

ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΤΟΥ ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

---

# ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΛΘΥΣΜΟ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΜΑΝΩΛΗ Γ. ΒΕΛΟΝΑΚΗ  
ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΓΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΑ  
που υποβλήθηκε στην  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΑΘΗΝΑ - ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1984



ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΤΟΥ ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

---

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

ΜΑΝΩΛΗ Γ. ΒΕΛΟΝΑΚΗ  
ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΓΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΑ

ΑΘΗΝΑ - ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1984

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

---

Οι κρατικές επενδύσεις για την Υγεία και η ανάπτυξη των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας γνωρίζουν στη μεταπολεμική Ευρώπη μια πρωτογενή αύξηση. Δημιουργείται έτσι το λεγόμενο "Κράτος Πρόνοιας", που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός σύνθετα διαρθρωμένου Συστήματος Υγείας, από την επέκταση του θεσμού των Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από τη δημιουργία νέων μορφών Κοινωνικής Προστασίας. Τα υγειονομικά συστήματα χαρακτηρίζονται από μια εξαιρετικά προχωρήμενη ανάπτυξη της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, όπου εφαρμόζονται οι νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές πρόοδοι.

Κάθε προσπάθεια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών συστημάτων παρουσιάζει βασικές δυσκολίες.

Αυτό οφείλεται κύρια στην μη καθιέρωση από την αρχή, κάποιου συστήματος αξιολόγησης που θα επέτρεπε συγκρίσεις και διορθωτικές παρεμβάσεις. Τα τελευταία ωστόσο χρόνια αρχίζει μια κριτική αντιμετώπιση των υγειονομικών συστημάτων. Αυτή βασίζεται κύρια στην παρατήρηση ότι παρά τη διόγκωση των δαπανών για την Υγεία, οι δείκτες Υγείας δεν παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση, αντίθετα μερικοί από αυτούς παρουσιάζουν επιδείνωση. Παράλληλα σε μια σειρά από νοσήματα, όπως τα νεοπλάσματα και τα καρδιαγγειακά το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά, παρά τις νέες δαπανηρές διαγνωστικές και θεραπευτικές εφαρμογές. Στα νοσήματα μάλιστα αυτά παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης και του επιπολασμού που σχετίζεται με την αλλαγή του τρόπου ζωής και που βέβαια πολλαπλασιάζεται από τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού (Rosanvallon 1981)

Η κριτική θεώρηση των υγειονομικών συστημάτων - πολλοί μιλούν για κρίση του Κράτους Πρόνοιας - οδήγησε στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να αναθεωρηθούν οι στόχοι και οι προτεραιότητες της υγειονομικής Πολιτικής (OECD 1980)

Σήμερα, περισσότερο από άλλοτε, έγινε κατανοητό ότι το βάρος πρέπει να δοθεί στην οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στην ανανέωση και επέκταση της προληπτικής ιατρικής. Τα νοσήματα, που σήμερα επιπολάζουν σχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής. Είναι για τούτο ευνόητο, ότι η πρωτογενής πρόληψη πρέπει κύρια να εστιάζει στην προσπάθεια να υιοθετήσουν τα άτομα αυτόν τον τρόπο ζωής, που προάγει και προασπίζει την υγεία τους (OECD 198α).

Αυτή η νέα πολιτική πρόληψης είναι οπωσδήποτε πιο σύνθετη και πιο επίπονη από την προληπτική ιατρική των περασμένων δεκαετιών που κύρια με την εφαρμογή των εμβολιασμών οδήγησε στην εξαφάνιση μικροβιογενών νόσων και συντέλεσε στη θεαματική αλλαγή του μοντέλου της νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού μας .

Σε αυτή τη "νέα" πρωτογενή πρόληψη σημαντική είναι η συμβολή της Αγωγής Υγείας. Η Αγωγή Υγείας έχει σήμερα νέους στόχους, νέο περιεχόμενο και νέα μεθοδολογία. Η υιοθέτηση των νέων εφαρμογών της παιδαγωγικής, της προσδίδει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και αξιοποιεί τις ιδιαίτερες ικανότητες, τάσεις και στάσεις του ατόμου. Έτσι η Αγωγή Υγείας γνωρίζει στις μέρες μας στις ανεπτυγμένες χώρες μεγάλη ανάπτυξη.

Σε πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες δείχθηκε ότι νοσήματα συχνά στις ανεπτυγμένες χώρες όπως τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης και μερικές μορφές καρκίνου, φαίνεται ότι γίνονται συχνότερα και στην Ελλάδα. Η αύξηση αυτή που συνοδεύει τη βιομηχανική ανάπτυξη θα πρέπει να αποδοθεί σε αλλαγές του παραδοσιακού τρόπου ζωής και διατροφής στη χώρα μας. Οι διαπιστώσεις αυτές, καθώς και η προοδευτική δημογραφική γήρανση του πληθυσμού που αυξάνει τη νοσηρότητα, τονίζουν την ανάγκη εφαρμογής ολοκληρωμένων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και στην Ελλάδα (Κυριόπουλος 1982, Παπαευαγγέλου

και Τοιμπός 1982, Τριχόπουλος και συν 1982, Βελονάκης και συν 1983, Κουτσογιαννόπουλος 1983).

Η μελέτη αυτή, που φιλοδοξεί να αποτυπώσει την κατάσταση στο χώρο της Σχολικής Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα, είναι μέρος της ερευνητικής φάσης του Προγράμματος "Νειάτα - Υγεία" του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς. Το "Νειάτα - Υγεία" είναι ένα πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής για νέους. Την ομάδα του Προγράμματος "Νειάτα - Υγεία" που ασχολήθηκε με την Αγωγή Υγείας στα Σχολεία συντόνισε ο υπογράφων και συνεργάστηκαν οι συνάδελφοι Ξένη Βαμβακά, Γιώργος Καλημέρης και Κλεάνθης Χατζηνικόλας, στους οποίους εκφράζονται βαθιές ευχαριστίες.

Επίσης ιδιαίτερα ευχαριστούμε τον σεβαστό καθηγητή κ. Δ. Τριχόπουλο του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών που είχε υπό την επιστημονική ευθύνη του το όλο Πρόγραμμα "Νειάτα - Υγεία". Ο κ. Τριχόπουλος μας βοήθησε ουσιαστικά με τις πολύτιμες υποδείξεις του στη σύνταξη και επεξεργασία του ερωτηματολογίου.

Επίσης θερμά ευχαριστούμε τον φίλιτο καθηγητή κ. Λουκά Σπάρο του Νοσηλευτικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών που μας μύησε στην υπόθεση της Αγωγής Υγείας και μας βοήθησε με τη βαθιά παιδεία του στο να ξεχωρίσουμε λεπτές φιλοσοφικές έννοιες.

Επίσης ευχαριστούμε τον σεβαστό κ. Β. Κουτσογιαννόπουλο καθηγητή του Ιατρικού Τμήματος Ιωαννίνων για την καθοριστική βοήθειά του στην ολοκλήρωση της συγγραφής.

Σαν υπεύθυνος του Ερευνητικού Προγράμματος του "Νειάτα - Υγεία" αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω τον αξιότιμο Υφυπουργό Νέας Γενιάς κ. Κ. Λαλιώτη γιατί μας έδωσε την ευκαιρία να προσφέρουμε, στο μέτρο των δυνάμεών μας, με την εργασία αυτή στην Μεγάλη Υπόθεση της Προληπτικής Ιατρικής.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν ΑΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σελίδα

ΕΝΟΤΗΤΑ Α'

Αγωγή Υγείας - Εκπαίδευση Υγείας : μέσα για την προώπιση και την προαγωγή της Υγείας	8
1. <u>Η ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.</u>	9
I. Τι είναι η Αγωγή Υγείας	11
II. Αγωγή Υγείας και Νέοι	12
III. Η θέση της Αγωγής Υγείας στο Σύστημα Υγείας	13
IV. Σκοποί και περιεχόμενο.	14
V. Σχεδιασμός της Αγωγής Υγείας	15
VI. Διαμόρφωση και αλλαγή της συμπεριφοράς	17
VII. Μέθοδοι Αγωγής Υγείας	17
VIII. Ποιοί ασκούν την Αγωγή Υγείας. Ο ρόλος των γιατρών.	19
IX. Δυσκολίες στην επιτυχία προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.	20
2. <u>ΦΟΡΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.</u>	21

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣΕΝΟΤΗΤΑ Α'

ΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.

1. ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	26
2. ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	27
I. Ποιά είναι και πότε διδάσκονται τα σχετικά με την Υγεία μαθήματα στη Μέση Εκπαίδευση.	27

3. ΟΙ ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΣΤΑ "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ" ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ	
ΜΕ ΆΛΛΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ	32
I. Η βαθμολόγηση σαν μέσο αξιολόγησης του μαθητή	32
II. Υλικό - μέθοδος	33
III. Αποτελέσματα	34
IV. Συζήτηση	41
4. ΠΟΙΟΙ ΔΙΔΑΣΚΟΥΝ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ	44
5. ΕΠΟΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	45
6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	50
<u>ΕΝΟΤΗΤΑ Β'</u>	
ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΜΑΘΗΤΕΣ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ-	
ΕΙΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	51
I. Υλικό - Μέθοδος	52
II. Αποτελέσματα	54
III. Συζήτηση	67
Παράρτημα	71
Δ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΛΗΨΗ	75
SUMMARY	76
E. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77

Γ Ε Ν Ι Κ Ο   Μ Ε Ρ Ο Σ

Ε Ν Ο Τ Η Τ Α   Α'

Α Γ Ω Γ Η   Υ Γ Ε Ι Α Σ

Ε Κ Π Α Ι Δ Ε Υ Σ Η   Υ Γ Ε Ι Α Σ

Μ Ε Σ Α

Γ Ι Α   Τ Η Ν   Π Ρ Ο Α Ε Π Ι Σ Η   Κ Α Ι   Τ Η Ν

Π Ρ Ο Α Γ Ω Γ Η   Τ Η Σ   Υ Γ Ε Ι Α Σ



## Η ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

### ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

#### Ι. Τί είναι η Αγωγή Υγείας.

Η προσπάθεια προάσπισης και προαγωγής της υγείας απαιτεί την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Η συμμετοχή αυτή είναι εκδήλωση υπευθυνότητάς του απέναντι στον εαυτό του και στο κοινωνικό σύνολο.

Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη εκλογή και απόφαση για πράξεις· υπάρχει συνείδηση του σκοπού και γνώση των στόχων. Η γνώση είναι για τούτο αναγκαία, όχι όμως ικανή προϋπόθεση για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

Αγωγή Υγείας (Health Education) ονομάζεται η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική τους ευεξία. Η Αγωγή Υγείας έχει σαφή κοινωνική διάσταση, αφού οι αποφάσεις αυτές δεν επηρεάζουν μόνο την προσωπική ευεξία του ατόμου, αλλά και αυτή του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του (Joint Committee on Health Education Terminology 1973).

Σύμφωνα με τα παραπάνω η Αγωγή Υγείας δεν αποβλέπει μόνο στη μετάδοση γνώσεων από τους ειδικούς στο κοινό, δεν ταυτίζεται δηλαδή με την ενημέρωση. Περιλαμβάνει επιπλέον τη γνώση και τη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς του ατόμου. Η Αγωγή Υγείας διαφέρει επίσης από την προπαγάνδα. Η προπαγάνδα δεν αναλύει το περιεχόμενο του θέματος και δεν εξηγεί τους λόγους που υπαγορεύουν μια στάση. Η Αγωγή Υγείας στοχεύει στην προαγωγή της ικανότητας των ατόμων να παίρνουν ελεύθερες αποφάσεις με βάση τη γνώση (Χαραλαμπίδης 1951, W.H.O. 1954, Grout 1968, Picharoti 1975).

Αντί του όρου Αγωγή Υγείας, χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν ο όρος "Υγειονομική Διαφώτιση", στον οποίο είχε δοθεί ακριβώς το ίδιο περιεχόμενο (Σάββας 1928, Αλιβιζάτος 1953, Εδιπίδης 1966, Βαλαώρας 1967, Ζαβιτσιάνος 1980) ενώ ο όρος "Αγωγή" χρησιμοποιήθηκε ειδικά για τους νέους.

Η έννοια της διαφώτισης σημαίνει την ενημέρωση κάποιου που βρίσκεται σε πλάνη και σε άγνοια, δεν εκφράζει την υιοθέτηση νέας συμπεριφοράς και κυρίως δεν απηχεί την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η χρήση του όρου διαφώτιση πρέπει να αναζητηθεί σε εποχές που βασική επιδίωξη ήταν η εκρίζωση των προλήψεων και η καταπολέμηση της πλήρους άγνοιας του πληθυσμού (Καπάλας 1950).

Η Αγωγή εξάλλου διακρίνεται σαφώς από τη διδασχή. Η Αγωγή είναι πριν απ'όλα φρονηματισμός και ο φρονηματισμός δεν γίνεται με τα λόγια, αλλά με το ζωντανό παράδειγμα, αυτό είναι που πείθει, έλκει, μεταμορφώνει, εξομοιώνει (Παπανούτσος 1957).

Η έννοια της Αγωγής δεν διαφέρει από αυτή της Εκπαίδευσης (Lalande 1951). Σύμφωνα όμως με τον Παπανούτσο (1956) ο όρος "Εκπαίδευση" πρέπει να χρησιμοποιείται προκειμένου για την οργανωμένη και σε δημόσια ιδρύματα (Κρατικά ή ιδιωτικά) παρεχόμενη μόρφωση των νέων που άμεσα ή έμμεσα επικουρείται και ελέγχεται από τις δεσπόζουσες σε κάθε μορφή κοινωνικές δυνάμεις (εκκλησία, πολιτεία, οικογένεια). Με βάση τη διάκριση αυτή ο όρος "Εκπαίδευση Υγείας" είναι στενότερος του όρου "Αγωγή Υγείας". Ο δεύτερος περιλαμβάνει τις δραστηριότητες αγωγής υγείας στην οικογένεια και στην κοινότητα, όχι αναγκαστικά σε δημόσια ιδρύματα. Ο πρώτος περιορίζεται για δραστηριότητες Αγωγής Υγείας στα πλαίσια της Σχολικής Εκπαίδευσης. Θα πρέπει δηλαδή να μιλάμε για "Αγωγή Υγείας" και για "Σχολική Εκπαίδευση Υγείας".

## II. Αγωγή Υγείας και Νέοι

Ο όρος "Αγωγή Υγείας", όπως ήδη αναφέραμε, χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα αποκλειστικά για τους νέους. Αυτό μάλλον οφείλεται στην ιδιαίτερη σημασία της Αγωγής Υγείας για τη νεανική ηλικία, σημασία που μπορεί να αποδοθεί στα επόμενα (Μπάζα - Νεστορίδου 1968, Turner 1966, Tsiglao 1972, W. H.O 1974, Picharoti 1975, Sutherland 1979).

- α. Η συμπεριφορά του ατόμου διαμορφώνεται στα πρώτα χρόνια της ζωής. Η κάθε αλλαγή είναι συνήθως δύσκολη στις μετέπειτα ηλικίες.
- β. Με την Αγωγή Υγείας το άτομο κατανοεί τις μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του και προσαρμόζεται στις ανάγκες των αλλαγών αυτών.
- γ. Τα περισσότερα από τα συχνά σήμερα νοσήματα προκαλούνται από την επίδραση παραγόντων που δρουν από τις μικρές ηλικίες και επιδέχονται επομένως διόρθωση.  
Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες ελέγχονται απόλυτα από την ατομική ευθύνη π.χ. κάπνισμα, οινόπνευμα, άλλοι λιγότερο π.χ. διατροφή και άλλοι ελάχιστα π.χ. περιβαλλοντική ρύπανση.
- δ. Οι νέοι γίνονται φορείς μηνυμάτων υγείας προς την οικογένεια και την κοινότητα. Παράλληλα πρωτοστατούν σε προγράμματα πρόληψης στην Κοινότητα.
- ε. Το σχολείο έχει καθοριστική σημασία στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς του ατόμου, ενώ αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης της γνώσης στους νέους.

Παρά τη μεγάλη σημασία της Αγωγής Υγείας για τους νέους, η δυνατότητα της να επηρεάσει τις στάσεις και τη συμπεριφορά και στις μεγαλύτερες ηλικίες δεν θα πρέπει να παραβλέπεται (W.H.O. 1981)

III. Η Θέση της Αγωγής Υγείας στο  
Σύστημα Υγείας.

Η δυσχέρεια της θεραπευτικής Ιατρικής να αντιμετωπίσει λυσιτελώς τα κυριότερα σύγχρονα προβλήματα υγείας, παρά την τεράστια ανάπτυξη που γνώρισε και παρά την εκρηκτική αύξηση των δαπανών για την υγεία τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες, έστρεψε την προσοχή και πάλι στον τομέα της πρόληψης. Η προσδοκία της επίλυσης σημαντικών προβλημάτων υγείας με την Αγωγή Υγείας ξεκίνησε από τη διαπίστωση πως τα περισσότερα από τα συχνότερα σήμερα νοσήματα στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως καρδιαγγειακά και νεοπλάσματα, οφείλονται στην μακροχρόνια επίδραση εξωγενών βλαπτικών παραγόντων. Παραγόντων που το άτομο θα μπορούσε να αποφύγει με την υιοθέτηση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς. Εξάλλου η συμβολή της υιοθέτησης κατά το παρελθόν από τον πληθυσμό μιας νέας συμπεριφοράς υγιεινής στη μείωση της νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα, είχε δείξει το μέτρο της επιτυχίας της Αγωγής Υγείας. Έτσι η Αγωγή Υγείας διεκδικεί μια σημαντική θέση στο χώρο της προληπτικής ιατρικής και ειδικότερα στην πρωτογενή πρόληψη (Smith 1979).

Παράλληλα, σημαντική θέση διεκδικεί η Αγωγή Υγείας και στη δευτερογενή πρόληψη. Η αποδοτικότητα προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου αυξάνει με την ευρεία συμμετοχή και συμμόρφωση των ατόμων σε αυτά. Η εξασφάλιση όμως ευρείας συμμετοχής και συμμόρφωσης προϋποθέτει σωστή Αγωγή Υγείας των ατόμων (Πουρναρόπουλος 1952).

Η δυνατότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν έγκαιρα ορισμένα πρώιμα συμπτώματα βελτιώσει εξάλλου την πρόγνωση σοβαρών νόσων, όπως των νεοπλασμάτων του μαστού ή του πνεύμονα (Greenwald και συνεργάτες 1978, Smith 1979).

Τέλος η Αγωγή Υγείας με ειδική κατεύθυνση είναι πολύτιμο μέσο στα

πλαίσια της Θεραπευτικής Ιατρικής. Για ορισμένα συχνά χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η Αγωγή Υγείας γίνεται πραγματικά απαραίτητη (WHO 1973 Whitfield 1974).

