



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ
ΥΓΕΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

***Σχολεία προαγωγής υγείας στην Ευρώπη: Αλφαριθμητισμός
υγείας.***

Συγγραφέας/είς

Γεωργούλα Άννα

A.M: 2106

Επιβλέπουσα

Σακελλάρη Ευανθία

Αθήνα, Ιούλιος 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH

MSc ENVIRONMENTAL

COMUNICATION AND HEALTH PROMOTION

Diploma Thesis

Health-promoting schools in Europe: Health literacy.

Student name and surname:

Georgoula Anna

Registrationnumber: 2106

Supervisor name and surname:

Sakellari Evanthia

Athens, July 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Σχολεία προαγωγής υγείας στην Ευρώπη: Αλφαριθμητισμός υγείας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Σακελλάρη Ευανθία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
	Σκαναβή Κωνσταντίνα	Καθηγήτρια, Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	
	Νοταρά Βενετία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής	

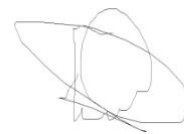
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γεωργούλα Άννα του Λάμπρου με αριθμό μητρώου 2106 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Περιβαλλοντική Επικοινωνία και Προαγωγή Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Ευχαριστίες

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας, κα Σακελλάρη Ευανθία, η οποία με υποστήριξε και με καθοδήγησε κατά τη διάρκεια της έρευνας και της συγγραφής της παρούσης, καθώς και όλο το ακαδημαϊκό και διοικητικό προσωπικό της σχολής μου, για την συνολική συμβολή τους στην πορεία μου να εξελιχθώ, τόσο ακαδημαϊκά, όσο και ως άνθρωπος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους οικείους μου, για την ψυχολογική και υλική στήριξη στο σημαντικό αυτό ταξίδι μου για την εξέλιξη μου σε έναν καταρτισμένο και υπεύθυνο Δημόσιο Λειτουργό Υγείας.

Περίληψη

Ο αλφαριθμητισμός υγείας είναι ύψιστης σημασίας παράγοντας που καθορίζει την υγεία. Σε πολλές μελέτες γίνεται αναφορά στη θετική συσχέτιση των υψηλών επιπέδων παιδείας για την υγεία και της βελτίωσης της υγείας στα παιδιά. Επιστημονικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι το σχολείο -σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης- μπορεί να είναι το ιδανικό περιβάλλον για την εφαρμογή παρεμβάσεων που σχετίζονται με την υγεία που στοχεύουν στην προώθηση της παγκόσμιας ανάπτυξης των νέων. Η προαγωγή της υγείας στο σχολείο θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική στη βελτίωση τόσο της ευημερίας των μαθητών όσο και των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων τους. Το δίκτυο Σχολείων για την Υγεία στην Ευρώπη συντάχθηκε το 1992 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την Ευρώπη. Με βάση το παρόν δίκτυο, ο ορισμός του σχολείου προαγωγής της υγείας υποδεικνύει το σχολείο ως μία έννοια που εφαρμόζει ένα δομημένο και συστηματικό σχέδιο για την υγεία, την ευημερία και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου όλων των μαθητών και του προσωπικού -διδασκτικού και μη διδασκτικού. Στην παρούσα εργασία γίνεται εκτενής αναφορά στον αλφαριθμητισμό υγείας και γίνεται έρευνα για τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα Σχολεία Προαγωγής Υγείας για την επιτυχημένη προαγωγή υγείας στα σχολεία. Τέλος γίνεται συζήτηση για το πόσο αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις αυτές και τι θα μπορούσε να βελτιωθεί.

Λέξεις κλειδιά: αλφαριθμητισμός υγείας, εκπαίδευση υγείας, σχολεία προαγωγής υγείας, παρεμβάσεις για την προαγωγή υγείας

Abstract

Health literacy is a key determinant of health. It has been reported in a number of studies that a positive correlation exists between high levels of health literacy and improved outcomes in children health. Scientific evidence demonstrates that school - at all levels of education - can be the ideal setting for implementing health-related interventions aimed at promoting the global development of young people. Health promotion at school could be effective in improving both student well-being and academic achievement. The World Health Organization for the European region in 1992 introduced the Schools for Health Europe network. The definition of a health promoting school according to this network is the following: a school that applies a systematic and structured plan required for the health, well-being and development of the social capital of students and staff both teaching and non-teaching. In this paper, extensive reference is made to health literacy and research is done on the interventions implemented in Health Promotion Schools for successful health promotion in schools. Finally, there is a discussion about how effective these interventions are and what could be improved.

Key words: health literacy, health education, health promoting schools, health promotion interventions

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	6
Περιεχόμενα.....	7
Κεφάλαιο 1:.....	9
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο 2: Προαγωγή της υγείας	13
2.1 Προσέγγιση της έννοιας της υγείας.....	13
2.2 Αλφαριθμητισμός υγείας	14
2.3 Αλφαριθμητισμός υγείας στην προσχολική ηλικία	16
2.4 Προαγωγή της υγείας στην προσχολική ηλικία.....	20
Κεφάλαιο 3: Παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας στα σχολεία	25
3.1 Δικτύωση Σχολείων Υγείας στην Ευρώπη.....	25
3.2 Επίσημη προσέγγιση των Σχολείων Προαγωγής Υγείας	27
3.3 Θέματα υγείας που περιλαμβάνονται στην εθνική πολιτική των Σχολείων Προαγωγής Υγείας	30
3.4 Εύροι των Σχολείων Προαγωγής Υγείας	30
3.4.1 «Κορυφή-βάση» ή «Βάση-κορυφή».....	30
3.4.2 Αντιμετώπιση μεμονωμένου ή πολλαπλών βασικών στοιχείων προαγωγής υγείας.....	31
3.4.3 Υιοθέτηση υφιστάμενων ή νέων παρεμβάσεων προαγωγής υγείας	31
3.4.4 Μη διακεκομμένο ή διακεκομμένο.....	32
3.4.5 Προσθετική στρατηγική ή στρατηγική προσθήκης	32
3.4.6 Τυχοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή ή έρευνα που προσανατολίζεται στη δράση	33
3.4.7 Τοπική ή εθνική διάδοση	33
3.5 Παραδείγματα υλοποίησης του Ευρωπαϊκού Δικτύου Σχολείων Προαγωγής Υγείας	34
3.5.1 Ελλάδα	34
3.5.2 Σλοβενία	35
3.5.3 Γερμανία	35
3.5.4 Σκωτία	36
3.5.5 Βόρεια Μακεδονία.....	37
3.5.6 Πορτογαλία	37
3.5.7 Ιρλανδία	38
3.5.8 Ολλανδία	38
3.5.9 Δανία	39

3.5.10 Ουαλία	40
3.5.11 Ισπανία	40
3.5.12 Σουηδία	42
3.5.13 Γαλλία	42
Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα και συζήτηση	44
Βιβλιογραφία	49

Κεφάλαιο 1:

Εισαγωγή

Ο αλφαριθμητισμός υγείας είναι παράγοντας που καθορίζει την υγεία. Η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ των ανώτερων επιπέδων παιδείας για την υγεία και των βελτιωμένων αποτελεσμάτων υγείας στα παιδιά είναι πλέον αποδεδειγμένη από διάφορες μελέτες. Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σχετικά με τη συμπεριφορά υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας καταδεικνύουν πως ο αλφαριθμητισμός στο κομμάτι της υγείας είναι ένας μία από τις κύριες συνιστώσες που είναι υπεύθυνες για την ύπαρξη διαφορών στην υγεία και συσχετίζεται με υψηλά εκπαιδευτικά αποτελέσματα, όπως επιτεύγματα στον ακαδημαϊκό χώρο αλλά και μετασχολικές φιλοδοξίες. Ο αλφαριθμητισμός υγείας είναι ένα χρήσιμο πνευματικό μέσο για την κατανόηση και τη συρρίκνωση των ανισοτήτων υγείας οι οποίες μπορούν να αποφευχθούν, καθώς μπορεί να διδαχθεί στα σχολεία και να καλλιεργηθεί περαιτέρω από τα άτομα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο αλφαριθμητισμός υγείας αποτελείται από «τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν τα κίνητρα και την ικανότητα των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες με τρόπους που προάγουν και διατηρούν την καλή υγεία». Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ικανότητα χρήσης και χειρισμού εξωτερικών παρεχόμενων (π.χ. διδασκόμενων) πληροφοριών, περαιτέρω ικανότητες, όπως για παράδειγμα η αντίληψη του τι επιθυμεί ή/ και προτιμάει το άτομο σχετικά με θέματα υγείας αλλά και η ικανότητα του να εξετάζονται οι ηθικές συνέπειες των πράξεών του στους άλλους. Η παιδεία για την υγεία των παιδιών θα πρέπει να θεωρείται ως πλεονέκτημα που υποστηρίζει την ανάπτυξη της αυτονομίας, της ενδυνάμωσης και της συμμετοχής στην προώθηση του κοινού καλού. Οι γονείς ως πρώτοι παιδαγωγοί των παιδιών τους θα πρέπει να φροντίζουν για τη σωστή ανάπτυξή τους και στη διαμόρφωση στάσεων απέναντι στην υγεία. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχουν μεγάλη ανάγκη για άσκηση, η οποία μπορεί να καλυφθεί διασκεδάζοντας στο σπίτι ή σε εξωτερικούς χώρους. Η διαδικασία της αγωγής υγείας και της απόκτησης γνώσεων υγιεινής και υγείας συνεχίζεται στο νηπιαγωγείο και στη συνέχεια στο σχολείο. Το έργο του νηπιαγωγείου είναι εξαιρετικά σημαντικό για την αποτελεσματική και συστηματική εφαρμογή της αγωγής υγείας από το πρώτο στάδιο της εκπαίδευσης του παιδιού.

Τα σχολεία είναι ένα σημαντικό περιβάλλον για την ανάπτυξη και προαγωγή της παιδείας για την υγεία, επειδή μπορούν να προσεγγίσουν σχεδόν όλα τα παιδιά σχολικής ηλικίας για μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που τα καθιστά ως το κατάλληλο περιβάλλον για την δράση και την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Η ισότιμη πρόσβαση στη δια βίου μάθηση είναι προϋπόθεση για την επίτευξη ισχυρών δεξιοτήτων παιδείας υγείας. Στόχος είναι στο χώρο του σχολείου, να αποκτήσουν τα παιδιά ικανότητες που μελλοντικά θα τους δώσουν τη δυνατότητα να διαχειρίζονται και ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες προκλήσεις υγείας. Στο πλαίσιο του σχολείου, ο αλφαριθμητισμός υγείας δίνει τη δυνατότητα της προώθησης της παιδείας για την υγεία, στοχεύοντας στην απόκτηση της ικανότητας λήψης σωστών αποφάσεων για την υγεία αλλά και στη δυνατότητα εντοπισμού και επεξεργασίας των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Η διδασκαλία εξυπηρετεί την ανέλιξη των προσωπικών δεξιοτήτων στο κάθε παιδί με στόχο να μπορούν να συμμετάσχουν στη δια βίου μάθηση για την υγεία. Σε επίπεδο εκπαιδευτικού συστήματος, η διδασκαλία της παιδείας για την υγεία μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως βασικό συστατικό μιας προσέγγισης για ολόκληρο το σχολείο, όπως το πλαίσιο Σχολείων Προαγωγής Υγείας του ΠΟΥ, μέσω της ενσωμάτωσης σε μέτρα και δράσεις που σχετίζονται με την οργανωτική αλλαγή, την ανάπτυξη εργατικού δυναμικού, τη διατομεακή συνεργασία και δικτύωση και την εκπαιδευτική πολιτική. Η παιδεία στον τομέα της υγείας δεν θα πρέπει να ενταχθεί στο σύστημα της εκπαίδευσης λόγω εξωτερικών παραγόντων, αλλά θα πρέπει να γίνει εισαγωγή της έννοιας αυτής εκ των έσω. Η εκπαίδευση είναι ο πρωτεύων παράγοντας και ο πρωταρχικός μοχλός για την ανάπτυξη διαφορετικών προσεγγίσεων για την επίτευξη του αλφαριθμητισμού της υγείας. Οι προσεγγίσεις αυτές προσαρμόζονται στο πρόγραμμα σπουδών, τα πρότυπα, τις τεχνικές, τους στόχους και τα αποτελέσματα διδασκαλίας και μάθησης στην τάξη, καθώς και στα βασικά εκπαιδευτικά καθήκοντα, πρακτικές και στόχους του.

Οι καθημερινές δραστηριότητες και η ρουτίνα των παιδιών λαμβάνονται υπόψη ώστε να γίνει η εκπαίδευση και η προαγωγή της υγείας στην πρώιμη παιδική ηλικία. Κατά τη διαμόρφωση των συνηθειών, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη ικανοτήτων και δεξιοτήτων μέσω δραστηριότητας και δράσης. Ως εκ τούτου, ο αλφαριθμητισμός υγείας στην πρώιμη παιδική ηλικία βασίζεται σε υγιεινές συνήθειες και ικανότητες.

Η αντιμετώπιση του αλφαριθμητισμού για την υγεία με ολοκληρωμένο τρόπο ενισχύει αρκετές ικανότητες που αναπτύσσονται συχνά μέσω των υπαρχόντων προγραμμάτων σπουδών και οι οποίες αντιστοιχούν καλά με δεξιότητες δια βίου μάθησης, όπως κριτική σκέψη, δεξιότητες συνεργασίας και επικοινωνίας, λήψη αποφάσεων και ψηφιακό αλφαριθμητισμό. Αυτές οι ικανότητες θέτουν τις ουσιαστικές βάσεις για την ανάπτυξη του αλφαριθμητισμού υγείας, ενώ με τη σειρά της η εκπαίδευση υγείας προάγει την απόκτηση προσόντων για τη δια βίου μάθηση.

Η έννοια του Σχολείου Προαγωγής Υγείας ξεκίνησε από τον ΠΟΥ. Τα Σχολεία Προαγωγής Υγείας έχουν ως στόχο, πέρα από την ατομική αλλαγή συμπεριφοράς, την επίτευξη οργανωτικών και δομικών αλλαγών, όπως για παράδειγμα τη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του σχολείου, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων σπουδών του και των μεθόδων διδασκαλίας και μάθησης. Το δίκτυο των σχολείων υγείας στην Ευρώπη στοχεύει στην υποστήριξη οργανισμών και επαγγελματιών στον τομέα της ανάπτυξης και διατήρησης της προαγωγής της υγείας στο σχολείο παρέχοντας μια ευρωπαϊκή πλατφόρμα με κύριο στόχο την υποστήριξη οργανισμών και επαγγελματιών στην ανάπτυξη και διατήρηση της προαγωγής της υγείας στα σχολεία όλων των χωρών. Το δίκτυο των σχολείων για την υγεία στην Ευρώπη εστιάζει στο να καταστήσει τα σχολεία που προάγουν την υγεία και τη σχολική υγεία πιο ολοκληρωμένο μέρος των πολιτικών που αναπτύσσονται μεταξύ των τομέων εκπαίδευσης και υγείας στην Ευρώπη.

Δεδομένης της στενής σύνδεσης μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας, η προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον είναι πρώτιστης σημασίας, καθώς τα υγιή παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν περισσότερα αποτελέσματα κατά την εκπαίδευση. Η εκπαίδευση είναι ύψιστης σημασίας για την μελλοντική οικονομική ευημερία αλλά και τις θετικές επιπτώσεις της καλής υγείας. Επιπρόσθετα ο αλφαριθμητισμός υγείας στο σχολικό προσωπικό έχει ως αποτέλεσμα σε μεγαλύτερη ικανοποίηση των εργαζομένων και λιγότερες άδειες.

Η ενεργή προώθηση της υγείας στα σχολεία μπορεί να βοηθήσει τα σχολεία και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ώστε να μπορούν να επιτύχουν τους στόχων σε ακαδημαϊκό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ωστόσο παρότι η προσέγγιση Σχολείων Προαγωγής Υγείας θεωρείται ως βασικός παράγοντας στην έρευνα, την πολιτική και την πρακτική της δημόσιας υγείας, μέχρι στιγμής

σχετικά ο βαθμός στον οποίο τα σχολεία εφαρμόζουν στην πράξη δράσεις που στοχεύουν στην προαγωγή της σχολικής υγείας και την πρόληψη ασθενειών δεν έχει μελετηθεί ακόμη εκτενώς. Στην παρούσα εργασία γίνεται έρευνα για τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα Σχολεία Προαγωγής Υγείας για την επιτυχημένη προαγωγή υγείας στα σχολεία. Τέλος γίνεται συζήτηση για το πόσο αποτελεσματικές είναι και τι θα μπορούσε να βελτιωθεί.

Κεφάλαιο 2: Προαγωγή και Αλφαθητισμός της υγείας

2.1 Προσέγγιση της έννοιας της υγείας

Η «υγεία» είναι μια θετική πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει μια ποικιλία χαρακτηριστικών, που κυμαίνονται από την ικανότητα έως την ακεραιότητα, από τη φυσική κατάσταση έως την ευεξία. Σύμφωνα με την πρώτη αρχή του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (*Constitution of WHO: Principles*, n.d.). Η Διεθνής Διάσκεψη Υγείας, όπου έλαβαν μέρος εκπρόσωποι 61 κρατών και που πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1946 στη Νέα Υόρκη ενέκρινε αυτό το σύνταγμα. Αυτό υπογράφηκε τον Ιούλιο του 1946 και τέθηκε σε εφαρμογή το 1948. Αυτός ο ορισμός του ΠΟΥ αποτελεί θεμελιώδες ορόσημο στη διαχρονική διαδρομή που ξεκινά, στη δυτική ιατρική, με τον ορισμό της υγείας που προτείνει η Ιπποκράτεια Σχολή (Conti, 2011).

