

## Υλικό και μέθοδοι της αγωγής υγείας: ψυχοκοινωνικοί και εκπαιδευτικοί παράγοντες<sup>1</sup>

Μπ. Ντάβου

### *Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί*

Η αγωγή υγείας είναι μια εφαρμοσμένη επιστήμη, που τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται συνεχώς σε διεθνές επίπεδο, με κύριο σκοπό την πρόληψη. Τα προγράμματα αγωγής υγείας στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υγείας και παρέχουν ερεθίσματα που βοηθούν το άτομο να ανακαλύψει και να υιοθετήσει υγιεινότερες συνήθειες και τρόπους ζωής. Κάθε πρόγραμμα διαμορφώνεται με βάση τις υπάρχουσες συνήθειες και τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται και η εφαρμογή του βασίζεται σε αρχές και ευρήματα της εκπαιδευτικής ψυχολογίας. Στόχος του προγράμματος δεν είναι η απλή παροχή γνώσεων σε ένα κοινό που παραμένει παθητικό, αλλά η ευαισθητοποίηση, η αφύπνιση της συνείδησης και η παρακίνηση για ενεργό συμμετοχή. Η εργασία αυτή επεξεργάζεται τους ψυχοκοινωνικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη στη διαμόρφωση του υλικού και στον καθορισμό των μεθόδων εφαρμογής ενός προγράμματος αγωγής υγείας.

Αρκετές δεκαετίες έρευνας και αξιολόγησης έχουν οδηγήσει την αγωγή υγείας σε ένα επίπεδο σχετικής ωριμότητας ανάμεσα στις εφαρμοσμένες επιστήμες της υγείας. Όπως σημειώνει ο Green (1989), τα ερευνητικά ευρήματα, που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας στην αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς, είναι περισσότερα και ισχυρότερα από ό,τι για οποιονδήποτε άλλο τομέα της εκπαίδευσης ή της υγείας. Το σημαντικότερο, ίσως, μέρος του προγραμματισμού της αγωγής υγείας αφορά στη δημιουργία κατάλληλων μεθόδων παρέμβασης που ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο εφαρμόζονται. Κάθε άτομο ή ομάδα, σε κάθε ξεχωριστή περίπτωση, αποτελεί ιδιαίτερο στόχο, που απαιτεί διαφορετικούς συνδυασμούς υλικού και μεθόδων παρέμβασης. Η εφαρμογή της κατάλληλης θεωρίας μάθησης στην εκάστοτε διαμόρφωση των μεθόδων και του υλικού συμβάλλει στην επιτυχία της αγωγής υγείας περισσότερο από οποιονδήποτε εκ των προτέρων καθορισμό μεθόδων

που θεωρήθηκαν αποτελεσματικές σε άλλες περιστάσεις (Green, 1989). Στο έργο αυτό συμβάλλει η συνεργασία της εκπαιδευτικής ψυχολογίας με άλλες ειδικότητες, που ασχολούνται με τον προγραμματισμό της αγωγής υγείας.

Το Σεπτέμβριο του 1988, το Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί, με χρηματοδότηση της ΕΟΚ, ξεκίνησε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που αποσκοπεί στην ανάπτυξη και εξέταση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος αντικαπνιστικής αγωγής εφήβων, το οποίο ολοκληρώθηκε πρόσφατα. Στο άρθρο αυτό περιγράφονται οι ψυχοκοινωνικοί και εκπαιδευτικοί παράγοντες με βάση τους οποίους δημιουργήθηκε το υλικό και καθορίστηκαν οι μέθοδοι εφαρμογής του προγράμματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και η συγκεκριμένη μελέτη αφορά ειδικά στη συνήθεια του καπνίσματος των Ελλήνων εφήβων, οι ψυχοκοινωνικοί και εκπαιδευτικοί παράγοντες, που ερευνώνται, επηρεάζουν τη διαμόρφωση και διεξαγωγή προγραμμάτων σε όλους τους τομείς της αγωγής υγείας (Charlton,

1. Μέρος αυτής της εργασίας ανακοινώθηκε στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα, Ιούνιος 1990. Στο ερευνητικό πρόγραμμα συμμετέχουν επίσης οι συνεργάτριες του Ιδρύματος Ερευνών για το Παιδί, Θεοφανώ Μεγαλοκονόμου, ψυχολόγος, και Μάγδα Πεردίκη, κοινωνιολόγος.

1986, Gillies et al. 1987, και Ellis et al. 1988).

Βασικές προϋποθέσεις για την κατανόηση και αφομοίωση των νέων γνώσεων, που παρέχει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα, είναι, πρώτον, να ανταποκρίνεται στο υπάρχον γνωστικό επίπεδο της ομάδας στην οποία στοχεύει και, δεύτερον, να προτείνει τρόπους με τους οποίους οι νέες γνώσεις μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη (Glaser, 1984). Συνεπώς, το πρώτο βήμα για τη δημιουργία του υλικού της εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι η διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και της ιδιαίτερης συμπεριφοράς της ομάδας στην οποία απευθύνεται η αγωγή υγείας. Η διερεύνηση της κατάστασης, που επικρατεί πριν από την παρέμβαση, είναι βεβαίως απαραίτητη και από μεθοδολογικής πλευράς, έτσι ώστε να ελεγχθεί έπειτα η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Στην παρουσίαση αυτή αναφέρονται μόνο τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα που λήφθηκαν υπόψη για τη δημιουργία του εκπαιδευτικού υλικού και των μεθόδων παρέμβασης. Εκτενέστερη και βαθύτερη ανάλυση της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων της έρευνας παρουσιάζεται στη μελέτη των Ντάβου και συν. (1991).

