

Η προσέγγιση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο μέσω τεσσάρων θεωριών αλλαγής συμπεριφοράς

Σπυρίδων Κάμτσιος,
MSc, Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής

1. Εισαγωγή

Η εκπαίδευση δεν αποτελεί σταθερό, αυτόνομο σύστημα, αντίθετα, η εξελισσόμενη και μεταβαλλόμενη κοινωνία συνεπάγεται και μια αντίστοιχα εξελισσόμενη εκπαίδευση, ενώ απαιτείται μια συνεχής προσαρμογή στη δυναμική των καιρών και στην αναπτυξιακή πορεία της κάθε χώρας (Αλαχιώτης, 2002). Συνεπάγεται ότι αυτές οι εξελίξεις επιβάλλουν αναπροσαρμογές τόσο στα περιεχόμενα διδασκαλίας όσο και στους τρόπους μάθησης (Ξωχέλλης, 2001). Επιπλέον, η σπουδαιότητα των θεμάτων που αντιμετωπίζει η ανθρωπότητα επιτάσσει μια διαρκή διαδικασία μάθησης και ωρίμανσης του ατόμου (Κωνσταντόπουλος, 2002). Τα σχολεία έχουν χρέος να εκπαιδεύσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν αυτά τα θέματα και τα προγράμματα Αγωγής Υγείας είναι ο καρπός συνειδητοποίησης προβλημάτων της εποχής μας σε σχέση με την υγεία (Βουδρισλής και Αυγερινού, 2004).

Τα άτομα στην πορεία του χρόνου διαμορφώνουν στάσεις ή προδιαθέσεις για διάφορα ζητήματα και αυτές οι στάσεις στη συνέχεια καθοδηγούν τις συμπεριφορές τους. Είναι γνωστό ότι οι στάσεις και οι συμπεριφορές των παιδιών είναι πιο εύπλαστες και ευμετάβλητες από ό,τι αυτές των ενηλίκων. Αυτό, βέβαια, ισχύει και για τις στάσεις και τις συμπεριφορές σε θέματα υγείας. Επίσης, οι ερευνητές συμφωνούν ότι πολλές συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν ουσιαστική επίδραση στην υγεία για όλη τη ζωή διαμορφώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε διαδικασία προαγωγής θετικών στάσεων σε θέματα υγείας και απόκτησης υγιεινών συνηθειών και αποφυγής ανθυγιεινών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις σχολικές ηλικίες. Όσο πιο συστηματική είναι η προσπάθεια να υιοθετήσουν οι μαθητές υγιεινές συνήθειες, τόσο πιο μακροχρόνια είναι τα αποτελέσματα (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006).

Είναι γνωστό ότι η προσχολική και η σχολική ηλικία είναι μια κρίσιμη περίοδος τόσο για τη σωματική και τη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού όσο

και για την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών στον τρόπο ζωής (Τζόλια, Πολλάτου και Ζαχοπούλου, 2006). Η ανάγκη θεμελίωσης των υγιεινών συνηθειών από την προσχολική ηλικία ενισχύεται από το γεγονός ότι οι υγιεινές συνήθειες όσο μεγαλώνουν τα παιδιά μειώνονται (Canadian Pediatric Society, 2002). Ο όρος «υγιεινές συνήθειες» στοχεύει στην ευρύτερη υγεία του ατόμου και περιλαμβάνει την υγιεινή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα, την καλή φυσική και ψυχολογική υγεία (Group Health Associates, 2002). Επίσης, η αντίληψη του όρου «υγεία» δεν είναι ούτε ενιαία σε παγκόσμιο επίπεδο ούτε εύκολη (Αθανασίου, 2000). Για παράδειγμα, υπάρχουν έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε παιδιά γυμνασίου σε χώρες της Ευρώπης και σε χώρες της Άπω Ανατολής οι οποίες έδειξαν ότι στις δυτικές κοινωνίες ο όρος υγεία τείνει γενικά να ταυτίζεται με την απουσία της αρρώστιας, του νοσοκομείου ή του ιατρού. Αντίθετα, σε χώρες της Ανατολής όπως οι Φιλιππίνες και η Ιαπωνία η αντίληψη για το τι είναι υγεία εμπεριείχε διάφορα θετικά στοιχεία, όπως «το να νιώθεις καλά», «να νιώθεις δυνατός» κ.ά. (Αθανασίου, 2000).