Με βάση το εννοιολογικό πλαίσιο της Ιπποκράτεια Σχολής η υγεία είναι, μια φιλοσοφική-νατουραλιστική έννοια, με πρακτικές συνέπειες διατηρώντας παράλληλα μισ φιλοσοφική-νατουραλιστική διάσταση. Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης προτάθηκαν άλλες έννοιες της υγείας από επιφανείς γιατρούς και μελετητές. Σύμφωνα με τον Γερμανοελβετό γιατρό και αλχημιστή Παράκελσο, η υγεία βρίσκεται σε μια αρμονική ισορροπία μεταξύ του μικρόκοσμου του ανθρώπου και του μακρόκοσμου του σύμπαντος. Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας αναπτύχθηκαν και τον 18^ο αιώνα και από πολλούς αξιόλογους μελετητές, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Ο γιατρός και ανατόμος Giovanni Battista Morgagni χαρακτήρισε την υγεία ως την κατάσταση της «κλινικής-ανατομικής ακεραιότητας του ανθρώπινου οργανισμού» (Conti, 2011).

Τον 19^ο αιώνα οι απόψεις για την υγεία και τις ασθένειες οι οποίες βασίζονταν σε φυσιολογική και ανατομική έρευνα εξελίχθηκαν περαιτέρω. «Φυσιολογικά» μιλώντας, ο Γάλλος φιλόσοφος και φυσιολόγος Claude Bernard, που θεωρείται πρωτοπόρος στην εφαρμογή των αρχών του πειραματισμού στις βιοεπιστήμες, επεξεργάστηκε την έννοια του «εσωτερικού περιβάλλοντος» των οργανισμών. Ο οδηγεί στη μεταγενέστερη κατανόηση της ανθρώπινης ομοιόστασης. Ο

Bernard δεν θεωρούσε την υγεία και την ασθένεια ως άκαμπτα διαχωρισμένες οντότητες αλλά, αντίθετα, ως δύο από τα συστατικά ενός συνεχούς φάσματος, που συγχωνεύονται το ένα στο άλλο. Στον 20^ο αιώνα, η εξέλιξη της τεχνολογίας επέτρεψε την έρευνα των φυσιολογικών και παθολογικών κυττάρων γεγονός που έδωσε χώρο για την εξέταση των υπο-κυτταρικών συστατικών. Αυτό το επιστημονικό άλμα συνέβαλε στο να γίνει η επιστήμη της ιατρικής πιο μοριακή και υπο-μικροσκοπική. Από την άλλη πλευρά, η προσοχή στα ανθρώπινα όντα, τόσο υγιή όσο και άρρωστα, παγκοσμίως οδήγησε στην ανάπτυξη συνεργικών και πολύπλευρων ορισμών της υγείας (Conti AA, 2018).

2.2 Αλφαβητισμός υγείας

Ο αλφαβητισμός υγείας είναι μια πολυδιάστατη έννοια που εκτείνεται πέρα από την απλή ικανότητα ανάγνωσης πληροφοριών υγείας σε φυλλάδια δημόσιας υγείας ή αγωγής υγείας. Έχει άμεση σύνδεση με τον αλφαβητισμό και αποσκοπεί στην απόκτηση γνώσης, και κινήτρων αλλά και στην ικανότητα των ανθρώπων να αποκτήσουν πρόσβαση στις πληροφορίες σχετικά με την υγεία, να τις κατανοήσουν, αξιολογήσουν και να τις εφαρμόσουν ώστε να μπορούν να λαμβάνουν καθημερινά αποφάσεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Με αυτό τον τρόπο θα γίνεται πιο εύκολα η πρόληψη ασθενειών και η προαγωγή της υγείας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων (Sørensen et al., 2012).

Ο λειτουργικός ορισμός από την Καναδική Ομάδα Εμπειρογνομώνων για τον Αλφαβητισμό Υγείας είναι «η ικανότητα πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και επικοινωνίας πληροφοριών ως τρόπου προώθησης, διατήρησης και βελτίωσης της υγείας σε ποικίλα περιβάλλοντα σε όλη τη διάρκεια της ζωής.» Η Ομάδα Εμπειρογνομώνων τονίζει ότι ο αλφαβητισμός υγείας είναι μια αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου (π.χ. λαμβάνει υπόψη τις ικανότητες του ατόμου), των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως καθώς και διάφορα περιβάλλοντα στα οποία βρίσκονται (π.χ. απαιτήσεις για παιδεία υγείας που τους επιβάλλονται) (Rootman I & Gordon-EI-Bihbety D, n.d.). Η σημασία του αλφαβητισμού πλέον αυξάνεται καθώς δίνεται ολοένα και περισσότερη έμφαση στη δημόσια υγεία, την προαγωγή της υγείας και την κλινική περίθαλψη. Είναι πλέον αποδεκτό πως ο αλφαβητισμός

υγείας ως πρωτεύων παράγοντας σε ότι αφορά τον κλινικό «κίνδυνο» (Nutbeam, 2008).

Υπάρχουν πολλές μελέτες που υποστηρίζουν πως ο αλφαριθμητισμός υγείας έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας, οδηγώντας σε λιγότερα έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά και αύξηση της γνώσης υγείας, μειωμένες νοσηλείες και πιο σπάνια χρήση των υπηρεσιών υγείας (Mancuso, 2008; Manganello, 2007; Speros, 2005). Ο αλφαριθμητισμός υγείας οδηγεί στην απόκτηση νέων γνώσεων, σε θετικές στάσεις και συμπεριφορές υγείας αλλά και μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα που με τη σειρά τους επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας (Baker, 2006). Τρεις κύριες συνιστώσες επηρεάζονται από τον αλφαριθμητισμό της υγείας, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην υγεία της κοινωνίας: Πρώτον η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αντίληψη της ύπαρξης εμποδίων που πιθανόν δυσχεραίνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και τη χρήση αυτών. Δεύτερον η γνώση, οι πεποιθήσεις και η συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων γεγονός που καθορίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και παρόχων υγείας. Τρίτον η δεξιότητα λύσης των προβλημάτων καθώς και οι γνώσεις και δεξιότητες για την αυτοφροντίδα (Paasche-Orlow & Wolf, 2007).

Σε ατομικό επίπεδο, η λειτουργική παιδεία για την υγεία οδηγεί σε βαθιά επίγνωση των κινδύνων που επηρεάζουν την υγεία, γνώση των παροχών στις υπηρεσίες υγείας και συμμόρφωση των πολιτών με τις προβλεπόμενες ενέργειες για τη διατήρηση αυτής. Ο διαδραστικός αλφαριθμητισμός για την υγεία ωφελεί το άτομο ώστε αυτό να ενεργεί ανεξάρτητα, να έχει βελτιωμένα κίνητρα για αυτό-βελτίωση στον τομέα της υγείας και να αποκτήσει περισσότερη αυτοπεποίθηση και κριτική σκέψη σε θέματα σχετικά με την υγεία. Τελικός στόχος αυτού είναι η βελτιωμένη ατομική ανθεκτικότητα σε κοινωνικές αντιξοότητες. Σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο, ο λειτουργικός αλφαριθμητισμός υγείας ωθεί τον πληθυσμό να συμμετάσχει πιο ενεργά σε προγράμματα υγείας. Ενισχύει τις δεξιότητες των ατόμων να αλληλοεπιδρούν με διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, ενδυναμώνει την κοινότητα και ενισχύει λήψη πρωτοβουλιών για τη δράση σε σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα που αφορούν την υγεία (Levin-Zamir, 2001; StLeger, 2001a; Wang, 2000).

Σύμφωνα με τον Ratzan (Ratzan, 2001), ο αλφαριθμητισμός υγείας στην κοινότητα είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Τα άτομα

που έχουν λάβει κατάλληλη παιδεία στον τομέα της υγείας έχουν πιο αυξημένο προσδόκιμο ζωής και ισχυρότερα κίνητρα προκειμένου να επενδύσουν στην ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων για αυτούς και τα παιδιά τους. Οι υγιέστεροι πληθυσμοί έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής καθώς χαρακτηρίζονται από υψηλότερη παραγωγικότητα στην αγορά εργασίας. Ομοίως, οι υγιέστεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν λιγότερο το σύστημα υγείας και σε συνδυασμό με την εκπαίδευση και τη γνωστική λειτουργία, απαιτούν κατάλληλα λιγότερες υπηρεσίες υγείας .

Αντίθετα τα άτομα με περιορισμένο αλφαριθμητισμό υγείας είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιούν προληπτικές υπηρεσίες (π.χ. εμβολιασμούς, προληπτικούς ελέγχους, περιοδικούς ή συνήθεις ελέγχους), λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν καταστάσεις χρόνιων ασθενειών (π.χ. διαβήτη, άσθμα, υψηλή αρτηριακή πίεση) , λιγότερο πιθανό να ακολουθούν τις συμβουλές του πάροχου υγειονομικής περίθαλψης (λήψη φαρμάκων, συστάσεις διατροφής και σωματικής δραστηριότητας), πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν νοσοκομεία και αίθουσες έκτακτης ανάγκης για καταστάσεις μη έκτακτης ανάγκης, λιγότερο πιθανό να ανταποκριθούν σε προειδοποιήσεις και συμβουλές για τη δημόσια υγεία και πιο πιθανό να αναφέρουν την υγεία ως δίκαιη ή κακή έναντι καλής ή εξαιρετικής (Mitic W & Rootman I, 2012). Ο χαμηλός αλφαριθμητισμός υγείας είναι επίσης δαπανηρός με άλλους τρόπους λόγω της άδειας που χορηγείται λόγω ασθενείας, των χαμένων μισθών, των αποζημιώσεων των εργαζομένων αλλά και του κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Eichler et al., 2009).

2.3 Αλφαριθμητισμός υγείας στην προσχολική ηλικία

Υπάρχουν πλέον δεδομένα ότι ο αλφαριθμητισμός στον τομέα της υγείας πρέπει να αναπτύσσεται νωρίς στη ζωή. Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις προσφέρουν τη δυνατότητα στα παιδιά και στους νέους να αναπτύξουν δεξιότητες στον τομέα της παιδείας υγείας νωρίς στη ζωή τους, , ευνοώντας εν τέλει την εκπαίδευση και την ακαδημαϊκή επίδοση, η οποία μπορεί να έχει μακροχρόνια οφέλη στην μετέπειτα ζωή τους (S. Vamos et al., 2020). Η αποτελεσματική παιδεία για την υγεία αποτελείται από ένα ευρύ φάσμα δράσεων σχετικών με την υγεία, τις δράσεις για τη βελτίωση της υγείας, την καλύτερη διαχείριση των συνθηκών που σχετίζονται με την υγεία και τη λήψη πιο υγιών προσωπικών και κοινωνικών αποφάσεων.

Ωστόσο, η σημασία της επίτευξης του αλφαριθμητισμού υγείας στην καθημερινότητά μας δεν διαφαίνεται ακόμα να είναι αυτονόητη σε υπεύθυνους με στρατηγικές θέσεις για τη λήψη αποφάσεων στα σχολεία (π.χ., υπεύθυνους χάραξης σχολικής πολιτικής, διοικητές ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης). Ο αλφαριθμητισμός στον τομέα της υγείας συνδέεται με άλλα σχολικά μαθήματα (π.χ. αλφαριθμητισμός, μέσα ενημέρωσης, ψηφιακός, επιστημονικός, αριθμητικός, οικονομικός κ.λπ.) Επιπρόσθετα, ο αλφαριθμητισμός υγείας, σωστά ευθυγραμμισμένος με τον απώτερο σκοπό της εκπαίδευσης, στοχεύει στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων (Mitic W & Rootman I, 2012; Rootman I & Gordon-El-Bihbety D, n.d.).

Θεμελιώδης στόχουν του εκπαιδευτικού συστήματος η ανέλιξη των δεξιοτήτων της παιδείας υγείας για το κάθε παιδί σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης από την προσχολική ηλικία έως τη νεαρή ενήλικη ζωή. Τα Εθνικά Πρότυπα Αγωγής Υγείας είναι κατευθυντήριες γραμμές για την ανάπτυξη και την αξιολόγηση πληροφοριών και προγραμμάτων σπουδών για την εκπαίδευση στην υγεία από το νηπιαγωγείο έως την τελευταία τάξη της φοίτησης (Marx et al., 2007). Ωστόσο τα συγκεκριμένα κριτήρια για την απόκτηση σωστών γνώσεων για την υγεία, ωστόσο, δεν ακολουθούν κοινούς κανόνες με τα προγράμματα σπουδών για τον αλφαριθμητισμό της υγείας να διαφέρουν ποικιλοτρόπως. Αρκετές επιτυχημένες παρεμβάσεις για την υγεία του παιδιού έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους στο νηπιαγωγείο, αν και ο ρόλος του αλφαριθμητισμού για την υγεία των παιδιών ή των γονέων στην επιτυχία αυτών των παρεμβάσεων δεν έχει εξεταστεί. Η συμβολή των εκπαιδευτικών στα σχολεία, των ερευνητών της εκπαίδευσης, και των ερευνητών της παιδικής υγείας, είναι αδιαμφισβήτητη για την προαγωγή της παιδικής υγείας (Flynn et al., 1992; Kolbe et al., 2004; Kropski et al., 2008).

Παρόλο το ολοένα και αυξανόμενο ενδιαφέρον της ερευνητικής κοινότητας για τον αλφαριθμητισμό της υγείας στα παιδιά, οι διαθέσιμες μελέτες για αυτήν την ηλικιακή ομάδα δεν επαρκούν ώστε να προσφέρουν βαθιά γνώση (Bröder et al., 2017). Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι στις ηλικίες αυτές δεν υπάρχουν κατάλληλα όργανα μέτρησης για την αξιολόγηση του αλφαριθμητισμού υγείας των παιδιών.

Σε μια προσπάθεια επίλυσης του παρόντος προβλήματος, αναπτύχθηκε και αξιολογήθηκε στην πράξη η παιδική εκδοχή του Ευρωπαϊκού Ερωτηματολογίου για την Έρευνα Αλφαριθμητισμού Υγείας. Ο αλφαριθμητισμός υγείας μεταξύ των παιδιών μια περίπλοκη έννοια, διότι σύμφωνα με την Ευρωπαϊκό Οργανισμό Αλφαριθμητισμού Υγείας, ο αλφαριθμητισμός υγείας συνδέεται με τον αλφαριθμητισμό και

συνεπάγεται τη γνώση, τα κίνητρα και τις ικανότητες των ανθρώπων για πρόσβαση, κατανόηση, αξιολόγηση και εφαρμογή πληροφοριών υγείας προκειμένου να λάβουν αποφάσεις και να λάβουν αποφάσεις. στην καθημερινή ζωή σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της ζωής (Sørensen et al., 2012). Ωστόσο, τα παιδιά στις περισσότερες χώρες δεν έχουν την επαρκή ανεξαρτησία και την ικανότητα να λαμβάνουν τα δικά τους αποφάσεις για την υγεία τους, αφού οι γονείς είναι εξουσιοδοτημένοι να αποφασίζουν για αυτά (Sanders et al., 2009).

Επίσης είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι στη διεθνή ορολογία, δεν υπάρχει συναινετικός ορισμός που να ορίζει το τι είναι η πρώιμη παιδική ηλικία, καθώς ο χαρακτηρισμός αυτής της έννοιας υπόκειται σε τοπικές παραδόσεις και στον τρόπο που το σχολικό σύστημα είναι δομημένο. Η πρώιμη παιδική ηλικία είναι η περίοδος ζωής κάτω των οκτώ ετών, σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η οποία εξέτασε και έλαβε υπόψη τις διαφορές μεταξύ των διαφόρων αναπτυξιακών θεωριών (*Office of the High Commissioner for Human Rights. Conventions on the Rights of the Child Fortieth Session.*, 2005).

Χρησιμοποιούνται δύο ορισμοί για τον αλφαριθμητισμό υγείας σε παιδιά κάτω των δώδεκα ετών: Πρώτον αλφαριθμητισμός υγείας χαρακτηρίζεται ως η ικανότητα των παιδιών να κατανοούν και να δρουν σε σωματικές και ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες εφαρμόζοντας τα κατάλληλα πρότυπα, να αλληλοεπιδρούν με το σύνολο και να έχουν τη δυνατότητα να προσαρμόζονται σε αλλαγές που κρίνονται απαραίτητες. Επιπλέον απαιτείται συγκεκριμένος βαθμός αυτονομίας για την επίτευξη της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Fok&Wong, 2002). Ως εναλλακτικός ορισμός ο αλφαριθμητισμός υγείας χαρακτηρίζεται ως απλώς η ικανότητα κατανόησης των πληροφοριών σχετικά με την υγεία. Με βάση των ορισμό αυτό δίνεται επιπλέον βάση στην κατανόηση του ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές των παιδιών και των νέων σε συνδυασμό με την απόκτηση των ικανοτήτων για πρόσβαση σε έγκυρες πηγές σχετικά με την υγεία θα έχουν αργότερα αντίκτυπο στη ζωή τους (Brown et al., 2007). Για τη μέτρηση του επιπέδου αλφαριθμητισμού υγείας στην παιδική ηλικία υπάρχουν πολλά όργανα που εστιάζουν σε διαφορετικούς τομείς (Chu-Koetal., 2021; Lubman et al., 2016; Sukys et al., 2019).

Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, η εξέταση των επιπτώσεων των παρεμβάσεων κατά την πρώιμη παιδική ηλικία έχει γίνει προτεραιότητα για τους ερευνητές (Heckmanetal., 2010), μόνο λίγες μελέτες ασχολούνται με το επίπεδο αλφαριθμητισμού υγείας των παιδιών κάτω των οκτώ ετών (Brega et al., 2015; Charsley et al., 2018; Derwig et al., 2021; Privitera et al., 2015; Tabacchi, Battaglia, Alesi, et al., 2020; Tabacchi, Battaglia, Messina, et al., 2020; Tabacchi et al., 2021; Tsakrounidou et al., 2021; Yusof et al., 2021; Zhou et al., 2020). Ωστόσο, η μελέτη αυτού του τομέα είναι απαραίτητη, διότι η καθιέρωση μιας προληπτικής στάσης υγείας και ο σχηματισμός καλών συνηθειών που σχετίζονται με την υγεία συμβαίνουν στην πρώιμη παιδική ηλικία (Csimaetal., 2018).