#### ΙΥ. Σκοποί και Περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας:

Οι βασικοί σκοποί της Αγωγής Υγείας όπως προσδιορίζονται από την Π.Ο.Υ. είναι οι επόμενοι (WHO 1954):

1. Να αναγνωριστεί η αξία της υγείας σαν κοινωνικό αγαθό.
2. Να βοηθήσει τα άτομα να γίνουν ικανά να αποφασίζουν και να ενεργούν με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας τους.
3. Να προάγει την ανάπτυξη και καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης η Π.Ο.Υ. το 1969 προσδιόρισε και ορισμένα άλλα στοιχεία του περιεχομένου της Αγωγής Υγείας. "Πρέπει να φροντίζει ώστε τα άτομα να υιοθετήσουν και να στηρίξουν υγιεινά πρότυπα ζωής, να χρησιμοποιούν συνετά τις υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες σε αυτά και να παίρνουν σφράγισ σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο που βελτιώνουν το επίπεδο της υγείας τους και το περιβάλλον" (W.H.O 1969a).

Σύμφωνα με επόμενη αναφορά της Π.Ο.Υ. του ίδιου έτους σημαντικός σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η α ν ά π τ υ ξ η στον πληθυσμό ενός συναισθήματος ευθύνης για την ατομική υγεία και την υγεία της Κοινότητας και μιας ικανότητας συμμετοχής στην κοινωνική ζωή με εποικοδομητικό τρόπο (W.H.O. 1969 β).

Η Αγωγή Υγείας και ιδιαίτερα η Εκπαίδευση Υγείας έχει ακόμη ένα σημαντικό στόχο. Ξεκινώντας το άτομο από την κατανόηση των βασικών χαρακτηριστικών και αρχών της δομής και λειτουργίας του σώματός του, μπορεί να προσεγγίσει επιστημονικά βαθύτερες αρχές που διέπουν τη ζωή. Αυτό βοηθά στη λογικότερη θεώρηση της φύσης, ενώ παράλληλα μπορεί ν'αποτε-

λέσει την αρχή φιλοσοφικών προβληματισμών και αναζητήσεων. Elliot  
- May 1967)

Το περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας και οι ειδικότεροι στόχοι της θα πρέπει να καθορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται (πληθυσμός, στόχος), καθώς και τις συνθήκες που διαμορφώνουν τις ανάγκες αυτές. Έτσι το περιεχόμενο διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τις συνθήκες διαβίωσης, τη νοσηρότητα, το βαθμό έκθεσης σε βλαπτικούς παράγοντες κ.α. (WHO 1981).

Διαφορετικό πρέπει να είναι το περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας σε χώρες όπου υπάρχει μεγάλη επίπτωση λοιμωδών νόσων, συγκριτικά με τις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, όπου τα νοσήματα φθοράς είναι συχνότερα σαν αποτέλεσμα του σύγχρονου, συνοδού της βιομηχανικής ανάπτυξης, τρόπου ζωής (WHO 1980). Σε πληθυσμούς όπου το κάπνισμα ή ο αλκοολισμός ή η χρήση ναρκωτικών είναι συχνά προβλήματα, θα πρέπει να υπάρχει σχετικός προσανατολισμός του περιεχομένου της Αγωγής Υγείας.

Η πρόληψη των ατυχημάτων, η υγιεινή του στόματος, ο τρόπος χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η σωστή στάση απέναντι στα ζητήματα του οικογενειακού προγραμματισμού, η διαμόρφωση σωστής συμπεριφοράς στους τομείς της διατροφής, των σχέσεων με το άλλο φύλο, της προστασίας του περιβάλλοντος, της ομαλής ψυχοσωματικής ανάπτυξης των παιδιών είναι μερικά βασικά αντικείμενα, που συνθέτουν το θεματολόγιο (Curriculum) της Αγωγής Υγείας (Turner 1966).

#### Υ. Σ χ ε δ ι α σ μ ό ς τ η ς Α γ ω γ ή ς Υ γ ε ί α ς.

Οι ιδιαίτερες συνθήκες του πληθυσμού - στόχου, εκτός του περιεχομένου διαφοροποιούν τις μεθόδους και τα μέσα της Αγωγής Υγείας για τον πληθυσμό αυτό. Γίνεται έτσι κατανοητό ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες εφαρμογής της Αγωγής Υγείας. Η εφαρμογή της προϋποθέτει αυστηρά επιστημονική διαδικασία σχεδιασμού (Planning Process) που περιλαμβάνει

βάνει τα επόμενα στάδια (Dignan και Carr 1981) :

- α. Ανάλυση της κοινότητας ή γενικότερα του πληθυσμού στόχου. Αυτή περιλαμβάνει τη συλλογή λεπτομερειακών πληροφοριών για την κοινότητα ή τον πληθυσμό - στόχο, πληροφοριών που αφορούν το επίπεδο υγείας, τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τα κοινωνικά προβλήματα. Για την ανάλυση των πληροφοριών χρησιμοποιούνται οι διάφορες μέθοδοι επιδημιολογικών και κοινωνικών ερευνών (Τριχόπουλος 1982).
- β. Προσδιορισμός του προβλήματος και αναγνώριση του προβλήματος από τα άτομα. Η ανάλυση οδηγεί στην επισήμανση των αναγκών του πληθυσμού, δηλαδή στον προσδιορισμό του προβλήματος. Η Αγωγή Υγείας επιδιώκει αλλά και προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, συμμετοχή που προϋποθέτει τη γνώση του προβλήματος. Έτσι στη φάση αυτή ελέγχεται ο βαθμός της επίγνωσης του προβλήματος στον πληθυσμό και στη συνέχεια επιχειρείται η πληροφόρησή του για την έκταση του προβλήματος.
- γ. Καθορισμός των στόχων με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.
- δ. Καθορισμός μεθόδων της Αγωγής Υγείας. Εκτιμάται η μέθοδος που θα ακολουθηθεί με βάση τη φύση του προβλήματος, τις δυνατότητες των εκπαιδευτών, την υλικοτεχνική υποδομή, τη συμπεριφορά του πληθυσμού και τις αιτίες που την υπαγορεύουν.
- ε. Δυνατότητα αυτοαξιολόγησης και αυτοελέγχου της Αγωγής Υγείας προκειμένου να προσαρμόζεται και να βελτιώνεται, σύμφωνα με τις διαμορφούμενες ανάγκες του πληθυσμού και τις νέες μεθόδους αγωγής.

YI. Δ ι α μ ό ρ φ ω σ η κ α ι α λ λ α γ ή τ η ς  
σ υ μ π ε ρ ι φ ο ρ ά ς.

Η στάση και η συμπεριφορά του ατόμου είναι αποτέλεσμα των επαφών του

και των επιδράσεων του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός του. Η διαμόρφωση και περισσότερο η αλλαγή της συμπεριφοράς απαιτεί συστηματικές προσπάθειες σε μια σειρά από ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, τεχνολογικούς, διανοητικούς και πολιτικούς αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες που επιδρούν στην συμπεριφορά. Αυτός είναι ο λόγος που η Αγωγή Υγείας και γενικά κάθε εκπαιδευτική δραστηριότητα έχει πεπερασμένες δυνατότητες. Ο "εκπαιδευτισμός" (Educationnisme) η θεωρία του Ελβέτιου και του Κοντορσέ, που αποδίδει στην εκπαίδευση τη δύναμη να διαμορφώνει όπως θέλει τις νέες γενιές φαίνεται ότι ανήκει οριστικά στον 18ο αιώνα (Lalande 1951).

Η διαμόρφωση ή η αλλαγή της συμπεριφοράς διευκολύνεται κάτω από ορισμένες συνθήκες, που σύμφωνα με τους Festinger 1957, Miller 1973, Picharo 1975, Dignan & Carr 1981 έχουν σε γενικές γραμμές ως εξής :

- α. Η πρώτη προϋπόθεση για να πεισθούν τα άτομα να αλλάξουν συμπεριφορά είναι να τους δημιουργηθεί η επιθυμία αλλαγής. Δεν αλλάζει κανείς αν είναι ευχαριστημένος. Η προϋπόθεση αυτή υποσημαίνει τη σημασία της ενημέρωσης των ατόμων γύρω από το πρόβλημα. Όπως μάλιστα ήδη αναφέραμε, η αναγνώριση του προβλήματος από τα άτομα είναι ένας στόχος του σχεδιασμού της Αγωγής Υγείας.
- β. Τα άτομα θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν τους προτεινόμενους εναλλακτικούς τρόπους ζωής και να συγκρίνουν αυτούς με τον τρόπο ζωής που επιδιώκεται η αλλαγή του .
- γ. Οι επιτυχημένες εμπειρίες στα πρώτα βήματα της νέας προσπάθειας αλλαγής της συμπεριφοράς ενθαρρύνουν τα άτομα να συνεχίσουν την προσπάθειά τους αυτή.
- δ. Την υιοθέτηση μιας νέας συμπεριφοράς από τα άτομα ενισχύει η ενθάρρυνση της προσπάθειάς τους από τον κοινωνικό περίγυρο.
- ε. Στη διαδικασία της αλλαγής της συμπεριφοράς ευνοϊκό αποτέλεσμα



έχει η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου στη διαδικασία της Αγωγής Υγείας με συγκεκριμένες δραστηριότητες στο σχεδιασμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση. Η δράση αυτή προάγει το αίσθημα της ατομικής ευθύνης και κάνει αποτελεσματικότερη τη μάθηση.

στ. Η συμπεριφορά που το άτομο καλείται να υιοθετήσει θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τη γνώμη, τις γνώσεις, και τις αξίες του. Διαφορετικά δημιουργούνται εσωτερικές συγκρούσεις που εμποδίζουν την πραγματική αλλαγή της συμπεριφοράς.

η. Η συμπεριφορά του ατόμου κατευθύνεται από τις εσωτερικές επιδιώξεις, τους στόχους και τα κίνητρό του.

Έτσι θα πρέπει η Αγωγή Υγείας να εναρμονίζει την προτεινόμενη συμπεριφορά με τις βαθύτερες ανάγκες του ατόμου. Να αξιοποιούνται δηλαδή τα θετικά και αρνητικά ελατήρια (Ρούσσου 1967).

θ. Το άτομο πρέπει να τιμά και να αντιμετωπίζει με αξιοπιστία τους φορείς της Αγωγής Υγείας. Αυτό, προκειμένου για τα πρόσωπα, σημαίνει ότι πρέπει να είναι "παραδείγματα για μίμηση". Προκειμένου για το Σύστημα Αγωγής Υγείας σημαίνει ότι θα πρέπει να πλησιάζει τον εκπαιδευόμενο κερδίζοντας την εμπιστοσύνη του. Αυτός είναι ο πιο σημαντικός λόγος που το Σύστημα Αγωγής Υγείας πρέπει να μη ταυτίζεται με τους φορείς της εξουσίας.

### ΥΠΙ. Μ έ θ ο δ ο ι , Α γ ω γ ή ς Υ γ ε ί α ς .

Η Αγωγή Υγείας προκειμένου να πετύχει τους σκοπούς της χρησιμοποιεί μια σύνθεση πολλαπλών μεθόδων (WHO 1981):

α. Στη σωματική, πνευματική, κοινωνική συνιστώσα της υγείας.

β. Στις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του πληθυσμού - στόχου.

γ. Στο ιδιαίτερο κάθε φορά περιεχόμενο της Αγωγής Υγείας.

Μπορεί κανείς να διακρίνει σχηματικά τις "γνωστικές μεθόδους" Αγωγής

υγείας και τις μεθόδους που "βασίζονται σε δράση".

Στην πράξη βέβαια οι δύο αυτές μέθοδοι δεν διαφορίζονται πάντα.

α) Γνωστικές Μέθοδοι (WHO 1979)

Η ενημέρωση γύρω από την υγεία είναι η "αναγκαία" αλλά όχι και η "ικανή" προϋπόθεση για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς. Παλαιότερα η ενημέρωση γύρω από το ανθρώπινο σώμα και γύρω από τους παράγοντες που απειλούν την υγεία, ήταν η αποκλειστική σχεδόν μέθοδος Αγωγής Υγείας. Σήμερα, κατά τη χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής, δίνεται έμφαση στη συσχέτιση των ασθενειών με τους διάφορους κοινωνικούς οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που τις επηρεάζουν και στην ανάπτυξη στο άτομο της δυνατότητας να επιλέγει υγιεινότερους τρόπους ζωής.

β) Μέθοδοι που βασίζονται σε δράση.

Οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούν όλες τις νέες τεχνικές της εκπαίδευσης, όπως ανάλυση κειμένων, συγκέντρωση επιδημιολογικών στοιχείων, άμεση και έμμεση παρατήρηση, εκθέσεις, διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, συζητήσεις προβλημάτων, δραστηριότητες για αλλαγή περιβάλλοντος. Εξαιρετικά σημαντικός είναι ο ρόλος του αθλητισμού τόσο στην υγιή σωματική ανάπτυξη, όσο και στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη (Woesler - Panafieu 1984).

Η συμπεριφορά σχετικά με την υγεία διαμορφώνεται στην πορεία της κοινωνικοποίησης του ατόμου. Η διευκρίνηση αξιών και συνηθειών επιτυγχάνεται, συνήθως χωρίς να γίνεται συνειδητό, στο σπίτι ή στο στενό περιβάλλον του ατόμου με το παράδειγμα ή με τη συζήτηση ή με το παίξιμο ρόλου. Έτσι στη σύνθετη αυτή εκπαιδευτική διαδικασία σημαντικός είναι ο ρόλος των γονέων.

Οι σύγχρονες μέθοδοι αγωγής υγείας αξιοποιούν τη δυνατότητα που έχουν οι γονείς να συμβάλουν στην υιοθέτηση υγιεινής συμπεριφοράς των παιδιών

από πολύ νωρίς. Η Αγωγή Υγείας στην Κοινότητα με τους σύγχρονους θεσμούς, όπως τα "σχολεία γονέων", τα συμβουλευτικά κέντρα, τα "Προγράμματα στο σπίτι", κ.α., στοχεύει αυτό ακριβώς (Kickbusch 1983).

### ΥΙΙΙ. Π ο ι ο ί α σ κ ο ύ ν τ η ν Α γ ω γ ή Υ γ ε ί α ς Ο ρ ό λ ο ς τ ω ν γ ι α τ ρ ώ ν.

Όπως αναλύθηκε, η Αγωγή Υγείας είναι μια σύνθετη διαδικασία. Αυτό προσδιορίζει τα πολλαπλά προσόντα των ατόμων που ασκούν την Αγωγή Υγείας. Δεν αρκεί η γνώση ιατρικής και υγιεινής, είναι απαραίτητη η γνώση και η εμπειρία στους τομείς των επιστημών της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς, καθώς και η προηγούμενη άσκηση στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων της Αγωγής Υγείας (W.H.O. 1979 ).

Τα προσόντα αυτά θα πρέπει βέβαια να έχουν όλοι οι ειδικοί, όσο δηλαδή απασχολούνται αποκλειστικά στο σχεδιασμό και εκτέλεση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα. Ανάλογα όμως προσόντα πρέπει να έχουν οι γιατροί, κύρια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και οι δάσκαλοι που θα ασκήσουν την Εκπαίδευση Υγείας.

Η Αγωγή Υγείας δεν είναι αποκλειστική υπόθεση των γιατρών, που εξάλλου συνήθως στερούνται αρκετών από τα πιο πάνω προσόντα. Ο ρόλος όμως των γιατρών στο σύστημα της Αγωγής Υγείας είναι σημαντικός, αν και όχι αποκλειστικός :

- α) Στον καθορισμό της επιστημονικής βάσης και του περιεχομένου της Αγωγής Υγείας (W.H.O. 1979)
- β) Σ την άσκηση Αγωγής Υγείας, στα πλαίσια της εφαρμογής κύρια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (W.H.O. 1963).
- γ) Στην εκπαίδευση των δασκάλων και όσων θα ασκήσουν την Αγωγή Υγείας (W.H.O. 1973).

δ) Στη συμμετοχή σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Κοινότητα, με ειδικό ρόλο και υποχρεώσεις (W.H.O. 1979).

ΙΧ. Δυσκολίες στην επιτυχία  
Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Αναφέραμε ήδη ότι οι δυνατότητες της Αγωγής Υγείας στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς είναι πεπερασμένος. Αλλά και οι δυνατότητες αυτές δεν αξιοποιούνται στο μέγιστο βαθμό. Οι δυσκολίες στην ανάπτυξη των προγραμμάτων Υγείας και οι συνηθέστεροι λόγοι αποτυχίας τους περιγράφονται σε σχετική αναφορά της Π.Ο.Υ. (W.H.O. 1974) και σε συστάσεις του Συμβουλίου Εκπαίδευσης των Η.Π.Α. (1981) και είναι οι επόμενοι :

- α) Υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων της Αγωγής Υγείας.
- β) Χαμηλή προτεραιότητα στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας στους Εθνικούς προϋπολογισμούς, με συνέπεια ανεπαρκή κρατική φροντίδα για την Αγωγή Υγείας (Smith 1979).
- γ) Τεμαχισμός των υπηρεσιών Αγωγής Υγείας που πιθανόν να υπάρχουν και έλλειψη σύνδεσης των δραστηριοτήτων που τυχόν αναπτύσσονται.
- δ) Έλλειψη ενεργού συμμετοχής στο σχεδιασμό της Αγωγής Υγείας, των πραγματικά ενδιαφερομένων, δηλαδή των εκπαιδευόμενων.
- ε) Μη ανταπόκριση του περιεχόμενου της Αγωγής Υγείας στις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των εκπαιδευόμενων, όπως αυτά διαμορφώνονται σύμφωνα με την ηλικία και το περιβάλλον που ζουν.
- στ) Έλλειψη κατάλληλων εκπαιδευτικών, υλικοτεχνικής υποδομής και πόρων (WHO 1969).

ΦΟΡΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑΑ. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Η δραστηριότητα του Υπουργείου Υγείας στο χώρο της Αγωγής Υγείας άρχισε το 1928 με τη σύσταση "Γραφείου Δημοσιότητας και Προπαγάνδας" σύμφωνα με το Β.Δ. 10/12/28 ΦΕΚ 282 Α'. Το 1939 (Β.Δ.2/6/39 ΦΕΚ 217 Α) δημιουργήθηκε "Τμήμα Δημοσιότητας, Υγειονομικής Στατιστικής και Προπαγάνδας" και το 1952 (Δ.2032) "Υπηρεσία Διαφωτίσεως" που λειτούργησε σαν Διεύθυνση του Υπουργείου μέχρι το 1977 οπότε με το Π.Δ. 544/25-6-77 ενσωματώθηκε στη "Διεύθυνση Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων". Η Υπηρεσία η υπεύθυνη για την Αγωγή Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ασκεί τη δραστηριότητά της μέσω των υγειονομικών κέντρων, των αγροτικών ιατρείων της Υγειονομικής Σχολής κλπ. Η δραστηριότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στο χώρο της Αγωγής Υγείας δεν ήταν ποτέ ιδιαίτερα έντονη, με εξαίρεση ίσως τη χρονική περίοδο μετά το 1978. Αναπτύχθηκαν τότε αξιόλογες πρωτοβουλίες, κύρια με χρήση της τηλεόρασης, που αφορούσαν την παχυσαρκία, τη διατροφή, το κάπνισμα και την υγιεινή του σώματος. Από το 1982 αναπτύσσονται ολοκληρωμένες προσπάθειες σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα ναρκωτικά.