#### *Χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία απευθύνθηκε η αγωγή υγείας*

Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε αντιπροσωπευτικό<sup>2</sup> δείγμα 1.500 μαθητών, ηλικίας 12 και 13 ετών, που φοιτούσαν σε 12 Γυμνάσια της ευρύτερης περιοχής Αττικής. Η διερεύνηση της συμπεριφοράς, των γνώσεων και της στάσης των μαθητών αυτών πριν από την παρέμβαση έδειξε ότι 18.6% των μαθητών είχαν εξοικειωθεί με το κάπνισμα και από αυτούς, 58.2% είχαν καπνίσει το πρώτο τσιγάρο σε ηλικία μικρότερη των 11 ετών. Η τόσο νεαρή ηλικία του πειραματισμού με το κάπνισμα έχει παρατηρηθεί και σε έρευνες σε άλλες χώρες της Ευρώπης (όπως π.χ. Charlton, 1986, και Ellis et al., 1988).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη διαμόρφωση της παρέμβασης, παρουσίασε ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά εξοικονόμησαν το πρώτο τους τσιγάρο, όπως προέκυψε από τις απαντήσεις τους. Μόνον 10% των μαθητών δοκίμασαν το πρώτο τσιγάρο από περιέργεια και δική τους πρωτοβουλία. Για το υπόλοιπο 90% τα ερεθίσματα για πειραματισμό με το κάπνισμα, καθώς και η πρώτη απόπειρα καπνίσματος, σχετίζονταν άμεσα με τις συναναστροφές τους με άτομα του στενού τους περιβάλλοντος (φίλους, γονείς ή συγγενείς) που κάπνιζαν. Στον πειραματισμό με το κάπνισμα ενός μεγάλου ποσοστού των μαθητών (53.3%) είχαν συμβάλει άμεσα ή έμμεσα οι ίδιοι οι γονείς: είτε το είχαν προσφέρει οι γονείς (27.2%), είτε είχε αφαιρεθεί κρυφά από το πακέτο τους (26.1%). Όταν τα παιδιά του δείγματος κατανεμήθηκαν σύμφωνα με το γενικότερο καπνιστικό περιβάλλον της οικογένειάς τους, τα στοιχεία έδειξαν ότι 60% των μαθητών του δείγματος μεγάλωσαν σε καπνιστικό περιβάλλον οικογένειας, δηλαδή, εκτίθενταν καθημερινά σε πρότυπα καπνιστών μέσα στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον.

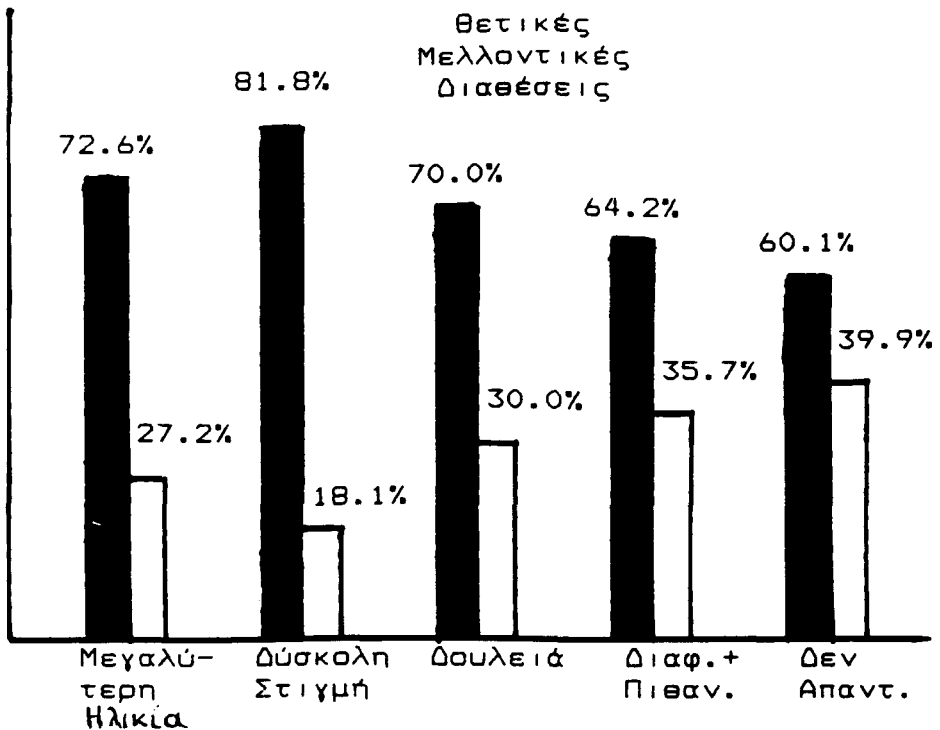
Από τους μαθητές του δείγματος, 61.2% είχαν υψηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, ενώ 31.9% των μαθητών είχε μέτριο επίπεδο γνώσεων και το 6.8% χαμηλό. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στο επίπεδο γνώσεων ανάλογα με το καπνιστικό περιβάλλον της οικογένειας του μαθητή. Βρέθηκε δηλαδή ότι σε καπνιστικό περιβάλλον οικογένειας μεγαλώνουν αναλογικά περισσότεροι μαθητές με χαμηλό επίπεδο γνώσεων. Παρόμοιες κατευθύνσεις παρατηρήθηκαν και στη στάση των παιδιών απέναντι στο κάπνισμα. Σαφώς αρνητική στάση τηρήθηκε από 27.3% των μαθητών του δείγματος, ενώ οι υπόλοιποι είχαν στάση αμφιθυμική ή ουδέτερη. Σε καπνιστικό περιβάλλον οικογένειας μεγαλώνουν αναλογικά λιγότερα παιδιά που υιοθετούν σαφώς αρνητική στάση απέναντι στο κάπνισμα.

2. Αναλυτικά στοιχεία σχετικά με την επιλογή του δείγματος αναφέρονται στις Ντάβου και συν. (1991).