Συνιστά πρόκληση το να γίνει μέτρηση των συνολικών επιπέδων του αλφαριθμητισμού υγείας σε νεαρές ηλικίες. Ωστόσο, ξεχωρίζουν δύο μελέτες που δίνουν έμφαση σε αυτό το ζήτημα σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης ή στον τομέα της προαγωγής της υγείας (Brega et al., 2015; Derwig et al., 2021). Ζητήματα όπως ο αλφαριθμητισμός της στοματικής υγείας (Brega et al., 2015; Yusof et al., 2021; Zhou et al., 2020) και της υγείας των τροφίμων (Charsley et al., 2018; Derwig et al., 2021; Privitera et al., 2015; Tabacchi, Battaglia, Alesi, et al., 2020; Tabacchi, Battaglia, Messina, et al., 2020; Tabacchi et al., 2021) είναι πιο συχνά αντικείμενα μελέτης. Τέλος, μια έρευνα ασχολήθηκε συγκεκριμένα με τον τομέα του εγκεφαλικού αλφαριθμητισμού για την υγεία (Tsakrounidou et al., 2021).

Οι Stalberg et al. (2016) επικεντρώθηκαν στις απόψεις των παιδιών που βρίσκονται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τα ευρήματά τους, τα παιδιά έχουν ικανότητες να συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων ενώ τα ίδια σε πολλές περιπτώσεις αιτούνται άμεσης πληροφόρησης από επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγείας (Stålberg et al., 2016).

Η αξία της διατροφικής παιδείας των παιδιών έχει μελετηθεί ενδελεχώς (Charsleyetal., 2018; Derwig et al., 2021; Privitera et al., 2015; Tabacchi, Battaglia, Alesi, et al., 2020; Tabacchi, Battaglia, Messina, et al., 2020; Tabacchi et al., 2021). Οι μελέτες έχουν κατά καιρούς επικεντρωθεί στον προσανατολισμό των παιδιών σε ότι αφορά στις συνδέσεις με υγιεινές ή ανθυγιεινές τροφές. Συγκεκριμένα οι ερευνητές αξιολόγησαν την παιδική παχυσαρκία (Charsleyetal., 2018), τα τρόφιμα που επιλέγονται από τα παιδιά ως την αντίληψη των παιδιών σχετικά με την έννοια της σωστής διατροφής (Derwigetal., 2021; Tabacchi,

Battaglia, Alesi, et al., 2020; Tabacchi, Battaglia, Messina, et al., 2020; Tabacchi et al., 2021). Για την αξιολόγηση των παραπάνω έγινε χρήση των τεστ που περιείχαν σε εικόνες και οι οποίες δόθηκαν στα παιδιά. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις υγιεινές διατροφικές επιλογές των παιδιών. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών έδειξαν ότι γενικά τα παιδιά είχαν μια επαρκή γνώση των βασικών κατηγοριών τροφίμων, ήταν ικανά να αναγνωρίσουν μεταξύ υγιεινών και μη-τροφίμων ενώ αντιλαμβάνονταν τη σχέση μεταξύ μερίδας και υγείας και μεταξύ τροφής και υγείας. Αξιοσημείωτο ήταν επίσης πως είχαν γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία.

Αν και μόνο μία μελέτη εξέτασε άμεσα τις εμπειρίες και τις στάσεις των παιδιών απέναντι στην υγεία (Derwig et al., 2021), άλλες ανέφεραν επίσης τις αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με τις ικανότητες υγείας που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας (Charsley et al., 2018; Tabacchi et al., 2021). Τα παιδιά στην ηλικία των τεσσάρων ετών έχουν συνείδηση της υγείας τους και μπορούν να αναγνωρίσουν βασικές έννοιες υγείας και μπορούν να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στην υγεία τους (Derwig et al., 2021).

2.4 Προαγωγή της υγείας στην προσχολική ηλικία

Η προσχολική ηλικία είναι καθοριστική για τη διαμόρφωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών. Μέχρι τα επτά χρόνια η σωματική ανάπτυξη των παιδιών γίνεται με γοργούς ρυθμούς. Μετά την ολοκλήρωση της σωματικής ανάπτυξης, ξεκινάει η διαμόρφωση των κύριων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και το χαρακτήρα των παιδιών. Παρόλα αυτά δεν δίνεται η δέουσα προσοχή στην υγεία των παιδιών, με τάσεις όχι μόνο επιδείνωσης της παιδικής υγείας, αλλά και αύξησης των κοινωνικών ανισότητες υγείας (Spencer et al., 2019). Αυτό το ηλικιακό στάδιο είναι κρίσιμο καθώς τότε αποκτούνται οι συνήθειες και οι πρακτικές δεξιότητες των παιδιών για να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Επομένως προτεραιότητα στην προσχολική εκπαίδευση πρέπει να είναι η βελτίωση της υγείας των παιδιών, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και η προαγωγή της υγείας.

Ακόμα κι αν η βασική δραστηριότητα των σχολείων εστιάζεται στην πραγματικότητα στα εκπαιδευτικά προγράμματα και στη μάθηση και όχι στη μείωση των προβλημάτων υγείας, το σχολείο αγκαλιάζει πρωτοβουλίες που

σχετίζονται με την υγεία. Αυτό αντιπροσωπεύει το καλύτερα προσαρμοσμένο χώρο για την προαγωγή της σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής υγείας, ειδικά κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών (Violant-Holz et al., 2021). Κατά συνέπεια, ο ρόλος των εκπαιδευτικών και οι εμπλεκόμενων στην εκπαίδευση είναι να εξετάζουν συστηματικά πώς οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν να αυξήσουν τις υγιεινές συμπεριφορές των παιδιών, κατανοώντας τα ως καθημερινές υγιεινές ρουτίνες (Pulimeno et al., 2020).

Οι έννοιες της σχολικής υγείας και η αγωγής υγείας στα σχολεία αναπτύχθηκαν ως λύση στην προσαρμογή και αντιμετώπιση των αναγκών δημόσιας υγείας της σημερινής εποχής. Έχουμε δει αλλαγές στο περιεχόμενο υγείας (π.χ. σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, ψυχική υγεία, χρήση ουσιών) και μοντέλα/παραδείγματα και την εφαρμογή τους με την πάροδο των ετών (Allensworth & Kolbe, 1987; Lewallen et al., 2015a). Η προαγωγή της υγείας έχει ως στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Αυτό συνεπάγεται το ότι οι άνθρωποι μπορούν να εκπαιδευτούν για την απόκτηση ικανοτήτων ώστε να κατακτήσουν περισσότερο έλεγχο στην ατομική, κοινωνική και κοινοτική υγεία. Η πιο παραδοσιακή προσέγγιση για την προώθηση υγείας στα σχολεία στοχεύει στην απόκτηση γνώσεων σχετικά με τις ασθένειες και την απόκτηση υγιεινής συμπεριφοράς σύμφωνα με την κλειστή έννοια της υγείας. Μια πιο καινοτόμος προσέγγιση που αποτελεί και τη βάση για την προσέγγιση του σχολείου προαγωγής της υγείας, στοχεύει στην ευημερία των παιδιών, την εξάλειψη των ασθενειών, στον τρόπο ζωής των παιδιών και στο περιβάλλον διαβίωσής τους. Αυτή είναι μια μοντέρνα προσέγγιση της προώθησης υγείας όπου παιδιά και νέοι θα έπρεπε να συμμετέχουν. Αυτό σημαίνει ότι η προαγωγή της υγείας στα σχολεία, αντί να μάθουν πώς να συμπεριφέρονται και να έχουν γνώσεις για ασθένειες και απειλές για την υγεία και την επικίνδυνη συμπεριφορά, είναι μια δημοκρατική διαδικασία μάθησης που στοχεύει στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των παιδιών και των νέων στην κατανόηση και την επιρροή του τρόπου ζωής και των συνθηκών διαβίωσής τους (Barnekow et al., 2006). Στην προσέγγιση αυτή λαμβάνονται επίσης υπόψιν και είναι ύψιστης σημασίας η υγεία και η ευημερία των εργαζομένων στα σχολεία, συμπεριλαμβανομένων των καθηγητών, διευθυντών του μη διδακτικού προσωπικού.

Η αγωγή υγείας είναι πιο αποτελεσματική στο σχολείο, γιατί τα παιδιά βρίσκονται στην πιο δεκτική περίοδο της ζωής τους - την παιδική ηλικία και την εφηβεία.

Επιπλέον, οι αξίες που δίνονται στα παιδιά κατά την προσχολική εκπαίδευση αποσκοπούν στην ελάττωση των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Lamanauskas, 2018). Σε πολλές χώρες δίνεται μεγάλη προσοχή και γίνονται επενδύσεις για τη συνολική προαγωγή της υγείας σε όλες τις βαθμίδες του εκπαιδευτικού συστήματος και ειδικά κατά τα πρώτα στάδια αυτής. Αφενός, η αγωγή υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προσχολικής αγωγής, αφετέρου, αυξάνονται οι δυνατότητες ενσωμάτωσης της ενίσχυσης της υγείας, της προαγωγής της υγείας, των δεξιοτήτων υγιεινού τρόπου ζωής και άλλων θεμάτων στα προγράμματα προσχολικής αγωγής (Lamanauskasetal., 2021).

Η αγωγή υγείας στην προσχολική ηλικία θεωρείται επίσης επένδυση στο μέλλον. Ο προσεκτικός και ενδεδειγμένος σχεδιασμός και η σωστή εφαρμογή των προγράμματα αγωγής υγείας συμβάλλουν στην υιοθέτηση συνηθειών και ενός υγιεινού τρόπου ζωής των παιδιών (Natsioroulou et al., 2010; Parcel et al., 1983). Τα προγράμματα προαγωγής της υγείας που αναπτύσσονται από προσχολικά ιδρύματα προβλέπουν την ενσωμάτωση περιεχομένου αγωγής υγείας σε επιμέρους προγράμματα υγείας των ιδρυμάτων και ομάδων .

Υπάρχουν μελέτες που ενθαρρύνουν τους δασκάλους προσχολικής ηλικίας να καλλιεργούν υγιεινές συνήθειες στα παιδιά, όπως η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η ενίσχυση της υγιεινής διατροφής και σίτισης, η ενθάρρυνση της σωματικής δραστηριότητας, η υποκίνηση της ατομικής υγιεινής και η επίτευξη της συναισθηματικής υγείας (Blewitt et al., 2020; Bonnesen et al., 2015; Haraldsson et al., 2017; Ocasio et al., 2015; Tyler et al., 2020; Whiteside-Mansell & Swindle, 2019). Μια πρόσφατη μελέτη ενθαρρύνει τους εκπαιδευτικούς προσχολικής ηλικίας να ενσωματώσουν όλες αυτές τις διαστάσεις υγείας στην εκπαιδευτική τους προσέγγιση στις τάξεις ακολουθώντας την αναδυόμενη έννοια της αγωγής υγείας (Violant-Holzetal., 2021). Αυτό σημαίνει κατανόηση της εκπαίδευσης, και επομένως και της αγωγής υγείας, ως ένα σύνθετο φαινόμενο, ενσωματώνοντας τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία με την έννοια της αδυναμίας(Boers & Cruz Jentoft, 2015).

Η φωτογραφία είναι μια παραδοσιακή οπτική μέθοδος έρευνας στους τομείς των κοινωνικών επιστημών και της εκπαίδευσης. Για παράδειγμα, μέσω της φωτογραφίας αντικατοπτρίζονται υγιεινές συνήθειες που εφαρμόζονται σε πραγματικό χρόνο, στο σχολικό περιβάλλον (Lewallen et al., 2015b). Οι μέθοδοι αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως πηγές δεδομένων αλλά και ως μέσα για

την συγκομιδή πληροφοριών. Υπάρχει πληθώρα ερευνών που χρησιμοποιούν οπτικές μεθόδους (συμπεριλαμβανομένων χαρτογραφιών) για την συλλογή πληροφοριών για εκπαιδευτικούς σκοπούς. (Padilla-Petryetal., 2021). Επιπλέον η μέθοδος της φωτο-εκκίνησης (Dworkinetal., 2021), χρησιμοποιήθηκε επιτυχώς για της κατανόηση της έννοιας της υγείας και της ευεξίας και για την συμμετοχή σε σωματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες σε παιδιά και εφήβους με αναπηρίες, όπως υγεία και ευεξία, (Lumia etal., 2022). Τέλος η μέθοδος της φωτογραφίας-συνέντευξης ή φωτογραφίας-φωνής, αποτελεί μια ολοκληρωμένη στρατηγική προώθησης της υγείας (Shaw, 2021).

Η επίδειξη των φωτογραφιών στα παιδιά είναι μέθοδος που χρησιμοποιείται ευρέως ως εμπειρικό εργαλείο για την συλλογή πληροφοριών σε εκπαιδευτικές μελέτες, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί όπου κι αν βρίσκεται το παιδί. Έτσι, τα φωτογραφικά στοιχεία έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά ως εργαλείο για την προσέγγιση της υγιεινής διατροφής εντός των οικογενειών μέσω απομακρυσμένης φωτογράφισης τροφίμων (Bekelmanetal., 2019) και έχει αποδειχθεί μια εφικτή μεθοδολογία για τη λήψη γευμάτων από παιδιά προσχολικής ηλικίας (Elliottetal., 2021). Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν στοιχεία από φωτογραφίες προκειμένου να συνάγουν συμπεράσματα σχετικά με τις διατροφικές συμπεριφορές των συμμετεχόντων. Η μέθοδος βασισμένη σε φωτογραφίες έχει επίσης χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τις συνέπειες της σωστής πρόσβασης σε πόσιμο νερό στα σχολεία (Pateletal., 2020).

Η σημασία της προώθησης της υγείας στα προσχολικά ιδρύματα καταδεικνύεται όλο και περισσότερο στην εκπαιδευτική διαδικασία και είναι στενά συνδεδεμένη με την απόκτηση δεξιοτήτων για έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Είναι μια πολυδιάστατη δράση που περιλαμβάνει μια πληθώρα μέτρων, όπως η αγωγή υγείας, η υγειονομική περίθαλψη και η ανάπτυξη ψυχοκοινωνικού και σωματικού περιβάλλοντος φιλικού προς την υγεία. Είναι αναπόσπαστο μέρος ολόκληρου του εκπαιδευτικού συστήματος, που εφαρμόζεται στις γενικές δραστηριότητες του εκπαιδευτικού συστήματος: εκπαίδευση εκπαιδευτικών και άλλων ειδικών, ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών, διεθνών ή άλλων προγραμμάτων, δημοσίευση εκπαιδευτικών βοηθημάτων, ανάπτυξη έργων υγείας και συνεπής εργασία και συστηματικά με τα παιδιά για θέματα υγείας. Ωστόσο πολλοί εκπαιδευτικοί και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σχετικά με τον αλφαριθμητισμό υγείας παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις σχετικά με την ευαισθητοποίηση και την κατανόηση της

έννοιας, με τους τρόπους ενσωμάτωσης των ικανότητας του αλφαριθμητισμού της υγείας στα σχολεία και με τη σημασία αυτής για την μετέπειτα ζωή του ατόμου (S. D. Vamos&McDermott, 2021).

Κεφάλαιο 3: Παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας στα σχολεία

3.1 Δικτύωση Σχολείων Υγείας στην Ευρώπη

Ο χρόνος που περνούν τα παιδιά στο σχολείο είναι πολύ σημαντικός για την πνευματική, κοινωνική και νοητική τους ανάπτυξη. Στην Ευρώπη οι ηλικιακές ομάδες που τα περισσότερα παιδιά πηγαίνουν στο σχολείο είναι μεταξύ 4 και 18 ετών. Στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, το 2005 μετρήθηκαν 98,3 εκατομμύρια μαθητές, οι οποίοι , βρίσκονταν στο σχολείο κατά μέσο όρο 1000 ώρες ετησίως (WHO, 2009).

Η υγεία και η προαγωγή αυτής είναι παραδοσιακά δύο από τα βασικά συστατικά του προγράμματος σπουδών στα σχολεία. Επιπλέον, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν υπηρεσίες σχολικής υγείας, οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και προληπτικό έλεγχο των μαθητών καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής τους. Με αυτό τον τρόπο οι μαθητές αποκτούν τις συνήθειες και μαθαίνουν να φροντίζουν για την υγεία και την ευημερία τη δική τους και των συμμαθητών τους και των ανθρώπων γύρω τους. Έρευνες πολλών ετών καταδεικνύουν ότι ο αντίκτυπος και η αποτελεσματικότητα των όσων μαθαίνουν τα παιδιά για την υγεία και τη συμπεριφορά τους αυξάνονται με την ανάπτυξη μιας ολόκληρης προσέγγισης.

Σε διάφορες χώρες της Ευρώπης τα σχολεία δεσμευτήκαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 να γίνουν σχολεία προαγωγής της υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση δημιουργήθηκαν εθνικά δίκτυα τα οποία συντονίστηκαν σε εθνικό επίπεδο. Τα δίκτυα αυτά χάρη στην πρωτοβουλία του ΠΟΥ για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια, του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, συνδέθηκαν άρρηκτα με την έννοια του ευρωπαϊκού δικτύου για σχολεία που προάγουν την υγεία το 1992. Το δίκτυο αυτό ένω ξεκίνησε με 7 χώρες το 1992, πλέον περιλαμβάνει 43 χώρες μέλη ανάμεσά τους η Ελλάδα, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Σουηδία, η Φιλανδία, η Δανία, η Ιρλανδία, η Σκωτία και η Ουαλία (Schools for Health in Europe, n.d.).