Η έννοια του όρου «υγεία»

Η υγεία έχει κατά καιρούς οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους και ο ορισμός της έχει επηρεαστεί από τις επικρατούσες συνθήκες της κάθε εποχής. Στον προηγούμενο αιώνα η υγεία ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την έλλειψη της ασθένειας, ενώ τον τελευταίο καιρό συνδέεται με σωματικούς, νοητικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Έτσι, σήμερα υγεία θεωρείται το αποτέλεσμα της φυσικής κατάστασης ενός ατόμου αλλά και της στάσης που αυτό υιοθετεί απέναντι στη διατροφή και στο περιβάλλον (ΥΠΕΠΘ, *Ψυχική Υγεία*, 2000). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διαμόρφωσε το 1946 τον ορισμό για την υγεία που αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της. Σύμφωνα, λοιπόν, με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (ΥΠΕΠΘ, 2000). Με τον ορισμό αυτόν αναγνωρίζεται η ύπαρξη δυο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: της παραμέτρου της απουσίας της αρρώστιας και της παραμέτρου της ευεξίας. Αναγνωρίζεται, επίσης, σε ό,τι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και της κοινωνικής διάστασης πέρα από τη σωματική.

Ο ορισμός της υγείας περιλαμβάνει τρεις τουλάχιστον πλευρές. Η πρώτη δίνει έμφαση στη βιολογική πλευρά της υγείας και αφορά κυρίως τη σωματική δυσλειτουργία ή την ύπαρξη ιώσεων. Η δεύτερη αφορά τους κοινωνικούς ρόλους που υιοθετούν τα άτομα και η τελευταία αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με την τελευταία άποψη, προσωπικές εμπειρίες και γνωστικοί παράγοντες μπορούν να προβλέψουν την καλή υγεία ή την εμφάνιση ασθένειας σε ένα άτομο. Κατά συνέπεια, τα άτομα είναι υπεύθυνα ή ελέγχουν την ίδια την υγεία τους και η υγεία αποτελεί ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο (ΥΠΕΠΘ, 2000).

Για τη διαφύλαξη της υγείας του πληθυσμού εφαρμόζονται προγράμματα πρόληψης και προγράμματα παρέμβασης, που διακρίνονται σε τρία επίπεδα: στο ψυχολογικό, στο κοινωνικό και στο βιολογικό. Επιπλέον, η πρόληψη και η παρέμβαση απευθύνονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και για το λόγο αυτό υπάρχει ο διαχωρισμός τους σε τρεις τύπους, στην πρωτογενή, στη δευτερογενή και στην τριτογενή (Howe, 1989).

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει σε άτομα υγιή και προσπαθεί να τα εκπαιδεύσει, ώστε να αποφύγουν συμπεριφορές που μπορούν μακροπρόθεσμα να βλάψουν την υγεία τους, όπως είναι το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η κακή διατροφή, η μη συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα κ.ά. Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει σε όσους βρίσκονται στα πρώτα στάδια της εξέλιξης ενός προβλήματος, προσπαθεί να εντοπίσει το πρόβλημα και να το προλάβει πριν γίνει χρόνιο και μη αναστρέψιμο. Εδώ μπορούν να ενταχθούν τα προγράμματα που απευθύνονται σε εφήβους που ήδη πειραματίζονται με νόμιμες ή παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες. Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει σε όσους αυτοκαταστρέφονται με συγκεκριμένες συμπεριφορές και προσπαθεί να τους ενθαρρύνει να δεχτούν θεραπεία με τελικό στόχο την κοινωνική επανένταξη. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε άτομα που αντιμετωπίζουν ήδη τις συνέπειες της χρήσης ουσιών, της παραβατικότητας ή της κακής διατροφής.

3. Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο

Τα προγράμματα αγωγής υγείας στο χώρο του σχολείου ουσιαστικά στοχεύουν στο να προλάβουν ορισμένες βλαπτικές για την υγεία των παιδιών και των εφήβων καταστάσεις και συμπεριφορές. Επομένως, αποτελούν προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που προέκυψαν από την ανάγκη να αντιμετωπιστούν ορισμένα ανησυχητικά φαινόμενα και συμπεριφορές που φαίνεται ότι εδραιώνονται από την παιδική και την εφηβική ηλικία, όπως η χρήση ουσιών, η κακή διατροφή, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η παραβατικότητα κ.ά.

Η αγωγή υγείας, λοιπόν, στα σχολεία είναι μια κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της αγωγής υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους. Γενικοί στόχοι της αγωγής υγείας είναι η προάσπιση και η προαγωγή της ψυχικής και της σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας, η πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση και, τέλος, η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της σχολικής εκπαίδευσης (ΥΠΕΠΘ, 2002).

Σύμφωνα με μια άλλη προσέγγιση, αγωγή υγείας είναι ένα σύνολο μορφω-

τικών δραστηριοτήτων οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή της θετικής υγείας (Αθανασίου, 2000). Με συγκερασμό των δυο παραπάνω ορισμών φαίνεται ότι αγωγή υγείας είναι μια μορφωτική διαδικασία που εμπλέκει για την επίτευξη των στόχων της τέσσερις βασικές δραστηριότητες: αυτές που έχουν ιατρικό χαρακτήρα, αυτές που έχουν παιδαγωγικό-μορφωτικό τύπο και αυτές που αφορούν δράσεις στο κοινωνικό και κοινωνικο-πολιτισμικό επίπεδο. Η αγωγή υγείας αποβλέπει στην αλλαγή ή και την υιοθέτηση νέων στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα που αφορούν την υγεία. Χαρακτηρίζεται ως μια διαδικασία εκπαιδευτικού τύπου που δεν περιορίζεται στην απλή μετάδοση γνώσεων με τις συνηθισμένες διδακτικές διαδικασίες, αλλά απαιτεί διαδικασίες ενεργητικής μάθησης και βιωματικής προσέγγισης (Αθανασίου, 2000).

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί έμφαση στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα αγωγής υγείας μέσω διάφορων μαθημάτων ή σχετικών προγραμμάτων. Το σχολικό περιβάλλον, είτε μέσω του συστήματος αρχών, αξιών και κανόνων που υιοθετεί και μεταδίδει στα παιδιά καθημερινά είτε μέσω αυτόνομων προγραμμάτων αγωγής υγείας είτε μέσω συναφών μαθημάτων μπορεί να διαδραματίσει ένα ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός διά βίου υγιεινού τρόπου ζωής των μαθητών. Η συστηματική οργάνωση, γενίκευση ή επέκταση των προγραμμάτων αγωγής υγείας βοηθά στην κατεύθυνση αυτή. Βοηθητικά δρα, επίσης, και η ύπαρξη και κυρίως η εφαρμογή κανόνων και συγκεκριμένων συμπεριφορών μέσα στο σχολικό περιβάλλον που αφορούν και τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς ταυτόχρονα (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006). Το σχολείο λοιπόν αποτελεί το σημείο κλειδί για την προαγωγή της υγείας, με κύριο εργαλείο τα προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία δεν αποβλέπουν μόνο στην τεκμηριωμένη και αντικειμενική προσέγγιση των θεμάτων που πραγματεύονται, αλλά δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη επικοινωνιακών, διανοητικών και πρακτικών δεξιοτήτων στα παιδιά, ώστε ενεργά να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας και της ποιότητας της ζωής τους γενικά (Αθανασίου, 2000).