Το ποσοστό των παιδιών που δήλωσαν ότι θα ήθελαν κάποια στιγμή στο μέλλον να γίνουν καπνιστές ήταν αρκετά υψηλό (38.6%), ιδιαίτερα εάν ληφθεί υπόψη ότι βασίζεται στις εκτιμήσεις παιδιών που ακόμα δεν έχουν εκτεθεί πλήρως στις κοινωνικές επιρροές υπέρ του καπνίσματος, είναι δηλαδή σε ηλικία προεφηβική και ενδεχομένως δεν έχουν ακόμη ταυτιστεί εντελώς με τα πρότυπα που δημιουργούν οι διαφημίσεις, οι σημαντικοί ενήλικοι ή η ομάδα ομηλικών (που ασκεί όλο και μεγαλύτερη επιρροή καθώς το παιδί διέρχεται από την προεφηβική στην εφηβική ηλικία). Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1, από τα παιδιά που θα ήθελαν στο μέλλον να γίνουν καπνιστές, αναλογικά περισσότερα μεγαλώνουν σε καπνιστικό περιβάλλον οικογένειας, με στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αναλογίες.

Οι μελλοντικές περιστάσεις στις οποίες τα παιδιά εξέφρασαν τη διάθεση να καπνίσουν, παρείχαν πληροφορίες σχετικές με τα πρότυπα που ευνοούν τη συνήθεια του καπνίσματος. Τα παιδιά δήλωσαν ότι θα ήθελαν να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε κάποια μεγαλύτερη ηλικία (π.χ. «όταν τελειώσω το σχολείο», «όταν παντρευτώ»), όταν αρχίσουν να δουλεύουν ή σε κάποια δύσκολη στιγμή (π.χ. «αν πεθάνει η μητέρα μου», «αν αποτύχω στις εξετάσεις»). Φαίνεται, λοιπόν, ότι τα πρότυπα που ευνοούν τη διάθεση των παιδιών να καπνίσουν στο μέλλον, ίσως ακόμη και εκείνων που προς το παρόν κρατούν στάση αμφιθυμική, είναι ότι «το τσιγάρο χρειάζεται (ως διέξοδος;) για τους μεγάλους, που δουλεύουν και αντιμετωπίζουν τόσα προβλήματα στη ζωή». Για να είναι επομένως αποτελεσματική, η αγωγή υγείας χρειάζεται

Διάγραμμα 1. Διάθεση για κάπνισμα στο μέλλον, παιδιών που μεγαλώνουν σε καπνιστικό (σκιαγραφημένες στήλες) και παιδιών που μεγαλώνουν σε μη καπνιστικό (λευκές στήλες) περιβάλλον οικογένειας.



να περιλαμβάνει μεθόδους αντίστασης στα πρότυπα που ευνοούν και δικαιώνουν την επιβλαβή συνήθεια.

Η έρευνά μας έδειξε ότι οι επιδράσεις υπέρ του καπνίσματος που δέχονται τα παιδιά αυτής της ηλικίας προέρχονται κυρίως από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον και όχι από την ομάδα ομηλικών. Τα στοιχεία αυτά δημιουργούν αμφιβολίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε προγράμματος αγωγής υγείας το οποίο απευθύνεται μόνο στους εφήβους, παραμελώντας την ενημέρωση των ενηλίκων που σχετίζονται μ' αυτούς. Η αναγκαιότητα της παράλληλης ευαισθητοποίησης των γονέων και άλλων σημαντικών ενηλίκων αξιοποιήθηκε στο εκπαιδευτικό υλικό του ερευνητικού μας προγράμματος, με τη δημιουργία ειδικού πακέτου πληροφοριών για τους γονείς των παιδιών του δείγματος.

Διαφορές με στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στους μαθητές που καπνίζουν και σ' εκείνους που δεν καπνίζουν εμφανίστηκαν επίσης σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως η αυτοεικόνα και οι σχέσεις με το στενό περιβάλλον (δηλαδή γονείς, αδέρφια, καθηγητές). Η ταύτιση με το πρότυπο του καπνιστή φαίνεται ότι βελτιώνει την αυτοεικόνα —και αυτοεκτίμηση— του εφήβου που καπνίζει, καθώς το κάπνισμα τον βοηθά να αισθάνεται μεγαλύτερος. Η τάση των καπνιστών μαθητών να πειραματίζονται γενικότερα με συνήθειες των «μεγάλων», όπως, π.χ., η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, έχει παρατηρηθεί και από τον Reid (1985). Οι καπνιστές μαθητές είχαν επίσης δυσκολίες στις σχέσεις με το στενό τους περιβάλλον, στο οποίο ενδεχομένως αντιδρούν καπνίζοντας (Nelson et al., 1985). Τα ευρήματα από ξένες έρευνες βρίσκονται σε αρμονία με τα στοιχεία της έρευνάς μας, όσον αφορά τα κίνητρα που ωθούν τον έφηβο να καπνίσει, όπως, λ.χ., η ανάγκη αναγνώρισης και ο φόβος απόρριψης, η βελτίωση της εικόνας του εαυτού ή οι δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις σε συνδυασμό με την απουσία τρόπων ελέγχου του περιβάλλοντος (ο Τούντας,

1985, και οι Κοκκέβη και Στεφανής, 1988, παρέχουν εμπειριστατωμένες ανασκοπήσεις των ευρημάτων ξένων ερευνών). Μέρος του υλικού της παρέμβασης αφορούσε στη διερεύνηση και την επεξεργασία αυτών των κινήτρων από τους ίδιους τους μαθητές.

Τα αποτελέσματα της αρχικής διερεύνησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της ομάδας στην οποία θα απευθυνόταν η παρέμβαση, συνέβαλαν επίσης στον εντοπισμό στοιχείων που χαρακτηρίζουν τους εφήβους που παρουσιάζουν υψηλή πιθανότητα να εξελιχθούν σε καπνιστές, οι οποίοι: (1) δείχνουν να επηρεάζονται σημαντικά από καπνιστικά πρότυπα, (2) τείνουν να πειραματίζονται με συνήθειες των «μεγάλων», (3) μεγαλώνουν σε καπνιστικό περιβάλλον οικογένειας και (4) τείνουν να έχουν χαμηλή αυτοεικόνα και δυσκολία στις σχέσεις με το στενό τους περιβάλλον. Αν και το εκπαιδευτικό υλικό απευθυνόταν στο συνολικό δείγμα των μαθητών, η γνώση των χαρακτηριστικών μιας ομάδας «υψηλού κινδύνου» συνέβαλε στον εντοπισμό των κύριων ζητημάτων στα οποία έπρεπε να επικεντρωθεί η παρέμβαση.