Τα σχολεία υγείας στην Ευρώπη έχουν πέντε κοινές αξίες. 1) Ισότητα, η οποία αποσκοπεί στην ίση πρόσβαση όλων των μαθητών στην εκπαίδευση και την υγεία, 2) Βιωσιμότητα η οποία συνδέει την υγεία με την εκπαίδευση και την

ανάπτυξη, 3) Ένταξη όπου στοχεύει στην προαγωγή της διαφορετικότητας. Τα σχολεία αντιλαμβάνονται ως κοινότητες μάθησης, όπου όλοι έχουν εμπιστοσύνη και νιώθουν σεβασμό, 4) Ενδυνάμωση, με βάση την οποία όλα τα μέλη της σχολικής κοινότητας συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις και τέλος 5) Δημοκρατία καθώς τα σχολεία προαγωγής της υγείας διέπονται από δημοκρατικές αξίες (Turunen et al., 2017).

Οι εθνικοί συντονιστές των Σχολείων Υγείας της Ευρώπης ανήκουν σε ένα ευρύ φάσμα των χωρών της Ευρώπης αλλά και της Κεντρικής Ασίας και παίζουν σημαντικό ρόλο στη Σχολεία Υγείας της Ευρώπης. Στόχος του καθενός από αυτούς είναι να συντονίζουν το εθνικό πρόγραμμα για την προαγωγή της σχολικής υγείας στη χώρα τους και να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην υπεράσπιση της εκάστοτε σχολικής προσέγγισης που προάγει την υγεία. Με αυτόν τον τρόπο οι εθνικοί συντονιστές συνηγορούν υπέρ των Σχολείων Προαγωγής Υγείας της Ευρώπης και αναδεικνύουν την αποστολή της διασκορπίζοντας τα νέα ενώ επίσης παρευρίσκονται σε εθνικές και περιφερειακές εκδηλώσεις (BUIJS, 2009; Schools for Health in Europe, n.d.).

Το δίκτυο Σχολείων για την Προαγωγή της Υγείας στην Ευρώπη συνέβαλλε στην καθιέρωση της προώθησης της σχολικής υγείας και στην προαγωγή της συνεργασίας μεταξύ του τομέα της υγείας και του τομέα της εκπαίδευσης ως μέρη του κύριου έργου των σχολείων στις χώρες μέλη. Δίνεται έμφαση στην καθιέρωση της έννοιας της προαγωγής της σχολικής υγείας ως κομμάτι της χάραξης πολιτικής τόσο στον τομέα της εκπαίδευσης και της υγείας στην Ευρώπη. Κάθε χώρα μέλος ενθαρρύνεται προκειμένου να αναπτύξει και να καθιερώσει μια εθνική πολιτική για την προώθηση της σχολικής υγείας, η οποία βασίζεται στις εμπειρίες της κάθε χώρας, εντός της Ευρώπης αλλά και παγκοσμίως. Αυτή η πολιτική υποστηρίζεται περαιτέρω καθώς δίνει στα σχολεία τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά σε μια ευρύτερη κοινότητα στην Ευρώπη. Το δίκτυο αυτό είναι πλέον αναγνωρισμένο ως ένα από τα κορυφαία διεθνή δίκτυα που αποσκοπεί στην προαγωγή της σχολικής υγείας, στοχεύοντας στην υποστήριξη των οργανισμών και επαγγελματιών για την μελλοντική ανάπτυξη και διατήρηση της προαγωγής της σχολικής υγείας στην κάθε χώρα και παρέχοντας μια ευρωπαϊκή πλατφόρμα για την προαγωγή της σχολικής υγείας. Το στρατηγικό σχέδιο του δικτύου περιγράφει τον τρόπο που θα επιτύχει την ενσωμάτωση των δραστηριοτήτων του στα σχολεία. Αυτοί οι στόχοι είναι η διατήρηση και η

επέκταση του δικτύου σε ένα κορυφαίο διεθνές δίκτυο και να προωθήσει μια κοινότητα δίνοντας έμφαση στην έρευνα και τη δημιουργία κατάλληλων γνώσεων για την προαγωγή της σχολικής υγείας. Επιπρόσθετα, το δίκτυο προσπαθεί συνεχώς να παρέχει τεχνική υποστήριξη στα κράτη μέλη, κυρίως σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και στις Δημοκρατίες της Κεντρικής Ασίας. Στοχεύει στη δημιουργία και την επισφράγιση ενεργής συνεργασίας μεταξύ του τομέα της εκπαίδευσης και άλλων σχετικών τομέων σε διεθνές επίπεδο (όπως η φροντίδα της νεολαίας, η κοινωνική μέριμνα, το περιβάλλον και η βιώσιμη ανάπτυξη) (BUIJS, 2009).

3.2 Επίσημη προσέγγιση των Σχολείων Προαγωγής Υγείας

Η σχολική προσέγγιση που προάγει την υγεία εισήχθη πριν από τέσσερις δεκαετίες. Η έγκριση του Χάρτη της Οττάβα, το 1986, ήταν ορόσημο για την επίτευξη της ολιστικής κατανόησης της υγείας η οποία απαιτεί ενέργειες σε διαφορετικά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της υγιούς δημόσιας πολιτικής έως της ανάπτυξης προσωπικών δεξιοτήτων, χρησιμοποιώντας διαφορετικές προσεγγίσεις, όπως στρατηγικές ενδυνάμωσης και υπεράσπισης. Ο χάρτης αυτός σηματοδοτεί τη γέννηση στρατηγικών για την προώθηση της υγείας σε όλα τα σχολεία που έχουν πλέον καθιερωθεί στην Ευρώπη αλλά και διεθνώς με τον όρο «Σχολεία Προαγωγής Υγείας» (Bamekow Rasmussen, 2005).

Τα Σχολεία Προαγωγής Υγείας υιοθετούν μια ολιστική προσέγγιση η οποία εκτείνεται πέρα από την αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, έχοντας στόχο επίσης στην επίτευξη οργανωτικής αλλαγής. Αυτό γίνεται μέσω της προώθησης του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, των διαπροσωπικών σχέσεων, της διαχείρισης του σχολείου και των δομών πολιτικής αλλά και της προαγωγής συγκεκριμένων συνθηκών διδασκαλίας και μάθησης. Αυτή η προσέγγιση θεωρείται ως αποτέλεσμα της υπέρβασης της παραδοσιακής εκπαίδευσης υγείας στο σχολείο, η οποία αρχικά είχε στόχο να επηρεάσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τη συμπεριφορά των μαθητών (Clift&Jensen, 2005). Η υγεία σύμφωνα με μια κοινωνικο-οικολογική προσέγγιση, αντιλαμβάνεται ως το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης αλληλεπίδρασης ατομικών, κοινωνικών, κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών συνιστωσών. Από τις αρχές του 1990, οι δράσεις για την προώθηση της σχολικής υγείας καθορίζονται από τα εθνικά δίκτυα καθώς και το ευρωπαϊκό

δίκτυο για τα σχολεία που προάγουν την υγεία. Οι τρέχουσες δράσεις για την προαγωγή της σχολικής υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο συντονίζονται μέσα από το Δικτύου Σχολών για την Υγεία στην Ευρώπη, με εθνικούς εκπροσώπους που προέρχονται από 36 χώρες (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Αν και η προσέγγιση των Ευρωπαϊκών Σχολείων Προαγωγής της Υγείας έχει ερμηνευτεί και εφαρμοστεί με διάφορους τρόπους σε διαφορετικά γεωγραφικά, πολιτιστικά και εκπαιδευτικά πλαίσια, οι βασικές αξίες της έχουν παραμείνει σταθερές στο χρόνο και πλέον αναγνωρίζονται σε έγγραφα και δηλώσεις έρευνας και πολιτικής (BUIJS, 2009).

Από την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Δικτύου Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, έχουν οργανωθεί τέσσερα ευρωπαϊκά συνέδρια για τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας. Το 1997 το ψήφισμα του πρώτου συνεδρίου, στη Θεσσαλονίκη, καθιέρωσε πως κάθε παιδί και νέος στην Ευρώπη είχε το δικαίωμα να εκπαιδεύεται σε Σχολεία Προαγωγής της Υγείας, προτρέποντας τις κυβερνήσεις όλων των ευρωπαϊκών χωρών να ακολουθήσουν την προσέγγιση των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας (Bamekow Rasmussen, 2005). Η Ατζέντα Egmont η οποία δημοσιεύθηκε το 2002 στην Ολλανδία μετά τη Δεύτερη Ευρωπαϊκή Διάσκεψη για τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας τόνισε πως οι συνθήκες, ο προγραμματισμός και η αξιολόγηση απαιτούνται για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας (ENHPS, 2002).

Το Τρίτο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Βίλνιους της Λιθουανίας επτά χρόνια αργότερα, σηματοδότησε ένα σημαντικό ορόσημο στην ανάπτυξη της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας. Εκεί υπογραμμίστηκε πως η εκπαίδευση και η υγεία έχουν κοινή βάση και αλληλοσυμπληρώνονται. Με βάση αυτά τα ψηφίσματα, ζητήθηκαν κοινές δράσεις εκτός από τις τομεακές αρμοδιότητες (Schools for Health in Europe (SHE) Network, 2009).

Η Τέταρτη Ευρωπαϊκή Διάσκεψη που πραγματοποιήθηκε στο Odense της Δανίας το 2013 οδήγησε στη δήλωση Odense. Αυτή αναγνώρισε τις βασικές αξίες της προαγωγής της σχολικής υγείας ως ισχυρό παράγοντα που καθορίζει τους στόχους του πλαισίου πολιτικής του ΠΟΥ για την υγεία και την ευημερία. όντας στην Ευρώπη, για βιώσιμη ανάπτυξη και χωρίς αποκλεισμούς (Schools for Health in Europe (SHE) Network, 2013).

Οι κατευθυντήριες γραμμές προσδιορίζουν τις βασικές αρχές και στοιχεία αυτής

της προσέγγισης που αναφέρονται παρακάτω:

- προάγει την υγεία και την ευημερία των μαθητών.
- ενισχύει τα μαθησιακά αποτελέσματα των μαθητών.
- υποστηρίζει τις έννοιες της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας.
- παρέχει ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον.
- περιλαμβάνει τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση των μαθητών.
- συνδέει θέματα και συστήματα υγείας και εκπαίδευσης.
- αντιμετωπίζει τα θέματα υγείας και ευεξίας όλου του προσωπικού του σχολείου.
- συνεργάζεται με τους γονείς και την τοπική κοινωνία.
- ενσωματώνει την υγεία στις συνεχείς δραστηριότητες του σχολείου, στο πρόγραμμα σπουδών και στα πρότυπα αξιολόγησης.
- θέτει ρεαλιστικούς στόχους βασισμένους σε ακριβή δεδομένα και έγκυρα επιστημονικά στοιχεία.
- επιδιώκει συνεχή βελτίωση μέσω συνεχούς παρακολούθησης και αξιολόγησης (StLeger, 2005).

Ο συνολικός αριθμός των σχολείων που προάγουν την υγεία στις χώρες μέλη των Σχολείων Υγείας στην Ευρώπη το σχολικό έτος 2019-2020 είναι τουλάχιστον 36.632 σχολεία, συμπεριλαμβανομένων 7.200 νηπιαγωγείων, 6.530 δημοτικών σχολείων, 18.577 σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 525 επαγγελματικών σχολείων και 3800 όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης μαζί επειδή δύο Εθνικοί Συντονιστές των Σχολείων Υγείας στην Ευρώπη δεν κάνουν διακρίσεις ανά επίπεδο εκπαίδευσης. Παρατηρείται παγκόσμια αύξηση του αριθμού των σχολείων προαγωγής της υγείας κατά τη διάρκεια της σχολικής εκπαίδευσης (Vilaçaetal., 2019).

Υπάρχει διάκριση μεταξύ της προαγωγής της σχολικής υγείας και της επίσημης προσέγγισης της προαγωγής υγείας στα σχολεία. Η τελευταία στοχεύει στην ενίσχυση της επίσημης προσέγγισης προαγωγής της υγείας μεταξύ όλων των σχολείων στην Ευρώπη. Δεν λειτουργούν παρόλα αυτά επισήμως όλα τα σχολεία σύμφωνα με την πολιτική αυτή ή δεν υπόκεινται στη συγκεκριμένη ετικέτα. Παρόλα αυτά, πολλά σχολεία καταβάλλουν προσπάθειες για να προάγουν την υγεία του προσωπικού και των μαθητών τους με συγκεκριμένες δραστηριότητες προαγωγής της σχολικής υγείας. Σε επόμενα κεφάλαια αναφέρονται παραδείγματα χωρών που εργάζονται προς την κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας στα σχολεία.

3.3 Θέματα υγείας που περιλαμβάνονται στην εθνική πολιτική των Σχολείων Προαγωγής Υγείας

Οι εθνικές πολιτικές απαιτούν ή συνιστούν στα σχολεία να χρησιμοποιούν μια ολοκληρωμένη σχολική προσέγγιση για την προώθηση της υγείας και της ευημερίας. Ωστόσο, στην πλειονότητα των χωρών περισσότερα από 9 συγκεκριμένα θέματα υγείας συμπεριλαμβάνονται στην εθνική πολιτική της προαγωγής υγείας σε κάθε σχολείο. στις περισσότερες χώρες υπάρχουν πολιτικές σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα και τον αθλητισμό (95,8%), την υγιεινή διατροφή (95,8%), την ψυχική υγεία (95,8%), το κάπνισμα (87,5%), το αλκοόλ (87,5%), την υγιεινή (83,3%), τις παράνομες ψυχοτρόπες (ναρκωτικές) ουσίες (72,9%), την ασφάλεια (72,9%) και το περιβάλλον (72,9%). Η πολιτική για την καθιστική συμπεριφορά προστέθηκε στο Βέλγιο ενώ στην Ελλάδα, προστέθηκε ο εθελοντισμός και η μετανάστευση (Vilaça et al., 2019).

3.4 Εύροι των Σχολείων Προαγωγής Υγείας

Η προσαρμοσμένη μετάφραση των αρχών των Σχολείων Προαγωγής Υγείας δημιουργεί μια ποικιλία επιλογών σχετικά με τον τρόπο βέλτιστης εφαρμογής της προσέγγισης αυτής. Αυτή η ποικιλία μπορεί να απεικονιστεί καλύτερα από τα επτά διαφορετικά αλλά μερικώς επικαλυπτόμενα εύρη στα οποία κινούνται τα Σχολεία Προαγωγής Υγείας στην Ευρώπη.

3.4.1 «Κορυφή-βάση» ή «Βάση-κορυφή»

Το εύρος 1 περιλαμβάνει τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων στη λήψη αποφάσεων και την εφαρμογή της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής Υγείας. Η μετακίνηση προς τα αριστερά στο εύρος περιλαμβάνει πολιτικές όπου εφαρμόζεται κυρίως ένα πακέτο παρέμβασης, με μεγάλη πιστότητα και αξιολογείται από άτομα εκτός σχολείου, όπως για παράδειγμα επαγγελματίες υγείας. Αυτή η διαδικασία χαρακτηρίζεται από τη βέλτιστη χρήση των ειδικών γνώσεων, δεξιοτήτων και εμπειριών και έχει ως αποτέλεσμα πιο τεκμηριωμένες παρεμβάσεις της προώθησης υγείας. Η μετακίνηση προς τη δεξιά πλευρά του εύρους οδηγεί στη λήψη αποφάσεων ξεκινώντας από κάτω και στην εφαρμογή της προσέγγισης. Με βάση αυτή την προσέγγιση το σχολικό προσωπικό, τα παιδιά και οι γονείς συμμετέχουν ολοκληρωτικά στην ανάπτυξη, την εφαρμογή

και την αξιολόγηση της προσέγγισης. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από τη αύξηση της ιδιοκτησίας, την ενδυνάμωση και την αφοσίωση των ατόμων στο σχολείο και οδηγεί σε παρεμβάσεις για την προαγωγής υγείας που προσαρμόζονται και εφαρμόζονται πιο βιώσιμα και καλύτερα στο (Bartelink et al., 2019).

3.4.2 Αντιμετώπιση μεμονωμένου ή πολλαπλών βασικών στοιχείων προαγωγής υγείας

Το δεύτερο εύρος σχετίζεται με τον αριθμό των βασικών στοιχείων της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής Υγείας τα οποία στοχεύονται. Το πακέτο παρέμβασης που υλοποιήθηκε απευθύνεται κυρίως σε ένα βασικό συστατικό, π.χ., το φυσικό περιβάλλον του σχολείου. Αυτό σημαίνει πως όλες οι προσεγγίσεις και οι πόροι καταναλώνονται για αυτό το μοναδικό βασικό στοιχείο. Η μετακίνηση προς το δεξί μέρος του εύρους οδηγεί στην αντιμετώπιση πολλών βασικών στοιχείων. Αυτό μπορεί να είναι σημαντικό όταν το σχολείο στοχεύει στο να επιλύσει προβλήματα υγείας που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα λόγω πολλαπλών αλληλεπιδράσεων μεταξύ προσωπικών και περιβαλλοντικών καθοριστικών συνιστωσών (Turunen et al., 2017).

