας θα πρέπει πρωτίστως να έχουν κατανοήσει τον ολιστικό και κοινωνικό χαρακτήρα της υγείας, και να είναι σε θέση να αξιοποιήσουν μεθοδολογίες οι οποίες δεν περιορίζονται στις τετριμμένες και παραδοσιακές παθητικές μεθόδους, αλλά σε μεθόδους που επιτρέπουν στο μαθητή την ενεργητική συμμετοχή. Θα πρέπει να αναγνωρίζεται σε κάθε περίπτωση η ανάγκη για ολοκληρωμένη εκπαίδευση όσων προσφέρουν υπηρεσίες αγωγής υγείας στο σχολείο και να δημιουργούνται οι κατάλληλες υποστηρικτικές δομές, καθώς οι εκπαιδευτικοί, είναι ήδη επιφορτισμένοι με ένα πολύ δύσκολο έργο, καθώς είναι υπεύθυνοι για την μόρφωση και την εκπαίδευση των παιδιών.

Ένας τρίτος παράγοντας που εμποδίζει την εφαρμογή της προαγωγής και αγωγής υγείας στο σχολείο είναι η έλλειψη επαρκών οικονομικών και άλλων πόρων, καθώς συχνά οι κρατικοί προϋπολογισμοί είναι ανεπαρκείς, ενώ και η κατανομή των πόρων για την παιδεία και την υγεία δεν είναι πάντα επιτυχής. Η αγωγή και η προαγωγή υγείας απαιτούν τη δέσμευση όσων χαράσσουν και κάνουν πολιτική και την ανάλογη υποστήριξη, η οποία σε έναν σημαντικό βαθμό εκφράζεται από την ορθή οικονομική υποστήριξη. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Τέλος, συχνό εμπόδιο για τη δημιουργία υγιών σχολείων αποτελεί και ο διχασμός στην κοινή γνώμη, ή μεταξύ των υπευθύνων πολιτικών, αναφορικά με την θεματολογία της αγωγής υγείας. Έτσι, ιδιαίτερα σε θέματα όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, και τα ναρκωτικά, υπάρχει αντίλογος τόσο αναφορικά με την καταλληλότητα, όσο και την σημαντικότητα των θεμάτων αυτών. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να καταστεί σαφές, ότι η αγωγή υγείας, όπως και η ίδια η έννοια της υγείας, πρέπει να αντιμετωπίζεται ολιστικά, και η θεματολογία της να μην περιορίζεται αλλά αντίθετα να ακολουθούνται οι κατάλληλες μεθοδολογίες οι οποίες σέβονται την ευαισθησία που χαρακτηρίζει κάποια θέματα, τα προσεγγίζει

κατάλληλα και δεν τα παραγνωρίζει, υπό το πνεύμα ενός ψεύτικου και κατασκευασμένου πουριτανισμού.

3.5.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Η περιγραφική επιδημιολογία, η παθογένεια και η φυσική ιστορία των διαφόρων νοσημάτων δεν έχουν κατά βάση καμία σχέση με την εφαρμογή της προληπτικής αγωγής στους νέους. Αυτή υπαγορεύεται από ανάγκες που γεννούν διάφοροι παράγοντες, καθώς και οι καθημερινές δραστηριότητες των ανθρώπων. Πολλά από τα νοσήματα της σύγχρονης δημοπαθολογίας οφείλονται σε μια σειρά παραγόντων που η συνδυαστική τους επίδραση αποτελεί το κύριο αίτιο αυτών των νοσημάτων. Μερικοί από τους ως άνω παράγοντες δεν είναι παρά εκφράσεις καθημερινών δραστηριοτήτων ή ποσοτικές και ποιοτικές εκτροπές των δραστηριοτήτων αυτών (όπως μερικές διαιτητικές καταχρήσεις). Είναι πανθομολογούμενο και εξακριβωμένο ότι στις νεαρές συνήθως ηλικίες διαμορφώνονται τόσο οι συνιστώσες των καθημερινών δραστηριοτήτων, όσο και γενικότερα οι παράμετροι της συμπεριφοράς. Αυτές οι συνιστώσες και οι παράμετροι συνθέτουν το ένα σκέλος της αιτιώδους σχέσης "συμπεριφορά-υγεία". Είναι επίσης τεκμηριωμένη η θέση που υποστηρίζει ότι η ανάκληση μιας νοσογόνας συνήθειας σε μεγαλύτερη ηλικία είναι πολύ δυσκολότερη και από αυτή τη δημιουργία συνθηκών με σκοπό την αποτροπή της εγκατάστασης της σε νεαρότερα άτομα.

Οι προηγούμενες διαπιστώσεις, καθώς και άλλα θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα καθιστούν σχεδόν αυτονόητη και αυταπόδεικτη ανάγκη για επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην αγωγή υγείας των νέων. Παρόλα αυτά η προληπτική αγωγή υγείας δεν είναι πάντα επιτυχής και οι λόγοι της συνειδητής ή υποσυνείδητης αντίστασης των νέων στην αποδοχή των βασικών της επιταγών είναι αδιευκρίνιστοι. Έχουν προταθεί διάφορες ερμηνείες που ανάμεσα τους συγκαταλέγονται και οι εξής: (Δαρβίρη Χρ., χ.χ.)

1. Ο πιθανολογικός και αβέβαιος χαρακτήρας της πρόληψης σε αντιδιαστολή προς τον προσωποπαγή και σίγουρο χαρακτήρα της θεραπευτικής ιατρικής.
2. Η αυταπάτη της ευθανασίας που υποβαθμίζει στην καθημερινή ζωή τη σημασία των κινδύνων που απεργάζονται το τέλος της.
3. Η λανθάνουσα μακροχρόνια περίοδος πολλών νοσημάτων που στα νεαρά άτομα φαίνεται σχετικά μεγαλύτερη.

4. Η πίστη στις μελλοντικές δυνατότητες της θεραπευτικής τεχνολογίας και η συνακόλουθη προσδοκία και στήριξη των ελπίδων σ' αυτή (η πίστη αυτή δεν είναι πάντα δικαιολογημένη).

5. Η συνειδητή επιλογή βραχυπρόθεσμων ηδονιστικών προτύπων σαν έκφραση αβεβαιότητας και αδιαφορίας για το μέλλον.

Η προληπτική αγωγή υγείας για τους νέους συνιστά ένα πρόβλημα του οποίου η κοινωνική διάσταση στοιχειοθετείται από μια σειρά δεδομένων. Μια αδρομερής και απλή προσέγγιση του προβλήματος επισημαίνει οφθαλμοφανείς διαπιστώσεις όπως οι ακόλουθες: Πολλές δραστηριότητες συγκεκριμένων ατόμων μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την υγεία τόσο των ιδίων όσο και άλλων, με τους οποίους συστεγάζονται, καλλιεργούν συναισθηματικές σχέσεις, συντηρούν κοινωνικές εξαρτήσεις κλπ. Εξάλλου, η άσκηση συλλογικής πίεσης και η ενδεχόμενη διαμόρφωση πολιτικής βούλησης για την καθιέρωση και προβολή ενός συστήματος αξιών συνιστούν επίσης όψεις της κοινωνικής έκφρασης της Αγωγής Υγείας. Τυπικό παράδειγμα μιας τέτοιας έκφρασης είναι η δραστηριοποίηση που αποβλέπει στην καταπολέμηση και τον περιορισμό της ρύπανσης του περιβάλλοντος. Τέλος, η διαδικασία που αποσκοπεί στην πληροφόρηση της κοινής γνώμης και μέσω αυτής διανοίγει προοπτικές για την καθιέρωση προτεραιοτήτων μιας ευρύτερης υγειονομικής πολιτικής αποτελεί ένα άλλο τομέα της κοινωνικής διάστασης του προβλήματος.

Η καίρια κοινωνική σημασία της Αγωγής Υγείας για τους νέους καταφαίνεται και από τους υψηλούς και φιλόδοξους στόχους της σχετικά με τη συνολική βελτίωση της κοινωνίας. Καθώς οι νέοι αποτελούν το πιο ενεργό και δραστήριο τμήμα του πληθυσμού σε ό,τι αφορά τη σύλληψη, προβολή και υλοποίηση των ιδεών που προωθούν τις κοινωνικές μεταβολές, η επικέντρωση της αγωγής υγείας σ' αυτούς αποτελεί την πιο φυσική έκφραση ενός ορθολογιστικού κοινωνικού σχεδιασμού και δεν περιορίζεται απλά στην εξυπηρέτηση άμεσων βιοϊατρικών στόχων.

Μια σειρά άλλες, επίσης σημαντικές πλευρές, που τα παραδοσιακά υγειονομικά κριτήρια δεν επιτρέπουν την εύκολη επισήμανση τους έρχονται να προστεθούν στα θετικά αποτελέσματα της Αγωγής Υγείας των νέων. Τέτοιες συνέπειες είναι: (Δαρβίρη Χρ., χ.χ.)

α) Η αποσύνδεση της φροντίδας για την υγεία από τη νοσοκεντρική πρόληψη και θεραπεία δεδομένου μάλιστα ότι η νεανική ηλικία χαρακτηρίζεται από τους χαμηλότερους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας,

β) Η ένταξη της στον ευρύτερο χώρο των κοινωνικών δραστηριοτήτων και η συνακόλουθη ψυχολογική ανακούφιση και απαλλαγή από τις "επώδυνες υποκειμενικές εγγραφές", που συνοδεύουν και δυναστεύουν συχνά τους ενήλικες.

γ) Η έμπρακτη καθιέρωση της σύγχρονης άποψης ότι η υγεία είναι δικαίωμα συνοδευόμενο από υποχρεώσεις που υπαγορεύουν συχνή επαγρύπνηση και ενεργό συμμετοχή.

δ) Η τεκμηρίωση της θέσης ότι η εξασφάλιση της έγκαιρης, αποτελεσματικής και κοινής για όλους περίθαλψης δεν είναι επαρκής όρος για την πλήρη έκφραση της κοινωνικής ευθύνης πάνω στο πρόβλημα της υγείας. Απαιτείται ακόμη η παροχή όλων εκείνων των προϋποθέσεων οι οποίες θα προεξοφλήσουν τη συνειδητή ανάληψη, από όλους, των ευθυνών για την υγεία. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

3.5.5 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση, η UNESCO, η UNICEF, ο ΟΟΣΑ και άλλοι διεθνείς οργανισμοί εκτιμούν ότι η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας συμβάλλουν στην αφύπνιση και ενίσχυση των δυνατοτήτων του ανθρώπου για την ανάληψη υπεύθυνης στάσης στη διαχείριση της προσωπικής και περιβαλλοντικής υγείας. Τα προγράμματα είναι πιο αποτελεσματικά όταν διεξάγονται εκεί όπου ζει και εργάζεται ο άνθρωπος, όταν δηλαδή είναι μέρος της καθημερινής ζωής. Το σπίτι, το σχολείο, ο χώρος εργασίας, η κοινότητα, η πόλη είναι κατάλληλα περιβάλλοντα για την προώθηση και εφαρμογή της αγωγής και προαγωγής της υγείας. (WHO, 1993· Σώκου Κ., 1994γ· Σώκου Κ. 1994δ)

Σημαντικός σταθμός για την πολιτική στην υγεία και τη σύγχρονη ανάπτυξη της αγωγής και προαγωγής της υγείας ήταν το συνέδριο της Alma-Ata το 1977. (WHO, 1984) Στο συνέδριο αυτό η ΠΟΥ έθεσε ως κύριο στόχο την ανάπτυξη της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας υγείας. Ως κορμός της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας υγείας θεωρείται η Αγωγή Υγείας. Η υγεία παύει να ορίζεται ως η ανυπαρξία της ασθένειας και ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Θεωρείται ότι έχει σχέση με γενετικούς, ανθρωπολογικούς, κοινωνικούς, δημογραφικούς και πολιτικούς παράγοντες. Η πρόληψη αποϊατρικοποιείται, ενώ, παράλληλα, δίνεται έμφαση στην ευθύνη του

ατόμου και της κοινότητας για την υγεία του πληθυσμού. Δέκα χρόνια αργότερα, το 1986, η ΠΟΥ με τη Διακήρυξη της Οττάβα καλεί τα κράτη-μέλη να στραφούν προς την προαγωγή της υγείας και την ανάπτυξη της στους χώρους εργασίας. Διακηρύσσεται η ανάγκη:

- Δημιουργίας δημόσιας πολιτικής με στόχο την υγεία
- Δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος
- Υποστήριξης της καλής υγείας
- Ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού υγείας
- Ανάπτυξης των προσωπικών δεξιοτήτων
- Επαναπροσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας.

Δύο χρόνια αργότερα, στο συνέδριο της Αδελαΐδας το 1988, έγινε από την ΠΟΥ η διακήρυξη για την προτεραιότητα που πρέπει να δοθεί από τα κράτη-μέλη στην ανάπτυξη της "υγιούς δημόσιας πολιτικής".

Το Νοέμβριο της ίδιας χρονιάς, οι Υπουργοί των 12 Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας συνυπέγραψαν την απόφαση της Κοινότητας για την εισαγωγή της Αγωγής Υγείας στη σχολική εκπαίδευση. Η απόφαση διευκρινίζει τους στόχους της Αγωγής Υγείας στο σχολείο και καθορίζει τις δραστηριότητες που πρέπει να αναπτυχθούν σε Εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο. (Αθανασίου Κ., 2007)

3.5.6 ΣΧΟΛΕΙΟ: ΠΟΣΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Το σχολείο υπήρξε ένας φυσικός χώρος μάθησης και συστηματικής διαπαιδαγώγησης" όλου του πληθυσμού για πολλά και συνεχή χρόνια. Όλος ο νεανικός πληθυσμός στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες έχει τουλάχιστον 15.000 ώρες υποχρεωτικής σχολικής εκπαίδευσης. Η ύλη και το πρόγραμμα του σχολείου ανταποκρίνονται στις ηλικιακές ομάδες και είναι προσαρμοσμένο στις δυνατότητες της πλειοψηφίας και στις κοινωνικές αξίες του κάθε τόπου. Η ζωή στη σχολική κοινότητα συμβάλλει στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας του νεαρού μαθητή, στην ψυχική και συναισθηματική του ωρίμανση, στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, του ήθους και της συμπεριφοράς, στη σωματική ανάπτυξη, στην υιοθέτηση αξιών και στάσεων. (Σώκου Κ., 1994β· WHO, 1991)

Η συστηματική εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας στο σχολείο ενημερώνει και εκπαιδεύει τους μαθητές, αναπτύσσοντας τις δεξιότητες

τους για την επιλογή υγιών στάσεων, την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τον προσδιορισμό στόχων, τη συμμετοχή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που βελτιώνουν την ανθρώπινη επικοινωνία και τη σχέση με το περιβάλλον. Ο μαθητικός πληθυσμός μαθαίνει να αναγνωρίζει τις συνέπειες καθημερινών αποφάσεων, πράξεων και συμπεριφορών που μπορεί να επιφέρουν ανεπιθύμητες αλλαγές στην ατομική και συλλογική υγεία. (WHO, 1993· Σώκου Κ., 1993)

Το σχολείο μπορεί να προβάλλει την αγωγή και προαγωγή της υγείας μέσα από το σχολικό ήθος, το σχολικό πρόγραμμα, τους κανονισμούς και τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, τους μαθητές, τους γονείς και την κοινότητα. (Young I. & William T., 1989)

Οι εκπαιδευτικοί, εξάλλου, μπορούν να εφαρμόσουν αρχές της αγωγής και προαγωγής της υγείας, να τις αφομοιώσουν στη σχολική ύλη και ζωή, να τις προβάλουν οι ίδιοι με τη στάση και συμπεριφορά τους, να διδάξουν σχετικές γνώσεις και να τις αναπτύξουν με πρότυπα προγράμματα. (Draijer J., Williams T., 1991· Σώκου Κ., 1994δ)

Η ανάπτυξη πρότυπων προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας περιλαμβάνει συγκεκριμένες αρχές και πολλές αλληλοσυμπληρούμενες μεθόδους, που χαρακτηρίζονται από την ενεργό συμμετοχή όλων των μαθητών.

Η ανάπτυξη των προγραμμάτων στο σχολείο είναι σπειροειδής. Τα θέματα "ξετυλίγονται" και "απλώνονται". Το ίδιο θέμα υγείας προσεγγίζεται από τα μαθηματικά, τη βιολογία, την ανθρωπολογία, τη φυσική, τη φιλολογία, τη θεολογία, τη φιλοσοφία και άλλα μαθήματα και αναπτύσσεται ανάλογα με την ηλικία του μαθητή. Το περιεχόμενο και το μήνυμα ανταποκρίνονται στην ωριμότητα και ανάπτυξη των μαθητών, όπως συμβαίνει με όλη τη σχολική ύλη. Η αγωγή και προαγωγή της υγείας και το ιδιαίτερο θέμα που αναπτύσσεται αφομοιώνεται στο σχολικό πρόγραμμα και στη σχολική ζωή και χαρακτηρίζει τη σχολική κοινότητα, χωρίς να γίνεται αυτοσκοπός. Το ένα θέμα οδηγεί στο επόμενο, καλύπτοντας όλα τα επίκαιρα προβλήματα και το εύρος της υγείας, με έμφαση στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας του μαθητή, στην ψυχική και κοινωνική του ωρίμανση και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. (Σώκου Κ., 1994β· WHO, 1989)

3.5.7 ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΧΩΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η οργάνωση των σύγχρονων συστημάτων υγείας έχει αποδώσει στα νοσοκομεία έναν από τους πλέον πρωταρχικούς ρόλους στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, καθώς στον χώρο αυτό συγκεντρώνεται και παρέχεται ένας μεγάλος όγκος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ή ασθένειας, όπως άλλωστε αποδεικνύεται από την φύση των περισσότερων εξ αυτών. Για την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας και του κοινού, ο χώρος του νοσοκομείου συνδέεται κυρίως με τη νόσο και την θεραπεία της, και όχι με παρεμβάσεις που υπό το πνεύμα της προαγωγής υγείας, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν. Ιστορικά, τα χαρακτηριστικά, οι στόχοι και οι υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια των οργανισμών αυτών έχουν αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Μέσα από την εξέλιξη αυτή αναπτύχθηκε και η ιδέα ενός νοσοκομείου, που μπορεί ανάμεσα σε άλλα, να συμβάλλει ουσιαστικά στην προώθηση της υγείας. Οι αλλαγές στις βασικές αιτίες θνητότητας και νοσηρότητας, η απομάκρυνση από το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο, και η κατανόηση ότι η υγεία αποτελεί σύνθετο φαινόμενο με κοινωνικές διαστάσεις, καθώς και η αδυναμία των συστημάτων υγείας να συμβάλλουν ουσιαστικά προς την προστασία και τη δημιουργία της υγείας, αποτέλεσαν βάσεις για την ανάγκη εισαγωγής νέων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, καθώς και όσους σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Παράγοντες δηλαδή που η προσέγγιση της προαγωγής υγείας κατανοεί και αντιμετωπίζει.