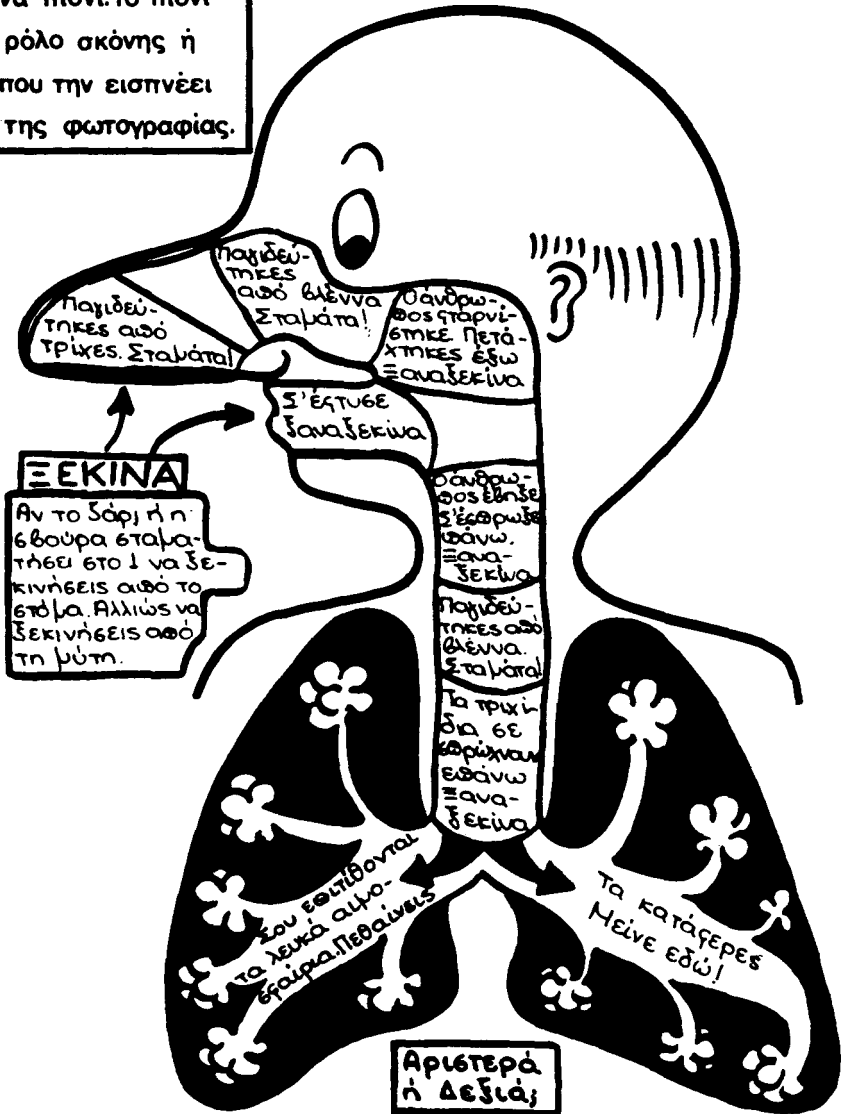
#### *Δείγμα υλικού για την αγωγή υγείας*

Η ανάλυση και επεξεργασία των στοιχείων που αντανακλούν τις ιδιαίτερες ανάγκες του δείγματός μας, οδήγησαν στη δημιουργία ενός πρωτοποριακού εκπαιδευτικού υλικού το οποίο αξιοποιήθηκε με μεθόδους διαφορετικές από τις παραδοσιακές διδακτικές διαδικασίες. Το υλικό διαμορφώθηκε με γνώμονα τα επιδημιολογικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και με βάση την εμπειρία από ξένα ερευνητικά προγράμματα. Παραθέτουμε δείγμα του εκπαιδευτικού υλικού, το οποίο αποσκοπεί στην εκπλήρωση τεσσάρων στόχων.

(1) Την παροχή γνώσεων με τη μορφή γεγονότων και πληροφοριών τις οποίες ανακαλύπτουν και επεξεργάζονται τα ίδια τα παιδιά. Το ταξίδι της σκονίτσας που παρουσιάζεται στην Εικόνα 1 είναι ένα επι-

# ΠΑΙΧΝΙΔΙ: Το ταξίδι της Σκονίτσας

Κάθε ομάδα χρειάζεται ένα ζάρι ή μια σβούρα με τους αριθμούς 1-3. Κάθε παίκτης χρειάζεται ένα πiónι. Το πiónι θα παίζει το ρόλο σκόνης ή ακαθαρσίας που την εισπνέει ο άνθρωπος της φωτογραφίας.