3.4.3 Υιοθέτηση υφιστάμενων ή νέων παρεμβάσεων προαγωγής υγείας

Το τρίτο εύρος σχετίζεται με την ανάπτυξη των παρεμβάσεων προαγωγής υγείας που προκύπτουν από την προσέγγιση των Σχολείων Προαγωγής Υγείας. Η πλοήγηση προς την αριστερή πλευρά του εύρους περιλαμβάνει την υιοθέτηση των υφιστάμενων παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας και την προσαρμογή στο νέο πλαίσιο (Brownson et al., 2012). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν πως όταν οι παρεμβάσεις της προαγωγής υγείας εφαρμόζονται με υψηλή πιστότητα, ίσως και να μην είναι εφικτό σε όλους τους τύπους σχολικών πλαισίων (Schaap et al., 2018). Η μετακίνηση προς το δεξί μέρος του εύρους συμπεριλαμβάνει την ανάπτυξη καινούριων παρεμβάσεων για την προαγωγή υγείας, που είναι προσαρμοσμένες σε ένα συγκεκριμένο σχολικό πλαίσιο. Αυτό μπορεί μεν να χρειάζεται περισσότερο χρόνο, αλλά τελικά δημιουργεί παρεμβάσεις για την προώθηση της υγείας που ενδιαφέρονται περισσότερο για τις ανάγκες και τις επιθυμίες των μελών του σχολείου και για το φυσικό, κοινωνικό

και πολιτικό πλαίσιο του σχολείου (Glasgow et al., 1999). Η θέση σε αυτή την προσέγγιση σχετίζεται συχνά με τους διαθέσιμους πόρους, την υποστήριξη και τον χρόνο εντός του σχολείου.

3.4.4 Μη διακεκομμένο ή διακεκομμένο

Το τέταρτο εύρος περιγράφει την αναστάτωση των παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας ως μέρος της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής Υγείας. Ένα σχολείο αποφασίζει να εφαρμόσει μικρές παρεμβάσεις που είναι μη ανατρεπτικές για την προαγωγή της υγείας στο σχολικό περιβάλλον. Αυτό το εύρος δίνει βάση στη διατήρηση της σταθερότητας του σχολείου και της συνέχισης του τρόπου εργασίας όσο το δυνατόν περισσότερο. Η μετακίνηση προς τη δεξιά πλευρά του φάσματος οδηγεί στη δημιουργία θετικής διαταραχής με την υιοθέτηση μεγάλων παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας που προκαλούν αναστάτωση. Οι παρεμβάσεις της προαγωγής υγείας αυτής της μορφής μπορεί να ωθήσουν το σχολικό σύστημα ώστε να οργανώσει μια πιο μοντέρνα κατάσταση σταθερότητας, όπου οι κανόνες του σχολείου μπορούν να μεταβάλλονται εστιάζοντας περισσότερο στην υγεία και στην ευημερία. Έτσι δημιουργούν τις συνθήκες για περαιτέρω παρεμβάσεις της προώθησης υγείας (Bartelink et al., 2019; Moore et al., 2019).

3.4.5 Προσθετική στρατηγική ή στρατηγική προσθήκης

Το πέμπτο εύρος περιγράφει τη συμβατότητα των παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας εντός του σχολικού προγράμματος σπουδών. Μια «προσθετική στρατηγική» περιγράφει την εφαρμογή παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας επιπλέον των βασικών υποχρεώσεων του προγράμματος σπουδών. Αυτό δεν είναι τόσο πολύπλοκο, ωστόσο το προσωπικό του σχολείου το εκλαμβάνει ως πρόσθετο καθήκον στις κύριες ευθύνες του. Η πλοήγηση προς το δεξί κομμάτι αυτού του εύρους δίνει έμφαση σε μια «στρατηγική προσθήκης». Η ανάπτυξη και η εφαρμογή αυτών των ειδών παρεμβάσεων για την προώθηση της υγείας είναι πιο πολύπλοκη, ωστόσο μπορεί να γίνουν μέρος των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων που βασίζονται στο πρόγραμμα σπουδών χωρίς όμως να μειώνεται ο χρόνος που δίνεται στις βασικές υποχρεώσεις του προγράμματος σπουδών (Bentsen et al., 2020).

3.4.6 Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή ή έρευνα που προσανατολίζεται στη δράση

Το έκτο εύρος περιγράφει τους συγκεκριμένους τύπους ερευνητικών σχεδίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής Υγείας. Η μετακίνηση προς τα αριστερά στο εύρος αναφέρεται σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή ή σε άλλα παρεμφερή σχέδια με ιδιαίτερη έμφαση στην εγκυρότητα για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της προσέγγισης. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να θεωρηθεί ως επαρκής σχεδιασμός όταν γίνεται έλεγχος στην αποτελεσματικότητα των πρόσφατα αναπτυγμένων παρεμβάσεων για την προώθηση της υγείας, ωστόσο μπορεί να μην αναφέρεται σε πραγματικές καταστάσεις σε όλα τα σχολικά πλαίσια. Η μετακίνηση προς τα δεξιά στο εύρος αναφέρεται σε έρευνες προσανατολισμένες προς στη δράση, που έχει στόχο την κατανόηση της διαδικασίας της πολιτικής και της επίτευξης των τελικών αποτελεσμάτων, ενώ παρέχει υποστήριξη για τη βελτίωση της εφαρμογής αυτών στο σχολείο. Η συνεχής παρακολούθηση είναι σημαντική πτυχή του σχεδιασμού αυτού και μπορεί να βοηθήσει στο να γίνει κατανοητό στο τι συμβαίνει σε ένα σχολείο (Bartelink et al., 2018; Darlington et al., 2018).

3.4.7 Τοπική ή εθνική διάδοση

Το έβδομο εύρος σχετίζεται με τη διάδοση της προσέγγισης των Σχολείων Προαγωγής Υγείας, η οποία όμως μπορεί να διαφέρει από ένα σχολείο ως μέρος μιας τοπικής πρωτοβουλίας σε όλα τα σχολεία της χώρας. Η μετακίνηση προς τα αριστερά στο εύρος, δηλαδή η τοπική διάδοση, διακρίνεται από την επίτευξη σωστής προσαρμογής σε συγκεκριμένο σχολικό περιβάλλον και μπορεί να υποστηριχθεί επαρκώς από τους τοπικούς επαγγελματίες και την τοπική πολιτική. Η μετακίνηση προς τη δεξιά μεριά στο εύρος χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια να στοχεύονται πολλά σχολεία σε εθνικό επίπεδο. Αυτό μπορεί έχει πιο υψηλό αντίκτυπο, καθώς περισσότερα παιδιά προσεγγίζονται, ωστόσο απαιτείται μεγαλύτερος βαθμός υποστήριξης από την εθνική κυβέρνηση. Ο βαθμός διάδοσης είναι συχνά συνδεδεμένος με τον στόχο, τους πόρους που είναι διαθέσιμοι, τον τρόπο που οργανώνεται η υποστήριξη (π.χ. κεντρική υποστήριξη για την υλοποίηση με τον τρόπο εθνικού συντονιστή) και με τις εταιρικές σχέσεις

που αναπτύσσονται μεταξύ των τομέων υγείας και εκπαίδευσης (Inchley et al., 2007).

3.5 Παραδείγματα υλοποίησης του Ευρωπαϊκού Δικτύου Σχολείων Προαγωγής Υγείας

3.5.1 Ελλάδα

Όλα τα δημοτικά σχολεία και η πλειοψηφία των σχολείων προσχολικής και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (76-99%) υλοποιούν δραστηριότητες προαγωγής της υγείας. Αν τα δημόσια σχολεία επισήμως δεν λειτουργούν με την «προσέγγιση για το σύνολο του σχολείου» που χαρακτηρίζει τα σχολεία ως Σχολεία Προώθησης της Υγείας, η Ελλάδα προσπαθεί πλέον να αναπτύξει εκ νέου το δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας που αν και έχει διαμορφωθεί από το 1993, έχει ανακοπεί ο ρυθμός ανάπτυξής του.

Στην Ελλάδα, ενώ υπάρχουν εθνικές ή περιφερειακές κατευθυντήριες γραμμές, το πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι δεν υπάρχουν δείκτες ή πρότυπα προκειμένου να υποστηρίξουν τα σχολεία ώστε αυτά να γίνουν Σχολεία Προώθησης της Υγείας. Τα ευρωπαϊκά πρότυπα και δείκτες Σχολείων Προαγωγής της Υγείας που κυκλοφόρησαν πρόσφατα δεν έχουν εφαρμοστεί ακόμη σε εθνικό επίπεδο. Τα εργαλεία που μοιράζεται το δίκτυο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, όπως το ελληνικό ηλεκτρονικό σχολικό εγχειρίδιο Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, έχουν διατεθεί για σχολεία.

Η προσέγγιση Σχολείων Προαγωγής της Υγείας, αποσκοπεί σε έξι συνιστώσες που περιγράφονται εν συνεχεία: 1) στις υγιείς σχολικές πρακτικές, 2) στο φυσικό σχολικό περιβάλλον, 3) στο σχολικό κοινωνικό περιβάλλον, 4) στις δεξιότητες υγείας και στις ικανότητες δράσης των ατόμων, 5) στους δεσμούς που αναπτύσσονται με την κοινότητα και τέλος 6) στις υπηρεσίες υγείας.

Στα σχολεία της Ελλάδας οι πρώτες τέσσερις συνιστώσες είναι απαραίτητες ή/και συνίστανται ισχυρά από τις εθνικές πολιτικές. Επιπρόσθετα, μια σειρά μέτρων ενισχύει τη σχέση μεταξύ των σχολείων και των κοινωνικών φορέων (παράγοντας 5) και την αλληλεπίδραση με τοπικές και περιφερειακές υπηρεσίες υγείας (παράγοντας 6) στα περισσότερα σχολεία της χώρας. Αν και αυτά τα στοιχεία δεν είναι επιβεβλημένα, δεν εφαρμόζονται πάντα από την πλειονότητα των σχολείων (Bessemers et al., 2020a).

3.5.2 Σλοβενία

Η Σλοβενία ανήκει στις πρώτες χώρες οι οποίες εντάχθηκαν στο ευρωπαϊκό δίκτυο σχολείων τα οποία προωθούν την υγεία. Η χώρα ξεκίνησε το 1993 με 12 πιλοτικά σχολεία. Το 43% όλων των σχολείων της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη Σλοβενία, (σε σύνολο 268 ιδρύματα) ανήκουν στο εθνικό δίκτυο. Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας, αναλαμβάνει τον εθνικό συντονισμό μαζί με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Υγείας Εκπαίδευσης. Τα περιφερειακά ινστιτούτα δημόσιας υγείας υλοποιούν τον περιφερειακό συντονισμό. Σε μια πρόσφατη αξιολόγηση που έγινε, αποδείχθηκε η επιτυχία αυτού του δικτύου. Οι πιο επιτυχημένες μέθοδοι ήταν η υπηρεσιακή κατάρτιση των εκπαιδευτικών στην προαγωγή της υγείας, η ύπαρξη των σχολικών ομάδων σε κάθε σχολείο, ο συστηματικός σχεδιασμός των σχολικών καθηκόντων που σχετίζονται με την υγεία και αξιολόγηση αυτών, οι συναντήσεις εργασίας με τους διευθυντές σχολείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά το σχολικό έτος, η ανάθεση ενός κορυφαίου θέματος για την υγεία σε κάθε σχολικό έτος, οι ετήσιες σχολικές διασκέψεις στα σχολεία που ανήκουν στο δίκτυο, ανακοινώσεις με παραδείγματα σωστών πρακτικών, η επαγγελματική διαχείριση του δικτύου και η υποστήριξη της πολιτείας στα σχολεία.

Οι συνεχείς κυβερνητικές αλλαγές, ιδίως στον τομέα της υγείας και της εκπαίδευσης, η έλλειψη οικονομικών πόρων προς τα σχολεία και η κατανάλωση πολύ χρόνου των εκπαιδευτικών σε εργασίες σχετικές με το κύριο πρόγραμμα σπουδών, ήταν από τις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν. Οι διευθυντές σχολείων προαγωγής της υγείας στη Σλοβενία υπογράμμισαν τη σημασία του συστηματικού σχεδιασμού, της αξιολόγησης αυτού και της προσπάθειας για την επίτευξη των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ μαθητών, γονέων και δασκάλων (BUIJS, 2009).

3.5.3 Γερμανία

Οι (Dadaczynski & Hering, 2021) είχαν σκοπό να χαρτογραφήσουν το πώς εφαρμόζονται τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας στη Γερμανία, να εξετάσουν και να αξιολογήσουν το πώς αυτά συσχετίζονται με δημογραφικούς, εργασιακούς και άλλους παράγοντες. Τα συμπεράσματα από τις συγκεκριμένες μελέτες που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ανάλυση καταδεικνύουν ότι τα σχολεία

προσπαθούν να επιτύχουν πιο εκτεταμένες δραστηριότητες για την προώθηση της υγείας και όχι μόνο δραστηριότητες για την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Αν και χαρακτηρίζεται ως θετικό το ότι τα σχολεία έχουν πλέον λάβει πρακτικά μέτρα για την προώθηση της υγείας, δίνεται μεγάλη προσοχή στην έρευνα στον στρατηγικό και συστημικό σχεδιασμό, αλλά και στις απαραίτητες δεξιότητες για μια βιώσιμη υποστήριξη της προώθησης της υγείας στα σχολεία. Η έλλειψη εφαρμογής των πρακτικών αυτών θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για την περαιτέρω κατάρτιση σε θέματα αναφορικά με την υγεία αλλά και για τη συνεργασία με εξωτερικούς ενδιαφερόμενους φορείς. Η έρευνα δείχνει ότι η συνεχής εκπαίδευση και οι επαγγελματικές δεξιότητες είναι σημαντικοί παράγοντες για την υποστήριξη της εφαρμογής των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας. Ωστόσο, ο τρόπος εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών στη Γερμανία, η προώθηση της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών δεν αλληλοεπιδρούν υποχρεωτικά. Υπάρχουν λίγα μόνο πανεπιστήμια τα οποία έχουν ενσωματώσει συστηματικά την προώθηση της υγείας στα αρχικά προγράμματα της κατάρτισης των εκπαιδευτικών. Ενώ υπάρχουν πλέον πολλές προσφορές για επιπλέον κατάρτιση των εκπαιδευτικών στα θέματα σχετικά με την υγεία, είναι ίδιες ανάμεσα στις ομοσπονδιακές πολιτείες και επίσης δεν είναι υποχρεωτικές (Dadaczynski & Hering, 2021).

3.5.4 Σκωτία

Η ανάπτυξη ενός σχολείου ως περιβάλλον για την προώθηση της υγείας ήταν ένα θέμα εκτενών συζητήσεων για τουλάχιστον 20 χρόνια στη Σκωτία, η ένταξη της οποίας στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Σχολείων που προωθούν την υγεία έγινε το 1993. Σταδιακά έγινε κατανοητό ότι για να μπορέσει να επιβιώσει η έννοια των σχολείων που προωθούν την υγεία στη χώρα αυτή, θα πρέπει να υφίσταται μια στενή εταιρική σχέση μεταξύ της υγείας και της εκπαίδευσης, να αναγνωρίζεται η σημασία της συμβολής του καθενός και να δημιουργούνται εξελίξεις στις εκπαιδευτικές δομές, πολιτικές και πρακτική που ήδη υπάρχουν.

Η υγεία, η εκπαίδευση αλλά και άλλοι βασικοί εταίροι εργάζονται σε κοινή κατεύθυνση με σκοπό να διασφαλίσουν τον συντονισμό και τη συνοχή των πολιτικών. Δύο γεγονότα οδήγησαν την προώθηση της υγείας στα σχολεία σε άλλο επίπεδο. Πρώτον, εισήχθη ένας νέος νόμος στο κοινοβούλιο της Σκωτίας την άνοιξη του 2006, που κατοχυρώνει το σχολείο προαγωγής της υγείας και τους

νέους κανονισμούς διατροφής στα σχολεία.

Κοινό εκπαιδευτικό πλαίσιο για όλα τα σχολεία στην Σκωτία είναι το Πρόγραμμα Σπουδών για την Αριστεία. Η υγεία και η ευημερία ορίζεται ως ένας καινούριος και σημαντικός τομέας στις σπουδές, που ορίζεται ως «η ευθύνη όλου του προσωπικού, μαζί με τον αλφαριθμητισμό και την αριθμητική». Το πρόγραμμα σπουδών για την αριστεία είναι το κίνητρο που θα εξασφαλίσει προαγωγής της υγείας στα σχολεία της Σκωτίας στο μέλλον. Τα βασικά συμπεράσματα από το παράδειγμα της Σκωτίας δίνουν έμφαση στην αναγνώριση της σημασίας των πρακτικών που ήδη υπάρχουν, στη διασφάλιση των ισχυρών εταιρικών σχέσεων για την υγεία και την εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα, στην οικοδόμηση των πολιτικών πάνω και μέσα σε μηχανισμούς και δομές που ήδη υπάρχουν, την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών τομέων και στο διακυβερνητικό έργο (BUJIS, 2009).

3.5.5 Βόρεια Μακεδονία

Ένα από τα κύρια σημεία στην πολιτική των Σχολείων Προαγωγής της Υγείας της Β. Μακεδονίας είναι η δυνατότητα συμμετοχής των μαθητών. Τα Σχολεία Προαγωγής της Υγείας στη Β. Μακεδονία αποσκοπούν στο να παρέχουν κατάλληλο χώρο στους μαθητές ώστε να συμμετέχουν πραγματικά σε πολλαπλές πτυχές για τις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων στα σχολεία. Με βάση αυτήν την προσέγγιση, τα σχολεία της Β. Μακεδονίας δουλεύουν ώστε να βελτιώνουν τις δεξιότητες αυτογνωσίας των μαθητών, τις λήψεις αποφάσεων και τις συνεργασίες μεταξύ των μαθητών. Επίσης στοχεύουν στην καλυτέρευση της επικοινωνίας μεταξύ των μαθητών και του σχολείου και στην εμπύχωση των μαθητών και των σχολικών κοινοτήτων να εξετάζουν και να επιλύουν θέματα υγείας. Η βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος, η δημιουργία σχολικού ραδιοφώνου, η εκπαίδευση για την υγεία των συνομηλίκων (μάθηση μέσω διδασκαλίας) και η εισαγωγή δημοκρατικών μηχανισμών στο σχολείο είναι μερικά από τα παραδείγματα δράσεων στα σχολεία της Β. Μακεδονίας που αναλαμβάνονται από μαθητές (Simovska, 2004).