Η "Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής" του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας έχει ξεκινήσει μια αξιόλογη προσπάθεια στο χώρο της Εκπαίδευσης Υγείας. Συγκεκριμένα πρόκειται για μια πειραματική εφαρμογή ενός προγράμματος Εκπαίδευσης Υγείας, στη στοιχειώδη εκπαίδευση. Το πρόγραμμα αυτό έχει σαν βάση το αντίστοιχο της Αγγλίας για παιδιά 5-13 ετών.

Β. Υπουργείο Παιδείας

Η βασική δραστηριότητα του Υπουργείου Παιδείας, σχετικά με τη σχολική Εκπαίδευση Υγείας, θα αναλυθεί στη συνέχεια, σε ειδική ενότητα και με λεπτομέρειες. Το Υπουργείο Παιδείας έχει αναπτύξει μια σημαντική δραστηριότητα στο χώρο της Αγωγής Υγείας, στα πλαίσια του θεσμού της "Λαϊκής Επιμόρφωσης".

Ο θεσμός της "Λαϊκής Επιμόρφωσης" έχει τις ρίζες του στο Ν.Δ. 3094/54 "περί μέτρων προς καταπολέμησιν του αναλφαβητισμού". Το Ν.Δ. συμπληρώθηκε από το Β.Δ. 442/65, ενώ με το Π.Δ. 147/76 συγκροτήθηκε η Κεντρική Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης. Με την Υπουργική απόφαση 324892. 6.4.82, ΦΕΚ 213 και με τον Κανονισμό Λαϊκής Επιμόρφωσης 390.2/143/Γ5/35 28.9.1982 ΦΕΚ 826 ο θεσμός της "Λαϊκής Επιμόρφωσης" γίνεται ένας μοχλός για την ατομική και συλλογική ανάπτυξη τόσο στον μορφωτικό, όσο και στον κοινωνικό - οικονομικό τομέα. Οι στόχοι, οι μέθοδοι, το αποκεντρωμένο οργανωτικό πλαίσιο που βασίζεται στη λαϊκή συμμετοχή, κάνουν τη Λαϊκή Επιμόρφωση την πιο προχωρημένη εκπαιδευτική διαδικασία στη χώρα μας. Σύμφωνα με τον απολογισμό του 1981 σχετικά με την υγεία οργανώθηκαν από τις ΝΕΛΕ\* 69 τμήματα που κάλυψαν 2219 ώρες. Τα παρακολούθησαν 564 άνδρες και 660 γυναίκες. Επίσης οι ΝΕΛΕ οργάνωσαν το ίδιο έτος 428 μεμονωμένες εκδηλώσεις με θέματα υγείας που κάλυπταν 854 διδακτικές ώρες και τα παρακολούθησαν 14.503 άτομα. Ανάλογα τμήματα και εκδηλώσεις οργανώθηκαν από τα Κέντρα Επιμόρφωσης. Οι αριθμοί των ατόμων που παρακολούθησαν τα τμήματα και τις εκδηλώσεις για σχετικά με την υγεία θέματα, δείχνουν ότι υπάρχει ενδιαφέρον του πληθυσμού γι'αυτά. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι στην "Κεντρική Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης" μετέχει εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που εισηγείται για θέματα υγείας.

#### Γ. Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.

Το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης διαθέτει την Υπηρεσία Πολιτικής Σχεδιάσεως. Η υπηρεσία αυτή αναπτύσσει δραστηριότητες αγωγής υγείας με ειδικές εκπομπές από τα μέσα ενημέρωσης.

#### Δ. Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.

Το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας είναι το πρώτο που εφάρμοσε προγράμματα

\* ΝΕΛΕ : Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης.

Αγωγής Υγείας στη χώρα μας. Σήμερα ασκεί Αγωγή Υγείας προς τους στρατευμένους σχεδόν αποκλειστικά.

Την αγωγή ασκούν κύρια οι υγειονομικοί αξιωματικοί των ενόπλων δυνάμεων

#### Ε. Υπουργείο Εργασίας

Το Υπουργείο Εργασίας διαθέτει κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες τις Επιθεωρήσεις Εργασίας. Αυτές έχουν σκοπό, τον έλεγχο των συνθηκών εργασίας και την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης με σκοπό την πρόληψη των ατυχημάτων και των επαγγελματικών νόσων.

Οι υπηρεσίες όμως αυτές περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά, στον πρώτο σκοπό τους. Ο ΟΑΕΔ εξάλλου, αναπτύσσει κατά καιρούς, προγράμματα Αγωγής Υγείας.

#### ΣΤ. Υπουργείο Γεωργίας

Από το 1950 καθιερώθηκε στο Υπουργείο Γεωργίας με το Β.Δ. 1547/50 η εξωσχολική επιμόρφωση του αγροτικού πληθυσμού. Το πρόγραμμα που ονομάστηκε "Πρόγραμμα Οικιακής Οικονομίας" καλύπτει βασικά θέματα που έχουν σχέση με τη ζωή και την υγεία των μελών της αγροτικής οικογένειας. Σχετικά με την υγεία τα θέματα αφορούν τη σωστή διατροφή, την ατομική υγιεινή, την προστασία του περιβάλλοντος, τις οικογενειακές σχέσεις, την ανάπτυξη του παιδιού, τη βελτίωση της αγροτικής κατοικίας κ.α.

Στο πρόγραμμα αυτό απασχολούνται αποκεντρωμένα 286 υπάλληλοι, πτυχιούχοι ανωτάτων σχολών Οικιακής Οικονομίας. Η δραστηριότητά τους αναπτύσσεται με επισκέψεις στις κοινότητες και οργανώσεις τακτικών συγκεντρώσεων, συζητήσεων, ομιλιών στον πληθυσμό.

Συχνά οι υπάλληλοι αυτοί του Υπουργείου Γεωργίας επισκέπτονται αγροτικά νοικοκυριά και συζητούν τα προβλήματα με τα μέλη τους.

Το Υπουργείο Γεωργίας, μέσω της Κεντρικής Υπηρεσίας του Προγράμματος αγροτικής οικονομίας, οργανώνει ενημερωτικές εκπομπές από τα μέσα

ενημέρωσης, επίσης διαθέτει κατάλληλο έντυπο υλικό από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του.

Εκτός από τα παραπάνω Υπουργεία κατά καιρούς ασκούν Αγωγή Υγείας και άλλα όπως το Υπουργείο Εμπορίου, το Υπουργείο Προεδρίας κλπ. Θα πρέπει επίσης να αναφέρει κανείς διάφορες προσπάθειες που γίνονται στον τομέα αυτό από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, από επιστημονικές εταιρίες όπως την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, την Ελληνική Εταιρία Διατροφής, την Εταιρία Κοινωνικής Ιατρικής, την Εταιρία Υγιεινής και Επιδημιολογίας, την Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής, την Ακτινολογική Εταιρία κλπ.

Αξιόλογες τέλος είναι οι διαστηριότητες Αγωγής Υγείας που γίνονται από τα Εργαστήρια Υγιεινής Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων και Πάτρας.

Οι διαστηριότητες αυτές δεν περιορίζονται στη σχετική εκπαίδευση των φοιτητών αλλά περιλαμβάνουν και πρωτοβουλίες στην κοινότητα.

Κοινό χαρακτηριστικό των προσπαθειών που γίνονται από κρατικούς ή μη φορείς είναι η έλλειψη συντονισμού, σχεδιασμού, συνέχειας, συνέπειας και αξιολόγησης.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α'

ΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ

ΣΧΟΛΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Θέματα υγείας περιέχονται στα αναλυτικά προγράμματα κάθε τάξης της στοιχειώδους εκπαίδευσης. Στις δύο πρώτες τάξεις τα θέματα αυτά περιέχονται στο μάθημα της μελέτης του περιβάλλοντος, ενώ στις επόμενες τάξεις στο μάθημα των φυσιγνωστικών.

Στην ΣΤ' τάξη υπάρχει ολόκληρη ενότητα που αφορά το ανθρώπινο σώμα, την ανατομία και φυσιολογία του. Στο σημερινό αναλυτικό πρόγραμμα της στοιχειώδους εκπαίδευσης, μπορούμε να παρατηρήσουμε αρκετά θετικά στοιχεία, αλλά και ορισμένα αρνητικά.

α) Παρουσιάζονται γνώσεις υγείας που αφορούν πολλά και διαφορετικά θέματα. Οι γνώσεις αυτές συνήθως δεν δίνουν μια ολοκληρωμένη αντίληψη του θέματος. Εξάλλου γνώσεις από μερικά απαραίτητα θέματα απουσιάζουν τελείως από το πρόγραμμα.

β) Τις γνώσεις που παρέχονται δεν τις διακρίνει συνέχεια. Έτσι υπάρχουν σημαντικές επικαλύψεις και επαναλήψεις.

γ) Η επιλογή των θεμάτων σε κάθε τάξη δεν φαίνεται να έχει γίνει με βάση τις συγκεκριμένες εμπειρίες, ανάγκες και απορίες του μαθητή της ηλικίας αυτής.

δ) Φαίνεται ότι έχουν αγνοηθεί τελείως οι ειδικές ανάγκες ορισμένων μαθητών, όπως αυτές διαμορφώνονται από το κοινωνικό πλαίσιο που ζουν.

ε) Με εξαίρεση τις δύο πρώτες τάξεις, τα θέματα που θίγονται επιδιώκουν να δώσουν έτοιμη γνώση για απομνημόνευση και όχι να προβληματίσουν το μαθητή και να τον ενεργοποιήσουν σε υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

στ) Τα θέματα υγείας δεν παρουσιάζονται οργανικά δεμένα με άλλα θέματα, που αφορούν το περιβάλλον, τους φυτικούς και ζωϊκούς οργανισμούς και τα φυσικά φαινόμενα.

ζ) Ο τρόπος που παρέχονται τα θέματα αυτά δεν φαίνεται να είναι ελκυστικός με εξαίρεση ίσως τα θέματα των Α, Β τάξεων. Επίσης δεν συνοδεύεται η προσέγγιση των θεμάτων υγείας με χρήση εποπτικών μέσων, με ανάπτυξη δραστηριοτήτων υγιεινής κλπ.

## 2. Μ Ε Σ Η      Ε Κ Π Α Ι Δ Ε Υ Σ Η

### I. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΑΙ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

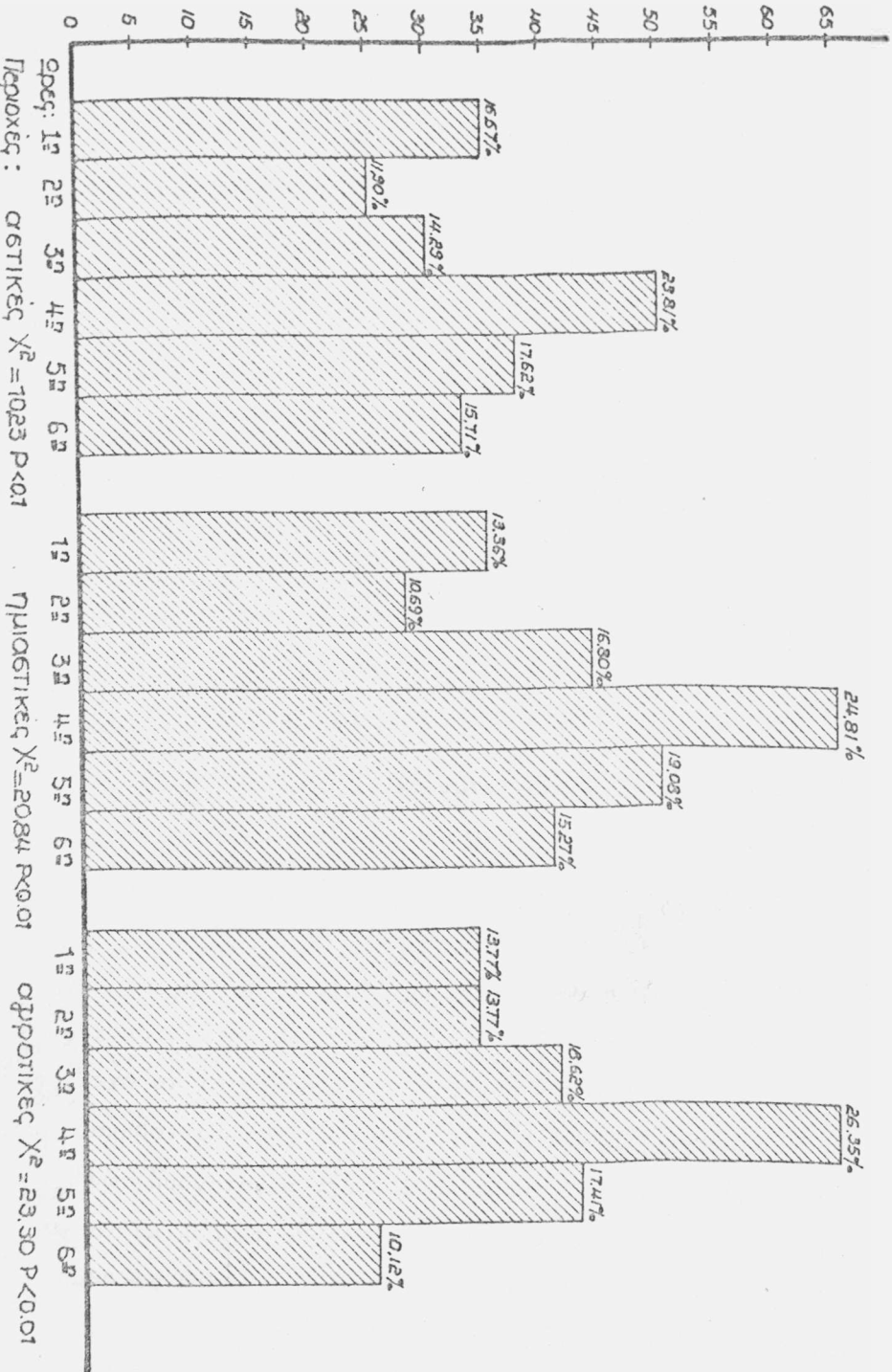
Σχετικά με την υγεία μαθήματα στη μέση εκπαίδευση μπορούν να θεωρηθούν τα επόμενα:

- α) Ανθρωπολογία : Διδάσκεται στο Α' τετράμηνο της Β' Γυμνασίου, 2 ώρες την εβδομάδα.
- β) Βιολογία : Διδάσκεται στην Γ' Γυμνασίου, 1 ώρα την εβδομάδα για όλο το σχολικό έτος.
- γ) Υγιεινή - Ανθρωπολογία, διδάσκονται στη Β' Λυκείου, 1 ώρα την εβδομάδα για όλο το σχολικό έτος.
- δ) Βιολογία διδάσκεται στην Γ' Λυκείου, 1 ώρα την εβδομάδα για όλο το σχολικό έτος.

Στα πλαίσια της ειδικής έρευνας αυτής ζητήθηκε το ωρολόγιο πρόγραμμα σε 254 σχολεία (134 γυμνάσια, 120 λύκεια) από διάφορες περιοχές της χώρας, προκειμένου να μελετηθεί ποιές ώρες διδάσκονται τα σχετικά με την υγεία μαθήματα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις σχηματίστηκαν οι κατανομές στα σχήματα 1,2,3,4. Παρατηρούμε ότι η κατανομή των ωρών για τα μαθήματα της υγείας, δεν είναι τυχαία. Με τη δοκιμασία  $\chi^2$  της ομοιογένειας (Armitage 1970 Τριχόπουλος 1971) η διαφορά βρέθηκε στατιστικά σημαντική για όλα τα μαθήματα.