Τα σχολεία είναι ο πιο ιδανικός χώρος για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, γιατί πάρα πολλά παιδιά φοιτούν καθημερινά σε αυτά και μαζί τους μπορεί να επηρεαστούν το προσωπικό του σχολείου, οι οικογένειες των παιδιών και η κοινωνία. Τα μηνύματα για την προαγωγή της υγείας μπορούν να δοθούν κατά τη διάρκεια του κατάλληλου αναπτυξιακού σταδίου των παιδιών, στο οποίο αναπτύσσονται τα προσωπικά πιστεύω, οι στάσεις και οι δεξιότητες των παιδιών. Τα παιδιά μπορούν να μάθουν δεξιότητες που θα τα βοηθήσουν να παίρνουν υγιεινές αποφάσεις, να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, καθώς οι υγιεινές συμπεριφορές και ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνονται κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από την παιδική ηλικία (Kwan, Petersen, Pine και Borutta, 2005).

Το σχολείο, λοιπόν, πρέπει να παρέχει σχεδιασμένα και διαδοχικά προγράμματα αγωγής υγείας από το νηπιαγωγείο μέχρι και την τελευταία τάξη του λυκείου που θα προάγουν τις υγιεινές συνήθειες, περιλαμβάνοντας και τη διάβιου συμμετοχή σε φυσική άσκηση. Το αναλυτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι σύμφωνο με τα εθνικά κριτήρια (στάνταρντ) για την αγωγή υγείας και να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των εκπαιδευτικών όλων των ειδικοτήτων για τα προγράμματα αγωγής υγείας. Πρέπει να χρησιμοποιούνται νέες στρατηγικές και μέθοδοι διδασκαλίας με έμφαση στη συμμετοχή, τη διασκέδαση και την ευχαρίστηση των παιδιών. Επίσης, πρέπει να αναπτύσσονται οι ικανότητες και οι δεξιότητες των παιδιών, να τονώνεται η εμπιστοσύνη και η αυτοπεποίθησή τους και να παρέχονται στους μαθητές οι γνώσεις και οι δεξιότητες που χρειάζονται για να μην υιοθετήσουν ένα καθιστικό τρόπο ζωής και ανθυγιεινές καθημερινές συνήθειες (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Οι εκπαιδευτικοί που υλοποιούν προγράμματα αγωγής υγείας πρέπει να γνωρίζουν ότι έξι τύποι συμπεριφορών είναι αυτοί που προκαλούν τα μεγαλύτερα προβλήματα στην υγεία του σύγχρονου ανθρώπου: συμπεριφορές που επιφέρουν τραυματισμούς, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, σεξουαλική συμπεριφορά χωρίς προφυλάξεις, κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση λιπών και γενικότερα θερμίδων, και ανεπαρκής φυσική δραστηριότητα (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006). Επιπλέον, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τις κύριες συνιστώσες ενός υγιεινού τρόπου ζωής, που είναι: η διατροφή, η χρήση και κατάχρηση ουσιών όπως ο καπνός και άλλα φάρμακα, η σεξουαλική συμπεριφορά, η έκθεση σε τοξικούς παράγοντες και στην ηλιακή ακτινοβολία, το στρες, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση, το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης (Αθανασίου, 2000). Επιπλέον, σοβαρά υπόψη πρέπει να ληφθούν τα παρακάτω (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006):

1. Οι προηγούμενες εμπειρίες, οι αρχές, τα πιστεύω, οι στάσεις, οι γνώσεις, η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης κ.ά. συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας μελλοντικής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, ένας νέος δεν καπνίζει, γιατί έχει αποκτήσει επίγνωση των κινδύνων για την υγεία του. Ένας άλλος καπνίζει, γιατί στην παρέα του πολλοί άλλοι καπνίζουν, έχει δει μέλη της οικογένειάς του να καπνίζουν ή δεν γνωρίζει τους κινδύνους ή δεν μπορεί να αξιολογήσει τις μακροχρόνιες επιδράσεις στην υγεία του.
2. Οι ικανότητες και οι δεξιότητες βοηθούν στη διαμόρφωση των αποφάσεων των ατόμων για την υιοθέτηση μιας υγιεινής ή ανθυγιεινής συμπεριφοράς. Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αξιολογούν τις πληροφορίες είναι καθοριστικός για τις επιλογές τους. Όμως η δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες για την υγεία δεν είναι ίδια σε όλους, όπως ίδια δεν είναι και η δυνατότητα αξιολόγησης και επεξεργασίας των πληροφοριών. Η νομοθεσία που προστατεύει από ανθυγιεινές συμπεριφορές δεν εφαρμόζεται συνήθως και δεν γίνεται σεβαστή από όλους. Η απαγόρευση, για παράδειγ-

