

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και
Κοινωνικής Φροντίδας»**

MSc in Health and Social Care Management

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Επιβλέπων Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Αθήνα 2021

**«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

**HEALTH PROMOTION AND PSYCHOSOCIAL HEALTH BEHAVIOR IN
CHILDHOOD – A BIBLIOGRAPHIC AND SYSTEMATIC REVIEW**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

A.M : 19048

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής Μάρκος Σαρρής
Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Καθηγητής Σωτήριος Σούλης
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, του ΧΡΗΣΤΟΥ με αριθμό μητρώου: 19048, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡ. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ πολύ όλους τους καθηγητές μου και τους συνεργάτες τους που συνέβαλαν με τις γνώσεις τους και την προθυμία τους σε αυτή την προσπάθεια της συγγραφικής μου διατριβής και ιδιαιτέρως τον καθηγητή μου κο Σαρρή, για την πρωτοβουλία , την συνεργασία και την συμβολή του σε αυτήν την προσπάθειά μου, που με την υπομονή και εμπειρία των χρόνων του στην εκπαίδευση με κατεύθυνε και συντόνισε τα βήματα της έρευνας μου για το θέμα.

Ευχαριστώ επίσης τον σύζυγό μου, για την στήριξη και την υπομονή του να με αναπληρώνει από τα δικά μου συζυγικά και οικογενειακά καθήκοντα, καθότι είμαι και μητέρα δύο μικρών παιδιών και την ψυχολογική ενίσχυση καθόλη την διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας και των ιδιαιτεροτήτων της.

Τέλος, ευχαριστώ και το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και τους καθηγητές αυτού του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών, που με επέλεξαν και μου έδωσαν την ευκαιρία να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου και να εντριφίσω σε καινούργια για μένα γνωστικά αντικείμενα μελέτης και έρευνας κατά την παρακολούθηση αυτού του αξιόλογου Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών.

**Στα παιδιά μου Γιώργο και Χριστίνα
και στον σύζυγό μου Βασίλη**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΠΡΟΑΓΩΓΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	14
1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ.	14
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	15
1.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	21
2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	23
2.2 Π.Ο.Υ- ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ- ΟΙ (4)ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ.....	29
2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.	31
2.4 ΣΚΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	32
2.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	35
"ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩ-ΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ".....	35
3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	35
3.2 ΣΥΜΒΑΣΗ ΤΩΝ Η.Ε ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, 1989 & ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΑΠΟ Η.Β ΤΟ 1999. - ΝΟΜΟΣ CHILDREN ACT 1989.	37
3.3 ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	39
3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ –PIAGET	40
3.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	43
3.5.1 ΘΕΩΡΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ (MASLOW).....	43
3.5.2 ΘΕΩΡΙΑ ΑΥΤΟΠΡΑΓΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, ΤΟΥ C. ROGERS	45

3.5.3	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ- SKINNER).....	48
3.5.4	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ (E.ERIKSON).....	50
3.5.5	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ (J.ROTTER, A.BANDURA). ..	53
3.5.6	ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΤΥΧΙΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΧΙΩΝ ΤΩΝ A.W.COMBS ΚΑΙ D.SNYGG.	55
3.5.7	ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ J.ADAMS ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗΣ E. DECI & R. RYAN"	55
3.6	ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (FACTS & CHIP).....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο		60
"ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΑΞΙΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΤΟΜΟΥ"		60
4.1	ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.	60
4.2	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ – ΣΤΑΔΙΑ	62
4.3	ΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ.	64
4.4	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	65
4.5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ACKERMAN ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	67
4.6	ΜΟΡΦΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ	68
4.7	ΚΩΔΙΚΕΣ ΗΘΙΚΗΣ – ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ.....	70
4.8	ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	73
4.8.1	ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	77
4.9	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΚΑΙ ΩΣ ΑΥΤΟΔΙΑ-ΘΕΣΗ. .	80
5.1.	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ GORDON.....	82
5.2.1	ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ HAVIGHURST ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ERIKSON.....	86
5.3	ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ.	87
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο		89
" ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ- ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ- ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ"		89
6.1.	ΤΟ ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ:.....	89
6.1.1.	ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (C.D.C.)	90
6.1.2.	ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	92

6.2.1 ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ :	99
6.2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ - ΗΘΙΚΗΣ	102
6.2.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΖΩΗΣ	104
6.2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ	106
7.1.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	108
7.1.1 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ (ΜΟΝΤΕΛΑ) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ-ΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.	108
7.1.2. ΜΕΘΟΔΟΙ -ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	109
7.1.2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ -ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ:	109
(Πηγή:www.logodiatrofis.gr)	120
7.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ..	120
7.2.1 ΣΤΑΔΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	123
7.3. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕ-ΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	126
"Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ - ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ"	127
8.1 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	127
8.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	127
8.3 ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	127
8.3.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.	128
8.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	129
8.4.1 ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	130
8.4.2 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ε. ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ.	132
8.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΧΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΥ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ- ΣΧΟΛΙΚΗΣ- ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.	134
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	135
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	135
9.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	135
9.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	135
9.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	136
9.4 ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	136
9.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	137

9.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΘΡΩΝ	140
9.7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	148
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	151
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	153
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	153
ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	155
ΤΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	165
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	166
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	167

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία πρεσβεύει το θέμα της προαγωγής της υγείας και της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς υγείας στην παιδική ηλικία. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται όλοι οι ορισμοί που αφορούν την προαγωγή, την πρόληψη και αγωγή της υγείας. Θα αναλυθεί ο ορισμός της υγείας, της προαγωγής της υγείας, ο ρόλος που έχει ο νοσηλευτής και όλοι οι απαραίτητοι ορισμοί για να γίνουν κατανοητοί οι όροι της εργασίας αυτής. Στη συνέχεια στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναλυθεί η πολιτική της υγείας και το υγειονομικό σύστημα, ποιες είναι οι κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις που υπάρχουν στη δημόσια υγεία, ποια ήταν «η εκστρατεία για όλους» που διεξήγαγε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Κατ'εξακολούθηση και στο τρίτο κεφάλαιο θα υπάρξουν θεωρίες που θα αναλύουν και θα εξηγούν για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν τόσο τα ειδικά χαρακτηριστικά των παιδιών όσο και οι διάφορες θεωρίες που αφορούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και οι οποίες αναλύθηκαν από συγκεκριμένους ερευνητές, παραδείγματα τέτοιων θεωριών αποτελεί η θεωρία του Rogers, του Erikson κλπ.

Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθούν οι διάφοροι τύποι επικοινωνίας, η θεραπευτική σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε παιδιά και γονείς, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και οι κώδικες ηθικής και η πολιτική ηθική που αφορούν στον τομέα της υγείας. Στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναλυθούν τα λειτουργικά πρότυπα. Εκεί θα αναλυθούν οι σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα αναπτυξιακά καθήκοντα και στα καθήκοντα ευεξίας για κάθε στάδιο του κύκλου ζωής. Στη συνέχεια της εργασίας υπάρχει το ειδικό μέρος. Το ειδικό μέρος αποτελείται από το πρώτο κεφάλαιο, το Κεφάλαιο 6, που αναφέρεται σε νέο πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία και την εκπαίδευση της υγείας, που υπάρχει, ποιοι είναι οι φορείς και τα προγράμματα που υπάρχουν για την προαγωγή της υγείας, αλλά και ποιος ο ρόλος του σχολείου. Κατόπιν στο Κεφ 7, θα αναλυθούν εκπαιδευτικές τεχνικές διδασκαλίας και διάφορες ενεργητικές τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται στα σύγχρονα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας. Στο κεφάλαιο 8 θα γίνει η αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών και αναφορά στην χρηματοδότησή τους, ενώ στο ένατο κεφάλαιο θα υπάρξει ανασκόπηση ερευνητικών μελετών όπου εκεί θα αναλυθούν επτά άρθρα, τα οποία αφορούν την υγεία σε παιδιά και εφήβους.

Λέξεις-Κλειδιά: Προαγωγή υγείας, ψυχική υγεία, παιδιά, μελέτη, εγγραμματοσύνη της υγείας, πρόληψη, ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση, παιχνίδι ρόλων.

ABSTRACT

Health promotion and psychosocial health behavior in childhood – a bibliographic and systematic review

This paper advocates the promotion of health and psychosocial health behavior in childhood. The first chapter lists all the definitions related to the promotion, prevention and treatment of health. The definition of health, health promotion, the role of the nurse and all the necessary definitions will be undertaken in order to understand the terms of this work. Then the second chapter will analyze the health policy and the health system, what are the socio-economic effects on public health, what was the "campaign for all" conducted by the World Health Organization. Then in the third chapter there will be theories that will analyze and explain human behavior. This chapter will analyze both the specific characteristics of children and various theories related to human behavior and which were analyzed by specific researchers. Examples of such theories are The theory of Rogers, Erikson, etc.

Then and in the next chapter follow the various types of communication, the therapeutic relationship that exists between children and parents, therapeutic interventions and codes of ethics and political ethics related to the field of health. The fifth chapter will analyze the operational standards. It will analyze the relationship between developmental and well-being tasks. After the work there will be the special part. The special part consists of the first chapter Chapter 6 which refers to a new action plan for public health and health education that exists, what are the bodies and programs that exist for the promotion of health, but also what is its role school. Then we will analyze educational teaching techniques and various active techniques that are used in modern education and health promotion programs. Chapter 8 will evaluate these programs while in the ninth chapter there will be a review of research studies where seven articles will be analyzed which concern the health of children and adolescents.

Keywords: Health promotion, mental health, children, study, health literacy, prevention, empowerment, , empathy, role playing.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος που τα άτομα ορίζουν την υγεία και τα προβλήματα υγείας είναι σημαντικός διότι οι ορισμοί επιδρούν στις προσπάθειες να βελτιωθεί η υγεία - προαγωγή της- και η παροχή για την φροντίδα της. Η διαπίστωση της αποτελεσματικότητας εφαρμογής κοινοτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο πλαίσιο "ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ "στα σχολεία και στην κοινότητα, μέσω της προαγωγής και πρόληψης της υγείας, επιβάλλεται να εξασφαλίζει στον παιδικό πληθυσμό καλύτερη ποιότητα ζωής μετά και την θέσπιση του Παγκόσμιου νομικού πλαισίου.

Η **προαγωγή υγείας** είναι η επιστήμη και η τέχνη, του να βοηθά κανείς τους πολίτες να **αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, προς μία θετική κατεύθυνση βελτίωσης της υγείας τους**. Είναι προσανατολισμένη στην κοινότητα, στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια και **έρχεται να καλύψει ένα κενό** που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - θεραπευτικής ιατρικής.

Η Φροντίδα υγείας έγινε μείζον πολιτικό ζήτημα το 1991 και πιθανόν να παραμείνει ως ζήτημα, μέχρι να επιλυθούν τα προβλήματα του περιορισμού του κόστους και της γενικής πρόσβασης με μερική εξαίρεση τα προγράμματα που εφαρμόζονται στα σχολεία. Αντιδιαμετρικά, σήμερα **η ποιότητα ζωής** είναι υπέρτατης σημασίας σε αυτόν τον νέο αιώνα.

Οι κοινωνικοοικονομικές και πολυπολιτισμικές επιδράσεις από την κρίση και στη Δημόσια υγεία, άφησαν έντονα τα σημάδια τους.

Η Σύμβαση του Ο.Η.Ε για τα δικαιώματα του παιδιού επικύρωσε την επί αιώνες αναζήτηση της ισότητας, τροφής, στέγης, περίθαλψης, εκπαίδευσης, αυτονομίας και αυτοεκπλήρωσης του εαυτού του δικαιώματος των παιδιών, έδωσε υπόσταση στο παιδί μέσα στον ζωτικό χώρο της πυραμίδας αναγκών του Maslow. Ψυχαναλυτικές, ψυχοκοινωνικές και κοινωνικογνωστικές θεωρίες αναπτύχθηκαν προσδίδοντας άλλη διάσταση γύρω από την ανάπτυξη και την συμπεριφορά των παιδιών, ανοίγοντας το δρόμο για την διερεύνηση των φυσιολογικών αναπτυξιακών σταδίων Piaget και του προβληματισμού των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων των παιδιών στο σπίτι και στο σχολείο.

Στην θεραπευτική σχέση μέσω της **ενδυνάμωσης του άτομου και της ομάδας**, μεγάλο ρόλο διαδραμάτισαν **η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και η εγγραμματοσύνη υγείας στα παιδιά** από τους εκπαιδευτικούς και τους κοινοτικούς και σχολικούς νοσηλευτές καθώς και οι κώδικες προληπτικής ηθικής στην επικοινωνία και τη θεραπευτική σχέση με τους συνομηλίκους.

Σημαντική είναι και η συμβολή του Ackerman στην θεραπευτική σχέση παιδιού-Οικογένειας.

Στο Κεφ.5ο, αναλύονται τα **λειτουργικά πρότυπα υγείας** κατά Gordon στην οικογένεια και οι παράγοντες κινδύνου καθώς και το πρότυπο ρόλων- σχέσεων μέσα από την θεωρία συστημάτων της οικογένειας που αναδείχθηκαν μετά **την θέσπιση του νομικού πλαισίου Children Act το 1989**.

Στο **ειδικό μέρος** που ξεκινάει από το Κεφ. 6ο, αναλύονται τα προγράμματα δράσης του C.D.C των Η.Π.Α για την Δημόσια Υγεία, της Π.Ο.Υ και το Εθνικό σχέδιο δράσης μέσω της **Αγωγής υγείας** και των στρατηγικών της δράσεων στα σχολεία και στην κοινότητα σε συνεργασία με τα υπουργεία Υγείας και Παιδείας.

Στη συνέχεια εξετάζονται οι θεωρίες κοινωνικής μάθησης και πολιτισμικές θεωρήσεις στη διδασκαλία της υγείας και η προετοιμασία των σχεδίων αυτών σε **τομείς όπως το νοητικό (διαλέξεις, καθοδήγηση, απομιμήσεις, παιχνίδια), το ψυχοκινητικό και συναισθηματικό (παιχνίδι ρόλων, βιώματα, συζήτηση, επίδειξη με ασκήσεις και πρακτική, διδασκαλία συνομηλίκων, εγγραμματοσύνη, προγράμματα ενσυναίσθησης, ομαδοσυνεργατική διδασκαλία) τομέα ανάπτυξης της νοημοσύνης κ.α.**

Ακολουθούν τα προγράμματα δεξιοτήτων ζωής και ο πολυδιάστατος ρόλος του σχολείου.

Στο Κεφ.7ο γίνεται μια επιτομή στις εκπαιδευτικές τεχνικές διδασκαλίας μαζί με τους τρόπους προσέγγισης και τα σημεία που πρέπει να διερευνηθούν πριν την επιλογή της κάθε μιας, καθώς επιλέγονται οι μέθοδοι και οι ενεργητικές τεχνικές στα σύγχρονα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας. Ιχνηλατώντας αποτυπώνεται και ο ρόλος των μοντέλων σχεδιασμού προγραμμάτων προαγωγής υγείας, τα στάδια σχεδιασμού και η θεματολογία τους.

Στο Κεφ. 8ο αναδεικνύεται η σημασία της αξιολόγησης των προγραμμάτων Προαγωγής υγείας ,η πηγή ανατροφοδότησής τους που είναι τα ίδια τα παιδιά μέσα από τον επαναπροσδιορισμό των αναγκών της κοινότητας του σχολείου και του κοινωνικού ελέγχου.

Τέλος στο Κεφ. 9^ο θα γίνει ανάλυση των άρθρων που επιλέχθηκαν για την μελέτη. Τα άρθρα αυτά είναι 7 σε αριθμό και στο κεφάλαιο αυτό γίνεται ανάλυση τους με συστηματική ανασκόπηση και κριτική ανάλυση τους.

Η επάρκεια των **οικονομικών, τεχνολογικών πόρων και του ανθρώπινου εκπαιδευτικού δυναμικού εξασφαλίζεται μέσω της χρηματοδότησης** τέτοιων προγραμμάτων Υγείας από την ΠΦΥ και Δημόσια μέριμνα και σε συνεργασία των πολιτικοκοινωνικών προγραμμάτων των υπουργείων μέσω **της δια βίου μάθησης**. Η συμβολή των προγραμμάτων στην προαγωγή της συναισθηματικής νοημοσύνης της ομάδας της τάξης των μαθητών είναι καταλυτική, όταν πληρούνται όλα τα παραπάνω και όταν οι εκπαιδευτικοί αφήνουν τα παιδιά να "αναπνέουν" και να "ονειρεύονται" ...!!

Η κριτική αποτίμηση (αναφέρεται και αναλυτικότερα στην προστιθέμενη επιστημονική αξία της μελέτης αυτής) είναι η πρόληψη της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας των παιδιών που αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται πριν την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς και αφορά την αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν το άτομο ευάλωτο (παράγοντες κινδύνου) και την ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν (προστατευτικοί παράγοντες).

Η πρόληψη δεν εξαντλείται στην παροχή πληροφοριών και αξιοποιεί εκπαιδευτικές διαδικασίες **ενεργού μάθησης** με στόχο την **ενδυνάμωση, την υποστήριξη και την εκπαίδευση των ατόμων**, ώστε να υιοθετήσουν **θετικές στάσεις ζωής** και να αναπτύξουν δεξιότητες (ατομικές και κοινωνικές) που θα λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες.

Εκτός των δράσεων που στοχεύουν στην εκπαίδευση των ατόμων, η πρόληψη περιλαμβάνει **στρατηγικές που στοχεύουν στην τροποποίηση του άμεσα σχετιζόμενου οικογενειακού, κοινωνικού, πολιτισμικού, φυσικού, πολιτικού και οικονομικού πλαισίου**, συνυπολογίζοντας ένα σύνολο παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων. Η επιλογή του ποιές κοινωνικές-συναισθηματικές δεξιότητες, στάσεις και αξίες θα διδαχθούν τα άτομα και ποιές παρεμβάσεις θα εφαρμοστούν στο ευρύτερο περιβάλλον, καθορίζει αν τα προγράμματα πρόληψης ψυχοκοινωνικής υγείας αποτελούν **φορείς αλλαγής** και για τα άτομα και για τις κοινωνίες ή απλά εκπαιδεύουν τα άτομα να προσαρμοστούν στις υπάρχουσες κοινωνικές νόρμες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΠΡΟΑΓΩΓΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ.

Υγεία

Βάση του ορισμού του ΠΟΥ για την υγεία το 1961 ορίζεται «ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» καταλαβαίνουμε ότι η υγεία σχετίζεται περισσότερο με την προαγωγή της υγείας και την ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τον όρο ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζεται « η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. » (Παπαγεωργίου και συν, 2014).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προαγωγή της υγείας

Αρχικός ορισμός: Οι ενέργειες και οι παρεμβάσεις που γίνονται με στόχο την υποστήριξη και την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων.

Προαγωγή υγείας, ορίζεται η διαδικασία απόκτησης της δυνατότητας ελέγχου, με στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας.

Η προαγωγή υγείας είναι η επιστήμη και η τέχνη, του να βοηθά κανείς τους πολίτες να **αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, προς μία θετική κατεύθυνση βελτίωσης της υγείας τους.** Είναι προσανατολισμένη στην κοινότητα, στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού και διαποτισμένη από μια ουμανιστική αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια και έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, με την αύξηση του ειδικού βάρους της σύγχρονης νοσοκομειακής - θεραπευτικής ιατρικής.

https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/7o%20Panellinio/37_worksh_oprekleitim.saridim.pdf στις 29/6/2020).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Αγωγή υγείας:

Η αγωγή υγείας είναι ένα σημαντικό κομμάτι της προαγωγής υγείας, αλλά η προαγωγή υγείας είναι πολύ ευρύτερη έννοια. **Αγωγή υγείας** είναι « η διαδικασία μάθησης μέσω της οποίας άτομα ή ομάδες ατόμων υιοθετούν συμπεριφορές που ευνοούν την προαγωγή, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας» (Adams L. & Smithies J .1990 & Tountas, Y.1990).

Σύμφωνα με την ευρύτερη ερμηνεία, η Αγωγή Υγείας αφορά όλες εκείνες τις εμπειρίες ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας, που επιδρούν και επηρεάζουν τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η ευρύτερη, ερμηνεία αναγνωρίζει ότι πολλές εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, επιδρούν στη σκέψη, στα αισθήματα και στην πράξη των ανθρώπων.

Ως Αγωγή Υγείας, προσδιορίζεται η **αρχή με την οποία άτομα και ομάδες ανθρώπων μαθαίνουν να συμπεριφέρονται με έναν τρόπο πρόσφορο και αποτελεσματικό** για την προαγωγή, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας τους. Ο τελικός στόχος των μεθόδων Αγωγής Υγείας είναι η **θετική τροποποίηση της συμπεριφοράς**.

Αφορά:

- μετάδοση γνώσεων
- εκπαίδευση σε δεξιότητες
- οικοδόμηση αυτοεκτίμησης

Η αγωγή υγείας έχει αφετηρία το σημείο εκείνο στο οποίο βρίσκεται μια ομάδα ανθρώπων αναπτυξιακά, συναισθηματικά, κοινωνικά και είναι πιθανότερο οι άνθρωποι να αξιοποιήσουν γνωστικές πληροφορίες που να είναι σχετικές με την προσωπική τους εμπειρία και κατάσταση .

Στην αγωγή υγείας υπόκεινται :

- Η βιολογική πληροφορία (σχετική με το τι μας κρατάει υγιείς και τι όχι).
- Η αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

- Η παροχή πληροφοριών για ευρύτερα θέματα που επηρεάζουν την υγεία π.χ. κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτικούς παράγοντες.

Συχνά στην αγωγή υγείας αποδίδεται μόνο το πρώτο στοιχείο. Τα άτομα όμως και οι κοινότητες χρειάζονται πληροφορίες και από τους **τρεις τομείς** ώστε να μπορούν ισοδύναμα να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την υγεία τους (Adams L. & Smithies J.1990 & Tountas, Y.1990).

Προσεγγίσεις στην αγωγή υγείας :

Προσέγγιση αντιλήψεων υγείας (health belief model) :

α. Σημασία αντιλήψεων για την υγεία: περιλαμβάνει γνώσεις και αντιλήψεις για προσωπικό κίνδυνο – άγνοια, σύστημα αντιλήψεων.

β. Θεωρία λογικής δράσης (reasoned action theory) : σημασία α/ προθέσεων (σχέση με αντιλήψεις), β/ υποκειμενικής αίσθησης για “κοινωνικές νόρμες” .

γ. Θεωρία κοινωνικής μάθησης (social learning theory) : σημασία “αντίστροφου καθορισμού” (αλλαγές συμπεριφοράς ατόμου μέσω αλλαγών συμπεριφορών στο κοινωνικό περιβάλλον).

δ. προσέγγιση σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς (stage of change model) : σημασία τυπολογίας σταδίων στην αλλαγή συμπεριφοράς (5 στάδια: προκαταρκτικό, εσωτερική διεργασία, ετοιμασία, αλλαγή, διατήρηση).

Η Προαγωγή Υγείας ως διαδικασία στοχεύει στην αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα, σε συνδυασμό με **το φυσικό περιβάλλον, την συλλογική προσπάθεια , και τις υγειονομικές υπηρεσίες .**

Στην Προαγωγή Υγείας διακρίνονται **τρεις** βασικές διαστάσεις (αλληλοεξαρτώμενες):

- η Αγωγή Υγείας,
- η Πρόληψη των Νόσων και
- το Υποστηρικτικό Περιβάλλον. (Kalkhoran et al., 2018)

Οι δραστηριότητες στα πλαίσια της Προαγωγής της Υγείας

Αναφέρονται:

1. Στην ενδυνάμωση των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του ατόμου και

2. Στην υποστήριξη αλλαγών στο κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο καθώς και των συνθηκών διαβίωσης (Kalkhoran et al., 2018).

Το καταστατικό της Ottawa (1986) για την προαγωγή υγείας

Ορίζει ότι οι δράσεις για την προαγωγή υγείας συμπεριλαμβάνουν:

1. Την θέσπιση «υγιών» νομοθεσιών (build healthy public policy)
2. Την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (create supportive environments)
3. Την ενίσχυση της κοινοτικής δράσης (strengthen community action)
4. Την ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων (develop personal skills)
5. Τον επαναπροσανατολισμό των ιατρικών υπηρεσιών (reorient health services).

(http://www.esdy.edu.gr/files/FileManager/Pdf/8ppt_Agogi_Proagogi_ygeias.pdf/)

1.4 ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΡΑΣΕΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

1. Εκτίμηση αναγκών και προτεραιοτήτων
2. Καθορισμός σκοπών και στόχων
3. Απόφαση για τον καλύτερο τρόπο επίτευξης των σκοπών και των στόχων.
4. Καθορισμός πόρων (ανθρώπινων και οικονομικών)
5. Σχεδιασμός μεθόδων αξιολόγησης
6. Καθορισμός σχεδίου δράσης
7. Εφαρμογή σχεδίου δράσης και αξιολόγησης (Ewelsand Simnett, 1999, και συν)

Στάδια Σχεδιασμού- Εφαρμογής & Αξιολόγησης Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας

Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση των προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας, αποτελεί μία δυναμική διαδικασία που αναλύεται στα εξής στάδια:

- α) της περιγραφής και ιεράρχησης των αναγκών,
- β) της διατύπωσης των σκοπών και στόχων,
- γ) της επιλογής της καλύτερης δυνατής μεθοδολογίας προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί και στόχοι,
- δ) της αναγνώρισης των πηγών και πόρων,
- ε) του σχεδιασμού του πλάνου αξιολόγησης του εγχειρήματος

στ) της εισαγωγής του σχεδίου δράσης και
η) της δραστηριοποίησης (Green & Kreuter, 1991).

Τρόποι προσέγγισης (μοντέλα) προγραμμάτων προαγωγής υγείας

1. Βιοϊατρικό :Σκοπός Δράση Βασική αρχή

Π.χ. Κάπνισμα. Αποφυγή εμφάνισης της ιατρικά καθορισμένης νόσου ή αναπηρίας με ιατρική παρέμβαση πρόληψης ή περιορισμού συνεπειών και με συμμόρφωση του ασθενή με τις προληπτικές ιατρικές εξετάσεις

Σκοπός: έγκαιρη διάγνωση Ca πνεύμονα, κ.λ.π.

Δράση: κινητοποίηση ατόμων για έγκαιρη ανίχνευση σχετικών με το κάπνισμα νόσων

2. Αλλαγή στάσης (behaviour change υγείας) : Βασική αρχή- Σκοπός- Δράση

Π.χ. Κάπνισμα . Η ατομική στάση να συνάδει με την αποφυγή νόσου. Αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς ώστε να ενισχυθεί η επιλογή πιο «υγιών » συνηθειών. Η «υγιής » συνήθεια έχει ορισθεί από τον επαγγελματία.

Σκοπός: αλλαγή από κάπνισμα σε μη κάπνισμα.

Δράση : Πειστική εκπαίδευση ώστε οι μη καπνιστές να μην αρχίσουν, οι δε καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα.

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικό κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους.

3. Ευαισθητοποίηση - Εκπαίδευση (Educational):- Βασική αρχή - Σκοπός- Δράση

Π.χ. Κάπνισμα. Άτομα με γνώση και κατανόηση βοηθούν στο να παρθεί και να τηρηθεί μια απόφαση που βασίζεται στην σωστή πληροφορία. Πληροφόρηση για παράγοντες κινδύνου. Διερεύνηση αξιών και στάσεων. Ανάπτυξη ικανοτήτων για

υγιείς επιλογές. Το δικαίωμα του ατόμου σε ελεύθερη επιλογή. Το είδος της πληροφορίας είναι ευθύνη του επαγγελματία.

Σκοπός: Κατανόηση των επιπτώσεων του καπνίσματος. Απόφαση βασισμένη στην γνώση.

Δράση: Παροχή πληροφοριών. Ενίσχυση στην διερεύνηση προσωπικών στάσεων. Τρόποι να σταματήσουν το κάπνισμα αν επιθυμούν.

4. Άτομο - κεντρικό (clientcentred):

Π.χ. κάπνισμα. Τα άτομα θέτουν τους δικούς τους όρους που καθορίζουν το πρόγραμμα. Ανακινούνται θέματα υγείας, επιλογών και δράσεων τα οποία ενδιαφέρουν άμεσα τα άτομα.

Σκοπός: Ενίσχυση (empowerment) των ατόμων. Τα άτομα είναι ίσα με τον επαγγελματία. Τα άτομα έχουν το δικαίωμα να θέσουν τα ζητήματα. Αντικαπνιστικά θέματα ανακινούνται μόνο αν τα άτομα τα θέσουν ως σημαντικά.

5. Κοινωνική Αλλαγή (societal change) :

Π.χ. κάπνισμα .Φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που ενισχύει την επιλογή της πιο «υγιούς» συμπεριφοράς.

Πολιτική / κοινωνική δράση με στόχο την αλλαγή του φυσικού / κοινωνικού περιβάλλοντος .Δικαίωμα και ανάγκη να γίνει το περιβάλλον ενισχυτικό της υγείας.

Σκοπός: Το κάπνισμα να είναι κοινωνικά μη αποδεκτό , ώστε να είναι ευκολότερο να μην καπνίζεις.

Δράση: Αντικαπνιστική πολιτική σε όλους τους δημόσιους χώρους. Όχι εύκολα προσβάσιμα τα τσιγάρα. Προβολή του μη καπνίσματος ως κοινωνικής νόρμας. Περιορισμός διαφήμισης. (Tountas Y.1990).

Ο τελευταίος αυτός στόχος - τρόπος προσέγγισης αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή /και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος.

Όλοι οι παραπάνω στόχοι- μοντέλα προγραμμάτων, μπορούν να χωρισθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- α. Στο τι θα θέλαμε να γνωρίζει το κοινό
- β. Στο τι θα θέλαμε να αισθανθεί
- γ. Στο τι θα θέλαμε να πράξει

Στα **προγράμματα Αγωγής Υγείας**, συνήθως υπάρχει συνδυασμός στόχων και από τις τρεις αυτές κατηγορίες. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα για τη διάδοση του θηλασμού, συνυπάρχουν οι στόχοι για την πληροφόρηση κάθε μητέρας για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού, οι στόχοι για την ανατροπή των λαθεμένων απόψεων σχετικά με το θηλασμό και την παχυσαρκία και τέλος οι στόχοι της πρακτικής εκμάθησης για την προετοιμασία της θηλής ή για την αντιμετώπιση του πετρώματος του γάλακτος. Έτσι ο εκπαιδευτής υγείας, επεμβαίνει και στις γνώσεις και στις απόψεις και στις πρακτικές που σχετίζονται με το θηλασμό.

Επίσης, η απαρίθμηση όλων των βασικών στόχων, δεν σημαίνει ότι κάθε πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, πρέπει να περνάει διαδοχικά από τον ένα στόχο στον επόμενο. Είναι δυνατό κάποιος να δοκιμάσει μια νέα συμπεριφορά, όπως μια καθημερινή γυμναστική άσκηση και μετά επειδή αισθάνεται σωματική και ψυχική ευεξία, να ενδιαφερθεί να μάθει περισσότερα ή να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις. Ακόμα, η επίτευξη κάθε στόχου δεν σημαίνει αυτόματα την επίτευξη του επόμενου. Το κοινό μπορεί να γνωρίζει ότι το πολύ αλκοόλ βλάπτει, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι έτοιμο και να αναθεωρήσει τις σχετικές του απόψεις και συμπεριφορές. Κάθε στόχος της Αγωγής Υγείας θέλει ιδιαίτερη προσπάθεια για να επιτευχθεί.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι για διαφορετικά άτομα πρέπει να διαφοροποιούνται ανάλογα και οι εκάστοτε στόχοι. Ένα άτομο που προσέρχεται από μόνο του σ' ένα Κέντρο Υγείας για να αντιμετωπίσει την παχυσαρκία του, είναι ήδη ευαισθητοποιημένο και αποφασισμένο. Ενώ αντίθετα σ' ένα σχολείο, πολλά παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν επίγνωση του προβλήματος και άρα θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα όλοι οι πρωταρχικοί στόχοι που αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση, στην παροχή γνώσεων και στην υιοθέτηση των σχετικών αξιών, απόψεων και αποφάσεων (Wold & Mittelmark, 2018).

1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή

Θέτοντας την ερώτηση "ποιος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην υγειονομική περίθαλψη;", μπορεί να ακούγεται σαν μια γελοία ερώτηση για πολλούς ανθρώπους. Μερικοί άνθρωποι απλώς θα απορρίψουν την ερώτηση και θα πουν ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι κεντρικός για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ άλλοι μπορεί να πουν πως δεν αντιλαμβάνονται την ερώτηση. Ο ρόλος του νοσηλευτή γενικά είναι η φροντίδα. Για πολλούς ανθρώπους ανά τον κόσμο η ερώτηση αυτή είναι θεμελιώδης και η απάντηση στην ερώτηση θα καθορίσει τι είναι το επάγγελμα, η δομή και το επίκεντρο του εκπαιδευτικού τους συστήματος κλπ. Η κατάσταση της υγείας καθορίζεται από πολλούς παράγοντες και μόνο το 25% σχετίζεται με το «σύστημα υγειονομικής περίθαλψης». Το υπόλοιπο 75% σχετίζεται με κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, όπως εκπαίδευση, στέγαση, απασχόληση και άλλα.

Το ICN ορίζει τη νοσηλευτική ως « Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, ασθενών ή καλά και σε όλες τις συνθήκες. Η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη φροντίδα ασθενών, ατόμων με ειδικές ανάγκες και ατόμων που πεθαίνουν. Η συνηγορία, η προώθηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και στη διαχείριση των συστημάτων ασθενών και υγείας και η εκπαίδευση, είναι επίσης βασικοί νοσηλευτικοί ρόλοι» (International Council of Nurses. Definition of Nursing, 2014).

Εάν κοιτάξουμε έναν άλλο ορισμό, για παράδειγμα τον ορισμό της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών (ANA), ορίζουν τη νοσηλευτική ως «την προστασία, την προαγωγή και τη βελτιστοποίηση της υγείας και των ικανοτήτων, την πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, την ανακούφιση της ταλαιπωρίας μέσω της διάγνωσης και της θεραπείας, την ανθρώπινη ανταπόκριση και υπεράσπιση στη φροντίδα ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και πληθυσμών». Αν αναλυθούν αυτοί και άλλοι ορισμοί για την νοσηλευτική, θα φανεί πως όλοι έχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά που στο τέλος **ορίζουν τον ρόλο ενός νοσηλευτή**. Υπάρχει μια γενική συμφωνία για το τι είναι η νοσηλευτική και ο ρόλος της υγείας και / ή της υγειονομικής

περίθαλψης. Είναι σαφές ότι ο ορισμός του επαγγέλματος εξακολουθεί να εξελίσσεται (American Nursing Association. What is nursing?).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας συνεπώς και για την προαγωγή της υγείας. Οι νοσηλευτές έχουν τον ρόλο του ανθρώπου που θα ανακουφίσει όχι μόνο τον σωματικό αλλά και τον ψυχικό πόνο. Είναι εκεί για να δώσει τα φάρμακα του ασθενούς, να τον βοηθήσει, να διαγνώσει κάποιο πρόβλημα αλλά όχι μόνο. Ένα κομμάτι του ρόλου του είναι να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή για να τον στηρίζει και ψυχολογικά. Ο ασθενής θέλει να μιλήσει κάπου, να νιώσει ασφάλεια κάτι που του προσφέρεται από τον νοσηλευτή. Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και πολύ σημαντικός για την σωστή λειτουργία και την προαγωγή της υγείας (O'Neill M & Cowman S., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η ασφάλεια της κοινότητας και οι κοινωνικές ενισχύσεις μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το πόσο καλά και πόσο καιρό ζούνε οι άνθρωποι. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την ικανότητά τους να κάνουν υγιείς επιλογές, να τους παρέχεται ιατρική περίθαλψη και στέγαση, να διαχειρίζονται το άγχος και άλλα.

Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες δεν λαμβάνονται συνήθως υπόψη όσον αφορά την υγεία, αλλά οι στρατηγικές για τη βελτίωση αυτών των παραγόντων μπορούν να έχουν ακόμη μεγαλύτερο αντίκτυπο στην υγεία με την πάροδο του χρόνου από εκείνες που παραδοσιακά συνδέονται με τη βελτίωση της υγείας, όπως στρατηγικές για τη βελτίωση των συμπεριφορών υγείας.

Σε ολόκληρο το έθνος, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις κοινωνικές και οικονομικές ευκαιρίες για τους κατοίκους σε κοινότητες που έχουν αποκοπεί από επενδύσεις ή έχουν υποστεί διακρίσεις. Αυτά τα κενά επηρεάζουν δυσανάλογα τους ανθρώπους του χρώματος, ειδικά τα παιδιά και τους νέους.

Στην περιοχή «Κοινωνικοί & οικονομικοί παράγοντες» της κατάταξης της κομητείας υγείας αναλύονται:

1. Εκπαίδευση

Η περισσότερη εκπαίδευση συνδέεται με υψηλότερα εισοδήματα, καλύτερες επιλογές απασχόλησης και αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, που από κοινού υποστηρίζουν ευκαιρίες για πιο υγιεινές επιλογές. Ωστόσο, το 2017, περίπου το 10% των ενηλίκων ηλικίας άνω των 24 ετών δεν είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο και από εκείνους που είχαν αποφοιτήσει από το λύκειο, ένα επιπλέον 32% δεν είχε εκπαίδευση πέρα από το γυμνάσιο. Πολλοί άλλοι επίσης δεν διαθέτουν γνώσεις για την υγεία, καθιστώντας δύσκολη την πλοήγηση στην υγειονομική περίθαλψη. Τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου στη ζωή

κάποιου, η οποία συνδέεται με καλύτερη υγεία, αποφάσεις υγιεινότερου τρόπου ζωής και λιγότερες χρόνιες παθήσεις (US Department of Commerce., 2017).

Η εκπαίδευση συνδέεται επίσης με τη διάρκεια ζωής: κατά μέσο όρο, οι απόφοιτοι κολεγίου ζουν εννέα ακόμη χρόνια από ό,τι οι εγκαταλείψεις του γυμνασίου. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι κάθε επιπλέον έτος σχολικής εκπαίδευσης οδηγεί σε περίπου 11% περισσότερα έσοδα ετησίως. Οι θέσεις εργασίας με υψηλότερες αποδοχές είναι πιθανότερο από τις χαμηλότερες θέσεις εργασίας για να παρέχουν στους εργαζόμενους ασφαλή περιβάλλον εργασίας και να προσφέρουν παροχές όπως ασφάλιση υγείας και άδεια ασθενείας. Οι περισσότεροι μορφωμένοι εργαζόμενοι έχουν επίσης καλύτερες επιδόσεις στην οικονομική ύφεση (OECD, 2013).

Η **γονική εκπαίδευση** συνδέεται με την υγεία και το εκπαιδευτικό επίτευγμα των παιδιών. Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες αποφοίτησαν από το κολέγιο έχουν διπλάσιες πιθανότητες να ζήσουν μετά τα πρώτα τους γενέθλια. Το άγχος και η κακή υγεία νωρίς στη ζωή, κοινά μεταξύ εκείνων των οποίων οι γονείς έχουν χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, συνδέεται με μειωμένη γνωστική ανάπτυξη, αυξημένη χρήση καπνού και ναρκωτικών και υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη, κατάθλιψης και άλλων παθήσεων (Egarter S, et al., 2011).

Οι κοινότητες και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να συνεργαστούν για να αυξήσουν το εκπαιδευτικό επίπεδο για παιδιά και ενήλικες, προετοιμάζοντας καλύτερα τα άτομα και τις οικογένειες του σήμερα και του αύριο για να ζήσουν μακρά, υγιή ζωή (Center on Society and Health., 2014).

2. Εργασία

Οι περισσότεροι ενήλικες περνούν σχεδόν τις μισές ώρες αφύπνισης στη δουλειά. Η εργασία σε ένα ασφαλές περιβάλλον με δίκαιη αποζημίωση συχνά προσφέρει όχι μόνο εισόδημα, αλλά και παροχές όπως ασφάλιση υγείας, άδεια ασθενείας επί πληρωμή και προγράμματα ευεξίας στο χώρο εργασίας, που από κοινού υποστηρίζουν ευκαιρίες για υγιεινές επιλογές.

Αυτές οι ευκαιρίες, ωστόσο, είναι μεγαλύτερες για τους υψηλότερους μισθούς - συνήθως για εκείνους με περισσότερη εκπαίδευση. Τα περίπου 10 εκατομμύρια εργαζόμενοι που ανήκουν στους «φτωχούς εργαζόμενους» αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις: είναι λιγότερο πιθανό να έχουν ασφάλιση υγείας και πρόσβαση σε

προληπτική περίθαλψη από εκείνους με υψηλότερα εισοδήματα και είναι πιο πιθανό να εργαστούν σε επικίνδυνες θέσεις εργασίας. Οι εργαζόμενοι φτωχοί γονείς μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν ποιοτική φροντίδα παιδιών και συχνά δεν έχουν άδεια μετ' αποδοχών για τη φροντίδα των οικογενειών τους και των ίδιων τους (An J, et al., 2011; Robert Wood, 2013).

Όσοι είναι άνεργοι αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία και την ευημερία, συμπεριλαμβανομένου του χαμένου εισοδήματος και, συχνά, της ασφάλισης υγείας. Τα άνεργα άτομα είναι 54% πιο πιθανό να έχουν κακή ή μη δίκαιη υγεία από τα άτομα που απασχολούνται και είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από αυξημένο στρες, υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακές παθήσεις και κατάθλιψη. Οι φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες και όσοι είναι με λιγότερη εκπαίδευση, συχνά διατρέχουν ήδη κίνδυνο για κακές επιπτώσεις στην υγεία και είναι πιθανότερο να είναι άνεργοι (An J, et al., 2011; Robert Wood, 2013).

Ορισμένες θέσεις εργασίας ενέχουν κινδύνους για την ψυχική και σωματική υγεία. Η έλλειψη ελέγχου των συνθηκών εργασίας και των μη τυπικών ωρών σχετίζεται με αυξημένη ασθένεια, τραυματισμό και θνησιμότητα. Χιλιάδες θανατηφόρα τραύματα που σχετίζονται με την εργασία συμβαίνουν κάθε χρόνο. Οι μη θανατηφόροι τραυματισμοί που σχετίζονται με την εργασία ανέρχονται σε εκατομμύρια και κοστίζουν δισεκατομμύρια δολάρια σε χαμένο εισόδημα, αποζημίωση εργαζομένων και παραγωγικότητα (An J, et al., 2011; Robert Wood, 2013).

Οι εργοδότες και οι κοινότητες μπορούν να συνεργαστούν για να δημιουργήσουν ευκαιρίες για να αυξήσουν τις δεξιότητες εργασίας για τους κατοίκους τους, να βελτιώσουν τις τοπικές ευκαιρίες απασχόλησης και να δημιουργήσουν υποστηρικτικά και ασφαλή εργασιακά περιβάλλοντα - προς όφελος ολόκληρης της κοινότητας.

3. Εισόδημα

Το εισόδημα μπορεί να προέλθει από θέσεις εργασίας, επενδύσεις, προγράμματα κρατικής βοήθειας ή προγράμματα συνταξιοδότησης. Το εισόδημα επιτρέπει σε οικογένειες και άτομα να αγοράσουν ασφάλιση υγείας και ιατρική περίθαλψη, αλλά παρέχει επίσης επιλογές υγιεινού τρόπου ζωής. Οι φτωχές οικογένειες και άτομα είναι πιο πιθανό να ζουν σε ανασφαλή σπίτια και γειτονιές, συχνά με **περιορισμένη πρόσβαση** σε υγιεινά τρόφιμα, επιλογές απασχόλησης και σχολεία ποιότητας (Lynch J, et al., 2004).

Ενώ η πιο έντονη διαφορά στην υγεία, είναι μεταξύ εκείνων με τα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα και αυτή η σχέση παραμένει σε όλα τα επίπεδα εισοδήματος. Οι ενήλικες στις ομάδες με το υψηλότερο εισόδημα είναι πιο υγιείς από αυτούς της μεσαίας τάξης και θα ζουν, κατά μέσο όρο, περισσότερο από έξι χρόνια από εκείνους με τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Το συνεχιζόμενο άγχος και οι προκλήσεις που σχετίζονται με τη φτώχεια μπορούν να οδηγήσουν σε σωρευτική βλάβη στην υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχική. Η χρόνια ασθένεια είναι πιο πιθανό να επηρεάσει εκείνους με τα χαμηλότερα εισοδήματα και τα παιδιά σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος είναι πιο άρρωστα από τα αντίστοιχα υψηλού εισοδήματος. Οι μητέρες χαμηλού εισοδήματος είναι πιθανότερο να έχουν μωρά πρόωρου ή χαμηλού βάρους γέννησης από τις μητέρες υψηλότερου εισοδήματος, τα οποία διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες και προβλήματα συμπεριφοράς (Lynch J, et al., 2004).

Η **εισοδηματική ανισότητα** είναι ένα μέτρο του χάσματος μεταξύ φτωχών και εύπορων. Η εισοδηματική ανισότητα στις κοινότητες, επηρεάζει πόσο καιρό και πόσο καλά ζούμε και είναι ιδιαίτερα επιβλαβή για την υγεία των φτωχότερων ατόμων. Η εισοδηματική ανισότητα εντός των κοινοτήτων των ΗΠΑ μπορεί να έχει ευρείες επιπτώσεις στην υγεία, όπως αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, κακή υγεία και αυξημένους κινδύνους καρδιαγγειακών παθήσεων. **Οι ανισότητες** σε μια κοινότητα μπορούν να τονίσουν τις διαφορές στην κοινωνική τάξη και το καθεστώς και να χρησιμεύσουν ως κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες. Οι κοινότητες με μεγαλύτερη εισοδηματική ανισότητα μπορούν να βιώσουν την απώλεια της κοινωνικής διασύνδεσης, καθώς και τη μείωση της εμπιστοσύνης, την κοινωνική υποστήριξη και την αίσθηση της κοινότητας για όλους τους κατοίκους.

Οι κοινότητες μπορούν να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν πολιτικές που συμβάλλουν στη μείωση και την πρόληψη της φτώχειας, τώρα και για τις μελλοντικές γενιές. Οι μεγαλύτερες βελτιώσεις στην υγεία μπορεί να γίνουν με την αύξηση του εισοδήματος στα χαμηλότερα επίπεδα, όπου οι μικρές αυξήσεις μπορούν να έχουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις (Braveman P, et al., 2011).

4. Οικογενειακή και Κοινωνική Υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη προέρχεται από σχέσεις με μέλη της οικογένειας, φίλους, συναδέλφους και γνωστούς. Το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στα χαρακτηριστικά

της κοινωνίας που διευκολύνουν τη συνεργασία για αμοιβαίο όφελος, όπως η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και οι κοινωνικές ενώσεις. Η ατομική κοινωνική υποστήριξη και οι συνεκτικές, πλούσιες σε κεφάλαια κοινότητες βοηθούν στην προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας και διευκολύνουν τις υγιείς συμπεριφορές και επιλογές (Braveman P, et al., 2011).

Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο για κακές επιπτώσεις στην υγεία. Άτομα που δεν διαθέτουν επαρκή κοινωνική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις επιπτώσεις του στρες, το οποίο έχει συνδεθεί με καρδιαγγειακές παθήσεις και ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η υπερκατανάλωση τροφής και το κάπνισμα σε ενήλικες και η παχυσαρκία σε παιδιά και εφήβους.

Οι κάτοικοι γειτονιών με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιο πιθανό να εκτιμήσουν την κατάσταση της υγείας τους ως μη δίκαιη ή φτωχή, από τους κατοίκους γειτονιών με περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο και μπορεί να είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη. Οι γειτονίες με χαμηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε βία από εκείνες με περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο και συχνά έχουν περιορισμένους κοινοτικούς πόρους και πρότυπα. Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να συγκεντρωθούν σε κοινότητες με περιορισμένο κοινωνικό κεφάλαιο (Braveman P, et al., 2011).

Άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και θέσεις εργασίας υψηλότερης κατάστασης είναι πιο πιθανό να έχουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από εκείνα με λιγότερη εκπαίδευση και χαμηλότερα εισοδήματα. Οι ενήλικες και τα παιδιά σε μονογονεϊκά νοικοκυριά, συχνά διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης, έχουν αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια, προβλήματα ψυχικής υγείας και θνησιμότητα και είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε ανθυγιεινές συμπεριφορές από τους αντίστοιχους με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη.

Η υιοθέτηση και η εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων που υποστηρίζουν τις σχέσεις μεταξύ ατόμων και ολόκληρων κοινοτήτων μπορεί να ωφελήσει την υγεία. Οι μεγαλύτερες βελτιώσεις στην υγεία μπορεί να γίνουν με έμφαση στις προσπάθειες για υποστήριξη των μειονεκτουσών οικογενειών και γειτονιών, όπου οι μικρές βελτιώσεις μπορούν να έχουν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις (Fergusson DM, et al., 2007).

5. Κοινωνική ασφάλεια

Η ασφάλεια της Κοινότητας αντικατοπτρίζει όχι μόνο βίαιες πράξεις σε γειτονίες και σπίτια, αλλά και τραυματισμούς που προκλήθηκαν ακούσια από ατυχήματα. Πολλοί τραυματισμοί είναι προβλέψιμοι και μπορούν να προληφθούν, ωστόσο περίπου 30 εκατομμύρια Αμερικανοί λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη για τραυματισμούς κάθε χρόνο και περισσότεροι από 243.000 πέθαναν από αυτούς τους τραυματισμούς το 2017 (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Το 2017, οι ακούσιοι τραυματισμοί ήταν η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 1 έως 44 ετών. Μεταξύ αυτών των ακούσιων θανάτων τραυματισμών, ο πνιγμός ήταν η κύρια αιτία θανάτου για παιδιά ηλικίας 1-4 ετών, τα τροχαία ατυχήματα με κινητήρα ήταν η κύρια αιτία θανάτου από τραυματισμό σε άτομα ηλικίας 5-24 ετών και η ακούσια δηλητηρίαση ήταν η κύρια αιτία θανάτου από τραυματισμούς για άτομα ηλικίας 25-64 ετών. Ο ακούσιος τραυματισμός ήταν η πέμπτη κύρια αιτία θανάτου για βρέφη, και μεταξύ αυτών των θανάτων, η ασφυξία ήταν πιο συχνή.

Το 2016, διαπράχθηκαν περίπου 5,7 εκατομμύρια βίαια εγκλήματα όπως επιθέσεις, ληστείες και βιασμοί. Κάθε χρόνο, 19.000 παιδιά και ενήλικες είναι θύματα ανθρωποκτονίας και περισσότερα από 1.700 παιδιά πεθαίνουν από κακοποίηση ή παραμέληση. **Τα παιδιά σε ανασφαλείς συνθήκες** μπορεί να υποστούν μετατραυματική διαταραχή, στρες και να επιδειξουν πιο επιθετική συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ και καπνού και σεξουαλική ανάληψη κινδύνων από τους συνομηλικούς σε ασφαλέστερα περιβάλλοντα (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Το χρόνιο άγχος που σχετίζεται με τη διαβίωση σε μη ασφαλείς γειτονίες μπορεί να επιταχύνει τη γήρανση και να βλάψει την υγεία. Οι μη ασφαλείς γειτονίες μπορούν να προκαλέσουν άγχος, κατάθλιψη και συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά πρόωρων γεννήσεων και μωρών με χαμηλό βάρος γέννησης, ακόμα και όταν υπολογίζεται το εισόδημα. Ο φόβος της βίας μπορεί να κρατήσει τους ανθρώπους σε εσωτερικούς χώρους, μακριά από γείτονες, άσκηση και υγιεινά τρόφιμα. Οι εταιρείες μπορεί να είναι λιγότερο πρόθυμες να επενδύσουν σε μη ασφαλείς γειτονίες, καθιστώντας δυσκολότερες τις θέσεις εργασίας.

Μία στις τέσσερις γυναίκες βιώνει τη βία των συντρόφων κατά τη διάρκεια της ζωής τους και περισσότερα από 4 εκατομμύρια δέχονται επίθεση από τους συντρόφους τους κάθε χρόνο. Η IPV (intimate partner violence- οικεία συντροφική βία) προκαλεί 2.000 θανάτους ετησίως και αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης, άγχους, διαταραχής μετατραυματικού στρες, κατάχρησης ουσιών και χρόνιου πόνου. Οι τραυματισμοί από ανθρώπους που υποφέρουν σε ένα έτος θα αποφέρουν περισσότερα από 794 δισεκατομμύρια δολάρια σε κόστος ζωής. Οι κοινότητες μπορούν να βοηθήσουν στην προστασία των κατοίκων τους, υιοθετώντας και εφαρμόζοντας **πολιτικές και προγράμματα για την πρόληψη ατυχημάτων και βίας** (Morgan RE & Kena G., 2017).

2.2 Π.Ο.Υ- ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ- ΟΙ (4) ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ.