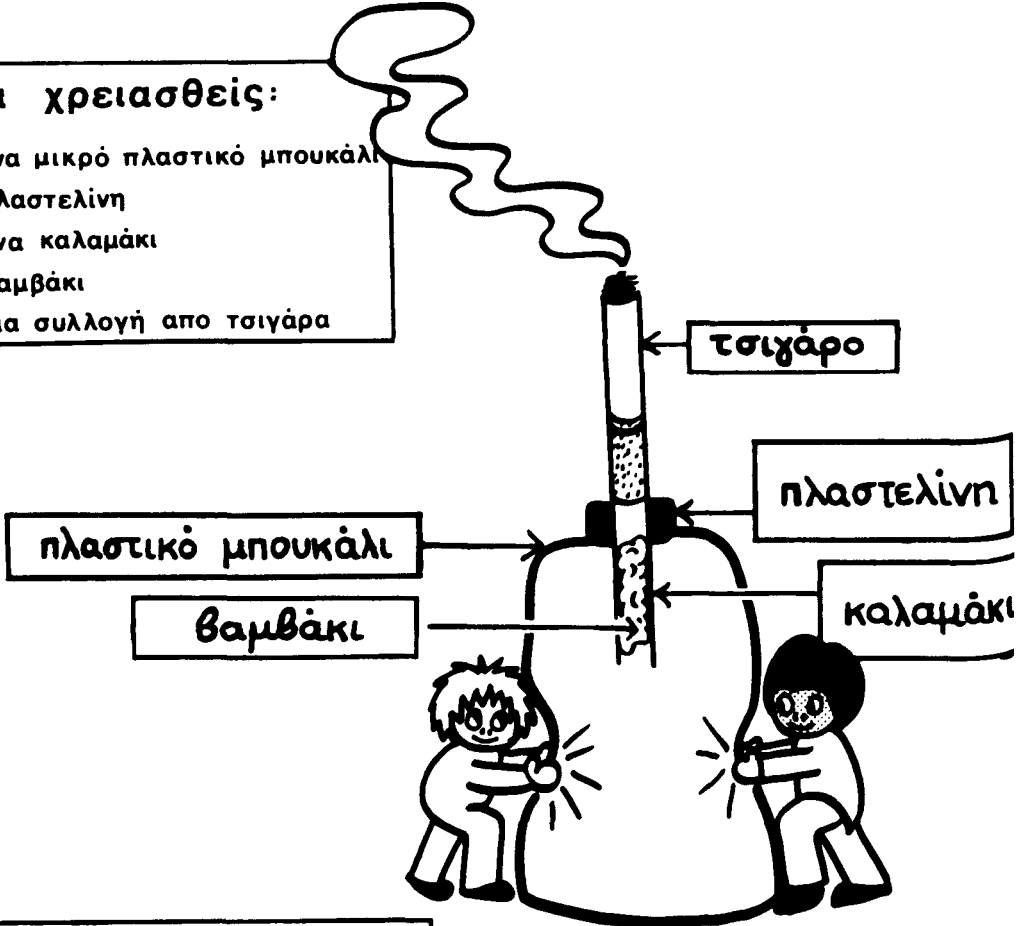
Χρειάζονται ακόμη, δύο κάρτες. Η μια θα γράφει «ΑΡΙΣΤΕΡΑ» και η άλλη «ΔΕΞΙΑ». Τοποθέτησέ τες εδώ, ανάποδα. Όταν φτάσεις στο τέλος της τραχείας, πρέπει να διαλέξεις μια κάρτα. Σύμφωνα μ' αυτή, θα πας αριστερά ή δεξιά. Δηλ. θα πεθάνεις από τα λευκά αιμοσφαίρια ή θα μείνεις για πάντα στους πνεύμονες!

# Μηχανή καπνίσματος

• Φτιάξε μια μηχανή καπνίσματος σαν αυτής της εικόνας.

## Θα χρειασθείς:

1. ένα μικρό πλαστικό μπουκάλι
2. πλαστελίνη
3. ένα καλαμάκι
4. βαμβάκι
5. μια συλλογή απο τσιγάρα



• Δοκίμασε διαφορετικές μάρκες και είδη τσιγάρων. Παρατήρησε τη διαφορά που υπάρχει στο χρώμα του βαμβακιού. Μετά απο κάθε τσιγάρο, βγάλε το βαμβάκι και εξέτασέ το. Φτιάξε ένα χρωματιστό διάγραμμα ή γράψε μια έκθεση των αποτελεσμάτων σου για τους υπόλοιπους της τάξης.



# Προβλήματα και αποφάσεις (Α)



Να έπαιρνα ένα;

**ΟΧΙ**



**ΝΑΙ**

Τι θα πουν οι φίλοι σου;  
Τι θα έλεγες εσύ;  
Θα σου ήταν δύσκολο να πεις όχι;  
Γιατί θα έλεγες όχι;  
Γιατί αυτοί το κάνουν;

Πώς σε κάνει να αισθάνεσαι  
το να παίρνεις ένα;  
Θα πείραζε τόσο πολύ το  
ένα;  
Τι θα σ'έκανε να πεις ναι;  
Ποιός θα το μάθει;  
Αλήθεια, πειράζει;



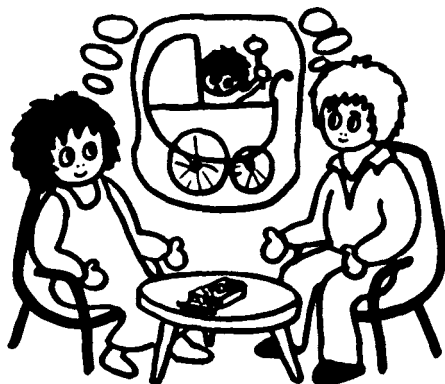
# ΩΣΤΕ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΣ ΝΑ ΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Κείμενο του  
FRANK LEDWITH

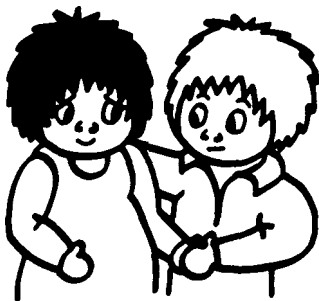


# Προβλήματα και αποφάσεις (B)



Δεν θα έπρεπε να σταματήσει το κάπνισμα  
τώρα, που πρόκειται να αποκτήσουμε μωρό;

**ΟΧΙ**



**ΝΑΙ**

Γιατί;

Έχει το μωρό δικαιώματα  
στην υπόθεση;  
Θα ήταν λύση στο πρόβλημα  
απλώς το σταμάτημα;  
Αν αυτή συνεχίσει να καπνίζει  
θα έχει αυτό καμμία επίπτωση  
στα παιδιά ενώ θα μεγαλώνουν;

Γιατί το πιστεύεις;

Υπάρχουν ενισχυτικά  
επιχειρήματα για την  
απόφασή σου;  
Πιστεύεις ότι είναι  
δύσκολο να το σταματήσεις;  
Τι πλεονεκτήματα υπάρχουν  
όταν το κόβεις;  
Θα έπρεπε και οι δύο, ο  
πατέρας κι η μητέρα  
να σταματήσουν;

τραπέζιο παιχνίδι, που παίζεται σε ομάδες μέσα στην τάξη. Βοηθά στην κατανόηση των μέσων που χρησιμοποιεί ο ανθρώπινος οργανισμός προσπαθώντας να αποβάλει επιβλαβείς ουσίες.