Τα νοσοκομεία αποτελούν τον πυρήνα των συστημάτων υγείας, απορροφώντας περίπου το 40% με 70% των συνολικών δαπανών για την υγεία. (Pelikan, J.M. et al, 2001) Παράλληλα, αποτελούν το χώρο στον οποίο κυρίως ασκείται η σύγχρονη ιατρική πρακτική, συντελούν στην αύξηση της γνώσης και της εμπειρίας, μέσα από την έρευνα και την εκπαίδευση, και επηρεάζουν τις πρακτικές άλλων υπηρεσιών και φορέων. Το νοσοκομείο, πραγματικά προσφέρει ένα πλήθος επιλογών για την εφαρμογή της προαγωγής υγείας, προσεγγίζοντας τις διάφορες διαστάσεις του ρόλου του. (Groene O., et al, 2005) Σύμφωνα με τον ρόλο του **ως παροχέα υπηρεσιών υγείας και φροντίδας**, το νοσοκομείο μπορεί να ενσωματώσει στην καθημερινή του πρακτική τις αρχές της προαγωγής υγείας, είτε δημιουργώντας νέες υπηρεσίες είτε αναδιαμορφώνοντας τις ήδη υπάρχουσες, ώστε να βοηθήσει τελικά στην ενδυνάμωση των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αυτές, επιτρέποντας τους, να συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία ή την αποκατάσταση της

υγείας τους, αλλά και στην διατήρηση της. Επιπλέον, στο χώρο αυτό απασχολούνται **πολλοί εργαζόμενοι. Υπολογίζεται ότι 300 νοσοκομεία στην Ευρώπη απασχολούν περίπου το 3% του συνολικού εργατικού δυναμικού.** (Pelikan, J.M. et al, 2001) Σημειωτέον ότι **οι συνθήκες εργασίας στο νοσοκομείο κρύβουν αρκετούς κινδύνους για την υγεία**, οι οποίοι δεν εντοπίζονται μόνο στην έκθεση σε χημικούς, τοξικούς και φυσικούς παράγοντες αλλά και στα αυξημένα επίπεδα στρες στα οποία εκτίθενται όσοι σχετίζονται με την πίεση και τις απαιτήσεις που υπάρχουν στον χώρο αυτό. Ωστόσο αν και τα νοσοκομεία στοχεύουν στην αποκατάσταση της υγείας, η δράση αναφορικά με την υγεία των εργαζομένων δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη. Με την εφαρμογή όμως προγραμμάτων προαγωγής υγείας, μπορεί να βελτιωθεί και να προστατευθεί η υγεία των εργαζομένων, με όλα τα συνακόλουθα οφέλη που παρέχει η εφαρμογή της προαγωγής υγείας στην εργασία. Επιπροσθέτως, **πολλοί χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του** είτε ως επισκέπτες, είτε σε καθημερινή βάση ως ασθενείς, προσφέροντας σε πολλούς τη δυνατότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης, αγωγής και προαγωγής υγείας, προωθώντας την ευαισθητοποίηση, την αύξηση της γνώσης για την υγεία, την καλύτερη διαχείριση της ασθένειας, την βελτίωση της ποιότητας ζωής χρόνιων πασχόντων, την αλλαγή συμπεριφοράς καθώς και τη στροφή προς έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Παράλληλα, το νοσοκομείο αποτελεί **έναν φυσικό χώρο και περιβάλλον του οποίου οι συνθήκες επηρεάζουν ένα πλήθος ατόμων, εντός και εκτός αυτού.** (Pelikan, J.M. et al, 2001) Τα νοσοκομεία παράγουν μια μεγάλη ποσότητα απορριμμάτων, πολλά από τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην περιβαλλοντική μόλυνση. Η κτιριακή τους υποδομή και τα χαρακτηριστικά της, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, όπως η εφαρμογή αντικαπνιστικών εκστρατειών, η χρήση ασφαλών υλικών, αλλά και η προώθηση συμπεριφορών που το αναγάγουν σε υγιή χώρο στο κοινωνικό επίπεδο, αναδεικνύουν ένα εύρος επιλογών εφαρμογής των αρχών της προαγωγής υγείας.

Όλες οι προαναφερθείσες προοπτικές εφαρμογής της προαγωγής υγείας στα πλαίσια του νοσοκομείου, αποτέλεσαν μέρος προγραμμάτων που αναπτύχθηκαν υπό τον ΠΟΥ και τα κράτη μέλη για τον επαναπροσανατολισμό των νοσοκομείων και την δημιουργία του Δικτύου Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας.

Ένα Νοσοκομείο Προαγωγής Υγείας, δεν απομακρύνεται από το βασικό του σκοπό που είναι η θεραπεία ασθενειών και η αποκατάσταση της υγείας, αλλά λειτουργεί και προς την επίτευξη του στόχου της προστασίας της υγείας και της

ολιστικής αντιμετώπισης της. Το νοσοκομείο που μπορεί και ενσωματώνει στη λειτουργία του τις πρακτικές και τις αρχές της προαγωγής υγείας, βελτιώνει τις υπηρεσίες του. Επιπλέον, ανταποκρίνεται με μεγαλύτερη επιτυχία στις απαιτήσεις των ασθενών, του προσωπικού του και κατ' επέκταση της κοινότητας. Θα πρέπει να κατανοηθεί, ότι στα πλαίσια των νοσοκομείων αυτών δεν επιδιώκεται απλά η τροποποίηση μίας συμπεριφοράς που οδήγησε τα άτομα πιθανότατα στην αναζήτηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, αλλά αφορά το συνολικό ήθος, την οργάνωση και τη διαχείριση του νοσοκομείου. Το Νοσοκομείο Προαγωγής Υγείας, "όχι μόνο προσφέρει πλήρεις και υψηλής ποιότητας ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά επίσης αναπτύσσει μία λειτουργική ταυτότητα η οποία ενστερνίζεται τους σκοπούς της προαγωγής υγείας. Παράλληλα, αναπτύσσει μία οργανωτική δομή και κουλτούρα σύμφωνη με την προαγωγή υγείας, περιλαμβάνοντας ενεργούς, συμμετοχικούς ρόλους για τους ασθενείς, και όλα τα μέλη του προσωπικού, σε ένα φυσικό περιβάλλον προαγωγής υγείας και λειτουργεί ενεργά μέσα στα πλαίσια της κοινότητας στην οποία υπάγεται". (Groene O. et al, 2005)

Το Νοσοκομείο Προαγωγής Υγείας επικεντρώνεται στην **μείωση της ασθένειας και τη βελτίωση της υγείας, καθώς και την επέκταση των δραστηριοτήτων σε τέσσερις βασικούς τομείς:**

- Στην προαγωγή της υγείας των ασθενών
- Στην προαγωγή υγείας του προσωπικού
- Στην αναμόρφωση του νοσοκομείου ως οργανισμού σε χώρο προαγωγής υγείας
- Στην προαγωγή της υγείας της κοινότητας στην οποία το νοσοκομείο δραστηριοποιείται **καθώς και στη συνδυασμένη εφαρμογή στρατηγικών που αποβλέπουν στην ανάπτυξη του οργανισμού με την αναμόρφωση υπαρχόντων υπηρεσιών και την ανάπτυξη νέων.** (Pelikan J.M. et al, 1998)

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Βουδαπέστης, (WHO, 1991) τα Νοσοκομεία Προαγωγής Υγείας, πέραν της εξασφάλισης της καλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που προσφέρουν θα πρέπει να είναι σε θέση να εκπληρώσουν 17 συνολικά κριτήρια, τα οποία αποτελούν και βασικούς στόχους. Συγκεκριμένα, ένα Νοσοκομείο Προαγωγής Υγείας θα πρέπει:

1. Να προσφέρει ευκαιρίες μέσα από το νοσοκομείο να αναπτυχθούν οι σχετιζόμενες με την υγεία προοπτικές, στόχοι και δομές.

2. Να αναπτύσσει μία κοινή λειτουργική ταυτότητα στα πλαίσια του νοσοκομείου η οποία να αγκαλιάζει τους στόχους του Νοσοκομείου Προαγωγής Υγείας.

3. Να αυξάνει την ενημέρωση αναφορικά με τις επιπτώσεις του περιβάλλοντος του νοσοκομείου στην υγεία των ασθενών, του προσωπικού και της κοινότητας. Το φυσικό περιβάλλον της κτιριακής υποδομής του νοσοκομείου θα πρέπει να υποστηρίζει να διατηρεί και να βελτιώνει την θεραπευτική διαδικασία.

4. Να ενθαρρύνει την υιοθέτηση ενός ενεργητικού και συμμετοχικού ρόλου των ασθενών, σε ακολουθία με τις συγκεκριμένες δυνατότητες τους για την υγεία.

5. Να ενθαρρύνει συμμετοχικές διαδικασίες οι οποίες στοχεύουν σε οφέλη για την υγεία, μέσω του νοσοκομείου.

6. Να δημιουργεί υγιείς συνθήκες εργασίας για όλο το προσωπικό του νοσοκομείου.

7. Να προσπαθεί ώστε να γίνει το Νοσοκομείο Προαγωγής Υγείας, ένας πρότυπος χώρος εργασίας για τις υπηρεσίες υγείας.

8. Να διατηρεί και να προωθεί την συνεργασία μεταξύ των δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας που βασίζονται στην κοινότητα, και των τοπικών αρχών διακυβέρνησης.

9. Να βελτιώνει την επικοινωνία και την συνεργασία μεταξύ των υπάρχοντων κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

10. Να βελτιώνει το εύρος της υποστήριξης που παρέχεται από το νοσοκομείο στους ασθενείς και στους συγγενείς τους, μέσα από κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας στα πλαίσια της κοινότητας και/ή από εθελοντικές ομάδες και οργανισμούς.

11. Να εντοπίζει συγκεκριμένους πληθυσμούς στόχους (π.χ. ηλικία, διάρκεια ασθένειας κτλ) και τις ανάγκες υγείας τους μέσα στο νοσοκομείο.

12. Να αναγνωρίζει τις διαφορές σε επίπεδο αξιών, αναγκών, και πολιτισμικών συνθηκών των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων.

13. Να δημιουργεί υποστηρικτικές, αξιοπρεπείς ανθρώπινες συνθήκες ζωής στο νοσοκομείο, που παρέχουν κίνητρα, κυρίως στους χρόνια πάσχοντες ασθενείς και όσους πραγματοποιούν μακροχρόνια θεραπεία.

14. Να βελτιώνει την ποιότητα και την ποικιλία των υπηρεσιών τροφοδοσίας γευμάτων του νοσοκομείου, τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό.

15. Να βελτιώνει την παροχή και ποιότητα πληροφόρησης, και επικοινωνίας των προγραμμάτων αγωγής υγείας και ανάπτυξης δεξιοτήτων, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους συγγενείς τους.

16. Να βελτιώνει την παροχή και ποιότητα των προγραμμάτων αγωγής υγείας καθώς και των προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων που απευθύνονται στο προσωπικό.

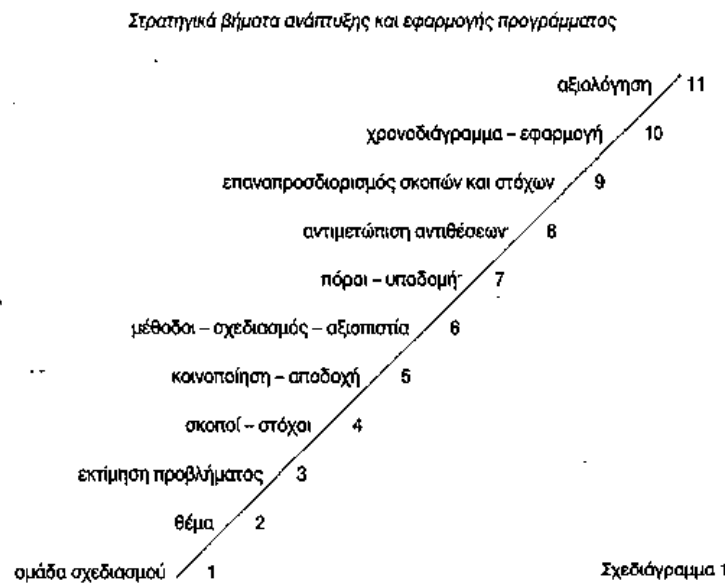
17. Να αναπτύσσει στο νοσοκομείο μία επιδημιολογική βάση δεδομένων, ιδιαίτερα αναφορικά με την πρόληψη νοσημάτων και ατυχημάτων, και να παρέχει τις πληροφορίες αυτές σε όσους σχεδιάζουν πολιτική δημόσιας υγείας, καθώς και σε άλλους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλα τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι μέρος μιας ευρύτερης πολιτικής, της πολιτικής της υγείας. Απώτερος σκοπός τους είναι η αναβάθμιση της υγείας που επιτυγχάνεται με την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των ανθρώπων, με το σεβασμό απέναντι σε θέματα ήθους, δεοντολογίας και κοινωνικών αξιών, την προσαρμογή οργανωτικών δομών και την εισήγηση νομοθετικών ρυθμίσεων και πολιτισμικών προσαρμογών. Όσο περιορισμένος και αν είναι ο στόχος του κάθε προγράμματος χρειάζεται να έχει ευρεία αποδοχή και υποστήριξη, προκειμένου να πετύχει το σκοπό του. (Σώκου Κ., 1994α)



Σχήμα 2. Στρατηγικά βήματα ανάπτυξης και εφαρμογής προγράμματος.

Πηγή: Σώκου Κ. (1994α), *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Το σχήμα 2 περιγράφει τη στρατηγική ανάπτυξης του προγράμματος. Η αποδοχή και υποστήριξη του προγράμματος από την ομάδα και το χώρο που οργανώνεται

και από αυτή στην οποία απευθύνεται είναι κριτήριο για την επιτυχία του. Το πρόγραμμα είναι σημαντικό να στοχεύει σε θέμα που βασίζεται σε αξιόπιστα στοιχεία και να μπορεί να προβάλλει επιχειρήματα που στηρίζουν την αναγκαιότητα της υλοποίησης του. Σχεδιάζεται δε, υποστηρίζεται και υλοποιείται από διεπιστημονική ή διακλαδική ομάδα συνεργατών, που ανταποκρίνεται στις πολυδιάστατες απόψεις του κάθε επιμέρους θέματος. Ο συντονιστής μαζί με την ομάδα σχεδιασμού και υλοποίησης του προγράμματος αναπτύσσουν μια κοινή, λειτουργική ορολογία για το θέμα και εξασκούνται στην εκμάθηση εφαρμογής των μεθόδων. Ακόμη, εξασφαλίζονται οι πόροι υποδομής και λειτουργίας, περιλαμβάνοντας όλο το απαραίτητο έμψυχο και άψυχο υλικό. Με βάση τα δεδομένα από όλες αυτές τις διαδικασίες επαναπροσδιορίζονται οι σκοποί και οι στόχοι και καθορίζεται το χρονοδιάγραμμα.

Από την αρχή ορίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης για κάθε στάδιο του προγράμματος. Όλα τα προγράμματα αξιολογούνται όταν τελειώσουν. (Σώκου Κ., 1994α)

4.1.1 ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη κάθε προγράμματος περιλαμβάνει τρία στάδια: την έναρξη, την οργάνωση και την εφαρμογή (σχήμα 3). Το πρώτο στάδιο είναι η περίοδος προετοιμασίας. Δημιουργείται ομάδα που εντοπίζει τα προβλήματα και η οποία προωθεί την πρόταση για την εφαρμογή του προγράμματος. Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την οργάνωση του προγράμματος, την καταγραφή του προβλήματος, την ανάπτυξη των μεθόδων και τη δημιουργία υποδομής. Το τρίτο στάδιο αναφέρεται στην ανάπτυξη δραστηριοτήτων. Η πορεία του κάθε σταδίου αξιολογείται.

Στάδια ανάπτυξης προγράμματος

Έναρξη

- ομάδα υποστήριξης
- εντόπιση προβλημάτων
- κατανόηση ιδεών
- υιοθέτηση πρότασης
- έγκριση
- αξιολόγηση

Οργάνωση

- ομάδα εργασίας
- εκτίμηση – καταγραφή προβλήματος
- προσδιορισμός – σχεδιασμός έργου
- οργάνωση συντονιστικού γραφείου
- υποδομή

Εφαρμογή

- συγκέντρωση πληροφοριών
- διατομεακή δράση
- συμμετοχή κοινότητας
- εταίροι – συνεργάτες
- καινοτομίες
- ορατότητα – διαφάνεια
- εφαρμογή «δημόσιας πολιτικής»
- αξιολόγηση

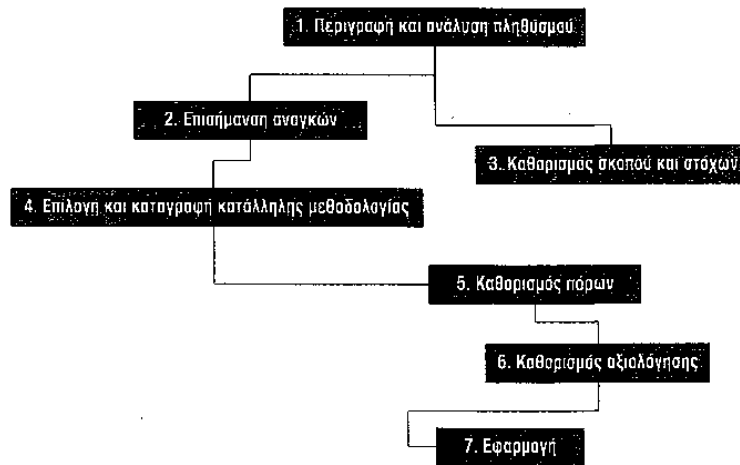
Σχεδιάγραμμα 2

Σχήμα 3. Στάδια ανάπτυξης προγράμματος.

Πηγή: Σώκου Κ. (1994α), *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

4.1.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να εφαρμοστεί και να αξιολογηθεί ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας, ακολουθούνται κάποια συγκεκριμένα στάδια προκειμένου να οργανωθεί η αγωγή υγείας, δίνοντας έμφαση στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγωγής υγείας, ως ενός δυναμικού εργαλείου της προαγωγής υγείας. Το γενικό σχέδιο που χρησιμοποιείται ως οδηγός από τον επαγγελματία υγείας παρουσιάζεται στο **σχήμα 4**.



Σχήμα 4. Περίγραμμα σχεδιασμού ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας.
Πηγή: Δαρβίρη Χριστίνα, *Προαγωγή Υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σ. 125.

Η αγωγή υγείας ως βασικό εργαλείο της προαγωγής υγείας έχει δυναμικό χαρακτήρα και σε καμία περίπτωση η διαδικασία του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης δεν αποτελούν μία ευθεία διαδικασία. Αντίθετα και τα τρία στάδια ανατροφοδοτούνται και αλληλεπιδρούν. Επομένως, σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής ανάλυση και καταγραφή. Όταν το πρόγραμμα εφαρμοστεί θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να επιστρέφει σε όλα όσα έχει σχεδιάσει, να ελέγχει εάν ακολουθούνται τα χρονοδιαγράμματα και οι στόχοι, ώστε να παρακολουθεί συνεχώς την πραγματοποιούμενη πρόοδο, να καταγράφει τυχόν παρεκκλίσεις, προβλήματα, αλλά και τους θετικούς παράγοντες. Κατά αυτόν τον τρόπο μπορεί να συγκεντρώσει και πολύτιμο υλικό για την αξιολόγηση, αλλά και να συμβάλλει στην ανάπτυξη της γενικότερης γνώσης αναφορικά με τον σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας. Τέλος, η αξιολόγηση τόσο κατά την διαδικασία εφαρμογής όσο και μετά το τέλος του προγράμματος, θα επηρεάσουν σημαντικά όχι μόνο το τρέχον πρόγραμμα, αλλά και τον μελλοντικό σχεδιασμό άλλων.

Αναλυτικότερα, τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν για τον σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας έχουν ως εξής: (Naidoo, J. And Wills J., 2000· Tones Keith and Green Jackie, 2004· Τούντας, Γ.Κ., 1994α· Ewles Linda and Simnett Ina, 1999, McKenzie F. et al, 2005)

1. Περιγραφή και ανάλυση του πληθυσμού. Κάθε σχεδιαζόμενο πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, μπορεί να αναφέρεται σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Προκειμένου ο σχεδιασμός να είναι ρεαλιστικός, θα πρέπει πρωτίστως να γίνεται λεπτομερής και ακριβής περιγραφή των χαρακτηριστικών του πληθυσμού αυτού. Υπάρχει μία

πληθώρα χρήσιμων χαρακτηριστικών τα οποία θα πρέπει να εντοπίζονται, καθώς μπορούν να επηρεάσουν όλα τα στάδια του σχεδιασμού. Σε αυτά περιλαμβάνονται: (Τούντας, Γ.Κ., 1994α)

•**Ποσοτικά στοιχεία.** Τα στοιχεία αυτά αφορούν στο σύνολο όσων θα συμμετάσχουν στο σχεδιαζόμενο πρόγραμμα, το οποίο θα πρέπει να καταγράφεται με ακρίβεια, καθώς αποτελεί έναν χρήσιμο δείκτη για όλα τα επόμενα στάδια. Δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας, μπορεί να απευθύνεται τόσο σε μεμονωμένα άτομα, όσο και σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ομάδες ατόμων.

•**Δημογραφικά στοιχεία.** Είναι σημαντικό να καταγράφεται τόσο η ηλικία, όσο και το φύλο των ατόμων που αναφέρεται το πρόγραμμα, καθώς και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά μπορούν να διαφοροποιήσουν τόσο το περιεχόμενο, όσο και την ακολουθητέα μεθοδολογία.

•**Κοινωνικό-οικονομικά στοιχεία.** Τα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την κοινωνική κατάσταση των ατόμων, όπως το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής και το εισόδημα, αποτελούν βασικά στοιχεία τα οποία θα πρέπει να καταγράφονται κατά την ανάλυση του πληθυσμού.

•**Πολιτιστικά στοιχεία.** Είναι εξαιρετικής σημασίας να έχουν ήδη καταγραφεί τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως στοιχεία αναφορικά με τη γλώσσα, ήθη και έθιμα, καθώς, αφενός, αυτά αποτελούν σημαντικά στοιχεία του πληθυσμού, και αφετέρου, δεν υπάρχει πάντα ομοιογένεια μεταξύ του πληθυσμού και έτσι κάθε διαφορετικότητα θα πρέπει να καταγράφεται και να λαμβάνεται υπόψη, κατά τον σχεδιασμό ενός προγράμματος αγωγής υγείας.