Η πολιτική «Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα», που υιοθετήθηκε από την παγκόσμια κοινότητα τον Μάιο του 1998, στοχεύει στην υλοποίηση του οράματος της υγείας για όλους, ένα όραμα που γεννήθηκε στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1977 και ξεκίνησε στην Alma- Ata Διάσκεψη, το 1978. Καθορίζει, για τις πρώτες δύο δεκαετίες του 21ου αιώνα, παγκόσμιες προτεραιότητες και δέκα στόχους που θα δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για να φτάσουν οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και να διατηρήσουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Η περιφερειακή πολιτική για το HFA(- Health for All) είναι μια απάντηση στην έκκληση της Παγκόσμιας Διακήρυξης Υγείας για την **ανάπτυξη περιφερειακών και εθνικών πολιτικών** με βάση την παγκόσμια πολιτική και είναι σύμφωνη με το περιφερειακό σχέδιο δράσης HFA (δηλ. χρονοδιάγραμμα των κύριων εκδηλώσεων) που εγκρίθηκε το 1991, το οποίο ζήτησε να υποβληθεί μια ανανεωμένη πολιτική στην Περιφερειακή Επιτροπή της ΠΟΥ για την Ευρώπη το 1998.

Η ίδια η Παγκόσμια Διακήρυξη Υγείας, καλεί όλα τα κράτη μέλη να αναλάβουν δράση σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Αυτό το έγγραφο πολιτικής HFA παρέχει το πλαίσιο για την αντιμετώπιση των προκλήσεων για την επίτευξη καλύτερης υγείας εφαρμόζοντας τις καλύτερες στρατηγικές που έχουν προκύψει από τη συλλογική

εμπειρία της Περιφέρειας κατά τα τελευταία 10-15 χρόνια. Τα επιχειρήματα που περιλαμβάνονται σε αυτήν τη νέα πολιτική για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια καταδεικνύουν την ουσιαστική σχέση μεταξύ υγείας, φτώχειας και κοινωνικής συνοχής και δείχνουν πώς οι προσπάθειες για την υγεία και την ανάπτυξη της υγείας εμφανίζονται τώρα ως σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή μεταξύ και εντός των πληθυσμών της Περιφέρειας (Health in Europe, 1997).

Η πολιτική HEALTH21 για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια της ΠΟΥ έχει τα ακόλουθα κύρια στοιχεία:

1. Ένας διαρκής στόχος είναι η επίτευξη πλήρους δυναμικού υγείας για όλους.
2. Δύο βασικοί στόχοι για καλύτερες προσπάθειες καθοδήγησης της υγείας προς αυτόν τον τελικό στόχο:
 - προώθηση και προστασία της υγείας των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.
 - μείωση της συχνότητας εμφάνισης και των βασικών ασθενειών και τραυματισμών.
3. Τρεις βασικές αξίες αποτελούν το ηθικό θεμέλιο, ώστε να καθιστούν την υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα:
 - ισότητα στην υγεία
 - αλληλεγγύη στη δράση μεταξύ χωρών, μεταξύ ομάδων ανθρώπων εντός των χωρών και μεταξύ φύλων και
 - συμμετοχή και υπευθυνότητα ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων και ιδρυμάτων, οργανισμών και τομέων στην ανάπτυξη της υγείας.

Επιλέχθηκαν **τέσσερις κύριες στρατηγικές** δράσης για να διασφαλιστεί ότι η επιστημονική, οικονομική, κοινωνική και πολιτική βιωσιμότητα οδηγεί στην εφαρμογή της ΥΓΕΙΑ21:

- 1) Πολυτομεακές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις φυσικές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και φίλες προοπτικές και διασφάλιση της χρήσης εκτιμήσεων-επιπτώσεων στην υγεία.
- 2) Προγράμματα και επενδύσεις που βασίζονται στην υγεία για την ανάπτυξη της υγείας και την κλινική φροντίδα

- 3) **Ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη για οικογένειες και κοινότητες**, υποστηριζόμενη από ένα ευέλικτο και ευαίσθητο νοσοκομειακό σύστημα και
- 4) Μια συμμετοχική διαδικασία ανάπτυξης της υγείας που περιλαμβάνει σχετικούς εταίρους για την υγεία, σε όλα τα επίπεδα - σπίτι, σχολείο και εργοτάξιο, τοπική κοινότητα και χώρα - και που προωθεί την κοινή λήψη αποφάσεων, την εφαρμογή και την υπευθυνότητα.

Είκοσι ένας στόχοι ΗΦΑ έχουν τεθεί για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Θα παράσχουν τα σημεία αναφοράς βάσει των οποίων θα μετρηθεί η πρόοδος στη βελτίωση και προστασία της υγείας και στη μείωση των κινδύνων για την υγεία. Οι 21 στόχοι ΗΦΑ αποτελούν από κοινού το πλαίσιο για την ανάπτυξη πολιτικών για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Δεν προορίζονται να αποτελέσουν έναν κατάλογο, αλλά μαζί αποτελούν την ουσία της ευρωπαϊκής πολιτικής. Αυτοί οι στόχοι ανταποκρίνονται στην πρόκληση της Παγκόσμιας Διακήρυξης για την Υγεία και αντικατοπτρίζουν αυτούς που καθορίζονται στην παγκόσμια πολιτική «Υγεία για όλους στον εικοστό πρώτο αιώνα» (Health in Europe, 1997).

2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

Η ποιότητα ζωής (QOL) είναι μια ευρεία πολυδιάστατη έννοια που συνήθως περιλαμβάνει **υποκειμενικές αξιολογήσεις τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών πτυχών της ζωής.** Αυτό που το καθιστά δύσκολο να μετρηθεί είναι ότι, παρόλο που ο όρος «ποιότητα ζωής» έχει νόημα για σχεδόν όλους και κάθε ακαδημαϊκή πειθαρχία, άτομα και ομάδες μπορούν να το ορίσουν διαφορετικά. Αν και η υγεία είναι ένας από τους σημαντικούς τομείς της συνολικής ποιότητας ζωής, υπάρχουν και άλλοι τομείς για παράδειγμα, θέσεις εργασίας, στέγαση, σχολεία, γειτονιά. Οι πτυχές του πολιτισμού, των αξιών και της πνευματικότητας είναι επίσης βασικοί τομείς της συνολικής ποιότητας ζωής που προσθέτουν στην πολυπλοκότητα της μέτρησής του. Παρ'όλα αυτά, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει χρήσιμες τεχνικές που έχουν συμβάλει στη σύλληψη και τη μέτρηση αυτών των πολλαπλών τομέων και του πώς σχετίζονται μεταξύ τους (Kindig DA, et al., 2010).

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία HRQOL (Health related quality of life) και οι καθοριστικοί της παράγοντες έχουν εξελιχθεί από τη δεκαετία του 1980 για να συμπεριλάβουν εκείνες τις πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθεί σαφώς ότι επηρεάζουν την υγεία - είτε σωματική είτε ψυχική.

- ✓ Σε ατομικό επίπεδο, το HRQOL περιλαμβάνει αντιλήψεις σωματικής και ψυχικής υγείας (π.χ. επίπεδο ενέργειας, διάθεση) και τις συσχετίσεις τους - συμπεριλαμβανομένων κινδύνων και συνθηκών υγείας, λειτουργικής κατάστασης, κοινωνικής υποστήριξης και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.
- ✓ Σε επίπεδο κοινότητας, το HRQOL περιλαμβάνει πόρους, συνθήκες, πολιτικές και πρακτικές που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τη λειτουργική κατάσταση του πληθυσμού.
- ✓ Με βάση τη σύνθεση της επιστημονικής βιβλιογραφίας και συμβουλών από τους συνεργάτες της για τη δημόσια υγεία, το CDC έχει ορίσει το **HRQOL ως «τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου ή της ομάδας με την πάροδο του χρόνου».**

Η κατασκευή του HRQOL επιτρέπει στους οργανισμούς υγείας να αντιμετωπίζουν νόμιμα ευρύτερους τομείς υγιούς δημόσιας πολιτικής γύρω από ένα κοινό θέμα σε συνεργασία με έναν ευρύτερο κύκλο εταίρων υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών κοινωνικής υπηρεσίας, των κοινοτικών σχεδιαστών και των επιχειρηματικών ομάδων.

Οι ερωτήσεις HRQOL έχουν καταστεί σημαντικό συστατικό στοιχείο της επιτήρησης της δημόσιας υγείας και θεωρούνται γενικά έγκυροι δείκτες ανεκπλήρωτων αναγκών και αποτελεσμάτων παρέμβασης. Η αυτοαξιολογημένη κατάσταση υγείας είναι επίσης ένας ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας και νοσηρότητας από πολλά αντικειμενικά μέτρα για την υγεία. Τα μέτρα HRQOL καθιστούν δυνατή την επιστημονική απόδειξη της επίδρασης της υγείας στην ποιότητα ζωής, ξεπερνώντας πολύ το παλιό παράδειγμα που περιορίζεται σε αυτό που μπορεί να φανεί κάτω από ένα μικροσκόπιο (Kindig DA, et al., 2010).

2.4 ΣΚΟΠΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εστίαση στο HRQOL ως αποτέλεσμα μπορεί να γεφυρώσει τα όρια μεταξύ επιστημονικών κλάδων και μεταξύ κοινωνικών, διανοητικών και ιατρικών

υπηρεσιών. Αρκετές πρόσφατες αλλαγές στην ομοσπονδιακή πολιτική υπογραμμίζουν την ανάγκη μέτρησης του HRQOL για τη συμπλήρωση των παραδοσιακών μέτρων νοσηρότητας και θνησιμότητας της δημόσιας υγείας. Το Healthy People 2000, 2010 και 2020 αναγνώρισε τη βελτίωση της ποιότητας ζωής ως κεντρικό στόχο της δημόσιας υγείας. **Οι σκοποί** μέτρησης της ποιότητας της ζωής στο χώρο της υγείας είναι:

- ✓ Το HRQOL σχετίζεται με αυτοαναφερόμενες χρόνιες παθήσεις (διαβήτης, καρκίνος του μαστού, αρθρίτιδα και υπέρταση) και τους παράγοντες κινδύνου τους (δείκτης μάζας σώματος, σωματική αδράνεια και κατάσταση καπνίσματος) .
- ✓ Η μέτρηση του HRQOL μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό του βάρους των προληπτικών ασθενειών, των τραυματισμών και των αναπηριών και μπορεί να προσφέρει πολύτιμες νέες πληροφορίες σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ του HRQOL και των παραγόντων κινδύνου.
- ✓ Η μέτρηση του HRQOL θα βοηθήσει στην παρακολούθηση της προόδου στην επίτευξη των στόχων υγείας του έθνους.

Η ανάλυση των δεδομένων παρακολούθησης HRQOL μπορεί να εντοπίσει υποομάδες με σχετικά κακή αντίληψη της υγείας και να βοηθήσει στην καθοδήγηση των παρεμβάσεων για τη βελτίωση των καταστάσεων τους και την αποτροπή πιο σοβαρών συνεπειών. Η ερμηνεία και η δημοσίευση αυτών των δεδομένων μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των αναγκών για πολιτικές και νομοθεσία για την υγεία, να βοηθήσουν στην κατανομή πόρων με βάση ανεκπλήρωτες ανάγκες, να καθοδηγήσουν την ανάπτυξη στρατηγικών σχεδίων και να παρακολουθήσουν την αποτελεσματικότητα των ευρέων κοινοτικών παρεμβάσεων (CDC, 2020).

(CDC : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- ΚΕΝΤΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ).

2.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Οι εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής (QoL) χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων, για παράδειγμα, μετά την αλλαγή πολιτικής. Συγκεκριμένα, εκτιμώνται ευρέως ως κατάλληλο μέτρο έκβασης σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες

κλινικές δοκιμές. Αν και τα αποτελέσματα είναι η κύρια εστίαση, εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι το QoL μπορεί επίσης να διερευνηθεί ως διαδικασία. Αν και τα ψυχομετρικά τεστ έχουν σχεδιαστεί για να αξιοποιήσουν τα αποτελέσματα, τα αποτελέσματα από αυτά τα μέσα παρέχουν απλώς ένα στιγμιότυπο του QoL ταυτόχρονα, σε μια πάντα ρυθμιζόμενη διαδικασία. Μπορεί να χρειαστούν διαφορετικές θεωρίες και τεχνικές για να διερευνηθεί πώς και πότε το QoL αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και με ακρίβεια ποιοί παράγοντες (π.χ. άγχος και στρες) επηρεάζουν θετικές και αρνητικές αλλαγές.

Η **εκτίμηση της ασθένειας** αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τις οργανωτικές ομάδες να εντοπίσουν τομείς για βελτίωση στη φροντίδα τους για τις ασθένειες και να **αξιολογήσουν το επίπεδο και τη φύση των βελτιώσεων** που έγιναν στο σύστημά τους (Bonomi et al. 2000). Η εκτίμηση των ασθενειών (χρόνιων) βασίζεται σε έξι τομείς αλλαγής συστήματος που προτείνονται από το μοντέλο χρόνιας φροντίδας (CCM) που έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας - συνδέσεις με κοινοτικούς πόρους, υποστήριξη αυτοδιαχείρισης, υποστήριξη αποφάσεων, σχεδιασμός συστήματος παράδοσης, συστήματα κλινικών πληροφοριών, και οργάνωση του συστήματος υγείας - και πολλά υποσχόμενες παρεμβάσεις σε αυτούς τους τομείς που σχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα (Wagner et al. 1996, 1999). Το μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας δημιουργήθηκε με βάση μια έρευνα βέλτιστων πρακτικών, γνωμοδότηση εμπειρογνομώνων, πιο ελπιδοφόρες παρεμβάσεις στη βιβλιογραφία, και το έργο μας για τη βελτίωση της ποιότητας στον διαβήτη, την κατάθλιψη και τις καρδιαγγειακές παθήσεις στο Group Health Cooperative, τον έκτο μεγαλύτερο οργανισμό συντήρησης υγείας στο Ηνωμένες Πολιτείες (Wagner et al. 1999 & Πιερράκος, Γ. 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

"ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ".

3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι ερευνητές έχουν κάνει συστάσεις σχετικά με τη νεότερη ηλικία κατά την οποία τα παιδιά μπορούν να αναφέρουν αξιόπιστα την κατάσταση της υγείας τους και την ποιότητα ζωής που συνδέεται με την υγεία (HRQL). Οι απόψεις ποικίλλουν, αλλά γενικά εκτιμάται ότι τα παιδιά μπορούν να αρχίσουν να αναφέρουν τους πιο συγκεκριμένους τομείς του δικού τους HRQL μεταξύ 4 και 6 ετών. Τα όργανα αυτοαναφοράς HRQL έχουν σχεδιαστεί και επικυρωθεί ψυχομετρικά για παιδιά σε αυτό το εύρος νεαρών ηλικιών, συμπεριλαμβανομένου του ερωτηματολογίου για την ποιότητα της παιδικής ρινοεπιπεφυκίτιδας (PRQLQ, ηλικίες 6-12) και το ερωτηματολόγιο παιδικού άσθματος - Φόρμα A (CAQA; ηλικίες 4-7). Προηγούμενες έρευνες έχουν εντοπίσει διάφορα χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον καθορισμό των χαμηλότερων ηλικιών για ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την HRQL. Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα αποτελέσματα της παιδιατρικής υγείας, οι Landgraf και Abetz (1996) ανέφεραν ότι υπάρχουν διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία στον τύπο των εννοιών για την υγεία που μπορούν να κατανοήσουν τα παιδιά. Αναφέρουν ότι τα παιδιά από την ηλικία των 5 ετών μπορούν να παρέχουν εμπειρικά αξιόπιστες αναφορές σχετικά με συγκεκριμένες έννοιες υγείας όπως ο πόνος και η χρήση φαρμάκων (Landgraf JM & Abetz LN., 1996).

Αντίθετα, ερωτηματολόγια που αξιολογούν σχετικά υποκειμενικούς ή αφηρημένους τομείς της HRQL, όπως η συναισθηματική επίδραση της ασθένειας, πιθανότατα θα είναι κατάλληλα για μεγαλύτερα παιδιά. Το επίπεδο της γλωσσικής κατανόησης μπορεί επίσης να θέσει χαμηλότερο όριο στην καταλληλότητα ηλικίας ενός ερωτηματολογίου. Μια μελέτη που αξιολόγησε την κατανόηση των παιδιών για τους όρους που σχετίζονται με την υγεία διαπίστωσε ότι μόνο το 57% των παιδιών 5 ετών είχαν καλή κατανόηση της λέξης «νευρικό». Μέχρι την ηλικία των 8 ετών, όλα τα

παιδιά στο δείγμα είχαν καταλάβει αυτόν τον όρο. Κατά το σχεδιασμό αυτοδιαχειριζόμενων ερωτηματολογίων χαρτιού και μολυβιού, είναι επίσης σημαντικό να λάβετε υπόψη τα τυπικά επίπεδα ανάγνωσης των παιδιών στο επιδιωκόμενο εύρος ηλικιών.

Εν ολίγοις, τα παιδιά από την ηλικία των 4 ετών μπορούν συχνά να παρέχουν ορισμένες πληροφορίες σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές της κατάστασης της υγείας τους. Η αξιολόγηση πιο υποκειμενικών τομέων HRQL μπορεί να απαιτεί ένα κάπως παλαιότερο δείγμα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των δεδομένων που παρέχονται από τα παιδιά εξαρτάται από την πολυπλοκότητα των κατασκευών και της ορολογίας που χρησιμοποιούνται. Το κατώτερο όριο ηλικίας θα ποικίλλει επίσης ανάλογα με τις ατομικές διαφορές στις γνωστικές δεξιότητες των παιδιών και την κατανόηση της κατάστασης της υγείας τους. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης αυτού του ζητήματος κατά την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας και της HRQL σε παιδιατρικές κλινικές δοκιμές.

Πρώτον, κατά την ανάπτυξη ερωτηματολογίου, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί πιλοτική δοκιμή και προσεκτική γνωστική ενημέρωση με παιδιά διαφορετικών ηλικιών, προκειμένου να προσδιοριστεί το κατώτερο όριο ηλικίας στο οποίο τα παιδιά μπορούν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις και να παρέχουν αξιόπιστες και έγκυρες απαντήσεις. Δεύτερον, κατά τον καθορισμό του κατώτατου ορίου ηλικίας ενός δείγματος κλινικής δοκιμής, θα είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη η περιοχή της νόσου, τα αναμενόμενα αποτελέσματα του υπό δοκιμή φαρμάκου και ο τύπος των περιοχών που πρέπει να αξιολογηθούν (Sawyer MG, et al., 2002). Εάν το πρωταρχικό ενδιαφέρον είναι ο αντίκτυπος του φαρμάκου σε φυσικούς τομείς, η δοκιμή μπορεί να περιλαμβάνει μέσα αυτοαναφοράς που έχουν σχεδιαστεί για μικρότερα παιδιά. Εάν το φάρμακο αναμένεται να βελτιώσει τους ψυχολογικούς ή κοινωνικούς τομείς της HRQL, θα είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν τα μεγαλύτερα παιδιά ή να χρησιμοποιηθούν πληρεξούσιοι δημοσιογράφοι για μικρότερα παιδιά. Τρίτον, επειδή αναμένεται μεγαλύτερη μεταβλητότητα με τα μικρότερα παιδιά λόγω σφάλματος μέτρησης, απαιτείται μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος για την ανίχνευση των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Sawyer MG, et al., 2002).

3.2 ΣΥΜΒΑΣΗ ΤΩΝ Η.Ε ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, 1989 & ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΑΠΟ Η.Β ΤΟ 1999. - ΝΟΜΟΣ CHILDREN ACT 1989.

3.2.1 ΣΥΜΒΑΣΗ ΤΩΝ Η.Ε ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ, 1989 & ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΑΠΟ Η.Β ΤΟ 1999.

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού (UNCRC) είναι μια νομικά δεσμευτική διεθνής συμφωνία που καθορίζει τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα κάθε παιδιού, ανεξάρτητα από τη φυλή, τη θρησκεία ή τις ικανότητές τους. Η UNCRC (United Nations Convention on the Rights of the Child) αποτελείται από 54 άρθρα που ορίζουν τα δικαιώματα των παιδιών και πώς πρέπει να συνεργαστούν οι κυβερνήσεις για να τα καταστήσουν διαθέσιμα σε όλα τα παιδιά (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Σύμφωνα με τους όρους της σύμβασης, οι κυβερνήσεις καλούνται να καλύψουν τις βασικές ανάγκες των παιδιών και να τους βοηθήσουν να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους. Κεντρικό στοιχείο αυτής της αναγνώρισης είναι ότι κάθε παιδί έχει βασικά θεμελιώδη δικαιώματα. Αυτά περιλαμβάνουν το δικαίωμα:

- Ζωή, επιβίωση και ανάπτυξη
- Προστασία από βία, κακοποίηση ή παραμέληση
- Μια εκπαίδευση που επιτρέπει στα παιδιά να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους
- Να μεγαλώνουν και να έχουν σχέση με τους γονείς τους
- Να εκφράζουν τις απόψεις τους και να τις ακούν οι ενήλικες.

Το 2000, δύο προαιρετικά πρωτόκολλα προστέθηκαν στην UNCRC. Κάποιος ζητά από τις κυβερνήσεις να διασφαλίσουν ότι τα παιδιά κάτω των 18 ετών δεν προσλαμβάνονται βίαια στις ένοπλες δυνάμεις τους. Το δεύτερο καλεί τα κράτη να απαγορεύσουν την παιδική πορνεία, την παιδική πορνογραφία και την πώληση παιδιών σε δουλειά. Αυτά έχουν πλέον επικυρωθεί από περισσότερες από 120 πολιτείες (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Από τότε που εγκρίθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη τον Νοέμβριο του 1989, 196 χώρες υπέγραψαν την UNCRC. Όλες οι χώρες που εγγράφονται στην UNCRC δεσμεύονται

από το διεθνές δίκαιο να διασφαλίσουν την εφαρμογή της. Αυτό παρακολουθείται από την Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Παιδιού.

Η UNCRC είναι επίσης η μόνη διεθνής συνθήκη για τα ανθρώπινα δικαιώματα που δίνει στις μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), όπως το Save the Children, έναν άμεσο ρόλο στην εποπτεία της εφαρμογής του, σύμφωνα με το άρθρο 45α.

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (CRC) τέθηκε σε ισχύ στο Ηνωμένο Βασίλειο τον Ιανουάριο του 1991. Η CRC απαιτεί από τις κυβερνήσεις να αναφέρουν στην Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού την πρόοδό τους στην εφαρμογή της Σύμβασης, δύο χρόνια μετά την επικύρωση και κάθε πέντε χρόνια αργότερα. Η δεύτερη έκθεση του Ηνωμένου Βασιλείου δημοσιεύθηκε το 1999 και η Επιτροπή το εξετάζει το 2002 (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Η έκθεση της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου το 1999, καταγράφει σαφή πρόοδο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσον αφορά τη δημιουργία και την υποστήριξη μεγαλύτερης εστίασης στα δικαιώματα και την ευημερία των παιδιών. Ωστόσο, υπήρξαν σημαντικές εξελίξεις στην προσέγγιση της κυβέρνησης για τα παιδιά από τότε που γράφτηκε η έκθεση και τώρα υπάρχουν μηχανισμοί για τη διασφάλιση μιας πιο στρατηγικής και συνεκτικής προσέγγισης των παιδιών στα κυβερνητικά θέματα, ενώ η κυβέρνηση δήλωσε ότι: «στόχος μας είναι να θέσουμε τα συμφέροντα των παιδιών και των νέων στην καρδιά της Κυβέρνησης για να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα στη ζωή όλων των παιδιών και των νέων». Αυτό είναι ουσιαστικό στοιχείο των ευρύτερων προσπαθειών της κυβέρνησης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την εξάλειψη της παιδικής φτώχειας (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

3.2.2 ΝΟΜΟΣ CHILDREN ACT 1989.

Ο νόμος για τα παιδιά 1989 είναι ένας νόμος του Κοινοβουλίου του Ηνωμένου Βασιλείου που αναθέτει καθήκοντα σε τοπικές αρχές, δικαστήρια, γονείς και άλλους οργανισμούς στο Ηνωμένο Βασίλειο, για να διασφαλίζει ότι τα παιδιά προστατεύονται και προωθείται η ευημερία τους. Επικεντρώνεται στην ιδέα ότι τα παιδιά φροντίζονται καλύτερα μέσα στις οικογένειές τους. Ωστόσο, προβλέπει επίσης

περιπτώσεις όπου οι γονείς και οι οικογένειες δεν συνεργάζονται με νόμιμους φορείς (legislation.gov.uk).

Μια βασική αρχή του νόμου του 1989 είναι ότι τα παιδιά φροντίζονται καλύτερα μέσα στις οικογένειές τους, με τους γονείς τους να διαδραματίζουν πλήρη ρόλο στη ζωή τους, εκτός εάν απαιτείται υποχρεωτική παρέμβαση στην οικογενειακή ζωή. Αυτή η αρχή αντικατοπτρίζεται σε:

- ✓ την έννοια της γονικής μέριμνας.
- ✓ την ικανότητα των άγαμων πατέρων να μοιράζονται αυτήν την ευθύνη κατόπιν συμφωνίας με τη μητέρα, με κοινή εγγραφή κατά τη γέννηση ή με δικαστική απόφαση
- ✓ τις λειτουργίες της τοπικής αρχής για την παροχή υπηρεσιών που υποστηρίζουν τα παιδιά και τις οικογένειές τους
- ✓ το καθήκον της τοπικής αρχής να επιστρέψει ένα φροντισμένο παιδί στην οικογένειά του, εκτός εάν αυτό είναι αντίθετο προς τα συμφέροντά του.
- ✓ το καθήκον της τοπικής αρχής, εκτός εάν δεν είναι εύλογα εφαρμόσιμο ή συμβατό με την ευημερία του / της, να προσπαθεί να προωθή την επαφή μεταξύ ενός φροντισμένου παιδιού και των γονέων του ή άλλων (legislation.gov.uk).

3.3 ΕΙΔΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Τα παιδιά είναι μία ιδιαίτερη κατηγορία ανθρώπων, από την πρώτη στιγμή που γεννιούνται έχουν την ανάγκη και την φροντίδα κάποιου μεγαλύτερου είτε αυτοί είναι οι γονείς τους είτε οι παππούδες τους είτε κάποιος ξένος. Για τον οποιοδήποτε λόγο τα παιδιά από την αρχή της ζωής τους είναι αναγκασμένα να εξαρτώνται από κάποιον άλλον. Μεγαλώνοντας αλλάζουν και αναπτύσσονται, παρόλα αυτά μέχρι την ηλικία που θα μπορούν να είναι ανεξάρτητα, συνεχίζουν να είναι εξαρτημένα από μεγαλύτερους είτε από οικονομικής άποψης είτε λόγω διαφόρων άλλων αναγκών. Υπάρχουν τα υγιή παιδιά στις υγιείς οικογένειες, όπου ουσιαστικά δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα και δεν υπάρχει λόγος τα παιδιά αυτά να δυσκολευτούν για το οτιδήποτε στη ζωή τους. Παρόλα αυτά υπάρχουν και κάποια χαρακτηριστικά των παιδιών, κάποιες ιδιαίτερες κατηγορίες οι οποίες είναι πολύ πιο ευάλωτες (McStay, R. L., et al., 2014).

Στον κόσμο βρίσκονται παιδιά τα οποία στερούνται τον έναν ή και τους δύο γονείς τους, παιδιά που αναγκάζονται να μεγαλώσουν σε ορφανοτροφεία και οικοτροφεία.

Υπάρχουν παιδιά με ψυχικά προβλήματα όπως είναι η σχιζοφρένεια, η διπολικότητα κλπ, ενώ υπάρχουν και πολλά παιδιά με σωματικές ασθένειες όπως είναι η κώφωση, η αναπηρία και ούτω καθεξής. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες παιδιών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα και που όμως δεν αφορούν σωματικές ή ψυχικές βλάβες. Αυτά είναι άτομα τα οποία βιώνουν το ρατσισμό και το bullying διότι βρίσκονται σε μια άλλη χώρα από τη χώρα καταγωγής τους ή υπάρχουν παιδιά που έχουν διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό με αποτέλεσμα επίσης να γίνονται θύματα εκφοβισμού.

Όλες αυτές οι κατηγορίες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών τα κάνουν περισσότερο ευάλωτα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά τα οποία παρόλα αυτά δεν θα έπρεπε να στερούνται ούτε και εκείνα αγάπη και φροντίδα.

Συνεπώς η εδραίωση των δικαιωμάτων για τα παιδιά και η εξασφάλιση ενός μέλλοντος και μίας συνθήκης κατά την οποία τα παιδιά θα μπορούν να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν είναι ζωτικής σημασίας (McStay, R. L., et al., 2014).

3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ –PIAGET

Ο Jean Piaget, ένας Ελβετός ψυχολόγος ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τον τρόπο που αναπτύσσεται η σκέψη στα παιδιά από τη γέννηση μέχρι να γίνουν νέοι ενήλικες. Για να κατανοήσει τη φύση αυτής της εξέλιξης, ο Piaget παρατήρησε προσεκτικά τη συμπεριφορά των τριών παιδιών του. Συνήθιζε να τους παρουσιάζει προβλήματα, να παρατηρεί τις απαντήσεις λίγο μετά τις καταστάσεις και να παρατηρεί και πάλι τις απαντήσεις τους. Ο Piaget κάλεσε αυτή τη μέθοδο "εξερεύνηση της κλινικής συνέντευξης για την ανάπτυξη". Ο Piaget πίστευε ότι οι άνθρωποι προσαρμόζονται επίσης στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον τους στο οποίο ζουν. Η διαδικασία προσαρμογής ξεκινά από τη γέννηση. Ο Piaget είδε αυτήν την προσαρμογή ως προς **δύο βασικές διαδικασίες: Αφομοίωση και Διαμονή.**

Αφομοίωση. Αναφέρεται στη διαδικασία με την οποία συλλαμβάνονται ή ενσωματώνονται νέα αντικείμενα και γεγονότα στο πλαίσιο των υφιστάμενων σχεδίων ή δομών.

Διαμονή. Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα υπάρχοντα σχήματα ή δομές τροποποιούνται για να ικανοποιήσουν την αντίσταση στην απλή σύλληψη ή η αφομοίωση ενός νέου αντικειμένου ή συμβάντος.

Σύμφωνα με τον Piaget υπάρχουν 4 βασικά στοιχεία στην ανάπτυξη:

1. Ωρίμανση.
2. Εμπειρία.
3. Κοινωνική μετάδοση (εκμάθηση μέσω γλώσσας, σχολική εκπαίδευση ή διδασκαλία από τους γονείς)
4. Ισορροπία.

Η σημαντική έννοια της θεωρίας της γνωστικής ανάπτυξης του Piaget είναι η σταθερή εξέλιξη από το ένα στάδιο στο άλλο. Ο Piaget θεώρησε τη γνωστική ανάπτυξη ως προοδευτική αλλαγή. Η ανάπτυξη ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο Piaget υπέθεσε ότι ακολουθεί μια σταθερή ακολουθία.

Στάδια γνωστικής ανάπτυξης.

Ο Piaget έχει εντοπίσει 4 διαδοχικά στάδια μέσω των οποίων κάθε άτομο προχωρά στη γνωστική ανάπτυξη. Κάθε στάδιο έχει ηλικία με ξεχωριστές μαθησιακές δυνατότητες. Αυτό θα ήταν χρήσιμο στη διαμόρφωση του προγράμματος σπουδών. Και η κατανόηση αυτής της αναπτυξιακής ακολουθίας είναι απαραίτητη τόσο για τους γονείς όσο και για τους δασκάλους, διότι αυτά επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό κατά τη βρεφική ηλικία, την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Τα 4 στάδια ανάπτυξης περιγράφονται παρακάτω (Piaget, J., 1983):

1. Αισθησιο-κινητικό στάδιο ή στάδιο κινητήρα (Sensori-Motor Stage): Αυτό το στάδιο ξεκινά από τη γέννηση και διαρκεί μέχρι το παιδί να είναι περίπου 2 ετών. Ονομάζεται Sensori-Motor Stage, επειδή η σκέψη των παιδιών περιλαμβάνει την όραση, την ακοή, την κίνηση, το άγγιγμα, τη δοκιμή και ούτω καθεξής. Αυτό το στάδιο σηματοδοτεί ένα μεταβατικό στάδιο για ένα άτομο από βιολογικό σε ψυχολογικό ον. Τις πρώτες εβδομάδες της ζωής, η συμπεριφορά του μωρού αποτελείται απλώς από αντανακλαστικές αντιδράσεις, όπως πιπίλισμα, σκαλοπάτι και πιάσιμο. Αργότερα το αντανακλαστικό εξαφανίζεται και το μωρό επιλέγει τι και πότε πρέπει να το κατανοήσει. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου τα βρέφη επιτυγχάνουν την έννοια της διαπερατότητας αντικειμένων. Αυτό αναφέρεται στην κατανόηση ότι τα αντικείμενα και τα γεγονότα εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμη και όταν δεν μπορούν να φανούν, να ακουστούν ή να αγγιχτούν άμεσα. Μέχρι να επιτευχθεί αυτό το είδος της κατανόησης, ένα αντικείμενο που είναι εκτός οράματος

παραμένει εκτός μυαλού και ως εκ τούτου, καθίσταται ανύπαρκτο. Ένα δεύτερο σημαντικό επίτευγμα στην περίοδο Sensori-Motor είναι **η εκμάθηση της αντιστροφής των ενεργειών**. Π.χ., δίνουμε ένα παιχνίδι σε ένα παιδί που έχει δέκα αποσπώμενα μέρη. Αποσυνδέουμε όλα τα μέρη. Μέσα από δοκιμές και λάθη, το παιδί μαθαίνει σταδιακά να συνδέει όλα τα μέρη του παιχνιδιού.

2. Στάδιο της προ-λογικής νόησης ή προεγχειρητικό στάδιο (2 έως 7 έτη). Αυτό το στάδιο ονομάζεται προχειρουργική επειδή τα παιδιά δεν έχουν ακόμη κατακτήσει την ικανότητα να εκτελούν νοητικές επεμβάσεις. Η σκέψη των παιδιών σε αυτό το στάδιο διέπεται από αυτό που βλέπει και όχι από λογικές αρχές. Ακολουθούν τα επιτεύγματα του Προεπιχειρησιακού Σταδίου:

α. **Σημασιολογική συνάρτηση.** Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου το παιδί αναπτύσσει την ικανότητα να σκέφτεται χρησιμοποιώντας σύμβολα και σημεία. Τα σύμβολα αντιπροσωπεύουν κάτι ή κάποιον άλλο. Για παράδειγμα, μια κούκλα μπορεί να συμβολίζει ένα μωρό, ένα παιδί ή έναν ενήλικα.

β. **Εγωκεντρισμός.** Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από εγωκεντρισμό. Τα παιδιά πιστεύουν ότι ο τρόπος σκέψης τους είναι ο μόνος τρόπος σκέψης.

γ. **Επικέντρωση.** Ένα παιδί αυτού του σταδίου δυσκολεύεται να δει περισσότερες από μία διαστάσεις ή πτυχές της κατάστασης. Εστιάζει μόνο σε μέρος ενός αντικειμένου ή μιας δραστηριότητας. Τα παιδιά αγνοούν τις σχέσεις μεταξύ των μερών. Αυτό ονομάζεται επικέντρωση.

δ. **Animism- Ανιμισμός:** Τα παιδιά τείνουν να αναφέρονται σε άψυχα αντικείμενα σαν να έχουν ιδιότητες που μοιάζουν με τη ζωή και είναι ικανές να δράσουν.

ε. **Σειρά:** Δεν έχουν την ικανότητα ταξινόμησης ή ομαδοποίησης αντικειμένων σε κατηγορίες.

στ. **Διατήρηση:** Αναφέρεται στην κατανόηση ότι ορισμένες ιδιότητες ενός αντικειμένου παραμένουν οι ίδιες παρά την αλλαγή στην εμφάνισή τους. Αυτή η ιδιότητα αρχίζει να αναπτύσσεται στο επόμενο στάδιο.

3. Στάδιο λειτουργίας της συγκεκριμένης λογικής σκέψης (7 έως 11 ετών). Σε αυτό το στάδιο ένα παιδί ασχολείται με την ενσωμάτωση της σταθερότητας των γνωστικών του συστημάτων. Μαθαίνει να προσθέτει, να αφαιρεί, να πολλαπλασιάζει και να διαιρεί. Είναι σε θέση να ταξινομήσει συγκεκριμένα αντικείμενα. Εν ολίγοις,

τα παιδιά αναπτύσσουν τις ικανότητες της ορθολογικής σκέψης, αλλά η σκέψη τους συνδέεται με συγκεκριμένα αντικείμενα.

4. Η Περίοδος της τυπικής λογικής σκέψης- επίσημο επιχειρησιακό στάδιο (11 και άνω). Αυτός ο τύπος χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση λογικής σκέψης και συλλογιστικής (ταξινόμηση - σειροθέτηση). Άλλα σημαντικά γνωστικά επιτεύγματα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι: η ικανότητα σκέψης για τις υποθετικές δυνατότητες και η επίλυση προβλημάτων μέσω λογικών εκπτώσεων και με συστηματικό τρόπο. Η αντιμετώπιση αφηρημένων εννοιών δεν προκαλεί ματαιώση στον έφηβο (Σόλμαν, Μ., Καλύβα, Φ. (2008).

3.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

3.5.1 ΘΕΩΡΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ (MASLOW)

Τα **επτά (7) επίπεδα αναγκών των ανθρώπων**, όπως διατυπώνονται από τον Abraham Maslow, ενισχύουν την ανθρώπινη επιθυμία να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των ανθρώπων με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα. Το επίκεντρο της ιεραρχίας των αναγκών του Abraham Maslow είναι **η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η στάση των ανθρώπων διεγείρεται από την ανθρώπινη επιθυμία να καλύψει συγκεκριμένες ανθρώπινες ανάγκες** σε διάφορες κοινότητες της κοινωνίας. Ο Mulwa (2008) δηλώνει ότι η θεωρία των αναγκών του Abraham Maslow βασίζεται συγκεκριμένα στην ιδέα ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά παρακινείται πραγματικά από την απλή επιθυμία να ικανοποιηθούν συγκεκριμένες ανθρώπινες ανάγκες στην κοινωνία. Η ιεραρχία αναγκών που αναπτύχθηκε από τον Abraham Maslow μπορεί, ωστόσο, να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος αξιολόγησης των αναγκών στην ανάπτυξη της κοινότητας σε διάφορες κοινότητες της σύγχρονης κοινωνίας. Αυτή η μέθοδος ιεραρχίας αναγκών την οποία ανέπτυξε ο Abraham Maslow τονίζει ότι υπάρχουν ορισμένες βασικές ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν πριν να εξεταστούν άλλες ανάγκες σε διάφορες κοινότητες. Ουσιαστικά, οι βασικές ανθρώπινες ανάγκες χρησιμεύουν **ως ένα καλό θεμέλιο** πάνω στο οποίο οι άλλες ανθρώπινες ανάγκες στηρίζονται στην κοινωνία. Αυτό, ωστόσο, εξηγεί με πολύ σαφή τρόπο την

αντίστροφη αρίθμηση των ανθρώπινων αναγκών όπως φαίνεται στο διάγραμμα του Abraham Maslow.

1. Φυσιολογικές ανάγκες: Οι ανάγκες φυσιολογίας είναι βασικές ανθρώπινες ανάγκες που είναι ζωτικής σημασίας για την ανθρώπινη διαβίωση σε διάφορες συμμετέχουσες κοινότητες στην κοινωνία. Οι φυσιολογικές ανάγκες είναι ανθρώπινες βασικές ανάγκες όπως τροφή, νερό, ρούχα, στέγη (στέγαση ή στέγαση), ύπνος καθώς και αναπαραγωγή.

2. Απαιτήσεις ασφάλειας ή ανάγκες ασφάλειας: Οι ανάγκες ασφάλειας αφορούν την προστασία και την επιβίωση από χαοτικές καταστάσεις, κοινωνικές διαταραχές και σωματικούς κινδύνους στο ανθρώπινο περιβάλλον. Τα παραδείγματα χαοτικών καταστάσεων και κοινωνικής αναταραχής είναι κοινοτικές κρίσεις, συγκρούσεις, πόλεμοι, αστικές αναταραχές, ταραχές, μαχητικότητα, τρομοκρατία, απαγωγές, ένοπλες ληστείες, δολοφονίες μεταξύ άλλων, που συνήθως απειλούν την ειρηνική συνύπαρξη και την αρμονική ζωή των ανθρώπων σε διάφορες κοινότητες της κοινωνίας στο σύγχρονο περιβάλλον.

3. Αγάπη και κυριότερες ανάγκες ή κοινωνικές ανάγκες: Προφανώς, όταν άνθρωποι σε διάφορες κοινότητες αισθάνονται αρκετά ασφαλείς σε ένα περιβάλλον, η τάση είναι ότι αισθάνονται την ανάγκη ταυτοποίησης να ανήκουν σε μια κοινωνική οργάνωση οικογένειας, κοινότητας, οργανισμού που βασίζεται στην κοινότητα (CBO) μεταξύ άλλων στην κοινωνία. Αυτό, αναμφίβολα, τους βοηθά να συνεισφέρουν εύλογα στην ανάπτυξη της κοινότητας στην κοινωνία. Ο Mulwa (2008) παρατηρεί ότι όταν οι άνθρωποι αισθάνονται αρκετά ασφαλείς, τότε είναι που τείνουν να ανησυχούν για να ανήκουν σε μια κοινωνική ομάδα όπου μπορούν να αγαπήσουν και να αγαπηθούν στην κοινωνία.

4. Εκτιμήσεις και ανάγκες Prestige ή ανάγκες Εγώ: Οι ανάγκες εκτίμησης και Prestige μπορούν εξίσου να αναφέρονται ως ανάγκες Εγώ στο ανθρώπινο περιβάλλον. Είναι πάντα φυσικό οι άνθρωποι να αναζητούν την εκτίμηση και το κύρος στο ανθρώπινο περιβάλλον, όταν είναι προφανές ότι αισθάνονται ασφαλείς στις αντίστοιχες κοινωνικές ομάδες τους, όπως οικογενειακή ομάδα, κοινωνική ομάδα, κοινοτική ομάδα, ομάδα εργασίας, ομάδα συναδέλφων, ομάδα φίλων, μεταξύ άλλων στις διάφορες κοινότητές τους στην κοινωνία.

5. Αυτο-πραγματοποίηση: Η αυτοπραγματοποίηση είναι το πέμπτο επίπεδο ανάγκης στην ιεραρχία των αναγκών του Abraham Maslow, που ασχολείται με την επιθυμία των ανθρώπων να αναπτύξουν τα ταλέντα και τις δυνατότητές τους που κρύβονται μέσα τους. Οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης ή αυτοπραγματοποίησης βοηθούν τους ανθρώπους να αναπτύξουν την επιθυμία, να εκμεταλλευτούν όλα τα ταλέντα τους που είναι κρυμμένα μέσα τους. Αυτό είναι στην πραγματικότητα το επίτευγμα της αυτοπραγματοποίησης ή των αναγκών αυτοπραγμάτωσης, όπως υποστηρίζει ο Αβραάμ Μάσλοου στην ιεραρχία των ανθρώπινων αναγκών στην κοινωνία.

6. Κατανόηση της ανάγκης - Η κατανόηση είναι το έκτο επίπεδο ανάγκης στην ιεραρχία των αναγκών του Abraham Maslow που ασχολείται με την επιθυμία των ανθρώπων "να γνωρίζουν" μέσα στο ανθρώπινο περιβάλλον. Αυτό υπενθυμίζει στα ανθρώπινα όντα την επείγουσα ανάγκη να αποκτήσουν σχετικές γνώσεις, δεξιότητες, πληροφορίες και στάση, προκειμένου να τους επιτρέψουν να λειτουργούν πολύ αποτελεσματικά σε διάφορα κοινωνικά ανθρώπινα περιβάλλοντα και να τους βοηθήσουν να είναι σε θέση να συνεισφέρουν τη δική τους μικρή ποσόστωση στην επανατοποθέτηση των διαφόρων κοινοτήτων τους μέσω της συμβολής τους στην προώθηση της κοινοτικής ανάπτυξης. Η απόκτηση σχετικών γνώσεων, δεξιοτήτων, πληροφοριών και στάσης μέσω της **οργάνωσης της εκπαίδευσης**, θα βοηθήσει τους παραλήπτες σε κοινοτικό επίπεδο να δουν πώς οι αποκτηθείσες γνώσεις θα βοηθήσουν αυτή την συμμετοχή τους.

7. Αισθητικές ανάγκες: Οι αισθητικές ανάγκες αναφέρονται στην επιθυμία για απόλαυση και προώθηση της ομορφιάς του ανθρώπινου περιβάλλοντος. Οι Anyanwu, Omolewa, Adeyeri, Okanlawon και Siddiqui (1985), παρατηρούν ότι οι αισθητικές ανάγκες είναι η επιθυμία των ανθρώπων να απολαύσουν και να καλλιεργήσουν την ομορφιά του περιβάλλοντός τους στην κοινωνία. Το επίκεντρο των αισθητικών αναγκών είναι να συνειδητοποιήσουν οι άνθρωποι την ανάγκη να αγαπήσουν και να κατανοήσουν αυτή την ανάγκη τους.

3.5.2 ΘΕΩΡΙΑ ΑΥΤΟΠΡΑΓΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, ΤΟΥ C. ROGERS

Η πιο σημαντική συμβολή του Rogers στην επιστήμη της προσωπικότητας είναι η θεωρία του εαυτού. Η κύρια επαγγελματική του εστίαση ήταν η διαδικασία της

ψυχοθεραπείας. Ο Ρότζερς δεσμεύτηκε να καταλάβει πώς μπορεί να συμβεί η αλλαγή της προσωπικότητας. Η διαδικασία αλλαγής της προσωπικότητας ήταν η μεγαλύτερη ανησυχία του (McLeod, 2007). Η θεωρία της προσωπικότητας του Rogers εστιάζει βασικά στην **έννοια του εαυτού ή της αυτο-έννοιας**. Η αυτο-έννοια ορίζεται ευρέως ως η τάση του ατόμου να ενεργεί με τρόπους που βοηθούν τον εαυτό του, κάτι που οδηγεί στη διαφοροποίησή του. Συνεπώς διαφοροποιείται και συνειδητοποιεί ότι οι προσωπικές εμπειρίες, συμβολίζουν την προσωπική έννοια του ατόμου-εαυτού. Όσον αφορά την έρευνά του σχετικά με την έννοια του εαυτού, είναι κεντρικό **στην πελατοκεντρική θεωρία της θεραπείας και της προσωπικότητας**. Μια μέθοδος που χρησιμοποιούσε συχνά για το σκοπό αυτό ήταν η τεχνική Q (Stephenson, 1953) και Q-είδος του εαυτού, προσαρμοσμένη για τη μελέτη του εαυτού. Για τον Rogers, τα υγιή άτομα είναι άτομα που μπορούν να αφομοιώσουν τις εμπειρίες τους στην αυτοδομή τους (Cervone & Pervin, 2008). Σε κάποιο βαθμό, εξήγησαν ότι τα άτομα είναι ανοιχτά σε εμπειρίες, μια συμφωνία μεταξύ του εαυτού και της εμπειρίας και αντιθέτως, τα νευρωτικά άτομα δεν ταιριάζουν με την οργανική εμπειρία. Είναι σε θέση να αρνηθούν τη συνειδητοποίηση σημαντικών αισθητηριακών και συναισθηματικών εμπειριών.

Υπάρχουν μερικοί ακόλουθοι όροι που ο Rogers εκμεταλλεύτηκε στη θεωρία του. Αυτοί είναι:

Πραγματικός εαυτός (αυτο-εικόνα). Περιλαμβάνει την επιρροή της εικόνας του σώματός μας εγγενώς. Πώς βλέπουμε τον εαυτό μας, το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την καλή ψυχολογική υγεία. Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να αντιληφθούμε τον εαυτό μας ως όμορφο ή άσχημο, καλό ή κακό άτομο. Η αυτο-εικόνα επηρεάζει άμεσα το πώς αισθάνεται, σκέφτεται και ενεργεί ένα άτομο στον κόσμο.

Ιδανικός εαυτός. Περιγράφει εν συντομία τις προσπάθειές μας να επιτύχουμε στους στόχους ή τα ιδανικά μας. Με άλλα λόγια, είναι οι δυναμικές φιλοδοξίες και οι στόχοι μας. Αυτό μπορεί να μην ισχύει για την παιδική ηλικία που δεν είναι ο ιδανικός εαυτός του ανθρώπου, κλπ (McLeod, 2007).

Πλήρως λειτουργικό άτομο. Εάν οι άνθρωποι είναι σε θέση να λειτουργήσουν πλήρως τις διαδικασίες αξιολόγησής τους, σίγουρα θα αρχίσουν να βιώνουν την αυτο-κίνηση και την ανάπτυξη προς την πραγματοποίηση των δυνατοτήτων τους. Το άτομο που είναι σε θέση να αυτο-πραγματοποιηθεί, ονομάζεται **πλήρως λειτουργικό**

άτομο (Rogers, 1961). Σύμφωνα με την ορολογία του Rogers, τα άτομα θα κινηθούν προς να γίνουν πλήρως λειτουργικά. Το πλήρως λειτουργικό άτομο, για τον Rogers, είναι καλά ισορροπημένο, καλά προσαρμοσμένο και δείχνει ενδιαφέρον να γνωρίζει και να μαθαίνει (McLeod, 2007).

Οι συνθήκες της αξίας και της αυτοαξίας. Το άτομο μαθαίνει να διαφοροποιεί με τον ίδιο τρόπο τις προσωπικές του εμπειρίες, καθώς βιώνει τις διαφορές των άλλων ανθρώπων από τις δικές του, ως άνισα αξία θετικών εκτιμήσεων (Nelson-Jones, 2000). Αυτό ονομάζεται **κατάσταση αξίας**, μια συνθήκη που καθορίζει την εκτίμηση ενός ατόμου για θετικές αυτοεκτιμήσεις. Σύμφωνα με τον Rogers, οι συνθήκες αξίας προκαλούνται από εμπειρίες υπό όρους. Επιπλέον, οι συνθήκες αξίας μπορεί να καθιστούν αδύνατο ένα άτομο να ικανοποιήσει ταυτόχρονα τόσο την ανάγκη για θετικό αυτοσεβασμό όσο και τις ανάγκες του συνολικού οργανισμού, όπως εξηγείται από μια οργανική διαδικασία αποτίμησης (Anderson, 1998).

Ακατάλληλες συμπεριφορές προκύπτουν από ασυμφωνία (Rogers, 1961). Στο βαθμό, που οι συμπεριφορές είναι συνεπείς με την αυτο-έννοια συμβολίζονται αληθινά. Εκείνες που είναι ασυνεπείς με συνθήκες αξίας είτε αρνούνται είτε παραμορφώνονται πλήρως στην ευαισθητοποίηση. Η ασυνέπεια της εμπειρίας δείχνει μια βασική ασυνέπεια στον εαυτό. Ο Rogers (1956) υπέθεσε ότι όταν συμβαίνει αυτό, **το άγχος** είναι το αποτέλεσμα μιας **ασυμφωνίας μεταξύ της εμπειρίας και της αντίληψης του εαυτού**. Στη συνέχεια, ένα άτομο τείνει να εμπλακεί σε αμυντική διαδικασία. Από αυτήν την άποψη, η αμυντική πράξη συμβαίνει λόγω του ότι ένα άτομο βιώνει απειλές. Στην πραγματικότητα, ο Rogers ισχυρίστηκε ότι η αμυντική πράξη δεν είναι ενάντια στις κινητήριες δυνάμεις στην ταυτότητα, αλλά ενάντια στην «απώλεια μιας συνεπούς, ολοκληρωμένης αίσθησης του εαυτού» (Cervone & Pervin, 2008).

Ενεργοποίηση της τάσης. Η κατανόηση της προσωπικότητας, σύμφωνα με τον ανθρωπιστή ψυχολόγο, είναι πολύ διαφορετική από την ψυχανάλυση και τη συμπεριφορική ψυχολογία. Η προσωπικότητα είναι μια διαδικασία απόκτησης μιας όλο και πιο ακριβούς αυτο-έννοιας παρά μια περιγραφή των αναπτυξιακών σταδίων και εργασιών. Ο Rogers (1951) εστίασε κυρίως αυτή την ιδέα στην ποικίλη και παρατεταμένη εμπειρία του με τα προβληματικά άτομα στη θεραπεία. Για τον Rogers, οι μελέτες, μαζί με την κλινική του εμπειρία, έδειξαν ότι υπάρχει μια κατεύθυνση τάσης σε καθέναν από εμάς να μεγαλώνουμε, να αναζητούμε νέες και ποικίλες

εμπειρίες. Ο ίδιος δηλώνει ότι «ο οργανισμός έχει μια βασική τάση και προσπαθεί να πραγματοποιήσει, να διατηρήσει και να ενισχύσει τον βιώσιμο οργανισμό» (Rogers, 1951, p.487). Η τάση υλοποίησης έχει δύο διακρίσεις: Τη ψυχολογική και τη βιολογική άποψη. Η ψυχολογική προσέγγιση σημαίνει την ανάπτυξη δυνατοτήτων που μας κάνουν να βλέπουμε τους ανθρώπους πιο αξιόλογους. Η βιολογική προσέγγιση περιλαμβάνει κίνητρα για την ικανοποίηση των βασικών μας αναγκών, την ανάγκη για τροφή, νερό και αέρα. Στο επιχείρημα του Rogers τόσο παρόμοιο με το έργο του Maslow, όλοι είναι βασικά καλοί και δημιουργικοί. Πίστευε ότι η τάση πραγματοποίησης είναι επιλεκτική και εποικοδομητική. Είναι μια κατευθυντική τάση. **Οι άνθρωποι αναπτύσσουν την έμφυτη καλοσύνη τους, εάν η κοινωνία ενεργεί απέναντί τους με ενθαρρυντικό και υποστηρικτικό τρόπο.** Με άλλα λόγια, όταν μια ισχυρή αυτο-έννοια ή εξωτερικό περιβάλλον υποστηρίζει τη διαδικασία αποτίμησης, γίνονται εποικοδομητικές οι τάσεις. Ο Ρότζερς πίστευε ότι πρέπει να είναι σε κατάσταση συνάφειας για να επιτευχθεί αυτοπραγματοποίηση σε ένα άτομο, δηλαδή ο ιδανικός εαυτός του ατόμου (που θα ήθελε να είναι) να είναι σύμφωνος με την εικόνα του εαυτού του (πραγματική συμπεριφορά). Ο Rogers περιγράφει ένα τέτοιο άτομο ως ένα πλήρως λειτουργικό άτομο (McLeod, 2007).