μα, του καπνίσματος σε συγκεκριμένους χώρους διαμορφώνει μια συγκεκριμένη νοοτροπία και συνήθεια, αλλά δεν επηρεάζει το ίδιο όλους. Τέλος, μια διαφήμιση επηρεάζει κάποιον, ενώ κάποιον άλλον τον αφήνει αδιάφορο, γιατί το κάθε άτομο την επεξεργάζεται διαφορετικά.

3. Υπάρχουν παράγοντες που ενισχύουν ή αποθαρρύνουν την εμφάνιση μιας συμπεριφοράς. Αυτοί είναι η υποστήριξη, η αποδοχή ή η απόρριψη από σημαντικά άλλα πρόσωπα, αλλά και η ικανοποίηση μετά την εκδήλωση της συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, η οικογένεια, το σχολείο, οι φίλοι ενθαρρύνουν ή αποτρέπουν μια συμπεριφορά. Όταν οι γονείς ή οι φίλοι τρέφονται ανθυγιεινά ή καπνίζουν, όταν τα είδωλα της εποχής, μουσικοί, ή ηθοποιοί, παρουσιάζονται δημόσια και κάνουν το ίδιο, όταν οι δάσκαλοι ή οι καθηγητές κάνουν το ίδιο, τότε ενισχύουν την πιθανότητα αποδοχής αυτών των συμπεριφορών από τους νέους.

4. Θεωρητικά μοντέλα εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Ο υγιεινός τρόπος ζωής διαμορφώνεται ταυτόχρονα από παράγοντες διαπροσωπικούς, κοινωνικοπολιτικούς και περιβαλλοντικούς. Άρα, για να είναι αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας στο σχολείο, πρέπει η παρέμβαση να γίνεται σε όλους αυτούς τους παράγοντες (Θεοδωράκης και Χασάνδρα, 2006) που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Οι θεωρίες και τα μοντέλα της αλλαγής της συμπεριφοράς, που προέρχονται από τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές επιστήμες, εξηγούν τους βιολογικούς, γνωστικούς, συμπεριφορικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν τις συμπεριφορές υγείας (Σχήμα 1). Επιπλέον, καθορίζουν τις παρεμβάσεις, ώστε να προκαλούνται αλλαγές στη γνώση, στις στάσεις, στην παρακίνηση, στην αυτοπεποίθηση, στις δεξιότητες και στην κοινωνική βοήθεια που χρειάζονται τα άτομα για την αλλαγή και τη διατήρηση της συμπεριφοράς (Whitlock, Orleans, Pender και Allan, 2002).

Αυτές οι θεωρίες (Πίνακας 1) είναι η κοινωνική-γνωστική θεωρία (Bandura, 1986), το μοντέλο των «πιστεύω υγείας» (Janz και Becker, 1984), το μοντέλο των σταδίων αλλαγής (Prochaska και DiClemente, 1982) και η θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Ajzen και Fishbein, 1980), θεωρίες που στοχεύουν στην επίδραση της συμπεριφοράς του ατόμου μέσω διάφορων αλληλεπιδραστικών επιπέδων. Στο προσωπικό επίπεδο, πολλαπλοί εσωτερικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τη δράση του ατόμου, αλλά υπάρχει και μια αξιοσημείωτη μεταβλητότητα σε αυτούς τους παράγοντες μεταξύ ατόμων με την ίδια συμπεριφορά υγείας. Για παράδειγμα, στο μοντέλο των σταδίων αλλαγής, η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μια προοδευτικά αυξανόμενη διαδικασία σε διάφορα στάδια, που συχνά περιλαμβάνει υποχώρηση και επαναφορά σε προηγούμενα στάδια, στην προσπάθεια του ατόμου να αλλάξει (Whitlock et al., 2002).