•**Μορφωτικό-εκπαιδευτικό επίπεδο και στάσεις σχετικά με τα εκπαιδευτικά θέματα.** Το μορφωτικό επίπεδο ενός πληθυσμού καθορίζει, σε μεγάλο βαθμό, την ακολουθητέα μεθοδολογία, αφού αυτό επηρεάζει την ικανότητα του πληθυσμού να ανταποκριθεί σε συγκεκριμένες τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν. Παράλληλα, δεν υιοθετούν όλα τα άτομα την ίδια στάση απέναντι στις εκπαιδευτικές προσεγγίσεις. Υπάρχουν μερικά άτομα που δυσανασχετούν στο να συμμετάσχουν σε ομαδικά προγράμματα, ή που δεν επιθυμούν την έντονη συμμετοχή τους, αλλά προτιμούν πιο απρόσωπες μορφές επικοινωνίας.

•**Υπάρχουσες γνώσεις και στάσεις.** Πριν ξεκινήσει ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας θα πρέπει να καταγράφεται και να αξιολογείται η υπάρχουσα γνώση, αλλά και η προηγούμενη εμπειρία του πληθυσμού σχετικά με το πραγματευόμενο από το πρόγραμμα αγωγής υγείας θέμα, καθώς και οι διαβαθμίσεις που εμφανίζει ο

πληθυσμός. Ορισμένα άτομα μπορεί να έχουν κάποια προηγούμενη γνώση και εμπειρία, άλλα περισσότερο και άλλα λιγότερο, ενώ και ποιοτικά η γνώση τους μπορεί να διαφέρει. Επομένως, φυσικό είναι ορισμένα άτομα να έχουν λαθεμένες γνώσεις, ή να χαρακτηρίζονται από κάποιου βαθμού προκατάληψη. Επιπροσθέτως θα πρέπει να καταγράφονται οι υπάρχουσες στάσεις και συμπεριφορές στο θέμα του προγράμματος, καθώς όλα τα άτομα δεν ανταποκρίνονται με τον ίδιο τρόπο.

•**Γενικά χαρακτηριστικά αναφορικά με την υγεία.** Η υπάρχουσα κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον σχεδιασμό ενός προγράμματος αγωγής υγείας, καθώς συγκεκριμένα προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν τόσο την πρόσβαση στο πρόγραμμα, όσο και την αξιοποίηση της μεθοδολογίας.

2. Επισήμανση και καταγραφή αναγκών. Η επισήμανση αναγκών του πληθυσμού στόχου αποτελεί ένα από τα πλέον καθοριστικά στάδια του σχεδιασμού αφού παρέχει τη δυνατότητα **αποκτήσεως αντικειμενικών δεδομένων καθώς και της εκτίμησης και του καθορισμού του προβλήματος** που πραγματεύεται το πρόγραμμα αγωγής υγείας. Επιπλέον, επιτρέπει τον **καθορισμό των σκοπών και των στόχων του εν λόγω προγράμματος, καθώς και την μετέπειτα αξιοποίηση αργότερα αυτών των δεδομένων στο στάδιο της αξιολόγησης.**¹⁰ Για την πραγματοποίηση της επισήμανσης αναγκών, το πρώτο απαραίτητο στάδιο είναι ο καθορισμός του σκοπού, για τον οποίον πραγματοποιείται και τι επιδιώκεται με την επισήμανση. Το **δεύτερο στάδιο** είναι η συλλογή των δεδομένων, τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κύριες κατηγορίες: **στα πρωτογενή και στα δευτερογενή δεδομένα.** Τα πρωτογενή, είναι εκείνα που ο επαγγελματίας υγείας συλλέγει μόνος, ενώ τα δευτερογενή είναι αυτά που ήδη έχουν συλλεχθεί και διατίθενται για ανάλυση. Πηγές οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν για την συλλογή δεδομένων αναφορικά με τον πληθυσμό στόχο, αλλά και το αντικείμενο του προγράμματος αγωγής υγείας αποτελούν:

•**Τα επιδημιολογικά δεδομένα.** Η επιδημιολογία παρέχει την δυνατότητα για συστηματική και επιστημονική καταγραφή σημαντικών δεδομένων, με εξαιρετική χρησιμότητα για τους επαγγελματίες της αγωγής υγείας. Οι διάφοροι επιδημιολογικοί δείκτες μπορεί να αφορούν τον πληθυσμό σε εθνικό, τοπικό ή διεθνές επίπεδο και υπάρχουν διάφοροι φορείς οι οποίοι ασχολούνται με την συλλογή και καταγραφή τέτοιων δεδομένων. Τέτοιοι οργανισμοί είναι το Υπουργείο Υγείας, η Στατιστική Υπηρεσία, άλλες διάφορες υπηρεσίες υγείας, καθώς και μεμονωμένοι ερευνητικοί

φορείς και οργανισμοί. Παράλληλα, μέσα από την διεξαγωγή επιδημιολογικών, περιγραφικών, αλλά και αναλυτικών ερευνών, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να συλλέξει νέα δεδομένα σχετικά με το θέμα που πραγματεύεται το σχεδιαζόμενο πρόγραμμα αγωγής υγείας, ανάλογα με τον χρόνο, την οικονομική δυνατότητα, αλλά και τις δεξιότητες που έχει.

•**Κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα.** Χρήσιμα κοινωνικοοικονομικά στοιχεία για τον καθορισμό των αναγκών είναι οι δείκτες ανεργίας, το εισόδημα, στοιχεία αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των κατοικιών, πολιτισμικά και εθνογραφικά στοιχεία. Πηγές τέτοιων στοιχείων αποτελούν οι τακτικές στατιστικές σειρές, ή δεδομένα που προκύπτουν από στοιχεία που συλλέγονται από άλλους ερευνητικούς φορείς.

•**Δεδομένα για τον τρόπο ζωής και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.**

Στοιχεία που αφορούν στην υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών, και που επηρεάζουν την υγεία, όπως το κάπνισμα, η φυσική άσκηση κτλ, αποτελούν εξαιρετικής χρησιμότητας δεδομένα, προκειμένου να δοθεί η διάσταση ενός προβλήματος ή για να καταγραφούν υπάρχουσες στάσεις και συμπεριφορές.

•**Η γνώμη και οι σχετικές απόψεις των ειδικών και του κοινού.** Στα πλαίσια της συλλογής πληροφοριών, ο επαγγελματίας υγείας είναι χρήσιμο να προσεγγίσει άλλους επαγγελματίες για να ζητήσει την δική τους άποψη σχετικά με το ποιες ανάγκες θεωρούν ότι υπάρχουν, αντλώντας από την εμπειρία και την επαφή τους με μεμονωμένα άτομα ή την κοινότητα. Επίσης υπάρχουν πολλοί φορείς οι οποίοι εκπροσωπούν την γνώμη των πολιτών και οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν, καταθέτοντας τις δικές τους απόψεις, ή τα δικά τους στοιχεία. Παράλληλα, ο επαγγελματίας υγείας, θα πρέπει να διερευνήσει και τις απόψεις του ίδιου του κοινού, αξιοποιώντας διάφορες μεθοδολογίες όπως τα ερωτηματολόγια, τις συνεντεύξεις και τις ομάδες συζητήσεων.

•**Χρήση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.** Ο έντυπος και ηλεκτρονικός τύπος, συχνά μπορούν να αποκαλύψουν χρήσιμα δεδομένα, αναφορικά με τις υπάρχουσες ανάγκες μίας κοινότητας ή μίας ομάδας ατόμων.

Μετά την συλλογή των δεδομένων, θα πρέπει αυτά να αναλυθούν, ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το αντικείμενο του προγράμματος, καθώς και οι υπάρχουσες ανάγκες. Οι ανάγκες διαφοροποιούνται, και μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 ευρύτερες κατηγορίες. Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει από το είδος της ανάγκης, αλλά και από το ποιος αποφασίζει ότι υπάρχει ανάγκη. Το είδος

της ανάγκης, θα οδηγήσει αναγκαστικά και σε ανάλογο σχεδιασμό της μεθοδολογίας προκειμένου να ανταποκριθεί το πρόγραμμα επιτυχημένα σε αυτή. Ακολούθως, όσοι σχεδιάζουν προγράμματα αγωγής υγείας, θα πρέπει να αναγνωρίζουν ότι διαφορετικά **αντιλαμβάνονται οι ειδικοί τις ανάγκες, αλλιώς το κοινό, και ότι σε κάθε περίπτωση το πρόγραμμα θα πρέπει να κατευθύνεται στην αντιμετώπιση των αναγκών αυτών.**

3. Καταγραφή σκοπού και στόχων. Αφού ολοκληρωθεί η καταγραφή των αναγκών, τότε θα πρέπει να καθοριστούν με ακρίβεια, **ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος.** Οι έννοιες αυτές είναι διαφορετικές, και εσφαλμένα κάποιες φορές συγχέονται και ταυτίζονται. **Ο σκοπός αποτελεί ένα μελλοντικό γεγονός, για του οποίου την πραγματοποίηση υπάρχει δέσμευση για δράση, ενώ οι στόχοι είναι τα επιμέρους βήματα που πραγματοποιούνται προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός,** (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999) ο οποίος είναι από την φύση του γενικός, δίνει συνολικές κατευθύνσεις για το πρόγραμμα και συνήθως απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα για την επίτευξη του. Όταν γίνεται η γραπτή καταγραφή του σκοπού δύο παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Πρώτον, σε ποιον θα έχει επίδραση, και δεύτερον ποια θα είναι η αλλαγή που θα προκύψει από το πρόγραμμα. Σε αντίθεση με το γενικό χαρακτήρα του σκοπού, **οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, και εφόσον πραγματοποιηθούν θα οδηγήσουν στην επίτευξη του σκοπού. Προκειμένου οι στόχοι να είναι μετρήσιμοι θα πρέπει να προσδιορίζονται οι σχετικοί δείκτες, οι οποίοι θα αποτυπώνουν το τι ακριβώς επιδιώκεται.** Όπως και στην περίπτωση των στόχων που τίθενται στο σχεδιασμό κάθε δραστηριότητας προαγωγής υγείας, έτσι και στην περίπτωση της αγωγής υγείας θα πρέπει να ακολουθείται ο κανόνας των "**έξυπνων**" στόχων, **όπως προκύπτει από το ακρωνύμιο των λέξεων που τελικά σχηματίζουν τον όρο SMART, δηλαδή έξυπνο** στα αγγλικά, και αναλύεται στον **πίνακα 2.** Ακολουθώντας το πρότυπο των έξυπνων στόχων μπορούν να περιοριστούν τα τυχόν σφάλματα, όπως να τεθούν στόχοι μη πραγματοποιήσιμοι και ρεαλιστικοί.

Πίνακας 2. Οι έξυπνοι στόχοι και στην Αγωγή Υγείας.

S pecific (συγκεκριμένοι)
M easurable (μετρήσιμοι)
A chievable (πραγματοποιήσιμοι)
R ealistic (ρεαλιστικοί)
T ime limited (χρονικά οροθετημένοι)

Πηγή: Δαρβίρη Χριστίνα, Προαγωγή Υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σ. 129.

Αναλυτικότερα, στόχοι οι οποίοι περιλαμβάνονται στις προαναφερθείσες τρεις κατηγορίες περιλαμβάνουν:

- 1) Ευαισθητοποίηση
- 2) Παροχή γνώσεων
- 3) Ιεράρχηση αξιών
- 4) Λήψη αποφάσεων
- 5) Τροποποίηση στάσεων και συμπεριφοράς
- 6) Τροποποίηση περιβάλλοντος

Κάθε σχεδιαζόμενο πρόγραμμα αγωγής υγείας, μπορεί να περιλαμβάνει έναν ή περισσότερους στόχους. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν είναι απαραίτητο, να επιδιώκεται η επίτευξη όλων των ως άνω στόχων. Δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι η **επισήμανση αναγκών και η ανάλυση του πληθυσμού στόχου που έχει προηγηθεί, θα βοηθήσει σημαντικά στο να αποτυπωθούν οι στόχοι του προγράμματος.**

Η καταγραφή των επιμέρους τεθέντων στόχων θα πρέπει να είναι λεπτομερής και να περιλαμβάνει κάθε απαραίτητη λεπτομέρεια. Για παράδειγμα, αν σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας για τον μητρικό θηλασμό, οι στόχοι που έχουν τεθεί είναι η ευαισθητοποίηση και η παροχή γνώσεων του πληθυσμού, τότε θα πρέπει να γίνει αναλυτική περιγραφή του τι περιλαμβάνεται στα πλαίσια των στόχων αυτών. Έτσι εάν για την ευαισθητοποίηση θα γίνει αναφορά των πλεονεκτημάτων του θηλασμού, θα πρέπει να καταγραφούν ποια είναι τα πλεονεκτήματα του, ή αν θα χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένα δεδομένα, ποια θα είναι αυτά κτλ. Επίσης είναι σημαντικό να ποσοτικοποιηθούν όπου είναι δυνατό, οι στόχοι που τίθενται με την χρήση ανάλογων δεικτών. Για παράδειγμα, μπορεί να λεχθεί ότι για τον στόχο να ευαισθητοποιηθούν οι γυναίκες που αποτελούν τον πληθυσμό στόχο του προγράμματος αγωγής, ο δείκτης που θα χρησιμοποιηθεί είναι η προσέγγιση ενός α συγκεκριμένου αριθμού γυναικών μέσα σε ένα β συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η **λεπτομερής καταγραφή των στόχων και των επιμέρους δεικτών θα αποτελέσουν ένα σημαντικό εργαλείο αργότερα για την αξιολόγηση.**

4. Επιλογή και καταγραφή της μεθοδολογίας. Από την στιγμή που έχει καταγραφεί ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος, θα πρέπει να γίνει και ο καθορισμός της μεθοδολογίας που θα ακολουθηθεί, ώστε να επιτευχθούν αυτοί. Ο επαγγελματίας υγείας, λοιπόν, ή η ομάδα των επαγγελματιών που σχεδιάζουν το πρόγραμμα αγωγής υγείας, καλούνται να επιλέξουν τις καλύτερες δυνατές μεθόδους,

που θα εξυπηρετήσουν τους σκοπούς και τους στόχους του προγράμματος τους. Η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας αυξάνει φυσικά με την εμπειρία, ωστόσο, η **επιστημονική, συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση** πολλών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη **μίας αξιόπιστης πηγής γνώσης αναφορικά με την αποτελεσματικότητα ή και καταλληλότητα κάποιων τεχνικών που αξιοποιεί η θεωρία της αγωγής υγείας, για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.** (Naidoo, J. And Wills J., 2000· Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γνωρίζουμε ότι υπάρχουν βασικά ερωτήματα που θα πρέπει να τίθενται και να χρησιμοποιούνται ως γνώμονες για την επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας. Τα ερωτήματα αυτά είναι:

- **Ποια τεχνική είναι η προσφορότερη και η πλέον αποτελεσματική** για να επιτευχθούν οι σκοποί και οι στόχοι που έχουν τεθεί;

- **Ποια τεχνική θα είναι πιο αποδεκτή από τους αποδέκτες;**

- **Ποια τεχνική είναι η πιο αποδεκτή από όσους συμμετέχουν στον προγραμματισμό;**

- **Με ποια μέθοδο υπάρχει μεγαλύτερη εξοικείωση;**

Όλα τα ως άνω ερωτήματα αναδεικνύουν ότι η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας, δεν αποτελεί μία απλή αυτόματη διαδικασία, αλλά απαιτεί να λαμβάνονται υπόψη ένα πλήθος παραγόντων.

Τέτοιοι παράγοντες είναι ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος, οι υπάρχοντες πόροι, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα αγωγής υγείας, οι υπάρχουσες γνώσεις και θεωρίες, καθώς και η ικανότητα και η εμπειρία του επαγγελματία υγείας που σχεδιάζει το πρόγραμμα. Η συνεχής αξιολόγηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας, και ο εμπλουτισμός της θεωρητικής βάσης της αγωγής υγείας αναφορικά με την ύπαρξη των καταλληλότερων τεχνικών σε σχέση με τον επιδιωκόμενο στόχο, αποτελούν σημαντική πηγή για την επιλογή κάθε φορά της κατάλληλης μεθοδολογίας. Στον **πίνακα 3**, παρουσιάζονται οι κυριότερες μεθοδολογίες, ανάλογα με τον στόχο που τίθεται.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι όλες οι ως άνω προτεινόμενες μέθοδοι δεν αποτελούν πάντα τον κανόνα, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι προαναφερθέντες παράγοντες. Θα ήταν ανώφελο, για παράδειγμα, σε ένα πληθυσμό αναλφάβητων, να χρησιμοποιηθούν γραπτά μέσα, παρά το γεγονός, ότι για

τον στόχο αυτό το έντυπο υλικό θεωρείται, σύμφωνα με την θεωρία της αγωγής υγείας, πρόσφορο μέσο.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει οι επαγγελματίες της αγωγής υγείας να αξιολογούν και τις προσωπικές τους δεξιότητες και ικανότητες, και με βάση και αυτές να αποφασίζουν κάθε φορά ποια μέθοδο θα χρησιμοποιήσουν. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η αθροιστική δράση των διαφόρων τεχνικών, και επομένως όταν υπάρχει η δυνατότητα είναι χρήσιμο να αξιοποιείται μία πληθώρα τεχνικών.

Πίνακας 3. Αντιστοίχιση στόχων αγωγής Υγείας και προσφορότερων τεχνικών.

Στόχος	Προσφορότερη Τεχνική
Ευαισθητοποίηση	Ομιλίες Ομαδική εργασία Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης Φεστιβάλ, εκθέσεις ή άλλες εκδηλώσεις Καμπάνιες, διαφημιστικές εκστρατείες Έντυπο υλικό
Αύξηση της γνώσης	Ομιλίες Ατομική -Ομαδική εκπαίδευση Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης Φυλλάδια, άλλα έντυπα Καμπάνιες Φεστιβάλ, εκθέσεις ή άλλες εκδηλώσεις
Τεχνικές τροποποίησης αξιών, απόψεων και λήψης αποφάσεων	Ομαδική εργασία Τεχνικές για την λήψη αποφάσεων Τεχνικές για την αποσαφήνιση αξιών Συμβουλευτική και διαπροσωπικές σχέσεις Τεχνικές για την βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων Παιχνίδια ρόλου Τεχνικές ανάπτυξης της κατηγορηματικότητας Τεχνικές αυτοσυνείδησης
Αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς	Ομαδική εργασία Συμβουλευτική Τεχνικές για την ανάπτυξη δεξιοτήτων Ομάδες αυτοβοήθειας Έντυπο υλικό Ατομική εκπαίδευση
Αλλαγή περιβάλλοντος	Τεχνικές ενδυνάμωσης της κοινότητας Δημιουργία ομάδων πίεσης Εργασία στην κοινότητα Τεχνικές αλλαγής των οργανισμών που επηρεάζουν το περιβάλλον Προώθηση πολιτικών υγείας Προώθηση περιβαλλοντικών μέτρων Εφαρμογή νομοθετικών μέτρων και κανονισμών

Πηγή: Ewles Linda and Simnett Ina (1999). *Promoting Health, a practical guide*. Bailliere Tindall.

5. Καθορισμός των πόρων. Για την επίτευξη του σκοπού και των επιμέρους στόχων πρέπει να υπάρχουν και οι ανάλογοι υποστηρικτικοί πόροι. Το στάδιο του καθορισμού των πόρων, αποτελεί ουσιαστικά την λεπτομερή αποτύπωση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, είτε αυτές αφορούν στους υλικούς πόρους είτε στο ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και οτιδήποτε άλλο είναι απαραίτητο προκειμένου το πρόγραμμα να εφαρμοστεί με επιτυχία. (McKenzie f. Et al, 2005) Στο ανθρώπινο δυναμικό των

προγραμμάτων αγωγής υγείας εντοπίζονται οι ακόλουθες κατηγορίες: (Naidoo, J. And Wills J., 2000· Ewles Linda and Simnett Ina, 1999)

•**Οι επαγγελματίες αγωγής υγείας.** Οι σχεδιαστές του προγράμματος αγωγής υγείας, είναι απαραίτητο να αξιολογούν και να καταγράφουν αρχικά τις προσωπικές τους δυνατότητες και ικανότητες, καθώς και τον διαθέσιμο χρόνο τους. Επιπλέον, θα πρέπει να καταγράφεται αναλυτικά ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα καθώς και η προηγούμενη εμπειρία τους, οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να έχουν.