3.5.3 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ- SKINNER).

Ένας δημοφιλής Αμερικανός πειραματικός ψυχολόγος, ο Skinner, σχετίζεται με την εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA), η οποία μελετά τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και περιβάλλοντος (Sapp, 2009). Για παράδειγμα, το ABA προτείνει ότι τα γεγονότα έχουν κοινωνική σημασία, ενώ οι συμπεριφορές είναι τα πράγματα που κάνουμε. Σε αντίθεση με ορισμένους άλλους συμπεριφοριστές, ο Skinner ενέκρινε μια φιλοσοφία της επιστήμης που ονομάζεται **ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός**, η οποία είναι μια προσπάθεια να εξηγηθεί η συμπεριφορά χρησιμοποιώντας μόνο φυσικά απρόβλεπτα που έχουν επιβίωση, ενίσχυση και κοινωνικούς εξελικτικούς δεσμούς. Επιπλέον, ο ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός είναι μια ριζική απομάκρυνση από άλλες μορφές συμπεριφορισμού και μεθοδολογικού συμπεριφορισμού.

Σύμφωνα με τον Skinner (1988), **τα συναισθήματα είναι προϊόντα των εμπειριών κάποιου και είναι υποπροϊόντα ενίσχυσης**. Τόνισε αυτό το σημείο δηλώνοντας ότι οι άνθρωποι δεν κλαίνε γιατί είμαστε λυπημένοι, αλλά επειδή κάτι έχει συμβεί. Επιπλέον, σε αντίθεση με άλλους συμπεριφοριστές, ο Skinner δεν αγκαλιάζει τον θετικισμό ή τον περιβαλλοντικό ντετερμινισμό (δηλαδή την έννοια ότι το περιβάλλον καθορίζει πλήρως τη συμπεριφορά). Τέλος, ο ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός είναι μια προσπάθεια να ληφθεί υπόψη ο συμπεριφορισμός εντελώς από απόψεως φυσικών απρόβλεπτων, όπως επιβίωση, ενίσχυση και κοινωνική εξέλιξη. Ο Sarr (2009) υποστήριξε ότι η μορφή θεραπείας συμπεριφοράς του Skinner τροποποιεί τα προηγούμενα, τις συνέπειες ή και τα δύο. Ο Skinner περιέγραψε ένα μοντέλο ABC μιας χρονικής ακολουθίας προγενέστερων, συμπεριφορών και συνεπειών. Όχι όλα τα προηγούμενα αλλά μόνο ένας μικρός αριθμός προηγούμενων και συνεπειών επηρεάζουν τη συμπεριφορά.

Μια ενδιαφέρουσα περιοχή της προσέγγισης του Skinner που ονομάζεται **λειτουργική προετοιμασία** είναι ο έλεγχος ερεθίσματος. Πρώτον, η λειτουργική ρύθμιση σημαίνει ότι ένας οργανισμός λειτουργεί στο περιβάλλον και **ο έλεγχος των ερεθισμάτων είναι εκεί όπου οι ενδείξεις θέτουν το στάδιο για συμπεριφορές που θα προκύψουν**. Οι οδηγίες χρησιμοποιούνται για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, όταν κάποιος λέει «καθίστε» σε ένα μικρό παιδί και το μικρό παιδί κάθεται, το μικρό παιδί ανταποκρίνεται σε στοιχεία που καθοδηγούν τη συμπεριφορά. Επιπλέον, όταν ένας διαφορετικός μαθητής ενδιαφέρεται να σπουδάσει, τα σκηνικά είναι σημαντικά. Αυτά τα ρυθμιστικά γεγονότα είναι περιβαλλοντικές συνθήκες που προκαλούν μια συμπεριφορά. Για παράδειγμα, ένα ήσυχο δωμάτιο, απαλλαγμένο από απόσπαση της προσοχής, ευνοεί τη μελέτη. Ένας θεραπευτής συμπεριφοράς Skinnerian, θα ψάξει για προηγούμενα και συνέπειες που προκαλούν μια προβληματική συμπεριφορά.

Αυτές είναι πιθανές συνθήκες διατήρησης που τροποποιούνται. Συνοπτικά, ο Skinner τόνισε ότι οι συμπεριφορές επηρεάζονται από περιβαλλοντικά γεγονότα και συνέπειες. Ο **ριζοσπαστικός συμπεριφορισμός του Skinner** βασίζεται στην ιδιογραφική προσέγγιση και δεν επιμένει στην αλήθεια με συμφωνία. Μπορεί να εξετάσει ιδιωτικά γεγονότα, αλλά χωρίς αιτιακό συμπέρασμα. Επιπλέον, αυτό που είναι ριζοσπαστικό στη θέση του Skinner είναι ότι έβλεπε συναισθήματα, σκέψεις και ιδιωτικά γεγονότα ως συμπεριφορές όπως άλλες συμπεριφορές που έχουν

περιβαλλοντική, εξελικτική και βιολογική προέλευση (Sapp, 2009). Παρόλο που ο Σκίνερ θεωρούσε τον εαυτό του ως μη θεωρητικό, ανέπτυξε τη θεωρία της οργανολογικής ρύθμισης, ακολουθώντας το έργο του πειραματικού ψυχολόγου ζώων, Έντουαρντ Λι Τόρνντεϊκ (1874-1949).

Ο Σκίνερ δεν έβλεπε την αξία να δίνει αιτιώδη έμφαση στις γνώσεις, τα συναισθήματα ή τη νευροψυχολογία. Τόνισε την υπεροχή της συμπεριφοράς ή τη σχέση μεταξύ του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς. Πίστευε επίσης ότι **οι γνώσεις και τα συναισθήματα είναι υποπροϊόντα της συμπεριφοράς ή των απαντήσεων σε πράγματα που είχαν συμβεί μέσα στο περιβάλλον**. Επιπλέον, ο Skinner αποδέχθηκε την εξελικτική θεωρία και πίστευε ότι πολλές συμπεριφορές αποτελούν μέρος της εξελικτικής διαδικασίας (Vandenbos, 2007).

Θεώρησε την οικοδόμηση της συναισθηματικής ικανότητας ως την ικανότητα ενός διαφορετικού μαθητή να εκφράσει τα συναισθήματά του με βάση τα προηγούμενα και τις συνέπειες. Βασικά, ο διαφορετικός μαθητευόμενος διαμορφώνει τη συμπεριφορά του μέσω λειτουργικών και εξελικτικών συνθηκών. Σε αντίθεση με τους συναισθηματικούς θεωρητικούς, **ο Skinner θεώρησε την οικοδόμηση της συναισθηματικής ικανότητας ως συμπεριφορά**. Θα θεωρηθεί ως **υποπροϊόν της ενίσχυσης σύνθετων συμπεριφορών**. Είναι σαφές ότι οι προσεγγίσεις στη θεραπεία συμπεριφοράς, που βασίζονται στη θεωρία του Skinner, είναι κάτι περισσότερο από αλληλεπιδράσεις απόκρισης (Skinner, B. F. 1988).

3.5.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ (E.ERIKSON)

Η θεωρία της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erik Erikson είναι η πρώτη, και αναμφισβήτητα άσκησε μεγάλη επιρροή, στη θεωρία της ζωής για την ανάπτυξη. Τα γραπτά του Erikson είναι εκτεταμένα και περίπλοκα, καλύπτοντας αρκετά εννοιολογικό έδαφος. Συνδύασε λεπτομερείς θεραπείες με ασαφείς διακηρύξεις και επέστρεψε στα ίδια θέματα επανειλημμένα καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας του. Αυτές οι ιδιότητες της δουλειάς του οδήγησαν ορισμένους να αναφέρουν ότι το έργο του είχε ιδιότητες «Rorschach - like», όπου διαφορετικοί αναγνώστες μαζεύουν και ερμηνεύουν τα λόγια του με βάση τα δικά τους ενδιαφέροντα και απόψεις.

Ο Erikson επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την ψυχαναλυτική θεωρία ανάπτυξης του Φρόιντ, αλλά την επέκτεινε με δύο ουσιαστικούς τρόπους. Πρώτον, η εστίαση του Φρόιντ περιορίστηκε στην παιδική ηλικία, υποστηρίζοντας ότι το μεγαλύτερο μέρος της προσωπικότητας σχηματίζεται γύρω στα πέντε χρόνια (ακολουθώντας το φαλλικό στάδιο). Αντιθέτως, ο **Erikson ανέπτυξε μια θεωρία διάρκειας ζωής**. Δηλαδή, θεωρούσε τη φύση της προσωπικότητας να αναπτύσσεται καθώς ξεδιπλώνεται από τη γέννηση έως τα γηρατειά. Δεύτερον, η θεωρία του Φρόιντ θεωρείται ψυχοσεξουαλική θεωρία ανάπτυξης, τονίζοντας τη σημασία των σεξουαλικών οδηγών και των γεννητικών οργάνων στον τρόπο ανάπτυξης των παιδιών. Η θεωρία του Erikson **θεωρείται ψυχοκοινωνική**, τονίζοντας τη σημασία των κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων σε όλη τη διάρκεια ζωής (Friedman, L. J., 2000).

Παρά την αποχώρηση του Erikson από τη σεξουαλική υπεροχή της θεωρίας του Freud, η θεωρία του Erikson είναι αναμφίβολα μια ψυχαναλυτική θεωρία που επηρεάζεται έντονα από τον Freud. Ωστόσο, παρόλο που οι κοινωνικές εντάσεις επισημαίνονται πάνω από τις σεξουαλικές εντάσεις, η θεωρία του Erikson εξακολουθεί να διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο για τη σεξουαλική ορμή, τις ορμόνες που επιρρεάζουν το άτομο στην σεξουαλικότητα του και το ασυνείδητο. Έτσι, η θεωρία του Erikson είναι λίγο πιο επεκτατική από την Freud's. Αντιπροσωπεύει ένα μεγαλύτερο εύρος ψυχολογικών τομέων (π.χ. σεξουαλικό και κοινωνικό), καθώς και ένα πολύ μεγαλύτερο κομμάτι της διάρκειας ζωής (δηλαδή, όλα). Η πιο γνωστή πτυχή της θεωρίας του Erikson είναι η περιγραφή **οκτώ θεμελιωδών ψυχοκοινωνικών εντάσεων** που πρέπει να ισορροπήσουν τα άτομα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Friedman, L. J., 2000).

Για αυτόν τον λόγο, εστιάζουμε σε αυτήν την πτυχή της θεωρίας του σε αυτό το κεφάλαιο. Οι οκτώ εντάσεις αναφέρονται συχνά ως «στάδια». Η χρήση της σκηνικής αντίληψης για τον χαρακτηρισμό των εντάσεων, ωστόσο, οδήγησε σε εκτεταμένη παρανόηση μιας κρίσιμης πτυχής της θεωρίας του Erikson. Το να σκεφτόμαστε τις εντάσεις ως στάδια μπορεί να οδηγήσει σε πεποίθηση ότι οι εντάσεις συμβαίνουν σε μια συγκεκριμένη ακολουθία, μπορεί να μην γίνουν σχετικές μέχρι τον χρισμένο χρόνο τους και να μην ανησυχούμε πλέον όταν η ένταση έχει «επιλυθεί». Αυτό απέχει πολύ από την υπόθεση. Αντίθετα, ο Erikson υποστήριξε ότι και οι οκτώ από τις εντάσεις υπάρχουν σε άτομα σε όλα τα σημεία της διάρκειας ζωής, αλλά ότι οι

συγκεκριμένες εντάσεις είναι εμφανείς σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Έτσι, μια συγκεκριμένη ένταση θα εκδηλωθεί πριν από την πρωτογενή αναπτυξιακή της περίοδο και θα συνεχίσει να ισχύει μετά (Friedman, L. J., 2000).

Ο Erikson πρότεινε ότι η περίοδος της εφηβείας και της νεαρής ενηλικίωσης ήταν η κύρια αναπτυξιακή περίοδος για την επίλυση της έντασης ταυτότητας. Ωστόσο, ζητήματα που σχετίζονται με την ταυτότητα μπορούν σίγουρα να προκύψουν πριν από την εφηβεία, η οποία υποστηρίζεται από εκτεταμένη έρευνα σχετικά με την αυτοαναγνώριση καθρεφτών, την αυτο-άλλη ένταξη και τις προτιμήσεις ρόλου, ζητήματα που προκύπτουν από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή. Ομοίως, οι ταυτότητες των ατόμων δεν επιτυγχάνονται, ολοκληρώνονται ή δεν αλλάζουν μετά τη νεανική ενηλικίωση. Τόσο οι κανονιστικές (π.χ. γάμος, παιδιά) όσο και οι μη κανονιστικές (π.χ. διαζύγιο, απώλεια θέσεων εργασίας) μπορούν να οδηγήσουν σε συνεχιζόμενη διαπραγμάτευση ταυτότητας στην ενηλικίωση.

Σε γενικές γραμμές, από την Ερικσονική προοπτική, καμία πτυχή της ανάπτυξης δεν είναι ποτέ πραγματικά «πλήρης». Σε σύγχρονους όρους, **οι οκτώ ψυχοκοινωνικές εντάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως αναπτυξιακά καθήκοντα**. Τα αναπτυξιακά καθήκοντα είναι διαδεδομένα, αν όχι καθολικά, ψυχολογικά ζητήματα που τα άτομα πρέπει να αντιμετωπίσουν και να επιλύσουν προκειμένου να πραγματοποιήσουν μια υγιή ανάπτυξη. Το να σκεφτόμαστε τις οκτώ εντάσεις ως αναπτυξιακά καθήκοντα μας βοηθά να κατανοήσουμε τα ψυχολογικά ζητήματα που είναι ιδιαίτερα εμφανή σε άτομα, σε διαφορετικά σημεία της ζωής τους (Friedman, L. J., 2000).

Ένα ερώτημα που εμφανίζεται συχνά είναι **ο ρόλος της ηλικίας** στη θεωρία του Erikson. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ένα βασικό χαρακτηριστικό της θεωρίας είναι ότι καλύπτει τη διάρκεια ζωής. Επειδή είναι μια θεωρία διάρκειας ζωής, που αποτελείται από οκτώ διαβαθμισμένες εντάσεις ηλικίας, υπάρχει συχνά η επιθυμία να εκχωρηθούν συγκεκριμένες ηλικιακές περιοχές σε κάθε μια από τις εντάσεις. Ωστόσο, αυτό δεν είναι δυνατό. Δεν υπάρχουν δύσκολες και γρήγορες εποχές στις οποίες κάθε ένταση αυξάνεται και πέφτει στο παρασκήνιο. Αυτό ισχύει για τρεις βασικούς λόγους. Πρώτον, όπως αναφέρθηκε, και οι οκτώ εντάσεις υπάρχουν σε όλα τα σημεία ανάπτυξης. Δεύτερον, υπάρχουν ατομικές διαφορές στο μήκος και την ένταση με την οποία τα άτομα εμπλέκονται σε κάθε ένταση. Για μερικούς, η ένταση της ταυτότητας είναι ιδιαίτερα προκλητική και μακροχρόνια, ενώ για άλλους είναι η

ένταση της οικειότητας που παρατείνεται. Τρίτον, παρά τις εκτεταμένες πεποιθήσεις, ο Erikson έδωσε ιδιαίτερη προσοχή **στο πολιτιστικό πλαίσιο** της πορείας της ζωής, ιδιαίτερα μεταξύ περιθωριοποιημένων ομάδων στις Η.Π.Α. (π.χ. γυναίκες, Αφροαμερικάνοι, Ιθαγενείς Αμερικανοί) και πώς οι πολιτιστικοί παράγοντες διαμόρφωσαν την πορεία της ζωής (Friedman, L. J., 2000).

3.5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ (J.ROTTER, A.BANDURA).

Όταν ο Ρότερ ανέπτυξε τη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, η κυρίαρχη προοπτική στην κλινική ψυχολογία εκείνη την εποχή ήταν η Ψυχανάλυση του Φρόιντ, η οποία επικεντρώθηκε στα ενστικτώδη κίνητρα των ανθρώπων ως καθοριστική συμπεριφορά. Τα άτομα θεωρήθηκαν αφελείς στις ασυνείδητες παρορμήσεις τους και η θεραπεία απαιτούσε μακροχρόνια ανάλυση της εμπειρίας της παιδικής ηλικίας. Ακόμη και οι μαθησιακές προσεγγίσεις εκείνη την εποχή κυριαρχούνταν από τη **θεωρία της κίνησης, η οποία έκρινε ότι οι άνθρωποι παρακινούνται από φυσιολογικά ερεθίσματα που πιέζουν το άτομο να τα ικανοποιήσει**. Στην ανάπτυξη της Θεωρίας Κοινωνικής Μάθησης, ο Ρότερ απέφυγε την Ψυχανάλυση με βάση το ένστικτο και τη συμπεριφορά που βασίζεται στην κίνηση. Πίστευε ότι μια ψυχολογική θεωρία πρέπει να έχει μια ψυχολογική κινητήρια αρχή.

Ο Ρότερ επέλεξε τον **εμπειρικό νόμο του αποτελέσματος** ως παρακινητικό παράγοντα. Ο **νόμος της επίδρασης** αναφέρει ότι οι άνθρωποι έχουν κίνητρο να αναζητήσουν θετική διέγερση ή ενίσχυση και να αποφύγουν δυσάρεστη διέγερση. (Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012).

Ο Ρότερ συνδύαζε τον συμπεριφορισμό και τη μελέτη της προσωπικότητας, χωρίς να βασίζεται σε φυσιολογικά ένστικτα ή κίνητρα ως κινητήρια δύναμη. Η κύρια ιδέα στη θεωρία κοινωνικής μάθησης του Julian Rotter είναι ότι η **προσωπικότητα αντιπροσωπεύει μια αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του**. Δεν μπορεί κανείς να μιλήσει για μια προσωπικότητα, εσωτερική για το άτομο που είναι ανεξάρτητο από το περιβάλλον. Ούτε μπορεί να επικεντρωθεί στη συμπεριφορά ως αυτόματη απάντηση σε ένα αντικειμενικό σύνολο περιβαλλοντικών ερεθισμάτων (Rotter, J. B., et al., 1992 & Τσαμπαρλή, Α., 2011).

Αντίθετα, για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά, πρέπει να λάβουμε υπόψη τόσο το άτομο (δηλ. το ιστορικό της μάθησης και τις εμπειρίες του) όσο και το περιβάλλον (δηλαδή, αυτά τα ερεθίσματα που το άτομο γνωρίζει και ανταποκρίνεται). Ο Ρότερ περιγράφει την προσωπικότητα ως ένα σχετικά σταθερό σύνολο δυνατοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων με συγκεκριμένο τρόπο. Ο Ρότερ βλέπει την προσωπικότητα και συνεπώς τη συμπεριφορά, όπως πάντα να αλλάζει: *"Αλλάζτε τον τρόπο σκέψης του ατόμου ή αλλάζτε το περιβάλλον στο οποίο ανταποκρίνεται το άτομο και η συμπεριφορά θα αλλάξει"*. Δεν πιστεύει ότι υπάρχει μια κρίσιμη περίοδος μετά την οποία ορίζεται η προσωπικότητα.

Όμως, όσο περισσότερη εμπειρία δημιουργείται στη ζωή, ορισμένα σύνολα πεποιθήσεων, τόσο περισσότερη προσπάθεια και παρέμβαση απαιτείται για να συμβεί αλλαγή. Ο Ρότερ συλλαμβάνει τους ανθρώπους με αισιόδοξο τρόπο. Τους βλέπει να προσελκύονται από τους στόχους τους, επιδιώκοντας να μεγιστοποιήσουν την ενίσχυση τους, αντί να αποφεύγουν την τιμωρία. Ο Ρότερ έχει **τέσσερα βασικά στοιχεία στο μοντέλο της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης** που προβλέπει τη συμπεριφορά. Αυτά είναι: δυναμικό συμπεριφοράς, προσδοκία, αξία ενίσχυσης και η ψυχολογική κατάσταση (Rotter, J. B., et al., 1992).

Ο Albert Bandura ανέπτυξε **την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία** με βάση την έννοια ότι η μάθηση επηρεάζεται από γνωστικούς, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Bandura, 1991). Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ψυχολογικές θεωρίες που έδωσαν έμφαση στη μάθηση μέσω της άμεσης εμπειρίας, ο Bandura υποστήριξε ότι σχεδόν **όλα τα μαθησιακά φαινόμενα μπορούν να προκύψουν παρατηρώντας τη συμπεριφορά και τη συνέπεια άλλων ανθρώπων (Bandura, 1986)**. Ο Bandura υποστήριξε ότι η διαδικασία της μάθησης διέπεται από **τέσσερις βασικές πτυχές: προσοχή, διατήρηση, αναπαραγωγή και κίνητρα**. Η **προσοχή** είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι άνθρωποι παρατηρούν επιλεκτικά και εξάγουν πληροφορίες από τις τρέχουσες μοντελοποιημένες δραστηριότητες (Wood & Bandura, 1989). Η **διατήρηση** περιλαμβάνει μια διαδικασία «μετατροπής και αναδιάρθρωσης πληροφοριών με τη μορφή κανόνων και αντιλήψεων» (σελ. 362) και αποθήκευση των πληροφοριών στη μνήμη. Η **αναπαραγωγή** είναι η πράξη της εκτέλεσης της πραγματικής συμπεριφοράς που παρατηρήθηκε. Η τέταρτη πτυχή αφορά τα **κίνητρα** που ωθούν τον μαθητή στην προσοχή, την πρακτική και τη διατήρηση (εσωτερική παρώθηση) Σόλμαν, Μ. Καλύβα, Φ. (2008).

3.5.6 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΤΥΧΙΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΧΙΩΝ ΤΩΝ A.W.COMBS ΚΑΙ D.SNYGG.

Η φιλοσοφία τους για την κατανόηση της ατομικής συμπεριφοράς και των εξηγήσεών τους, είναι τα μικρόφωνα με τα οποία τα άτομα δέχονται ένταση και παρέχουν ένα πλαίσιο αναφοράς που φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμο σε μια κλινική διάγνωση. Παρέχεται μια σύντομη περίληψη της άποψης τους. Υποθέτουν ότι η συμπεριφορά καθορίζεται από το φαινομενικό πεδίο του ατόμου. Το φαινομενικό πεδίο είναι μια λειτουργία του οργανισμού και δεν μπορεί να παρατηρηθεί άμεσα. Είναι «ολόκληρο το σύμπαν, συμπεριλαμβανομένου του ίδιου του ατόμου, όπως βιώνει το άτομο τη στιγμή της δράσης».

Η διατήρηση του φαινομενικού εαυτού θεωρείται βασική ανάγκη. Η προσπάθεια ικανοποίησης εξαρτάται από το επίπεδο και τον μοναδικό χαρακτήρα των αντιλήψεων του ατόμου. Εάν αυτά καταλήγουν σε συμπεριφορά που επαρκεί για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις της ζωής, το άτομο θα αισθανθεί χαρούμενο και αποτελεσματικό και θα λειτουργήσει με μικρή διαταραχή. Εάν είναι ανεπαρκής, θα αισθανθεί δυστυχισμένος, απογοητευμένος και αναποτελεσματικός. **Το συναίσθημα που προκύπτει όταν απειλούνται ή εξαλειφθούν οι ανάγκες ονομάζεται άγχος.** Η εκμάθηση της ανάγνωσης είναι ένα κρίσιμο και δύσκολο έργο. Η επιτυχία ή η αποτυχία σε αυτήν την προσπάθεια έχει εκτεταμένες κοινωνικές συνέπειες (Combs, 1959).

3.5.7 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ J.ADAMS ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗΣ E. DECI & R. RYAN" .

Ο Adams (1965) ορίζει την ανισότητα ως: «η ανισότητα υπάρχει για το άτομο κάθε φορά που αντιλαμβάνεται ότι η αναλογία των αποτελεσμάτων του προς τις εισροές και η αναλογία των αποτελεσμάτων των άλλων προς τις άλλες εισόδους είναι άνιση». Ακολουθεί ότι η ανισότητα προκύπτει όχι μόνο όταν ένα άτομο είναι υπο-ωφελημένο, αλλά και όταν είναι υπερβολικό το όφελος από αυτό. Ένα σημαντικό ζήτημα της θεωρίας της δικαιοσύνης είναι η έμφαση στην ατομική αντίληψη για το τι υπάρχει, παρόλο που μπορεί να μην είναι πραγματικό. Η αντίληψη της ανισότητας βασίζεται στη σύγκριση της αναλογίας του ατόμου με την αναλογία σύγκρισης με άλλους (π.χ.,

όταν ένας υπάλληλος σε άλλη πολιτεία λαμβάνει 4000 ευρώ επιπλέον για την ίδια εργασία, δεν υφίσταται ανισότητα, αλλά ένας συνεργάτης στην ίδια εταιρεία με τις ίδιες ικανότητες και δεξιότητες, εάν λάβει αύξηση μισθού, μπορεί να υπάρξει ανισότητα).

Το αποτέλεσμα της ανισότητας είναι ένταση. Εάν ένα άτομο βιώσει έλλειμμα, προκύπτει ένας θυμός, εάν λάβει περισσότερα από άλλα άτομα, αναπτύσσεται ένα αίσθημα ενοχής. Τα άτομα θα χρησιμοποιήσουν **διάφορες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν την ένταση και την ενοχή** που θα συζητηθούν αργότερα (Miner, 1980). Σύμφωνα με τον Adams (1965) το επίκεντρο της θεωρίας είναι στη σχέση ανταλλαγής όπου τα άτομα δίνουν κάτι και αναμένουν κάτι σε αντάλλαγμα. Αυτό που δίνει το άτομο ονομάζεται εισόδος. Στην άλλη πλευρά της ανταλλαγής, είναι αυτό που λαμβάνει το άτομο, που ονομάζεται αποτελέσματα. Η τρίτη μεταβλητή εκτός από τις εισόδους και τα αποτελέσματα ονομάζεται **άτομο αναφοράς ή ομάδα**. Αυτή η ομάδα αναφοράς μπορεί να είναι συνεργάτης, συγγενής, γείτονας ή ομάδα συναδέλφων. Μπορεί ακόμη και να είναι το ίδιο το άτομο σε άλλη δουλειά ή σε άλλο κοινωνικό ρόλο.

Η θεωρία της δικαιοσύνης πρότεινε ότι όταν γίνεται αντιληπτή μια κατάσταση ανισότητας, το άτομο θα βιώσει μια κατάσταση δυσφορίας (Walster, Berschied & Walster, 1973). Αυτή η δυσάρεστη κατάσταση θα κινήσει τα άτομα να αναλάβουν δράση για την αποκατάσταση της ισότητας (Lerner, Miller & Holmes, 1973). Όσο μεγαλύτερη είναι η ανισότητα, τόσο περισσότερο ταλαιπωρούν τα άτομα και τόσο πιο δύσκολα θα προσπαθήσουν να αποκαταστήσουν την ισότητα (Adams, 1965).

Η αποκατάσταση των ιδίων κεφαλαίων είναι είτε πραγματική είτε ψυχολογική. Η πραγματική αποκατάσταση των ιδίων κεφαλαίων αναφέρεται στη συμπεριφορά των ατόμων που αισθάνονται αδικία να εργάζονται λιγότερο (μείωση εισροών), να απαιτούν αύξηση από την εταιρεία τους (αύξηση των αποτελεσμάτων) ή να καταστρέψουν τον εξοπλισμό της εταιρείας (μείωση του αποτελέσματος της εταιρείας). Η ψυχολογική αποκατάσταση της δικαιοσύνης αναφέρεται στο να πείσουμε τον εαυτό μας ότι αυτή η άδικη σχέση είναι κάπως δίκαιη διαστρεβλώνοντας την πραγματικότητα (Adams, 1965). Ο Adams (1965) πρότεινε επίσης «συχνά, ο παραλήπτης που πληρώνεται περισσότερο από ό, τι του αξίζει, εκτελεί σε ένα πολύ υψηλότερο επίπεδο, είτε από άποψη ποιότητας ή ποσότητας της

απόδοσής του». Έκανε επίσης την υπόθεση ότι η ανισότητα προκύπτει για τους ανθρώπους όχι μόνο όταν είναι σχετικά αμειβόμενοι, αλλά και όταν είναι υπερβολικά.

Ένα άτομο, για παράδειγμα, θα αισθανθεί ότι η ανισότητα υπάρχει όχι μόνο όταν η προσπάθειά του είναι υψηλή και η αμοιβή του είναι χαμηλή, ενώ η προσπάθεια και η αμοιβή των άλλων είναι υψηλή, αλλά επίσης όταν η προσπάθειά του είναι χαμηλή και η αμοιβή του είναι υψηλή, ενώ οι προσπάθειες και οι αμοιβές των άλλων είναι χαμηλές. Στις διαπροσωπικές σχέσεις, ένα άτομο θα προσπαθήσει να μεγιστοποιήσει τα αποτελέσματά του (όπου το αποτέλεσμα = ανταμοιβή - κόστος). Οι ομάδες μπορούν να μεγιστοποιήσουν την πιθανότητα δίκαιης συμπεριφοράς μεταξύ των μελών όταν αναπτύσσουν ένα σύστημα όπου οι πόροι κατανέμονται ισότιμα μεταξύ των μελών. Μια ομάδα θα ανταμείψει επίσης τα μέλη που συμπεριφέρονται ισότιμα προς τους άλλους και θα τιμωρήσουν όσους δεν το κάνουν (Adams & Walster, 1973).

Η θεωρία αυτοδιάθεσης των Deci και Ryan (SDT, Ryan και Deci 2000) είναι μια μεταθεωρία του ανθρώπινου κινήτρου και της ανάπτυξης της προσωπικότητας. Θεωρείται ως μια μεταθεωρία με την έννοια ότι αποτελείται από αρκετές «μίνι-θεωρίες» που συγχωνεύονται μαζί για να προσφέρουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση του ανθρώπινου κινήτρου και της λειτουργίας. Το SDT (**Self-Determination Theory**) βασίζεται στη θεμελιώδη ανθρωπιστική υπόθεση ότι τα άτομα προσανατολίζονται φυσικά και ενεργά στην ανάπτυξη και την αυτοοργάνωση. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι προσπαθούν να επεκταθούν και να κατανοήσουν τον εαυτό τους ενσωματώνοντας νέες εμπειρίες, καλλιεργώντας τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντά τους και με τη σύνδεση με άλλους και τον έξω κόσμο.

Ωστόσο, το SDT ισχυρίζεται επίσης ότι σε αυτή τη φυσική τάση ανάπτυξης δεν πρέπει να υποτεθεί και ότι οι άνθρωποι μπορούν να ελεγχθούν, να κατακερματιστούν και να αποξενωθούν εάν οι βασικές ψυχολογικές τους ανάγκες για αυτονομία, ικανότητα και συγγένεια υπονομεύονται από ένα ανεπαρκές κοινωνικό περιβάλλον. Με άλλα λόγια, το SDT στηρίζεται στην ιδέα ότι το άτομο εμπλέκεται συνεχώς σε μια δυναμική αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό κόσμο, ταυτόχρονα αγωνίζεται για την **ανάγκη ικανοποίησης** και επίσης ανταποκρίνεται στις συνθήκες του περιβάλλοντός που είτε υποστηρίζουν είτε αποτρέπουν τις ανάγκες. Ως συνέπεια αυτής της προσωπικής αλληλεπίδρασης περιβάλλοντος, οι άνθρωποι γίνονται

περίεργοι, ή αναποτελεσματικοί και αποσυνδεδεμένοι (Deci, E. L., & Ryan, R. M., 2014).

3.6 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ (FACTS & CHIP).

Υπάρχει μια γενική συναίνεση ότι η **ποιότητα ζωής πρέπει να θεωρηθεί ως ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα** που περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα φυσικό, συναισθηματικό και κοινωνικό συστατικό της ευημερίας και της λειτουργίας. Ωστόσο, οι συγκεκριμένες πτυχές της ζωής των παιδιών που περιλαμβάνονται σε αυτά τα τρία συστατικά είναι διαφορετικές. Αν και θεωρείται ότι αυτές οι διαστάσεις που σχετίζονται με τους ενήλικες είναι επίσης σημαντικές, για τα παιδιά και τους εφήβους, η νεαρότητά τους και η εξάρτηση από άλλους αναμένεται να διαφέρουν σε διαφορετικές ηλικίες. Για παράδειγμα, οι διαφορετικές διαστάσεις ποιότητας ζωής συνδέονται στενότερα στα παιδιά από ό, τι στους ενήλικες. Η προσαρμογή οργάνων που έχουν σχεδιαστεί για ενήλικες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων φαίνεται συνεπώς προβληματική. Τα τελευταία χρόνια, νέα όργανα έχουν αναπτυχθεί όλο και περισσότερο για τη μέτρηση του HRQoL στα παιδιά.

Το ερωτηματολόγιο **Child Health and Illness Profile (CHIP)**, που αναπτύχθηκε αρχικά στις ΗΠΑ, επικεντρώνεται κυρίως στη μέτρηση λειτουργικών πτυχών της ποιότητας ζωής και διατίθεται σε μια παιδική έκδοση CHIP-CE31, για παιδιά ηλικίας από 6 έως 11 ετών, και ως Εφηβική Έκδοση CHIP-AE32 για εφήβους ηλικίας 12 έως 17 ετών. Η Εφηβική Έκδοση περιλαμβάνει 108 αντικείμενα που κατανέμονται μεταξύ πέντε διαστάσεων υγείας: **ικανοποίηση, παράπονα, ανθεκτικότητα, επίτευξη κοινωνικών στόχων και αποφυγή κινδύνων**. Η συντομότερη έκδοση για παιδιά (45 αντικείμενα) περιλαμβάνει την ικανοποίηση, τις καταγγελίες, την ανθεκτικότητα και την αποφυγή κινδύνου από τις τέσσερις διαστάσεις και διατίθεται ως φόρμα αυτοαναφοράς και ως γονικό ερωτηματολόγιο. Το CHIP παράγει μια βαθμολογία αθροίσματος για καθεμία από τις διαστάσεις καθώς και ένα πολυδιάστατο προφίλ της ποιότητας ζωής με βάση τις διαφορετικές διαστάσεις. Το προκύπτον προσωπικό προφίλ μπορεί να χαρακτηριστεί χρησιμοποιώντας μια ταξινόμηση των προφίλ υγείας, επιτρέποντας τη συνολική κατάσταση του ατόμου να περιγραφεί πλήρως και με δυνατότητα διαχείρισης (Riley AW, et al., 2004).

Επίσης ένα άλλος τρόπος για την ανάλυση της ποιότητας ζωής είναι η **ανάλυση PACT**. Η ανάλυση PACT είναι μία ανάλυση που βασίζεται σε **άτομα, δραστηριότητες, περιβάλλον και τεχνολογία**, γνωστή από το ακρωνύμιο PACT και είναι ένα γενικό πλαίσιο που χρησιμοποιείται για την ανάλυση καταστάσεων σχεδιασμού σε διαδραστικά συστήματα. Η ανάλυση PACT ακολουθεί την αρχή ότι "Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τεχνολογίες για να αναλάβουν δραστηριότητες σε περιβάλλοντα" και καλύπτει το πεδίο της αλληλεπίδρασης ανθρώπου-υπολογιστή (HCI) (Benyon et al., 2005). Ακολουθώντας αυτήν την αρχή, οι σχεδιαστές κατανοούν πώς κάθε στοιχείο ποικίλλει και πώς όλα τα στοιχεία επηρεάζουν το ένα το άλλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

"ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΑΤΟΜΟΥ"

4.1 ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.

4.1.1 ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

1. ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λεκτική επικοινωνία συμβαίνει όταν ασχολούμαστε με το να μιλάμε με άλλους. Μπορεί να είναι πρόσωπο με πρόσωπο, μέσω τηλεφώνου, μέσω Skype ή Zoom κ.λπ. Ορισμένες προφορικές δεσμεύσεις είναι άτυπες, όπως συνομιλία με έναν φίλο πάνω από τον καφέ ή στην κουζίνα του γραφείου, ενώ άλλες είναι πιο επίσημες, όπως μια προγραμματισμένη συνάντηση. Ανεξάρτητα από τον τύπο, δεν πρόκειται μόνο για τις λέξεις, αλλά και για το διαμέτρημα και την πολυπλοκότητα αυτών των λέξεων, πώς συνδυάζουμε αυτές τις λέξεις για να δημιουργηθεί ένα γενικό μήνυμα, καθώς και τον τονισμό (τόνος, ρυθμός κ.λπ.) που χρησιμοποιήθηκε κατά την ομιλία. Και όταν συμβαίνει πρόσωπο με πρόσωπο, ενώ **οι λέξεις είναι σημαντικές, δεν μπορούν να διαχωριστούν από τη μη λεκτική επικοινωνία** (Dowling G., 2002).

2. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Είναι αυτό που κάνουν οι άνθρωποι ενώ μιλάνε συχνά, λένε περισσότερα από τις πραγματικές λέξεις. Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος, την επαφή με τα μάτια, τις κινήσεις των χεριών και την αφή.

3. ΓΡΑΠΤΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Είτε πρόκειται για email, σημείωμα, αναφορά, ανάρτηση στο Facebook, Tweet, συμβόλαιο κ.λπ. Όλες οι μορφές γραπτής επικοινωνίας έχουν τον ίδιο στόχο να διαδώσουν πληροφορίες με σαφή και συνοπτικό τρόπο - αν και αυτός ο στόχος συχνά δεν επιτυγχάνεται. Στην πραγματικότητα, οι κακές δεξιότητες γραφής συχνά οδηγούν σε σύγχυση και αμηχανία, ακόμη και σε πιθανό νομικό κίνδυνο. Ένα σημαντικό πράγμα που πρέπει να θυμάστε για τη γραπτή επικοινωνία, ειδικά στην ψηφιακή εποχή, είναι το μήνυμα που ζει, ίσως στη διαιώνιση.

4. ΑΚΡΟΑΣΗ

Η πράξη της ακρόασης δεν μπαίνει συχνά στη λίστα των τύπων επικοινωνίας. Η ενεργή ακρόαση, ωστόσο, είναι ίσως ένας από τους πιο σημαντικούς τύπους επικοινωνίας, επειδή εάν δεν μπορούμε να ακούσουμε το άτομο που κάθεται απέναντί μας, δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε αποτελεσματικά μαζί του. Σκεφτείτε μια διαπραγμάτευση - μέρος της διαδικασίας είναι να αξιολογήσετε τι θέλει και τι χρειάζεται η αντιπολίτευση. Χωρίς ακρόαση, είναι αδύνατο να εκτιμηθεί αυτό, γεγονός που καθιστά δύσκολη την επίτευξη ενός αποτελέσματος / νίκης (Dowling G., 2002).

5. ΟΠΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όλοι οι άνθρωποι είναι μια οπτική κοινωνία. Οι τηλεοράσεις λειτουργούν όλο το 24ωρο, το Facebook είναι οπτικό με βίντεο, εικόνες κ.λπ., το Instagram είναι μια πλατφόρμα μόνο για εικόνα και οι διαφημιστές χρησιμοποιούν εικόνες για να πουλήσουν προϊόντα και ιδέες.

4.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Όλες οι μορφές ζωής επικοινωνούν. Οι άνθρωποι επικοινωνούν μεταξύ τους προφορικά και μη λεκτικά. Τα σκυλιά επικοινωνούν μεταξύ τους με ένα κούνημα ουράς ή ένα γρυλίσμα. Τα δέντρα μας επικοινωνούν λέγοντάς μας την κατάσταση του περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, μπορείτε να πείτε ότι ένας άνεμος από ποια κατεύθυνση φυσάει από την κίνηση ενός δέντρου. Κάποιος μπορεί να δει την υγεία ενός φυτού από τον χρωματισμό ή τις φυσικές του ιδιότητες. Η επικοινωνία είναι γύρω μας και έχουμε την επιλογή να χρησιμοποιήσουμε αποτελεσματική επικοινωνία για να παραδώσουμε το επιθυμητό μήνυμα.

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι η ικανότητα να παραδίδεται ένα σαφές μήνυμα στο συντομότερο χρονικό διάστημα. Με αυτήν τη μορφή επικοινωνίας το μήνυμα μπορεί ή δεν μπορεί να ληφθεί με τον προβλεπόμενο τρόπο. Ο παραλήπτης μπορεί να αισθάνεται ότι η συντομία είναι ανεπαρκής και μπορεί να χρειαστεί περισσότερη σαφήνεια για να παραδοθεί αποτελεσματικά το μήνυμα. Το να είσαι ικανός να ελέγχεις την αποτελεσματική επικοινωνία στην επιχείρηση θα έχει θετικό αντίκτυπο στη διαχείριση επαγγελματικών σχέσεων και οργανωτικής συμπεριφοράς (Dowling G., 2002 & Χυτήρης, Α. 2017).

4.1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η American Management Association (AMA) έχει ορίσει αποτελεσματική επικοινωνία με βάση τα ακόλουθα δέκα σημεία:

- 1) Σαφής ιδέα σχετικά με θέματα και δέκτη επικοινωνίας
- 2) Προσδιορισμός του σκοπού.
- 3) Κατανόηση του περιβάλλοντος επικοινωνίας.
- 4) Σχεδιασμός για επικοινωνία με διαβούλευση με άλλους.
- 5) Εξέταση του περιεχομένου του μηνύματος.
- 6) Ενημέρωση του δέκτη σχετικά με την αξία της επικοινωνίας.
- 7) Πρέπει να υπάρχουν σχόλια από τον δέκτη.
- 8) Ορίστε σωστά εάν τα μηνύματα επικοινωνίας είναι βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα.
- 9) Όλες οι ενέργειες πρέπει να είναι κατάλληλες για επικοινωνία.
- 10) Καλή ακρόαση.

Η αποτελεσματική επικοινωνία ορίζεται ως η ικανότητα μεταφοράς πληροφοριών αποτελεσματικά και αποδοτικά. Οι διευθυντές επιχειρήσεων με καλές δεξιότητες λεκτικής, μη λεκτικής και γραπτής επικοινωνίας συμβάλλουν στη διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ ανθρώπων εντός μιας εταιρείας για εμπορικό όφελος (Χυτήρης, Λ. 2017).

4.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ – ΣΤΑΔΙΑ

Η διαδικασία θεραπείας και η έρευνα αποτελεσμάτων **επιβεβαίωσαν τη σημασία της αποδοχής, της θετικής στάσης και της ενσυναίσθησης** που ο Rogers (1967) αναγνώρισε για πρώτη φορά πριν από αρκετές δεκαετίες. Μια μεγάλη βάση εμπειρικής έρευνας σε θεωρητικά θέματα μας έδωσε μια πιο εκλεπτυσμένη κατανόηση αυτών των εννοιών στην ψυχοθεραπεία. Η θεραπευτική σχέση είναι μια σημαντική έννοια σε ένα ευρύ φάσμα τρόπων ψυχοθεραπείας. Αναφέρεται στη σχέση μεταξύ πελάτη / ασθενούς και του θεραπευτή που συμμετέχει στη διαδικασία ψυχοθεραπείας. Μια **θετική σχέση**, που μερικές φορές ονομάζεται εργατική - **θεραπευτική συμμαχία**, είναι μέρος της σχέσης πελάτη / θεραπευτή. Αυτή η συμμαχία μπορεί να περιγραφεί ως **συνεργατική συνομιλία** και περιλαμβάνει **συναίνεση σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους και τα μέσα επίτευξής τους**. Είναι σημαντικό για τη συνεργατική σχέση να αντέξει για εποικοδομητική εργασία

και να συνεχιστεί, συνεπώς **ο θεραπευτής εργάζεται για την αποκατάσταση διαταραχών στη θεραπευτική συμμαχία** (Σαρρής, Μ. & Κουράκος, Μ. ,Βιντεοπαρουσίαση μαθήματος 5/2020).

Κάθε σχέση, αν και δεν είναι γραμμική, έχει αρχή, μέση και τέλος. Όλες οι φάσεις ενδέχεται να συμβούν σε μια συνάντηση νοσηλευτή-ασθενή ή μπορεί να πραγματοποιηθούν σε μια σειρά συναντήσεων. Ο νοσηλευτής θεωρητικός Perla (1973) αναφέρεται σε αυτές τις φάσεις ως προσανατολισμό, εργασία και ανάλυση.

Προσανατολισμός: Στην αρχή της θεραπευτικής σχέσης, η νοσηλεύτρια και ο ασθενής είναι ξένοι ο ένας στον άλλο, αλλά κάθε άτομο έχει προκαταλήψεις για το τι να περιμένει - βάσει προηγούμενων σχέσεων, εμπειριών, στάσεων και πεποιθήσεων (Perla, 1952). Οι παράμετροι της σχέσης καθορίζονται π.χ. από τον τόπο συνάντησης, διάρκεια, συχνότητα, ρόλος ή προσφερόμενη υπηρεσία, εμπιστευτικότητα, διάρκεια σχέσης και αρχίζουν να μαθαίνουν να **εμπιστεύονται και να γνωρίζονται μεταξύ τους ως συνεργάτες στη σχέση**. Η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, η ειλικρίνεια και η αποτελεσματική επικοινωνία **είναι βασικές αρχές για τη δημιουργία μιας σχέσης**. Η αποδοχή του ασθενή είναι σημαντική για την εξέλιξη της σχέσης νοσηλευτή -ασθενή (McKlinton & Barnsteiner, 1999). Οι προσδοκίες τους μεταξύ τους και της σχέσης τους συζητούνται και διευκρινίζονται (Perla, 1952). Ο νοσηλευτής συλλέγει πληροφορίες και διασφαλίζει ότι τα ζητήματα προτεραιότητας αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Η συνέπεια και η ακρόαση θεωρούνται από τους ασθενείς κρίσιμες στην αρχή της σχέσης. Ο νοσηλευτής βοηθά στην προώθηση της άνεσης του ασθενή που μπορεί να περιλαμβάνει **τη μείωση του άγχους ή της έντασης**.

Φάση εργασίας: Η εργασιακή ή η μεσαία φάση της σχέσης, είναι εκεί όπου πραγματοποιούνται συχνά παρεμβάσεις νοσηλευτικής. **Τα προβλήματα και τα ζητήματα εντοπίζονται και τα σχέδια για την αντιμετώπισή τους, τίθενται σε εφαρμογή**. Οι θετικές αλλαγές μπορεί να εναλλάσσονται με αντίσταση ή / και έλλειψη αλλαγής (Sundeen et al., 1989). Είναι σημαντικό για τη νοσηλεύτρια να επικυρώσει σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές. Βοηθά τον ασθενή να **διερευνήσει σκέψεις** (π.χ. απόψεις για τον εαυτό του, άλλους, περιβάλλον και επίλυση προβλημάτων), **συναισθήματα** (π.χ. θλίψη, θυμό, δυσπιστία, θλίψη) και **συμπεριφορές** (π.χ. ασυμφωνία, επιθετικότητα, απόσυρση, υπερκινητικότητα). Το περιεχόμενο που θα εξεταστεί επιλέγεται από τον ασθενή αν και η νοσηλεύτρια διευκολύνει τη διαδικασία. Αυτή συνεχίζει την αξιολόγησή του σε όλες τις φάσεις της

σχέσης. Νέα προβλήματα και ανάγκες μπορεί να προκύψουν καθώς αναπτύσσεται η σχέση και καθώς αντιμετωπίζονται προηγούμενα ζητήματα. Η νοσηλεύτρια του προτείνει να διασφαλίσει ότι οι προοπτικές και οι προτεραιότητες του, αντικατοπτρίζονται στο **σχέδιο φροντίδας**.

Φάση επίλυσης: Η φάση ανάλυσης ή λήξης είναι το τελικό στάδιο της σχέσης νοσηλευτή -ασθενή. Αφού αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του ασθενή, η σχέση πρέπει να ολοκληρωθεί προτού τερματιστεί. Το τέλος της σχέσης τους βασίζεται στην αμοιβαία κατανόηση και σε **έναν εορτασμό των στόχων που έχουν επιτευχθεί** (Hall, 1997). Τόσο η νοσηλεύτρια όσο και ο ασθενής βιώνουν ανάπτυξη. Ο τερματισμός μπορεί να αντιμετωπιστεί με **αμφιθυμία**. Και οι δύο πρέπει να αναγνωρίσουν ότι η απώλεια μπορεί να συνοδεύει το τέλος μιας σχέσης. Και οι δύο πρέπει να μοιράζονται συναισθήματα σχετικά με το τέλος της θεραπευτικής σχέσης. Η επικύρωση σχεδίων για το μέλλον μπορεί να είναι μια χρήσιμη στρατηγική. Σε αυτή τη φάση παρατηρείται **αυξημένη αυτονομία** τόσο του ασθενή όσο και της νοσηλεύτριας (Κουτής , Χ., Πολυχρονόπουλος , Ε. 2009).

4.3 ΗΘΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ.

Σε μια εποχή που ορίζεται από τη διαφορά, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι τόσο οι προδιαγραφές όσο και οι περιγραφικές αντιλήψεις της ηθικής της επικοινωνίας διαμορφώνουν τον λόγο. Η επιτακτική επιβολή της ηθικής της επικοινωνίας λειτουργεί από την υπόθεση, **ότι μια καθολική διόρθωση επικοινωνεί ένα κοινωνικό αγαθό που ανακατευθύνει το άλλο άτομο**, μεταβάλλοντας τη «λάθος» ή ανήθικη συμπεριφορά. Μια ηθική επιβολή που επιβάλλεται στους άλλους παραλείπει την πραγματικότητα διαφορετικών απόψεων. Η δεσμευτική διευκόλυνση της ηθικής της επικοινωνίας, αντιπροσωπεύει την κίνηση από μια παγκόσμια κατανόηση της αλήθειας, με τον άνθρωπο ως τον χρονικό φορέα της αλήθειας. Μια περιγραφική κατανόηση της ηθικής ανταποκρίνεται στις ισχύουσες πρακτικές επικοινωνίας παρά στα επιβαλλόμενα πρότυπα.

Μια **ηθική επικοινωνίας** με βάση τα συμφραζόμενα περιλαμβάνει και «αιτιολογεί διαφορετικά πρότυπα επικοινωνίας για διαφορετικά ακροατήρια, πολιτισμούς και σχέσεις» (Arnett, «The Status» 52). Η ηθική της επικοινωνίας με βάση τα συμφραζόμενα προϋποθέτει «διαφορά». Ωστόσο, η διαφορά δεν προέρχεται από τον επικοινωνιακό πράκτορα αλλά από τον **τόπο, την κατάσταση** στην οποία ο

επικοινωνιακός πράκτορας εμπλέκει άλλους. Η ηθική της επικοινωνίας με βάση τα συμφραζόμενα, υποδηλώνει ότι ένα δεδομένο πλαίσιο γεννά χρονικά πρότυπα, κατάλληλα για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς της ηθικής επικοινωνίας σε αυτήν την κατάσταση. Το πρότυπο για «καλή» και «κακή» επικοινωνία ζει μέσα στο ίδιο το πλαίσιο. Η Elaine E. Englehardt στα “ηθικά ζητήματα στη διαπροσωπική επικοινωνία: Φίλοι, οικείες, σεξουαλικότητα, γάμος και οικογένεια”, σημείωσε ότι η ηθική της επικοινωνίας είναι σημαντική στις διαπροσωπικές σχέσεις, επειδή η ηθική της επικοινωνίας «**βοηθά το άτομο με αυτογνωσία, βοηθά το άτομο να σκεφτεί κριτικά το πολύπλευρο περιβάλλον και δείχνει πως η αυτοκατανόηση ενθαρρύνει μια προσέγγιση στην ηθική που ξεκινά με την αποφυγή βλάβης και εστιάζει στο να κάνει καλό σε εμάς και τους άλλους**» (Boynton, Lois A., 2002).

4.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.

Η θεραπευτική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Η θεραπευτική επικοινωνία περιλαμβάνει μια άμεση πρόσωπο με πρόσωπο επαφή με ασθενείς που επικεντρώνονται στην ενίσχυση της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας των ασθενών. Ποικίλες τεχνικές χρησιμοποιούνται από τις νοσηλεύτριες στην επικοινωνία με τους ασθενείς. Στη θεραπευτική επικοινωνία, υπάρχει μια λεκτική και μη λεκτική ροή πληροφοριών μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Η λεκτική πτυχή της επικοινωνίας χρησιμοποιεί τη χρήση λέξεων, ενώ η μη λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιεί μη λεκτικά στοιχεία όπως επαφή με τα μάτια, τη γλώσσα του σώματος και την έκφραση του προσώπου.