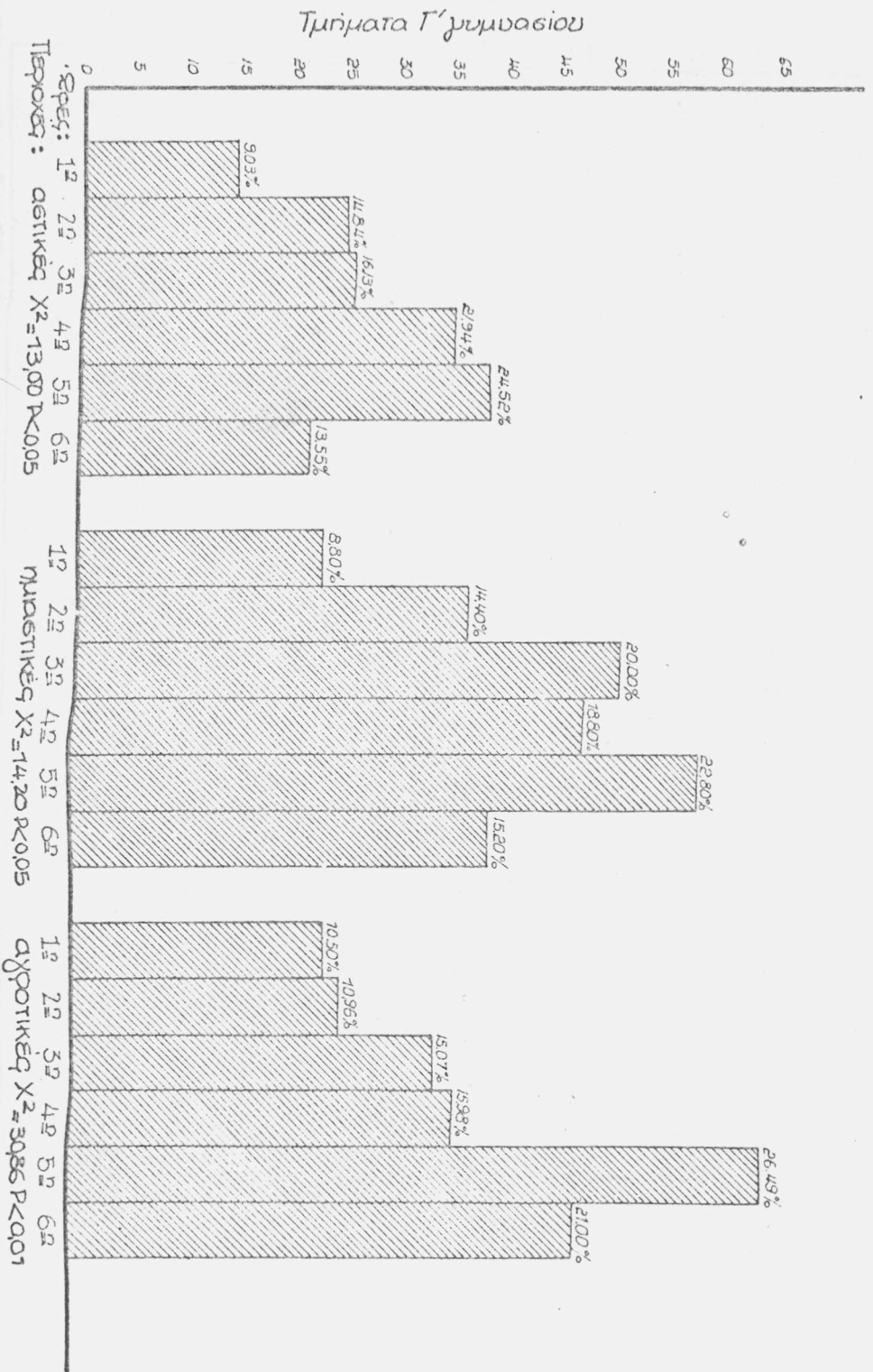
Παρατηρούμε ότι στη Β' Γυμνασίου, η Ανθρωπολογία διδάσκεται περισσότερο την 4η ώρα, στην Γ' Γυμνασίου, η Βιολογία διδάσκεται περισσότερο την

### Τμήματα Β' Γυμνασίου

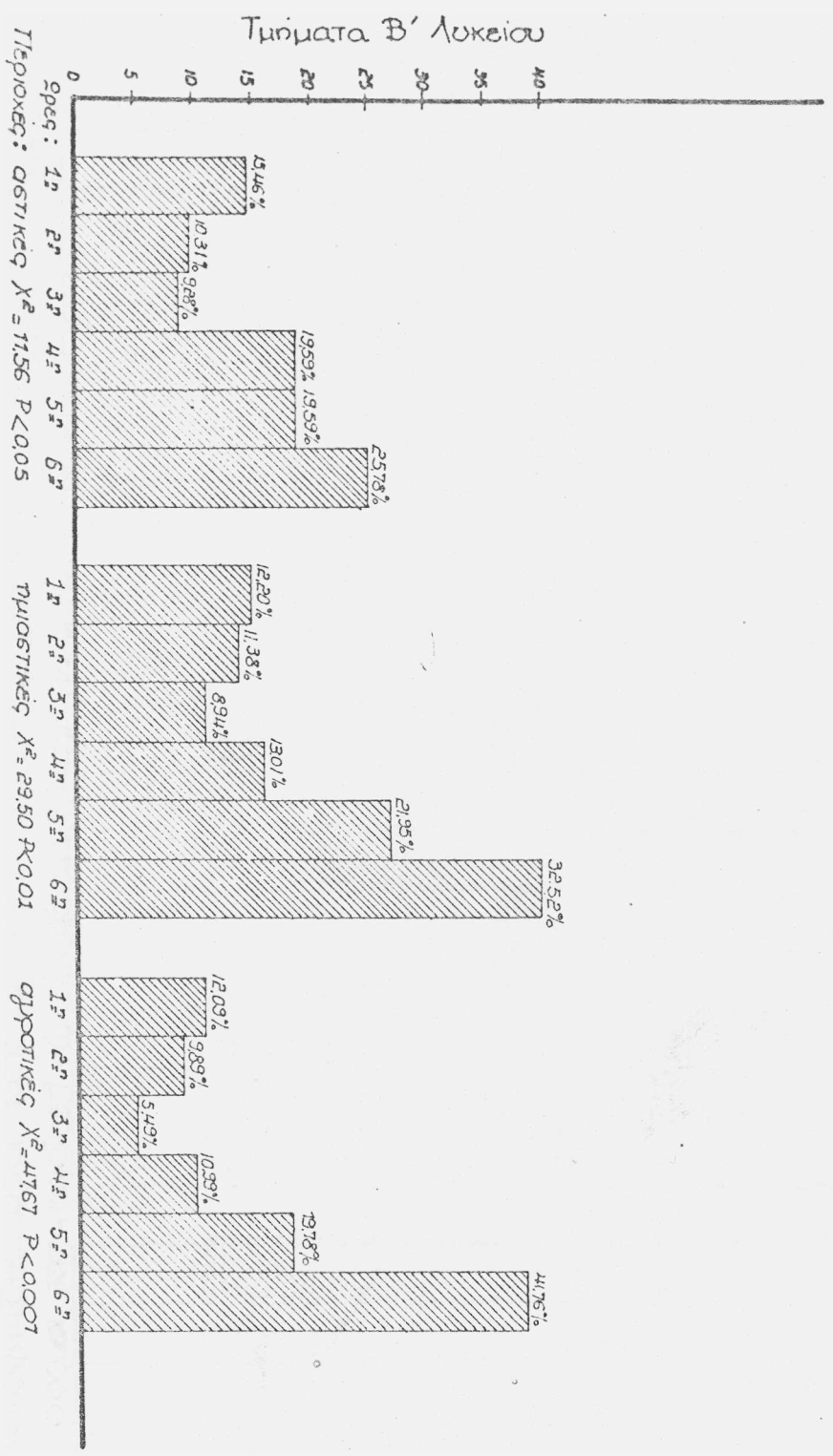


**Σχ. 1.** Κατανομή των ωρών που διδασκεται η Ανθρωπολογία στη Β' τάξη 719 τμημάτων 134 γυμνασίων αετικών, ημιαετικών & αγροτικών περιοχών

**Σχ. 2.** Κατανομή των ωρών που δίδασκεται η Βιολογία στο Γ΄ τάξη 624 τμημάτων 134 γυμνασίων αστικών, ημιαστικών κ; αγροτικών περιοχών της χώρας.

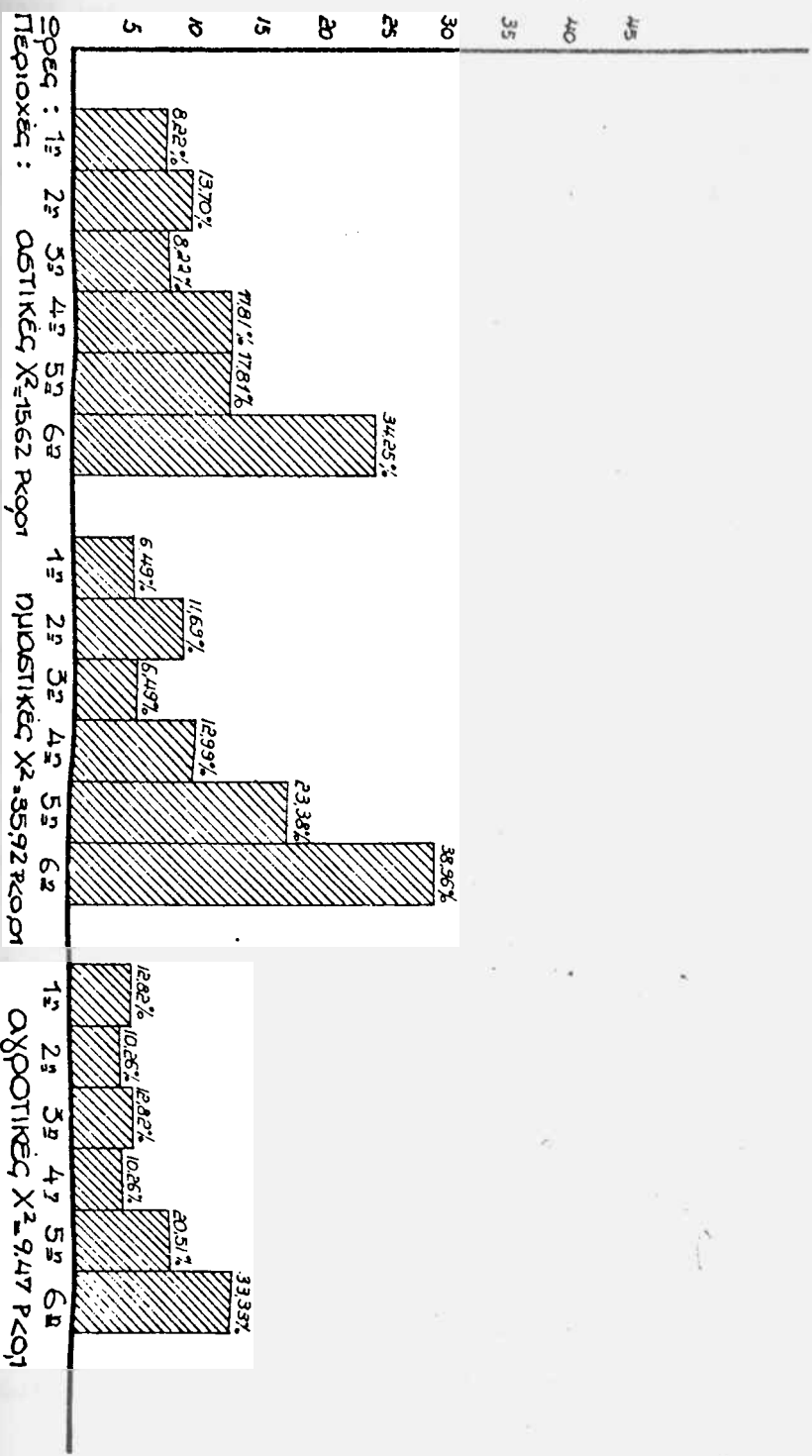


Σχ. 5. Κατανομή των ωρών που δίδεται η Ανθρωπολογία στο Β' τμήμα 311 Τμήμα 120 Λυκείου αστικών, ημιαστικών κ' αγροτικών περιοχών.



### Τμήματα Γ' Λυκείου

Σχ. 4 • Κατανομή των ωρών που διδάσκονται η Βιολογία στο Γ΄ τάξη 189 τμημάτων 120 Λυκείων αστικών, ημιαστικών, ή αγροτικών περιοχών της χώρας.



5η ώρα, στην Β΄ και Γ΄ Λυκείου τα αντίστοιχα μαθήματα διδάσκονται περισσότερο την τελευταία ώρα.

Αν η επιλογή της ώρας διδασκαλίας θεωρηθεί σαν ένας αδρός δείκτης της αξιολόγησης του μαθήματος από τους διδάσκοντες, μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι τα σχετικά με την υγεία μαθήματα κατέχουν μια θέση, στην κλίμακα της αξιολόγησης αυτής, κάπου στη μέση, στη Β΄ Γυμνασίου. Αντίθετα στο Λύκειο τα μαθήματα αυτά κατεβαίνουν στις τελευταίες θέσεις (σχ. 1,2,3,4).

### 3. ΟΙ ΕΠΙΔΟΣΕΙΣ ΣΤΑ "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ" ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΛΛΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ.

#### Ι. Η βαθμολόγηση σαν μέσο αξιολόγησης του μαθητή.

Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις της παιδαγωγικής, η αξιολόγηση του μαθητή, θα πρέπει να υπηρετεί τη μάθηση, τον κύριο δηλαδή στόχο της εκπαίδευσης. Η αξιολόγηση θα πρέπει να φορά μια σειρά από ιδιότητες, ποιότητες ή καταστάσεις του αξιολογούμενου. Θα πρέπει δηλαδή να εκφράζει μα αριθμητικά δεδομένα, υπεύθυνα και με ευθυκρισία τη νοημοσύνη, την ικανότητα για μάθηση, την προσωπικότητα, την κοινωνική προσαρμογή, την καταβαλλόμενη προσπάθεια και τις γνώσεις του μαθητή (Φράγκος 1977, Παντελίδης 1979, Βώκος 1980).

Το σημερινό σύστημα της βαθμολόγησης των μαθητών στοχεύει όχι στην ολοκληρωμένη αξιολόγηση της προσωπικότητας του μαθητή αλλά στην αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης και επιμέλειάς του. Το σχετικό Π.Δ. 420 αναφέρει χαρακτηριστικά : "Έκαστος των διδασκόντων είναι υπεύθυνος δια την ορθή και δικαία αξιολόγηση της επιδόσεως και επιμέλειας των μαθητών, εις το υπ'αυτού διδασκόμενο μάθημα". Η σχολική όμως επίδοση είναι μέρος αυτών που πρέπει να αξιολογούνται (Ζωγράφος και Χαλιώτης 1981).

Ειδικά στα δευτερεύοντα μαθήματα, η αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης



ταυτίζεται με την αξιολόγηση της ικανότητας του μαθητή να απομνημονεύσει έστω και επιφανειακά, μια σειρά πληροφοριών που στην "κατάλληλη στιγμή" (εξετάσεις) θα πρέπει να ανακαλέσει (μηχανική απομνημόνευση). Στα πρωτεύοντα (θεωρητικά) φιλολογικά μαθήματα, η βαθμολόγηση της σχολικής επίδοσης αφορά και κάποια αξιολόγηση της ικανότητας σωστής χρήσης της γλώσσας, φαντασίας, κρίσης, ευρύτητας ιδεών και απόδοσης νοημάτων. Η βαθμολόγηση της επίδοσης στα θετικά μαθήματα αφορά μια ουσιαστικότερη αξιολόγηση της κριτικής ικανότητας και της ικανότητας να επισημαίνει ο μαθητής σχέσεις αιτιακές (Πολυχρονόπουλος 1980).

Τα μαθήματα τα σχετικά με την υγεία, θα πρέπει να στοχεύουν στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς του ατόμου απέναντι στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και στις υπηρεσίες υγείας. Μέσα σ' αυτή την προοπτική θα πρέπει να εντάσσεται η γνώση και η κατανόηση βασικών αρχών δομής και λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος και βασικών βιολογικών φαινομένων. Έτσι η αξιολόγηση του μαθητή θα πρέπει να γίνεται κύρια με βάση τη συμμόρφωση της συμπεριφοράς του, σύμφωνα με τους σκοπούς του μαθήματος. Να μην εξαντλείται δηλαδή στα πλαίσια μιας εξέτασης αλλά να είναι μια διαρκής, σύνθετη διαδικασία ενσωματωμένη στη διαδικασία της μάθησης.

Με βάση τα παραπάνω παρουσιάζουμε στη συνέχεια τις επιδόσεις μαθητών στα μαθήματα τα σχετικά με την υγεία, συγκριτικά με άλλα. Σαν "μαθήματα υγείας" χαρακτηρίζουμε την Ανθρωπολογία. (Β' Γυμνασίου και Β' Λυκείου) και τη Βιολογία (Γ' Γυμνασίου και Γ' Λυκείου).

## II. Υλικό - Μέθοδος

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής ζητήθηκαν από την αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Παιδείας οι επιδόσεις σε όλα τα μαθήματα κατά το σχολικό έτος 1981 - 82, 941 μαθητών και 1005 μαθητριών των τάξεων Β', Γ' Γυμνασίου και Β' Λυκείου, 5 αντιπροσωπευτικών σχολείων, μέσης εκπαίδευσης

Συγκεκριμένα επιλέχθηκαν ένα σχολείο αγροτικής περιοχής (Ψαχνά Εύβοιας) ένα ημιαστικής (Λαμία) και τρία σχολεία της Αθήνας. Τα τρία σχολεία της Αθήνας αντιστοιχούν σε τρεις διαφορετικής κατ'εκτίμηση κοινωνικο-οικονομικής σύνθεσης πληθυσμούς, δηλαδή ένα αντιστοιχεί σε μεσοαστικό πληθυσμό (26ο Αθήνας) ένα σε εργατικό πληθυσμό (Νίκαια) ενώ ένα είναι ιδιωτικό σχολείο για παιδιά οικογενειών με υψηλό εισόδημα.

Ο αριθμός (N) των μαθητών και μαθητριών κατά τάξη και σχολείο παρουσιάζονται στον πίνακα 1 .

Με βάση τις επιδόσεις αυτές υπολογίστηκαν ο γενικός μέσος όρος της βαθμολογίας κάθε μαθητή, και οι μέσοι όροι της βαθμολογίας του στα πρωτεύοντα θεωρητικά (Αρχαία, Νέα Ελληνικά) και θετικά (Μαθηματικά, Φυσική, Χημεία) μαθήματα. Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές  $\bar{X}$  και σταθερές αποκλίσεις (S.D.) των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" κατά φύλο, τάξη και σχολείο. Επίσης υπολογίστηκαν κατά φύλο και τάξη, για το σύνολο των σχολείων οι μέσες τιμές, σταθερές αποκλίσεις, συντελεστές μεταβλητότητας (C.V.) των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας", στα θετικά μαθήματα, στα θεωρητικά μαθήματα, και του γενικού μέσου όρου. Οι μέσες τιμές των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" συγκρόθηκαν με τις μέσες τιμές των θεωρητικών και των θετικών μαθημάτων και του γενικού μέσου όρου. Για τη σύγκριση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Student (T-Test) (Armitage 1970, Τριχόπουλος 1971).

Επίσης προκειμένου να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" και στα θεωρητικά ή θετικά μαθήματα, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία συσχέτισης Pearson. Συγκεκριμένα υπολογίστηκαν ο συντελεστής συσχέτισης (r) και ο συντελεστής εξάρτησης B (Schwartz & Lazar 1964).

### III. Αποτελέσματα

Στον πίνακα I παρουσιάζονται οι μέσες τιμές βαθμολογίας των "μαθημάτων

Υγείας" κατά τάξη και σχολείο, στα δύο φύλα. Παρατηρούμε ότι ψηλότερες μέσες τιμές βαθμολογίας υπάρχουν στην Ιόνειο Σχολή (Ιδιωτικό εκπαιδευτήριο). Υψηλότερες είναι οι τιμές στην Γ' Γυμνασίου, συγκριτικά με τη Β<sup>2</sup>, ενώ ακόμη υψηλότερες είναι στη Β' Λυκείου. Όπως φαίνεται από τους πίνακες I και II τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές βαθμολογίας στα "μαθήματα υγείας συγκριτικά με τα θεωρητικά και τα θετικά μαθήματα. Η διαφορά είναι πολύ σημαντική για όλες τις τάξεις και για τα δύο φύλα. Μεγαλύτερη είναι η διαφορά μεταξύ "μαθημάτων υγείας", και θετικών μαθημάτων, παρά μεταξύ "μαθημάτων υγείας και θεωρητικών μαθημάτων. Επίσης η διαφορά είναι μεγαλύτερη στη Γ' Γυμνασίου συγκριτικά με την Β' Γυμνασίου, ενώ ακόμα μεγαλύτερη είναι στη Β' Λυκείου.

Όπως από τους πίνακες II και III φαίνεται, οι μέσες τιμές των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" και στα δύο φύλα δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τις τιμές του γενικού μέσου όρου, της Β<sup>1</sup> και Γ<sup>1</sup> Γυμνασίου. Αντίθετα οι μέσες τιμές στα "μαθήματα υγείας" υπερβαίνουν τις τιμές του γενικού μέσου όρου στη Β<sup>1</sup> Λυκείου, η διαφορά μάλιστα είναι στατιστικά πολύ σημαντική.