Κατασκευάζοντας και θέτοντας σε λειτουργία τη «μηχανή του καπνίσματος» (Εικόνα 2), οι μαθητές έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν άμεση εμπειρία της επίπτωσης της νικοτίνης στους πνεύμονες.

(2) Τη δυνατότητα επιλογής και την ανάπτυξη της υπευθυνότητας των παιδιών μέσα από τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της μάθησης. Το υλικό παρέχει ερεθίσματα για την επεξεργασία όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τις επιλογές των παιδιών (γονείς, φίλοι, μέσα μαζικής ενημέρωσης) και για την ανάλυση των άμεσων και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων των επιλογών τους. Παράδειγμα τέτοιου ερεθίσματος για συζήτηση παρουσιάζεται στην Εικόνα 3, η οποία επεξεργάζεται το δίλημμα στο οποίο βρίσκεται ένα παιδί όταν οι φίλοι του το παροτρύνουν να καπνίσει.

(3) Την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης των παιδιών μέσα από την ευκαιρία που τους δίνεται να ανακαλύψουν και να επιλέξουν μόνα τους τρόπους αντίστασης στο κάπνισμα, αλλά και να βοηθήσουν τους δικούς τους ανθρώπους να σταματήσουν να καπνίζουν. Η Εικόνα 4 δείχνει το εξώφυλλο ενός μικρού ενημερωτικού φυλλαδίου που δόθηκε στα παιδιά για να το μελετήσουν μαζί με τους γονείς τους. Στόχος του είναι να παρακινήσει τα ίδια τα παιδιά να επηρεάσουν με ενεργητικό τρόπο τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος.

(4) Την καλλιέργεια στάσεων και αξιών. Το πρόγραμμα επιτρέπει στα παιδιά να σκεφτούν και να ξεκαθαρίσουν αυτά που ήδη πιστεύουν για το κάπνισμα, να εξερευνήσουν τους λόγους για τους οποίους τα πιστεύουν και να εξετάσουν τις απόψεις και τις αξίες των άλλων. Αυτό επιτυγχάνεται επίσης με καρτέλες που δημιουργούν ερεθίσματα για συζήτηση. Παράδειγμα παρουσιάζεται στην Εικόνα 5, η οποία επεξεργάζεται τους λόγους διακοπής του

καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.

### *Μέθοδοι της αγωγής υγείας*

Η εκτίμηση των ιδιαίτερων αναγκών της ομάδας μας, φανέρωσε την πολυπλοκότητα των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την αγωγή υγείας και την αναγκαιότητα να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες αυτοί, στον καθορισμό των μεθόδων εφαρμογής του προγράμματος. Με δεδομένα τη μικρή σχετικά ηλικία κατά την οποία τα παιδιά πειραματίζονται με το κάπνισμα (πάνω από μισοί, εξοικειωμένοι με τη συνήθεια, μαθητές είχαν δοκιμάσει πριν από την ηλικία των 11 ετών), τη σημαντική επιρροή των ενηλίκων και τη σχέση της συνήθειας του καπνίσματος με παράγοντες ψυχολογικούς, τα κριτήρια στα οποία θα πρέπει να ανταποκρίνεται η εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα εξής: (1) να απευθύνεται σε παιδιά μικρής ηλικίας, (2) να συνδυάζει την ταυτόχρονη ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, (3) να περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικά εκπαιδευτικά μοντέλα και, (4) να παρακινεί την ενεργό συμμετοχή. Τα κριτήρια αυτά υποστηρίζονται και από ευρήματα ξένων ερευνών και αναλύονται παρακάτω.

1. *Να απευθύνεται σε παιδιά μικρής ηλικίας* των οποίων οι καπνιστικές στάσεις και συνήθειες δεν έχουν ακόμα διαμορφωθεί, έτσι ώστε το πρόγραμμα να δρα προληπτικά, με την καλλιέργεια στάσεων που οδηγούν στην αποφυγή του αρχικού πειραματισμού. Η σημασία της έγκαιρης παρέμβασης υπογραμμίζεται ιδιαίτερα από τα ευρήματα μιας πρόσφατης εκτενούς έρευνας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σε 10 ευρωπαϊκές χώρες και σε δείγμα 38.000 παιδιών ηλικίας 11-15 ετών (World Health, 1988), που έδειξε ότι οι περισσότεροι έφηβοι που καπνίζουν, δοκίμασαν το πρώτο τους τσιγάρο πριν από την ηλικία των 13 ετών, ενώ ο αριθμός των εφήβων καπνιστών αυξάνεται ραγδαία ανάμεσα στα 11 με 13 χρόνια. Στην ηλικία των 15 ετών,

60% του δείγματος είχαν δοκιμάσει να καπνίσουν, ενώ η εκτίμηση των ερευνητών ήταν ότι το ένα τρίτο περίπου των εφήβων θα έχουν γίνει συστηματικοί καπνιστές πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Παρόμοια είναι και τα στοιχεία από επιμέρους έρευνες σε διάφορες χώρες (Calman et al., 1985, Charlton, 1986, Dielman et al., 1985, Gillies et al., 1987, Ellis et al., 1988, Figa-Talamanca and Modolo, 1989, Kannas, 1988, Ledwith and Osman, 1985, Leppo and Verto, 1986, Reid, 1985 και Van Parijs and Eckhardt, 1984), που υποστηρίζουν ότι όσο μικρότερη είναι η ηλικία στην οποία το άτομο πρωτοδοκιμάζει το κάπνισμα τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να εξελιχθεί σε συστηματικό καπνιστή. Για αυτούς τους λόγους, σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, όπως στη Γαλλία (Danzon, 1989), στο Βέλγιο (Maes and de Riek, 1989) και στην Ολλανδία (van Weerden, 1989) ειδικά προγράμματα αγωγής υγείας, που περιλαμβάνουν και την αντικαπνιστική αγωγή, ξεκινούν από τις πρώτες τάξεις του Δημοτικού σχολείου, ακριβώς για να έχουν χαρακτήρα προληπτικό και εφαρμόζονται σε μαθητές ηλικίας πέντε ετών και πάνω (Maes and de Riek, 1989). Τα δικά μας ευρήματα που έδειξαν ότι 18.6% των μαθητών της Α΄ Γυμνασίου είχαν ήδη εξοικειωθεί με το κάπνισμα, επιβεβαιώνουν τη σημασία της αγωγής υγείας στο Δημοτικό σχολείο.