•**Άτομα άλλων ειδικοτήτων που μπορούν να συνεισφέρουν στο πρόγραμμα.** Εκτός των επαγγελματιών αγωγής υγείας, μπορεί να χρειαστούν και άλλοι επιστήμονες και επαγγελματίες, οι οποίοι με την εξειδίκευσή τους και τις γνώσεις τους συμβάλλουν σε κάποιες από τις ανάγκες του προγράμματος. Ειδικότητες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε άλλους επιστημονικούς τομείς και εξειδίκευσης, καθώς και όσους θα υποστηρίξουν τεχνικά και διοικητικά το πρόγραμμα. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

• **Ο πληθυσμός στόχος του προγράμματος.** Συχνά όταν καταγράφεται το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, παραβλέπεται ο σημαντικός ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο ίδιος ο πληθυσμός στόχος στον οποίον απευθύνεται το σχεδιαζόμενο πρόγραμμα. Η ενεργητική συμμετοχή του πληθυσμού στόχου εξασφαλίζει δύο πολύ σημαντικές πτυχές του προγράμματος. Αφενός, ο πληθυσμός στόχος μπορεί να διαθέτει πολύτιμη γνώση, προηγούμενη εμπειρία και δεξιότητες οι οποίες θα αξιοποιηθούν πρακτικά για την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων του προγράμματος, και αφετέρου διότι με την συμμετοχή του ίδιου του πληθυσμού στόχου, επιτυγχάνεται η πολύ σημαντική για τους συμμετέχοντες ανάληψη πρωτοβουλιών και δράσης για την υγεία τους, γεγονός που συνάδει με τον ορισμό και την φιλοσοφία της προαγωγής υγείας.

•**Άτομα που είναι σημαντικά και ασκούν επιρροή στον πληθυσμό στόχο.** Είναι πολύ σημαντικό να εντοπίζονται τυχόν άτομα τα οποία θεωρούνται σημαντικά από τον πληθυσμό στόχο, και επομένως μπορούν να ασκήσουν μία θετική επιρροή σε αυτά. Τέτοια σημαντικά άτομα μπορούν να εντοπιστούν στο συγγενικό, φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον του πληθυσμού, αλλά μπορούν να προέρχονται και από χώρους όπως η τέχνη, η επιστήμη, η θρησκεία, και ο αθλητισμός. Υπάρχουν άτομα, των οποίων το έργο και η συνεισφορά λειτουργούν ως πρότυπα για τον πληθυσμό στόχο. Δεν είναι σπάνιο σημαίνοντες προσωπικότητες να συμβάλλουν σε διεθνείς

διαφημιστικές εκστρατείες. Σε κάθε περίπτωση, η συμμετοχή σημαντικών για τον πληθυσμό στόχο προσωπικοτήτων, μπορεί να δράσει υποστηρικτικά, και να συμβάλλει στην καλύτερη εφαρμογή του προγράμματος.

Εφόσον ολοκληρωθεί η καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού, θα πρέπει να γίνει και η αποτίμηση των υλικοτεχνικών και οικονομικών πόρων, καθώς και κάθε άλλου απαραίτητου πόρου. Πιο συγκεκριμένα:

•**Οικονομικοί πόροι.** Για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση κάθε προγράμματος αγωγής υγείας, είναι απαραίτητη η ύπαρξη ανάλογων οικονομικών πόρων. Οικονομικές ανάγκες προκύπτουν για την κάλυψη της μισθοδοσίας, την διεκπεραίωση λειτουργικών εξόδων, για την αγορά εξοπλισμού, την ενοικίαση ειδικών χώρων, για την προετοιμασία έντυπου ή οπτικοακουστικού υλικού, για τυχόν μετακινήσεις, εκπαίδευση συνεργατών κτλ.

•**Υλικό-τεχνικό υλικό και σχετική υποδομή.** Στο υλικοτεχνικό υλικό και την ανάλογη υποδομή περιλαμβάνονται ο σχετικός εξοπλισμός, ο απαραίτητος διαθέσιμος χώρος για την διεξαγωγή του προγράμματος, τα διάφορα οπτικοακουστικά μέσα, το έντυπο υλικό κτλ. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει η σχετική υποδομή και να καλύπτονται οι ανάγκες του προγράμματος, σε άλλες περιπτώσεις ωστόσο που δεν υπάρχει, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το σχετικό κόστος.

•**Υπάρχοντα προγράμματα ή άλλες διαθέσιμες υπηρεσίες.** Μία από τις μεγαλύτερες παραλείψεις κατά την αποτίμηση και καταγραφή των διαθέσιμων πόρων, είναι η μη εντόπιση άλλων προγραμμάτων αγωγής υγείας ή συναφών υπηρεσιών, σχετικών με το θέμα που πραγματεύεται το σχεδιαζόμενο πρόγραμμα. Η ύπαρξη άλλων προγραμμάτων, φορέων ή υπηρεσιών μπορεί να υποστηρίξει το σχεδιαζόμενο πρόγραμμα και να βοηθήσει στην καλύτερη πραγματοποίηση του.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η καταγραφή ενός αναλυτικού προϋπολογισμού του προγράμματος είναι απαραίτητη. Ο επαγγελματίας αγωγής υγείας, με τρό-

πο συστηματικό θα πρέπει να καταγράφει το κόστος του προγράμματος που σχεδιάζει, αναλύοντας όλα τα απαραίτητα έξοδα, τόσο σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό, όσο και των άλλων απαραίτητων πόρων. Όσο ιδεαλιστικές και αν είναι οι προθέσεις πολλών επαγγελματιών υγείας, η πραγματικότητα απαιτεί ρεαλιστικό οικονομικό σχεδιασμό, ο οποίος θα ανταποκρίνεται στους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους. Η ανεπαρκής καταγραφή των οικονομικών πόρων, μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία του προγράμματος.

6. Σχεδιασμός της αξιολόγησης. Το τελευταίο και πολύ σημαντικό στάδιο της οργάνωσης ενός προγράμματος αγωγής υγείας περιλαμβάνει τον αναλυτικό σχεδιασμό της αξιολόγησης, η οποία **αφορά όχι μόνο στα αποτελέσματα του προγράμματος, αλλά και στην όλη διαδικασία.** Κατά αυτόν τον τρόπο, μπορεί να αναδειχθούν τόσο οι αδυναμίες και οι παραλείψεις σε όλα τα στάδια του σχεδιασμού του προγράμματος, όσο και να απαντηθεί το σημαντικό ερώτημα, κατά πόσο το πρόγραμμα που σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ήταν επιτυχές.

Ο όρος **αξιολόγηση αναφέρεται "στη συστηματική εξέταση και ανάλυση όλων των μερών ενός προγράμματος και των αποτελεσμάτων του, προκειμένου να παραχθεί πληροφορία, η οποία θα μπορεί να αξιοποιηθεί από όλους όσους ενδιαφέρονται για την αποτελεσματικότητα και τη βελτίωση του".** (WHO, 1998)

Η αξιολόγηση αποτελεί διαδικασία η οποία πραγματοποιείται με τρόπο συστηματικό και επιστημονικό προκειμένου τα αποτελέσματα που προκύπτουν να είναι αξιόπιστα και να μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Ερωτήματα, τα οποία τίθενται και απαντώνται από την αξιολόγηση αφορούν στην:

1. Αποτελεσματικότητα. Κατά πόσο επιτεύχθηκε ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος.

2. Επάρκεια. Κατά πόσο επιτεύχθηκαν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

3. Οικονομία. Κατά πόσο υπήρξε σωστή διαχείριση και κατανομή των υπαρχόντων πόρων.

4. Καταλληλότητα. Κατά πόσο το πρόγραμμα, ανταποκρίθηκε στις διαπιστωμένες ανάγκες και επιδιώξεις.

5. Αποδοχή. Κατά πόσο η εφαρμογή του προγράμματος έγινε υποδειγματικά.

6. Ισότητα. Κατά πόσο αντιμετωπίστηκαν ισότιμα από το πρόγραμμα όλες οι εντοπισμένες ανάγκες.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η αξιολόγηση, αφορά τόσο στη διαδικασία, όσο και στα αποτελέσματα του προγράμματος. Η **Αξιολόγηση διαδικασίας (process evaluation)** περιλαμβάνει τον έλεγχο και την αξιολόγηση της καταλληλότητας και της ποιότητας των μεθοδολογικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την εφαρμογή του προγράμματος, καθώς και την αξιολόγηση των ανθρωπίνων και των υλικοτεχνικών πόρων. Η **Αξιολόγηση αποτελέσματος (outcome evaluation)** και η **αξιολόγηση επίπτωσης (impact evaluation)**, αφορούν στα μακροπρόθεσμα και βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα του προγράμματος. Η **αξιολόγηση αποτελέσματος**

είναι αυτή που καταδεικνύει το κατά πόσο εκπληρώθηκε ο σκοπός του προγράμματος και οι μακροπρόθεσμες συνέπειες από την εφαρμογή.^{11,12,13} Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες ενός προγράμματος αγωγής υγείας, μπορεί να αφορούν στη μείωση της επίπτωσης ή του επιπολασμού μίας νόσου, στην σταθερή αλλαγή μίας συμπεριφοράς, σε βελτιώσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής, ή άλλες μόνιμες περιβαλλοντικές αλλαγές. Η πραγματοποίηση αυτού του τύπου αξιολόγησης εμφανίζει και τις μεγαλύτερες δυσκολίες, καθώς καλείτε να μετρήσει αποτελέσματα τα οποία εμφανίζονται μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, μετά την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας, η αξιολόγηση αποτελέσματος θα μπορούσε να εφαρμοστεί μετά από 1 χρόνο, προκειμένου να διαπιστωθεί το κατά πόσο ο ευρύτερος σκοπός έχει επιτευχθεί. Η δε **αξιολόγηση της επίπτωσης αφορά στην εξέταση των άμεσων αποτελεσμάτων και των επιπτώσεων** από την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας, (WHO, 1998· Thorogood, M. & Coombes, Y., 2004· Rootman, I. et al, 2001) η οποία πραγματοποιείται με την ολοκλήρωση του προγράμματος, προκειμένου να αξιολογηθεί το κατά πόσο επιτεύχθηκαν όλοι οι στόχοι που τέθηκαν. Για παράδειγμα, στο τέλος ενός προγράμματος αγωγής υγείας, μπορεί να γίνει διανομή ειδικών ερωτηματολογίων, ή να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις, ώστε να διαπιστωθούν οι αλλαγές που επήλθαν με την εφαρμογή του προγράμματος.

Η αξιολόγηση αποτελεί διαδικασία η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί από:⁶

1. Τους επαγγελματίες αγωγής υγείας που οργανώνουν, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν το σχετικό πρόγραμμα αγωγής υγείας.

2. Από εξωτερικούς κριτές, οι οποίοι έχουν ανάλογη εμπειρία.

3. Από τον πληθυσμό στόχο, στον οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα.

Στα πλαίσια της αξιολόγησης των προγραμμάτων αγωγής υγείας, προκειμένου να αξιολογηθούν τα άμεσα ή έμμεσα αποτελέσματα και οι επιδράσεις αυτών, είναι απαραίτητο να υπάρξει **κάποια σύγκριση η οποία θα τα αποκαλύψει με την διεξαγωγή κατάλληλων μετρήσεων**. Για να επιτευχθεί αυτό μπορούν να πραγματοποιηθούν: (Τούντας Γ.Κ., 1994α)

1. Συγκεκριμένες μετρήσεις πριν την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας και κατόπιν αυτής.

2. Μετρήσεις σε έναν πληθυσμό ή μία περιοχή στην οποία εφαρμόζεται το πρόγραμμα καθώς και ανάλογες μετρήσεις σε αντίστοιχο πληθυσμό ή περιοχή όπου

δεν εφαρμόστηκε το πρόγραμμα. Ο πληθυσμός στον οποίο εφαρμόζεται το πρόγραμμα αποτελεί την πειραματική ομάδα και ο πληθυσμός στον οποίο δεν εφαρμόζεται, την ομάδα ελέγχου. Είναι πολύ σημαντικό για τα αποτελέσματα της αξιολόγησης οι πληθυσμοί αυτοί να έχουν όμοια χαρακτηριστικά με εξαίρεση το ότι η μία ομάδα παρακολούθησε το πρόγραμμα αγωγής υγείας και η άλλη όχι, έτσι ώστε να υπάρχει έλεγχος για την ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων.

Το είδος των μεθόδων της συλλογής δεδομένων που θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας μπορεί να αφορούν στη χρήση ποσοτικών μεθόδων ή και ποιοτικών μεθόδων, καθώς και τον συνδυασμό και των δύο. (WHO, 1998· Thorogood, M. & Coombes, Y., 2004) Το τι αξιολογείται μπορεί να καθορίσει και την χρησιμοποίηση της-κατάλληλης μεθόδου. Για παράδειγμα, η αξιολόγηση του αριθμού συμμετοχής στο πρόγραμμα μπορεί να γίνει με την χρήση ποσοτικής μεθόδου, ενώ η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των συμμετεχόντων μπορεί να γίνει με ποιοτικές μεθόδους όπως οι ομάδες επικέντρωσης (Focus groups), ή με εις βάθος συνεντεύξεις, καθώς οι ποιοτικές μέθοδοι ενδείκνυνται στην διερεύνηση εμπειριών. Επιπροσθέτως η επιλογή της κατάλληλης μεθοδολογίας για την συλλογή των δεδομένων για την αξιολόγηση εξαρτάται από την ικανότητα των συμμετεχόντων, τον διαθέσιμο χρόνο, τα υπάρχοντα μέσα και φυσικά τον σκοπό της αξιολόγησης.

Οι κυριότερες χρησιμοποιούμενες μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην αξιολόγηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας περιλαμβάνουν: (WHO, 1998)

1. Δεδομένα που προκύπτουν από ποιοτικές μεθόδους όπως:

- οι εις βάθος συνεντεύξεις
- οι ομάδες επικέντρωσης
- τα ερωτηματολόγια ανοικτών ερωτήσεων
- οι διηγήσεις
- η συμμετοχική παρατήρηση

2. Δεδομένα που προκύπτουν από ποσοτικές μεθόδους όπως:

- τα ερωτηματολόγια
- η παρατήρηση
- τα ειδικά τεστ
- κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις
- τακτικοί δείκτες



•επιδημιολογικές μελέτες




Η αξιολόγηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια στον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας, για αυτό όλοι όσοι συμμετέχουν στην διαδικασία αυτή θα πρέπει να φροντίσουν να εκπαιδούνται και να ενημερώνονται αναφορικά με τις διαδικασίες αξιολόγησης. Αν και ως διαδικασία δεν είναι εύκολη, ωστόσο ο σωστός σχεδιασμός της μπορεί να αποφέρει εξαιρετικά πλεονεκτήματα όπως, η ανάδειξη ή μη της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος, των πλεονεκτημάτων και των προβλημάτων ενώ μπορεί να συμβάλλει και στην ανάπτυξη της γενικότερης γνώσης αναφορικά με την αγωγή υγείας. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης ενός προγράμματος μπορούν να αξιοποιηθούν και να συγκριθούν με άλλα αποτελέσματα παρόμοιων προγραμμάτων, αλλά και να βοηθήσουν στην προβολή του έργου της αγωγής υγείας με την σωστή διάχυση των αποτελεσμάτων της, προωθώντας τα στην λήψη πολιτικών υγείας και άλλων σχετικών αποφάσεων. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Ο **πίνακας 4** περιγράφει τα βήματα για το σχεδιασμό του προγράμματος.

Τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας χρειάζονται χρόνο για να αναπτυχθούν, οργάνωση, μεθοδικότητα και ειδικές γνώσεις.

Πίνακας 4. Σχεδιασμός προγράμματος αγωγής και προαγωγής της υγείας

Σκοποί και στόχοι Σαφήνεια σκοπών και στόχων Σαφήνεια επιδιωκόμενου αποτελέσματος

Ομάδα στόχου – Χώρος Αντικειμενική καταγραφή, εκτίμηση προβλημάτων Γνώσεις για τον πληθυσμό: ηλικία, επιρροές, γνώσεις, εμπειρίες, συνήθειες, επιδημιολογικά στοιχεία, κ.ο.κ. Γνώσεις για το χώρο, δομή, κανονισμοί, νομοθεσία

Μέθοδοι – Τεχνικές Χρησιμοποίηση μεθόδων και τεχνικών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στο σκοπό και τους στόχους


<p>Υποδομή Προγράμματος</p> <p>Κάλυψη δαπανών</p> <p>Ανθρώπινο δυναμικό ειδικά εκπαιδευμένο</p> <p>Κατάλληλο υλικό για τη διεξαγωγή του προγράμματος</p> <p>Διάθεση κατάλληλου χώρου</p>

<p>Προγραμματισμός - Εφαρμογή – Χρονοδιάγραμμα</p> <p>Επαναπροσδιορισμός Σκοπού και Στόχων</p> <p>Ανάπτυξη μηχανισμού διαχείρισης, διοίκησης, συντονισμού</p>

<p>Αξιολόγηση Προγράμματος</p> <p>Ο σκοπός, οι στόχοι και άλλα κριτήρια χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της πορείας, της επίδρασης και του αποτελέσματος</p>

Πηγή: Σώκου Κατερίνα, Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994α, σ. 27.

4.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η αξιολόγηση των προγραμμάτων που διεξάγονται στη σχολική κοινότητα γίνεται από όσους ενέχονται στην ανάπτυξη και εφαρμογή του προγράμματος. Στοιχεία συλλέγονται από το διευθυντή του σχολείου, τον υπεύθυνο του προγράμματος, μαθητές που συμμετέχουν, γονείς που συνεργάζονται, εξωτερικούς συνεργάτες. (WHO, 1993)

Όλα τα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας ανεξάρτητα από το σκοπό, τη χρονική διάρκεια και τη μεθοδολογία χρειάζονται αξιολόγηση. Ένας απλός γενικός ορισμός της αξιολόγησης είναι ο ακόλουθος: Αξιολόγηση είναι η σύγκριση της ποιότητας ενός τελικά παραγόμενου προϊόντος με το αρχικό προϊόν ή με ένα σταθερό κριτήριο, όπως για παράδειγμα είναι μια ομάδα ελέγχου που αποφασίζεται από την αρχή ότι είναι το μέτρο σύγκρισης. (Dignan M. & Carr P., 1992· WHO 1993)

Η αξιολόγηση είναι συστηματική, πρακτική, ξεκάθαρη και αξιόπιστη. Μετρά ή εκτιμά το βαθμό που πραγματοποιούνται όσα έχουν προγραμματιστεί να γίνουν από την αρχή και που περιλαμβάνονται στο σκοπό, στους στόχους, στο σχεδιασμό ανάπτυξης και της μεθόδους. Η αξιολόγηση αναφέρεται στο πρόγραμμα.

Αξιολογούνται οι ευκολίες και οι δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά την ανάπτυξη και εφαρμογή. (Σώκου Κ., 1994α)

4.2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΚΟΠΟΥ, ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑΣ

Στην αξιολόγηση του σκοπού περιλαμβάνονται πληροφορίες που περιγράφουν τις προσπάθειες που γίνονται για το συγκεκριμένο θέμα, τον πληθυσμό που συμμετέχει, τις προσδοκούμενες αλλαγές, το χρονικό διάστημα που αναμένεται ότι θα εμφανιστούν οι αλλαγές.

Στην αξιολόγηση της πορείας περιλαμβάνονται πληροφορίες που αναφέρονται στους συγκεκριμένους στόχους, στο κατά πόσο οι ενέργειες ανταποκρίνονται στο γενικό σκοπό και στους επιμέρους στόχους, εάν οι στόχοι παραμένουν οι ίδιοι και εάν οι διαδικασίες για την επίτευξη τους γίνονται σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό. Περιλαμβάνονται, ακόμη, τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται, τα θετικά σημεία και οι αλλαγές.

Η αποτελεσματικότητα σπάνια μπορεί να αξιολογηθεί με αξιοπιστία κατά τη λήξη του προγράμματος. Καταγράφεται και αξιολογείται η βραχύχρονη επίδραση του προγράμματος σε γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές. Η αξιολόγηση μιας μακρόχρονης επίδρασης συνεπάγεται την επανασύνδεση με τον πληθυσμό και το χώρο, μετά από ένα χρονικό διάστημα. (Σώκου Κ., 1994α)

4.2.2 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Στην ποιοτική αξιολόγηση περιλαμβάνονται αυθόρμητες δραστηριότητες ή αλλαγές στην ποιότητα της επικοινωνίας και των σχέσεων και άλλα. Ο καλλωπισμός της τάξης, καθαριότητα της αυλής ή άλλων χώρων, η καθιέρωση νέων διαδικασιών σε θέματα σχέσεων ή τακτικών συναντήσεων με μαθητές ή με γονείς είναι θέματα που καταγράφονται στην ποιοτική αξιολόγηση.

Στην ποσοτική αξιολόγηση περιλαμβάνονται στοιχεία που αναφέρονται στη συμμετοχή, στις δαπάνες, στην αλληλογραφία και επικοινωνία με οργανισμούς και ανθρώπους για το πρόγραμμα, στον αριθμό των δραστηριοτήτων κ.ά.