Συγκρίνοντας τη σχέση των επιδόσεων στα θετικά και στα θεωρητικά μαθήματα με τις επιδόσεις στα "μαθήματα υγείας" παρατηρούμε από τις αντίστοιχες τιμές του  $r$  ότι αυτή είναι στατιστικά πολύ σημαντική (πίνακας VI, V) και στα δύο φύλα ( $P < 0,001$ ). Στη Β<sup>1</sup> και Γ<sup>1</sup> γυμνασίου, και στα δύο φύλα, οι επιδόσεις των μαθητών στα "μαθήματα υγείας" παρουσιάζουν λίγο μεγαλύτερη συσχέτιση με τις επιδόσεις στα θετικά μαθήματα συγκριτικά με τα θεωρητικά. Αντίθετα στη Β<sup>1</sup> λυκείου η συσχέτιση των επιδόσεων μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θεωρητικών μαθημάτων είναι σαφώς μεγαλύτερη της συσχέτισης μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θετικών μαθημάτων.



Πίνακας ΙΙ : Μέσες τιμές επιδόσεων μαθητών Μ.Ε. σε μαθήματα υγείας και διαγωγής στο τις μέσες τιμές στα θεωρητικά και θετικά μαθήματα και από το γενικό μέσο όρο.

Τάξη	Μαθήματα Υγείας				Μαθήματα Θεωρητικά				Μαθήματα Θετικά				Μέσος όρος Γενικός						
	N	$\bar{M}$	SD	CV	$\bar{M}$	SD	CV	t	P	$\bar{M}$	SD	CV	t	P	$\bar{M}$	SD	CV	t	P
Β' Γυμνασ.	308	14,27	2,88	20,15	13,27	2,64	19,87	4,49	0,01	13,23	2,70	20,39	4,62	0,01	14,25	2,09	14,67	0,10	NS
Γ' Γυμνασ.	278	14,60	2,90	19,83	13,48	2,50	18,53	5,23	0,01	13,36	2,55	19,09	5,35	0,01	14,35	2,25	15,66	1,14	NS
Β. Δικαίου	355	16,40	2,13	12,99	14,09	2,34	16,59	13,75	0,01	13,23	2,85	21,54	16,75	0,01	14,94	2,03	13,57	9,35	0,01
Σύνολο	941	15,17	2,79	18,42	13,64	2,51	18,29	12,51	0,01	13,27	2,71	20,44	14,98	0,01	14,54	2,13	14,69	5,51	0,01

Πίνακας III. Μέσες τιμές επιδόσεων μαθητῶν Μ.Ε. σε μαθήματα υγείας και διασώσεις από τις μέσες τιμές στα θεωρητικά μαθήματα και από το γενικό μέσο όρο.

Τάξη	Μαθήματα Υγείας				Θεωρητικά Μαθήματα				Θετικά Μαθήματα				Γενικός Μέσος Όρος						
	N	$\bar{M}$	SD	CV	$\bar{M}$	SD	CV	t	p	$\bar{M}$	SD	CV	t	p	$\bar{M}$	SD	CV	t	p
B' Γυμνασίου	337	15,20	3,05	20,06	14,50	2,78	19,14	3,11	<0,01	13,84	2,77	20,04	6,06	<0,01	15,41	2,24	14,56	4,02	N S
Γ' Γυμνασίου	324	15,82	2,82	17,79	14,92	2,42	16,20	4,35	<0,01	13,92	2,78	19,97	8,64	<0,01	15,58	2,13	13,65	4,22	N S
B' Λυκείου	344	16,95	1,92	11,30	15,16	2,35	15,51	10,94	<0,01	13,54	2,79	20,62	18,67	<0,01	15,50	1,93	12,47	7,45	<0,01
Σύνολο 1005	16,00	2,73	17,06	14,86	2,53	17,05	9,71	<0,01	13,76	2,78	20,23	18,23	<0,01	15,49	2,10	13,57	4,69	<0,01	

ΠΙΝΑΚΑΣ IV

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ (R) ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (B)  
 Μεταξύ μεθρημάτων και α) θεωρητικών μεθρημάτων β) θετικών μεθρημάτων και γ) γενικού μέσου όρου,  
 σε 941 μεθρητές.

Τάξη	Θεωρητικά μεθρηματα		Θετικά μεθρηματα		Γενικός μέσος όρος	
	R	B	R	B	R	B
B' Γυμνασίου	0,715	0,78	0,754	0,80	0,809	1,11
Γ' Γυμνασίου	0,788	0,91	0,790	0,90	0,856	1,10
B' Λυκείου	0,686°	0,63	0,531	0,47	0,814	0,86
Σύνολο	0,724	0,81	0,666	0,69	0,813	1,06

ΠΙΝΑΚΑΣ γ  
ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ (R) και ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (B)  
μεταξύ μαθημάτων υγείας και α) θεωρητικών μαθημάτων β) βετικών μαθημάτων και  
γ) γενικού μέσου όρου σε 1005 μαθήτριες.

τάξη	Βεωρητικά μαθήματα		Βετικά μαθήματα		Γενικός μέσος όρος	
	R	B	R	B	R	B
B' Γυμνασίου	0,703	0,77	0,763	0,84	0,846	1,15
Γ' Γυμνασίου	0,655	0,76	0,665	0,67	0,792	1,05
B' Λυκείου	0,726	0,59	0,676	0,46	0,792	1,78
Σύνολο	0,684	0,74	0,653	0,64	0,781	1,01



Η συσχέτιση μεταξύ των επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" και του γενικού μέσου είναι στατιστικά πολύ σημαντική ( $P < 0,001$ ) για όλες τις τάξεις και στα δύο φύλα. Οι αντίστοιχες μάλιστα τιμές του  $r$  είναι μεγαλύτερες συγκριτικά με τις αντίστοιχες μεταξύ θεωρητικών ή θετικών μαθημάτων και "μαθημάτων υγείας".

#### IV. Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ βαθμολογίας στα "μαθήματα υγείας" και γενικού μέσου όρου βαθμολογίας. Αυτό βέβαια εξηγείται, αφού η επιτυχία υψηλών επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας" δεν απαιτεί ιδιαίτερες ικανότητες από το μαθητή συγκριτικά με τα άλλα μαθήματα, ούτε πολύ χρόνο μελέτης, ενώ τα μαθήματα είναι ευχάριστα.

Η μεγαλύτερη βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας", συγκριτικά με τη βαθμολογία στα θεωρητικά ή στα θετικά μαθήματα, σημαίνει ότι ο μαθητής ανταποκρίνεται καλύτερα στο ζητούμενο του εξεταστή. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα δύο παραγόντων που επιδρούν συνδυαστικά: α) Μικρότερη απαίτηση του εξεταστή, β) Μεγαλύτερη προσπάθεια του μαθητή. Πράγματι ο εξεταστής αυτό που ελέγχει από τον εξεταζόμενο στα "μαθήματα υγείας" είναι η απομνημόνευση (έστω και μηχανική) ορισμένων πληροφοριών. Στα θεωρητικά και στα θετικά όμως μαθήματα οι απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες, αφού αξιολογούνται πιο σύνθετες ικανότητες του μαθητή, όπως ήδη αναφέραμε. Η μεγαλύτερη προσπάθεια του μαθητή έχει πιθανά κάποια συμμετοχή στην επιτυχία μεγαλύτερων επιδόσεων στα "μαθήματα υγείας". Η μεγαλύτερη προσπάθεια είναι ίσως αποτέλεσμα μεγαλύτερου ενδιαφέροντος του μαθητή προς το μάθημα. Ενδιαφέροντος που εξηγείται, αφού ο μαθητής μέσα από τα μαθήματα αυτά περιμένει να λύσει τις απορίες του για το ανθρώπινο σώμα.

Αναφέραμε ότι η βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας" είναι υψηλότερη στις μεγαλύτερες τάξεις. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί αν θεωρήσουμε ότι οι προς απομνημόνευση πληροφορίες είναι ευκολότερες σχετικά με την απομνημονευτική ικανότητα του μαθητή που συνεχώς βελτιώνεται. Μια άλλη ενδεχόμενη εξήγηση είναι ότι αυξάνει το ενδιαφέρον του μαθητή προς τα γνωστικά αντικείμενα του μαθήματος. Δύσκολα όμως μπορεί να δικαιολογήσει κανείς το αυξημένο ενδιαφέρον στις ηλικίες 16-17 ετών συγκριτικά με τις ηλικίες 12-14 ετών.

Ο μέσος όρος βαθμολογίας των θετικών μαθημάτων διαμορφώνεται από τη βαθμολογία στη Φυσική, στη Χημεία και στα Μαθηματικά. Στο γυμνάσιο η Φυσική και η Χημεία έχουν ακόμη τον χαρακτήρα περιγραφικών μαθημάτων. Στις εξετάσεις μάλιστα ελέγχεται κύρια η μηχανική απομνημόνευση πληροφοριών. Αντίθετα στο λύκειο τα μαθήματα αυτά αποκτούν πιο σύνθετο χαρακτήρα. Στις εξετάσεις ελέγχεται πια ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και αξιολογείται η κριτική ικανότητα και η βαθύτερη κατανόηση του θέματος. Στο λύκειο επίσης αυξάνουν σημαντικά οι απαιτήσεις του εξεταστή στα μαθηματικά, αφού στις εξετάσεις ελέγχεται η ικανότητα επίλυσης συχνά ιδιαίτερα δύσκολων προβλημάτων. Αυτά έχουν σαν συνέπεια μικρότερη βαθμολογία στα θετικά μαθήματα στο λύκειο και μικρότερη συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ των "μαθημάτων υγείας" και των θετικών μαθημάτων στο λύκειο, συγκριτικά με την αντίστοιχη συσχέτιση στο γυμνάσιο. Αντίστοιχο φαινόμενο δεν παρατηρείται προκειμένου για τα θεωρητικά μαθήματα η συσχέτιση της βαθμολογίας τους με τη βαθμολογία των "μαθημάτων υγείας" αναδεικνύεται μεγαλύτερη στο λύκειο. Ατο λύκειο βέβαια οι μαθητές επιδιώκουν υψηλότερους βαθμούς προκειμένου να διευκολύνουν την εισαγωγή τους στα Α.Ε.Ι. Τα "μαθήματα υγείας" προσφέρονται για υψηλότερες επιδόσεις.

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι :

- α) Η βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας" δεν βασίζεται στην αξιολόγηση των στάσεων των μαθητών, ούτε των ιδιαίτερων ικανοτήτων τους, αλλά στην απομνημόνευση συγκεκριμένων πληροφοριών.
- β) Η βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας" είναι αρκετά υψηλή συμβάλλοντας στη διαμόρφωση υψηλών γενικών μέσων όρων.
- γ) Η βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας" αυξάνει στο λύκειο, μάλλον σαν αποτέλεσμα της αυξημένης δυνατότητας των μαθητών να απομνημονεύουν τις πληροφορίες που παρέχουν τα "μαθήματα υγείας".
- δ) Η μεγαλύτερη συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θετικών μαθημάτων συγκριτικά με αυτή μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θεωρητικών μαθημάτων, που υπάρχει στο γυμνάσιο, αντιστρέφεται στο λύκειο, όπου στα θετικά μαθήματα αυξάνουν οι απαιτήσεις των εξετάσεων.

Σε ένα σύγχρονο εκπαιδευτικό σύστημα η Εκπαίδευση Υγείας έχει σημαντική θέση εξυπηρετώντας την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των ατόμων και της κοινότητας. Στο σύστημα αυτό η αξιολόγηση του μαθητή στα σχετικά με την υγεία θέματα, θα πρέπει να πάρει ουσιοστική μορφή εξυπηρετώντας την διαδικασία της μάθησης.

## 4. ΠΟΙΟΙ ΔΙΔΑΣΚΟΥΝ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ

Στη στοιχειώδη εκπαίδευση τα σχετικά με την υγεία θέματα διδάσκονται από τους δασκάλους, που είναι εξάλλου υπεύθυνοι γενικά για την εκπαίδευση των μαθητών.

Στη μέση εκπαίδευση το ποιοί διδάσκουν τα μαθήματα της Βιολογίας και Ανθρωπολογίας - Υγιεινής καθορίζεται από την 111641/1-10-77 απόφαση του Υπουργείου Παιδείας, από την 28/14-3-79 πράξη του ΚΕΜΕ και τη Γ/1754/ 31-3-80 γνωμοδότηση της Γ. Διεύθυνσης Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω σχετικά, η διδασκαλία των μαθημάτων αυτών ανατίθεται στους καθηγητές του κλάδου Α4 Φυσικών, δηλαδή στους φυσικούς, φυσιολγώστες, χημικούς, βιολόγους και γεωλόγους. Σαν ειδικότερο κριτήριο καθορίζεται όχι το είδος της ειδικότητας ακριβώς, αλλά η υπηρεσιακή ικανότητα, η αρχαιότητα και η επιθυμία των καθηγητών.

Ας δούμε όμως τι συμβαίνει στην πράξη. Στα πλαίσια της μελέτης αυτής ζητήσαμε πληροφορίες για το ποιοί διδάσκουν τα μαθήματα αυτά σε 254 αντιπροσωπευτικά γυμνάσια και λύκεια της μέσης εκπαίδευσης.

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα Ι.

Πιν. Ι. Ειδικότητα 294 καθηγητών που διδάσκουν Ανθρωπολογία- Υγιεινή και Βιολογία σε δείγμα αντιπροσωπευτικών γυμνασίων και λυκείων της χώρας.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	No	%
Φυσικοί	167	56,80%
Φυσιολγώστες	72	24,48%
Μαθηματικοί	22	7,48%
Βιολόγοι	11	3,74%
Γυμναστές	8	2,72%
Γεωλόγοι	7	2,38%
Φιλολόγοι	3	1,02%
Ξένων γλωσσών	2	0,68%
Εχολίατροι	1	0,34%
Οικ. Οικονομίας	1	0,34%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	294	100%

Το 12,5% των καθηγητών στο δείγμα αυτό δεν είναι του κλάδου Α4 και μόνο 0,34% είναι γυναικείοι.

## 5. ΕΠΟΠΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Τα εποπτικά μέσα διδασκαλίας χορηγούνται σύμφωνα με τα προεδρικά διατάγματα 135/78 ΦΕΚ 29,2 και 147/76 ΦΕΚ 56,36 από τη Διεύθυνση Εποπτικών Μέσων Διδασκαλίας του Υπουργείου Παιδείας.

Από τις αρχές του σχολικού έτους 1982-83 καθιερώθηκε η βαθμιαία χορήγησή τους κατά ομοειδή κατηγορία σχολείων. Πέρα από την ευθύνη της Διεύθυνσης Εποπτικών Μέσων υπάρχει η δυνατότητα εφοδιασμού των σχολείων με εποπτικά μέσα- εφόσον υπάρχουν οικονομικά περιθώρια- από τις σχολικές εφορίες.

Προκειμένου να εκτιμηθεί η κατάσταση σχετικά με την ύπαρξη και χρήση εποπτικών μέσων για τα μαθήματα υγείας: α) Ζητήσαμε σχετική έκθεση από την Διεύθυνση Εποπτικών Μέσων Διδασκαλίας του Υπουργείου Παιδείας.

β) Συντάξαμε και συμπληρώσαμε σχετικό ερωτηματολόγιο για τους καθηγητές της Μ. Ε. που διδάσκουν μαθήματα υγείας σε 40 αντιπροσωπευτικά ημερήσια ή εσπερινά γυμνάσια και λύκεια διάφορων περιοχών της Αττικής.

α) Έκθεση Διεύθυνσης Εποπτικών μέσων Διδασκαλίας του Υπουργείου Παιδείας. Η έκθεση αποτυπώνει την κατάσταση μέχρι 22-6-83.

### 1. Τηλεοράσεις ασπρόμαυρες

α. Γυμνάσια	437	
β. Λύκεια	693	1130
γ. Δημοτικά	2.030	<u>2030</u>
Σύνολο		3160

### 2. Τηλεοράσεις έγχρωμες

α. Γυμνάσια	37
β. Λύκεια	-
γ. Δημοτικά	17
δ. Ειδικά σχολεία	<u>64</u>
Σύνολο	118

### 3. Κινηματογραφικές μηχανές 16 mm

α. Γυμνάσια	203	903
β. Λύκεια	700	
γ. Δημοτικά	1662	<u>1662</u>
Σύνολο		2565

Κασσέτες super 8 m m

(Ανθρωπολογίας-ζωολογίας 10 τεμάχια ή σειρά των 3'λεπτών περίπου)

α. Γυμνάσια	250	σειρές
β. Λύκεια	750	"

Σύνολο 1000

5. Σλάιτς με τα ζητούμενα θέματα δεν έχουν δοθεί.

6. Προπλάσματα

6.1 Κορυμός

α. Γυμνάσια	781	
β. Λύκεια	750	1531
γ. Δημοτικά	5732	<u>5732</u>
Σύνολο		7263

6.2 Αυτί

α. Γυμνάσια	639	
β. Λύκεια	750	1389
γ. Δημοτικά	3386	<u>3386</u>
Σύνολο		5775

6.3 Μάτι

α. Γυμνάσια	677	1427
β. Λύκεια	750	
γ. Δημοτικά	3377	<u>3377</u>
		4804

6.4 Σκελετός

α. Γυμνάσια	882	1632
β. Λύκεια	750	
γ. Δημοτικά	328	<u>328</u>
Σύνολο		1960

6.5 Λόντια

α. Γυμνάσια- Λύκεια	421	
β. Δημοτικά		<u>639</u>
Σύνολο		1060

6.6 Παλάμης

α. Γυμνάσια- Λύκεια	140
β. Δημοτικά	<u>393</u>
Σύνολο	533

6.7 Σπόνδυλοι - Λυχένας

α. Γυμνάσια - Λύκεια	140
β. Δημοτικά	<u>451</u>
Σύνολο	591

## β) Ανάλυση Ερωτηματολογίου

Ερώτηση 1 Υπάρχουν χάρτες Ανατομίας, Φυσιολογίας, Βιολογίας, Υγιεινής στο σχολείο σας;

Στην ερώτηση αυτή 14 απάντησαν ΝΑΙ (35%).

Απ' αυτούς, 10 (71,5%) χρησιμοποιούν τους χάρτες σπάνια, και 4 (28,5%) συχνά.

Ερώτηση 2 Υπάρχουν διαφάνειες σχετικές με τα μαθήματα υγείας;

Στην ερώτηση αυτή 6 απάντησαν ΝΑΙ (15%) Απο αυτούς 3

(50%) δεν χρησιμοποιούν τις διαφάνειες ποτέ, 1 (16,6%)

σπάνια, 1 (16,6%) συχνά και 1 (16,8%) πάντοτε. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα θέματα των διαφω-  
τειών αφορούν την βιολογία και λιγότερα την ανθρωπολογία.