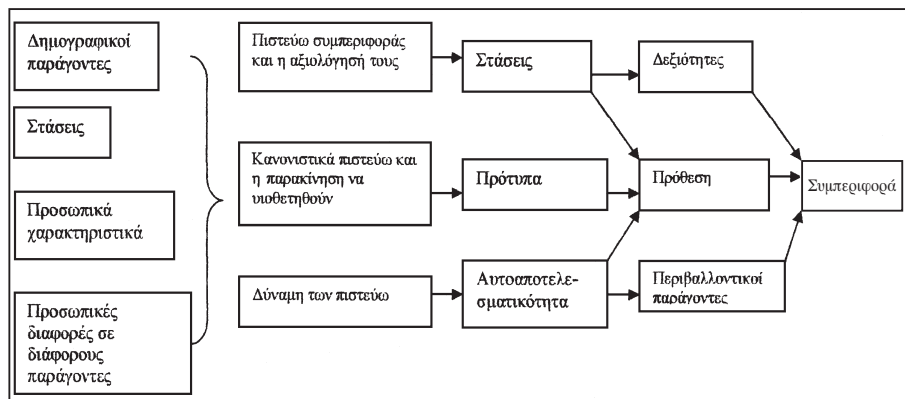
Σύμφωνα με τη θεωρία των Ajzen και Fishbein (1980), τη θεωρία της «σχε-

διασμένης συμπεριφοράς», τα άτομα συμπεριφέρονται ανάλογα με τις στάσεις τους προς τη συμπεριφορά αυτή, ανάλογα με την κοινωνική πίεση που δέχονται από σημαντικά άλλα πρόσωπα για το θέμα αυτό και, κυρίως, ανάλογα με την πρόθεση που έχουν για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ταυτόχρονα, η συμπεριφορά τους εξαρτάται από τον έλεγχο που ασκούν πάνω στη συμπεριφορά αυτή.

Σύμφωνα με το μοντέλο των «πιστεύω υγείας», μια πιθανή ενέργεια για τη συμπεριφορά υγείας εξαρτάται από το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή για μια πιθανή ασθένεια, από το πώς αντιλαμβάνεται τα οφέλη από τη διαδικασία πρόληψης και τα πιθανά εμπόδια που θα συναντήσει. Η αντιληπτή απειλή για την ασθένεια επηρεάζεται από την ευαισθησία του ατόμου στη συγκεκριμένη ασθένεια και από το πόσο σοβαρή «θεωρεί» την ασθένεια. Ερεθίσματα από καμπάνιες, συμβουλές των άλλων, οικογενειακό ιστορικό και άλλες πληροφορίες διαμορφώνουν την άποψη του ατόμου (Janz και Becker, 1984).

Σύμφωνα με την κοινωνική-γνωστική θεωρία, τα άτομα έχουν την ικανότητα να αντιδρούν μόνα τους και να αυτορυθμίζονται. Δεν αντιδρούν απλά και παθητικά στο περιβάλλον, αλλά το διαμορφώνουν κιόλας. Τα άτομα έχουν την ικανότητα να δημιουργούν εσωτερικά μοντέλα με βάση τις εμπειρίες τους, να εφευρίσκουν καινοτόμες κατευθύνσεις για δράση, τρόπους ελέγχου των κατευθύνσεων αυτών και να αξιοποιούν τις εμπειρίες των άλλων. Οι πιο πολλές συμπεριφορές ακολουθούνται με βάση τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων. Τα άτομα καθοδηγούνται στις αποφάσεις τους και τις επιλογές τους από την ικανότητα πρόβλεψης, πρόγνωσης και σχεδιασμού που διαθέτουν.

Σχήμα 1. Ένα συγκεντρωτικό μοντέλο πρόβλεψης της συμπεριφοράς με βάση τις παραπάνω θεωρίες.