Παρόλα αυτά η θεραπευτικές τεχνικές και η επικοινωνία ανάμεσα σε ασθενή και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει πολλές φορές διάφορες δυσκολίες. Υπάρχουν **πολλά εμπόδια** στην αποτελεσματική επικοινωνία, όπως:

- ◆ **Χρονικοί περιορισμοί:** Ο χρόνος ή η έλλειψη αυτού, δημιουργεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία για νοσηλευτές (Norouzinia et al, 2016). Η βιαστική επικοινωνία δεν είναι ποτέ τόσο αποτελεσματική όσο μια χαλαρή αλληλεπίδραση, αλλά σε πιεστικούς χώρους εργασίας, οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν ανταγωνιστικές απαιτήσεις μπορεί να παραμελήσουν την ποιότητα της επικοινωνίας.

- ◆ **Περιβαλλοντικά ζητήματα**, όπως ο θόρυβος και το απόρρητο: Μπορεί να είναι οι ασθενείς τόσο εξοικειωμένοι με το περιβάλλον που δεν παρατηρούν πλέον τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν δυσκολίες επικοινωνίας. Ο θόρυβος στο παρασκήνιο σε μια πολυσύχναστη κλινική μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ακοής των ασθενών και μερικοί μπορεί να προσπαθήσουν να το συγκαλύψουν κουνώντας το κεφάλι, «εμφανιζόμενοι» να ακούσουν.
- ◆ **Πόνος και κόπωση** : Συχνά πρέπει να λαμβάνουμε σημαντικές πληροφορίες από τους ασθενείς όταν είναι έντονα άρρωστοι και στενοχωρημένοι και συμπτώματα όπως ο πόνος μπορούν να μειώσουν τη συγκέντρωση. Η επικοινωνία με κάποιον που δεν είναι πλήρως σε εγρήγορση είναι δύσκολη, οπότε είναι σημαντικό να δοθεί προτεραιότητα στις πληροφορίες που χρειάζεται ο γιατρός για να αξιολογήσει εάν είναι απαραίτητο να μιλήσει στον ασθενή (Norouzinia et al, 2016).
- ◆ **Αμηχανία και άγχος**: Η αμηχανία μπορεί να αισθανθεί κάποιος μπροστά στο γιατρό αν για παράδειγμα χρειαστεί να αφαιρέσει κάποιο ρούχο ή σε περιπτώσεις όπου μιλάει για σεξ, δύσκολες οικογενειακές συνθήκες, εθισμούς ή προβλήματα στο έντερο. Η αμηχανία των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε δύσκολες συναντήσεις που ενδέχεται να παρεμποδίσουν την αποτελεσματική επικοινωνία. Ωστόσο, **η πρόβλεψη πιθανής αμηχανίας, η ελαχιστοποίησή της και η απλή, ανοιχτή επικοινωνία** μπορούν να διευκολύνουν τις δύσκολες συνομιλίες.
- ◆ **Χρήση της ορολογίας**: Η χρήση ορολογίας μπορεί να είναι ένα σημαντικό βοήθημα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών του ίδιου τομέα, αλλά είναι σημαντικό να αποφεύγεται η χρήση τεχνικής ορολογίας και κλινικών αρκτικόλεξων με τους ασθενείς.
- ◆ **Αξίες και πεποιθήσεις**: Ο καθένας κάνει υποθέσεις βάσει των κοινωνικών ή πολιτιστικών πεποιθήσεών του, αξιών, παραδόσεων και προκαταλήψεων. Ένας ασθενής μπορεί πραγματικά να πιστεύει ότι το γυναικείο προσωπικό πρέπει να είναι κατώτερο ή ότι ένας άντρας δεν μπορεί να είναι μαία. Πρέπει να είναι προσεκτικοί με τις παραδοχές των ασθενών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε παρερμηνεία, ερμηνεία ή ακόμα και να αγνοήσουν αυτά που τους συμβουλεύουν οι γιατροί (Norouzinia et al, 2016).
- ◆ **Υπερφόρτωση πληροφοριών**: Όλοι οι άνθρωποι αγωνίζονται να απορροφήσουν πολλά γεγονότα με μία κίνηση και όταν βομβαρδίζονται με πληροφορίες και

επιλογές, είναι εύλογο να δυσκολεύονται. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για ασθενείς που είναι αναστατωμένοι, στενοχωρημένοι, ανήσυχoi, κουρασμένοι, σε σοκ ή σε πόνο (Σαρρήs, Μ. & Κουράκος, Μ., Βιντεοπαρουσίαση μαθήματος για την θεραπευτική συμμαχία 5/2020).

4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ACKERMAN ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Ο Nathan W. Ackerman ήταν Αμερικανός ψυχίατρος, ψυχαναλυτής και ένας από τους σημαντικότερους πρωτοπόρους στον τομέα της οικογενειακής θεραπείας. Ήταν επίσης ειδικός στη συμβουλευτική γάμου. Ο Ackerman επηρέασε πολύ και επικεντρώθηκε στη μελέτη σχετικά με τα ψυχοσεξουαλικά στάδια στη διαμόρφωση χαρακτήρων και ήταν ένας από τους πρώτους κλινικούς γιατρούς που προσπάθησαν να ενσωματώσουν τις ιδέες από την ατομική ψυχοθεραπεία με τις τότε νεότερες ιδέες από τη θεωρία συστημάτων. Είναι γνωστός για τη συμβολή του στην ανάπτυξη της ψυχοδυναμικής προσέγγισης στην οικογενειακή θεραπεία. Όσον αφορά την οικογενειακή θεραπεία, ο Ackerman ενσωμάτωσε την ιδέα ότι «η οικογένεια είναι μια κοινωνική και συναισθηματική μονάδα». Οι **κύριες επικεντρώσεις** του, σε σχέση με την οικογενειακή θεραπεία, ήταν οι διαγενεακοί δεσμοί και συγκρούσεις, η επίδραση της μακροχρόνιας κοινωνικής αλλαγής που επηρέαζε την οικογένεια, τα αναπτυξιακά στάδια της οικογένειας ως ενιαία μονάδα, η σημασία του συναισθήματος μέσα στην οικογενειακή δομή και η ισότητα σε ποσά εξουσίας μεταξύ των γονέων (Ackerman, N.W., 1970 & Κουνενού, Κ. 2010).

Ήταν καθοριστικός για να φέρει τη θεωρία της οικογενειακής θεραπείας στο προσκήνιο- mainstream, ξεκινώντας μια συζήτηση για την οικογενειακή θεραπεία σε μια σύνοδο της Αμερικανικής Ορθοψυχιατρικής Εταιρείας. Όπως άλλοι ψυχίατροι της εποχής του, θεωρούσε ότι η ψυχολογική ευημερία του ατόμου ήταν άμεσο αποτέλεσμα και σχετίζεται με την κατάσταση της οικογένειας. Πίστευε ακράδαντα ότι ένας ασθενής θεραπευόταν καλύτερα αν όλη η οικογένεια λάμβανε θεραπεία. Ο Ackerman πέρασε το μεγαλύτερο μέρος της καριέρας του υποστηρίζοντας την πρόοδο και την αποδοχή της οικογενειακής θεραπείας.

Ο Ackerman ενσωμάτωσε ιδέες τόσο από **την παραδοσιακή ψυχοδυναμική θεραπεία** όσο και από τη θεραπεία οικογενειακών συστημάτων στην πρακτική του, τονίζοντας ότι η οικογένεια είναι μια κοινωνική ενότητα (Τσαμπαρλή, Α. (2011) . Υποστήριξε ότι η οικογένεια, όπως και το άτομο, περνάει από αναπτυξιακά στάδια

και είναι ιδιαίτερα δεμένη κάτι που απορρέει από τους οικογενειακούς δεσμούς και το ρόλο που παίζει το συναίσθημα μέσα στην οικογενειακή μονάδα.

4.6 ΜΟΡΦΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ

Με τον όρο **εγγραμματισμό** δεν εννοούμε μόνο την ικανότητα των μαθητών να διαβάζουν και να γράφουν αλλά να κατανοούν και να χειρίζονται αποτελεσματικά το γραπτό λόγο και γενικότερα να χρησιμοποιούν τις γνώσεις, που απέκτησαν στο σχολείο, στην καθημερινή τους ζωή.

Κεντρική έννοια του PISA(Διεθνές Πρόγραμμα για την αξιολόγηση των μαθητών) είναι ο **εγγραμματισμός (literacy)** των μαθητών στην Κατανόηση Κειμένου, τα Μαθηματικά και τις Φυσικές Επιστήμες. Ως **εγγραμματισμός** ορίζεται η ικανότητα των μαθητών να εφαρμόζουν τις γνώσεις και δεξιότητες που απέκτησαν στα τρία βασικά αντικείμενα, ώστε να αναλύουν, να συλλογίζονται και να επικοινωνούν αποτελεσματικά, όταν διατυπώνουν, επιλύουν και ερμηνεύουν προβλήματα της καθημερινής ζωής.

Εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας:

- Πρόσβαση/Απόκτηση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία - ενημέρωση.
- Κατανόηση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία
- Επεξεργασία/ Αποτίμηση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία (ερμηνεία - αξιολόγηση)
- Εφαρμογή /Χρήση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία
- Ικανότητα διαμόρφωσης έγκυρης γνώμης πάνω σε ζητήματα υγείας.
- Προαγωγή υγείας
- Ικανότητα ενημέρωσης πάνω σε ζητήματα υγείας.

Το **μεταβαλλόμενο τοπίο του ελληνικού πληθυσμού** περιλαμβάνει και αλλαγές στις τάσεις αντιμετώπισης των ασθενειών, καθώς η προσωπική υγεία των ατόμων και οι επιλογές τους επηρεάζονται από την **ευρύτερη κοινωνία** καθώς και από την **πολιτική και κοινωνικοοικονομική διάρθρωσή της** (Αγραφιώτης, 2003). Αυτό περιλαμβάνει το να μην υπάρχουν κατάλληλες πληροφορίες για θέματα υγείας και ευκαιρίες εκπαίδευσης πάνω στην υγεία για νέους ανθρώπους μέσα από τα σχολεία, πράγμα που διαμορφώνει για πάντα την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας (Vardavas et.al. 2009).

Αξίζει να σημειώσουμε ότι μία **ομάδα δερματολόγων** από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με την ελληνική ομάδα του προγράμματος HL, διεξήγαγε έρευνα πάνω στην **Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας** αναφορικά με τα **δερματολογικά προβλήματα** (σχετικά με θέματα επικοινωνίας πάνω σε ζητήματα που αφορούν την υγεία) και βασίστηκε για κάποιες από τις ερωτήσεις που έθεσαν πάνω στην ελληνική μετάφρασή του. Συγκεκριμένα, η έρευνά τους περιελάμβανε ερωτήσεις διερεύνησης του γνωστικού επιπέδου, ερωτήσεις που αφορούν την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, ερωτήσεις πάνω στις **αιτίες που προκαλούν καρκίνο του δέρματος και ένα σχεδιασμένο τεστ λειτουργικότητας με φωτογραφίες (photovoice)* που πιθανόν να απεικονίζουν περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος** και οι οποίες αντιστοιχούν σε ερωτήσεις σχετικά με το πώς αναγνωρίζουμε και προλαμβάνουμε τον καρκίνο του δέρματος, καθώς επίσης και πώς να **αποκτήσουμε πρόσβαση στην κατάλληλη ιατρική βοήθεια**.

Από την εποχή του Ομήρου, την κλασική και τη Βυζαντινή περίοδο, μέχρι την Ανεξαρτησία τον 19ο αιώνα, **η οικογένεια φαίνεται ότι είναι η βασική μεταβλητή σε μία ελληνική κοινωνία που λειτουργεί άψογα** (Patterson, 1998).

Επιπλέον, ο ρόλος της οικογένειας είναι αυτός της **ισχυρής κοινωνικής υποστήριξης χωρίς περιορισμούς** (Κονιόρδος, κ.α. 2006).

***(This article describes the social action component of the Youth Empowerment Strategies (YES!) project funded by the Centers for Disease Control and Prevention through its community-based prevention research (CBPR) initiative. YES! is designed to promote problem-solving skills, social action, and civic participation among underserved elementary and middle school youth. The after-school program focuses on identifying and building youths' capacities and strengths as a means of ultimately decreasing rates of alcohol, tobacco, and other drug use and other risky behaviors. The article discusses the conceptual models of risk and intervention and factors contributing to successful social action work, including group dynamics, intragroup leadership, facilitator skills, and school-community contexts. Attention is focused on how the nature of the projects themselves played a key role in determining the likelihood of experiencing success. Implications and recommendations for other youth-focused empowerment education projects are discussed, including the effective use of Photovoice in such projects (Wilson N.,plus (First Published March19,2008) <https://doi.org/10.1177/1524839906289072>).**

Τα **δημογραφικά δεδομένα** για την υγεία, επαληθεύουν ότι οι οικογένειες με μικρότερο εισόδημα είτε πρόκειται για ευπαθή άτομα (π.χ. χήρες), είτε πρόκειται για φτωχούς και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τείνουν να μην έχουν τόση εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να αποκτούν και να αξιοποιούν πληροφορίες για θέματα υγείας.

Οι γενεακές διαφορές λόγω της δυνατότητας πρόσβασης στο σύστημα πρόνοιας (παιδί-γονέας ή μεσήλικας και ηλικιωμένος γονέας), λόγω της μη πρόσβασης στο διαδίκτυο ή της ανεπαρκούς εμπειρίας στη χρήση υπολογιστών και μέσων (ψηφιακή εγγραμματοσύνη ή κοινωνική εγγραμματοσύνη), καθώς και οι θρησκευτικές/προσωπικέςπίστεις (πολιτιστική εγγραμματοσύνη) ενός ατόμου αποτελούν **παράγοντες που επηρεάζουν την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας** που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Ένα ακόμη σχόλιο που αφορά στις **γενεακές διαφορές** σχετίζεται με το σύστημα υποστήριξης της ελληνικής οικογένειας όπου τα παιδιά φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους. Σ' αυτό το περιβάλλον είναι κατανοητό το ότι οι νεώτερες ηλικιακές ομάδες έχουν καλύτερη γνώση του συστήματος υγείας, καθώς είναι αυτές οι οποίες οφείλουν να γνωρίζουν πως λειτουργεί το σύστημα και όχι οι πιο ηλικιωμένοι οι οποίοι βασίζονται στα παιδιά τους.

Η δημιουργία γενικής εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας γίνεται με ιδιαίτερη έμφαση στα σχολικά μαθήματα πάνω σε θέματα υγείας, εκκινώντας από το νηπιαγωγείο μέχρι το γυμνάσιο για τη δημιουργία υποδομής επιστημονικής γνώσης (επιστημονική εγγραμματοσύνη) και για την κοινωνικοποίηση (κοινωνική εγγραμματοσύνη) με τον μακροπρόθεσμο στόχο της βελτίωσης της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας του γενικού πληθυσμού (Μαγουλάς , Χ. Κονδύλη, Β., Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης ,Δ. 2012).

4.7 ΚΩΔΙΚΕΣ ΗΘΙΚΗΣ – ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

ΚΩΔΙΚΕΣ ΗΘΙΚΗΣ

Ένας κώδικας ηθικής είναι ένα σύνολο επίσημων προτύπων συμπεριφοράς που τα μέλη μιας ομάδας αναμένεται να τηρήσουν. Ο κώδικας ηθικής θα μπορούσε επίσης να αναφέρεται στις προσωπικές αξίες ενός ατόμου ή στην αίσθηση του σωστού και του λάθους. Κάθε πτυχή της ανθρώπινης καθημερινότητας, κάθε επάγγελμα,

δραστηριότητα κλπ, έχει τον δικό της ηθικό κώδικα και κάθε άνθρωπος έχει τον δικό του προσωπικό ηθικό κώδικα. Συνεπώς υπάρχουν πολλοί κώδικες ηθικής, οι οποίοι είναι διαφορετικοί μεταξύ τους αλλά πολλές φορές και ίδιοι σε κάποια σημεία (Singer, P., 2011).

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

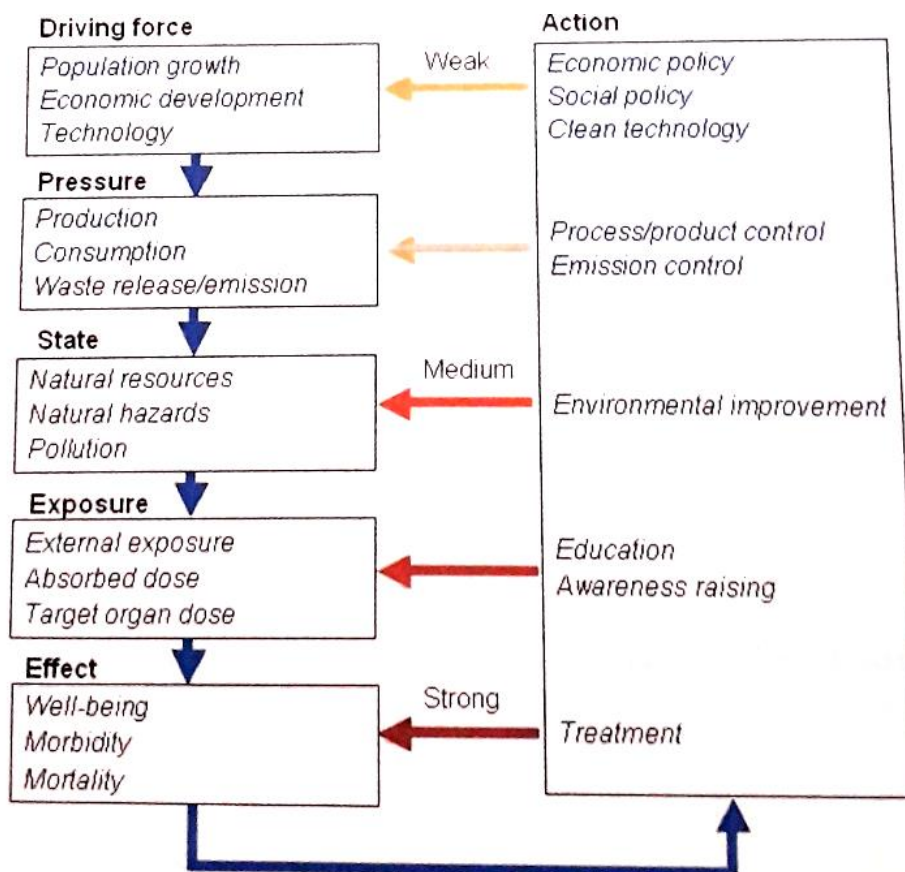
Η Αρχή της Προφύλαξης (προληπτική ηθική), είναι ένας σύγχρονος επαναπροσδιορισμός της υπόθεσης του Μπράντφορντ Χιλ για δράση, που δίνει έναν κανόνα κοινής λογικής για το καλό, αποτρέποντας την επιβράδυνση της βλάβης στη δημόσια υγεία, που όταν υπάρχει αμφιβολία για την παρουσία κινδύνου, δεν πρέπει να υπάρχει αμφιβολία για την πρόληψη ή την αφαίρεσή του. Μετατοπίζει το βάρος της απόδειξης από την παρουσία κινδύνου στην απόδειξη της απουσίας κινδύνου, στοχεύει να κάνει καλό με την **πρόληψη της βλάβης** και υιοθετεί τις ανάντη στρατηγικές του μοντέλου Δράσης Δυνάμεων Πίεσης Έκθεσης Στρες και στρατηγικών κατάντη από μοριακή επιδημιολογία για ανίχνευση και πρόληψη κινδύνου. Η αρχή της προφύλαξης προέκυψε λόγω της ηθικής εισαγωγής καθυστερήσεων στην ανίχνευση κινδύνων για την ανθρώπινη υγεία και το περιβάλλον.

Οι ηθικές αρχές, η αρχή της προφύλαξης, το μοντέλο DPSEEA (driving force-pressure-state-exposure-effect) και η μοριακή επιδημιολογία υποδηλώνουν ότι τονίζουν τον κλασικό ρόλο της επιδημιολογίας για έγκαιρη ανίχνευση και πρόληψη.

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ DPSEEA

Το πλαίσιο DPSEEA αναπτύχθηκε για λογαριασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αρχικά ως μία βάση για την ανάπτυξη δεικτών περιβαλλοντικής υγείας. Προσάρμοσε το πλαίσιο DPSIR κυρίως αναγνωρίζοντας τους δεσμούς από την κατάσταση του περιβάλλοντος μέσω εκθέσεων σε επιπτώσεις στην υγεία και οι αντιδράσεις επισημάνθηκαν ως ενέργειες. Επέκτεινε επίσης την έννοια των κινητήριων δυνάμεων προς τα πίσω για να αντιπροσωπεύσει το ρόλο πιο απομακρυσμένων, συνεκτικών παραγόντων όπως η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Έτσι, το πλαίσιο θεωρεί ότι **οι επιπτώσεις στην υγεία** προέρχονται από αυτές τις κινητήριες δυνάμεις (D), οι οποίες οδηγούν σε πιέσεις στο περιβάλλον (P) με τη μορφή παραγωγής, κατανάλωσης, παραγωγής αποβλήτων κ.λπ. και τις επακόλουθες εκλύσεις τους στο περιβάλλον. Αυτές συμβάλλουν σε αλλαγές στην

κατάσταση του περιβάλλοντος (S) – για παράδειγμα ως περιβαλλοντική ρύπανση ή αυξημένα ρίσκα φυσικών κινδύνων. Οι εκθέσεις (E1) συμβαίνουν όταν οι άνθρωποι έρχονται σε επαφή με αυτούς τους κινδύνους, οδηγώντας σε πιθανές επιπτώσεις στην υγεία (E2). Λαμβάνονται **πολιτικές και άλλες δράσεις (A) για τον έλεγχο των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία**. Αυτές μπορεί να είναι στοχευμένες σε διαφορετικά σημεία της περιστασιακής αλυσίδας. Οι μεταγενέστερες παρεμβάσεις (με στόχο τη μείωση των εκθέσεων ή τον μετριασμό των επιπτώσεων στην υγεία) μπορεί να φαίνονται πιο άμεσα αποτελεσματικές και μερικές φορές φθηνότερες, επειδή μπορούν να είναι στοχευμένες πιο άμεσα, σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες και αποτελέσματα υγείας. Τα προληπτικά μέτρα αντίθετα, τείνουν να περιλαμβάνουν κάπως ασαφή εργαλεία- αλλά με το μεγάλο πλεονέκτημα ότι μπορούν να ελέγξουν τα προβλήματα στην πηγή τους και συχνά προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα άλλων περιβαλλοντικών και κοινωνικών οφελών (http://www.integrated-assessment.eu/eu/guidebook/dpseea_framework.html).



Εικόνα 1^η: Το μοντέλο DPSEE.

(Πηγή: www.integrated-assessment.eu/eu/index51eb.html?q=print/guidebook/dpseea-framework)

Οι καθυστερήσεις στην αναγνώριση των κινδύνων από προηγούμενες εκθέσεις και την εφαρμογή των ευρημάτων (π.χ., το κάπνισμα και ο καρκίνος του πνεύμονα, ο αμίαντος, οι οργανοχλωρίνες και η ενδοκρινική διαταραχή, η ραδιοσυχνότητα, οι αυξημένες ταχύτητες ταξιδιού) ήταν παραδείγματα αστοχιών που δεν ήταν μόνο επιστημονικές αλλά ηθικές, καθώς προέκυψαν σε αποτρέψιμη βλάβη σε εκτεθειμένους πληθυσμούς. Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να καθυστερήσουν, μεταξύ άλλων, εξωτερικών και εσωτερικών καθοριστικών επιδημιολογικών ερευνών για τον κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένης της κακής χρήσης δοκιμών στατιστικής σημασίας. Επιπλέον, η εφαρμογή της αρχής της προφύλαξης για τη διασφάλιση της δικαιοσύνης και του σεβασμού της αυτονομίας, εγείρει ερωτήματα σχετικά με το βραχυπρόθεσμο κόστος εφαρμογής για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων και τις αρχές που καθοδηγούν την αποζημίωση (Meulen, R. H., 2005).

4.8 ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ηθικές αρχές αποτελούν τα θεμέλια για τη λήψη αποφάσεων στα πολλά στάδια της ερευνητικής διαδικασίας προαγωγής υγείας. Επτά αρχές ηθικής επισημαίνονται συχνότερα στη βιβλιογραφία:

- 1) Αγαθοεργία
- 2) Μη κακοποίηση
- 3) πιστότητα
- 4) δικαιοσύνη
- 5) Φιλαλήθεια
- 6) Εμπιστευτικότητα
- 7) Σεβασμός της αυτονομίας.

Αν και αυτές οι αρχές θα εξεταστούν μεμονωμένα, δεν αποκλείονται αμοιβαία. Αυτές οι αρχές είναι στενά συνδεδεμένες και μια απλή ερώτηση ή ένα σύνθετο δίλημμα μπορεί να περιλαμβάνει περισσότερες **από μία ηθικές αρχές**.

1) Αγαθοεργία

Το ευεργέτημα είναι η απαίτηση να ωφεληθεί ο ασθενής. Είναι η βασική αρχή σε όλα τα φάρμακα, την υγειονομική περίθαλψη και την έρευνα (Faden and Beauchamp 1986). Οι γιατροί καθοδηγούνται κυρίως από τον Ιπποκράτειο Όρκο, ο οποίος δηλώνει: «Θα χρησιμοποιήσω τη θεραπεία για να βοηθήσω τους άρρωστους

σύμφωνα με την ικανότητα και την κρίση μου, αλλά ποτέ με σκοπό τον τραυματισμό και την αδικία». Είναι ανήθικο να συμμετέχουν ασθενείς και ερευνητές σε οποιαδήποτε έρευνα εάν δεν αναμένεται **όφελος** ούτε για τον ασθενή ούτε για την κοινωνία. Ο ερευνητής πρέπει πάντα να δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ασφάλεια του συμμετέχοντα στην έρευνα από οποιονδήποτε άλλο παράγοντα.

2) Μη κακοποίηση

Η μη κακοποίηση προϋποθέτει ότι δεν πρέπει να προκληθεί βλάβη στον ασθενή ή στον συμμετέχοντα στην έρευνα ως αποτέλεσμα της συμμετοχής σε μια μελέτη (Faden and Beauchamp 1986, Garity 1995). Αυτή η αρχή συνδέεται στενά με το ευεργέτημα, αλλά είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ή να παρακολουθηθεί η βλάβη στην οποία ενδέχεται να εκτεθούν οι συμμετέχοντες σε έρευνα. Αυτή η βλάβη μπορεί να είναι σωματική, συναισθηματική, κοινωνική ή οικονομική. Μια σωματική βλάβη μπορεί εύκολα να αναγνωριστεί και επομένως, να αποφευχθεί ή να ελαχιστοποιηθεί. Συναισθηματικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες μπορεί να είναι λιγότερο προφανείς και ο συμμετέχων μπορεί να βλαφθεί χωρίς να γνωρίζει ο ερευνητής.

3) Πιστότητα

Η πιστότητα είναι η αρχή της έρευνας που σχετίζεται με την οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και του συμμετέχοντα (Parahoo 1997). Ο συμμετέχων στην έρευνα θα την αναθέσει στον ερευνητή, ο οποίος στη συνέχεια έχει την υποχρέωση να προστατεύει τους συμμετέχοντες και την ευημερία τους στην ερευνητική κατάσταση (Garity 1995). Είναι σημαντικό να κερδίσετε την εμπιστοσύνη του συμμετέχοντα με το να είστε ανοιχτοί και ειλικρινείς (Alderson 1995). Υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι που σχετίζονται με όλη την έρευνα και μπορεί να υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι που είναι ακόμη άγνωστοι (Tarling and Crofts 1998). Για να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, ο ερευνητής πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο συμμετέχων στην έρευνα γνωρίζει τους κινδύνους. Η παροχή αυτών των πληροφοριών θα πρέπει να πραγματοποιηθεί κατά τη διαδικασία απόκτησης ενημερωμένης συγκατάθεσης. Οι νοσοκομειακοί ασθενείς συχνά συμφωνούν με οτιδήποτε προτείνει μια νοσηλεύτρια ή ιατρός ερευνητής. Ένας δυνητικός συμμετέχων μπορεί να δει μια πρόσκληση για συμμετοχή ως σύσταση και όχι ως αίτηση (Hewlett 1996). Η εμπιστοσύνη που έχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα

στους ερευνητές, υποχρεώνει τους ερευνητές να είναι πιστοί στη δέσμευσή τους για προστασία.

4) Δικαιοσύνη

Αυτή η ερευνητική αρχή απαιτεί από τον ερευνητή να είναι δίκαιος στους συμμετέχοντες (Parahoo 1997). Οι ανάγκες των συμμετεχόντων στην έρευνα πρέπει πάντα να προηγούνται των στόχων της μελέτης. Το κύριο πρόβλημα με αυτήν την ηθική αρχή είναι η επιλογή των πληθυσμών (Garity 1995). Οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, εκείνοι που είναι ψυχικά άρρωστοι, ο στρατός ή οι κρατούμενοι, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για την ευκολία τους. Μπορεί επίσης να τεθούν ερωτήματα εάν υπάρχει οικονομική επιβράβευση για τους ερευνητές ή τον οργανισμό τους για την ανάληψη της έρευνας. Εάν κάποιος ερευνητής πρόκειται να χρησιμοποιήσει **έναν ευάλωτο πληθυσμό**, θα πρέπει να δικαιολογήσει αυτήν την απόφαση. Αυτό γίνεται συνήθως με την υποβολή αίτησης για ηθική έγκριση. Όλοι οι πιθανοί ερευνητές που συμμετέχουν στην υγειονομική περίθαλψη είναι ευάλωτοι από τη φύση της θέσης τους σε κίνδυνο.

5) Φιλαλήθεια

Η ερευνητική αρχή της αλήθειας υπογραμμίζει την υποχρέωση του ερευνητή να πει την αλήθεια για την ερευνητική μελέτη (Garity 1995). Ο ερευνητής θα πρέπει να πει την αλήθεια, ακόμη και αν εμποδίζει τους πιθανούς συμμετέχοντες να μπουν στη μελέτη (Parahoo 1997). Ένας ερευνητής που δεν είναι εντελώς ανοιχτός και ειλικρινής μπορεί να αποκλείσει πληροφορίες από τον συμμετέχοντα ή να δημιουργήσει ψευδείς ελπίδες για τα πιθανά οφέλη της παρέμβασης της μελέτης. Η αλήθεια συνδέεται στενά με **την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας** (Gillon 1994). Οι άνθρωποι οργανώνουν τη ζωή τους με την υπόθεση ότι άλλοι δεν θα τους εξαπατήσουν. Η αυτονομία τους παραβιάζεται εάν εξαπατηθούν επειδή παρακρατούνται πληροφορίες που ενδέχεται να συμβάλουν στη λήψη αποφάσεών τους. Η μη αλήθεια υπονομεύει την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (Gillon 1985c).

6) Εμπιστευτικότητα

Για τη δημιουργία της ηθικής αρχής της εμπιστευτικότητας πρέπει να υπάρχουν δύο προϋποθέσεις:

- Ένα άτομο πρέπει να δεσμευτεί να μην αποκαλύψει πληροφορίες που θεωρούνται απόρρητες.
- Ένα διαφορετικό άτομο πρέπει να αποκαλύψει στο πρώτο άτομο πληροφορίες που θεωρεί ότι είναι μυστικές (Gillon 1985b).

Εάν το πρώτο άτομο δεν γνωστοποιήσει τις πληροφορίες, διατηρείται η εμπιστευτικότητα. Στο πλαίσιο της έρευνας, αυτό το απόρρητο των πληροφοριών πρέπει να τηρείται (Parahoo 1997). Σε αντίθεση με τον κώδικα εμπιστευτικότητας που έχει υιοθετήσει η Καθολική εκκλησία, η εμπιστευτικότητα στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι τόσο απόλυτη (Gillon 1985b). Ωστόσο, είναι ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση - που ενισχύεται από τους επαγγελματικούς κώδικες - μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς (Tarling and Crofts 1998). Εάν οι ασθενείς φοβούνται ότι θα παραβιαστεί η εμπιστευτικότητά τους, ενδέχεται να είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν σημαντικές πληροφορίες. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση και λανθασμένη θεραπεία. Η εμπιστευτικότητα είναι επίσης απαραίτητη για τη σχέση μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντα. Εάν ο συμμετέχων δεν επιθυμεί να παράσχει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες στον ερευνητή, τα αποτελέσματα ενδέχεται να είναι άκυρα.

7) Σεβασμός της αυτονομίας.

Ο σεβασμός της αυτονομίας είναι μια αρχή που συνδέεται συχνά με διαφορετικές έννοιες, όπως:

- Απόρρητο.
- Εθελοντισμός.
- Αυτονομία.
- Δωρεάν επιλογή.
- Επιλογή της ηθικής θέσης κάποιου.
- Αποδοχή ευθύνης για τις δικές του επιλογές.

Αυτές οι ιδέες συμβάλλουν στον ορισμό του σεβασμού της αυτονομίας που περιγράφει την έννοια ως «... προσωπικός κανόνας του εαυτού με επαρκή κατανόηση ενώ παραμένει απαλλαγμένος από τον έλεγχο επιρροών από άλλους και από προσωπικούς περιορισμούς που εμποδίζουν την επιλογή» (Faden and Beauchamp 1986).

4.8.1 ΗΘΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας καλούνται συχνά στην καθημερινή τους πρακτική να κάνουν τόσο σαφείς όσο και σιωπηρές επιλογές που εκτείνονται πέρα από το αντικειμενικό και πρακτικό στο αμφισβητούμενο και ηθικό (Bernheim, 2003). Η εξισορρόπηση και η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα δικαιώματα και τα καθήκοντα των ατόμων, των κοινοτήτων, των πληθυσμών και των κυβερνήσεων όσον αφορά την προστασία και τη διατήρηση της υγείας, είναι από πολλές απόψεις το κεντρικό, πολύ περίπλοκο έργο της δημόσιας υγείας (Duncan, 2009). Ωστόσο την ίδια στιγμή, τα στοιχεία δείχνουν έντονα ότι οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας συχνά λαμβάνουν λίγη κατάρτιση και καθοδήγηση σχετικά με το πώς να λαμβάνουν αποφάσεις που ενημερώνονται με προσεκτική ηθική σκέψη και να έχουν αυτοπεποίθηση με ηθική έννοια για τις «ανταλλαγές» που συχνά απαιτείται να κάνουν πρακτικά (Bernheim, 2003; Aceijas et al., 2012).

Συχνά αντιμετωπίζουν δύσκολες αποφάσεις χωρίς επαρκή εκπαίδευση και προετοιμασία με ηθική έννοια. Υπάρχουν πολλές πιέσεις που συμβάλλουν σε αυτήν την κατάσταση. Αυτές περιλαμβάνουν τον ήδη γεμάτο χαρακτήρα του προγράμματος σπουδών του πανεπιστημίου δημόσιας υγείας και τη δυσκολία απλής χρήσης κυρίαρχων αντιλήψεων «ιατρικής ηθικής» σε ένα πεδίο με (τουλάχιστον από πολλές απόψεις) με εντελώς διαφορετικές ανησυχίες και προτεραιότητες (Kass, 2001). Επιπλέον, η γνώση και η αξιολόγηση της ηθικής εκπαίδευσης στη διδασκαλία και τη μάθηση όσον αφορά τη δημόσια υγεία (σε αντίθεση με την ηθική στην ιατρική εκπαίδευση) παραμένει σχετικά σπάνια (Aceijas et al., 2012; Eckles et al., 2005).

Η αρχή της μη κακοποίησης ισχυρίζεται ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενεργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μην κάνει κακό, ακόμα κι αν το ζητήσει αυτός ή ο ασθενής ή ο πελάτης του (Beauchamp & Childress, 2001). Αυτή η αρχή είναι η πρώτη που προτείνεται λόγω της ιστορικής της σχέσης με τον Ιπποκράτη (Beauchamp & Childress, 2001; Smith, 2005).

Στο πλαίσιο της πολιτικής και της πρακτικής για τη δημόσια υγεία, υπάρχουν συχνά περιπτώσεις όπου οι βαθμοί βλάβης «ανταλλάσσονται» έναντι των πιθανών μεγαλύτερων βλαβών, ή ίσως θετικό όφελος: για παράδειγμα, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε μεμονωμένους καπνιστές, αλλά θα αποτρέψει μεγαλύτερη βλάβη (και αναμφισβήτητα παράγει όφελος) μέσω της δράσης ως γενικό αντικίνητρο για το κάπνισμα στον ευρύτερο

πληθυσμό. Η εξέταση της αρχής της μη κακοποίησης μετατοπίζεται - τουλάχιστον το βάρος της απόδειξης - σε όσους ασκούν δυνητικά επιβλαβή συμπεριφορά ότι δικαιολογούνται να το πράξουν.

Η υποχρέωση παροχής ωφέλειας, για μεμονωμένους ασθενείς συνδέεται στενά με τη μη κακοποίηση. Η προφανώς αυτονόητη σημασία του, το χαρακτηρίζει ως την άλλη βασική αρχή της ιπποκρατικής παράδοσης: οι ιατροί πρέπει να θεραπεύσουν και να βοηθήσουν τους ασθενείς τους, σύμφωνα με τις ικανότητες και την κρίση του ιατρού (Beauchamp & Childress, 1994). Η διακριτική διαφορά μεταξύ της αρχής της μη κακοποίησης αφενός και της ευεργεσίας αφετέρου, έγκειται στο γεγονός ότι η πρώτη συχνά - αλλά όχι πάντα - συνεπάγεται την παράλειψη επιβλαβούς δράσης και η τελευταία ενεργή συμβολή στην ευημερία των άλλων (Beauchamp & Childress, 2001).

Η μη-κακοποίηση και η ευεργεσία μπορούν να γίνουν κατανοητές τόσο από δεοντολογικούς όσο και από επακόλουθους όρους. Ωστόσο ως αρχές, δεν φαίνεται να πηγαίνουν στον πυρήνα των αξιών της δημόσιας υγείας. Αυτό οφείλεται τουλάχιστον εν μέρει στην τάση τους να συσχετίζονται και να χρησιμοποιούνται στην προσπάθεια ανάλυσης μεμονωμένων επαγγελματικών συναντήσεων. Ακόμα και όταν ακολουθούν ευεργετικά αποτελέσματα και μη κακομεταχείριση σε αυτές τις ατομικές συναντήσεις, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η υγεία του πληθυσμού μεγιστοποιείται, καθώς ο πληθυσμός δεν βρίσκεται καθόλου στο επίκεντρο αυτών των συναντήσεων. Στον τομέα της δημόσιας υγείας, ο πρωταρχικός σκοπός που επιδιώκεται είναι η υγεία της ευρύτερης περιοχής του κοινού και οι βελτιώσεις σε αυτό είναι το βασικό αποτέλεσμα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της επιτυχίας (Childress et al., 2002). Στην πραγματικότητα, η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, αφενός, και η ευεργεσία και η μη κακοποίηση, από την άλλη πλευρά, μπορούν να έρθουν σε σύγκρουση.

Ένας τρόπος για να συλλάβουμε την **ηθική ώθηση της ευεργετικότητας από άποψη δημόσιας υγείας**, είναι επομένως να κατανοήσουμε την ηθική επιταγή να παράγουμε όφελος με ευρύτερη έννοια και να μιλήσουμε για την υποχρέωση «κοινωνικής ευεργεσίας». Εδώ σκεφτόμαστε την ιδέα ότι οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας έχουν την υποχρέωση να μεγιστοποιούν την υγεία στους πληθυσμούς για τους οποίους είναι υπεύθυνοι. Αυτό που συνιστά όφελος (τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο πληθυσμού) υπόκειται σε διαφωνία και μπορεί να μην

θεωρείται απαραίτητα ως «υγεία» (Seedhouse, 2001).

Η **πατερναλιστική καλοσύνη** που περιέχεται στις αρχές της **μη-κακοποίησης** και της ευεργεσίας μετριάζεται έντονα από την έμφαση στον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς που ο επαγγελματίας υγείας επιδιώκει να υπηρετήσει (Veatch, 2000). Η **αρχή του σεβασμού της αυτονομίας**, εκτείνεται ωστόσο πέρα από τα όρια της ατομικής υγειονομικής περίθαλψης. Είναι εξαιρετικά σημαντική στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Η συχνή εστίαση της δημόσιας υγείας στα οφέλη για τους πληθυσμούς, διατηρεί τη δυνατότητα ανησυχίας για την ατομική ευημερία να παραμεριστεί. Η ενσωμάτωση του σεβασμού για την αυτονομία στη διδασκαλία και τη μάθηση της δεοντολογίας της δημόσιας υγείας, παρέχει μια θεμελιώδη υπενθύμιση ότι κάθε άτομο έχει υψηλή αξία - αυτό σημαίνει την αυτονομία του - και δεν μπορεί απλώς να αντιμετωπίζεται ως μέσο για το τέλος του κακού των άλλων.

Είναι εξίσου πιθανό να αντιληφθούμε **την αρχή της δικαιοσύνης** (μερικές φορές «κοινωνική δικαιοσύνη») ότι έχει λόγους στη θεμελιώδη αξία της ανθρώπινης αυτονομίας. Επειδή ως άνθρωποι έχουμε όλοι (ή θα έπρεπε) αυτονομία, όλοι έχουμε (ή θα έπρεπε) ίση ηθική αξία. Έτσι, οι προτάσεις για άνιση μεταχείριση των ανθρώπων απαιτούν και πάλι το βάρος της απόδειξης. Η δικαιοσύνη, αντίθετα, απαιτεί ίσες ευκαιρίες. Αυτό περιλαμβάνει επίσης μια δίκαιη κατανομή των αποτελεσμάτων της υγείας στις κοινωνίες, η οποία συχνά αναφέρεται στη δημόσια υγεία ως «δίκαιη υγεία». Σε μια πολύ εξέχουσα αντίληψη της δικαιοσύνης στο πλαίσιο της υγείας, η Daniels (2007) θεωρεί την ισότητα της υγείας ως ζήτημα δικαιοσύνης. Σύμφωνα με την αντίληψη της δικαιοσύνης της Daniels, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι άδικες - και συνεπώς σε σύγκρουση με την ισότητα της υγείας - εάν οι κοινωνικά ελεγχόμενοι παράγοντες που οδηγούν στην υγεία δεν διανέμονται με τέτοιο τρόπο ώστε η υγεία όλων των πολιτών να προστατεύεται ή να αποκαθίσταται όσο το δυνατόν περισσότερο.

Δεδομένης της ουσιαστικής σημασίας της υγείας στο σχηματισμό και την ανάπτυξη κάθε πτυχής των εξίσου πολύτιμων ανθρώπινων ζώων μας - αυτό που ο Boorse (1977) περιγράφει ως «τυπική λειτουργία ειδών» - οφείλουμε ο ένας στον άλλο την ίση πρόσβαση σε προϊόντα υγείας και θετικούς καθοριστικούς παράγοντες υγείας. Η **δικαιοσύνη** είναι επίσης η αρχή που καλύπτει τις κανονιστικές πτυχές που συζητούνται συχνά στην ορολογία της αλληλεγγύης και της αμοιβαιότητας. Η δικαιοσύνη το κάνει δίνοντας μια απάντηση στο ερώτημα του τι οφείλουμε ο ένας

στον άλλο (Daniels, 2007).

Ωστόσο, η **αναλογικότητα** είναι επίσης μια μεθοδολογική αρχή. Με τρόπο διαφορετικό από τις αρχές που έχουμε συζητήσει μέχρι στιγμής, αποτελεί τη βάση για περιστασιακή συλλογιστική σε σχέση με προβλήματα ατομικής ευημερίας έναντι συλλογικών παροχών στη δημόσια υγεία. Οι Singer et al. (2003), για παράδειγμα, υποστηρίζουν ότι οι αποκαλύψεις της κινεζικής εθνικότητας στο ξέσπασμα του SARS στον Καναδά, καταδεικνύουν την ανάγκη για ουσιαστικά προσεκτική εξέταση πριν από την κυκλοφορία ιδιωτικών πληροφοριών σε περιπτώσεις πανδημίας. Πέρα από αυτό, η εξισορρόπηση ιδιωτικών αγαθών και δημόσιων συμφερόντων παρέχει έναν τρόπο συζήτησης πολλών από τα κεντρικά προβλήματα δεοντολογίας στην πολιτική και την πρακτική της δημόσιας υγείας, όπως η κατανομή πόρων, η θέση της ατομικής ευθύνης και τα θεμελιώδη δικαιώματα στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης.

4.9 ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΚΑΙ ΩΣ ΑΥΤΟΔΙΑΘΕΣΗ.

Η αυτονομία είναι μια σημαντική έννοια στην **ηθική και πολιτική θεωρία** και αναμφισβήτητα μια κεντρική έννοια στη **βιοηθική**. Οι συνέπειές της για την ψυχιατρική είναι σαφέστερες σε περιπτώσεις στις οποίες πρόκειται για επάρκεια, αλλά η σημασία της για τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής είναι πολύ βαθύτερη. Ο όρος αυτονομία αναγνωρίζει ένα ευρύ φάσμα εννοιών που περιλαμβάνει ιδιότητες όπως αυτο-κανόνας, αυτοπροσδιορισμός, ελευθερία βούλησης, αξιοπρέπεια, ακεραιότητα, ατομικότητα, ανεξαρτησία και αυτογνωσία.

Η ελευθερία αναφέρεται στην προϋπόθεση ή το δικαίωμα να είμαστε σε θέση ή να επιτρέπεται να κάνουμε, να πούμε, να σκεφτόμαστε κ.λπ. ό, τι θέλουμε, χωρίς να ελέγχεται ή να περιορίζεται αυτό που λέμε ή κάνουμε κλπ.

Η αυτοδιάθεση είναι ο προσδιορισμός διαφόρων αναγκών όπου έχει το ίδιο το άτομο και που του δίνουν την δυνατότητα να διαμορφώσει τόσο στόχους και απόψεις όσο να προσδιορίσει τους τρόπους συμπεριφοράς και τις μεθόδους δράσεις του και ούτω καθεξής (Κουτής, Χ., Πολυχρονόπουλος, Ε. 2009).

Συνεπώς η **αυτονομία φαίνεται πως με βάση τους ορισμούς της ελευθερίας και της ίδιας της αυτονομίας είναι ένα είδος της ελευθερίας**. Όταν ο άνθρωπος έχει αυτονομία και μπορεί να γνωρίσει ένα ευρύ φάσμα εννοιών και να καταλαβαίνει την

ελευθερία της βούλησης, να έχει αξιοπρέπεια, ακεραιότητα, να μην υποχρεώνεται σε άλλους, να μην είναι υποχρεωμένος να εξαρτάται από άλλους, τότε είναι και πραγματικά ελεύθερος. Συνεπώς για να μπορέσει να υπάρξει πραγματική ελευθερία για έναν άνθρωπο δηλαδή να μπορεί να κάνει ότι θέλει, να λέει ότι θέλει, να σκέφτεται ότι θέλει, πρέπει να έχει και αυτονομία. Συνεπώς η αυτονομία είναι βασική προϋπόθεση για να υπάρχει ελευθερία σε έναν άνθρωπο.

Και από την άλλη πλευρά βέβαια για να μπορέσει ένας άνθρωπος να προσδιορίσει όλες τις ανάγκες που έχει και να του δοθεί η δυνατότητα να μπορέσει να διαμορφώσει τους στόχους και τις απόψεις του, **πρέπει να είναι αυτόνομος** δηλαδή **να μην εξαρτάται** όπως προαναφέρθηκε **από κανέναν άλλον**. Ένας άνθρωπος ο οποίος εξαρτάται από άλλους ανθρώπους να τον καθοδηγήσουν και να του καθορίσουν την ίδια του τη ζωή δεν μπορεί να έχει αυτοδιάθεση και κατ' επέκταση να καθορίσει και να διαμορφώσει την δική του ζωή. Συνεπώς για να μπορέσει να υπάρξει αυτοδιάθεση, η αυτονομία είναι ένας καθοριστικός παράγοντας (Κουτής , Χ., Πολυχρονόπουλος , Ε. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο "ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΥΓΕΙΑΣ"

5.1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ GORDON

Τα λειτουργικά πρότυπα υγείας αναπτύχθηκαν από τον Gordon το 1982 (Gordon, 2010) και είναι ένα μοντέλο νοσηλευτικής που τυποποιεί τη συλλογή δεδομένων κατά την άσκηση της νοσηλευτικής διαδικασίας, απλοποιεί τη διαδικασία της διάγνωσης της νοσηλευτικής και θεωρεί το άτομο ολιστικά. Το μοντέλο καθιστά πιθανό να βελτιώσει την κριτική σκέψη και τις θεραπευτικές ικανότητες λήψης αποφάσεων στη νοσηλευτική και κατευθύνει τη διαδικασία φροντίδας. Το μοντέλο καθορίζει την ευεξία με **11 αλληλένδετα λειτουργικά πρότυπα υγείας** που μπορούν να συμβάλουν στην ποιότητα ζωής και στο πιθανό επίτευγμα του ατόμου:

1. Αντίληψη υγείας -πρότυπο αντιμετώπισης της υγείας : είναι η άποψη του ατόμου για την υγεία και πως αντιμετωπίζεται η υγεία.

2. Διατροφικό - μεταβολικό πρότυπο: η στερεή και υγρή κατανάλωση με τις μεταβολικές ανάγκες και τους δείκτες τοπικής διατροφικής προμήθειας.

3. Πρότυπο απαλοιφής: λειτουργία απέκκρισης (έντερο, κύστη και δέρμα).

4. Πρότυπο δραστηριότητας άσκησης (δραστηριότητα, ελεύθερος χρόνος και αναψυχή).

5. Πρότυπο ύπνου - ανάπαυσης.

6. Νοητικό -αντιληπτικό πρότυπο.

7. Πρότυπο αυτοαντίληψης- αυτοσυνείδησης (άνεση σώματος, εικόνα σώματος, αυτοεκτίμηση).

8. Πρότυπο ρόλων – σχέσεων (Δεσμεύσεις ρόλων και σχέσεις).

9. Πρότυπα σεξουαλικότητας- αναπαραγωγικότητας.

10. Πρότυπο συμμόρφωσης - ανοχής στην πίεση.

11. Πρότυπο αξιών - πεποιθήσεων (αξίες , πεποιθήσεις, στόχοι που καθοδηγούν επιλογές ή αποφάσεις) (Κουτής , Χ., Πολυχρονόπουλος , Ε. 2009),

Το μοντέλο βλέπει το υγιές / άρρωστο άτομο ολιστικά (Gordon, 2010; Jones et al., 2012). Τα κριτήρια αξιολόγησης στα πρότυπα είναι διαφορετικά από τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, οι οποίες έχουν κατηγοριοποιηθεί βιοϊατρικά

και εστιάζουν μόνο σε ένα μέρος της ανθρώπινης λειτουργίας (Gordon, 2010). Οι πρότυπα κάνουν μια πλήρη ανασκόπηση της ευημερίας και του τρόπου ζωής του ατόμου και προσεγγίζουν ολιστικά τις ανθρώπινες εμπειρίες (Gordon, 2010; Jones et al., 2012). Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι ότι όχι μόνο καθορίζει τα προβλήματα και τους περιορισμούς του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας, αλλά και τις ικανότητες αντιμετώπισης του ατόμου με προηγούμενα προβλήματα και ευεργετικές ιατρικές πρακτικές.

Τα λειτουργικά πρότυπα χαρακτηρίζονται από την εστίασή τους. Ο Gordon, το 1994 διαπίστωσε πέντε τομείς:

Τομείς: 1. Εστίαση ατόμου-περιβάλλοντος, 2. Άτομο-σχολείο, 3. Ηλικιακή ανάπτυξη, 4. Λειτουργικό (λειτουργική ικανότητα ανθρώπου), 5. Πολιτισμικό.

5.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ - ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ERIKSON

Τα **οκτώ στάδια** των συμπεριφορών ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erikson που μπορεί να σχετίζονται με υγιείς και ανθυγιεινές εκφράσεις της ανάπτυξης του εαυτού και της ανάπτυξης ορίου του εγώ κατά τα πέντε πρώτα ψυχοκοινωνικά στάδια του Erikson (Erikson, E., & Erikson, J., 1981) είναι τα παρακάτω:

1. Βρεφική ηλικία: Γέννηση έως 18 μηνών

Ο Erikson αναφέρθηκε επίσης στη βρεφική ηλικία ως στοματικό αισθητήριο στάδιο (όπως οποιοσδήποτε μπορεί να παρακολουθεί ένα μωρό να βάζει τα πάντα στο στόμα του), όπου η μεγάλη έμφαση είναι στη θετική και στοργική φροντίδα της μητέρας για το παιδί, με μεγάλη έμφαση στην οπτική επαφή και την αφή. Εάν περάσουμε με επιτυχία αυτήν την περίοδο της ζωής, θα μάθουμε να εμπιστευόμαστε ότι η ζωή μας είναι εντάξει και έχουμε βασική εμπιστοσύνη στο μέλλον. Εάν αποτύχουμε να βιώσουμε εμπιστοσύνη και συνεχώς απογοητευόμαστε επειδή δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες μας, ενδέχεται να καταλήξουμε σε ένα βαθύ αίσθημα ανυπαρξίας και μια δυσπιστία στον κόσμο γενικά.