2. *Na συνδυάζει την ταυτόχρονη εναισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.* Η ενδεχομένως ακούσια συμβολή των ενηλίκων στη δημιουργία προτύπων και στον αρχικό πειραματισμό των εφήβων με το κάπνισμα, όπως παρατηρήθηκε στην έρευνά μας, κάνει απαραίτητη την εφαρμογή προγραμμάτων που απευθύνονται σ' ολόκληρο τον πληθυσμό και παρέχουν ερεθίσματα και υποστήριξη δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στη διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. Τέτοια προγράμματα έχουν τη δυνατότητα να επιφέρουν άμεσα οφέλη στην υγεία του πληθυσμού και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων

που έχουν κυρίως μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Catford et al., 1985, van Parijs, 1984, και Whitehead, 1989).

Ένα από τα κυριότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις έρευνες όλων των χωρών που συμμετείχαν στην πρώτη ευρωπαϊκή σύσκεψη για την αποτελεσματικότητα της αγωγής υγείας (Proceedings, 1989) ήταν ότι η αγωγή υγείας είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική όταν γίνεται συνδυασμένα και μεθοδεύεται ταυτόχρονα μέσα από πολλαπλά κανάλια επικοινωνίας, όπως, λ.χ., τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα σχολεία, τα νοσοκομεία, οι χώροι εργασίας κ.λπ., με σκοπό να επιφέρει θετική αλλαγή στη γενικότερη στάση και τις πολιτισμικές αξίες των κατοίκων μιας χώρας, απέναντι στο θέμα της υγείας.

3. *Na περιλαμβάνει ψυχοκοινωνικά εκπαιδευτικά μοντέλα.* Η συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων στην απόκτηση και διατήρηση μιας επιβλαβούς συνήθειας, σε συνδυασμό με την περιορισμένη επιτυχία των εκπαιδευτικών μοντέλων που βασιζόταν στην παθητική πρόσληψη πληροφοριών από το μαθητή, οδήγησαν στην επεξεργασία και εφαρμογή εκπαιδευτικών μεθόδων που βασίζονται σε ψυχοκοινωνικά μοντέλα (Hicks et al., 1988). Οι μέθοδοι αυτές επικεντρώνονται στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με τον εκάστοτε στόχο της αγωγής υγείας, όπως αυτοί προκύπτουν από τη διερεύνηση των ιδιαίτερων αναγκών της ομάδας στην οποία θα εφαρμοστεί η παρέμβαση. Ο βασικός τους σκοπός είναι να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση και τον αυτοέλεγχο των μαθητών και να τους εξοπλίσουν με δεξιότητες που συμβάλλουν στη δημιουργία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων και στην αντίσταση των κοινωνικών πιέσεων. Έτσι, τα προγράμματα αγωγής υγείας περιέχουν ομαδικές ασκήσεις με τη μορφή παιχνιδιών, όπως αυτές που παρουσιάστηκαν προηγουμένως, οι οποίες βοηθούν τα παιδιά να ανακαλύψουν τρόπους με τους οποίους να λένε, π.χ., «όχι» στην προσφορά τσιγάρου. Αρκετοί ερευνητές, όπως ο Kannas (1988), υποστηρίζουν ότι

τα σημαντικότερα αποτελέσματα στην αγωγή υγείας προέρχονται από το συνδυασμό παραδοσιακών διδακτικών και ψυχοκοινωνικών εκπαιδευτικών μοντέλων παρέμβασης.

4. *Να παρακινεί την ενεργό συμμετοχή.* Η διατήρηση της καλής υγείας είναι υπόθεση του ίδιου του ατόμου. Δεν επιβάλλεται από «τα έξω» και μπορεί καλύτερα να επιτευχθεί όταν το ίδιο το άτομο ανακαλύψει τρόπους και συμβάλει ενεργά στην πραγματοποίηση των επιλογών του. Εξάλλου, η σημαντική συμβολή της ενεργού συμμετοχής του μαθητή στη διαδικασία της μάθησης είναι γεγονός που έχει επανειλημμένως επιβεβαιωθεί (π.χ. Malone, 1981). Ειδικότερα σε σχέση με την αγωγή υγείας σε παιδιά και εφήβους, η ενεργός συμμετοχή στην οργάνωση και την εφαρμογή εκπαιδευτικών παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί σημαντικά πιο αποτελεσματική από την απλή πληροφόρηση και διαφώτιση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος (Kannas, 1988).

Μέρος του προγράμματός μας βασίστηκε σε στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, που συνέλεξαν οι ίδιοι οι μαθητές από πηγές που τους υποδειχθηκαν. Τα στοιχεία αυτά παρουσιάστηκαν στους συμμαθητές τους και ακολούθησαν ομαδικές συζητήσεις με τη συμμετοχή και του δασκάλου, όπου ξετάστηκαν οι αιτίες που οδηγούν στο κάπνισμα και οι πιέσεις για πειραματισμό που δημιουργούνται από τη διαφήμιση ή από διάφορες κοινωνικές ομάδες. Από τις συζητήσεις αυτές, οι τρόποι δράσης και αντίστασης προκύπτουν και μεθοδεύονται από τα ίδια τα παιδιά.