3.5.6 Πορτογαλία

Στην Πορτογαλία το πρόγραμμα Θετικής στάσης είναι ένα καθολικό πρόγραμμα για μαθητές γυμνασίου, βασισμένο στο κοινωνικο-συναισθηματικό πλαίσιο

μάθησης. Έχει ως κεντρικό πυλώνα την τάξη, είναι ενσωματωμένο στο πρόγραμμα του σχολείου και δίνει σημασία σε όλους τους μαθητές της τάξης. Το πρόγραμμα έχει στόχο να επιτύχει την αύξηση του αυτοέλεγχου των μαθητών, την ενίσχυση του εαυτού τους και της κοινωνικής τους επίγνωσης, την προώθηση των ικανοτήτων να δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις, τη βελτίωση των ικανοτήτων λήψης αποφάσεων υπεύθυνα και τη μείωση των κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων στους μαθητές. Τα συμπεράσματα της πολιτικής αυτής ήταν ότι το πρόγραμμα καλυτέρευσε πολλές από τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες. Παρόλο που αυτή η προσέγγιση στην προώθηση της υγείας δίνει έμφαση σε πολλαπλές και διαφορετικές εκφάνσεις της ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβάνει κυρίως ένα βασικό συστατικό, που είναι οι ατομικές δεξιότητες υγείας και οι ικανότητες δράσης. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η έμφαση σε ένα βασικό συστατικό έχει σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία των μαθητών (Coelho et al., 2015).

3.5.7 Ιρλανδία

Στα ιρλανδικά σχολεία έχει εφαρμοστεί η πρωτοβουλία «Active School Flag» η οποία αποσκοπεί στη δημιουργία μιας δραστήριας σχολικής κοινότητας. Προκειμένου τα σχολεία να καταφέρουν κάτι τέτοιο είναι απαραίτητο να πραγματοποιήσουν μια αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης, να διοργανώσουν ένα πρόγραμμα Active School Week και να το ενσωματώσουν στο ετήσιο σχολικό τους ημερολόγιο. Η πρωτοβουλία αυτή έχει κερδίσει το ενδιαφέρον σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο για σχολεία της πρωτοβάθμιας όσο της και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ένας βασικός παράγοντας για την προσαρμογή του Active School Flag ήταν οι επισκέψεις φορέων στα ιρλανδικά σχολεία χρησιμοποιώντας την πρωτοβουλία αυτή. Επίσης υπήρξε μεγάλη υποστήριξη από συναδέλφους για την υλοποίηση της πρωτοβουλίας αυτής και σε άλλες χώρες. Αν και η προσαρμογή σε άλλες χώρες δεν ήταν εύκολη λόγω των διαφορών μεταξύ των χωρών, η πρωτοβουλία αυτή δείχνει πως η προσαρμογή των παρούσων παρεμβάσεων της προώθησης υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί, ακόμη και πέρα από τα σύνορα (NíChróinín et al., 2012).

3.5.8 Ολλανδία

Στην Ολλανδία ακολουθείται το πρόγραμμα «Healthy Primary School of the Future» είναι μια πρωτοβουλία που στοχεύει να δημιουργήσει μια θετική αναστάτωση στο σχολικό σύστημα ξεκινώντας δύο μεγάλες παρεμβάσεις της προαγωγής υγείας: 1) ένα δωρεάν υγιεινό γεύμα κάθε μέρα και 2) καθημερινή δομημένη φυσική δραστηριότητα και πολιτιστικές συνεδρίες μετά το μεσημεριανό γεύμα. Αν και στα άλλα εθνικά σχολικά συστήματα, οι πρωτοβουλίες για την προαγωγή της υγείας ίσως να είναι συνήθεις πρακτικές, οι αυτές δύο παρεμβάσεις της προαγωγής υγείας σκόπευαν να έχουν αντίκτυπο στο ολλανδικό σχολικό σύστημα. Στην Ολλανδία, τα παιδιά τρώνε στο σπίτι το μεσημεριανό τους φαγητό ή φέρνουν το φαγητό μαζί τους ώστε να φάνε στο σχολείο. Με το να περιορίζεται σε ένα ή δύο μαθήματα φυσικής αγωγής εβδομαδιαία και σε σε διαλείμματα όπου υπήρχε ελεύθερος χρόνος για παιχνίδι, το γεύμα στα σχολεία κατάφερε να επιφέρει αυτή την αναστάτωση και λειτούργησε ως καταλύτης για την καθολική προαγωγή της υγείας στα σχολεία της Ολλανδίας (Bartelink et al., 2019).

3.5.9 Δανία

Τρία παραδείγματα που στρατηγικών που εφαρμόζονται για την προαγωγή υγείας στα σχολεία είναι το IMOVE, το Move Eat Learn και το TEACHOUT. Η πρωτοβουλία IMOVE είναι συνδυασμός της επίγνωσης της σωματικής άσκησης στην καθημερινή ζωή των μαθητών και της εκμάθησης της εφαρμοσμένης στατιστικής στα μαθηματικά. Η πρωτοβουλία Move Eat Learn απέδειξε πώς οι διαπολιτισμικές συναντήσεις μπορούν να χρησιμεύσουν ως οδηγός για την εκπαίδευση γενικότερα, αλλά και για την υγιεινή διατροφή και τη σωματική άσκηση συγκεκριμένα. Τέλος η πρωτοβουλία TEACHOUT καταδεικνύει τη σημασία της «Εκπαίδευσης έξω από την τάξη», η οποία αυξάνει τη σωματική δραστηριότητα και την κοινωνική ευεξία, και δυνητικά καλύτερεύει τις μαθησιακές και κοινωνικές σχέσεις των παιδιών. Τα κοινά χαρακτηριστικά των τριών παραδειγμάτων της Δανίας, εκτός από την εκπλήρωση σαφών τυπικών μαθησιακών στόχων, είναι πως οι εκπαιδευτικές δράσεις είναι ειδικά σχεδιασμένες ώστε να συμπεριλαμβάνουν επιπρόσθετες παρεμβάσεις προώθησης στα προγράμματα σπουδών (Bentsen et al., 2020).

3.5.10 Ουαλία

Το Σχολικό Δίκτυο Ερευνών Υγείας στην Ουαλία κάνει χρήση μίας μελέτης που προσανατολίζεται στις πρωτοβουλίες για τις παρεμβάσεις σχετικά με την προαγωγή υγείας, τη δημιουργία στοιχείων που προκύπτουν από έρευνες και την συνεχή ενημέρωση της πολιτικής και της πρακτικής. Το δίκτυο ελέγχεται από μια διεπιστημονική ερευνητική ομάδα στο Πανεπιστήμιο του Κάρντιφ, στο Κέντρο Ανάπτυξης και Αξιολόγησης Σύνθετων Παρεμβάσεων για τη Βελτίωση της Δημόσιας Υγείας (DECIPHER). Αυτό είναι μια πρακτική απεικόνιση του της επιτυχούς ενσωμάτωσης των βρόχων παρακολούθησης και ανατροφοδότησης στην εθνική κουλτούρα προκειμένου να επιτύχουν την προαγωγή της υγείας στα σχολεία (Murphy et al., 2021).

3.5.11 Ισπανία

Η υγεία δεν είναι μάθημα που διδάσκεται στα ισπανικά σχολεία. Παρόλα αυτά στο Πρόγραμμα CEPS, τα θέματα υγείας καλύπτονται εγκάρσια σε πολλά μαθήματα και συμπεριλαμβάνονται στις σχολικές πρακτικές, σε φυσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα, στη δουλειά με το σχολικό προσωπικό και άλλες συνιστώσες στην κοινότητα. Το πρόγραμμα CEPS λειτουργεί στις Βαlearίδες Νήσους από το σχολικό έτος 2014–2015, που ξεκίνησε από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας και το Τμήμα Καινοτομίας και Εκπαιδευτικής Κοινότητας των Βαlearίδων νήσων. Το πρόγραμμα ήταν αποτέλεσμα της κοινής ανησυχίας για το πώς τα σχολεία ανταποκρίνονται σε ζητήματα υγείας, δηλαδή το πώς αυτά ενσωματώνονται με μεμονωμένες δραστηριότητες, μέσω μιας δράσης υγείας και μετά από ενδεδειγμένη προσέγγιση της κατάστασης. Υπάρχει δυνατότητα εθελοντικής συμμετοχής του κάθε δημόσιου ή επιδοτούμενου σχολείου που προσφέρει εκπαίδευση νηπίων, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή ενηλίκων (βασική ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση για άτομα άνω των 18 ετών). Στην αρχή κάθε σχολικού έτους, το Τμήμα Καινοτομίας και Εκπαιδευτικής Κοινότητας των Βαlearίδων απευθύνει πρόσκληση για το Πρόγραμμα CEPS. Τα σχολεία που συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό είναι υποχρεωμένα να συντάξουν μια επιτροπή υγείας, η οποία θα αποτελείται από εκπροσώπους όλης της εκπαιδευτικής κοινότητας ενώ θα πρέπει επίσης να εκλέξουν έναν συντονιστή υγείας. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να αναλύσουν μια συγκεκριμένη κατάσταση κάνοντας χρήση ενός

διαδικτυακού εργαλείο. Τα σχολεία που συμμετέχουν θα πρέπει στη συνέχεια, πρέπει να προτείνουν μια δράση για την προώθηση της υγείας με διάρκεια τα επόμενα δύο σχολικά έτη, να αποστείλουν μια ετήσια έκθεση των δράσεων και τέλος να αξιολογήσουν το έργο προαγωγής της υγείας τους στο πέρας των δύο σχολικών χρόνων. Η αξιολόγηση του προγράμματος αυτού από τους (Ramos et al., 2022) έδειξε πως ότι ο αριθμός των σχολείων στο Πρόγραμμα CEPS αυξανόταν κάθε χρόνο. Τα περισσότερα CEPS δεν έκαναν χρήση των προγραμμάτων αγωγής υγείας από το Τμήμα Δημόσιας Υγείας, που βασίζονται στην κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε διαφορετικά θέματα υγείας. Τα στρατηγικά στοιχεία του φυσικού περιβάλλοντος των κέντρων περιλάμβαναν την παιδική χαρά, τα μπαρ και την είσοδο του σχολείου. Σε πολλά από τα σχολεία υπήρχαν λαχανόκηποι και παιδικές χαρές εν ενεργεία, όπου γίνονταν προώθηση της σωματικής δραστηριότητας. Κάποια από τα σχολεία είχαν συνεννοηθεί με τους υπεύθυνους των μπαρ αυτοί να διαθέτουν φρούτα και υγιεινά σάντουιτς, ώστε να συμβάλλουν στη μείωση και να προωθήσουν την εξάλειψη των ζαχαρούχων ποτών και των βιομηχανικών αρτοσκευασμάτων. Σχετικά με την είσοδο, η χρήση ποδηλάτων στο σχολείο θα μπορούσε να είναι ωφέλιμη αλλά εάν υπάρχει ο κατάλληλος διαθέσιμος χώρος στάθμευσης ποδηλάτων στο σχολείο. Επιπλέον, οι άνθρωποι (είτε είναι φοιτητές, οικογένειες ή δάσκαλοι) που καπνίζουν στην είσοδο αποτελεί πρόβλημα για την προαγωγή υγείας στα σχολεία. Έτσι, κρίθηκε απαραίτητη η παρουσία των σχολικών αστυνομικών που συνεργάζονται προς την κατεύθυνση της επίλυσης συγκεκριμένων συγκρούσεων. Τα περισσότερα από τα σχολεία που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα CEPS μπορούσαν να κατανοήσουν το μοντέλο που χρησιμοποιούνταν για την επίτευξη της προαγωγής της υγείας. Σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, κρίθηκε απαραίτητος ο συντονισμός των διοικήσεων Υγείας και Παιδείας. Επίσης η συνεχής δέσμευση για την προώθηση της Σχολικής Υγείας ανεξαρτήτως πολιτικού κόμματος στην κυβέρνηση ήταν ύψιστης σημασίας. Η υπερβολική γραφειοκρατία ήταν ένα από τα βασικά εμπόδια που εντοπίστηκαν για την ανάπτυξη του προγράμματος CEPS. Ωστόσο αυτό είναι ένα πρόβλημα που συναντάται συχνά και σε άλλα ισπανικά σχολεία που εργάζονται στην κατεύθυνση της προώθησης της υγείας (Serdà et al., 2022).

3.5.12 Σουηδία

Προκειμένου να επιτευχθεί η εφαρμογή των συνιστωσών της προαγωγής υγείας στα σχολεία της Σουηδίας, οι πολιτικές για το υγιές σχολείο, το φυσικό περιβάλλον του σχολείου, το κοινωνικό περιβάλλον του σχολείου, οι ατομικές δεξιότητες υγείας και οι ικανότητες δράσης απαιτούνται ή/και συνιστώνται από τις εθνικές πολιτικές. Επιπρόσθετα, η σύνδεση μεταξύ των σχολείων και των κοινωνικών φορέων και με τις τοπικές και περιφερειακές υπηρεσίες υγείας ενισχύθηκε με ένα συνδυασμό μέτρων στα περισσότερα σχολεία της χώρας.

Στα σουηδικά σχολεία η προώθηση της υγείας ενσωματώνεται ως εξειδικευμένα μαθήματα και με ποικίλες διαθεματικές και μη- διδακτικές δράσεις και έργα, όπου υπάρχει συγκεκριμένη σύνδεση των θεμάτων της υγείας. Οι εγκάρσιες δεξιότητες ενισχύονται σε όλες αυτές τις εκπαιδευτικές και διδακτικές δραστηριότητες από όλους τους εκπαιδευτικούς. Τα θέματα προώθησης της υγείας αντιμετωπίζονται σε περισσότερες από μια δραστηριότητες τη φορά, δημιουργώντας μια καθολική πολιτική η οποία συμπεριλαμβάνει την υγεία σε όλες τις πτυχές των σχολείων. Χρησιμοποιούνται οι στρατηγικές της ενεργής εκμάθησης, συμπεριλαμβανομένων των στρατηγικών συζήτησης, διεξαγωγή έρευνας από τους μαθητές, βιωματικών μεθόδων, προσεγγίσεων προσανατολισμένων στη δράση και συμμετοχικών στρατηγικών, προκειμένου να επιτύχουν τη συμμετοχή των μαθητών για την επίλυση θεμάτων υγείας στα σχολεία. Τα θέματα προαγωγής υγείας που αντιμετωπίζονται πιο συχνά στα σχολεία της χώρας σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, την ψυχική υγεία, τη σεξουαλικότητα, τις διακοπές αλλά και τον κορωνοϊό. Παράγοντες όπως η συνεργασία μεταξύ των τομέων υγείας και εκπαίδευσης, η επαρκής χρηματοδότηση, το ενδιαφέρον των σχολείων για την προαγωγή της υγείας, τα κίνητρα των εκπαιδευτικών, η ενεργή συμμετοχή των μαθητών και η υποστήριξη από την τοπική αρχές, διευκολύνουν την προαγωγή υγείας στα σχολεία της Σουηδίας (Bessems et al., 2020b).

3.5.13 Γαλλία

Το πρόγραμμα “Learning to live better together (LLBT)” είναι ένα πρόγραμμα προαγωγής της υγείας προσαρμοσμένο στο γαλλικό εκπαιδευτικό πλαίσιο και αναπτύχθηκε σε τρία στάδια από το 1998. Στόχος αυτού του προγράμματος είναι

η δημιουργία βιώσιμων παρεμβάσεων για την προώθηση της υγείας στα σχολεία, ενισχύοντας έτσι τους τοπικούς φορείς. Στο τελικό στάδιο της πρωτοβουλίας (2008–2012) υπήρχε η συμμετοχή 115 δημοτικών σχολείων από 6 περιφέρειες, που μεταφράστηκε σε συμμετοχή 650 δασκάλων και 12000 παιδιών μαζί με τις οικογένειές τους. Το πρόγραμμα LLBT καθορίζει την πλειοψηφία των πόρων που θα χρησιμοποιηθούν για την κατάρτιση των εκπαιδευτικών καθώς και την εφαρμογή των προγραμμάτων προώθησης της υγείας στα σχολεία. Επιπλέον το δίκτυο γαλλικών κολεγίων εκπαίδευσης των δασκάλων για την αγωγή και την προαγωγή της υγείας καθορίζονται από το παραπάνω πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα στοχεύει στην προώθηση της κοινωνικής, συναισθηματικής και σωματικής υγείας των παιδιών ενισχύοντας τις δεξιότητες ζωής τους, μειώνοντας τις ανισότητες στην υγεία και αναπτύσσοντας σχετικές διδακτικές πρακτικές και περιβάλλοντα προώθησης της υγείας στα σχολεία. Στόχος επίσης είναι η δημιουργία βιώσιμων έργων προαγωγής της υγείας στα σχολεία μέσω της ενδυνάμωσης των τοπικών ενδιαφερομένων λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του γαλλικού συστήματος. Έτσι συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας και του επιπέδου της μάθησης, Το πρόγραμμα περιέχει μια σειρά πρακτικών από «πάνω προς τα κάτω» και προς την αντίθετη κατεύθυνση, επομένως τα χαρακτηριστικά των δράσεων που εφαρμόστηκαν σε κάθε σχολείο έτειναν να είναι διαφορετικά. Ένα σημαντικό συμπέρασμα από την εφαρμογή του προγράμματος αυτού ήταν ότι τα προγράμματα προώθησης της υγείας καλύτερα και πιο γρήγορα αποτελέσματα σε σχολεία που βρίσκονται σε προνομιούχες περιοχές. Το έργο δείχνει ότι το πρόγραμμα πρέπει να διαρκέσει τρία χρόνια για να έχει παρόμοια αποτελέσματα στα σχολεία για διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και ότι τα αποτελέσματα του προγράμματος διαφέρουν μεταξύ των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα που είναι σχολικο-κεντρικά, δεν είναι τόσο ευαίσθητα στις κοινωνικές διαφορές. Εκείνα όμως που σχετίζονται περισσότερο με το περιβάλλον ή το σχολικό κλίμα μεταβάλλονται περισσότερο από στις κοινωνικές διαφορές και χρειάζονται μια συγκεκριμένη διαδικασία εφαρμογής τους ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Jourdan, 2013).