Ακόμη, αναπτύσσονται μέθοδοι συστηματικής καταγραφής του προγράμματος με την τήρηση ημερολογίων και τη συμπλήρωση τυποποιημένων φύλλων αξιολόγησης. Το πρόγραμμα έχει διαφάνεια. Όλες οι δραστηριότητες μπορούν να περιγραφούν. Εξωτερικοί παρατηρητές μπορούν να το παρακολουθήσουν. (Σώκου Κ., 1994α)

4.2.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στην αξιολόγηση των προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας είναι η δυσκολία να αποδειχθεί ότι το τελικό προϊόν είναι αποτέλεσμα του συγκεκριμένου προγράμματος και όχι άλλων ενεργειών που συμβαίνουν ταυτόχρονα στο ευρύτερο περιβάλλον και έχουν σχέση με το θέμα του προγράμματος, επηρεάζοντας την εξέλιξη του, θετικά ή αρνητικά. (Σώκου Κ., 1994α)

Είναι αδύνατο να περιοριστεί η επίδραση του περιβάλλοντος. Η μόνη αντιμετώπιση αυτού του θέματος είναι να περιγραφούν όλες οι πιθανές επιρροές που είναι γνωστές και οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

Ένας άλλος παράγοντας που εμπλέκεται στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος είναι η συσσώρευση γνώσης και ωριμότητας των εκπαιδευομένων. Οι εκπαιδευόμενοι όσο συχνότερα εκτίθενται ή συμμετέχουν σε προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας τόσο περισσότερο είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν στο σκοπό του προγράμματος. Επομένως, οι γνώσεις και η συμπεριφορά τους δεν είναι αποτέλεσμα του τρέχοντος προγράμματος αλλά μιας μακρόχρονης και ποικίλης συσσώρευσης γνώσεων και εμπειριών, και όλα μαζί συμβάλλουν στην αλλαγή που παρατηρείται. (Κοκκέβη Α., 1988· Ντάβου Μ., 1992)

Αξιολογήσεις του τύπου "πριν και μετά", που συγκρίνουν με συγκεκριμένα ερωτηματολόγια τις γνώσεις και τις στάσεις που υπάρχουν κατά την έναρξη και κατά τη λήξη του προγράμματος, έχουν αδυναμίες, καθώς υπόκεινται στην επίδραση των επιρροών που αναφέρθηκαν.

4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών, στα σχολεία που προάγουν την υγεία, αποκτά μια διαφορετική διάσταση. Η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών αναδεικνύεται σε κεντρικό άξονα για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μαθητών και την υιοθέτηση αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Είναι γνωστό ότι ο τρόπος συμπεριφοράς των εκπαιδευτικών, οι στάσεις που υιοθετούν και οι αξίες που πρεσβεύουν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τους μαθητές τους. Και είναι κοινώς παραδεκτό ότι οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές υποτιμούν τη δυναμική της δικής τους

συμπεριφοράς ως προς τον επηρεασμό της συμπεριφοράς και των στάσεων των μαθητών τους. Συχνά ξεχνούν ότι οι μαθητές τους δεν παύουν ποτέ να παρατηρούν ή και να μιμούνται τη συμπεριφορά τους, τις στάσεις τους και τις συνήθειές τους. (Λεοντάρη, Α. & Κυρίδης, Α., 1999) Στα σχολεία που προάγουν την υγεία, οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να υιοθετούν συμπεριφορές και στάσεις οι οποίες θα δρουν ως μοντέλα για τους μαθητές τους. Για παράδειγμα, δε θα πρέπει να καπνίζουν, θα πρέπει να τρέφονται υγιεινά και να ασκούνται. Η δική τους συμπεριφορά θα πρέπει να αποτελεί το βασικότερο «εποπτικό μέσο» ή διδακτικό εργαλείο για την εμπέδωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής εκ μέρους των μαθητών. (Δαρδανός Γ., 2001)

Προκειμένου η προαγωγή υγείας να καταφέρει να επιτύχει τους στόχους και τους σκοπούς που θέτει, απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται για την επίτευξη αυτών να αναπτύξουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και δυνατότητες, πολλά από τα οποία δεν αποτελούν πάντα μέρος της βασικής τους εκπαίδευσης, αλλά αποκτώνται εν καιρώ με την καθημερινή τριβή και πρακτική. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά χρήσιμο, ιδιαίτερα για τους νέους και φιλόδοξους επαγγελματίες υγείας, που επιθυμούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην προστασία και την προαγωγή της υγείας, να μπορούν να αναγνωρίσουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά που θα τους βοηθήσουν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες εκείνες που μεγιστοποιούν την απόδοση τους και διευκολύνουν το πραγματικά δύσκολο έργο τους.

Φυσικά, δεν υπάρχουν "τυποποιημένες" οδηγίες, οι οποίες εξασφαλίζουν την επιτυχία των προσπαθειών ενός επαγγελματία της προαγωγής υγείας, αλλά υπάρχουν βασικά χαρακτηριστικά των οποίων η γνώση και η επαρκής εξάσκηση σαφώς μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα επιτυχίας. **Η προαγωγή υγείας είναι και τέχνη και Επιστήμη, η οποία απαιτεί, αφενός, συνεχή άριστη θεωρητική, πρακτική και επιστημονική κατάρτιση και, αφετέρου, αφοσίωση και αγάπη για το άτομο και το περιβάλλον για την προστασία και την υποβοήθηση των οποίων εργάζεται.**

Θα πρέπει να τονιστεί ότι βαθιάς ουσίας χαρακτηριστικό που θα πρέπει να αναπτύξει κάθε επαγγελματίας προαγωγής υγείας, αποτελεί το ήθος και οι αξίες οι οποίες θα διέπουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα και οι οποίες βασίζονται στο αξίωμα ότι η υγεία και η προστασία αυτής αποτελεί πολύτιμο αγαθό, και αναφαίρετο ατομικό δικαίωμα. Παράλληλα, θα πρέπει να τηρούνται οι κώδικες δεοντολογίας που έχουν θεσπιστεί και αποτελούν γνώμονες καλής πρακτικής. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία έχει παρεισδύσει στα Αναλυτικά Προγράμματα διαφόρων μαθημάτων του σχολείου. Ειδικά στην περίπτωση του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, η παρουσία της θεματικής της είναι διακριτική, μιας και δεν υπάρχουν σαφείς αναφορές ούτε για τους στόχους της ούτε για τη διδακτική της μεθοδολογία. Το γεγονός αυτό προδίδει την ανυπαρξία μιας ξεκάθαρης εκπαιδευτικής πολιτικής προς τον τομέα αυτόν και δημιουργεί σημαντικά προβλήματα κατά τη διδασκαλία θεμάτων που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας.

Τα προβλήματα πηγάζουν από το γεγονός ότι παρά τη σημαντική παρουσία θεμάτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την Αγωγή Υγείας, στα Αναλυτικά Προγράμματα πολλών μαθημάτων του σχολείου δεν υπάρχουν οι σχετικές οδηγίες για τους τρόπους με τους οποίους θα προσεγγιστούν διδακτικά τα θέματα αυτά.

Στην πραγματικότητα, οι εκπαιδευτικοί έχουν τρεις επιλογές: Η **πρώτη επιλογή** είναι η πιο απλή και ίσως η πιο εύκολη για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό. Αν το Αναλυτικό Πρόγραμμα δεν προβλέπει κάποια διαφορετική προσέγγιση, τότε τα θέματα υγείας αντιμετωπίζονται ως απλές ενότητες του διδασκόμενου μαθήματος χωρίς να δίνεται κάποια ιδιαίτερη έμφαση και χωρίς την υιοθέτηση κάποιας ιδιαίτερης διδακτικής προσέγγισης. Η Αγωγή Υγείας, κατ' αυτόν τον τρόπο δεν αποκτά κάποια ξεχωριστή υπόσταση. Αποτελεί στην πραγματικότητα ένα context γνωστικής ύλης που περιλαμβάνεται στην ύλη κάποιου σχολικού μαθήματος και το οποίο μαθητές και εκπαιδευτικοί καλούνται να το προσεγγίσουν σύμφωνα με τις προδιαγραφές που ισχύουν για το μάθημα και, γενικότερα, σύμφωνα με το διδακτικό κλίμα που ισχύει. Η επιλογή αυτή είναι ανάλογη με τη θέση του εκπαιδευτικού ως δημοσίου υπαλλήλου, δηλαδή ενός εργαζόμενου που ακολουθεί τις παραμέτρους και τις μεθόδους που η σχολική γραφειοκρατία ορίζει. Προφανώς, κατ' αυτόν τον τρόπο η Αγωγή Υγείας και η εφαρμογή της στο σχολικό πρόγραμμα παραμένει στην απόλυτη δικαιοδοσία των εκπαιδευτικών αρχών και η ενδεχόμενη παραμέληση της είναι πλέον δική τους ευθύνη.

Η **δεύτερη επιλογή** απαιτεί την ανάληψη πρωτοβουλίας εκ μέρους του εκπαιδευτικού και προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση του σε θέματα υγείας και μια θετική στάση απέναντι στην Αγωγή Υγείας. Στην περίπτωση αυτή, οι εκπαιδευτικοί διακρίνουν στην ύλη του μαθήματος τα τμήματα που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας και αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να επιμείνουν σε αυτά χωρίς να ξεπερνούν κατά πολύ τις χρονικές προδιαγραφές που θέτει το Αναλυτικό Πρόγραμμα

του μαθήματος που διδάσκουν. Εφιστούν την προσοχή των μαθητών στη θεματική αυτή και τονίζουν τη σημασία των πληροφοριών και των αξιών που αναφέρονται στην υγεία τους. Προσπαθούν επίσης να προσεγγίσουν διδακτικά την ύλη με τον προσφορότερο τρόπο, ώστε να επιτύχουν να κερδίσουν το ενδιαφέρον τους και να εντείνουν την ευαισθησία τους στο συγκεκριμένο θέμα. Η επιλογή αυτή δεν απαιτεί ιδιαίτερο κόπο εκ μέρους του εκπαιδευτικού και είναι σε θέση να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Και τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να είναι ακόμα καλύτερα αν οι εκπαιδευτικοί αφιέρωναν λίγο χρόνο ώστε να προετοιμάσουν την παρέμβαση τους.

Η τρίτη επιλογή απαιτεί τον υψηλότερο βαθμό εμπλοκής του εκπαιδευτικού στην Αγωγή Υγείας και έχει τις μεγαλύτερες απαιτήσεις τόσο από την πλευρά του εκπαιδευτικού όσο και από την πλευρά των μαθητών, αφού η συμμετοχή και των δύο πόλων της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα πρέπει να είναι ενεργή και πέρα των χωροχρονικών ορίων που θέτει το Αναλυτικό Πρόγραμμα του μαθήματος. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για τη διαμόρφωση μιας νέας εκπαιδευτικής δραστηριότητας που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε Αγωγή Υγείας, η οποία ξεπερνά τα όρια του ωρολογίου προγράμματος και αναπτύσσει τη δική της δυναμική και μεθοδολογία. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να αποφασίσουν να διαθέσουν περισσότερο από το συνηθισμένο χρόνο για την ανάμειξη τους σε αυτή τη δραστηριότητα, αφού απαιτεί περισσότερες ώρες ημερήσιας και εβδομαδιαίας διδακτικής εργασίας και προετοιμασίας. Θα πρέπει ακόμα να εξασφαλίσουν και τη συμμετοχή των μαθητών με ανάλογες χρονικές προδιαγραφές. Πρόκειται για την πιο δυναμική, ίσως και την πιο αποτελεσματική, εμπλοκή στην Αγωγή Υγείας και απαιτεί επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και την ευαισθητοποίηση τους σε ανάλογα θέματα.

Έχει επισημανθεί παραπάνω την πολυπλοκότητα των περιεχομένων της Αγωγής Υγείας, τόσο σε σχέση με την ποικιλία των θεμάτων που πραγματεύεται όσο και με τη φύση αυτών των θεμάτων. Και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά δυσκολεύουν σε σημαντικό βαθμό το ρόλο του εκπαιδευτικού, γιατί απαιτούν γνώσεις που κάποιες φορές ξεπερνούν τα όρια του γνωστικού του αντικειμένου και υψηλό επίπεδο πληροφόρησης. Επιπροσθέτως, απαιτείται ικανότητα χειρισμού λεπτών ζητημάτων, τα οποία κάποιες φορές είναι πολύ προσωπικά και δυσκολεύουν τους μαθητές. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο εκπαιδευτικός αποκτά τις τρεις κουλτούρες που επισημαίνει ο Κ. Δεληκωσταντής: «την επιστημονική, την ανθρωπιστική και την παραδοσιακή». (Δεληκωσταντής Κ., 1998) Πράγματι, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να

είναι έτοιμος να καταθέσει στην εκπαιδευτική διαδικασία την επιστημονική του γνώση, παραθέτοντας, αναλύοντας, ερμηνεύοντας και επεξηγώντας τις επιστημονικές παραμέτρους του θέματος που σχετίζεται με την υγεία. Και απαιτείται πολυπραγμοσύνη γιατί η θεματική της Αγωγής Υγείας δεν εμπίπτει αποκλειστικά σε καμία από τις ειδικότητες των εκπαιδευτικών του σχολείου. Μπροστά στο πολυεπιστημονικό φάσμα της Υγείας και της προστασίας της, ο εκπαιδευτικός καλείται να επιστρατεύσει την επιστημονική του «κουλτούρα». Παράλληλα, μπροστά στα «ανθρώπινα» θέματα, με την τεράστια κοινωνική ευαισθησία που καλείται να αντιμετωπίσει, θα πρέπει να ξεδιπλώσει και την ανθρωπιστική του κουλτούρα στέκοντας δίπλα στους μαθητές του, ασχολούμενος με τα προβλήματα τους και τις ευαισθησίες τους. Τέλος, θα πρέπει να επιδείξει το απαραίτητο ήθος, ώστε η κοινωνική παθογένεια και προβληματισμοί να μην ξεθωριάζουν μέσα από ρηχές αναλύσεις και επιστημονικές σημασιοδοτήσεις.

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθούν με την Αγωγή Υγείας στο σχολείο, είναι οι εξής: (Αθανασίου Κ., 1994)

- Θα πρέπει να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι για να είναι αποτελεσματική η Αγωγή Υγείας στην τάξη χρειάζεται την ενίσχυση της επίσημης πολιτικής του σχολείου, το πλέγμα των φυσικών και κοινωνικών συνιστωσών του σχολείου, καθώς και μια διασύνδεση με ένα σύνολο προσπαθειών που να απορρέουν από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ζητήματα υγείας που είναι πρωταρχικής σημασίας για να συμπεριληφθούν στην Αγωγή Υγείας, φροντίζοντας ταυτόχρονα να τα οριοθετούν μέσα σε ένα πλαίσιο προαγωγής υγιεινών τρόπων ζωής και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.
- Να είναι σε θέση να ξεκινούν από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν την υγεία.
- Να είναι σε θέση να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με αυτά τα ζητήματα υγείας.
- Να είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα οικοδόμησης ενός ολιστικού σχολείου, μέσα από την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στην Αγωγή Υγείας.

- Να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα είναι δυνατό να επανεκτιμηθούν και να καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών μέσα από την ενσωμάτωση σε αυτά θεμάτων σχετικών με την υγεία.
- Να μπορούν να χρησιμοποιούν μια ποικιλία διδακτικών μεθόδων, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα με τη διαδικασία της μάθησης.
- Να εκτιμούν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης για την οικοδόμηση ενός επιτυχημένου προγράμματος Αγωγής Υγείας. (Δαρδανός Γ., 2001)

4.3.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ

Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την Αγωγή Υγείας θα πρέπει να είναι:

- **Παιδαγωγός:** Αυτή είναι η βασική αποστολή του εκπαιδευτικού. Να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει και να αναπαράγει τις γνώσεις που προδιαγράφει το Αναλυτικό Πρόγραμμα. Αυτός είναι ο ρόλος που ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ. Είναι η αφετηρία και η απόληξη του επαγγέλματος του. Όπως σημειώνει ο Αχ. Καψάλης «... ο εκπαιδευτικός είναι ο ειδικός σε θέματα αγωγής των παιδιών και η παιδαγωγική του μόρφωση θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα του επιστημονικού του ρόλου». (Καψάλης Αχ., 1989)

- **Καθοδηγητής:** Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να μιμούνται οι μαθητές του εκπαιδευτικού τους και να τους καθιστούν πρότυπα. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι κρίσιμος, γιατί θα πρέπει να τους καθοδηγεί με μαεστρία, ευαισθησία και ιδιαίτερη προσοχή. Θα πρέπει να είναι ο καθοδηγητής τους τόσο στον κόσμο της γνώσης όσο και στον κοινωνικό κόσμο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές αξίες. Εξάλλου, είναι δεκτό ότι ορισμένες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς είναι σε θέση να τις καλλιεργεί ο εκπαιδευτικός.

- **Οργανωτής:** Ο εκπαιδευτικός είναι ο φυσικός ηγέτης της κοινωνικής ομάδας που σχηματίζει η σχολική τάξη. Και από το ρόλο του αυτόν προκύπτει η δυνατότητα του να οργανώνει την εκπαιδευτική διαδικασία σύμφωνα με τα πρότυπα που θέτει το σχολικό σύστημα. Παράλληλα, οργανώνει κοινωνικά τους μαθητές δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την ομαλή και αποτελεσματική κοινωνικοποίηση τους και δημιουργεί το πρόσφορο κλίμα για την ανάπτυξη των κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών.

- **Ισότιμο μέλος της ομάδας:** Παρά την ηγετική του θέση, ο εκπαιδευτικός μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες της Αγωγής Υγείας πλησιάζει τους μαθητές.

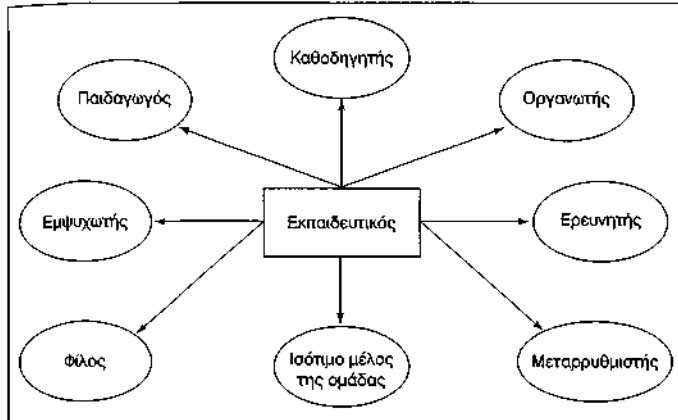
Γίνεται και αυτός ισότιμο μέλος της ομάδας της σχολικής τάξης. Και αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει τους μαθητές ώστε να μπορέσει να φέρει εις πέρας και με υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που απαιτούν από τη φύση τους ένα διαφορετικό ρόλο για τον εκπαιδευτικό.

- **Εμψυχωτής:** Η ομάδα της σχολικής τάξης, αλλά και ο κάθε μαθητής ξεχωριστά χρειάζονται τη συμπαράσταση και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού. Ακόμα περισσότερο όταν οι δραστηριότητες της σχολικής τάξης επικεντρώνονται σε θέματα υγείας. Σε μια ευαίσθητη περιοχή όπου «το πρόβλημα έχει όνομα» και κάποιος ή κάποιιοι μαθητές το αντιμετωπίζουν. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να σταθεί δίπλα τους και να εμψυχώσει όλους τους μαθητές να σκεφτούν και ενσκήψουν κριτικά σε τέτοιου είδους προβλήματα. Ακόμα θα πρέπει να τους εμψυχώσει να εδραιώσουν νέες στάσεις ζωής. Αυτές που θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την υγεία των γύρω τους.

- **Ερευνητής:** Έχουμε ήδη επισημάνει ότι η θεματική της Αγωγής Υγείας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Έτσι, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να ανακαλύψει και ο ίδιος τις γνώσεις που θα του χρειαστούν για να διεκπεραιώσει τη διδασκαλία του. Θα πρέπει να ερευνήσει, να συλλέξει πληροφορίες, να τις αναλύσει, να τις αξιολογήσει επιστημονικά και παιδαγωγικά και να τις παρουσιάσει στους μαθητές του. Ακόμα, η διδακτική μεθοδολογία που συχνά εφαρμόζεται κατά την Αγωγή Υγείας, η βιωματική μάθηση και διδασκαλία με τη μέθοδο project απαιτεί και την ερευνητική ενασχόληση του εκπαιδευτικού.