Αντί επιλόγου, παραθέτουμε τα λόγια του Jensen (1989), που τονίζει ότι:

*«Η επιτυχία της αγωγής υγείας δεν μπο-*

*ρεί να μετρηθεί αποκλειστικά με βάση τις αλλαγές στη συμπεριφορά των μαθητών απέναντι σε θέματα υγείας όπως η διατροφή, η σωματική άσκηση ή το κάπνισμα. Ούτε μπορεί να μετρηθεί με βάση τις γνώσεις των μαθητών για τους βιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία. Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του σχολείου είναι να βοηθήσει τους μαθητές να αναπτύξουν την ικανότητα να παίρνουν θέση και να πράττουν ανάλογα σ' ολόκληρο τον τομέα της υγείας καθώς και σε άλλους τομείς. Αυτό σημαίνει ότι η επιτυχία της διδασκαλίας πρέπει να εκτιμηθεί με βάση τις δυνατότητες, τα κίνητρα και τις ευκαιρίες που παρέχει στους μαθητές να επηρεάσουν οι ίδιοι τη ζωή τους και την κοινωνία στην οποία μεγαλώνουν. Η αυξανόμενη τάση του να νιώθει κανείς ανίσχυρος, σήμερα, είναι ίσως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας του μέλλοντος. Εάν δεν καταφέρουμε στα σχολεία να εξαλείψουμε αυτό το συναίσθημα του "ανίσχυρου", αντιμετωπίζουμε τη μεγαλύτερη απειλή της δημοκρατίας».*

Μεγάλο μέρος από τις πληροφορίες που δίνονται στους μαθητές σχετικά με την πρόληψη και τη φροντίδα της υγείας τους, με ειδικές διαλέξεις που οργανώνονται από διάφορους φορείς στα σχολεία, κυρίως της πρωτεύουσας, κινδυνεύουν να ξεχαστούν αμέσως μόλις χτυπήσει το κουδούνι για το διάλειμμα. Η αφύπνιση της συνείδησης σε θέματα υγείας —όπως εξάλλου και σε όλα τα ατομικά ή συνολικά ζητήματα— μπορεί μόνο να επιτευχθεί με δραστηριότητες που βοηθούν το άτομο να αποκτήσει συνείδηση των αναγκών του, να συμμετάσχει ενεργά και να ανακαλύψει μέσα του τους τρόπους δράσης και αντίστασης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Calman A.L.H., Carmichael S., Deans H.G. and Calman K.C. Development of a primary school health education programme with special emphasis on the prevention of cigarette smoking.

*Health Education Journal*, 1985, 44, 2, 65.

Catford J., Woolaway M., Batten L. and Nutbeam D. Quitting for life — the role of health

- authorities in smoking cessation. *Health Education Journal*, 1985, 44, 1, 31.
- Charlton A. Evaluation of a family-linked smoking programme in primary schools, *Health Education Journal*, 1986, 45, 3, 140.
- Danzon M. Effectiveness and Shortcomings of School Health Education, *Proceedings of the First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam p. 43.
- Dielman T.E., Lorenger A.T., Leech S.L., Lyons A.L., Klos D.M. and Horvath W.J. Fifteen month follow-up results of an elementary school based smoking prevention project. *Hygie*, 1985, 4, 28.
- Ellis M., Link S., Evans A., Kaczmarczuk M. and Haddock G. Substance abuse among schoolchildren in ponter fact. *Health Education Journal*, 1980, 47, 1, 17.
- Figa-Talamanca I. and Modolo M.A. Evaluation of an antismoking educational programme among adolescents in Italy. *Hygie*, 1989, 8, 3, 24.
- Gillies P., Elwood J.M., Pearson J.C.G. and Cust G. An adolescent smoking survey in Trent and its contribution to health promotion. *Health Education Journal*, 1987, 46, 1, 19.
- Glaser R. Education and thinking: the role of knowledge. *American Psychologist*, 1984, 39, 93.
- Green L.W. The Effectiveness of Health Education. *Proceedings of the First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam, 43.
- Hicks C., Spurgeon P. and Stubbington J. The importance of psycho-social variables in changing attitudes and behaviour. *Health Education Journal*, 1988, 47, 1, 15.
- Jensen B.B. Children's concepts of health: implications for health education. *Proceedings of the First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam, 80.
- Kannas L. Role and development of smoking prevention programmes in school. *Hygie*, 1988, 7, 1, 18.
- Κοκκέβη Α. και Στεφανής Κ. Το κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του. *Ιατρική*, 1988, 54 (Παράρτημα), 65.
- Ledwith F. and Osman L. The evaluation of a secondary school smoking education intervention. *Health Education Journal*, 1985, 44, 3, 131.
- Leppo K. and Verto H. Smoking in Finland: a case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion*, 1986, 1, 1, 5.
- Maes L. and de Riek A. Impact evaluation study of the «Health is yours» programme (5-12 years old). *Proceedings of First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam, 104.
- Malone, T.W. Toward a theory of intrinsically motivating instruction. *Cognitive Science*, 1981, 4, 333-369.
- Nelson S.C., Budd R.J., Eiser J.R., Morgan M., Cammage P. and Gray E. The Avon prevalence study: a survey of cigarette smoking in secondary school children. *Health Education Journal*, 1985, 44, 1, 12.
- Proceedings of the First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam. CARE Communication Projects.
- Reid R. Prevention of smoking among school children: recommendations for policy development. *Health Education Journal*, 1985, 44, 1, 3.
- Τούντας Γ.Κ. Η πρόληψη του καπνίσματος στα παιδιά και στους νέους. *Materia Medica Greca*, 1985, 13, 387.
- van Parijs, L.G. and Eckhardt S. Public education in primary and secondary cancer prevention. *Hygie*, 1984, 3, 16.
- van Weerden, J.J. Summative evaluation of a Dutch curriculum for school health education. *Proceedings of the First European Conference on Effectiveness of Health Education*, 1989, Rotterdam, 30.
- Whitehead M. *Swimming upstream: trends and prospects in education for health*. London, King's Fund Institute, 1989.

**Υπό δημοσίευση**

Ντάβου Μπ., Περδίκη Μ. και Μεγαλοκονόμου Θ. Συνήθειες, γνώσεις και στάση εφήβων απέναντι στο κάπνισμα: ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. *Ιατρική*, Ιούνιος 1991.