Κεφάλαιο 4: Συμπεράσματα και συζήτηση

Η προσέγγιση των σχολείων προώθησης υγείας προτάθηκε για πρώτη φορά κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και έχει αποδειχθεί μια σημαντική έννοια για την σχολική προαγωγή υγείας, αντιμετωπίζοντας την πολυπλοκότητα της δράσης για την υγεία (Nutbeam et al., 1987; Parsons et al., 1996). Το δίκτυο αυτό καταφέρνει να συμπεριλάβει μια ολιστική προσέγγιση για όλο το σχολείο, όπου ένα πολύπλευρο και ολοκληρωμένο πρόγραμμα σπουδών για την εκπαίδευση σχετικά με την υγεία υποστηρίζεται από το περιβάλλον και το ήθος του εκάστοτε σχολείου (Nutbeam et al., 1987). Προκειμένου να εξεταστεί η αλλαγή της οργανωτικής δομής δίνεται έμφαση, εκτός από την αλλαγή συμπεριφοράς σε ατομικό επίπεδο, στη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του σχολείου, στη βελτίωση των προγραμμάτων σπουδών, και των τεχνικών εκμάθησης και διδασκαλίας (Parsons et al., 1996). Επιτρέπει επίσης την ανάπτυξη σχολικών πολιτικών που ευνοούν την υγεία, και την παροχή σχολικών υπηρεσιών υγείας πέρα από τον έλεγχο ρουτίνας (Nutbeam et al., 1987). Με την υιοθέτηση των καινοτόμων αυτών παρεμβάσεων για τη σχολική υγεία οι μαθητές μπορούν πλέον να εξοπλιστούν με γνώσεις και ικανότητες, τοποθετώντας την έννοια της υγεία σε ένα πιο δυναμικό και πολιτικό φάσμα, συμβάλλοντας τελικά στο να αντιμετωπίζονται σωστά καίρια θέματα της υγείας (StLeger, 2001).

Το κλειδί για τη διατήρηση του δικτύου των Σχολείων Υγείας στην Ευρώπη, είναι η αδιάκοπη υποστήριξη από τον ΠΟΥ διεθνώς, από το Συμβούλιο της Ευρώπης αλλά και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Αυτή η μοναδική και βιώσιμη συνεργασία των τριών οργανισμών δημιουργεί μια ισχυρή κινητήρια δύναμη και βάση για το δίκτυο που λειτουργεί ως συνεργαζόμενο κέντρο της ΠΟΥ για την προαγωγή της σχολικής υγείας. Σε ό,τι αφορά την κάθε χώρα, ο εκάστοτε εθνικός συντονιστής των Σχολείων Υγείας της Ευρώπης είναι το κύριο μέσο επικοινωνίας για τη δημιουργία παρεμβάσεων και την εφαρμογή αυτών ως προς την κατεύθυνση της προώθησης της σχολικής υγείας. Στο ευρωπαϊκό δίκτυο των σχολείων προώθησης της υγείας συγκαταλέγονται 43 χώρες, από την Ισλανδία μέχρι το Καζακστάν. Το εθνικό τους Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδείας της κάθε χώρας προκειμένου να εξασφαλίσει μια ισχυρή δέσμευση για το έργο προαγωγής της υγείας, ορίζει και επιβλέπει την πλειοψηφία των συντονιστών. Υπάρχει ποικιλομορφία μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών όσον αφορά την

προαγωγή της σχολικής υγείας. Τα εθνικά προγράμματα για την προαγωγή της σχολικής υγείας και εθνικά και περιφερειακά δίκτυα σχολείων που εφαρμόζονται στην πλειοψηφία των χωρών, έχουν ως στόχο και καταφέρνουν να εφαρμόζουν δράσεις για την προαγωγή της υγείας. Το επίκεντρο αυτών των εθνικών δικτύων είναι τα παιδιά και οι νέοι μεταξύ 4 και 18 ετών που φοιτούν στο σχολείο (WHO, 2009).

Από την παρούσα επισκόπηση συμπεραίνουμε πως ο τρόπος με τον οποίο ηγείται και διοικείται ένα σχολείο, οι εμπειρίες των μαθητών από τη συμμετοχή και η μεταχείριση τους από τους εκπαιδευτικούς και ο τρόπος με τον οποίο τα σχολεία εμπλέκουν την τοπική κοινότητα δημιουργούν πολλούς προστατευτικούς παράγοντες για την υγεία και μειώνουν τις επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία. Τα αποτελεσματικά προγράμματα προώθησης της υγείας σε κάθε σχολικό περιβάλλον ως προς στην αλλαγή των συμπεριφορών υγείας, ενώ μεν ήταν πιο πολύπλοκα, και εξαρτιούνταν από πληθώρα παραγόντων, αποδείχτηκαν πιο ρηξικέλευθα σε πολλούς τομείς σχετικά με το πρόγραμμα σπουδών, το σχολικό περιβάλλον και τη σχολική κοινότητα) και οι επιπτώσεις τους έχουν μεγαλύτερη διάρκεια (Patton et al., 2006). Υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τις πολιτικές που ακολουθούν τα σχολεία για την προαγωγή της υγείας χρησιμοποιώντας το πλαίσιο των σχολείων προαγωγής υγείας. Σε γενικές γραμμές, η συνεργασία με εξωσχολικούς εταίρους εκτός θεωρείται ως ένα από τα βασικά κλειδιά για την επιτυχή ανάπτυξη της έννοιας και προσέγγισης των σχολείων που προωθούν την υγεία, όχι μόνο για παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η υγεία, η πρόνοια για το κοινωνικό σύνολο, η φροντίδα των νέων, η άθληση αλλά και με παρεμβάσεις που εμπλέκονται στην καθημερινή ζωή του σχολείου, συμπεριλαμβάνοντας τόσο επαγγελματίες υγείας όσο και τους γονείς (Lee et al., 2005; Marshall et al., 2000; Rogers et al., 1998).

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενες ενότητες στις ευρωπαϊκές χώρες, υπάρχουν προγράμματα βράβευσης των σχολείων προαγωγής της υγείας. Αυτά τα προγράμματα είναι πολύ δημοφιλή ως δομημένα πλαίσια τα οποία λειτουργούν με στόχο την παρακολούθηση και την αναγνώριση των επιτευγμάτων στην εφαρμογή της προώθησης υγείας στα σχολεία (Moon, 1999). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα βραβεία συμβάλλουν στη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας των παιδιών και ότι τα σχολεία που λαμβάνουν βραβεία έχουν μεγαλύτερη κουλτούρα και οργάνωση που προάγει την υγεία (Lee et al.,

2005).

Οι εκπαιδευτικοί παίζουν ζωτικό ρόλο τόσο ως ενεργοί συμμετεχόντων στην προαγωγή υγείας στα σχολεία όσο και στη διασφάλιση της βιωσιμότητας των σχολείων ως σχολεία προαγωγής υγείας (StLeger, 2000). Μία από τις λίγες μελέτες για τα σχολεία προαγωγής υγείας που επικεντρώνεται στους δασκάλους είναι από τη Νορβηγία και αναφέρει τη σχέση μεταξύ των προοπτικών, των προθέσεων και των κινήτρων των εκπαιδευτικών με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα προαγωγής υγείας στα σχολεία με μια ποσοτική μελέτη. Στην έρευνα αυτή καταδεικνύει ως σημαντικούς παράγοντες για τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών στα δίκτυα προαγωγής υγείας τις προοπτικές αυτών και τις απόψεις τους σχετικά με τα οφέλη των παρεμβάσεων και δράσεων για την υγεία. Σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της μελλοντικής τους συμμετοχής παίζει και η εμπειρία που έχουν αποκτήσει. Μελέτες που καταδεικνύουν με την σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του στόχου των σχολικών προγραμμάτων για την υγεία και των κινήτρων που έχει το κάθε σχολείο ώστε να λάβει μέρος στα προγράμματα αυτά έχουν επίσης δημοσιευτεί (Barnard et al., 2009).

Υπάρχουν συζητήσεις γύρω από τις διαφορετικές δράσεις για την προώθηση της ενσωμάτωσης της εθνικής πολιτικής για την προαγωγή υγείας στα σχολεία στις χώρες- μέλη των Σχολείων Υγείας της Ευρώπης συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών για τη νεολαία, την κοινωνική πολιτική, την αλληλεγγύη και τις κοινωνικές υποθέσεις. Υπάρχει προβληματισμός για την προώθηση για τα θέματα φύλου, συγκεκριμένα σχετικά με τις σχολικές πολιτικές των εγκαταστάσεων. Οι μαθητές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να ασχοληθούν με τη σωματική δραστηριότητα. Ωστόσο η σωματική τους ακεραιότητα είναι ένα θέμα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Οι χώρες επίσης θα πρέπει να σκεφτούν ξανά και να επανασχεδιάσουν τις διαδρομές προς το σχολείο, προκειμένου να είναι ασφαλείς οι μαθητές. Επιπλέον το δίκτυο των σχολείων υγείας της Ευρώπης θα μπορούσε να ενθαρρύνει τους εθνικούς και περιφερειακούς συντονιστές του να συμβάλλουν στο να αξιολογηθεί εάν το σχολικό φυσικό περιβάλλον προωθεί την κοινωνικοποίηση και την ευημερία της σχολικής κοινότητας (Vilaca et al., 2019).

Είναι σημαντικό να ενισχυθεί ο ρόλος του δικτύου των Σχολείων Υγείας της Ευρώπης και των εθνικών ή/και περιφερειακών συντονιστών, προωθώντας παράλληλα ένα συμπεριληπτικό, συμμετοχικό και δημοκρατικό κοινωνικό

σχολικό περιβάλλον σε όλες τις χώρες. Θα πρέπει να δοθεί βάση στην εκπαίδευση των εθνικών/περιφερειακών συντονιστών των Σχολείων Υγείας της Ευρώπης ώστε να χρησιμοποιούν το Σχολικό Εγχειρίδιο και τα συνοδευτικά εργαλεία του ώστε να προβληματιστούν σχετικά με τις δυνατότητες που υπάρχουν για τις χώρες τους και να προσπαθήσουν να προτείνουν λύσεις για τη βελτίωση της προαγωγής υγείας στα σχολεία (Vilaça et al., 2019).

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των σχολείων που προάγουν την υγεία θα μπορούσε να ανατεθεί στο δίκτυο των σχολείων για την προώθηση της υγείας. Το δίκτυο θα μπορούσε να ενεργήσει για να κατανοήσει βαθύτερα γιατί οι περισσότερες χώρες θεωρούν ότι η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη των επαγγελματιών της εκπαίδευσης και των ψυχολόγων έχει μεγαλύτερη από εκείνες των επαγγελματιών υγείας. Προκειμένου να σχεδιαστούν οι δράσεις και οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας στα σχολεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη δύο σημαντικά ερωτήματα. Πρώτον με ποιον τρόπο γίνεται η επιλογή των θεμάτων και των προβλημάτων υγείας προκειμένου να εγκριθούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας στο περιβάλλον του σχολείου. Δεύτερον ποια είναι η συμβολή της παρακολούθησης σε εθνικό επίπεδο ώστε να κατανοηθεί εάν τα σχολεία προαγωγής της υγείας ασχολούνται με πραγματικά προβλήματα και αν οι λύσεις που προτείνονται έχουν πραγματικά ως σκοπό να βελτιώσουν την υγεία και την μελλοντική ποιότητα ζωής της κοινωνίας. Το δίκτυο σχολείων υγείας της Ευρώπης θα πρέπει να αναφέρει πώς θα ενσωματώσει την περιβαλλοντική βιωσιμότητα και την ανάπτυξη σε ολόκληρη τη σχολική προσέγγιση. Τέλος θα ήταν σημαντικό και αποτελεσματικό να γίνει σωστή οργάνωση των εκπαιδευτικών κοινοτήτων, όπως για παράδειγμα μέσω της παροχής διαδικτυακών σεμιναρίων, ώστε να γίνει σε βάθος αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των περιορισμών των διαφορετικών μεθόδων και στρατηγικών διδασκαλίας που έχουν προταθεί, με απώτερο σκοπό την γρήγορη και ανάπτυξη των δεξιοτήτων υγείας και των πρωτοβουλιών για τη λήψη αποφάσεων των μαθητών σε θέματα προαγωγής υγείας (και όχι μόνο) (Vilaça et al., 2019).

Το δίκτυο σχολείων προαγωγής υγείας έχει αποδείξει ότι η επιτυχής εφαρμογή των πολιτικών, αρχών και μεθόδων των σχολείων που προάγουν την υγεία μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην εκπαιδευτική εμπειρία όλων των νέων που ζουν και μαθαίνουν μέσα στα σχολεία και επιδιώκει να βοηθήσει στη διασφάλιση βιώσιμων θετικών αλλαγών και να ενθαρρύνει τα σχολεία να αντιμετωπίσουν τις

αλληλένδετες κοινωνικές, εκπαιδευτικές, ψυχολογικές και υγειονομικές ανάγκες των παιδιών σχολικής ηλικίας. Οι σχολικές κοινότητες είναι οι μικρόκοσμοι της μετέπειτα κοινότητας για αυτό το λόγο και η δια βίου εκπαίδευση και ο αλφαριθμητισμός για την υγεία πρέπει να ξεκινούν από το περιβάλλον του σχολείου. Επομένως, οι παρεμβάσεις για την προώθηση της υγείας και για την εκπαίδευση θα πρέπει να έχουν ως στόχο τις εγκαταστάσεις και το εκπαιδευτικό σύστημα των σχολείων. Καθώς τα σχολεία είναι επίσης και «χώρος εργασίας» για ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού και τα περισσότερα παιδιά (τουλάχιστον στις αναπτυγμένες χώρες) φοιτούν σε αυτά, μπορούν να παρέχουν ευκαιρίες στα παιδιά προκειμένου να δημιουργήσουν και να εξασκήσουν ικανότητες που αποβλέπουν στην υποστήριξη ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Τα σχολεία είναι αυτά που πρωτίστως θα συμβάλλουν στην υιοθέτηση συμπεριφορών βελτίωσης της υγείας και στη μείωση πρακτικών που θα θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των παιδιών αλλά και μελλοντικά των ενηλίκων.

Βιβλιογραφία

- Allensworth, D. D., & Kolbe, L. J. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *The Journal of School Health*, 57(10), 409–412.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bamekow Rasmussen, V. (2005). The European Network of Health Promoting schools - from to Kyrgyzstan. *Promotion & Education*, 12(3–4), 169–172. <https://doi.org/10.1177/10253823050120030120>
- Barnard, M., Becker, E., Creegan, C., Day, N., Devitt, K., Fuller, E., Lee, L., Neil, H., Purdon, S., & Ranns, H. (2009). *Evaluation of the National Healthy Schools Programme: Interim Report*.
- Barnekow, V., Buijjs Goof, Clift, S., Jensen, B. B., Paulus, P., Rivett, D., & Young, I. (2006). *Health-promoting schools: a resource for developing indicators*.
- Bartelink, N. H. M., van Assema, P., Jansen, M. W. J., Savelberg, H. H. C. M., Moore, G. F., Hawkins, J., & Kremers, S. P. J. (2019). Process evaluation of the Healthy Primary School of the Future: the key learning points. *BMC Public Health*, 19(1), 698. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6947-2>
- Bartelink, N. H. M., van Assema, P., Jansen, M. W. J., Savelberg, H. H. C. M., Willeboordse, M., & Kremers, S. P. J. (2018). The Healthy Primary School of the Future: A Contextual Action-Oriented Research Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2243. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102243>
- Bekelman, T. A., Bellows, L. L., McCloskey, M. L., Martin, C. K., & Johnson, S. L. (2019). Assessing dinner meals offered at home among preschoolers from low-income families with the Remote Food Photography Method. *Pediatric Obesity*, 14(11). <https://doi.org/10.1111/ijpo.12558>
- Bentsen, P., Bonde, A. H., Schneller, M. B., Danielsen, D., Bruselius-Jensen, M., & Aagaard-Hansen, J. (2020). Danish ‘add-in’ school-based health promotion: integrating health in curriculum time. *Health Promotion International*, 35(1), e70–e77. <https://doi.org/10.1093/heapro/day095>
- Bessems, K., Bartelink, N., & Prevo, L. (2020a). *SHE monitoring report 2020, Country-specific results of Greece*. Schools for Health in Europe.
- Bessems, K., Bartelink, N., & Prevo, L. (2020b). *SHE monitoring report 2020: Country-specific results of Sweden*.
- Blewitt, C., Morris, H., Jackson, K., Barrett, H., Bergmeier, H., O’Connor, A., Mousa, A., Nolan, A., & Skouteris, H. (2020). Integrating Health and Educational Perspectives to Promote Preschoolers’ Social and Emotional Learning: Development of a Multi-Faceted Program Using an Intervention Mapping Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 575. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020575>
- Boers, M., & Cruz Jentoft, A. J. (2015). A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. *Calcified Tissue International*, 97(5), 429–431. <https://doi.org/10.1007/s00223-015-0038-x>
- Bonnesen, C. T., Plauborg, R., Denbaek, A. M., Due, P., & Johansen, A. (2015). Process evaluation of a multi-component intervention to reduce infectious diseases and improve hygiene and well-being among school children: the Hi Five study. *Health Education Research*, 30(3), 497–512. <https://doi.org/10.1093/her/cyv019>
- Brega, A. G., Thomas, J. F., Henderson, W. G., Batliner, T. S., Quissell, D. O., Braun, P. A., Wilson, A., Bryant, L. L., Nadeau, K. J., & Albino, J. (2015). Association of parental health literacy with oral health of Navajo Nation preschoolers. *Health Education Research*, cyv055. <https://doi.org/10.1093/her/cyv055>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., ... Pinheiro, P.