2. Πρώιμη παιδική ηλικία: 18 Μήνες έως 3 Χρόνια

Σε αυτό το στάδιο μαθαίνουμε δεξιότητες για τον εαυτό μας. Όχι μόνο μαθαίνουμε να περπατάμε, να μιλάμε και να ταΐζουμε τον εαυτό μας, μαθαίνουμε την καλύτερη ανάπτυξη των κινήσεων, καθώς και την πολύτιμη εκπαίδευση στην τουαλέτα. Εδώ έχουμε την ευκαιρία να χτίσουμε την αυτοεκτίμηση και την αυτονομία καθώς

κερδίζουμε περισσότερο έλεγχο στο σώμα μας και αποκτούμε νέες δεξιότητες, μαθαίνοντας σωστά από το λάθος (Erikson, E., & Erikson, J., 1981).

3. Ηλικία παιγνιδιού: 3 έως 5 χρόνια

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου βιώνουμε την επιθυμία να αντιγράψουμε τους ενήλικες γύρω μας και να αναλάβουμε πρωτοβουλία στη δημιουργία καταστάσεων παιγνιδιού. Συνθέτουμε ιστορίες με τα Barbie's και Ken's, τηλέφωνα παιγνιδιών και μινιατούρα αυτοκίνητα, παίζοντας ρόλους σε ένα δοκιμαστικό σύμπαν, για να πειραματιστούμε με το σχεδιάγραμμα, για αυτό που πιστεύουμε ότι σημαίνει να είσαι ενήλικας. Αρχίζουμε επίσης να χρησιμοποιούμε αυτήν την υπέροχη λέξη για να εξερευνήσουμε τον κόσμο - "ΓΙΑΤΙ;"

4. Σχολική Ηλικία: 6 έως 12 Χρόνια

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, που συχνά ονομάζεται Latency, είμαστε ικανοί να μάθουμε, να δημιουργήσουμε και να επιτύχουμε πολλές νέες δεξιότητες και γνώσεις, αναπτύσσοντας έτσι την αίσθηση της επάρκειας. Αυτό είναι επίσης ένα πολύ σημαντικό **κοινωνικό στάδιο ανάπτυξης και εάν βιώσουμε ανεπίλυτα συναισθήματα ανεπάρκειας** και κατωτερότητας μεταξύ των συνομηλίκων μας, μπορεί να έχουμε σοβαρά προβλήματα όσον αφορά την ικανότητα και την αυτό-αξιολόγηση. Καθώς ο κόσμος επεκτείνεται λίγο, η πιο σημαντική σχέση μας είναι με το σχολείο και τη γειτονιά. Οι γονείς δεν είναι πλέον οι πλήρεις αρχές που κάποτε ήταν, αν και εξακολουθούν να είναι σημαντικοί.

5. Εφηβεία: 12 έως 18 χρόνια

Μέχρι αυτό το στάδιο, σύμφωνα με τον Erikson, η ανάπτυξη εξαρτάται κυρίως από το τι γίνεται σε εμάς. Από εδώ και πέρα, η ανάπτυξη εξαρτάται κυρίως από το τι κάνουμε. Και ενώ η εφηβεία είναι ένα στάδιο στο οποίο δεν είμαστε ούτε παιδί ούτε ενήλικας, η ζωή γίνεται σίγουρα πιο περίπλοκη καθώς προσπαθούμε να βρούμε τη δική μας ταυτότητα, να παλεύουμε με κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να αντιμετωπίζουμε ηθικά ζητήματα. Ο στόχος μας είναι να ανακαλύψουμε ποιοι είμαστε ως άτομα χωριστά από την οικογένεια καταγωγής μας και ως μέλη μιας ευρύτερης κοινωνίας. Δυστυχώς για τους γύρω μας, σε αυτή τη διαδικασία πολλοί από εμάς περνάνε μια περίοδο απόσυρσης από τις ευθύνες, την οποία ο Erikson ονόμασε «**μορατόριουμ**». Και αν δεν καταφέρουμε να περάσουμε σε αυτό το στάδιο, θα βιώσουμε σύγχυση ρόλων και αναταραχές. Ένα σημαντικό καθήκον για εμάς είναι να καθιερώσουμε μια φιλοσοφία της ζωής και σε αυτή τη διαδικασία τείνουμε να

σκεφτόμαστε ως προς τα ιδανικά, τα οποία είναι ελεύθερα από συγκρούσεις, παρά στην πραγματικότητα που δεν είναι (Erikson, E., & Erikson, J., 1981).

6. Νεανική ενηλικίωση: 18 έως 35 ετών

Στο αρχικό στάδιο της ενηλικίωσης αναζητούμε έναν ή περισσότερους συντρόφους και αγάπη. Καθώς προσπαθούμε να βρούμε αμοιβαία ικανοποιητικές σχέσεις, κυρίως μέσω γάμου και φίλων, γενικά αρχίζουμε επίσης να ξεκινούμε μια οικογένεια, αν και αυτή η ηλικία έχει ωθηθεί πίσω για πολλά ζευγάρια, που σήμερα δεν ξεκινούν τις οικογένειές τους μέχρι τα τέλη της δεκαετίας των 30 ετών. Εάν η διαπραγματέυση αυτού του σταδίου είναι επιτυχής, μπορούμε να βιώσουμε οικειότητα σε βαθύ επίπεδο. Εάν δεν είμαστε επιτυχημένοι, μπορεί να προκύψει απομόνωση και απόσταση από άλλους. Και όταν δεν βρίσκουμε εύκολο να δημιουργήσουμε ικανοποιητικές σχέσεις, ο κόσμος μας μπορεί να αρχίσει να συρρικνώνεται καθώς, στην άμυνα, μπορούμε να αισθανόμαστε ανώτεροι από τους άλλους. Οι σημαντικές μας σχέσεις είναι με τους συζύγους και τους φίλους μας.

7. Μέση ενήλικη ηλικία: 35 έως 55 ή 65 ετών

Ο Erikson παρατήρησε ότι η μέση ηλικία είναι όταν έχουμε την τάση να ασχολούμαστε με δημιουργική και ουσιαστική εργασία και με θέματα που περιβάλλουν την οικογένειά μας. Επίσης, η μέση ενήλικη ζωή είναι όταν μπορούμε να περιμένουμε "να είμαστε υπεύθυνοι", ο ρόλος που ζηλεύουμε περισσότερο.

8. Αργά ενηλικίωση: 55 ή 65 έως το θάνατο

Ο Erikson θεώρησε ότι μεγάλο μέρος της ζωής προετοιμάζεται για τη μέση ενήλικη φάση και στο τελευταίο στάδιο η ζωή μας ανακάμπτει από αυτό. Ίσως αυτό συμβαίνει επειδή σε μεγαλύτερη ηλικία μπορούμε συχνά να κοιτάμε πίσω στη ζωή μας με ευτυχία, να αισθανόμαστε ικανοποιημένοι με μια βαθιά αίσθηση ότι η ζωή έχει νόημα και έχουμε συμβάλει στη ζωή, ένα συναίσθημα που ο Erikson καλεί ακεραιότητα. Η δύναμή μας προέρχεται από μία σοφία ότι ο κόσμος είναι πολύ μεγάλος και τώρα έχουμε μια ανεξάρτητη ανησυχία για ολοκλήρωση τη ζωή, αποδεχόμενοι το θάνατο ως ολοκλήρωση της ζωής. Από την άλλη πλευρά, μερικοί ενήλικες μπορεί να φτάσουν σε αυτό το στάδιο και να απελπιστούν από τις εμπειρίες τους και να αντιληφθούν τις αποτυχίες (Erikson, E., & Erikson, J., 1981).

5.2.1 ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ HAVIGHURST ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΕΥΕΞΙΑΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ERIKSON.

ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ HAVIGHURST

Από την εξέταση των αλλαγών στη δική σας διάρκεια ζωής μπορείτε να δείτε ότι κρίσιμα καθήκοντα προκύπτουν σε συγκεκριμένες στιγμές στη ζωή μας. Η γνώση αυτών των καθηκόντων είναι ικανοποιητική και μας ενθαρρύνει να προχωρήσουμε σε νέες προκλήσεις. Ως μηχανισμός κατανόησης των αλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ζωής και η δυσκολία μαζί τους επιβραδύνει την πρόοδο προς μελλοντικά επιτεύγματα και στόχους. Ο Robert Havighurst (1952, 1972, 1982) έχει εντοπίσει κρίσιμα αναπτυξιακά καθήκοντα που συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια ζωής, αν και οι ερμηνείες για αυτά τα καθήκοντα αλλάζουν φυσικά με την πάροδο των ετών και με τα νέα ερευνητικά ευρήματα. Τα αναπτυξιακά καθήκοντα του Havighurst προσφέρουν διαρκή μαρτυρία για την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι συνεχίζουν να αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο Havighurst (1972) ορίζει ένα αναπτυξιακό καθήκον ως αυτό που προκύπτει σε μια συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή, **επιτυχημένο επίτευγμα** αυτό το οποίο οδηγεί σε ευτυχία και επιτυχία με μεταγενέστερα καθήκοντα, ενώ αποτυχημένο αυτό που οδηγεί σε δυστυχία, κοινωνική αποδοκιμασία και δυσκολία με μεταγενέστερες εργασίες. Ο Havighurst προσδιορίζει **τρεις πηγές αναπτυξιακών εργασιών** (Havighurst, 1972):

1. Εργασίες που προκύπτουν από τη φυσική ωρίμανση για παράδειγμα, μαθαίνοντας την ομιλία κλπ.
2. Εργασίες που προέρχονται από προσωπικές πηγές, για παράδειγμα, αυτά που προκύπτουν από την ωριμότητα της προσωπικότητας και παίρνουν τη μορφή προσωπικών αξιών και φιλοδοξιών, όπως η εκμάθηση των απαραίτητων δεξιοτήτων για επιτυχία στην εργασία.
3. Εργασίες που έχουν την πηγή τους στις πιέσεις της κοινωνίας. Για παράδειγμα, η εκμάθηση της ανάγνωσης ή η εκμάθηση του ρόλου ενός υπεύθυνου πολίτη.

Ο Havighurst έχει εντοπίσει **έξι μεγάλες περιόδους ηλικίας**:

- νηπιακή ηλικία και πρώιμη παιδική ηλικία (0-5 ετών),
- μέση παιδική ηλικία (6-12 ετών)
- εφηβεία (13-18 ετών),

- πρόωμη ενηλικίωση (19-29 ετών),
- μέση ενηλικίωση (30-60 ετών) και
- μεταγενέστερη ωριμότητα (61+).

Η αποδοχή του οφείλεται εν μέρει στην αναγνώριση ευαίσθητων περιόδων στη ζωή μας και εν μέρει στην πρακτική φύση των καθηκόντων του Havighurst. Βοηθά τους ενήλικες **να κατανοήσουν τη συμπεριφορά ενός παιδιού και να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που βοηθά το παιδί να κυριαρχήσει στις εργασίες.** Ένα άλλο καλό παράδειγμα είναι αυτό της απόκτησης **προσωπικής ανεξαρτησίας**, ένα σημαντικό καθήκον για τη μέση παιδική περίοδο.

5.3 ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ.

Η θεωρία της οικογενειακής ανάπτυξης ευαισθητοποιεί τους χρήστες σε μια ποικιλία ιδεών προσανατολισμένων στην οικογένεια που παρέχουν μια οργανωμένη προσέγγιση στην αναζήτηση γνώσεων σχετικά με οικογένειες που έχουν εφήβους. Δίνεται μεγάλη προσοχή στις φυσιολογικές και τυπικές εμπειρίες και γεγονότα που περιέχονται σε αυτό το στάδιο του οικογενειακού κύκλου ζωής. Η εννοιολογική ελκυστικότητα και η πρακτική χρησιμότητα αυτής της προσέγγισης, αποδεικνύεται από την ευρεία χρήση της στη βιβλιογραφία της οικογενειακής επιστήμης και της οικογενειακής θεραπείας. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο κύριο θέμα **της ευελιξίας των ορίων και των συναφών αναπτυξιακών εργασιών** (ή των αλλαγών δεύτερης τάξης), καθώς και το χρονοδιάγραμμα των ρόλων και των εκδηλώσεων που λαμβάνουν χώρα εντός αυτής της αναπτυξιακής περιόδου. Οι κριτικές για την οικογενειακή αναπτυξιακή προσέγγιση περιλαμβάνουν τους τρέχοντες περιορισμούς που σχετίζονται με την εμπειρική χρησιμότητά της, καθώς και ερωτήματα που έχουν τεθεί σχετικά με τη γενίκευσή της σε οικογένειες με εφήβους που ζουν τόσο στη σύγχρονη Δυτική κοινωνία όσο και σε άλλους πολιτισμούς.

Σύμφωνα με τη **Θεωρία Οικογενειακής Ανάπτυξης του Duvall** (1988), οι οικογένειες κινούνται στα στάδια με μια συγκεκριμένη σειρά με την πάροδο του χρόνου, αφού τα μέλη κυριαρχήσουν επιτυχώς σε κάθε στάδιο. Αυτή η θεωρία διαφέρει από άλλες θεωρίες γιατί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου:

(α) η διάσταση του οικογενειακού κύκλου ζωής παρέχει τη βάση για τη μελέτη των οικογενειών με την πάροδο του χρόνου

- β) δίνεται έμφαση στα αναπτυξιακά καθήκοντα των μεμονωμένων μελών της οικογένειας και των οικογενειών σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους
- (γ) τονίζεται η ενσωματωμένη αναγνώριση του οικογενειακού στρες σε κρίσιμες περιόδους ανάπτυξης
- (δ) αναγνωρίζεται ήδη από το 1947 η ανάγκη για υπηρεσίες, υποστηρίξη και προγράμματα για οικογένειες καθ 'όλη τη διάρκεια της οικογενειακής τους ζωής.» (Gavazzi, S. M., 2011).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

" ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ- ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ- ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ"

6.1. ΤΟ ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ:

Τον Μάρτιο του 2014, το Εθνικό Φόρουμ κυκλοφόρησε το Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία για την Πρόληψη της Καρδιακής Νόσου και του Εγκεφαλικού: Η **δεκαετή ενημέρωση** παρέχει ένα πλαίσιο για άτομα και οργανισμούς, ώστε να επιτύχουν από κοινού εθνικούς στόχους για την πρόληψη καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικών επεισοδίων. Με συνεισφορές από περισσότερους από 100 ηγέτες της δημόσιας υγείας, η Δεκαετή Ενημέρωση ζητά να επιτύχει μια καλύτερη ισορροπία στις οικονομικές επενδύσεις του έθνους στην υγεία, δίνοντας προτεραιότητα στην πρόληψη, μετατρέποντας τους οργανισμούς δημόσιας υγείας σε πρωταθλητές της πολιτικής για την υγεία της καρδιάς και τις περιβαλλοντικές αλλαγές και ανάντη στρατηγικές που αποτρέπουν τις βασικές αιτίες καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η δεκαετή ενημέρωση προσδιορίζει **επτά προτεραιότητες** δράσης που αντικατοπτρίζουν το μεταβαλλόμενο τοπίο, τις νέες ευκαιρίες όσο και τα εναπομείναντα εμπόδια. Αυτές οι επτά προτεραιότητες καθοδηγούν το έργο του Εθνικού Φόρουμ για την Καρδιακή Νόσο και την Πρόληψη Εγκεφαλικού.

Το **νέο πρόγραμμα δράσης** στη δημόσια υγεία:

- ενισχύει τα τρία σκέλη του προηγούμενου προγράμματος (πληροφόρηση, απειλές και καθοριστικοί παράγοντες και
- δημιουργεί τρία νέα σκέλη: (α) αντιμετώπιση των απειλών, (β) πρόληψη των νόσων και των τραυματισμών, (γ) συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας.

6.1.1. ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (C.D.C.)

Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (C.D.C.)

Το C.D.C είναι ένας από τους κυριότερους οργανισμούς του Υπουργείου Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, αποστολή του οποίου είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας και της ασφάλειας όλων των πολιτών και η συμβολή στην παροχή ουσιαστικών υπηρεσιών προστασίας της υγείας του πληθυσμού. Το C.D.C. ιδρύθηκε το 1946 για να βοηθήσει στον έλεγχο της ελονοσίας. Έκτοτε, το C.D.C. έχει παραμείνει στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών για τη Δημόσια Υγεία και έχει μια **πρωτοπόρα και παγκόσμια συμβολή στην αποτροπή και στον έλεγχο των μολυσματικών και χρόνιων ασθενειών, των τραυματισμών, των κινδύνων των εργασιακών χώρων, και των απειλών της περιβαλλοντικής υγείας**. Σήμερα, το C.D.C. αναγνωρίζεται παγκοσμίως για την υλοποίηση ερευνών και μελετών πάνω σε όλα τα θέματα Δημόσιας Υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, τις οποίες εκδίδει αποτελούν πρότυπο εφαρμογής σε διεθνές επίπεδο (<https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>) . **Η αποστολή και ο ρόλος του C.D.C. είναι η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας και της ποιότητας ζωής, μέσω του ελέγχου και της πρόληψης των ασθενειών, των τραυματισμών και της αναπηρίας, στοχεύοντας:**

- Στον έλεγχο της Δημόσιας Υγείας.
- Στην ανίχνευση και στην έρευνα των προβλημάτων υγείας.
- Στην πραγματοποίηση ερευνών για την ενίσχυση της πρόληψης.
- Στην ανάπτυξη και υποστήριξη των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Στην εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης.
- Στη διαφύλαξη ενός υγιούς περιβάλλοντος.
- Στην παροχή εκπαιδευτικής κατάρτισης.

Οι παραπάνω άξονες είναι και ο βασικός κορμός της αποστολής του C.D.C. **Το C.D.C. αποτελείται από 7 κέντρα**, καθένα από τα οποία έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και εξειδίκευση και αναλαμβάνει μια ορισμένη ομάδα από τις

δραστηριότητες αυτές. Στην υλοποίηση της αποστολής του, το C.D.C. συνεργάζεται με επιστημονικούς φορείς από ολόκληρη την Αμερική και τις άλλες χώρες. Τα βήματα που απαιτούνται για να ολοκληρώσουν αυτή την αποστολή είναι βασισμένα στην επιστημονική επάρκεια, και στο καλά **εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό** (<https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>).

Τα κέντρα του C.D.C. είναι τα ακόλουθα:

1. Κέντρο για την Περιβαλλοντική Υγεία και Πρόληψη Τραυματισμών (Center for Environmental Health and Injury Prevention), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center for Environmental Health (NCEH).
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR).
- National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). Στην Ελλάδα αυτό γίνεται σε συνεργασία των δύο Υπουργείων Υγείας και Παιδείας, **με εκπαίδευση των μαθητών σε θέματα υγείας από τους επισκέπτες υγείας και τους σχολικούς νοσηλευτές.**

2. Κέντρο Πληροφοριών και Υπηρεσιών Υγείας (Center for Health Information and Services), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center for Health Statistics (NCHS).
- National Center for Public Health Informatics (NCPHI).
- National Center for Health Marketing (NCHM).

3. Κέντρο Προαγωγής Υγείας (Center for Health Promotion), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities (NCBDDD)- Εθνικό κέντρο συγγενών παθήσεων αναπτυξιακών δυσχερειών.

- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDRHP)- Εθνικό κέντρο Χρόνιων ασθενειών και προαγωγής της υγείας.

- Office of Genomics and Disease Prevention (Γραφείο γονιδιώματος και αποτροπής ασθενειών).

4. Κέντρο Λοιμωδών Νοσημάτων (Center for Infectious Diseases). Στην Ελλάδα αυτό ελέγχεται από τον ΕΟΔΥ (Σίμου, Ε. 2008 - 2012. *“Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*).

Μέσα από τους παραπάνω φορείς, το C.D.C. αναπτύσσει δραστηριότητα σε μια σειρά προγραμμάτων, δραστηριοτήτων και αντικειμένων σχετικών με τη Δημόσια Υγεία.

Τα κυριότερα από τα προγράμματα αυτά αφορούν στα παρακάτω

(<https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>) :

- Βιοτρομοκρατία.
- Γενετικές ανωμαλίες.
- Πρόληψη του καρκίνου.
- Πρόληψη χρόνιων παθήσεων.
- Περιβαλλοντική υγεία.
- Παγκόσμια υγεία.
- Προαγωγή υγείας.
- HIV/AIDS.
- Ανοσοποιητικό σύστημα.
- Μολυσματικές ασθένειες.
- Πρόληψη τραυματισμών.
- Επαγγελματική ασφάλεια και υγεία.

6.1.2. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Η προαγωγή της καλής υγείας απαιτεί την αντιμετώπιση τόσο των επιβλαβών για την υγεία παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τους εθισμούς (π.χ. κάπνισμα, οινόπνευμα, ανθυγιεινή διατροφή) όσο και των ευρύτερων καθοριστικών για την υγεία παραγόντων κοινωνικοοικονομικής και περιβαλλοντικής φύσης.

Η γενική προσέγγιση που ακολουθείται για την επίτευξη αυτού του στόχου συνίσταται σε μια σειρά **κοινοτικών στρατηγικών** για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων, όπως η διατροφή και η παχυσαρκία, η κατάχρηση οινόπνευματος, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά, καθώς επίσης το HIV/AIDS και η αναπαραγωγική υγεία (WHO, 2008).

Οι **κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες**, όπως η φτώχεια και οι συνθήκες εργασίας, θα αντιμετωπιστούν με ενέργειες που θα αποσκοπούν στη διάδοση βέλτιστων πρακτικών και **στη συνεκτίμηση των ανισοτήτων που υπάρχουν στον τομέα της υγείας στις άλλες πολιτικές**. Οι περιβαλλοντικές ενέργειες θα στηριχθούν στο πρόγραμμα δράσης που εφαρμόζεται στους τομείς του περιβάλλοντος και της υγείας και θα επικεντρωθούν στην ποιότητα του αέρα στους εσωτερικούς χώρους, στον καπνό του τσιγάρου, στον ατμοσφαιρικό αέρα και στις συνέπειες για την υγεία που συνδέονται με το περιβάλλον. Δεδομένου ότι **πολλά προβλήματα έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία, θα εφαρμοστεί μια προσέγγιση κύκλου ζωής προκειμένου να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για την υγεία των νέων**. Επιπλέον, θα προταθούν ενέργειες που θα αφορούν στον αντίκτυπο της γήρανσης στην υγεία και στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Τέλος, η επιτροπή θα αναπτύξει θεματικές πλατφόρμες, στις οποίες θα συμμετέχουν τα κράτη-μέλη και οι εμπλεκόμενοι στα θέματα αυτά φορείς, και θα αναλάβει ενέργειες για συγκεκριμένους, καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες (WHO, 2008).

Στρατηγική «Υγεία για Όλους»

Οι στόχοι που επιδιώκονται μέσω των δράσεων του προγράμματος 2008 - 2013 και κατ' επέκταση 2025, είναι:

- Επίτευξη υψηλού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και μεγαλύτερης ισότητας σε θέματα υγείας σε ολόκληρη την κοινότητα.
- Πρόληψη των ασθενειών και διαταραχών και εξάλειψη των πηγών κινδύνου για την υγεία με σκοπό την **καταπολέμηση της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας**.
- Απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία. Η υλοποίηση των στόχων του προγράμματος θα γίνει μέσω **της δημιουργίας και**

λειτουργίας ενός μόνιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας. Το σύστημα αποσκοπεί στην παραγωγή συγκρίσιμων πληροφοριών, σχετικά με την υγεία και τη συμπεριφορά του πληθυσμού, τις ασθένειες και τα συστήματα υγείας (WHO, 2008).

- Παραγωγή και διάδοση περισσότερων και καλύτερων πληροφοριών για την υγεία στους πολίτες, στους εμπειρογνώμονες του τομέα της υγείας και στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής.

Η επίτευξη αυτού του στόχου προϋποθέτει **την ανάπτυξη των υπαρχόντων δεικτών** και την εφαρμογή νέων εργαλείων για τη συλλογή των σχετικών στοιχείων, τη διεξαγωγή μιας ευρωπαϊκής έρευνας για τον τομέα της υγείας, την καλύτερη **ενημέρωση των πολιτών μέσω μιας διαδικτυακής πύλης της Ευρωπαϊκής Ένωσης** για την υγεία, την πραγματοποίηση εκστρατειών απευθυνόμενων στους νέους, τη δημιουργία δικτύων και την παροχή πληροφοριών για τις σπάνιες νόσους. Περιλαμβάνει επίσης, **την ενίσχυση των αναλύσεων σε θέματα υγείας και την υποστήριξη των μέσων ηλεκτρονικής υγείας** (WHO, 2008).

Η στρατηγική «Υγεία για Όλους» βασίστηκε στις πέντε ακόλουθες αρχές:

- Στην **ισότητα** στην παροχή και κατανομή της φροντίδας υγείας.
- Στην **ενεργό συμμετοχή** του πληθυσμού στην υγειονομική ανάπτυξη.
- Στην παραδοχή ότι **η προαγωγή υγείας και η πρόληψη των ασθενειών** πρέπει να έχουν την **ίδια βαρύτητα** και αναγνώριση όπως **η θεραπεία**.
- Στην παραδοχή ότι **η τεχνολογία** θα πρέπει να βασίζεται σε στέρεες επιστημονικές βάσεις και το **κόστος της να είναι προσιτό**.
- Στην παραδοχή ότι **όλοι οι τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας** έχουν **άμεση επίδραση** στην υγεία (The Lancet., (2018) *The NHS at 70 and Alma-Ata & ASTANA DECLARATION*).

Στο Ευρωπαϊκό γραφείο του Π.Ο.Υ. η νέα στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» εγκρίθηκε το 1980 στην 34η Περιφερειακή Επιτροπή για την Ευρώπη και το 1984 υιοθετήθηκαν 38 στόχοι μαζί με ένα κατάλογο δεικτών ως κριτήρια

αξιολόγησης της προόδου. Το 1991 οι στόχοι και οι δείκτες αναθεωρήθηκαν, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εποχής (WHO, 2008).

Δράση " Η Υγεία των Νέων".

Η προτεινόμενη δράση στοχεύει στην εξέλιξη του προγράμματος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «**Η Ζωή Έχει Χρώμα**», σε σταθερό πρόγραμμα αγωγής υγείας για όλα τα σχολεία της χώρας και για όλες τις θεματικές ενότητες που αφορούν στην προάσπιση της υγείας των παιδιών και των νέων (Σίμου,. Ε, 2008 - 2012).

Στόχοι :

- Η θεμελίωση για πρώτη φορά στην υγειονομική ιστορία της χώρας σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
 - Η ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων, και κυρίως των νέων, όσον αφορά στην υγεία.
 - Η προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών.
 - Η καθιέρωση της ταυτότητας της αγωγής υγείας (αρχές, περιεχόμενο και μεθοδολογία) στο σχολείο.
 - Η διαμόρφωση κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του.
 - Η προαγωγή της φυσικής, προσωπικής, συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης των μαθητών, ώστε να αποφασίζουν και να ενεργούν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν στην υγεία και στην προστασία τους. Ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις.
- Ενέργειες:

- Παραγωγή στοχευόμενου εκπαιδευτικού υλικού (έντυπο και ψηφιακό υλικό, διαδραστικά παιχνίδια) για τους μαθητές και τους καθηγητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

- Κατάρτιση κοινού σχεδίου δράσης με το Υπουργείο Εθνική Παιδείας και Θρησκευμάτων, για την ένταξη του προγράμματος αγωγής υγείας στο μαθησιακό κορμό των σχολείων.
- Συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής δράσεων/ προγραμμάτων αγωγής υγείας με δυνατότητα αναπροσαρμογή τους όταν κρίνεται αναγκαίο(Φορείς Υλοποίησης Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πανεπιστημιακές Σχολές με ειδίκευση στον τομέα της αγωγής υγείας (& Σίμου,. Ε. 2008 - 2012).

6.1.3. "ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ και ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ"

ΕΕ και ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Το πρόγραμμα «Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020) αποτελεί το τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Βοηθά/στηρίζει τα κράτη μέλη με στόχο την υλοποίηση των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα, τη βελτίωση της πρόσβασης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη, την προαγωγή της καλής υγείας των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων, την προστασία των πολιτών της ΕΕ από διασυνοριακές απειλές. **Το χρηματοδοτικό κονδύλιο για την εκτέλεση του προγράμματος** ορίζεται σε 446 εκατ. ευρώ για την περίοδο από την 1η Ιανουαρίου 2014 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2020 (https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/7o%20Panellinio/37_workshoprekleitim.saridim.pdf).

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία:

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία είναι η πρώτη προσπάθεια στην υγειονομική ιστορία της χώρας για να αποκτήσουμε ολοκληρωμένη και σύγχρονη στρατηγική πρόληψης και προαγωγή υγείας, η οποία θα ανταποκρίνεται στις **σύγχρονες επιδημιολογικές προκλήσεις** και δεδομένα.

Βασική επιδίωξη του έργου είναι η ανάδειξη της Δημόσιας Υγείας ως κορυφαίο ζήτημα κοινωνικής πολιτικής και η εξασφάλιση εθνικής πολιτικής, η οποία θα διασφαλίζει την πρόληψη των ασθενειών και την ποιότητα ζωής του πολίτη.

https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/7o%20Panellinio/37_worksh_oprekleitim.saridim.pdf).

6.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ .

Η εκπαίδευση στον τομέα της υγείας είναι ένα νέο αλλά αναπτυσσόμενο επάγγελμα, το οποίο με την απασχόληση σε αυτόν τον τομέα αναμενόταν να επεκταθεί 26% έως το 2018, σύμφωνα με το Υπουργείο Στατιστικής Εργασίας των ΗΠΑ. Πολλοί εκπαιδευτικοί υγείας μπορούν να κερδίσουν πτυχίο ειδικά στον τομέα, ενώ άλλοι έχουν υπόβαθρο σε τομείς υγείας όπως η νοσηλευτική. Ανεξάρτητα από το ιστορικό, ο πρωταρχικός στόχος των εκπαιδευτικών υγείας είναι η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ανθρώπων (Alkire, S., & Jahan, S, 2018).

Βελτίωση της υγείας

Οι εκπαιδευτικοί υγείας βοηθούν τους ανθρώπους να βελτιώσουν την υγεία τους σε όλα τα στάδια της ζωής. Οι εκπαιδευτικοί εργάζονται σε μια μεγάλη ποικιλία ρυθμίσεων και σε μια μεγάλη ποικιλία ηλικιακών ομάδων. Μερικοί εκπαιδευτικοί επισκέπτονται δημοτικά σχολεία για να μιλήσουν με τα παιδιά σχετικά με τη σημασία της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Άλλοι εκπαιδευτικοί εργάζονται σε μη κερδοσκοπικές κλινικές, εκπαιδεύοντας τους ηλικιωμένους για τη σημασία της παραμονής ενεργού κατάστασης- άσκησης και της διατροφής για καλή υγεία των οστών.

Βελτίωση της λήψης αποφάσεων

Οι εκπαιδευτικοί υγείας προσπαθούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους να λάβουν καλύτερες αποφάσεις για την υγεία. Για να το κάνουν αυτό, προσαρμόζουν συχνά το μήνυμά τους στην ομάδα που εκπαιδεύουν. Για παράδειγμα, επειδή οι έφηβοι είναι επιρρεπείς στην επιλογή ζαχαρούχων αναψυκτικών από μηχανήματα αυτόματης πώλησης, οι εκπαιδευτικοί υγείας που εργάζονται σε γυμνάσιο συχνά διδάσκουν στα παιδιά τους κινδύνους για την υγεία από το σιρόπι καλαμποκιού υψηλής φρουκτόζης. Μπορούν επίσης να εξηγήσουν τους κινδύνους ανθυγιεινών συνηθειών όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το σεξ χωρίς προστασία.

Καταπολέμηση της νόσου

Ένας στόχος της εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας είναι να ελαχιστοποιηθεί η εμφάνιση απειλητικών για τη ζωή ασθενειών. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος ανάπτυξης διαβήτη και καρδιακών παθήσεων μπορεί να μειωθεί με σωστή διατροφή και άσκηση. Ένας εκπαιδευτικός υγείας μπορεί να εξηγήσει στους ενήλικες πώς η μείωση των τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε χοληστερόλη και ζάχαρη μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης αυτών των παθήσεων.

Καταπολέμηση παρανοήσεων

Οι εκπαιδευτικοί υγείας καταπολεμούν τις κοινές παρανοήσεις που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν τεχνητά γλυκαντικά με την πεποίθηση ότι είναι υγιέστερα από τη ζάχαρη, αγνοώντας ότι η ασπαρτάμη και η σακχαρίνη μπορεί επίσης να θέσουν κινδύνους για την υγεία. Οι εκπαιδευτικοί στον τομέα της υγείας μπορεί επίσης να διδάξουν στον πληθυσμό αναφοράς τους για τους κινδύνους που ακολουθούν δημοφιλείς δίαιτες που έχουν ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών ή υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη ή κενές θερμίδες (Alkire, S., & Jahan, S., 2018).

Παροχή πόρων

Οι εκπαιδευτικοί υγείας διανέμουν συχνά εκπαιδευτικούς πόρους με τη μορφή πακέτων και φυλλαδίων. Εκπαιδεύουν επίσης ομάδες για δημόσιους πόρους που μπορεί να διατίθενται δωρεάν ή με ελάχιστο κόστος. Αυτοί οι πόροι μπορεί να περιλαμβάνουν ιατρικές εξετάσεις ή συμβουλές που παρέχονται από κυβερνήσεις, νοσοκομεία, κλινικές και φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Οι εκπαιδευτικοί υγείας θέλουν να **ενδυναμώσουν τους ανθρώπους** να χρησιμοποιούν αυτούς τους πόρους για να βελτιώσουν την υγεία τους (Alkire, S., & Jahan, S., 2018).

Φυσικά υπάρχουν και άλλοι στόχοι που προέρχονται από την εκπαίδευση στο κομμάτι της υγείας, όμως για να υπάρξει η εκπαίδευση αυτή υπάρχουν κάποιοι φορείς που την προωθούν. Οι φορείς που κυρίως θα μεταφέρουν γνώσεις στο κομμάτι της υγείας είναι **ειδικοί από διάφορα νοσοκομεία που θα πάνε σε σχολεία** με βάση κάποιο πρόγραμμα του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Παιδείας/Εκπαίδευσης. Επίσης ανάλογα με το σχολείο διάφοροι φορείς όπως ΜΚΟ

θα αναλάβουν το ρόλο του ειδικού που θα μεταφέρει τις γνώσεις. Επίσης οι άνθρωποι μπορούν να ενημερωθούν από ιστότοπους που είναι έγκυροι κλπ.

6.2.1 ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ :

Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, χρησιμοποιεί ως μεθόδους και τεχνικές Προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας τις "**παθητικές**" (η διάλεξη, την προβολή βίντεο ή ταινίας, οι διαφάνειες), τις μεθόδους "**ενεργητικής συμμετοχής**" (έρευνα, συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, κλπ) τις "**βιωματικές μεθόδους**" (τη δραματοποίηση, το θεατρικό παιχνίδι, το γράψιμο μιας ιστορίας, τη συμβουλευτική, το διάγραμμα βιωματικών εμπειριών, τον "καθρέπτη", τις φωτογραφίες και τη δημιουργική έκφραση με σχήματα ζωγραφικής, κλπ).

Η αξιολόγηση κάθε προγράμματος αναφέρεται στο περιεχόμενο, τις μεθόδους, την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το πρόγραμμα. Οι βασικές μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται στα προγράμματα Αγωγής Υγείας που εφαρμόζει το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠ.Ε.Π.Θ) είναι η **ομαδική εργασία σε ομάδες των 4-5 ατόμων και τα ερωτηματολόγια.**

Το ΥΠ.Ε.Π.Θ. για να στηρίξει το έργο των εκπαιδευτικών στο σχολείο, είναι γνωστό πως έχει **θεσμοθετήσει θέση Υπευθύνων Αγωγής Υγείας (Α.Υ) και Περιβαλλοντικής Αγωγής (Π.Α) σε κάθε τοπική διεύθυνση και έχει ιδρύσει και λειτουργεί 56 Κέντρα Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης (Κ.Π.Ε.).** Ταυτόχρονα, λειτουργούν 15 **Συμβουλευτικοί Σταθμοί Νέων (Σ.Σ.Ν.)** και αναμένεται η λειτουργία 43 νέων. Αναφορικά, προτεινόμενες δραστηριότητες από ομάδες μαθητών-τριών:

- Έρευνα με ερωτηματολόγια γύρω από τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών από συνομηλίκους και την οικογένεια.
- Επίσκεψη στο ΕΚΑΒ, συζήτηση με ειδικούς και συλλογή στοιχείων για τροχαία ατυχήματα.
- Επίσκεψη στην Τροχαία ή πρόσκληση ειδικού για συζήτηση του θέματος αλκοόλ και οδήγηση.

- Έρευνα για τα ήθη και έθιμα των λαών σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ. Για το πρόγραμμα αυτό μπορούν οι εκπαιδευτικοί να συνεργαστούν με τα Κέντρα Πρόληψης του Ο.ΚΑ.ΝΑ, Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, ΚΕ.Θ.Ε.Α, Υπουργείο Μεταφορών, Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και άλλους φορείς (Στάππα - Μουρτζίνη, Μ. /ri-schools.gr/programs/agogi_ygeias/agogi_ygeias.pdf & http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/meletes/agwgh_ygeias_prwtovatismias.pdf).

Προγράμματα eTwinning

Το «eTwinning» είναι η καινοτόμος δράση με επίσημη έναρξη τον Ιανουάριο του 2005, η οποία για τα έτη 2004-2006 αποτέλεσε τη βασική δράση του προγράμματος eLearning και πλέον εντάσσεται στο Πρόγραμμα για τη Διά Βίου Μάθηση (2007-2013 - Απόφαση αρ. 1720/2006/EC 1 της 15 Νοεμβρίου 2006), **αφορά ηλεκτρονικές αδελφοποιήσεις σχολείων από διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες μέσω του διαδικτύου**. Πλούσιο πληροφοριακό υλικό για τη διάδοση της δράσης στην ελληνική εκπαιδευτική κοινότητα υπάρχει στον ελληνικό ιστότοπο <http://www.etwinning.gr>.

Ευρωπαϊκό πρόγραμμα για τη Δια Βίου Μάθηση (Comenius – Leonardo da Vinci). Τα σχολεία της χώρας μας, υλοποιούν ευρωπαϊκά προγράμματα που απευθύνονται στη σχολική εκπαίδευση, όπως το Comenius και το Leonardo da Vinci, καθώς και άλλες πρωτοβουλίες και δραστηριότητες. Το Comenius αποτελεί το πρώτο τομιακό πρόγραμμα του ευρωπαϊκού προγράμματος για τη Δια Βίου Μάθηση, το οποίο εγκρίθηκε με την αρ. 1720/2006/ΕΚ Απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου. Αποσκοπεί στην ενίσχυση της ευρωπαϊκής διάστασης της εκπαίδευσης και στη βελτίωση της ποιότητάς της μέσω της ενθάρρυνσης της διακρατικής συνεργασίας μεταξύ εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

Ο Gardner (1983, στο Burton, 2007:13) υποστηρίζει ότι **«υπάρχουν οκτώ τύποι νοημοσύνης που λειτουργούν εντελώς ανεξάρτητα η μία από την άλλη: γλωσσική, χωρική, λογικο-μαθηματική, μουσική, κιναισθητική, ενδοπροσωπική, διαπροσωπική και νατουραλιστική»**. Τα είδη της νοημοσύνης που συνδέονται περισσότερο με τη συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ενδοπροσωπική και η διαπροσωπική νοημοσύνη: ως **ενδοπροσωπική νοημοσύνη** ορίζεται η ικανότητα πρόσβασης του ατόμου στα προσωπικά του συναισθήματα, η ικανότητά του δηλαδή να συνειδητοποιεί, να διακρίνει και να ελέγχει τα συναισθήματά του (Gardner, 1983, στο Kaschub, 2002),

ενώ ως **διαπροσωπική νοημοσύνη** εννοείται «η ικανότητα του ατόμου να διακρίνει και να ανταποκρίνεται κατάλληλα στις διαθέσεις, στα κίνητρα και τις επιθυμίες των άλλων».

Τέτοιου είδους δεξιότητες φαίνεται να είναι, επιπλέον, άρρηκτα συνυφασμένες με την σχολική επίδοση των μαθητών (Conner & Fraser, 2011). Στο πλαίσιο αυτό, η **ομαδοσυνεργατική μέθοδος διδασκαλίας, η διδασκαλία συνομηλίκων (peertutoring), η χρήση εννοιολογικών χαρτών (conceptmaps) ή γραφικών οργανωτών (graphicorganizers) και η υλοποίηση σχεδίων εργασίας (projects-Freinet)**(Αποστολοπούλου, Β. (2017), είναι μερικές μόνο από **τις καινοτόμες εκπαιδευτικές στρατηγικές διδασκαλίας και μάθησης**, που έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια στην ελληνική εκπαιδευτική πραγματικότητα.

Δίνοντας έμφαση στις λεγόμενες **προκοινωνικές δεξιότητες**, όπως η συνεργασία, ο αλληλοσεβασμός και η καλλιέργεια δεξιοτήτων ακρόασης (Denham, 2005, στο Humphrey κ.ά., 2011), βοηθώντας τους μαθητές να βιώσουν έναν χώρο διαλόγου, συνοικοδόμησης της γνώσης και δημιουργικής αντιπαράθεσης (Dochy κ.ά., 2011) και ενθαρρύνοντας τα παιδιά να αναπτύξουν **αισθήματα αλληλοϋποστήριξης και συμπαράστασης** (Παναγάκος, 2003), οι στρατηγικές αυτές αποτελούν ουσιαστικό εργαλείο για «**την διαμόρφωση, οργάνωση αλλά και έκφραση των σκέψεων και συναισθημάτων των μαθητών**» (Fisher, 2005:71).

Η **πρόληψη ψυχοκοινωνικής υγείας** αξιοποιεί εκπαιδευτικές διαδικασίες με **μεθόδους αλληλεπίδρασης και ενεργού μάθησης** με στόχο όχι μόνο την αύξηση των γνώσεων, αλλά κυρίως χρησιμοποιεί πολυσύνθετες στρατηγικές παρέμβασης με στόχο **την ενδυνάμωση ,την υποστήριξη και την εκπαίδευση των ατόμων**, ώστε να υιοθετήσουν **θετικές στάσεις ζωής** και να **αναπτύξουν δεξιότητες** (ατομικές και κοινωνικές) που θα λειτουργήσουν ως **προστατευτικοί παράγοντες** (Botvin & Botvin, 1992, Hawkins et al.,1992, Mendes et al., 1999).

Ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας** αναγνώρισε τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και τα ονόμασε **Προγράμματα Δεξιοτήτων Ζωής**. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, η **Εκπαίδευση Δεξιοτήτων Ζωής πρέπει να αποτελεί τη βάση για την εκπαίδευση των παιδιών**, γιατί επικεντρώνεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που καθιστούν τα άτομα ικανά να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις απαιτήσεις και τις προκλήσεις της καθημερινής ζωής (WHO, 1993).

Παράλληλα όρισε ως πιο βασικές τις παρακάτω **δεξιότητες**: την ικανότητα δημιουργικής σκέψης, την ικανότητα κριτικής σκέψης, την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας, την ικανότητα δημιουργίας αλλά και διατήρησης διαπροσωπικών σχέσεων, την αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με γνώση του εαυτού, την ικανότητα για ενσυναίσθηση, την ικανότητα διαχείρισης συναισθημάτων, την ικανότητα διαχείρισης της έντασης και του stress, την ικανότητα λήψης αποφάσεων και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (WHO, 1993).

Η **πρόληψη ψυχοκοινωνικής υγείας** προϋποθέτει την **ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία υιοθέτησης ή αλλαγής των στάσεων και συμπεριφορών**.

Τα προγράμματα πρόληψης σε σχέση με την ομάδα στόχου διακρίνονται σε: **α.Καθολικά Προγράμματα**: τα οποία είναι σχεδιασμένα να απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, **β.Επικεντρωμένα Προγράμματα**: τα οποία είναι σχεδιασμένα να απευθύνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως τα παιδιά των χρηστών ναρκωτικών ή σε μαθητές με σχολική αποτυχία, **γ.Ενδεδειγμένα Προγράμματα**: τα οποία είναι σχεδιασμένα να απευθύνονται σε άτομα που ήδη έχουν αρχίσει να εμφανίζουν προβληματική συμπεριφορά, με **στόχο την έγκαιρη διάγνωση και την παρέμβαση** σε ατομικό επίπεδο. Τόσο τα καθολικά όσο και τα επικεντρωμένα και τα ενδεδειγμένα προγράμματα πρόληψης, μπορούν να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό των προβληματικών συμπεριφορών και συμπτωμάτων και να δημιουργήσουν **προστατευτικούς μηχανισμούς για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου στα παιδιά και στους εφήβους** (Diekstra , 2008, Κούτρας Β.,2014).

6.2.2 ΘΕΩΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ - ΗΘΙΚΗΣ

Η θεωρία της κοινωνικής εκμάθησης είναι μια θεωρία της μαθησιακής διαδικασίας και της κοινωνικής συμπεριφοράς που προτείνει ότι νέες συμπεριφορές μπορούν να αποκτηθούν με την **παρατήρηση και τη μίμηση άλλων**. Αναφέρει ότι **η μάθηση είναι μια γνωστική διαδικασία** που λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και μπορεί να συμβεί καθαρά μέσω της **παρατήρησης ή της άμεσης διδασκαλίας**, ακόμη και αν δεν υπάρχει **κινητική αναπαραγωγή ή άμεση ενίσχυση**. Εκτός από την παρατήρηση της συμπεριφοράς, η μάθηση συμβαίνει επίσης μέσω της παρατήρησης των **ανταμοιβών και των τιμωριών**, μια διαδικασία γνωστή ως **εναλλακτική ενίσχυση**. Όταν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ανταμείβεται τακτικά, πιθανότατα θα παραμείνει. Αντίθετα, εάν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά τιμωρείται

συνεχώς, πιθανότατα θα σταματήσει. Η θεωρία επεκτείνεται στις παραδοσιακές θεωρίες συμπεριφοράς, στις οποίες η συμπεριφορά διέπεται αποκλειστικά από ενισχύσεις, δίνοντας έμφαση στους σημαντικούς ρόλους των διαφόρων εσωτερικών διαδικασιών στο μαθησιακό άτομο.

Η Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην έννοια της μοντελοποίησης όπως περιγράφεται παραπάνω. Ο Bandura (1971) περιέγραψε **τρεις τύπους ερεθισμάτων μοντελοποίησης**:

1. **Ζωντανά μοντέλα**, όπου ένα άτομο επιδεικνύει την επιθυμητή συμπεριφορά
2. **Λεκτική εντολή**, στην οποία ένα άτομο περιγράφει λεπτομερώς την επιθυμητή συμπεριφορά και καθοδηγεί τον συμμετέχοντα στο πώς να εμπλακεί στη συμπεριφορά
3. **Συμβολική**, στην οποία η μοντελοποίηση συμβαίνει μέσω των μέσων, συμπεριλαμβανομένων ταινιών, τηλεόρασης, διαδικτύου, λογοτεχνίας και ραδιοφώνου. Τα ερεθίσματα μπορούν να είναι είτε πραγματικοί είτε φανταστικοί χαρακτήρες (Bandura, A., 1971).

Ακριβώς ποιες πληροφορίες συλλέγονται από την παρατήρηση επηρεάζονται από τον τύπο του μοντέλου, καθώς και από μια σειρά γνωστικών και συμπεριφορικών διαδικασιών, όπως:

- **Προσοχή** : Για να μάθουν οι παρατηρητές πρέπει να προσέχουν τη μοντελοποιημένη συμπεριφορά. Οι πειραματικές μελέτες διαπίστωσαν ότι η επίγνωση του τι μαθαίνεται και οι **μηχανισμοί ενίσχυσης** ενισχύουν σημαντικά τα μαθησιακά αποτελέσματα. Η προσοχή επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του παρατηρητή (π.χ. αντιληπτικές ικανότητες, γνωστικές ικανότητες, διέγερση, προηγούμενη απόδοση) και χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ή του συμβάντος (π.χ. συνάφεια, καινοτομία, συναισθηματικό σθένος και λειτουργική αξία). Με αυτόν τον τρόπο, οι κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην προσοχή. Το κύρος διαφορετικών μοντέλων επηρεάζει τη συνάφεια και τη λειτουργική αξία της παρατήρησης και επομένως ρυθμίζει την προσοχή.
- **Διατήρηση** : Για να αναπαραχθεί μια παρατηρούμενη συμπεριφορά, οι παρατηρητές πρέπει να είναι σε θέση να θυμούνται χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς. Και πάλι, αυτή η διαδικασία επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του παρατηρητή (γνωστικές ικανότητες, γνωστική πρόβα) και τα χαρακτηριστικά του συμβάντος (πολυπλοκότητα). Οι γνωστικές διαδικασίες που διέπουν τη συγκράτηση

περιγράφονται από τον Bandura ως οπτικό και λεκτικό, όπου οι λεκτικές περιγραφές των μοντέλων χρησιμοποιούνται σε πιο περίπλοκα σενάρια.

- **Αναπαραγωγή** - Με αναπαραγωγή, ο Bandura δεν αναφέρεται στη διάδοση του μοντέλου αλλά στην εφαρμογή του. Αυτό απαιτεί ένα βαθμό γνωστικής ικανότητας και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτήσει αισθητήριες ικανότητες. Η αναπαραγωγή μπορεί να είναι δύσκολη, διότι στην περίπτωση συμπεριφορών που ενισχύονται μέσω της αυτοπαρατήρησης (αναφέρει βελτίωση στον αθλητισμό), μπορεί να είναι δύσκολο να παρατηρηθεί καλά η συμπεριφορά. Αυτό μπορεί να απαιτήσει τη συμβολή άλλων, για την αυτό-διόρθωση σχολίων. Οι νεότερες μελέτες σχετικά με τα σχόλια υποστηρίζουν αυτήν την ιδέα, προτείνοντας **αποτελεσματικά σχόλια**, τα οποία θα βοηθήσουν στην παρατήρηση και τη διόρθωση να βελτιώσει την απόδοση των συμμετεχόντων σε εργασίες.

- **Κίνητρα** - Η απόφαση αναπαραγωγής (ή αποφυγής αναπαραγωγής) μιας παρατηρούμενης συμπεριφοράς εξαρτάται από τα κίνητρα και τις προσδοκίες του παρατηρητή, συμπεριλαμβανομένων των **αναμενόμενων συνεπειών και των εσωτερικών προτύπων**. Η περιγραφή του κινήτρου του Bandura βασίζεται επίσης σε περιβαλλοντικούς και συνεπώς κοινωνικούς παράγοντες, καθώς οι παρακινητικοί παράγοντες καθοδηγούνται από **τη λειτουργική αξία των διαφορετικών συμπεριφορών** σε ένα δεδομένο περιβάλλον (Anderson, C.A. & Bushman, B.J., 2001).

Μια θεωρία κοινωνικής εκμάθησης βέβαια εντάσσει μέσα της και την ηθική. Η **ηθική** είναι κάτι ατομικό αλλά και συλλογικό. Υπάρχει μία γενική ηθική που αφορά τον κόσμο και μια προσωπική/ατομική ηθική που διαμορφώνει ο κάθε άνθρωπος με βάση τα βιώματά του και τις εμπειρίες του. Η θεωρία για την εκμάθηση δεν αφορά μόνο την διδασκαλία των απλών δεξιοτήτων(π.χ. γραφή και ανάγνωση) αλλά και των σύνθετων αρχών όπως η ηθική.

6.2.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΖΩΗΣ

Οι Gould και Carson (2008) δήλωσαν ότι το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη δεξιοτήτων ζωής μέσω του αθλητισμού, ειδικά στα παιδιά και τη νεολαία, υπάρχει σαφώς επειδή οι περισσότεροι αθλητικοί οργανισμοί νεολαίας έχουν **κοινωνική-συναισθηματική ανάπτυξη ως δηλωμένο στόχο**. Ομοίως, οι Gould και Carson σημείωσαν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έρευνα δεξιοτήτων ζωής όπου οι μελετητές και οι επαγγελματίες χρησιμοποιούν τον αθλητισμό ως όχημα για να διδάξουν δεξιότητες

ζωής. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν αρκετές ασυνέπειες και προβλήματα, ένα από τα οποία είναι ένας σαφής ορισμός του τι συνιστά δεξιότητα ζωής. Για τους περισσότερους ανθρώπους η θετική ανθρώπινη λειτουργία περιλαμβάνει τον ορισμό της αίσθησης του εαυτού μας, την ανακάλυψη δεξιοτήτων και ενδιαφερόντων, την ανάπτυξη πολύπλευρων ικανοτήτων και την εφαρμογή των πολύτιμων αρχών που έχουν μάθει σε έναν τομέα ζωής ή σε έναν άλλο. Αυτές **οι συμπεριφορές, οι δεξιότητες, οι αρχές και οι στάσεις**, είναι αυτές που οι Δανέζοι, Nellen και Owens (1996) ονόμασαν «δεξιότητες ζωής».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ, 1999) όρισε **τις δεξιότητες ζωής ως την ικανότητα προσαρμογής και θετικής συμπεριφοράς που επιτρέπει στα άτομα να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις απαιτήσεις και τις προκλήσεις της καθημερινής ζωής που οδηγούν τους ανθρώπους σε υγιείς και παραγωγικές ζωές.**

Οι ερευνητές ομαδοποιούν χαλαρά τις δεξιότητες ζωής **σε τρεις** κατηγορίες: **γνωστικές δεξιότητες** για την ανάλυση και τη χρήση πληροφοριών, **προσωπικές δεξιότητες** για την ανάπτυξη προσωπικών πρακτικών και τη διαχείριση του εαυτού τους, και **διαπροσωπικές δεξιότητες** για επικοινωνία και αλληλεπίδραση αποτελεσματικά με άλλους.