Πίνακας 1: Θεωρίες και μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ			
Θεωρίες που αναφέρονται στο πώς οι προσωπικοί παράγοντες, όπως στάσεις, γνώσεις, πιστεύω, προηγούμενη εμπειρία και προσωπικότητα, επηρεάζουν τη συμπεριφορά.	Μοντέλα Μοντέλο των «πιστεύω υγείας».	Περιγραφή Μια πιθανή ενέργεια για τη συμπεριφορά υγείας εξαρτάται από το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή για ασθένεια, από το πώς αντιλαμβάνεται τα οφέλη από τη διαδικασία πρόληψης και τα πιθανά εμπόδια που θα συναντήσει.	Σημεία Κλειδιά 1. Αντιλαμβανόμενη ευαισθησία 2. Αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της κατάστασης 3. Αντιλαμβανόμενα οφέλη και δυσκολίες για δράση 4. Αυτοαποτελεσματικότητα
	Μοντέλο «αλλαγής σταδίων»	Η ετοιμότητα για αλλαγή ή η προσπάθεια για αλλαγή ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Η υπαναχώρηση είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό και μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της αλλαγής.	1. Αδιαφορία 2. Σκέψη για αλλαγή 3. Προετοιμασία 4. Πράξη 5. Διατήρηση 6. Λήξη ή τετρατισμός
	Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς	Τα άτομα συμπεριφέρονται ανάλογα με τις στάσεις τους προς τη συμπεριφορά αυτή, ανάλογα με την κοινωνική πίεση που δέχονται από σημαντικά άλλα πρόσωπα και ανάλογα με την πρόθεση που έχουν για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.	1. Πρόθεση για συμπεριφορά 2. Υποκειμενικά πρότυπα 3. Στάσεις 4. Αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς
Θεωρία που αναφέρεται στις διαδικασίες που υφίστανται μεταξύ του ατόμου και άλλων και απαιτούν κοινωνική ταυτότητα, υποστήριξη και καθορισμό ρόλων.	Κοινωνική-γνωστική θεωρία	Η συμπεριφορά εξηγείται μέσω της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ προσωπικών παραγόντων, περιβαλλοντικών επιρροών και τελικής συμπεριφοράς.	1. Μάθηση μέσω παρατήρησης 2. Αυτοαποτελεσματικότητα 3. Ενίσχυση – υποστήριξη 4. Αναμενόμενες προσδοκίες

Έχοντας κατά νου τις παραπάνω θεωρίες και λαμβάνοντας υπόψη τα διεθνή δεδομένα για θέματα υγείας, το *Healthy People 2010* έχει θέσει δυο καίριους στόχους για την παγκόσμια υγεία: 1. να βελτιωθεί η ποιότητα και να αυξηθούν τα χρόνια ζωής του σύγχρονου ατόμου, και 2. να περιοριστούν τα διάφορα προβλήματα υγείας μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών του πληθυσμού. Έτσι, η επόμενη δεκαετία παρέχει πολλές ευκαιρίες για να γίνουν πραγματικότητα αυτοί οι στόχοι, προάγοντας πρωτίστως τον υγιεινό τρόπο ζωής ιδίως στους μαθη-

τές, μέσω κατάλληλα διαμορφωμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας, και υιοθετώντας πολιτικές που θα κάνουν τους σκοπούς αυτούς πραγματοποιήσιμους, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στον Πίνακα 2 (Elder, Ayala και Harris, 1999).

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά από τις θεωρίες και τα μοντέλα αλλαγής υγιεινών συμπεριφορών που προδιαθέτουν το άτομο για μια επιτυχή αλλαγή συμπεριφοράς.

1. Το άτομο έχει ισχυρή πρόθεση να αλλάξει για ξεκάθαρους και προσωπικούς λόγους.
2. Το άτομο αντιμετωπίζει ένα μικρό αριθμό εμποδίων στην προσπάθειά του για αλλαγή.
3. Έχει όλες τις αναγκαίες δεξιότητες και την απαραίτητη αυτοπεποίθηση για να κάνει την αλλαγή.
4. Αισθάνεται θετικά για την αλλαγή και πιστεύει ότι αυτή θα έχει πάρα πολλά οφέλη.
5. Έχει υποστήριξη, ενθάρρυνση και βοήθεια στην προσπάθειά του για αλλαγή, την κατάλληλη ώρα και από κατάλληλα άτομα, μέσα σε ένα υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον.