- (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Brown, S. L., Teufel, J. A., & Birch, D. A. (2007). Early Adolescents Perceptions of Health and Health Literacy. *Journal of School Health*, 77(1), 7–15. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2012). *Dissemination and Implementation Research in Health Translating Science to Practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.001.0001>
- BUIJS, G. J. (2009). Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe. *European Journal of Education*, 44(4), 507–520. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2009.01410.x>
- Charsley, J. S., Collins, S. C., & Hill, A. J. (2018). The bigger picture: young children’s perception of fatness in the context of other physical differences. *Pediatric Obesity*, 13(9), 558–566. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12280>
- Chu-Ko, F., Chong, M.-L., Chung, C.-J., Chang, C.-C., Liu, H.-Y., & Huang, L.-C. (2021). Exploring the factors related to adolescent health literacy, health-promoting lifestyle profile, and health status. *BMC Public Health*, 21(1), 2196. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12239-w>
- Clift, S., & Jensen, B. B. (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Danish University of Education Press.
- Coelho, V., Sousa Vanda, Raimundo Raquel, & Figueira Ana. (2015). The impact of a Portuguese middle school social–emotional learning program. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav064>
- Constitution of WHO: Principles*. (n.d.). Retrieved May 31, 2023, from <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Conti, A. A. (2011). Reconstructing medical history: historiographical features, approaches and challenges. *La Clinica Terapeutica*, 162(2), 133–136.
- Conti AA. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomed*, 89(3), 352–354.
- Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., & Podráczky, J. (2018). Research on the health literacy of professionals working in early childhood education. *Kontakt*, 20(4), e356–e362. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.002>
- Dadaczynski, K., & Hering, T. (2021). Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2623. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052623>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Institute of Future Studies.
- Darlington, E. J., Violon, N., & Jourdan, D. (2018). Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*, 18(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-5011-3>
- Derwig, M., Tiberg, I., & Hallström, I. (2021). Elucidating the child’s perspective in health promotion: children’s experiences of child-centred health dialogue in Sweden. *Health Promotion International*, 36(2), 363–373. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa060>
- Dworkin, M., Akintayo, T., Calem, D., Doran, C., Guth, A., Kamami, E. M., Kar, J., LaRosa, J., Liu, J. C., Pérez Jiménez, I. N., & Frasso, R. (2021). Life during the pandemic: an international photo-elicitation study with medical students. *BMC Medical Education*, 21(1), 244. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02684-x>
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- Elliott, S., McCloskey, M. L., Johnson, S. L., Mena, N. Z., Swindle, T., & Bellows, L. L. (2021). Food Photography as a Tool to Assess Type, Quantity, and Quality of Foods in Parent-Packed Lunches for Preschoolers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,

- 53(2), 164–173. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.10.007>
- Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H., Badger, G. J., Geller, B. M., & Costanza, M. C. (1992). Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. *American Journal of Public Health*, 82(6), 827–834. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.6.827>
- Fok, M. S. M., & Wong, T. K. S. (2002). What does health literacy mean to children? *Contemporary Nurse*, 13(2–3), 249–258. <https://doi.org/10.5172/conu.13.2-3.249>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Haraldsson, K., Isaksson, P., & Eriksson, M. (2017). ‘Happy when they arrive, happy when they go home’ – focusing on promoting children’s mental health creates a sense of trust at preschools. *Early Years*, 37(4), 386–399. <https://doi.org/10.1080/09575146.2016.1191442>
- Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & Yavitz, A. (2010). The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94(1–2), 114–128. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2009.11.001>
- Inchley, J., Muldoon, J., & Currie, C. (2007). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International*, 22(1), 65–71. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal059>
- Jourdan, D. (2013). "Learning to live better together": enabling schools and communities to implement a health promotion policy and minimize health inequalities in France. *Rapport*, 47–59.
- Kolbe, L., Kann, L., Patterson, B., Wechsler, H., Osorio, J., & Collins, J. (2004). Enabling the Nation’s Schools to Help Prevent Heart Disease, Stroke, Cancer, COPD, Diabetes, and other Serious Health Problems. *Public Health Reports*, 119(3), 286–302. <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.008>
- Kropski, J. A., Keckley, P. H., & Jensen, G. L. (2008). School-based Obesity Prevention Programs: An Evidence-based Review. *Obesity*, 16(5), 1009–1018. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.29>
- Lamanauskas, V. (2018). TEACHER HEALTH LITERACY: WHY DOES IT MATTER? *Problems of Education in the 21st Century*, 76(1), 4–6. <https://doi.org/10.33225/pec/18.76.04>
- Lamanauskas, V., Malinauskienė, D., & Augienė, D. (2021). Health Education in Pre-school Institution: Integration, Effectiveness, Improvement. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 17(12), em2046. <https://doi.org/10.29333/ejmste/11360>
- Lee, A., St Leger, L., & Moon, A. (2005). Evaluating health promotion in schools: a case study of design, implementation and results from the Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. *Promotion & Education*, 12(3–4), 123–130. <https://doi.org/10.1177/10253823050120030105>
- Levin-Zamir, D. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 16(1), 87–94. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.1.87>
- Lewallen, T. C., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S., & Giles, W. (2015a). The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: A New Approach for Improving Educational Attainment and Healthy Development for Students. *Journal of School Health*, 85(11), 729–739. <https://doi.org/10.1111/josh.12310>
- Lewallen, T. C., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S., & Giles, W. (2015b). The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: A New Approach for Improving Educational Attainment and Healthy Development for Students. *Journal of School Health*, 85(11), 729–739. <https://doi.org/10.1111/josh.12310>
- Lubman, D. I., Berridge, B. J., Blee, F., Jorm, A. F., Wilson, C. J., Allen, N. B., McKay-Brown, L., Proimos, J., Cheetham, A., & Wolfe, R. (2016). A school-based health promotion programme to increase help-seeking for substance use and mental health problems: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 393.

- <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1510-2>
- Lumia, C. M., Arbour-Nicitopoulos, K. P., Moola, F. J., & McPherson, A. C. (2022). Using photo-elicitation to explore health promotion concepts with children and adolescents with disabilities: a rapid scoping review. *Disability and Rehabilitation*, *44*(19), 5708–5718. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1945690>
- Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, *10*(3), 248–255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Manganello, J. A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, *23*(5), 840–847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Marshall, B. J., Sheehan, M. M., Northfield, J. R., Maher, S., Carlisle, R., & Leger, L. H. St. (2000). School-Based Health Promotion Across Australia. *Journal of School Health*, *70*(6), 251–252. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07430.x>
- Marx, E., Hudson, N., Deal, T. B., Pateman, B., & Middleton, K. (2007). Promoting Health Literacy Through the Health Education Assessment Project. *Journal of School Health*, *77*(4), 157–163. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00186.x>
- Mitic W, & Rootman I. (2012). *Inter-Sectoral Approach to Improving Health Literacy for Canadians*. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf>.
- Moon, A. M. (1999). Helping schools to become health-promoting environments--an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. *Health Promotion International*, *14*(2), 111–122. <https://doi.org/10.1093/heapro/14.2.111>
- Moore, G. F., Evans, R. E., Hawkins, J., Littlecott, H., Melendez-Torres, G. J., Bonell, C., & Murphy, S. (2019). From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation*, *25*(1), 23–45. <https://doi.org/10.1177/1356389018803219>
- Murphy, S., Littlecott, H., Hewitt, G., MacDonald, S., Roberts, J., Bishop, J., Roberts, C., Thurston, R., Bishop, A., Moore, L., & Moore, G. (2021). A Transdisciplinary Complex Adaptive Systems (T-CAS) Approach to Developing a National School-Based Culture of Prevention for Health Improvement: the School Health Research Network (SHRN) in Wales. *Prevention Science*, *22*(1), 50–61. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0969-3>
- Natsiopoulou, T., Vidali-Laloumi, E., Zachopoulou, E., & Trevlas, E. (2010). An innovative preschool health education program. *Health Science Journal*, *4*(2), 110–117.
- Ní Chróinín, D., Murtagh, E., & Bowles, R. (2012). Flying the ‘Active School Flag’: Physical activity promotion through self-evaluation in primary schools in Ireland. *Irish Educational Studies*, *31*(3), 281–296.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., Clarkson, J., Phillips, K., Everett, V., Hill, A., & Catford, J. (1987). The health-promoting school: organisation and policy development in Welsh secondary schools. *Health Education Journal*, *46*(3), 109–115. <https://doi.org/10.1177/001789698704600308>
- Ocasio, K., Van Alst, D., Koivunen, J., Huang, C.-C., & Allegra, C. (2015). Promoting Preschool Mental Health: Results of a 3 Year Primary Prevention Strategy. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(6), 1800–1808. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9983-7>
- Office of the High Commissioner for Human Rights. *Conventions on the Rights of the Child Fortieth Session*. (2005, September). Geneva, 12-30. <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1.pdf>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, *31* Suppl 1, S19-26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19>
- Padilla-Petry, P., Hernández-Hernández, F., & Sánchez-Valero, J.-A. (2021). Using Cartographies to Map Time and Space in Teacher Learning in and Outside School. *International Journal of Qualitative Methods*, *20*, 160940692199290. <https://doi.org/10.1177/1609406921992906>
- Parcel, G. S., Bruhn, J. G., & Murray, J. L. (1983). Preschool Health Education Program

- (PHEP): Analysis of Educational and Behavioral Outcome. *Health Education Quarterly*, 10(3–4), 149–172. <https://doi.org/10.1177/109019818301000303>
- Parsons, C., Stears, D., & Thomas, C. (1996). The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55(3), 311–321. <https://doi.org/10.1177/001789699605500306>
- Patel, A. I., Podrabsky, M., Hecht, A. A., Morris, S., Yovanovich, S., Walkinshaw, L. P., Ritchie, L., & Hecht, C. (2020). Development and Validation of a Photo-Evidence Tool to Examine Characteristics of Effective Drinking Water Access in Schools. *Journal of School Health*, 90(4), 271–277. <https://doi.org/10.1111/josh.12873>
- Patton, G. C., Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Butler, H., Glover, S., Catalano, R., & Bowes, G. (2006). Promoting Social Inclusion in Schools: A Group-Randomized Trial of Effects on Student Health Risk Behavior and Well-Being. *American Journal of Public Health*, 96(9), 1582–1587. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.047399>
- Privitera, G. J., Phillips, T. E., Zuraikat, F. M., & Paque, R. (2015). Emolabeling increases healthy food choices among grade school children in a structured grocery aisle setting. *Appetite*, 92, 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.024>
- Pulimeno, M., Piscitelli, P., Miani, A., Colazzo, S., Mazza, A., & Colao, A. (2020). Narrative pedagogy to promote health and wellbeing in school setting: an approach proposed by UNESCO chair on health education and sustainable development. *Health Promotion Perspectives*, 10(1), 1–2. <https://doi.org/10.15171/hpp.2020.01>
- Ramos, M., Tejera, E., & Cabeza, E. (2022). Evaluation of the Health Promoting Schools (CEPS) Program in the Balearic Islands, Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10756. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710756>
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207–214. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>
- Rogers, E., Moon, A. M., Mullee, M. A., Speller, V. M., & Roderick, P. J. (1998). Developing the 'health-promoting school'—a national survey of healthy schools awards. *Public Health*, 112(1), 37–40.
- Rootman I, & Gordon-El-Bihbety D. (n.d.). Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy. . In 2008. Retrieved May 31, 2023, from Available at: http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf.
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Literacy and Child Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(2), 131. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.539>
- Schaap, R., Bessems, K., Otten, R., Kremers, S., & van Nassau, F. (2018). Measuring implementation fidelity of school-based obesity prevention programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0709-x>
- Schools for Health in Europe. (n.d.). *SHE Member countries*. Retrieved June 9, 2023, from <https://www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries>
- Schools for Health in Europe (SHE) Network. (2009). SHE Network. *Better Schools through Health: The Third European Conference on Health Promoting Schools*. Vilnius Resolution. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf
- Schools for Health in Europe (SHE) Network. (2013). SHE Network 2013. *The Odense Statement. Our ABC for Equity, Education and Health*. <https://www.schoolsforhealth.org/resources/conference-statements/odense-statement>
- Serdà, B.-C., Planas-Lladó, A., delValle, A., & Soler-Masó, P. (2022). Health promotion in secondary schools: participatory process for constructing a self-assessment tool. *Health Promotion International*, 37(2). <https://doi.org/10.1093/heapro/daab123>
- Shaw, P. A. (2021). Photo-elicitation and photo-voice: using visual methodological tools to engage with younger children's voices about inclusion in education. *International Journal of Research & Method in Education*, 44(4), 337–351. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2020.1755248>
- Simovska, V. (2004). Student participation: a democratic education perspective—experience

- from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research*, 19(2), 198–207.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spencer, N., Raman, S., O’Hare, B., & Tamburlini, G. (2019). Addressing inequities in child health and development: towards social justice. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1), e000503. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2019-000503>
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>
- St Leger, L. (2000). Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. *Health Education*, 100(2), 81–87. <https://doi.org/10.1108/09654280010312469>
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197–205. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.197>
- St Leger, L. (2005). Protocols and Guidelines for Health Promoting Schools. *Promotion & Education*, 12(3–4), 145–147. <https://doi.org/10.1177/10253823050120030112>
- Stålberg, A., Sandberg, A., & Söderbäck, M. (2016). Younger children’s (three to five years) perceptions of being in a health-care situation. *Early Child Development and Care*, 186(5), 832–844. <https://doi.org/10.1080/03004430.2015.1064405>
- Sukys, S., Trinkuniene, L., & Tilindiene, I. (2019). Subjective Health Literacy among School-Aged Children: First Evidence from Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3397. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183397>
- Tabacchi, G., Battaglia, G., Alesi, M., Paoli, A., Palma, A., & Bellafiore, M. (2020). Food literacy predictors and associations with physical and emergent literacy in pre-schoolers: results from the Training-to-Health Project. *Public Health Nutrition*, 23(2), 356–365. <https://doi.org/10.1017/S1368980019002404>
- Tabacchi, G., Battaglia, G., Messina, G., Paoli, A., Palma, A., & Bellafiore, M. (2020). Validity and Internal Consistency of the Preschool-FLAT, a New Tool for the Assessment of Food Literacy in Young Children from the Training-To-Health Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2759. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082759>
- Tabacchi, G., Petrigna, L., Battaglia, G., Navarra, G., Palma, A., & Bellafiore, M. (2021). An Interaction Path of Mothers’ and Preschoolers’ Food- and Physical Activity-Related Aspects in Disadvantaged Sicilian Urban Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2875. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062875>
- Tsakpounidou, K., Psomiadis, S., Pourliaka, T., Akritidou, M., & Proios, H. (2021). Baseline Stroke Literacy of Young Children Based on “FAST 112 Heroes” Program. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.638516>
- Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., von Seelen, J., & Buijs, G. (2017). Health Promoting Schools—a complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion International*, 32(2), 177–184. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax001>
- Tyler, E. C., Brazendale, K., Hunt, E., Rafferty, A., Beets, M. W., & Weaver, R. G. (2020). Physical Activity Opportunities of Low-Income Elementary School-Aged Children During the Segmented School Day. *Journal of School Health*, 90(10), 787–793. <https://doi.org/10.1111/josh.12939>
- Vamos, S. D., & McDermott, R. J. (2021). Rebranding School Health: The Power of Education for Health Literacy. *Journal of School Health*, 91(8), 670–676. <https://doi.org/10.1111/josh.13056>
- Vamos, S., Okan, O., Sentell, T., & Rootman, I. (2020). Making a Case for “Education for Health Literacy”: An International Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1436. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041436>
- Vilaça, T., Darlington, E., Rosário, R., Bessems, K., Velasco, M. J. M., & Velasco, V. (2019). *She Mapping Report. Lessons Learnt from Policies and Practices of She Member*

- Countries*. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/she-mapping-report-final.pdf>
- Violant-Holz, V., Rodríguez-Silva, C., Carol, M., & Rodríguez, M. J. (2021). Impact of cocreation training capsules for preschool teachers on children's healthy habits: a pilot study conducted in Barcelona, Spain. *BMC Public Health*, *21*(1), 2089. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12160-2>
- Wang, R. (2000). Critical health literacy: a case study from China in schistosomiasis control. *Health Promotion International*, *15*(3), 269–274. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.269>
- Whiteside-Mansell, L., & Swindle, T. M. (2019). Evaluation of Together We Inspire Smart Eating: pre-school fruit and vegetable consumption. *Health Education Research*, *34*(1), 62–71. <https://doi.org/10.1093/her/cyy048>
- WHO. (2009). *A Snapshot of the Health of Young People in Europe (Copenhagen)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107270>
- Yusof, Z. Y. M., Anwar, N. H., Mohd Nor, N. A., Nor, M. M., & Mustafa, S. E. (2021). The effect of the SIMS Programme versus existing preschool oral healthcare programme on oral hygiene level of preschool children: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, *22*(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05111-0>
- Zhou, N., Wong, H. M., & McGrath, C. (2020). Efficacy of Social Story Intervention in Training Toothbrushing Skills Among Special-Care Children With and Without Autism. *Autism Research*, *13*(4), 666–674. <https://doi.org/10.1002/aur.2256>