Ερώτηση 3 Υπάρχουν ταινίες σχετικές με τα μαθήματα υγείας;

Στην περίπτωση αυτή 2 απάντησαν ΝΑΙ (5%) Απο αυτούς ο ένας χρησιμοποιούσε την ταινία σπάνια και ο άλλος ποτέ.

Ερώτηση 4 Υπάρχουν κασέτες Video σχετικές με τα μαθήματα υγείας;

Στην περίπτωση αυτή 8 απάντησαν ΝΑΙ (20%). Απο αυτούς

2 (25%) χρησιμοποιούσαν πάντοτε τις κασέτες, 5 (62,5%)

συχνά και ένας (12,5%) ποτέ. Οι ταινίες Video κάλυπταν σύμφωνα με τις απαντήσεις όλα τα συστήματα.

Ερώτηση 5 Υπάρχουν άλλα εποπτικά μέσα, όπως οστά κρανίου ή άλλα προπλάσματα κλπ;

Στην ερώτηση αυτή 38 απάντησαν ΝΑΙ (95%). Απο αυτούς 8

(21%) χρησιμοποιούσαν πάντοτε τα εποπτικά αυτά μέσα,

26 (68,5%) συχνά και 4 (10,5%) σπάνια. Τα εποπτικά αυτά

μέσα αφορούσαν σύμφωνα με τις απαντήσεις κυρίως τα αισθητήρια όργανα και στη συνέχεια το σκελετό.

Ερώτηση 6 Οργανώνονται επισκέψεις σε ειδικά Μουσεία, Νοσοκομεία, κλπ. Αν ναι που και πόσες; Στην ερώτηση απάντησαν όλοι οι ερωτηθέντες (100%)

Ερώτηση 7 Οργανώνονται συζητήσεις και διαλέξεις για κάποιο θέμα υγείας; Στην ερώτηση 8 απάντησαν ΝΑΙ (20%) . Τα προσφιλή θέματα συζητήσεων ή διαλέξεων σύμφωνα με τις απαντήσεις είναι: Η μεσογειακή αναιμία, ή ρύπανση του περιβάλλοντος, τα αφροδίσια νοσήματα, το πιστοποιητικό υγείας. Πολλές απο τις συζητήσεις αυτές οργανώνονται απο τις μαθητικές κοινότητες.

Ερώτηση 8 Γίνονται πειράματα στο σχολείο σας για τα πλαίσια των μαθημάτων υγείας:

Στην ερώτηση απάντησαν όλοι οι ερωτηθέντες ΟΧΙ (100%)

Ερώτηση 9 Παρακολουθούν οι μαθητές συστηματικά τις εκπομπές της εκαιδευτικής τηλεόρασης που αφορούν θέματα υγείας;

Στην ερώτηση αυτή 6 απάντησαν ΝΑΙ (15%).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πολλοί καθηγητές , που δίδασκαν τα σχετικά μαθήματα, αγνοούσαν την ύπαρξη εποπτικών μέσων στο σχολείο τους και ζητούσαν να πληροφορηθούν αυτο απο άλλους συναδέλφους τους, υπεύθυνους για την φύλαξη και απογραφή του υλικού.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με την εκθεση της Διεύθυνσης Μέσων Διδασκαλίας και σύμφωνα με την ανάλυση του ερωτηματολογίου φθάνουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

α) Δεν υπάρχουν σε όλα τα σχολεία εποπτικά μέσα. Σημαντικές διαφορές υπάρχουν απο σχολείο σε σχολείο.

β) Αρκετά σχολεία έχουν κινηματογραφικές μηχανές. Δεν υπάρχουν όμως αντίστοιχες ταινίες στα σχολεία αυτά, και όπου υπάρχουν δεν χρησιμοποιούνται.

γ) Συσκευές Video υπάρχουν σε λίγα σχολεία . Οπου υπάρχουν χρησιμοποιούνται τόσο ώστε μπορούν να θεωρηθούν απο τα προσφιλέστερα εποπτικά μέσα.

δ) Προπλάσματα ανατομικής έχουν τα περισσότερα σχολεία , δεν χρησιμοποιούνται όμως πάντοτε συστηματικά.

ε) Συσκευές προβολής διαφανειών φαίνεται ότι υπάρχουν σε λίγα σχολεία. Αλλά και όπου υπάρχουν δεν χρησιμοποιούνται.



- στ) Δεν οργανώνονται επισκέψεις σε ειδικά Μουσεία ή Νοσοκομεία.
- ζ) Δεν γίνονται πειράματα, αν και προβλέπεται απο το αναλυτικό πρόγραμμα.
- η) Σε λίγα σχολεία και κυρίως με πρωτοβουλία των μαθητικών κοινοτήτων(!) οργανώνονται συζητήσεις ή διαλέξεις. Τα θέματα που επιλέγονται σχετικά με την υγεία έχουν έντονο κοινωνικό περιεχόμενο.-

## 6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ

Η εκπαιδευτική τηλεόραση λειτουργεί στην Ελλάδα από το 1976. Νομική υπόσταση πήρε με το Ν.Δ. 1143/81, σύμφωνα με το οποίο συστήθηκε Διεύθυνση Εκπαιδευτικής Τηλεόρασης στο Υπουργείο Παιδείας. Η λειτουργία της βασίστηκε στη συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας με την ΕΡΤ-1. Οι εκπομπές γίνονται από το κανάλι αυτό.

Πρίν το 1981, το πρόγραμμα της εκπαιδευτικής τηλεόρασης περιελάμβανε εκπομπές μόνο, για παιδιά σχολικής ηλικίας. Το περιεχόμενο και οι ώρες της ήταν προσαρμοσμένες στο αναλυτικό Πρόγραμμα Στοιχειώδους και Μέσης Εκπαίδευσης. Η προέλευση των ταινιών ήταν ξένη. Από το τέλος του 1981, η εκπαιδευτική τηλεόραση αναμορφώνεται σαν θεσμός. Αποδεδειγμένα τα προγράμματά της από το αναλυτικό πρόγραμμα, παύοντας να είναι μόνο σχολική. Γίνεται δηλαδή κατ'εξόχην επιμορφωτική, καλύπτοντας όλες τις ηλικίες.

Η εκπαιδευτική τηλεόραση έχει εκπομπές 4 εργάσιμες ημέρες την εβδομάδα. Οι εκπομπές έχουν διάρκεια 1.30', μεταδίδονται το πρωί και αναμεταδίδονται το απόγευμα. Τα προγράμματα της στέλνονται με σχετικές οδηγίες στους καθηγητές και δασκάλους σε όλα τα σχολεία της χώρας.

Η χρησιμοποίηση της εκπαιδευτικής τηλεόρασης από τα σχολεία δεν είναι υποχρεωτική. Εξ'άλλου το 57% των γυμνασίων, 42% των λυκείων και το 80% των δημοτικών δεν διαθέτουν δέκτη τηλεόρασης. Έγχρωμοι δέκτες υπάρχουν μόνο σε 37 γυμνάσια και 15 δημοτικά. Έτσι εύκολα συμπεραίνει κανείς ότι η χρησιμότητα της εκπαιδευτικής τηλεόρασης περιορίζεται αυτόματα.

Το χρονικό διάστημα 1981-82 η εκπαιδευτική τηλεόραση πρόβαλλε 200 ταινίες, 160 ξένης παραγωγής και 40 Ελληνικής. Το 1982-1983 προστέθηκαν ακόμη 240 καινούργιες ταινίες. Από τις καινούργιες οι 66 είναι γαλλικές, οι 48 αγγλικές, οι 42 αμερικάνικες, οι 28 ελληνικές, οι 15 Δ.Γερμανίας, οι 12 διεθνών οργανισμών και οι 14 έχουν προέλευση από άλλες χώρες.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β'

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ

ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΟΙ ΜΑΘΗΤΕΣ

ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

## Ι. Υ λ ι κ ό - Μ έ θ ο δ ο ς

Υλικό της μελέτης αποτελούν χίλιοι είκοσι επτά (1027) μαθητές Μέσης Εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα πρόκειται για 486 αγόρια (47,3%), για 480 κορίτσια (46,7%), ενώ 61 παιδιά (5,9%) δεν δήλωσαν το φύλο στο σχετικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Τα σχολεία στα οποία κατανέμονται οι μαθητές του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα I.

Από τους μαθητές αυτούς κατά το σχολικό έτος 1982-1983, οι 661 (64,4%) φοιτούσαν στη Γ' γυμνασίου και οι 336 (35,6%) φοιτούσαν στην Γ' λυκείου (ή Δ' λυκείου προκειμένου για εσπερινά λύκεια). Η επιλογή των τάξεων αυτών έγινε γιατί οι μαθητές έχουν διδαχθεί ήδη τα αντίστοιχα μαθήματα Ανθρωπολογίας Β' γυμνασίου και Β' λυκείου, ενώ ολοκληρώνεται η διδασκαλία της Βιολογίας Γ' γυμνασίου και Γ' λυκείου. Οι ηλικίες των μαθητών παρουσιάζονται στον πίνακα II. Από το σύνολο των μαθητών σαράντα εννέα (4,8%) δεν δήλωσαν ημερομηνία γέννησης στο σχετικό ερωτηματολόγιο.

Οι μαθητές αυτοί συμπλήρωσαν ανώνυμο ατομικό ερωτηματολόγιο (βλέπε παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους μαθητές κατά τη διάρκεια του μαθήματος από ειδική ομάδα που επισκέφθηκε τα πιο πάνω σχολεία. Το ερωτηματολόγιο στην πρώτη του σελίδα περιλάμβανε καταγραφή πληροφοριών για το φύλο του μαθητή, την ημερομηνία γέννησης, το επάγγελμα των γονέων, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και τον αριθμό των αδελφών των μαθητών. Η κατανομή των μαθητών ανάλογα με τα ατομικά αυτά στοιχεία δείχνεται στους πίνακες III, IV, V.

Οι ερωτήσεις που υποβλήθηκαν, μαζί με τη σωστή απάντηση παρουσιάζονται στη συνέχεια. Από το σύνολο των ερωτήσεων οι 3,4,5,6,9,13,14, 15 και 16 περιλαμβάνονται στη διδακτέα αναλυτική ύλη, οι υπόλοιπες ερωτήσεις δεν διδάσκονται στο σχολείο. Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Οι ερωτήσεις 5,6,13,14,17 είναι

ανατομίας - φυσιολογίας, οι ερωτήσεις 2,7,8,10,17 νοσολογίας-θεραπευτικής και τέλος οι ερωτήσεις 1,3,4,9,11,12,15,18 αφορούν θέματα υγιεινής, φιλοσοφίας της υγείας, περιβαλλοντικών επιδράσεων στην υγείας.

Για κάθε μαθητή υπολογίστηκαν τρεις δείκτες επίδοσης:

- α) Επίδοση Ορθής Γνώσης  $(E_1) = \frac{\text{Σύνολο σωστών απαντήσεων}}{\text{Σύνολο ερωτήσεων}}$
- β) Επίδοση θεωρούμενης Γνώσης  $(E_2) = \frac{\text{Σύνολο ερωτήσεων} - \frac{\text{Σύνολο απαντήσεων "Δεν Ξέρω"}}{\text{Σύνολο ερωτήσεων}}}{\text{Σύνολο ερωτήσεων}}$
- γ) Επίδοση Ακριβούς Γνώσης  $(E_3) = \frac{\text{Σωστές απαντήσεις}}{\frac{\text{Σύνολο ερωτήσεων}}{\text{Σύνολο απαντήσεων "Δεν Ξέρω"}}$

Ειδικά η επίδοση Ορθής Γνώσης ( $E_1$ ) υπολογίστηκε και για τις διάφορες ομάδες ερωτήσεων. Όταν η τιμή του  $E_1$  ήταν κάτω από  $1/3$ , η επίδοση θεωρήθηκε κακή. Για τιμές  $E_1$  μεταξύ  $1/3 - 2/3$  η επίδοση θεωρήθηκε μέτρια ενώ για τιμές πάνω από  $2/3$  καλή.

Στη συνέχεια οι τρεις δείκτες επίδοσης (εξαρτημένες μεταβλητές) συσχετίστηκαν με τα διάφορα ατομικά στοιχεία των μαθητών. Για τις συσχετίσεις αυτές έγινε γραμμική πολυπαραγοντική ανάλυση. Σαν ποσοτική ανεξάρτητη μεταβλητή θεωρήθηκε το επίπεδο γραμματικών γνώσεων των γονέων. Όλες οι άλλες πληροφορίες από τα ατομικά στοιχεία θεωρήθηκαν ανεξάρτητες ποιοτικές (κατηγορικές) μεταβλητές.

Για την επεξεργασία των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS σε υπολογιστή CDC του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

## Π.Α.Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

Στον πίνακα VI παρουσιάζονται τα ποσοστά των σωστών και λαθμένων απαντήσεων για κάθε ερώτηση 1-17. Επίσης παρουσιάζεται το ποσοστό των μαθητών που απάντησαν " Δεν ξέρω ". Προκειμένου για την ερώτηση 18, πεντακόσιοι τριάντα οκτώ (538) μαθητές (52,4%) απάντησαν πως θεωρούν, σαν σημαντικότερο μέτρο για να ανέβει το επίπεδο υγείας μιάς χώρας, την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης των ασθενειών με συγκεκριμένες ενέργειες και ενημέρωση του πληθυσμού. Οι τετρακόσιοι θαράντα τέσσερες (444) μαθητές (43,2%) απάντησαν ότι σημαντικότερο μέτρο είναι η αύξηση των νοσοκομείων και ο άρτιος εξοπλισμός τους ή η οργάνωση εξοπλισμένων ιατρείων σε όλη τη χώρα και η επάνδρωσή τους με ειδικούς γιατρούς. Τέλος τριάντα εννέα μαθητές (3,6%) δεν είχαν γνώμη και έξη μαθητές (0,6%) δεν απάντησαν καθόλου στο ερώτημα.

Στη 19η ερώτηση, σχετικά με τις πηγές απο τις οποίες οι μαθητές θεωρούν ότι έχουν αποκομίσει τις γνώσεις τους, η πλειοψηφία έδωσε περισσότερες της μιάς απαντήσεις, που παρουσιάζονται στον πίνακα VII.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα VIII οι μαθητές πέτυχαν υψηλότερες επιδόσεις σωστών απαντήσεων ( $E_1$ ) προκειμένου για τις ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στη διδακτέα ύλη του Σχολικού Προγράμματος. ( $\chi^2 = 67,519$ ). Εξαιρετικά υψηλότερες επιδόσεις ( $E_1$ ) πέτυχαν οι μαθητές στις ερωτήσεις " Υγιεινής, φιλοσοφίας υγείας και υπηρεσιών υγείας ", συγκριτικά με τις άλλες ερωτήσεις. Μεταξύ των ερωτήσεων "Ανατομικής και φυσιολογίας" και των ερωτήσεων "Νοσολογίας και θεραπευτικής" η διαφορά επίδοσης ( $E_1$ ) δεν είναι σημαντική (πίν. IX.

Στον Πίνακα X αναλύεται η σχέση της επίδοσης με τα ατομικά στοιχεία των μαθητών. Οι μαθητές της Γ' λυκείου (ή Δ' για τα νυκτερινά) παρουσιάζουν υψηλότερες επιδόσεις από τους μαθητές της Γ' γυμνασίου. Τα κορίτσια παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη επίδοση " ακριβούς " και " ορθής γνώσης " από τα αγόρια. Προκειμένου για τη " θεωρούμενη γνώση " η επίδοση δεν διαφέρει σημαντικά στα δύο φύλα. Τα σχολεία της Αθήνας και του Πειραιά εμφανίζουν υψηλότερες επιδόσεις από της επαρχίας, η διαφορά όμως δεν είναι σημαντική στατιστικά.

Οι μαθητές με πατέρα ελεύθερο επαγγελματία πτυχιούχο Ανωτάτης Σχολής ή έμπορο παρουσιάζουν υψηλότερες επιδόσεις " ορθής " και " ακριβούς γνώσης " συγκριτικά με τους μαθητές με πατέρα μη εργαζόμενο. Οι μαθητές με πατέρα υπάλληλο ή εργάτη έχουν υψηλότερες επιδόσεις " ακριβούς " και " ορθής γνώσης " από τους μαθητές με πατέρα μη εργαζόμενο. Η διαφορά είναι σημαντική για την " ακριβή " και ασαφής για την " ορθή γνώση ". Η διαφορά επίδοσης μεταξύ μαθητών με πατέρα αγρότη και πατέρα μη εργαζόμενο είναι στατιστικά ασαφής προκειμένου για την " ακριβή γνώση " και μη σημαντική για την " ορθή γνώση ". Τέλος προκειμένου για τη " θεωρούμενη γνώση " η επίδοση δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ μαθητών με πατέρα μη εργαζόμενο και μαθητών με πατέρα με κάποιο από τα επαγγέλματα που ταξινομήθηκαν.

Οι επιδόσεις των μαθητών που η μητέρα τους έχει κάποιο επάγγελμα δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από αυτές των μαθητών που η μητέρα τους δεν εργάζεται.

Η μόνη εξαίρεση είναι για την επίδοση " ακριβούς γνώσης " που φαίνεται ότι είναι σημαντικά μικρότερη στους μαθητές με μητέρα καταστηματούχο ή έμπορο από τους μαθητές με μη εργαζόμενη μητέρα.

Οι επιδόσεις των μαθητών παρουσιάζουν στατιστικά πολύ σημαντική εξάρτηση από το επίπεδο των σπουδών του πατέρα. Η αντίστοιχη συσχέτιση με το επίπεδο των σπουδών της μητέρας δεν αποδεικνύει σημαντική εξάρτηση.

Ο αριθμός τέλος των αδελφών επιδρά αρνητικά στην επίδοση των μαθητών. Η αντίστοιχη συσχέτιση δίνει ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικά τιμές προκειμένου για την " ακριβή γνώση ".



ΠΙΝΑΚΑΣ Ι: Κατανομή των μαθητών του δείγματος κατά σχολείο στο οποίο ανήκουν.