Είναι απίθανο οι νέοι να αναπτύξουν δεξιότητες ζωής σε ένα γραμμικό σύστημα όπου κάθε δεξιότητα ξεδιπλώνεται με μια προβλέψιμη βιολογικά καθοδηγούμενη ακολουθία. Υποστηρίζουμε ότι όταν οι νέοι συμμετέχουν σε προγράμματα δεξιοτήτων ζωής, οι δεξιότητες εμφανίζονται λόγω των **αλληλεπιδράσεων** που συμβαίνουν με αυτό το συγκεκριμένο πλαίσιο (UNICEF, 2003).

Ο αναπτυξιακός ψυχολόγος **Lev Vygotsky** (1962) πρότεινε **ότι η ανάπτυξη δεν μπορούσε να διαχωριστεί από το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνει.** Ο Shabani, ο Khatib και ο Ebadi (2010), σημείωσαν ότι ο Vygotsky στον γενετικό του νόμο ανάπτυξης, δήλωσε ότι οποιαδήποτε ανώτερη διανοητική λειτουργία (π.χ. μια δεξιότητα ζωής) περνά από ένα εξωτερικό κοινωνικό στάδιο στην ανάπτυξή της πριν γίνει εσωτερική λειτουργία. Ο Vygotsky (1978) επινόησε τον όρο **ζώνη εγγύς ανάπτυξης για να περιγράψει το τρέχον ή πραγματικό επίπεδο ανάπτυξης** ενός μαθητή και το επόμενο επίπεδο, που μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας εργαλεία και διευκόλυνση ενηλίκων ή συνομηλίκων.

Όσον αφορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων ζωής, τα άτομα μαθαίνουν καλύτερα όταν εργάζονται μαζί με άλλους ανθρώπους κατά τη διάρκεια της συνεργασίας. Επιπλέον, **όταν τα άτομα συνεργάζονται με άτομα με μεγαλύτερη εξειδίκευση, οι μαθητές**

μαθαίνουν και ενσωματώνουν νέες έννοιες, ψυχολογικά εργαλεία και δεξιότητες (δηλαδή, δεξιότητες ζωής). Στην ουσία, ένα πρόγραμμα δεξιοτήτων ζωής λειτουργεί επειδή οι ηγέτες δίνουν στους μαθητές καθήκοντα που είναι πολύ δύσκολο για ένα άτομο να το πετύχει μόνο του. Για να ολοκληρώσουν μια δεδομένη εργασία, οι μαθητές πρέπει να συνεργαστούν με συνομηλίκους ή ηγέτες προγραμμάτων. Μετά από μια **επιτυχημένη συνεργασία**, ο μαθητής θα μπορούσε να είναι καλύτερα εξοπλισμένος για να ολοκληρώσει την εργασία **μεμονωμένα την επόμενη φορά** που θα εκτεθεί σε μια παρόμοια πρόκληση. Μέσω αυτής της διαδικασίας, η ζώνη εγγύς ανάπτυξης του ατόμου, για τη συγκεκριμένη εργασία, θα είχε αυξηθεί. Ένας ηγέτης μπορεί στη συνέχεια να προωθήσει την εξέλιξη των δεξιοτήτων επαναλαμβάνοντας την **εργασία σε υψηλότερο επίπεδο δυσκολίας**, σύμφωνα με τη νέα ζώνη εγγύς ανάπτυξης του μαθητή. Συνεπώς τα προγράμματα δεξιοτήτων ζωής είναι πολλά και διάσπαρτα μέσα στην περιοχή, πόλη κλπ. Κάθε άτομο που επιθυμεί να μπει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να το ψάξει και το πρόγραμμα είναι σίγουρο ότι θα τον βοηθήσει.

6.2.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Το σχολείο αποτελεί το φυσικό περιβάλλον για τη διενέργεια προγραμμάτων πρόληψης γιατί συγκεντρώνει την συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών, μιας και τα περισσότερα παιδιά στον κόσμο παρακολουθούν κάποιο σχολικό πρόγραμμα. Το εκπαιδευτικό σύστημα παρέχει την πλέον κατάλληλη υποδομή επιτρέποντας την ταυτόχρονη προσέγγιση μεγάλου αριθμού παιδιών, σε ηλικίες μάλιστα όπου **εγκαθιδρύονται οι συμπεριφορές τους και διαμορφώνεται ο χαρακτήρας τους**. Άλλωστε ο Νόμος 1566 του 1985, αναφέρει: *«Σκοπός της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα είναι να συμβάλει στην ολόπλευρη, αρμονική και ισόρροπη ανάπτυξη των διανοητικών και ψυχοσωματικών δυνάμεων των μαθητών, ώστε ανεξάρτητα από φύλο και καταγωγή, να έχουν τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες και να ζήσουν δημιουργικά»*.

Ειδικότερα σύμφωνα με τον Νόμο 1566/1985, **η εκπαίδευση στοχεύει να βοηθάει τους μαθητές**: «Να γίνονται ελεύθεροι, υπεύθυνοι, δημοκρατικοί πολίτες, να αποκτούν μέσα από τη σχολική τους αγωγή κοινωνική ταυτότητα και συνείδηση, να αναπτύσσουν δημιουργική, κριτική σκέψη και αντίληψη συλλογικής προσπάθειας και συνεργασίας, ώστε να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες και με την υπεύθυνη συμμετοχή

τους να συντελούν αποφασιστικά στην πρόοδο του κοινωνικού συνόλου. Να αναπτύσσουν πνεύμα φιλίας και συνεργασίας με όλους τους λαούς της γης, προσβλέποντας σε έναν κόσμο καλύτερο (Κούτρας Β., 2014).

Η εφαρμογή όμως και υλοποίηση καινοτόμων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ερευνητικών προσπαθειών στο επιστημονικό πεδίο της Συναισθηματικής Αγωγής δηλώνει και την σπουδαιότητα της καλλιέργειας **της Συναισθηματικής Νοημοσύνης** των παιδιών. Στο σύγχρονο περιβάλλον μάθησης, ο εκπαιδευτικός φαίνεται να αναγνωρίζει ότι η αποτελεσματική αντίληψη από μέρους του, η διαχείριση των συναισθημάτων και η ικανότητα ενσυναίσθησης, **είναι στοιχεία άρρηκτα συνυφασμένα** με την κοινωνική συνοχή, την ένταξη, την επαγγελματική επιτυχία αλλά και την διαμόρφωση μαθητών- πολιτών με συμμετοχική δράση και ενεργό πολιτειότητα (*citizenship*) (Μάνεση, Σ. 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα σημεία που πρέπει να διερευνηθούν πριν την επιλογή κάθε τεχνικής είναι:

1. Ο προσδιορισμός των αναγκών.
2. Η διατύπωση των στόχων παρέμβασης του προγράμματος προαγωγής υγείας.
3. Ο πληθυσμός στόχος, η δυνατότητα προσέλκυσής του, το γνωστικό επίπεδο ,η δυνατότητα πρόσβασής του όπως το διαδίκτυο, κ.λ.π.
4. Το είδος της πληροφορίας που πρέπει να μεταδοθεί.
5. Η διαθεσιμότητα των μέσων
6. Η πιθανή αναγκαιότητα άμεσης πληροφόρησης για επείγοντα θέματα υγείας π.χ γρίπη , έξαρση -πανδημία Covid 19 (Σαρίδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ.(26- 28/6/2014).

7.1.1 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΩΝ (ΜΟΝΤΕΛΑ) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Η προαγωγή της υγείας καθίσταται όλο και περισσότερο απαραίτητη, καθώς απαιτεί τον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών μέσω προσεκτικής και αυστηρής εμπειρικής αξιολόγησης και την εφαρμογή τους όσο το δυνατόν πιο πιστά στην πράξη (παρέκκλιση όσο το δυνατόν λιγότερο από ό, τι λειτουργεί σύμφωνα με τα στοιχεία). Η προαγωγή της υγείας είναι ζωτικής σημασίας ιδιαίτερα στην εποχή που ζούμε. Για την προαγωγή της υγείας έχουν αναπτυχθεί κάποια τεχνολογικά προγράμματα τα οποία μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να ενημερωθούν. Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν κυρίως με κάποιες «λειτουργίες» οι οποίες είναι ρυθμιζόμενες και αφορούν τον τόπο, ηλικία, φύλλο, κλπ του ανθρώπου, για να του δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες.

Οι τρόποι προσέγγισης τέτοιων προγραμμάτων στην καθημερινότητα του ανθρώπου είναι είτε μέσω διαφημίσεων και οργανογραμμάτων από τα αρμόδια υπουργεία και τα νοσοκομεία για την ενημέρωση της ύπαρξής τους και φυσικά για την σωστή τους χρήση. Επίσης γίνονται διδασκαλίες ή ημερίδες στα σχολεία για την πρόωθηση των προγραμμάτων αυτών κλπ. (Brunner E. & Marmot M., 2007).

7.1.2. ΜΕΘΟΔΟΙ -ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΔΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ:

Παθητικές μέθοδοι: Σε αυτήν την προσέγγιση ο μαθητής είναι περισσότερο ακροατής. Μερικές τεχνικές είναι η προβολή slides και video, οι αφίσες, τα φυλλάδια, οι διαλέξεις κ.λ.π

Μέθοδοι Ενεργητικής Μάθησης: Σε αυτές ο μαθητής λαμβάνει ενεργό μέρος, συμμετέχει σε ερευνητικές διεργασίες, σε συνεντεύξεις, σε ερωτηματολόγια , σε νοητικό καταγισμό, σε ανάλυση περιεχομένου, στη συγγραφή ενός δοκιμίου ή μιας ιστορίας, σε θεατρικό παιχνίδι, στη δραματοποίηση και σε παιχνίδια ρόλων σε αλληλοδιδασκαλία κ.λ.π.

Βιωματικές Μέθοδοι: Αφορούν τεχνικές που στοχεύουν στην **ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου, στην ανάπτυξη των προσωπικών του δεξιοτήτων και στην ενίσχυση της ικανότητας επιλογής στόχων και αποφάσεων.** Σε αυτές τις τεχνικές συμπεριλαμβάνονται και διάφορες μέθοδοι ενεργητικής μάθησης όπως το θεατρικό παιχνίδι αλλά και μέθοδοι συμβουλευτικής και γενικά τρόποι με τους οποίους ο εκπαιδευόμενος **έρχεται σε επαφή με τα συναισθήματά του** και ενισχύονται η ικανότητα επικοινωνίας, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός.

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας (Προαγωγής) διαμορφώνονται σύμφωνα με τα εξής βασικά μοντέλα:

- το γνωστικό
- το συναισθηματικό και
- το ψυχοκοινωνικό (Σαρίδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ. (26- 28/6/2014).

7.1.2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ -ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ:

ΜΕΘΟΔΟΙ -ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ :

- ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ
- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
- ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΖΩΗΣ
- ΑΛΛΗΛΟΔΙΔΑΚΤΙΚΗ
- ΒΙΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

1. ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ

Είναι βασισμένη στο γνωστικό μοντέλο και έχει ως σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Στόχος της είναι η παροχή γνώσεων και έχει ως αποτέλεσμα να συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στόχου.

Μειονεκτήματα: η ομάδα-στόχος παραμένει παθητικός δέκτης των πληροφοριών και δεν επιτυγχάνεται η επιθυμητή αλλαγή στη συμπεριφορά, π.χ οι χρήστες ναρκωτικών γνωρίζουν τους κινδύνους από τη χρήση περισσότερο από τους μη χρήστες, αλλά συνεχίζουν, ενώ στα παιδιά μπορεί να είναι η μη φροντίδα -υγιεινή των χεριών.

Κύριες Τεχνικές: διαλέξεις, ενημερωτικά φυλλάδια, βιντεοταινίες, αφίσες, άρθρα, Μ.Μ.Ε και διαδίκτυο(Singer, 2011).

2. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Είναι βασισμένη στο γνωστικό και το συναισθηματικό μοντέλο. Έχει ως σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου. Στόχος της είναι η παροχή πληροφοριών με την **ταυτόχρονη κινητοποίηση του συναισθήματος.**

Τα αποτελέσματά της είναι η βαθύτερη **κατανόηση της πληροφορίας, η ενίσχυση της ομαδικότητας των συμμετεχόντων, η προσαρμογή στις ανάγκες τους με ευελιξία** καθώς και η χρησιμοποίηση των **εμπειριών της ομάδας στην εκπαιδευτική διαδικασία με την άμεση εμπλοκή τους.**

Κύριες Τεχνικές της είναι, η ποικιλία τεχνικών αλληλεπίδρασης όπως η συζήτηση, η έρευνα, τα ερωτηματολόγια, οι μελέτες περιπτώσεων, το κλείσιμο ιστοριών, οι θεατρικές παραστάσεις, κλπ.

Μειονεκτήματα: ολιγομελής ομάδα-στόχος και χρειάζεται περισσότερος χρόνος προετοιμασίας σε σύγκριση με την παραδοσιακή μέθοδο (Singer, 2011).

3. ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΖΩΗΣ

Είναι βασισμένη στο συναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό μοντέλο και έχει ως σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου .

Στόχος της είναι η **ενδυνάμωση του ατόμου**, μέσα από την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών και την εξάσκηση σε δεξιότητες ζωής. Έχει σαν αποτέλεσμα την **εκπαίδευση** του ατόμου, ώστε να συνειδητοποιήσει τους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν στη **διαμόρφωση της συμπεριφοράς του**, δηλαδή στις αξίες, γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις, μέσα σε **ένα κλίμα ομαδικότητας** και με συμμετοχή στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Κύριες Τεχνικές της είναι η βιωματική μέθοδος εκπαίδευσης και ενεργητικές διδακτικές τεχνικές. Τα μειονεκτήματα είναι ότι η ομάδα-στόχος πρέπει να είναι ολιγομελής και απαιτείται ειδικά εκπαιδευμένος συντονιστής (Singer, 2011).

4. ΑΛΛΗΛΟΔΙΔΑΚΤΙΚΗ (Peer Education method)

Είναι βασισμένη στο γνωστικό, συναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Η ενημέρωση, επιμόρφωση μίας ομάδας γίνεται **μέσω εκπροσώπων της**. Πρόκειται για εκπαιδευμένα μέλη της ομάδας που «διδάσκουν» ομοίους τους. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους.

Σκοπός της είναι **η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου**. Έχει σαν στόχο την πληροφόρηση, εκπαίδευση, απόκτηση βελτιωμένων στρατηγικών σκέψης και την **ενίσχυση στην αντιμετώπιση προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων**.

Εφαρμόζεται σαν μία επιτυχή προσέγγιση ομάδων, που δεν ανήκουν στο οργανωμένο κοινωνικό πλαίσιο, πχ ευπαθών ομάδων, παιδιά αλλοδαπών ή προσφύγων /μειονοτήτων που αντιμετωπίζουν με «επιφύλαξη» άλλες προσπάθειες επικοινωνίας μαζί τους (Singer, 2011).

Κύριες Τεχνικές στην Αλληλοδιδασκτική Μέθοδο:

A. Παιδαγωγική ή Εκπαιδευτική προσέγγιση: παρουσίαση πληροφοριών σε οργανωμένο πλαίσιο, από **μη μέλη** της ομάδας αλλά με κοινά χαρακτηριστικά πχ ηλικία, με τεχνικές όπως ο συνδυασμός διάλεξης, προβολής βίντεο, διαφανειών, συνεδρίες ερωτήσεων-απαντήσεων, παιχνίδια αλληλεπίδρασης και παίξιμο ρόλων.

B. Στην «εξωτερική» προσέγγιση: οι εκπαιδευτές, είναι αναγνωρίσιμοι από την ομάδα-στόχο, **χρησιμοποιούν την ίδια γλώσσα και έχουν κοινό τρόπο ζωής αλλά δεν αποτελούν μέλη της** και τεχνικές όπως οι διαλέξεις, θεατρικές παραστάσεις σε τοπικά κέντρα, συζητήσεις σε χώρους συνάντησης όπως καφετέριες ή μπαρ. Η συζήτηση και η ενθάρρυνση της συμμετοχής συμβάλλουν στη δημιουργία κλίματος μάθησης.

Γ. Στην προσέγγιση της «διάχυσης» έχουμε **διάχυση πληροφοριών**, στάσεων και πρακτικών συμπεριφοράς μέσω φυσικών ηγετών της ομάδας, αυθόρμητες συζητήσεις, διάλογος και δραστηριότητες όπως θεατρικά έργα, παρουσιάσεις, έντυπα, ταινίες και βίντεο, ζωντανή μουσική, φεστιβάλ, ραδιοφωνικά και τηλεοπτικά προγράμματα, μπλουζάκια και κονκάρδες του προγράμματος (Singer, 2011).

Δ. Η προσέγγιση της κινητοποίησης της κοινότητας γίνεται με τη βοήθεια των εκπαιδευτών κινητοποίηση του συνόλου της κοινότητας και ενθάρρυνση της

διαχείρισης των προβλημάτων υγείας με τη συμμετοχή όσο το δυνατό περισσότερων μελών και με χρησιμοποίηση τεχνικών των τριών προηγούμενων προσεγγίσεων (παιδαγωγικής, εξωτερικής προσέγγισης και διάχυσης) και εκδηλώσεις στην κοινότητα.

5. ΒΙΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αποτελείται από μία **ομάδα με 10-15 συμμετέχοντες και ένα συντονιστή.**

Στόχος της είναι η ενδυνάμωση σε θέματα προαγωγής υγείας. Ο ρόλος του συντονιστή είναι η συνδρομή στην παραγωγή γνώσης. Έχουμε **την κινητοποίηση των αισθήσεων των συμμετεχόντων και αξιοποίηση των βιωμάτων και συναισθημάτων της ομάδας.** Τα βιώματα διασυνδέονται με τις πεποιθήσεις, τις ιδέες και τις στάσεις. Οι συμμετέχοντες λαμβάνουν την ικανοποίηση της συμμετοχής στην διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών καθώς και άσκηση στη λήψη των αποφάσεων. Σαν αποτέλεσμα έχουμε την **προαγωγή της αυτοεκτίμησης και τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων** (Singer, 2011).

6. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Χρησιμοποιούνται για την διευκόλυνση **της μετάδοσης και διατήρησης της γνώσης.** Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής καθορίζεται από τις ανάγκες των συμμετεχόντων, το θέμα, τους στόχους και το διαθέσιμο χρόνο (Singer, 2011 & Κουτής, Χ., Πολυχρονόπουλος, Ε. 2009 & Σαρίδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ. 2014).

7.1.2.2 ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κυριότερες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στα σύγχρονα προγράμματα Αγωγής Υγείας:

1. Το Σπάσιμο πάγου ή ενεργοποίηση ή παιχνίδια για ζέσταμα: συνήθως γίνεται στην αρχή μίας συνάντησης (δημιουργία άνετης ατμόσφαιρας & κλίματος εμπιστοσύνης) και έχει μικρή διάρκεια (πχ 5'-10'λεπτά) συνήθως ανάλογη της θεματολογίας του προγράμματος.

2. Καταιγισμός Ιδεών: είναι η παραγωγή μεγάλου αριθμού ιδεών σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο συντονιστής διατυπώνει το θέμα και ζητά ιδέες από τους

συμμετέχοντες, τις καταγράφει σε πίνακα, τις κωδικοποιεί ή τις επεξεργάζεται αναλόγως και προωθεί τη συνεργασία σε ομάδες προς διατύπωση συμπερασμάτων.

3. Η Συζήτηση είναι χρήσιμη για την μετάδοση πληροφοριών, τις διευκρινήσεις, τη διερεύνηση στάσεων και συμπεριφορών **και με αυτήν προάγεται η επικοινωνία** και είναι αποτελεσματική σε ολιγομελείς ομάδες. Σημαντικός είναι ο ρόλος **του συντονιστή της ομάδας** που θα καθορίσει και την αποτελεσματικότητα της συζήτησης.

4. Τα Κουίζ και Ερωτηματολόγια: (γραπτά ή προφορικά) είναι ένας ευχάριστος τρόπος μετάδοσης πληροφοριών και γνώσεων και διερεύνησης στάσεων και συμπεριφορών.

5. Τα **Οπτικοακουστικά Μέσα** είναι οι διαφάνειες, οι βιντεοκασέτες, η τηλεόραση, το ραδιόφωνο, οι φωτογραφίες, κλπ, που ενισχύουν τη μετάδοση των πληροφοριών σε συνδυασμό με τη συζήτηση.

6. Η Μελέτη Περίπτωσης (Case Study) είναι ένα πραγματικό ή φανταστικό γεγονός, η μελέτη του οποίου συμβάλλει στην εξέταση στάσεων και απόψεων των συμμετεχόντων και την προαγωγή της εποικοδομητικής συζήτησης. Πραγματοποιείται επεξεργασία των δεδομένων και **προτείνονται λύσεις και δράσεις**.

7. Το Παίξιμο Ρόλων είναι μία παιδαγωγική μέθοδος που επιτρέπει στο άτομο να είναι ο εαυτός του σε μία διαφορετική ή άγνωστη κατάσταση. Δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης στάσεων και συμπεριφορών αλλά και **παρέχει την εμπειρία** που απαιτείται για την **κατανόηση των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς**. Είναι απαραίτητος ο συντονισμός. Η διάρκεια είναι μέχρι 20'. Συνήθως πραγματοποιείται σε 3 φάσεις: 1) της προετοιμασίας, 2) τη εκτέλεσης και 3) του «κλεισίματος».

8. Οι ασκήσεις για Κλείσιμο είναι η ευκαιρία των συμμετεχόντων για διατύπωση συμπερασμάτων και αξιολόγηση, αλλά είναι μικρές σε διάρκεια και προϋποθέτουν την συμμετοχή όλων (Σόλμαν, Μ. Καλύβα, Φ. 2008).

7.1.2.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΡΟΛΩΝ

Ο Mark Sutcliffe από την Οικονομική Σχολή του Πανεπιστημίου της Δυτικής Αγγλίας παρουσιάζει τα **εκπαιδευτικά πλεονεκτήματα** του παιχνιδιού ρόλων:

Τα εκπαιδευτικά πλεονεκτήματα από τη χρήση ρόλων στη διδασκαλία περιλαμβάνουν τα επόμενα:

1. **Ενθαρρύνει** τα άτομα, ενώ βρίσκονται σε ρόλο, να προβληματιστούν πάνω στη γνώση ενός θέματος. Ως εκ τούτου, το παιχνίδι ρόλων είναι μια εξαιρετική μέθοδος διδασκαλίας για την αναθεώρηση του υλικού στο τέλος μιας σειράς σπουδών.

2. Απαιτείται από τα άτομα να **χρησιμοποιούν τις κατάλληλες έννοιες και επιχειρήματα** όπως καθορίζονται από το ρόλο τους. Καθώς οι ρόλοι αλλάζουν, αλλάζουν αντίστοιχα και οι σχετικές έννοιες και τα επιχειρήματα. Κατά συνέπεια, οι μαθητές μπορούν να εκτιμήσουν περισσότερο πλήρως τη **σημασία της διαφορετικής άποψης** και πού και πώς διαμορφώνεται.

3. **Η συμμετοχή βοηθά στην εμπέδωση εννοιών.** Η σημασία της δημιουργίας ενός ενεργού μαθησιακού περιβάλλοντος είναι αναγνωρισμένη εάν ο στόχος είναι η σε βάθος παρά η επιφανειακή μάθηση. Το παιχνίδι ρόλων μπορεί να έχει μία πολύτιμη συμβολή σε αυτήν τη διαδικασία.

4. **Δίνει ζωή και αμεσότητα** στο ακαδημαϊκό υλικό που μπορεί να είναι σε μεγάλο βαθμό περιγραφικό και / ή θεωρητικό.

5. Μπορεί να **ενθαρρύνει τους μαθητές να κατανοήσουν τη θέση και τα συναισθήματα άλλων** - κάτι που κατά την κανονική διαδικασία διδασκαλίας, είναι πιθανό να χαθεί.

Ποιος ανάμεσά μας δεν θυμάται να μπαίνει σε ένα νηπιαγωγείο και βλέποντας τη σόμπα και το ψυγείο να μην έχει αναμνήσεις από τη νεότητα του;

Το παιχνίδι ρόλων πάει με πολλά ονόματα: ηθοποιός, αυτοσχεδιασμός, δραματικό παίξιμο, προσποίηση, κοινωνικό - δράμα, κλπ.

Με ένα μικρό παιδί η ίδια η πράξη του ρόλου-παιχνιδιού το βοηθά να μάθει τις **κοινωνικές αξίες** και πώς να εκτελεί **εργασίες** που συνήθως εκτελούνται για αυτές. Τα παιδιά στήνουν μπουκάλια γάλακτος και κουτιά και πιστεύουν ότι έχουν κατάστημα. Το παιχνίδι ρόλων βοηθά τα παιδιά να φτάσουν έξω από τον κόσμο τους και να αγκαλιάσουν τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τα δεινά των άλλων. Χρησιμοποιείται ευρέως στις κατώτερες τάξεις για να βοηθήσει τα παιδιά να **εξερευνήσουν** τον κόσμο γύρω τους.

Όταν το παιχνίδι ρόλων χρησιμοποιείται σε ένα **σχολικό περιβάλλον**, οι μαθητές **επεκτείνουν τη γνώση τους σε ένα θέμα με την έρευνα ενός χαρακτήρα** σε μια δεδομένη πορεία σπουδών. Το ενδιαφέρον των μαθητών αυξάνεται στο θέμα, γεννώντας έτσι το ενδιαφέρον για το θέμα (Poorman, 2002). Οι μαθητές γίνονται

ενεργοί συμμετέχοντες στην εκπαίδευσή τους αντί για παθητικοί παρατηρητές. Επιτρέπει στους μαθητές να αισθάνονται **ενσυναίσθηση** για τους άλλους όταν παίζουν έναν χαρακτήρα που εμπλέκεται σε ταραγμένους καιρούς στην ιστορία (Steindorf, 2001). Ξεκινάμε το εκπαιδευτικό μας ταξίδι με το παιχνίδι ρόλων και συνήθως το καταλήγουμε στην παραγωγή κάποιου είδους ανώτερου έργου. Το παιχνίδι ρόλων είναι ο **βασικός άξονας της εκπαίδευσης** που πρέπει να ενσωματώνεται στα σχέδια μαθήματος μας σε τακτική βάση. (<http://www.economics.ltsn.ac.uk/advice/roleplay.htm>, Απρίλιος 18, 2002).

" Η ένταξη των θεατρικών τεχνικών στο πλαίσιο της διερευνητικής δραματοποίησης διευρύνει τον ορίζοντα του γνωστικού πεδίου των συμμετεχόντων και διεγείρει τη σκέψη μέσω της φαντασίας και της δημιουργικότητας. Δίνεται η ελευθερία στον εκπαιδευόμενο να παρέμβει ενεργητικά και να αλληλεπιδράσει **εντός ενός εκ νέου διαμορφούμενου ψυχικά και γνωσιακά περιβάλλοντος** και να **μεταμορφώσει το μαθησιακό αντικείμενο** μετασχηματίζοντας παράλληλα το δικό του κόσμο. Με τη **δραματοποίηση της κοινωνικής ζωής** εκφράζονται συναισθήματα που μειώνουν τον εσωτερικό δισταγμό, καθρεπτίζονται οι λεπτομερείς αλλά ουσιαστικές εκφάνσεις της καθημερινότητας και **καλύπτεται η πρωταρχική ανάγκη του ατόμου για δημιουργικότητα**. Ο συνδυασμός αυτών με την ύπαρξη ενός θεραπευτικού σεναρίου καθιστά δυνατή την **αλλαγή και τη βελτιστοποίηση της σκέψης και της συμπεριφοράς** του υποκειμένου, που δρα στη θεατρική πράξη που κατ' επέκταση δύναται να χρησιμοποιήσει και στην εργασιακή κοινωνική ζωή" (Κουράκος, Μ., Πουλημενάκου, Γ., Σαρρής, Μ. 15/10/2020).

Το να χρησιμοποιείται **το παιχνίδι ρόλων** για την προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον όπως αναφέρθηκε είναι ζωτικής σημασίας για τα παιδιά. Όχι μόνο τα χαροποιεί αλλά τους μαθαίνει και πράγματα χωρίς να τα βάζει στην διαδικασία του διαβάσματος.

Ένα ενδεικτικό «θεατρικό» που αφορά την προαγωγή της ψυχικής υγείας στα παιδιά είναι το παρακάτω, όπου μέσω του θεατρικού αυτού, προάγεται η σωστή διατροφή για την καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία. Το παρακάτω σενάριο το οποίο θα αναλυθεί, αφορά τα δύο παιδιά με τη μαμά τους και στη συνέχεια τη συζήτηση αυτών με διάφορα φρούτα και λαχανικά αλλά και υγιεινά τρόφιμα, τα οποία θα τα βοηθήσουν να μάθουν πράγματα για την υγιεινή διατροφή.

Το σενάριο είναι το εξής:

ΣΚΗΝΗ 1η

Η μαμά μαγειρεύει στην κουζίνα όταν μέσα μπαίνουν τα δύο δίδυμα παιδιά της ένα αγόρι ο Νίκος και ένα κορίτσι η Μαρίνα, της τρίτης δημοτικού και της λένε:

Μαρίνα: Μαμά, μαμά, σήμερα στο μάθημα η δασκάλα μας μίλησε για τη διατροφική πυραμίδα, εσύ την ξέρεις;

Μαμά: Φυσικά και την ξέρω, έχει να κάνει με το τι τρόφιμα πρέπει να καταναλώνουν τα παιδιά.

Νίκος: Και μαμά εσύ τώρα, τι μαγειρεύεις;

Μαμά: Κόβω μία σαλάτα και σας έχω κοτόπουλο με ρύζι.

Μαρίνα: Μαμά η σαλάτα γιατί κάνει καλό;

Μαμά: Γιατί Μαρίνα μου, η σαλάτα φτιάχνεται με λαχανικά και τα λαχανικά είναι χαμηλά στη διατροφική πυραμίδα, που σημαίνει πως έχουν πολλές βιταμίνες.

Νίκος: Ναι, αλλά και τα φρούτα είναι στη βάση άρα έχουν και αυτά πολλές βιταμίνες;

Μαμά: Ακριβώς!

Μαρίνα: Και δηλαδή τι είναι βιταμίνες;

Μαμά: Εγώ δεν θα σας τα πω καλά, γιατί δεν ρωτάτε καλύτερα τα ίδια;

Μαρίνα: Νίκο, λες;

Νίκος: Γιατί όχι; Τι έχουμε να χάσουμε;

Και τότε ξαφνικάπετάγονται για να μιλήσουν το μήλο, η ντομάτα, το γάλα, το αλεύρι, και το μπουκάλι με το λάδι.

Μήλο: Γειά σας παιδιά, εγώ είμαι το μήλο και θα σας μιλήσω για εμάς τα φρούτα τα καλά.

Ντομάτα: Και εγώ για τα λαχανικά που είναι εξίσου θρεπτικά.

Νίκος: Επιτέλους, για να καταλάβουμε, γιατί είστε τόσο καλά;

Μήλο: Εγώ είμαι το μήλο και είμαι φρούτο, είμαι γλυκό από μόνο μου και έχω πολλές βιταμίνες, δηλαδή έχω ιδιότητες που κάνουν τα παιδιά πιο δυνατά και υγιή.

Μαρίνα: Ααααααα, για αυτό λένε ένα μήλο την ημέρα τον γιατρό τον κάνει πέρα;

Νίκος: Ποιος στο είπε αυτό;

Μαρίνα: Η μαμά και ο μπαμπάς!

Μήλο: Πολύ σωστά, Μαρίνα!

Ντομάτα: Ναι εντάξει υπάρχει μία φράση αλλά και εμείς τα λαχανικά είμαστε πολύ υγιεινά.

Γάλα: Και εγώ το ίδιο, εξάλλου από μωρά εμένα προτειμάνε!

Αλεύρι: Μην τσακώνεστε, δεν υπάρχει λόγος!

Μαρίνα: Εσύ αλεύρι μου τι καλό έχεις;

Αλεύρι: Από εμένα φτιάχνεται το ψωμί, τα μακαρόνια και άλλα πολλά. Εγώ έχω πολλούς υδατάνθρακες δηλαδή σας δίνω πολύ ενέργεια για παιχνίδι και άθληση.

Νίκος: Αχ τι ωραία! Και την χρειαζόμαστε πολύ την ενέργεια, εγώ κυρίως γιατί πάω σχολείο και κάνω και ποδόσφαιρο και μπάσκετ.

Μαρίνα: Αχ και πόσο μου αρέσει το ψωμί! Να το βουτάω στο λαδάκι, στην σαλάτα...

Λάδι: Ναι, εγώ και το ψωμί συνδυαζόμαστε πολύ ωραία, σε όλους αρέσουμε!

Ντομάτα: Ας μην έδινα εγώ γεύση....!!

Νίκος: Μην θυμώνεις ντοματούλα μου, εμένα μου αρέσεις πολύ!

Μαρίνα: Και εμένα! Πες μας ντομάτα, εσύ τι καλό έχεις;

Ντομάτα: Εγώ είμαι πολύ υγιεινή. Έχω βιταμίνες για να είστε υγιείς! Επίσης έχω ιδιότητες που βοηθούν και τους μεγάλους με προβλήματα υγείας.

Νίκος: Πωπωωώ, τι καλά...!!

Λάδι: Ναι η ντομάτα μας είναι φανταστική!!! (λέει με χαρά).

Νίκος: Εσύ λαδάκι μου; Είσαι ψηλά στην πυραμίδα αλλά η δασκάλα είπε ότι είσαι πολύ καλό, δεν καταλαβαίνω πως γίνεται αυτό;

Λάδι: Εγώ είμαι ψηλά γιατί παχαίνω λίγο τα παιδάκια. Αλλά στις σωστές ποσότητες είμαι θαυματουργό!

Μαρίνα: Δηλαδή;

Λάδι: Δηλαδή αν και είμαι παχυντικό κάνω καλό στην υγεία. Έχω πολλά συστατικά που βοηθούν τα προβλήματα υγείας, δίνω ενέργεια και βοηθάω τον οργανισμό.

Μαρίνα: Κατάλαβα, δηλαδή και εσύ είσαι πολύ καλό!

Νίκος: Εγώ θέλω να μάθω και το γάλα τι καλό έχει;..

Μαρίνα: Νίκο, δίκιο έχεις δεν μάθαμε ποτέ!

Γάλα: Εγώ είμαι το τρόφιμο που τρώτε από μωρά. Κάνω καλό στην υγεία, σας δυναμώνω τα κόκκαλα για να γίνεται γερά παιδιά και δυνατά. Επίσης σας προστατεύω όσο είστε μωρά.

Νίκος: Άρα εσύ, είσαι το πιο σημαντικό!

Μαρίνα: Ναι, δίκιο έχει.

Γάλα: Όχι, όχι, δεν είναι έτσι! Όλα τα τρόφιμα πρέπει να τα τρώτε!

Μήλο: Έχει δίκιο το γάλα, όλα τα τρόφιμα είναι σημαντικά.

Και τότε ξαφνικά πετάχτηκε από το ψυγείο η σοκολάτα που άκουγε τόση ώρα κρυφά.

Σοκολάτα: Ακόμη και εγώ!

Μήλο: Εεεεε ναι ... κάπως έτσι....

Σοκολάτα: Γιατί το λες έτσι; Αφού όλα είμαστε σημαντικά.

Αλεύρι: Ναι, αλλά εσένα δεν σε θέλουν οι γονείς και πολύ!

Μήλο: Εε..μα ναι!

Ντομάτα: Όλο φωνάζουν στα παιδιά να μην σε τρώνε!

Νίκος: Η αλήθεια είναι πως η μαμά φωνάζει....

Μαρίνα: Ναι, δεν θέλει να τρώμε πολύ,... αλλά....

Γάλα: Τι αλλά;

Μαρίνα: Να.., είναι τόσο νόστιμη και πολύ μου αρέσει....

Σοκολάτα: Είδατε, η καλύτερη είμαι! Όλα τα παιδιά εμένα θέλουν ! (λέει με χαρά)

Αλεύρι: Η αλήθεια είναι πως την θέλουν πολύ...!

Λάδι: Υπερβολές!

Νίκος: Μας αρέσει πολύ, είναι η αλήθεια!

Μήλο: Ναι, αλλά δεν κάνει καλό.

Νίκος: Δηλαδή δεν έχει τίποτα καλό;

Σοκολάτα: Πώς δεν έχω! Δίνω ενέργεια και βοηθάω στο μυαλό!

Μαρίνα: Ναι, αλλά είναι στην κορυφή της πυραμίδας, άρα δεν πρέπει να την τρώμε!

Νίκος: Ναι αλλά και το λάδι είναι, όμως κάνει καλό.

Γάλα: Ναι, απλά η σοκολάτα μπορεί να σας παχύνει πολύ αν την τρώτε συνέχεια και να αρρωστήσετε!

Αλεύρι: Ναι , αλλά αν προσέχουν όχι..!

Μαρίνα: Συγγνώμη, αλλά εγώ δεν έχω καταλάβει..., δηλαδή αν και είναι στην κορυφή μπορούμε να την τρώμε;

Νίκος: Ναι και εγώ δεν κατάλαβα!

Λάδι: Ακούστε παιδιά...! Όλα τα τρόφιμα είναι καλά.

Μήλο: Και το κρέας και τα φρούτα και τα λαχανικά!

Ντομάτα: Ακόμη και το λάδι με τα γαλακτοκομικά!

Γάλα: Ακόμη και τα γλυκά!

Αλεύρι: Αλλά θα πρέπει πάντα να προσέχετε!

Λάδι: Γιατί όσο πιο ψηλά στην πυραμίδα είναι...

Σοκολάτα: Τόσο πιο ανθυγιεινά...!!

Μήλο: Όλα θα πρέπει να τα τρώτε, γιατί όλα κάπου βοηθούν...!

Ντομάτα: Και όλα κάτι θα σας προσφέρουν..!

Γάλα: Απλά να προσέχετε τις ποσότητες αυτών.

Νίκος: Δηλαδή όλα θα τα τρώμε κανονικά, απλά να μην τρώμε υπερβολικά.

Μαρίνα: Από αυτά που είναι στην κορυφή της πυραμίδας!

Αλεύρι: Πολύ - πολύ σωστά παιδιά!

Σοκολάτα: Έτσι ακριβώς!

ΣΚΗΝΗ 2

Τα τρόφιμα επιστρέφουν στις θέσεις τους και τα παιδιά πηγαίνουν προς την μαμά τους.

Νίκος: Άκουσες μαμά;

Μαρίνα: Όλα να τα τρώμε!

Μαμά: Εεεε, βέβαια παιδιά, φυσικά και όλα!

Νίκος: Ε τότε γιατί έχουμε την πυραμίδα;

Μαμά: Γιατί Νίκο μου, θα πρέπει να ξέρουμε ποιά τρόφιμα είναι τα πιο καλά. Όλα θα πρέπει να τα τρώτε αλλά με μέτρο! Να μην τρώτε μόνο σοκολάτα, αλλά μία φορά την εβδομάδα, κάνει μόνο καλό. Όλα τα τρόφιμα κάτι προσφέρουν, απλά πρέπει να προσέχουμε για να είμαστε υγιείς. Εντάξει;

Μαρίνα: Ναι μαμά, κατάλαβα!

Νίκος: Και εγώ!

Μαρίνα: Πολλά μάθαμε σήμερα και σημαντικά, τώρα θα ξέρουμε καλύτερα τα τρόφιμα και όλα τα καλά τους!

Νίκος: Δίκιο έχει η Μαρίνα. Πάμε τώρα να παίξουμε;

Μαρίνα: Πάμε!

Τα παιδιά γυρίζουν πάλι στο παιχνίδι τους....

Το συγκεκριμένο θεατρικό, αναφέρει τα **βασικά θετικά χαρακτηριστικά των τροφίμων της διατροφικής πυραμίδας** και βοηθά τα παιδιά να καταλάβουν την σημασία της. Δίνει την δυνατότητα στα παιδιά μέσω του παιχνιδιού, να μάθουν και να καταλάβουν τις σωστές διατροφικές συνήθειες και τα οφέλη της για να έχουν καλή υγεία και κατ' επέκταση καλή ψυχική υγεία (Θεατρικό σενάριο της εκπονήτριας της διπλωματικής).



Εικόνα 2^η: Διατροφική πυραμίδα.

(Πηγή: www.logodiatrofis.gr)

7.2. ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Μοντέλο PRECEDE-PROCEED
- Μοντέλο PATCH (Planned Approach to Community Health)
- Μοντέλο Οργάνωσης της Κοινότητας
- Μοντέλο Χαρτογράφησης Παρέμβασης
- Μοντέλο ABC (Analysis of problem– Behavioral intervention – Continuation).

1. Μοντέλο PRECEDE-PROCEED

Το πρώτο στάδιο του μοντέλου για το σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής υγείας. (Predisposing (προδιάθεση), Reinforcing (ενίσχυση-ενθάρυνση) and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation (αξιολόγηση)). Εστιάζει στη διερεύνηση των αιτιών συμπεριφορών σχετικών με την υγεία και αναφέρεται ως επί το πλείστον στην εκτίμηση των αναγκών.

Στο σχεδιασμό στρατηγικών παρεμβάσεων διακρίνει τις εξής φάσεις:

- Κοινωνική Διάγνωση (τι πιστεύει ο κόσμος)
- Επιδημιολογική Διάγνωση
- Συμπεριφορική Διάγνωση(ιεράρχιση παραγόντων κινδύνου)
- Εκπαιδευτική Διάγνωση ή Διάγνωση Αγωγής Υγείας(εκπαιδευτική και οικολογική διάγνωση)
- Διάγνωση των Αποτελεσματικών Στρατηγικών
- Διοικητική Διάγνωση(πόροι εξασφάλισης του προγράμματος)
- Αξιολόγηση της Διαδικασίας.
- Αξιολόγηση του Αποτελέσματος της Παρέμβασης
- Αξιολόγηση του Τελικού Αποτελέσματος της Παρέμβασης.

2. Μοντέλο PATCH (Planned Approach to Community Health)

Προσομοιάζει με το PRECEDE-PROCEED και κύριο χαρακτηριστικό του είναι: η **ενεργός συμμετοχή των μελών της ομάδας- στόχος** σε όλες τις φάσεις του σχεδιασμού και υλοποίησης προγράμματος προαγωγής και αγωγής υγείας.

Εμπλεκόμενοι: ιδιωτικοί, κρατικοί και κοινωνικοί φορείς όπου στα άτομα δημιουργείται μία αίσθηση υποστήριξης από τους φορείς αυτούς.

Χώροι Υλοποίησης: Τα προγράμματα υλοποιούνται σε διάφορους χώρους όπως **σχολεία**, εργασιακούς χώρους, υπηρεσίες υγείας και συμπεριλαμβάνουν εκστρατείες από τα ΜΜΕ, εμπλοκή πολιτικών προσώπων κα. (Braverman et al., 2011 & Σαρίδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ, 2014).

Διακρίνονται **πέντε φάσεις** στο σχεδιασμό ενός προγράμματος:

- 1) Κινητοποίηση της Κοινότητας.
- 2) Συλλογή και Οργάνωση των δεδομένων για τα θέματα υγείας.
- 3) Ιεράρχηση των Αναγκών Υγείας.
- 4) Ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πλάνου παρέμβασης.
- 5) Αξιολόγηση του Προγράμματος.

3. Μοντέλο Οργάνωσης της Κοινότητας

Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας στην κοινότητα με έμφαση στην εμπλοκή σημαντικών για την κοινότητα προσώπων από τα αρχικά στάδια.

Διακρίνει πέντε στάδια:

- 1) Ανάλυση της Κοινότητας: σκιαγράφηση του προφίλ της και προσδιορισμός των αναγκών και των πόρων της.
- 2) Σχεδιασμός Προγράμματος και Προετοιμασία Επιμέρους Σχεδίων.
- 3) Υλοποίηση των Σχεδίων.
- 4) Διατήρηση και Σταθεροποίηση του Προγράμματος.
- 5) Διάχυση του Προγράμματος και Επανεκτίμηση των Δραστηριοτήτων. (Braverman et al., 2011).

4. Μοντέλο Χαρτογράφησης Παρέμβασης

Εισηγείται παρέμβαση σε πολλαπλά επίπεδα, προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματικότητα σε ένα πρόγραμμα.

Αναφέρεται ταυτόχρονα σε επίπεδα ατόμου και σχέσεων μεταξύ των μελών της, ομάδας, οργανισμού, κοινότητας και κοινωνίας.

Στηρίζεται στην αρχή **της αλληλεπίδρασης του ατόμου και του περιβάλλοντός του** συμπεριλαμβάνοντας την οικογένεια, κοινωνικά δίκτυα, οργανισμούς, κοινότητες και κοινωνίες (Braverman et al., 2011).

Η δράση πραγματοποιείται σε πέντε στάδια, ως εξής:

- 1) Προσδιορισμός και Διατύπωση Άμεσων Στόχων του Προγράμματος: Οι στόχοι που αναφέρονται αφορούν τόσο στην ομάδα-στόχο όσο και σε όλες τις ομάδες ατόμων που είναι **σε διασύνδεση** με αυτή, πχ σε πρόγραμμα τροποποίησης του περιβάλλοντος του σχολείου, δεν επικεντρώνεται μόνο στη συμπεριφορά των μαθητών αλλά και σε εκείνη των εκπαιδευτικών, διοίκησης κα.
- 2) Επιλογή Μοντέλων, Μεθόδων και Στρατηγικών που ταιριάζουν με το Πρόγραμμα.
- 3) Σχεδιασμός του Προγράμματος και προετοιμασία της υλοποίησής του.
- 4) Υιοθέτηση του προγράμματος και Εφαρμογή – Υλοποίηση.
- 5) Αξιολόγηση Μοντέλου.

5. Μοντέλο ABC (Analysis of problem– Behavioral intervention – Continuation)

Είναι συνδυασμός των προηγούμενων μοντέλων όπου κατά το σχεδιασμό ενός προγράμματος διακρίνονται τρεις βασικές φάσεις:

- 1) Ανάλυση του προβλήματος (Analysis of the Problem)
- 2) Παρέμβαση στη συμπεριφορά (Behavioral Intervention)
- 3) Συνέχιση της παρέμβασης (Continuation).

Φάσεις

Ανάλυση του προβλήματος μέσα από:

- την αξιολόγηση της ομάδας- στόχου
- τον στόχο και τους τρόπους προσέγγισής της,
- την εκτίμηση των αναγκών της
- της μελετώμενης συμπεριφοράς και των αιτιολογικών παραγόντων της.

Γίνεται ιεράρχηση των αναγκών αναλόγως της διαθεσιμότητας πηγών και πόρων και **προσδιορίζεται η προς αλλαγή συμπεριφορά** (διευκρινίζοντας αν οι τροποποιήσεις αφορούν τελικά στα άτομα που την επιδεικνύουν ή στο περιβάλλον ή και στα δύο μέρη).

- Παρέμβαση στη συμπεριφορά (Behavioral Intervention):
- Προσδιορισμός Σκοπών και Στόχων,
- Επιλογή μεθόδων και τεχνικών,
- Πιλοτική εφαρμογή και αξιολόγησή της.
- Συνέχιση της παρέμβασης (Continuation)
- Διατομεακή Συνεργασία με τη βοήθεια Ομάδων Υποστήριξης,
- Διάχυση και
- Υποστηρικτικές Πολιτικές. (Braverman et al., 2011).

7.2.1 ΣΤΑΔΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η διαβάθμιση σε βήματα - στάδια του σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης ενός προγράμματος, βοηθά τον εκπαιδευτή να διασφαλίσει τη μέγιστη δυνατή επιτυχία των στόχων του και να αποφύγει λάθη στην διαδικασία, η οποία μπορεί να επαναπροσαρμοστεί και να υπάρξουν διορθωτικές κινήσεις.

1ο Βήμα. Διερεύνηση των πληροφοριών

2ο Βήμα. Στόχοι

3ο Βήμα. Σχεδιασμός – Επιλογή εκπαιδευτικών τεχνικών

4ο Βήμα. Εφαρμογή- Υλοποίηση του προγράμματος

5ο Βήμα. Αξιολόγηση του προγράμματος- Δημοσίευση.

ΑΝΑΛΥΣΗ

1ο Βήμα. Διερεύνηση των πληροφοριών

Στο πρώτο βήμα σκιαγραφείται και τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά το πρόβλημα και οι επιπτώσεις του στην υγεία. Γίνεται η επιλογή της ομάδας στόχου στην οποία θα απευθυνθεί το πρόγραμμα και η οριοθέτηση της θεματολογίας που θα παρουσιαστεί.

Οι βασικές ενέργειες που θα γίνουν είναι:

1. Αποσαφηνίζεται σε **ποιον απευθύνεται** το πρόγραμμα παρέμβασης- ενημέρωσης και **ποια είναι τα χαρακτηριστικά** της ομάδας στόχου.
2. Συγκροτείται η ομάδα εργασίας.
3. Σκιαγραφούνται ή και καταγράφονται μετά από έρευνα οι προϋπάρχουσες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι ανάγκες των μαθητών, αλλά και τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τα εμπλεκόμενα άτομα.
3. Διερευνώνται οι **πηγές των γνώσεων** των μαθητών που θα λάβουν μέρος και ο βαθμός κατανόησης του θέματος.
4. Ξεκαθαρίζεται **ο χώρος και ο χρόνος που θα λάβει χώρα το πρόγραμμα**.
5. Καταρτίζεται η **θεματολογία του προγράμματος** και προσαρμόζεται ανάλογα με την **ηλικία** των μαθητών.
6. Σε περίπτωση που το πρόγραμμα απευθύνεται και σε άλλες ομάδες ταυτόχρονα (εκπαιδευτικοί, γονείς), **σκιαγραφούνται οι ανάλογες πληροφορίες για το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων** και καταρτίζεται ανάλογη προσέγγιση της θεματολογίας.

2ο Βήμα. Στόχοι

Τεκμηριώνονται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι του προγράμματος. Ο στόχος ενός προγράμματος αγωγής αφορά τόσο στο τι ευελπιστούμε ότι θα μάθουν οι μαθητές μετά το τέλος του προγράμματος, όσο και στο **τι ενέργειες και συμπεριφορές** θα υιοθετήσουν για να αποκτήσουν ορθότερη στάση. (Braverman et al., 2011).

1. Ενημερώνεται ο υπεύθυνος της σχολικής μονάδας αλλά και ο Σύμβουλος Αγωγής υγείας.
2. Καταρτίζεται το σχέδιο υποβολής του προγράμματος.
3. Εάν το πρόγραμμα περιλαμβάνει και διερεύνηση γνώσεων και στάσεων (ερωτηματολόγια) προετοιμάζεται **το πρωτόκολλο έρευνας** και κατατίθεται για έγκριση στο Παιδαγωγικό Ινστιτούτο- Υπουργείο Παιδείας.

3ο Βήμα. Σχεδιασμός – Επιλογή εκπαιδευτικών τεχνικών

- ✓ Επιλέγονται οι εκπαιδευτικές τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν (Καταιγισμός ιδεών, συζήτηση, παιχνίδι ρόλων κ.λ.π.).

- ✓ Επιλέγεται η υλικοτεχνική δομή που θα χρειαστεί (υπολογιστής, διαφάνειες, φυλλάδια, κ.λ.π.)
- ✓ Σχεδιάζεται το πρόγραμμα στη λεπτομέρειά του.
- ✓ Σε περίπτωση που το πρόγραμμα πρέπει να **υποστηριχθεί οικονομικά** από κάποιον φορέα, αυτό πρέπει να ξεκαθαρίζεται στο πρωτόκολλο και να τηρούνται οι **προϋποθέσεις ηθικής και δεοντολογίας** (αποφυγή χρήσης διαφημιστικού υλικού, κερδοσκοπικοί λόγοι, κ.λ.π.)
- ✓ Προετοιμάζεται το περιεχόμενο το οποίο θα πρέπει να είναι άρτια τεκμηριωμένο από την πρόσφατη βιβλιογραφία (σκοπός, στόχοι, μεθοδολογία, δραστηριότητες και χρονοδιάγραμμα).
- ✓ Αποσαφηνίζεται **ο διδακτικός χρόνος** που θα λάβει χώρα το πρόγραμμα και εντάσσεται στο ημερήσιο πρόγραμμα των σχολικών δραστηριοτήτων (π.χ. ευέλικτη ζώνη, εκπαιδευτική εκδρομή, κ.λ.π.).
- ✓ Το περιεχόμενο εστιάζει αυστηρά στον σκοπό και στους στόχους του προγράμματος. Το περιεχόμενο πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες που έχουν σκιαγραφηθεί.
- ✓ Ενημερώνονται οι εκπαιδευτικοί, εφόσον χρειαστεί να εμπλακούν στην παρέμβαση και εδραιώνεται **σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας**.
- ✓ Οι ανάγκες μπορεί να παρουσιάσουν κινητικότητα κατά τη διάρκεια του προγράμματος, οπότε θα πρέπει να υπάρχει και **ευελιξία και προσαρμοστικότητα** σε αυτό.
- ✓ Το πρόγραμμα πρέπει να χαρακτηρίζεται από **σαφήνεια και ακρίβεια**.
- ✓ Το περιεχόμενο θα πρέπει να προσεχθεί, έτσι ώστε να αποφεύγονται σκηνές ή παρουσίαση δεδομένων που μπορεί να προκαλέσουν αντίδραση.