- **Φίλος:** Ο εκπαιδευτικός με την Αγωγή Υγείας έρχεται πολύ κοντά με τους μαθητές, που θα πρέπει να τον νιώθουν και ως φίλο τους για να τον εμπιστευθούν και να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία που θα επιλέξει. Εξάλλου, είναι και η φύση των θεμάτων που συζητούνται τέτοια, που απαιτούν τη φιλική διάθεση μεταξύ των συμμετεχόντων. Σε μια έκθεση επιθεώρησης σχολείων στη Μ. Βρετανία αναφέρεται ότι «οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν μεγάλο ρίσκο όταν προσεγγίζουν προσωπικά θέματα των μαθητών». (Scottish Health Education group, 1989)

- **Μεταρρυθμιστής:** Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εκπαιδευτικός νιώθει ότι πρέπει να αλλάξουν κάποια πράγματα είτε για να κάνει καλύτερα τη δουλειά του είτε γιατί βλέπει γύρω του δυσάρεστες κοινωνικές καταστάσεις. Θα πρέπει λοιπόν να πάρει πρωτοβουλίες τόσο σε θέματα που αφορούν την εκπαιδευτική διαδικασία όσο και σε θέματα που αφορούν τον κοινωνικό στίβο. (Σχήμα 5)



Σχήμα 5. Σχηματική απεικόνιση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που πρέπει να διαθέτει ο εκπαιδευτής Αγωγής υγείας.

Πηγή: Δαρδανός Γ., Αγωγή Υγείας στο Σχολείο, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 95.

Πολλές από τις παραπάνω ιδιότητες θα πρέπει να τις διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί ούτως ή άλλως. Δηλαδή είτε εμπλέκονται είτε όχι στη διαδικασία της Αγωγής Υγείας. Ωστόσο τις αναφέρουμε για να αναδείξουμε κυρίως τη φύση αυτής της εκπαιδευτικής δραστηριότητας και την ευαισθησία με την οποία θα πρέπει να προσεγγίζεται.

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποια στοιχεία στα οποία οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους όταν εφαρμόζουν προγράμματα Αγωγής Υγείας ώστε να είναι αποτελεσματικά και κυρίως να μη δημιουργούν δυσλειτουργίες στη σχολική τάξη και στην εκπαιδευτική διαδικασία (Πίνακας 5):

Πίνακας 5. Τι πρέπει να προσέχει ο εκπαιδευτικός όταν εφαρμόζει με τους μαθητές προγράμματα Αγωγής Υγείας (Αθανασίου Κ., 1995)

<i>1. Γλώσσα</i>
• Να είναι αμοιβαία κατανοητή
• Να μην ενοχλεί ή προσβάλλει
<i>2. Αποκαλύψεις</i>
• Να μην ενθαρρύνονται οι μαθητές να αποκαλύπτουν απόκρυφες λεπτομέρειες, που ίσως να προκαλέσουν στη συνέχεια στενοχώρια
• Να υπάρχει σεβασμός στον «αδιωτικό κόσμο» του εαυτού και των άλλων
<i>3. Ερωτήσεις</i>
• Καμιά ερώτηση δεν είναι «χαζή» αν το άτομο που τη ρωτά είναι ειλικρινές
• Δεν είναι απαραίτητο όλες οι απαντήσεις να δίνονται δημόσια
• Ο δάσκαλος έχει το δικαίωμα να μη γνωρίζει κάποια απάντηση
<i>4. Θέματα</i>
• Βασικά αμφιλεγόμενα θέματα ίσως να μην είναι κατάλληλα για ομάδες κάθε ηλικίας
• Να υπάρχει σεβασμός του επιπέδου ωριμότητας των μαθητών

• Στην επιλογή των θεμάτων να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των παιδιών
<i>5. Βοήθεια</i>
• Θέματα που εμφανίζονται μέσα στην τάξη μπορεί να χρειάζονται παρακολούθηση ή αντιμετώπιση έξω από αυτήν
• Να υπάρχει δυνατότητα ιδιαίτερης συζήτησης
<i>6. Εμπιστοσύνη</i>
• Να γίνεται προσπάθεια για τη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης
<i>7. Συναισθήματα</i>
• Όλα τα συναισθήματα είναι αποδεκτά, αλλά όχι όλες οι συμπεριφορές
• Να αναγνωρίζεται η ποικιλία στις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις
<i>8. Χιούμορ</i>
• Όταν χρησιμοποιείται διακριτικά, μπορεί να χαλαρώσει την ένταση που δημιουργείται μερικές φορές
<i>9. Επισκέπτες – Καλεσμένοι</i>
• Να προηγείται έλεγχος της καταλληλότητας τους
• Να προσδιορίζεται ακριβώς ο ρόλος τους σε σχέση με το δάσκαλο και τους μαθητές, π.χ. ομιλητής, σύμβουλος, συνεργάτης κ.λπ.
<i>10. Υλικά, Μέσα, Μέθοδοι</i>
• Να δοκιμάζονται τα υλικά προτού χρησιμοποιηθούν από τους μαθητές
• Χρειάζεται να προσαρμόζονται, παρά να χρησιμοποιούνται εμπορικά πακέτα
• Να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος μάθησης που προτιμούν οι μαθητές
<i>11. Απόψεις γονέων</i>
• Πρέπει να είναι σεβαστές
<i>12. Πολιτική του Σχολείου</i>
• Πρέπει να υπάρχει, να είναι ξεκάθαρη και επίσημα διατυπωμένη σε έγγραφα
<i>13. Επικοινωνία</i>
• Όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη πρέπει να ενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά, για να επιτευχθούν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα

Πηγή: Δαρδανός Γ., Αγωγή Υγείας & Σχολείο, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 96.

Έχουμε αναφερθεί εκτενώς στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η Αγωγή Υγείας ως εκπαιδευτική διαδικασία και στα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή της στο σημερινό σχολείο. Ακόμα αναφερθήκαμε στις επιπρόσθετες απαιτήσεις που εγείρει για τους εκπαιδευτικούς. Ως προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να γίνει μια βασική επισήμανση: Το σύγχρονο σχολείο επιφυλάσσει για τους εκπαιδευτικούς ένα διαφορετικό ρόλο, διαφορετικό από τον παραδοσιακό, με περισσότερες απαιτήσεις. Ένα ρόλο που ξεπερνά την παραδοσιακή εικόνα του ανθρώπου με τις γενικές γνώσεις και το ταλέντο. Απαιτεί από τον εκπαιδευτικό υψηλού επιπέδου γνώσεις τόσο ως προς το επιστημονικό του πεδίο όσο και ως προς την παιδαγωγική του κατάρτιση. Για το λόγο αυτόν κρίνεται αναγκαία η συνεχής επιμόρφωση του. Μια επιμόρφωση που θα εξασφαλίσει όχι μόνο τη διδακτική του ικανότητα, αλλά και την επιστημονική του αυτοβελτίωση. (Δαρδανός Γ., 2001)

Ο συντονιστής / εκπαιδευτής προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη, εξέλιξη και επιτυχημένη ολοκλήρωση του προγράμματος. Η ποιότητα καθοδήγησης της ομάδας, η προσωπικότητα που προβάλλει, οι γνώσεις και η ειδικευμένη εκπαίδευση στο θέμα της αγωγής και προαγωγής της υγείας, οι οργανωτικές ικανότητες και οι γνώσεις της δυναμικής της ομάδας είναι κριτήρια για την επιτυχημένη διεξαγωγή του προγράμματος. (Drink Awareness for Youth, 1992)

Ο εκπαιδευτής πρέπει να είναι πρόσωπο σεβαστό και αποδεκτό από τους εκπαιδευόμενους, να γίνει δε ο πομπός του μηνύματος της αγωγής και προαγωγής της υγείας και να παίζει καθοριστικό ρόλο στη μετάδοση και αποδοχή του μηνύματος. Το μήνυμα, όσο σημαντικό και αν είναι, δεν θα φθάσει στους αποδέκτες αν δεν μεταδοθεί από το κατάλληλο άτομο.

Τα γνωρίσματα του συντονιστή / εκπαιδευτή συνοψίζονται στα εξής:

Ακουστική: Ικανότητα του εκπαιδευτή να ακούει τους εκπαιδευόμενους χωρίς να διακόπτει ή να διορθώνει. Να μπορεί να "χτίζει" με τις ιδέες τους.

Κατανόηση: Ικανότητα του εκπαιδευτή να κατανοεί και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα και τις εμπειρίες της ομάδας και του κάθε μέλους της.

Σεβασμός: Ικανότητα του εκπαιδευτή να επιβάλλει αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ εκπαιδευτή-εκπαιδευομένων και μεταξύ των εκπαιδευομένων μελών.

Εμπιστοσύνη: Ικανότητα να ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και ανταλλαγή απόψεων και αποριών του κάθε μέλους χωρίς φόβο ότι θα αμφισβητηθεί.

Ανεκτικότητα: Ικανότητα για δημιουργία ήρεμης και ανεκτικής ατμόσφαιρας που ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και παραγωγική σκέψη και δράση των μελών της ομάδας.

Ευελιξία: Ικανότητα να κάνει κατάλληλες για τα μέλη της ομάδας αναπροσαρμογές, και να αποφεύγει αυταρχικές συμπεριφορές, στερεότυπα, ηθικοπλαστικές απόψεις και την επιβολή ιδεών.

Συμμετοχή: Ικανότητα να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας σε όλες τις διαδικασίες σεβόμενος τις ατομικές ιδιαιτερότητες και ικανότητες του κάθε μέλους.

Συνεργασία: Ικανότητα να ενθαρρύνει και να αναζητεί τη συνεργασία του κάθε μέλους της ομάδας αλλά και εξωτερικών συνεργατών, αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στον ίδιο και την ομάδα ο αποκλεισμός από το σύνολο.

Γνώσεις δυναμικής της ομάδας: Ικανότητα εκτίμησης της δυναμικής της ομάδας και της ειδικής υποστήριξης που ίσως χρειάζεται στο θέμα αυτό, αναγνωρίζοντας τη σημασία του στο πρόγραμμα. (Σώκου Κ., 1994α)

Τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον εκπαιδευτή θα πρέπει να είναι κοινά γνωρίσματα για όλα τα μέλη της ομάδας.

Η εκπαίδευση και η μετεκπαίδευση των εκπαιδευτικών στη θεματική και τη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας θα πρέπει να γίνεται για τους εξής λόγους:

1. Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία και ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο έχει εντονότατη παρουσία σε όλα σχεδόν τα σχολικά μαθήματα κάθε τάξης και κάθε σχολικής βαθμίδας.

2. Η Αγωγή Υγείας, για να είναι αποτελεσματική, απαιτεί τη χρήση συγκεκριμένων τρόπων διδακτικής προσέγγισης, που τις περισσότερες φορές δεν είναι κοινής χρήσης στο σχολικό περιβάλλον.

3. Η θεματική της Αγωγής Υγείας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, την οποία τις περισσότερες φορές οι εκπαιδευτικοί δεν είναι σε θέση να εφαρμόσουν.

4. Οι εξελίξεις, τόσο στο επίπεδο των επιστημών της υγείας, όσο και στο επίπεδο της διδακτικής μεθοδολογίας είναι ταχύτατες.

5. Η Αγωγή Υγείας θίγει και κοινωνικά θέματα ιδιαίτερης βαρύτητας και απαιτεί την εφαρμογή προσεκτικών προσεγγίσεων.

6. Η θεματική της Αγωγής Υγείας κάποιες φορές υπεισέρχεται σε προσωπικά θέματα των μαθητών και απαιτεί ειδικούς και λεπτούς χειρισμούς.

7. Η σχολική τάξη, ως κοινωνική ομάδα, κατά την εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας μορφοποιείται με διαφορετικούς τρόπους που απαιτούν την αυξημένη προσοχή και παρέμβαση του εκπαιδευτικού.

8. Η πληροφόρηση των εκπαιδευτικών σε θέματα της Αγωγής υγείας θα πρέπει να είναι ακριβής και επιστημονική ώστε να μη δημιουργούνται παρερμηνείες και συγχύσεις.

Ως προς την κατεύθυνση της επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών σε θέματα Αγωγής Υγείας, θα πρέπει:

- Να αναπτυχθούν εθνικά και διεθνή δίκτυα, τα οποία να μεριμνούν για τη συνεχή επιμόρφωση των εκπαιδευτικών στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο, να παράγουν εκπαιδευτικό υλικό, να συγκεντρώνουν τις προτάσεις τους και να προτείνουν βελτιώσεις.

- Να αναπτυχθεί ένα δίκτυο ανταλλαγής απόψεων και υλικού μεταξύ των εκπαιδευτικών.
- Να δημιουργηθεί ένα δίκτυο συνεχούς παροχής πληροφοριών στους εκπαιδευτικούς σχετικών με θέματα υγείας.
- Να ενθαρρυνθεί η εξοικείωση των εκπαιδευτικών με τις νέες τεχνολογίες.

Ως προς τη βασική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών θα πρέπει να εισαχθεί, τουλάχιστον σε αυτή των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, σχετικό μάθημα με τη θεματική και τη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας. Ο πίνακας 6 παρουσιάζει ένα πλαίσιο βασικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που θα μπορούσε να εφαρμοστεί κατά τις πανεπιστημιακές τους σπουδές" (στην Ελλάδα κυρίως για τους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης).

Πίνακας 6. Ενδεικτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση των υποψηφίων εκπαιδευτικών στην Αγωγή Υγείας.

Ενδεικτικό πρόγραμμα για την εκπαίδευση των υποψηφίων εκπαιδευτικών στην Αγωγή Υγείας				
Έτος	Έμφαση στο ρόλο του εκπαιδευτικού	Στόχοι	Μέρη του προγράμματος	Πρακτική άσκηση
1ο έτος	<ul style="list-style-type: none"> • Παιδαγωγός. • Καθοδηγητής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να διακρίνει τη διαδικασία ανάπτυξης των μαθητών και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. • Να καλλιεργεί την αίσθηση και της δικής του εμπλοκής στην υγεία των μαθητών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα της υγείας στο σχολείο. • Ανάλυση προβλημάτων υγείας. • Φυσική, πνευματική και κοινωνική υγεία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατήρηση. • Μικροδασκαλία. • Συνεντεύξεις.
2ο έτος	<ul style="list-style-type: none"> • Οργανωτής. • Μέλος της ομάδας. • Παιδαγωγός. • Καθοδηγητής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αναγνωρίζει, να αναλύει και να χειρίζεται καταστάσεις στο σχολείο, οι οποίες επιδρούν στην υγεία και στην ασφάλεια των μαθητών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα της υγείας στο σχολείο. • Ανάλυση προβλημάτων υγείας και ασφάλειας. • Σχολική πολιτική για την υγεία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαδική εργασία. • Έρευνες για την αποφυγή επικινδύνων για την υγεία μορφών συμπεριφοράς.
3ο έτος	<ul style="list-style-type: none"> • Ενεργό μέλος της κοινωνίας. • Οργανωτής. • Μέλος της ομάδας. • Παιδαγωγός. • Καθοδηγητής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να επισημαίνει τις αξίες και τις δομές στις οποίες στηρίζονται τα πρότυπα υγιεινής συμπεριφοράς. • Να προσδιορίζει τους παράγοντες που προάγουν ή βέτουν σε κίνδυνο την υγεία. • Να προετοιμάζει, να αναπτύσσει και να αξιολογεί μάθημα που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εισαγωγή στις βασικές αρχές της βιολογίας και της ιατρικής. • Ανάλυση καταστάσεων και συνθηκών που επιδρούν στην υγεία. • Δημιουργία μαθησιακών διαδικασιών για θέματα υγείας. • Αξιολόγηση των διδακτικών μέσων που προσφέρει το σχολείο για τη διδασκαλία της Αγωγής Υγείας. • Υγιεινή, διατροφή και πρώτες βοήθειες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη και αξιολόγηση μαθημάτων και προγραμμάτων σχετικών με την Αγωγή Υγείας. • Αποσαφήνιση αξιών.
4ο έτος	<ul style="list-style-type: none"> • Μεταρρυθμιστής. • Ενεργό μέλος της κοινωνίας. • Οργανωτής. • Μέλος της ομάδας. • Παιδαγωγός. • Καθοδηγητής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να καταρτίζει τους μαθητές ώστε να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις για θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους. • Να παραθέτει την άποψή του για τη δομή και τη λειτουργικότητα του Αναλυτικού Προγράμματος της Αγωγής Υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελεύθερη ανάπτυξη θεμάτων που σχετίζονται με την Αγωγή Υγείας. • Ανάπτυξη των Αναλυτικών Προγραμμάτων της Αγωγής Υγείας. • Διατήρηση και βελτίωση της ατομικής και δημόσιας υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρακτική άσκηση σε σχολική τάξη. • Εργασία για την ανάπτυξη και τη βελτίωση του Αναλυτικού Προγράμματος.

Πηγή: Δαρδανός Γ., Αγωγή Υγείας & Σχολείο, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 101.

Εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι το πρόγραμμα βασικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που προτείνεται ακολουθεί τη φιλοσοφία και τις πρακτικές που εφαρμόζονται στην εκπαίδευση των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Άρα, η εισδοχή του με τη μορφή μαθήματος διδακτικής μεθοδολογίας δε θα συναντήσει ούτε τυπικά ούτε λειτουργικά προβλήματα. Απαιτείται μόνο η

θέληση αφού προηγηθεί η κατανόηση της σημασίας της Αγωγής Υγείας για την ατομική και τη δημόσια υγεία.

4.3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗ-ΟΜΑΔΑΣ

Η προαγωγή υγείας αποτελεί πεδίο το οποίο απαιτεί συχνά την ανάπτυξη συνεργασιών τόσο μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας όσο και με άτομα άλλων ειδικοτήτων, είτε πρόκειται για άλλους επιστήμονες, είτε για άτομα που βρίσκονται στο πολιτικό προσκήνιο, αλλά και με απλούς πολίτες και φυσικά με τα άτομα ή τους πληθυσμούς στους οποίους αποβλέπει η προαγωγή υγείας. Δομικό στοιχείο μίας συνεργασίας, και επομένως απαραίτητη δεξιότητα για τον επαγγελματία προαγωγής υγείας, είναι η ικανότητα της επικοινωνίας. Για να είναι η επικοινωνία και συνεπώς και η συνεργασία αποτελεσματική θα πρέπει να καλύπτονται 2 βασικές προϋποθέσεις: (Ewles Linda and Simnett Ina, 2003)

1.Ο επαγγελματίας προαγωγής υγείας θα πρέπει να επιδιώκει να ακούει τις απόψεις και τις θέσεις των ατόμων με τους οποίους συνεργάζεται, ώστε να μπορεί και να τις κατανοήσει.

2.Η επικοινωνία και η συνεργασία θα πρέπει να βασίζεται σε αμοιβαίο σεβασμό και εμπιστοσύνη και στην κατανόηση των δυνατοτήτων όλων των εμπλεκόμενων ατόμων.

Η ανάπτυξη ενός σχεδίου επικοινωνίας αποτελεί επίσης χρήσιμο εργαλείο για τον επαγγελματία υγείας. (Naidoo, J. And Wills J., 2000) Στο σχέδιο αυτό θα πρέπει να καταγράφονται τα διαθέσιμα κανάλια επικοινωνίας (πρόσωπο με πρόσωπο, γραπτά μέσα, ηλεκτρονικά μέσα), καθώς και η συχνότητα επικοινωνίας. Επίσης χρήσιμο είναι να καταγράφονται παρατηρήσεις αναφορικά με την ποιότητα της επικοινωνίας, τα τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται, και να επιδιώκεται η ανεύρεση λύσεων. Η ανάπτυξη ενός τέτοιου αναλυτικού σχεδίου επικοινωνίας πρέπει να βασίζεται στις γενικότερες οργανωτικές, ή διοικητικές και συντονιστικές αρχές που οφείλει να αναπτύξει ο επαγγελματίας υγείας, ανάλογα πάντα με τον ρόλο που αναλαμβάνει.

Άλλο βασικό χαρακτηριστικό που διέπει την ικανότητα αποτελεσματικής συνεργασίας είναι ο **συντονισμός**. (Ewles Linda and Simnett Ina, 2003) Στα πλαίσια της ομαδικής εργασίας είναι απαραίτητο να αναλάβει κάποιο από τα μέλη έναν συντονιστικό ρόλο. Ο ρόλος αυτός επιφέρει συγκεκριμένα καθήκοντα και υποχρεώσεις οι οποίες απαιτούν από τον επαγγελματία προαγωγής υγείας ανάλογες

ικανότητες και δεξιότητες. Ο συντονιστής, πρέπει να χαίρει της αποδοχής της ομάδας, να έχει οργανωτικές ικανότητες, και να φροντίζει για την ομαλή λειτουργία της ομάδας. Συχνά, για να αποφευχθούν παραλείψεις, λάθη και για να τηρούνται τα χρονοδιαγράμματα της ομάδας, είναι χρήσιμη η ανάπτυξη συγκεκριμένων πολιτικών, κανόνων, και πρωτοκόλλων. Με τον τρόπο αυτό κατοχυρώνεται ότι όλα τα μέλη της ομάδας εκτελούν το έργο που τους έχει ανατεθεί και για το οποίο έχουν συμφωνήσει, ενώ παράλληλα ελέγχεται και η πρόοδος της ομάδας.