ΣΧΟΛΕΙΟ	ΜΑΘΗΤΕΣ	
	N	%
2ο Αθήνας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	61	5,9
35ο Αθήνας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	60	5,8
1ο Πειραιά ΓΥΜΝΑΣΙΟ	64	6,2
1ο Νίκαιας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	98	9,5
Ψαχνών Ευβοίας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	66	6,4
2ο Εσπερ. Πειραιά ΓΥΜΝΑΣΙΟ	39	3,8
7ο Εσπερ. Αθήνας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	20	1,9
Ιδιωτ. Εκπαιδ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	18	1,8
ΑΜΑΡΥΝΘΟΥ ΕΥΒΟΙΑΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	74	7,2
Ιδιωτ. Εκπαιδ. ΜΩΡΑΙΤΗ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	97	9,4
1ο Χαλκίδας ΓΥΜΝΑΣΙΟ	64	6,2
2ο Αθήνας ΛΥΚΕΙΟ	37	3,6
35ο Αθήνας ΛΥΚΕΙΟ	30	2,9
1ο Πειραιά ΛΥΚΕΙΟ	73	7,1
1ο Νίκαιας ΛΥΚΕΙΟ	80	7,8
Ψαχνών Ευβοίας ΛΥΚΕΙΟ	64	6,2
1ο Εσπερ. Πειραιά ΛΥΚΕΙΟ	12	1,2
7ο Εσπερ. Αθήνας ΛΥΚΕΙΟ	9	0,9
Ιδιωτ. Εκπαιδ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΛΥΚΕΙΟ	13	1,3
Ιδιωτ. Εκπαιδ. ΜΩΡΑΙΤΗ ΛΥΚΕΙΟ	48	4,7
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	1.027	100

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ : Κατανομή των μαθητών του δείγματος κατά (έτος) ηλικία .

Έτος Ηλικίας	≥ 14	15	16	17	18	19	≥ 20
Αριθμός μαθητών N	148	397	49	108	224	20	32
Συχνότητα %	14,4	38,7	4,6	10,5	21,8	1,5	3,2

ΠΙΝΑΚΑΣ III: Κατανομή των μαθητών ανάλογα με τον αριθμό των αδελφών που έχουν.

Αριθμός αδελφών	N	%
0	106	10,3
1-2	798	77,7
3+	123	12

.. // ..

ΠΙΝΑΚΑΣ IV: Κατανομή των μαθητών ανάλογα με το επάγγελμα των γονέων.

	Π α τ έ ρ α ς		Μ η τ έ ρ α	
	N	%	N	%
Αγρότης	53	5,2	6	0,6
Εργάτης - Τεχνίτης	243	23,7	32	3,1
Υπάλληλος	250	24,3	79	7,7
Γιατρός - Μηχανικός - Δικηγόρος	151	14,7	64	6,2
Επιχειρηματίας - Καταστηματούχος	224	21,8	35	3,4
Οικιακά - Συνταξιούχος Άνεργος κ.λ.π.	15	1,5	742	72,2
Αδήλωτο - Ορφανοί	91	8,9	75	7,3

ΠΙΝΑΚΑΣ V: Κατανομή των μαθητών του δείγματος σύμφωνα με τις γραμματικές γνώσεις των γονέων.

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	ΠΑΤΕΡΑΣ		ΜΗΤΕΡΑ	
	N	%	N	%
ΔΕΝ ΤΕΛΕΙΩΣΕ ΔΗΜΟΤΙΚΟ	111	10,8	142	13,8
ΤΕΛΕΙΩΣΕ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΗΓΕ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	251	24,4	358	34,9
ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	129	12,6	101	9,8
ΤΕΛΕΙΩΣΕ ΤΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ	157	15,3	244	23,8
ΑΝΩΤΕΡΗ Ή ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ	120	11,7	67	6,5
ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ	248	24,1	103	10,0
ΑΣΑΦΕΣ - ΑΔΗΛΩΤΟ	11	1,1	12	1,2
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	1.027	100,0	1027	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ VI: Ποσοστά σωστών και λαθεμένων απαντήσεων για κάθε ερώτηση, για το σύνολο των μαθητών.

(N = 1.027)

ΕΡΩΤΗΣΗ	Α Π Α Ν Τ Η Σ Η					
	Σ Ω Σ Τ Η		Λ Α Θ Ε Μ Ε Ν Η		" ΔΕΝ ΞΕΡΩ "	
	N	%	N	%	N	%
1η	689	67,1	136	13,2	202	19,7
2η	290	28,2	628	61,1	109	10,6
3η	436	42,5	245	23,9	346	33,7
4η	803	78,2	153	14,9	71	6,9
5η	493	48,0	100	9,7	434	42,3
6η	338	32,9	354	34,5	335	32,6
7η	365	35,5	530	51,6	132	12,9
8η	319	31,1	310	30,2	398	38,8
9η	922	89,8	54	5,3	51	5,0
10η	440	42,8	301	29,3	286	27,9
11η	684	66,6	161	15,7	182	17,7
12η	404	39,3	250	24,3	373	36,3
13η	284	27,7	82	8,0	661	64,4
14η	216	21,0	602	58,6	209	20,4
15η	840	81,8	96	9,3	91	8,9
16η	550	53,6	140	13,6	337	32,8
17η	401	39,0	62	6,0	564	54,9

ΠΙΝΑΚΑΣ VII : Πηγές από τις οποίες οι μαθητές του δείγματος θεωρούν ότι έχουν αποκομίσει τις γνώσεις που έχουν για την υγεία.

Π Η Γ Ε Σ	Μ Α Θ Η Τ Ε Σ	
	N	%
1. ΣΧΟΛΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ , ΣΧΟΛΕΙΟ	620	60,4
2. ΕΞΩΣΧΟΛΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ	462	45,0
3. ΜΕΣΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	371	36,1
4. ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ , ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ	342	33,3
5. ΓΟΝΕΙΣ	313	30,5
6. ΓΙΑΤΡΟΙ	73	7,1
7. ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	58	5,6
8. ΦΙΛΟΙ	46	4,5

ΠΙΝΑΚΑΣ VIII : Επίδοση ( $E_1$ ) των μαθητών ανάλογα με το αν οι ερωτήσεις περιλαμβάνονται ή όχι στη διδακτέα ύλη.

		Επίδοση ( $E_1$ ) Σωστές απαντήσεις	Κακή $\leq 1/3$	Μέτρια 1/3-2/3	Καλή 2/3<
Αριθμός Μαθητών	Διδασκόμενες	N	226	642	159
		%	22,0	62,5	15,5
	Μή διδασκό- μενες	N	388	550	89
		%	37,8	53,6	8,7
	Σύνολο	N	219	712	96
		%	21,3	69,3	9,3



ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΧ: Επίδοση (Ε<sub>1</sub>) των μαθητών ανάλογα με το περιεχόμενο της ερώτησης.

Επίδοση		Κακή	Μέτρια	Καλή
Σωστές απαντήσεις		< 1/3	1/3-2/3	2/3 <
Υγιεινή - Φιλοσοφία	N	55	513	414
υγείας	%	5,4	50,0	40,3
Ανατομία -	N	734	275	18
Φυσιολογία	%	71,5	26,8	1,8
Νοσολογία -	N	751	268	8
Θεραπευτική	%	73,1	26,1	0,8

Πιν. X Πολυπαραγοντική συσχέτιση (MULTIPLE REGRESSION) της επίδοσης "Ορθής Γνώσης"  
 "ακριβούς Γνώσης" ή "Θεωρούμενης Γνώσης" με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Κοινωνικοοικον. παράγοντες *		Ορθή Γνώση E <sub>1</sub>	Ακριβής Γνώση E <sub>2</sub>	Θεωρούμ. Γνώση E <sub>3</sub>			
		F	P	F	P	F	P
Σχολική τάξη	3η	- 42,25	<10 <sup>-3</sup>	- 26,87	<10 <sup>-5</sup>	- 13,50	<10 <sup>-3</sup>
	6η	0,00		0,00		0,00	
φυλο	♂	- 3,05	0,810	- 7,05	0,008	- 0,51	0,476
	♀	0,00		0,00		0,00	
περιοχή του σχολείου	Αθήνα	+ 0,64	0,423	+ 1,83	0,176	+ 0,34	0,562
	Πειραιάς	+ 0,81	0,368	+ 0,18	0,671	+ 1,96	0,162
	επαρχία	0,00		0,00		0,00	
αριθμός αδελφών	0	+ 0,72	0,397	+ 6,17	0,013	- 0,28	0,595
	1 ή 2	+ 1,97	0,161	+ 4,00	0,046	+ 0,83	0,364
	3+	0,00		0,00		0,00	
επαγγελμα πατέρα	αγρότης	+ 0,97	0,326	+ 2,36	0,125	- 0,51	0,477
	εργάτης	+ 3,25	0,072	+ 3,85	0,050	+ 0,01	0,958
	διοίκηση	+ 3,61	0,058	+ 5,32	0,021	- 0,02	0,887
	μηχανικός	+ 3,79	0,052	+ 5,51	0,019	- 0,01	0,910
	γιατρός, δικηγόρος						
	εμπόριο	+ 4,47	0,035	+ 5,50	0,019	+ 0,02	0,879
	ανεργος	0,00		0,00		0,00	
επαγγελμα μητέρας	αγρότισσα	+ 3,69	0,055	+ 2,14	0,144	+ 1,46	0,228
	εργάτρια	+ 0,01	0,919	- 0,01	0,965	- 0,01	0,943
	διοίκηση	+ 0,72	0,357	+ 0,40	0,841	+ 0,54	0,462
	μηχανικός	+ 0,41	0,523	- 0,03	0,852	+ 1,14	0,286
	γιατρός, δικηγόρος						
	εμπόριο	- 2,15	0,143	- 5,61	0,018	+ 0,03	0,860
	ανεργη	0,00		0,00		0,00	
σπουδές πατέρα		+ 20,74	<10 <sup>-3</sup>	+ 11,35	0,001	+ 10,41	0,001
σπουδές μητέρας		- 1,11	0,293	- 0,13	0,721	- 1,03	0,310

$P < 0,05$  : Στατιστικά σημαντικό

$P > 0,10$  : Στατιστικά μη σημαντικά

$P < 0,01$  : Στατιστικά πολύ σημαντικό

$P < 0,10$  : Στατιστικά ασαφές

\* Το σημείο + (ή -) δηλώνει ότι η αντίστοιχη κατηγορία έχει μεγαλύτερη (ή μικρότερη) τιμή της εξαρτημένης μεταβλητής συγκριτικά με την κατηγορία όπου  $F = 0,00$  (F είναι το πηλίκο μεταβλητότητας και P το επίπεδο σημαντικότητας)

### III. Σ υ ζ ή τ η σ η

Η γνώση δεν είναι μόνο απομνημόνευση μιας πληροφορίας, αλλά κύρια η διεύρυνση και εμπάθυνση της πληροφορίας με την προσωπική επεξεργασία, παρατηρητικότητα, φαντασία και κρίση. Αυτό ακριβώς προσδιορίζει το σημαντικό ρόλο της νοημοσύνης στη γνώση (Strunz 1961, Παπανούτσος 1976). Το επίπεδο της γνώσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν ή τη νοημοσύνη ή την ποσότητα και ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών. Μεταξύ των παραγόντων αυτών η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι ένας παράγοντας με ιδιαίτερη σημασία (Κωνσταντινίδης και συν. 1972, Παπουτσάκης και συν. 1975, Boudon 1975).

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι πολυδιάστατη έννοια με συνιστώσες το είδος επαγγέλματος, την εκπαιδευτική στάθμη, τη γενικότερη μόρφωση και καλλιέργεια, την περιουσία, το εισόδημα, την πολιτική και κοινωνική δύναμη, τις συνθήκες διαβίωσης κλπ. Στην Ελλάδα συνήθως λείπουν αξιόπιστες πληροφορίες για τις παραπάνω συνιστώσες, με εξαίρεση ίσως της εκπαιδευτικής στάθμης, που αποτελεί ίσως το καλύτερο κριτήριο κοινωνικο-οικονομικής τάξης. (Girard και Bastide 1970, Τριχόπουλος 1982).

Σε διάφορες μελέτες έχει δειχθεί η ύπαρξη θετικής σχέσης ανάμεσα στην νοητική επίδοση των παιδιών και στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων, ιδιαίτερα του πατέρα (Isserlis 1923, Douglas 1964, Παπουτσάκης και συν. 1975). Ανάλογη σχέση, στατιστικά πολύ σημαντική, παρατηρήθηκε και στη μελέτη αυτή, προκειμένου για το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.

Το επάγγελμα των γονέων είναι μια άλλη παράμετρος που επηρεάζει το επίπεδο γνώσεων και την επίδοση των παιδιών (Μαναίος 1968).

Το επάγγελμα επιδρά σαν μια σημαντική συνιστώσα της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Επιδρά επίσης ανάλογα με τη φύση του στις ιδιαίτερες γνώσεις των παιδιών. Στη μελέτη μας φαίνεται η σημαντική επίδραση του επαγγέλματος του πατέρα στην ακριβή και ορθή γνώση των μαθητών για θέματα υγείας. Η αρνητική επίδοση των παιδιών, προκειμένου για μητέρες "έμπορος, καταστηματούχος, επιχειρηματίας", μπορεί να εξηγηθεί, αν θεωρηθεί αποτέλεσμα μειωμένης ενασχόλησης των μητέρων αυτών με την ανατροφή των παιδιών τους (Clerk 1970, Isambert - Jamati 1974).

Στις περισσότερες χώρες του κόσμου το μεγάλο μέγεθος οικογένειας σχετίζεται με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι ευθύνεται για τις αρνητικές σχέσεις που διαπιστώθηκαν στη χώρα μας ανάμεσα στον αριθμό αδελφών και τη σωματική ανάπτυξη ή την εκπαιδευτική επίδοση (Paravassiliou 1954, Κωνσταντινίδης και συν. 1972, Παπουτσάκης και συν. 1972, Kunz και Peterson 1973, Καλαντίδου και συν. 1978). Στη μελέτη μας δείχθηκε ότι ο μεγάλος αριθμός αδελφών σχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο της ακριβούς γνώσης των παιδιών για θέματα υγείας. Το γεγονός ότι στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε πολυπαραγοντική μέθοδος ανάλυσης, που δεν είχε χρησιμοποιηθεί στις άλλες σχετικές μελέτες, δείχνει την ιδιαίτερη επίδραση του αριθμού των παιδιών μιας οικογένειας στο επίπεδο των γνώσεών τους. Επίδραση που ίσως οφείλεται στη διάσπαση του ενδιαφέροντος των γονέων με πολλά παιδιά και την μικρότερη ενασχόλησή τους με αυτά (INED 1973).

Σε διάφορες μελέτες έχει δειχθεί ότι τα παιδιά που κατοικούν από καιρό σε αστικές περιοχές, παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων και επιδόσεις, συγκριτικά με παιδιά αγροτικών περιοχών. Η διαφορά

αυτή μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι αγροτικές περιοχές υπολείπονται οικονομικά από τις αστικές (Vernon 1965, Μαναίος 1968, Κονδύλης 1983). Στη μελέτη μας η επίδοση των παιδιών ήταν μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές σε σχέση με τις αγροτικές, χωρίς η διαφορά να παίρνει στατιστικά σημαντικές διαστάσεις.

Σε διάφορες μελέτες έχει δείχθει ότι οι γνώσεις και οι επιδόσεις των μαθητριών υπερτερούν σε σχέση με εκείνες των μαθητών. Ανάλογη διαφορά έχει δείχθει και μεταξύ φοιτητριών και φοιτητών ιατρικής. Σε πρόσφατη μελέτη δείχθηκε ότι τα κορίτσια έχουν περισσότερο γενικές γνώσεις από τα αγόρια για τον καρκίνο, αλλά λιγότερο ειδικές (Μπεργιανάνη 1980, Κονδύλης 1983). Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων - που συμφωνεί με τα δικά μας ευρήματα - πιθανά οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο μελέτης ή και στη διαφορετική ολοκλήρωση γνώσεων στα δύο φύλα. (Irwin και Bamber 1978).

Η μεγάλη διαφορά επίδοσης μεταξύ Γ' γυμνασίου και Γ' λυκείου μπορεί να αποδοθεί στη διαδικασία της μάθησης που συντελείται στο σχολείο ή εξωσχολικά. Ίσως όμως συμβάλλει και η διαφορά της ηλικίας μεταξύ Γ' γυμνασίου και Γ' λυκείου. Η ηλικία δεν μελετήθηκε σαν ιδιαίτερος παράγοντας, αφού υπάρχουν δύο σημαντικές ομάδες ηλικιών, που αντιστοιχούν στις δύο σχολικές τάξεις. Εντύπωση προκαλεί ότι στην Γ' λυκείου υπερέχει και η "θεωρούμενη γνώση" των μαθητών συγκριτικά με τη Γ' γυμνασίου.

Οι μαθητές πέτυχαν υψηλότερη επίδοση "ορθής γνώσης" στις ερωτήσεις που είχαν διδαχθεί σε σχέση με όσες δεν είχαν διδαχθεί. Η επίδοση στις ερωτήσεις που δεν είχαν διδαχθεί θα πρέπει να θεωρείται οριακά ανεκτή αφού περισσότεροι από το 60% των μαθητών απάντησαν πάνω από το 1/3 των ερωτήσεων. Σχετικά με την επίδοση των μαθητών ανάλογα

με το περιεχόμενο της ερώτησης, βλέπουμε ότι υπερτερεί προκειμένου για ερωτήσεις υγιεινής ή φιλοσοφίας της υγείας. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι από τις ερωτήσεις αυτές οι μισές είχαν διδαχθεί. Από τις ερωτήσεις ανατομίας, φυσιολογίας είχαν όλες διδαχθεί, ενώ από τις ερωτήσεις νοσολογίας, θεραπευτικής καμιά. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ίσως ένα αυξημένο ενδιαφέρον των μαθητών για θέματα πρόληψης. Το ενδιαφέρον τους αντίθετα για θέματα ανατομίας και φυσιολογίας, που κυρίως καλύπτουν τα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα είναι περιορισμένο.

Από την ερώτηση σχετικά με τις πηγές των γνώσεων των μαθητών για τα θέματα υγείας βλέπουμε ότι το σχολείο κατέχει την πρώτη θέση. Αν και δεν μπορεί να ξέρει κανείς πόσο αυτό ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, φαίνεται λογικό, αφού το σχολείο σήμερα είναι ο φορέας που παρέχεται αγωγή υγείας περισσότερο οργανωμένα από οπουδήποτε αλλού. Εντύπωση τέλος προκαλεί, το ότι οι περισσότεροι μαθητές θεωρούν την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, σαν το σημαντικότερο μέτρο για να ανέβει το επίπεδο υγείας μιας χώρας.

Το τελευταίο αυτό σε συνδυασμό με το αυξημένο ενδιαφέρον των μαθητών για θέματα πρόληψης, αποτελούν δύο ενθαρρυντικές διαπιστώσεις. Γιατί, είναι γνωστό ότι οποιοδήποτε πρόγραμμα πρόληψης είναι καταδικασμένο να αποτύχει χωρίς την υποστήριξη του από τον πληθυσμό (W.H.O. 1980).

Ε Ρ Ω Τ Η Σ Ε Ι Σ

1) Το ΤΕΣΤ Παπανικολάου είναι εξέταση για τη διαπίστωση τυχόν εγκυμοσύνης.