4ο Βήμα. Εφαρμογή- Υλοποίηση του προγράμματος

- Το πρόγραμμα θα ξεκινήσει αφού ληφθεί η **απαραίτητη έγκριση** από τον υπεύθυνο της σχολικής μονάδας ή τον σχολικό σύμβουλο ή τον διευθυντή της πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ανάλογα με την ομάδα στόχο που έχει επιλεγεί.
- Σε περίπτωση που έχει ληφθεί **άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο**, ενημερώνεται τόσο ο διευθυντής της εκπαίδευσης (ανάλογης βαθμίδας), όσο και ο διευθυντής /ντές του σχολείου ή των σχολείων που εμπλέκονται στο πρόγραμμα.

- Η αυστηρή τήρηση της ηθικής και δεοντολογίας (πληροφορημένη συγκατάθεση, ανωνυμία, κ.λ.π.) είναι δεδομένη.
- Το χρονοδιάγραμμα θα πρέπει όσο το δυνατόν να τηρείται αυστηρά. (Jones et al., 2011).

5ο Βήμα Αξιολόγηση

Η **αξιολόγηση των προγραμμάτων** είναι χρήσιμη στην παιδαγωγική διαδικασία, γιατί (Jones et al., 2011):

- Συντελεί στην κατανόηση, αναμόρφωση και βελτίωση των προγραμμάτων
- Ανατροφοδοτεί την αγωγή υγείας, την πληροφορία μεταξύ των ομάδων αναφοράς του προγράμματος και
- Βοηθά στη λήψη των αποφάσεων.

7.3. ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.

Η **πρωτογενής πρόληψη** αφορά την παρέμβαση πριν από την εμφάνιση επιπτώσεων στην υγεία μέσω μέτρων, όπως εμβολιασμοί, μεταβολή επικίνδυνων συμπεριφορών (κακές διατροφικές συνήθειες, χρήση καπνού) και απαγόρευση ουσιών που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με ασθένεια ή κατάσταση υγείας (Wallace RB., 2006).

Η πρωτογενής πρόληψη είναι το πιο σημαντικό κομμάτι για την προαγωγή της υγείας και την προφύλαξη του πληθυσμού. Μερικά θέματα ενδεικτικά για την δημιουργία προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης στα σχολεία είναι : 1) Κάπνισμα, 2) Ψυχική Υγεία, 3) Κυκλοφοριακή αγωγή, 4) Άγχος, 5) Υγιεινή Διατροφή, 6) Σεξουαλική Υγεία, 7) Παιδική Παχυσαρκία, 8) Εμβολιασμοί, 9) Παιδική Παραβατικότητα, 10) Συναισθηματική Υγεία, 11) Σύνδρομο Mobbing, 12) Ασφάλεια και Αυτοκίνητο, 13) Εξάρτηση από ουσίες, 14) Αλκοόλ και εφηβεία, 15) Καταπολέμηση ναρκωτικών, 16) Αλκοολισμός, 17) Χημικά προϊόντα στη διατροφή, 18) Εθισμός στο διαδίκτυο, 19) Ατμοσφαιρική ρύπανση, 20) Αντηλιακή προστασία, 21) Ανακύκλωση, 22) Πρόληψη ατυχημάτων, 23) Φάρμακα και Υγεία, 24) Πρόληψη Φοβιών, 25) Στοματική υγεία, 26) Φυσική Άσκηση, 27) Πρόληψη Οστεοπόρωσης, 28) Σεξουαλική υγεία, 29) Τηλεόραση και Παιδιά (http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/meletes/agwgh_ygeias_prwtovatismias.pdf - Μελέτη κατάρτισης Εθνικού σχεδίου δράσης για την αγωγή υγείας σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

"Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ - ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ"

8.1 Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιολόγηση

Ένα εργαλείο αξιολόγησης είναι τα ερωτηματολόγια τα οποία απευθύνονται στους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, γονείς κ.ά.

Με τα ερωτηματολόγια μπορούμε να ελέγξουμε ποσοτικούς δείκτες (π.χ. πόσοι μαθητές συμμετείχαν αρχικά στο πρόγραμμα και πόσοι παρέμειναν ως το τέλος) και ποιοτικούς δείκτες (π.χ. στάσεις, συμπεριφορές), σε επίπεδο τάξης – ομάδας και σχολικής μονάδας, συλλέγουμε πληροφορίες από αυτούς που συμμετέχουν ή δέχονται επιδράσεις από το πρόγραμμα. **Σημαντική είναι η καταγραφή σχεδίων ή ημερολογίων εργασίας των ατόμων που παίρνουν μέρος στο πρόγραμμα** και η αξιολόγηση των παραγόμενων προϊόντων του προγράμματος, τόσο κατά τις επί μέρους συναντήσεις όσο και κατά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Στο τέλος της σχολικής χρονιάς οι ίδιοι οι μαθητές παρουσιάζουν το πρόγραμμά τους σε ολόκληρη την σχολική μονάδα. (Jones et al., 2011).

8.2 ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ – ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η **εσωτερική** αξιολόγηση πραγματοποιείται από όσους συμμετέχουν στη διαδικασία.

Η **εξωτερική αξιολόγηση γίνεται από μη εμπλεκόμενα άτομα** στο σχεδιασμό ή την εφαρμογή της συγκεκριμένης υπό αξιολόγηση διαδικασίας. Οι παραπάνω τύποι αξιολόγησης μπορεί να συνδυαστούν μεταξύ τους σε μια διαδικασία αξιολόγησης (Morgan et al., 2016).

8.3 ΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η ανατροφοδότηση των προγραμμάτων προαγωγής υγείας προέρχεται μετά την αξιολόγηση αυτών. Αυτό σημαίνει πως για να ανανεωθούν και να καλυτερέψουν τα προγράμματα προαγωγής υγείας πρέπει να υπάρξει ανατροφοδότηση αυτών με

διάφορες νέες πληροφορίες τεχνικές και ούτω καθεξής. Για να μπορέσει να συμβεί αυτό πρέπει να υπάρξει αξιολόγηση των προγραμμάτων η οποία θα γίνει τόσο από τα άτομα που διεξάγουν τα προγράμματα όσο και τους μαθητευόμενους των προγραμμάτων. Ένα πρόγραμμα το οποίο χτίζεται σε θεωρητικό υπόβαθρο δεν μπορεί να αξιολογηθεί μόνο από αυτούς που το δημιούργησαν εάν δεν υλοποιηθεί πρώτα. Για το λόγο αυτό η αξιολόγηση των προγραμμάτων η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω ερωτηματολογίου είτε μέσω άλλων τρόπων αξιολόγησης πρέπει να γίνεται και από τα άτομα στα οποία διεξάγεται το πρόγραμμα αλλά και από αυτούς οι οποίοι το διεξάγουν. (Morgan et al., 2016).

Ο έλεγχος των προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται με τη βοήθεια των ανθρώπων που διεξάγουν το πρόγραμμα όσο και μέσω των ανθρώπων οι οποίοι το παρακολουθούν. Γενικότερα όπως προαναφέρθηκε και στο κομμάτι της ανατροφοδότησης των προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει αξιολόγηση των προγραμμάτων αυτών η οποία θα βοηθήσει και στον έλεγχο του. Ο έλεγχος του προγράμματος είναι ιδιαίτερα σημαντικός έτσι **ώστε να φανεί κατά πόσο το πρόγραμμα βοηθάει πραγματικά την κοινότητα και το σχολείο και κατά πόσο το πρόγραμμα αυτό είναι αποδοτικό, λύνει απορίες, βοηθάει στην ενημέρωση του πληθυσμού** και προσφέρει τις κατάλληλες συμβουλές και πληροφορίες αλλά και θέσεις εργασίας για τους ανθρώπους που την έχουν ανάγκη στον τομέα του προγράμματος.

Ο έλεγχος γίνεται είτε με τους αρμόδιους οι οποίοι μέσω της αξιολόγησης θα ελέγξουν τα αποτελέσματα του προγράμματος και στη συνέχεια θα αξιολογήσουν οι ίδιοι το πρόγραμμα αυτό και θα ελέγξουν κατά πόσο υπηρετεί τα συμφέροντα και πληρεί τις προϋποθέσεις. Επίσης ο έλεγχος γίνεται μέσω ερωτηματολογίων που δίνονται στους ανθρώπους που **θα διεξάγουν** το πρόγραμμα, μέσω παρατηρητών που **θα παρακολουθήσουν** το πρόγραμμα για την αξιολόγηση του και ούτω καθεξής. (Morgan et al., 2016).

8.3.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

Η κοινωνιολογική έννοια του κοινωνικού ελέγχου αναφέρεται στους μηχανισμούς, τις δομές και τις διαδικασίες που λειτουργούν για την παροχή κοινωνικής ένταξης και συμμόρφωσης, που κυμαίνονται σε μεγάλο βαθμό από τα θεμέλια της κοινωνικής

τάξης στο επίπεδο της κοινωνίας στο σύνολό της, έως τον έλεγχο που επιβάλλεται από διάφορα εξειδικευμένα ιδρύματα και τους πράκτορές τους σχετικά με συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς και (κακή) συμπεριφορά. Αυτή η περιεκτική κατανόηση αντιστοιχεί σε έναν σημαντικό θεωρητικό μετασχηματισμό στην έννοια του κοινωνικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης της κοινωνιολογικής θεωρίας από την κλασική έως τη σύγχρονη εποχή.

Η έννοια του κοινωνικού ελέγχου αρχικά εισήχθη στην αμερικανική κοινωνιολογία στα τέλη του 19ου αιώνα για να αναφέρεται στα θεσμικά θεμέλια της κοινωνικής τάξης (Chriss 2013; Deflem 2008). Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός έλεγχος αναφέρεται στην ικανότητα των κοινωνιών να ρυθμίζονται χωρίς την ανάγκη βίας ή εξαναγκασμού. Αυτή η ευρεία έννοια του κοινωνικού ελέγχου, που εννοείται σε ένα πλαίσιο κοινωνικής αρμονίας, διερευνήθηκε τόσο σε μακροοικονομικό όσο και σε μικρο επίπεδο.

Από μακροθεωρητική άποψη, η πιο ξεχωριστή και με επιρροή σχετική προσπάθεια έγινε από τον κοινωνιολόγο Edward Alsworth Ross (1901), που αντιμετώπισε τον κοινωνικό έλεγχο ως το θεμέλιο της κοινωνικής τάξης σε οργανικές κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό ατομικισμού. Οι λειτουργίες κοινωνικού ελέγχου υποστηρίχθηκαν έτσι ότι εκπληρώθηκαν από ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών θεσμών, όπως ο νόμος, η ηθική, το έθιμο, η θρησκεία, η τέχνη και η οικογένεια. Από μικροθεωρητική άποψη, αυτή η αρμονική κατανόηση μιας ευρείας έννοιας του κοινωνικού ελέγχου, δόθηκε πιο συγκεκριμένη έκφραση στο έργο του φιλόσοφου και της συμπεριφορικής ψυχολόγου George Herbert Mead (1934). Ο Mead εξέφρασε την ιδέα ότι ο κοινωνικός έλεγχος και ο αυτοέλεγχος συνυπάρχουν εισάγοντας την έννοια του εαυτού ως αποτελούμενη από ένα μοναδικό «εγώ» και ένα κοινωνικό «εγώ».

8.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι δαπάνες για την προαγωγή της υγείας μπορούν να αναφέρονται ως ποσοστό των εθνικών δαπανών για την υγεία (χρησιμοποιούνται από το NHEA), ως ποσοστό του εθνικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (χρησιμοποιείται από τον ΟΟΣΑ και τον ΠΟΥ), ως συνολικά χρήματα που δαπανώνται (χρησιμοποιούνται από τον ΟΟΣΑ, ΠΟΥ, NHEA, ASTHO, και NACCHO), ή κατά κεφαλήν δαπάνες (χρησιμοποιούνται από όλα τα παραπάνω). Τα προγράμματα προαγωγής υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικά, έτσι ώστε να ενημερώνεται ο πληθυσμός αλλά και οι νέοι για όλες

εκείνες τις σωστές και υγιεινές συμπεριφορές τις οποίες θα πρέπει να υιοθετήσει, αλλά και να ενημερώνονται για ασθένειες, θεραπείες και διάφορα νέα που αφορούν την υγεία.

Τα προγράμματα λοιπόν προαγωγής της υγείας θα μπορούσε κάποιος να πει πως είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη μίας κοινωνίας και την ευημερία αυτής. Όμως τα προγράμματα αυτά όπως προαναφέρθηκε για να μπορέσουν να λειτουργήσουν χρειάζονται οικονομικό κεφάλαιο. Ανάλογα λοιπόν με το πρόγραμμα, το οικονομικό κεφάλαιο καλύπτεται είτε από το ίδιο το κράτος είτε από μη κυβερνητικές οργανώσεις (Academy Health, 2011).

Επίσης υπάρχουν προγράμματα τα οποία καλύπτονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε περιπτώσεις όπου οι πληροφορίες που χρειάζεται να μεταδοθούν είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο ενώ την ίδια στιγμή υπάρχουν και διάφορα προγράμματα / ημερίδες, οι οποίες διεξάγονται από συγκεκριμένους οργανισμούς είτε κρατικούς είτε από μη κυβερνητικές οργανώσεις είτε από ιδιωτικούς φορείς. Ο καθένας ατομικά επιλέγει να παρακολουθήσει το πρόγραμμα αυτό και συνεπώς αποφασίζει να καλύψει το οικονομικό του μερίδιο ο ίδιος.

Ανάλογα το πρόγραμμα οι δαπάνες αλλάζουν, μπορεί να είναι είτε μεγάλα τα οικονομικά κόστη είτε και μικρά. Παρόλα αυτά κανένα κόστος δεν είναι αρκετά μεγάλο για να υποχρεώσει την διακοπή των προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας αφού όπως προαναφέρθηκε είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία του πληθυσμού και για την υγεία των ανθρώπων η οποία είναι αναφαίρετο δικαίωμα τους (Academy Health, 2011).

8.4.1 ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ .

Όπως αναφέρθηκε στα παραπάνω η προαγωγή της υγείας είναι πάρα πολύ σημαντική για την ευημερία του πληθυσμού, όμως για να μπορέσουν να υπάρξουν τα προγράμματα τα οποία θα προωθήσουν την υγεία και σωστές συμπεριφορές οι οποίες πρέπει να υιοθετηθούν από τους ανθρώπους, πρέπει να υπάρξει **επάρκεια οικονομικών, τεχνολογικών και ανθρωπίνων πόρων**. Όσον αφορά τους οικονομικούς πόρους αναφερόμαστε σε όλες εκείνες τις οικονομικές βοήθειες οι οποίες θα χρειαστούν τόσο για να πληρωθούν οι άνθρωποι που θα διεξάγουν τα προγράμματα όπως και για να πληρωθούν τα τεχνολογικά μηχανήματα που θα

χρειαστούν, οι αίθουσες και οτιδήποτε άλλο χρειάζεται για την διεξαγωγή του προγράμματος. Επίσης αναφερόμενοι στους τεχνολογικούς πόρους αυτοί δεν απαιτούνται πάντα (Ranson MK et al., 2010).

Πιο συγκεκριμένα **οι τεχνολογικοί πόροι** δε χρειάζονται πάντα αφού υπάρχουν διάφορα προγράμματα τα οποία μπορούν να διεξαχθούν με τη χρήση ενός απλού ηλεκτρονικού υπολογιστή και ενός προτζέκτορα. Παρόλα αυτά οι τεχνολογικοί πόροι σε εξειδικευμένα προγράμματα για την προαγωγή της υγείας είναι πάρα πολύ σημαντικοί, αφού θα δείξουν **την άνοδο της τεχνολογίας** και την ανάπτυξη αυτής στον τομέα της υγείας. Τέλος αναφερόμενοι στο **ανθρώπινο εκπαιδευτικό δυναμικό** αναφερόμαστε σε όλους εκείνους τους ειδικούς οι οποίοι θα διεξάγουν το πρόγραμμα. Οι άνθρωποι αυτοί σε απλά προγράμματα τα οποία γίνονται σε μαθητές, μπορεί να μη χρειάζεται να είναι τόσο εξειδικευμένοι και να πρέπει απλά να αναφέρουν μερικές γενικές πληροφορίες. Υπάρχουν όμως και προγράμματα για την προαγωγή υγείας τα οποία είναι πολύ πιο εξειδικευμένα και χρειάζονται **εκπαιδευτικό δυναμικό το οποίο θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στις περιστάσεις**.

Στη σύγχρονη εποχή η επάρκεια των οικονομικών, τεχνολογικών και ανθρωπίνων πόρων είναι ανεκτή. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν οικονομικοί πόροι για την ανάπτυξη προγραμμάτων τα οποία θα επωφελήσουν την υγεία. Αυτό όμως συμβαίνει διότι πολλά προγράμματα για την υγεία, τα οποία δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη χρήση ή δεν θα μπορούσαν να βοηθήσουν συνήθως απορρίπτονται, ενώ το κομμάτι της υγείας είναι ένα από τα βασικά χρηματοδοτούμενα κομμάτια ενός κράτους, αφού η υγεία είναι το βασικότερο αγαθό (Ranson MK et al., 2010).

Οι τεχνολογικοί πόροι συνήθως προσπαθούν να διεξέρχονται μόνο σε συγκεκριμένα, εγκεκριμένα προγράμματα τα οποία θα γίνουν σε επιστήμονες και που υπάρχει λόγος για την ύπαρξη τους στα προγράμματα αυτά. Τέλος όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, εκεί ευτυχώς υπάρχει ακόμη μεγάλος πληθυσμός αφού υπάρχουν πολλοί γιατροί, νοσηλευτές, υγειονομολόγοι και διάφορα άλλα επαγγέλματα, τα οποία είναι έτοιμα να **ανταπεξέλθουν στις προσδοκίες και να διεξάγουν προγράμματα με μεγάλη επιτυχία**. Συνεπώς η επάρκεια όλων αυτών των πόρων είναι πάρα πολύ σημαντική έτσι ώστε όχι απλά να διεξάγονται προγράμματα για την προαγωγή της υγείας αλλά να διεξάγονται σωστά προγράμματα τα οποία θα ωφελήσουν στο μέγιστο βαθμό την κοινωνία (Ranson MK et al., 2010).

8.4.2 ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Ε.Ε. ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΩΝ.

Με βάση την Ε.Ε. αλλά και την ανακοίνωση της επιτροπής η οποία έγινε μετά το ψήφισμα του συμβουλίου στις 27 Ιουνίου 2002 το οποίο αφορούσε την δια βίου μάθηση, αναφέρθηκε πως ο ευρωπαϊκός χώρος της διαβίου μάθησης οφείλει να γίνει πραγματικότητα. Επίσης προσδιόρισαν την πρόβλεψη για όλες τις νέες βασικές δεξιότητες ως μία προτεραιότητα και υπογράμμισε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πως η διαβίου μάθηση θα πρέπει να καλύπτει την μάθηση από την προσχολική ηλικία μέχρι και την ηλικία μετά την συνταξιοδότηση. Γενικώς φάνηκε πως ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθεί η δια βίου μάθηση σε όλους τους τομείς, έτσι ώστε να μπορούν οι άνθρωποι να μαθαίνουν όλες τις νέες εξελίξεις, σε όλους τους τομείς που τους ενδιαφέρουν, ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας που είναι τόσο σημαντικός για τους ανθρώπους. (Braverman et al., 2011).

Στην απόφαση του συμβουλίου αναφέρθηκαν όλες οι βασικές ικανότητες για την διαβίου μάθηση σε ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο αναφοράς. Φυσικά στις κοινωνικές ικανότητες και στις ικανότητες οι οποίες σχετίζονται με την ιδιότητα του πολίτη, πρώτα αναφέρονται οι ικανότητες οι οποίες συνδέονται με την προσωπική και κοινωνική ευημερία και συνεπώς αυτές που εξασφαλίζουν την βέλτιστη σωματική και ψυχική υγεία, τονίζοντας την σημαντικότητα που υπάρχει στην διαβίου μάθηση για την σωματική και ψυχική υγεία. Γίνεται λοιπόν σαφές πως η Ε.Ε. επικροτεί και προωθεί την διαβίου μάθηση. Για να την προωθήσει όμως η Ε.Ε., εξασφαλίζει, δημιουργεί και προωθεί προγράμματα για όλες τις ηλικίες, για να ενημερώνονται οι πολίτες και να υπάρχει μία διαρκής μάθηση.

Ένα πρόσφατο πρόγραμμα για την **δια βίου μάθηση που θα εφαρμοστεί από το 2014 έως το 2020 με πρωτοβουλία της Ε.Ε** έχει 4 βασικούς στόχους:

- Προαγωγή της υγείας, πρόληψη των νόσων και ανάπτυξη υποστηρικτικών πλαισίων για υγιεινούς τρόπους ζωής, με βάση την αρχή «η υγεία σε όλες τις πολιτικές».
- Προστασία των πολιτών από σοβαρές διασυνοριακές απειλές.
- Συμβολή στη δημιουργία νέων συστημάτων υγείας.
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών σε ανώτερη και πιο ασφαλή υγειονομική περίθαλψη.

Ο Εκτελεστικός Οργανισμός για την Υγεία, τους Καταναλωτές στην Γεωργία και τα Τρόφιμα είναι αυτός όποιος θα είναι επικεφαλής για την υλοποίηση του συγκεκριμένου προγράμματος που αφορά την υγεία. Οι δράσεις του θα έχουν ευρωπαϊκή διάσταση και θα πρέπει διάφορες εταιρείες από διάφορες χώρες να συμμετέχουν στο σχέδιο του συγκεκριμένου έργου. Οι δυνητικοί δικαιούχοι του έργου θα είναι μη κυβερνητικές οργανώσεις, εμπορικές επιχειρήσεις, ερευνητικά ιδρύματα και πανεπιστήμια και φυσικά οι δημόσιες αρχές όπως είναι το Υπουργείου Υγείας. (https://www.europarl.europa.eu/EPRS/Funding_Guide_EL.pdf).

Επίσης ένα δεύτερο πρόγραμμα το οποίο υλοποιείται από την ευρωπαϊκή ένωση για τα έτη 2013 - 2020 με στόχο τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών προάγεται κι αυτό από το Υπουργείο Υγείας. Στο πλαίσιο του προγράμματος αυτού δημιουργήθηκαν 4 υποπρογράμματα που προωθούνται κυρίως από το Υπουργείο Υγείας αλλά και από ΜΚΟ κλπ. Τα υποπρογράμματα αυτά είναι:

- I. Το πρόγραμμα «Δικαιοσύνη» όπως ονομάζεται έχει στόχο να συμβάλει στην περαιτέρω ανάπτυξη ενός ευρωπαϊκού χώρου δικαιοσύνης και να χρηματοδοτήσει διάφορα έργα τα οποία αφορούν τα ναρκωτικά.
- II. Το πρόγραμμα «για την υγεία» έχει για στόχο να υπάρξει προαγωγή της υγείας και πρόληψη των νόσων.
- III. Ο «ορίζοντας 2020» είναι ένα άλλο πρόγραμμα καινοτόμο για την Ε.Ε. όπου βοηθάει στην έρευνα σε σχέση με τα ναρκωτικά όπως για παράδειγμα την ανάπτυξη νέων προσεγγίσεων με σκοπό την εκτίμηση των κινδύνων που επιφέρουν τα νέα ναρκωτικά.
- IV. Το πρόγραμμα «εσωτερικής ασφάλειας» στηρίζει την εφαρμογή μιας εσωτερικής ασφάλειας η οποία θα παρέχει χρηματοδότηση σε νέα έργα τα οποία θα μειώνουν την προμήθεια ναρκωτικών.

Όλα αυτά τα έργα είναι πρωτοβουλίες της Ε.Ε. για την δια βίου μάθηση και την δημιουργία νέων συστημάτων υγείας που θα διαφυλάσσουν τους πολίτες (https://www.europarl.europa.eu/EPRS/Funding_Guide_EL.pdf).

8.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΧΙΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΥ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ - ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ- ΣΧΟΛΙΚΗΣ- ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.

Ο έλεγχος για την εκπλήρωση όλων των στόχων και των σκοπών για τη δημόσια, κοινοτική, σχολική, ατομική υγεία αλλά και την προαγωγή της υγείας των παιδιών δεν είναι κάτι το οποίο μπορεί να γίνει εύκολα. Η εκπλήρωση των στόχων ενός προγράμματος για παράδειγμα, μπορεί πολύ εύκολα να γίνει στις περιπτώσεις όπου μέσα στο πρόγραμμα έχουν αναφερθεί όλα τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία χρειάζεται να αναφερθούν για να πούμε ότι ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα. Παρόλα αυτά το αν οι στόχοι που έχει το κάθε πρόγραμμα έχουν καταφέρει να ολοκληρωθούν αυτό είναι κάτι το οποίο θα φανεί με τον καιρό. Ένα πρόγραμμα το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες ενός παιδιού του τάξης του δημοτικού και αφορά την προαγωγή υγείας στα παιδιά και την ατομική υγιεινή για παράδειγμα, δεν μπορεί να φανεί το αποτέλεσμα του την αμέσως επόμενη μέρα (Nijhof, W., 2005).

Η δια βίου μάθηση βοηθάει πολύ στο να επιτευχθούν όλοι στόχοι που έχουν τα προγράμματα για την προαγωγή της υγείας, της δημόσιας υγείας, της κοινοτικής και της ατομικής υγείας. Η δια βίου μάθηση θα ξαναδιδάξει στο παιδί του δημοτικού και στο γυμνάσιο και στο λύκειο και στο πανεπιστήμιο και στην μετέπειτα ζωή του ξανά και ξανά όλα εκείνα τα πράγματα που πρέπει να θυμάται. Εάν οι στόχοι επιτευχθούν αυτό θα φανεί στα επόμενα χρόνια κατά πόσο οι **δείκτες θνητότητας και νοσηρότητας** θα πέσουν και κατά πόσο ο επιπολασμός των νοσημάτων μέσα στον πληθυσμό θα μειωθεί. (Nijhof, W., 2005).

Η επίτευξη των στόχων συνεπώς είναι κάτι αρκετά δύσκολο και περίπλοκο και δεν μπορεί να φανεί στις πρώτες 10 μέρες από την υλοποίηση ενός προγράμματος.

Παρόλα αυτά η επίτευξη των στόχων είναι κάτι το οποίο όλοι αποζητούν και είναι κάτι το οποίο είναι ο βασικός λόγος για τον οποίο συμβαίνουν όλα εκείνα τα προγράμματα που αφορούν την υγεία του πληθυσμού. Βέβαια οφείλουμε να ομολογήσουμε πως τα προγράμματα αυτά ως ένα βαθμό επιτυγχάνουν τους στόχους τους καθημερινά αφού πλέον ο πληθυσμός νοσεί λιγότερο σε σχέση με παλιότερα. Όμως δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι νέες ασθένειες εμφανίζονται και συνεπώς δημιουργούνται νέοι στόχοι οι οποίοι πρέπει να υλοποιηθούν και να επιτευχθούν (Nijhof, W., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

9.1 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία και ακολουθήθηκε εναπόκειται στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, εμπεριέχοντας δυο βασικές ερευνητικές παραμέτρους, ανάπτυξη ερευνητικών ερωτημάτων και ανάπτυξης ερευνητικής διαδικασίας. Ακολούθως τίθεται αρχικά το ερευνητικό ερώτημα στο οποίο θα βασιστεί η ερευνητική διαδικασία:

RQ1: Ποια είναι τα αποτελέσματα των προγραμμάτων προαγωγής υγείας στην ψυχοκοινωνική συμπεριφορά των παιδιών.

Το ερευνητικό υλικό θα συλλεχθεί μέσω του ερευνητικού ερωτήματος η διαδικασία που ακολουθείται στη συνέχεια θα οριστεί βάσει της παρούσας μεθοδολογίας ενώ θα διαχωριστεί μεθοδολογικά ο τρόπος συλλογής άρθρων.

9.2 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Προκειμένου να απαντηθεί το παραπάνω ερώτημα μια ερευνητική στρατηγική αναπτύχθηκε αναπτύσσοντας μια λίστα άρθρων, ενώ εξετάστηκαν οι περιλήψεις αυτών σε συγκεκριμένα θέματα για να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα. Η εξέταση έγινε στα ακόλουθα:

- α) Αναγνώριση λέξεων κλειδιών και αναγνώριση του σχετικού υλικού,
- β) Αξιολόγηση και καταγραφή των σχετικών εγγραφών σχετικών με το θέμα, με στόχο να εντοπιστούν τα σχετικά με το θέμα ζητήματα, ώστε να εμπλακούν αργότερα στην ερευνητική διαδικασία,
- γ) Αξιολόγηση του ρίσκου και των προβλημάτων, που επηρέασαν την ερευνητική διαδικασία. Ένα από τα βασικά βήματα στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι να αναγνωριστούν οι κατάλληλες λέξεις κλειδιά, οι οποίες θα βοηθήσουν στον εντοπισμό των κατάλληλων άρθρων αλλά αργότερα και στην ανάλυση τους.

Οι καθορισμένες λέξεις κλειδιά φαίνονται στον Πίνακα 1

Πίνακας 1- Κλειδιά χρήσης για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση

Λέξεις	Κλειδιά αναζήτησης
Αναζήτηση 1	Προγράμματα προαγωγής υγείας
Αναζήτηση 2	Προαγωγή υγείας και ψυχοκοινωνική συμπεριφορά
Αναζήτηση 3	Προαγωγή υγείας και διατροφή
Αναζήτηση 4	Προαγωγή υγείας και εγγραμματοσύνη υγείας
Αναζήτηση 5	Προαγωγή υγείας και ενσυναίσθηση
Αναζήτηση 6	Προαγωγή υγείας και παιχνίδι

9.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Τα PubMed, ScienceDirect, and GoogleScholar χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικές βάσεις και ερευνητικά εργαλεία. Οι λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των άρθρων, τα άρθρα συνολικά ήταν 50 τα οποία αξιολογήθηκαν ως σχετικά με το θέμα. Αφού εξετάστηκαν οι διάφορες βάσεις δεδομένων και εντοπίστηκαν όλα τα σχετικά άρθρα ακολουθήθηκε μια διαδικασία ένταξης και απόρριψης άρθρων από την ερευνητική διαδικασία με βάση συγκεκριμένα κριτήρια. Η διαδικασία αυτή θα αναπτυχθεί στην επόμενη ενότητα της ερευνητικής διαδικασίας.

9.4 ΕΞΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην παρούσα ερευνητική διαδικασία εντάχθηκαν έγγραφα με τη μορφή ακαδημαϊκών δημοσιεύσεων τα οποία είχαν κριτική προσέγγιση πάνω στο θέμα που εξετάζαν. Από την ερευνητική διαδικασία εξαιρέθηκαν δευτερεύουσες πηγές που δεν είχαν ελεύθερη ή ανοιχτή πρόσβαση σε αυτές, αλλά και γράμματα, άρθρα εφημερίδων, απόψεις, παρουσιάσεις, ανέκδοτα και αφίσες.

Ο έλεγχος των τίτλων, των περιλήψεων και των συμπερασμάτων των επιλεγμένων προς μελέτη κειμένων οδήγησε μετά την εξαίρεση και των επαναλήψεων στον αριθμό από τον αρχικό $n=50$, στον τελικό αριθμό $n=7$, ουσιαστικά αποκλείστηκαν $n=43$. Τα 7 άρθρα μελετήθηκαν διεξοδικά.

Επιδιώχθηκε η αποφυγή της μεροληψίας προς τα προς ανάγνωση άρθρα πράγμα που πολλές φορές γίνεται όταν τα ερευνητικά κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού δεν είναι τα κατάλληλα, δεν βοηθούν στη διαδικασία, οπότε ο ερευνητής που συμμετείχε εκφράζει άποψη και πολλές φορές μεροληπτεί προς τα ερευνητικά αποτελέσματα. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η μεροληπτική προσέγγιση, πράγμα που έγινε και στη παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε συστηματικός έλεγχος, δύο φορές η ίδια διαδικασία, ώστε να αξιολογηθεί αν και τις

δυο φορές τα αποτελέσματα υπήρξαν τα ίδια.

9.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Όλα τα άρθρα τελικά που επιλέχθηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν σε μια βάση δεδομένων με βάση το χρόνο, την πηγή έκδοσης, τη γεωγραφική τους προέλευση, την ερευνητική τους προσέγγιση και τη μεθοδολογία που ακολούθησαν. Τα επιλεγμένα άρθρα αναφέρονται στον **Πίνακα 2** με βάση τα άνωθεν δεδομένα καταγραφής, αξιολόγησης και ένταξης στην ερευνητική διαδικασία.

Πίνακας 2 - Χαρακτηριστικά των εντασσόμενων στη διαδικασία άρθρων

Ερευνητές-Χώρα Χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
Baranowski et al 2019 Αμερική	Nutrition Education and Dietary Behavior Change Games: A Scoping Review	Αυτή η ανασκόπηση περιορίστηκε στις πληροφορίες που σχετίζονται με τη διατροφή στα επιλεγμένα παιχνίδια.	συστηματική ανασκόπηση	Οι πληροφορίες αντλήθηκαν από 22 δημοσιεύσεις.	Όλες οι μελέτες εκτός από μία, ανέφεραν κάποια θετικά αποτελέσματα από το παιχνίδι. Κάποια ανέφερε ότι ένα διαδικτυακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε ως αποτέλεσμα περισσότερες αλλαγές από την παρέμβαση που βασίζεται στο παιχνίδι.
Bröder et al Αγγλία και Γερμανία	Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models	Οι συγγραφείς στοχεύουν να κατανοήσουν σε ποιο βαθμό τα διαθέσιμα μοντέλα αποτυπώνουν τις μοναδικές ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των παιδιών και των νέων	συστηματική ανασκόπηση	30 άρθρα	Στην βιβλιογραφία, η εγγραματοσύνη για την υγεία στα παιδιά και τους νέους περιγράφεται ότι περιλαμβάνει ποικίλα σύνολα βασικών διαστάσεων, όπου το καθένα εμφανίζεται ως ένα σύμπλεγμα σχετικών ικανοτήτων, δεξιοτήτων, δεσμεύσεων και γνώσεων που

					επιτρέπουν σε ένα άτομο να προσεγγίζει τις πληροφορίες για την υγεία με αποτελεσματικότητα και να οδηγείται σε αποφάσεις και δράσεις που προάγουν την υγεία.
Canadian Paediatric Society 2017 Καναδάς	Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world	Αυτή η δήλωση εξετάζει τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους των μέσων οθόνης σε παιδιά κάτω των 5 ετών, εστιάζοντας στην ανάπτυξη, την ψυχοκοινωνική και τη σωματική υγεία.	βιβλιογραφική αναζήτηση	87 άρθρα	Για παιδιά προσχολικής ηλικίας, η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με βελτιωμένα μέτρα υγείας, ενώ η καθιστική συμπεριφορά σχετίζεται με λιγότερο ευνοϊκά αποτελέσματα για την υγεία
Rinaldi & Farr 2018 Αμερική	Promoting Positive Youth Development: A Psychosocial Intervention Evaluation	Αυτή η μελέτη αναφέρει μια έρευνα ενός ψυχοκοινωνικού προγράμματος PYD Positive Youth Development χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο αξιολόγησης Outcome Mediation Cascade (OMC), το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την αξιολόγηση της εμπειρικής διχοτόμησης μεταξύ παρεμβάσεων και αναπτυξιακών διαδικασιών.	Ποιοτική και ποσοτική ανάλυση	Το δείγμα αυτής της μελέτης αποτελούνταν από 259 λευκούς/μη-ισπανούς, αφροαμερικανούς και ισπανούς εφήβους.	Τα ευρήματα παρείχαν προκαταρκτικά στοιχεία που συνάδουν με την υπόθεση ότι, εκτός από τις επιδράσεις στα στοχευμένα θετικά αποτελέσματα, οι παρεμβάσεις PYD είναι πιθανό να έχουν προοδευτικά αλληλεπικαλυπτόμενες επιδράσεις σε μη στοχευμένα προβλήματα (σε αυτήν την περίπτωση, συμπεριφορικά αποτελέσματα) που λειτουργούν μέσω επιδράσεων σε θετικά αποτελέσματα.
Muzaffar et al 2018 Αμερική	Narrative Review of Culinary Interventions with	Στόχος μας ήταν να διενεργήσουμε μια αφηγηματική ανασκόπηση ώστε να επιτρέψουμε τη	Συστηματική ανασκόπηση	131 άρθρα	Τα ευρήματα από αυτήν την ανασκόπηση υποστηρίζουν μια θετική σχέση μεταξύ

	Children in Schools to Promote Healthy Eating: Directions for Future Research and Practice	σύνθεση της βιβλιογραφίας που αξιολογεί τις παρεμβάσεις μαγειρικών δεξιοτήτων για παιδιά και εφήβους στο σχολικό περιβάλλον και προκειμένου να προσδιορίσουμε συγκεκριμένες ιδιότητες του προγράμματος που σχετίζονται με βελτιώσεις στην ποιότητα της διατροφής, τον ΔΜΣ και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που προτείνονται να σχετίζονται με τις διατροφικές συμπεριφορές .			των μαγειρικών παρεμβάσεων με παιδιά στα σχολεία και της βελτίωσης των δεξιοτήτων μαγειρικής, της κατανάλωσης μιας υγιεινής διατροφής και των θετικών αλλαγών στις ανθρωπομετρικές αξιολογήσεις.
Teixeira et al 2017 Βραζιλία	Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers	Η μελέτη αναλύει τους διαμεσολαβητές και τα εμπόδια στη συλλογική φροντίδα μεταξύ της Στρατηγικής Οικογενειακής Υγείας και ενός Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας Παιδιών και Νέων στο Ρίο ντε Τζανέιρο	ποιοτική μεθοδολογία	27,316 κάτοικοι,	Η συνεργατική φροντίδα αναγνωρίστηκε ως στρατηγική για την επικύρωση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των παιδιών.
Gao et al 2019 Αμερική	Effects of Active Video Games on Children's Psychosocial Beliefs and School Day Energy Expenditure	Εξετάστηκαν οι επιδράσεις των ενεργών βιντεοπαιχνιδιών στην ενεργειακή δαπάνη των παιδιών κατά τη σχολική ημέρα και στην αυτο-αποτελεσματικότητα που σχετίζεται με τη	Ανάλυση δεδομένων	Οι συμμετέχοντες ήταν 81 μαθητές της τέταρτης τάξης (ηλικία $X = 9,23$ έτη, $SD = 0,62$, 39 κορίτσια) από δύο δημοτικά σχολεία της Μινεσότας.	Παρατηρήσαμε σημαντικές επιδράσεις αλληλεπίδρασης σχετικά με τις ημερήσιες θερμίδες, $F(1, 58) = 15,8$, $p < 0,01$, τις μέσες ημερήσιες τιμές MET, $F(1, 58) = 11,3$, $p < 0,01$ και την προσδοκία έκβασης, $F(1, 58) = 4,5$, $p < 0,05$.

		σωματική δραστηριότητα, την κοινωνική υποστήριξη και το προσδόκιμο έκβασης για 9 μήνες.			Συγκεκριμένα, τα παιδιά της παρέμβασης είχαν μεγαλύτερες αυξήσεις στις ημερήσιες θερμιδικές δαπάνες (διαφορά ομάδας 91 χιλιοθερμίδες/ημέρα μετά την παρέμβαση), με τα παιδιά ελέγχου να μειώνουν τις ημερήσιες θερμιδικές δαπάνες με την πάροδο του χρόνου.
--	--	---	--	--	--

9.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΘΡΩΝ

Στο πρώτο άρθρο των Baranowski et al , 2019 με τίτλο «**Nutrition Education and Dietary Behavior Change Games: A Scoping Review**», γίνεται λόγος για τη διατροφή και τη διατροφική συμπεριφορά οι οποίες αλλάζουν και αναφέρεται στη διατροφική εκπαίδευση αλλά και τη διατροφική συμπεριφορά η οποία αλλάζει λόγω των βιντεοπαιχνιδιών και των διαδραστικών παιχνιδιών. Κατά την περίληψη βλέπουμε όλες τις πληροφορίες οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω στο άρθρο. Στην εισαγωγή αναφέρονται μερικές πληροφορίες οι οποίες είναι απαραίτητες έτσι ώστε να καθορίσουν διάφορες έννοιες για να υπάρξει καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων. Το άρθρο αναφέρεται στο ότι τα ηλεκτρονικά παιχνίδια γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλή και έτσι μέσω αυτών υπάρχει προώθηση της υγείας και των υγιεινών προτύπων αλλά και προτύπων που δεν είναι τόσο υγιεινά.

Η μέθοδος για το συγκεκριμένο άρθρο καταλαμβάνει ένα πολύ μικρό μέρος αυτού , όπου ουσιαστικά αναφέρεται πως υπήρχε μία μακρά περίοδος επώασης ιδεών και η έλλειψη σαφήνειας είναι κάτι το οποίο είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί στη βιβλιογραφία την οποία θα χρησιμοποιούσαν οι συγγραφείς για το συγκεκριμένο άρθρο. Γενικότερα η μέθοδος είναι σαφής, λιτή και περιεκτική και περιγράφει τι ακριβώς έκαναν και πώς το έκαναν οι συγκεκριμένοι ερευνητές. Αναφέρονται επίσης

τα κριτήρια καταλληλότητας, οι πηγές από τις οποίες αντλήθηκαν πληροφορίες, η επιλογή της μελέτης και πώς έγινε η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων, διάφορα στοιχεία και ούτω καθεξής. Αναφέρθηκαν όλες εκείνες οι παράμετροι οι οποίες ήταν ζωτικής σημασίας έτσι ώστε να καλυφθεί όλο το φάσμα της διαδικασίας με λεπτομέρεια και σαφήνεια.

Τα αποτελέσματα ήταν σαφή και κατατοπιστικά, αναφερόντουσαν σε ποσοστά που είναι γενικώς αντικειμενική η προσέγγιση, χωρίς να δέχονται συγκεκριμένο σχολιασμό. Τέλος στη συζήτηση υπήρξε σύνθεση όλων των αποτελεσμάτων τα οποία απορρέουν από την παραπάνω έρευνα. Όλα τα κομμάτια που ερευνήθηκαν ενώθηκαν και στη συζήτηση υπήρξε συσχετισμός των αποτελεσμάτων και επεξήγηση αυτών με βάση τη βιβλιογραφία. Φαίνεται μέσω της συζήτησης ότι **πολλά από τα παιχνίδια τα οποία μελετήθηκαν συχνά στοχεύουν στη διατροφική γνώση είτε ως πρωταρχικό είτε και ως μοναδικό στόχο**. Επίσης ένα βασικό συμπέρασμα το οποίο απορρέει από το άρθρο αυτό, είναι πως η διατροφική γνώση ή τα αποτελέσματα από την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χαμηλά για τα παιδιά τα οποία παίζουν τα παιχνίδια αυτά και χρειάζονται περισσότερη βελτίωση. Λαμβάνοντας υπόψη τα λεγόμενα του άρθρου σε άλλες μελέτες, οι μελετητές εκεί χρησιμοποίησαν μη αντικειμενικά μέτρα για τη διατροφική πρόσληψη και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της διατροφικής αλλαγής και συνεπώς τα αποτελέσματα εκεί είναι υποκειμενικά, κάτι το οποίο φυσικά δεν είναι επιθυμητό. Τέλος στα συμπεράσματα υπήρξε επαρκής συμπύκνωση των ευρημάτων και οι συγγραφείς αναφέρθηκαν σε μία μικρή παράγραφο για όλα όσα αναλύθηκαν και ειπώθηκαν παραπάνω. Οι βιβλιογραφικές αναφορές του άρθρου ήταν περιορισμένες σε αριθμό, παρόλα αυτά ήταν όλες των τελευταίων δύο χρόνων (έτη: 2019-2020) κάτι το οποίο το καθιστά ιδιαίτερα επίκαιρο και σωστά κατατοπισμένο.

Στο δεύτερο άρθρο που μελετήθηκε των Bröder et al με τίτλο «Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models», οι συγγραφείς στοχεύουν να κατανοήσουν σε ποιο βαθμό τα διαθέσιμα μοντέλα αποτυπώνουν τις μοναδικές ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των παιδιών και των νέων. Η περίληψη του άρθρου είναι χωρισμένη σε ίσια κομμάτια δίνοντας μία μικρή περίληψη για το ιστορικό, τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε, τα αποτελέσματα και τη συζήτηση. Η συγκεκριμένη περίληψη είναι ιδιαίτερα περιεκτική και δίνει με σαφή τρόπο τα κεφάλαια του άρθρου και τι περιέχει καθένα από αυτά. Εισαγωγή δεν

υπάρχει επακριβώς, υπάρχει ένα ιστορικό στο οποίο αναφέρονται κάποιες βασικές έννοιες και κάποια συγκεκριμένα πράγματα τα οποία είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθούν έτσι ώστε να υπάρξει μία εισαγωγή στο θέμα. Όσον αφορά τη μέθοδο υπήρξε μία **συστηματική ανασκόπηση** για να μπορέσει να γίνει η συγκεκριμένη μελέτη. Η μέθοδος είναι μικρή σχετικά σε μέγεθος αλλά αρκετά αναλυτική, έτσι ώστε να αναφερθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο θα συλλεχθούν τα αποτελέσματα και θα γίνει ανάλυση αυτών.

Στη συνέχεια αναλύθηκε το κομμάτι των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν **μέσω πινάκων** οι οποίοι έδειχναν εμπεριστατωμένα όλα τα αποτελέσματα τα οποία αντλήθηκαν από την έρευνα αυτή. Γενικώς υπήρχε ταυτόχρονη ανάλυση και επεξήγηση των αποτελεσμάτων κατά τη διάρκεια της διάθεσής τους, κάτι το οποίο βοηθούσε στην επεξήγηση τους και στην καλύτερη κατανόησή τους. Όπως γίνεται με τα άρθρα που έχουν μελέτες, έτσι και σε αυτό υπήρχε και το κεφάλαιο της συζήτησης όπου εκεί αναλύθηκαν ακόμα περισσότερο τα αποτελέσματα τα οποία αντλήθηκαν από την έρευνα αυτή. Γενικότερα στη συζήτηση αναφέρθηκαν για ακόμη μία φορά οι στόχοι της μελέτης και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και υπήρξαν βιβλιογραφικές αναφορές οι οποίες επικαιροποιούσαν τα αποτελέσματα της έρευνας. Η συζήτηση πραγματοποίησε κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων με βάση τους περιορισμούς της μελέτης. Τέλος στα συμπεράσματα τα οποία ήταν γενικά επαρκή σε έκταση, υπήρχε αναθεώρηση όλων των παραπάνω και σύνοψη όλων των ευρημάτων και της βιβλιογραφίας που αναφέρθηκε στα παραπάνω κεφάλαια του άρθρου. Οι βιβλιογραφικές αναφορές ήταν μεγάλες σε αριθμό και κάλυπταν ένα μεγάλο χρονολογικό φάσμα.

Στο τρίτο άρθρο του Canadian Paediatric Society το 2017, με τίτλο «Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world» εξετάζονται τα **πιθανά οφέλη και οι κίνδυνοι των μέσων οθόνης σε παιδιά κάτω των 5 ετών**, εστιάζοντας στην ανάπτυξη, την ψυχοκοινωνική και τη σωματική υγεία. Στο άρθρο αυτό, η περίληψη είναι ιδιαίτερα μικρή και συνοπτική και αναφέρει επακριβώς το θέμα της εργασίας. Στη συνέχεια δεν υπάρχει εισαγωγή, παρόλα αυτά για ακόμη μία φορά βλέπουμε το κομμάτι με τίτλο «Ιστορικό». Δηλαδή υπάρχει ένα μικρό κομμάτι το οποίο αναφέρεται σε παλαιότερες έρευνες και σε διάφορες έννοιες οι οποίες είναι πολύ σημαντικό να ερευνηθούν για να γίνουν κατανοητά τα αποτελέσματα του άρθρου. Το άρθρο αυτό αναλύει γενικότερα **τις επιπτώσεις των**

μέσων της οθόνης στην ανάπτυξη των παιδιών της ηλικίας κάτω των 5 ετών. Στο άρθρο αυτό δεν υπάρχει κομμάτι ξεχωριστό με την μέθοδο ανάλυσης, αλλά η μεθοδολογία εντάσσεται στο κομμάτι του ιστορικού. Η ανάλυση των πληροφοριών θα γίνει με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής αναζήτησης.

Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση 87 άρθρων αναλύονται επακριβώς όλα τα **προβλήματα και τα μειονεκτήματα τα οποία επιφέρει η χρήση των μέσων της οθόνης στην φυσική, ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών κάτω των πέντε ετών**. Δεν υπάρχουν αποτελέσματα επακριβώς της μελέτης. Πιο συγκεκριμένα μετά την ανάλυση των άρθρων και μέσω αυτής, αναφέρονται οι επιπτώσεις που υπάρχουν στα παιδιά αυτά τόσο οι ψυχοκοινωνικές όσο και οι σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις. Παρόλα αυτά αναφέρονται ποσοστά και αποτελέσματα τα οποία αντλούνται από τα 87 άρθρα τα οποία έχουν αναλυθεί. Ακόμη, δεν υπάρχει κάποια συζήτηση και τα συμπεράσματα δεν υπάρχουν στο συγκεκριμένο άρθρο αφού έχουν παραληφθεί. Υπάρχουν οι ευχαριστίες για άτομα και φορείς οι οποίοι βοήθησαν την υλοποίηση του άρθρου, ενώ την ίδια στιγμή υπάρχουν και **10 ερωτήσεις** οι οποίες πρέπει να γίνουν σε οικογένειες με μικρά παιδιά και θα βοηθήσουν στην περιορισμό της επίπτωσης των μέσων της οθόνης. Τέλος στη βιβλιογραφία υπάρχουν τα 87 άρθρα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για να γίνει η ανάλυση του θέματος και τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ χρονολογικό φάσμα.

Στο επόμενο, 4ο άρθρο που αναλύθηκε των Rinaldi & Farr (2018) με τίτλο «Promoting Positive Youth Development: A Psychosocial Intervention Evaluation» αναφέρεται μια έρευνα ενός ψυχοκοινωνικού προγράμματος του PYD-Positive Youth Development, χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο αξιολόγησης Outcome Mediation Cascade (OMC), το οποίο είναι ένα ολοκληρωμένο μοντέλο για την αξιολόγηση της εμπειρικής διχοτόμησης μεταξύ παρεμβάσεων και αναπτυξιακών διαδικασιών. Η περίληψη του συγκεκριμένου άρθρου είναι αρκετά περιεκτική και την ίδια στιγμή αναφέρει πολύ συνοπτικά και περιεκτικά όλα τα κομμάτια τα οποία θα αναλυθούν σε συνέχεια της εργασίας. Χρησιμοποιεί πραγματικά όμως μία σύνοψη του άρθρου, η οποία θα παρουσιάσει το σκοπό, το αντικείμενο και τα βασικότερα ευρήματα. Στη συνέχεια στο άρθρο αυτό δεν υπάρχει επακριβώς κάποιου είδους εισαγωγής. Βλέπουμε για ακόμη μία φορά την έλλειψη εισαγωγής αλλά την ύπαρξη ενός πρώτου κεφαλαίου το οποίο αναφέρει διάφορες έννοιες και γεγονότα τα οποία εισάγουν τον αναγνώστη στην θεματολογία του άρθρου.

Το κεφάλαιο της μεθοδολογίας αναλύεται εκτενώς και χωρίζεται σε υποκεφάλαια όπως για παράδειγμα οι συμμετέχοντες της έρευνας, η διαδικασία αναλυτικά η οποία διεξήχθη, τα μέτρα τα οποία λήφθηκαν και ούτω καθεξής. Γενικότερα το κομμάτι της μεθοδολογίας αναλύθηκε αρκετά, αφού ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να αναλυθούν όλες οι παράμετροι, οι οποίες έπρεπε να ληφθούν υπόψη για να μπορέσουμε να έχουμε αξιόπιστα αποτελέσματα από το άρθρο αυτό. Επίσης η μεθοδολογία της έρευνας ήταν **ποιοτική και ποσοτική**. Τα αποτελέσματα αναλύονται σε πίνακες και ήταν κατά βάση περιγραφικά, στατιστικά. Αυτό σημαίνει πως τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αρκετά αντικειμενικά και παρουσιάζονται με σαφήνεια χωρίς πολλά περιθώρια για λανθασμένη ερμηνεία. Αρχικά περιγράφονται όλα τα στοιχεία τα οποία αντλήθηκαν από την έρευνα, ενώ την ίδια στιγμή αναφέρονται και μερικά πράγματα παραπάνω, γίνεται δηλαδή μία ανάλυση των αποτελεσμάτων έτσι ώστε να γίνουν πιο αντιληπτά και κατανοητά από τον αναγνώστη. Όλα τα σχήματα και οι πίνακες αναλύονται και σχολιάζονται με τρόπο έτσι ώστε να υπάρχει μία περαιτέρω επεξήγησή τους, τι ακριβώς αντικατοπτρίζει το καθένα για να υπάρχει καλύτερη κατανόηση.