Η αύξηση της αποτελεσματικότητας προγραμμάτων σε θέματα αγωγής υγείας που υλοποιούνται στο σχολείο προϋποθέτει τον κατάλληλο σχεδιασμό, σε συνδυασμό με την εφαρμογή των αρχών της παιδαγωγικής και της ψυχολογίας από τους εκπαιδευτικούς. Μόνη η πληροφόρηση των ατόμων και ειδικά των μαθητών σε θέματα που προάγουν την υγεία τους δεν οδηγεί πάντα στην ενεργοποίησή τους. Για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος αγωγής σε θέματα υγείας, πρέπει οι εκπαιδευτικοί να μεριμνούν, ώστε αφενός η εμπλοκή των μαθητών να είναι ουσιαδής και αφετέρου αυτά που πρέπει να διδάξουν να ταιριάζουν με τις τοπικές συνήθειες, την κουλτούρα και τα επιστημονικά δεδομένα (Θάνου, 2003). Έτσι θα μπορέσουν να επιλέξουν, με βάση τα χαρακτηριστικά των μαθητών, την κατάλληλη μέθοδο επικοινωνίας, οργάνωσης και δράσης, για να επιτύχουν την αλλαγή των στάσεων και της συμπεριφοράς των μαθητών σε θέματα που προάγουν την υγεία τους.

Βιβλιογραφία

- Αθανασίου, Κ. (2000). *Αγωγή Υγείας*. Θεσσαλονίκη (β' έκδοση).
- Αλαχιώτης, Σ. (2002). Για ένα σύγχρονο εκπαιδευτικό σύστημα. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 7, 7-18.
- Ajzen, I. – Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Βουδρισλής, Ν. – Αυγερινού, Μ. (2004). Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα εφαρμογής της μεθόδου project στην Περιβαλλοντική Εκπαίδευση και στην Αγωγή Υγείας. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 137, 116-120.
- Canadian Pediatric Society (2002). Healthy active living for children and youth – Position statement. *Journal of Pediatric Child Health*, 7(5), 339-345.
- Elder, J.P. – Ayala, G.X. – Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 275-84.
- Group Health Associates Physicians & Surgeons (2002). Ανακτήθηκε την 31-8-2006, από <http://www.cgaha.com>.
- Howe, M. (1989). *Alcohol Education*, London: Routledge.
- Janz, N.K. – Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model indicate later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Θάνου, Ν. (2003). Σχεδιασμός, μεθοδολογία και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 8, 70-81.
- Θεοδωράκης, Ι. – Χασάνδρα, Μ. (2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας*. Χριστοδουλίδης, Αθήνα.
- Kwan, S. – Petersen, P. – Pine, C. – Borutta, A. (2005). Health promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 677-685.
- Κωνσταντόπουλος, Σ. (2002). Η κρίση στη σχέση Άνθρωπος-Φύση. Η οισύφειος προσπάθεια της περιβαλλοντικής εκπαίδευσης. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 127, 78-88.
- Ξωχέλλης, Π. (2001). Ο ρόλος του σχολείου σήμερα: Απαντήσεις και Προσεγγίσεις. *Το Δημόσιο Σχολείο στον 21^ο αιώνα*. 15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δασκάλων και Νηπιαγωγών Π.Ο.Ε.Δ. – Δ.Ο.Ε., 18-19 Απριλίου, Λευκωσία, Κύπρος.
- Prochaska, J. – DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-88.
- Τζόλια, Α. – Πολλάτου, Ε. – Ζαχοπούλου, Ε. (2006). Καταγραφή των γνώσεων παιδιών προσχολικής ηλικίας σε θέματα διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και υγιεινής. *Αθληση και Κοινωνία*, 41, 26-34.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010* (conference edition). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding*

and improving health. Washington.

Whitlock, E. – Orleans, T. – Pender, N. – Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), 267-284.

ΥΠΕΠΘ (2000). *Αγωγή Υγείας. Καρδιαγγειακά Νοσήματα, Φυσική Άσκηση.*

ΥΠΕΠΘ (2002). *Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών. Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης, Αγωγή Υγείας, τόμος Β', 741-751.*

ΥΠΕΠΘ (2000). *Αγωγή Υγείας, Ψυχική Υγείας, Διαπροσωπικές Σχέσεις.*