Μεταξύ των κύριων χαρακτηριστικών μίας ομαδικής εργασίας, τα οποία έχουν αναγνωρισθεί ως απαραίτητα για την ανάπτυξη αποτελεσματικών συνεργασιών είναι: (Naidoo, J. And Wills J., 2000)

- Η ύπαρξη ενός κοινού σκοπού
- Τα μέλη της ομάδας να δεσμεύονται για την επίτευξη του σκοπού
- Η επιλογή των μελών της ομάδας με κριτήριο τις εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες τους
- Η επίγνωση τόσο του δικού τους ρόλου, όσο και του ρόλου των υπολοίπων μελών
- Η πλήρης αλληλοϋποστήριξη
- Η αλληλοσυμπλήρωση των γνώσεων και των ικανοτήτων των μελών της ομάδας
- Η ύπαρξη συντονισμού και καθοδήγησης, από συγκεκριμένο άτομο που αναλαμβάνει τις σχετικές ευθύνες. (Δαρβίρη Χρ., 2007)

4.4 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μία από τις πλέον καθοριστικές διεργασίες στον προγραμματισμό μίας δραστηριότητας Προαγωγής Υγείας, είναι να επιλεγθεί η καταλληλότερη μεθοδολογία, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός και οι επιμέρους επιλεγμένοι στόχοι. Ο επαγγελματίας υγείας ή η ομάδα των επαγγελματιών καλούνται λοιπόν να αναγνωρίσουν τις καλύτερες δυνατά μεθόδους. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι στα πλαίσια της Προαγωγής Υγείας, δεν υπάρχουν "μαγικές" ή ασφαλείς πάντα λύσεις, οι οποίες εγγυώνται την επιτυχία. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες η **συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση** πολλών προγραμμάτων, παρεμβάσεων και γενικότερα δραστηριοτήτων της Προαγωγής Υγείας, έχει προσφέρει **μία αξιόπιστη πηγή γνώσης αναφορικά με την αποτελεσματικότητα ή και καταλληλότητα κάποιων δραστηριοτήτων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και συν-**

θήκες. Ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει και να παρακολουθεί αυτά τα δεδομένα. Φυσικά, η τριβή με την καθημερινότητα και η συνεχής πρακτική, αποτελούν σημαντικά εφόδια προκειμένου να επιλέγεται η προσφορότερη κάθε φορά μέθοδος. (Ewles Linda and Simnett Ina, 1999; Naidoo, J and Wills, J., 2000)

Σημαντικά ερωτήματα που προσφέρουν μίας μορφής καθοδήγηση για τους επαγγελματίες υγείας στον καθορισμό της μεθοδολογίας είναι:

•Ποια μέθοδος είναι η προσφορότερη και η πλέον αποτελεσματική για να επιτευχθούν οι σκοποί και οι στόχοι που έχουν τεθεί;

- Ποια μέθοδος θα είναι πιο αποδεκτή από τους αποδέκτες;
- Ποια μέθοδος είναι η πιο οικονομική;
- Ποια μέθοδος είναι η πιο εύκολη;
- Ποια μέθοδος είναι πιο αποδεκτή από τους μετέχοντες στον προγραμματισμό;
- Με ποια μέθοδο υπάρχει μεγαλύτερη εξοικείωση των επαγγελματιών;

Ο σκοπός, οι στόχοι, οι υπάρχοντες πόροι, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που αποβλέπει η δραστηριότητα, η υπάρχουσα γνώση, οι υπάρχουσες γνώσεις και θεωρίες αλλά και η ικανότητα και η εμπειρία του επαγγελματία υγείας, αποτελούν παράγοντες που τελικά θα επηρεάσουν την επιλογή της μεθοδολογίας. Όλα τα προαναφερθέντα συνθέτουν ουσιαστικά την τέχνη της Προαγωγής Υγείας. Στο δύσκολο έργο της σύνθεσης όλων των ως άνω, η έρευνα και τα αποτελέσματα της, αναφορικά με την προσφορότερη κάθε φορά μεθοδολογία, μπορούν να βοηθήσουν τον επίδοξο επαγγελματία που θέλει να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα, μία παρέμβαση ή μία στρατηγική. (Naidoo, J and Wills, J., 2000. Tones K. And Tilford, S., 2001) Τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις καταλληλότερες μεθόδους σε σχέση με τον επιδιωκόμενο σκοπό παρατίθενται στον πίνακα 7 και αποτελούν απλώς συστάσεις, χωρίς να αποκλείονται τυχόν εξαιρέσεις.

Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η σύγχρονη βιβλιογραφία, μέσα από την αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας σε συγκεκριμένα θέματα, όπως η φυσική άσκηση, η υγιεινή διατροφή, η σεξουαλική συμπεριφορά κτλ, τα οποία απευθύνονται σε διάφορους πληθυσμούς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, μπορούν να αξιοποιηθούν από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να συγκρίνουν και τελικά να επιλέξουν την κατάλληλη για αυτούς μέθοδο. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ότι ο **συνδυασμός μεθόδων, αποτελεί συχνά την καλύτερη**

προσέγγιση, καθώς καθ' αυτόν τον τρόπο αξιοποιούνται αθροιστικά τα πλεονεκτήματά τους.

Πίνακας 7. Αντιστοίχιση σκοπών και προσφορότερων μεθοδολογιών στην Προαγωγή Υγείας.

Σκοπός	Προσφορότερη Μέθοδος
Ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας	Ομιλίες Ομαδική εργασία Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης Φεστιβάλ, εκθέσεις ή άλλες εκδηλώσεις Καμπάνιες
Αύξηση της γνώσης	Ατομική εκπαίδευση Ομαδική εκπαίδευση Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης Φυλλάδια, άλλα έντυπα Καμπάνιες Φεστιβάλ, εκθέσεις ή άλλες εκδηλώσεις
Ενδυνάμωση	Ομαδική εργασία Τεχνικές για την διαδικασία λήψης αποφάσεων Τεχνικές για την αποσαφήνιση αξιών Συμβουλευτική Τεχνικές για την ενδυνάμωση των κοινωνικών δεξιοτήτων Παιχνίδια ρόλου Τεχνικές για την ανάπτυξη της κατηγορηματικότητας
Αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς	Ομαδική εργασία Συμβουλευτική Τεχνικές για την ανάπτυξη δεξιοτήτων Ομάδες αυτοβοήθειας Έντυπο υλικό Ατομική εκπαίδευση
Αλλαγή περιβάλλοντος	Τεχνικές ενδυνάμωσης της κοινότητας Δημιουργία ομάδων πίεσης Εργασία στην κοινότητα Τεχνικές αλλαγής των οργανισμών Πρωτόθση πολιτικών υγείας Πρωτόθση περιβαλλοντικών μέτρων Εφαρμογή νομοθετικών μέτρων και κανονισμών Δημιουργία ομάδων που προωθούν την γνώση

Πηγή: Ewles Linda and Simnett Ina (1999). *Promoting Health, a practical guide*. Bailliere Tindall.

4.4.1 ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται η διάλεξη, η προβολή βίντεο ή ταινίας, οι διαφάνειες, οι αφίσες, τα ενημερωτικά φυλλάδια και τα άρθρα. Οι μέθοδοι αυτές δεν ζητούν άμεσα την ενεργητική συμμετοχή του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται. Το κοινό είναι παθητικοί ακροατές, θεατές ή αναγνώστες.

Η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων στην αγωγή υγείας είναι αμφισβητούμενη. Η απλή ενημέρωση και η μετάδοση γνώσεων δεν φαίνεται να έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς. Συχνά μάλιστα όταν το

περιεχόμενο της ενημέρωσης περιλαμβάνει εκφοβιστικές απειλές ή ηθικοπλαστικά συνθήματα προκαλεί αντιδράσεις και συχνά διεγείρει το ενδιαφέρον και προτρέπει στη δοκιμαστική έναρξη συμπεριφορών για απόκτηση της εμπειρίας. (Πρόληψη, 1992· Κοκκέβη Α., 1985· Κοκκέβη Α.: 1988, Ντάβου Μ., 1992)

Συνήθως τα θέματα αγωγής της υγείας αναφέρονται σε συμπεριφορές που οι δυσμενείς επιδράσεις στον οργανισμό εμφανίζονται πολύ αργότερα. Επειδή το διάστημα που αρχίζει μια συμπεριφορά μέχρι την εμφάνιση ανεπιθύμητων νοσηρών καταστάσεων συχνά είναι μεγάλο, ενώ συγχρόνως μεσολαβούν και διάφοροι άλλοι ενοχοποιητικοί παράγοντες, είναι εξαιρετικά δύσκολο να θεμελιωθεί με απόλυτη εγκυρότητα η αιτιολογική σχέση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς με το πρόβλημα.

Η στάση και συμπεριφορά υγείας των ανθρώπων είναι μακρά διαδικασία που αρχίζει από τα πρώτα χρόνια της ζωής και είναι αποτέλεσμα της επίδρασης του βιοκοινωνικού περιβάλλοντος των αξιών και συνηθειών. Αυτά δεν αλλάζουν ούτε με μια ούτε με περισσότερες ενημερωτικές ομιλίες ή φυλλάδια που συχνά αναφέρονται σε απόψεις συχνά αντίθετες από τις επικρατούσες και που το περιεχόμενό τους δεν είναι πάντα προσαρμοσμένο στα μέτρα της ομάδας. (Καφάτος Α. και συν., 1993· Ντάβου Μ., 1991)

4.4.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις εκπαιδευτικές μεθόδους αγωγής και προαγωγής της υγείας κατατάσσονται μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για εκπαιδευτικούς σκοπούς σε ανάλογα περιβάλλοντα. Στις εκπαιδευτικές μεθόδους περιλαμβάνονται εκτός από τις παθητικές που ήδη αναφέρθηκαν και άλλες μέθοδοι ενεργητικής συμμετοχής. Οι μέθοδοι αυτές συνοψίζονται στην έρευνα, τις συνεντεύξεις, τα ερωτηματολόγια, την ανάλυση του περιεχομένου, την απλή και τη συμμετοχική παρατήρηση, την επίσκεψη, το γράψιμο δοκιμίου, το γράψιμο ιστορίας, το θεατρικό παιχνίδι, τη δραματοποίηση, την ομαδική παρουσίαση θέματος, την αλληλοδιδασκαλία και άλλες. Οι μέθοδοι αυτές αναπτύσσονται με την άμεση συμμετοχή του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα και στοχεύουν στην ανάπτυξη και ωριμότητα του, τις γνώσεις, το πολιτισμικό και κοινωνικό του επίπεδο. Θεωρούνται αποτελεσματικότερες από τις παθητικές μεθόδους. (Κοκκέβη Α., 1985· Κοκκέβη Α.,

1988· Ντάβου Μ., 1992· Καφάτος Α. και συν., 1993· Τριχοπούλου Α. & Λάγιου Π., 1993· Γκούβρα Μ. & Πετρίδου Ε., 1992)

4.4.3 ΒΙΩΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι βιωματικές μέθοδοι περιλαμβάνουν προσεγγίσεις συναισθηματικού τύπου. (Charlton A., 1982· Skills for adolescence, 1989· Substance Abuse prevention programme, 1993) Οι βιωματικές μέθοδοι έχουν στόχο να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου να αναπτύξουν τις προσωπικές και κοινωνικές του δεξιότητες και να βοηθήσουν τον εκπαιδευόμενο να εξασκηθεί στην επιλογή στόχων και αποφάσεων. Οι βιωματικές μέθοδοι περιλαμβάνουν μεθόδους που ήδη αναφέρθηκαν στις εκπαιδευτικές, όπως είναι η δραματοποίηση, το θεατρικό παιχνίδι και το γράψιμο μιας ιστορίας. Επιπλέον περιλαμβάνονται η μέθοδος της συμβουλευτικής, το διάγραμμα βιωματικών εμπειριών, ο "καθρέπτης" και η δημιουργική έκφραση με σχήματα, ζωγραφική ή φωτογραφίες.

Ένα καλά οργανωμένο πρόγραμμα αγωγής και προαγωγής της υγείας περιλαμβάνει μεθόδους και τεχνικές κάθε τύπου. Αυτό συμβάλλει στην πολλαπλή προσέγγιση του θέματος και ανταποκρίνεται στα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες περισσότερων εκπαιδευομένων. (Σώκου Κ., 1994α)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία, ο αναγνώστης προτού έρθει σε επαφή με το είναι η Αγωγή Υγείας, πού αποβλέπει, τι μεθόδους χρησιμοποιεί ή τι προβλήματα έχει να ξεπεράσει, για να μπορεί να έχει κάποιο αντίκρισμα στη σύγχρονη κοινωνία, αποσαφηνίστηκε αρχικά ο όρος της έννοιας 'υγεία', που είναι και το ζητούμενο μιας τέτοιας παρέμβασης ή διαδικασίας.

Η αντίληψη του όρου υγεία δεν είναι ούτε ενιαία σε παγκόσμιο επίπεδο, ούτε εύκολη. Αυτή που φαίνεται να υπερίσχυσε όλων των ορισμών που κατά καιρούς δόθηκαν, είναι ο ορισμός που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), σύμφωνα με τον οποίο *«Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία της ασθένειας ή της αδυναμίας»*.

Όσον αφορά την Αγωγή Υγείας, έγινε κατανοητό πως είναι μια μορφωτική διαδικασία που εμπλέκει, για την επίτευξη των στόχων της, τέσσερις βασικές δραστηριότητες: αυτές που έχουν παιδαγωγικό-μορφωτικό τύπο και αυτές που αφορούν σε δράσεις στο κοινοτικό-κοινωνικό και κοινωνικό-πολιτικό επίπεδο.

Μπορεί να ειπωθεί, λοιπόν, ότι η Αγωγή Υγείας είναι μια θεμελιώδης εκπαιδευτική διαδικασία που στόχο έχει την υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών, βασισμένων στην πολύπλευρη επιστημονική προσέγγιση, στη μάθηση μέσα από την πράξη, στην ανάπτυξη των διανοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων των μαθητών, ώστε να μάθουν να επικοινωνούν, να συνδιαλέγονται και να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματά τους.

Η σύγχρονη Αγωγή Υγείας κυριαρχείται από την αντίληψη, που διαμορφώθηκε τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στους ειδικούς της υγείας, καθώς και στους εθνικούς ή τους διεθνείς οργανισμούς, πως μια Αγωγή Υγείας, η οποία δε στοχεύει στη βελτίωση της στάσης των ατόμων ως προς την υγεία, είναι, με τον ένα ή με τον άλλον τρόπο, χωρίς νόημα.

Προαγωγή Υγείας, από την άλλη μεριά, είναι η ενδιάμεση στρατηγική μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντός του, που προσπαθεί να συνθέσει τις προσωπικές επιλογές και την κοινωνική ευθύνη για την Υγεία (WHO, 1984).

Πέραν της οικογένειας, ο πιο κατάλληλος τόπος για την προαγωγή της υγείας είναι το σχολείο, το οποίο αποτελεί το πλαίσιο-κλειδί για την προαγωγή της υγείας με κύριο εργαλείο τα προγράμματα Αγωγής Υγείας.

Τα σχολεία που προάγουν την υγεία, χαρακτηρίζονται από:

α. Ένα σύνολο ατόμων που ζουν, μορφώνονται και εργάζονται με βάση την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και την αμοιβαία προσφορά εργασίας.

β. Μια κοινή προσπάθεια των μελών της σχολικής κοινότητας, κατάλληλα οργανωμένης, για την πρόληψη της υγείας τους.

γ. Μια συστηματική και συνεχή ενημέρωση όλων των μελών της σχολικής κοινότητας σε θέματα Αγωγής Υγείας, διδακτικού προσωπικού του σχολείου κ.ά.

δ. Το ενδιαφέρον και τη φροντίδα τους για τους δασκάλους και το άλλο προσωπικό τους, ώστε να δημιουργείται κλίμα αλληλοεκτίμησης και αμοιβαίας προσφοράς εργασίας, προς όφελος της Αγωγής Υγείας.

ε. Ένα υγιές περιβάλλον, τη συνεχή και συστηματική φροντίδα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του σχολείου, το διαρκή έλεγχο στην οργάνωση του σχολείου για τη δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων για μάθηση.

στ. Τη δυνατότητα που παρέχουν σε όλα τα μέλη τους να διαμορφώσουν τον τρόπο ζωής τους, αξιοποιώντας τις γνώσεις που τους προσφέρουν και αναπτύσσοντας τις ατομικές τους ευαισθησίες.

ζ. Μια συνεχή διαδικασία σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης όλων των δραστηριοτήτων που αφορούν στην Αγωγή Υγείας, τοποθετώντας τη στο επίκεντρο των ενδιαφερόντων τους.

Οι δάσκαλοι θα πρέπει να έχουν κατανοήσει και να έχουν ξεκαθαρίσει τη σημασία των όρων "υγεία", "Αγωγή Υγείας" και "προαγωγή της υγείας". Κάτι τέτοιο μπορεί να προϋποθέτει μια αντίληψη των κυριοτέρων αρχών και θεωριών που σημαδεύουν την αγωγή και την προαγωγή της υγείας, όπως λ.χ. ικανότητα δράσης και μοντέλα αλλαγής της συμπεριφοράς.

Οι δάσκαλοι θα πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία. Για παράδειγμα:

- Τα τελευταία 50 χρόνια έχουν αλλάξει τα πρότυπα της υγείας και τα είδη της ασθένειας στην Ευρώπη, όπου από τις κολλητικές και μεταδοτικές ασθένειες περάσαμε στις χρόνιες ασθένειες, οι οποίες σε σημαντικό βαθμό οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντος και τον τρόπο ζωής.

- Η κατάσταση της καλής υγείας δεν είναι θέμα τύχης. Οι μαθητές θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν τους παράγοντες που βοηθούν στην κατάκτηση

μιας καλής υγείας, καθώς και το πώς μπορεί κάποιος να κάνει σωστές επιλογές και να παίρνει σωστές αποφάσεις που να στηρίζονται σ¹ αυτή τη γνώση.

- Τα σχολεία έχουν σημαντική επιρροή πάνω στους μαθητές και, ιδιαίτερα, πάνω στη διαδικασία απόκτησης γνώσης, συμπεριφορών και δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη υγιεινών τρόπων ζωής, καθώς και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

- Η Αγωγή Υγείας είναι ένα θετικό πρόσθετο συμπλήρωμα στο σχολικό πρόγραμμα και είναι ικανή να βοηθήσει να καταστούν τα παραδοσιακά μαθήματα πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών/τριών.

Οι δάσκαλοι θα πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να διδάσκεται στα σχολεία. Για παράδειγμα:

- Τα τελευταία 50 χρόνια έχουν αλλάξει τα πρότυπα της υγείας και τα είδη της ασθένειας στην Ευρώπη, όπου από τις κολλητικές και μεταδοτικές ασθένειες περάσαμε στις χρόνιες ασθένειες, οι οποίες σε σημαντικό βαθμό οφείλονται στις συνθήκες του περιβάλλοντος και τον τρόπο ζωής.

- Η κατάσταση της καλής υγείας δεν είναι θέμα τύχης. Οι μαθητές θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν τους παράγοντες που βοηθούν στην κατάκτηση μιας καλής υγείας, καθώς και το πώς μπορεί κάποιος να κάνει σωστές επιλογές και να παίρνει σωστές αποφάσεις που να στηρίζονται σ' αυτή τη γνώση.

- Τα σχολεία έχουν σημαντική επιρροή πάνω στους μαθητές και, ιδιαίτερα, πάνω στη διαδικασία απόκτησης γνώσης, συμπεριφορών και δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη υγιεινών τρόπων ζωής, καθώς και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

- Η Αγωγή Υγείας είναι ένα θετικό πρόσθετο συμπλήρωμα στο σχολικό πρόγραμμα και είναι ικανή να βοηθήσει να καταστούν τα παραδοσιακά μαθήματα πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών/τριών.

Οι δάσκαλοι/ες θα πρέπει να έχουν πλήρη αντίληψη του δικού τους ρόλου και του ρόλου του σχολείου στην προαγωγή της υγείας και των μαθητών, αλλά και των άλλων διδασκόντων. Επίσης, θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες που να τους καθιστούν ικανούς στα εξής:

- Να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι, για να είναι αποτελεσματική η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας στην τάξη, χρειάζεται την ενίσχυση της επίσημης πολιτικής του σχολείου, το πλέγμα των φυσικών και κοινωνικών συνιστωσών του σχολείου,

καθώς και μία διασύνδεση μ' ένα σύνολο προσπαθειών που απορρέουν από την οικογένεια και την κοινότητα.