Στο κομμάτι της συζήτησης υπάρχει μεγάλη ανάλυση και σύνθεση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα την ίδια στιγμή συνδέονται με τη βιβλιογραφία και αναφέρεται το που συγκλίνουν και που αποκλίνουν με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Αναφέρονται όλα τα θετικά και τα αρνητικά τα οποία έχουν φανεί κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας σε μία συζήτηση με μεγάλη έκταση. Στα συμπεράσματα υπάρχει συμπύκνωση των παραπάνω. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής είναι ιδιαίτερα συνοπτικά και αναφέρουν το τι ακριβώς αντιπροσωπεύεται από τη μελέτη. Αναφέρουν πολύ συγκεκριμένα κάποια αποτελέσματα της έρευνας, ενώ τέλος οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι αρκετές σε αριθμό και καλύπτουν ένα μεγάλο χρονολογικό φάσμα.

Στο πέμπτο άρθρο που αναλύθηκε των Muzaffar et al (2018) με τίτλο «Narrative Review of Culinary Interventions with Children in Schools to Promote Healthy Eating: Directions for Future Research and Practice», στόχος ήταν η διενέργεια μιας αφηγηματικής ανασκόπησης ώστε να επιτραπεί η σύνθεση μίας βιβλιογραφίας που αξιολογεί τις παρεμβάσεις μαγειρικών δεξιοτήτων για παιδιά και εφήβους στο σχολικό περιβάλλον, προκειμένου να προσδιοριστούν συγκεκριμένες ιδιότητες του προγράμματος που σχετίζονται με βελτιώσεις στην ποιότητα της διατροφής,

τον ΔΜΣ και τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που προτείνονται να σχετίζονται με τις διατροφικές συμπεριφορές. Η περίληψη του συγκεκριμένου άρθρου ήταν κανονική σε έκταση και ανέφερε όλα τα σημαντικά σημεία τα οποία θα βοηθούσαν στην συνοπτική ανάλυση του άρθρου, όπως τα άρθρα τα οποία εντοπίστηκαν και αναλύθηκαν και ο στόχος της έρευνας.

Στη συνέχεια υπήρξε η εισαγωγή του άρθρου αυτού, η οποία κατάφερε να εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα. Την ίδια στιγμή αναφέρθηκαν στατιστικά στοιχεία τα οποία θα ενημέρωναν τον αναγνώστη σε μεγαλύτερο βαθμό για τα προβλήματα τα οποία μελετά το άρθρο αυτό και που αφορούν κυρίως **τα υπέρβαρα παιδιά και την παχυσαρκία.** Αναφέρεται χαρακτηριστικά στις διατροφικές συνήθειες των Αμερικανών, κυρίως των παιδιών και την ανεπαρκή πρόσληψη λαχανικών και φρούτων η οποία υπάρχει. Στη συνέχεια, στη μεθοδολογία η οποία χωρίζεται σε υποκεφάλαια, όπως η αναζήτηση της βιβλιογραφίας και τα κριτήρια έναρξης και αποκλεισμού άρθρων, αναφέρονται χαρακτηριστικά τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις / κλειδιά και οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε δύο βάσεις δεδομένων, έτσι ώστε να μπορέσουν να ληφθούν τα άρθρα τα οποία θα βοηθούσαν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων. Εντοπίστηκαν συνολικά 130 άρθρα.

Στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα αποτελέσματα από 6 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην τελική κριτική και έχοντας εμβόλιμα τις βιβλιογραφικές αναφορές και με διάφορα δεδομένα που υπάρχουν, συγκρίνονται και αναλύονται τα αποτελέσματα του άρθρου αυτού. Επίσης τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με σαφήνεια και αντικειμενικότητα αφού εμφανίζονται σε πίνακες οι οποίοι βοηθούν στην καλύτερη οργάνωση και την ευκολότερη ερμηνεία και σχολιασμό τόσο από τον συγγραφέα όσο και από τον αναγνώστη. Στο κομμάτι της συζήτησης αναλύθηκαν για ακόμη μία φορά τα αποτελέσματα των άρθρων τα οποία μελετήθηκαν. Επίσης για ακόμη μία φορά υπήρχε **σύγκριση** αποτελεσμάτων προηγούμενων μελετών με τα αποτελέσματα της μελέτης που έγινε τώρα. Αναφέρθηκαν αρκετά περιστατικά τα οποία είχαν ως στόχο την **βελτίωση των διατροφικών συνθηκών στα παιδιά κυρίως με διάφορα προγράμματα που ενσωματώνονταν στο σχολικό πρόγραμμα.** Την ίδια στιγμή στα αποτελέσματα ως είθισται αναφέρονται και **οι περιορισμοί της έρευνας** οι οποίοι είναι ιδιαίτερα σημαντικοί έτσι ώστε να μειωθούν τα λάθη ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα μπορεί να προκύψει. Επίσης στη συζήτηση αναλύθηκαν και ορισμένοι πίνακες οι οποίες βοηθούσαν στην καλύτερη ροή αυτής.

Τέλος, αντί συμπερασμάτων αναλύθηκαν διάφορες επιπτώσεις στην έρευνα, όπου ουσιαστικά με τη μορφή συμπερασμάτων αναφέρθηκαν τόσο κάποια αποτελέσματα όσο και το γεγονός πως τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με μεγάλη προσοχή. Οι βιβλιογραφικές αναφορές ήταν επαρκείς σε αριθμό ενώ καλύπτουν ένα μεγάλο χρονολογικό φάσμα.

Στο έκτο άρθρο που μελετήθηκε των Teixeira et al (2017) με τίτλο «Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers», αναλύονται οι διαμεσολαβητές και τα εμπόδια στη συλλογική φροντίδα μεταξύ της Στρατηγικής Οικογενειακής Υγείας και ενός Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας Παιδιών και Νέων στο Ρίο ντε Τζανέιρο. Στην αρχή του άρθρου και την περίληψη αυτού αναφέρονται συνοπτικά όλα όσα θα αναλυθούν στη συνέχεια. Γίνεται εμφανές το θέμα της εργασίας το οποίο θα αναλυθεί και αναφέρονται συγκεκριμένα συμπεράσματα και αποτελέσματα τα οποία προέρχονται από τη μελέτη. Στη συνέχεια και στην εισαγωγή η οποία είναι αρκετά μεγάλη σε έκταση, αναλύονται διάφορες έννοιες όπως αυτή της **ειδικής φροντίδας και της υγείας των παιδιών και των εφήβων**, με σκοπό να υπάρχει καλύτερη κατανόηση των εννοιών οι οποίες θα αναφερθούν παρακάτω στο άρθρο. Την ίδια στιγμή αναφέρονται και μερικά δεδομένα κυρίως από βιβλιογραφικές μελέτες και άλλες μελέτες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί κυρίως σε διεθνές πλαίσιο, έτσι ώστε να υπάρχει παρακάτω σύγκριση των διεθνών προτύπων με αυτών των αποτελεσμάτων που θα αντληθούν από τη μελέτη.

Το κεφάλαιο της μεθοδολογίας, αναφέρει πρώτον το ότι η μελέτη αυτή αφορά μία **διερευνητική μελέτη με ποιοτική μεθοδολογία**, ενώ αναφέρει πως η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σε δύο φάσεις και αναλύει τις φάσεις αυτές. Την ίδια στιγμή αναφέρει και τους συμμετέχοντες της έρευνας αυτής. Επίσης μέσα σε ένα διάγραμμα αναφέρει τη δομή **της ομάδας εστίασης και της ομάδας παρέμβασης** οι οποίες είναι και οι δύο βασικές ομάδες. Τα κεφάλαια των αποτελεσμάτων και της συζήτησης είναι ενωμένα στο συγκεκριμένο άρθρο. Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα αναλύονται ενώ την ίδια στιγμή γίνεται και συζήτηση πάνω σε αυτά. Καθένα από τα αποτελέσματα τα οποία με αντικειμενικότητα παρουσιάζεται στο άρθρο, την ίδια στιγμή αναλύεται και συζητάται συγκρίνοντάς το και με άλλες μελέτες κι άλλα αποτελέσματα και αναλύοντας περαιτέρω το νόημα του αποτελέσματος.

Ακόμη το κεφάλαιο αυτό χωρίζεται σε υποκεφάλαια έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων τα οποία κατηγοριοποιούνται. Επίσης στο κεφάλαιο αυτό δίνονται και διάφορες προτάσεις οι οποίες θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των προκλήσεων, κάτι το οποίο συμβαίνει κατά βάση στο κομμάτι της συζήτησης και είναι πάρα πολύ σημαντικό να προτείνονται **τρόποι αντιμετώπισης για τα προβλήματα τα οποία προκύπτουν και γίνονται εμφανή κατά τη διάρκεια μιας έρευνας**. Τέλος δεν υπάρχει επακριβώς κεφάλαιο με την ονομασία συμπεράσματα αλλά υπάρχει κεφάλαιο με την ονομασία τελικές εκτιμήσεις. Εκεί αναλύονται περιληπτικά όσα ειπώθηκαν παραπάνω ενώ την ίδια στιγμή αναλύονται και κάποια αποτελέσματα και δίνονται κάποιες προτάσεις και ιδέες. Οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι επαρκείς σε αριθμό και καλύπτουν ένα μεγάλο χρονολογικό φάσμα, δεν είναι δηλαδή των τελευταίων δύο ή τριών ετών.

Στο έβδομο και τελευταίο άρθρο που μελετήθηκε των Gao et al (2019) με τίτλο «Effects of Active Video Games on Children’s Psychosocial Beliefs and School Day Energy Expenditure» εξετάστηκαν οι επιδράσεις των ενεργών βιντεοπαιχνιδιών στην ενεργειακή δαπάνη των παιδιών κατά τη σχολική ημέρα και στην αυτο-αποτελεσματικότητα που σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα, την κοινωνική υποστήριξη και το προσδόκιμο έκβασης για 9 μήνες. Στην περίληψη του συγκεκριμένου άρθρου η οποία βρίσκεται και στην αρχή αυτού υπάρχουν υποκεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα η περίληψη χωρίζεται σε σκοπό, μέθοδο, αποτελέσματα και συζήτηση, δίνοντας για κάθε ένα από τα κομμάτια αυτά της εργασίας μία μικρή περίληψη, έτσι ώστε να είναι πιο συγκεκριμενοποιημένο και πιο κατανοητό για τον αναγνώστη. Στη συνέχεια δίνεται η εισαγωγή. Στην εισαγωγή η οποία επίσης χωρίζεται σε υποκεφάλαια, υπάρχει ανάλυση όλων των εννοιών οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για να κατανοηθούν οι έννοιες του άρθρου αυτού, ενώ την ίδια στιγμή αναφέρονται και γεγονότα και δεδομένα από άλλες έρευνες τα οποία είναι πολύ σημαντικά έτσι ώστε να υπάρξει κατανόηση των ευρημάτων.

Στη συνέχεια και στο κεφάλαιο της μεθόδου το οποίο είναι λιτό και σαφές, υπάρχει περιεκτική διατύπωση των συμμετεχόντων και του **ερευνητικού σχεδιασμού της παρέμβασης** η οποία έγινε. Ακόμη υπάρχει αναφορά των μέτρων που λήφθηκαν για προστασία των διαδικασιών και πώς έγινε στη συνέχεια η ανάλυση των δεδομένων. Ιδιαίτερα στο κομμάτι της διαδικασίας υπάρχει διατύπωση με χρονολογική σειρά και πλήρης ανάλυση για το τι έγινε και πώς ακριβώς έγινε από τους ερευνητές.

Γενικότερα το κεφάλαιο της **μεθοδολογίας** είναι ιδιαίτερα αναλυτικό και δεν αφήνει περιθώρια ερωτήσεων. Αμέσως μετά έρχεται το κεφάλαιο των αποτελεσμάτων όπου εκεί γίνεται η ανάλυση τους, αφού πρώτα στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας έχει γίνει σαφές το πώς ακριβώς θα αναλυθούν τα δεδομένα. Στα αποτελέσματα αναλύονται τα δεδομένα που βρίσκονται και σε πίνακες, έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη κατανόηση αυτών. Τα αποτελέσματα είναι σαφή και αντικειμενικά και δεν εμπεριέχουν ερμηνεία και σχολιασμό. Απαντούν στα ερωτήματα τα οποία έχουν τεθεί και είναι σωστά δομημένα και κατανοητά. Πρώτα έχει υπάρξει η περιγραφή των στοιχείων και στη συνέχεια βρίσκεται ο πίνακας ο οποίος δίνει πιο αναλυτικά τα στοιχεία και βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση αυτών.

Αμέσως μετά έρχεται το κομμάτι της συζήτησης το οποίο είναι μεγαλύτερο σε έκταση. Εκεί αναλύονται τα αποτελέσματα και συγκρίνονται με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, αναφέροντας κι άλλες έρευνες με βιβλιογραφικές αναφορές και παρεμβάσεις. Στη συζήτηση υπάρχει σύνδεση άμεση με την βιβλιογραφία και εξηγούνται όλα τα ερωτήματα τα οποία προκύπτουν από την εμφάνιση των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια έρχεται το κομμάτι των συμπερασμάτων, τα οποία είναι ιδιαίτερα περιεκτικά και αναφέρουν απλώς τις **παρατηρήσεις** οι οποίες έχουν προέλθει από τα αποτελέσματα της έρευνας που είναι **κυρίως θετικές και αναφέρουν ότι μπορούν να υπάρξουν βελτιώσεις** στο μοντέλο της παρέμβασης. Οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι αρκετές σε αριθμό και καλύπτουν ένα μεγάλο χρονολογικό φάσμα. Παρόλο που το άρθρο αυτό δημοσιεύτηκε το 2019, τα άρθρα πηγάζουν αρκετά πιο πίσω έως και το 1978.

9.7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παραπάνω έγινε κριτική ανάλυση εφτά άρθρων τα οποία έχουν ως θέμα διάφορα κομμάτια της υγείας στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα όλα τα άρθρα αναφέρονται σε παιδιά και τον τρόπο με τον οποίον αυτά αναπτύσσονται αλλά και διάφορες συμπεριφορές και καταστάσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη τους. Στα διάφορα αυτά άρθρα που μελετήθηκαν, έγιναν μελέτες οι οποίες αφορούν είτε **συστηματική ανασκόπηση με τη χρήση βιβλιογραφίας** και άρθρων προς ανάλυση της μελέτης όπως έγινε και εδώ, είτε **ποιοτική και ποσοτική ανάλυση** στην οποία αναλύθηκαν τα άτομα και πληθυσμοί.

Από το πρώτο άρθρο, το οποίο προσβύει την υγεία των παιδιών και το παιχνίδι, φαίνεται πως υπάρχουν **θετικά αποτελέσματα** ανάμεσα στην **εκμάθηση των υγιεινών συμπεριφορών και το παιχνίδι**. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως το διαδικτυακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα έχει πολλά αποτελέσματα και βοηθάει τα παιδιά να υιοθετήσουν σωστά και υγιεινά πρότυπα. Στο δεύτερο άρθρο φαίνεται πως **οι γνώσεις των παιδιών** στο κομμάτι της υγείας είναι ζωτικής σημασίας. Περιγράφονται οι τρόποι οι οποίοι περιλαμβάνουν ποικιλία βασικών διαστάσεων και κάθε μία από αυτές εμφανίζεται ως ένα σύμπλεγμα σχετικών ικανοτήτων- δεξιοτήτων που δεσμεύουν κάθε άτομο, που οφείλει να γνωρίζει για την υγεία, έτσι ώστε να υιοθετεί τα κατάλληλα πρότυπα και να προάγει σωστά την υγεία του.

Στο **τρίτο άρθρο** το οποίο εξετάζει τους κινδύνους των μέσων οθόνης για παιδιά κάτω των 5 ετών, φαίνεται πως για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με τα βελτιωμένα μέτρα της υγείας. Το **τέταρτο άρθρο** που αναλύθηκε και αναφέρεται σε μία μελέτη η οποία ερευνά ένα ψυχοκοινωνικό πρόγραμμα χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο αξιολόγησης, φαίνεται πως τα ευρήματα παρείχαν προκαταρκτικά στοιχεία τα οποία αναφέρουν ότι εκτός **από αντιδράσεις στα στοχευμένα θετικά αποτελέσματα**, βάσεις που υπάρχουν από το ψυχοκοινωνικό πρόγραμμα, είναι πολύ πιθανό να έχουν **προοδευτικές αλληλεπιδράσεις** στα παιδιά. Στο **πέμπτο άρθρο**, το οποίο είχε ως στόχο την διερεύνηση μιας αφηγηματικής ανασκόπησης έτσι ώστε να αξιολογηθούν οι παρεμβάσεις μαγειρικών δεξιοτήτων για παιδιά και εφήβους στο σχολικό περιβάλλον, φαίνεται πως τα ευρήματα στην ανασκόπηση αυτή υποστηρίζουν πως υπάρχει θετική σχέση ανάμεσα στις μαγειρικές δεξιότητες και στα παιδιά στα σχολεία και της βελτίωσης των δεξιοτήτων τους στη μαγειρική. Γενικότερα, όταν ένα παιδί γνωρίζει να μαγειρεύει, καταναλώνει ταυτόχρονα και μία πιο υγιεινή τροφή, αφού οτιδήποτε χρειάζεται ή θέλει να καταναλώσει μπορεί να το μαγειρέψει από μόνο του.

Το **έκτο άρθρο** το οποίο μελετάει και αναλύει διαμεσολαβητές και τα εμπόδιά τους στη συλλογική φροντίδα μεταξύ της στρατηγικής της οικογενειακής υγείας και του κέντρου ψυχοκοινωνικής φροντίδας παιδιών, φαίνεται από τη συνεργατική φροντίδα **πως αναγνωρίζεται ως μία στρατηγική επικύρωσης της ψυχοκοινωνικής φροντίδας των παιδιών**. Τέλος στο **έβδομο άρθρο**, το οποίο εξετάζει τις επιδράσεις των ενεργών βιντεοπαιχνιδιών στην δαπάνη ενέργειας από τα παιδιά και στην μείωση της αποτελεσματικότητάς τους τόσο στο σχολείο όσο και στην κοινωνική

συμπεριφορά, φαίνεται πως υπάρχουν σημαντικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα βιντεοπαιχνίδια και τα παιδιά, ενώ τα παιδιά της παρέμβασης είχαν μεγαλύτερες αυξήσεις σε **ημερήσιες θερμιδικές δαπάνες** με παιδιά που σπαταλούν το χρόνο τους και παίζουν μόνο βιντεοπαιχνίδια.

Είναι λοιπόν σαφές από τα αποτελέσματα των άρθρων τα οποία μελετήθηκαν, πως οι σωστές συμπεριφορές όχι μόνο στο κομμάτι της υγείας αλλά και στο γενικότερο πλαίσιο της ζωής είναι πολύ σημαντικές ιδιαίτερα για τα παιδιά μικρής ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα είναι πολύ σημαντικό ένα παιδί με βάση τα άρθρα, να χρησιμοποιεί τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, **αλλά παίζοντας παιχνίδια τα οποία θα του προσφέρουν γνώσεις όπως για παράδειγμα σωστές διατροφικές συνήθειες** και όχι να κάθονται να παίζουν όλη μέρα βιντεοπαιχνίδια που δεν θα τους προσφέρουν τίποτα. Επίσης οι γνώσεις για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας έτσι ώστε τα παιδιά να έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν από μόνα τους τις κατάλληλες αποφάσεις για τον τρόπο ζωής τους. Επιπρόσθετα οι μαγειρικές γνώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την παρασκευή υγιεινής τροφής ανά πάσα στιγμή. Γίνεται συνεπώς κατανοητό μέσα από τις έρευνες και τις μελέτες αυτές πως η υγεία των παιδιών είναι ένα πολύ σύνθετο ζήτημα και πως είναι ζωτικής σημασίας τα παιδιά να διδάσκονται τις σωστές συμπεριφορές από μικρή ηλικία έτσι ώστε να υπάρχει σωστή προαγωγή της υγείας. Επίσης όσο πιο καλή είναι η σωματική τους υγεία τόσο καλύτερη θα είναι και η ψυχική τους υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά βλέπουμε πως η προαγωγή της υγείας είναι ζωτικής σημασίας ιδιαίτερα στα παιδιά μικρών ηλικιών και συγκεκριμένα η προαγωγή της υγείας γίνεται σε μόνιμη βάση σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλα τα μέρη του κόσμου. Με τον όρο υγεία αναφέρεται η κατάσταση της πλήρους ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής ευεξίας με βάση πάντα τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας. Όσον αφορά την προαγωγή υγείας είναι όλες οι ενέργειες και οι παρεμβάσεις οι οποίες γίνονται με στόχο την υποστήριξη αλλά και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων. Η υγεία ιδιαίτερα στα νέα παιδιά είναι πάρα πολύ σημαντική και για το λόγο αυτό υπάρχουν μοντέλα προγραμμάτων τα οποία προάγουν την υγεία στον πληθυσμό με σωστό τρόπο. Ανάλογα με το τι θέλει ο φορέας να προωθήσει κάθε φορά υπάρχουν και τα διαφορετικά μοντέλα των προγραμμάτων τα οποία θα μπορέσουν να προωθήσουν αυτό που πραγματικά πρέπει να προωθηθεί στον πληθυσμό.

Παρόλα αυτά στο υγειονομικό σύστημα υπάρχουν και κάποιες κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις οι περισσότερες από αυτές αλλάζουν τα δεδομένα της υγείας καθημερινά όπως είναι η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, η εργασία αλλά και η οικονομική ανισότητα. Σε μία προσπάθεια να υπάρξει υγεία παντού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημιούργησε ένα σχέδιο το οποίο ονομάζεται «εκστρατεία υγεία για όλους» που σκοπός ήταν και είναι η προώθηση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Όμως ένας βασικός παράγοντας ο οποίος θα επηρεάσει την υγεία είναι και οι συμπεριφορές των ανθρώπων. Όσον αφορά τη συμπεριφορά των ανθρώπων υπάρχουν πολλές θεωρίες οι οποίες αφορούν τις συμπεριφορές αυτές και έχουν αναφερθεί από σπουδαίους ανθρώπους, όπως είναι η θεωρία του Erikson και Skinner. Η επικοινωνία είναι πάρα πολύ σημαντική ιδιαίτερα για να μπορέσει να υπάρξει προαγωγή της υγείας. Πιο συγκεκριμένα όσο καλύτερη επικοινωνία υπάρχει ανάμεσα σε μέλη της κοινότητας ιδιαίτερα ανάμεσα στους πολίτες και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τόσο πιο εύκολα μπορεί να γίνει και η προαγωγή της υγείας. Υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα πρότυπα της υγείας τα οποία αφορούν τα λειτουργικά πρότυπα του Gordon. Αυτά είναι πρότυπα τα οποία αναπτύχθηκαν το 1982 και είναι ένα μοντέλο το οποίο τυποποιεί τη συλλογή δεδομένων κατά την άσκηση της νοσηλευτικής διαδικασίας. Από την άλλη όμως πλευρά η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη που υπάρχει στα στάδια του κύκλου της ζωής, είναι επίσης πολύ

σημαντική. Γενικότερα ανάλογα με την ηλικία του κάθε ανθρώπου αλλάζει και η ψυχική και κοινωνική του ανάπτυξη, δεν είναι ίδιος ο τρόπος με τον οποίο θα προσπαθήσουμε να υπάρξει προαγωγή της υγείας σε ένα μικρό παιδί σε σχέση με έναν ενήλικα.

Όλα αυτά τα χρόνια έχουν υπάρξει πολλά προγράμματα δράσης κυρίως για τη δημόσια υγεία. Το νέο πρόγραμμα για τη δημόσια υγεία αναπτύχθηκε το 2014 και αφορούσε ένα σχέδιο δράσης για την πρόληψη της καρδιακής νόσου και εγκεφαλικού. Ανά τα χρόνια έχουν υπάρξει διάφορα σχέδια και προγράμματα τα οποία έχουν ως σκοπό την προαγωγή της υγείας και την αντιμετώπιση παραγόντων τα οποία βλάπτουν την υγεία του πληθυσμού. Το σημαντικότερο κομμάτι είναι η εκπαίδευση της υγείας από τη μικρή ηλικία έως και μεγάλες ηλικίες των ανθρώπων. Η εκπαίδευσή τους στο κομμάτι της υγείας που συνεχώς αλλάζει είναι πολύ σημαντική. Όταν ένας άνθρωπος γνωρίζει για την υγεία είναι πολύ πιο εύκολο για εκείνον να πάρει τις σωστές αποφάσεις και να βοηθήσει τον εαυτό του. Για την εκμάθηση της υγείας και τη Δια Βίου Μάθηση αυτής, υπάρχουν διάφορα προγράμματα τα οποία γίνονται από διάφορους φορείς και μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους που θέλουν να μάθουν.

Ο ρόλος του σχολείου είναι καθοριστικής σημασίας αφού όσο πιο μικρά μαθαίνουν τα παιδιά την σημαντικότητα της υγείας και της προαγωγής με τόσο καλύτερα πρότυπα θα μεγαλώσουν. Μέσα στην τάξη, οι μέθοδοι με τις οποίες μπορεί να υπάρξει αγωγή υγείας είναι πάρα πολλές με την πιο σημαντική να είναι η μέθοδος στην οποία γίνεται κυρίως χρήση ρόλων και μικρών θεατρικών παραστάσεων όπου μέσω αυτών τα παιδιά με έναν έξυπνο και χαρούμενο τρόπο μπορούν να μάθουν πράγματα για το κομμάτι της υγείας. Η αξιολόγηση τώρα των προγραμμάτων αυτών είναι εξίσου σημαντική γιατί εάν ένα πρόγραμμα δεν αξιολογείται δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσο είναι αποτελεσματικό. Στο τέλος της εργασίας υπάρχει μία μελέτη στην οποία μελετήθηκαν επτά άρθρα και τα οποία δείχνουν πως η υγεία των παιδιών είναι πολύ σημαντική και συγκεκριμένα αναφέρουν πως αν τα παιδιά μάθουν από μικρή ηλικία τα σωστά πρότυπα και τρόπους με τους οποίους μπορούν από μόνα τους να προάγουν την υγεία, τότε θα μεγαλώσουν και με καλύτερα πρότυπα και θα μπορέσουν να διατηρήσουν τον εαυτό τους υγιή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγραφιώτης, Δ. (2003) *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία: Τόποι και τρόποι σύμπλεξης*. Αθήνα: Δαρδανός.
- Αποστολοπούλου, Β. (2017) "*Η Παιδαγωγική του Célestin Freinet στην Ελλάδα μέσα από τα μάτια εκπαιδευτικών και γονέων*" (διπλωματική εργασία) Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης/ Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης- Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στις Επιστήμες της Αγωγής: «Κοινωνία, Εκπαίδευση και Παιδαγωγική"/ Επιβλέπων καθηγητής: Χρήστος Τουρτούρας. Θεσσαλονίκη.
- Κονιόρδος ,Σ., Μαράτου - Αλιπράντη, Λ., Επιμ. (2006). *Κοινωνικές εξελίξεις στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα - Κομοτηνή : Σάκουλας.
- Κουνενού , Κ. (2010) Συμβουλευτική και Θεραπεία Οικογένειας - Μοντέλα παρέμβασης. Αθήνα: Παπαζήση: 114- 150.
- Κουράκος, Μ., Πουλημενάκου, Γ., Σαρρής, Μ. (15/10/2020). *Εκφάνσεις κοινωνικού κατασκευαστικού εποικοδομισμού στη θεραπευτική διεργασία και μάθηση των λειτουργών υγείας μέσω θεατρικής έκφρασης*. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Τομέας Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Κουτής , Χ., Πολυχρονόπουλος , Ε. (2009), "*Προαγωγή της Υγείας σε όλο το εύρος της ζωής*" (επιμέλεια) από Edelman & Mandle. Μεταμόρφωση Αττικής :Εκδόσεις 6η Παρισιάνου .
- Κούτρας, Β. (2014) "*Προγράμματα πρόληψης ψυχοκοινωνικής υγείας : φορέας αλλαγής για άτομα και κοινωνίες; "* - περιοδικό: Ερευνώντας τον κόσμο του παιδιού, Καθηγητής Αγωγής Υγείας, Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων , τόμ. 13: 241-246.
- Μαγουλάς , Χ. , Κονδύλη Β., Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ.(επιμέλεια). (Μάρτιος 2012) "*Η Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας στην Ελλάδα- The European Health Literacy - HLS-EU*.
- Μάνεση, Σ. (2012) "*Ο ρόλος των συναισθημάτων στη διδασκαλία και μάθηση: εκπαιδευτικές στρατηγικές για την καλλιέργεια της Συναισθηματικής Νοημοσύνης*

στο σύγχρονο μαθησιακό περιβάλλον" περιοδικό: Ερευνώντας τον κόσμο του παιδιού, ΜΕδ, ΜΠΣ ΕΑΠ Κύπρου. Τόμ. 11, (2): 22-28.

- Ξεκαλάκη, Α. "Αγωγή και προαγωγή υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία" . Δ/νση Κοινωνικ. Παιδιατρικής Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στο http://www.esdy.edu.gr/files/FileManager/Pdf/8ppt_Agogi_Proagogi_ygeias.pdf/ στις 28/6/2020.
- Παναγάκος, Ι., (2003). *Ομαδοσυνεργατική διδασκαλία και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη των μαθητών κατά την επίλυση μαθηματικών προβλημάτων*, Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.pi-schools.gr/download/publications/epitheorisi/teyχος6/i-panagakos.pdf>.]
- Παπαγεωργίου, Ε., Τσούνης, Α., Σαράφης, Π., Μπαμίδης, Π. (2014) *Η αξιοποίηση σύγχρονων οικονομικών και πληροφορικών εφαρμογών στα πλαίσια της ποιοτικής αναβάθμισης της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(1): 24-34.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση, σελ: 33-66, 185-189.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από την σύλληψη ως την ενηλικίωση (προσχολική ηλικία)*. Αθήνα.
- Πιερράκος, Γ. (2013) *Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία*. Αθήνα: Παπαζήση. σελ: 18-32, 53-75.
- (Σαρίδη, Μ., Ρεκλείτη, Μ. (26- 28/6/2014) " Μεθοδολογία σχεδιασμού προγραμμάτων αγωγής υγείας " /Πρακτικά 7ου Πανελληνίου Συνεδρίου Καρδιομεταβολικών Παραγόντων κινδύνου . Καλαμάτα).
- Σαρρής, Μ., (2001) *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση: σελ.39,42,46,67,71,87,91,105,139,151,238,276.
- Σαρρής, Μ. & Κουράκος, Μ. (Σημειώσεις Βιντεοπαρουσίασης μαθήματος για την θεραπευτική συμμαχία 5/2020).
- Σίμου, Έφη. (2008 - 2012) *"Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία"*. Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης /Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας ,Επιμέλεια- Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

- Σόλμαν, Μ. Καλύβα, Φ. (2008) "Εκπαιδευτική Ψυχολογία - αποτελεσματική διδασκαλία, αποτελεσματική μάθηση" (μετάφραση από Stephen N.Elliott, Thomas R. Kratochwill, και συν). Αθήνα : Gutenberg.
- Τούντα Γ. (1988): Μεθοδολογία αγωγής υγείας: Μέθοδοι επικοινωνίας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 5(2),166-170.
- Τσαμπαρλή , Α. (2011) Η Ψυχαναλυτική προσέγγιση της οικογένειας.(Σειρά :Οικογενειακή θεραπεία) 2η. Αθήνα : Παπαζήση.
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ . Στάππα - Μουρτζίνη, Μ. "Αγωγή Υγείας- Βασικές Αρχές - Σχεδιασμός Προγράμματος" (pi-schools.gr/programs/agogi_ygeias/agogi_ygeias.pdf).
- Χυτήρης , Λ. (2017). *Οργανωσιακή συμπεριφορά: έννοιες, θεωρία & τρόποι συμπεριφοράς για αποτελεσματική διοίκηση*. 4η. Αθήνα: Μπένου.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Academy Health. The Impact of the Affordable Care Act on the Safety Net. Washington, DC: Academy Health; 2011.
- Aceijas, C., Brall, C., Schröder-Bäck, P., Otok, R., Maeckelberghe, E., Stjernberg, L., & Tulchinsky, T. H. (2012). Teaching ethics in schools of public health in the European Region: findings from a screening survey. *Public Health Reviews*, 34(1), 10.
- Ackerman, N.W. (1970). *Family process*. Basic Books: New York.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *advances in experimental psychology* pp. 267-299. New York: Academic Press.
- Adams L. & Smithies J. (1990): *Community Participation and Health Promotion*. Health education Authority, London.
- Alderson P (1995) Consent to research: the role of the nurse. *Nursing Standard*. 9, 28-31.
- Alkire, S., & Jahan, S. (2018). The new global MPI 2018: aligning with the sustainable development goals.
- American Nursing Association. What is nursing? <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing> .

- An J, Braveman P, Dekker M, Egerter S, Grossman-Kahn R. Work, workplaces and health. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); 2011. Exploring the Social Determinants of Health Issue Brief No. 4.
- Anderson, C.A.; Bushman, B.J. (2001). "Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and pro-social behavior: A meta-analytic review of the scientific literature". *Psychological Science*. 12(5): 353–359.
- Anderson, W.P. (1998). Incongruence between self-concept and experience: The case of Thomas Merton. Retrieved from Thomas Mertin Center. University of Virginia.
- Anyanwu, C. N., Omolewa, M. A., Adeyeri, C. L. K., Okanlawon, A. B., & Siddiqui, A. A. (1985). Adult education and community development. *Ibadan: Institute of Education, University of Ibadan*.
- Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. The nature of reinforcement, 228278.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248--287.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). Principles of health care ethics. The "Four-principles" Approach. Chichester: John.
- Benyon, D., Turner, P. & Turner, S. 2005. Designing interactive systems: people, activities, contexts, technologies. Essex: Pearson Education.
- Bernheim, R. G. (2003). Public health ethics: the voices of practitioners. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 31(4_suppl), 104-109.
- Bonomi AE, Glasgow R, Wagner EH, Davis C, Sandhu N. Seattle Wash: 2000. "Assessment of Chronic Illness Care: How Well Does Your Organization Provide Care for Chronic Illness?" Paper presented at the Institute for Healthcare Improvement National Congress. June.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44(4), 542-573.

- Botvin, G.J & Botvin , E.M. (1992). School-based and community-based prevention approaches. *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*, In J. Lowinson, P. Ruiz, & R. Millman (Ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Boynton, Lois A. “Professionalism and Social Responsibility: Foundations of Public Relations Ethics.” *Communication Yearbook* 26. Ed. William B. Gudykunst. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2002. 230-265.
- Braveman P, Egerter S, Barclay C. What shapes health-related behaviors? Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); 2011. *Exploring the Social Determinants of Health Issue Brief No. 1*.
- Braveman P, Cubbin C, Egerter S, Pedregon V. Neighborhoods and health. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); 2011. *Exploring the Social Determinants of Health Issue Brief No. 8*
- Braveman P, Egerter S, Barclay C. Income, wealth and health. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); 2011. *Exploring the Social Determinants of Health Issue Brief No. 4*.
- Brunner E., Marmot M. *Social organization, stress and health*. Oxford University Press, 2007.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Child Abuse and Neglect Prevention*. Updated April 10, 2018.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) Fatal Injury Data*. Updated January 18, 2019.
- Center on Society and Health. *Education: It matters more to health than ever before*. Richmond: Center on Society and Health, Virginia Commonwealth University (VCU); 2014.
- Cervone, D., & Pervin, L. A. (2008). *Personality: Theory and Research* (10th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- "Children Act 1989 as originally enacted". legislation.gov.uk.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., ... & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.

- Chriss, James J. 2013. *Social Control: An Introduction*. 2nd ed. London: Polity Press.
- Combs, Arthur W., "Personality Theory and Its Implications for Curriculum Development," *Learning More About Reading, Papers and Reports from the Third ASCD Research Institute*, 1959.
- Conner, N. & Fraser, M., (2011). *Preschool Social-Emotional Skills Training: A Controlled Pilot Test of the Making Choices and Strong Families Programs*. *Research on Social Work Practice*, 1-13.
- Daniels, N. (2007). *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- Danish, S. J., Nellen, V. C., & Owens, S. S. (1996). Teaching life skills through sport: Community-based programs for adolescents. In J. L. Van Raalte & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (pp. 205-225). Washington DC: American Psychological Association.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2014). Autonomy and need satisfaction in close relationships: Relationships motivation theory. In *Human motivation and interpersonal relationships* (pp. 53–73). The Netherlands: Springer.
- Deflem, Mathieu. 2008. *Sociology of Law: Visions of a Scholarly Tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denham, S. A. (2005). *Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective for the National Children’s Study: Social-emotional compendium of measures*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Diekstra, R. (2008) Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide. In *Social and emotional education: An international analysis* (pp. 255-312). Santander, Spain: Fundación Marcelino Botín.
- Dowling G., *Creating Corporate Reputations, Identity, Image, and Performance*, Oxford University Press, 2002.
- Duncan, P. (2009). *Values, ethics and health care*. Sage Publications.
- Egerter S, Braveman P, Sadegh-Nobari T, Grossman-Kahn R, Dekker M. *Education and health*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation (RWJF); 2011. *Exploring the Social Determinants of Health Issue Brief No. 5*.

- Erikson, E., & Erikson, J. (1981). On generativity and identity: From a conversation with Erik and Joan Erikson. *Harvard Educational Review*, 51(2), 249-269.
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to single parenthood in childhood and later mental health, educational, economic, and criminal behavior outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1089-1095.
- Friedman, L. J. (2000). *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gardner, H. (1983) *Frames of mind: the theory of multiple intelligences*, New York, Basic.
- Garity J (1995) Ethics in research. In Talbot LA (Ed) *Principles and Practice of Nursing Research*. St Louis MO, Mosby.
- Gavazzi, S. M. (2011). *Families with adolescents: Bridging the gaps between theory, research, and practice*. New York: Springer.
- Gillon R (1985b) Confidentiality. *British Medical Journal*. 291, 1634-1636.
- Gillon R (1985c) Deontological foundations for medical ethics. *British Medical Journal*. 290, 1331-1333.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Gould, D., & Carson, S. (2008). Life skills development through sport: Current status and future directions. *International review of sport and exercise psychology*, 1, 58-78.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*.
- Hall, S. (1997). The work of representation. *Representation: Cultural representations and signifying practices*, 2, 13-74.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay (Original work published 1948).
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol. Bull.*, 112(1), 64-105.
- Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996– 1997). Copenhagen, WHO

Regional Office for Europe, 1998 (WHO Regional Publications, European Series, No. 83).

- Hewlett S (1996) Consent to clinical research: adequately voluntary or substantially influenced. *Journal of Medical Ethics*. 22, 232-237.
- Humphrey, N., Kalambouka, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Deighton, J. & Wolpert, M., (2011). Measures of Social and Emotional Skills for Children and Young People: A Systematic Review, *Educational and Psychological Measurement*, 71(4), 617-637.
- International Council of Nurses. Definition of Nursing. 2014 <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.
- Jones, R., Regan, M., Ristevski, E., & Breen, S. (2011). Patients' perception of communication with clinicians during screening and discussion of cancer supportive care needs. *Patient education and counseling*, 85(3), e209-e215.
- Kalkhoran, S., Benowitz, N. L., & Rigotti, N. A. (2018). Prevention and treatment of tobacco use: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(9), 1030-1045.
- Kaschub, M., (2002). Defining Emotional Intelligence in Music Education, *Arts Education Policy Review*, 103(5), 9-15.
- Kass, N. E. (2001). An ethics framework for public health. *American journal of public health*, 91(11), 1776-1782.
- Kindig DA, Booske BC, Remington PL. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis* 2010;7(4).
- The Lancet. (2018 Oct 20) *How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all*. *Lancet*.;392(10156):1372-1374.
- The Lancet., (2015 Nov 28) *Primary health care and the Sustainable Developmental Goals*. *Lancet*.;386: 2119-2121.
- The Lancet., (2018 Oct 20) *The Astana Declaration: the future of primary health care?* (Editorial) *Lancet*.;392(10156):1369.
- The Lancet., (2018 Jan 6) *The NHS at 70 and Alma-Ata at 40*. (Editorial) *Lancet*. ;391:1

- Landgraf JM, Abetz LN. Measuring health outcomes in pediatric populations: issue in psychometrics and application. In: Spilker B, ed., *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.
- Lerner, M. J., Miller, D. T., & Holmes, J. G. (1976). Deserving and the emergence of forms of justice. In L. Berkowitz and E. Walster (Eds.), *Equity theory: Toward a general theory of social interaction: Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 9), New York: Academic Press.
- Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M. Is income inequality a determinant of population health? Part 2. U.S. National and regional trends in income inequality and age- and cause-specific mortality. *Milbank Q.* 2004;82(2):355-400.
- McKlindon, D., & Barnsteiner, J. H. (1999). Therapeutic relationships: evolution of the Children's Hospital of Philadelphia model. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 24(5), 237-243.
- McLeod, S. A. (2007). *Carl Rogers – Simply Psychology*.
- McStay, R. L., Trembath, D., Dissanayake, C. (2014). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: Parent gender and the double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3101–3118.
- Mead, George H. 1934. *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mendes, F., Relvas, A.P., Lourenco, M., Reccio, J.L., Pietralunga, S., Broyer, G., Bussav, M.H., Calafat, A., Stocco, P., (1999). Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence. IREFREA, European Commission, Portugal, 1999.
- Morgan RE, Kena G. *Criminal Victimization*, (2016). Bureau of Justice Statistics (BJS). December 2017. NCJ 251150.
- Mulwa, F. W. (2008). Participatory monitoring and evaluation of community projects: community based project monitoring, qualitative impact assessment, and people-friendly evaluation methods.
- Nijhof, W. (2005). Lifelong Learning as a European Skill Formation Policy. *Human Resources Development Review*, 4 (4), 401-417.
- Norouzinia R et al (2016) Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*; 8: 6, 65-74.

- O'Neill M, Cowman S. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *J Clin Nurs*. 2008;17(22):3004–11.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Skills outlook 2013: First results from the survey of adult skills*. Washington, DC: OECD Publishing; 2013.
- Parahoo K (1997) *Nursing Research: Principles, Processes and Issues*. London, Macmillan.
- Patterson, C. B. (1998). *The Family in Greek History*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Piaget, J. (1983). Piaget's theory. P. Mussen (ed). *Handbook of Child Psychology*. 4th edition. Vol. 1. New York: Wiley.
- Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennett S. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(6):435–43.
- Riley AW, Forrest CB, Rebok GW, et al. The Child Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Med Care*. 2004;42:221-231.
- Robert Wood Johnson Foundation. How does employment - or unemployment - affect health? Princeton; March 2013. *Health Policy Snapshot Issue Brief*.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R., & Truax, C. B. (1967). The therapeutic conditions antecedent to change: Atheoretical view. In C. R.
- Ross, Edward A. (1901) 1926. *Social Control: A Survey of the Foundations of Order*. New York: Macmillan.
- Rotter, J. B., Lah, M. I., & Rafferty, J. E. (1992). *Rotter Incomplete Sentences Blank Second Edition manual*. New York: Psychological Corporation.
- Sapp, M. (2009). *Psychodynamic, affective, and behavioral theories to psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
- Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, et al. Healthrelated quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:530–7.
- Seedhouse, D. (2001). *Health: the foundations for achievement*. John Wiley & Sons.

- Shabani, K., Khatib, M., & Ebadi, S. (2010). Vygotsky's zone of proximal development: Instructional implications and teachers' professional development. *English language teaching*, 3, 237-248.
- Shahla Ghanbari¹, Ali Ramezankhani^{1*}, Ali Montazeri^{2*}, Yadollah Mehrabi³ Health Literacy Measure for Adolescents(HELMA): Development and Psychometric Properties,¹ Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti , ² Mental Health Research Group, Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, ³ Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti ,University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- Singer, P. A., Benatar, S. R., Bernstein, M., Daar, A. S., Dickens, B. M., MacRae, S. K., & Shaul, R. Z. (2003). Ethics and SARS: lessons from Toronto. *Bmj*, 327(7427), 1342-1344.
- Singer, P. (2011). *Practical ethics*. Cambridge university press.
- Skinner, B. F. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(3), 171–179.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior*. Chicago:University of Chicago Press.
- Tarling M, Crofts L (1998) *The Essential Researcher's Handbook for Nurses and Health Care Professionals*. London, Baillière Tindall.
- ter Meulen, R. H. (2005). The ethical basis of the precautionary principle in health care decision making. *Toxicology and applied pharmacology*, 207(2), 663-667.
- Tountas, Y. (1990). Health Education and Self Care. In *Ethics in HEALTH Education* . Doxiadis S.(ed)John Wiley & Sons, Chichester.
- UNICEF (2003). Definition of terms.
- US Department of Commerce. Educational Attainment of the Population 18 Years and Over, by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin: 2017. US Bureau of the Census; 2017.
- Vandebos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Vardavas, C. et al . (2009) Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. Hellenic American University and Alfa Institute of Biomedical Sciences (AIBS), Athens, Greece & University Hospital of Crete, Greece, and Department of Medicine, Tufts University, Boston, USA.

- Veatch, R. M. (2000). Doctor does not know best: why in the new century physicians must stop trying to benefit patients. *The Journal of medicine and philosophy*, 25(6), 701-721.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. MIT press.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. "A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature?" *Managed Care Quarterly*. 1999;7(3):56–66.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. "Organizing Care for Patients with Chronic Illness." *Milbank Quarterly*. 1996;74:511–44.
- Wallace RB. Primary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. *Encyclopedia of Public Health* [online]. 2006.
- Wallerstein N, First Published January 1, 1992 Research Article Find in PubMed "Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs', *American Journal health promotion*. (<https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>).
- Walster, E. B., Berscheid, E., & Walster, G. W. (1973). New directions in equity research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 25, 151-176.
- WHO. Geneva. Commission of Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. 2008
- Wilson Nance., Stefan Dasho, Anna C. Martin, Nina Wallerstein, Caroline C. Wang, Meredith Minkler, First Published May 1, 2007/ *The Journal of Early Adolescence*, "Engaging Young Adolescents in Social Action Through Photovoice: The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project", vol. 27, 2: pp. 241-261.
- Wilson N., Meredith Minkler, Stefan Dasho, (FirstPublished March 19, 2008) "Getting to Social Action: The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project " , Research Article in *Health promotion practice Journal- School of Public Health, Division of Community Health and Human Development, in Berkeley, California*.

- Wold, B., & Mittelmark, M. B. (2018). Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian journal of public health*, 46(20_suppl), 20-26.
- Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory of Organizational Management. *The Academy of Management Review*, 14(3), 361-384.
- World Health Organization. (1999). *Partners in life skills education*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health.
- World Health Organization (1993). "Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools". MNH/PSF/93.7 A Rev.2.

ΤΑ ΑΡΘΡΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Janine Bröder, [...], Malcolm Thomas, Fabian Kess and Paulo Pinheiro (2017). *Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models*. BMC Public Health.
- Zan Gao, Zachary C. Pope , Jung Eun Lee and Minghui Quan (2019). *Effects of Active Video Games on Children's Psychosocial Beliefs and School Day Energy Expenditure*. *Journal of Clinical Medicine*.
- Melissa Ribeiro Teixeira, Maria Cristina Ventura Couto, Pedro Gabriel Godinho Delgado (2016). *Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers*. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Henna Muzaffar, Jessica J Metcalfe, and Barbara Fiese (2018). *Narrative Review of Culinary Interventions with Children in Schools to Promote Healthy Eating: Directions for Future Research and Practice*.
- Tom Baranowski, PhD, Courtney Ryan, MS, RD, Andre' s Hoyos-Cespedes and Amy Shirong Lu, PhD (2019). *Nutrition Education and Dietary Behavior Change Games: A Scoping Review*. GAMES FOR HEALTH.
- Kyle Eichasa , William M. Kurtinesb, Roberto L. Rinaldic , and A. Celeste Farrc (2018). *Promoting Positive Youth Development: A Psychosocial Intervention Evaluation*.
- Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario (2017). *Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world*.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

http://www.civicengagement.org/agingsociety/publications/fact/fact_low.html-

NATIONAL ACADEMY ON AN AGING SOCIETY, 25/6/2020.

<http://www.economics.ltsn.ac.uk/advice/roleplay.htm>, Απρίλιος 18, 2002 .

http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/meletes/agwgh_ygeias_prwtovatmias.pdf -

Μελέτη κατάρτισης Εθνικού σχεδίου Δράσης για την αγωγή υγείας σε μαθητές πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ τελικό παραδοτέο Νοέμβριος 2008, στις 25/6/2020.

http://www.esdy.edu.gr/files/FileManager/Pdf/8ppt_Agogi_Proagogi_ygeias.pdf/

στις 25/6/2020).

http://www.integrated-assessment.eu/eu/guidebook/dpseea_framework.html στις

20/20/2020.

legislation.gov.uk στις 23/02/2021.

https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/70%20Panellinio/37_worksh

[oprekleitim.saridim.pdf](https://upload.livemedia.gr/Media/65/Other/Documents/70%20Panellinio/37_worksh_oprekleitim.saridim.pdf) , ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ στις 29/6/2020).

http://www.pi-schools.gr/programs/agogi_ygeias/agogi_ygeias.pdf ,στις 23/2/2021.

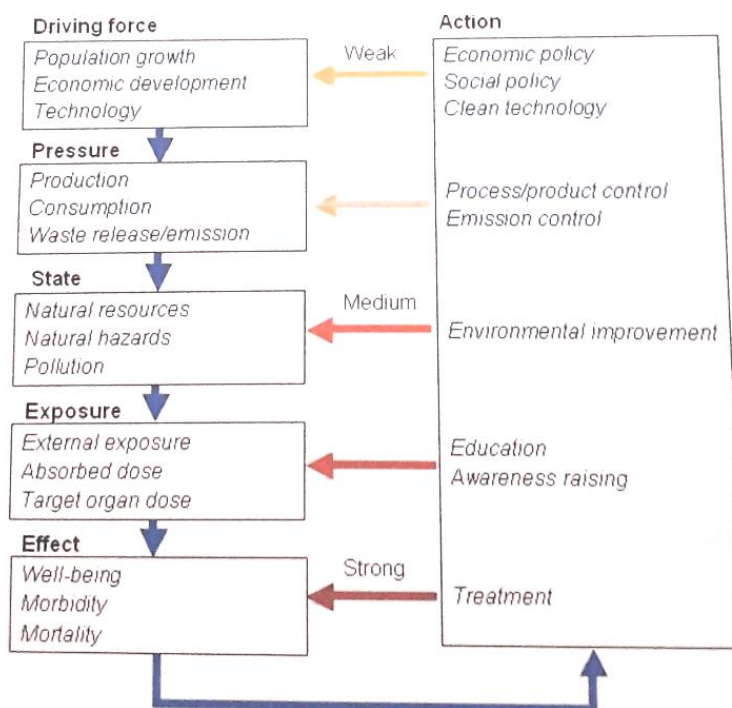
<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, στις 27/02/2021.

https://www.europarl.europa.eu/EPRS/Funding_Guide_EL.pdf, στις 19/02/2021.

<https://www.cdc.gov/about/organization/cio.htm>, στις 28/02/202.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ενδεικτική θεματολογία προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης	
Κάπνισμα	Ψυχική Υγεία
Κυκλοφοριακή αγωγή	Άγχος
Υγιεινή Διατροφή	Σεξουαλική Υγεία
Παιδική Παχυσαρκία	Εμβολιασμοί
Παιδική Παραβατικότητα	Συναισθηματική Υγεία
Σύνδρομο Mobbing	Ασφάλεια και Αυτοκίνητο
Εξάρτηση από ουσίες	Αλκοόλ και εφηβεία
Καταπολέμηση ναρκωτικών	Ναρκωτικά και Εφηβεία
Αλκοολισμός	Χημικά προϊόντα στη διατροφή
Εθισμός στο διαδίκτυο	Ατμοσφαιρική ρύπανση
Αντηλιακή προστασία	Ανακύκλωση
Πρόληψη ατυχημάτων	Φάρμακα και Υγεία
Πρόληψη Φοβιών	Στοματική υγεία
Φυσική Άσκηση	Πρόληψη Οστεοπόρωσης
Σεξουαλική υγεία	Τηλεόραση και Παιδιά



Εικόνα 1^η: Το μοντέλο DPSEEA.

(Πηγή: www.integrated-assessment.eu/eu/guidebook/dpseea_framework.html)



Εικόνα 2^η: Διατροφική πυραμίδα.
(Πηγή: www.logodiatrofis.gr)