- α) Σωστό  
β) Λάθος  
γ) Δεν ξέρω

 β

2) Για να κάνουμε τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα, ανοίγουμε το στόμα του πάσχοντος και τοποθετούμε το κεφάλι του τελείως οριζόντια όπως και το υπόλοιπο σώμα του.

- α) Σωστό  
β) Λάθος  
γ) Δεν ξέρω

 β

3) Ο αντιτετανικός εμβολιασμός πρέπει να γίνεται :  
Πρώτη φορά στη βρεφική ηλικία και μετά να επαναλαμβάνεται κάθε 4-5 χρόνια.

- α) Σωστό  
β) Λάθος  
γ) Δεν ξέρω

 α

4) Η τερηδόνα, δηλαδή η αρρώστια που χαρακτηρίζει τη προοδευτική καταστροφή των δοντιών, παρουσιάζεται σε άτομα που η διατροφή τους είναι πλούσια σε γλυκά.

- α) Σωστό  
β) Λάθος  
γ) Δεν ξέρω

 α

5) Για τη διευκόλυνση της πέψης των τροφών στο στομάχι παράγεται υδροχλωρικό οξύ. Η ποσότητα του υδροχλωρικού οξέος που παράγεται στο στομάχι είναι συνέχεια σταθερή (όλη την ημέρα).

- α) Σωστό  
β) Λάθος  
γ) Δεν ξέρω

 β

6) Τα ερυθρά αιμοσφαίρια του αίματος είναι κύτταρα που έχουν σαν βασική λειτουργία τη μεταφορά γλυκόζης στους ιστούς του σώματος.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

β

7) Η ουματίωση είναι μια αρρώστια που θεραπεύεται εντελώς.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

α

8) Η πρώτη εκδήλωση της σύφιλης είναι πόνος στα γεννητικά όργανα.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

β

9) Οι καπνιστές παθαίνουν πιο συχνά καρκίνο του πνεύμονα από τους μη καπνιστές.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

α

10) Όταν ένα άτομο εκτεθεί σε περιβάλλον όπου βρίσκονται μικρόβια ουματίωσης, θα αρρωστήσει οπωσδήποτε.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

β

11) Το μονοξειδίο του άνθρακα είναι ένα αέριο που προκαλεί δηλητηρίαση χωρίς να έχει γίνει αντιληπτή η παρουσία του από το άτομο.

- α) Σωστό
- β) Λάθος
- γ) Δεν ξέρω

α



12) Η ρεδιενεργός ακτινοβολία προκαλεί στα άτομα τρέλλα.

α. Σωστό

β. Λάθος

β

γ. Δεν ξέρω

13) Τα σιευανιαία αγγεία αιμοτώνουν την καρδιά.

α. Σωστό

β. Λάθος

α

γ. Δεν ξέρω

14) Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα αποτελείται απο τον εγκέφαλο και τα εγκεφαλικά νεύρα.

α. Σωστό

β. Λάθος

β

γ. Δεν ξέρω

15) Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας.

α. Σωστό

β. Λάθος

α

γ. Δεν ξέρω

16) Τα σπερματοζώδια παράγονται στη βάση του νωτιαίου μυελού.

α. Σωστό

β. Λάθος

β

γ. Δεν ξέρω

17) Για τη θεσπέια της αρτηριακής υπέρτασης ακολουθούμε δίαιτα πτωχή σε αλάτι ;

α. Σωστό

β. Λάθος

α

γ. Δεν ξέρω

18) Ποιό απο τα επόμενα μέτρα θεωρείς σημαντικότερο για να ανέβει το επίπεδο υγείας μιας χώρας.

- α. Λύση των ποσοκομείων και άρτιος εξοπλισμός τους.
- β. Οργάνωση εξοπλισμένων ιατρείων σε όλη τη χώρα και επάνδρωσή τους με ειδικούς γιατρούς.
- γ. Εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης των ασθενειών με συγκεκριμένες ενέργειες και ενημέρωση του πληθυσμού.
- δ. Δεν έχω γνώμη.

19) Απο που έχεις αποκομίσει τις γνώσεις σου για τα θέματα υγείας (Α π λ ό α ν ά φ ε ρ ε ) :

.....

.....

.....

.....

.....

Στη μελέτη αυτή γίνεται μια προσπάθεια αποτύπωσης της Σχολικής Εκπαίδευσης Υγείας στη χώρα μας.

Η σχολική εκπαίδευση υγείας παρέχεται κύρια από τα φυσιογνωστικά μαθήματα της στοιχειώδους εκπαίδευσης και τα μαθήματα ανθρωπολογίας, βιολογίας και υγιεινής της μέσης εκπαίδευσης.

Τα μαθήματα αυτά διδάσκονται τις τελευταίες συνήθως ώρες της ημέρας, ιδιαίτερα στο λύκειο. Η διδασκαλία τους συνήθως δεν εμπλουτίζεται με εποπτικά μέσα είτε επειδή δεν υπάρχουν στα σχολεία είτε επειδή όπου υπάρχουν δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς. Ο ρόλος της εκπαιδευτικής τηλεόρασης είναι περιορισμένος, διότι δεν είναι όλα τα σχολεία εφοδιασμένα με τηλεοπτικούς δείκτες.

Η βαθμολογία στα "μαθήματα υγείας" δεν βασίζεται στην αξιολόγηση των στάσεων των μαθητών, ούτε των ιδιαίτερων ικανοτήτων τους, αλλά στην απομνημόνευση συγκεκριμένων πληροφοριών. Η βαθμολογία στα μαθήματα αυτά είναι αρκετά υψηλή συμβάλλοντας στη διαμόρφωση υψηλών γενικών μέσων όρων, εξάλλου αυξάνει στο λύκειο, μάλλον σαν αποτέλεσμα της αυξημένης δυνατότητας των μαθητών να απομνημονεύσουν τις πληροφορίες που παρέχουν τα "μαθήματα υγείας". Η μεγαλύτερη συσχέτιση της βαθμολογίας μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θετικών μαθημάτων συγκριτικά με αυτή μεταξύ "μαθημάτων υγείας" και θεωρητικών μαθημάτων, που υπάρχει στη γυμνάσιο, αντιστρέφεται στο λύκειο.

Με τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου δείχθηκε ότι οι μαθητές απαντούν σωστά και με ακρίβεια περισσότερο σε ερωτήσεις που έχουν διδαχθεί και σε θέματα υγιεινής συγκριτικά με θέματα ανατομίας, φυσιολογίας ή νοσολογίας. Το επίπεδο των γνώσεων των μαθητών εξαρτάται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το μέγεθος της οικογένειας, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων.

## S U M M A R Y

The school health education in Greece is characterised by a serious lack of modern pedagogical methods and has focused on restricted concepts, which are referred to physiology and human anatomy.

The courses of health education are given for both primary and secondary education pupils, these are based on a traditional and old fashioned approach with a great lack of innovative techniques and community participation.

In an attempt to evaluate the knowledge of schoolchildren about health, three indicators of knowledge measuring the correct, the perceived and the accurate knowledge, were appreciated.

The indicator of correct knowledge shows that the schoolchildren are tend to be aware of the issues of prevention and environmental hygiene which are not included in their teaching curriculum. The concepts of anatomy and physiology although they are both taught in the curriculum are less well known by the schoolchildren.

All indicators were correlated with various socio-economic variables and after the use of a regression analysis, it was found out that the educational level of the father and his profession were influencing the level of schoolchildren. Some other variables such as mother's profession, region of the school and family size, were also included in the specified models.

B I B Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- 1) AMERICAN JOINT COMMITTEE ON HEALTH EDUCATION  
TERMINOLOGY. Report Health Education Monographs 33,1973
- 2) ARMITAGE P.: Statistical methods in medical research  
Blackwell Oxford 1970
- 3) BOUDON R. L' inegalité des chances. Paris A. Colin pp9-15  
1975
- 4) CLERK P: La famille et l'orientation scolaire au niveau  
de la sixième. Population et l'Enseignement. Paris, INED,  
1970 pp 156-157 1970
- 5) DIGNAN B., CARR A. : Introduction to programm planning  
A basic text for community Health Education. Lea and  
Febiger Philadelphia 1981.
- 6) DOUGLAS, J.W.B.: The home and the school. Mc Gibbon  
and kee London, 1964.
- 7) EDUCATION COMMISSION OF USA : Recommendations for schools  
Health Education. Report 130 Colorado,1981.
- 8) ELLIOT D.C., MAY G.T.: Health Education.Mc Millan,  
London 1967.
- 9) FESTINGER L. : A theory of cognitive dissonance, Stan-  
ford University Press, 1957.
- 10) GIRARD A, BASTIDE H.:La stratification sociale et la  
democratisation de l'enseignement. Population et l' Ense-  
ignement. Paris. INED, pp 112-114, 1970.
- 11) GREENWALD P., NASCA C., LAWRENCE E., HORTON J., MCGARAH P.,  
GANRIELE T., CARLTON K.: Estimated effect of breast self-  
examination and routine physician examinations on breast-  
cancer mortality. N. Engl. j. Med. 297,271, 1978.
- 12) GROUT. E. : Health teaching in schools, 5th ed. Philadel-  
phia Saunders,1968.
- 13) INED. Enquête nationale sur le niveau intellectuel des  
enfants d'age scolaire. Paris (PUF) pp 40-41, 1973.

- 14) IRWIN W.G., BAMBER J.H.: Characteristics of Senior Medical Students at Belfast. Medical Education 12: 117-125, 1978
- 15) ISAMBERT-JAMATI V: Analyse historique de la motion d'orientation scolaire en France. Sociologie de l' éducation Paris pp 272-280, 1974.
- 16) ISERLIS, L : The relation between home conditions and the intelligence of schoolchildren. Spec Rep.Ser.Med. Res. Counc. London, 1923.
- 17) KENDALL M. Multivariate Analysis. Charles Griffin London 1975.
- 18) KICKBUSCH I.:Introducing the regional programme on Health Education and Lifestyles. Community Medicine. 5, PP 59-62, 1983.
- 19) KMENTA J.:Elements of Econometrics. Macmillan Publishing Co. New York. pp 20-35, 1971.
- 20) KUNZ, P.R., PETERSON, E.T. : Family size and academic achievements of persons anrolled in high school and the university Soc. Biol. 20:454, 1973.
- 21) LALANDE A., : Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Presses Universitaires de France, Paris,1951.
- 22) MILLER. K.: Principles of everyday behaviour analysis. Monterey Calif. Brooks-Cole, 1975.
- 23) OECD : The welfare state in Crisis Paris 1980.
- 24) PAPAVALASSILIOU J.:Intelligence and family size. Population Studies 7, 222-225, 1954.
- 25) PICHAROTI, A.: Health Education in environmental health programmes. W.H.O. Geneva, 1975.
- 26) ROSANVALLON P: La crise de l'Etat providence Seuil.Paris 1981.

- 27) SCHWARTZ. D.: Méthodes statistiques a usage des médecins et des biologistes  
3ed Flammarion Med. Sci. 1969.
- 28) SMITH, E: Health education and the National Health Services. In Health Education : perspectives and choices 93-112.  
Ed. Ian Sutherland. George Allen and Unwin London, 1979.
- 29) STRUNZ, K.: Pädagogische Psychologie fur höheren schulen.  
126 Ernst Reinhardt Verlag Munchen, 1961.
- 30) SUTHERLAND I. : Health Education, the school system and the young. In Health Education: perspectives and choices 9, 178. Ed. Ian Sutherland. George Allen and Unwin London, 1979.
- 31) TIGLAO T.: planning for Health Education in schools  
Int. j. of Health Education 15,3. Sup, 1972.
- 32) TURNER E.: Planning for Health Education in schools  
London, Longmans Unesco Source, Books on curricula and methods, 2 1966.
33. VERNON, P.E.: Abilities and attainments in the Western isles..Scott. Educ. J. 48: 948, 1965.
- 34) WHITFIELD M. (1974) : Group Health Education in general practice.  
J.R. Col. of Gen. Pract. 24,529. 1974
- 35) W.H.O. (1954) : Report of a WHO Expert Committee on Health Education of the public.  
Techn. Rep. Ser. 89. 1954
- 36) WHO (1963): Health Education in the U.S.S.R. Public Health Papers 19. Geneva. 1963
- 37) WHO (1969) a): Report of a WHO Expert Committee on planning and evaluation on Health Education services. Techn. Rep. Ser. 409. 1969

- 38) WHO (1969) b): Report of WHO Scientific Group on research in
- 39) WORLD HEALTH ORGANISATION. Regional strategy for attaining HFA 2.000. 30th Session of the Regional Committee for Europe. Copenhagen (1980).
- 40) WORLD HEALTH ORGANISATION; Health Education and Life-styles.  
31st Session of the Regional Committee for Europe.  
Copenhagen (1981).



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ Γ.Π. Μνημόνιο Υγιεινής. Αθήνα Α' 1953
- 2) ΒΑΛΛΩΡΑΣ Β.: Υγιεινή του ανθρώπου 2α εκδ. Αθήναι 1967.
- 3) ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Ε, ΚΑΛΑΝΤΙΔΟΥ Α, ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΥ Α, ΛΛΕΚΑΡΗΣ Ι, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α.: Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα. Ιπποκράτης 11. 257-64, 1983.
- 4) ΒΩΚΟΣ Φ,Κ.: Τι σημαίνει εξέταση στην παιδαγωγική γλώσσα, Νέα Παιδεία 13; 158, 1980.
- 5) ΕΔΙΠΙΔΗΣ Θ.: Υγιεινή Αθήναι 1966.
- 6) ΖΑΒΙΤΣΑΝΟΣ Θ.: Δημόσια Κοινωνική Υγιεινή 1.Α' Αθήναι 1980.
- 7) ΖΩΓΡΑΦΟΣ Θ, ΧΑΛΙΩΤΗΣ Γ : Αξιολόγηση του μαθητή. Εισήγηση στο α' Εκπαιδευτικό Συνέδριο της ΟΑΜΕ, 1981.
- 8) ΚΑΛΑΝΤΙΔΟΥ Α, ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ Γ, ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗ Υ, ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Α, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Η επίδοση των φοιτητών της Ιατρικής στην κλίμακα Raven 1938. Ιπποκράτης 6 : 165, 1978.
- 9) ΚΑΠΑΛΑΣ Π.Δ.: Βασικά αρχαί της διαφωτίσεως του κοινού εις τα της Υγιεινής. Αρχαία Υγιεινής 4: 312, 1950.
- 10) ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Β: Ιατρική Δημογραφία. Ιωάννινα 1983.
- 11) ΚΟΝΔΥΛΗΣ Δ: Γνώσεις και στάσεις των μαθητών της Μέσης Εκπαίδευσης για το πρόβλημα του καρκίνου. Διατριβή για Διδακτορία Αθήνα 1983.
- 12) ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι : Κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι της κατά αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα. Διατριβή για Διδακτορία Αθήνα 1982.

- 13) ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Α, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β, ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ι.: Σχέσεις βιοκοινωνικών παραγόντων και επιδόσεως στη νοομετρική δοκιμασία του Raven 1947. Ιατρ. Επιθ. Εν. Δυν. 6:347,1972.
- 14) ΜΑΝΑΙΟΣ Ι : Διερεύνηση της κοινωνικο-επαγγελματικής και χωρογραφικής κατανομής της ολικής νοημοσύνης επί ενηλίκων δια της νοομετρικής δοκιμασίας Progr. Martices και Raven 1983.  
Διατριβή για Διδακτορία, Αθήνα, 1968.
- 15) ΜΠΑΖΑ-ΝΕΣΤΟΡΙΔΟΥ Α.Β.: Έρευνα επί των ενδιαφερόντων των παιδων των επιδρώντων επί της πνευματικής και ψυχικής υγείας αυτών.  
Διατριβή για Διδακτορία Αθήνα 1968.
- 16) ΜΠΕΡΓΙΑΝΑΚΗ Ι : Σχέση βιοκοινωνικών παραγόντων με την επίδοση στα προκλινικά μαθήματα της Ιατρικής Σχολής.  
Διατριβή για Διδακτορία, Αθήνα, 1980.
- 17) ΠΑΝΤΕΛΙΔΗ Χ.: Η σημασία της αξιολόγησης στη ζωή και στην εκπαίδευση Νέα Παιδεία 9:29,1979
- 18) ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ, ΤΣΙΜΠΟΣ Κ.: Σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από καρδιακές παθήσεις στην Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια. Mat. Med. Grec. 10, 3: 238, 1982.
- 19) ΠΑΠΑΝΟΥΤΣΟΣ Ε.Π : Φιλοσοφία και Παιδεία.Εκδ. Ικαρος. Αθήνα, 1957.
- 20) ΠΑΠΑΝΟΥΤΣΟΣ Ε.Π : Η παιδεία το μεγάλο μας πρόβλημα. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1976.
- 21) ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Γ, ΠΟΙΜΕΝΙΔΟΥ Ε, ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β., ΚΑΛΑΝΤΙΔΟΥ Α., ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : Ανάστημα και βάρος ελληνοπαίδων κατά τόπον καταγωγής, μόρφωσιν γονέων, αριθμόν αδελφών και σειράν γεννήσεως. Δελ. Παιδιατρ. Κλιν. Παν. Αθην. 19:172, 1972.

- 22) ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ Γ., ΠΟΙΜΕΝΙΔΟΥ Ε., ΓΚΙΟΚΑΣ Γ., ΚΑΡΑΛΗΣ Δ., ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : Βιοκοινωνικοί παράγοντες και σχολική επίδοση. Επετηρίς Ιατρικής Σχολής Εθν. Παν. εις μνήμην καθ. Β. Μαλάμου: 231, 1975.
- 23) ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Π.: Ένα πρότυπο για την αξιολόγηση της εκπαιδευτικής λειτουργίας. Νέα Παιδεία 13: 41, 1980.
- 24) ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Κ.: Η υγειονομική διαφώτιση εν Ελλάδι, εν σχέσει προς την Προληπτική Ιατρική. Ακαδημαϊκή Ιατρική 16, 1952.
- 25) ΡΟΥΣΣΟΥ Χ.Ν.: Μεθοδολογία της Υγεινολογικής Διαπαιδαγωγίσεως. Παρισιάνος, Αθήνα 1967.
- 26) ΣΑΒΒΑ Κ : Εγχειρίδιον Υγιεινής. Αθήνα 1928.
- 27) ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Ιατρική Στατιστική. Παρισιάνος Αθήνα 1975
- 28) ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Επιδημιολογία, Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές. Παρισιάνος Αθήνα 1982.
- 29) ΦΡΑΓΚΟΥ Χ.: Ψυχοπαιδαγωγική, Παπαζήσης Αθήνα, 1977.
- 30) ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗ Ο.: Το φαινόμενο της Αγωγής Αθήνα 1951.
- 31) WOESLER- de PANAFIEU C : Μέθοδοι Αγωγής Υγείας. Πρακτικά Συμποσίου Αγωγής Υγείας, Αθήνα 1984 (Ελληνική Μετάφραση).