- Να είναι σε θέση ν' αναγνωρίζουν τα ζητήματα υγείας που είναι πρωταρχικής σημασίας, για να συμπεριληφθούν στη διδασκαλία της Αγωγής Υγείας, φροντίζοντας, ταυτόχρονα, στο να τα οριοθετούν αυστηρά μέσα σε ένα πλαίσιο προαγωγής υγιεινών τρόπων ζωής και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

- Να ξεκινούν από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές/τριες σε ό,τι αφορά στις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν στην υγεία.

- Να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με αυτά τα ζητήματα υγείας.

- Να κατανοούν τη σπουδαιότητα της οικοδόμησης ενός ολιστικού σχολείου μέσα από την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στην Αγωγή Υγείας.

- Να μπορούν ν' αναγνωρίζουν τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα είναι δυνατόν να επανεκτιμηθούν και να καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών μέσα από την ενσωμάτωση σ' αυτά θεμάτων σχετικών με την υγεία.

- Να μπορούν να χρησιμοποιούν μια ποικιλία διδακτικών ή μαθησιακών μεθόδων, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αμεσότερα με τη διαδικασία της μάθησης.

- Να εκτιμούν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης για την οικοδόμηση ενός επιτυχημένου προγράμματος Αγωγής Υγείας.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας είναι οι εξής:

A. Παθητικές Μέθοδοι: τέτοιες είναι μέθοδοι στις οποίες ο μαθητής είναι περισσότερο ακροατής. Μερικές από αυτές είναι π προβολή slides και video, οι αφίσες, τα φυλλάδια, οι διαλέξεις.

B. Μέθοδοι Ενεργητικής Μάθησης: Σ' αυτές ο μαθητής ή ο εκπαιδευόμενος παίρνει μέρος ενεργά, συμμετέχοντας σε διαδικασίες όπως η έρευνα, το Project, οι συνεντεύξεις, τα ερωτηματολόγια, ο νοητικός καταιγισμός (brainstorming), η ανάλυση περιεχομένου, το γράψιμο ενός δοκιμίου ή ιστορίας, το θεατρικό παιχνίδι και η δραματοποίηση, τα παιχνίδια ρόλων, η αλληλοδιδασκαλία κ.ά.

Γ. Βιωματικές Μέθοδοι (προσεγγίσεις συναισθηματικού τύπου): Είναι μέθοδοι που στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου, στην ανάπτυξη των προσωπικών του δεξιοτήτων (όπως η ικανότητα άρνησης) και στην ενίσχυση της ικανότητας επιλογής στόχων και αποφάσεων.

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και διάφορες μέθοδοι ενεργητικής μάθησης, όπως το θεατρικό παιχνίδι και η δραματοποίηση, αλλά και άλλες μέθοδοι συμβουλευτικής και, γενικά, τρόποι με τους οποίους ο εκπαιδευόμενος έρχεται σε επαφή με τα συναισθήματα του και ενισχύονται η ικανότητα επικοινωνίας, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός.

Δηλαδή, οι δάσκαλοι θα πρέπει να έχουν προσωπική εμπειρία γύρω από ένα ευρύ φάσμα μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην Αγωγή Υγείας μέσα στην τάξη. Στις διαδικασίες αυτές είναι δυνατόν να συνεργάζεται κανείς με το σύνολο της τάξης ή να εφαρμόζει δραστηριότητες που γίνονται από μικρές ομάδες μαθητών.

Οι μέθοδοι αυτές περιλαμβάνουν:

- **Συζήτηση:** είναι δυνατόν να εμπλουτιστεί από την υποβολή ερωτήσεων που δημιουργούν ερεθίσματα, καθώς και από τη χρήση διαδικασιών του τύπου "κάντε μια αναφορά".

- **"Νοητικός καταιγισμός" ("brain storming"):** είναι μια μέθοδος γρήγορης καταγραφής των σχολίων που γίνονται από τον καθένα/μία πάνω σε κάποιο συγκεκριμένο θέμα.

- **Ομάδες εργασίας:** μπορεί ο δάσκαλος ν' αναθέτει σε μικρές ομάδες ένα πρόβλημα ή μία εργασία, ζητώντας την απόδοση σχετικών και κατάλληλων απαντήσεων.

- **Έρευνα:** είναι ο τρόπος εκείνος της θεώρησης ενός ζητήματος υγείας, στον οποίο γίνεται συλλογή πληροφοριών μέσα από μια "έρευνα" ή το σχεδιασμό και τη διενέργεια μιας δημοσκόπησης.

- **Παιχνίδια ρόλων:** είναι μια διαδικασία με την οποία βοηθάει κανείς τους/τις μαθητές/τριες, ώστε να επεξεργαστούν τα δικά τους συναισθήματα και τις στάσεις τους και να ζήσουν κάποιες αντίστοιχες εμπειρίες γι' αυτά που βιώνουν οι άλλοι.

- **Συμμετοχή επισκεπτών:** κάτι τέτοιο θα πρέπει να αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος, που θα βρίσκεται σε εξέλιξη και για το οποίο θα γίνεται προσεκτική προετοιμασία και ανασκοπήσεις από ειδικούς επισκέπτες αλλά και από την τάξη.

• **Δημοσκοπήσεις:** πάνω στις γνώσεις, τις στάσεις ή τις απόψεις ανάμεσα στις ομάδες-στόχους (τάξη, σχολείο ή γονείς). Οι καταμετρήσεις αυτές μπορούν να αποτελέσουν το καλύτερο σημείο εκκίνησης για εργασίες που σχετίζονται με την τάξη, το σχολείο ή την κοινότητα.

Σε ό,τι αφορά στα υλικά και τις πηγές της Αγωγής Υγείας, οι δάσκαλοι θα πρέπει:

-να γνωρίζουν τον τρόπο πρόσβασης σ' αυτά

-να έχουν εμπειρία στη χρησιμοποίηση υλικών και πηγών κατάλληλων για τις ανάγκες τους.

Επίσης, θα πρέπει να τους δοθεί η ευκαιρία, ώστε να εξοικειωθούν:

-στη χρήση έτοιμων υλικών προσωπικής αξιολόγησης κατάλληλων για την τάξη ή το σχολείο

-στο σχεδιασμό και στην παραγωγή των δικών τους υλικών Αγωγής Υγείας.

Συμπερασματικά, γίνεται φανερό πως η σύγχρονη αντίληψη για την υγεία ταυτίζει, ουσιαστικά, την Αγωγή Υγείας με την Προαγωγή της Υγείας. Γι' αυτό, όταν κανείς αναφέρεται στην Αγωγή Υγείας, θα πρέπει να εννοεί και την Προαγωγή της και αντιστρόφως.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anderson, R.** (1984). *Health Promotion: An overview in European Monographs in Health Education*. Research 6, Scottish Health Education Group, Edinburgh.
- Beattie M.** (2000). *Practical Restoration Handbook: Leadership Skills Inland Waterways Association*. Διαθέσιμο στο: http://www.wrg.org.uk/prh/leadership_skills.pdf.
- Bieckner, R.E.** (1970). *Measurement and Indices of Health*. Rockville Md.
- Brockington, F.** (1997). *The World health*. London: Harper.
- Catford J.C. and Nutbeam D.** (1984): Towards a definition of health education and health promotion, in *Health Education Journal*, 43 (2/3): 38.
- Center for Health Care Strategies (2005)**. *Preparing patient education materials. Health Literacy: fact sheet 6*.
- Charlton A.** (1982): Lung Cancer: The Ultimate Smoking Deterrent for Young People? *Journal of Instruction in Health Education*, 20,5-12.
- David K. & William T. Eds** (1987): *Health Education in Schools*, Harper Education Series, London.
- Delore, P.** (1961). *De la Medecine Clinique a la Medicine Sociale*. Paris : Masson et Cie.
- Dignan M. & Carr P. Eds** (1992): *Program Planning for Health Education and Promotion*, Lea & Febiger, U.S.A.
- Donabedian A.**, *The Definition of Quality and approaches to its assessments*, Health Administration Press, Michigan, 1980.
- Doxiadis S.** (1990): *Ethics in Health Promotion*. Wiley, Chichester.
- Draijer J., Williams T.** (1991): *School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community*, The Commission of the European Communities.
- Draijer, J. & Williams, T.** (1987). *School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community*. The Commission of the European Communities.

- Drink Awareness for Youth** (1992): Health Promotion Unit, Dept. of Health, National Youth Council, Ireland.
- Engelhardt D., von,** (1986): Changing Health Concepts in Historical Perspective, in Scientific Approaches to Health and Health Care, World Health Organization, Copenhagen.
- Ewles Linda and Simnett Ina** (1999). *Promoting Health, a practical guide*. Bailliere Tindall.
- Ewles Linda and Simnett Ina** (2003). *Health Promotion: foundations for Practice*. Bailliere Tindall.
- Galen, G.** (1951). *Sanitate*. Illinois : Springfield.
- Groene, O., Garcia-Barbero, M.** (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. Country Systems, Policies and Services Division of Country Support, WHO Regional Office for Europe.
- Health Education for Schools. A Training Manual for Teachers** (1991). Council of Europe, W.H.O., C.E.C.
- Healthy School Resource Package** (1992). Sokou K. edit. W.H.O./ Europe.
- Herzlich C.** (1973): Health and Illness, Academic Press, London.
- Homer J.W.** (1980): Health Education and Public Policy in the United Kingdom, *Community Medicine*, 2 (3), pp. 229-235.
- ICAP,** Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Κλαδική Μελέτη, Αθήνα, Ιούλιος 2001.
- Kickbusch I.** (1981): Involvement in Health: A Social Concept of Health Education, *International Journal of Health Education*, 24, supplement.
- Lalonde M.** (1974): A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document, Ministry of National Health and Welfare, Government of Canada, Ottawa.
- Lister-Sharp, D., Chapman, C., Stewart-Barton, S., Swoden, A.** (1999). Health promoting schools, and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3 (22).
- Loeper, M.** (1953). *Medecine Francaise. Extraits du discours prononce a la seance inaugurale du XXIXe Congres International de Medecine. La Presse Medicale*, vol. 61, σ. 1631.

- Mackintosh N.** (1996). *Promoting Health: an Issue for Nursing*. Quay Books, Dinton.
- McKenie F. James, Neiger L. Brad and Smeiltzer L. Jan** (2005). *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, A Primer*. Pearson Benjamin Cummings.
- McKeown T.** (1979): *The role of Medicine*, Basil Blackwell, Oxford.
- McLeroy, K.** et al. (1992). Health Education Research, Theory and Practice: Future Directions. *Health Education Research: Theory and Practice*, 7:1-8.
- Mialaret, G.** (1996). *Εισαγωγή στις Επιστήμες της Αγωγής*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
- Modolo, A.** (χ.χ.). Αγωγή Υγείας: στόχοι και μέθοδοι. Στο: ΥΥΠ & ΥΝΓΑ, *Αγωγή Υγείας*, Αθήνα, σσ. 15-16.
- Naidoo, J. and Wills J.** (2000). *Health Promotion: foundations for Practice*. Bailliere Tindall.
- Ottawa Charter for Health Promotion** (1986). World Health Organization, Copenhagen.
- Oxford English Dictionary** (1998).
- Parcel, G.S., Kelger, S.H., Basen-Engquist, K.** (2000). The school as a setting for health promotion. Στο Poland B.D., Green L.W., Rootman I. (eds) *Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice*. p.p. 90-94. London, Sage Publications.
- Parsons T.** (1951): *The Social System*, Chicago, Free Press.
- Pelikan, J.M., Garcia-Barbero, M., Lobnig, H. Krajic, K.** (1998). *Pathways to Health Promoting Hospital Experiences form the European Pilot Hospital Project 1993-1997*. The Health Promoting Hospital Series Vol. 2. G. Conrad Health Promotion Publications Gamburg, Germany.
- Pelikan, J.M., Krajic, K., Dietscher, C.** (2001). The Health Promoting Hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counselling*, 45 (4):239-243.
- Promoting the Health of Young People in Europe.** (1993): C.E.C., W.H.O., C.E., Scottish Health Education Board.

- Public Health South** (2004). *Health promoting school concepts*. Public Health South, Department of Health Promotion. Διαθέσιμο στο: http://www.pshouth.co.nz/prom_schoolsconcept.html.
- Rootman, I., Goodstadt, M., McQueen, D., Potvin, L., Springett, J. and Ziglio, E.** (eds) (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO (EURO), Copenhagen.
- Scottish Executive** (2000). *Health Education: 5-14 National Guidelines*. Crown Publications.
- Scottish Health Education Group** (1989). *The Healthy School*. Edinburg: World Health Organization Group.
- Skills for Adolescence** (1989): TACADE, Gr. Britain.
- Sokou K.** (1991): Expert Sharing: The state of art in different countries, Greece in Mental Health Promotion and Prevention in Schools. Bosma M. ed., WHO Europe, Dutch Centre for Health Education and Health Promotion.
- Stacey M.** (1977): Concepts of Health and Illness: A Working Paper on the Concepts and their Relevance to Research, Appendix III in Health and Health Policy - Priorities for Research, London, SSRC.
- Substance Abuse Prevention Programme** (1993): Health Promotion Unit, Dept. of Health, Psychological Services, Dept. of Education, Ireland.
- Targets for Health for All 2000** (1985): World Health Organization, Copenhagen.
- Targets for Health for All. The Health Policy for Europe** (1992): World Health Organization, Copenhagen.
- Thorogood, M. Coombes, Y.** (2004). *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. Oxford Medical Publications.
- Tones Keith and Green Jackie** (2004). *Health Promotion: Planning and Strategies*. London, Sage Publications.
- Tones, K and Tilford, S.** (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Nelson Thomes, London.
- Weed, D.L. & McKeown, R.E.** (2001). Ethics in epidemiology and public health I. Technical terms. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(12): 855-857.

- Whitman, N.** (1996). Learning and teaching styles: implications for teachers of family medicine. *Fam Med*, 28(5):321-5.
- WHO** (1984). Alma Ata Declaration, *Health for all by the Year 2000*.
- WHO** (1993). Continuous quality Development: A Proposal National Policy, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO** (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers, Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organisation** (1991). *The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organisation** (1997). *Promoting health through school*. WHO, Geneva.
- World Health Organisation** (1998). *Health Promoting Schools, a healthy setting for living, learning and working*. WHO, Division of Health Promotion Education and Communication, Health Education and Health Promotion Unit, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization** (1979). Report of the Task Force on Health Education and Family Health. *Who Technical Report Series*, 45, Geneve.
- Wylie, C.M.** (1970). The definition and measurement of health and disease. *Public Health Report*, vol. 85, 2.
- Young I. & William T.** (1989): *The Healthy School*, WHO, Scottish Health Education Group, Edinburgh.
- Zola I.** (1975): Culture and Symptoms: An analysis of patients' presenting complaints, in *A Sociology of Medical Practice*, Cox C. and Mead A., eds. Collier-McMillan, London.
- Αθανασίου, Κ.** (1994). *Αγωγή Υγείας για Παιδαγωγούς, Θεσσαλονίκη*, σσ. 33-34.
- Αθανασίου, Κ.** (1995). *Τι είναι η αγωγή υγείας. Λέσχη των εκπαιδευτικών*, τεύχ. 9, σ. 16.
- Γκούβρα Μ., Πετρίδου Ε.** (1992): *Ρωτώ και Μαθαίνω για το AIDS*, Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.

- Δαρβίρη Χρ. (χ.χ.)**, *Διερεύνηση παραγόντων προσδιοριστικών της γνώσης και τάσης των σπουδαστών στα κληρονομικά νοσήματα, στα πλαίσια διαμόρφωσης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο.
- Δαρβίρη Χριστίνα** (2007). *Προαγωγή Υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Δαρδανός Γ.**, *Αγωγή Υγείας & Σχολείο*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2001, σ. 17.
- Δεληκωσταντής, Κ.** (1998). *Οι τρεις κουλτούρες του σύγχρονου εκπαιδευτικού*, Μακεδόν, 4.
- Δίλιντας Α., Σεβαστάκη Ε., Νεονάκης Ι.**, Η Αναζήτηση της Ποιότητας στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία, Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ, Ιούλιος-Αύγουστος 2006, σσ. 43-47.
- Ζαβιτσάνος, Θ.Ξ.** (1975). *Δημόσια – Κοινωνική Υγιεινή*. Τόμος 1^{ος}, Αθήνα, σ. 35.
- Καφάτος Α., Μπασιώρη Μ., Παπαδάκης Μ., Διακάτου Α., Χασαπίδου Μ.** (1993): Υγεία, Λοττροφή και Ανάπτυξη Παιδιών Βρεφικής και Προσχολικής Ηλικίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Προληπτική Ιατρική και Διατροφή, Ηράκλειο.
- Καψάλης Αχ.** (1989). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Θεσσαλονίκη: Αφοί Κυριακίδη, σ. 485.
- Καψάλης Αχ.** (1996). *Θεωρία του σχολείου – Λειτουργίες του σχολείου*. Τεύχος Α΄, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη: Υπηρεσία Δημοσιευμάτων.
- Κοκκέβη Α.** (1985): Η Χρήση Νόμιμων και Παράνομων Τοξικών Ουσιών στην Εφηβεία, στο Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Γ. Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος (επιμέλεια). Καστανιώτης, Αθήνα.
- Κοκκεβη Α.** (1988): Η Πρόληψη της Τοξικομανίας: Μύθος ή Πραγματικότητα., Ψυχολογικά Θέματα 1,4,275-283.
- Λεοντάρη, Α. & Κυρίδης, Α.** (1999). Ποιος είναι ο καλός δάσκαλος; Ας αφήσουμε τους μαθητές να τον περιγράψουν. *Νέα Παιδεία*, 92.
- Ντάβου Μ.** (1991): Υλικό «αϊ Μέθοδοι της Αγωγής Υγείας· Ψυχοκοινωνικοί και Εκπαιδευτικοί Παράγοντες, Ψυχολογικά Θέματα, 4 (4).
- Ντάβου Μ.** (1992): Το Κάπνισμα στην Εφηβεία, Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

- Περάκη, Β.** (1993). *Αγωγή σε θέματα Υγείας – Φιλοσοφία, στόχοι, μεθοδολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Προαγωγή της Υγείας, Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών** (1984), Διακήρυξη της Π.Ο.Υ., Περιφερειακό Γραφείο, μετάφραση Κ. Σώκου, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Πρόληψη** (1992): Εθνικό Συμβούλιο κατά των Ναρκωτικών.
- Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Α.,** Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Τόμος Δ, ΕΑΠ, 1999, σελ. 17-38, 64-65.
- Σώκου Κ.** (1993): *Στρατηγική Ανάπτυξης Υγιών Σχολείων, στο Βοήθημα για την Οργάνωση Ομάδων Εργασίας σε θέματα Αγωγής Υγείας*, Τριχοπούλου Α. & Λόγιου Π., Υγειονομική Σχολή Αθηνών, σελ. 125-143.
- Σώκου Κ.** (1994α), *Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- Σώκου Κ.** (1994β): *Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία*, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, *Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις*, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα.
- Σώκου Κ.** (1994γ): *Σχολεία Προαγωγής της Υγείας*, Το Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκτυο. ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, 4, ΙΚΠΙ, Αθήνα.
- Σώκου Κ.** (1994δ): *Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στο Σχολείο*, Υγεία και Πόλη, 3, Μάης, Βόλος.
- Τούντας Γ.,** *Η έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003, 20(5):532-546.
- Τούντας Ι.** (2002). *Προαγωγή Υγείας*. Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στο: http://asclepieion.mpl.uoa.gr/pubASPIS/Αγωγή_και_Προαγωγή.htm
- Τούντας, Γ.Κ.** (1988). *Σημειώσεις Αγωγής Υγείας*. ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Επισκεπτών-τριών Υγείας.
- Τούντας, Γ.Κ.** (1994α). *Αγωγή Υγείας*. Στο: Κακλαμάνη Ε, Φραγκούλη-Κουμαντάκη Υ. (εκ) *Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας* 2^η έκδοση. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

- Τούντας, Γ.Κ.** (1994β). Μεθοδολογία Αγωγή Υγείας. Στο: Κακλαμάνη Ε, Φραγκούλη-Κουμαντάκη Υ. (εκ) *Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας* 2^η έκδοση. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Τριχοπούλου Α., Λόγιου Π.** (1993): Βοήθημα για την Οργάνωση Ομάδων Εργασίας σε θέματα Αγωγής Υγείας, Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Φραγκιαδάκης Γ., Ζοπουνίδης Κ.** (2007): Εθνικές πολιτικές στην υγεία. Στο: Ζοπουνίδης Κ., Θέματα Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, σσ. 13-14.
- Φραγκουδάκη, Α.** (1985). *Κοινωνιολογία της Εκπαίδευσης*. Αθήνα: Παπαζήσης, σ. 15.